

Evaluation der Massnahmen des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme

Dritter zusammenfassender Bericht 1997-1999

Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne
Unité d'évaluation de programmes de prévention

Evaluation der Massnahmen des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme

Dritter zusammenfassender Bericht 1997-1999

Autoren

Jean-Pierre Gervasoni, Frank Zobel,
Christophe Kellerhals, Françoise Dubois-Arber, Brenda Spencer,
André Jeannin, Fabienne Benninghoff, Fred Paccaud

Mit Beiträgen von

Monique Aeschbacher, Marie-Louise Ernst, Dominique Hausser,
Daniel Kübler, Béatrice Janin-Jacquat

Dankesworte

Massgeblich zum Gelingen dieser Evaluation beigetragen haben die hervorragende Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Gesundheit in Bern, der Einsatz aller für die Studien verantwortlichen Forscher und Forscherinnen sowie die wertvolle Mitarbeit von Irène Kölbl Tchemadjeu und Myriam Maeder (Sekretariat), Patrick Burli und Aline De Torrente (Dokumentation), und Mary Haour-Knipe (Forschung im Bereich MigrantInnen) der Abteilung für Evaluation von Präventionsprogrammen des IUMSP.

Der Bericht verdankt sein Entstehen zudem der Mitarbeit zahlreicher Personen aus bestimmten Berufskreisen, die sich für die verschiedenen Erhebungen zur Verfügung gestellt haben.

Ihnen allen sei herzlich gedankt.

**Die vorliegende Studie wurde finanziert
vom Bundesamt für Gesundheit, Bern,
Vertrag Nr. 316.95.5755 A-B-C**

Zum zitieren:

Gervasoni J-P, Zobel F, Kellerhals C,
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.

Übersetzung

PharmaBiotech Services

Adresse für Bestellung

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

Inhalt

		Evaluation	29
		Fort- und Weiterbildung	31
		Koordination	33
		Suchtprävention für Migranten	35
		Globale Konzeption/Planung	36
		Schlussfolgerungen und Empfehlungen	40
1		4	
Einführung	7	Evaluation der Umsetzung des MaPaDro und seiner Produkte/Produktionen	45
Zur Stellung von MaPaDro in der Drogenpolitik des Bundes	7	Ziele	45
Interventionsfelder und Umsetzungsstrategien des MaPaDro	7	Methode	45
Ziele und erwartete Resultate	8	Evaluationsfragen	46
Ressourcen des MaPaDro	8	Aufbau der Kapitel «Umsetzung» für jeden Interventionsbereich	46
Zusammenarbeit zwischen dem MaPaDro und anderen Wirkungsfeldern des BAG	8	Prävention	47
Umfeld	8	Therapie	51
Hauptunterschiede zwischen dem früheren (1991-1996) und dem neuen (1997-2002) MaPaDro	9	Schadensverminderung und Überlebenshilfe	56
		Kampagne	61
2		Epidemiologie	64
Das Mandat der Globalevaluation und seine Zielsetzungen	11	Forschung	66
Kurzer Rückblick auf die ersten beiden Evaluationsphasen (1991-1996)	11	Evaluation	68
Dritte Phase und Konzept der Globalevaluation (1997-2002)	11	Fort- und Weiterbildung	70
Allgemeine Ziele und zentrale Fragen der Evaluation	12	Koordination	74
Methodik der Globalevaluation	13	Migranten	76
Hinweis	14	Schlussfolgerungen und Empfehlungen	79
		Zusammenhang zwischen Konzeption/Planung und Umsetzung: Schlussfolgerungen	79
3		Zusammenhang zwischen Konzeption/Planung und Umsetzung: Empfehlungen	79
Evaluation der Konzeption und Planung des MaPaDro	15	Schlussfolgerungen und Empfehlungen zur Umsetzung	80
Zielsetzungen	15		
Methode	15	5	
Evaluationsfragen	16	Die Delegationsmodi des BAG	87
Aufbau der Kapitel zum Thema Konzeption/Planung in den jeweiligen Interventionsbereichen	17	Einführung	87
Konzeption/Planung der Interventionsbereiche des MaPaDro	17	Methode	87
Prävention	17	Die wichtigsten Aspekte der Delegationspraxis des BAG	88
Therapie und Behandlungen	19	Beantwortung der Evaluationsfragen	89
Schadensverminderung und Überlebenshilfe	22	Welche Aufgaben werden delegiert?	89
Kampagne	24	Welches sind die verschiedenen Delegationsmodi des BAG?	89
Epidemiologie	26	Welche Strategien entsprechen diesen Delegationsmodi?	90
Forschung	27		

Welche Konsequenzen ergeben sich aus diesen Delegationsmodi?	91	In welchem Masse besteht zwischen den verschiedenen gesetzlichen Grundlagen und den verschiedenen Dienstvorschriften Kohärenz?	111
Über welche Kontrollmechanismen verfügt das BAG, und wie wirksam sind sie?	92	Welches sind die Unterschiede in den gesetzlichen Grundlagen und den Dienstvorschriften, soweit sie die Gesundheitsprobleme der drogenkonsumierenden Personen betreffen?	111
Ist die Delegation adäquat?	92	Wie definiert die Polizei auf dem Hintergrund des generalpräventiven Auftrages ihre Rolle in bezug auf den Schutz der Gesundheit von drogenkonsumierenden Personen? Beabsichtigt sie in diesem Sinne Massnahmen zu ergreifen?	112
Schlussfolgerungen und Empfehlungen	94	Gesamtergebnisse	112
6		Empfehlungen	114
Umfrage unter den Partnern des BAG im Bereich der Suchthilfe (illegale Drogen)		8	
Einführung	97	Epidemiologische Bestandsaufnahme des Drogenkonsums in der Schweiz	
Methode	97	Verfügbare Daten	117
Evaluationsfragen	97	Direkte Indikatoren für den Drogenkonsum	118
Beteiligungsrate	98	Konsum illegaler Drogen bei 15-jährigen	118
Beschreibung der Umfrageteilnehmer	98	Entwicklung des Konsums illegaler Drogen in der Bevölkerung zwischen 17 und 45 Jahren	118
Ergebnisse	99	Indirekte Indikatoren für den Drogenkonsum	119
Zusammenarbeit	99	Indikatoren der Strafverfolgung: Entwicklung der Strafanzeigen wegen illegalen Drogenkonsums	119
Verbreitung (d.h. Nutzungsgrad und Bekanntheit) der vom BAG unterstützten Aktionen und der Leitideen seiner Interventionen	100	Drogenbedingte Todesfälle	121
Beurteilung der vom BAG unterstützten Aktionen und der Leitideen seiner Interventionen; gewünschte Prioritäten	100	Tabak- und Alkoholkonsum	121
Gesetzliche, politische und finanzielle Aspekte	101	Weitere Indikatoren für den Schweregrad der Folgen des Drogenkonsums, gesammelt in Umfragen unter Drogenkonsumierenden	122
Schlussfolgerungen und Empfehlungen	103	Soziodemographische Merkmale und soziale Integration der Drogenkonsumierenden	122
7		Arten des Drogenkonsums	123
Gesundheitliche Aspekte der Polizeiarbeit im Drogenbereich		Kontakte mit der Polizei	123
Einführung	107	Risikofaktoren, Schutzverhalten und HIV-Tests bei den Besuchern der niedrig-schweligen Anlaufstellen	123
Evaluationsfragen	107	Zusammenfassung	125
Methodik	107		
Ergebnisse: Kontext der Polizeiarbeit im Betäubungsmittelbereich	108		
Strukturelle Ausgangslage	108		
Gesundheitliche Probleme der drogenkonsumierenden Personen und Polizeiarbeit im Alltag	109		
Ergebnisse: Evaluationsfragen	109		
Welches sind die gesetzlichen Grundlagen und Dienstvorschriften, die das Verhalten der Polizei bezüglich der Gesundheitsprobleme der illegal drogenkonsumierenden Personen bestimmen?	109		

9			
Letzte Schlussfolgerungen und Empfehlungen; Ausblick und Denkanstösse	129		
Beurteilung im Hinblick auf die allgemeinen Schlussfolgerungen der Evaluation (1990-1996)	129		
Herausforderungen der Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft	131		
Schlussempfehlungen	133		
Anhang			
Anhang 1a			
Glossar	135		
Anhang 1b			
Die wichtigsten Prioritäten des Massnahmenpakets Drogen für 1998-2002	137		
Anhang 1c			
Entwicklung der Akzeptanz der verschiedenen Massnahmen zur Drogenbekämpfung - 1991 bis 1997; Prozentsatz der Befürworter	138		
Anhang 2a			
Zusätzliche Studien und Analysen im Rahmen des Evaluationsprogramms, Phasen I, II und III	139		
Anhang 3a			
Aktionstheorien in den verschiedenen Bereiche des MaPaDro	Beiheft		
Anhang 3b			
Gesprächsraster für die Interviews mit den BAG-Mitarbeitern	140		
Anhang 4a			
Zahlenmässige Entwicklung der Einrichtungen und Aufnahmeplätze für die stationäre Behandlung in der Schweiz (1993-1998)	141		
Anhang 5a			
Liste der Fälle, die im Rahmen der Studie über die Delegationsmodi des BAG untersucht wurden (in alphabetischer Reihenfolge)	142		
Anhang 5b			
Verteilung der Delegationsfälle auf verschiedene Projektarten		143	
Anhang 7a			
Interviewte Personen und Informanten im Rahmen der Studie «Sanitäre Aspekte der Arbeit der Polizei mit Drogenkonsumierenden»		144	
Anhang 8a			
Entwicklung des Lebenszeit-Konsums illegaler Drogen bei 15-jährigen Jugendlichen im 9. Schuljahr, in %, mit Konfidenzintervall bei 95% (Zusätzliche Tabelle zum Kapitel 8)		146	
Anhang 8b			
Entwicklung des Konsums illegaler Drogen in der Bevölkerung zwischen 17 und 45 Jahren, in % (Zusätzliche Tabelle zum Kapitel 8)		147	
Anhang 8c			
Alter, Mitbenutzung von Spritzen und Aidstest in verschiedenen Gruppen Drogenkonsumierender - gemeldet oder gemessen: 1989-1997 (Zusätzliche Tabelle zum Kapitel 8)		148	
Anhang 8d			
Entwicklung der Anzahl drogenbedingter Todesfälle in der Europäischen Union und der Schweiz 1985-97. (Zusätzliche Tabelle zum Kapitel 8)		150	

Aufbau des Evaluationsberichtes

Der vorliegende Evaluationsbericht deckt den Zeitraum 1997-1999 ab. Er ist für verschiedene Lesergruppen bestimmt: die Mitarbeiter des BAG, Entscheidungsträger, Leiter von Einrichtungen, Fachleute, usw. Um den Zugang zu ausführlicheren Informationen zu erleichtern, wird so oft wie möglich auf Fussnoten und Anhänge verwiesen, ebenso auf die kompletten Berichte der einzelnen Untersuchungen, die im Verlauf der Evaluationsphase durchgeführt wurden. Ausserdem befindet sich am Ende jedes Kapitels eine Kurzbibliographie.

Da es sich um einen Evaluationsbericht handelt, wurde den Beurteilungselementen, d.h. den Evaluationsfragen und ihrer Beantwortung nach dem heutigen Stand, der Vorrang gegeben. Kapitel 1 (S. 7-10) fasst das Massnahmenpaket des Bundes im Bereich der Gesundheit zur Verminderung der Drogenprobleme (MaPaDro) noch einmal kurz zusammen. Das Mandat der globalen Evaluation und seine Zielsetzungen sind Gegenstand des Kapitels 2 (S. 11-14). Kapitel 3 (S. 15-44) enthält die Studie zur Konzeptions- und Planungsarbeit. In Kapitel 4 (S. 45-86) werden die Umsetzung des MaPaDro und seine Produkte/Produktionen evaluiert. Kapitel 5 (S. 87-95) befasst sich mit den Delegationsmodi des BAG. Kapitel 5 (S. 97-105) führt die wichtigsten Ergebnisse der Umfrage unter den Partnern des BAG auf. Kapitel 7 (S. 107-116) beschreibt und analysiert die gesundheitliche Aspekte der Polizeiarbeit im Drogenbereich. Kapitel 8 (S. 117-128) führt die wichtigsten epidemiologischen Daten über die Drogensucht in der Schweiz auf und vergleicht sie mit den Daten anderen europäischen Länder. Kapitel 9 (S. 129-134) enthält unsere Schlussfolgerungen und Empfehlungen.

In diesem Bericht werden zahlreiche Projekte, Programme und Einrichtungen zitiert, die in Anhang 5a in einem Glossar mit den wichtigsten Abkürzungen aufgeführt werden. Um die Kohärenz des Textes zu bewahren, werden auch die wichtigsten verwendeten Konzepte und Kategorien in Anhang 1a beschrieben.

Einführung

Die Abteilung für die Evaluation von Präventionsprogrammen des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Lausanne ist seit 1991 vom BAG mit der Evaluation des Massnahmenpaketes des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme beauftragt (MaPaDro Anhang 1a). Die erste Bilanz deckte die Zeit 1990-1992¹ ab, die zweite umfasste den Zeitraum 1993-1996² und lieferte auch eine Gesamtübersicht über die Periode 1990-1996 (S. 11). Der vorliegende Bericht analysiert den Zeitraum 1997-1999.

Zur Stellung von MaPaDro in der Drogenpolitik des Bundes

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) erarbeitete 1991 ein Massnahmenpaket zur Verminderung der Drogenprobleme (MaPaDro)³. Die Interventionen des Bundes, die die Anstrengungen der Kantone, Gemeinden und Privatorganisationen unterstützen sollen, (**Komplementaritätsprinzip**), bilden einen zentralen Aspekt der Schweizer Drogenpolitik, die vom Bundesrat als «**4-Säulen-Modell**» definiert wurde (Prävention, Therapie und Wiedereingliederung, Schadensverminderung und Überlebenshilfe sowie Repression und Kontrolle).

Die Rolle der Eidgenossenschaft bei den sanitären Interventionen zur Drogenproblematik ist im Bundesgesetz über die Betäubungsmittel (Art. 15a und 15c) festgelegt und wird auch in der Drogenpolitik des Bundesrates definiert^a.

Der Bund hat u.a. die Arbeit sämtlicher Bundesämter zu koordinieren, die an der Suchtbekämpfung beteiligt sind, und das MaPaDro ist Teil dieser Bemühungen um Zusammenarbeit: Es gilt, eine optimale Koordination zu erzielen, insbesondere mit dem Bundesamt für Polizeiwesen und dem Bundesamt für Sozialversicherungen.

Die Arbeit des Bundes im Bereich der Drogenpolitik beschränkt sich aber nicht allein auf das MaPaDro. Sie umfasst auch die Ausarbeitung der Schweizer Politik im Drogenbereich (Parlament, Bundesrat, Volksabstim-

mungen), die Revision des Betäubungsmittelgesetzes und die Vorbereitung eines Gesetzes über die Suchtprävention, ferner die politische Kooperation mit anderen Ländern im Drogenbereich, die Bekämpfung des illegalen Rauschgifthandels und des organisierten Verbrechens in diesem Bereich, die Kontrolle der Betäubungsmittel, die zu medizinischen Zwecken verwendet werden, sowie andere Aspekte, die mit diesen Substanzen in Zusammenhang stehen. In allen diesen Bereichen ist der Bund aktiv, aber sie gehören nicht zum MaPaDro und werden daher hier nicht evaluiert.

Interventionsfelder und Umsetzungsstrategien des MaPaDro

Das MaPaDro^b deckt sämtliche Interventionen des BAG zur Verminderung der Drogen- und Suchtprobleme ab. Diese Interventionen sind in einem langfristigen Programm zusammengefasst, das durch gemeinsame Ziele, klare Rollenaufgaben für den Bund und für das BAG sowie durch vier Umsetzungsstrategien gekennzeichnet ist:

- Information und Dokumentation;
- Förderung von Modellen und Innovationen;
- Koordination und Harmonisierung;
- Qualitätsförderung.

Die Hauptausrichtungen des MaPaDro ergeben sich aus den Interventionsmassnahmen auf Ebene der **Säulen** «Prävention», «Therapie» sowie «Schadensverminderung und Überlebenshilfe». Die **Begleitmassnahmen** (Information und Dokumentation, Sensibilisierungskampagne, Fort- und Weiterbildung, Epidemiologie, Forschung, Evaluation und Koordination/Zusammenarbeit zwischen Bund, Kantonen

^a Entscheidungen des Bundesrates vom 20.2.91, 28.4.92, 3.10.94, 31.1.95, 6.10.97 und 19.12.97, «Stellungnahme des Bundesrates zu den Drogenproblemen» vom 6.9.94, und Botschaft des Bundesrates zu den Initiativen Jugend ohne Drogen und Droleg vom 15.6.95.

^b Die Ziele, Strategien und Massnahmen des MaPaDro sind in einem von der Direktion des BAG zusammengestellten Bezugsdokument festgehalten, das von der Vorsteherin des Departements des Inneren angenommen wurde: *Massnahmenpaket des Bundes im Bereich der Gesundheit zur Verminderung der Drogenprobleme (MaPaDro) 1998-2002*. Bern: BAG, 1998.

und Städten) sind als Stützen für diese Säulen gedacht. Spezielle Aktionspläne schliesslich wurden zudem für **zwei Sonderbereiche** entwickelt: der Strafvollzug und die ausländische Bevölkerung.

Für jedes dieser Interventionsfelder (Säulen, Begleitmassnahmen und Sonderbereiche), hat das BAG spezifische Ziele formuliert und Strategien und Massnahmen entwickelt, die ausführlicher in den Kapiteln 3 und 4 beschrieben werden. Die Prioritäten des MaPaDro für den Zeitraum 1998-2002 werden in Anhang 1b aufgeführt.

Obwohl die Säule **«Repression/Kontrolle»** nicht in den Zuständigkeitsbereich des BAG fällt, werden einige Fälle von Kooperation mit dieser Säule im Rahmen des MaPaDro berücksichtigt (S. 7).

Ziele und erwartete Resultate

Die Ziele des MaPaDro beziehen sich auf die **drei Säulen**, für die das BAG zuständig ist:

- Die Zahl der neu in den Drogenkonsum Einsteigenden vermindern sowie die Entwicklung einer Abhängigkeit verhindern (**Prävention**);
- Ausstiegsmöglichkeiten aus der Abhängigkeit verbessern (**Therapie und Wiedereingliederung**);
- Die Lebensbedingungen und den Gesundheitszustand der Drogenkonsumenten verbessern, Risiken mindern und ihre soziale Integration erhalten (**Schadensverminderung und Überlebenshilfe**).

Die Verwirklichung dieser Ziele müsste zu folgenden **Resultaten** führen:

- Signifikante Reduzierung der Anzahl Konsumenten harter Drogen;
- Reduzierung der schweren Schäden an Gesundheit und Lebensbedingungen im Zusammenhang mit dem Konsum und Missbrauch von Drogen;
- Reduzierung der Auswirkungen der Drogenproblematik auf die Gesellschaft.

Ressourcen des MaPaDro

1991 wies der Bund dem BAG ein Interventionsbudget für die Umsetzung seines Programmes zur Verminderung der Drogenprobleme zu. Dieses Budget liegt heute bei etwa 18 Millionen Franken pro Jahr (für den Zeitraum 1998-2002). Hinzu kommen rund 15 Mitarbeiterstellen im BAG. Ein Teil des Budgets wird für Gemeinschaftsaktionen mit den Aids-, Alkohol- und Tabakprogrammen aufgewendet, sofern eine gemeinsame Zielsetzung besteht (vgl. unten).

Zusammenarbeit zwischen dem MaPaDro und anderen Wirkungsfeldern des BAG

Wo immer dies möglich ist, wird im Rahmen des MaPaDro mit anderen Programmen des BAG (Aids, Tabak, Alkohol) zusammengearbeitet. Es geht um gemeinsame Strategien und Projekte, insbesondere in folgenden Bereichen: Prävention und Gesundheitsförderung in den Schulen, Prävention unter Jugendlichen, Gesundheitsprojekt für die ausländische Bevölkerung, Schadensverminderung im Bereich Drogen/Aids, Gesundheitsförderung im Strafvollzug, Weiterbildung für Suchtfachleuten, Promotion der bestehenden Projekte und Qualitätsförderung.

Umfeld

Unter den herausragenden Ereignissen im Umfeld des MaPaDro zwischen 1997 und 1999 seien die Abstimmungen zu den Volksinitiativen Jugend ohne Drogen und Droleg genannt. Ihre massive Ablehnung durch die Bevölkerung und aller Kantone hat die Relevanz der Politik des Bundes sowie deren generelle Akzeptanz bewiesen (70,6 % der Stimmen gegen Jugend ohne Drogen am 28. September 1997, und 74 % gegen Droleg am 28. November 1998). Diese Resultate bestätigen, was Befragungen der Schweizer Bevölkerung zur Kenntnis und Sichtweise des Suchtproblems bereits 1991, 1994 und 1997^{4,5,6} ergeben hatten. Als Beispiel wird in Anhang 1c aufgezeigt, welche Entwicklung die Akzeptanz der verschiedenen Massnahmen zur Bekämpfung der Drogenprobleme von einer Befragung zur anderen

durchlaufen hat. Die Berichterstattung in der Presse wurde in diesem Zeitraum (ab 1995) zunehmend zur Routine und liess insgesamt eine immer liberalere Tendenz erkennen⁷.

Es sei darauf hingewiesen, dass das BAG sich, obwohl die Mehrheit der Indikatoren eine Ablehnung der Initiativen voraussehen liessen, in diesen Abstimmungen sehr aktiv engagiert hat, was unter anderem die Vorbereitung und Ausarbeitung der Basisdokumente des MaPaDro verlangsamt hat (S. 15-44).

Hauptunterschiede zwischen dem früheren (1991-1996) und dem neuen (1997-2002) MaPaDro

Das neue Massnahmenpaket ist eine Fortsetzung des früheren, aber es soll an dieser Stelle auch an seine neuen Ausrichtungen erinnert werden. Das erste MaPaDro ist zu einem Zeitpunkt entstanden, als dem Drogenproblem grosse Aufmerksamkeit geschenkt wurde – besonders seitens der Medien (offene Szenen, Erhöhung der Anzahl von Drogentodesfällen, soziale Ausgrenzung und Verelendung der Drogenkonsumentenden). Später ging diese Aufmerksamkeit zurück: Die Drogenproblematik ist für die Bevölkerung derzeit nicht mehr vorrangig; ihre Sorge gilt heute eher der Arbeitslosigkeit und der Immigration.

Man beginnt heute auf allen Ebenen die Notwendigkeit einer globalen Herangehensweise an die Problematik der Drogensucht zu erkennen (S. 8). Dennoch bleibt die vierte Säule (Repression) relativ isoliert, obwohl sich das BAG um eine **bessere Zusammenarbeit zwischen dem Sektor der Repression und den drei anderen Säulen** bemüht. Dieses Element erweist sich für die kommenden Jahre als eine Priorität für das BAG und tritt daher auch im neuen MaPaDro deutlich hervor.

Das BAG bedient sich dieser auf **Koordination und Zusammenarbeit** basierenden Herangehensweise bereits in mehreren Fällen. So unterstützt oder initiiert es zahlreiche Einrichtungen/Organisationen, die innerhalb der verschiedenen Säulen (RADIX, SAH/OSEO, KOSTE, Koordinationszentrale Drogen oder Sport) und im Ausbildungsbereich (CONVERS

und ARIA) dieses Ziel anstreben. Eine verstärkte Koordination gehört auch zu den Prioritäten des jetzigen MaPaDro.

Eine der neuen Arbeitsweisen, die das BAG im Rahmen des MaPaDro ausbauen will, ist die **Qualitätsförderung**.

Das BAG, das bereits in den Bereichen der Primär- und der Sekundärprävention eine **auf Suchtprobleme konzentrierte Herangehensweise** unterstützt hat, scheint seine Anstrengungen in dieser Richtung noch ausbauen zu wollen, da unter den Jugendlichen ein verstärkter Konsum von Tabak, Alkohol, Haschisch, Extasy usw. festzustellen ist, und dies um so mehr, wenn sie in einem **sozial prekäreren Umfeld** leben (Erhöhung der Arbeitslosigkeit).

Zusammenfassend ausgedrückt, stellt der Übergang vom früheren zum neuen MaPaDro die Weiterentwicklung von einer **Logik der Intervention** zu einer **Logik der Koordination und Zusammenarbeit** dar.

Bibliografische Referenzen

- ¹ 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 (Cah Rech Doc IUMSP, no 81).
- ² Gervasoni JP, Dubois-Arber F, Benninghoff F, Spencer B, Devos T, Paccaud F. *Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie. Deuxième rapport de synthèse, 1990-1996*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1996 (Cah Rech Doc IUMSP, no 111 a).
- ³ *Programmes de mesures de santé publique de la Confédération en vue de réduire les problèmes de drogue (ProMeDro) 1998-2002*. Berne: Office fédéral de la santé publique; 1998.
- ⁴ Zeugin P, Panchaud C. *Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes de la toxicomanie: phase I. Enquête de base, préalable au lancement de la campagne nationale de sensibilisation aux problèmes des toxicomanies 1991*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1992 (Cah Rech Doc IUMSP, no 81.1).
- ⁵ Heim G. IPSO Sozialforschung, Dübendorf. *Représentative Befragung (Phase T1) zur Wahrnehmung und Einstellungen des Schweizer Bevölkerung zu Drogenproblematik und -konsum*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1995 (Cah Rech Doc IUMSP, no 111.5).
- ⁶ Bergman M, Cattacin S, Lucas B, Wernli B. *Libéraliser, réduire les risques, soigner ou réprimer? L'opinion de la population suisse à l'égard de la politique en matière de drogue*. Genève: Université de Genève, Département de science politique; 1997 (Travaux et communications 8/1997).
- ⁷ Widmer J, Boller B, Coray R. *Drogen im Spannungsfeld der Öffentlichkeit: Logik der Medien und Institutionen*. Basel: Helbing & Lichtenhahn; 1997.

Das Mandat der Globalevaluation und seine Zielsetzungen

Kurzer Rückblick auf die ersten beiden Evaluationsphasen (1991-1996)

Seit 1991 leitet der Bund eine umfangreiche Intervention im Bereich «illegalen Drogen». Diese Problematik war im Gesundheitswesen sicherlich nicht neu; kantonale und suprakantonale Massnahmen waren in den Bereichen der drei Säulen der Drogenpolitik schon lange vorher eingeführt worden. Die Aufgabe des BAG bestand mithin in der Verstärkung und Ergänzung dieser Massnahmen (Komplementaritätsprinzip, S. 7). Dies machte es schwierig, die Arbeit des Bundes abzugrenzen und ihre Wirkungen zu evaluieren.

In den Bereichen Forschung und Statistik existierte bereits ein (unvollständiger und noch unbefriedigender) Datenstamm; vor allem aber gab es Akteure mit klar abgesteckten Kompetenzbereichen.

Vor diesem Hintergrund liess das BAG zunächst eine **Lagebilanz** erstellen, in deren Vorfeld eine Reflexion zu den **verfügbaren oder wünschenswerten Indikatoren über den Drogenkonsum bzw. den Schweregrad der Abhängigkeit¹** unternommen wurde. Aus der Bilanz ergab sich eine Definition der Evaluationsmethode: Diese sollte global und grossenteils **«goal-based»** sein (also auf einer epidemiologischen Datensynthese über die Konsumprävalenz und den Schweregrad der damit einhergehenden Probleme basieren). Ausserdem sollte sie systematisch über Entscheidungsprozesse, Aktivitäten sowie Merkmale, Wirkungen und Rahmenbedingungen von umgesetzten Massnahmen informieren.

Die Evaluationen der spezifischen Programme und Projekte, die seit 1991 vom BAG selbst oder unter seiner Mitwirkung lanciert worden waren (z.B. PROVE, Drogen oder Sport, Weiterbildung von Suchtfachleuten usw.), gehörten nicht zur Globalevaluation des MaPaDro und

wurden im übrigen anderen Forschern übertragen. Allerdings konnte es vorkommen, dass die Globalevaluation sich unter einem anderen Aspekt mit einem ihrer Themen befasste, wenn das BAG dies wünschte (Anhang 2a). Die Evaluation des MaPaDro bestand also zu einem grossen Teil in der Auswertung der Daten existierender Forschungen oder Statistiken, die u.a. den Evaluationen spezifischer Programme entstammten.

Dritte Phase und Konzept der Globalevaluation (1997-2002)

Die dritte Phase der Evaluation fällt in den Rahmen des neuen Massnahmenprogramms des BAG und konzentriert sich auf die für den Zeitraum 1997-2002 definierten Zielsetzungen und Aufgaben. Die Struktur der Evaluation basierte zunächst auf einem Dokument des BAG², stand dann jedoch im Mittelpunkt langer Diskussionen zwischen Evaluationsbeauftragten und BAG-Verantwortlichen, bis man schliesslich zu einer Einigung gelangte.

Das gewählte Evaluationskonzept besteht aus einer **globalen** Evaluationsmethode³ zur Erfassung der Elemente der **Konzeption/Planung** (S. 15-44), der **Umsetzung** (S. 45-86) und der **Ergebnisse** (S. 87-106) des MaPaDro (**Outputs und Outcomes^a**) sowie der relevanten Elemente des sozialen Umfeldes. Es geht also darum, die verschiedenen Bestandteile der Strategie und ihrer Wirkungen zu untersuchen und langfristig sichtbar zu machen.

^a Unter Output verstehen wir die direkten Ergebnisse des Programms im Hinblick auf den Prozess (wie viele durchgeführte Aktionen, wie viele erreichte Personen, wie viele Organisationen, die an den Aktionen teilnehmen usw.). Outcome bezeichnet die Ergebnisse hinsichtlich der Ziele des Programms, d.h. die eigentlichen Wirkungen (Änderungen bei Konsumprävalenz, Konsumform, Gesundheitszustand und sozialer Eingliederung der Konsumierenden usw.). Die Wirkungen auf das Umfeld können der Kategorie Outputs zugeordnet werden, wenn es sich um Wirkungen vom Typ «Prozess» (Anzahl der Presseartikel zu einem Thema, Anzahl von Sekundärinteraktionen durch Partner usw.) oder vom Typ «Ergebnis» (Inhalt kantonaler Strategien, von Gesetzen usw.) handelt.

Die Evaluation **begleitet** die Umsetzung und beobachtet ihre Ergebnisse; sie entwickelt sich im Laufe der Zeit weiter und wird immer umfassender. Die verschiedenen Elemente der Strategie werden in mehreren Studien (Tabelle 2a) und komplementären Analysen erfasst, die zusammen einen Gesamtüberblick über die Situation liefern.

Die Evaluationsmethode ist auch **benutzerorientiert**⁴ (user focused evaluation), d.h. es wird besonderer Wert darauf gelegt, dass die Evaluation im Hinblick auf die zu evaluierende Situation, die vorliegenden Fragen und die Bedürfnisse der Benutzer relevant und angemessen ist. Die Evaluation kann sich mithin der Entwicklung der Fragestellungen anpassen. Diese Vorgehensweise, die kein bestimmtes Modell bevorzugt, bietet die Möglichkeit, die Methoden zur Beantwortung der vielfältigen Fragen, die in einer globalen Evaluation gestellt werden, frei zu wählen und miteinander zu kombinieren.

Das BAG möchte wissen, ob seine Bemühungen in die richtige Richtung laufen und wie es seine Arbeit verbessern kann, d.h. es wünscht sich ein regelmässiges Feed-back über die Entwicklung, Relevanz, Wirksamkeit und sogar Effizienz^b seiner Aktionen. Dementsprechend werden den Leitern der verschiedenen Bereiche regelmässig die Evaluationsergebnisse vorgelegt, damit gegebenenfalls strategische Anpassungen vorgenommen werden können.

Zusammenfassend ausgedrückt, berücksichtigt die Globalevaluation einerseits das MaPaDro **in seiner Gesamtheit**, beleuchtet andererseits aber auch **einige relevante oder prioritäre Elemente der Bereiche**, aus denen es besteht. Damit liegt der Schwerpunkt eindeutig auf der Politik des Bundes, während kantonale Strategien im Prinzip nur am Rande berücksichtigt werden, und auch dann meist nur, um **das Umfeld** der Bundesmassnahmen zu untersuchen.

Es ist klar, dass die Evaluation nicht alle Bereiche gleich abdecken kann: In Absprache mit dem BAG wurde eine Auswahl getroffen, wobei strategische Überlegungen des BAG ebenso berücksichtigt wurden wie die Verankerung seiner Massnahmen.

Allgemeine Ziele und zentrale Fragen der Evaluation

Die **allgemeinen Ziele der Evaluation** sind:

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

Die **drei zentralen Fragen** des BAG an die Evaluation lauten:

- Sind Wirkungen des MaPaDro im Sinne der festgelegten Ziele beobachtbar?
- Werden diese Wirkungen in der bestgeeigneten Weise erzielt (im Hinblick auf Relevanz, Wirksamkeit und Übereinstimmung mit dem geplanten Prozess)?
- Sind massgebliche Faktoren identifizierbar, welche die Verwirklichung der Ziele des MaPaDro ermöglicht haben?

Wie wir bereits in unserem Evaluationsprotokoll erwähnten⁵, ist es nicht leicht, diese Fragen direkt zu beantworten. Die erste Aufgabe der Evaluation besteht darin, sie zu vertiefen und beantwortbar zu machen (in Zusammenarbeit mit dem BAG). Es geht u.a. um die Bereitstellung von Indikatoren, mit deren Hilfe diese sehr globalen Fragen (S. 15 und 45) in differenzierter Weise beantwortet werden können.

^b Im Rahmen einer Evaluation bedeutet die Wirksamkeitsanalyse (einer Massnahme, eines Programms), dass die erreichten Ergebnisse mit den angestrebten Zielen verglichen werden, während bei einer Effizienzanalyse die investierten Mittel mit den erzielten Ergebnissen verglichen werden.

Tabelle 2a

Studien und komplementäre Analysen im Rahmen des Evaluationsprogramms zwischen 1997 und 1999, einschliesslich der von ihnen gelieferten Informationen über Prozess, Ergebnisse und Umfeld des MaPaDro.

	Prozess	Ergebnisse	Umfeld
Hauptstudien der UEPP*			
Studie der Konzeption/Planung des MaPaDro (Interviews mit den Leitern jedes Bereiches im BAG, Aktionstheorien, Berichte an das BAG)	•		
Studie über die Umsetzung des MaPaDro	•	•	
Studie über die Delegationsmodi des BAG	•	•	
Umfrage bei den Partnern des BAG	•	•	•
Studie der sanitären Aspekte der Polizeiarbeit unter Drogenkonsumierenden			•
Komplementäre Analysen der UEPP-Studien			
Analyse des Monitorings der Tätigkeiten in niedrighschwelligten Einrichtungen	•	•	
Komplementäre Analysen der Studien über die Klientel niedrighschwelliger Einrichtungen		•	
Komplementäre Analyse der Studie über «nicht erfassbare Bevölkerungsgruppen»		•	
Wahrnehmung und Einstellung der Schweizer Bevölkerung zur Drogenproblematik		•	•
Komplementäre Analysen, weitere Studien			
Analyse und Synthese der epidemiologischen Daten		•	
Analyse und Synthese anderer Evaluationen	•	•	•
Beobachtung der Printmedien			•

* Abteilung für die Evaluation von Präventionsprogrammen des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Lausanne [N.d.Tr.]

Methodik der Globalevaluation

Tabelle 2a listet die Studien und Analysen der Globalevaluation auf. Die Arbeiten der Evaluationsperiode 1991-1999 werden in Anhang 2a zusammengefasst.

Jeder der fünf zur Globalevaluation gehörenden Hauptstudien ist ein eigenes Kapitel gewidmet, an dessen Anfang die jeweilige Methodik beschrieben wird: Studie der Konzeption/Planung des MaPaDro (S. 15-44), Studie der Umsetzung des MaPaDro (S. 45-86), Studie der Delegationsmodi des BAG (S. 87-96), Umfrage bei den Partnern des BAG (S. 97-106), Studie der sanitären Aspekte der Polizeiarbeit unter Drogenkonsumierenden (S. 107-116).

Die Studie zur Konzeption/Planung hat eine Klärung der Konzepte des BAG ermöglicht. Daneben konnten für jeden Bereich neue Prozess-, Ergebnis- und Umfeldindikatoren erarbeitet werden. Diese Indikatoren sind in der Studie zur Umsetzung des MaPaDro beobachtet und analysiert worden. Die Indikatoren aus den beiden

ersten Evaluationsphasen (1990-96) sind in dieser Etappe ebenfalls überarbeitet und verfeinert worden. Die Studie der Delegationsmodi des BAG fügt sich in die Analyse einer im BAG immer mehr zum Alltag gehörenden Arbeitsmethode ein. Das Delegieren von Aufgaben ist eine der Konsequenzen, die sich aus dem Übergang von der Aktionslogik zur Koordinationslogik ergeben (S. 87-96).

Die Umfrage bei den BAG-Partnern liefert ergänzende Informationen über die Zusammenarbeit, den Kenntnisstand sowie die Art, wie die Partner des BAG dessen Arbeit und Politik im Rahmen des MaPaDro sehen (S. 97-106).

Die Studie über die sanitären Aspekte der Polizeiarbeit unter Drogenkonsumierenden schliesslich liefert Informationen, die dem BAG beim Ausbau der Zusammenarbeit mit dem Sektor der Repression helfen können (S. 107-116).

Die komplementären Analysen von Studien und epidemiologischen Daten haben die Einrichtung eines Dokumentationssystems erforderlich gemacht, das regelmässig aktualisiert wird. Die verschiedenen Studien-, Evaluations- und Forschungsberichte werden in der UEPP systematisch und proaktiv archiviert. Die komplementären Analysen basieren teilweise auf Studien, die direkt von der UEPP im Rahmen der Globalevaluation durchgeführt wurden (Tabelle 2a und Anhang 2a), teilweise aber auch auf einer kontinuierlichen Durchsicht der verfügbaren Literatur und Dokumentation in unserer Dokumentationsabteilung.

Hinweis

Wir weisen darauf hin, dass der Kausalitätszusammenhang zwischen unternommenen Aktionen und beobachteten «Wirkungen» stets relativiert werden muss, und zwar schon allein deshalb, weil diese Aktionen nicht in einem «Interventionsvakuum» oder einem «sozialen Vakuum» erfolgen, sondern in einem Umfeld, in dem zahlreiche Akteure und soziale Phänomene zusammenwirken. Ebenso gilt, dass diese Phänomene keinen homogenen Einfluss auf alle festgehaltenen Indikatoren ausüben. Die gesammelten Daten werden einer Beurteilung und Interpretation unterzogen, bei der gewissermassen eingeschätzt werden muss, welches Gewicht offenkundigen Gegebenheiten zuzumessen ist. Deshalb muss eine Gegenüberstellung verschiedener Datenquellen stattfinden (**Triangulation**).

Bibliografische Referenzen

- ¹ 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.
- ² Gertsch M, Lehmann P. *Globalevaluation des Massnahmen zur Verminderung von Drogenproblemen: Gegenstand, Ziel und zentrale Fragestellungen des Evaluation; 1996*.
- ³ Rossi PH, Freeman HE. *Evaluation: a systematic approach. 5th ed*. Newbury Park; London; New Delhi: Sage Publications; 1993.
- ⁴ Patton MQ. *Utilization-focused evaluation: the new century text. 3rd ed*. Thousand Oaks ed. London [etc.]: Sage Publications; 1997.
- ⁵ Gervasoni JP, Dubois-Arber F, Jeannin A, Spencer B. *Protocole d'évaluation globale du paquet de mesures de la Confédération visant à réduire les problèmes liés à la toxicomanie (ProMeDro) 1997-99*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1997.

Evaluation der Konzeption und Planung des MaPaDro

Der erste Teil der Globalevaluation des MaPaDro zielte auf die Ermittlung und Beurteilung der theoretischen Überlegungen ab, die hinter den Massnahmen des öffentlichen Gesundheitsprogramms stehen, sollte aber auch zum weiteren Nachdenken anregen. Zu diesem Zweck begleiteten die Evaluationsbeauftragten die Mitarbeiter des MaPaDro bei ihren Schritten zur Erarbeitung des Programmkonzepts und entwickelten ein Arbeitsinstrument, anhand dessen die Aktionen des Programms insgesamt besser erfasst werden konnten.

Zielsetzungen

Um die Wirkungen und Ergebnisse des MaPaDro beurteilen zu können, muss zunächst geklärt werden, von welchen theoretischen Überlegungen die Arbeit des BAG im Suchtbereich geleitet wird. Tatsächlich ergibt sich der Inhalt des Programms aus der Bilanz früherer Aktionen sowie aus einer Analyse der Bedarfslage und der vorhandenen Mittel. Werden diese Elemente und ihre Zusammenhänge aktualisiert, so zeigt sich die Aktionslogik des Programms, und es werden zwei praktische Ziele verwirklicht: zum einen treten die Grundbestandteile des Programms zum Vorschein und werden evaluierbar, zum anderen können sich die am Programm Beteiligten die innere Logik des Programms besser zu eigen machen.

Methode

Die praktische Evaluation der Konzeption/Planung des MaPaDro erfolgte in fünf Schritten:

- **Absteckung des Programms und Dokumentation der Massnahmen**
Es wurde eine Dokumentation erstellt mit dem Ziel, die Entwicklung der theoretischen Überlegungen und der Aktionen des BAG im Suchtbereich zu verfolgen. Das Organisationsschema des neuen Programms, d. h. der betroffenen Mitarbeiter und ihrer Funktionen, wurde aktualisiert.
- **Bilanz früherer Aktionen; Aufbau und allgemeine Ziele des Programms**
Es wurden Interviews mit den MaPaDro-Mitarbeitern durchgeführt, um eine Bilanz über die Wirkungen früherer Aktionen zu erstellen, fortzusetzende und zukünftige Massnahmen zu ermitteln und die interne Funktionsweise des Programms herauszuarbeiten. Im Rahmen einer Erstanalyse wurden die Ausrichtungen und die Zielgruppen des Programms ermittelt und bestimmte Aspekte seiner internen Kohärenz beurteilt.
- **Aktualisierung der Ziele und der Aktionslogik des Programms**
Es wurden, zunächst für jeden Interventionsbereich und anschliessend für das ganze Programm, «Aktionstheorien» erarbeitet (Anhang 3a). Diese Konzeptschemas lassen sämtliche Ziele eines Bereiches erkennen, einschliesslich ihrer Kausalzusammenhänge, und bieten damit die Möglichkeit, die Aktionslogik und Wirksamkeit der Massnahmen zu erfassen und auch die längerfristige Umsetzung des Programms mitzuverfolgen.
- **Externe Beurteilung der Konzeption/Planung des Programms**
Angesichts des Fehlens allgemein anerkannter Urteilkriterien oder Standards wurde die Konzeption/Planung des Programms einer dreifachen Beurteilung durch Experten^a, Evaluationsbeauftragte und BAG-Mitarbeiter unterzogen. Dies sah in der Praxis so aus, dass den Mitarbeitern des BAG das Expertengutachten und die Beurteilung der Evaluationsbeauftragten zur Kenntnisnahme und Aneignung vorgelegt wurde.

^a Die folgenden Experten wurden befragt: J.-L. Baierlé, D. Berner, A. Bondolfi, I. Cassis, S. Cattacin, M. Graf, B. Gravier, R. Haemmig, D. Kübler, J. Nelles, G. De Rham, M. Riek, H. Steffen, T. Steffen.

Tabelle 3a

Zusammenfassung der Evaluationsschritte und ihres Inhalts

Datum	Evaluationsschritte	Inhalt
Sommer 1997	Interviews im BAG 21 BAG-Mitarbeiter und 4 externe Partner (BAP, KOSTE, RADIX, SAH)	Fragen des Gesprächsrasters (Anhang 3b)
September 1997	Vortrag I	Zusammenfassung des Evaluationskonzepts
	Schriftlicher Zwischenbericht I	Definition der Rolle und der Aufgaben des BAG
		Interne Organisation des MaPaDro Erkenntnisse und Fragen in jedem Bereich
November 1997 bis Mai 1998	Aktionstheorien	Erarbeitung und Validierung der Aktionstheorien
25. Mai 1998	Vortrag II	Vorstellung der Aktionstheorien pro Bereich
	Schriftlicher Zwischenbericht II	Gesamtanalyse der Aktionstheorien pro Bereich
		Vorstellung der globalen Aktionstheorie
Juli bis September 1998	Expertenkommission	Schriftliches Gutachten der Experten und Gruppendiskussionen
26. Oktober 1998	Vortrag III	Expertise zu den Konzepten des BAG pro Bereich
	Schriftlicher Zwischenbericht III	Übergreifende Expertise zum gesamten Massnahmenpaket
November 1998 bis Januar 1999	Einzelne Zwischenberichte	Analyse der Resultate des Gutachten mit den BAG-Mitarbeitern.

• **Zusammenspiel zwischen Konzeption/Planung und Umsetzung des Programms**

Zunächst wurden die wichtigsten Fragen zur Umsetzung des MaPaDro formuliert. Anschliessend wurden Evaluationsvorschläge zu bestimmten Massnahmen des Programms gemacht.

Zu dieser Methode gehörten häufige Zwischenberichte der Evaluationsbeauftragten sowie zahlreiche Diskussionen über die gesammelten Daten und ihre Analyse. Dadurch konnten immer wieder praktische Änderungen an der Konzeption/Planung vorgenommen werden: Die Mitarbeiter machten sich in einem permanenten Prozess mit den Evaluationsergebnissen vertraut, statt sie erst *im nachhinein* zu erfahren (S. 11-14). Parallel zur Arbeit der Evaluationsbeauftragten wurde im BAG ein Dokument über das Programmkonzept des MaPaDro¹ abgefasst. Beide Aktivitäten bereicherten sich immer wieder gegenseitig.

Evaluationsfragen

- Worauf stützt sich das MaPaDro (welche Situationsanalyse, welchen erkannten Bedarf)?
- Welches sind die spezifischen Ziele für jeden Bereich?
- An welche Zielgruppen wendet sich das MaPaDro?
- Sind die Ziele insgesamt und pro Bereich angemessen?
- Ist eine Verwirklichung dieser Ziele anhand der vorgeschlagenen Massnahmen möglich, und wenn ja, in welchem Zeitraum?
- Liegt eine Definition von Erfolgskriterien vor? Sind diese evaluierbar?
- Ist das MaPaDro adäquat in die Gesamtheit der Massnahmen anderer Partner in der Schweiz (Kantone, Organisationen, Einrichtungen) integrierbar? Unter welchen Bedingungen?

Die drei ersten Schritte der oben erläuterten Methode (S. 15), d.h. der beschreibende Teil, zielen auf eine Beantwortung der drei ersten Evaluationsfragen ab. Der vierte, eher analytische Schritt stellt eine Verbindung zwischen der Konzeption/Planung und der Umsetzung her; er erlaubt eine Beantwortung der Evaluationsfragen insgesamt. Im fünften Schritt schliesslich befasst sich die Evaluation mit der Umsetzung.

Aufbau der Kapitel zum Thema Konzeption/Planung in den jeweiligen Interventionsbereichen

Auf den nachstehenden Seiten werden die Interventionsbereiche des MaPaDro (d.h. die Säulen der Drogenpolitik und die Begleitmassnahmen) nach folgendem Schema beschrieben:

Thema	Quelle und Methode
Schlussfolgerungen und Empfehlungen des ISPM Lausanne im Rahmen der Evaluation 1990-1996	<i>Zusammenfassung der Schlussfolgerungen und Empfehlungen des vorherigen Evaluationsberichts</i>
Ziele und Zielgruppen des MaPaDro (1998-2002)	<i>Synthese der Interviews, der Aktionstheorien und des vom BAG verfassten Konzepts</i>
Arbeitskonzept; Rolle des BAG auf gesamtschweizerischer Ebene	<i>Idem</i>
Planung der Interventionen für die kommenden Jahre	<i>Idem</i>
Prioritäten des MaPaDro (1998-2002)	<i>Nach dem Konzept des BAG (Anhang 1b)</i>
Beurteilung der aktuellen Konzeption/Planung durch Experten und Evaluationsbeauftragte	<i>Synthese der wichtigsten Elemente des Expertengutachtens und Abschlussurteil der Evaluationsbeauftragten.</i>

Konzeption/Planung der Interventionsbereiche des MaPaDro

Prävention

Schlussfolgerungen und Empfehlungen des Evaluationsberichts 1990-1996

- Das BAG war im Zeitraum 1990-1996 sehr aktiv und unterstützte zahlreiche Projekte. Besonders im Bereich der Sekundärprävention wurden Experimente und Innovationen gefördert. Der Bericht hebt hervor, dass das BAG erfolgreicher war, wenn es an der Verbreitung und Unterstützung bereits existierender, von den Partnern selbst getragener Projekte mitarbeitete, als wenn es neue, von ihm konzipierte Projekte einführte, die bei den Partnern oft auf ein gewisses Mass an Unbeweglichkeit und Widerstand stiessen. Zudem hatte es mitunter die Fähigkeit der letzteren zur Übernahme von Projekten überschätzt.
- Dementsprechend empfehlen die Evaluationsbeauftragten,
 - dass das BAG sich auf gut eingeführte Partner stützt und sich mit der Frage auseinandersetzt, wie mit Partnern ausserhalb des Gesundheitswesens zusammengearbeitet werden soll,
 - dass es mehr an der Verbreitung bereits existierender Projekte arbeitet,
 - dass es für eine mehrjährige Lebensdauer der Projekte sorgt, damit diese sich entwickeln können, und dass es sich von Anfang an um ihre Verankerung bemüht.
- Ausserdem fordert ein Evaluationsbericht² das BAG auf, das Zusammenspiel zwischen Primär- und Sekundärprävention deutlicher zu beschreiben und vor allem das Konzept der Sekundärprävention näher zu erläutern. Zudem wird empfohlen, Pilotzonen mit einem besonders stark ausgebildeten sozialen Netz einzurichten. Diese Zonen könnten als «Versuchslabors» dienen, in denen die Wirksamkeit der Sekundärprävention dokumentiert wird.

Ziele und Zielgruppen des MaPaDro (1998-2002)

Im Bereich Prävention besteht das Ziel des MaPaDro darin, den Konsum legaler und illegaler Drogen zu senken und die daraus entstehenden Schäden für den Einzelnen und die Gesellschaft zu vermindern. Zielgruppe der Massnahmen des BAG sind einerseits Kinder und Jugendliche, andererseits aber auch deren soziales Umfeld.

Arbeitskonzept im Bereich Prävention

Das BAG beruft sich auf ein sehr weit gefasstes Konzept der Suchtprävention, bei dem sowie Primär^a als Sekundärprävention^b berücksichtigt werden. Dazu gehört auch die Überzeugung, dass Prävention und Betreuung enger zusammen arbeiten müssen, dass zwischen dem Konsum legaler und illegaler Drogen ein Zusammenhang besteht und dass die Beteiligung der Gesellschaft an den Präventionsmassnahmen eine Notwendigkeit darstellt.

Das BAG ist im Bereich Prävention um eine klarere Rollenaufteilung bemüht und beabsichtigt, fortan die *Führungsrolle* zu übernehmen und als landesweiter Koordinator aufzutreten. Es soll künftig nicht mehr in die praktischen Inhalte der einzelnen Projekte eingreifen, sondern in erster Linie die grossen Ziele der übergeordneten Programme definieren (siehe unten).

Planung im Bereich Prävention (Anhang 3a)

Das zentrale Element der Planung bildet die Einrichtung gesamtschweizerischer **Rahmenprogramme**, die auf verschiedene Lebensräume zugeschnitten sind (Schule, Freizeit, Quartier, Sport, Jugendheim, Migranten, Jugendverband, Familie). Diese Programme stützen sich im wesentlichen auf drei Elemente: Leitung/Koordination (meist ausserhalb des BAG), Finanzierungspolitik sowie Koordination/Zusammenarbeit auf Ebene der Bundesverwaltungen. Angestrebt werden eine Vervielfältigung der Projekte, eine bessere Koordination untereinander und letztendlich eine Institutionalisierung der Prävention in den genannten Lebensräumen. Langfristig soll die Präventionsarbeit zu einem selbstverständlichen Arbeitsschwerpunkt im sozialen Umfeld der Jugendlichen werden.

In der Praxis beabsichtigt das BAG zunächst, sechs Rahmenprogramme in folgenden Kategorien einzuführen oder fortzusetzen: Schule, Quartier und Gemeinde, Sport, Jugendheime, Migranten, Jugendverbände. Dazu schliesst es sich jeweils mit einem Partner zusammen, der landesweit aktiv ist und die Umsetzung des Programms übernehmen kann.

Daneben will das BAG im Bereich Prävention die Innovationsbereitschaft fördern und an der Verwirklichung und Verbreitung origineller Projekte mitarbeiten. Ausserdem will es die Aktivitäten in der Sekundärprävention ausbauen und ihre Wirkungen in einer umfangreichen Interventionsforschung dokumentieren (supra-f).

Und schliesslich beabsichtigt das BAG, die interne Zusammenarbeit aller im Arbeitsfeld Prävention tätigen Mitarbeiter (legale und illegale Drogen, Aids usw.) zu verstärken.

^b Massnahmen, die von der Aufnahme des Drogenkonsums abhalten sollen.

^c Massnahmen, die zu einer Früherfassung Drogenkonsumierender führen und ihnen ein Umfeld bzw. Betreuungsmöglichkeiten geben sollen, die vermeiden, dass sie in eine Suchtproblematik geraten.

Prioritäten des BAG (1998-2002)

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

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

Externe Beurteilung der Experten und Evaluationsbeauftragten

Angesichts des zunehmenden Konsums legaler wie illegaler Drogen unter jungen Menschen muss die Prävention unbestreitbar als ein Ganzes verstanden werden, wobei den Phänomenen der Sucht eine höhere Bedeutung beizumessen ist, als der Frage nach dem legalen oder illegalen Charakter der sie hervorriefenden Substanzen. Auch das gemeinschaftliche Vorgehen im Gesundheitswesen, bei dem vor allem die Sektoren Prävention und Betreuung näher zusammenarbeiten würden, wäre wünschenswert, weil dabei alle Beteiligten auf die gleichen Methoden und Konzepte zurückgreifen und das gesamte soziale Umfeld mobilisieren könnten.

Die Politik des BAG berücksichtigt offensichtlich nur Jugendliche unter 18 Jahren und scheint junge Erwachsene auszuschliessen. Es ist jedoch erwiesen, dass viele Heroinsüchtige erst nach diesem Alter mit dem Konsum von Heroin angefangen haben. Präventionsarbeit muss sich also auch an junge Erwachsene wenden. Es ist in diesem Zusammenhang bedauerlich, dass eine Institution wie die Armee nicht Ziel eines Rahmenprogramms ist.

Ziele und Ressourcen sind noch nicht eindeutig zwischen Primär- und Sekundärprävention aufgeteilt. Auch kann man sich fragen, ob eine effektive Zusammenarbeit mit den Partnern vor Ort möglich ist, wenn das BAG eine Führungsrolle übernimmt. Wie wir in der Vergangenheit gesehen haben, kann dies Konflikte herbeiführen und sich als unproduktiv erweisen. Das Hinzuziehen praxisnah arbeitender Akteure im Verlauf der Konzeptions-/Planungsphase der Prävention bietet den Vorteil, Legitimitätskonflikte zu verringern.

Die Strategie der Rahmenprogramme ist erfolgversprechend, allerdings unter zwei Bedingungen: Zum einen müssen die Konzepte der Programme und ihre Auswirkungen auf das jeweilige Umfeld genauer definiert werden, zum anderen ist dafür Sorge zu tragen, dass die Programme auch dann noch Wirkung zeigen, wenn die vom BAG gewährten Subventionen abgelaufen sind. Eine Grundsatzfrage, die bereits von den Evaluationsbeauftragten angesprochen wurde, bleibt unbeantwortet: Setzt das Ziel der Mobilisierung des sozialen Umfelds von Jugendlichen nicht voraus, dass die Aktionen sich zunächst auf Gemeinschaften (Quartier, Stadt) und erst anschliessend auf die Lebensräume konzentrieren?

Therapie und Behandlungen

Schlussfolgerungen und Empfehlungen des Evaluationsberichts 1990-1996

- Die Arbeit des BAG im Bereich Therapie und Behandlungen verteilt sich auf den ambulanten und den stationären Sektor. Im ambulanten Sektor hat sich das BAG intensiv an der Erarbeitung und Evaluation neuer Behandlungsmöglichkeiten mit ärztlicher Verschreibung von Betäubungsmitteln (PROVE) beteiligt. Im stationären Sektor hat es u.a. auf Betreiben des Bundesrats systematische Schritte unternommen, um, ausgehend von einer Bedarfsanalyse (Reha 2000), ein spezifisches Massnahmenpaket auszuarbeiten (1994) und eine nationale Koordinationsstelle einzurichten (KOSTE). In diesem Rahmen hat das BAG auch die Betriebsaufnahme oder Neuorganisation verschiedener stationärer Therapieeinrichtungen finanziell unterstützt und ein nationales Informationssystem (InfoSet Direkt) eingerichtet,

- das den Zugriff auf Informationen über die Behandlungseinrichtungen erleichtern soll. Und schliesslich hat das BAG im ambulanten und stationären Sektor die Erarbeitung landesweiter Statistiken unterstützt.
- Der Evaluationsbericht hebt hervor, dass das BAG künftig anhand der landesweiten Statistiken regelmässig überprüfen soll, ob die verschiedenen Bestandteile des Therapieangebots noch den Bedürfnissen der Drogensüchtigen entsprechen. Qualität und Angemessenheit der Behandlungen sollen auch durch die Erarbeitung von Qualitätskriterien und Studien über die langfristige Entwicklung von Drogensüchtigen verbessert werden. Im Sektor der Methadonbehandlungen soll sich das BAG ebenfalls verstärkt einsetzen, insbesondere, was den Aspekt der Qualität betrifft.

Ziele und Zielgruppen des MaPaDro (1998-2002)

Im Bereich Therapie und Behandlungen zielt das MaPaDro darauf ab, drogenabhängigen Menschen zum Ausstieg aus der Sucht zu verhelfen, ihre soziale Integration zu fördern und ihren physischen und psychischen Gesundheitszustand zu verbessern.

Zielgruppen des Bereiches Therapie und Behandlungen sind einerseits die Drogensüchtigen selbst, andererseits die Einrichtungen, die sie betreuen oder für ihre Betreuung verantwortlich sind. Hinzu kommen inzwischen auch die Zahlungsstellen, d.h. Sozialversicherungen und öffentliche Körperschaften.

Arbeitskonzept im Bereich Therapie und Behandlungen

Das BAG beruft sich auf ein Konzept, das einerseits ein vielfältiges und auf die gesundheitlichen und sozialen Bedürfnisse der Drogensüchtigen abgestimmtes Therapieangebot fördert, andererseits aber auch die Professionalisierung der sie betreuenden Einrichtungen und Fachleuten vorantreibt.

Das BAG versteht sich selbst als einen Akteur, der einen strukturellen Beitrag leistet, d.h. der das Umfeld und die Bedingungen verändert, die in der Schweiz die Arbeit der Akteure dieses Bereiches bestimmen. Von diesem Beitrag soll vor allem das Angebot profitieren: Es soll qualitativ besser (einschliesslich der Vielfalt) und zugänglicher (einschliesslich des Aspektes der Finanzierung) werden.

Planung im Bereich Therapie und Behandlungen (Anhang 3a)

Die Interventionen des BAG verteilen sich auf vier Sektoren: stationäre Behandlung, Verschreibung von Heroin, Substitutionsbehandlung mit Methadon und Therapien im Strafvollzug. Den Schwerpunkt im stationären Sektor bilden die Anpassung der Finanzierungssysteme und die Erarbeitung von Qualitätskriterien. Bei den ambulanten Therapien mit Betäubungsmittelverschreibung (Heroin/Methadon) gilt es als vorrangig, das Angebot zu institutionalisieren, vorhandenes Wissen zu vergrössern, Fachpersonal auszubilden und Richtlinien zu erarbeiten. Für den Strafvollzug sind vor allem eine bessere Kenntnis dieses Umfeldes, eine engere Zusammenarbeit mit den Gefängnisleitern und eine stärkere Unterstützung beim Ausbau des Therapieangebots notwendig.

Das BAG beteiligt sich weiterhin an den beiden Grossprojekten KOSTE (Schweizerische Koordinationsstelle für stationäre Therapieangebote im Drogenbereich) und PROVE (PROjekt zur VEerschreibung von Betäubungsmitteln). Die Institutionalisierung der Betäubungsmittelverschreibung zeichnet sich inzwischen als eine der grossen Aktivitäten des BAG ab. Die Frage der Finanzierung stationärer Therapien gilt ebenfalls als bedeutsam; das BAG arbeitet mit KOSTE an einer akzeptablen Lösung für alle Parteien (Bundesamt für Sozialversicherung, Kantone und Einrichtungen).

Prioritäten des BAG (1998-2002)

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

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

Externe Beurteilung der Experten und Evaluationsbeauftragten

Ein vielfältigeres und individueller auf die – auch sozialen – Bedürfnisse süchtiger Menschen abgestimmtes Therapieangebot ist unbestreitbar wünschenswert. Auch der Gedanke, die Qualität der Therapien und den Professionalismus der Therapeuten zu verbessern, findet keinen Widerspruch. Unklar ist dagegen noch, wie und mit wem das BAG diese Änderungsprozesse verwirklichen will: Welche Rollen spielen FOS, KOSTE oder das Bundesamt für Sozialversicherung im stationären Sektor? Was muss von wem im Bereich Methadon unternommen werden?

Die verschiedenen Therapieformen und ihre Finanzierung rufen zahlreiche Interessenkonflikte hervor, was die Notwendigkeit eines zentralen Akteurs im Bereich Therapie und Behandlungen offen zutage treten lässt. Es ist fraglich, ob ein «struktureller Beitrag» ausreicht; das BAG sollte hier mehr Verantwortung für den ganzen Bereich übernehmen und sich stärker um globale Koordination bemühen. Eine (notwendige) Änderung des BetmG in diesem Sinne könnte eine stärkere Vernetzung und Harmonisierung der Arbeitsweisen zur Folge haben und dazu beitragen, dass Konflikte und Konkurrenzeffekte gemindert werden, die sich letztendlich negativ auf die Behandlung Süchtiger auswirken können. Doch bereits heute schon könnte das BAG seine derzeitigen Zuständigkeiten auf gesamtschweizerischer Ebene genauer formulieren und seine Rolle gegenüber den Akteuren des Bereiches deutlicher definieren. Zur Frage der Finanzierung stationärer Therapien kann legitimerweise erwartet werden, dass sich das Eidgenössische Departement des Inneren klar äussert, und dass seine Verwaltungen in dieser Hinsicht die gleiche Sprache sprechen.

Im Sektor der Methadonbehandlungen, dem die Hälfte der Drogensüchtigen in der Schweiz zuzuordnen ist, beschränken sich die Massnahmen offenbar wieder nur auf einige punktuelle Projekte. Dies bestätigt, dass das BAG den Bereich Therapie und Behandlungen nicht an allen Fronten gleich angeht.

Schadensverminderung^c und Überlebenshilfe^d

Schlussfolgerungen und Empfehlungen des Evaluationsberichts 1990-1996

- Das Angebot an niedrighschwelligten Einrichtungen, in denen Arbeitsstellen und Wohnungen vermittelt werden, wird umfangreicher, weist jedoch hier und da geographische Lücken auf. Das BAG muss, besonders über die Fachstelle Arbeit und Wohnen des SAH, zu einer Schliessung dieser Lücken beitragen, aber auch für eine grössere Angebotsvielfalt sorgen. Zudem wäre es wünschenswert, wenn das Angebot dieser Einrichtungen nicht nur auf Drogensüchtige zugeschnitten wäre: Betroffene sollten dort auch mit Menschen zusammenkommen können, die nicht aus ihrem Milieu stammen.
- Im Sektor Schadensverminderung muss für einen noch offeneren und sichereren Zugang zu sterilem Injektionsmaterial gesorgt werden, da Drogensüchtige zu seiner Benutzung bereit sind, sofern es problemlos verfügbar ist. In diesem Sinne sollten zugänglicheres Injektionsmaterial (Anzahl der Kantone und Städte, Anzahl und Vielfalt der Angebotsorte, Öffnungszeiten usw.) und eine bessere Qualität der Produkte (Desinfektionsmittel, Ascorbin, Beratung usw.) für das BAG nach wie vor im Vordergrund stehen. Die Abgabe von Injektionsmaterial in Gefängnissen ist durchführbar und entspricht einer Notwendigkeit, wie das Projekt Hindelbank gezeigt hat. Folglich sollte dieses Experiment gefördert und allgemein eingeführt werden, um die Anzahl der Fälle von HIV-Infektionen in Gefängnissen zu senken.
- Die Präventionsmassnahmen gegen HIV-Infektionen durch Geschlechtsverkehr reichen noch nicht aus, ebenso wenig wie die Förderung der «sexuellen Gesundheit» bei Drogensüchtigen. Bei Mitarbeitern niedrighschwelliger Einrichtungen aber auch bei Gassenarbeitern (Street Worker) und im Rahmen der Prävention durch Peergroups sollten Aktionen in dieser Richtung gefördert werden.

^d Massnahmen, die auf eine Verminderung der Ansteckungsgefahr bei Krankheiten wie Aids und Hepatitis abzielen, besonders bei intravenösem Drogenkonsum.

^e Massnahmen, die auf eine Verbesserung der Lebensbedingungen und der sozialen Integration von Drogenabhängigen abzielen.

Ziele und Zielgruppen des MaPaDro (1998-2002)

Im Bereich Schadensverminderung und Überlebenshilfe besteht das Ziel des MaPaDro darin, die durch den Drogenkonsum hervorgerufenen gesundheitlichen und sozialen Schäden zu begrenzen und den Gesundheitszustand sowie die soziale Integration abhängiger Personen während der Konsumphase aufrechtzuerhalten.

Zielgruppe der Massnahmen zur Schadensverminderung und Überlebenshilfe sind Personen, die illegale Drogen konsumieren, insbesondere Süchtige. Das BAG erreicht diese Personenkreise jedoch meist nur indirekt; daher konzentriert sich seine Arbeit vor allem auf Akteure, die mit den Drogenkonsumierenden direkt in Berührung kommen.

Arbeitskonzept im Bereich Schadensverminderung und Überlebenshilfe

Das BAG folgt in diesem Bereich der Überzeugung, dass drogensüchtigen Menschen ein Leben unter bestmöglichen Bedingungen erlaubt werden muss, dass sie aber stets auch Zugang zur Möglichkeit des Ausstiegs aus der Drogensucht haben müssen. Konkret kann das BAG dies erreichen, indem es beiträgt sie gesundheitlich zu schützen (vor allem vor HIV-Infektionen) und ihnen Zugang zu Arbeits-, Wohn- und Ausbildungsmöglichkeiten zu verschaffen.

Die Aufgabe des BAG besteht darin, das Angebot der Schadensverminderung und Überlebenshilfe zu fördern und zu unterstützen, um zu seiner Erweiterung und Verbesserung beizutragen. Dieses Ziel will das BAG derzeit durch Vernetzung, Professionalisierung und Qualitätssicherung erreichen.

Planung im Bereich Schadensverminderung und Überlebenshilfe (Anhang 3a)

Die Arbeit des BAG verteilt sich auf drei Sektoren: Sozialhilfe, Gesundheit und Strafvollzug. Im ersten Sektor, der im wesentlichen Arbeit und Wohnen betrifft, wird vor allem angestrebt, das Angebot zugänglicher zu machen (regionale Flächendeckung, Berücksichtigung der Zielgruppen, Förderung der Dezentralisierung). Diese Aufgabe wird hauptsächlich dem SAH übertragen. Die wichtigsten Interventionsthemen im Sektor Gesundheit sind die Verbesserung der Injektionsbedingungen (Zugang zu Injektionsmaterial und Beratung) und die Präventivmassnahmen gegen HIV-Infektionen durch Geschlechtsverkehr. Die Aktivitäten in diesem Sektor bestehen im wesentlichen in der Ausarbeitung oder Unterstützung von Projekten sowie aus der Arbeit einer Fachgruppe «Aids und Drogen» des BAG. Im Strafvollzug schliesslich steht der qualitative und quantitative Ausbau des sanitären Angebots für drogensüchtige Häftlinge im Vordergrund. Die Aktion wird im wesentlichen von einer Fachgruppe getragen, die u.a. Empfehlungen ausarbeitet und die Weiterbildung des Gefängnispersonals fördert.

Prioritäten des BAG (1998-2002)

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

Im Besonderen:

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

Externe Beurteilung der Experten und Evaluationsbeauftragten

Es wird begrüsst, dass das BAG den Bereich Schadensverminderung und Überlebenshilfe zu einer Säule der Bundespolitik gemacht und damit entscheidend zur Institutionalisierung dieses Bereiches beigetragen hat. Überdies gilt die Rolle des BAG bei Koordination und Vernetzung im Sektor Schadensverminderung als entscheidend.

In den niedrighschwelligen Einrichtungen bestimmter Städte geht man dazu über, den Wohnsitz drogensüchtiger Personen zu kontrollieren, was dazu führt, dass Diskrepanzen bei der Zugänglichkeit zu diesen Angeboten auftreten. Es wäre angebracht, allgemein über Zugänglichkeit und notwendige Vielfalt des Angebots nachzudenken und dabei auch das Zusammenspiel zwischen Sekundärprävention, Schadensverminderung bzw. Überlebenshilfe und stationären Therapien mit Betäubungsmittelverschreibung (Methadon/Heroin) zu berücksichtigen.

Die Arbeit des BAG im Bereich Schadensverminderung konzentriert sich hauptsächlich auf HIV-Infektionen bei Injizierenden. Es handelt sich hier unbestreitbar um eine Priorität, aber andere Aktionen, die auf Hepatitis, andere Formen des Drogenkonsums oder die Gesundheit der Drogensüchtigen allgemein ausgerichtet sind, dürfen nicht zu kurz kommen. Das Angebot, aber auch die Ziele in diesem Bereich werden in den nächsten Jahren vermutlich vielfältiger werden. Hierzu werden u.a. die Selbsthilfeprojekte für Drogenabhängige beitragen, die das BAG unterstützen will.

Es ist richtig, dass die Vermeidung von HIV-Infektionen im Strafvollzug ein vorrangiges Ziel sein sollte. Dementsprechend sollte die in verschiedenen Gefängnissen versuchsweise durchgeführte Verteilung von Spritzen oder Desinfektionsmitteln überall eingeführt werden. Am Beispiel des Kantons Waadt ist deutlich geworden, dass das Vorhandensein eines relativ autonomen Gesundheitsdienstes in einer Strafvollzugsanstalt ebenfalls vorteilhaft sein kann, wenn es um die Verwirklichung von Massnahmen geht, die den Gesundheitszustand drogensüchtiger Häftlinge verbessern sollen.

Zum Thema Überlebenshilfe schliesslich ist festzuhalten, dass die Interventionen des BAG eher in den Bereich Sozialhilfe fallen als in den Bereich Gesundheit. Dies kann zum Anlass genommen werden, im Bereich Drogensucht gründlicher über die gegenseitige Verflechtung von sozialen und gesundheitlichen Fragen nachzudenken. Infolge solcher Überlegungen wird das BAG möglicherweise noch weitere Akteure auf Bundes- oder Kantonalebene auffordern, sich mit Suchtthemen auseinanderzusetzen. So könnte die Sozialhilfe zur fünften Säule der Drogenpolitik des Bundes werden.

Kampagne

Schlussfolgerungen und Empfehlungen des Evaluationsberichts 1990-1996

- Die Periode 1990-1996 war für die Verantwortlichen der nationalen Sensibilisierungskampagne insgesamt eine Phase, in der sie sich mit den Problemen der Drogensucht vertraut machten. Die ursprünglich zu hoch angesetzten Ziele wurden verfeinert, Strategien präziser formuliert. Die Zusammenarbeit mit den Partnern (Kantone und andere regionale Kampagnen) blieb begrenzt und war zuweilen von Divergenzen über Aussagen und Mittel der Sensibilisierungskampagne gekennzeichnet.
- Drei Schwerpunkte kristallisieren sich für die Zukunft der Kampagne heraus: Die Ziele, die wegen der begrenzten Ressourcen eng gesteckt bleiben müssen, sollen eindeutig formuliert werden; die Kampagne soll «sichtbarer» werden, einerseits durch die Einschränkung der behandelten Themen, andererseits durch die allgemeine Einführung eines Logos, an dem das Engagement des Bundes im Bereich der Drogensucht für die Bevölkerung deutlich wahrnehmbar wird; die (entscheidende) Zusammenarbeit mit den Partnern soll ausgebaut werden, um den Impact der Kampagne zu vervielfachen und die Aussagen aufeinander abzustimmen.
- Die Kampagnen sollten weiterhin durch Vorab- und Nachtests evaluiert werden, um die Aussagen optimal anpassen zu können. Überdies sollte neben den klassischen Medien der Einsatz anderer Kommunikationsträger erwogen und vertieft werden.

Ziele und Zielgruppen des MaPaDro (1998-2002)

Die nationale Kampagne soll die Bevölkerung für die Suchtproblematik (darunter auch die Drogensucht) sensibilisieren, ferner Vorurteile angehen, einen objektiven Dialog fördern und das Engagement des Bundes in diesem Bereich erkennbar machen. Ihre Aussagen werden über die Massenmedien verbreitet und wenden sich an die Gesamtbevölkerung und somit auch an Personen, die sich von den Suchtproblemen nicht betroffen fühlen.

Arbeitskonzept im Bereich Nationale Sensibilisierungskampagne

Die Kampagne wird als Sensibilisierungskampagne verstanden, weil sie darauf abzielt, Vorurteile anzugehen und der Bevölkerung eine objektive Vorstellung der Suchtproblematik zu vermitteln: Sie stellt also keine Präventionskampagne dar. Pro Jahr soll sie auf höchstens zwei Themen mit nur wenigen, einfachen und informativen Aussagen beschränkt bleiben. Ausserdem soll die Problematik der Sucht global angegangen werden und auch die Alkoholproblematik mit einbeziehen. Die Themen der Kampagne schliesslich sind so formuliert, dass ihre Wirksamkeit gemessen werden kann.

Die Zusammenarbeit mit den Partnern ist eine Grundvoraussetzung um bei Aktionen und Impact der Kampagne einen Schneeballeffekt zu erreichen. Die Kontaktaufnahme mit internen wie externen Partnern muss daher in einem frühen Stadium des Produktionsprozesses erfolgen, damit die Aussagen harmonisiert werden können.

Planung im Bereich nationale Sensibilisierungskampagne (Anhang 3a)

Pro Jahr werden höchstens zwei Kampagnen durchgeführt, wobei eine Kampagne mehrere Produktionen zu einem Thema umfasst. Mit Hilfe der Kampagne soll auch das Engagement des Bundes im Bereich Drogensucht bzw. Suchtproblematik deutlich erkennbar werden.

Das zweite Planungselement bezieht sich auf die Zusammenarbeit mit den Partnern unter dem Aspekt der Synergie. Es wird angestrebt, dass die Partner die Produktionen der Kampagne übernehmen und so zur Harmonisierung der an die Bevölkerung vermittelten Aussagen beitragen. Dieses Ziel gilt auch für die geplante Zusammenarbeit mit internen Partnern der Bundesverwaltung, vor allem mit den anderen Präventionskampagnen. Die Integration der Alkoholproblematik schliesslich wird als eines von mehreren Elementen im Rahmen einer globaleren Herangehensweise an die Suchtproblematik verstanden.

Prioritäten des BAG (1998-2002)

Zur nationalen Sensibilisierungskampagne wird im Rahmen des MaPaDro keine Priorität genannt.

Externe Beurteilung der Experten und Evaluationsbeauftragten

Ziele und Zielgruppen sind klar abgesteckt und entsprechen den Bedingungen einer medienwirksamen Kampagne zum Thema Drogensucht. Zwei Punkte werden als besonders positiv hervorgehoben: die Bedeutung, die der Evaluation der Kampagnen beigegeben wird, und, nach einstimmiger Auffassung der Experten, der deutliche Wille zur Zusammenarbeit mit den Partnern, um einen Schneeballeffekt zu erzielen.

Das BAG hat sich entschieden, die Kampagne auf die generelle Suchtproblematik auszurichten und die Alkohol- und später auch die Tabakproblematik zu integrieren. Dies wirft zunächst die Frage auf, ob nicht langfristig auch die Medikamentensucht berücksichtigt

werden sollte. Des Weiteren stellt sich heraus, dass die neue Ausrichtung nur oberflächlich und lediglich unter dem Gesichtspunkt der Inhalte erwähnt wird; die Integration der Tabakproblematik ist beispielsweise noch nicht konkret angesprochen worden. Nach Ansicht der Experten stellt die strategische Neuausrichtung des BAG in Wirklichkeit vor eine Reihe von Aufgaben, die bislang kaum oder gar nicht behandelt worden sind: Neudefinition der Prioritäten, Verteilung von Aufgaben und Zuweisung adäquater Ressourcen; organisatorische Änderungen an der Kampagne selbst (bedingt durch die erweiterte Aufgabenstellung); Ermittlung potentieller neuer Partner (die z.T. seit langem in den neuen Arbeitsfeldern tätig sind); Ermittlung möglicher Kooperationsprojekte; Ausrichtung und Koordination der Kampagneninhalte. Da einige Änderungen im Hinblick auf den neuen Kurs schon geplant oder gar umgesetzt sind, hätten die Experten es begrüsst, wenn die Rolle der Kampagne in diesem neuen Kontext deutlicher beschrieben worden wäre.

Die Bevölkerung muss über die Kursänderung infolge der erweiterten Problematik aufgeklärt werden, wobei auch die Gründe und Motivationen, die zu dieser Änderung geführt haben, darzulegen sind.

Die Kampagne wendet sich an verschiedene Sprach- und Kulturkreise, was gewisse praktische Probleme aufwirft. So muss für ein möglichst homogenes Verständnis der Aussagen gesorgt werden, insbesondere bei der Übertragung der Produktionen in andere Kulturen, was über die bloss linguistische Übersetzung hinaus geht. Nach einstimmiger Auffassung der Experten ist diesem Punkt besondere Aufmerksamkeit zu widmen. Ebenso ist es wichtig, dass periphere Regionen nicht vergessen werden.

Epidemiologie

Schlussfolgerungen und Empfehlungen des Evaluationsberichts 1990-1996

- Der Umfang epidemiologischer Daten über den Drogenkonsum hat seit 1990 insgesamt erheblich zugenommen, was grossenteils dem BAG zu verdanken ist, das die Erarbeitung landesweiter Statistiken sowie zahlreiche Forschungsprojekte unterstützte. Allerdings wäre es angesichts der heute verfügbaren Fülle oft zusammenhangloser Daten angebracht, im epidemiologischen Bereich Forschungsschwerpunkte zu definieren^e.
- Zur Verbesserung der epidemiologischen Überwachung müssen besondere Anstrengungen unternommen werden (Kompatibilität der Arbeitsinstrumente, Analysekapazität), um präzisere Schätzungen über die Anzahl der Drogenkonsumierenden und den Schweregrad ihres Konsums zu erhalten. So kann die aktuelle Situation, aber auch ihre künftige Entwicklung, zuverlässiger beurteilt werden.
- Zur HIV-Epidemiologie liegen in der Schweiz zahlreiche Datenquellen vor. Ein Ausbau der Epidemiologie über die Hepatitisinfektionen scheint hingegen noch notwendig.

Ziele und Zielgruppen des MaPaDro (1998-2002)

Mit Hilfe von Datenanalysen und Ad-Hoc-Studien trägt der Bereich Epidemiologie, ebenso wie die Bereiche Forschung und Evaluation, zur Verwirklichung der Gesamtziele des MaPaDro bei (S. 8):

^f Die Schlussfolgerungen und Empfehlungen früherer Evaluationsphasen bezogen sich im wesentlichen auf die Epidemiologie und schlossen Informationen aus den Bereichen Forschung und Evaluation mit ein. In der aktuellen Evaluationsphase werden die drei Bereiche ausführlich einzeln behandelt, wobei auf Überschneidungen hingewiesen wird.

^g Dieser Aspekt kristallisierte sich bei den Gesprächen heraus, die im Rahmen der Untersuchung zur Konzeption/Planung mit verschiedenen in diesem Bereich tätigen BAG-Mitarbeitern stattfanden.

Es geht darum, die wissenschaftlichen Grundlagen für rationale Entscheidungen zu liefern, im Bereich der Politik ebenso, wie für konkrete Interventionen.

Zielgruppe der Epidemiologie sind die Entscheidungsträger öffentlicher Körperschaften, darunter das BAG selbst, ferner die im Suchtbereich tätigen Personen und in einigen Fällen auch die Gesamtbevölkerung. Die Akteure, die im Bereich Epidemiologie zusammenarbeiten, sind in erster Linie schweizerische Forschungseinrichtungen (Universitäten, Institute, Hochschulen), aber auch Akteure vor Ort, wobei die ersteren die Studien durchführen und die letzteren die Daten sammeln.

Arbeitskonzept im Bereich Epidemiologie

Das BAG definiert sich selbst als einen Akteur, der beim epidemiologischen Monitoring der Drogensucht in der Schweiz eine Führungsrolle spielt. Damit verfolgt das BAG ungefähr dieselbe Linie wie im Bereich HIV/Aidsf.

Planung im Bereich Epidemiologie (Anhang 3a)

Das zentrale Planungselement bildet die Einrichtung eines Überwachungssystems, das mit dem System der «REITOX National Focal Points» des Europäischen Observatoriums für Drogen und Toxikomanie^g, kompatibel ist und die Beobachtung von Trendindikatoren ermöglicht. Eine Anpassung dieses Systems dürfte zur Harmonisierung verschiedener epidemiologischer Instrumente führen, insbesondere der landesweiten Statistiken (bereits bestehend), gleichzeitig aber auch die Führungsrolle des BAG im Bereich des epidemiologischen Monitorings der Suchtprobleme untermauern.

Daneben beabsichtigt das BAG, verbleibende Informationslücken zu schliessen, die Qualität der Daten zu verbessern und die landesweite Flächendeckung auszubauen.

^h 15 EU-Länder beteiligen sich derzeit an diesem Netz. Weitere Informationen sind auf der Web-Site des EMCCDA zu finden: <http://www.emccda.org>.

Und schliesslich will es sich durch die Empfehlung anerkannter Standards auch für die Qualität der epidemiologischen Studien selbst einsetzen.

Prioritäten des BAG (1998-2002)

- Einrichtung und Betrieb eines Observatoriums für ein nationales **epidemiologisches Monitoring** nach dem Modell «focal points» Reitox des Europäischen Observatoriums für Drogen und Toxikomanie.
- Zuverlässige Übermittlung von **Resultaten** epidemiologischer Studien, wissenschaftlicher Forschung und von Evaluationen im Bereich der Suchtprobleme zu Händen von Entscheidungsträger und Spezialisten vor Orth¹.

Externe Beurteilung der Experten und Evaluationsbeauftragten

Die vom BAG formulierte Priorität (Einrichtung einer Beobachtungsstelle für das **landesweite epidemiologische Monitoring** nach dem Modell der «REITOX National Focal Points» der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht) wird begrüsst, zumal sie der klassischen Funktion des Bundesamtes für Gesundheit entspricht. Allerdings darf das BAG den Zeit- und Geldaufwand für die Entwicklung eines solchen Arbeitsinstrumentes nicht unterschätzen, eine Empfehlung, die übrigens auch für die gegenwärtig laufenden Aktivitäten zur Harmonisierung der landesweiten Statistiken gilt.

Die Bemühungen um eine Klärung der Fragen zur Delegation von Datenanalyse und Trendüberwachung müssen fortgesetzt werden, um Doppelarbeit zu vermeiden.

Die konzeptuelle Abgrenzung der Bereiche Epidemiologie, Forschung und Evaluation findet ein positives

¹ Diese Priorität betrifft drei Bereiche des MaPaDro (Epidemiologie, Forschung und Evaluation). Sie wird hier wie im Dokument des BAG aufgeführt, weil sie eine Koordination zwischen den drei Bereichen voraussetzt, die wir im Kapitel zur Umsetzung der Epidemiologie noch weiter erläutern (S. 64-66).

Echo, ebenso die angestrebte Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen diesen drei Bereichen.

Form und Inhalt der effektiven Übermittlung von Ergebnissen müssten allerdings noch deutlicher beschrieben werden, besonders im Hinblick auf die verschiedenen Zielgruppen dieser Informationen. So wäre es wünschenswert zu erfahren, wie sich das BAG die Auswertung der Daten vorstellt, welche Kommunikationsmittel verwendet werden sollen, welche Informationen über Internet weitergegeben werden sollen und wer für die Aktualisierung der Informationen zuständig ist.

Die Frage, wie die Teile der Epidemiologie berücksichtigt werden sollen, die in anderen Sektionen des BAG angesiedelt sind (Beispiel: Epidemiologie der Hepatitisinfektionen), muss näher erläutert werden.

Auch die geplante Arbeit zur Qualitätsverbesserung ist ausführlicher und präziser zu beschreiben. Wichtig ist vor allem eine Bekanntgabe der Standards, die das BAG im Bereich der Epidemiologie verwenden will.

Forschung

Schlussfolgerungen und Empfehlungen des Evaluationsberichts 1990-1996

Der Bereich Forschung wurde bei der Evaluation des früheren MaPaDro nicht einzeln betrachtet und gab daher keinen Anlass zu besonderen Empfehlungen.

Ziele und Zielgruppen des MaPaDro (1998-2002)

Die Forschung mehrt vorhandenes Wissen und liefert die notwendigen Informationen für rationale, auf wissenschaftliche Grundlagen gestützte Entscheidungen im Bereich der Drogensucht. Ihre Zielsetzungen in der Praxis:

- Empirisch abgestütztes Fachwissen erarbeiten;
- Aktuelle neue Entwicklungen erforschen;
- Theorien und Modelle formulieren und prüfen;
- Künftige Entwicklungen vorhersagen;
- Neue Interventionsformen erproben.

Zielgruppe der Forschung sind die Entscheidungsträger öffentlicher Körperschaften, ferner die im Suchtbereich tätigen Personen und in einigen Fällen auch die Gesamtbevölkerung. Die Akteure, die im Bereich Forschung zusammenarbeiten, sind in erster Linie schweizerische Forschungseinrichtungen (Universitäten, Institute, Hochschulen), aber auch Akteure vor Ort, wobei die ersteren die Studien durchführen und die letzteren die Daten sammeln.

Arbeitskonzept im Bereich Forschung

Das BAG will im Forschungsbereich zwei Funktionen erfüllen: Zum einen sollen je nach Wissensbedarf Forschungsaufträge vergeben werden, zum anderen sollen Qualität und Auswertung der Suchtforschung verbessert werden, um die Studien zuverlässiger und nützlicher zu machen.

Planung im Bereich Forschung (Anhang 3a)

Im Bereich Forschung plant das BAG, Studienaufträge in sechs Sektoren zu vergeben, die es selbst definiert hat (Substanzen, Epidemiologie, Ätiologie, Intervention, Evaluationsforschung und Sozialforschung). Ein Koordinationsteam innerhalb des BAG analysiert den Wissensbedarf, spürt die vorrangig zu untersuchenden Probleme auf und bearbeitet die Forschungsaufträge.

Zu den wichtigsten geplanten Aktivitäten gehört die Beobachtung und Auswertung der Ergebnisse von PROVE sowie die Durchführung zweier Interventionsforschungen in den Bereichen Sekundärprävention (supra-f) und Entzugstherapien (MUSE & SWI-De-Co).

Überdies will das BAG die Qualität der Forschung verbessern, indem es Qualitätskriterien definiert, die vor allem den Aufbau von Anträgen und die Form von Publikationen betreffen. Daneben will es sich vermehrt auf ausländische Forscher oder Experten stützen, die es über internationale Ausschreibungen rekrutiert oder in Führungsgremien mit einbezieht. Ferner wünscht das BAG die Einrichtung eines Fachinstituts in der französischsprachigen Schweiz, das interventionsnah arbeitet, aber auch komplexe Forschungsaufträge übernehmen kann. Die Zielsetzung ist hier, über zwei Fachinstitute in der Schweiz zu verfügen, die an REITOX teilnehmen können, wobei das eine eher auf Therapien und Behandlungen, das andere stärker auf Prävention spezialisiert wäre.

Und schliesslich plant das BAG, sich für eine effektivere Übermittlung der Forschungsergebnisse an verschiedene Zielgruppen einzusetzen. Dazu will es einerseits die Forscher stärker einbinden (vertragliche Pflicht zur Ergebnisweitergabe, Ad-Hoc-Budgets), andererseits aber auch selbst an der Verbreitung von Informationen mitarbeiten.

Prioritäten des BAG (1998-2002)

- Realisierung eines Forschungsprogramms zur Früherfassung und Früherkennung von gefährdeten Jugendlichen (supra-f). Wissenschaftliche Erforschung von Machbarkeit und Wirksamkeit dieses Ansatzes im schweizerischen Umfeld.
- Zuverlässige Übermittlung von **Resultaten** epidemiologischer Studien, wissenschaftlicher Forschung und von Evaluationen im Bereich der Suchtprobleme zu Händen von Entscheidungsträger und Spezialisten vor Ort^j.

Externe Beurteilung der Experten und Evaluationsbeauftragten

Die Experten befürworten die strategischen Entscheidungen, insbesondere die Bedeutung, die der Qualität eingeräumt wird. Andererseits merken sie an, dass das BAG nicht berücksichtigt, wie begrenzt seine Mittel sind, wenn es versucht, von der Substanzforschung über die Analyse gesellschaftlicher Rahmenbedingungen

^j Diese Priorität betrifft drei Bereiche des MaPaDro (Epidemiologie, Forschung und Evaluation). Sie wird hier wie im Dokument des BAG aufgeführt, weil sie eine Koordination zwischen den drei Bereichen voraussetzt, die wir im Kapitel zur Umsetzung der Forschung noch weiter erläutern (S. 66-68).

bis hin zur Ätiologieforschung alle Bereiche abzudecken. In diesem Sinne wäre es wünschenswert, wenn eindeutig geklärt würde, was in den Zuständigkeitsbereich des FNRS fällt und was zur vom BAG finanzierten Forschung gehört.

Die Frage, ob die Einrichtung eines Fachinstituts in der französischsprachigen Schweiz relevant und durchführbar ist, kann nicht eindeutig mit Ja beantwortet werden, denn es gibt bereits mehrere komplementäre Institute. Die Arbeit im Netz scheint hier eher angebracht.

Es wird bedauert, dass kein vom BAG unabhängiges Expertenteam für die fachgerechte Überprüfung von Forschungsaufträgen eingesetzt wurde, denn ein solches Team könnte dazu beitragen, die vom BAG gewünschte Verbesserung von Qualität und Wirksamkeit der Forschung zu erreichen.

Eine deutlichere Absteckung des methodischen Rahmens von supra-f scheint den Experten ebenfalls notwendig. Die kritischen Äusserungen, die eine Expertengruppe der WHO³ im Fall des Forschungsprogramms PROVE machte, sollten das BAG davon abhalten, diese Studie anzugehen, bevor es sich ihrer wissenschaftlichen und methodischen Relevanz versichert hat.

Evaluation

Schlussfolgerungen und Empfehlungen des Evaluationsberichts 1990-1996

Dieser Bereich wurde bei der Evaluation des früheren MaPaDro nicht einzeln betrachtet und gab daher keinen Anlass zu besonderen Empfehlungen.

Ziele und Zielgruppen des MaPaDro (1998-2002)

Die Evaluation verfolgt drei Ziele:

- Anhand wissenschaftlicher Methoden überprüfen, ob Strategien und Massnahmen, welche die Wirklichkeit zu verändern suchen, auch tatsächlich wirksam sind.

- Innovative Projekte, die noch keinen breiten wissenschaftlichen Konsens besitzen, sollen auf ihre Wirksamkeit überprüft werden.
- Die Ergebnisse (...) der Evaluationen zum Thema Drogensucht sollen auf effektive Weise an Entscheidungsträger sowie in der Praxis tätige Spezialisten übermittelt werden.

Zielgruppe der Evaluation sind einerseits BAG-Mitarbeiter und externe, direkt in die Arbeit eingebundene Evaluationsbeauftragte, andererseits die Entscheidungsträger und Suchthelfer, die diese Ergebnisse nutzen können.

Arbeitskonzept im Bereich Evaluation

Die erste Aufgabe des BAG besteht darin, von ihm unterstützte Projekte durch externe Evaluationen dokumentieren zu lassen, sofern der Zweck dies rechtfertigt; daneben muss es aber auch die Methode der Selbstevaluation^j unterstützen, welche direkt durch die Projektleiter erfolgen kann. Zwischen 1996 und Januar 1999 unterstanden beide Evaluationstypen der Verantwortung der betroffenen Sektionen. Seither ist der Dienst Evaluation für die externen Evaluationen verantwortlich und wählt zusammen mit den betroffenen Sektionen relevante Themen und Schwerpunkte aus.

Der Dienst Evaluation trägt auch die Verantwortung für die sogenannte «globale» Evaluation über sämtliche Aktivitäten, die im Bereich illegale Drogen^k unternommen werden (Interventionen, Projekte, Sonderprogramme).

Das BAG behält sich ebenfalls das Recht vor, Projekte, an denen es nicht beteiligt ist, extern evaluieren zu lassen, wenn es sich «nützliche und interessante Ergebnisse»⁴ davon verspricht. Parallel dazu soll die Qualität und Auswertung der Evaluationen verbessert werden, damit die gesteckten Ziele auch wirklich erreicht werden können.

^k Diese Methode setzt sich mehr und mehr durch und wirkt dem zahlenmässigen Rückgang durchgeführter Evaluationen entgegen.

^l Der Dienst Evaluation ist auch für die Globalevaluationen der Massnahmen in den Bereichen Alkohol und Tabak zuständig.

Planung für den Bereich Evaluation (Anhang 3a)

Zunächst beabsichtigt das BAG, seine internen Prioritäten für den Bereich Evaluation festzulegen. Dazu will es mit den betroffenen Abteilungen, einschliesslich der Forschung und Epidemiologie, zusammenarbeiten und sich mit ihnen beraten.

Seit Januar 1999 hat der Dienst Evaluation die Aufgabe, Mandate zu definieren, anstehende Fragen zu formulieren, die Qualität der Angebote zu überprüfen (Relevanz der vorgeschlagenen Arbeitsmethode), den Ablauf der Evaluationen zu verfolgen, zwischen BAG-Mitarbeitern und externen Evaluationsbeauftragten zu vermitteln und die Qualität der erzielten Ergebnisse zu überprüfen. Diese Funktionen hatten bis dahin zu den Befugnissen der Sektionen gehört, die mit den Projekten und Programmen beauftragt waren (ausgenommen die Globalevaluation).

Um eine bessere Auswertung der Daten zu erzielen, sollen die in Auftrag gegebenen Evaluationen intern besser bekannt gemacht und die Mitarbeiter dazu angehalten werden, Zwischenergebnisse der Evaluationen für die Verbesserung laufender Interventionen zu nutzen. Die Evaluationsbeauftragten sollen ihrerseits die Ergebnisse ihrer Evaluationen an die Zielgruppen übermitteln und hierzu einen Auswertungsplan befolgen. Ihre Verträge sollten entsprechende Sonderformulierungen enthalten.

Die Qualität der Evaluationen soll dadurch verbessert werden, dass sowohl Evaluationsbeauftragte wie auch BAG-Mitarbeiter Qualitätsstandards⁵ für die Planung und Durchführung von Evaluationen beachten.

Und schliesslich will der Dienst Evaluation die Führungsebene des BAG für die Bedeutung und den Nutzen von Evaluationen sensibilisieren. Ausserdem

beabsichtigt er, einen internen Lehrgang für die Mitarbeiter einzurichten, um eine bessere Nutzung der Evaluationsergebnisse zu gewährleisten.

Prioritäten des BAG (1998-2002)

Zuverlässige Übermittlung der **Resultaten** (...) von Evaluationen im Bereich der Suchtprobleme zu Händen von Entscheidungsträger und Spezialisten vor Ort!

Externe Beurteilung der Experten und Evaluationsbeauftragten

Die Experten begrüssen es, dass das BAG der Evaluation seiner Initiativen eine so hohe Bedeutung beimisst. Sie bezeichnen die gegenwärtige Qualität der Evaluationen als gut und wünschen, dass dies so bleibt.

Die Entscheidung, Selbstevaluationen statt externer Evaluationen durchführen zu lassen, rechtfertigt sich einerseits aus der Tatsache heraus, dass nicht alle Aktionen eine externe Evaluation benötigen, andererseits aber auch aus finanziellen Gründen, denn es können nicht alle Evaluationen finanziert werden. Überdies zeigt diese Entscheidung auch, dass das BAG die Qualität über die Quantität der Evaluationen stellt.

Die Verbreitung und Auswertung der Ergebnisse interner wie externer Evaluationen (d.h. von Evaluationsbeauftragten, die selbst extern arbeiten), entspricht logisch dem Ziel einer weiteren Nutzung dieser Ergebnisse. Die Experten weisen darauf hin, dass das BAG eine wichtige Funktion erfüllen kann, wenn es die Ergebnisse an Politiker weiterleitet und in der breiten Öffentlichkeit bekanntgibt.

Das BAG nennt hinsichtlich der externen Evaluationen keine Prioritäten, obwohl dies für Evaluationsbeauftragte ebenso nützlich wäre wie für Entscheidungsträger und Suchthelfer, da sie auf diese Weise erfahren würden, mit welchem Typ von Informationen sie im Rahmen des MaPaDro rechnen können.

^m Diese Priorität betrifft drei Bereiche des MaPaDro (Epidemiologie, Forschung und Evaluation). Sie wird hier wie im Dokument des BAG aufgeführt, weil sie eine Koordination zwischen den drei Bereichen voraussetzt, die wir im Kapitel zur Umsetzung der Evaluation noch weiter erläutern (S. 68-69).

Fort- und Weiterbildung

Schlussfolgerungen und Empfehlungen des Evaluationsberichts 1990-1996

- Die Evaluation hebt das Engagement des BAG für die Förderung der Fort- und Weiterbildung von Suchtfachleuten hervor. Tatsächlich ist es ihm trotz seines diesbezüglichen Erfahrungsmangels in kurzer Zeit gelungen, unter Mitwirkung von Fachverbänden des Suchtbereiches ein solches Angebot einzurichten. Allerdings lassen die zahlreichen in Auftrag gegebenen, offenbar wenig koordinierten Evaluationen darauf schliessen, dass die Entwicklung dieser Aktion ungenügend beherrscht wurde.
- Nach mehrjährigem Bestehen stösst das Weiterbildungsangebot nunmehr an seine Grenzen (kritische Masse, Zertifizierung, Verankerung), und die Bedürfnisse der Suchtfachleute werden konkreter⁶, was das BAG zu einer Überarbeitung des Programms veranlasst. Am Ende dieses Zeitraums stellt die Evaluation fest, dass Form und Inhalt des Weiterbildungsprogramms noch nicht endgültig festliegen.
- Dementsprechend empfiehlt der Evaluationsbericht dem BAG, den Ausbau der Weiterbildungsprogramme auf gesamtschweizerischer Ebene fortzusetzen, dabei jedoch bestehende Kapazitäten und Kompetenzen effektiver zu kontrollieren, ferner das Programm PPMT auszubauen, die Ausbildung ehrenamtlicher Mitarbeiter zu verstärken und Veranstaltungen für den Informationsaustausch (Kolloquien, Seminare, Kongresse) auch weiterhin zu unterstützen.

Ziele und Zielgruppen des MaPaDro (1998-2002)

Das neue Programm legt drei Ziele für die Fort- und Weiterbildung fest:

- Erhöhung der Anzahl gut ausgebildeter Suchtfachleute,
- kontinuierliche Verbesserung der beruflichen Qualifikation der Suchtfachleute und
- Verstärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit. Vorgesehen ist, dass sich das Fort- und Weiterbildungsangebot den differenzierten Bedürfnissen dreier Zielgruppen anpasst: spezialisierte Suchtfachleute^m

(Hauptgruppe), punktuell von Suchtfragen betroffene Berufsgattungen (Lehrberufe, medizinische und paramedizinische Berufe, Polizeiberufe usw.) und Freiwillige (Eltern von Drogensüchtigen, Angehörige, Verbände usw.). Das Weiterbildungsangebot selbst soll existierenden Bildungsinstitutionen anvertraut werden, die bereits Grundausbildungen (sekundärer oder tertiärer Bildungsbereich) anbieten und sich allmählich mit dem Thema Sucht vertraut machen sollen. Langfristig soll ein echter Ausbildungsweg entstehen.

Arbeitskonzept im Bereich Fort- und Weiterbildung

Im Anschluss der Empfehlungen eines Gutachtens⁶, hat das BAG beschlossen, seine Interventionsweise zu ändern und nicht mehr die Bildungsinstitutionen (d.h. Ausbilder und Ausbildungszentren), sondern nur noch die Kursprogramme (Ausbilder) zu finanzieren, die in existierenden Institutionen (Fachschulen, Universitäten, Fachhochschulen usw.) angeboten werden sollen.

Das BAG delegiert Konzeptionsarbeit wie Interventionen grossenteils an eine Expertenkommission (EK)⁷. Das Prinzip dieses Ansatzes besteht in der «Setzung von Rahmenbedingungen für den Aufbau eines weit getragenen Weiterbildungssystems». Dabei soll die Finanzierung gesichert sein, den Ausbildern aber freie Hand gelassen werden. Nichtsdestoweniger behält sich das BAG die Rolle der obersten Entscheidungsinstanz vor, wenn es um die Bestimmung der Partner geht, die für die Weiterbildung verantwortlich zeichnen (Trägerschaft) bzw. sie realisieren (Modulproduzenten).

^m Die Gruppe der Fachleute gliedert sich nach Ausbildungsniveau (sekundärer oder tertiärer Bildungsbereich: Sozialarbeit, Sozialpädagogik, Psychologie, Psychiatrie- und Krankenpflege, Psychiatrie und Medizin, Berufs- (fach) schule u.a.) und Beschäftigungsfeld (Prävention, Beratung und ambulante Behandlung, stationäre Behandlung, Überlebenshilfe, Entzug, Nachkur).

Da das BAG einen Grossteil der Konzeptions-, Organisations- und Betreuungsaufgaben delegiert, kann es sich auf die grossen Ziele der Fort- und Weiterbildung konzentrieren und darauf achten, dass die EK sich ihnen anschliesst. Ausserdem kann es sich der internen Koordination zwischen Weiterbildung und anderen Interventionsbereichen des MaPaDro sowie den Bildungsaktivitäten im Rahmen des Alkoholprogramms widmen.

Planung im Bereich Fort- und Weiterbildung (Anhang 3a)

Die erste Aufgabe der EK (gegründet im Januar 1996) bestand darin, ein «modulares» Weiterbildungskonzept zu erarbeiten, anhand dessen die Ziele des BAG in diesem Bereich verfolgt werden sollten. Dieser neue, vom BAG befürwortete Ansatz harmonisiert das Fort- und Weiterbildungsangebot in der ganzen Schweiz. Er besteht darin, dass anerkannte Bildungsinstitutionen Weiterbildungsmodule anbieten und auch ihre Qualität sichern. Beim Inhalt intraprofessioneller Weiterbildungsmodule haben die hauptverantwortlichen Träger (und Modulproduzenten) freie Hand. Der Inhalt von interprofessionellen Modulen dagegen wird von der EK festgelegt.

Die Programme des früheren Konzepts (ARIA und CONVERS) werden bis zum Ablauf ihrer Mandate (Dezember 1999) fortgesetzt und arbeiten mit den ersten Modulen des Rahmenprogramms zusammen, die derzeit in der französisch- und deutschsprachigen Schweiz eingeführt werden. Langfristig plant das BAG die Integration des früheren Weiterbildungskonzepts in das Rahmenprogramm der EK (Januar 2000).

Es wird angestrebt, in kurzer Zeit ein flexibles System für die vielschichtigen Bedürfnisse verschiedener Zielgruppen zu schaffen, die über unterschiedliche Ausbildungsniveaus verfügen. Das System der modularen Lehrgänge zielt zunächst darauf ab, das Angebot flexibler zu machen und an die Nachfrage anzupassen. Anschliessend soll die Koordination zwischen den Bildungsinstitutionen gefördert werden, um Synergien entstehen zu lassen. Sind diese beiden Ziele erreicht, können die Ausbildungslücken geschlossen werden, die vom BAG als problematisch erkannt worden sind und einige spezifische Gruppen

von Suchtfachleuten betreffen. Diese Massnahmen dürften zu einer Erhöhung der Anzahl an Suchtfachleuten mit adäquater Ausbildung führen, was wiederum das medizinisch-soziale Unterstützungsnetz erheblich verstärken müsste. Einen weiteren Impuls erhält dieser Verstärkungsprozess noch, wenn auch das dritte Ziel der Weiterbildungsmodule erreicht ist: die mittelfristige Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit.

Das BAG ist bemüht, die Qualität der Weiterbildungslehrgänge zu verbessern und eine strukturelle Verbindung zwischen der Grundausbildung (Fachschulen, Institute usw.) und der Fortbildung («Suchtspezialisierung») der Fachleute herzustellen. So erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass Bildungsinstitute, die Grundausbildungen anbieten (Sozialarbeit, Krankenpflege, Psychologie oder Medizin) und sich zusätzlich der Fort- und Weiterbildung annehmen, die vorhandenen Kenntnisse zum Thema Sucht in ihre Grundausbildung integrieren. Ein weiteres angestrebtes Ziel ist die offizielle Anerkennung dieser Ausbildung (Zertifizierung), die den Berufsstatus der Suchtfachleute anheben würde. So hofft das BAG, die Berufszufriedenheit der im Suchtbereich Tätigen zu verbessern und Burn-out-Erscheinungen zu verringern – und damit zwei Phänomenen entgegenzuwirken, die als problematisch erkannt wurden.

Der Ausbau des Fachhochschulbereiches ist ein kontextueller Faktor, der direkt zur Verwirklichung zweier Ausbildungsziele beitragen kann: Wenn es gelingt, die Fort- und Weiterbildung in den Rahmen der Fachhochschulen zu integrieren, bessert sich die Qualität der Ausbildungslehrgänge, und die Zertifizierung dieser Ausbildung ist de facto gesichert.

Prioritäten des BAG (1998-2002)

Für den Bereich der Fort- und Weiterbildung von Suchtfachleuten wurde keine direkte Priorität aufgeführt. Der Bezugstext¹ informiert jedoch klar und deutlich über die Ziele auf diesem Gebiet.

Externe Beurteilung der Experten und Evaluationsbeauftragten

Die neue Ausrichtung der Fort- und Weiterbildung wird im Prinzip von Experten und Evaluationsbeauftragten begrüsst.

Bedenken wurden dagegen hinsichtlich einer Zielgruppe angemeldet, die immer grösser wird: Berufsgattungen, die nur punktuell von Suchtfragen berührt werden. In der Tat scheint das neue Programm nicht gesondert auf das Wachstum dieser Gruppe einzugehen.

Solange die endgültige Zusammensetzung der Modulproduzenten nicht bekannt ist, würden es die Experten u.a. begrünnen, wenn Ärzte und Apotheker ebenfalls über attraktive Module verfügen würden (Zertifizierung). Vor allem sollten diese Module interprofessionell zugänglich sein.

Eine weitere Sorge gilt der Mobilisierung der Institutionen, die intervenieren sollen: Um ein neues Fort- und Weiterbildungsangebot zu konzipieren, fehlt es an effektiven Startbudgets.

Weiterhin wird vorgeschlagen, die Web-Site «Infoset Direct» um eine komplette Bibliographie der in den Fortbildungslehrgängen empfohlenen Titel zum Thema Sucht zu erweitern.

Koordination

Seit Mitte der 80er Jahre stützt sich der Bundesrat bei der Bestimmung der Ziele und grossen Ausrichtungen seiner Drogenpolitik auf einen Dialog zwischen Suchtexperten, Verwaltungen und Bundes- sowie Kantonalbehörden. Somit hat sich das BAG bereits sehr früh um Koordination bemüht, und der Prozess der Ausarbeitung seiner eigenen Politik « fand in Interaktion mit zahlreichen Partnern statt (Kantonal- und Gemeindebehörden, Experten und Verbände, die im Bereich der Suchtkrankheiten tätig sind, Forscher usw.). Ihre Einschätzungen und Empfehlungen wurden bei der weiteren Durchführung der Massnahmen berücksichtigt »⁸.

Schlussfolgerungen und Empfehlungen des Evaluationsberichts 1990-1996

Der Bereich Koordination wurde während der Evaluation des MaPaDro nicht einzeln angesprochen und gab daher keinen Anlass zu besonderen Empfehlungen.

Ziele und Zielgruppen des MaPaDro (1998-2002)

Die Koordinationsarbeit des BAG im Rahmen des MaPaDro verfolgt das Ziel, den Dialog auf landesweiter Ebene fortzusetzen und den Konsens und das Engagement für das vom Bund empfohlene Modell der « Vier-Säulen-Politik » zu fördern. Allgemeiner ausgedrückt hat die Koordinationsarbeit des BAG als Ziel die « (...) Kohärenz und Wirksamkeit auf nationaler Ebene »¹.

Zielgruppe dieser Koordinationsarbeit sind die Vertreter der öffentlichen Körperschaften, die in der Suchtbekämpfung aktiv sind, sowie die Akteure und Experten auf diesem Gebiet.

Arbeitskonzept im Bereich Koordination

Die Eidgenossenschaft hat hinsichtlich der schweizerischen Drogenpolitik inzwischen eine Führungsrolle übernommen, will bei der Ausübung dieser Funktion jedoch auch den Pluralismus der Standpunkte und Situationen berücksichtigen. Dementsprechend stützt sich ihre Arbeit auf die Erfahrungen und Sichtweisen von Kantonal- und Gemeindebehörden bzw. spezialisierten Einrichtungen, aber auch auf die Kooperationsbereitschaft sämtlicher betroffener Kreise.

Das BAG hat die Aufgabe, über die gesamtschweizerische Zusammenarbeit zu wachen. Dazu bedient es sich verschiedener Gremien, in denen Koordinationsarbeit und Dialog stattfinden (Tabelle 4f), so die Eidgenössische Kommission für Drogenfragen, der nationale Drogenausschuss, die interdepartementale Arbeitsgruppe Drogen, die Konferenz der Kantonalen Beauftragten für Suchtfragen sowie zahlreiche Fach- und Arbeitsgruppen (Zusammenarbeit mit der Polizei, im Strafvollzug, usw.). Einen Teil der Koordinationsauf-

gaben delegiert das BAG auch an externe Partner (Koordinationstelle im Sektor der stationären Therapien, Promotionstellen in den Bereichen der Prävention und der Überlebenshilfe).

Diese Koordinationsgremien sollen, jedes auf seine Weise, den Informationsaustausch, die Harmonisierung der Massnahmen, das gegenseitige Verständnis, das Feststellen besonderer Probleme, die Zusammenarbeit und die Promotion der Vier-Säulen-Politik vorantreiben.

Planung für den Bereich Koordination (Anhang 3a)

Die gesamte Interventionsplanung bezieht sich auf ein zentrales Element: die «Plattformen» (Tabelle 4f). Dies sind Konferenzen zwischen den Vertretern des Suchtbereichs, deren Funktion im wesentlichen in der Diskussion, Verhandlung und Koordination mit den Gemeinde- und Kantonalpartnern besteht. Die Interventionen zielen darauf ab, den Dialog aufrechtzuerhalten und den Konsens zu sichern; daneben soll aber auch das Engagement der Kantonalbehörden für drogenpolitische Entscheidungen und Strategien gefördert werden.

Für das BAG geht es also vor allem darum, Aktionen für die Plattformen zu definieren, welche die Position des Bundes widerspiegeln. Dies setzt zunächst voraus, dass intern mit der Polizei (BAP) und den Sozialversicherungen (Bundesamt für Sozialversicherung) eine gemeinsame Vision ausgearbeitet wird. Die Bedeutung einer solchen Zusammenarbeit liegt auch darin, dass die Verantwortung für die Drogenpolitik der Bundesverwaltung gemeinsam getragen wird. Im übrigen hat jede Koordinationsplattform ihre eigenen, je nach Einflussbereich definierten Ziele.

Prioritäten des BAG (1998-2002)

Optimierung der Zusammenarbeit zwischen **verschiedenen Gremien**, insbesondere der Konferenz der kantonalen Delegierten für Suchtfragen und des Nationalen Drogenausschusses.

Externe Beurteilung der Experten und Evaluationsbeauftragten

Die Experten heben die Bedeutung der vom BAG unterstützten Plattformen hervor, insbesondere ihrer Teilnehmer, die nach der Rückkehr in ihre Kantone für die Übersetzung und Anpassung des Vier-Säulen-Modells an den jeweiligen lokalen Kontext sorgen. Daher unterstützen die Experten eine Fortsetzung der Koordinationsbemühungen.

Angesichts der Vielzahl an Plattformen sowie ihrer unterschiedlichen Stellungen und Interventionsebenen ist jedoch nur schwer erkennbar, wie die Aufgaben verteilt werden. Dies könnte das BAG in den Verdacht bringen, in der Manier einer «grauen Eminenz» die anderen manipulieren zu wollen. Überdies legen die Experten dem BAG nahe, auf die Kantone, die bei innovativen Vorschlägen zur Drogenpolitik Vorbehalte anmelden könnten, mehr Rücksicht zu nehmen. Anderenfalls könnte sein Führungsstil eher autoritär als demokratisch wirken.

Die Beratungen, die im Rahmen der Plattformen stattfinden, werden als demokratisches Prinzip begrüsst^o, aber das gesamte Koordinationsprogramm weckt einen Eindruck «grosser Unordnung» und birgt das Risiko, dass mit zu vielen Informationen gleichzeitig umgegangen werden muss, oder zumindest, dass nicht ausreichend strukturelle Mittel für ihre Verarbeitung zur Verfügung stehen.

Infolgedessen müssen in diesem Bereich Prioritäten gesetzt werden, damit die Anzahl der Koordinationsinstanzen gesenkt werden kann. Daneben muss der Kontakt zu traditionellen Legitimierungsinstanzen (Bundeskammern und Kantonalparlamente) mehr gepflegt werden.

^o Die Experten loben zwar den fast uneingeschränkt repräsentativen Charakter der Plattformen, aber sie bedauern das Fehlen einer Vertretung aus Kreisen der Justiz, insbesondere der Richter.

Suchtprävention für Migranten

1991 entstand im Rahmen der Strategie zur Aids-bekämpfung das Projekt Migrants Santé (PMS) des BAG. Im Juni 1995 beschloss man, dieses Projekt auf die Suchtprobleme auszuweiten, und 1996 wurde innerhalb der Fachabteilung Sucht und Aids ein Dienst Migration geschaffen.

Die Projekte zur Suchtprävention in den italienischen, spanischen und portugiesischen Bevölkerungsgruppen werden im Evaluationsbericht 1990-1996 ausgewertet. Die Bilanz der vom BAG finanzierten Präventionsmassnahmen fällt positiv aus, weil die Aktivitäten von den betroffenen Gemeinschaften selbst durchgeführt wurden. Zudem weist eine detaillierte Evaluation der Aids-Präventionsmassnahmen^{9,10} des PMS darauf hin, wie wichtig es ist, dass die Aktivitäten in bestehenden gemeinschaftlichen Netzen verankert sind. In der Evaluation wird auch das Problem der Arbeitsüberlastung der in diesen Bevölkerungsgruppen tätigen Mediatoren angesprochen, die zunehmend als Ansprechpartner identifiziert und um Probleme angegangen würden, welche den Rahmen der Aidsprävention sprengten und von ihnen nicht immer beantwortet werden könnten, wie z.B. Fragen zum Thema Sucht.

Schlussfolgerungen und Empfehlungen des Evaluationsberichts 1990-1996

Der Dienst Migration wurde erst 1996 ins Leben gerufen, also am Ende des Bezugszeitraums des letzten Evaluationsberichts über die Massnahmen des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme. Schlussfolgerungen und Empfehlungen entfallen damit für diesen Bereich.

Ziele und Zielgruppen des MaPaDro (1998-2002)

Das BAG verfolgt in diesem Bereich zwei Ziele:

- Die Massnahmen zur Aids- und Suchtprävention, die von den Sektionen der Fachabteilung Sucht und Aids des BAG parallel durchgeführt werden, sollen den betroffenen ausländischen Bevölkerungsgruppen zugänglich gemacht werden;
- Die Behörden und Institutionen, die im Gesundheitsbereich tätig sind, sollen für das Thema Migranten sensibilisiert werden.

Damit sind die ausländischen Gemeinschaften und die schweizerischen Institutionen im Gesundheitswesen die beiden wichtigsten Zielgruppen des BAG. Dem ist hinzuzufügen, dass der Dienst Migration auch die Mitarbeiter und Einheiten des BAG zur Zielgruppe hat, weil er eine dienstübergreifende Funktion erfüllt.

Arbeitskonzept im Bereich Suchtprävention für Migranten

Der Dienst Migration arbeitet wie eine Abteilung, die mehrere Bereiche umfasst: Prävention von HIV/Aids und Suchtprävention im Bereich legaler wie illegaler Drogen. Infolgedessen «initiiert, leitet und fördert» er Projekte in diesen verschiedenen Bereichen. Parallel dazu bemüht er sich darum, die politischen und institutionellen Partner des BAG für das Thema Migranten zu sensibilisieren und sie dazu zu bringen, dieses Thema in ihre Arbeit einzubeziehen. Somit besteht die Aufgabe des BAG darin, die verschiedenen lokalen, kantonalen oder gesamtschweizerischen Aktivitäten zu koordinieren und seine Kompetenzen zur Verfügung zu stellen.

Die Präventionsarbeit für die Zielgruppe Migranten basiert nicht auf der Annahme eines spezifischen Risikos in dieser Bevölkerungsgruppe, sondern auf dem Anspruch des gleichen Zugangs für alle. Dementsprechend werden die Massnahmen hier als Präventionsarbeit für Untergruppen der Gesamtbevölkerung verstanden.

Planung im Bereich Suchtprävention für Migranten (Anhang 3a)

Die Planung bezieht sich sowohl auf die Aktivitäten des Projekts Migrants Santé als auch auf die Massnahmen, die direkt vom Dienst Migration durchgeführt werden.

Das Projekt Migrants Santé ist eine Nebenstelle des Dienstes Migration, die aus verwaltungstechnischen Gründen dem Schweizerischen Tropeninstitut in Basel angegliedert ist. Im Rahmen des Projekts stützt sich das BAG auf externe, direkt in den ausländischen Gemeinschaften arbeitende Fachleute, die nicht-professionelle Mediatoren rekrutieren und ausbilden, Aufklärungsmaterial übersetzen und anpassen und über Präventions- und Pflegeeinrichtungen informieren. Die Aufgaben des Dienstes Migration bestehen darin, für die landesweite Koordination und Supervision zu sorgen, Behörden für die besonderen Bedürfnisse von Migranten empfänglich zu machen und die externen Fachleute zu beaufsichtigen. Insgesamt gesehen zielt das Projekt vor allem auf einen besseren Zugang ausländischer Gemeinschaften zu den Präventionsmassnahmen ab, während der Dienst darauf abzielt, die institutionellen Hindernisse abzubauen, die ausländische Bevölkerungsgruppen in den Bereichen Prävention, Behandlung, Betreuung und Überlebenshilfe antreffen.

Prioritäten des BAG (1998-2002)

Der Bezugstext führt keine direkte Priorität für den Bereich Suchtprävention mit Migranten auf.

Externe Beurteilung der Experten und Evaluationsbeauftragten

Die Situation der ausländischen Bevölkerungsgruppen wird treffend, verständlich und klar beschrieben. Das Konzept des Projekts Migranten hat sich bereits im Bereich Aids bewährt; inwieweit sich dieser Ansatz auf den Bereich Sucht übertragen lässt, ist allerdings noch nicht klar. Die Ausweitung der Aktivitäten auf die Fragen legaler und illegaler Drogen oder gar auf weitere gesundheitliche Fragen könnte auch deshalb schwierig

werden, weil nur begrenzte Mittel verfügbar sind. Und da die Mediatoren, wie oben erwähnt, ohnehin schon überlastet sind, wäre eine Erweiterung ihres Leistungsauftrags wahrscheinlich problematisch.

Das BAG liefert hinsichtlich seiner eigenen Rolle eine kohärente und treffende Beschreibung beider Interventionsarten, aber es geht nicht detailliert genug auf die Frage ein, welche Strategie es verfolgen und welche Massnahmen es durchführen will, um seine Ziele zu erreichen. Eine verfeinerte Planung mit Zwischenzielen für das MaPaDro wäre daher wünschenswert.

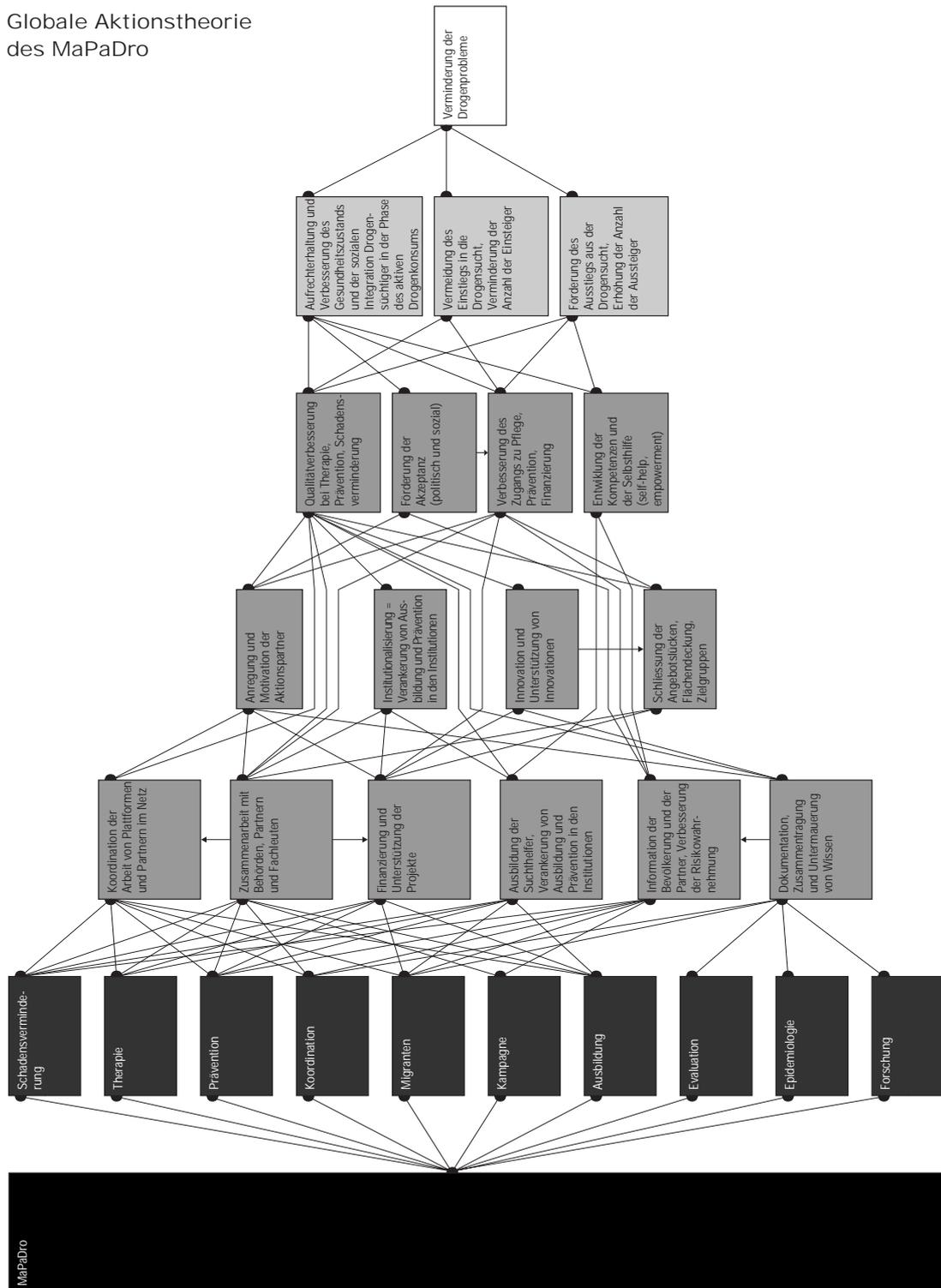
Globale Konzeption/Planung

Die übergreifenden Ziele des Programms MaPaDro

Die Evaluation der Konzeption/Planung des neuen MaPaDro begann im Frühjahr 1997, als noch kein offizielles Dokument zur präzisen Beschreibung der Strategien und Ziele dieses Programms vorlag. Die Aufgaben und Aktionen der Interventionsbereiche des MaPaDro wurden lediglich von vier übergreifenden «Missionen» abgesteckt, die sich mit der Zeit weiterentwickelten. Die Prioritäten des BAG für den Zeitraum 1998-2002 wurden im Oktober 1998 bekannt und betreffen im wesentlichen die einzelnen Bereiche, nicht aber das Programm in seiner Gesamtheit.

Das Evaluationsteam hatte daher die Aufgabe, einige Hauptziele des Programms sichtbar zu machen und einen ersten Überblick über seine Gesamtkonzeption zu liefern. Diese Aktualisierung war schon deshalb notwendig, weil sie den eigentlichen Gegenstand der Evaluation darstellte. Ausserdem sollten Evaluationsbeauftragte wie Mitarbeiter des Programms die Aktion in ihrer Gesamtheit sehen und dabei auch die übergreifenden Aspekte erkennen können, insbesondere die Faktoren, welche die verschiedenen Interventionsbereiche ausmachen und zusammenhalten, d.h. ihre vorhandenen oder potentiellen Zusammenhänge und Synergien.

Globale Aktionstheorie des MaPaDro



So stellte das Evaluationsteam, ausgehend von einer Bestandsaufnahme über die Ziele der einzelnen Bereiche^p, eine Reihe von «Zielkategorien» auf, um die gemeinsamen Aspekte des Programms zu identifizieren. Dies ergab ein Setting an übergreifenden, d.h. mehreren Interventionsbereichen gemeinsamen Zielen, die für die Globalevaluation des Programms relevant sind.

Dieses Modell führt die wichtigsten Ziele des Programms auf und stellt eine Synthese aller Ziele dar, die bei der Bestandsaufnahme für jeden Bereich erfasst worden sind. Jeder Titel umschliesst eine ganze Reihe bereichsspezifischer Unterziele und ist daher relativ weit gefasst.

Die Ziele der globalen Aktionstheorie zerfallen in drei Kategorien: unmittelbare Ziele, Übergangsziele und Endziele. Zwischen diesen Kategorien besteht ein kausaler Zusammenhang: Werden die Sofortziele ohne vorherige andere Schritte erreicht, so stellen die Zwischenziele einen notwendigen Schritt zur Verwirklichung höherer Ziele dar usw. Folgende Hauptziele wurden in diese Kategorien eingeordnet:

- unmittelbare Ziele
Koordination der Aktionen von Plattformen und Partnern im Netz, **Zusammenarbeit** mit Behörden, Partnern und Fachleuten; **Finanzierung** und Unterstützung von Projekten; **Ausbildung** der Suchtfachleute; **Information** von Bevölkerung und Partnern, Verbesserung der Risikowahrnehmung; **Dokumentation**, Zusammentragung und die Untermauerung von Wissen.
- Übergangsziele
Anregung und Motivation der Aktionspartner; **Institutionalisierung**, d.h. Verankerung der Ausbildung und Prävention in den Institutionen; **Innovation** und Unterstützung von Innovationen; **Schliessung** der Angebotslücken, Gewährleistung der Flächendeckung, Erreichung der Zielgruppen.
- Endziele
Qualitätsverbesserung bei Therapien, Prävention, Schadensverminderung und Überlebenshilfe;
Förderung der Akzeptanz (politisch und sozial) der Interventionen; **Verbesserung des Zugangs** zu

Pflege- und Präventionsmassnahmen, Sicherung der Finanzierung; **Entwicklung der Kompetenzen** und der Selbsthilfe (self-help, empowerment).

Diese Hauptzielsetzungen geben Aufschluss darüber, auf welche Weise das BAG die folgenden drei Ziele des MaPaDro erreichen will:

- Die Zahl der neu in den Drogenkonsum Einsteigenden vermindern sowie die Entwicklung einer Abhängigkeit verhindern;
- Ausstiegsmöglichkeiten aus der Abhängigkeit verbessern;
- Die Lebensbedingungen und den Gesundheitszustand der Drogenkonsumenten verbessern, Risiken mindern und ihre soziale Integration erhalten. Ziel und Zweck dieses Programms ist die *Verminderung der Drogenprobleme*.

Eine Gegenüberstellung der globalen Aktionstheorie mit den vier Arbeitsweisen, die vom BAG in seinem Dokument zur Vorstellung des MaPaDro beschrieben werden (siehe unten), ergibt einige Überschneidungen: Fasst man die Ziele **Information** und **Dokumentation** zusammen, so ergibt sich die erste Arbeitsweise, «Information und Dokumentation»; die Zielsetzungen **Finanzierung** und **Innovation** lassen sich in der zweiten Arbeitsweise zusammenfassen: «Förderung von Modellen und Innovationen» usw. Auf der anderen Seite ist festzustellen, dass die Harmonisierung, die in der dritten Arbeitsweise, «Koordination und Harmonisierung», empfohlen wird, nicht explizit in der globalen Aktionstheorie aufgeführt ist, obwohl sie von Mitarbeitern im Verlauf von *Workshops* erwähnt wurde und vielleicht auch implizit im Ziel **Anregung** angesprochen wird.

Die im Programmtext aufgeführten vier Arbeitsweisen des BAG lauten (S. 7):

- Information und Dokumentation;
- Förderung von Modellen und Innovationen;
- Koordination und Harmonisierung;
- Qualitätsförderung.

Diese globale Aktionstheorie wurde im Mai 1998 ausgearbeitet. Es zeigt sich eine frappierende Übereinstimmung zwischen der Reihenfolge, in der die Arbeitsweisen präsentiert werden, und der Weiterentwicklung der Aktionen des Bundes im Laufe der Zeit. Zu Beginn

^p In Form von Aktionstheorien für jeden Interventionsbereich (Anhang 3a).

der Interventionen des BAG, d.h. 1991, standen Information und Dokumentation im Mittelpunkt der Aktionstheorie. Kurz darauf kam die Unterstützung von Innovationswegen hinzu. Als nächstes wurde nach und nach die «nicht autoritäre und nicht zentralistische Führung»¹ des Bundes anerkannt und von den Kantonen sogar gefordert, so dass sich die Arbeit ab 1995-1996 an Koordination und Anregung orientierte. Nachdem diese drei Elemente nunmehr gut eingeführt und funktionsfähig sind, zeichnen sich für 1998-2002 zwei neue Prioritäten ab: Zum einen soll in diesem Zeitraum das Erreichte bewahrt und verstärkt werden, zum anderen sind Interventionen für Qualitätsmanagement und Qualitätsverbesserung geplant. Im BAG sind bereits Schritte in dieser Richtung unternommen worden; allerdings müssen sie mit den Initiativen anderer Partner koordiniert werden, die dasselbe Ziel verfolgen.

Anhand der globalen Aktionstheorie werden auch übergreifende Ziele sichtbar, die in den vom BAG beschriebenen Arbeitsweisen bzw. Prioritäten keine Erwähnung finden. So können mit Hilfe dieses Instruments die Ziele **Ausbildung, Institutionalisierung, Förderung der Akzeptanz, Entwicklung der Kompetenzen** als übergreifende Aspekte der Aktionen des BAG identifiziert werden, die in den Bezugstexten noch keine Erwähnung finden.

Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Die Schlussfolgerungen und Empfehlungen orientieren sich an den Evaluationsfragen, die das BAG zusammen mit den Evaluationsbeauftragten für die Konzeption/Planung des MaPaDro formuliert hat.

Worauf stützt sich das MaPaDro (Situationsanalyse, Bedarfserkennung)?

- Da die Mitarbeiter des BAG im Rahmen des früheren MaPaDro einen guten Kenntnisstand über die Suchtproblematik in der Schweiz erreicht haben, wird die Situation insgesamt treffend analysiert und die Bedarfslage richtig erkannt. Das BAG verfügt derzeit über ein bedeutendes Know-how und umfangreiche Kenntnisse, die ein solides Fundament für die im Rahmen des neuen MaPaDro geplanten Massnahmen bilden. Überdies ist es dem BAG gelungen, ein Netz aus Informanten und Vermittlern aufzubauen, die es mit Auskünften über andere betroffene Akteure versorgen, so dass es seine eigene Strategie entsprechend anpassen kann.
- Demgegenüber bleibt die Situations- und Bedarfsanalyse im Konzept des MaPaDro mitunter zu stark auf die Aktivitäten und Bereiche beschränkt, die für das BAG von Interesse sind. Ferner könnte eine kritische Bilanz früherer Aktivitäten vermeiden helfen, Fehler der Vergangenheit zu wiederholen, insbesondere durch die ausschliessliche Konzentration auf einige Sektoren eines Interventionsbereiches. So werden z.B. Koordinationschwächen auf Bundesebene nur unzureichend hervorgehoben, obwohl es sich hier um eine Schlüsselrolle des BAG handelt.
- Das Herauskrystallisieren von Prioritäten in den meisten Bereichen ist ein positiver Aspekt, aber die Zusammenhänge zwischen der Situationsanalyse und der Aufstellung dieser Prioritäten sind nicht immer ganz klar.

Empfehlungen

- Die Situations- und Bedarfsanalyse muss ein permanenter Arbeitsschwerpunkt des BAG sein. Dabei müssen neben den Interventionen der anderen Akteure auch die Aspekte der Koordination berücksichtigt werden, und zwar auf Bundesebene sowie im BAG selbst.
- Um diese Analyse zu optimieren, muss das BAG, das von den praktischen Gegebenheiten vor Ort relativ weit entfernt ist, seine Politik der Sammlung und Verbreitung von Informationen fortsetzen und verstärken, aber auch die Koordinationsarbeit auf allen Ebenen weiterführen. Damit die Analyse permanent fortgesetzt werden kann, muss das BAG auch dafür sorgen, dass Massnahmen, die bereits laufen (Spectra, Web-Sites von BAG, INFOSET DIRECT usw.), sowie solche, die noch in Planung sind (REITOX, Verzeichnis der Forschungsberichte usw.) über angemessene Mittel verfügen. Im Rahmen dieser Politik der Information und Koordination müssen die Ziele und Rollen sowie das Zusammenspiel der verschiedenen Plattformen besser definiert werden.

Sind die Ziele insgesamt und pro Bereich angemessen?

- Im Vergleich zum früheren MaPaDro werden die Gesamtziele des neuen Programms, aber auch die Ziele der einzelnen Interventionsbereiche, präziser und kohärenter formuliert. Die einzige Ausnahme bildet der Bereich Therapie, dessen Konzeption/Planung vorher kohärenter wirkte.
- Insgesamt betrachtet stimmen die aufeinanderfolgenden Ziele der Interventionsbereiche und insbesondere der dem BAG obliegenden drei Säulen der bundesrätlichen Drogenpolitik, mit den Gesamtzielen des MaPaDro überein.

- Das Zusammenspiel bestimmter Bereiche mit den drei Säulen ist zuweilen nicht deutlich genug konzeptualisiert, wenn es auch im Verlauf der Evaluationsphase klarer wurde, was teilweise auf die Zwischenbilanzen zurückzuführen ist, die für einige BAG-Mitarbeiter eine Orientierungshilfe im Gefüge der Aktionen des MaPaDro darstellten.

Empfehlungen

- Es besteht die Gefahr, dass das MaPaDro eine blosser Ansammlung von Interventionsbereichen bleibt, und dass die synergetischen Elemente nicht ausreichend entwickelt werden. Das BAG sollte sich dieses Risikos, das im Rahmen einer Zwischenbilanz angesprochen wurde, bewusst sein. Die komplexe Struktur des Amtes erfordert intensive Bemühungen um interne Koordination. Dies dürfte auch vermeiden helfen, dass die Mitarbeiter in ihren jeweiligen Bereichen Ziele verfolgen, die den Gesamtzielen des MaPaDro nur teilweise oder nur indirekt entsprechen. Eine solche Bemühung um Koordination ist vor allem zwischen den drei dem BAG obliegenden Säulen der Bundespolitik wünschenswert.
- Ein Arbeitspapier über die Wechselwirkungen zwischen den verschiedenen Bereichen des MaPaDro wäre auch für die anderen im Suchtbereich tätigen Akteure nützlich, besonders auf kantonaler Ebene. Dieses Planungsdokument könnte auch einen Abschnitt über Arbeiten und Interventionen enthalten, die das BAG von externen Akteuren erwartet. Ein solcher Ansatz könnte auch die nicht autoritäre *Führungsrolle* des BAG untermauern.

An welche Zielgruppen wendet sich das MaPaDro?

- Das Zielpublikum des MaPaDro ist breitgefächert und umfasst neben den verschiedenen Typen Drogenkonsumierender auch die Akteure im Arbeitsfeld Sucht. Dies ist adäquat und dürfte die globale Herangehensweise an die Suchtproblematik verstärken helfen.

- Es scheint sinnvoll, dass das BAG sich allmählich von seiner Interventionslogik löst, um zu einer Koordinationslogik überzugehen, und dass es seine Interventionen nach und nach auf die Ebene der kantonalen oder regionalen Akteure verlagert. Wünschenswert ist jedoch, dass diese Massnahmen durch Aktionen zur Unterstützung und Impulsgebung an der Basis vervollständigt werden, wie es derzeit dank der Koordinations- und Promotionsstellen bereits geschieht (KOSTE, RADIX, SAH usw.).
- Die Präventionsmassnahmen sind im Hinblick auf junge Erwachsene noch lückenhaft. Auch Privatärzte, die eine grosse Anzahl Drogenkonsumierender betreuen, stellen für die Arbeit des BAG keine vorrangige Zielgruppe dar. Diese Lücken sind durch die Prioritätensetzung des BAG bedingt; die entsprechenden Entscheidungen müssten expliziter zum Ausdruck gebracht werden. Daneben könnte das BAG die Aktionen anderer für diese Zielgruppen tätiger Akteure erfassen (z.B. die FMH für die Ärzte) und in eine transparente Bedarfsanalyse integrieren. Im immer bedeutender werdenden Bereich der Methadonverschreibung schliesslich müssten die Aktivitäten zur Information und Unterstützung ausgebaut werden.

Empfehlungen

- Das BAG sollte die Auswahl seiner Prioritäten expliziter zum Ausdruck bringen. Ausserdem sollte es eine zusammenfassende Analyse der Aktionen anderer Akteure unternehmen, besonders in Sektoren, in denen es nicht vorrangig zu intervenieren gedenkt.
- Durch die Arbeit mit Delegatarn kann das BAG ein breites Publikum erreichen, das ihm ohne Vermittler kaum zugänglich wäre, weshalb dieser Ansatz gefördert und vertieft werden muss. Das Delegieren von Aufgaben bietet dem BAG auch die Möglichkeit, Informationen über die Aktionen zur Suchtbekämpfung zu sammeln und sich aktiv an der landesweiten Koordination in den betroffenen Bereichen zu beteiligen. Zu den Routineaufgaben einer nationalen Promotions- oder Koordinationsstelle sollte eine

alljährlich stattfindende Bestandsaufnahme über die Interventionen und Koordinationsbemühungen in jedem Sektor gehören. Die entsprechenden Geldmittel sind sicherzustellen.

Ist eine Verwirklichung dieser Ziele anhand der vorgeschlagenen Massnahmen möglich, und wenn ja, in welchem Zeitraum?

- Keine der geplanten Interventionen scheint die Endziele des MaPaDro zu gefährden, was von der Kohärenz des Programms insgesamt zeugt; aber nur selten werden die konkreten Massnahmen durch aufeinanderfolgende Ziele und Prioritäten definiert. Deshalb ist heute kaum absehbar, ob die Ziele, die das BAG sich gesetzt hat, bis 2002 erreicht sein können. Auch besteht die Möglichkeit, dass politische, soziale oder volkswirtschaftliche Veränderungen die Ergebnisse des MaPaDro beeinflussen.
- Dank der Aktionstheorien ist es möglich geworden, zusammen mit den Mitarbeitern des BAG die Abfolge der unmittelbaren, Übergangs-, und Endziele deutlich zu machen und damit auch anzugeben, welche Interventionen für den Erfolg einer Aktion notwendig sind. Eine fortlaufende Begleitung der Interventionen sowie die Verwirklichung der unmittelbaren Ziele und Übergangsziele wird offenlegen, welche Massnahmen zur Erreichung der Endziele beigetragen haben.
- Insgesamt setzt die Verwirklichung dieser Ziele ein starkes politisches und finanzielles Engagement seitens des Bundes voraus.

Empfehlungen

- Ein detailliertes Planungsdokument (Jahresbilanz, Anpassungsmassnahmen, Prioritätensetzung usw.) wäre für die Mitarbeiter des BAG, aber auch für die Evaluationsbeauftragten und bestimmte externe Partner von grossem Nutzen. Dieser Text könnte ebenfalls dienlich sein, wenn Personal im BAG ausgewechselt wird, denn bislang wurden vorhandenes Wissen und Verantwortungen in solchen Situationen nicht immer auf optimale Weise weitergegeben.
- Mit Hilfe von Zukunftsszenarien, z.B. über einen eventuellen Budgeteinschnitt für das MaPaDro, könnte das BAG ermitteln, worin für seine Arbeit als Akteur auf Bundesebene die obersten Prioritäten bestehen.

Liegt eine Definition von Erfolgskriterien vor? Sind diese evaluierbar?

- Es liegen derzeit keine expliziten Erfolgskriterien vor, und die impliziten werden oft erst im nachhinein erstellt.
- Die in den Aktionstheorien entwickelten Sofort- und Zwischenziele dürften die Erarbeitung expliziterer Kriterien erleichtern.
- Es sei jedoch darauf hingewiesen, dass, wenn sie erreicht werden, die Prioritäten und ihre unmittelbaren Zielsetzungen wie auch die langfristigen Ziele (wie im MaPaDro definiert) als Erfolgskriterien gelten können.

Empfehlungen

- Die Begleitevaluation muss fortgesetzt werden, um für jeden Bereich, aber auch für die Gesamtheit des MaPaDro, Erfolgskriterien zu bestimmen, die vom BAG akzeptiert und anerkannt werden.

Ist das MaPaDro adäquat in die Gesamtheit der Massnahmen anderer Partner in der Schweiz integrierbar (Kantone, Organisationen, Einrichtungen)? Unter welchen Bedingungen?

- **Das MaPaDro fügt sich adäquat in die Gesamtheit der Massnahmen anderer Partner in der Schweiz ein. Diese gute Integration der Arbeit des BAG ist u.a. auf die zahlreichen Informationskanäle zurückzuführen, die es eingerichtet hat oder nutzt.**
- **In einigen Bereichen ist die Integration allerdings noch verbesserungswürdig, was vor allem auf die bereits erwähnte, immer noch stellenweise bestehende, Praxisentfernung des BAG zurückzuführen ist, die sich teilweise durch den Übergang von der Aktionslogik zur Koordinationslogik (mit einigen ihrer gegenwärtigen Lücken) erklären lässt. Zudem wirkt sich die Entscheidung des BAG, an allen Fronten gleichzeitig aktiv zu werden, auf die optimale Integration aller Bereiche nicht förderlich aus.**

Empfehlungen

- **Um auch weiterhin adäquate Interventionen durchzuführen und ihre Wirksamkeit noch zu steigern, sollte das BAG häufiger auf direkte Partner zurückgreifen (S. 103-104). Wenn das BAG im Rahmen der Koordinationslogik vor allem auf höherer (d.h. kantonaler und regionaler) Ebene tätig sein will, wird es dafür sorgen müssen, dass es über Delegationen und Kooperationsprojekte zuverlässig über die Basis informiert wird (S. 94).**
- **Wenn das BAG einen Teil seiner landesweiten Koordinationsarbeit an andere Akteure delegiert, sollte es die mit dem Delegatar geplante Intervention auch weiterhin kontrollieren und begleiten, um ihre Wirksamkeit zu gewährleisten (S. 94). Die Rolle, die das BAG im Suchtbereich spielen will, muss künftig noch genauer beschrieben werden, um den anderen Akteuren Gelegenheit zu geben, sich darauf einzustellen.**

Bibliografische Referenzen

- ¹ OFSP. *Programme de mesures de santé publique de la Confédération en vue de réduire les problèmes de drogue (ProMeDro) 1998-2002*. Berne: Office fédéral de la santé publique; 1998.
- ² Devos T, Gervasoni J-P, Dubois-Arber F. *Prévention secondaire des toxicomanies: analyse d'une stratégie*. Lausanne: Institut de médecine sociale et préventive; 1999 (Cah Rech Doc IUMSP, no. 111.10).
- ³ OMS. *Report of the external panel on the evaluation of the Swiss Scientific Studies of medically prescribed narcotics to drug addicts*. Genève: Organisation mondiale de la santé; 1999.
- ⁴ OFSP. 7.2.4.3 Evaluation. In: OFSP. *Document interne OFSP rédigé pour la préparation du ProMeDro*. Berne: Office fédéral de la santé publique; 1998.
- ⁵ Laeubli M. *Guide pour la planification de l'évaluation de projets ou programmes de santé*. Berne: OFSP (Office fédéral de la santé publique); 1997.
- ⁶ Gertsch M. *Service de coordination pour la formation continue, editor. Besoins en formation continue des institutions suisses oeuvrant dans le domaine de la toxicomanie*. Berne: Université de Berne; 1994.
- ⁷ Commission d'experts de l'Office fédéral de la santé publique. *Formation dans le domaine des dépendances: promotion de la formation continue en matière de dépendance à l'égard de l'alcool et des drogues illégales, concept*. Berne: Office fédéral de la santé publique; 1998.
- 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: deuxième rapport de synthèse, 1990-1996*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1998 (Version abrégée).
- ⁹ Dubois-Arber F, Jeannin A, Spencer B, Meystre-Agustoni G, Haour-Knipe M, Moreau-Gruet F, Benninghoff F, Paccaud F. *Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique: sixième rapport de synthèse 1996-1998*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1999 (Raisons de santé, 29).
- ¹⁰ Haour-Knipe M., Fleury F. *Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse: Phase 6, 1993-1995. Evaluation du programme de prévention contre le sida auprès des populations étrangères en Suisse. Etude 1994-1995*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1996 (Cah Rech Doc IUMSP, no. 120.7).

Evaluation der Umsetzung des MaPaDro und seiner Produkte/Produktionen^a

Gegenstand des zweiten und dritten Teils der Globalevaluation ist einerseits das Zusammenspiel zwischen der Konzeption/Planung des MaPaDro und seiner Realisierung, andererseits die effektive Umsetzung des Programms und seine ersten Ergebnisse. Zu diesem Zweck haben sich die Evaluationsbeauftragten dreier einander ergänzender Arbeitsmethoden bedient: Zunächst die Analyse der Hauptaktivitäten des BAG, dann die Erarbeitung eines Indikatorensystems, anhand dessen die weitere Entwicklung des Programms verfolgt werden kann, und schliesslich die Hinzuziehung verschiedener Studien, mit deren Hilfe bestimmte Aspekte der Umsetzung und der Produkte/Produktionen des Programms besser erfasst werden können (Anhang 1a).

Ziele

Zur Evaluation einer behördlichen Politik gehört untrennbar die Berücksichtigung des Zusammenspiels zwischen Konzeption/Planung und Umsetzung, denn auf dieser Ebene werden Hypothesen in konkrete Aktivitäten umgesetzt, die wiederum in der Praxis mit einem sozialen Umfeld konfrontiert werden. Man kann also davon ausgehen, dass die Umsetzung erhebliche Auswirkungen auf die Produkte/Produktionen eines Programmes hat. Im übrigen führt die Konkretisierung der Massnahmen des BAG unmittelbar zur Entstehung der ersten Produkte/Produktionen, die besonders vor dem Hintergrund der Hypothesen aus der Konzeption/Planung beurteilt werden sollten.

^a Wir verwenden hier den Terminus Produkte/Produktionen als Entsprechung zum englischen «Output».

Methode

Der Evaluationsbericht zum Thema Umsetzung enthält einen beschreibenden Teil über die Aktionen, die im Rahmen des MaPaDro durchgeführt werden. Hier kann festgestellt werden, ob und wie weit das Entworfenen und Geplante sich effektiv in der Verwirklichung befindet. Da die Globalevaluation ein sehr umfangreiches Untersuchungsfeld abdeckt, muss unterschieden werden zwischen den Teilen der Umsetzung, die Gegenstand einer externen Evaluation sind, und denjenigen, die auf Basis mehrerer Indikatoren (vgl. unten) intern evaluiert werden können (Selbstevaluation).

Die Evaluation der Umsetzung und der Ergebnisse des MaPaDro erfolgte in drei Etappen:

- **Synthese und Analyse von Unterlagen über die laufenden Aktivitäten**

Im Rahmen des vom UEPP eingerichteten Dokumentationssystems konnten die wichtigsten Elemente der Umsetzung des Programms zusammenfassend beschrieben werden. Vervollständigt wurden diese Informationen durch Telefongespräche mit BAG-Mitarbeitern und ihren Hauptpartnern, die vor allem mit delegierten Aktivitäten betraut sind; Ziel dieser Gespräche war eine bestmögliche Beschreibung der im Realisierungsprozess befindlichen Massnahmen und ihrer Produkte/Produktionen. Die Informationen zu den Indikatoren (vgl. unten) stammen zuweilen aus denselben Informationsquellen, oft jedoch aus externen Evaluationsberichten.

- **Revision des Indikatorensystems**

Basierend auf den BAG-Konzepten und den Zielen (n = 307), die bei der Erarbeitung der Aktionstheorien (S. 15-44 und Anhang 3a) erfasst worden sind, wurde für jeden Bereich des MaPaDro ein System aus Indikatoren zusammengestellt. Ihre Auswahl erfolgte nach folgenden Kriterien:

- In jedem Tätigkeitssektor des Bereiches musste sich an zwei Schlüsselpositionen innerhalb der logischen Verkettung mindestens ein Prozess- und Ergebnisindikator befinden (Bsp: Ziel ist die Vervielfachung eines Projekts innerhalb des Rahmenprogramms; der Prozessindikator ist dann die Anzahl der Projekte);

- Eine Auswahl an Indikatoren sollte einen Etappenübergang ankündigen (Bsp: Ziel ist die Erarbeitung eines Handbuches; die Antwort erfolgt also in Form von Ja/Nein);
- Wenn kein Indikator verfügbar war, wurde er durch Prozess-Evaluationsfragen ersetzt (Bsp: Ziel ist die qualitative Verbesserung der Therapien; die Frage lautet also: Welche Rolle spielt das BAG bei der Unterstützung und Entwicklung des Qualitätsprozesses im Bereich Therapie?).

Nach Ablauf der jetzigen Evaluationsphase (1997-99) sollten die Prozessindikatoren und –fragen zusammen mit dem BAG neu evaluiert werden, um zu bestimmen, welche von ihnen für externe oder interne Evaluationen (Selbstevaluationen) auf Dauer beibehalten werden sollen.

• **Integration der Ergebnisse der von der UEPP durchgeführten Studien (Partner, Delegation, Polizei usw.)**

Die Globalevaluation fügt die von der UEPP gesammelten Daten wie bei einem Puzzle in jeden Bereich, aber auch in die Gesamtheit des MaPaDro ein (Anhang 2a). Die Umfrage unter den Partnern des BAG z.B. liefert und vervollständigt die Informationen über Prozess- und Ergebnisindikatoren sowie über das Umfeld des MaPaDro. Auch die Studie über die Delegationsmodi liefert zusätzliche Informationen über Prozess- und Ergebnisindikatoren. Die Studie über die sanitäre Arbeit der Polizei schliesslich hat vor allem das Zusammenspiel der drei das Gesundheitswesen betreffenden Säulen der Bundespolitik und der Säule «Repression» zum Inhalt.

Evaluationsfragen

- Wie organisiert das BAG die Umsetzung des MaPaDro?
- Welche Aktionen werden unternommen, und mit welchen (Zwischen-) Ergebnissen?
- Wie kontrolliert das BAG die Entwicklung seiner Aktionen?
- Welche Probleme treten auf, und wie wird ihnen begegnet?

Diese Evaluationsfragen beziehen sich auf das MaPaDro insgesamt. Ihre Antworten finden sich auf S. 80-82. Die bereichsspezifische Evaluation der Umsetzung und der Ergebnisse erfolgte innerhalb eines Untersuchungsrahmens, der durch folgende vier Evaluationsfragen abgesteckt wurde:

- Wie wird die Arbeit (d.h. die Ausführung der Aktionen) verteilt?
- Welche Aktionen werden realisiert, und mit welchen Zwischenergebnissen (Outputs)?
- Wie kontrolliert das BAG diese Aktionen?
- Welche Probleme treten bei der Umsetzung auf, und was wird unternommen, um sie zu beheben?

Den Abschluss bilden jedesmal bereichsspezifische Schlussfolgerungen und Empfehlungen. Wie im Kapitel über die Konzeption/Planung gelten die drei Säulen des MaPaDro für die Evaluation als prioritär.

Aufbau der Kapitel «Umsetzung» für jeden Interventionbereich

Für jeden Interventionsbereich des MaPaDro (Säulen und Begleitmassnahmen) werden Umsetzung und Ergebnisse innerhalb des oben erwähnten Untersuchungsrahmens nacheinander beschrieben:

Thema	Hauptquellen
Wie organisiert das BAG konkret die Ausführung der Aktionen (interne und externe Arbeitsteilung [mit welchen Partnern])?	Interview Konzeption, Bereichskonzepte und Dokumente über den Bereich
Welche Aktionen werden in dem Bereich unternommen, und mit welchen (Zwischen-) Ergebnissen?	Dokumente des Bereiches, Studie «Partner», Studie «Delegation», externe Evaluationen
Wie kontrolliert das BAG die Entwicklung der Aktionen?	Studie «Delegation», externe Evaluationen, Dokumente des Bereiches.
Welche Probleme treten in dem Bereich auf, und wie wird ihnen begegnet?	Studie «Delegation», Studie «Partner», externe Evaluationen
Schlussfolgerungen und Empfehlungen zur Umsetzung des Bereiches	Beurteilung des UEPP auf Basis der verschiedenen verfügbaren Informationsquellen

Prävention

Wie organisiert das BAG die Umsetzung des Bereiches Prävention?

Am Bereich Prävention sind mehrere Mitarbeiter des BAG beteiligt. Der Verantwortliche für Prävention innerhalb der Sektion Drogeninterventionen hat die Aufsicht über mehrere Rahmenprogramme (RADIX, Le fil rouge, Drogen oder Sport, Voilà), ferner über die Präventionsmassnahmen von supra-f sowie über verschiedene andere Projekte, an denen das BAG beteiligt ist. Ein weiterer betroffener Mitarbeiter ist in der Sektion Alkohol und Tabak tätig. Es handelt sich um den Leiter für die Interventionen im Umfeld Schule, der in erster Linie mit dem Rahmenprogramm Schulen und Gesundheit und dem Projekt ENGS^b beschäftigt ist. Dieser Mitarbeiter war im Rahmen der Prävention und Gesundheitsförderung auch an der Organisation des Musicals Band in Palace beteiligt. Der französische Teil des Programms Schulen und Gesundheit wird von dem Beauftragten für Aus- und Weiterbildung geleitet, der in der Sektion Drogeninterventionen tätig ist und vorher auch das Projekt der Schulmediatoren leitete. Am Bereich Prävention sind aber noch weitere Mitarbeiter beteiligt: Sie gehören den Diensten Migration (Projekt Migration und Gesundheit, Internetz) und Kampagne (Projekt Funtasy) sowie den Sektionen Aids oder Alkohol und Tabak an.

In einer internen Gruppe des BAG, Jugend & Gesundheit, treten diese Mitarbeiter zu einem Informations- und Koordinationsforum über die Präventionsmassnahmen für Jugendliche zusammen. Diese Gruppe hat auch die Broschüre «Prävention und Gesundheitsförderung bei Jugendlichen¹» herausgegeben, in der die BAG-Strategie und die verschiedenen Präventionsprogramme und -projekte vorgestellt werden.

Die Umsetzung der Projekte und Programme wird generell extern delegiert. So ist die Stiftung RADIX auf der Grundlage eines Förderungs- und Finanzierungsauftrags für Suchtpräventionsprojekte mit der Leitung der Präventionsmassnahmen in Gemeinden und Quartieren betraut. Auch die Koordination innerhalb des ENGS gehört zu ihren Aufgaben. Die HFS^c in Luzern hat ebenfalls zwei Aufträge übernommen: Der erste hat die Fortsetzung und Verankerung des Projektes Schulteam (Prävention in der Schule) zum Inhalt, der zweite betrifft die Umsetzung des Programms Le fil rouge (Prävention im Jugendheim) in der deutschsprachigen Schweiz. Für den französischen Teil dieses Programms ist der Verein Le fil rouge in Yverdon zuständig. Der VSD^d ist, zusammen mit der Eidgenössischen Sportschule Magglingen, mit der Umsetzung des Programms Drogen oder Sport beauftragt, während die SAJV^e das Programm Voilà (Prävention in Jugendverbänden) verwirklicht. Die Koordination des Teils «Prävention» im Rahmen der Interventionsstudie supra-f wird von Pro Juventute übernommen, und die Umsetzung des Projekts funtasy (Prävention von und für Jugendliche) wurde an einen gleichnamigen Verein delegiert.

Die Leitung des Programms Schulen und Gesundheit schliesslich übernimmt grösstenteils das BAG selbst. Über die Arbeitsgruppe «Gesundheitserziehung und -förderung» hilft ihm die EDK jedoch bei der Auswahl der Projekte, die unterstützt werden sollen.

Die Leiter der Organisationen nehmen einmal im Jahr an einer vom BAG organisierten Arbeitstagung teil (Erfa-Tagung), auf der Informationen ausgetauscht und Projekte vorgestellt, aber auch Überlegungen zu einem bestimmten Thema des Bereiches Prävention angestellt werden (Verankerung, Qualität, Kooperation usw.).

Die Aufträge des BAG für die Delegatäre sehen je nach Projekt und Programm unterschiedlich aus. Sie werden im Schlussbericht der Studie «Delegation»² des IUMSP ausführlich beschrieben.

^b Europäisches Netzwerk gesundheitsfördernder Schulen (ENGS) und Schweizerisches Netzwerk gesundheitsfördernder Schulen (SNGS).

^c Höhere Fachschule für Sozialarbeit

^d Verein Sucht- und Drogenfachleute

^e Schweizerische Arbeitsgemeinschaft der Jugendverbände

Welche Aktionen werden unternommen, und mit welchen Ergebnissen?

Mehrere hundert Projekte sind vom BAG logistisch oder finanziell unterstützt worden. Die unterstützten Programme oder Projekte beanspruchen de facto verschiedene Ressourcen und führen unterschiedliche Aktivitäten durch. Sie werden nachstehend zusammengefasst:

Settingf Schule

Schulen und Gesundheit (früher Santé Jeunesse)

Dieses Rahmenprogramm verfügt über ein Budget von 4 Mio. Franken für den Zeitraum 1997-2002. Im Rahmen einer ersten Ausschreibung wurden 54 Projektvorschläge zur Prävention/Gesundheitsförderung im Umfeld Schule eingereicht, von denen das BAG 16 für eine finanzielle Unterstützung auswählte.

Die sehr unterschiedlichen Projekte wenden sich an verschiedene Zielgruppen (Kinder, Jugendliche, Lehrer usw.) und verfolgen jeweils andere Ziele (Sexualerziehung, Verankerung der Prävention in den Schulen, Selbstmordprävention usw.)³. Zur Zeit läuft ein zweites Ausschreibungsverfahren für die Auswahl neuer Projekte, die ab 2000 unterstützt werden sollen. Schulen, die über das Rahmenprogramm vom BAG unterstützt werden, müssen am europäischen Netzwerk gesundheitsfördernder Schulen teilnehmen.

ENGS

Das Schweizer Netzwerk gesundheitsfördernder Schulen- d.h. Schulen, die bestrebt sind, gesunde Lebensräume zu werden und ein Abkommen in diesem Sinne unterzeichnet haben – besteht derzeit aus über 100 Einheiten⁴. Es dürfte sich jedoch weiterentwickeln und einige seiner geographischen Lücken schliessen. Der Koordinator bietet eine logistische Unterstützung (Information, Versammlungen, Dokumentationen) sowie Möglichkeiten der finanziellen Unterstützung⁹. 1997 wurden 30 Projekte mit insgesamt 103 955 Franken⁵ unterstützt. Das Jahresbudget dieses Projekts beträgt insgesamt rund 440 000 Franken.

Schulteam

Dieses Projekt zielt auf die Früherfassung von Problemen in den Schulen ab. 22 Schulen nehmen derzeit daran teil und werden vom BAG finanziell unterstützt. Das Startbudget, einschliesslich der Betriebskosten des Delegatars, lag für die Jahre 1995-1999 bei 874 000 Franken. Das Ziel bestand darin, ein Projekt, das sich bereits in Luzern bewährt hatte, in mindestens 20 Schulen zu wiederholen. Nach Ablauf dieser Phase wurde ein neuer Vertrag über 250 000 Franken für die Verankerung der bestehenden Projekte in ihren Schulen unterzeichnet. Das Ziel besteht hier nicht nur darin, das Fortbestehen der Projekte über den Subventionszeitraum hinaus zu sichern, sondern erstmals auch darin, eine solche Phase der Verankerung von Projekten zu dokumentieren.

Setting Kinder- und Jugendheime

Das Rahmenprogramm Le fil rouge existiert seit 1994. Das Gesamtbudget für den Zeitraum 1994-2001 liegt bei rund zwei Mio. Franken inklusive Evaluation. Die Angebote für Fortbildung und Beratung erreichten 1996 fast die Hälfte der Schweizer Institutionen für Kinder und Jugendliche und waren unter den Leitern und Leiterinnen dieser Einrichtungen⁶ gut bekannt. Nachdem neue Delegatare mit je nach Sprachgebiet unterschiedlichen Strategien hinzugekommen waren, erreichte das Angebot 1998 rund 70 Heime in der französischsprachigen Schweiz⁷, und die deutschsprachige Direktion hat mit 23 Heimen⁸ Kooperationsverträge über drei Jahre abgeschlossen.

Setting Jugendverbände

Das Rahmenprogramm Voilà zur Einbindung der Prävention in die Aktivitäten von Jugendverbänden wird vom BAG seit 1997 unterstützt. Bis zum Jahr 2000 wurden ihm 1530000 Franken zugewiesen. Ende 1998 waren 14 kantonale Projekte eingerichtet; 20 sind für das Jahr 2000 vertraglich vorgesehen. Beim gegenwärtigen Stand erlaubt das Budget eine Vertragsverlängerung bis 2004, wobei jedoch lediglich die Koordinationsstruktur finanziert werden könnte. Die kantonalen Projekte selbst müssten aus anderen Quellen finanziert werden.

^f Lebensraum junger Leute.

⁹ Max. 5000 Franken/Jahr und nicht mehr als 50% der Gesamtkosten für ein Projekt.

Setting Gemeinden und Quartiers

Das Rahmenprogramm zur Förderung und Finanzierung von Projekten der Suchtprävention ist der Stiftung RADIX anvertraut worden. Es existiert seit 1993, und seine erste Phase ist im Herbst 1998 zu Ende gegangen. In diesem Zeitraum sind ihm 3,6 Mio. Franken zugewiesen worden. Rund 400 000 Franken wurden 1997 für die Förderung von 324 Präventionsprojekten⁵ ausgegeben. Hauptaktivität waren stets Theaterproduktionen. 1998 war RADIX auch mit der Veranstaltung der Nationalen Fachmesse für Suchtprävention in Biel beschäftigt. Ein neuer Rahmenvertrag über zwei Mio. Franken wurde 1998 für die Zeit 1998-2001 unterzeichnet. Dieser sieht vor, dass RADIX nicht nur die bisherigen Aktivitäten des Programms fortsetzt, sondern sich auch an der Auswahl und der landesweiten Förderung einiger Präventionsmodelle oder -projekte beteiligt, die sich bewährt haben.

Setting sport

Mit dem Rahmenprogramm Drogen oder Sport wurde bislang ein zweifaches Ziel angestrebt. Einerseits sollte in Einrichtungen für Drogensüchtige die sportliche Betätigung gefördert werden, andererseits sollte in Sportclubs die Prävention ausgebaut werden. In den letzten drei Jahren erhielt das Programm vom BAG einen Zuschuss von 250 000 Franken/Jahr. 1997 und 1998 wurden verschiedene Hilfen für Fortbildung, Beratung sowie logistische und finanzielle Unterstützung angeboten. Das BAG beabsichtigt eine erneute Umgestaltung des Programms: Die Sportschule Magglingen soll einen Auftrag für die Fortbildungs- und Beratungsmodule erhalten, während das Schweizerische Olympia-Komitee mit der Unterstützung von Präventionsprojekten in den Sportclubs betraut werden soll.

supra-f

Der Teil «Prävention» des Projekts verfügt für den Zeitraum 1998-2003 über ein Budget von 7 325 000 Franken. Ursprünglich wurde mit dem Konzept von supra-f die Vervielfältigung einer Standardstruktur für Sekundärprävention und Jugendbetreuung angestrebt. Man gab diese Idee jedoch wieder auf und wählte statt dessen per Ausschreibung 14 verschiedene Projekte aus, eine Zahl, die sich noch um eine oder zwei Einheiten erhöhen könnte. Jedes der gewählten Projekte erhielt für die Vorbereitungsphase einen Kredit von

50000 Franken; die ersten werden gegen Ende des Sommers 1999 ihre eigentlichen Aktivitäten aufnehmen. (S. 66-68).

Andere Projekte

Das BAG unterstützt noch einige weitere Projekte. Eines von ihnen, funtasy, hat die Präventionsarbeit durch die Jugendlichen selbst zum Ziel. In der deutschsprachigen Schweiz – weniger in der französischsprachigen – entwickelt sich dieses Projekt allmählich weiter. Es verfügt bis mindestens zum Jahr 2000 über ein Budget von rund 400 000 Franken pro Jahr. Um seine tatsächlichen Ergebnisse kennenzulernen, wird man allerdings noch eine Weile warten müssen. Daneben will das BAG die Verbreitung einer Neuausgabe der Broschüre «Auch mein Kind» unterstützen. Ausserdem unterstützt es gegenwärtig einige regionale Präventionsprojekte oder -netzwerke.

Wie wird die Entwicklung der Aktionen kontrolliert?

Wie oben erwähnt, beruht jedes Projekt bzw. Programm auf einer besonderen Vereinbarung zwischen dem BAG und einem oder mehreren Delegataren. Es lassen sich jedoch derzeit drei Modelle unterscheiden: Beim ersten arbeitet das BAG mit einem anderen landesweiten Akteur zusammen, der im Hinblick auf ein bestimmtes *Setting* eine solide legitime Grundlage besitzt (Beispiel: die Programme Schulen und Gesundheit, das künftige Sportprogramm, supra f – teilweise). Dieser Vereinbarungstyp ist dadurch gekennzeichnet, dass zunächst eine Ausschreibung stattfindet und die Projektauswahl auf Grund von Kriterien erfolgt, die vom BAG und dem «legitimierten» Delegatar vorbestimmt wurden. Weitere Merkmale sind der Wille, die subventionierten Projekte zu vernetzen und eine relativ langfristige Planung. Bei einem anderen Modell wird über Ausschreibung oder auf einen Vorschlag hin ein Partner gewählt, der ein vom BAG gewünschtes Programm oder Projekt übernehmen soll. In diesem Fall erteilt oder genehmigt das BAG Richtlinien, die anschliessend vertraglich festgelegt werden, und es überwacht die Aktivität – im allgemeinen über Jahresberichte oder Evaluationsberichte. Einige Institutionen schliesslich können das BAG auch direkt um Unterstützung bitten. Im allgemeinen muss das Projekt oder

Programm innovativ sein und/oder sich bereits bewährt haben. Auch hier erfolgt die Überwachung durch verschiedene Berichte und/oder Steuergruppen. Bei jedem dieser Modelle ist die Beteiligung und Kontrolle durch das BAG anders geartet².

Die meisten Präventionsprogramme oder -projekte, an denen das BAG beteiligt ist, werden einer externen Supervision oder Evaluation unterzogen. Dies ist der Fall bei Schulen und Gesundheit (Evaluation des Programms), Schulteam (Evaluation der ersten Phase), Le fil rouge (Evaluation), ENGS (Evaluation), Voilà (Begleitung), funtasy und bei einigen anderen Projekten, die vom Programm Schulen und Gesundheit finanziert werden (Qualitätsverbesserung). Daneben hat RADIX eine Evaluation des Förderungs- und Finanzierungsprogramms für Suchtpräventionsprojekte finanziert und auch eine Evaluation der Nationalen Fachmesse für Suchtprävention durchgeführt.

Das Projekt supra-f kann teilweise anhand der Daten evaluiert werden, die aus dem dazugehörigen Forschungsteil stammen. Das Programm Drogen oder Sport dagegen wird seit einigen Jahren nicht mehr evaluiert.

Welche Probleme treten auf?

Bei der globalen Umsetzung der Präventionspolitik werden zwei Probleme identifiziert: die Auswahl des Delegatars und die Verwirklichung einer Politik, die auf dem Konzept von Rahmenprogrammen basiert. Beides ist übrigens miteinander verbunden: Findet sich kein Delegatar, der eine landesweite Politik durchführen kann, ist die praktische Durchführung eines Rahmenprogramms möglicherweise gefährdet.

Was die Wahl des Delegatars betrifft, so ist zu bemerken, dass es bei mehreren Programmen (Santé Jeunesse – Schulen und Gesundheit –, Le fil rouge, Drogen oder Sport) ein- oder mehrere Male zu einem Führungswechsel gekommen ist. Der Grund war vor allem, dass einige Delegatare nicht in der Lage waren, die vom BAG gesetzten Ziele zu verwirklichen. Die Frage, welcher Delegatar gewählt wird, ist also von entscheidender Bedeutung. Vor allem ist darauf zu achten, dass die Steuerung des Programms einem Akteur übertragen wird, der tatsächlich zur praktischen

Durchführung dieses Programms in der Lage ist. Zwischenvereinbarungen, bei denen ein inadäquater Delegatar gewählt wird, weil sich gerade kein besserer anbietet, scheinen keine zufriedenstellende Lösung zu sein. Um ein Rahmenprogramm einrichten zu können, muss im Grunde wohl die Voraussetzung erfüllt sein, dass der Delegatar einer Intervention des BAG die legitime Grundlage verschaffen, aber auch eine Infrastruktur für ihre landesweite Unterstützung liefern kann.

Die Konkretisierung einer auf der Entwicklung von Rahmenprogrammen basierenden Strategie erweist sich auch deshalb als schwierig, weil Arbeitsschritte harmonisiert werden müssen, die bislang im wesentlichen auf dem Vorhandensein eines Konzepts beruhen. Solange dieses aber nicht auf präzise Weise in Auswahlkriterien, Vorgehensweisen, Verankerungsarten, Verwaltungsabläufe usw. umgesetzt worden ist, wird es schwierig sein, die Gesamtheit der BAG-Aktionen zu einer echten, kohärenten und auf die Konzepte der *Settings* und Rahmenprogramme ausgerichteten Politik zusammenzufassen.

Schlussfolgerungen

Das BAG interveniert im Bereich der Prävention in erster Linie durch Rahmenprogramme und Projekte. Insgesamt bietet es mehreren hundert Interventionen in diesem Bereich eine logistische oder finanzielle Unterstützung. Durch seine Beteiligung trägt es u.a. zu einer besseren sozialen und politischen Akzeptanz dieses Tätigkeitsbereiches in der Schweiz bei⁹.

Die allgemeine Einführung von Begleit- oder Evaluationsverfahren scheint im Bereich Prävention, in dem die Meinungen oft auseinandergehen und teilweise nur lückenhaftes Wissen vorhanden ist, ebenfalls sehr wichtig zu sein. Das Zusammentragen von Daten über die Prävention und ihre Wirkungen ist mithin von höchster Bedeutung. Eine Interventionsstudie (supra-f) muss daher begrüsst werden, auch wenn die Evaluationsbeauftragten der Ansicht sind, dass ihre Konzeption zahlreiche Schwächen aufweist, welche die Qualität und Verwendung ihrer Ergebnisse stark gefährden können.

Am Ende der Evaluationsperiode kann festgestellt werden, dass die Präventionsstrategie des BAG, vor allem durch die Konzepte der *Settings* (Lebensräume), Rahmenprogramme und der *Früherfassung*, in eine Dynamik der Harmonisierung eintritt. Um wirklich greifen zu können, muss diese Strategie jedoch noch präziser gefasst werden. Im übrigen ist es zumindest schwierig, gemeinsame Wirkungen von Programmen und Projekten zu evaluieren, deren Zwecke und Mittel so unterschiedlich sind. Immerhin sollte anerkannt werden, dass die derzeitigen Bemühungen des BAG um eine Konzeptualisierung u.a. dazu führen, dass seine Arbeit transparenter und verständlicher wird.

Empfehlungen

Die erste Empfehlung betrifft den Ausbau der gegenwärtigen BAG-Strategie. Die Einrichtung der amtsinternen Koordinationsgruppe Jugend & Gesundheit dürfte zur Definition einer kohärenteren und klareren Präventionspolitik führen. Der gegenwärtige Ansatz des BAG sollte fortgesetzt werden, indem man vor allem die Durchführungsmodalitäten für die Rahmenprogramme definiert. Festgelegt werden müssen u.a. der Delegatar- oder Partnertyp, die Organisation von Unterstützungen und Subventionen, der Zugang dazu, die Programmdauer, die Koordination unter den Programmen sowie innerhalb der Programme usw. Dies würde u.a. den Vorteil bringen, dass die Unterstützungspolitik des BAG deutlicher hervortreten würde. Für diesen Normungsansatz muss zunächst ein Konsens im BAG gefunden werden, bevor man sich den Experten und Praktikern öffnet, die notwendigerweise herangezogen werden müssen.

Die Frage der Delegatarwahl ist von zentraler Bedeutung, weil das BAG oftmals nicht direkt in den *Settings* intervenieren kann, da diese in den Zuständigkeitsbereich der Kantone fallen. Daher müssen Akteure gefunden werden, die solche Hindernisse überwinden können und bereit sind, im Rahmen ihrer Aktivitäten gesundheitspolitisch tätig zu werden. Langfristig könnte es sich als nützlicher erweisen, wenn Partner aufgespürt werden, die die notwendigen Voraussetzungen für die Steuerung eines Rahmenprogramms mitbringen und wenn diese von einer Zusammenarbeit überzeugt werden, als wenn voreilig ein Akteur ausgewählt wird, der zu intervenieren gewillt ist, jedoch nicht über die notwendigen Eigenschaften verfügt.

Das BAG sollte im Bereich Prävention weiterhin Innovationswege unterstützen, da es auf diese Weise auch Projekten helfen kann, die nicht direkt zur Strategie der Rahmenprogramme gehören. Solche punktuellen Hilfen sind wichtig, wenn die Vielfalt der Projekte und eine gewisse Flexibilität gegenüber den Akteuren vor Ort aufrechterhalten werden sollen.

Evaluationen und Forschungen schliesslich müssen in diesem Bereich auch weiterhin durchgeführt werden, damit nach und nach gesamtschweizerische *Richtlinien* zu diesem Bereich erstellt werden können.

Therapie

Wie organisiert das BAG die Umsetzung des Bereiches Therapie?

Für den Bereich Therapie sind mehrere Mitarbeiter aus verschiedenen Sektionen des BAG zuständig. Ein Grossteil der Aktivitäten wird an externe Partner delegiert.

Das BAG orientiert seine Arbeit in diesem Bereich an drei Sektoren: stationärer Sektor, ambulanter Sektor (einschliesslich der Substitutionsbehandlungen mit Methadon und der ärztlichen Verschreibung von Heroin) und Gefängnisse. Die Arbeit zielt in diesen Sektoren darauf ab, das Therapieangebot finanziell abzusichern und hinsichtlich von Zugänglichkeit, Integration und Qualität zu verbessern. Das Engagement des BAG ist je nach Sektor anders geartet und gewichtet:

• Stationärer Sektor

Über die Koordinationsstelle für stationäre Therapieangebote, **KOSTE**^h, sowie über die Website **INFOSET DIRECT**ⁱ wird hier neben der Bereitstellung von Finanzmitteln viel Koordinations- und Informationsarbeit geleistet.

^h KOSTE und INFOSET DIRECT sind im Rahmen der Studie über die Delegationsmodi des BAG untersucht worden (S. 87-96).

ⁱ Im Suchtbereich tätige Akteure finden unter INFOSET DIRECT auch Informationen zu Schadensverminderung, Prävention, Weiterbildung usw.

- **Ambulanter Sektor**

Die wichtigste Intervention in diesem Bereich ist die fortgesetzte Unterstützung der **Heroingestützten Behandlungen**, um deren Verankerung zu sichern, sowie die Weiterführung der Forschungsarbeit (S. 66-68); im Rahmen der **Substitutionsbehandlungen mit Methadon** besteht die Hauptaktivität aus Weiterbildungsmaßnahmen (S. 70-74) und Informationsaustausch (S. 64-66).

- **Im Sektor Gefängnisse**

Hier werden in Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Justiz Anreize geschaffen und Empfehlungen und Informationsmaterial erarbeitet.

Welche Aktionen werden unternommen, und mit welchen Ergebnissen?

Stationärer Sektor

Auf Initiative des BAG und unter Mitwirkung Konferenz der kantonalen Fürsorgedirektoren (FDK) wurde im Oktober 1995 die Koordinationsstelle KOSTE ins Leben gerufen. Im Zeitraum 1996-1998 hat KOSTE zehn Einrichtungen mit Geldbeträgen von insgesamt rund 1970000 Franken unterstützt, als Starthilfe oder Unterstützung für die Entwicklung neuer Therapiekonzepte^k.

Daneben war KOSTE aktiv an der Gründung zweier Dachverbände beteiligt: des Schweizerischen Dachverbandes Stationäre Suchthilfe (SDSS) in der deutschsprachigen Schweiz sowie der Coordination Romande des Institutions et organisations œuvrant dans le domaine des Addictions (CRIAD) in der französischsprachigen Schweiz. Diese Dachverbände schliessen auch Akteure des ambulanten Sektors und des Alkoholbereiches ein.

Bei den verschiedenen im Bereich illegaler Drogen tätigen Partnern ist KOSTE sehr bekannt, geschätzt und wird viel genutzt (S. 87-106).

Im Rahmen ihrer Informationsarbeit hat die Koordinationsstelle u.a. ein Verzeichnis bzw. einen Ordner über die stationären Einrichtungen zusammengestellt (1998), der die Informationen von INFOSET DIRECT¹⁰ ergänzt.

Der Forschungsverbund stationäre Suchttherapie (FOS) hat für das Pilotprojekt QuaFOS eine Expertengruppe gebildet, an der KOSTE beteiligt ist. In einer Vorstudie von 1995 bis 1997¹¹ war bereits ein Modell zur Qualitätserhebung, -sicherung und -verbesserung entwickelt worden. Die Ergebnisse dieser Studie bilden die Grundlage des Projektes QuaFOS, welches sich des sogenannten Modulare Instruments zur Deskription von Suchtbehandlung (MIDES)¹² bedient. Die Formulierung von Qualitätsstandards dürfte Anfang 2000 beendet sein.

Allgemeine Situation in der Schweiz

Eine präzise Verfolgung der zahlenmässigen Entwicklung von stationären Einrichtungen ist schwierig, denn die aufeinanderfolgenden Bestandsaufnahmen berücksichtigen nicht immer dieselben Kategorien. Laut der letzten, von KOSTE durchgeführten Bestandsaufnahme gibt es derzeit 126 Einrichtungen mit rund 1950 Plätzen. Eine Gegenüberstellung mit dem Bericht REHA 2000 von 1993 ergibt, dass sich das stationäre Angebot für Wiedereingliederung und Entzug in fünf Jahren um 140 Plätze erhöht hat (1993: 1250; 1998: 1390).

Die Aufstellung von Qualitätskriterien liegt ausschliesslich beim Bundesamt für Sozialversicherung, das im Namen der Invalidenversicherung solche Kriterien entwickeln und vorgeben kann; die Funktion des BAG bleibt laut BetmG auf die Koordination beschränkt. Vor diesem gesetzlichen Hintergrund hat sich das BAG auf KOSTE und FOS gestützt, um Qualitätsstandards zu entwickeln.

^j Dieser Sektor wird hauptsächlich im Kapitel Schadensverminderung und Überlebenshilfe angegangen (S. 56-61).

^k Unter den 35 Institutionen, die mit solchen Anträgen an KOSTE herantreten sind.

Ambulanter Sektor

Das BAG hat eine Arbeitsgruppe namens MedRoTox (Médecins Romands Toxicomanie) eingerichtet. Es handelt sich um ein Fortbildungsprojekt (S. 70-74), dessen Ziele u.a. darin bestehen, den Zugriff auf Informationen zu erleichtern, das therapeutische Netz zu betreuen und die Bedingungen für die Ausübung des Arztberufes zu verbessern.

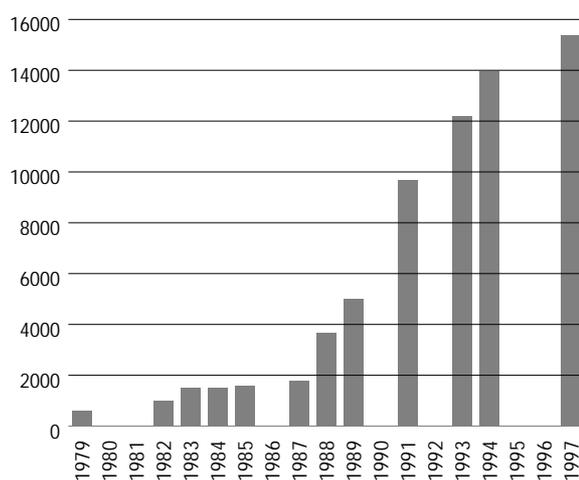
Ausserdem setzt das BAG in diesem Bereich die Entwicklung der landesweiten Statistik über ambulante Substitutionsbehandlungen fort (S. 64-66).

Allgemeine Situation in der Schweiz

Die Anzahl der Methadonbehandlungen ist zwischen 1994 und 1997 kontinuierlich von 13985 auf 15382 angestiegen (Abbildung 4a). Die kürzlich erfolgte Eröffnung neuer ambulanter Behandlungseinrichtungen, z.B. im Kanton Waadt, zeigt, dass sich dieser Behandlungstyp im Rahmen solcher Einrichtungen stärker durchsetzt als bei Privatärzten¹³.

Abbildung 4a

Entwicklung der Methadonbehandlungen in der Schweiz (1979-1997)



Quelle: BAG

PROVE

Seit 1994 haben 1522 Personen eine Therapie angefangen, bei der Betäubungsmittel ärztlich verschrieben wurden (Daten vom März 1999). Von den 443 Personen, die die Behandlung abgeschlossen haben und deren Daten analysiert worden sind, sind 30% auf eine abstinentorientierte Behandlung und 37% auf eine Methadonbehandlung umgestiegen¹⁴.

Die Anzahl der Teilnehmer an PROVE stieg zwischen 1994 und 1998 von 250 auf 1056.

Der im Juni 1997 erschienene abschliessende Evaluationsbericht von PROVE stellt für das Programm folgende Hauptergebnisse fest:

- Die Verschreibung von Heroin erweist sich in der für die Studie angegebenen Zielgruppe als sinnvoll und unter ausreichend sicheren Bedingungen durchführbar;
- Die Versuche erreichen eine Gruppe stark marginalisierter Personen, die seit Jahren heroinsüchtig sind und bis dahin mit anderen Methoden behandelt wurden, jedoch ohne Erfolg bzw. ohne eine Verbesserung ihrer Situation;
- Die sehr hohe Verbleibungsrate in der Therapie hat dazu geführt, dass hinsichtlich des Gesundheitszustandes und der Lebensbedingungen der Patienten erhebliche Verbesserungen erzielt werden konnten, die oft auch nach einer Behandlungsunterbrechung fortbestehen. Die Delinquenz ist ebenfalls stark zurückgegangen;
- Diese Verbesserungen kommen auch der Gesamtbevölkerung zugute (Bekämpfung von Infektionskrankheiten sowie von Kriminalität im Umfeld von Drogen);
- Angesichts des sehr schlechten Gesundheitszustandes der Patienten zum Zeitpunkt der Behandlungsaufnahme kann die jährliche Todesrate von 1% als relativ niedrig gelten;
- Der Vorteil von Heroinverschreibungen ist sozioökonomisch gesehen beachtlich, weil sich die Kosten für Strafverfolgung und -vollstreckung sowie für Krankheitsbehandlungen reduzieren;

- Diese Verbesserungen können nur erzielt werden, wenn die Heroinvertreibung Teil eines umfangreichen Programms zur psychosozialen und medizinischen Unterstützung der betreuten Drogenkonsumierenden ist;
- Dasselbe gilt für die während des Projekts bestehenden Rahmenbedingungen. Die Sicherheit der Teilnehmer und anderer betroffener Personen konnte dank adäquater Kontrollmassnahmen garantiert werden.

Auch im Rahmen von PROVE werden derzeit Qualitätskriterien entwickelt; die Standards betreffen die krankenpflegerische, soziale, medizinische und psychiatrische Betreuung der Patienten.

Die vom BAG angestrebte Zusammenarbeit mit der Polizei ist in den Kantonen, die am Programm PROVE teilnehmen (Zürich, St-Gallen, Zug, Luzern, Bern, Basel, Solothurn, Freiburg, Genf), am weitesten fortgeschritten.

Allgemeine Situation in der Schweiz

Am 9. Oktober 1998 wurde von beiden Kammern des Nationalparlaments der dringliche Bundesbeschluss über die ärztliche Verschreibung von Heroin verabschiedet. Ein Komitee unter der Schirmherrschaft der Eidgenössischen Demokratischen Union (EDU) beantragte ein Referendum. Dieses wurde genehmigt und fand am 13. Juni 1999 statt: 54,3% der Stimmen akzeptierten den Bundesbeschluss. Im Vorfeld dieses Referendums hatte das BAG wie bei den zwei vorherigen Volksabstimmungen (Jugend ohne Drogen und Droleg) eine weitreichende Informationsstrategie entwickelt und ein Argumentarium ausgearbeitet, das an die im Suchtbereich tätigen Akteure verteilt wurde¹⁴.

Wie wird die Entwicklung der Aktion kontrolliert?

Stationärer Sektor

Die Kontrolle durch das BAG erfolgt über regelmässige Kontakte. Diese sind allerdings seltener geworden, weil der für diesen Bereich verantwortliche Mitarbeiter ausgeschieden ist und erst mit Verzug ersetzt wurde¹⁵.

Viermal im Jahr tritt eine Aufsichtskommission der Koste zusammen, die vor allem die Starthilfeanträge überprüft. Die letztliche Entscheidung darüber, ob die finanzielle Hilfe gewährt werden soll oder nicht, liegt jedoch bei der Direktion des BAG. Auf Grund von Empfehlungen der externen Evaluation hat der KA 1998 Überlegungen zur Neudefinition seiner Struktur sowie der Rollen und Aufgaben seiner Mitglieder angestellt.

Seit Juni 1997 wird die Koordinationsstelle KOSTE von der Abteilung Sozialpsychologie der Universität Zürich für die Dauer von zwei Jahren evaluiert¹⁶.

Ambulanter Sektor

Da das BAG im Bereich der Methadonbehandlungen, abgesehen von seiner Beteiligung an Projekten für Fortbildung, Information und Epidemiologie (Methadonstatistik) kaum aktiv ist, werden die Aspekte der Kontrolle in diesem Kapitel nicht angesprochen.

PROVE

Das Projekt wurde sowohl von einer Gruppe externer Evaluationsbeauftragter¹⁷ als auch von Experten der WHO¹⁸ global evaluiert.

Welche Probleme treten auf?

Stationärer Sektor

Das Hauptproblem des stationären Sektors liegt in der Finanzierung der Einrichtungen. Das Bundesamt für Sozialversicherung legte 1996 neue Finanzierungsbedingungen fest: Es verlangt nunmehr von den subventionierten Einrichtungen, dass deren Patienten ein ärztliches Attest über eine gesundheitliche Beeinträchtigung vorlegen, die in den Bereich der Invalidenversicherung fällt. Das BAG erteilte KOSTE daraufhin den Auftrag, zwei Expertenhearings zu organisieren und durchzuführen und einen Bericht über den Zusammenhang zwischen Sucht und Invalidität abzufassen¹⁹. Auch eine juristische Expertise wurde vom BAG in Auftrag gegeben²⁰.

Angesichts der sehr prekären Situation in diesem Bereich erging an Bundesrätin Ruth Dreifuss und die Konferenz der kantonalen Fürsorgedirektoren (FDK) ein Antrag auf ein Moratorium. Ausserdem wurde eine Koordinationsgruppe, «Finanzierung der Suchttherapien» (FiSu), gebildet, die ein langfristiges, von den Kantonen akzeptiertes und schnell anwendbares Finanzierungssystem entwickeln soll.

Angesichts der im stationären Sektor festgestellten Entwicklung – die Anzahl der Einrichtungen scheint heute auszureichen – haben KOSTE und die Aufsichtskommission beschlossen, dass Starthilfen auch existierenden Einrichtungen bewilligt werden können, sofern diese tiefgreifende Veränderungen planen, d.h. Konzeptanpassungen oder qualitative Innovationen, eine Erweiterung oder eine Spezialisierung von Leistungen²¹.

Obwohl Einrichtungen, die Frauen vorbehalten sind, einem realen Bedarf entsprechen²², mussten vier von ihnen zwischen 1997 und Anfang 1999 schliessen (drei davon waren im Rahmen des MaPaDro finanziell unterstützt worden). Damit verbleiben in der Schweiz derzeit nur vier frauenspezifische stationäre Einrichtungen. Eine vom BAG finanzierte Studie²³ brachte KOSTE zu der Überzeugung, dass männer- und (besonders) frauenspezifischen Strukturen innerhalb von gemischten Einrichtungen künftig der Vorzug gegeben werden sollte. Die Fort- und Weiterbildung für die geschlechtsspezifische Betreuung muss ebenfalls ausgebaut werden.

Ambulanter Sektor

Da das BAG in diesem Sektor, abgesehen von den Aspekten Weiterbildung, Forschung, Epidemiologie und Evaluation kaum aktiv geworden ist, werden die Umsetzungsprobleme jeweils in den betreffenden Kapiteln angesprochen.

PROVE

Die Kritik der WHO-Experten war von den Gegnern dieses Programms (vor allem Jugend ohne Drogen) auf nationaler Ebene zum Teil bereits formuliert worden, fand in den Medien jedoch nur wenig Echo. Dagegen berufen sich andere Länder, die diesem Programm relativ skeptisch gegenüberstehen, weitgehend auf diese kritischen Äusserungen, um einer Verbreitung dieses Behandlungstyps entgegenzuwirken.

Schlussfolgerungen

Stationärer Sektor

Das BAG hat im stationären Sektor die richtigen Prioritäten gesetzt; mit Hilfe von KOSTE erfolgt eine adäquate Umsetzung.

Der Qualitätsausbau durch FOS kommt gut voran, was vor allem auf die angesammelten Kompetenzen und das weitreichende nationale Netz von FOS zurückzuführen ist. Die Wahl des BAG hinsichtlich dieser beiden Hauptakteure, KOSTE und FOS, ist optimal. Demgegenüber hat das BAG weder die Finanzierungsprobleme der stationären Einrichtungen noch die Kursänderung der Politik des Bundesamtes für Sozialversicherung ausreichend vorhergesehen. Seine durch das BetmG begrenzte Rolle hat ihm ein autoritäreres Vorgehen nicht erlaubt. Daher musste es sich auf seinen externen Partner KOSTE stützen, um zu versuchen, eine Kursänderung herbeizuführen.

Die Dachverbände (SDSS und CRIAD) und die Arbeitsgruppe FiSu werden bei Verhandlungen mit dem Bundesamt für Sozialversicherung über die Finanzierung stationärer Einrichtungen eine wesentliche Rolle spielen. Ihre Gründung kam daher gelegen.

Die neue Umgehensweise mit der Frauenproblematik im stationären Sektor fördert und unterstützt die Entwicklung eines integrativen Konzepts und schliesst sich damit einem Trend an, der im Bereich Schadensverminderung und Überlebenshilfe bereits festgestellt werden konnte.

Bevor die für den stationären Sektor verantwortliche Mitarbeiterin des BAG lange Zeit abwesend war und schliesslich aus dem Dienst schied, war dieser Bereich von einer besonders guten Planung und Umsetzung geprägt gewesen. Die Konsequenzen waren glücklicherweise relativ gering, da das BAG sich auf seine externen, in der Übergangsphase stark beanspruchten Partner stützen konnte.

Ambulanter Sektor

Das BAG widmet dem ambulanten Sektor der Methadonverschreibung nur einen kleinen Teil seiner Ressourcen und Aktionen. Wie wir bereits im vorigen Evaluationsbericht bemerkten, ist diese Tatsache bedauerlich, da eine hohe Anzahl Drogenkonsumierender diese Behandlungsform nutzt (fast jeder zweite Drogenkonsumierende). Noch bedauerlicher wird dieser Umstand dadurch, dass die qualitative Verbesserung der Substitutionsbehandlungen zu den Prioritäten des MaPaDro gehört (Anhang 1b). Wie dieses Ziel ohne einen Ausbau der Aktivitäten des BAG in diesem Sektor erreicht werden soll, ist unklar.

PROVE

Die ermutigenden Ergebnisse, die im Rahmen von PROVE erzielt werden konnten, haben erheblich dazu beigetragen, dass diese Behandlungsform in die Palette der therapeutischen Angebote aufgenommen wurde. Das BAG war mit seiner Unterstützung für innovative Projekte in diesem Bereich also besonders erfolgreich. Bekräftigt wurde dieser Erfolg noch durch die Tatsache, dass die Bevölkerung der Schweiz den dringlichen Bundesbeschluss akzeptiert hat (Anhang 1c).

Das BAG sollte den kritischen Äusserungen der WHO-Experten Rechnung tragen, besonders wenn es weitere Projekte dieser Grössenordnung durchzuführen beabsichtigt.

Empfehlungen

Stationärer Sektor

Da die Koordinationsstelle KOSTE im stationären Sektor gegenwärtig eine Schlüsselrolle erfüllt, muss das BAG ihr weiterhin seine Unterstützung gewähren und diese sogar noch verstärken, indem es ihr u.a. einen Teil des Budgets, das als Starthilfe für Einrichtungen gedacht ist, direkt zuweist.

Die gegenwärtige Revision des BetmG scheint für das BAG vorrangig zu sein, um seine Rolle als wichtigster Akteur im Gesundheitswesen verstärken zu können.

Ambulanter Sektor

Wenn das BAG, wie in den Prioritäten des MaPaDro festgelegt, beim Ausbau der Qualität eine massgebliche Rolle spielen will, muss es im ambulanten Sektor verstärkt für die Methadonverschreibung eintreten, da zahlreiche Drogenkonsumierende bereits diese Behandlungsform nutzen.

PROVE

Es wäre nützlich, wenn im BAG darüber nachgedacht würde, wie im Rahmen von PROVE erlangte Kompetenzen an andere Therapiesektoren, besonders den ambulanten Sektor, weitergegeben werden könnten.

Schadensverminderung und Überlebenshilfe

Wie organisiert das BAG die Umsetzung des Bereiches Schadensverminderung und Überlebenshilfe?

Das BAG verteilt seine Arbeit in diesem Bereich auf drei Sektoren: Soziales, Gesundheit und Gefängnisse. Je nach Sektor^l ist sein Engagement anders geartet und gewichtet:

- **Soziales**

Die Arbeit (Impulsgebung und Koordination) wird an die Promotionsstelle des SAH, Arbeit und Wohnen für Menschen im Umfeld illegaler Drogen, delegiert;

- **Gesundheit^m**

Es handelt sich im wesentlichen um den Austausch von Informationen durch die vom BAG gegründete Arbeitsgruppe Drogen und Aids und die Konferenz der kantonalen Suchtbeauftragten (KKBS). In diesem Sektor, in dem das BAG zu Beginn der Aids-Epidemie eine wichtige Funktion der Impulsgebung erfüllt hat, ist nunmehr die Arbeit der Kantone massgeblich;

- **Gefängnisse**

Impulsgebung durch finanzierte Evaluationen von Pilotprojekten zur Schadensverminderung in Gefängnissen sowie durch Informationsaustausch. Auch hier hat das BAG eine Arbeitsgruppe ins Leben gerufen, Gesundheitsförderung im Strafvollzug, die die verschiedenen Akteure des Bereiches zusammenbringt.

^l Der jeweils von einem anderen BAG-Mitarbeiter geleitet wird.

^m Hiermit sind hauptsächlich die Risiken angesichts von Aids/HIV und Hepatitis gemeint.

Welche Aktionen werden unternommen, und mit welchen Ergebnissen?

Arbeit und Wohnen²⁴

Die Arbeit der Promotionsstelle des SAH besteht hauptsächlich in der Fortsetzung folgender Aktivitäten:

- Bedarfserfassung und Planung im Sektor (1998 rund 15% der Aktivität; rückläufig);
- Vernetzung existierender Strukturen und Partner (rund 45% der Aktivität, zunehmend);
- Beratung bei der Ausarbeitung von Projekten, Unterstützung beim Start von Arbeits- und Wohnprojekten (rund 25% der Aktivität, zunehmend);
- Information, Dokumentation und Öffentlichkeitsarbeit (rund 15% der Aktivität).

1997 wurde ein Handbuch für den Aufbau von Projekten der Überlebenshilfe veröffentlicht²⁵. Für die Zuweisung finanzieller Starthilfen für neue Sozialprojekte wurden Kriterien erarbeitet und Finanzierungsgrenzen festgelegt (Hilfe für maximal zwei Jahre, Höchstbetrag 50000 Franken pro Jahr, Mitfinanzierung durch Bund und Kanton vorausgesetzt).

33 Projekte erhielten zwischen 1996 und 1998 insgesamt knapp 1600000 Franken (Tabelle 4a); 15 weitere Vorschläge wurden abgelehnt. Angesichts der Verschärfung der Lage auf dem Arbeitsmarkt, die mit grösseren Schwierigkeiten bei der Wiedereinglie-

derung von Drogensüchtigen einhergeht, gab das SAH, insbesondere in den Randgebieten (kleine Kantone, Umkreis von Grossstädten), Arbeitsprojekten den Vorrang. Das SAH ist der Ansicht, dass die Wohnsituation (besonders Notunterkünfte) besser ist und dass die Kantone sich generell darum kümmern, selbst wenn eine kleine Kerngruppe Drogenkonsumierender nach wie vor in extrem prekären Verhältnissen lebt. Der Bedarf an Tagesstrukturen, der sich an den zahlreichen Unterstützungsanträgen ablesen lässt, ist dagegen noch nicht gedeckt. Hinsichtlich frauenspezifischer Einrichtungen hat das SAH nur wenige Anträge erhalten. Allerdings muss jeder Starthilfeantrag eine theoretische Überlegung zu den besonderen Bedürfnissen von Frauen enthalten.

Allgemeine Situation in der Schweiz

Eine jüngere Bestandsaufnahme über das Angebot an Arbeits- und Wohnprojekten in der Schweiz liegt derzeit nicht vor. Da die Fachstelle des SAH in der Schweiz jedoch gut bekannt ist, kann man davon ausgehen, dass die Finanzierungsanträge Rückschlüsse auf die neuen Ausrichtungen des Angebots zulassen.

Tabelle 4a

Verteilung der Finanzhilfen 1996-1998

Tätigkeitsbereich	Anzahl der Projekte	Projekttyp	Kantone	Betrag
Arbeit	14	Jobbörsen, kleine Jobs, geschützte Arbeitsplätze	Bern (2), Freiburg (1), Neuenburg (2), Zug (3), Zürich (6, davon 3 ausserhalb Zürich-Stadt),	642 500.-
Wohnen	4	Betreutes Wohnen, Haus für Methadonpatienten	Aargau (1), Solothurn (2), Glarus (1)	265 000.-
Tageseinrichtung	6	Aufnahmestellen mit verschiedenen Angeboten (Café, Mahlzeiten, Duschen usw.)	Neuenburg (1), Tessin (1), Waadt (2), Zürich (2)	337 000.-
Frauenspezifisches Angebot	3	Evaluation einer Arbeitsumgebung, Erarbeitung eines Wohnkonzepts mit Betreuung, Notunterkunft	Basel-Land (1), Zürich (2)	166 000.-
Präventionsmaterial	1	Comics für die Hepatitisprävention	Bern	14 650.-
Verschiedenes	5	Neues Handbuch, Informations- und Reflexionstage, Forschung über Injektionsbedingungen		165 450.-
Insgesamt	33		11 Kantone	1 590 600.-

Schadensverminderung im Gesundheitsbereich

Die direkte Aktivität des BAG ist in diesem Sektor gegenwärtig gering und besteht im wesentlichen aus dem Austausch von Informationen innerhalb der Gruppe Drogen und Aids, die ungefähr viermal im Jahr zusammentritt. Diese Gruppe umfasst Experten des Sucht- und Aidsbereichs, die in Prävention, Therapie, Repression oder Forschung tätig sind. Sie beschäftigt sich mit den wichtigsten Themen der Schadensverminderung und Überlebenshilfe und bezieht Stellung dazu. Ihre Positionen zur Hepatitisprävention und zum Aufbau von Projekten ausserhalb der grossen Ballungszentren sind bereits veröffentlicht und verbreitet worden^{26,27}. Die Gruppe funktioniert letztendlich wie eine Ideenbörse zum Thema Interventionen, kann jedoch keine Projekte finanzieren.

Das BAG beteiligt sich finanziell weiterhin, wenn auch nur marginal, am Start einiger lokaler Projekte zur Schadensverminderung im Zusammenhang mit Aidsⁿ. In Eigenarbeit hat es das Projekt der Harm reduction cards entwickelt, d.h. Informationskarten zu verschiedenen Themen der Schadensverminderung, die sehr erfolgreich waren. Ausserdem führt es derzeit auf Ebene der Gemeinden eine Aktion für die Aufstellung von Spritzenautomaten durch.

Das BAG pflegt regelmässige Kontakte zum Schweizerischen Apothekerverein (bei dem es eine Umfrage über das Engagement der Apotheker in der Schadensverminderung unter Drogensüchtigen durchgeführt hat), ebenso zur Arbeitsgruppe BAG/BAP für die Zusammenarbeit mit der Polizei (ZUPO).

Allgemeine Situation

Die Aktivitäten zur Schadensverminderung im Zusammenhang mit HIV und Hepatitis erfolgen im wesentlichen durch die Kantone. Das Angebot an Injektionsmaterial wird seit 1993 ständig überwacht, so dass der Entwicklungsverlauf der Situation mitverfolgt werden kann²⁸.

Niedrigschwellige Einrichtungen (NSE) stellen für Drogenkonsumierende die wichtigste Anlaufstelle für die Beschaffung von Injektionsmaterial dar. Es gibt derzeit in der Schweiz 25 von ihnen. Sie verteilen sich auf zehn Kantone^o, aber der Grossteil befindet sich in der Deutschschweiz. Dreizehn NSE sind mit einem Injektionsraum ausgestattet^p. Apotheken bilden die zweitwichtigste Beschaffungsquelle, gefolgt vom Programm PROVE. Automaten (76 sind in der Schweiz aufgestellt) fallen weniger ins Gewicht, leisten jedoch wahrscheinlich qualitativ bedeutsame Beiträge in Notfallsituationen.

1996 wurden den Drogenkonsumierenden in der Schweiz monatlich knapp 532000 Spritzen zur Verfügung gestellt, d.h. 6,4 Millionen Spritzen jährlich. Sie wurden entweder in den NSE verteilt (320000 pro Monat), in den Apotheken verkauft (122000 pro Monat), an Automaten gezogen (20000) oder im Rahmen des Programms PROVE verwendet (70000 pro Monat). Bezieht man die Anzahl der Spritzen auf die Anzahl der Einwohner zwischen 20 und 39 Jahren (Abbildung 1b), so stellt man fest, dass die Versorgung mit Spritzen, aber auch die Quelle für ihre Beschaffung (Apotheke oder NSE) je nach Kanton unterschiedlich ausfällt.

Die Entwicklung der Spritzenanzahl kann für die Jahre 1994 bis 1997 graphisch dargestellt werden (Abbildung 4c). Der starke Rückgang der Anzahl verteilter Spritzen in den NSE zu Beginn des Jahres 1995 wurde teilweise durch neue Teilnehmer am Programm PROVE kompensiert. Ihre geschätzte Gesamtmenge entspricht zwischen Ende 1996 und Ende 1997 dem Niveau von 1994, also rund 500 000 Spritzen pro Monat.

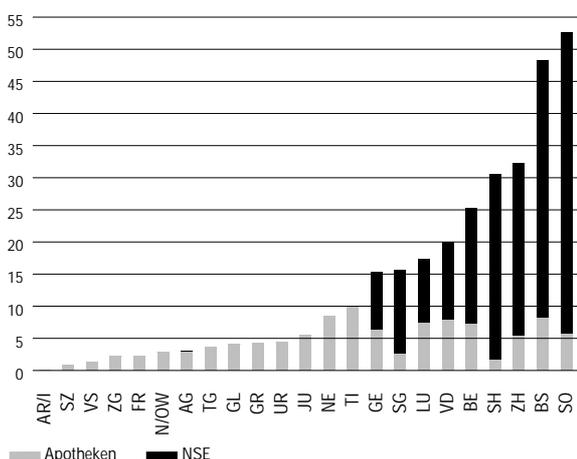
Der zahlenmässige Rückgang verteilter oder verkaufter Spritzen ist nicht nur auf die Auflösung der offenen Szenen zurückzuführen (in denen die NSE tätig wurden): Im selben Zeitraum ist ein massiver Eintritt von Drogenkonsumierenden in die Substitutionsbehandlungen zu verzeichnen, bei denen auf oralem Weg Methadon eingenommen wird.

ⁿ So hat es für die Projekte MEDIA (St. Gallen), BIPS und Boulevards (Genf) sowie Maplu (Luzern) einen finanziellen Beitrag geleistet.

^o Aargau, Bern, Basel-Stadt, Genf, Luzern, St. Gallen, Schaffhausen, Solothurn, Waadt, Zürich.

^p Bern 1, Basel-Stadt 3, Zürich 6, Solothurn 2, Schaffhausen 1.

Abbildung 4b
Durchschnittliche monatliche Anzahl an Spritzen, die 1996 durch Apotheken und niedrigschwellige Einrichtungen zur Verfügung gestellt/verkauft wurden, pro hundert Einwohner zwischen 20 und 39 Jahren, nach Schweizer Kantonen.



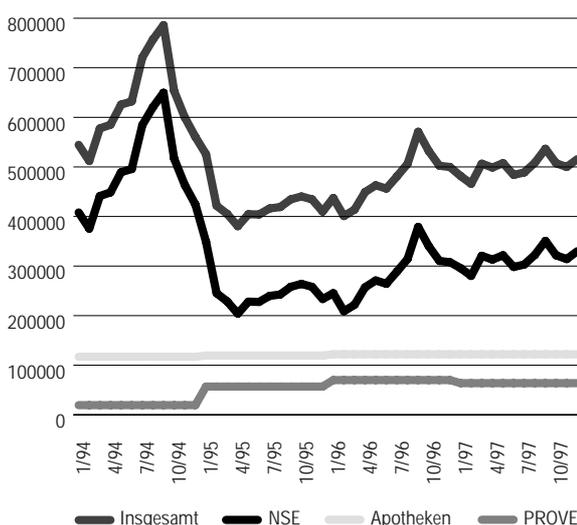
Eine internationale Statistik über sämtliche Spritzenbeschaffungsquellen gibt es nicht; allerdings sind einige Daten über Spritzenaustauschprogramme (NSE) verfügbar.

Tabelle 4b
Anzahl der in den NSE verschiedener Länder verteilten Spritzen

	Schweiz 1997	Etats-Unis 1997	Québec 4.1996-3.1997
Anzahl der Spritzen	3 772 000 ²⁹	17 447 000 ³⁰	443 000 ³¹
Schätzung der Anzahl Drogenkonsumierender	30 000 ³²	1 640 000 ³³	23 000 ³⁴

Es ist festzustellen, dass die NSE in der Schweiz eine besonders hohe Anzahl an Spritzen verteilen (Tabelle 4b). Auf die Drogenkonsumierenden übertragen ist die Gesamtzahl an Spritzen 6,5 mal höher als in Quebec und 12 mal höher als in den USA.

Abbildung 4c
Monatliche Schätzung der Gesamtzahl der in der Schweiz an Drogen-konsumierende verkauften oder abgegebenen Spritzen, zwischen 1994 und 1997.



Schadensverminderung und Therapie im Strafvollzug

In diesem Sektor ist das BAG als Impulsgeber aufgetreten und hat eine Arbeitsgruppe ins Leben gerufen, in der Vertreter mehrerer Akteure aus der Praxis zusammenkommen (Gefängnisdirektoren, Juristen, Gefängnisärzte, Forscher usw.). Der Austausch von Informationen und die Diskussionen um Pilotprojekte haben dazu geführt, dass sich das Konzept der Schadensverminderung mehr und mehr durchsetzen konnte und Pioniererfahrungen in mehreren Anstalten möglich wurden. Die Impulsgeberrolle wurde noch dadurch verstärkt, dass eine Evaluation der entwickelten Pilotprojekte⁹ finanziert und die Forschungsergebnisse ausgewertet wurden und in die allgemeine Debatte einfließen. Das BAG hatte 1993 auch Empfehlungen zur Schadensverminderung im Zusammenhang mit HIV/Aids im Gefängnis herausgegeben³⁵. Sie lehnen sich an die Empfehlungen der WHO an, bei denen für die Häftlinge ein Zugang zu Gesundheitsleistungen angestrebt wird, die mit den Gegebenheiten ausserhalb der Haftanstalten vergleichbar sind.

⁹ Projekte einer Abgabe von Injektionsmaterial durch die Aufstellung von Automaten in den Gefängnissen Hindelbank und Realta, heroigestützte Behandlungen in Oberschöngrün.

Allgemeine Situation

Auch in diesem Sektor werden Direktinterventionen von den Kantonen übernommen. Die Massnahmen zur Risikoverminderung im Zusammenhang mit HIV und Hepatitis und die im Strafvollzug angebotenen Therapien werden in einem neueren Bericht analysiert³⁶.

Knapp zwei Drittel der Betäubungsmittelkonsumenten, die mit niedrigschwelligen Einrichtungen in Kontakt stehen, haben einen Gefängnisaufenthalt von einigen Tagen bis zu mehreren Jahren hinter sich. In Europa konsumieren zwischen 15% und 65% der Häftlinge Betäubungsmittel. Die Daten der Schweiz lassen je nach Haftanstalt eine Proportion zwischen 20% und 50% erkennen.

In allen Haftanstalten ist die medizinische Betreuung für Probleme des Betäubungsmittelkonsums wie für die HIV-/Aidsproblematik gesichert. Allerdings fällt das Therapieangebot je nach Anstalt sehr unterschiedlich aus, und die Betreuung von Suchtproblemen entspricht nicht immer dem Angebot, das ausserhalb des Gefängnisses anzutreffen ist. Auch die Betreuung nach der Gefängnisentlassung scheint noch unzureichend zu sein, was z.T. darauf zurückzuführen ist, dass die Gesundheitsdienste in den Gefängnissen nicht immer über die Entlassung eines Häftlings informiert werden.

Informationen zum HIV-Übertragungsrisiko sind zwar weit verbreitet (90% der Häftlinge sollen Zugriff darauf haben), doch sie berücksichtigen nicht immer alle Risiken. In nur 40% der Anstalten (d.h. für rund 50% der Häftlinge) decken die Informationen auch die Risiken einer gemeinsamen Benutzung von Injektionsmaterial ab.

Präservative werden den Häftlingen in einem Drittel der Anstalten (die allerdings 75% der Häftlinge umfassen) zur Verfügung gestellt. Nur wenige Anstalten haben Präventivmassnahmen für den intravenösen Drogenkonsum ergriffen und entweder Injektionsmaterial zur Verfügung gestellt (acht Anstalten) oder Desinfektionsmittel verteilt, einschliesslich einer Gebrauchsanweisung für die sachgemässe Desinfektion des Materials (zehn Anstalten). Diese Anstalten repräsentieren rund ein Drittel der inhaftierten Personen³⁷.

Wie wird die Entwicklung der Aktion kontrolliert?

Im Sektor Soziales übt das BAG eine direkte Kontrolle auf die Promotionsstelle des SAH aus: Das Projekt wird von einer kleinen dreiköpfigen Gruppe gesteuert, die aus einem Vertreter des BAG, einem Vertreter des SAH und dem Projektleiter besteht.

In den beiden anderen Sektoren (Gesundheit und Strafvollzug) übt das BAG keine eigentliche Kontrolle aus. Ebenso wenig hat es dort in den letzten Jahren koordinatorische Funktionen erfüllt, was jedoch angesichts der ungleichen Angebotsverteilung notwendig wäre. Immerhin ist das BAG im Gefängnisbereich als Impulsgeber und Förderer aufgetreten. Ausserdem hat es bei der Überwachung des Angebots eine wichtige Rolle gespielt: Es finanzierte eine Bestandsaufnahme der Interventionen im Strafvollzug sowie ein allgemeines Monitoring des Angebots zur Schadensverminderung (vgl. unten). Im Gesundheitssektor plant das BAG eine stärkere Präsenz und Mitarbeit durch die Ausweitung des SAH-Projekts auf diesen Sektor.

Welche Probleme treten auf?

Das BAG stösst in jedem der drei Sektoren auf Schwierigkeiten. Zum einen ist das Angebot unter den verschiedenen Regionen ungleichmässig verteilt, zum anderen liegt die Finanzierung existierender Aktionen im wesentlichen bei den Kantonen. Damit ist der Handlungsspielraum des BAG bei Interventionen und Starthilfen gering. Wesentlich grösser dagegen ist er im Bereich der theoretischen Überlegungen, die zu Vorschlägen für die strategischen Orientierungen der Risiko- und Schadensverminderung führen sollen.

Bis 1998 waren Mitarbeiter der Sektion Aids im BAG für die Sektoren Gesundheit und Strafvollzug verantwortlich, worunter die Koordination der Säule Schadensverminderung im BAG sicherlich gelitten hat. Nachdem erfahrene Mitarbeiter ausgeschieden sind und diese Aktivitäten auf die Sektion «Drogeninterventionen» übertragen wurden, stellt sich jetzt die Frage, ob die in diesem Bereich gesammelten Erfahrungen überdauern werden.

Schlussfolgerungen

Die Aktivitäten zur Schadensverminderung und Überlebenshilfe sind in der Schweiz gut fortgeschritten, auch wenn die Angebotsverteilung noch Lücken und Ungleichheiten aufweist.

Unter dem Druck der HIV-/Aidsproblematik spielte das BAG Ende der 80er und Anfang der 90er Jahre eine starke Impulsgeberrolle in diesem Bereich – besonders in den Sektoren Gesundheit und Gefängnisse. Später traten die Kantone an die Stelle des BAG, das nunmehr indirekter intervenierte.

Für den Zeitraum 1998-2002 hat sich das BAG die vorrangigen Ziele Konsolidierung, Angebotserweiterung und Qualitätsverbesserung gesteckt. Sein Handlungsspielraum bei Direktinterventionen und seine finanziellen Mittel sind allerdings begrenzt. Es wird nun zeigen müssen, ob es in der Lage ist, gesammelte Erfahrungen auszuwerten und als Impulsgeber und Koordinator der Aktionen aufzutreten.

Empfehlungen

Zu den Zuständigkeiten des BAG gehört das Monitoring der Aktivitäten im Bereich der Schadensverminderung. Dieses Monitoring sollte ausgebaut und im Rahmen einer Politik der Information und Impulsgebung an die Partner regelmässig zur Anwendung kommen.

Das BAG sollte in den drei Sektoren des Bereiches Schadensverminderung und Überlebenshilfe vermehrt eine direkte oder indirekte Koordinatorfunktion übernehmen, wie es dies im Sektor Arbeit und Wohnen bereits teilweise tut.

Kampagne

Wie organisiert das BAG die Umsetzung des Bereiches Kampagne?

Der Dienst Kampagnen im BAG ist für die Sensibilisierungskampagne Drogen zuständig. Er stützt sich auf ein Kreativ-Team, das sich aus Vertretern des BAG, anderen in der Prävention tätigen Organisationen sowie

Experten der Bereiche Kommunikation, Prävention und Gesundheitswesen zusammensetzt. Eine Werbeagentur ist mit der Realisierung der Kampagnen betraut.

1997 beschloss das BAG, die Sensibilisierungskampagne für Suchtprobleme zu beenden und durch ein Alkoholprogramm zu ersetzen, an dem auch die Eidgenössische Alkoholverwaltung EAV und die Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA) beteiligt sind. Die mit diesem Programm betraute Struktur setzt sich aus drei Organen zusammen: Das erste ist ein Ausschuss bestehend aus vier Mitgliedern (Leiter der Dienste Alkohol/Tabak und Kampagnen sowie je ein Vertreter der SFA und der EAV), das zweite ist eine elfköpfige Beratungs- und Supervisionsgruppe (die Steuerungsgruppe beratendes Team, die das frühere Kreativ-Team ersetzt hat), und das dritte ist die Programmleitung (zwei Personen).

Welche Aktionen werden unternommen, und mit welchen Ergebnissen?

Die Aktionen

Im Zeitraum 1996-1999 fanden mehrere Kampagnen statt, die meist in Nachtests auf Sichtbarkeit, Verständlichkeit und Akzeptanz durch die Bevölkerung überprüft wurden. Einige sind auch vorab auf Verständlichkeit und Akzeptanz der Botschaften überprüft worden. Medien und betroffene Gruppen wurden in Pressemitteilungen und -dokumenten sowie in Artikeln der BAG-Zeitschrift Spectra direkt über die Kampagnen, ihre Ziele und ihre Merkmale informiert.

Die Sensibilisierungskampagne Drogen, Miteinander reden, Vertrauen schenken, Selbstvertrauen entwickeln, wurde im Sommer 1996 mit einem Budget in einer Grössenordnung von zwei Millionen Franken gestartet. Sie bestand hauptsächlich aus einem TV-Spot und Plakaten, auf denen das BAG als Absender genannt wurde, sowie aus kleinformatigen Postern, die auf diesen Plakaten basierten und von den Partnern bestellt werden konnten. Die Partner konnten hier als Absender erscheinen, während an die Präsenz des BAG nur ein Logo (der Rabe) erinnerte.

Die nachfolgende Sensibilisierungskampagne, Drogen, nüchtern betrachtet (1997), verfügte ebenfalls über ein Budget in einer Grössenordnung von zwei Millionen Franken. Wie 1996 bestand sie aus Plakaten, auf denen das BAG als Absender genannt wurde, und aus Postern, die von den Partnern bestellt werden konnten.

Die für 1998 vorgesehene Kampagne hatte zum Ziel, auf den Zusammenhang zwischen der Problematik illegaler Drogen und der Sucht hinzuweisen und der Bevölkerung eine weiter gefasste Bedeutung des Konzepts zu vermitteln. Weil die Volksabstimmung über die Initiative Droleg kurz bevorstand, wurde diese Kampagne jedoch gestrichen. Das für sie vorgesehene Geld wurde für eine BAG-Kampagne zum Thema Aids verwendet.

Zum Alkoholprogramm 1999-2002 (Programm zur Prävention von Alkoholproblemen) gehört die Kampagne Alles im Griff?, die im Frühjahr 1999 gestartet wurde und für die das Bundesamt für Gesundheit mit EAV und SFA verantwortlich zeichnet. Sie wird als Sensibilisierungskampagne für risikoreichen Alkoholkonsum bei Erwachsenen zwischen 20 und 35 Jahren verstanden und umfasst verschiedene Aktionen: eine grosse Kommunikationskampagne in den Medien, ein Kooperationsprojekt mit den Mitgliedern des Bundes Schweizer Ärzte (FMH) sowie Aktionen in Partnerschaft mit lokalen und kantonalen Beratungsstellen für Personen mit Alkohol- oder anderen Suchtproblemen.

Eine Ausweitung dieser Kampagne auf weitere Zielgruppen ist vorgesehen. Zu den wichtigsten derzeit verfügbaren Produktionen gehören fünf TV-Spots, Plakate verschiedener Grösse (davon eines über Suchtkrankheiten mit dem Logo des Raben und dem Slogan Drogen, nüchtern betrachtet) und ein Alkohol-Schieber zur Anzeige des Blutalkoholspiegels je nach konsumierter Alkoholmenge. Das Budget dieser Kampagne beträgt 3,9 Millionen Franken für 1999; rund 200'000 davon sind den Produktionen vorbehalten, die für die Partner im Bereich illegale Drogen bestimmt sind.

Allgemeine Situation und Zusammenarbeit mit den Partnern

Der Evaluation der Kampagne Drogen, nüchtern betrachtet von 1997 ist zu entnehmen, dass die Gesamtbevölkerung dieser Kampagne ein relativ gehobenes Interesse entgegenbringt und eine Fortsetzung der Präventionskampagnen des Bundes befürwortet.

Die Vorab-Tests einiger TV-Spots der Kampagne «Alles im Griff?» von 1999^r ergaben, dass die Kampagne gut akzeptiert wird, dass ihr Logo (ein Korkenzieher) und ihr Slogan (Alles im Griff?), besonders auf Französisch (Ça débouche sur quoi?), gelungen sind, und dass für das Verständnis der Botschaft die Identifikation des Absenders wichtig ist.

Im Rahmen dieser Kampagne arbeitete das BAG häufig mit Partnern zusammen, wobei es im wesentlichen um die Übernahme ihrer Produktionen ging. Dazu sind zwei Informationsquellen verfügbar: die Ergebnisse der Umfrage von 1998 bei den Partnern des BAG im Suchtbereich³⁸ und die Statistik der Materialanforderungen seitens der Partner. Letztere wird in Tabelle 4c, zusammengefasst.

Die Umfrage bei den BAG-Partnern unterscheidet drei Partner-Kategorien: öffentliche Körperschaften, Institutionen der Bereiche Prävention und Gesundheitsförderung und andere Einrichtungen, die Präventionsmassnahmen durchführen. 51 bis 54% der Umfrageteilnehmer erklärten, die nationale Kampagne Drogen, nüchtern betrachtet gut zu kennen.

Den Antworten der öffentlichen Körperschaften ist überdies zu entnehmen, dass in zwölf der 22 Kantone, die an der Studie teilgenommen haben, mindestens eine Einrichtung mit der nationalen Kampagne zusammenarbeitet.

^r Die Ergebnisse des Nachtests sind erst Ende September 1999 verfügbar.

Die Statistik der im BAG eingegangenen Materialanforderungen der Partner bestätigt, wie weit die Zusammenarbeit fortgeschritten ist (Tabelle 4c). Wie im Vorjahr machten 1998 knapp hundert Partner des BAG von seinen Produktionen Gebrauch. Die Anzahl der bestellten Plakate stieg erheblich an – von 19000 auf 57000 – was jedoch ausschliesslich auf die 42000 Alkohol- Plakate zurückzuführen ist. Die Bestellungen von Sucht- Plakaten sind von 19000 auf rund 15000 gesunken. Waren 1997 noch 18% von ihnen in französischer oder italienischer Sprache gehalten, so galt dies 1999 nur noch für 2%.

Tabelle 4c

**Zur Verwendung der Produktionen von BAG-Kampagnen:
Materialanfragen von Partnern der Bereiche Drogen und Alkohol (Quelle: BAG)**

	Kampagne «Drogen, nüch- tern betrachtet» 1997	Kampagne «Alles im Griff?» 1999
Anzahl der Partner davon:	89	109
Bereich Drogen	89	46
Bereich Alkohol	n.r.	30
Bereiche Alkohol & Drogen	n.r.	33
Anzahl angeforderter Plakate* davon:	19 185	57 094
Plakate «Suchtkrankheiten»	19 185	14 619
deutscher Text	15 780	14 359
französischer Text	2 415	260
italienischer Text	990	0
Plakate «Alkohol»	n.r.	42 475
deutscher Text		35 281
französischer Text		6 194
italienischer Text		1 000

Hinweise: n. r.: nicht relevant *alle Formate.

Wie wird die Entwicklung der Aktion kontrolliert?

Hier sind zwei Ebenen zu unterscheiden: die strategische Ebene, d.h. die Wahl der Themen, Ziele und Botschaften der Kampagne, und die eher operationelle und technische Ebene, d.h. die Eignung der Produktionen im Hinblick auf die strategischen Entscheidungen.

Auf strategischer Ebene ist die eingerichtete Struktur, also im wesentlichen die Steuerungsgruppe und der Ausschuss, für die Kontrolle über die Entwicklung der Aktion zuständig. Im letzteren ist das BAG durch die Leiter der Dienste Alkohol/Tabak und Kampagnen vertreten. Ein Vertreter der Sektion Drogeninterventionen fehlt dagegen.

Auf operationeller Ebene liefern häufige Vorab- und Nachtests genaue Aufschlüsse darüber, wie die nationalen Kampagnen in der Bevölkerung aufgenommen werden, und sorgen dafür, dass die Produktionen den strategischen Entscheidungen entsprechen.

Welche Probleme treten auf?

Aus Sicht des MaPaDro haben die Ausweitung der Sensibilisierungskampagne Drogen auf die allgemeinere Problematik der Sucht und die anschliessende Konzentration auf das Alkoholprogramm einige Probleme aufgeworfen – oder diese zumindest offengelegt.

Die eingerichtete Struktur wirkt organisatorisch gesehen schwerfällig. Die Steuerungsgruppe besitzt offensichtlich keine präzise Definition ihrer eigenen Rolle, was ihre Funktionsweise negativ zu beeinflussen scheint. Überdies ist der Ausschuss wahrscheinlich nicht optimal zusammengesetzt, wenn der Wunsch besteht, dass die Kampagne auch weiterhin noch Inputs zum Thema Drogen erhält.

Die veränderte Nachfrage nach dem für die Kampagne produzierten Material legt nahe, dass die Zusammenarbeit mit den Partnern des Bereiches «Sucht» unter der neuen Ausrichtung leiden könnte. Angesichts der insgesamt zurückgegangenen Materialanforderungen steht zu befürchten, dass eines der erfolgreichsten Elemente der Sensibilisierungskampagne gefährdet ist. Überdies zeigt die sprachliche Verteilung der Anforderungen einen fast vollständigen Rückzug der romanischen Partner.

In der Konzeptionsphase der Sensibilisierungskampagne war darauf hingewiesen worden, wie wichtig es ist, dass die Kampagne von der Gesamtbevölkerung als kontinuierlicher Vorgang verstanden wird und dass sie nur wenig Ziele besitzt (d.h. sensibilisieren und Vorurteile abbauen). Durch die bedauerliche, aber gerechtfertigte Aufgabe der Kampagne 1998, welche den Zusammenhang zwischen Drogen und Sucht erläutern sollte, wurde der Bevölkerung eine Gelegenheit genommen, zu einem besseren Verständnis dieses Zusammenhangs zu gelangen. Die Wahrnehmung der Kontinuität wurde vermutlich auch durch die Aufgabe des Raben als Logo und den Wechsel der Absender beeinträchtigt.

Schlussfolgerungen

Für den Dienst Kampagnen bedeutete der Ersatz der Sensibilisierungskampagne Drogen des MaPaDro durch das Programm zur Prävention von Alkoholproblemen (Zusammenarbeit zwischen BAG, EAV und SFA) organisatorisch wie inhaltlich eine erhebliche Unterbrechung. Die von der Sensibilisierungskampagne Drogen hinterlassenen Spuren und die dabei gesammelten Erfahrungen konnten nicht ausreichend genutzt werden.

Es hat sich erneut als eine erfolgreiche Art der Zusammenarbeit erwiesen, wenn den Partnern das Material der Kampagnen zur Verfügung gestellt wird. Die vielversprechende Zusammenarbeit mit den Partnern des Suchtbereiches könnte allerdings im Feld illegale Drogen durch die Neuorientierung der Aktion gefährdet werden.

Die Informationspolitik für die verschiedenen Zielgruppen war weiterhin zufriedenstellend.

Dank der systematischen Durchführung von Vorab- und Nachtests kann die Aufnahme der Kampagnen in der Bevölkerung kontrolliert und weiterverfolgt werden.

Empfehlungen

Nachdem die Sensibilisierungskampagne Drogen durch das Programm zur Prävention von Alkoholproblemen ersetzt worden ist, müssen die Konsequenzen dieses Wechsels organisatorisch wie inhaltlich gesehen besser ermessen und berücksichtigt werden.

Abgesehen davon, ob dieser Wechsel richtig war oder nicht, muss festgehalten werden, dass die derzeitige Zusammenarbeit mit den Partnern des Suchtbereiches eine wichtige Errungenschaft darstellt, die es zu bewahren gilt. Eine unausgewogene sprachliche Verteilung muss im Rahmen dieser Zusammenarbeit vermieden werden.

Sofern Unterbrechungen durch politische Ereignisse vorhersehbar sind, wie es bei der Volksabstimmung zur Initiative Droleg der Fall war, sollten sie bei der Planung Berücksichtigung finden. Die Wirkung der Kampagne sollte in ihrer Kontinuität möglichst wenig beeinträchtigt werden.

Epidemiologie

Dieses Kapitel beschäftigt sich mit der Umsetzung des Bereiches Epidemiologie. Die epidemiologischen Daten selbst werden in Kapitel 8 vorgestellt.

Wie organisiert das BAG die Umsetzung des Bereiches Epidemiologie?

Zwei BAG-Mitarbeiter der Abteilung Epidemiologie, Sektion virale Krankheiten und Sentinellensystem, beschäftigen sich mit dem epidemiologischen Aspekt der Drogensucht. Ein Grossteil der Arbeit wird in diesem Bereich externen Partnern anvertraut (vgl. unten).

Auf Ebene der nationalen Statistiken baut das BAG die nationale Methadonstatistik auf und analysiert sie. Die nationale Statistik der ambulanten Behandlung und Betreuung im Alkohol- und Drogenbereich (SAMBAD) wird vom Bundesamt für Statistik (BFS) aufgebaut und von der Schweizerischen Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA) analysiert. Mit der Erstellung und Analyse der nationalen Statistik über

stationäre Therapien (FOS) ist das Institut für Suchtforschung in Zürich betraut.

Auf Ebene der deskriptiven Epidemiologie sammelt das BAG Informationen aus verschiedenen Datenquellen und fasst sie zusammen:

- drogenbedingte Todesfälle (geliefert vom BAP);
- Repression (geliefert von BAP und BFS);
- landesweite Umfragen (WHO-Umfrage, durchgeführt alle vier Jahre von der SFA, teilweise vom BAG finanziert, schweizerische Gesundheitsumfrage, durchgeführt vom BFS und analysiert von der SFA);
- HIV-Aids und Hepatitis (geliefert vom BAG).

Welche Aktionen werden unternommen, und mit welchen Ergebnissen?

Für die Nationale Methadonstatistik^s wurde eine Erfassungssoftware entwickelt, die derzeit in den Kantonen BE und FR in Betrieb ist. Die Kantone GE, TI und VD werden sie bis Ende 1999 in Betrieb genommen haben. Die Kantone NE, TG, SH, NW, OW verwenden noch die vorher entwickelte Software bis Ende 1999. Die Grundvariablen bilden einen Minimal Kern (Core-Modul), der den spezifischen Bedürfnissen der Kantone entsprechend ergänzt werden kann. Die neue Lösung ersetzt die frühere Version, die drei verschiedene Fragebogentypen enthielt (Version von einer Registerseite, mittellange Version von 2 Seiten und lange Version von 4 Seiten, bei der u.a. sämtliche Variablen zum serologischen Zustand von HIV und Hepatitis berücksichtigt werden).

Fünf weitere Kantone (BS, ZH, SO, LU und VS) haben ihre Daten 1998 in informatisierter Form an das BAG weitergegeben. Da jede dieser Dateien jedoch von einem anderen Typ ist, kann das BAG sie nicht nutzen, weil dies zu zeitaufwendig wäre. So greift es auf die Daten der Methadonberichte dieser Kantone zurück.

In der Pilotphase der Nationalen Methadonstatistik in den Jahren 1996 und 1997 sind dem BAG nur wenige Daten zugegangen (n = 1145); sie wurden im Bulletin des BAG veröffentlicht³⁹.

Die anderen vom BAG unterstützten nationalen Statistiken (SAMBAD und FOS) weisen derzeit eine gute Flächendeckung auf, die sich stetig weiter verbessert.

Die vom BAG geplante Harmonisierung der nationalen Statistiken wurde einer neuen Mitarbeiterin anvertraut, die ihre Arbeit im Frühjahr 1999 aufgenommen hat. Die erste landesweite Konferenz zu diesem Thema ist für Ende 1999 – Anfang 2000 vorgesehen.

Wie wird die Entwicklung der Aktion kontrolliert?

Die in diesem Bereich ausgeübte Kontrolle besteht im wesentlichen darin, die statistischen Arbeiten und die vom BAG in Auftrag gegebenen Umfragen zu betreuen.

Welche Probleme treten auf?

Die beiden nationalen Statistiken SAMBAD und FOS trafen bei den Institutionen wie auch bei den Kantonen zunächst auf gewisse Vorbehalte. Mit der Zeit gingen diese Teilnahmeprobleme jedoch stark zurück.

Die Probleme beim Aufbau der nationalen Methadonstatistik (wenige beteiligte Kantone, neue Software, neue Fragebögen usw.) verweisen darauf, dass die vom BAG gewährten Geldmittel unzureichend sind.

Die Epidemiologie der Drogensucht weist in der Schweiz zwei Schwachpunkte auf: die steigende Anzahl der Instrumente zur Datensammlung und ihre fehlende Harmonisierung. Diese Situation ist das Ergebnis einer langen Entwicklung; schon in der letzten Evaluationsphase war sie Gegenstand von Empfehlungen. Die Anzahl verwendeter Instrumente ist an sich noch kein Hindernis für eine gute epidemiologische Überwachung. Allerdings müssen diese Instrumente aufeinander abgestimmt sein und wahrscheinlich auch teilweise vereinfacht werden. Solche Forderungen rufen jedoch gezwungenermassen Widerstände hervor.

^s Es wird von der Nationalen Methadonstatistik gesprochen, obwohl diese alle Substitutionsbehandlungen einschliesst, so die Behandlung mit Buprenorphin, das jedoch in der Schweiz weit weniger zur Anwendung kommt als Methadon.

Voraussetzung für ihre Erfüllung ist, dass das BAG einen echten Harmonisierungswillen bekundet und die entsprechenden Mittel zur Verfügung stellt, um in einem Prozess, der Kompromisse verlangt, eine führende Rolle zu spielen. Dieser Wille ist an den Prioritäten des MaPaDro ablesbar, zeigt sich jedoch noch nicht in der Praxis; im übrigen scheinen die vorgesehenen Ressourcen nicht auszureichen.

Schlussfolgerungen

Die Konzeption/Planung des Bereiches Epidemiologie ist nach wie vor stichhaltig, aber die Führungsrolle des BAG scheint im Hinblick auf seine Prioritäten ebenso unzureichend zu sein wie die zur Verfügung gestellten Mittel.

Die beiden Statistiken SAMBAD und FOS weisen eine gute landesweite Flächendeckung auf.

Die Epidemiologie beliefert die betroffenen Zielgruppen weiterhin regelmässig mit objektiven Informationen.

Empfehlungen

Das BAG sollte alles unternehmen, um seinen Einfluss und seine Führungsrolle im Bereich der Epidemiologie zu verstärken.

Das BAG sollte Prioritäten für die Analyse der zahlreichen derzeit verfügbaren Datenquellen aufstellen, besonders für die Trendanalysen der nationalen Statistiken.

Forschung

Wie organisiert das BAG die Umsetzung des Bereiches Forschung?

Innerhalb der Facheinheit Sucht & Aids wurde eine Koordinationsgruppe eingerichtet, welche die Forschungsarbeiten zum Thema Sucht besser koordinieren und den Prozess zur Vergabe der Forschungsarbeiten transparent machen soll. Sie besteht aus einem leitenden Organ sowie Vertretern mehrerer Sektionen des BAG. Weder Forscher noch Personen, die

ausserhalb des BAG tätig sind, gehören zu dieser Gruppe. Sie überprüft Ausschreibungsergebnisse oder Forschungsanträge und schaltet in einigen Fällen auch externe Fachleute ein. Im Prinzip sind 80% der verfügbaren Geldmittel für Forschungsarbeiten infolge von Ausschreibungen oder Mandaten vorgesehen, 20% dagegen für Forschungsarbeiten infolge unaufgefordert eingegangener Anträge.

Welche Aktionen werden unternommen, und mit welchen Ergebnissen?

Zwischen 1996 und 1999 hat die Sektion Forschung des BAG Verträge über rund 4,8 Millionen Franken abgeschlossen. Ihre Arbeitsschwerpunkte waren der Abschluss des Forschungsprogramms PROVE (Analysen der ersten Phase, Kostenanalyse, vergleichende Studie der Methadonbehandlungen), das neue Forschungs- und Interventionsprogramm supra-f sowie eine multizentrische Studie über Entzugstherapien (Multizenterstudie-Entzug und Swiss Detoxification Coordination [MUSE & Swi-De-Co]). Der ökonomische Aspekt (Kosten der Sucht) ist gesondert untersucht worden. Weniger unterstützt wurden die Gesellschafts- und die Grundlagenforschung (Ätiologie, Substanzen). Ein Teil der Forschungsgelder floss in die Auswertung der Forschungsergebnisse und in die Information über die Forschungsarbeiten. 1997 wurde z.B. ein zusammenfassender Bericht über die vom BAG zwischen 1993 und 1996 finanzierten Forschungsarbeiten veröffentlicht⁴⁰. Eine Datenbank über laufende Forschungsarbeiten ist zur Zeit in Vorbereitung. Im März 1999 wurde ein internationales Symposium über «heroingestützte Behandlung» veranstaltet, auf dem Forscher aus verschiedenen Ländern ihre Erfahrungen und Überlegungen zu diesem Thema austauschen konnten.

Wie wird die Entwicklung der Aktion kontrolliert?

Obwohl sich das BAG offensichtlich um Transparenz bemüht, ist es noch schwierig, sich einen Gesamtüberblick über die zum Thema Forschung getroffenen Entscheidungen zu verschaffen (die Datenbanken sind noch nicht zugänglich). Es sind bislang keine Mechanismen für die Qualitätskontrolle in der Forschung

definiert worden^t, und die eingerichtete Struktur ist nicht transparent genug, um eine qualitative Beurteilung der wissenschaftlichen Überprüfung von Forschungsanträgen zu ermöglichen (Zusammensetzung des Ausschusses, der die Hilfen bewilligt, Rolle externer Fachleute, Reviewing-Regeln usw.).

Welche Probleme treten auf?

In einem Expertengutachten der WHO über das Programm PROVE wurden einige methodologische Schwächen aufgedeckt. Dieselben Probleme tauchten auch in der «vergleichenden» Methadonstudie auf, die zwar als Kontrollstudie geplant war, jedoch nicht als solche verwendet werden konnte. Immerhin lieferte die Studie einige Aufschlüsse über die Betreuung von Methadonpatienten in verschiedenen Einrichtungen (auch hier nicht direkt vergleichbar). Auch weitere multizentrische Studien (supra-f, MUSE), arbeiten mit Vergleichen zwischen Einrichtungen oder verschiedenen Interventionen. Leider erlauben die verfügbaren Dokumente keine Aussage darüber, ob die Probleme überwunden sind. Es ist gut möglich, dass dies in Wirklichkeit nicht zutrifft, denn das Forschungskonzept supra-f⁴¹ ist ungenau^{u, v} und verfolgt Ziele und Entwürfe, die im Hinblick auf sein Interventionsprogramm unrealistisch sind (grosse Interventionsvielfalt, heterogene Zielgruppen und Umfeld; einzige Gemeinsamkeit ist die von supra-f finanzierte Sekundärprävention).

Schlussfolgerungen

Das BAG misst der Forschung eine grosse Bedeutung bei und widmet ihr jedes Jahr mehrere Millionen Franken. Es konzentriert seine Anstrengungen auf prioritäre Forschungsbereiche (PROVE, Sekundärprävention und Entzug).

Das BAG sorgt für eine effektive Auswertung der Forschungsergebnisse und erfüllt damit die Rolle, die es sich in diesem Bereich zugeschrieben hat.

Die Grenzen zwischen experimenteller Forschung, angewandter Forschung und Auftragsforschung sind nicht klar definiert, ebenso wenig wie die Regeln, die für jeden dieser Forschungstypen gelten.

Das Interventions-Forschungsprogramm supra-f ist ein Beispiel für die konzeptuellen Schwächen, unter denen die Forschung im BAG zuweilen leidet. Das Programm ist wegen seiner ungenauen Forschungsziele stellenweise inkohärent. Das Ziel einer Förderung von Interventionen in diesem Bereich ist lobenswert und wird wahrscheinlich auch erreicht werden. Andererseits leidet die Ausrichtung des Programms darunter, dass nicht nur praktische, sondern auch experimentelle Absichten verfolgt werden – was Kontext, Geldmittel und vorgeschlagener Entwurf nicht zulassen. Damit besteht ein erhöhtes Risiko, zu einem Ergebnis zu gelangen, das fragwürdig ist und den experimentellen Nachweis der Wirksamkeit einiger Interventionsmodelle nicht ermöglicht. Es handelt sich also um eine kostspielige Evaluation heterogener Projekte, die nur bedingt vergleichbar sind. Eine eindeutige Entscheidung zwischen der experimentellen und der angewandten Forschungsmethode hätte die Möglichkeit geboten, entweder ein oder zwei Modelle nach den üblichen Standards gründlich zu testen (Versuch) oder eine größere Anzahl von Projekten sachgemässer zu evaluieren, was uns für das Programm supra-f angebrachter erscheint.

Die Qualitätsförderung befindet sich bei der Forschung noch im Anfangsstadium.

^t Immerhin wurden einige Regeln für die Einreichung von Projekten festgelegt (die Form der Anträge soll derjenigen des nationalen Fonds entsprechen).

^u Dem Konzept liegen sowohl experimentelle als auch wissenschaftlich-praktische Intentionen zugrunde, zusätzlich wird eine klassische Projektevaluation angestrebt.

^v Diese Schwierigkeiten, die Wünsche des BAG zu interpretieren, wurden im übrigen auch in den Forderungen nach einer besseren Koordination der Forschungsarbeit supra-f angesprochen. Sie schlugen eine realistischere Herangehensweise vor, deren Hauptziel darin besteht, die Gesamtwirkung der Projekte von supra-f zu erfassen (mit einigen Kausalitätshypothesen, da es sich nicht um den Entwurf eines kontrollierten Versuches handelt).

Empfehlungen

Der Qualitätssicherungsprozess sollte in der Forschung transparenter gemacht werden.

Es sollte ein offizieller Forschungsausschuss bestehend aus externen Fachleuten eingerichtet werden.

Die grossen Forschungsprojekte (supra-f, MUSE), die mehrere Zentren einbeziehen, kostspielig sind und eine «experimentelle» Vision verfolgen, sollten zumindest Gegenstand eines externen Gutachtens sein.

Evaluation

Wie organisiert das BAG die Umsetzung des Bereiches Evaluation?

Von 1996 bis 1998 sorgte jede Sektion, die für eine Aktion (Intervention, Projekt, Programm) verantwortlich war, für die Kontrolle ihrer eigenen externen Evaluationen (Konzeption des Mandats, Betreuung, Budget usw.), und der Dienst Evaluation^w (DE) war für die Globalevaluation des Massnahmenpakets zuständig.

Seit Januar 1999 hängen sämtliche im Bereich Evaluation geplanten Arbeiten vom DE ab, der zur Sektion «Gesundheits-Strategien» des BAG gehört und die Aufgabe hat, externe Evaluationen (Programme, Projekte) und die Globalevaluation in Auftrag zu geben, zu kontrollieren und zu betreuen. Daneben sorgt der Dienst auch für die interne Evaluationsschulung.

Die anderen Sektionen arbeiten mit dem DE zusammen, um die Themen auszuwählen, die in den externen Evaluationen der Aktionen, für die sie verantwortlich sind, behandelt werden sollen. Es sei vermerkt, dass die neue Konzeption des BAG hier mehr Wert auf Qualität legt, als auf Quantität (im Gegensatz zum früheren MaPaDro).

Das BAG gibt sowohl die Globalevaluation als auch die Evaluation einzelner Programme oder Projekte an externe Partner in Auftrag. Dies sind oft Institutionen, aber auch private Beratungsfirmen.

Welche Aktionen werden unternommen, und mit welchen Ergebnissen?

An der Globalevaluation des MaPaDro wird derzeit gearbeitet. Die Konzeptions-/Umsetzungsphase ist mittlerweile abgeschlossen (vgl. vorliegenden Bericht), und die Evaluation wird sich im folgenden den Produktionen (Outputs) sowie den Wirkungen (Outcome) des Programms widmen.

Was die Aktionen der Sektionen betrifft, so liefen im Zeitraum 1997-1999 fünf externe Evaluationen an, von denen zwei abgeschlossen sind (Projekte KOSTE und FIL-ROUGE); drei von ihnen laufen noch (Koordinations- und Dienstleistungsplattform im Drogenbereich, Weiterbildungspolitik, Rahmenprogramm Schulen und Gesundheit).

Für Selbstevaluationen wurden lediglich Basisanleitungen ausgegeben und ein Handbuch⁴² empfohlen. Alle Projekte sollten die Selbstevaluationen in ihren Tätigkeitsbericht integrieren. Der Dienst Evaluation beaufsichtigt diese Art der Evaluation allerdings nicht ständig, sondern liefert nur punktuelle Beiträge, die auf den jeweiligen Fall zugeschnitten sind, und meist in Form von Ratschlägen erfolgen.

Der Beginn der internen Schulung ist für Anfang 2000 vorgesehen. Allerdings ist ihr Rahmen noch nicht abgesteckt, und es scheint, dass sie zunächst nur für die Verantwortlichen vorgesehen ist, die externe Evaluationsmandate vergeben.

Für die externen Aufträge sind noch keine Prioritäten festgelegt worden, denn das BAG erwartet dazu die Ergebnisse der Globalevaluation.

^w Diese Bezeichnung ist nicht offiziell, jedoch im BAG zulässig.

Wie wird die Entwicklung der Aktion kontrolliert?

Seit Januar 1999 ist der DE für die externen Evaluationen zum Thema illegale Drogen sowie für die Globalevaluation zuständig. Er erarbeitet und verwaltet Verträge, überprüft u.a. die Relevanz von Evaluationsfragen und angewendeten Methoden, kontrolliert die Einhaltung der Zeitpläne und Ziele und sorgt für eine gute Qualität von Ergebnissen, Schlussfolgerungen und Auswertungen der Evaluationen.

Je nach Fall stützt sich der DE auch auf einen Ausschuss interner und externer Experten, um die Angebote und die Qualität der Ergebnisse zu evaluieren.

Die Kontrolle der Auftragsverwaltung wird durch die systematische Verwendung der Software «Contrat» verstärkt.

Welche Probleme treten auf?

Der «Dienst Evaluation» hat hauptsächlich unter strukturellen Problemen gelitten, die vor allem auf die Neuorganisation von 1996 zurückzuführen sind. Dabei wurde die Anzahl der Mitarbeiter halbiert, und die Kompetenzen im Bereich Globalevaluationen wurden zurückgeschnitten (wobei gleichzeitig die Verantwortung für die externen Evaluationen auf die Sektionen übertragen wurde). Zusätzlich dazu wurden die drei Kompetenzbereiche des Dienstes (illegale Drogen, Tabak, Aids) um den Bereich «Alkohol» ergänzt. Allerdings zog diese Neuorganisation keine Verringerung des Globalbetrags für die Evaluation mit sich; das Budget wuchs sogar noch.

Obwohl die Verantwortung für externe Evaluationen 1999 wieder dem DE übertragen wurde, vermehren sich seine Ressourcen nicht. Der Dienst musste infolgedessen «Lobbies»^x bilden, um die zusätzlichen Ressourcen zu erhalten, die er benötigte, um seinen neuen Pflichten nachzukommen und die interne Evaluationsschulung zu organisieren. Die Lobby-Bildung hat den DE viel Zeit gekostet, jedoch zu einer Vermehrung seiner Ressourcen geführt.

Schlussfolgerungen

Das BAG hat erhebliche finanzielle Anstrengungen zugunsten von Evaluationen unternommen. Das Budget für (externe) Evaluationen von Programmen und Projekten sowie für die Globalevaluation des MaPaDro entspricht knapp 10% seines Gesamtbudgets aus.

Probleme tauchen eher bei der internen Verwaltung auf. Eine effektive Koordination des Evaluationsbedarfs unter den verschiedenen Sektionen des BAG fehlt noch. Des Weiteren gibt es keine Prioritäten, anhand derer festgestellt werden könnte, welche Programme extern evaluiert werden müssen. Eine Prioritätenliste, selbst wenn sie nur provisorisch wäre, könnte deutlich machen, welche Absichten das BAG verfolgt, und es würde eine gewisse Planung möglich, insbesondere in Zusammenarbeit mit den für die Programme verantwortlichen Sektionen (Drogen, Aids, Tabak, Alkohol).

Die interne Evaluationschulung ist noch nicht verfügbar; ihr Angebot scheint bislang auf einige punktuelle Interventionen für die Verantwortlichen externer Evaluationsanfragen beschränkt zu sein.

Empfehlungen

Die Arbeit des Dienstes Evaluation muss besser koordiniert und für die Mitarbeiter des BAG sichtbar gemacht werden. Es muss ein echtes Schulungsprogramm entwickelt werden, in dessen Rahmen die BAG-Mitarbeiter ihre Erfahrungen austauschen können und bei dem das methodische Lernen die derzeit übliche fallgebundene Lernmethode ablöst.

Für die externen Evaluationen müssen in Zusammenarbeit mit den betroffenen Sektionen rasch Prioritäten aufgestellt werden, damit wirksam geplant werden kann. Der Planung von Selbstevaluationen fällt eine besondere Bedeutung zu, da dieser Evaluationstyp zum Tragen kommt, wenn keine externen Evaluationen durchgeführt werden.

^x Beispiel: interne Präsentationen zur Sensibilisierung der BAG-Leitung für die Bedeutung von Evaluationen.

Fort- und Weiterbildung

Wie organisiert das BAG die Umsetzung des Bereiches Fort- und Weiterbildung?

Ein BAG-Mitarbeiter, der für die Fort- und Weiterbildung verantwortlich ist, leitet die beiden derzeit laufenden Programme: das Programm aus dem ersten Massnahmenpaket (das im Dezember 1999 zu Ende gehen dürfte), und das Rahmenprogramm (das sich gegenwärtig in der Anlaufphase befindet: 1998 wurden einige Ausbildungsmodul in der deutschsprachigen Schweiz begonnen, 1999 in der französischsprachigen Schweiz und im Tessin).

Neben der Leitung der beiden Programme fallen noch weitere Aufgaben an: einerseits die Zusammenarbeit bzw. Koordination mit den anderen Bereichen des MaPaDro, in denen Ausbildungsangebote bestehen (Prävention, Schulen, Therapie usw.), andererseits die punktuellen Interventionen im Rahmen von Events, die im Verlauf des ganzen Jahres zur Weiterbildung veranstaltet werden (Seminare, Kolloquien usw.).

Die Partner des BAG im Bereich Fort- und Weiterbildung sind im wesentlichen:

- das Groupement Romand d'Etudes sur l'Alcoolisme et les Toxicomanies (GREAT) für das Programm ARIA, und die Höhere Fachschule (HFS) Luzern, die seit Juni 1998 mit dem Programm CONVERS beauftragt ist (früherer Auftragnehmer: VSD);
- die Expertenkommission (EK) für das Rahmenprogramm der Fort- und Weiterbildung im Suchtbereich und insbesondere die Universität Bern (Koordinationsstelle für Weiterbildung), die zugleich den Vorsitz und das Sekretariat stellt; die EK ist ebenfalls das Verbindungsglied zu allen Modulproduzenten der Weiterbildung (Hochschulen, Universitäten, Institute usw.);
- die Fédération romande des Organismes de formation dans le Domaine des Dépendances (FORDD), die sich parallel zum Rahmenprogramm entwickelt hat; die FORDD, die zwischen der EK und den Trägern der Ausbildungsmodul angesiedelt ist, ist als Repräsentantin der französischsprachigen Schweiz ein unumgänglicher Partner bei der Organisation der Fort- und Weiterbildung.

Welche Aktionen werden unternommen, und mit welchen Ergebnissen?

Der Zeitraum 1996-1999 stand im Zeichen des Übergangs, da einerseits die Programme ARIA und CONVERS zu Ende gingen und andererseits das Rahmenprogramm der EK umgesetzt wurde, das an ihre Stelle treten soll.

Das Rahmenprogramm der EK steckt in der Anlaufphase: Die im Januar 1996 gegründete Kommission hat von vornherein an einem neuen Weiterbildungskonzept gearbeitet, das sie im April 1998 fertiggestellt hat⁴³. Die Ausschreibung der Modul hat in der Deutschschweiz jedoch bereits im Herbst 1997 begonnen. Da zweimal jährlich Ausschreibungen stattfinden, steigt die Anzahl der Modul und Produzenten allmählich an.

Ende April 1999 wurden für das Rahmenprogramm folgende Ergebnisse festgestellt: In der Deutschschweiz^z waren zwischen März 1998 und April 1999 15 Modul in vier Bereichen angeboten worden (Sozialarbeit, Psychologie, Medizin und «andere»). Über 258 im Suchtbereich Tätige haben an diesen Lehrgängen teilgenommen, das entspricht insgesamt 44 Schulungstagen oder 293 Schulungsstunden (Tabelle 4d). In der französischen Schweiz wurden in demselben Zeitraum über das Rahmenprogramm nur zwei Modul angeboten, wahrscheinlich weil in diesem Gebiet in Zusammenarbeit mit der FORDD (vgl. oben) Änderungen vorgenommen werden müssen.

Ende April 1999 waren in der Deutschschweiz sieben Modul realisiert worden (Jahresplanung: 18), zwei in der französischen Schweiz (Jahresplanung: 9), und nur eines im Tessin.

^y Stand per 27. April 1999.

^z HFS Aargau, HFS Zentralschweiz, HFS Ostschweiz, Universität Zürich, ISF.

Tabelle 4d

Die Fort- und Weiterbildung in Zahlen, vom 1. Januar 1998 bis zum 27. April 1999

	Teilnehmer	Schulungs-tage	Schulungs-stunden	Entsprechung Teilnehmer-tag	Entsprechung Teilnehmer-stunde
Rahmenprogramm Deutschschweiz (3.98-4.99) ⁴⁴	258	44	293	758	5048
Rahmenprogramm französische Schweiz (3.98-4.99)	32	6	40	96	640
Rahmenprogramm Tessin (3.98-4.99)	0	0	0	0	0
ARIA (1998) ⁴⁵	379	nicht verf.	300	522	nicht verf.
CONVERS (1.98-6.98) ⁴⁶	112	25	nicht verf.	384	nicht verf.
Insgesamt	781	-	-	1760	-

Es wäre sinnvoll, die Analyse zu vertiefen und genauere Informationen über die Teilnehmerkategorien zu erhalten, um sie mit den Zielgruppen vergleichen zu können, die in den Zielsetzungen der Fort- und Weiterbildung genannt werden. Leider liegen zu diesem Thema nur unvollständige Informationen vor, und die Daten der einschlägigen Unterlagen über die Zielgruppen sind nicht explizit in «Spezialist», «punktuell Betroffene» und «Freiwillige» eingeteilt, wie es in Tabelle 1e der Fall ist. Deshalb müssen die Daten dieser Tabelle mit Vorsicht behandelt werden.

Tabelle 4e

Verteilung der Teilnehmer nach Zielgruppen^{aa}

	Sucht-fachleute	Punktuell Betroffene	Freiwillige	Insgesamt
Rahmenprogramm ^{bb}	98	160	-	258
ARIA	221	158	-	379
Convers	non disp.	non disp.	non disp.	-
Insgesamt	319	318	-	637

^{aa} Für denselben Zeitraum wie die vorige Tabelle, d.h. vom 1. Januar 1998 bis zum 27. April 1999.

^{bb} Die derzeit verfügbaren Daten betreffen ausschliesslich die Deutschschweiz.

Es ist festzustellen, dass in der französischsprachigen Schweiz mehrheitlich Fachleute weitergebildet werden, in der Deutschschweiz dagegen «punktuell betroffene» Personen, wenngleich die gesamtschweizerischen Zahlen dieses Gefälle ausgleichen und alles in allem eine Entsprechung beider Gruppen erkennen lassen. Diese Situation herrschte übrigens schon bei den Programmen ARIA und CONVERS vor; das Rahmenprogramm übernimmt sie, ohne bislang etwas daran ändern zu können.

Den Daten ist zu entnehmen, dass die drei Weiterbildungsprogramme offenbar für freiwillig tätige nicht attraktiv sind. Allerdings werden Weiterbildungsaktionen in den anderen Bereichen des MaPaDro (Prävention oder Therapie z.B.) hier nicht berücksichtigt.

«Punktuell betroffene» Ärzte, eine Untergruppe der zweiten Zielgruppe, erhalten im Rahmen des neuen, auf sie zugeschnittenen Programms MedRoTox eine zusätzliche Weiterbildung. Das Programm lief 1998 im Wallis⁴⁷, in Genf⁴⁸, im BEJUNE (Bern-Jura-Neuenburg)⁴⁹ und im Kanton Freiburg⁵⁰ an. Es folgt auf das in dem Kanton Waadt entstandene Präventions- und Weiterbildungsprogramm für Ärzte im Suchtbereich (PPMT).

Wie wird die Entwicklung der Aktion kontrolliert?

Der für die Weiterbildung verantwortliche BAG-Mitarbeiter betreut die Programme. Er verfügt über verschiedene Kontrollinstrumente, um die Entwicklung der Aktion zu beurteilen^{cc}, und erhält regelmässig Arbeitsberichte über Lehrgänge, welche im Rahmen der Programme ARIA und CONVERS eingerichtet worden sind. Außerdem wurden diese Projekte in einer vergleichenden Studie bereits evaluiert⁵¹. Da das BAG und seine Partner in diesem Bereich seit 1990 zusammenarbeiten^{52, 53}, hat sich der Kontrollmechanismus hier vielleicht besser «eingespielt», und der Informationsaustausch verläuft reibungsloser.

Was das neue Weiterbildungsprogramm betrifft, so wirkt der für die Weiterbildung verantwortliche BAG-Mitarbeiter auch aktiv in der EK mit und ist daher gut positioniert, um über die neuesten Fortschritte des Rahmenprogrammes unterrichtet zu sein. Überdies ist er für die Evaluation der neuen Weiterbildungspolitik verantwortlich⁵⁴ (Evaluationsbeginn: Juli 1999).

Die Weiterbildungsmaßnahmen in den anderen Bereichen des MaPaDro (Prävention und Forschung) müssen mit den Aktionen des Rahmenprogramms koordiniert werden, was über tägliche Kontakte unter den betroffenen BAG-Mitarbeitern gewährleistet wird.

Der Inhalt der Weiterbildungslehrgänge wird übrigens nicht durch das BAG kontrolliert, sondern hängt von zwei verschiedenen Akteuren ab: Die EK nimmt sich des Inhalts der interprofessionellen Module an, und die «Träger» (Modulveranstalter) bestimmen den Inhalt der intraprofessionellen Module. Die Zertifizierung dieser Lehrgänge hängt davon ab, was in den jeweiligen Berufsständen üblich ist; das Rahmenprogramm greift hier nicht ein.

Welche Probleme treten auf?

Das neue Rahmenprogramm zielt darauf ab, die Weiterbildungsansätze in der französischsprachigen Schweiz (Weiterbildungszyklen) und in der Deutschschweiz (punktuelle Weiterbildung je nach Bedarf) besser aufeinander abzustimmen.

Einige Weiterbildungslehrgänge haben gewisse Grenzen, die sich langfristig auf die Qualität auswirken könnten. So sind die Fachverbände der Weiterbildung weniger gut ausgestattet als anerkannte Institutionen (Berufsschulen, Fachhochschulen, Universitäten usw.), d.h. ihre Aufnahmekapazität ist niedriger, die verfügbare Dokumentation ist geringer usw. Die «künstliche» Finanzierung dieser Art von Einrichtungen durch das BAG ist auf Dauer kaum zu rechtfertigen, was die Frage aufwirft, wie lange diese Weiterbildungsangebote noch bestehen werden. Ausserdem sind einige Weiterbildungs- «Labels», d.h. der Wert, der einem Zertifikat zugeschrieben wird, nicht so attraktiv wie diejenigen der offiziellen Studiengänge (Tertiärausbildungen, vor allem Universitäten).

Ein anderes Problem hängt mit dem Überangebot an Weiterbildungslehrgängen zusammen, das eine Wettbewerbssituation unter den Bildungseinrichtungen entstehen lässt. Dieses Klima ist laut BAG ungünstig für die Entwicklung des neuen Rahmenprogramms, das voraussetzt, dass die Modulproduzenten zusammenarbeiten und die Kurse untereinander aufteilen: Der Wettbewerb erschwert ein solches Einvernehmen. Trotzdem ist diese Situation paradox, weil die Weiterbildungsmodule ausgeschrieben werden, so dass das Rahmenprogramm geradezu auf dem Wettbewerbsprinzip basiert.

Unter diesem Aspekt hat das BAG die «französische Reaktion» auf die Einführung des Rahmenprogramms, d.h. die Gründung eines Verbandes der Bildungseinrichtungen (FORDD), begrüsst, obwohl dadurch zwischen EK und Trägern ein Zwischenglied eingeschoben wird. Es fragt sich jedoch, ob der Optimismus des BAG anhalten wird, da der neue Akteur sehr wohl sein eigenes Weiterbildungskonzept entwickeln und dasjenige des Rahmenprogramms in Frage stellen könnte.

^{cc} Ein detaillierterer Kommentar über die verschiedenen möglichen Kontrollformen findet sich bei Kellerhals C, Gervasoni, JP. Evaluation des différents modes de délégation adoptés par l'OFSP dans le cadre du ProMeDro. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive. (Raisons de santé 1999, erscheint in Kürze).

Die beschriebene Konkurrenzsituation erklärt vielleicht den langsamen Start des Rahmenprogramms: Die EK hat ihre Arbeit 1996 aufgenommen, aber erst 1998 wurden die ersten acht Module in der Deutschschweiz angeboten. In der französischsprachigen Schweiz waren bis 1999, also drei Jahre nach Anlauf des Rahmenprogramms, erst neun Module erstellt worden. Im Tessin ist die Verspätung auch auf die Umstrukturierung des einzigen Modulproduzenten zurückzuführen (kein Modul im Jahr 1999). Immerhin sollte darauf hingewiesen werden, dass das Rahmenprogramm nicht die einzige Quelle des Weiterbildungsangebots war, und dass die Programme ARIA und CONVERS einige Lücken geschlossen haben.

Schlussfolgerungen

Das Interventionskonzept des Bundes im Bereich der Fort- und Weiterbildung wird auf den S. 31-33 vorgestellt. Die Umsetzung der identifizierten Ziele kommt offenbar in der gewünschten Richtung voran, und es ist dem BAG gelungen, seine Partner von seiner diesbezüglichen Politik zu überzeugen.

Die grossen Prinzipien des neuen Weiterbildungskonzepts wurden im Zeitraum 1996-1999 erarbeitet. Inzwischen sind die wichtigsten Träger bekannt; die meisten Module und Produzenten sind von der EK akzeptiert worden, und der neue Unterricht konnte aufgenommen werden.

Der Übergang vom alten zum neuen Weiterbildungskonzept ist mittlerweile gut vorangeschritten. Er hat gute Aussichten, bis Januar 2000 abgeschlossen zu sein, d.h. wenn die Programme ARIA und CONVERS abgelaufen sind. Allerdings reicht die Anzahl der Modulproduzenten in der französischen Schweiz und im Tessin noch nicht aus. Deshalb ist bisher noch keine Aussage über den Erfolg des neuen Konzepts möglich.

In dem oben erwähnten Zeitraum entstand im Weiterbildungssektor auch ein neuer Akteur: Die Fédération romande des organismes de formation dans le domaine des dépendances (FORDD), die sich von Anfang an als unumgängliches Zwischenglied zwischen die EK und die französischen Modulproduzenten geschoben hat.

Der Professionalisierungs- und Qualitätsverbesserungsprozess der Fort- und Weiterbildung im Suchtbereich befindet sich derzeit zweifellos in voller Entwicklung. Dieser Aufbauphase, in der die Grundausbildungen mit den im Land verstreuten Spezialisierungsangeboten zu einem kompletten System zusammengeschlossen werden, ging eine lange «Reifungszeit» voraus. Die Vorreiter auf diesem Gebiet haben beeindruckende Anstrengungen unternommen, um in den «traditionellen» Ausbildungslehrgängen Überzeugungsarbeit zu leisten, die eigene Arbeit zu fördern und die Akzeptanz des Themas Sucht durchzusetzen.

Empfehlungen

Die Zusammenarbeit unter den verschiedenen Modulproduzenten ist an die Bedingung geknüpft, dass das neue Fort- und Weiterbildungskonzept reibungslos funktioniert. Die negativen Auswirkungen des Wettbewerbs unter den Modulproduzenten dürfen mithin nicht unberücksichtigt bleiben, da sie die Zusammenarbeit beeinträchtigen können, selbst wenn dieser Wettbewerb unter einem bestimmten Aspekt auch wünschenswert sein kann.

Nachdem im französischen Netz ein neuer Akteur entstanden ist, muss die Verwaltung des Rahmenprogramms darauf eingestellt werden. Dabei müssen vor allem die möglichen positiven oder negativen^{dd} Synergien zwischen der EK und der FORDD berücksichtigt werden.

^{dd} Eine negative Synergie bedeutet eine unproduktive Auswirkung auf das Programm.

Angesichts der aktuellen Fortschritte des Programms sind schnellstmöglich die Inhalte der Module und die Identität der Modulproduzenten in der französischen Schweiz und im Tessin zu bestimmen, damit die Anmeldekampagne anlaufen und die Weiterbildung komplett nach dem neuen Konzept erfolgen kann. Die Situation im Tessin ist nach wie vor problematisch, denn hier ist derzeit überhaupt kein Fort- und Weiterbildungsangebot verfügbar. Da der Faktor der physischen Nähe jedoch eine wichtige Rolle bei der Ausbildungsnachfrage spielt, muss das BAG alles tun, um diese Lücke zu schliessen.

Koordination

Wie organisiert das BAG die Umsetzung des Bereiches Koordination?

Das BAG hat einen Dienst eingerichtet, der speziell den Fragen der landesweiten Koordination gewidmet ist:

die «Koordinations- und Dienstleistungsplattform Drogen Schweiz» (nachstehend mit KDS abgekürzt). Dieser Dienst stellt das Sekretariat, bereitet Sitzungen vor, verfasst Protokolle oder Stellungnahmen. Ausserdem ist er in einem gewissen Masse auch mit der Koordination unter den sieben nationalen Plattformen im Suchtbereich beauftragt (Tabelle 4f).

Durch die landesweite Koordination, die vom BAG im Rahmen des MaPaDro unterstützt wird, werden die Akteure verschiedener Ebenen (Kantone, Städte und Spezialisten des Suchtbereiches) mit der Eidgenossenschaft verbunden. Die KDS ist ein Schnittpunkt, an dem sieben nationale Plattformen des Suchtbereiches zusammentreffen. Sie ermöglicht dem BAG eine Zentralisierung der Informationen über den Entwicklungsstand der Arbeit in den jeweiligen Foren.

Tabelle 4f

Nationale Plattformen im Suchtbereich

Name	Funktion für das BAG	Vertreter (n)	N
Nationaler Drogenausschuss: NDA	Trägt dazu bei, dass jede Ortschaft, Region oder Verwaltung über eine angemessene Drogenpolitik und wirksame Massnahmen verfügt (Dachverband).	Eidgenossenschaft (6) Kantone (6) Städte (6)	18
Konferenz der kantonalen Beauftragten für Suchtfragen: KKBS	Unterstützt in jedem Kanton die Verbreitung des Vier-Säulen-Modells	Kantone	20
Städtische Konferenz der Beauftragten für Suchtfragen: SKBS	Aktiver Informationsaustausch unter den Städten	Städte	15
Eidgenössische Kommission für Drogenfragen: EKDF	Berät das BAG, das Departement des Innern und den Bundesrat	Experten (Wissenschaftler, Suchtfachleute, Polizei usw.)	14
Interdepartementale Arbeitsgruppe Drogen: IDAD	Bemüht sich durch den Austausch von Informationen und über gegenseitige Absprachen um die bestmögliche Akzeptanz der Arbeit jedes Amtes	Betroffene Bundesämter: Gesundheit, Sozialversicherungen, Polizei, Justiz, Ausländer, Finanzen usw.	12
Drogenplattform des Schweizerischen Städteverbandes: DSSStV	Sensibilisiert den Bund für die Probleme der Städte	120 Städte	10-15
Arbeitsgruppe ZuPo	Verbessert das Verständnis und die Akzeptanz zwischen sozialem Sektor, Gesundheit und Polizei	BAG (3) BAP (1) Polizisten (2) Polizeichef NE (1)	7

Welche Aktionen werden unternommen, und mit welchen Ergebnissen?

Seit ihrer Schaffung haben die nationalen Plattformen im Suchtbereich aktuelle Themen angeschnitten, die sie direkt betreffen. Ihre Versammlungen führen manchmal zu einer konkreten Aktion (Anhörung eines Experten, öffentliche Stellungnahme, Brief an den Bundesrat usw.); zwei Beispiele dafür sind der Cannabisbericht⁵⁵ der Eidgenössischen Kommission für Drogenfragen (EKDF) und die Stellungnahmen des Nationalen Drogenausschusses (NDA) anlässlich der Debatten im Vorfeld zu den Initiativen Jugend ohne Drogen und Droleg. Der NDA hat die Vier-Säulen-Politik des Bundes in beiden Stellungnahmen befürwortet. Im Zusammenhang mit anderen Themen wie der Repression oder der Finanzierung von Therapieplätzen dagegen haben diese Plattformen die widersprüchlichen Positionen der die Eidgenossenschaft vertretenden Organe (vor allem Bundesämter) kritisiert.

Wie wird die Entwicklung der Aktion kontrolliert?

In diesem Bereich kann nicht explizit von Kontrolle gesprochen werden, da die Eidgenossenschaft dazu berufen ist, die nationale Zusammenarbeit im Einklang mit ihrer Politik der Impulsgebung und der «nicht-autoritären Führungsrolle» zu organisieren.

Immerhin hat das BAG die Möglichkeit, die Entwicklung der Aktion mitzuverfolgen, da es über die KDS an den Versammlungen der Plattformen teilnimmt, für die es fast immer das Sekretariat stellt und oft auch die Stellungnahmen abfasst. Somit ist es in diesen Foren präsent und stellt sogar einen der bestinformierten Akteure dar.

Im Mai 1999 hat das BAG einen Evaluationsprozess⁵⁶ der KDS eingeleitet, der ihm eine Beurteilung der von den verschiedenen Koordinationsplattformen ausgehenden Schlagkraft ermöglicht hat.

Welche Probleme treten auf?

Obwohl die meisten Kantone die Schaffung des NDA bei einer Befragung⁵⁷ befürworteten (22 von 26), können einige es nur schwer akzeptieren, dass die Städte auf Bundesebene vertreten sind. Wenn diese Situation fort dauert, steht zu befürchten, dass die Aktivität des NDA blockiert wird^{ee}.

Experten haben bereits darauf hingewiesen, dass die KDS im Vergleich zu ihren zahlreichen Zielen (besserer Dialog unter den Verantwortlichen, Anbieten von Elementen für die Entscheidungsfindung, Empfehlen von Kriterien und Normen, Vorschlagen von Lösungen usw.)⁵⁶ kaum Ressourcen^{ff} besitzt (S. 33-34).

Im übrigen haben einige Plattformen selbst überhaupt keine Haushaltskompetenz, was ihren Einfluss und ihre Handlungsfähigkeit erheblich beeinträchtigt.

Schlussfolgerungen

Die Einrichtung der Plattformen und ihre logistische Unterstützung zeigt, dass der Bund gewillt ist, an der nicht-autoritären Führungsrolle festzuhalten, die auf Impulsgebung und der Berücksichtigung aller vorliegenden Meinungen beruht.

Einige Punkte sind genauer zu klären: die Angemessenheit der Ressourcen der KDS, die tatsächliche Fähigkeit der Mitglieder der Plattformen, erhaltene Informationen weiterzugeben, sowie die Fähigkeit dieser Plattformen, direkt miteinander zu kommunizieren, ohne das BAG einzuschalten. Diese Fragen wurden in der Evaluation des KDS angesprochen⁵⁸.

^{ee} Diese Situation wurde am 10.5.1999 auf einer Sitzung des Steuerungsausschusses für die Evaluation der Plattform Drogen in Bern angesprochen.

^{ff} Das BAG leitet die KDS, stellt ihr einen wissenschaftlichen Mitarbeiter (80%) sowie eine Sekretärin in Vollzeitbeschäftigung zur Verfügung und räumt ihr ein Jahresbudget von rund 100000 Franken ein. Daneben stellt das BAP einen Mitarbeiter in Vollzeitbeschäftigung zur Verfügung, der über die Arbeitsgruppe ZuPo die Koordination mit dem BAG vornimmt.

Wenn man berücksichtigt, welche besondere Rolle der Bund bei der Koordination spielt, und wenn man sich den Umfang der Aufgaben, die Anzahl der bestehenden Plattformen und die Ziele der KDS vor Augen führt, wirken die entsprechenden Ressourcen sehr gering⁹⁹. Zwar kann man annehmen, dass der Informationsaustausch durch die eingerichtete Struktur effektiver geworden ist, aber um ihre tatsächliche Koordinationsfähigkeit zu beurteilen, bestehen noch zu viele Unbekannte.

Empfehlungen

Die Koordinationsarbeit muss fortgesetzt und verstärkt werden, wobei den Plattformen wesentlich umfangreichere Ressourcen zuzuweisen sind.

Die tatsächliche Fähigkeit der Plattformen zur Verbreitung von Informationen darf nicht überschätzt werden: Zwei bis drei Versammlungen pro Jahr reichen nicht immer aus, um dieser Aufgabe vollkommen gerecht zu werden.

Wenn die KDS ihre Ziele erreichen und eventuelle Lücken bei der Informationsweitergabe schliessen soll, ist eine Erhöhung ihrer Ressourcen unverzichtbar. Sollte dies nicht möglich sein, so ist es ratsam, die Anzahl der Plattformen zu senken, beispielsweise durch eine Gruppierung um den NDA herum.

Migranten

Wie organisiert das BAG die Umsetzung des Bereiches ausländische Bevölkerungsgruppen?

Suchtprävention für ausländische Bevölkerungsgruppen erfolgt sowohl in diesen Gemeinschaften selbst als auch in den schweizerischen Institutionen. Der Dienst Migration übt eine Vermittlerfunktion aus und versucht, Migranten den Zugang zu Prävention und Pflege zu erleichtern. Direktinterventionen in den

Gemeinschaften werden vom Projekt Migration und Gesundheit im Tropeninstitut in Basel durchgeführt. Im Rahmen dieses Projekts sind sechs externe Experten (4,6 Vollzeitstellen) für die Rekrutierung und Ausbildung von Mediatoren verantwortlich, also von «Mitgliedern einer gegebenen Gemeinschaft, die über allgemeine oder spezifische Netze verfügen, welche eine Aktivität zur Prävention in ihrer Gemeinschaft unternehmen, fördern oder begleiten»⁵⁹. Das Projekt Migration und Gesundheit zählt rund 150 Mediatoren aus den afrikanischen, spanischen, italienischen, lateinamerikanischen, portugiesischen, tamilischen, türkischen und ex-jugoslawischen (d.h. albanischen, bosnischen, kroatischen und serbischen) Gemeinschaften.

Die Interventionen basieren in diesem Bereich auf den Prinzipien der Arbeit innerhalb der Gemeinschaft, wobei zur Förderung der gegenseitigen Hilfe und Solidarität bereits existierende gemeinschaftliche Netze verwendet werden. Kulturelle und situationsbedingte Besonderheiten jeder Gemeinschaft (Migrationsgeschichte, Integrationsniveau usw.) werden im Rahmen der Interventionen berücksichtigt. In jeder Gemeinschaft wird in der Gesamtbevölkerung und in besonderen Zielgruppen (d.h. Frauen, junge Heranwachsende, junge Eltern, Familien mit Suchtproblemen...) eine Aktion durchgeführt.

Welche Aktionen werden unternommen, und mit welchen Ergebnissen?

In die allgemeine Problematik der Migration und Gesundheitsförderung werden Informationen zu Aids und Suchtkrankheiten integriert. Diese sollen die Fähigkeit der Gemeinschaften zum Umgang mit ihren Gesundheitsproblemen erhöhen, so wie sie es selbst fordern.

Die Aktivitäten innerhalb der verschiedenen Gemeinschaften sind breitgefächert: Interventionen und Projekte in den Sprach- und Kulturkursen der Gemeinschaften, Ausbildung verschiedener Gruppen (Mediatoren, Eltern, Opinion leaders), informative Veranstaltungen und Aufführungen (Debatten, Theaterstücke, Musikabende...), telefonische Bereitschaftsdienste, Beratungsdienste, Selbsthilfe- und Solidaritätsgruppen, Weiterbildungskurse, Kooperation mit anderen Präventionsprojekten und schweizerischen Institutionen,

⁹⁹ Dieser Eindruck wurde auch von den Ergebnissen der Evaluation der KDS bestärkt.

Veröffentlichung und Verbreitung von Informationen über Print- und audiovisuelle Medien, Verbreitung von pädagogischem Material, Sensibilisierung von Fachleuten und schweizerischen Institutionen für Fragen der Migration⁵⁹.

Selbst wenn bei den vorgenannten Aktivitäten schwer zu ermitteln ist, wo die Berührungspunkte mit dem Thema Sucht liegen (weil das Thema Gesundheit global angegangen wird), so können doch auch Arbeiten identifiziert werden, die stärker auf diese Problematik ausgerichtet sind. Einige Mediatoren sind z.B. spezieller für die Auseinandersetzung mit Fragen der Sucht ausgebildet worden. In diesem Zusammenhang war die italienische Gemeinschaft mit dem Centro Scuola e Famiglia delle Colonie Libere Italiane, das seine Aktivitäten bereits vor dem MaPaDro aufgenommen hat, besonders aktiv. Das Institut für Ethnologie in Bern führt auch derzeit eine Studie über Suchtkrankheiten in dieser Gemeinschaft durch.

Die Zusammenarbeit mit den schweizerischen Institutionen wird offenbar ebenfalls verstärkt. Vor kurzem wurde ein Vertrag über die Ausarbeitung und Verfassung eines Handbuchs für diese Kreise abgeschlossen, das die besten Vorgehensweisen zu Prävention und Gesundheitsförderung beschreibt.

Wie wird die Entwicklung der Aktion kontrolliert?

Der Dienst Migration des BAG ist für die Beaufsichtigung der Experten verantwortlich, die wiederum die Arbeit der Mediatoren beaufsichtigen. Jeden Monat treffen die Experten mit dem Dienst Migration zusammen und legen ihm einen Arbeitsbericht vor. Einmal im Monat begleitet der stellvertretende Leiter des Dienstes einen Experten zu einer Informations- oder Animationsveranstaltung. Zweimal im Jahr finden dreitägige Seminare statt, auf denen Grundsatzfragen diskutiert werden.

Welche Probleme treten auf?

Das ursprünglich auf die Aids-Problematik ausgerichtete Projekt Migration und Gesundheit ist wesentlich komplexer geworden, seit die Frage der Suchtkrankheiten hinzugenommen wurden. War es zunächst noch schwierig, einige Gemeinschaften von der Realität der Suchtproblematik in ihrer Mitte zu überzeugen, so wurde ihr Engagement in diesem Bereich später als «sehr viel besser als erhofft» beurteilt. Festzuhalten ist, dass das Fehlen von Statistiken zum Thema Migration und Sucht die Arbeit der Sensibilisierung der Gemeinschaften und schweizerischen Institutionen für diese Problematik nicht gerade erleichtert.

Der Leiter des Dienstes Migration und sein Stellvertreter legten jeweils 1998 und 1999 ihre Ämter nieder. In der daraus resultierenden Übergangszeit war es schwieriger, die Entwicklung der Aktion zu kontrollieren, besonders als nach dem ersten Abschied nur noch eine Person für die Steuerung der anstehenden Aufgaben übrig blieb, was sich als unzureichend erwies. Neben der mangelhaften Kontrolle ergab sich aus dieser Situation eine gewisse Frustration seitens der Experten, weil weniger Personal des BAG verfügbar war¹⁵.

Ausserdem wurden folgende Probleme festgestellt:

- Die Dringlichkeit der Suchtfrage wird von den Gemeinschaften je nach Situation anders gewichtet, da andere Fragen für die Migranten dringender und Besorgnis erregender sein können (Zukunft in der Schweiz, Arbeit, Wohnung, Geldmittel usw.);
- Der Erfolg des Projekts Migration und Gesundheit führt zu einer Überbeanspruchung seiner Mitarbeiter und damit auch der Mitarbeiter des Dienstes Migration, so dass nicht auf alle Anträge seitens der Gemeinschaften eingegangen werden kann;
- Es ist notwendig, die Ausbildung, Beaufsichtigung und Betreuung der Mediatoren und Multiplikatoren auszubauen und zu verbessern;
- Es ist notwendig, gesammelte Erfahrungen und Kompetenzen so aufzubereiten, dass sie externen Akteuren zugänglich werden.

Schlussfolgerungen

Die Arbeit des Dienstes Migration im BAG und des Projektes Migration und Gesundheit ist wichtig und kommt bei den ausländischen Gemeinschaften gut an.

Die Vorgehensweise des Dienstes Migration ist angemessen, doch die Arbeitsüberlastung der Mitarbeiter wirft Probleme auf.

Die Art, wie der Personalwechsel im BAG vorstatten gegangen ist, hat die Kontrolle der Arbeit erschwert.

Es fehlen epidemiologische Daten über die Suchtproblematik in ausländischen Bevölkerungsgruppen.

Empfehlungen

Die Unterstützung für den Dienst Migration sollte beibehalten werden.

Angesichts des Umfangs ihres Interventionsfeldes sollten der Dienst Migration und das Projekt Migration und Gesundheit klare Prioritäten aufstellen.

Das BAG sollte sich mit dem Problem der mangelnden epidemiologischen Daten auseinandersetzen. Das Sammeln solcher Daten sollte das Risiko einer Stigmatisierung dieser Gemeinschaften aber nicht erhöhen.

Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Die Schlussfolgerungen und Empfehlungen konzentrieren sich zunächst auf den Zusammenhang zwischen der Konzeption/Planung des MaPaDro und dem gegenwärtigen Zustand seiner Umsetzung. Erst danach wird die Umsetzung selbst berücksichtigt.

Zusammenhang zwischen Konzeption/Planung und Umsetzung: Schlussfolgerungen

- Insgesamt betrachtet werden die Aktionen des MaPaDro getreu ihrer Konzeption/Planung durch das BAG umgesetzt. Allerdings sind sie in den verschiedenen Bereichen unterschiedlich weit fortgeschritten.
- Global kann gesagt werden, dass eine komplexe Konzeption/Planung die Umsetzung verlangsamt: Je komplexer die Konzeption/Planung ausgelegt war (hohe Anzahl von Interventionssektoren, Partnern oder zu erreichenden Zielen bei begrenzten Ressourcen), desto geringer sind die Fortschritte bei der Umsetzung der Aktionen in dem gesamten betroffenen Tätigkeitsbereich.
- Dank der Aktionstheorien aus der Evaluationsphase der Konzeption/Planung ist es leichter geworden, Indikatoren zur Umsetzung der Aktion des BAG auszuwählen; sie werden eine adäquatere und transparentere Evaluation ermöglichen.
- Die meisten vom BAG entwickelten Aktionen umfassen die vier wichtigsten Arbeitsweisen, die für das MaPaDro konzipiert und geplant worden sind (S. 7).

Zusammenhang zwischen Konzeption/Planung und Umsetzung: Empfehlungen

- Die Tätigkeitsbereiche, in denen sich die Umsetzung der Aktionen verzögert, müssen analysiert werden. Um notwendige Verbesserungen vornehmen zu können, müssen die Ursachen dieser Verzögerungen lokalisiert werden (Lücken in der Konzeptions-/Planungsphase, immanente Komplexität des Bereiches und/oder ungenügende Ressourcen).
- Für jeden Bereich sollte eine zweite Aktionstheorie erstellt werden, um die Diskrepanzen und Lücken zwischen zwei Phasen des MaPaDro zu ermitteln. Dies könnte auch helfen, Prioritäten in den Aktivitätsbereichen weiterzuentwickeln, für die noch keine Aktionstheorien konzipiert und geplant worden sind.
- Es sollte im BAG verstärkt über die synergetischen Elemente zwischen gleichen Arbeitsweisen in verschiedenen Bereichen des MaPaDro nachgedacht werden. Die vom UEPP entwickelte globale Aktionstheorie könnte als konzeptueller Ansatz für diese Reflexion herangezogen werden.

Schlussfolgerungen und Empfehlungen zur Umsetzung

Die allgemeinen Ziele der Evaluation werden in Kapitel 2 beschrieben. Sie legen fest, dass die von der Evaluation erbrachte Information einen Beitrag zur Verbesserung der BAG-Massnahmen im Rahmen des MaPaDro leisten, andererseits aber auch eine Entscheidungshilfe für die Verantwortlichen der Entwicklung und Umsetzung bieten soll. Die nachstehenden Schlussfolgerungen und Empfehlungen konzentrieren sich auf die Analyse der Umsetzung im Zeitraum 1996 bis Anfang 1999 und dürften dem BAG die notwendigen Informationen für entsprechende Änderungen an seinen Aktionen liefern.

Wie im Kapitel zur Konzeption/Planung (S. 40-43) werden die Schlussfolgerungen als Antworten auf die Evaluationsfragen präsentiert, gefolgt von den jeweiligen Empfehlungen.

Wie organisiert das BAG die Umsetzung des MaPaDro?

Die Arbeitsaufteilung innerhalb des BAG ist komplex. Die grössten von der Evaluation aufgedeckten Schwächen bei der Konzeption/Planung haben bereits zu entsprechenden Gegenmassnahmen geführt. Festzustellen ist vor allem die Verbesserung der internen Koordination (Präventionsgruppe, Koordinationsgruppe usw.), die allerdings, besonders zwischen den Bereichen Forschung, Evaluation und Epidemiologie, noch nicht ausreicht.

Das BAG hat den geplanten Übergang von der Aktionslogik (früheres MaPaDro) zur Koordinationslogik seiner Politik erfolgreich verwirklicht.

Die Arbeit der BAG-Mitarbeiter konzentriert sich mehr und mehr auf zentrale, kantonale oder regionale Akteure.

In jeder der in seinen Zuständigkeitsbereich fallenden drei Säulen der Drogenpolitik delegiert das BAG einen zunehmenden Anteil seiner Arbeit an externe Partner (Delegatare).

Wie beim früheren MaPaDro gibt das BAG innerhalb seines nationalen Partnernetzes, das sich seit 1991 erheblich verdichtet hat, zahlreiche Aktionen in Auftrag. Die Anzahl der Mandate ging zwischen 1996 und 1999 jedoch zurück und beschränkte sich auf gut eingeführte Delegatare, die die gesamte Aktion in ihrem Arbeitsfeld koordinieren (KOSTE, RADIX, SAH...).

Das BAG greift oft auch auf Arbeits-, Steuerungs-, Supervisions-, Expertengruppen usw. zurück.

Empfehlungen

- Die Komplexität der (internen und externen) Arbeitsorganisation des BAG im Suchtbereich macht einen weiteren Ausbau der Koordination notwendig.
- Da das BAG immer häufiger Aufgaben delegiert, sollte verstärkt über den Informationsfluss zwischen ihm und den Delegatären nachgedacht werden. Auch die kontinuierliche Beaufsichtigung der Delegatare sollte gesichert sein.
- Die Rollen und Funktionen der zahlreichen vom BAG eingerichteten Arbeitsgruppen sollten, wie es bei den Delegationsmodi der Fall war, Gegenstand einer spezifischen Studie werden, um die besten Modelle für die geplante Aktion zu ermitteln.

Welche Aktionen unternimmt das BAG, und mit welchen Ergebnissen (Zwischenergebnisse)?

Das BAG hat zahlreiche Aktionen unternommen, die in allen betroffenen Bereichen insgesamt zu einer besseren landesweiten Flächendeckung beigetragen haben.

Einer finanziellen Unterstützung geht, zumal bei umfangreichen Projekten, oft ein zielgruppengerichteter oder offener Ausschreibungsprozess voraus, der dem BAG die Möglichkeit bietet, neue Ideen und bislang unbekannte Akteure kennen zu lernen.

Innovative Massnahmen in sensiblen Bereichen (Heroinverschreibung, Gefängnisse) sind weiterhin erfolgreich und fördern Dialog und Offenheit auf nationaler wie internationaler Ebene. Die zahlreichen vom BAG entwickelten Informationsquellen (spectra, Infoset direct, Referenzhandbücher, Stellungnahmen über Volksabstimmungen, Verzeichnisse, nationale Statistiken usw.) sowie die Organisation und Unterstützung regionaler, nationaler und internationaler Konferenzen haben stark zur Akzeptanz des Vier-Säulen-Modells beigetragen.

Die vom BAG angekündigte Arbeit an der Qualitätsverbesserung hat gerade erst begonnen; einige Bereiche sind hier weiter fortgeschritten als andere (stationäre Behandlung).

Die Partner des BAG haben sich massiv an dessen Aktionen beteiligt und seine Produkte verwendet.

Empfehlungen

- Die Verwirklichung der vielfältigen Aktionen, die direkt oder indirekt vom BAG durchgeführt werden, stützt sich auf ein umfangreiches Budget. Das BAG sollte daher bereits jetzt überlegen, wie es seine Arbeit neu organisieren könnte, falls sein Budget geringer werden sollte.
- In diesem Sinne sollte die derzeit laufende Reflexion über die Verankerung und Institutionalisierung der von externen BAG-Partnern getragenen Projekte verstärkt werden.
- Das BAG hat lange gebraucht, um ein Netz aus Partnern aufzubauen, die mit unterschiedlichen Anliegen und zahlreichen Fragebögen stark in Anspruch genommen werden. Um diese Partner nicht zu enttäuschen, muss es sich verstärkt um Information und Feedback bemühen.
- Die Zielsetzung des BAG im Bereich Qualität ist sehr hoch. Um sie zu verwirklichen, wird das BAG im Bereich Qualität noch aktiver werden müssen.

Welche Kontrolle übt das BAG auf die Entwicklung seiner Aktion aus?

Das BAG übt zwei Arten von Kontrolle aus: Die offizielle (Verträge, externe Evaluationen, Kontrollausschüsse), und die weniger offizielle Kontrolle (häufige Kontakte, direkte Zusammenarbeit, Informationsaustausch). Meist erfolgt die tatsächliche Kontrolle seiner Aktionen durch eine Kombination von beidem.

Die beim früheren MaPaDro gesammelten Erfahrungen haben das BAG dazu gebracht, zunehmend detaillierte Verträge zu erarbeiten, die ihm im Prinzip eine bessere Kontrolle seiner Aktionen ermöglichen.

Ein wachsender Teil der Aktionen wird direkt von den Delegatären des BAG kontrolliert.

Wie im Bereich Aids hat das BAG die Voraussetzungen für eine kohärente Entwicklung seiner Aktion geschaffen: Es bekundet einen echten Willen, seine Politik evaluieren zu lassen, und greift auf externe Evaluationen zurück, die mehr und mehr auf seine Schwerpunkttaktionen ausgerichtet sind.

Unter dem Aspekt der Kontinuität und Qualität erfolgt die Kontrolle allerdings nicht immer in bestmöglicher Weise.

In Fällen, wo das BAG keine offizielle Autorität besitzt, verlegt es sich auf den Arbeitsstil der Impulsgebung und greift verstärkt auf Verhandlung und Überzeugung zurück.

Empfehlungen

- Das BAG sollte darauf achten, dass seine Kontrollmethoden, besonders im Rahmen seiner Arbeit mit Delegataren, transparenter werden.
- Das BAG muss die externen Evaluationen besser koordinieren, um aus eventuellen Synergien den optimalen Nutzen zu ziehen und so die Kontrolle seiner Aktion zu verbessern.

Welche Probleme treten auf, und wie werden sie behoben?

In der aktuellen Evaluationsphase zeichnen sich zwei grosse Problemkategorien ab: Probleme, die ausserhalb des BAG angesiedelt sind, und solche, die innerhalb des BAG auftreten.

Zu den externen Problemen gehört vor allem die zuweilen überstürzte Auswahl eines Delegatars (S. 87-96). Was die Widerstände seitens der Kantone betrifft, so haben sie zwar nachgelassen, halten aber im Bereich Koordination weiter an. In einigen Fällen erwartet das BAG von seinen Delegataren zu viele Aktivitäten im Vergleich zu den ihnen zugewiesenen Ressourcen, selbst wenn die neuen Leistungsaufträge und die Finanzhilfen für die Problemfälle (KOSTE, SAH) jetzt angemessener erscheinen.

Ein internes Problem liegt darin, dass die beiden Bereiche Evaluation und Epidemiologie vom BAG offenbar nicht genügend unterstützt werden, um eine korrekte Entwicklung der geplanten Aktion zu ermöglichen. Die geplante Umsetzung wurde ebenfalls verzögert, was auf das grosse Engagement der BAG-Mitarbeiter bei der Vorbereitung zu den Volksabstimmungen zwischen 1996 und 1999 zurückzuführen ist, wenn diese Verzögerung auch weniger gravierend war als bei der Konzeption/Planung (S. 36-39).

Auf halbem Wege zwischen der internen und der externen Problemkategorie sind die Probleme anzusiedeln, die mit der späten Neubesetzung freigebliebener Mitarbeiterstellen (im BAG) zusammenhängen. Laufende Aktionen wurden hierdurch zum Glück meist nur geringfügig beeinträchtigt, weil sich Delegatare fanden, die als «Sicherheitsnetz» fungieren und gewisse Personalmängel ausgleichen konnten. Allerdings haben solche Umstände, wie bereits erwähnt, jedesmal dazu geführt, dass diese Delegatare erheblich überlastet wurden.

Empfehlungen

- Der Projektvorbereitung ist mehr Zeit zu widmen, und es sollte dabei noch systematischer auf externe Experten zurückgegriffen werden. Ausserdem müssen die Wirkungen, die sich aus der Umsetzung der Projekte ergeben, genauer vorausgesehen werden. Dasselbe gilt für die Konsequenzen eventueller Änderungen an ihren Rahmenbedingungen.
- Das gegenwärtige BetmG begrenzt den Handlungsspielraum des BAG. Deshalb sollte das Amt eine Änderung des legalen Rahmens vorschlagen, innerhalb dessen es aktiv werden kann.
- Da das BAG oft mit Delegataren arbeitet, müssen freigebliebene Stellen sofort neu besetzt werden, damit Erfahrungen und Informationen bestmöglich weitergegeben werden können.

Bibliografische Referenzen

- 1 OFSP (Office fédéral de la santé publique). *Programmes de prévention de l'OFSP pour les jeunes*. Berne: OFSP (Office fédéral de la santé publique); 1997.
- 2 Kellerhals C, Gervasoni JP. *Evaluation des différents modes de délégation adoptés par l'OFSP dans le cadre du ProMeDro*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1999 (Raisons de santé, 42).
- 3 Badan P, Dumont P, Gaberel PE, et al. *Evaluation du programme-cadre «Ecoles et santé»: premier rapport intermédiaire*. Genève: CEPES (Collectif d'Evaluation du Programme-cadre Ecoles et santé); 1999.
- 4 Communication de la responsable du projet lors de la dernière Erfa-Tagung de l'OFSP en novembre 1998.
- 5 Radix. Radix, editor. *1997/1998 Promotion de la santé: entre programmes nationaux et projets locaux*. Zürich. 1999.
- 6 Krucker S, Wicki W. *Projet «Prévention des dépendances dans les institutions pour enfants et adolescents»: évaluation: version brève*. Berne: Universität Bern Institut für Psychologie; 1997.
- 7 Fil rouge. *Rapport 1998 du projet Fil rouge*. 1999.
- 8 HFS Zentralschweiz. *Fil rouge – Suchtprävention in Kinder- und Jugendheime: erster Zwischenbericht 1988*. Luzern: HFS Zentralschweiz; 1999.
- 9 Zobel F, Jeannin A, and Gervasoni JP. *Enquête auprès des partenaires de l'OFSP dans le domaine de la toxicomanie (drogues illégales)*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1999 (Raisons de santé, 43).
- 10 COSTE (Centrale de coordination nationale de l'offre de thérapies résidentielles pour les problèmes de drogue). *Stationäre Therapieangebote im Drogenbereich = Offres de thérapies résidentielles pour les problèmes de drogues = Offerte di trattamento residenziale inerenti i problemi di droga*. Berne: CDAS (Conférence des Directeurs cantonaux des Affaires sociales); OFSP (Office fédéral de la santé publique); 1998.
- 11 Wettach RHU, Dobler-Mikola A, Uchtenhagen A. *Entwicklung von Instrumenten zur Erfassung der Behandlungsqualität von ambulanten und stationären Therapie- und Betreuungsprogrammen für Drogenabhängige: Schlussbericht*. ISF (Institut für Suchtforschung); 1997. (Bericht Nr. 39).
- 12 ISF. *MIDES résidentiel: instrument modulaire pour la description de traitements résidentiels contre la toxicomanie*. Zürich: Institut für Suchtforschung; 1999.
- 13 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: Institut de médecine sociale et préventive; 1998 (Raisons de santé, 20a).
- 14 *Traitement avec prescription d'héroïne: argumentaire concernant la votation populaire sur l'arrêté fédéral urgent sur la prescription médicale d'héroïne (traitement avec prescription médicale d'héroïne) du 13 juin 1999*. Berne: Office fédéral de la santé publique; 1999.
- 15 Kellerhals Ch, Gervasoni JP. *Evaluation des différents modes de délégation adoptés par l'OFSP dans le cadre de ProMeDro*. Lausanne: Institut de médecine sociale et préventive; 1999 (Raisons de santé, 42).

- ¹⁶ Fabian C, Schönholzer St, Hornung R. *Evaluation der Koste: 2. Zwischenbericht*. Zürich: Psychologisches Institut der Universität Zürich, Abteilung Sozialpsychologie; 1998.
- ¹⁷ Uchtenhagen A, Gutzwiller F, Dobler-Mikola A, editors. *Essais de prescription médicale de stupéfiants: rapport de synthèse*. Zurich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich; 1997. (VIII).
- ¹⁸ WHO. *Report of the external panel on the evaluation of the Swiss Scientific Studies of medically prescribed narcotics to drug addicts*. Genève: World Health Organization.
- ¹⁹ Sucht und Invalidität: Synthesebericht zum ExpertInnenhearing: Hearing durchgeführt in zwei Teilen am 5.12.97 und 19.1.98 in Bern, im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG. Bern: Schweizerische Koordinationsstelle für stationäre Therapieangebote im Drogenbereich; 1998./Uchtenhagen A, Arnold J, Dobler-Mikola A et al. *Sucht und Invalidität: Empirische Befunde zur Erwerbstätigkeit und Invalidisierung Drogenabhängiger*. [S.I.]: ISF (Institut für Suchtforschung); 1998. (60). Forschungsbericht aus dem Institut für Suchtforschung.
- ²⁰ Duc JL. *Problèmes liés à la dépendance aux drogues ou à l'alcool: examen du point de vue des assurances-maladie et invalidité*. Lausanne: IRAL (Institut de recherches sur le droit de la responsabilité civile et des assurances); 1998.
- ²¹ COSTE. *Deuxième rapport d'activité de COSTE: 1er juin 1997 – 31 décembre 1998*. Berne: COSTE, Office fédéral de la santé publique; 1999: 28.
- ²² Ernst ML, Rottenmanner I, Spreyermann C. *Frauen – Sucht – Perspektiven: Grundlagen zur Entwicklung und Förderung Frauenspezifischer Drogenarbeit*. Bern: Bundesamt für Gesundheitswesen; 1995.
- ²³ D'Alessandri S, Axilais MC, Bernard V. et al. *Points de vue sur les toxicodépendances des femmes en Suisse romande: enquête sur la demande et l'offre d'aide spécialement destinée aux femmes*. Lausanne: Groupe de travail Femmes, dépendances; 1998.
- ²⁴ Oeuvre suisse d'entraide ouvrière (OSEO-SAH). *Rapports d'activités 1996, 1997, 1998*. Fribourg: Bureau de promotion de l'OSEO; 1996,1997,1998.
- ²⁵ Lindemeyer H, Rafeld A, Steiner V, et al. *Du travail et un logement pour les personnes évoluant dans le monde des drogues illégales: le nouveau manuel pour la mise sur pied de centres d'aides à la survie*. Fribourg: Bureau de promotion de l'oeuvre suisse d'entraide ouvrière; 1997.
- ²⁶ OFSP (Office fédéral de la santé publique). *Réduire les dommages dans les zones périphériques*. Spectra – Prévention et promotion de la santé. 1998; 11: 3.
- ²⁷ OFSP (Office fédéral de la santé publique). *Prévenir l'hépatite chez les toxicomanes*. Spectra – Prévention et promotion de la santé. 1999; 15: 3.
- ²⁸ Dubois-Arber F, Jeannin A, Spencer B, Meystre-Agustoni G, Haour-Knipe M, Moreau-Gruet F, Benninghoff F, Paccaud F. *Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique: sixième rapport de synthèse 1996-1998*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1999. (Raisons de santé, 29).
- ²⁹ Benninghoff F. *Monitoring des structures à bas seuil d'accès mettant à disposition du matériel d'injection stérile en Suisse 1993-1997*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1998.

- ³⁰ Centre of disease control. *Update: Syringe Exchange Programms United States 1997*. Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR). 1998; 47 (31).
- ³¹ Noël L, Parent R, Tremblay J, Coutier R. *Monitorage des clientèles des services des programmes de prévention du VIH chez les utilisateurs de drogues par injection au Québec*. Québec: Centre de santé publique de Québec; 1998.
- ³² Fahrenkrug H, Rehm J, Müller R, Klingemann H, Linder R. *Drogues illégales en Suisse 1990-1993*. Zurich: Seismo; 1995.
- ³³ Lurie P, Gorsky R, Jones TS, Shomphe L. *An economic analysis of needle exchange and pharmacy-based programs to increase sterile syringe availability for injection drug users*. J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol 1998; 18 (Supp 1): S126-32.
- ³⁴ Rémis R, Leclerc P, Vandal A. *La situation du sida et de l'infection au VIH au Québec, 1996*. Montréal: Direction de la santé publique de Montréal-Centre pour le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec; 1998.
- ³⁵ Office fédéral de la santé publique. *Prévention du VIH en Suisse: buts, stratégies, mesures*. Berne: Office fédéral de la santé publique, Commission fédérale pour les problèmes liés sida; 1993.
- ³⁶ Hausser D. *Prévention de la transmission du VIH dans les prisons suisses: Analyse secondaire sur la base de la littérature disponible*. Lausanne: Institut Universitaire de Médecine Sociale et préventive; 1999 (Raisons de Santé, 40).
- ³⁷ Karger T, Rhiner M. *Behandlung von Suchtmittelabhängigkeit und Massnahmen zur Infektionsprophylaxe im Strafvollzug der Schweiz*. Zürich: Institut für Suchtforschung; 1998.
- ³⁸ Zobel F, Jeannin A, Gervasoni JP. *Enquête auprès des partenaires de l'OFSP dans le domaine de la toxicomanie (drogues illégales)*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive. (Raisons de santé 1999, 43).
- ³⁹ *Résultats de la Statistique nationale des traitements à la méthadone pour les deux années pilote 1996 et 1997*. Bulletin de l'Office fédéral de la Santé publique. 1998; 79 (40): 5-6.
- ⁴⁰ OFSP. *Recherches de l'OFSP en matières de dépendances 1993-1996*. Berne: Office fédéral de la santé publique; 1997.
- ⁴¹ BAG. *Supra-f Suchtpräventionsforschung bei gefährdeten Kindern und Jugendlichen. Forschungskonzept*. Bern: Bundesamt für Gesundheit; 1998.
- ⁴² Meier C. *Guide pour l'auto-évaluation de projets sur l'exemple de la prévention de la violence et des toxicomanies*. Berne: Unité de recherche en matière de santé de l'IMS; 1997.
- ⁴³ Commission d'experts de l'OFSP. *Formation dans le domaine des dépendances: promotion de la formation continue en matière de dépendance à l'égard de l'alcool et des drogues illégales, concept*. Berne: Office fédéral de la santé publique; Commission d'experts; 1998.
- ⁴⁴ KWB. *Gesamtstatistik Deutschweiz*. Bern: Universität Bern; Koordinationsstelle für Weiterbildung; 1999.
- ⁴⁵ GREAT. *Rapport annuel 1998: perfectionnement professionnel ARIA*. Yverdon: Groupement romand d'études sur l'alcoolisme et les toxicomanies; 1998.
- ⁴⁶ Convers. *Fort- und Weiterbildung ehemals Convers II: Bericht für die Zeitperiode 1. Januar 1998 – 30. Juni 1998*. Olten: Verband Sucht- und Drogenfachleute Deutschschweiz; 1998.
- ⁴⁷ Contrat OFSP 316.98.6259
- ⁴⁸ Contrat OFSP 316.98.6263
- ⁴⁹ Contrat OFSP 98.000660 [6285]
- ⁵⁰ Contrat OFSP 98.000750

- ⁵¹ Wicki M. *Komparative Evaluation zweier Fort- und Weiterbildungsprojekte im Suchtbereich: Studie der Koordinationsstelle für Weiterbildung im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheitswesen. 13 ed.* Bern: Universität Bern Koordinationsstelle für Weiterbildung; 1994. (IV).
- ⁵² VSD. *Konzept Fortbildung im Suchtbereich.* Olten: Verband Sucht- und Drogenfachleute Deutschschweiz; 1990.
- ⁵³ Neu E. *Concept de formation des intervenant-es en toxicomanie et en alcoolisme.* Oron-le-Châtel: Groupement romand d'études sur l'alcoolisme et les toxicomanies (GREAT); 1991.
- ⁵⁴ Ronco C. *Politique de formation en matière de dépendances de l'OFSP. Mandat d'évaluation.* Berne: Office fédéral de la santé publique; 1999.
- ⁵⁵ Commission fédérale pour les questions liées à la drogue. *Rapport sur le cannabis.* Berne: Office fédéral de la santé publique; 1999.
- ⁵⁶ Cattacin S. *Proposition d'évaluation de la «plate-forme de coordination et de service dans le domaine des drogues».* Genève: Université de Genève, RESOP; 1998.
- ⁵⁷ OFSP. *Résumé de consultation, 10.4.1996. Cité par D. Oesch dans un document préparatoire de l'évaluation de la KDS menée par le RESOP.* Berne: Office fédéral de la santé publique; 1996.
- ⁵⁸ Oesch D, Cattacin S, Verkooyen E. *Coordination, modération, information. Evaluation de la «plate-forme de coordination et de service dans le domaine des drogues».* Rapport de recherche établi pour l'Office fédéral de la santé publique. Université de Genève: resop, 1999 (à paraître).
- ⁵⁹ Service Migration, OFSP. *Le projet migrants: rapport intermédiaire 1995-1997.* Berne: Office fédéral de la santé publique, Service Migration; 1997.

Die Delegationsmodi des BAG¹

Einführung

Zur Umsetzung seiner Politik, insbesondere im Bereich der Suchtbekämpfung, arbeitet das BAG mit zahlreichen Partnern zusammen und bedient sich dabei häufig der Methode des Delegierens von Aufgaben. Man spricht von Delegation, wenn das BAG seine Partner (öffentliche oder private Einrichtungen, Vereinigungen) mit Aufgaben betraut, die direkt in seinen Verantwortungsbereich fallen. Der Begriff ist in der öffentlichen Verwaltung weithin gebräuchlich; er bedeutet, vereinfacht gesagt, dass **eine Verwaltung eine ihr von der Regierung oder Gesetzgebung zugewiesene Aufgabe oder Funktion ganz oder teilweise auf einen Dritten überträgt.**

Das Delegieren von Aufgaben stellt nicht nur eine Arbeitserleichterung dar, es gibt dem BAG auch die Möglichkeit, die Bürger in seine Politik einzubeziehen und seinen Einfluss über den Umweg von Partnerschaften bestmöglich zu vergrössern. Damit geht das BAG aber auch ein gewisses Risiko ein, da seine Autorität und seine Autonomie teilweise auf dem Spiel stehen. Dieses Risiko muss mit verschiedenen Mitteln begrenzt werden, z.B. durch Verhandlungen, Verträge, Kontrollsysteme usw.

Das Ziel dieser Studie besteht in der Identifikation, Beschreibung und Evaluation der verschiedenen Delegationstypen, derer sich das BAG in der Zeit zwischen 1991 und 1998 bedient hat. Die im Studienprotokoll ausdrücklich festgehaltenen Fragen lassen sich durch folgende drei Formulierungen zusammenfassen: In welcher Absicht delegiert das BAG? Wie erfolgt die Delegation? Und welche Konsequenzen ergeben sich daraus?

Methode

Wir haben uns für die sogenannte «induktive»^a Forschungsmethode entschieden, die aus zwei Etappen besteht. Dabei werden zunächst sämtliche Daten zusammengetragen, die geeignet sind, Informationen über den Studiengegenstand zu liefern und den Untersuchungsrahmen für die Delegationsmodi zu bilden². Letztere werden dann in der zweiten Etappe evaluiert.

Innerhalb dieses Rahmens wurde die Delegationspraxis des BAG mittels einer qualitativen Methode untersucht, die aus der Durchführung von «Fallanalysen» bestand. Nach Absprache mit dem BAG wurden 18 Fälle ausgewählt. Bei den Analysen wurde eine in die Tiefe gehende Arbeitsweise bevorzugt, d.h. es wurden mehrere Informationsquellen (Gespräche) miteinander verglichen und verschiedene Dokumente analysiert.

In den meisten Fällen haben wir drei Arten von Gesprächen geführt:

- Mit einem strategischen Verantwortlichen des BAG;
- Mit den Ansprechpartnern des BAG für den untersuchten Delegationsfall, und;
- Mit den Delegataren. Um das Sammeln und Analysieren von Daten zu systematisieren, wurde eine Datenbank erstellt und aktualisiert. Parallel dazu wurde für jeden Delegationsfall eine Akte mit den verfügbaren Dokumenten (Arbeitsberichte, Projektevaluationen, Veröffentlichungen) und den vollständigen Niederschriften der durchgeführten Gespräche angelegt.

Die Delegationsfälle wurden einer systematischen Analyse unterworfen, wozu ein schrittweise erstelltes Untersuchungsraaster benutzt wurde. Jede Rubrik dieses Rasters entspricht einem Thema, das im Verlauf einer eingehenden Beschäftigung mit jeder Akte beleuchtet werden konnte. Die Rubriken wurden anschliessend mit einer Zusammenfassung der in den Akten enthaltenen Informationen vervollständigt.

^a im Gegensatz zur hypothetisch-deduktiven Methode, bei der man zunächst eine Hypothese aufstellt, die anschliessend mit Hilfe einer Ad-Hoc-Sammlung von Daten überprüft wird.

Die wichtigsten Aspekte der Delegationspraxis des BAG

Anhand der vorliegenden Studie konnten fünf Aspekte herausgearbeitet werden, von denen die Delegationsmodi des BAG abhängen:

- Die **Hypothese** der Wirksamkeit der Delegation. Man geht davon aus, mittels einer Delegation Impulse geben zu können oder einen Schneeballeffekt zu erzielen. Oder aber man ist der Ansicht, Aktionen über diesen Umweg besser legitimieren oder das Projekt wirksamer und dauerhafter machen zu können. Ebenso kann der Wunsch bestehen, ein Programm zu testen, einen weiteren Spezialisten heranzuziehen, aus einer Partnerschaft Nutzen zu ziehen oder praxisorientierter zu arbeiten. *Bsp.: Eine Jugendorganisation eignet sich besser für die Präventionsarbeit unter Jugendlichen als eine Bundesverwaltung.*
- Die vom BAG delegierte **Funktion**. Übertragen werden Promotion und Verbreitung von Projekten, Koordination, Auswahl und Verwaltung von Anträgen auf Unterstützung, Beratung, Information und Sensibilisierung, Definition spezifischer Strategien (Therapie, Ausbildung), und natürlich auch die Durchführung von Interventionen. *Bsp.: Die Präventionsarbeit unter Ausländergruppen wird Mediatoren anvertraut, aber das BAG bleibt weiterhin für die technische Leitung zuständig.*
- Das Verfahren der **Auswahl des Delegatars**. Ausgewählt wird ein Akteur auf Grund seiner Kompetenzen, infolge des Ergebnisses einer Ausschreibung, auf Grund seiner strategischen Stellung (Dachverband), oder weil er ein gewohnter Partner des BAG ist. Daneben gibt es auch Delegatäre, die diesen Status automatisch erwerben, wenn sie z.B. selbst ein Interventionsprojekt vorgeschlagen haben. *Bsp.: Der Delegatar hat das Projekt in die Wege geleitet; ein Ausschreibungsverfahren wird damit überflüssig*

- Die auf den Delegatar ausgeübte **Art von Kontrolle** (einschliesslich Steuerung). Die Kontrolle kann in sehr formeller Weise erfolgen (Vertrag, Kontrollausschuss), aber auch eine informellere Art ist möglich (häufige Kontakte, Zusammenarbeit, Austausch). Ebenso gibt es Fälle, in denen keinerlei Kontrolle ausgeübt wird. *Bsp.: Der Vertrag legt Bedingungen und Ziele fest und bestimmt, zu welchen Terminen Berichte erwartet werden. Gelenkt wird das Projekt dagegen über zahlreiche informelle Kontakte.*
- Die aufgewendeten **Mittel**. Die Ressourcen, die mit einer Funktionsübertragung einhergehen, können den Bedürfnissen der Leistungsbeschreibung mehr oder weniger entsprechen. *Beisp.: Das übertragene Mandat erlaubt die Finanzierung zweier Stellen, aber die Leistungsbeschreibung erfordert das Doppelte*

Diese Aspekte stellen die wichtigsten Elemente dar, die das BAG im Rahmen einer Delegation berücksichtigen muss. Sie sind in sämtlichen analysierten Fällen anzutreffen, aber ihre Behandlung fällt je nach Delegationstyp anders aus (vgl. unten).

Beantwortung der Evaluationsfragen

Welche Aufgaben werden delegiert?

Das BAG delegiert in erster Linie Promotion, Leitung und Durchführung von Interventionsprojekten, die landesweite Koordination, die Förderung neuer Projekte und auch die Beteiligung an der Ausarbeitung der Bundespolitik.

Die Promotionsstellen (Anhang 5b) wie die Fachstelle für die Überlebenshilfe (SAH) bieten dem BAG eine erhebliche Entlastung bei seiner Aufgabe, die Drei-Säulen-Politik des Bundes zur Bekämpfung der Drogensucht (Prävention, Therapie und Wiedereingliederung, Schadensverminderung und Überlebenshilfe) umzusetzen.

Betrachtet man die Arbeit des BAG aus einem generelleren Blickwinkel heraus, so wird deutlich, dass bestimmte strategische Funktionen nach wie vor innerhalb des BAG wahrgenommen werden, so etwa die Konzeption und Planung seiner Interventionspolitik oder die Koordination und Impulsgebung auf Bundes-, Kantonal- und Kommunalebene, wo die jeweiligen Akteure für seine Politik gewonnen werden sollen (Plattformen). Um einen höheren Wirkungsgrad zu erzielen, delegiert das BAG allerdings einen Teil dieser Aktivitäten. So kann es über Vertrauenspartner, die in seinem Auftrag handeln, auf beinahe allen Ebenen in Aktion treten. Die Funktionen, die das BAG sich in den spezifischen untersuchten Delegationsfällen vorbehalten hat, betrafen vor allem die Steuerung (Leitung, Orientierung, Kontrolle) und Koordination der Projekte.

Welches sind die verschiedenen Delegationsmodi des BAG?

Die vorliegende Studie hat die Definition von vier Delegationsmodi ermöglicht. Diese bilden einen konzeptuellen Rahmen, weshalb ihre Definitionen lediglich die allgemeine Richtung erkennen lassen. Die Art, wie innerhalb eines jeden Modus delegiert wird, hängt logischerweise stark von der Fähigkeit zum Abwägen der fünf identifizierten Aspekte ab (S. 88). Die untenstehenden Definitionen bilden lediglich

einen Ausgangspunkt. Die vier Modi werden in der Reihenfolge vom einfachsten bis zum kompliziertesten vorgestellt, basierend auf ihren Strategien (vgl. unten), die eine steigende Anzahl sozialpolitischer Überlegungen berücksichtigen.

- Der Modus **«Unterstützung»**: Die Aktion wird generell von einem Dritten vorgeschlagen (*Bottom-up-Situation*). Das BAG sagt seine Unterstützung zu, weil die vorgeschlagene Interventionsform noch fehlt und sich im Einklang mit seiner Strategie befindet. Bei dieser Art von Delegation fügt das BAG oft die nationale Dimension hinzu und verlangt eine Erweiterung des Projekts auf die anderen Kantone. Der Delegatar hat einen sehr grossen Handlungsspielraum, aber es werden auch klare Ergebnisse von ihm erwartet. Das Projekt VOILA zum Beispiel existierte bereits vor der Veröffentlichung des ersten Massnahmenpakets der Eidgenossenschaft und erhielt zunächst nur finanzielle Beiträge. Dann aber setzte sich das BAG mehr und mehr für das Projekt ein, um schliesslich zu seinem wichtigsten Investor zu werden, der auch seine übergeordneten Zielsetzungen bestimmt.
- Der **«zentralisierte»** Modus: Die delegierte Aktion wird direkt vom BAG aus gesteuert und streng kontrolliert. Das Projekt selbst ist für eine zentrale Umsetzung konzipiert und beinhaltet daher die landesweite Koordination sowie eine gewisse Unabhängigkeit gegenüber den Kantonen. Dies ist zum Beispiel der Fall bei den Fortbildungsprogrammen ARIA und CONVERS für Drogensuchtmitarbeiter: Im Anschluss an die Phasen I und II beauftragte das BAG einen Expertenausschuss für die Organisation dieser Programme. Das BAG ist dort vertreten, befindet sich aber in der Position des Mandanten. Der Expertenkommission steht nur eine beratende Funktion zu, wodurch das BAG die Kontrolle über das Projekt behält.
- Der **«dezentralisierte»** Modus: Die vorgesehene Aktion wird vom BAG geplant (*Top-down-Situation*), aber ihre Umsetzung unterliegt gewissen Zwängen: Entweder fällt sie in den Verantwortungsbereich der Kantone, so dass das BAG mit den kantonalen Behörden zusammenarbeiten muss, oder der Inhalt der Massnahme erfordert die Einschaltung eines

«Vertreter» (Vermittler). Dies war beim Programm Santé-jeunesse zur Gesundheitsförderung in den Schulen der Fall. Da Erziehung und Unterricht in den Verantwortungsbereich der Kantone fallen, ist das BAG auf die Mitwirkung der kantonalen Behörden angewiesen, um seine Intervention legitimieren zu können.

- Der **«reflexive»** Modus: Das Delegieren der Aktion ist hier eindeutig Teil einer öffentlichen Politik (programmatische Vision). Es geht darum, mit Hilfe anderer (lokaler) Akteure vor allem die Kantone und Kommunen dazu zu motivieren, die Anstrengungen des Bundes fortzusetzen³. Dies ist der Fall der *Promotionsstelle KOSTE*, gegründet infolge des Berichtes Reha 2000, der Lücken im stationären Therapieangebot aufgedeckt und entsprechende Empfehlungen ausgegeben hatte. Für dieses Projekt, dessen Hauptaktivität einerseits in der Projekt-Koordination und andererseits in einer Reihe thematischer oder punktueller Interventionen besteht, hat sich das BAG die Mitarbeit der Konferenz der kantonalen Sozialdirektoren (SODK) gesichert. Es wird damit zu einem an die kantonalen Partner gerichteten Überzeugungsinstrument, bietet dem Bund aber umgekehrt auch die Möglichkeit, von den Sorgen und Nöten der letzteren Kenntnis zu nehmen.

Diese Delegationsmodi schliessen sich nicht gegenseitig aus, sondern es kommt vor, dass sich zwei Modi überschneiden (Beispiel: zwischen «Unterstützung» und «dezentralisiert»). Noch häufiger tritt der Fall auf, dass die Strategie eines Modus diejenige eines anderen Modus beinhaltet (Beispiel: «reflexiv» und «dezentralisiert»).

Welche Strategien entsprechen diesen Delegationsmodi?

Der Modus **«Unterstützung»** verdeutlicht den Willen des BAG, der Basis Gehör zu schenken, d.h. sich an lokalen Initiativen, die für vielversprechend gehalten werden, zu inspirieren, sie zu unterstützen und zu verbreiten. Wenn sich also ein Interventionsprojekt mit der politischen Linie des BAG deckt, wird es in die globale Aktion integriert, erhält ein Mandat und wird zu einer Delegation.

Der **«zentralisierte»** Modus kommt zur Anwendung, wenn das BAG die Legitimität des Bundes für die bestimmte Intervention für ausreichend hält, und wenn diese auch von den politischen Partnern anerkannt wird. Ausserdem handelt es sich generell um bedeutende Projektinhalte (Verschreibung von Heroin, Fort- und Weiterbildung, Prävention mit der ausländischen Bevölkerung usw.), die eine fast uneingeschränkte Einflussnahme des BAG auf die Intervention voraussetzen – was sich meist in einer intensiven Steuerung und einer zentralisierten Kontrolle ausdrückt.

Der **«dezentralisierte»** Modus wird angewendet, wenn das BAG direkt aktiv werden oder ein existierendes Modell verbreiten möchte, seine Stellung als eidgenössischer Akteur es jedoch zwingt, einen Partner vor Ort bzw. einen kantonalen Partner zu finden, um die betroffene Massnahme durchzuführen. Damit wird das Delegationssystem komplexer, weil es einen «Vertreter» voraussetzt, d.h. einen Vermittler zwischen dem BAG und dem letztlich Delegatar.

Der **«reflexive»** Modus ist die komplexeste Form der Delegation. Die delegierte Aufgabe ist Teil einer globalen Aktion und fügt sich in das Programm des BAG ein; insofern besteht weniger der Wunsch, ihre Durchführung einem Dritten anzuvertrauen, als vielmehr an der Durchführung durch einen Dritten mitzuwirken. Dieser Modus greift das Prinzip der Inspiration an der Basis (angesprochen im Modus «Unterstützung») wieder auf, er schliesst aber auch die umgekehrte Beziehung mit ein: die Lenkung der Basis. Die Entscheidung für diesen Delegationsmodus erklärt sich oft aus dem föderativen Charakter der Ausführungsarbeit heraus, der in dem betrachteten Interventionsbereich vorherrscht. Wir stellen hier die Hypothese auf, dass der reflexive Modus gewählt wird, wenn es um Inhalte von grosser Bedeutung für das BAG geht, der zentralisierte Modus jedoch aus juristischen oder politischen Gründen nicht möglich ist. Es sei vermerkt, dass dieser Modus erst seit kurzem zur Anwendung kommt (1993) und im Anschluss an eine erste Reihe von Delegationsexperimenten entstanden ist.

Welche Konsequenzen ergeben sich aus diesen Delegationsmodi?

Der vom BAG gewählte Delegationsmodus beeinflusst zum einen die Massnahmen des Projekts, zum anderen aber auch die Art der Beziehungen zwischen dem BAG und seinen Partnern.

Der Führungsstil kann für eine Delegation sehr unterschiedlich ausfallen, je nachdem, ob man sich z.B. im **«zentralisierten»** oder im **«reflexiven»** Modus befindet. Der Führungsstil des BAG richtet sich nach dem sozialpolitischen Kontext, in dem die Aktion vorgesehen ist. Unsere Ergebnisse lassen erkennen, dass sich das BAG für den zentralisierten – und autoritärsten – Modus entscheidet, wenn es eine starke Legitimität besitzt. Dagegen wird der reflexive, eher auf Impulsgebung und Konsens basierende Modus vorgezogen, wenn starker Widerstand vorhanden oder zu befürchten ist.

Der **«zentralisierte»** Modus ist aus Sicht des BAG eindeutig der wünschenswertere, weil hier die grösste Kontrollmöglichkeit über die Projekte besteht. Allerdings setzt dieser Modus Bedingungen voraus, die nicht immer gegeben sind, insbesondere im Hinblick auf die Legitimität der Aktionen. Daher ist er nicht immer anwendbar.

Der **«dezentralisierte»** Modus eignet sich besonders für Situationen, in denen bei der Ausführung föderative Grundsätze vorherrschen: Die Eidgenossenschaft ist nicht unbedingt handlungsberechtigt, möchte aber dennoch aktiv werden. Der Zusammenschluss mit einem Partner erweist sich als unerlässlich, aber es stellt sich als besonders schwierig heraus, mit einer solchen Beziehung umzugehen. Der Delegatar («kantonaler Vertreter») kann z.B. der Ansicht sein, dass es sich um eine Zusammenarbeit zwischen gleichwertigen Partnern, nicht aber um eine Delegation handelt.

Der **«reflexive»** Modus spiegelt wohl am besten die Konzeption des BAG hinsichtlich der Rolle des Bundes in der Suchthilfe wider. Allerdings lässt die Politik der Überzeugung (oder Impulsgebung), die den lokalen Initiativen einen hohen Stellenwert einräumt, auch einige Unklarheiten offen, mit denen zuweilen schwer umzugehen ist. So können sich für die Delegatäre des Bundes Legitimitätsprobleme ergeben. Es kommt vor, dass eine Delegation gewählt wird, weil kantonale und kommunale Behörden, die starke Vorbehalte gegen die eidgenössische Politik haben, umgangen werden sollen⁴. Nachdem die öffentliche Meinung durch «lokale» Akteure sensibilisiert worden ist, sollen diese Behörden dann aufgefordert werden, der vom Bund vorgeschlagenen Linie beizutreten.

Diese Überlegungen gelten ebenfalls für den Modus **«Unterstützung»**, der sich in erster Linie für Direktinterventionen vor Ort eignet, oder für Aktionen, bei denen die Befugnisse des Bundes anerkannt werden. Solche Delegationen zeugen von einem realen Willen zur Dezentralisierung, ja Demokratisierung, um eine wirksamere Politik betreiben zu können⁴.

Über welche Kontrollmechanismen verfügt das BAG, und wie wirksam sind sie?

Wir haben festgestellt, dass explizite (d.h. direkte und formelle) Kontrollmechanismen existieren, so etwa die Überprüfung der Einhaltung von Verträgen (nur durchführbar, wenn die Dokumente präzise Zielsetzungen enthalten und die Jahresberichte detailliert genug sind) oder die Evaluationen. Ein weiterer Mechanismus ist die Mitarbeit des BAG in kleineren Projektsteuergremien. In diesen kleinen Gruppen ist seine Position stark genug, um eventuelle Neuorientierungen fordern zu können.

Des Weiteren konnten implizitere (d.h. indirektere, informellere) Formen von Kontrollmechanismen beobachtet werden, und zwar in Situationen, in denen die Entscheidungsgewalt nicht eindeutig festgelegt worden war. Das BAG pflegt in solchen Fällen informelle, häufige Kontakte mit dem Partner, so dass es Entwicklung und Stand der Projekte in Echtzeit verfolgen kann. Daneben kommt es auch vor, dass sich das BAG an der Projektsteuerung in grösseren Gruppen beteiligt, in denen es sich bemüht, seinen Standpunkt durchzusetzen, dabei jedoch mehr auf Überzeugung und Verhandlung setzt als auf formelle Autorität.

Die Kontrolle des BAG über seine Partner erfolgt oft in informeller Weise (spontaner Arbeitsstil mit telefonischen Kontakten und häufigem Austausch von Informationen). Dies zeugt von einem guten Vertrauensniveau und wird von beiden Parteien offensichtlich positiv aufgenommen. Dieser Kontrolltyp sorgt für eine lückenlose und detaillierte Information über das Vorankommen der Projekte.

Wir haben aber auch Situationen beobachtet, in denen trotz einer guten Konzeption der Kontrollmechanismen weder die Steuerung noch die Bilanzierung auf befriedigende Weise durchgeführt werden konnten. Dies traf z.B. zu, als ein Mitarbeiter im BAG «verspätet» ersetzt wurde. In solchen Situationen ist die Kontrolle nur noch begrenzt sinnvoll. Auch implizite Kontrollmechanismen, die auf gegenseitigem Vertrauen beruhen, können durch solche Vorkommnisse beeinträchtigt werden. Das Fehlen eines Ansprechpartners im BAG vermindert die Häufigkeit der Kontakte und damit auch die Möglichkeit, stichhaltige Informationen über das

Vorankommen der Projekte zu erhalten. Ergebnis-kontrolle und Projektsteuerung greifen dann nicht mehr.

Ist die Delegation adäquat^b?

Die vorliegende Studie hat die Identifikation verschiedener Etappen ermöglicht, in deren Verlauf sich das BAG nach und nach ein regelrechtes Know-how in Sachen Delegation aneignen konnte. So ist deutlich geworden, dass die ersten Delegationsbemühungen in der Zeit 1990-1994 eine Reihe von Versuchen und Experimenten für die nachfolgenden Delegationen darstellten. Dementsprechend steht die zweite Periode, welche die Jahre 1993 bis 1995 abdeckt, ganz im Zeichen der Bilanz, der Analyse und der grossen Umstellungen: Die Delegationsmodi wurden geändert, und die Berücksichtigung der verschiedenen Aspekte verfeinert.

Die Studie hat die Möglichkeit geboten, diesen Lernvorgang zu beobachten und eine eindeutige Verbesserung der Delegationsfähigkeiten des BAG festzustellen – und damit auch der Resultate der delegierten Projekte. So sind die Jahre 1995-1998 vom geschickten Einsatz dieses Know-hows gekennzeichnet.

Dank der Fähigkeit zu delegieren ist das BAG heute in der Lage, seinen Einfluss auszuweiten und eine schlagkräftige Politik zu betreiben. Indem es wichtige Funktionen mit externen Partnern teilt (vgl. Promotionsstellen), ist es imstande, mit doppeltem Einsatz an der Umsetzung aller drei Säulen seiner Politik zu arbeiten.

Was die Eignung der Delegationsmodi betrifft, so kann insgesamt festgestellt werden, dass jeweils die korrekte Wahl getroffen wurde. Dies zeigt, dass das BAG die strategischen Faktoren (Erwartungen und Rollen jedes Betroffenen, Förderalismus, Mentalitäten usw.) im grossen und ganzen richtig einschätzt. Nur in zwei Fällen ist es zu Fehlern in dieser Hinsicht gekommen. Der erste wurde dahingehend behoben,

^b Detailliertere Informationen über die Angemessenheit der Delegationen des BAG und Empfehlungen mit unseren Vorschlägen für eventuelle Anpassungen enthalten die dem vollständigen Bericht beiliegenden Einzelblätter.

dass eine neue Interventionsform entstand (ARIA und CONVERS, dann Expertenkommission). Im zweiten Fall ist der ideale Modus (dezentralisiert) bislang noch nicht gefunden worden, obwohl auch hier der Ansatz geändert wurde (Santé-jeunesse, dann Schule & Gesundheit).

Hinsichtlich der Berücksichtigung der unterschiedlichen Aspekte der Delegation sind wir auf Einschätzungsfehler gestossen, die dazu führten, dass nicht der optimale Delegatar gewählt wurde. Diese Fehler erklären sich generell aus der Tatsache, dass der betroffene Delegatar nicht die besten Voraussetzungen mitbrachte, um die übertragene Aufgabe zu erfüllen, was dem BAG zum Zeitpunkt der Delegation jedoch nicht bekannt war, oder aber daraus, dass der ideale Delegatar, obwohl bekannt, nicht bereit war, diese Verantwortung auf sich zu nehmen.

Die Vorbereitungsphase der Delegation erweist sich als sehr wichtig, da sie die später notwendige Steuerung sowie die erzielten Ergebnisse stark beeinflusst. In vielen der analysierten Fälle wurde diese Phase jedoch vernachlässigt.

In einigen Fällen wurden die notwendigen Geldmittel offensichtlich unterschätzt: Gemessen am Personal- und Ressourcenaufwand, den der zugewiesene Geldbetrag erlaubte, führten einige Mandate in ihren Leistungsbeschreibungen zu viele delegierte Aufgaben auf.

Zuweilen fehlt bei der Übertragung von Funktionen (Grundlage der Delegation) die Transparenz. Dies führt zu Unklarheiten, insbesondere was das Entscheidungsrecht betrifft: Das BAG und sein Partner wissen nicht mehr genau, ob sie sich in einer Beziehung der Zusammenarbeit (Partnerschaft) oder der Delegation (Mandant-Ausführender) befinden.

Und schliesslich können Delegationsprobleme erst im Laufe der Zeit auftreten, z.B. wenn ein Personenkonflikt entsteht, wenn ein Mitarbeiter ausgewechselt wird usw.

Schlussfolgerungen

- Der Erfolg eines vom BAG delegierten Auftrags hängt erheblich vom Verfahren zur Auswahl des Delegatars ab.
- Genauer gesagt sind die Erfolgsaussichten am besten, wenn die Auswahl des Delegatars über eine Ausschreibung erfolgt.
- In vielen der untersuchten Fälle hat das BAG nicht konkret evaluiert, ob die Mechanismen, die für eine Delegation notwendig sind, damit die gewünschten Wirkungen eintreten (Übernahme der Aktion durch die Partner, Wirkung auf die Zielgruppe) auch wirklich effizient sind.
- Die Zeit, die das BAG insgesamt für eine delegierte Mission aufwendet (Vorbereitung und Steuerung) erweist sich bei guter Vorbereitung als wesentlich geringer.
- In bestimmten Fällen ist nicht klar, ob es sich um eine Delegation oder um eine Subvention, einen Delegatar oder einen Partner, einen zentralen oder einen dezentralen Modus handelt.
- Die Effizienz einiger Delegationen hängt vor allem von der Qualität der Beziehungen mit dem BAG ab.
- Verzögerungen bei der Neubesetzung von Stellen ziehen schädliche Folgen für die Zusammenarbeit, Steuerung und Kontrolle der Delegationen nach sich.
- Gemessen an der Leistungsbeschreibung reichen die zugewiesenen Geldmittel zuweilen nicht aus.

Empfehlungen

- Es wird empfohlen, für die Auswahl eines Delegatars systematisch eine Ausschreibung vorzunehmen. Dies bietet die Möglichkeit, bisher unbekannte Akteure kennen zu lernen, eine präzisere Formulierung der Forderungen des BAG zu erhalten und eine bessere Anpassung zwischen Forderungen und erbrachten Leistungen zu ermöglichen.
- Die Vorbereitungsphase vor einer Delegation muss verbessert werden. Eine minimale Reflexionsphase ist unverzichtbar und muss zumindest die Analyse sämtlicher Aspekte der Delegation umfassen (Hypothese, Funktion, Auswahl des Delegatars, Kontrolltyp, Geldmittel). Idealerweise müsste die Hypothese der Wirksamkeit durch eine Vorab-Evaluation der Durchführbarkeit einer Delegation getestet werden (also vor ihrer Durchführung), um möglichen Schwierigkeiten vorzugreifen und Zeitverluste zu vermeiden.
- Es wird empfohlen, die Rollen und Erwartungen jedes Partners genau zu formulieren, um Unklarheiten innerhalb ihrer Beziehungen zu vermeiden.
- In den Fällen, wo die Effizienz der Delegation im wesentlichen von der Qualität der Beziehungen mit dem BAG abhängt, wäre es vernünftig, kontinuierlich für gute Zusammenarbeit zu sorgen.
- Bei Personalfuktuation muss die Kontinuität gesichert sein, damit Zusammenarbeit, Steuerung und Kontrolle der Delegationen nicht gefährdet werden.
- Den delegierten Aufgaben müssen die entsprechenden Ressourcen zugewiesen werden.

Bibliografische Referenzen

- ¹ Kellerhals C, Gervasoni JP. *Evaluation des différents modes de délégation adoptés par l'OFSP dans le cadre du ProMeDro*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1999 (Raisons de santé, 42).
- ² Yin RK. *Case study research: Design and Methods*. 2nd ed. London: Sage; 1994.
- ³ 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: Editions Réalités sociales; 1994.
- ⁴ Papadopoulos I. *Complexité sociale et politiques publiques*. Paris: Montchrestien; 1995.

Umfrage unter den Partnern des BAG im Bereich der Suchthilfe (illegale Drogen)¹

Einführung

Im Bereich der Suchthilfe verfügt das Bundesamt für Gesundheit (BAG) nur selten über einen Direktzugang zu den Gruppen, die durch seine Arbeit angesprochen werden sollen^a: Es arbeitet im wesentlichen mit Akteuren zusammen, die diesen Gruppen näher stehen oder sich in direktem Kontakt mit ihnen befinden. Diese kollektive Auseinandersetzung mit den Drogenproblemen fällt in der Schweiz faktisch den Kantonen, Gemeinden und Privateinrichtungen zu. Aus Sicht des Bundes kann die Gesamtheit dieser Akteure als ein **«nationales Netz zur Verminderung der Drogenprobleme»** verstanden werden (im folgenden «das Netz» genannt). Aktionen und Einfluss des Netzes auf die Drogenprobleme hängen dabei unter anderem von dessen jeweiliger Zusammensetzung, von den Ressourcen, der Art des Informationsaustausches und den Interdependenzen unter den Akteuren ab, sowie vom Vorhandensein gemeinsamer Bezugssysteme².

Vor diesem Hintergrund interveniert das BAG in erster Linie durch verschiedene Formen der Unterstützung, die es den Akteuren des Netzes zukommen lässt, damit diese ihre Ziele erreichen können, was letztlich auch dem Akteur auf Bundesebene erlaubt, die seinen zu erreichen. Diese Interaktionen zwischen dem BAG

und der Gesamtheit der Akteure, mit denen es zusammenarbeiten kann – und manchmal muss – war Gegenstand der hier präsentierten Umfrage.

Methode

Ende Oktober 1998 wurde ein Fragebogen an alle Akteure verschickt, die im Hauptadressverzeichnis der Suchthilfeeinrichtungen in der Schweiz erfasst sind³. Dieses Verzeichnis gruppiert einerseits die Vertreter der öffentlichen Körperschaften (Städte und Kantone), die von den sozialen und sanitären Aspekten der Drogensucht betroffen sind, andererseits die öffentlichen und privaten Einrichtungen, die im Bereich der Drogenprobleme tätig sind.

Der verwendete Fragebogen bestand aus drei Teilen:

- Urteil der Akteure des Netzes über ihre Zusammenarbeit mit dem BAG;
- Urteil der Akteure des Netzes über die vom BAG unterstützten Aktionen, die Leitideen seiner Interventionen sowie die Verbreitung dieser Aktionen und Ideen innerhalb des Netzes;
- Allgemeine Fragen zur Drogenpolitik.

Der zweite Teil wurde, den verschiedenen Interventionsbereichen entsprechend, noch weiter unterteilt (Prävention, Therapie, Schadensverminderung und Überlebenshilfe^b). Da die Vertreter der **öffentlichen Körperschaften** ein Segment darstellen, das von den Interventionen des BAG zuerst betroffen ist, wurden sie zu allen Bereichen befragt. Die **Einrichtungen** dagegen wurden gebeten, die einzelnen Teile des Fragebogens nur dann zu beantworten, wenn sie einen Teil ihrer Ressourcen für den jeweiligen Bereich aufwenden.

Evaluationsfragen

Die Umfrage sollte folgende **Evaluationsfragen** beantworten (der Begriff «Netz» bezieht sich auf das Netz der Akteure, die an der Verminderung der Drogenprobleme in der Schweiz arbeiten):

- Sind die Akteure des Netzes, die mit dem BAG zusammenarbeiten oder schon einmal zusammengearbeitet haben, mit dieser Zusammenarbeit zufrieden?

^a D.h. Personen, die illegale Drogen konsumieren oder bei denen ein entsprechendes Risiko besteht.

^b Der Bereich Schadensverminderung und Überlebenshilfe wurde im Fragebogen «Soziale und gesundheitliche Risikoverminderung» genannt. Grund dafür war die Teilnahme von Fachleuten denen die Konzepte der Suchthilfe nicht unbedingt bekannt sind.

- Gibt es Gründe, die einige Akteure des Netzes davon abhalten, mit dem BAG zusammenzuarbeiten?
- Kennen die Akteure des Netzes die verschiedenen Aktivitäten und die Politik des BAG?
- Machen die Akteure des Netzes von den «Aktionen» des BAG Gebrauch? Wenn ja, von welchen?
- Sehen die Akteure des Netzes die Arbeit des BAG positiv, und beurteilen sie sie als nützlich für ihre eigene Arbeit?

Beteiligungsrate

Tabelle 6a

Beteiligungsrate

	Öffentliche Körperschaften		Einrichtungen		Insgesamt	
	n	%	n	%	n	%
Gültige Adressen	97	100%	745	100%	842	100%
Ausgefüllte Fragebögen	53	55%	413	55%	466	55%
Doppelanfertigungen ^c	19	20%	92	13%	111	13%
Ablehnungen	3	3%	7	1%	10	1%
Andere Gründe	5	5%	9	1%	14	2%
Keine Beantwortung	17	17%	224	30%	241	29%

^c Der Fragebogen war bereits von einer anderen Abteilung derselben öffentlichen Körperschaft oder von einer anderen Niederlassung derselben Einrichtung ausgefüllt worden.

Mehr als die Hälfte der angeschriebenen Körperschaften und Einrichtungen hat an der Umfrage teilgenommen. Berücksichtigt man auch die identifizierten 111 Doppelanfertigungen, so beläuft sich die Beteiligungsrate auf knapp zwei Drittel (64%). Die geographische Abdeckung weist einige Lücken auf, die meist auf kleinere Kantone^c zurückzuführen sind, welche nur über eine begrenzte Anzahl an Suchthilfeeinrichtungen verfügen. Von diesen Ausnahmen abgesehen, liegt die Beteiligungsrate in den meisten Kantonen zwischen 40 und 65%. Berücksichtigt man die im Verzeichnis des BAG aufgeführten Tätigkeitskategorien, wird

^c Glarus: kein ausgefüllter Fragebogen;

Appenzell-Ausserrhodon, Nidwalden und Solothurn: kein von einer öffentlichen Körperschaft ausgefüllter Fragebogen.

^d Konferenz der kantonalen Sozialdirektoren (SODK), Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz (SDK), Drogenplattform des Schweiz. Städteverbandes.

überdies deutlich, dass lediglich die Selbsthilfegruppen und Elternvereine eine Beteiligungsrate von weniger als 45% aufweisen.

Beschreibung der Umfrageteilnehmer

Öffentliche Körperschaften

Unter den 53 Vertretern öffentlicher Körperschaften befanden sich 22 **Spezialisten** (Drogenbeauftragte, Vertreter einer Drogenkommission, Leiter kantonaler Suchthilfeeinrichtungen), 28 **Generalisten** (Kantonsärzte [17], Vertreter von Sozial- und/oder Gesundheitsdepartements, Vertreter des öffentlichen Erziehungswesens oder des Schulgesundheitswesens), und drei **Vertreter suprakantonalen Kommissionen^d**.

In den meisten Kantonen (15) wurde der Fragebogen mindestens von einem Spezialisten und einem Generalisten beantwortet. Für die Kantone LU und TG fehlte die Antwort eines Spezialisten, für die Kantone GR, JU, OW, SH und SZ die eines Generalisten.

Einrichtungen

Von den 413 untersuchten Einrichtungen wenden 223 (also 54%) **mindestens die Hälfte ihrer Ressourcen für Probleme auf, die mit Drogensucht zu tun haben**: 10 von ihnen stellen den Hauptteil dieser Ressourcen für Präventionsarbeit bereit, 131 für Therapie, 45 für Schadensverminderung und Überlebenshilfe und 13 für andere Bereiche (Ausbildung, Forschung, Selbsthilfe, Arbeit im Netz usw.). 24 Einrichtungen verteilen diese Ressourcen auf die verschiedenen Bereiche (Generalisten).

Die Hauptaktivität der 190 Einrichtungen, die **nicht den grössten Teil ihrer Ressourcen für Probleme der Drogensucht aufwenden**, betrifft in 44 Fällen Prävention und Gesundheitsförderung, in 64 Fällen Therapie, Behandlung, medizinische Betreuung und in 69 Fällen Sozialhilfe, Beratung, Unterbringung und Arbeitsvermittlung. 13 Einrichtungen engagieren sich in erster Linie in anderen Bereichen (Selbsthilfe, Forschung usw.)

Tabelle 6b

Verteilung der Einrichtungen nach ihrer Hauptaktivität

	Prävention	Therapie	Schadens- verminderung	Generalist	Sonstige	Insgesamt
Suchtprobleme Haupttätigkeit	10	131	45	24	13	223
Suchtprobleme Nebentätigkeit	44	64	69	-	13	190
Insgesamt	54	195	114	24	26	413

Betrachtet man beide Gruppen zusammen, so erhält man folgende sektorenbezogene Aufteilung: 54 Einrichtungen (13%) sind vor allem in den Bereichen **Prävention/Gesundheitsförderung** tätig, 195 (47%) in den Bereichen **Therapie/Behandlung/medizinische Betreuung**, 114 (28%) in den Bereichen **Schadensverminderung und Überlebenshilfe/soziale Hilfe und Beratung/Arbeit/Wohnen**, 24 (6%) sind **Generalisten in der Suchthilfe**, und 26 (6%) arbeiten vor allem in **anderen Bereichen (Forschung, Ausbildung, Selbsthilfe usw.)**.

Ergebnisse

Zusammenarbeit

Mehr als zwei Drittel (69%) der Umfrageteilnehmer aller Kategorien geben an, bereits mindestens einmal mit dem BAG zusammengearbeitet zu haben^f. Dieser Anteil ist beachtlich, liegt bei den öffentlichen Körperschaften aber logischerweise höher (94%) als bei den Einrichtungen (66%).

Nach den Eigenschaften der **letzten Unterstützung durch das BAG** befragt, anerkannten die Vertreter der Körperschaften und Einrichtungen fast durchweg die **«Kompetenz»** der Mitarbeiter des BAG als sehr hoch. Dagegen wird das **«Gespür für lokale Verhältnisse»** der letzteren in fast 20% der Fälle kritisiert. Der Vergleich dieser Resultate ergibt zunächst, dass die persönlichen Fähigkeiten der Mitarbeiter des BAG weithin geschätzt werden. Andererseits erachten einige

Umfrageteilnehmer die Entfernung zwischen dem Amt und der «praktischen Realität» offensichtlich als zu gross; ebenso kann es vorkommen, dass die Ausarbeitung eines Projekts, das sich sowohl an den lokalen Zielen des Partners als auch an den landesweiten Zielen des BAG orientiert, auf eine für den Partner unbefriedigende Kompromisslösung hinausläuft.

Die Arbeitsorganisation des BAG erhielt zuweilen ein Negativurteil. So wurde die **«Verfügbarkeit der Ansprechpersonen»** von 14% der Körperschaften und 20% der betroffenen Einrichtungen als schlecht beurteilt. Die ungünstigsten Beurteilungen erhielt der **«Administrativer Ablauf»**, der von knapp einem Viertel der Umfrageteilnehmer, die schon einmal mit dem BAG zusammengearbeitet haben, kritisiert wurde. Diese Ergebnisse könnten vom BAG als Aufforderung verstanden werden, seine Betriebsweise und Organisation, die eigentlich eine ebenso hohe Anerkennung finden müssten wie die Kompetenz seiner Mitarbeiter, neu zu überdenken.

Knapp drei Viertel (72%) der öffentlichen Körperschaften und beinahe die Hälfte (42%) der Einrichtungen geben an, über Beauftragte eine Erfahrung der indirekten Zusammenarbeit mit dem BAG gemacht zu haben. Die meistgenannten sind hier **KOSTE, RADIX** und die Promotionsstelle des **SAH**. Die Arbeit dieser drei Beauftragten findet bei den verschiedenen Akteuren des Netzes, die mit ihnen zusammengearbeitet haben, hohe Anerkennung.

Die positiven Erfahrungen mit den wichtigsten Beauftragten können dem BAG zugute gehalten werden, denn es ist ihm offensichtlich gelungen, lokale Vertretungsstellen zu bilden und fähige Personen für seine Vertretung innerhalb des Netzes einzuschalten. Die beschriebenen Ergebnisse könnten auch eine Bestätigung dafür sein, dass die Interventionen, die mit Hilfe eines vor Ort befindlichen Beauftragten durchgeführt werden, auf das Einverständnis der dortigen Akteure treffen.

^f Diese Zahl gilt nur für die Personen, die an unserer Umfrage teilgenommen haben; allerdings muss berücksichtigt werden, dass eine bereits erfolgte Zusammenarbeit mit dem BAG ein Beteiligungsmotiv dargestellt haben kann.

Verbreitung (d.h. Nutzungsgrad und Bekanntheit) der vom BAG unterstützten Aktionen und der Leitideen seiner Interventionen

Der Verbreitungsgrad des Grossteils der vom BAG unterstützten Programme, Projekte und Produkte innerhalb des Netzes ist hoch. Im Bereich der **Prävention** ist festzustellen, dass das Programm bei **RADIX** und die **gesamtschweizerische Kampagne** von den Akteuren des Netzes weitgehend genutzt werden, aber auch bei denjenigen bekannt sind, die keinen Gebrauch von ihnen machen. Die **anderen** vom BAG unterstützten **nationalen Programme** erfahren eine gute, aber offensichtlich noch zu schwache Verbreitung, als dass man von Flächendeckung sprechen könnte. Eine weitere Informationskampagne, insbesondere in den öffentlichen Körperschaften, käme vor allem den Programmen und Projekten **ENGS, Voilà** und **Migranten Gesundheit** zugute.

Die hervorragenden Verbreitungsergebnisse von **KOSTE** und **Infoset Direct** im Bereich **Therapie** sind ein Hinweis dafür, dass das BAG am Aufbau zweier Projekte beteiligt gewesen ist, die weithin genutzt werden und gut bekannt sind. Dies gilt übrigens für die meisten vom BAG unterstützten Projekte und die entsprechenden Berichte in diesem Bereich. Die Informationsarbeit zu den Projekten **Fos** und **Sambad** könnte allerdings noch ausgebaut werden.

Die Ergebnisse im Bereich **Schadensverminderung** und **Überlebenshilfe** sind schwerer zu interpretieren, was in erster Linie auf die Verschiedenartigkeit der Akteure in diesem Bereich zurückzuführen ist. Festzuhalten sind allerdings die hervorragende Verbreitung (im Hinblick auf Nutzungsgrad und Bekanntheit) der **Flashbox** und des Ordners **HIV-Prävention in der Schweiz: Ziele, Strategien, Massnahmen**, ebenso die sehr gute Bekanntheit – unter den Nichtteilnehmern – der Projekte zur **Spritzenabgabe im Strafvollzug**. Nutzungs- und Bekanntheitsgrad der Promotionsstelle des **SAH** sind im Verhältnis dazu relativ gering, und zwar besonders bei den öffentlichen Körperschaften, die an der Meinungsumfrage teilgenommen haben. Dasselbe gilt für die **Harm Reduction Cards**. Diese beiden Projekte und Produkte sollten mit besonderer Aufmerksamkeit

unterstützt werden, wenn der Wunsch nach einer wirklich landesweiten Verbreitung besteht.

Die **Fort- und Weiterbildungslehrgänge** und die wichtigsten **Dokumente**, die vom BAG unterstützt bzw. veröffentlicht werden, geniessen eine bemerkenswerte Verbreitung; so gibt der Grossteil der befragten Personen an, von ihnen Gebrauch zu machen oder über sie unterrichtet zu sein. Diese ausgezeichnete Verbreitung hat möglicherweise dazu beigetragen, dass die Akteure der Suchthilfe in der Schweiz mehr und mehr gemeinsame Bezugspunkte haben, und dass bestimmte ideologische Debatten zunehmend in den Hintergrund treten, um pragmatischeren Überlegungen Platz zu machen. Überdies scheinen die Umfrageteilnehmer die in Broschüren und Berichten verbreiteten Informationen im Rahmen ihrer Arbeit direkt zu nutzen. Meistens ist ihnen auch das Vorhandensein verschiedener **eigenössischen Kommissionen** bekannt, in denen über Drogenprobleme diskutiert wird.

Die Umfrageteilnehmer sind über das Interventionskonzept des BAG in den Bereichen Prävention, Therapie, Schadensverminderung und Überlebenshilfe offensichtlich gut unterrichtet: Einerseits geben sie die Zielsetzungen des BAG korrekt an, andererseits stimmen die Aussagen unter den Umfrageteilnehmern aller Kategorien im grossen und ganzen überein. Das Interventionskonzept des BAG scheint unter den Umfrageteilnehmern also gut bekannt zu sein, und das Risiko von Missverständnissen ist gering. Anzumerken wäre jedoch, dass die Endziele der Intervention manchmal besser bekannt zu sein scheinen als die Methoden, die das BAG anstrebt, um sie zu erreichen. Dies gilt zum Beispiel für die Prävention.

Beurteilung der vom BAG unterstützten Aktionen und der Leitideen seiner Interventionen; gewünschte Prioritäten

Die Wirkung der **Aktionen** des BAG insgesamt gab kaum Anlass zu Kritik, ebenso wenig die **Auffassung** seiner Interventionen in den drei ihm obliegenden Arbeitsbereichen der Vier-Säulen-Politik. Laut Aussage der Umfrageteilnehmer üben die **Aktionen** des BAG vor allem auf die «soziale und politische Akzeptanz» der

Prävention, der Therapie, und der Schadensverminderung und Überlebenshilfe eine positive Wirkung aus. Was die Auffassung des BAG in diesen Bereichen betrifft, so wird sie vor allem als «realistisch» eingestuft. Für beide Fälle, also **Aktionen und Auffassung**, gilt, dass die Umfrageteilnehmer bei der Frage nach einer Beurteilung der Wirkungen der Intervention des BAG den «Nutzen für ihre eigene Arbeit oder ihre tägliche Praxis» etwas weniger hervorgehoben haben.

Die gewünschten Prioritäten sind je nach Arbeitsbereich der Umfrageteilnehmer unterschiedlich. In der **Prävention** soll das BAG für Koordination und Informationsverbreitung auf gesamtschweizerischer Ebene sorgen. Wie in den anderen Bereichen erwarten die Einrichtungen ebenfalls eine Politik der finanziellen Unterstützung. Qualitätssicherung wird dagegen auf Ebene der Prävention nicht als prioritäre Intervention genannt.

Anders im Bereich **Therapie**, wo als oberste Priorität die Entwicklung von Instrumenten zur Qualitätssicherung genannt wird. Hierauf folgt die klassische Differenzierung zwischen den öffentlichen Körperschaften, die mehr Koordination wünschen, und den Einrichtungen, die mehr Finanzmittel fordern. Die Verbreitung von Informationen wird dagegen derzeit nicht als prioritär angesehen.

Im Bereich **Schadensverminderung und Überlebenshilfe** ist die Situation unübersichtlicher. Hier bringen die Körperschaften den Wunsch zum Ausdruck, dass die gesamtschweizerische Koordination und die Entwicklung von Instrumenten zur Qualitätssicherung Priorität erhalten, während die Einrichtungen vor allem Informationsverbreitung wünschen.

Im Bereich **Aus- und Weiterbildung** bietet sich ein ähnliches Bild wie bei der Therapie. Demgegenüber erwarten die Umfrageteilnehmer, dass das BAG sich im Bereich **Forschung/Evaluation/Epidemiologie** zuerst für die gesamtschweizerische Koordination und die Finanzierung einsetzt. Im Bereich **Strafvollzug** fällt die Finanzierung, die nicht als prioritär beurteilt wird, hinter der Arbeit für Koordination und Qualität zurück. Im Bereich **Migranten** schliesslich sind nach Ansicht der Umfrageteilnehmer vermehrt Anstrengungen der Koordination und Informationsverbreitung notwendig.

Gesetzliche, politische und finanzielle Aspekte

Die Umfrageteilnehmer wurden gebeten, unter mehreren Gesetzgebungsszenarios dasjenige auszuwählen, das die Zustimmung der meisten Mitarbeiter in ihrer Verwaltung oder Einrichtung erhalten würde. Den Antworten ist zunächst einmal zu entnehmen, dass die gegenwärtige Gesetzgebung wenig Unterstützung erhält, dass es aber auch kein Szenario der **strafrechtlichen Verfolgung** oder der **Entkriminalisierung** gibt, welches eine mehrheitliche Zustimmung gewinnen würde. Immerhin erhält die Option **«Verbot des Drogenhandels und Entkriminalisierung des Drogenkonsums»** die meiste Zustimmung, und zwar sowohl in den öffentlichen Körperschaften als auch in den Einrichtungen. Festzuhalten ist ebenfalls, dass die Optionen **«Entkriminalisierung des Verkaufs und Konsums nur bei Cannabis»** oder **«Entkriminalisierung nur des Konsums von Cannabis»** eine relativ geringe Zustimmung erhielten. Dieses Ergebnis erklärt sich möglicherweise aus der Tatsache, dass die Option von Umfrageteilnehmern, die sie für übertrieben halten, ebenso abgelehnt wird wie von denjenigen, die sie als unzureichend erachten.

Was die drei im Fragebogen vorgeschlagenen Szenarios^f über allgemeine Gesetze zur Drogensucht betrifft, so erhielten sie nur in den Einrichtungen eine mehrheitliche Zustimmung. Überdies scheinen die Mitarbeiter hier verstärkt ein Gesetz zu befürworten, das den Konsum legaler wie auch illegaler Drogen betrifft. Die Mitarbeiter in den öffentlichen Körperschaften dagegen stimmen den vorgeschlagenen Szenarios nur teilweise zu.

^f 1. Ein Gesetz, das die Vier-Säulen-Politik des Bundes (Prävention, Therapie, Schadensverminderung und Überlebenshilfe, Repression) institutionalisieren und die Kantone zu ihrer Umsetzung zwingen würde. 2. Ein Gesetz zur Suchtprävention (legale und illegale Drogen), das die Kantone zwingen würde, entsprechende Massnahmen zu entwickeln. 3. Ein Gesetz über die Hilfe für Drogenabhängige (legale wie illegale Drogen), das die Kantone zwingen würde, die entsprechenden Mittel bereitzustellen.

Allgemein betrachtet, sind die beiden Kategorien der Umfrageteilnehmer (öffentliche Körperschaften und Einrichtungen) der Ansicht, dass die Interventionen des Bundes in den Bereichen **Prävention** und **Bekämpfung des Drogenhandels** unzureichend sind. Was die Interventionen in den Bereichen **Therapie** und **Schadensverminderung und Überlebenshilfe** betrifft, so werden sie nur von den Einrichtungen als unzureichend angesehen.

Die ideale Kostenverteilung für die Suchthilfe schliesslich wäre nach Ansicht der **Umfrageteilnehmer in den öffentlichen Körperschaften** die folgende: Kantone und Gemeinden übernehmen den Grossteil der Kosten für **Prävention** und **Schadensverminderung und Überlebenshilfe**, und die Krankenkasse und Sozialversicherungen übernehmen den Grossteil der **Therapiekosten**. Unterstützung durch den Bund wird hauptsächlich bei der **Prävention** (gewünschte Beteiligung des Bundes: 50% des gesamten Kostenaufwands) und der **Schadensverminderung und Überlebenshilfe** (gewünschte Beteiligung des Bundes: rund 25%) erwartet.

Schlussfolgerungen

- Die Anzahl der in direkter oder indirekter Zusammenarbeit erfolgten Projekte zwischen dem BAG und den Akteuren des Netzes ist beachtlich.
- Die Kompetenz der Mitarbeiter des BAG findet fast durchweg Anerkennung. Anlass zu Kritik dagegen gibt in manchen Fällen ihr Gespür für die lokalen Verhältnisse, sowie die Arbeitsorganisation des BAG (Verfügbarkeit der Mitarbeiter und administrativer Ablauf). Diese Kritik sollte nicht unbeachtet bleiben.
- Hinsichtlich der vom BAG unterstützten oder lancierten Projekte sind einige zu nennen, die eine hervorragende Verbreitung (Nutzungsgrad und Bekanntheit) erfahren haben: KOSTE, Infoset Direct, das RADIX übertragene Programm, die gesamtschweizerische Kampagne, die Fort- und Weiterbildungslehrgänge, die Flashbox sowie alle Berichte und Informationsbroschüren. Diese ausgezeichnete Verbreitung hat zweifelsohne stark dazu beigetragen, das nationale Netz für die Suchthilfe zu harmonisieren und auszubauen.
- Unter den landesweiten Projekten, die von den Akteuren des Netzes weniger genutzt werden und weniger bekannt sind, sind insbesondere die Promotionsstelle des SAH, die Harm Reduction Cards, das Programm Voilà, die Projekte Migranten Gesundheit und ENGS zu nennen.
- Die Akteure des Netzes kennen die Auffassung des BAG zur Verminderung von Drogenproblemen und stufen sie als pragmatisch und vielfältig ein.
- Die Akteure des Netzes haben insgesamt wenig Kritik anzumelden hinsichtlich der Aktionen, an denen das BAG beteiligt ist, oder hinsichtlich seiner Auffassung zur Verminderung von Drogenproblemen.
- Im Hinblick auf die Prioritäten innerhalb der Interventionen des BAG sehen die Wünsche der Akteure des Netzes in jedem Interventionsbereich anders aus. Festzuhalten ist jedoch, dass die gesamtschweizerische Koordination oft zu den erstgenannten Prioritäten gehört.
- Die Akteure des Netzes, insbesondere die Mitarbeiter der öffentlichen Körperschaften, sind sich nach eigener Aussage über den Inhalt der Revision des BetmG noch relativ unschlüssig. Klar ist dagegen, dass die sehr grosse Mehrheit der Akteure des Netzes mit der gegenwärtigen Gesetzgebung nicht zufrieden ist.
- Die öffentlichen Körperschaften und Einrichtungen sind gleichermassen der Ansicht, dass das Engagement des Bundes im Bereich Prävention und Bekämpfung des Drogenhandels nicht ausreicht.
- Und schliesslich erwarten die Umfrageteilnehmer der Körperschaften eine Unterstützung des Bundes vor allem in den Bereichen Prävention und Schadensverminderung und Überlebenshilfe. In anderen Bereichen sollten die Kosten ihrer Ansicht nach von den öffentlichen Körperschaften (Kantone und Gemeinden), der Krankenversicherung und den Sozialversicherungen getragen werden.

Empfehlungen

- Die Zusammenarbeit zwischen dem BAG und dem Netz sollte in demselben Umfang beibehalten werden wie bisher, denn die Partner sind offenbar mit ihr zufrieden, und die daraus entstehenden Aktionen erfreuen sich meist einer weiten Verbreitung.
- Die indirekte Zusammenarbeit über einen Beauftragten wird von den Partnern sehr geschätzt. Diese Art der Interaktionen sollte beibehalten werden, da sie die Möglichkeit bietet, die Entfernung zwischen den Akteuren zu verringern und mithin die lokalen Bedingungen, mit denen ein Partner konfrontiert ist, besser einzuschätzen.
- Um die Bedingungen seiner Zusammenarbeit mit den Akteuren des Netzes zu verbessern, hat das BAG vor allem die Möglichkeit, seine verwaltungstechnische Organisation sowie die Fähigkeiten seiner Mitarbeiter bei der Beurteilung lokaler Gegebenheiten zu entwickeln.
- Einige Projekte oder Produkte machen es notwendig, dass über die Gründe ihrer relativ geringen Verbreitung nachgedacht und der mangelnden Bekanntheit gegebenenfalls durch eine zusätzliche Informationskampagne abgeholfen wird.
- Die Programme, Projekte und Produkte, die weit verbreitet sind, dürfen nicht vernachlässigt werden, denn sie stellen beachtliche Hilfsmittel der Zusammenarbeit und des Informationsaustausches im Netz dar.
- Die von den Akteuren des Netzes vorgeschlagenen Prioritäten sollten vom BAG als Aufforderung genommen werden, über seine künftigen Interventionen nachzudenken, insbesondere über die Form, welche die landesweite Koordination in jedem Bereich der Suchthilfe annehmen sollte.
- Von den das BAG betreffenden Bereichen erscheint die Prävention als derjenige, der eine verstärkte Intervention benötigt und in dem eine stärkere finanzielle Beteiligung seitens der Eidgenossenschaft erwartet wird. Das BAG wäre gut beraten, wenn es den Erwartungen seiner Partner Folge leisten würde.

Bibliografische Referenzen

- ¹ Zobel F, Gervasoni JP, Jeannin A. *Enquête auprès des partenaires de l'OFSP dans le domaine de la toxicomanie (drogues illégales)*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1999 (Raisons de santé, 43).
- ² Bussmann W, Klöti U, and Knoepfel P, editors. *Politiques publiques: évaluation*. Paris: Economica; 1998: 327 p.
- ³ OFSP (Office fédéral de la santé publique). *Verzeichnis der Einrichtungen in der Suchthilfe = Répertoire des institutions œuvrant dans le domaine de la toxicomanie = Lista delle istituzioni nel campo delle tossicodipendenze*. Berne: OCFIM (Office central fédéral des imprimés et du matériel); 1996: 219 p.

Gesundheitliche Aspekte der Polizeiarbeit im Drogenbereich¹

Einführung

Im Rahmen des neuen Massnahmenpaketes des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme (MaPaDro) sieht das Bundesamt für Gesundheit (BAG) vor, die Zusammenarbeit der drei Säulen Prävention, Therapie, Schadensverminderung und Ueberlebenshilfe mit der vierten Säule Repression zu verstärken. Auf Bundesebene obliegt die Federführung für den Bereich der vierten Säule dem Bundesamt für Polizeiwesen (BAP).

Bisher war die vierte Säule nicht Gegenstand der Evaluationen des Bundesamtes für Gesundheit. Allerdings haben verschiedene Akteure dieses Bereiches, insbesondere die Polizei, im Rahmen ihrer Aufgaben regelmässigen und direkten Kontakt mit drogenkonsumierenden Personen^a. Die Arbeit der Polizei im Betäubungsmittelbereich hat Auswirkungen auf die Gesundheit von Drogenkonsumierenden; zwischen Polizeiarbeit und Sozial- oder Gesundheitsdiensten gibt es verschiedene Schnittstellen. Zwar ist heute an die Stelle der Polarisierung Polizei – Gesundheits- und Sozialbereich eine sich entwickelnde Zusammenarbeit getreten. Dennoch haben Polizei und Gesundheitsseite unterschiedliche Aufträge und Aufgaben – und damit auch eigenständige Rollen, die es zu definieren gilt.

Gegenstand der vorliegenden interdisziplinären Studie sind die rechtlichen Grundlagen der Polizeiarbeit sowie das Rollenverständnis der Polizei in bezug auf die Gesundheit von drogenkonsumierenden Personen, unter Berücksichtigung der allgemeinen polizeilichen Organisationsstrukturen.

Evaluationsfragen

- Welches sind die gesetzlichen Grundlagen und Dienstvorschriften, die das Verhalten der Polizei bezüglich der Gesundheitsprobleme der illegal drogenkonsumierenden Personen bestimmen?
- In welchem Masse besteht zwischen den verschiedenen gesetzlichen Grundlagen und den verschiedenen Dienstvorschriften Kohärenz?
- Welches sind die Unterschiede in den gesetzlichen Grundlagen und den Dienstvorschriften, soweit sie die Gesundheitsprobleme der drogenkonsumierenden Personen betreffen?
- Wie definiert die Polizei auf dem Hintergrund des generalpräventiven Auftrages ihre Rolle in bezug auf den Schutz der Gesundheit von drogenkonsumierenden Personen? Beabsichtigt sie, in diesem Sinne Massnahmen zu ergreifen?

Methodik

Um die oben genannten Evaluationsfragen beantworten zu können, wurden grundsätzlich zwei verschiedene methodische Vorgehen gewählt:

- die Analyse schriftlicher Informationsquellen in Form von Gesetzen, Verordnungen, Beschlüssen der Exekutive; Dienstbefehlen; Grundsatzpapieren; etc.;
- Interviews mit Schlüsselpersonen (Anhang 7a). Es wurde ein Leitfaden entwickelt, welcher in zwei Versionen zum Einsatz kam.

Auf nationaler Ebene wurden neben der Analyse der schriftlich vorliegenden Informationsquellen 7 Interviews mit Vertretern folgender Organisationen einbezogen (wobei einzelne Gesprächspartner mehrere Organisationen vertreten):

- Bundesamt für Polizeiwesen (BAP);
- Konferenz der Kantonalen Justiz- und Polizeidirektoren (KKJPD);
- Konferenz der Kantonalen Polizeikommandanten der Schweiz (KKPKS);
- Vereinigung der Schweizerischen Kriminalpolizeichefs (VSKC);

^a Mit *drogenkonsumierenden Personen/Drogenkonsumierenden oder Drogenkonsumentinnen und – konsumenten* werden in der vorliegenden Studie Personen bezeichnet, die illegal Betäubungsmittel konsumieren.

- Schweizerische Vereinigung Städtischer Polizeichefs (SVSP);
- Verband Schweizerischer Polizeibeamter (VSPB);
- Interdepartementale Arbeitsgruppe Drogen (IDAD);
- Nationaler Drogenausschuss (NDA);
- Eidgenössische Kommission für Drogenfragen (EKDF);
- Konferenz der Kantonalen Beauftragten für Suchtfragen (KKBS);
- Konferenz der Städtischen Beauftragten für Suchtfragen (SKBS);
- Drogenplattform des Schweizerischen Städteverbandes (DSSV).

Auf kantonaler und Gemeindeebene wurden 8 Städte und Kantone nach folgenden Kriterien ausgewählt:

- Vertretung der Landesteile;
- Grösse der Polizei;
- Liberale versus restriktive Orientierung in der Drogenpolitik;
- Städtische versus ländliche Gebiete.

Neben der Analyse von schriftlichen Informationen wurden mit den Polizeikommandi der folgenden Städte und Kantone insgesamt 8 Interviews geführt:

- Städte Basel, Bern und Zürich;
- Kantone Bern, Genf, St. Gallen, Waadt und Tessin.

Die insgesamt 15 Interviews dauerten zwischen 1 und 2 Stunden und fanden jeweils am Arbeitsort der betreffenden Gesprächspartner statt. Im Vorfeld wurde das Evaluationsprotokoll mit einem Begleitschreiben des Direktors des Bundesamtes für Polizeiwesen (im Anhang) den Polizeidirektorinnen und – direktoren sowie den Polizeikommandanten aller Kantone und der ausgewählten Städte zur Kenntnisnahme zugestellt.

Während der Erstellung des Berichtes wurden weitere Auskünfte telefonisch bei den Interviewpartnern eingeholt und insbesondere ein ausführliches Telefoninterview mit dem stellvertretenden Direktor des Schweizerischen Polizei-Instituts SPI in Neuenburg geführt. Im weiteren wurden neben den erhaltenen Unterlagen die kantonalen Gesetzessammlungen, das Bundesrecht und zu bestimmten Themen Bundesgerichtsentscheide und juristische Fachliteratur konsultiert.

Am 11. Mai 1999 wurden alle Gesprächspartner mit einem schriftlichen Berichtsentwurf bedient. Sie wurden gebeten, die Angaben insbesondere in bezug auf ihren jeweiligen Kanton oder die jeweilige Stadt auf sachliche Richtigkeit zu überprüfen. Die darauf erfolgten Rückmeldungen wurden im vorliegenden Bericht berücksichtigt. Am 12. Mai fand ein Feedback-Treffen mit einem Vertreter der Arbeitsgruppe Zusammenarbeit zwischen Polizei und Sozialarbeit im Drogen- und Aidsbereich (ZuPo) statt. Auch die Ergebnisse dieses Gesprächs flossen in den Bericht ein.

Ergebnisse: Kontext der Polizeiarbeit im Betäubungsmittelbereich

Strukturelle Ausgangslage

Die polizeiliche Tätigkeit ist grundsätzlich Sache der Kantone, also föderalistisch geregelt. Allerdings übt auch der Bund polizeiliche Tätigkeiten aus: So unterstützt er die Kantone bei der Bekämpfung der Kriminalität.

Die in der Studie näher untersuchten Kantone Basel-Stadt, Bern, Genf, St. Gallen, Waadt und Tessin haben alle ein eigenes Polizeigesetz, das die polizeilichen Aufgaben und Zuständigkeiten, insbesondere die Aufgabenteilung zwischen Kantonspolizei und Gemeindepolizei regelt.

Was die Organisation der Polizei im Betäubungsmittelbereich angeht, so führt der Bund bzw. das Bundesamt für Polizeiwesen die Zentralstelle für die Bekämpfung des unerlaubten Betäubungsmittelverkehrs, die Bund und Kantone unterstützt. Die Betäubungsmittelbekämpfung (mit Schwerpunkt Handel) ist bei den untersuchten Kantonen und Städten organisatorisch als eigene Einheit (Betäubungsmitteldezernat) in der Regel bei der Kriminalpolizei bzw. der Police de sûreté eingegliedert. Die Bildung offener Drogenszenen sowie der öffentliche Konsum und Handel wird in grossen Zentren zusätzlich durch Spezialeinheiten und/oder mit spezialisierten Polizeibeamtinnen und – beamten zu verhindern versucht.

Die Polizei ist auf nationaler Ebene in verschiedenen Zusammenschlüssen organisiert, die unter anderem auch Themen aus dem Betäubungsmittelbereich behandeln. Zudem ist die Polizei in Gremien vertreten, die in Zusammenhang mit der Betäubungsmittelabhängigkeit seitens des Gesundheits- und Sozialbereiches errichtet worden sind. Auf nationaler Ebene sind folgende Zusammenschlüsse der Polizei zu nennen: Konferenz der Kantonalen Justiz- und Polizeidirektoren KKJPD, Konferenz der kantonalen Polizeikommandanten der Schweiz KKPKS, Vereinigung der Schweizerischen Kriminalpolizeichefs VSKC, Schweizerische Vereinigung Städtischer Polizeichefs SVSP, Verband Schweizerischer Polizeibeamter VSPB; spezifische Arbeitsgruppen: Arbeitsgruppe Rauschgift, Arbeitsgruppe ZuPo (Zusammenarbeit zwischen Polizei und Sozialarbeit im Drogen- und Aidsbereich).

Die Grundausbildung der Polizeibamtinnen und – beamten wird entweder durch die (grösseren) Polizeikorps selber durchgeführt oder vom Schweizerischen Polizei-Institut SPI wahrgenommen. Das SPI ist eine von Bund, Kantonen und weiteren Organisationen getragene Stiftung; das Institut führt auch Weiterbildungskurse durch und stellt Lehrmittel her. Unter der Federführung der Arbeitsgruppe ZuPo wurde vom Bundesamt für Polizeiwesen, Bundesamt für Gesundheit und dem VSPB 1998 erstmals ein interdisziplinärer Kurs zur Zusammenarbeit zwischen Polizei und Sozialarbeit im Drogen- und Aidsbereich durchgeführt.

Gesundheitliche Probleme der drogenkonsumierenden Personen und Polizeiarbeit im Alltag

Personen, welche Drogen nur konsumieren, stehen nicht mehr im Mittelpunkt des polizeilichen Interesses, soweit es nicht gilt, den öffentlichen Konsum und die Bildung offener Drogenszenen zu verhindern. Alle Polizeibeamten und – beamtinnen können in Kontakt mit drogenkonsumierenden Personen kommen, in erster Linie im Rahmen der sicherheitspolizeilich motivierten Polizeitätigkeit (Patrouillien, Personenkontrollen, etc.), aber auch bei Strassenverkehrskontrollen oder bei polizeilichen Ermittlungen vor allem im Zusammenhang mit Diebstählen, Autoeinbrüchen, Tötlichkeiten und Tötungsdelikten. Dabei wird die

Polizei mit verschiedenen gesundheitlichen Problemen der Drogenkonsumierenden konfrontiert wie Entzugssymptome, Wundinfektionen, Ueberdosierungen, schlechter Allgemeinzustand, u.a.m.

Wie in andern Situationen auch leistet die Polizei wenn nötig erste Hilfe. Je nach Fall wird die Sanitätspolizei beigezogen. Im weiteren wird auf die medizinischsozialen Hilfsstellen aufmerksam gemacht. Die weiteren Massnahmen richten sich nach den drogenpolitischen Konzeptionen (wie die Verbringung von auswärtigen Drogenkonsumierenden ins Rückführungszentrum in Zürich).

In allen untersuchten Städten und Kantonen existiert eine institutionalisierte Zusammenarbeit zwischen der Polizei und dem Sozial und Gesundheitswesen, für den strategischen wie auch für den operativen Bereich.

Ergebnisse: Evaluationsfragen

Welches sind die gesetzlichen Grundlagen und Dienstvorschriften, die das Verhalten der Polizei bezüglich der Gesundheitsprobleme der illegal drogenkonsumierenden Personen bestimmen?

Wie jede Verwaltungsbehörde ist auch die Polizei bei der Erfüllung ihrer Aufgaben an die Verfassungsgrundsätze der Gesetzmässigkeit, des öffentlichen Interesses, der Verhältnismässigkeit, den Grundsatz von Treu und Glauben sowie der Rechtsgleichheit gebunden. Zusätzlich jedoch gibt es besondere polizeirechtliche Grundsätze: das Opportunitätsprinzip, das Störerprinzip und das Verursacherprinzip.

Das Opportunitätsprinzip gibt der Polizei einen Ermessensspielraum, ob und wie sie bei einer Gefahr für die öffentliche Sicherheit und Ordnung oder bei einer bereits eingetretenen Störung eingreift. Das Opportunitätsprinzip gilt nur im Rahmen der allgemeinen Gefahrenabwehr, nicht dagegen in der Strafverfolgung und beim spezialgesetzlichen Polizeigüterschutz. Sobald ein konkreter Rechtssatz verletzt ist, kommt der Polizei grundsätzlich kein Ermessen zu.

Im Zusammenhang mit dem Gesetzmässigkeits- oder Legalitätsprinzip ist die polizeiliche Generalklausel (oder allgemeine Polizeiklausel) zu nennen. Gestützt auf die polizeiliche Generalklausel kann die Polizei auch ohne besondere gesetzliche Grundlage Massnahmen treffen, um Störungen oder drohende Gefahren für die öffentliche Sicherheit und Ordnung zu beseitigen oder abzuwehren. Die polizeiliche Generalklausel ersetzt in den genannten Fällen die gesetzliche Grundlage; die Klausel ist subsidiärer Natur.

Das Handeln der Polizei war lange Zeit in Gesetzesform kaum geregelt. Erst nach 1980 sind in verschiedenen Kantonen allgemeine Polizeigesetze erlassen worden, die neben den Aufgaben und Zuständigkeiten auch die oben erwähnten Grundsätze festhalten. Genf kennt seit 1957 ein Polizeigesetz, das erste Polizeigesetz des Kantons Tessin datiert von 1893.

Spezifische materielle Gesetzesgrundlage für das polizeiliche Tätigwerden gegenüber Drogenkonsumentinnen und – konsumenten ist das Betäubungsmittelgesetz (BetmG), bzw. dessen Artikel 19ff mit den entsprechenden Strafbestimmungen für Widerhandlungen gegen das BetmG. Für die kriminalpolizeiliche Zentralstelle für die Bekämpfung des unerlaubten Betäubungsmittelverkehrs bzw. des zuständigen Bundesamtes für Polizeiwesen enthält Artikel 29 des BetmG die massgebliche Gesetzesgrundlage, in Verbindung mit dem Bundesgesetz über kriminalpolizeiliche Zentralstellen des Bundes und dessen Verordnung.

Neben dem BetmG als besonderer materieller Grundlage für den polizeilichen Auftrag im Betäubungsmittelbereich gelten für die Durchführung (das Wie) dieses Auftrages die oben erwähnten allgemeinen Verfassungsgrundsätze des Verwaltungshandelns mit den besonderen polizeirechtlichen Grundsätzen, aber auch die Bestimmungen der kantonalen Polizeigesetze sowie die Bestimmungen der kantonalen Strafverfahrensgesetze mit den dazu gehörenden Ausführungsverordnungen.

Wie bereits oben kurz ausgeführt, gilt das Opportunitätsprinzip in der Strafverfolgung nicht und damit auch nicht für die Polizeiarbeit im Betäubungsmittelbereich. Artikel 19a Ziffer 2 und 3 BetmG ist zwar eine (bundesstrafrechtliche) Bestimmung, die auf dem Opportunitätsprinzip beruht. Diese erlaubt jedoch nicht die Anwendung des Opportunitätsprinzipes auf Stufe Polizei. Denn die Einstellung eines Verfahrens macht einen formellen Entscheid der Staatsanwaltschaft oder einer richterlichen Behörde erforderlich.

Neben den rechtlichen Grundlagen auf Stufe Gesetze und Verordnungen des Bundes und der Kantone sowie den Verfassungsgrundsätzen für das Verwaltungshandeln sind auch im Betäubungsmittelbereich verwaltungsinterne Verwaltungsverordnungen (allgemeine Dienstanweisungen) und allenfalls Dienstbefehle (Dienstanweisung für den Einzelfall) Grundlagen der Polizeiarbeit im Alltag. Für die Polizeiarbeit sind nicht zuletzt auch Konzepte oder Grundsätze zur Drogenpolitik massgeblich.

Die Polizeiarbeit im Betäubungsmittelbereich hat direkte oder zumindest indirekte Auswirkungen auf die Gesundheit der drogenkonsumierenden Personen. Auswirkungen haben insbesondere folgende Bereiche bzw. die Regelung (und deren Umsetzung) für diese Bereiche: Nothilfe, medizinische Versorgung (bei Festnahmen/Polizeigewahrsam), Spritzenkonfiskation, Umgang mit der offenen Drogenszene, Verzeigungspraxis (Konsum und Kleinhandel), Zusammenarbeit Polizei – Gesundheits- und Sozialdienste.

Im Zusammenhang mit den genannten Bereichen finden sich insgesamt wenig Bestimmungen. Bezüglich der medizinischen Versorgung sind die kantonalen Strafprozessgesetze oder Gefängnisverordnungen zu nennen, die in der Regel Vorschriften über die medizinische Versorgung von festgenommenen oder verhafteten Personen enthalten. Erste Hilfe vor Ort hat die Polizei im Rahmen ihres allgemeinen Auftrages zu leisten. Die Frage der Spritzenkonfiskation wird durch allgemeine Dienst-anweisungen geregelt. Zur Zusammenarbeit Polizei – Gesundheits- und Sozialdienste gibt es Bestimmungen auf Gesetzesstufe wie auch in Grundsatzdokumenten oder Beschlüssen der Exekutive.

Offene Drogenszenen werden gemäss den erhaltenen Informationen grundsätzlich keine geduldet. Grundlage für das Einschreiten der Polizei ist der allgemeine polizeiliche Auftrag bzw. das Schutzgut der öffentlichen Ordnung und Sicherheit, gestützt auf die polizeiliche Generalklausel, soweit nicht die kantonalen Polizeigesetze entsprechende Bestimmungen enthalten. Für das Vorgehen der Polizei bestehen zudem konkrete Handlungsanweisungen auf Stufe Exekutive.

Was die Verzeigungspraxis angeht, so ist die Polizei verpflichtet, strafbare Handlungen, zu denen auch der Konsum zählt, zu verzeigen. Dementsprechend lauten auch die Dienstanweisungen, allerdings angesichts der beschränkten Mittel teilweise explizit mit Fokus auf bestimmte Gruppen oder Schwerpunkte.

In welchem Masse besteht zwischen den verschiedenen gesetzlichen Grundlagen und den verschiedenen Dienstvorschriften Kohärenz?

Soweit mit dieser Fragestellung das Verhältnis bzw. die Übereinstimmung der Verwaltungsverordnungen oder Dienstbefehle zu bzw. mit den gesetzlichen Grundlagen (als übergeordnetem Recht) angesprochen wird, ist folgendes festzuhalten (vgl. unten).

Die Polizei ist bei der Erfüllung ihrer Aufgaben an die oben erwähnten Verfassungsgrundsätze gebunden. Die Tätigkeit der Polizei bzw. die entsprechenden Dienstanweisungen oder Dienstbefehle dürfen nicht rechtswidrig sein (übergeordnetes Recht verletzen). Die Überprüfung der polizeilichen Tätigkeit im Betäubungsmittelbereich auf ihre Rechtmässigkeit hin ist jedoch nicht Gegenstand der vorliegenden Untersuchung.

Sofern die Fragestellung auf den Vergleich der kantonalen rechtlichen Grundlagen und Dienstanweisungen im Betäubungsmittelbereich in den untersuchten Kantonen und Städten abzielt, wird zu deren Beantwortung auf die vorangehenden sowie nachfolgenden Ausführungen verwiesen.

Welches sind die Unterschiede in den gesetzlichen Grundlagen und den Dienstvorschriften, soweit sie die Gesundheitsprobleme der drogenkonsumierenden Personen betreffen?

Zusammenfassend ist festzustellen, dass es in allen untersuchten Kantonen wenig rechtliche Grundlagen gibt, die für das Verhältnis Polizeiarbeit und Gesundheit drogenkonsumierender Personen herangezogen werden könnten. Auf Stufe kantonale Gesetze oder Verordnungen finden sich Regelungen zur medizinischen Versorgung von festgenommenen oder inhaftierten Personen, die entweder in den Strafrechtspflegegesetzen oder in den Gefängnisverordnungen der einzelnen Kantone enthalten sind und inhaltlich keine grossen Unterschiede aufzeigen. Nur zwei der untersuchten Kantone haben Bestimmungen auf Gesetzesstufe, die als Grundlage im Zusammenhang mit der offenen Drogenszene dienen.

Alle untersuchten Kantone oder Städte haben Dienstanweisungen erlassen auf Stufe Exekutive oder Polizeikommandant zum Betäubungsmittelbereich bzw. zum Umgang mit drogenkonsumierenden Personen, allerdings nur teilweise schriftlich. Hier sind gewisse inhaltliche Unterschiede festzustellen, insbesondere bezüglich Spritzenkonfiskation: Zwar wird in allen untersuchten Kantonen und Städten die Haltung vertreten, dass saubere Spritzen nicht konfisziert werden. Dementsprechend lauten auch die Dienstanweisungen. Mit Ausnahme der Kantone Genf und St. Gallen werden hingegen gebrauchte Spritzen abgenommen. In Basel-Stadt werden gebrauchte oder neue Spritzen nicht grundsätzlich konfisziert. Besonders hervorzuheben ist der von der Genfer Polizei praktizierte Spritzentausch.

Der Polizeiarbeit im Betäubungsmittelbereich liegen in einigen der untersuchten Kantone und Städte explizit drogenpolitische Gesamtkonzepte oder Grundsätze der Exekutive zugrunde. Im Zusammenhang mit der institutionalisierten Zusammenarbeit zwischen Polizei und Sozial- und Gesundheitsdiensten ist festzustellen, dass ein Sitz der Polizei in den von Gesetz oder Verordnung vorgesehenen Kommissionen zur Bekämpfung der Suchtmittelabhängigkeit in den entsprechenden Bestimmungen explizit nur im Kanton Genf und im Kanton Tessin vorgesehen ist.

Wie definiert die Polizei auf dem Hintergrund des generalpräventiven Auftrages ihre Rolle in bezug auf den Schutz der Gesundheit von drogenkonsumierenden Personen? Beabsichtigt sie, in diesem Sinne Massnahmen zu ergreifen?

Der Präventionsauftrag der Polizei bezieht sich in erster Linie auf die Verbrechensverhütung. Das Rechtsgut Gesundheit bei Drogenkonsumierenden wird nicht anders gehandhabt als bei der übrigen Bevölkerung. Alle Gesprächspartner sind sich darin einig, dass die primären Aufgaben der Polizei ordnungs- und sicherheitspolitischer Natur sind.

Es wird aber ebenso einhellig betont, dass diese klare Rollenteilung zwischen Polizei und Gesundheits- und Sozialbereich nur funktioniert, wenn gleichzeitig eine enge und gute Zusammenarbeit stattfindet. Diese Zusammenarbeit hat sich im Verlaufe der letzten Jahre weitgehend positiv entwickelt.

Gesamtergebnisse

Als **Hindernisse** für die Kooperation zwischen Polizei und Sozial- und Gesundheitsbereich werden von den Gesprächspartnern erwähnt:

- die Verunsicherung der Polizei in ihrer Rolle durch den gesellschaftlichen Wandel allgemein;
- die Tatsache, dass die drogenpolitische Entwicklung der gesetzgeberischen voraus ist. Verschiedentlich wird darauf hingewiesen, dass die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben Schwierigkeiten bietet und eine Revision des Betäubungsmittelgesetzes als dringend notwendig erachtet wird;
- das Gefälle zwischen Stadt und Land. Es wird geäußert, dass sich die Polizei auf dem Lande immer noch in einer Art Doppelfunktion befindet, als Vertreter des Gesetzes und als «Sozialarbeiter». Für eine klare Rollenteilung muss die nötige Infrastruktur im Sozial- und Gesundheitsbereich vorhanden sein, was in ländlichen Gegenden häufig nicht der Fall ist;
- das Fehlen eines 24-Stunden-Betriebes im Sozialbereich. Auch in Städten, wo die nötige Infrastruktur vorhanden ist, kann nicht jederzeit professionelle Hilfe aus dem Sozialbereich beigezogen werden, weil diese Institutionen nicht als 24-Stunden-Betriebe organisiert sind;

- der nur beschränkt mögliche Informationsaustausch. Wegen des Amtsgeheimnisses sowie dem Persönlichkeits- und Datenschutz ist der Informationsfluss zwischen Polizei und Sozial- und Gesundheitswesen nicht im gewünschten Ausmass möglich. Allerdings wird dem entgegengehalten, dass es eher um den Austausch über bestehende oder neu auftretende Phänomene in der Drogenszene geht und nicht um Einzelpersonen.

Als **förderlich** für die Zusammenarbeit werden von den Gesprächspartnern erwähnt:

- die Weiterbildung. Hier wird insbesondere auf den weiter vorne erwähnten ZuPoKurs hingewiesen, aber auch auf andere Möglichkeiten des Sich-gegenseitig-Kennenlernens (Besuch von Institutionen, gegenseitige Stages);
- Führungsschulung. Über die Schulung des Kaders wird eine Top-down-Strategie ermöglicht, d.h., dass damit das Wissen und die Einsichten der Führungsebene in bezug auf den Betäubungsmittelbereich an die Basis weitergegeben werden können;
- Leitbildentwicklung. Dadurch wird eine Klärung von Rolle und Funktion der Polizei gefördert, was die Orientierung der einzelnen Polizeibeamtinnen und -beamten erleichtert;
- Selektion Personal. Hier kann Wert darauf gelegt werden, dass Beamtinnen und Beamte gewählt werden, welche offen sind für den laufenden Umdenkprozess im Drogenbereich. Die zunehmend von Polizeibeamtinnen und -beamten geforderten sozialen Kompetenzen sind zudem nicht nur im Betäubungsmittelbereich von Nutzen;
- Information. Eine regelmässige und transparente Information (via Hauszeitungen, Personalzeitschriften etc.) über neue Entwicklungen im Betäubungsmittelbereich trägt dazu bei, den Sinn von Massnahmen und Veränderungen nachvollziehen zu können;
- die Politik muss auf die Leute von der «Front» hören und auch deren Bedürfnisse berücksichtigen, weil diese das Beschlossene umsetzen müssen. Dabei wird darauf hingewiesen, dass die hierarchischen Strukturen innerhalb der Polizei selbst ein Hinhören auf die Basis erschwert oder gar verunmöglicht.

Innerhalb der geforderten klaren Rollenteilung zwischen Polizei und Sozial- und Gesundheitswesen werden von den Gesprächspartnern aber durchwegs auch wirksame Beiträge der Polizei zur Prävention im Betäubungsmittelbereich gesehen. Ein indirekter Beitrag sind z.B. Frühinterventionen, welche den Einstieg in den Drogenkonsum oder die Fortsetzung der Drogenkarriere verhindern helfen, wie polizeiliche Präsenz in der Drogenszene, Verhinderung einer offenen Drogenszene, der Einsatz des fürsorglichen Freiheitsentzuges, die Mitarbeit in Vermittlungs- und Rückführungszentren, Gefährdungsmeldungen, Kampf gegen das organisierte Verbrechen und den organisierten illegalen Drogenhandel.

Als direkten Beitrag der Polizei zur Prävention im Betäubungsmittelbereich werden für den primärpräventiven Bereich Aufklärung und Öffentlichkeitsarbeit durch die Polizei genannt, und zwar mittels Broschüren und Lehrmittel, Weitergeben von Erfahrungswissen in Schulen, an Elternabenden, in der polizei-internen Aus- und Weiterbildung, bei der Verkehrsinstruktion. Im sekundär- oder tertiärpräventiven Bereich sind es das Mittragen von Einrichtungen wie Gassenzimmer, Tagesstrukturen oder der Heroinverschreibung als aktiver und direkter Beitrag zur Gesundheitserhaltung von Drogenkonsumierenden, sowie die Information von Drogenkonsumierenden über ärztliche und soziale Hilfsstellen, Interventionen in bezug auf die Fahrtüchtigkeit unter Drogenkonsum, Verhindern, dass schwer gesundheitsgefährdende oder gar tödliche Stoffe auf den Markt kommen oder der von der Genfer Polizei praktizierte Spritzentausch sowie das Basler-Modell in bezug auf jugendliche Folienraucherinnen und -raucher.

Empfehlungen

Gesetzgebung/Drogenpolitik

- Wie in den Interviews einhellig bestätigt worden ist, hat in den letzten Jahren eine rasante Entwicklung in der Drogenpolitik stattgefunden.
- Dem Umdenkprozess in der Drogenpolitik sollen entsprechende und klare gesetzliche Vorgaben folgen. Die bisherigen Bemühungen sollen weiter vorangetrieben und die entsprechenden Forderungen vom BAG gemeinsam mit Vertretern und Vertreterinnen der Polizei auf allen Ebenen und in der Öffentlichkeit kommuniziert werden.
- Dem Primat der Gesundheit gegenüber demjenigen der Strafverfolgung im Betäubungsmittelbereich muss Nachachtung verschafft werden. Eine entsprechende Stellungnahme des BAG zusammen mit den Entscheidenden der Säule Repression ist anzustreben und sowohl innerhalb der 4 Säulen wie auch in der Öffentlichkeit zu kommunizieren.

Zusammenarbeit

- Die Zusammenarbeit zwischen den Partnern der 4-Säulen-Politik, insbesondere zwischen der Säule Repression und den drei anderen Säulen hat sich in den letzten Jahren positiv entwickelt.
- Bei allen Projekten, Vorhaben, Massnahmen und Stellungnahmen, welche das BAG initiiert oder mitträgt und -gestaltet, soll geprüft werden, wo, wie und in welchem Ausmass die Säule Repression miteinbezogen werden kann oder muss. Diese Forderung soll als Bestandteil der Qualitätssicherung und -entwicklung gemäss MaPaDro umgesetzt werden.

- Die Arbeitsgruppe ZuPo soll in geeigneter Form unterstützt und in ihren Bemühungen gestärkt werden.
- Das BAG soll in Zusammenarbeit mit Institutionen des Sozial- und Gesundheitsbereichs prüfen, ob und wie ein 24-Stunden-Betrieb im Sozialbereich – analog dem Polizeidienst – gestaltet werden kann. Ein Pilotversuch könnte hier Aufschluss geben.

Aus- und Weiterbildung

- Eine Möglichkeit, Vorurteile abzubauen, Verständnis für die jeweiligen Aufgaben der 4 Säulen zu fördern und die Zusammenarbeit voranzutreiben, zeigen die bereits bestehenden Bemühungen in der Aus- und Weiterbildung.
- Gemeinsame Weiterbildungen der Fachleute aus dem Polizei- und dem Sozial- und Gesundheitsbereich, wie der Pilot-Kurs des BAP und des BAG sowie weiterer Institutionen 1998 in Bern, sollen in allen Regionen der Schweiz in regelmässigen zeitlichen Abständen durchgeführt werden.
- Impulstagungen, wie sie von BAP, BAG und KKBS in allen Regionen der Schweiz für die Polizei und den Sozial- und Gesundheitsbereich gemeinsam durchgeführt wurden, sollen institutionalisiert werden. Dem Erfahrungsaustausch und der Vorstellung von neuen Vorgehensweisen und beispielhaften Modellen muss dabei entsprechend Raum gegeben werden. Ziel soll unter anderem der Aufbau einer Sammlung von «good practices» sein, welche dann in den Kantonen und Städten verbreitet und umgesetzt werden können.
- Das BAG soll in Kontakt und in enger Zusammenarbeit insbesondere mit dem Schweizerischen Polizei-Institut, der Arbeitsgruppe ZuPo und der KKJPD ein Konzept zur Aus- und Weiterbildung von Polizeibeamtinnen und -beamten im Betäubungsmittelbereich entwickeln. Der Kader-Ausbildung soll dabei

vorrangige Beachtung geschenkt werden. Diese Bemühungen sollen mit der bereits bestehenden Konzeption der Aus- und Weiterbildung von Suchtfachleuten koordiniert werden.

Information

- Die sachliche und möglichst objektive Information über laufende Entwicklungen in der Drogenpolitik und im Betäubungsmittelbereich hat einen sehr hohen Stellenwert.
- Das BAG soll in seiner Informationspolitik im Betäubungsmittelbereich aktiv die Mitarbeit und das Mittragen der Säule Repression suchen.
- Das BAG soll das Informationsblatt spectra allen Polizeibeamtinnen und -beamten, welche im Betäubungsmittelbereich tätig sind, zukommen lassen.
- In ausgewählten Informationsorganen der 4 Säulen sollen Gastkolumnen von Vertreterinnen und Vertretern der jeweils anderen Säulen geschaffen werden.

Gesundheitsförderung innerhalb der Polizei

- Die Belastungen von Polizeibeamtinnen und -beamten sind gross. Insbesondere im Betäubungsmittelbereich sind sie häufig mit grossem menschlichen Elend, konflikthaften und gefährlichen Situationen, Gewalt und damit einhergehenden Rollenkonflikten konfrontiert.
- Das BAG soll in Zusammenarbeit mit den zuständigen Aus- und Weiterbildungsinstituten der Polizei und dem SVPB Massnahmen prüfen, wählen und umsetzen, welche die Gesundheit der Polizeibeamtinnen und -beamten schützen und fördern helfen.

Bibliografische Referenzen

- ¹ Ernst ML, Aeschbacher M. *Gesundheitliche Aspekte der Polizeiarbeit im Drogenbereich*. Lausanne: Institut de médecine sociale et préventive. (Raisons de santé 1999, 37a).
- ² Bundesgesetz vom 3. Oktober 1951 über die Betäubungsmittel und die psychotropen Stoffe (Betäubungsmittelgesetz, BetmG; SR 812.121).

Epidemiologische Bestandsaufnahme des Drogenkonsums in der Schweiz

Verfügbare Daten

Die Ziele, die der Bundesrat im Rahmen seines Massnahmenpakets zur Verminderung der Drogenprobleme formuliert hat, machen deutlich, dass eine Senkung der Anzahl schwerabhängiger Drogenkonsumierender angestrebt wird. Eine solche Zielformulierung legt die Vermutung nahe, dass die epidemiologische Situation des Konsums illegaler Drogen in der Schweiz gut bekannt ist. Dies trifft mit Sicherheit nicht zu – auch wenn sich die verfügbaren Daten in den letzten Jahren quantitativ und qualitativ gebessert haben.

Um das Ausmass der Probleme des Drogenkonsums bestimmen zu können, verwenden wir zwei Arten von Indikatoren, deren Vorteile und Grenzen wir nachstehend erläutern. Vorab sei jedoch bemerkt, dass diese Indikatoren meist nur unvollständig über die Ergebnisse der durchgeführten Aktionen informieren, denn:

- die Endergebnisse, z.B. im Hinblick auf das Konsumverhalten oder den Grad der sozialen Integration der Zielgruppen, sind oft auf das Zusammenwirken verschiedener Einflüsse zurückzuführen. Diese können nicht allein den Aktionen des BAG zugeschrieben werden, sondern resultieren auch aus den Bemühungen anderer Akteure;
- die Ergebnisse werden auch durch andere aktive Prozesse beeinflusst, z.B. die Wirtschaftslage, den Drogenmarkt, die strafrechtliche Verfolgung usw.

Zur Verfügung stehen uns **direkte Indikatoren für den Drogenkonsum** (Prävalenz des Konsums im bisherigen Lebensverlauf der Befragten, in den letzten 12 Monaten, im letzten Monat usw.), die durch Umfragen in der Gesamtbevölkerung gesammelt wurden. Sie sind allerdings nur begrenzt zuverlässig (besonders hinsichtlich der geschätzten Konsummenge), denn einerseits tritt das untersuchte Phänomen nur selten auf, und andererseits erweist sich die Richtigkeit der Antworten angesichts der Tatsache, dass es hier um illegale Substanzen geht, als problematisch. Ausserdem werden die Personen, die von den Suchtproblemen am meisten betroffen sind und damit die eigentliche Zielgruppe der Bundesmassnahmen bilden, von solchen Erhebungen oft gar nicht erst erfasst. Glaubwürdig sind jedoch die sich abzeichnenden Tendenzen, denn die Bedingungen für das Sammeln von Daten bleiben bei jeder Umfrage gleich.

Es gibt auch Indikatoren, die nicht direkt den Konsum messen, sondern nur die damit einhergehenden Phänomene oder Verhaltensweisen. Diese **indirekten Indikatoren** geben auch Aufschluss über das **Ausmass und den Schweregrad der Folgen des Drogenkonsums**. Sie sind der indirekte Ausdruck der Problematik und stellen Trendhinweise dar, gestatten jedoch keine reelle Quantifizierung der Drogensüchtigen. Einige indirekte Indikatoren liefern Auskünfte über den **Schweregrad** der Probleme des Drogenkonsums, ebenso über seine längerfristige Entwicklung. Die indirekten Indikatoren, die hier berücksichtigt werden, sind:

- Anzahl der Todesfälle;
- Indikatoren der Strafverfolgung (Anzahl der Strafanzeigen und Verurteilungen);
- soziale Lage der Drogenkonsumierenden: Wohn- und Arbeitsbedingungen, Kontakte mit dem Polizeiparagrafen;
- Gesundheitszustand, gesundheitsgefährdendes Risikoverhalten, vor allem im Hinblick auf HIV und Hepatitis, Alter bei erstmaliger Aufnahme einer Behandlung;
- Intensität sowie Art und Weise des Konsums harter Drogen einschliesslich des Mehrfachkonsums;
- Konsum legaler Drogen (Tabak, Alkohol) unter Jugendlichen.

Tabelle 8a

Entwicklung des Lebenszeit-Konsums illegaler Drogen bei 15-jährigen Jugendlichen im 9. Schuljahr (als Prozentsatz der Schüler).

Quelle: SFA^a

Substanz	1986			1994			1998		
	Jungen n = 418	Mädchen n = 510	Alle n = 928	Jungen n = 608	Mädchen n = 675	Alle n = 1283	Jungen n = 901	Mädchen n = 1035	Alle n = 1936
Cannabis	9,7	7,1	8,4	20,5	15,8	18,2	35,6	25,7	30,8
Klebstoffe	9,8	7,1	8,5	8,0	6,6	7,3	7,7	7,7	7,7
Opiate	0,6	0,1	0,4	2,0	1,4	1,7	0,6	0,3	0,5
Kokain	1,4	0,8	1,1	0,4	0,7	0,6	1,1	1,5	1,3
Amphetamine	0,8	2,3	1,5	10,3	5,6	8,0	2,3	3,8	3,0
Ecstasy	-	-	-	2,1	0,6	1,4	1,0	1,6	1,3
Pilze	-	-	-	-	-	-	3,4	3,5	3,5
LSD	0,7	1,1	0,9	-	-	-	1,1	1,5	1,3
Andere	1,6	0,9	1,3	6,2	2,0	4,2	3,4	1,9	2,7

Hinweis: Im Anhang 8a befindet sich eine Kopie dieser Tabelle mit Konfidenzintervallen.

Direkte Indikatoren für den Drogenkonsum

Konsum illegaler Drogen bei 15-jährigen

Befragungen der SFA unter jungen Leuten liefern Aufschlüsse über den Entwicklungsverlauf des Konsums illegaler Drogen bei den Heranwachsenden. Die Bezugsgruppe dieser Untersuchung besteht aus 15-jährigen Jugendlichen im 9. Schuljahr, deren Konsum über den ganzen bisherigen Lebenszeitraum gemessen wurde^a (Tabelle 8a).

Der Anteil Drogenkonsumierender unter den Jugendlichen erweist sich bei allen Substanzen ausser Cannabis als sehr stabil. Überdies bestehen keine systematischen Abweichungen zwischen Mädchen und Jungen hinsichtlich der Konsummenge und der Entwicklung ihres Drogenkonsums. Das Einstiegsalter für den Drogenkonsum scheint nicht gesunken zu sein.

Cannabis ist die einzige illegale Droge, deren Konsum zwischen 1986 und 1998 stark zugenommen hat: Der globale Anteil der Konsumierenden ist in diesem Zeitraum von 8,4% auf 30,8% gestiegen. Die Zunahme war bei beiden Geschlechtern

erheblich, bei den Jungen jedoch noch stärker. Die Abweichung zwischen Jungen und Mädchen ist von 2,6% (1986) über 4,7% (1994) auf 9,9% (1998) angestiegen. Ebenso fällt auf, dass die Bereitschaft, Drogen zu nehmen, grösser geworden ist («Ja» oder «Vielleicht»): Lag sie 1986 noch bei 12,9%, so ist sie 1998 auf 30,2% angestiegen (ohne erhebliche Abweichung zwischen Jungen und Mädchen).

Tabelle 8b gibt Aufschluss über die Prävalenz des Lebenszeit-Konsums bestimmter Substanzen unter Schülern von 15 bis 16 Jahren in verschiedenen europäischen Ländern. Beim Konsum von Cannabis liegt die Schweiz neben den Niederlanden und Grossbritannien vorn. Bei allen anderen berücksichtigten Substanzen liegt sie ungefähr in der Mitte (besonders bei Klebstoffen) oder eher in der unteren Hälfte der Konsumhäufigkeit.

Entwicklung des Konsums illegaler Drogen in der Bevölkerung zwischen 17 und 45 Jahren

Anhand der verfügbaren Daten kann die Entwicklung des Lebenszeit-Konsums illegaler Drogen in der Gesamtbevölkerung zwischen 17 und 45 Jahren über einen langen Zeitraum verfolgt werden: von 1987 bis 1997 (Abbildung 8a und Anhang 8b).

^a Konsum mindestens einmal im Leben: Lebenszeit-Konsum (Anhang 1a).

Tabelle 8b

Lebenszeit-Konsum bestimmter illegaler Drogen unter 15- bis 16-jährigen Schülern in verschiedenen europäischen Ländern (als Prozentsatz der Schüler). Quelle: EMCDDA 1998²

Substanz	Österreich 1994	Dänemark 1996	Frankreich 1993	Italien 1995	Niederlande 1996	Gss-Britannien 1995	Schweiz ^a 1998
Cannabis	9,5	18,0	11,9	19,0	31,1	41,0	30,8
Klebstoffe	n.a.	6,0	5,5	8,0	n.a.	20,0	7,7
Opiate	n.a.	2,0	0,8	2,0	1,3	2,0	0,5
Kokain	2,0	0,5	1,1	3,0	4,3	3,0	1,3
Amphetamine	n.a.	1,9	2,5	3,0	7,8	13,0	3,0
Ecstasy	n.a.	0,5	n.a.	4,0	8,1	8,0	1,3
LSD	n.a.	0,4	1,5	5,0	n.a.	14,0	1,3

^a Hinweis: Für die Schweiz: 15-jährige Schüler im 9. Schuljahr (Daten: SFA).

Zwischen 1994 und 1997 ist der Anteil der Konsumenten und Konsumentinnen weicher Drogen bei den 17- bis 30-Jährigen von 22% auf 33% und bei den 31- bis 45-Jährigen von 15% auf 22% gestiegen. Der Anteil der Konsumenten harter Drogen ist dieser Entwicklung nicht gefolgt, sondern blieb insgesamt stabil, d.h. zwischen 2% und 4% bei den Jüngeren und rund 2% bei den Älteren. Auch der Anteil der Injizierenden ist stabil geblieben und hielt sich konstant unter 2% (sowohl über den ganzen Lebenszeitraum als auch über die letzten 12 oder 6 Monate vor der Befragung).

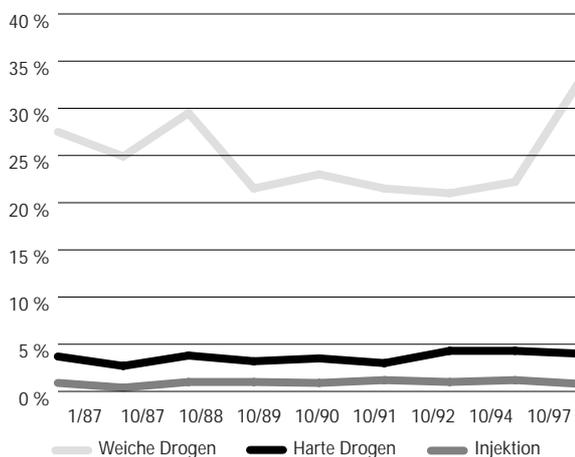
Der Konsum harter Drogen, meist Heroin und Kokain, fluktuierte bei den Jugendlichen zwischen 17 und 20 Jahren ohne klare Tendenz innerhalb eines engen Bereichs: 1,3% im Jahr 1987, 4,1% im Jahr 1997. Der Anteil der Personen, die schon einmal Drogen injiziert haben, lag nie höher als 1%; 1997 betrug er 0,2%.

Auch der Konsum weicher Drogen fluktuierte zunächst ohne erkennbare Tendenz in einem Bereich zwischen 18% und 27%: 1987 waren es 27,4%, 1994 waren es 21,6%. Bis 1997 stieg er jedoch auf 34,7% an, was eine deutliche Zunahme gegenüber 1994 bedeutet.

Abbildung 8a

Entwicklung des Lebenszeit-Konsums weicher und harter Drogen sowie der Injektion von Drogen in der Schweizer Bevölkerung (17- bis 30-Jährige) zwischen 1987 und 1997 (in Prozent, mit Konfidenzintervallen von 95%).

Quelle: Umfragen IUMSP



Indirekte Indikatoren für den Drogenkonsum

Indikatoren der Strafverfolgung: Entwicklung der Strafanzeigen wegen illegalen Drogenkonsums

Je nach Substanz zeichnet sich eine andere Tendenz ab: Während sich die Strafanzeigen wegen Cannabis- und Kokainkonsums mehren, gehen sie beim Konsum von Heroin seit 1994 zurück (Abbildung 8b). Ist daraus zu schliessen, dass die Anzahl der Drogenkonsumentierenden steigt? Man mag dies bezweifeln, denn wenn Erstanzeigen und Wiederholungsanzeigen getrennt behandelt werden, so zeigt sich, dass nur die letzteren zunehmen, während die ersteren eher stagnieren oder gar zurückgehen (Abbildung 8c).

Abbildung 8b

Entwicklung der Anzahl von Strafanzeigen wegen Drogenkonsums zwischen 1974 und 1998, nach Substanz. Quelle: BAP

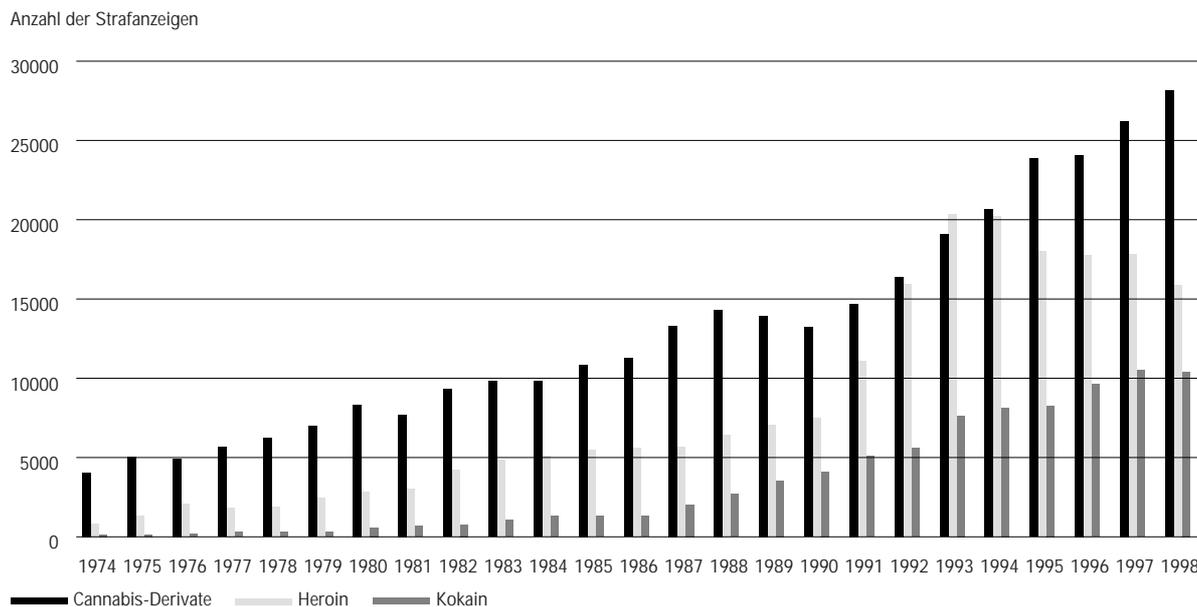
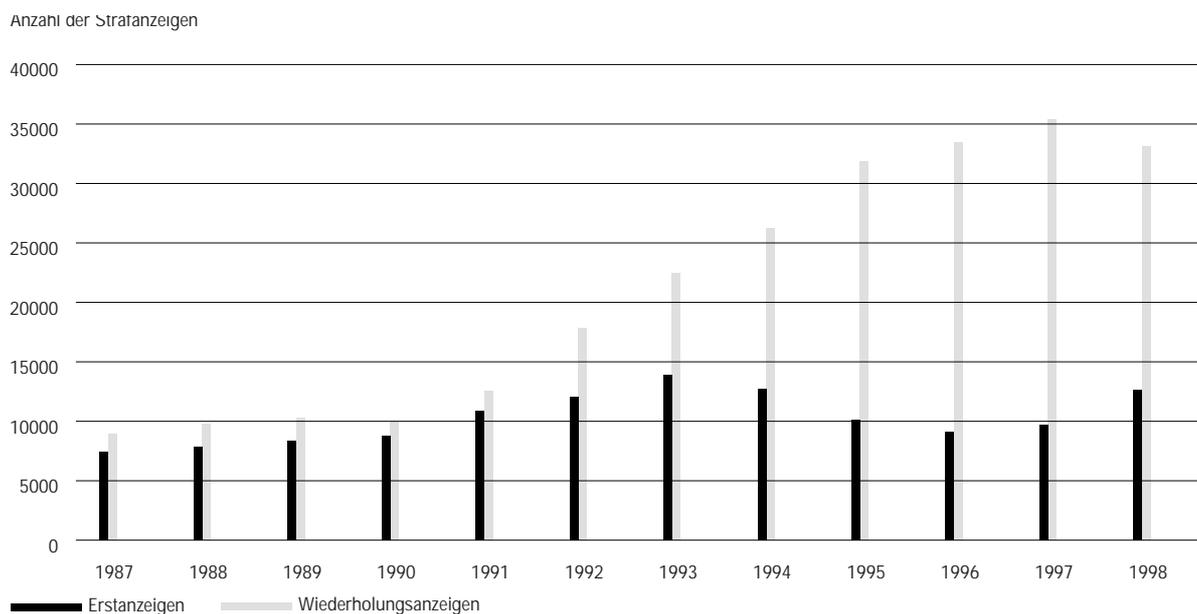


Abbildung 8c

Entwicklung der Erstanzeigen^a wegen Drogenkonsums sowie der Wiederholungsanzeigen im Rahmen von Vergehen gegen das BetmG, 1987-1998. Quelle: BAP



^a Alle Substanzen

Drogenbedingte Todesfälle

Die Anzahl drogenbedingter Todesfälle ist bis 1992 angestiegen (Höchstzahl: 419), sank dann aber deutlich ab und fiel bis 1998 auf 210 Fälle (Abbildung 8d). Die aidsbedingten Todesfälle mit intravenöser Injektion als vermutetem Infektionsweg sind einer parallelen Entwicklung gefolgt: schnelle Zunahme bis zur Höchstzahl 318 im Jahr 1994, dann starker Abfall bis auf 50 Fälle für das Jahr 1998 (infolge von Meldungsverzögerungen muss diese Zahl möglicherweise nach oben korrigiert werden). Damit ist die Gesamtzahl drogenbedingter Todesfälle seit ihrem Höhepunkt von 717 Fällen im Jahr 1994 in den letzten vier Jahren um 64 % gesunken (260 im Jahr 1998).

Die Entwicklung der Todesfälle in anderen europäischen Ländern wird in Anhang 8d aufgeführt.

Tabak- und Alkoholkonsum

Der Tabak- und Alkoholkonsum hat unter jungen Leuten zwischen 1986 und 1998 deutlich zugenommen. So ist der Anteil jugendlicher Schüler, die mit 15 Jahren schon Tabak geraucht haben, von 53% auf 67% gestiegen. Diese Proportionen weichen zwischen Jungen und Mädchen kaum voneinander ab und entwickeln sich parallel (Tabelle 8c). 43% der jungen Menschen zwischen 15 bis 24 Jahren erklärten 1997, dass sie rauchten, wohingegen dies 1992 nur bei 31% der Fall gewesen war. Dafür ist der Anteil der starken Raucher, die als süchtig gelten können (mehr als ein Päckchen am Tag), identisch geblieben (10%).

Abbildung 8d

Entwicklung der Anzahl drogenbedingter Todesfälle zwischen 1974 und 1998 sowie der aidsbedingten Todesfälle mit intravenöser Injektion als vermutetem Übertragungsweg zwischen 1985 und 1998. Quellen: BAP und BAG

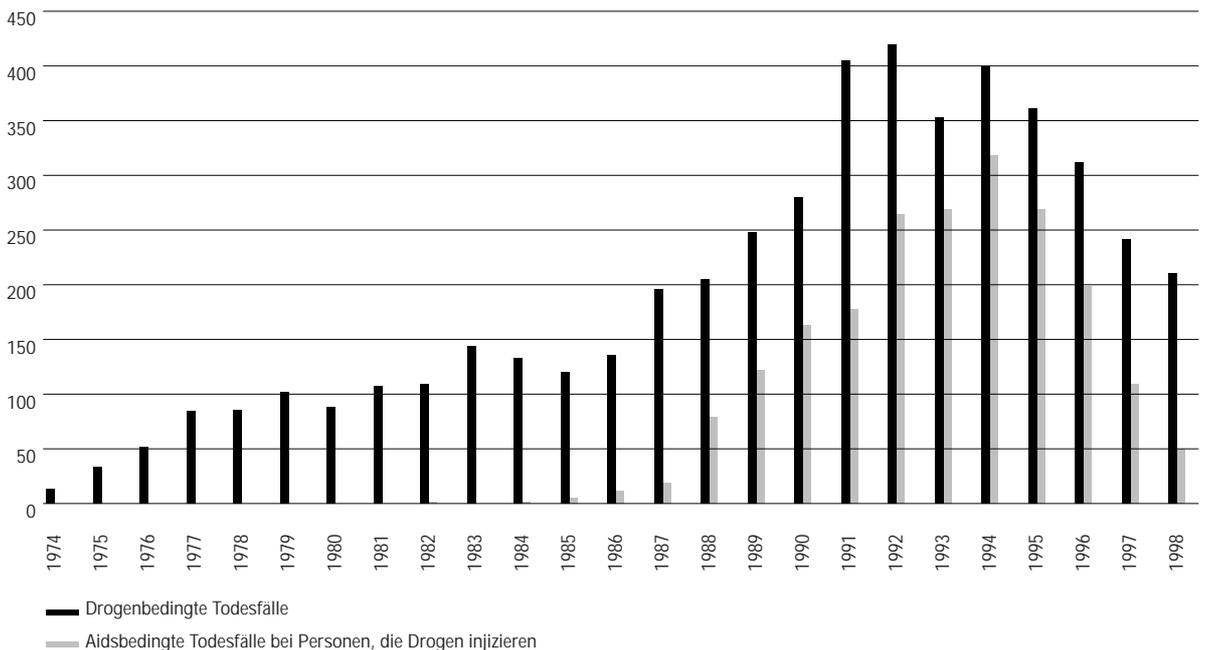


Tabelle 8c

**Entwicklung des Alkohol- und Tabakkonsums unter 15jährigen Jugendlichen im 9. Schuljahr
(in Prozent, mit Konfidenzintervallen von 95%). Quelle: SFA**

Substanz	1986			1994			1998		
	Jungen n = 446	Mädchen n = 555	Alle n = 1001	Jungen n = 662	Mädchen n = 740	Alle n = 1402	Jungen n = 857	Mädchen n = 998	Alle n = 1855
Schon Alkohol getrunken ^a	84,4 ± 3,4	79,7 ± 3,4	82,1 ± 2,4	89,7 ± 2,3	85,7 ± 2,5	87,8 ± 1,7	88,7 ± 2,1	87,6 ± 2,0	88,2 ± 1,5
Täglicher Konsum von Alkohol	4,6 ± 2,0	1,2 ± 0,9	3,0 ± 1,1	5,4 ± 1,7	0,6 0,1-1,4	3,1 ± 0,9	2,7 ± 1,1	0,6 0,2-1,3	1,7 ± 0,6
Rauschzustand ^a	32,2 ± 4,3	19,8 ± 3,3	26,2 ± 2,7	37,7 ± 3,7	27,5 ± 3,2	32,7 ± 2,5	43,9 ± 3,3	33,2 ± 2,9	38,8 ± 2,2
Schon Tabak geraucht ^a	54,9 ± 4,6	51,1 ± 4,2	53,1 ± 3,1	62,7 ± 3,7	56,2 ± 3,6	59,5 ± 2,6	69,9 ± 3,1	64,1 ± 3,0	67,1 ± 2,1

Hinweis: Die Konfidenzintervalle wurden mit Hilfe normaler Approximation errechnet (bei Proportionen unter 1% mit Hilfe der exakten Binominalmethode)

^a Une fois au moins durant la vie.

Der Alkoholkonsum ist einem differenzierten Entwicklungsverlauf gefolgt (Tabelle 8c). Fast alle Jugendlichen (1998: 88%) haben mit 15 Jahren schon einmal Alkohol getrunken. Zwar ist der Anteil der täglichen Alkoholkonsumenten zwischen 1986 und 1998 stabil geblieben (2% bis 3%), aber derjenige der Jugendlichen, die schon einmal einen Rauschzustand erlebt haben, ist in diesem Zeitraum von 26% auf 39% gestiegen.

Sowohl bei Tabak als auch bei Alkohol ist vor allem eine Zunahme des Probiervhaltens, bei letzterem auch des Exzessverhaltens zu beobachten. Dagegen ist die Häufigkeit (möglicher) Abhängigkeit in dieser Altersgruppe stabil geblieben.

Weitere Indikatoren für den Schweregrad der Folgen des Drogenkonsums, gesammelt in Umfragen unter Drogenkonsumierenden

Dieses Kapitel befasst sich mit bestimmten Indikatoren, die Aufschlüsse über die Entwicklung des Schweregrads des Drogenkonsums bzw. Informationen über einige seiner Konsequenzen liefern: soziale Integration, Konsum, Kontakte mit dem Polizeiapparat, gesundheitsgefährdendes Risikoverhalten (HIV/Hepatitis).

Diese Informationen stammen im wesentlichen aus Befragungen^{4, 5}, die 1993, 1994 und 1996 unter den Besuchern niedrigschwelliger Anlaufstellen der HIV/Aids-Prävention in der Schweiz geführt worden sind. In den Trendanalysen werden nur die niedrigschwelligen Anlaufstellen der Städte berücksichtigt, die sich an allen drei Umfragen beteiligt haben, d.h. neun auf sieben Städte^b verteilte Zentren. Die Untersuchungsgruppen der drei Umfragejahre zählten 1019 Personen für das Jahr 1993, 764 für 1994 und 661 für 1996.

Zusätzlichen Aufschluss bringen die Daten weiterer Untersuchungen in der Schweiz und im Ausland.

Soziodemographische Merkmale und soziale Integration der Drogenkonsumierenden

Die Besucher der niedrigschwelliger Anlaufstellen – d.h. vor allem Menschen, die schon lange Drogen konsumieren – werden immer älter. Zwischen 1993 und 1996 ist das Durchschnittsalter dieser Drogenkonsumierenden von 26,6 auf 28,6 Jahre gestiegen. Zudem ist der Anteil der Personen, die vor weniger als zwei Jahren erstmals Drogen injiziert haben, stark gesunken:

^b Bern, Solothurn, Olten, Basel, St. Gallen, Genf, Luzern.

von 31 % auf 14 %. Diese – allgemeine – Tendenz ist auch in den Statistiken über die erstmalige Aufnahme einer ambulanten oder stationären Behandlung anzutreffen (Anhang 8c). Dieser Indikator spiegelt somit eine Senkung der Anzahl (neuer) Drogenkonsumierender wider, und auf jedem Fall einen Rückgang der Heroinkonsumenten und -konsumentinnen.

Die Anzahl der nicht sesshaften Drogenkonsumierenden geht ebenfalls zurück: 1994 lag sie bei 14 %, bis 1996 sank sie auf 8 %. Die Anzahl der Personen die an eine Sozialversicherung (Invalidenrente, Arbeitslosenversicherung) Zugang haben ist gestiegen (1993: 8 %, 1996: 25 %), des gleichen die Anzahl von Sozialhilfeempfängern (1993: 24 %, 1996: 34 %). Der Anteil nicht erwerbstätiger Personen ist im Zeitraum dieser Umfragen stabil geblieben (rund 50 %).

Arten des Drogenkonsums

Der Mehrfach-Drogenkonsum (Heroin und Kokain) nimmt gegenwärtig zu. Die meisten Besucher niedrigschwelliger Anlaufstellen spritzen sich die Drogen ein: 85 % bis 86 % hatten in den sechs Monaten vor den Befragungen Drogen injiziert. Drei Viertel von ihnen hatten in den vorangegangenen 30 Tagen Heroin und Kokain genommen, und zwar getrennt oder zusammen (Cocktail). Heroin wird jedoch am regelmässigsten konsumiert: von mehr als zwei Dritteln der Besucher mehrmals wöchentlich (1993: 64 %, 1996: 69 %). Der regelmässige Kokainkonsum ist gestiegen: 1996 nahmen 32 % der Besucher Kokain, während es 1993 noch 24 % gewesen waren. Der regelmässige Konsum von Cocktail schliesslich hat sich mehr als verdoppelt: 1993 lag er bei 17 %, 1996 bei 36 %.

Die starke Zunahme des Kokainkonsums ist besorgniserregend: durch häufigere Injektionen, Stress und zwanghafte Verhaltensweisen, die diese Art des Konsums mit sich bringt, besteht die Gefahr, dass sich die Risiken einer Übertragung von HIV/Aids und Hepatitis künftig erhöhen können.

Die niedrigschwellige Anlaufstellen werden auch von Drogenkonsumierenden aufgesucht, die sich bereits in Behandlung befinden. 1993 waren von den Besuchern – d.h. grösstenteils Personen, die Drogen injizieren – 34 %

in Methadonbehandlung; 1994 und 1996 lag der Anteil bei 45 %. 1996 beteiligten sich 12 % an den Programmen der ärztlichen Verschreibung von Betäubungsmitteln (PROVE); im Vergleich zu 7 %^c im Jahr 1994. Der wachsende Anteil der Besucher, die bereits mit Ersatzsubstanzen behandelt werden, wirft Fragen zur Qualität solcher Behandlungen auf: Reicht die Methadon-Dosierung nicht aus? Wird parallel dazu Kokain konsumiert? Usw.

Kontakte mit der Polizei

Die Besucher der niedrigschwelligen Anlaufstellen werden immer häufiger polizeilich kontrolliert: 35 % von ihnen hatten sich 1993 im Monat vor der Befragung wegen ihres Drogenkonsums einer Kontrolle unterziehen müssen; 1994 lag der Anteil bei 43 %, 1996 bei 53 %. Ein Drittel der Besucher erklärte 1996 auch, wenigstens einmal in den vorangegangenen zwei Jahren inhaftiert gewesen zu sein.

Risikofaktoren, Schutzverhalten und HIV-Tests bei den Besuchern der niedrigschwelligen Anlaufstellen⁶

Der zumindest einmalige Gebrauch (im bisherigen Leben) einer Spritze/Nadel, die bereits von einer anderen Person benutzt wurde^d, ist über die drei Umfragen hinweg stabil geblieben (1993: 38 %, 1996: 41 % – Tabelle 8d). Zurückgegangen ist dagegen die Benutzung bereits gebrauchten Injektionsmaterials in einem wenig zurückliegenden Zeitraum, d.h. in den letzten sechs Monaten vor der Befragung: lag der Anteil 1993 bei 15 %, so betrug er 1994 9 % und 1996 10 %. Fast alle Personen, die 1996 Injektionsmaterial gemeinsam benutzten, hatten dieses vorher gewaschen (91 %). Allerdings erfolgte die Desinfektion meist nicht sachgemäss: 87 % erklärten, Wasser benutzt zu haben, 28 % Alkohol und 2 % Javelwasser.

^c Diese Frage wurde 1994 in Basel nicht gestellt (n = 391).

^d in diesem Kapitel manchmal Mitbenutzung von Injektionsmaterial genannt.

Das Schutzverhalten im Rahmen sexueller Beziehungen hat sich in den letzten Jahren nicht wesentlich verändert; es ist, besonders bei Festpartnern, nach wie vor ungenügend. 1996 hatten sich zwei Drittel der Drogenkonsumierenden in den 6 Monaten vor der Umfrage bei gelegentlichen sexuellen Beziehungen geschützt, wohingegen 16% erklärten, noch nie ein Präservativ benutzt zu haben. Bei stabilen Partnerschaften liegt das Verhältnis umgekehrt: ein Viertel der Personen schützt sich systematisch, zwei Drittel nie.

Die Schutzquote liegt höher, wenn der Festpartner keine Drogen nimmt: 1996 erklärten 31% der Personen, deren Festpartner keine Drogen konsumierte, dass sie immer ein Präservativ benutzten, gegenüber 16%, wenn der Partner selbst Drogenkonsument war.

Angesichts der HIV-Prävalenz in dieser Bevölkerungsgruppe ist die Verwendung von Präservativen also noch unzureichend. Hinzu kommt, dass zahlreiche Drogenkonsumierende Partner haben, die keine Drogen konsumieren.

Die Prostitutionsrate ist bei den Frauen eindeutig höher: 25% von ihnen hatten sich in den sechs Monaten vor der Befragung prostituiert, gegenüber 2% der Männer (1996). Geschlechtsspezifische Abweichungen bestehen auch hinsichtlich der Verwendung eines Präservativs bei sexuellen Kontakten im Rahmen von Prostitution: fast alle Frauen benutzen bei ihren Kunden immer ein Präservativ (1996: 93%), während weniger als die Hälfte der Männer systematisch eines verwenden (1996: 44%).

Der Anteil der Personen, die erklärten, einen HIV-Test gemacht zu haben, lag 1993 bei 88% und stieg bis 1996 auf 93%. Die gemeldete Seropositivitätsrate sinkt: Sie lag 1993 bei 10% und fiel bis 1996 auf 8%. Die jüngere Entwicklung des Risiko- und Schutzverhaltens bei den Besuchern der niedrigschwelligen Anlaufstellen kann mit älteren Daten verglichen werden, aber auch mit Daten aus anderen Arten von Einrichtungen – besonders solchen, die Therapien anbieten^e (Anhang 8c).

^e Und die verschiedene Untergruppen Drogenkonsumierender darstellen.

Tabelle 8d

Risiko- und Schutzverhalten, Besucher niedrigschwelligen Anlaufstellen in der Schweiz: 1993 bis 1996 (in Prozent, mit Konfidenzintervallen von 95%)

		1993 n = 1019	1994 n = 764	1996 n = 661
Mitbenutzung von Spritzen/Nadeln^a	im ganzen Leben	38 ± 3	37 ± 4	41 ± 4
	in den letzten 6 Monaten	15 ± 2	9 ± 2	10 ± 2
Benutzung eines Präservativs^b				
Festpartner (n)		60 ± 3	56 ± 4	56 ± 4
Davon:	immer ein Präservativ benutzt	26 ± 4	24 ± 4	24 ± 4
	nie ein Präservativ benutzt	56 ± 4	62 ± 5	63 ± 5
Gelegenheitspartner (n)		34 ± 3	29 ± 3	29 ± 4
Davon:	immer ein Präservativ benutzt	61 ± 5	71 ± 6	66 ± 7
	nie ein Präservativ benutzt	16 ± 4	14 ± 5	16 ± 5
Weibliche Prostitution		-	30 ± 9	25 ± 6
Davon:	immer ein Präservativ benutzt ^c	-	93 ± 9	93 ± 8
VIH: test et résultat	getestet	88 ± 2	91 ± 2	93 ± 2
	seropositiv ^d	10 ± 2	8 ± 2	8 ± 2

^a Anteil auf Injizierende bezogen.

^b In den letzten 6 Monaten. Benutzung: immer, manchmal, nie (Summe = 100%).

^c Benutzung eines Präservativs bei Kunden.

^d Prozentsatz der Personen, die **angeben**, beim letzten Test seropositiv gewesen zu sein.

Tabelle 8e

Ländervergleich: Anteil der Besucher niedrigschwelliger Anlaufstellen, die angeben, Injektionsmaterial mitbenutzt zu haben, und HIV-Prävalenz in diesen Gruppen.

Land	Jahr	Untersuchungsgruppe	Anteil Mitbenutzung	Zeitraum	HIV-Prävalenz
London ¹⁷	1993	Drogenkonsumierende in Behandlung oder nicht	39%	Die 6 letzten Monate	7%
Australien ¹⁸	1995	Spritzentauschprogramm	31%	Letzter Monat	2%
Vancouver ¹⁹	1996	Spritzentauschprogramm	40%	Die 6 letzten Monate	23%
Schweiz	1996	Niedrigschwellige Anlaufstellen	11%	Die 6 letzten Monate	11%

Das gemeinsame Benutzen von Spritzen bei Besuchern von niedrigschwelligen Anlaufstellen ist seltener geworden, besonders in der französischen Schweiz, wo die Rate am höchsten war. In Genf z.B. lag sie 1992⁷ bei 44% und sank bis 1996⁸ auf 14%, während sie in Zürich bereits 1989⁹ bei 13% lag und bis 1996⁴ noch weiter auf 10% zurückging.

Über die Mitbenutzung von Spritzen in Therapieeinrichtungen sind zu wenig Daten vorhanden, als dass daraus Tendenzen abzulesen wären; in den wenigen Fällen, wo Daten verfügbar sind, erweist sich die Rate jedoch als niedrig.

Der gemeldete Anteil der Seroprävalenz – für den mehr Daten vorliegen – ist in allen Einrichtungskategorien allmählich zurückgegangen. Es handelt sich also durchaus um einen allgemeinen Trend. In Genf z.B. ist dieser Anteil in den niedrigschwelligen Anlaufstellen zwischen 1992³ und 1996⁴ von 17% auf 8% gesunken, in Zürich zwischen 1989⁵ und 1996⁴ von 24% auf 21%. In den ambulanten Therapieeinrichtungen waren 15% der Drogenkonsumierenden 1989¹⁰ bei Behandlungsbeginn seropositiv, gegenüber 13% im Jahr 1996¹¹ und 10% im Jahr 1997⁷. In den stationären Therapiezentren in Zürich ist der Anteil der Seroprävalenz von 21% (1990¹²) auf weniger als 10% (1993¹³) gesunken. 1997 lag der Durchschnittsanteil in der Schweiz bei erstmaliger Aufnahme in die stationären Therapieeinrichtungen bei 5%¹⁴.

Im Rahmen der wissenschaftlichen Versuche zur ärztlichen Verschreibung von Betäubungsmitteln (PROVE)¹⁵ hat sich die Seroprävalenzrate bei Behandlungsbeginn als etwas höher erwiesen (16% im Evaluationszeitraum 1993-1996), aber es handelt sich hier um eine Gruppe langjähriger Konsumenten mit besonders hohem Risikofaktor.

Alles in allem bestätigen diese Daten, dass das Fortschreiten der Epidemie in dieser massiv getesteten Bevölkerungsgruppe gestoppt worden ist. Die Daten zur epidemiologischen Überwachung zeigen, dass die neuen HIV-Fälle unter den Drogenabhängigen im Rückzug begriffen sind¹⁶.

Im Vergleich zu anderen Ländern, die im übrigen nicht alle eine hohe HIV-Prävalenzrate hatten, kommt das Mitbenutzen von Injektionsmaterial bei Besuchern der niedrigschwelligen Anlaufstellen der Schweiz nicht oft vor (Tabelle 8e).

Zusammenfassung

Die direkten Indikatoren für den Konsum illegaler Drogen entwickeln sich je nach Substanz in zwei entgegengesetzte Richtungen: Stabilisierung, ja Verminderung der Anzahl von Heroinkonsumierenden, und Zunahme der Anzahl von Kokain- und Cannabiskonsumierenden.

Tabelle 8f

Entwicklung der wichtigsten indirekten Indikatoren für die Anzahl abhängiger Drogenkonsumierender und für den Schweregrad der Suchtprobleme^a: Zusammenfassung und Änderungshypothesen.

Indikatoren ^b	Entwicklung	Änderungshypothesen	
		bzgl. der Anzahl der Drogen-süchtigen	Bzgl. des Schweregrads der Suchtprobleme
Anzahl der Strafanzeigen:		►	●
Heroin	↘		
Kokain	↗		
Durchschnittsalter der Konsumenten	↗	► bis ▼	●
Anzahl der Personen in Behandlung	↗	±	▼
Anzahl der Drogentodesfälle	↘	±	▼
Neue HIV-Fälle	↘	●	▼
HIV-Risikoverhalten	↘	●	▼
Merhfachsucht	↗	●	▲
Häufigkeit der Injektionen	↗	●	▲
Prostitution	→	●	►
Soziale Integration: Wohnen			
logement	↗	●	▼
Soziale Integration:			
Arbeit	→	●	► bis ▼
Sozialhilfe und Invalidenrente	↗		
Legend	↗ Zunahm ↘ Abnahme → Stabil	± Indikator nicht eindeutig ▲ Indikator für Zunahme ▼ Indikator für Abnahme ► Indikator für Stabilisierung ● Indikator nicht relevant	

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

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

Was das Kokain anbelangt, so ist es schwierig, die (durch Strafanzeigen gemessene) Zunahme auf dem Markt zu interpretieren: weist sie darauf hin, dass die Anzahl der wirklich abhängigen Personen steigt, und dass es unter ihnen eine Gruppe gibt, die allein von Kokain abhängig ist? Auf der anderen Seite zeigen die Daten über Drogenkonsumierende, die Heroin spritzen, dass die Doppelsucht (Heroin/Kokain) auf dem Vormarsch ist.

Bei Cannabis ist eine Erhöhung des Konsums (im bisherigen Leben) zu verzeichnen, die sich bereits in eindeutiger Weise bei 15jährigen Jugendlichen bemerkbar macht.

Die indirekten Indikatoren (Tabelle 8f) bekräftigen die Vermutung, dass die Anzahl abhängiger Drogenkonsumierender im Rückgang begriffen ist (insbesondere bei Heroin).

Die Entwicklung des Schweregrades der Suchtprobleme muss vorsichtig beurteilt werden: die Indikatoren des Drogenkonsums (Häufigkeit der Injektionen, Mehrfachsucht) weisen auf eine Verschlechterung hin, während die Indikatoren für Gesundheit und soziale Integration besser werden oder stabil sind. Die zahlreichen Aktionen im Bereich der Betreuung, Schadensverminderung und Überlebenshilfe scheinen also hinsichtlich der gesundheitlichen und sozialen Situation der Drogenkonsumentierenden einen «Puffer-» bzw. «Schutzeffekt» zu erzielen, und dies, obwohl sich die Konsumbedingungen verschlechtern. Allerdings könnte die Zunahme des Mehrfachkonsums, insbesondere des Konsums von Kokain, zu einer Neutralisierung dieses Puffereffekts führen, denn man steht diesem Konsumtyp aus therapeutischer Sicht relativ machtlos gegenüber.

Bibliografische Referenzen

- ¹ B. Janin-Jacquat, ISPA, *communication personnelle*.
- ² 1998 Annual report on the state of the drugs problem in the European Union. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 1998.
- ³ OFS. *Enquête suisse sur la santé 1997: premiers résultats*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique, 1998.
- ⁴ 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: Sigma, 1995: 183-90.
- ⁵ 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*. *Rev Epidem Sante Publique* 1998; 46: 205-17.
- ⁶ Dubois-Arber F, Jeannin A, Spencer B, Meystre-Agustoni G, Haour-Knipe M, Moreau-Gruet F, Benninghoff F, Paccaud F. *Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique: sixième rapport de synthèse 1996-1998*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1999 (Raisons de santé, 29).
- ⁷ Malatesta D, Joye D. *Toxicomanie et prévention du sida en milieu urbain: enquête auprès des usagers du bus itinérant de prévention du sida*. Lausanne: Ecole polytechnique fédérale de Lausanne/IREC, 1993 (Rapport de recherche no 110).

- ⁸ Benninghoff F. *Statistique des centres à bas-seuil*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive/UEPP, 1998. (Communication personnelle).
- ⁹ Sozialamt der Stadt Zürich. *Die Drogenszene in Zürich*. Zürich: Sozialamt der Stadt Zürich, 1991 (Forschung und Dokumentation Nr. 2).
- ¹⁰ Tecklenburg U, Spinatsch M, Chilvers C. *Statistik der ambulanten Alkohol- und Drogenberatungstellen in der Schweiz*. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkoholprobleme (ISPA), 1991.
- ¹¹ *Statistique SAMBAD (Statistik der ambulanten Alkohol- und Drogenberatungstellen in der Schweiz), communication personnelle*.
- ¹² Kaufman B, Dobler-Mikola A. *Eine Beschreibung der Pool-Klientel des Forschungsverbands therapeutischer Einrichtungen im Jahr 1991*. Zürich: Sozialpsychiatrischer Dienst Zürich, 1992 (Serie V, no 6).
- ¹³ Schüpbach Wiedemann E, Eichenberger A. *Der Forschungsverbund therapeutischer Gemeinschaften im Jahre 1993*. Zürich: Sozialpsychiatrischer Dienst Zürich, 1994 (Serie V, Nr. 9).
- ¹⁴ Grichting E, Dobler-Mikola A, Reichlin M. *La Ligue pour l'évaluation de traitements résidentiels de la toxicomanie en 1997: rapport d'activité (version abrégée): statistique annuelle globale*. Zürich: ISF (Institut für Suchtforschung); 1998. (Rapport de recherche de l'Institut de recherche sur la toxicomanie, no 61).
- ¹⁵ Uchtenhagen A, Gutzwiller G, Dobler-Mikola A. *Essais de prescription médicale de stupéfiants. Rapport de synthèse*. Zürich: Institut für Suchtforschung; Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich, 1997.
- ¹⁶ Gebhardt M. *Sida et VIH en Suisse: situation épidémiologique fin 1997*. Berne: Office fédéral de la santé publique, 1998.
- ¹⁷ Hunter GM, Donoghoe MC, Stimson GV, Rhodes T, Chalmers CP. *Changes in the injecting behaviour of injecting drug users in London 1990-1993*. *AIDS* 1995; 9: 943-501.
- ¹⁸ MacDonald M, Wodak AD, Ali R, Crofts N, Cunningham PH, Dolan HA, Kelaher M, Loxley WM, Beek I, Kaldor JM. *HIV prevalence and risk behaviour in needle exchange attenders: a national study*. *Med J Aust* 1997; 166: 237-240.
- ¹⁹ Strathdee SA, Patrick DM, Currie SL, Cornelisse PGA, Rekart ML, Montaner JSG, Schechter MT, O'Shaughnessy MVO. *Needle exchange is not enough: lesson from the Vancouver injecting use study*. *AIDS* 1997; 11: F59-F65.

Letzte Schlussfolgerungen und Empfehlungen; Ausblick und Denkanstösse

Dieses letzte Kapitel besteht aus drei Teilen. Im ersten wird die Arbeit des BAG vor dem Hintergrund der Schlussfolgerungen des letzten Evaluationsberichts beurteilt; hier kann auch die Entwicklung, die sich beim Übergang zum zweiten MaPaDro vollzogen hat, abgelesen werden. Anschliessend wird noch einmal kurz zusammengefasst, mit welchen Aktionen das BAG den Herausforderungen der Vergangenheit begegnet ist, wie es die Herausforderungen von heute zu meistern gedenkt, und mit welchen Fragen es sich in Zukunft auseinanderzusetzen haben wird. Der Evaluationsbericht schliesst mit einer Reihe von Empfehlungen, die dem BAG eine rasche Optimierung seiner Arbeit ermöglichen sollen.

Beurteilung im Hinblick auf die allgemeinen Schlussfolgerungen der Evaluation (1990-1996)

Nachstehend werden die wichtigsten Schlussfolgerungen des letzten Evaluationsberichts zusammengefasst und mit einem Kommentar über den heutigen Entwicklungsstand der damaligen Themen versehen.

- Das BAG zeigte sich bei der Durchführung und Unterstützung von Projekten in den Bereichen Primär- und Sekundärprävention, Therapie und Schadensverminderung sehr aktiv und innovationsfreudig.

Diese Tendenz hält auch heute noch für alle drei dem BAG obliegenden Säulen an. Allerdings haben sich Sinn und Zweck der Arbeit des BAG allmählich verändert, denn die Finanzierung und Unterstützung innovativer Projekte wird nach und nach durch die Koordination laufender Aktivitäten und Projekte abgelöst. Dieser Wandel entspricht einer allgemeinen

Veränderung des Arbeitsfeldes Suchtbekämpfung: Die regionalen Lücken sind, unter anderem durch den Einfluss des BAG, kleiner geworden, und die kantonalen Strategien haben eine allmähliche Harmonisierung und Institutionalisierung erlebt. Die Jahre 1997-1999 waren zudem stark politisch geprägt: Neben verschiedenen kantonalen Volksabstimmungen fanden nicht weniger als drei Volksabstimmungen auf Bundesebene zum Thema Drogensucht statt. Im Mittelpunkt der Debatten standen die Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Das BAG hatte sich stark für diese Versuche eingesetzt und musste seine Arbeit viele Male erläutern und dokumentieren. Bestimmte Interventionen des BAG mussten zuweilen bis zur Bekanntwerdung der Abstimmungsergebnisse verschoben werden, da das Wirkungsfeld des BAG von diesen Ergebnissen eventuell beeinflusst worden wäre.

- Die BAG-Mitarbeiter haben, grösstenteils in Zusammenarbeit mit ihren Partnern (Kantonal- und Gemeindebehörden, Suchtfachleute, Verbände, usw.), schrittweise eine kohärente Politik in den einzelnen Interventionsbereichen entwickelt.

Bei der Evaluation der Konzeption/Planung des neuen Programms wird darauf hingewiesen, dass die BAG-Mitarbeiter ihre Kenntnisse und Kompetenzen weiter ausgebaut haben. Wie die Ergebnisse der «Umfrage unter der Partner des BAG im Suchtbereich» belegen, ist die Zusammenarbeit mit anderen Akteuren sehr häufig und wird derzeit auch durch die Koordinationsplattformen institutionalisiert. Allerdings ist noch nicht ganz klar, welche realen Ziele diese Plattformen verfolgen und wie sie zusammenarbeiten sollen. Nutzbringende Wechselwirkungen mit den Akteuren vor Ort entstehen auch, wenn das BAG Aufgaben delegiert, da seine Interventionen auf diese Weise an Know-how, Ressourcen und Legitimität gewinnen. Es kann schliesslich festgestellt werden dass bei externen Strategien das BAG sich kohärenter als bei internen zeigte, besonders was die Koordination anbelangt.

- Die Entscheidung, in allen mit der Drogensucht zusammenhängenden Bereichen aktiv zu werden, hat wesentlich dazu beigetragen, von der Notwendigkeit eines globalen Ansatzes zu überzeugen.

Das BAG interveniert nach wie vor in allen mit der Drogensucht zusammenhängenden Bereichen, auch wenn die Zuweisung der Geldmittel nicht gleichmässig erfolgt. Die obige Schlussfolgerung bleibt also für die Gegenwart gültig. Die Institutionalisierung des Vier-Säulen-Modells zählt überdies zu den grössten Erfolgen der eidgenössischen Intervention. Der Bund hat entscheidend dazu beigetragen, dass die Drogensucht heute in ihrer Gesamtheit gesehen wird. Die einzige Lücke, auf die hier hingewiesen werden muss, ist das Fehlen einer Säule für die soziale Dimension der Suchtprobleme.

- Das BAG lancierte oder unterstützte zuweilen unausgereifte Projekte, für deren Verwirklichung nicht die notwendigen Erfahrungen und Kompetenzen vorlagen. Erschwert wurde dieser Umstand noch durch die Überfülle an Aktivitäten, die nicht immer effizient kontrolliert wurden.

Hier zeichnet sich eine Verbesserung ab, denn das BAG hat den Bereich Konzeption/Planung schrittweise ausgebaut und seinen Aktivitäten eine solidere Grundlage verschafft ; ausserdem verfügen die Mitarbeiter jetzt über mehr Erfahrung. Trotzdem ist die Qualität der Projekte nicht immer garantiert. Transparentere Kriterien und Methoden für die Auswahl der Projekte könnten dafür sorgen, dass aus den Erfahrungen der letzten Jahre Interventionsmodelle hervorgehen, die leicht evaluierbar und gegebenenfalls auch auf andere Interventionssektoren des BAG übertragbar sind (Aids, Alkohol, Tabak usw.).

- Im Bereich Prävention war das BAG erfolgreicher, wenn es existierende Erfahrungen und Kompetenzen nutzte, als wenn es völlig neue Projekte entwickelte.

In diesem Bereich hat das BAG inzwischen seinen Kurs geändert: Statt völlig neuen Ideen zu folgen, stützen sich seine Rahmenprogramme nunmehr auf die praktischen Erfahrungen vor Ort. Das neue Arbeitskonzept besteht aus einem lockeren Interventionsrahmen, der den lokalen Projekten grossen Spielraum lässt. Die Rollen aller Beteiligten scheinen dadurch optimiert zu werden. Das BAG entwickelt aber auch weiterhin einige Interventionen selbst (Funtasy, supra-f) ; gerade sie erfordern in der Realisierungsphase die meisten Anpassungen und Neuorganisationen.

- Das BAG hat dazu beigetragen, die Ansätze in Therapie und Schadensverminderung vielfältiger zu machen, was eine bessere Betreuung der Drogenkonsumierenden ermöglicht hat. Innovationen erfolgten in diesem Bereich auf kontrollierte Weise und mit der breiten Unterstützung der Akteure vor Ort (Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln, Spritzenverteilung im Gefängnis usw.)

In den Bereichen Therapie/Behandlung und Schadensverminderung/Überlebenshilfe ist die Arbeit des BAG in verschiedene Sektoren unterteilt. Dies zeugt von dem Wunsch, auch weiterhin über ein vielfältiges Angebot im Arbeitsfeld Sucht zu verfügen. Dennoch muss festgehalten werden, dass die vielfältige und individuelle Ausgestaltung des Angebots ein empfindlicher Prozess ist, der immer wieder nachreguliert werden muss. Gefährdet wird das Ziel eines bedarfsgerechten Angebots u.a. durch die Finanzierungsschwierigkeiten bei stationären Therapien, die noch unzureichende Qualitätskontrolle der Methadonbehandlungen (die jeden zweiten Drogensüchtigen betreffen) und die Anhebung gewisser Zugangsschwellen bei Angeboten der Schadensverminderung. Die Institutionalisierung des Angebots und seiner Finanzierung sind ebenfalls wesentliche Schritte, um auch weiterhin über ein wirklich zugängliches Angebot verfügen zu können.

- Insgesamt ist festzustellen, dass sich die Anzahl der Schwerabhängigen stabilisiert, die Mitbenutzung von Spritzen seltener wird und die HIV-Seroprävalenz zurückgeht. Dagegen wird beobachtet, dass der Mehrfachkonsum zunimmt, dass eine Anzahl Drogenkonsumierender sozial praktisch nicht mehr integriert ist und in sehr prekären Verhältnissen lebt, und dass der Trend zum Konsum legaler Drogen bei jungen Leuten steigt.

Die aktuellen Trends bestätigen grösstenteils Tendenzen, die bereits im vorherigen Bericht hervorgehoben wurden. Die Tatsache, dass sich die Anzahl der Drogenkonsumierenden stabilisiert hat und dass die Anzahl der HIV-bedingten oder durch Überdosis verursachten Todesfälle zurückgegangen ist, weist auf einen Einschnitt im Entwicklungsverlauf von Suchteinstieg und drogenbedingten Gefahren hin. Auf der anderen Seite kündigen bestimmte Faktoren eine neue Dynamik an: Zunahme des Kokainkonsums, Verbreitung der

Mehrfachsucht und Erhöhung der Anzahl an Injektionen bei Konsumenten harter Drogen. Ausserdem bestätigt sich bei jungen Leuten der erhöhte Konsum von Cannabis und legalen Drogen. Hier liegen die neuen Herausforderungen für Prävention und Betreuung von Drogenabhängigen. Die soziale Integration schwerabhängiger Personen schliesslich scheint sich nicht zu verschlechtern, was angesichts der aktuellen Arbeitslosigkeit z.T. positiv ist, denn das geringe Arbeitsangebot begrenzt die Möglichkeiten der Wiedereingliederung.

Herausforderungen der Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft

Der Entschluss des Bundesrates, sich aktiv für die Verminderung der Suchtprobleme einzusetzen, entstand Anfang der 90er Jahre aus einer sehr konkreten Problematik heraus: Anstieg des Drogenkonsums und -handels, Vermehrung sanitärer und sozialer Risiken für Drogensüchtige, Probleme der öffentlichen Ordnung in bestimmten Städten, unzureichende Kenntnisse über Suchttherapien usw. Diese Tendenzen sollte das BAG im Rahmen seines Mandats umkehren. Neben finanziellen Mitteln erhielt es dazu die Unterstützung zahlreicher Institutionen und Personen, die in der Schweiz bereits Aktionen zur Suchtproblematik durchgeführt und entsprechende Kompetenzen entwickelt hatten.

Als erstes unterstützte das BAG eine sehr hohe Anzahl an Projekten für Drogensüchtige und erhielt dadurch die Möglichkeit, mit betroffenen Behörden und Suchtfachleuten Kontakt aufzunehmen und sich konkret am Abbau der landesweiten Lücken in diesem Bereich zu beteiligen. Die Tatsache, dass die Drogensucht heute zu den Prioritäten der öffentlichen Körperschaften gehört, ist vor allem dem globalen Ansatz des BAG zu verdanken, bei dem die Drogensucht als ein vielschichtiges Phänomen angesehen wird. Zahlreiche Interventionen und Kooperationsprojekte des BAG trugen auch zur Institutionalisierung der Schadensverminderung und Überlebenshilfe bei. Einer der grössten Erfolge des BAG aber ist sicherlich die soziale und politische Akzeptanz der Suchtarbeit, wie die Abstimmungsergebnisse und die Entwicklungen der kantonalen und kommunalen Strategien belegen. Die

Suchtinterventionen wurden durch konkrete Massnahmen qualitativ und quantitativ verbessert: Entwicklung nationaler Koordinationsstellen, Unterstützung von Innovation und Forschung im Bereich der Betreuung Drogenabhängiger, Weitergabe von Informationen und Einrichtung spezialisierter Fortbildungslehrgänge.

Wie die Globalevaluation hervorhebt, stossen die Interventionen des BAG bei Projekten, die unterstützt werden, obwohl sie nicht alle erfolgskritischen Voraussetzungen erfüllen, an ihre Grenzen. Angesichts der Überfülle an Aktionen sind interne Koordinationslücken offenbar geworden, und es zeigten sich Schwächen im Hinblick auf Kohärenz und Prioritäten. Bei Kooperationsprojekten mit Akteuren vor Ort, zweifellos eine der Stärken des BAG, führte übereiltes Handeln mitunter zu einer nicht optimalen Wahl eines Partners oder Delegatars, weil dieser in einigen Fällen nicht die nötigen Kompetenzen aufwies. Es kommt dann vor, dass das BAG den inadäquaten Partnern oder Delegataren in solchen Fällen Vorhaltungen macht, die zwar berechtigt sein mögen, jedoch keine Entschuldigung für seine falsche Entscheidung sind. Die Entwicklung eines epidemiologischen Überwachungssystems schliesslich, bei dem die Arbeitsmethoden für die Sammlung und Analyse von Daten harmonisiert würden, hat im Vergleich zu anderen Aktivitäten nicht genügend Aufmerksamkeit und Geldmittel erhalten, obwohl es sich dabei um eine normative Aufgabe des BAG handelt.

Einige der 1991/92 festgestellten Tendenzen sind auch heute noch aktuell. Nach wie vor ist die Drogensucht in der Schweiz ein grosses Problem, das einen Eingriff durch Behörden und Institutionen erfordert. Allerdings geht es nicht mehr darum, auf die Realität der Suchtprobleme aufmerksam zu machen oder durch Sofortmassnahmen landesweite Lücken zu schliessen. Diese Ziele dürfen zwar nicht aus den Augen verloren werden, sind aber teilweise erreicht. Die Herausforderungen der Gegenwart bestehen vor allem in der Aufrechterhaltung und Optimierung der Suchtinterventionen. Der Schwerpunkt liegt daher derzeit auf der Qualität der Interventionen und ihrer Verankerung in den sozialen, sanitären oder erzieherischen Systemen, ferner auf dem Ausbau und der effektiven Weitergabe von Kenntnissen, der Fortbildung und Unterstützung der Personen, die sich der Drogensüchtigen annehmen sowie in der landesweiten Koordination von Angeboten und der

Garantie ihrer Zugänglichkeit. Das BAG ist also aufgerufen, seinen Interventionen eine neue Form zu geben und eine neue Rolle zu übernehmen, bei der Kohärenz und Verhandlungsfähigkeit mit den betroffenen Akteuren erforderlich sind. Wenn Expertisen innerhalb der Verwaltung fehlen, muss es zur Routine werden, diese extern einzuholen. Die Politik des neuen MaPaDro orientiert sich bereits an diesen neuen Schwerpunkten, und das BAG muss seine Aktionen in diesem Sinne fortsetzen.

Eine kohärente Suchtbekämpfungsstrategie besteht aus folgenden Etappen: Einleitung von Sofortmassnahmen in sanitären Notsituationen; Förderung der sozialen und politischen Anerkennung der Problematik und ihrer Komplexität; inhaltliche Stabilisierung der Interventionen und Verbesserung derselben durch Ausbau der Kenntnisse und verstärkte Koordination. Damit ist festzuhalten, dass die Interventionen des BAG in bestimmten Punkten als beispielhaft gelten können, da sämtliche betroffenen Bereiche von Anfang an Berücksichtigung gefunden haben.

Den epidemiologischen Indikatoren zufolge zeichnen sich für den legalen und illegalen Drogenkonsum unter Jugendlichen neue Tendenzen ab. Ausserdem nehmen alle Arten des Kokainkonsums weiter zu. Diese Trends kündigen die Herausforderungen von morgen an: Künftige Gesundheitsstrategien müssen einerseits für ein optimales Zusammenspiel der Präventionsmassnahmen gegen den legalen und den illegalen Drogenmissbrauch sorgen, andererseits aber auch Interventionsmodelle vorschlagen, die alle Substanzen, einschliesslich ihrer jeweiligen Eigenheiten, berücksichtigen. Hinzu kommt, dass diese Strategien die Frage der Drogensucht und ihrer Prävention in einem neuen sozialen Umfeld behandeln müssen. Es wird immer von entscheidender Bedeutung sein, ob die neuen Trends im Suchtbereich bekannt sind und ob das soziale und sanitäre Betreuungssystem anpassungsfähig ist. Eine unmittelbar anstehende Aufgabe ist auch der Ausbau von Kompetenzen und Kenntnissen bei den Drogensüchtigen selbst. Das BAG hat diese Aufgabe bereits erkannt, auch wenn bisher noch nicht viel in dieser Richtung unternommen wurde.

Schlussempfehlungen

- Das BAG sollte mit besonderer Aufmerksamkeit an einer Harmonisierung der Statistiken im Suchtbereich arbeiten, um zuverlässige epidemiologische Indikatoren zur Hand zu haben. Das epidemiologische Überwachungssystem ist ein wichtiges Werkzeug für eine effiziente Gesundheitspolitik im Suchtbereich und sollte für das BAG deshalb einen Arbeitsschwerpunkt bilden.
- Fast jeder zweite Drogensüchtige wird heute mit Methadon behandelt. Um die Qualität dieser Behandlungen zu sichern und die entsprechenden Kenntnisse auszubauen, sind diesem Sektor entsprechende Ressourcen zuzuweisen.
- Die Angebote für Therapie und Überlebenshilfe sind von fundamentaler Bedeutung, und das BAG sollte sich konstant darum bemühen, sie vielfältiger und individueller auszugestalten und ihre Professionalität und Zugänglichkeit zu erhöhen.
- Für Projekte unter Beteiligung des BAG muss allgemein ein Verankerungsprozess eingeführt werden, damit die Aktionen nicht auf den Subventionszeitraum beschränkt bleiben und ihre Wirkung und Zugänglichkeit langfristig gesichert sind.
- Das BAG muss seine interne Koordination so ausbauen, dass sich seine Partner auf klar definierte Arbeitskonzepte und -methoden beziehen können. Dies gilt generell für die Prävention, aber auch für die Sektoren Substitutionstherapie, Überlebenshilfe und Sekundärprävention. Wenn Projekte und Studien ausgeschrieben und die Auswahlkriterien klarer erläutert würden, könnten sich Akteure, die mit dem BAG zusammenarbeiten, besser auf die an sie gestellten Erwartungen einstellen.
- Die Arbeit mit Delegataren hat sich als sehr positiv erwiesen, und das BAG sollte diese Art der Intervention fortsetzen, gleichzeitig aber auch darauf achten, dass der Delegatar die erforderlichen Kompetenzen besitzt und ausreichende Ressourcen für seine Mission erhält.
- Zu den wichtigsten Tätigkeiten des BAG gehört die Information der Partner und der Gesamtbevölkerung. Im Rahmen dieser Aufgabe baut es die nationale Koordination aus und fördert die soziale und politische Akzeptanz des Umgangs mit Suchtproblemen, vor allem durch Sensibilisierungskampagnen, Broschüren oder Berichte. Die Arbeit des BAG ist beispielhaft in diesem Bereich, und es wäre wünschenswert, dass dies so bleibt.
- Das BAG hat ebenfalls bewiesen, dass es fähig ist, auf die Bedürfnisse der Akteure vor Ort einzugehen. Es sollte in dieser Richtung weiterarbeiten und noch mehr Vermittler und Informationskanäle einsetzen.
- Die landesweite Koordination sowie die Rolle und das Zusammenspiel der für sie eingesetzten Plattformen sind noch genauer zu erläutern und auszubauen.
- Es ist unbestreitbar wünschenswert, dass das BAG die Erfahrungen und Erkenntnisse, die es im Bereich illegaler Drogen gewinnen konnte, auf den Bereich legaler Drogen überträgt. Ausserdem sollte es die Synergien zwischen beiden Bereichen ausbauen.
- Die Zusammenarbeit mit der Polizei muss fortgesetzt und verstärkt werden, und das BAG sollte dafür Sorge tragen, dass vorhandene Kenntnisse über die sanitären Aspekte der Sucht effektiv an die Polizei weitergegeben werden.

- Das BAG sollte sich auch auf die Zukunft einstellen, indem es schon heute die künftigen Fragen zum Thema Substanzmissbrauch identifiziert. Zukunftsszenarien könnten ein wertvolles Werkzeug für die langfristige Planung darstellen.
- Und schliesslich muss das BAG die Kontinuität seiner Aktionen sicherstellen, wenn das Erreichte der letzten Jahre bewahrt werden soll.

Anhang 1a

Glossar

Begriff	Definition
Droge	Sämtliche Substanzen oder Produkte (beide Begriffe werden synonym für das Wort «Droge» verwendet), die durch orale Einnahme, Einatmung oder Injektion in den Körper aufgenommen werden, um - meistens nicht in Verbindung mit einer medizinischen Behandlung - psychophysische Veränderungen zu bewirken. Es gibt legale (Alkohol, Tabak, Medikamente) und illegale (Cannabis, Opiate, Kokain usw.) Drogen. Sie werden manchmal auch als psychotrope Substanzen bezeichnet. Als weiche Drogen gelten Cannabis und dessen Derivate; harte Drogen sind vor allem Opiate, Kokain (und Crack). In die Kategorie der harten Drogen werden häufig auch Amphetamine, Halluzinogene und Lösungsmittel (Schnüffelstoffe) eingereicht; sie gelten im vorliegenden Bericht als weitere illegale Drogen, obgleich nicht alle wirklich illegal sind.
Evaluationsphasen	Es gibt drei Evaluationsphasen. Die beiden ersten betreffen das frühere MaPaDro (I. Anfangsbilanz 1991-1992, Cah Rech Doc IUMSP, Nr 81.a; II. Zweiter zusammenfassender Bericht, 1990-1996; Die dritte Phase betrifft das neue MaPaDro (wird derzeit evaluiert).
Gegenwärtiger Konsum (einer Droge, einer Substanz)	Konsum, der innerhalb einer bestimmten Zeitspanne (je nach Studie ein Monat oder ein Jahr) vor der Befragung stattgefunden hat.
Hierarchie der Programmelemente	Klassierung vom Kleinsten zum Grössten: Projekt - Massnahme - Aktion (Aktionsfelder) - Programm.
Lebenszeit-Konsum (einer Droge, einer Substanz)	Gibt an, ob die Substanz mindestens einmal im bisherigen Leben konsumiert wurde.
MaPaDro	Massnahmenpaket des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme. In diesem Bericht bezeichnet das frühere MaPaDro die Periode 1990-1996 und das neue MaPaDro die Periode 1997-1999.
Mitarbeiter des BAG	Personen, die im BAG arbeiten.
Namen der verschiedenen Komponenten	Zehn Bereiche, bestehend aus drei Säulen und sieben Begleitmassnahmen. Die Komponenten der «Säulen» sind die «Sektoren» (ambulant, stationär usw.).
Niedrigschwellige Einrichtungen	Leicht zugängliche Einrichtungen, in denen die Anonymität der Besucher gewahrt, aber keine ausführliche therapeutische Betreuung angeboten wird. Sie dienen der Begrenzung der durch den Drogenkonsum bedingten Schäden ((Über-) Lebenshilfe) und der Eindämmung des Übertragungsriskos von Krankheiten (beispielsweise Aids). Zum breitgefächerten Angebot dieser Einrichtungen, in denen der Kontakt mit den stark abhängigen Personen gefördert wird, gehören die Verteilung von sauberem Injektionsmaterial und Präservativen, Fixerräume, einfache medizinische Pflege, Gesundheits- und Hygieneberatung, Angebot von Zeitverträgen mit leichter Arbeit oder provisorische Unterbringung. Diese Leistungen sollen eine als eine Art Zwischenstation den Zugang zu anderen sozialen und medizinischen Stellen erleichtern und somit letztendlich zum Entzug und der sozialen Integration führen.
Plattform	Im Kapitel über die Koordination des MaPaDro zwischen Bund, Kantonen und Gemeinden (Städten) ist mehrmals von «Plattformen» die Rede. Dabei handelt es sich um Gruppen von Vertretern (kantonale Verantwortliche, Ärzte, Suchtfachleute usw.), die zusammentreten, um die verschiedenen Strategien zum Thema Sucht zu koordinieren. Es gibt derzeit sieben Plattformen mit unterschiedlicher Entscheidungsgewalt: Nationaler Drogenausschuss (NDA), Konferenz der kantonalen Beauftragten für Suchtfragen (KKBS), Eidgenössische Kommission für Drogenfragen (EKDF), Interdepartementale Arbeitsgruppe Drogen (IDAD), Drogenplattform des Schweizerischen Städteverbandes (DSSiV), Konferenz der Städtischen Beauftragten für Suchtfragen (SKBS) und die Arbeitsgruppe Zusammenarbeit mit der Polizei (ZuPo). Alle diese Plattformen verfügen über ein vom BAG geschaffenes Sekretariat, die Koordinations- und Dienstleistungsplattform Drogen Schweiz (KDS).
Primärprävention (der Drogensucht)	Sämtliche Massnahmen zur Vermeidung eines Einstiegs in den Konsum legaler oder illegaler Drogen.
Programm	Im Zusammenhang mit dem MaPaDro spricht man vom Programm (unter Vermeidung der Bezeichnung «Massnahmenpaket»).
Regelmässiger Konsum (einer Droge, einer Substanz)	Der Begriff des regelmässigen Konsums hängt von der jeweiligen Substanz ab, aber auch davon, wie er in den verschiedenen Studien, auf die hier Bezug genommen wird, definiert wurde. Deshalb werden im Text jedesmal, wenn von regelmässigem Konsum die Rede ist, genaue Angaben gemacht.
Risikoverminderung	Bezieht sich auf das Ansteckungsrisiko bei übertragbaren Krankheiten, beispielsweise Hepatitis oder Aids.

Vorbemerkung: Nachstehende Begriffsbestimmungen erheben keinen Anspruch auf Allgemeingültigkeit.

Schadensverminderung (harm reduction)	Bemühungen um eine Verbesserung der sozialen Bedingungen und des Gesundheitszustandes der Schwerstabhängigen, die von der drogenbedingten Verelendung besonders stark betroffen sind. Beim entsprechenden Leistungsangebot steht das Ziel der Drogenfreiheit nicht unmittelbar im Vordergrund (siehe niedrigschwellige Einrichtungen).
Sekundärprävention (der Drogensucht)	Alle Tätigkeiten, die der frühzeitigen Erkennung Drogenkonsumierender dienen und ihnen Behandlungsmöglichkeiten anbieten, damit ihr Konsum kein problematisches Ausmass erreicht.
Tertiärprävention (der Drogensucht)	Betreuung und Behandlung für Konsumierenden von (meist harten) Drogen, um nachteilige Folgen auf Gesundheit und soziale Lebensumstände zu reduzieren oder gänzlich zu vermeiden.

Anhang 1b

Die wichtigsten Prioritäten des Massnahmenpakets Drogen für 1998-2002

Die folgenden Prioritäten sind Ziele, die sich das BAG für seine Aktivitäten bezüglich Intervention setzt. Parallel dazu hat das BAG andere vordringliche Prioritäten hinsichtlich Drogenpolitik und Drogensetzgebung definiert (hier nicht aufgeführt).

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

Umsetzung von Synergien der verschiedenen Primär- und Sekundärpräventionsprogrammen, welche vom BAG eingeführt oder unterstützt werden;

Realisierung eines Forschungsprogrammes zur Früherfassung und Früherkennung von gefährdeten Jugendlichen (*supra-f*). Wissenschaftliche Erforschung von Machbarkeit und Wirksamkeit dieses Ansatzes im schweizerischen Umfeld;

Konzentration der Mittel des BAG auf die Prävention.

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

Vereinbarung für ein ausgeglichenes Finanzierungssystem der abstinenzorientierten Therapien innerhalb des Sozialversicherungssystems und des finanziellen Lastenausgleichs Bund/Kantone. Dies unter Berücksichtigung der verschiedenen notwendigen Angebote, eingeschlossen jene, die ein vorzeitiges therapeutisches Eingreifen vorsehen;

Einleiten einer Qualitätsverbesserung der Therapien mit Methadonsubstitution im Hinblick auf eine verbesserte Haltequote;

Ärztliche Verschreibung von Heroin als integriertes Angebot im Netz der Drogentherapien;

Verbesserung des Therapieangebotes und der Schadenminderung in Verbindung mit Drogenkonsum in mindestens 1/3 der Strafvollzugsanstalten, resp. bei 1/3 der Gefängnisplätze.

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

Im Besonderen:

Die Dauerhaftigkeit der notwendigen Massnahmen zur Schadensverminderung im Rahmen der Drogenpolitik von Städten und Kantonen sichern, die Kontinuität von Institutionen und ihre Finanzierung fördern;

Erhöhung der Zugänglichkeit zu Spritzenmaterial in noch unterdotierten Regionen und Städten, um diesbezüglichen Bedürfnissen flächendeckend im ganzen Land nachzukommen;

Qualitätsverbesserung der Massnahmen zur Schadenminderung und zum Erhalt der sozialen Integration, indem die Kooperation im Netz von Prävention und Therapie sowie Schutz der Bevölkerung verbessert wird;

Verbesserung des Therapie-Angebotes zur Schadenminderung in mindestens 1/3 der Strafanstalten resp. 1/3 der Anzahl Gefängnisplätze (2.4).

Einrichtung und Betrieb eines Observatoriums für ein nationales **epidemiologisches Monitoring** nach dem Modell «focal points» REITOX des Europäischen Observatoriums für Drogen und Toxikomanie.

Zuverlässige Übermittlung von **Resultaten** epidemiologischer Studien, wissenschaftlicher Forschung und von Evaluationen im Bereich der Suchtprobleme zu Händen von Entscheidungsträgern und Spezialisten vor Ort.

Einleitung eines Prozesses zur Qualitätsförderung und zum **Qualitätsmanagement** für das gesamte Massnahmenpaket Drogen: Der daraus resultierende Qualitätsstandard soll von mehr als der Hälfte der mit Drogenproblemen befassten Institutionen und Entscheidungsträgern (Bund, Kantone, Gemeinden, private Institutionen) angewendet werden.

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

Anhang 1c

Entwicklung der Akzeptanz der verschiedenen Massnahmen zur Drogenbekämpfung - 1991 bis 1997; Prozentsatz der Befürworter

	1991	1994	1997
Drogenprävention in der Schule	97	98	98
Therapieangebote	96	97	96
Strafverfolgung des Handels	97	96	95
Aids-Vorbeugung durch Spritzenabgabe	87	90	89
Überlebenshilfe für Drogenabhängige	90	94	94
Verschreibung von Heroin/Kokain durch Ärzte	67	74	69
Angebot von Lokaltäten für die Injektion	63	76	72
Toleranz beim Konsum/Verkauf von Haschisch und Marihuana	42	53	42
Freier Verkauf von Haschisch und Marihuana	29	35	35
Toleranz beim Konsum/Verkauf von Heroin/Kokain	15	17	21
Geld-/Gefängnisstrafen für alle Verbraucher	13	10	19
Zwangsentzug	38	36	40

Quelle: Longchamp C, Cattacin S, Wisler D et al. editors. *Pragmatismus statt Polarisierung: die Entwicklung von Einstellungen und Verhaltensweisen zur Drogenpolitik der Schweiz in den 90er Jahren, mit einer Analyse der Volksabstimmung über «Jugend ohne Drogen»*. Muri: Zentralsekretariat SGGP; 1998.

Anhang 2a

Zusätzliche Studien und Analysen im Rahmen des Evaluationsprogramms, Phasen I, II und III

Bereiche	Phase I, 1990-1992	Phase II, 1993-1996	Phase III, 1997-1999
Kontext	Analyse von Presseartikeln Vorstellungen und Einstellung der Schweizer Bevölkerung zur Drogenproblematik	Analyse von Presseartikeln Vorstellungen und Einstellung der Schweizer Bevölkerung zur Drogenproblematik	Analyse von Presseartikeln Vorstellungen und Einstellung der Schweizer Bevölkerung zur Drogenproblematik Umfrage unter den Partnern des BAG Polizeistudie
BAG-Strategie		Interviews mit den BAG-Verantwortlichen der einzelnen Bereiche	Interviews mit den BAG-Verantwortlichen der einzelnen Bereiche Studie zur Konzeption/Planung Studie zum Thema Delegationsmodi
Primär- und Sekundärprävention	Evaluation der Phase 1 der nationalen Sensibilisierungskampagne	Evaluation der Phase 3 der nationalen Sensibilisierungskampagne und der Aktion Zirkus Ausarbeitung der BAG-Strategie zur Sekundärprävention Analyse der Einstellung Jugendlicher hinsichtlich von Prävention und Drogenkonsum	
Therapie/Betreuung/ Schadensverminderung		Monitoring der Tätigkeiten in niedrigschwelligen Einrichtungen ^a Evaluation des ABfD Luzern	Monitoring der Tätigkeiten in niedrigschwelligen Einrichtungen
Epidemiologische Situation	Studie zum Drogenkonsum unter Jugendlichen (Sekundäranalyse von Populationserhebungen) Analyse und Synthese der epidemiologischen Daten	Studie zur Klientel niedrigschwelliger Einrichtungen Studie zur «verdeckten Population» Analyse und Synthese der epidemiologischen Daten	Zusatzanalysen der Studie zur Klientel niedrigschwelliger Einrichtungen Zusatzanalyse der Studie zur «verdeckten Population» Analyse und Synthese der epidemiologischen Daten
Andere Datenquellen	Analyse und Synthese anderer Evaluationen	Analyse und Synthese anderer Evaluationen	Analyse und Synthese anderer Evaluationen

^a Besondere Einrichtungen (Räumlichkeit, Bus) für Injizierende. Sie bieten keine Therapien, sondern verschiedene Leistungen der Schadensverminderung und Überlebenshilfe an (Injektionsmaterial, Präservative, Ruhezone, einfache medizinische Assistenz usw.). Ausserdem wird hier die Anonymität bewahrt.

Anhang 3b

Gesprächsraster für die Interviews mit den BAG-Mitarbeitern

Könnten Sie bitte eine kurze Bilanz der Aktionen des früheren MaPaDro im Bereich... ziehen? (globale Bilanz, nicht für jede einzelne Aktion)

Mit welchen Aktionen hat das BAG im Bereich... Ihrer Meinung nach den grössten Erfolg oder Misserfolg gehabt?

Zum neuen Massnahmenpaket: Welche allgemeinen Ziele (d.h. nicht die Aktionen) haben Sie sich für das neue MaPaDro gesteckt? Wen betreffen sie?

Warum diese Ziele? Analyse der Situation? Frühere Erfahrungen? Geldmittel und Interventionskapazität? Usw.

Wie gehen Sie Ihre Intervention an, und mit wem wollen Sie zusammenarbeiten, um Ihre Ziele zu erreichen?

Innerhalb des Amtes? Extern? Verantwortlichkeiten und Rollenaufteilung? Aktive oder passive Intervention?

Aus den uns vorliegenden Dokumenten geht hervor, dass sich die Strategie des neuen MaPaDro auf vier einzelne Missionen konzentriert:

Information und Dokumentation;

Koordination;

Finanzielle Unterstützung der Kantone;

Qualitätssicherung.

Was bedeuten diese Missionen konkret im Bereich...?

Was ist das MaPaDro Ihrer Meinung nach insgesamt gesehen?

Welcher Informations- bzw. Evaluationsbedarf, dem wir eventuell in den nächsten Monaten entsprechen könnten, besteht derzeit in Ihrem Bereich?

Anhang 4a

Zahlenmässige Entwicklung der Einrichtungen und Aufnahmeplätze für die stationäre Behandlung in der Schweiz (1993-1998)

Quelle	Einrichtungsarten (stationäre Behandlungen)	Einrichtungen	Plätze
REHA 2000	Stationäre Einrichtungen für die Wiedereingliederung (mit geschützten Apartments)	83	1250 (Wiedereingliederung) 235 (gesch. Apart.)
Umfrage auf Kantonalebene 1996	Unbekannt	86	997
ISPA, Telefonumfrage Sommer 1996	Es wurden vor allem therapeutische Einrichtungen in der ganzen Schweiz berücksichtigt, aber auch nicht-abstinenzorientierte Behandlungen, ferner Einrichtungen des Strafvollzugs sowie Entzugsstellen	65/1993	1232/Ende 1993
		74/1994	1429/Ende 1994
		78/1995	1456/Ende 1995
Evaluation «Kommission Schild»	Unbekannt	90	Ca. 1250/1996
Schaaf (1999)	Stichprobe (N = 51) der Einrichtungen, die 1998 der FOS-Statistik zugeordnet wurden und abstinenzorientierte Therapien anbieten	51	875 (Wiedereingliederung) 179 (Plätze in geschützten Apartments) für 1998
Handbuch KOSTE	Stationäre Einrichtungen für die Wiedereingliederung, Entzugszentren und stationäre Behandlungszentren, die nicht-abstinenzorientierte Therapien anbieten oder nicht nur für Drogensüchtige gedacht sind	126	Ca. 1950 (Insgesamt) Ca. 1390 (Wiedereingliederung, ohne geschützte Apartments), davon einige Plätze in Einrichtungen mit gemischter Klientel (nicht nur Drogensüchtige)

Quelle: Institut für Suchtforschung. Der Forschungsverbund stationäre Suchttherapie FOS im Jahr 1998: *Tätigkeitsbericht und Jahresstatistik* (einschliesslich eines Vergleichs der Eintrittsdaten 1995 bis 1995). Kurzfassung. Zürich: Koordinationsstelle des Forschungsverbundes stationäre Suchttherapie; 1999: 18. (Forschungsbericht des Instituts für Suchtforschung Nr. 77).

Anhang 5a

Liste der Fälle, die im Rahmen der Studie über die Delegationsmodi des BAG untersucht wurden (in alphabetischer Reihenfolge)

ARIA, CONVERS	Fort- und Weiterbildungsprogramme.
I. «OHNE DROGEN - MIT SPORT»	gesamtschweizerische Kampagne
II. Dienst Drogen und Sport	Kursus über Suchtprävention für Sportleiter und Sportleiterinnen sowie Sportkursus für das therapeutische Personal in Suchthilfeeinrichtungen.
Le fil rouge	Promotionsstelle für Projekte zur Suchtprävention in Institutionen für Kinder und Heranwachsende (Heime).
Fantasy Projects	Promotionsstelle (Beratung und direkte Finanzierung) für kleine Projekte, die sich an Jugendliche ausserhalb von Einrichtungen wenden (Strasse, Konzerte usw.).
INFOSET DIRECT	Projekt zur Erarbeitung eines Informationssystems über das ambulante und stationäre Therapieangebot (Web-Site).
INTERNETZ	Projekt zur Sensibilisierung der Behörden in Basel-Stadt für die Präventionsbedürfnisse von Migranten.
KOSTE:	Schweizerische Koordinationsstelle für stationäre Therapieangebote im Drogenbereich.
I. KWB- Mandate	Mandate in der Koordinationsstelle für Weiterbildung der Universität Basel (KWB) für die Fortsetzung von ARIA und CONVERS. Inhalt: (1) Analyse des Fortbildungsbedarfs (2) Organisation der Fortbildung (Trägerschaft).
II. Kommission Weiterbildung	Expertenkommission; hervorgegangen aus Vorschlägen der KWB, beauftragt für die Koordination eines Fort- und Weiterbildungssystems für im Suchtbereich Tätige.
Projekt Migranten Gesundheit	Information der allgemeinen Bevölkerung innerhalb jeder Gemeinschaft und Ausbildung von Mediatoren aus diesen Gemeinschaften. Verfolgt dieselben Ziele wie der Dienst Migration des BAG: Mobilisierung und Sensibilisierung von Gesellschaft und Behörden für die Bedürfnisse der Migranten.
PROVE	Forschungsprojekt über die ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln.
RADIX	Promotionsstelle für Präventionsprojekte in Gemeinden. Mit dieser Fachstelle wurde die Stiftung «RADIX Gesundheitsförderung» betraut.
SAH	Promotionsstelle «Arbeit und Wohnen für Personen im Umfeld illegaler Drogen» des Schweizerischen Arbeiterhilfswerks (SAH).
Schulteam	Promotion und Verbreitung des Projekts «Schulteam» (Sekundärprävention in den Schulen; zur Einbindung des Kollektivs Schule in den Umgang mit Krisensituationen).
I. Santé jeunesse	Projekt zur Gesundheitsförderung in den Schulen,
II. Schule & Gesundheit	Rahmenprogramm zur finanziellen Unterstützung für Projekte der Gesundheitsförderung in den Schulen.
SMAT	Förderung des Programms «Schüler Multiplikatoren Alkohol und Tabak», SMAT/MESAT.
Spectra	Magazin für Prävention und Gesundheitsförderung. Informationen über die Entwicklung der BAG-Projekte.
Supra-f	Forschungsprojekt im Bereich Prävention.
Voilà	Projekt zur Gesundheitsförderung und Suchtprävention in Jugendverbänden. Das BAG will dieses Projekt national ausweiten.

Anhang 5b

Verteilung der Delegationsfälle auf verschiedene Projektarten

Projektart	Projektname	Arbeitsbereich
Promotionsstelle	KOSTE	Therapie
	Le fil rouge	Prävention - Heime
	Fantasy	Prävention - Freizeit
	Fachstelle SAH	Schadensverminderung
	Fachstelle RADIX	Prävention
Programmationsstelle	Schule und Gesundheit	Prävention in der Schule
	KWB-Mandat, Kommission Weiterbildung	Weiterbildung Suchthelfer
	Projekts Migranten Gesundheit	Prävention - ausländische Bevölkerung
	Forschungsprojekt PROVE	Forschung - Therapie - Schadensverminderung
	Santé Jeunesse	Prävention in der Schule
	Forschungsprojekt supra-f	Forschung - Prävention
Direktintervention und Projektvervielfältigung	ARIA, CONVERS	Weiterbildung - Suchtfachleute
	Kampagne Ohne Drogen - Mit Sport?, Dienst Drogen und Sport	Weiterbildung Prävention - Therapie
	INFOSET DIRECT	Koordination - Behandlung
	INTERNETZ	Koordination - Prävention - ausländische Gemeinschaften und Sensibilisierung der Gemeinden
	Schulteam	Prävention - Schule
	Förderung des Programms SMAT	Prävention - Schule
	Zeitschrift spectra	Information - Suchtfachleute
	VOILÀ	Prävention - Jugendverbände

Anhang 7a

Interviewte Personen und Informanten im Rahmen der Studie «Sanitäre Aspekte der Arbeit der Polizei mit Drogenkonsumierenden»

Bundesebene

Institution	Kontaktperson	Adresse
Verband Schweizerischer Polizeibeamter (VSPB)	Herr Jean-Pierre Monti, Generalsekretär VSPB	Tribschenstrasse 19, Postfach 4913, 6002 Luzern
Institut suisse de police	Herr F. Lehmann, Stellvertretender Direktor	Faubourg de l'Hôpital 3, 2001 Neuchâtel
Konferenz der Kantonalen Justiz- und Polizeidirektoren (KKJPD)	Herr Regierungsrat Dr. Jörg Schild, Präsident KKJPD	Polizei- und Militärdepartement, Postfach, 4001 Basel Sekretariat: Kantonale Polizei- und Militärdirektion, Kramgasse 20, 3011 Bern
Konferenz der Kantonalen Polizeikommandanten der Schweiz (KKPKS)	Herr Dr. Jürg Rüschi, Kommandant, Mitglied KKPKS	Kantonspolizei Thurgau, Zürcherstr. 325, 8500 Frauenfeld
Schweizerische Kriminalkommission (SKK)	Herr Dr. Jürg Rüschi, Präsident SKK	
Vereinigung der Schweizerischen Kriminalpolizeichefs (VSKC)	Herr lic. iur. Martin Accola, Chef Kripo Kantonspolizei Graubünden, Präsident VSKC	Kantonspolizei Graubünden, Ringstrasse 2, 7001 Chur
Schweizerische Vereinigung Städtischer Polizeichefs (SVSP)	Herr Hans-Rudolf Eichenberger, Kommandant, Präsident SVSP	Stadtpolizei Winterthur, Obertor 13, 8400 Winterthur
Koordinations- und Dienstleistungsplattform Drogen Schweiz (KDS)	Herr Ueli Minder, wiss. Adjunkt, Leiter KDS, Fachsekretariat EKDF, NDA und IDAD	Bundesamt für Gesundheit, Sucht- und Aidsfragen Hess-Strasse 27 ^e , 3097 Liebefeld
Konferenz der Kantonalen Beauftragten für Suchtfragen (KKBS)		
Konferenz der Städtischen Beauftragten für Suchtfragen (SKBS)		
Eidgenössische Kommission für Drogenfragen (EKDF)		
Nationaler Drogenausschuss (NDA)		
Interdepartementale Arbeitsgruppe Drogen (IDAD)		
Drogenplattform des Schweizerischen Städteverbandes (DSSV)	Herr Jürg Häberli, Direktionsadjunkt, Sekretariat DSSV	Fürsorge- und Gesundheitsdirektion Stadt Bern, Predigergasse 5, 3000 Bern 7
Bundesamt für Polizeiwesen (BAP) Interdepartementale Arbeitsgruppe Drogen (IDAD)	Herr Dr. Anton Widmer, Direktor BAP, Vorsitz IDAD (gemeinsam mit BAG)	Bundesamt für Polizeiwesen, Bundesrain 20, 3003 Bern
Arbeitsgruppe Zusammenarbeit zwischen Polizei und Sozialarbeit im Drogen- und Aidsbereich (ZuPo)	Christian Buschan, wiss. Adjunkt, Vorsitz ZuPo	Bundesamt für Polizeiwesen, Bundesrain 20, 3003 Bern
Arbeitsgruppe Rauschgift	Herr Dr. iur. V. Roschacher, Koordination AG Rauschgift	Bundesamt für Polizeiwesen, Bundesrain 20, 3003 Bern

Kantonale und städtische Ebene

Institution	Kontaktperson	Adresse
Kantonspolizei Basel-Stadt	Herr Meidinger Chef der Abt. Grenz- und Fahndungspolizei	Postfach, 4001 Basel
Staatsanwaltschaft Basel-Stadt	Herr Homberger Chef Betäubungsmitteldezernat der Staatsanwaltschaft	
Kantonspolizei Bern	Herr Fürsprecher Kurt Niederhauser Kommandant Frau Judith Voney Chefin Spezialfahndung 2	Nordring 30, 3001 Bern
Police cantonale genevoise	Monsieur Urs Rechsteiner, Chef de la police de sûreté	Case postale 236, 1211 Genève 8
Kantonspolizei St. Gallen	Herr Bruno Fehr Chef Kriminalpolizei	Klosterhof 12, 9001 St. Gallen
Comando polizia cantonale (Ticino)	Signore Romano Piazzini Comandante Signore Orlando Gnosca Chef der sezione antidroga Signore Mombelli Commissario sezione antidroga	Viale Stefano Franscini 3, 6501 Bellinzona
Police cantonale vaudoise	Monsieur Pierre Aepli Commandant Monsieur Jacques-François Pradervand Chef de la police de sûreté Monsieur Christian Hochstaettler Chef de la brigade des stupéfiants	Case postale, 1014 Lausanne
Stadtpolizei Bern	Herr Dr. Christoph Hoffmann Kommandant Herr Michael Perler Chef Kriminalpolizei Herr Zwahlen Unteroffizier Stützpunkt Mitte	Waisenhausplatz 32, Postfach, 3000 Bern 7
Stadtpolizei Zürich	Herr Dr. Marcel Bébé Leiter Einsatz und Planung	Amtshaus 1, Bahnhofquai 3, 8021 Zürich

Anhang 8a

Entwicklung des Lebenszeit-Konsums illegaler Drogen bei 15-jährigen Jugendlichen im 9. Schuljahr, in Prozent, mit Konfidenzintervall bei 95 % (zusätzliche Tabelle zu Kapitel 8)

Substanz	1986			1994			1998		
	Jungen n = 418	Mädchen n = 510	Alle n = 928	Jungen n = 608	Mädchen n = 675	Alle n = 1283	Jungen n = 901	Mädchen n = 1035	Alle n = 1936
Cannabis	9.7 ± 2.9	7.1 ± 2.2	8.4 ± 1.8	20.5 ± 3.2	15.8 ± 2.8	18.2 ± 2.1	35.6 ± 3.1	25.7 ± 2.7	30.8 ± 2.1
Schnüffelstoffe	9.8 ± 2.9	7.1 ± 2.2	8.5 ± 1.8	8.0 ± 2.2	6.6 ± 1.9	7.3 ± 1.4	7.7 ± 1.7	7.7 ± 1.6	7.7 ± 1.2
Opiate	0.6 ± 0.8	0.1 0.0-0.1	0.4 0.1-1.0	2.0 ± 1.1	1.4 ± 0.9	1.7 ± 0.7	0.6 0.2-1.3	0.3 0.0-0.8	0.5 0.2-1.0
Kokain	1.4 ± 1.1	0.8 0.2-2.0	1.1 ± 0.7	0.4 0.0-1.2	0.7 0.2-1.7	0.6 0.3-1.2	1.1 ± 0.7	1.5 ± 0.8	1.3 ± 0.5
Amphetamine	0.8 0.1-2.0	2.3 ± 1.3	1.5 ± 0.8	10.3 ± 2.4	5.6 ± 1.7	8.0 ± 1.5	2.3 ± 1.0	3.8 ± 1.2	3.0 ± 0.8
Ecstasy	.	.	.	2.1 ± 1.1	0.6 0.2-1.5	1.4 ± 0.6	1.0 ± 0.6	1.6 ± 0.8	1.3 ± 0.5
Pilze	3.4 ± 1.2	3.5 ± 1.1	3.5 ± 0.8
LSD	0.7 ± 0.8	1.1 ± 0.9	0.9 0.4-1.7	.	.	.	1.1 ± 0.7	1.5 ± 0.8	1.3 ± 0.5
Pilze	1.6 ± 1.2	0.9	1.3 ± 0.7	6.2 ± 1.9	2.0 ± 1.1	4.2 ± 1.1	3.4 ± 1.2	1.9 ± 0.8	2.7 ± 0.7

Hinweis: Die Konfidenzintervalle wurden mit Hilfe der normalen Approximation errechnet (bei Proportionen unter 1% mit Hilfe der exakten Binominalmethode).
Quelle: SFA

Anhang 8b

Entwicklung des Konsums illegaler Drogen
in der Bevölkerung zwischen 17 und 45 Jahren,
in % (zusätzliche Tabelle zu Kapitel 8)

	Jan. 87	Okt. 87	Okt. 88	Okt. 89	Okt. 90	Okt. 91	Okt. 92	Okt. 94	Okt. 97
17-30 Jahre									
Weiche Drogen Leben	27.4	24.9	29.4	21.4	23.0	21.4	21.0	22.1	33.0
Harte Drogen Leben	3.6	2.6	3.7	3.1	3.3	2.9	4.1	4.2	3.9
Injektion Leben	0.8	0.2	0.9	0.9	0.7	1.1	0.9	1.0	0.7
Injektion 6 Monate	0.1	0.0	0.2	0.1	0.3	n.d.	0.2	0.1	0.1
Injektion 12 Monate	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	0.4	0.3	0.1	0.1
n insgesamt	1182	1211	1213	1231	1227	1427	1426	1378	1405
31-45 Jahre									
Weiche Drogen Leben	n.d.	n.d.	n.d.	10.5	13.2	12.2	13.8	14.7	22.3
Harte Drogen Leben	n.d.	n.d.	n.d.	1.7	2.1	2.2	2.3	2.9	2.4
Injektion Leben	n.d.	n.d.	n.d.	0.3	0.6	0.4	0.5	1.3	0.6
Injektion 6 Monate	n.d.	n.d.	n.d.	0.0	0.0	n.d.	0.0	0.1	0.1
Injektion 12 Monate	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	0.0	0.0	0.2	0.1
n insgesamt	n.d.	n.d.	n.d.	1177	1174	1371	1374	1425	1460
17-45 Jahre									
Weiche Drogen Leben	n.d.	n.d.	n.d.	16.0	18.2	16.9	17.5	18.3	27.5
Harte Drogen Leben	n.d.	n.d.	n.d.	2.4	2.7	2.5	3.2	3.5	3.1
Injektion Leben	n.d.	n.d.	n.d.	0.6	0.7	0.8	0.7	1.1	0.7
Injektion 6 Monate	n.d.	n.d.	n.d.	0.0	0.2	n.d.	0.1	0.1	0.1
Injektion 12 Monate	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	0.2	0.1	0.2	0.1
n insgesamt	n.d.	n.d.	n.d.	2408	2401	2798	2800	2803	2865

Hinweis: n.v.: Daten nicht verfügbar.

Quelle: IUMSP-Umfragen

Anhang 8c

Alter, Mitbenutzung von Spritzen und Aidstest in verschiedenen Gruppen Drogenkonsumierender – gemeldet oder gemessen: 1989-1997 (zusätzliche Tabelle zu Kapitel 8)

Ort	Jahr	N	Durchschnittsalter.	Mitbenutzung. 6 Monate	getestet	HIV +
Structures à bas seuil (SBS)	1989			13	82	
Zürich ¹	1992	106	27.4	44	89	24
Genève ²	1993	99	*25.0	17	88	17
Suisse ³ (totalité de l'échantillon)	1994	1119	26.6	9	91	10
Suisse ⁴ (totalité de l'échantillon)	1996	907	27.8	11	93	8
Suisse ⁵ (totalité de l'échantillon)		944	29.0			11
Traitement ambulatoire	1989				79	
Suisse statistique SAMBAD ⁶	1996	449	25.0	6	84	15
Suisse statistique SAMBAD ⁷	1997	690	*26-27.0		89	13
Suisse statistique SAMBAD ⁷	1993-96	412				10
Suisse programme PROVE (héroïne) ⁸		1035	30.8			16
Traitement résidentiel	1990					
Zürich ⁹	1991	205	*23-25.0	4		21
Zürich ¹⁰ (ambulatoire et résidentiel)	1993	340	26.1			
Zürich ¹¹	1996	293	*23-25.0			<10
Suisse statistique FOS ¹²	1997	748	27.2			5
Suisse statistique FOS ¹²	1998	752	27.5			5
Suisse statistique FOS ¹²		913	28.2			5
Population cachée	1994			11	85	
Suisse ¹³		165	*28.0			13

* Mittleres Alter (Frau - Mann)

Tabelle 8c Referenzen

- ¹ Sozialamt der Stadt Zürich. *Die Drogenszene in Zürich*. Zürich: Sozialamt der Stadt Zürich, 1991 (Forschung und Dokumentation Nr. 2).
- ² Malatesta D, Joye D. *Toxicomanie et prévention du sida en milieu urbain: enquête auprès des usagers du bus itinérant de prévention du sida*. Lausanne: IREC/EPFL, 1993 (Rapport de recherche no 110).
- ³ 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. Deuxième rapport de synthèse 1990-1996*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1998 (Cah Rech Doc IUMSP, no 111).
- ⁴ 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*. Rev Epidem Santé Publique, 1998; 46: 205-17.
- ⁵ *Statistique des centres à bas-seuil*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive. F. Benninghoff, communication personnelle.
- ⁶ Tecklenburg U, Spinatsch M, Chilvers C. *Statistik der ambulanten Alkohol- und Drogenberatungstellen in der Schweiz*. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkoholprobleme (ISPA), 1991.
- ⁷ *Statistique SAMBAD (Statistik der ambulanten Alkohol- und Drogenberatungstellen in der Schweiz)*, communication personnelle.
- ⁸ Uchtenhagen A, Gutzwiller G, Dobler-Mikola A. *Essais de prescription médicale de stupéfiants. Rapport de synthèse*. Institut für Suchtforschung/ Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich. Zürich, 1997.
- ⁹ Kaufman B, Dobler-Mikola A. *Eine Beschreibung der Pool-Klientel des Forschungsverbunds therapeutischer Einrichtungen im Jahr 1991*. Zürich: Sozialpsychiatrischer Dienst Zürich, 1992 (Serie V, Nr. 6).
- ¹⁰ Sozialamt der Stadt Zürich. *Behandlungen von Drogenabhängigen in der Stadt Zürich. Ersterhebung des Indikators «erste Behandlungsanfragen» 1991*. Zürich: Sozialamt der Stadt Zürich, 1992.
- ¹¹ Schüpbach Wiedemann E, Eichenberger A. *Der Forschungsverbund therapeutischer Gemeinschaften im Jahre 1993*. Zürich: Sozialpsychiatrischer Dienst Zürich, 1994 (Serie V, Nr. 9).
- ¹² Grichting E, Dobler-Mikola A, Reichlin M. *La Ligue pour l'évaluation de traitements résidentiels de la toxicomanie en 1998. Rapport d'activité et statistique annuelle globale (version abrégée)*. FOS. Rapport de recherche de l'Institut de recherche sur la toxicomanie no 77. Zurich, 1999.
- ¹³ 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).

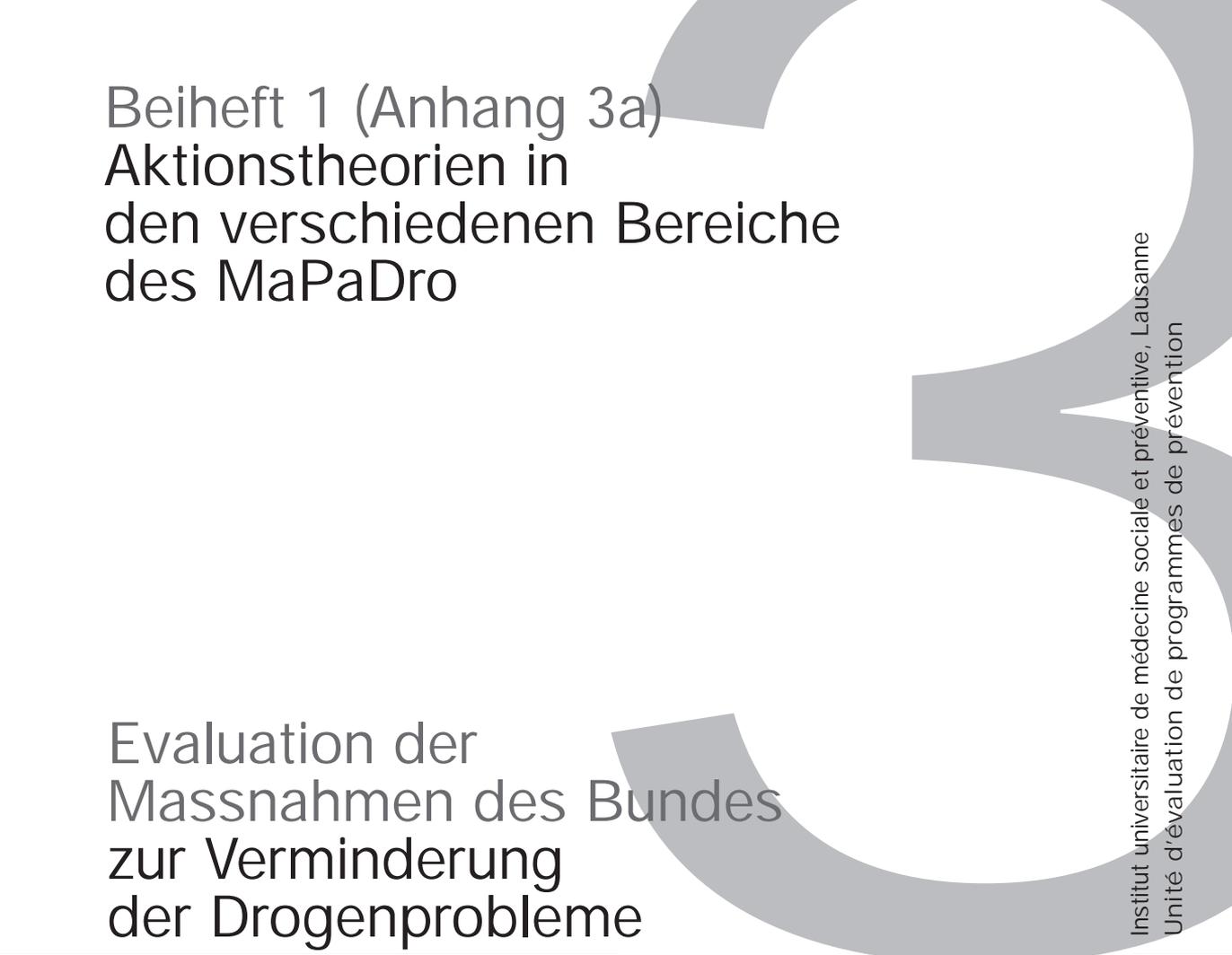
Anhang 8d

Entwicklung der Anzahl drogenbedingter Todesfälle in der Europäischen Union und der Schweiz 1985-1997 (zusätzliche Tabelle zu Kapitel 8)

Land	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	Bevölkerung
Belgien	12	20	17	37	49	96	90	75	80	46	48			10.1
Dänemark	150	109	140	135	123	115	188	208	210	271	274	266	274	5.2
Deutschland	324	348	442	670	991	1491	2125	2099	1738	1624	1565	1699	1486	81.8
Griechenland	10	28	56	62	72	66	79	79	78	146	176	222	222	10.4
Spanien	143	163	234	337	455	455	579	556	442	388	394	429		14.5
Frankreich	172	185	228	236	318	350	411	499	454	564	465	393	228	58.2
Irland	22	8	7	15	8	11	14	17	20	19	31	40		1.8
Italien	242	292	543	809	974	1161	1383	1217	888	867	1195	1566	1153	57.1
Luxemburg	1	3	5	4	8	9	17	17	14	29	20	16	9	0.23
Niederlande	40	42	23	33	30	43	49	43	38	50	33			15.4
Österreich	nc	nc	nc	nc	20	36	70	121	130	140	160	179	132	7.9
Portugal		18	22	33	52	82	143	155	100	142	145	169		9.8
Finnland			3	11	14	17	26	15	17	13	19			5.1
Schweden	150	138	141	125	113	143	147	175	181	205	194	250		8.8
Grossbritannien	nc	nc	nc	1212	1191	1284	1402	1450	1399	1651	1805			58
Schweiz	120	136	196	205	248	280	405	419	353	399	361	312	241	7.1

Hinweise: Da die Fälle unterschiedlich definiert werden und die Datensammlung nach verschiedenen Methoden erfolgt, sind die Daten unter den Ländern nicht vergleichbar. nc: Daten verfügbar, aber nicht vergleichbar mit den anderen Jahren.

Quelle: EMCDDA, BAG

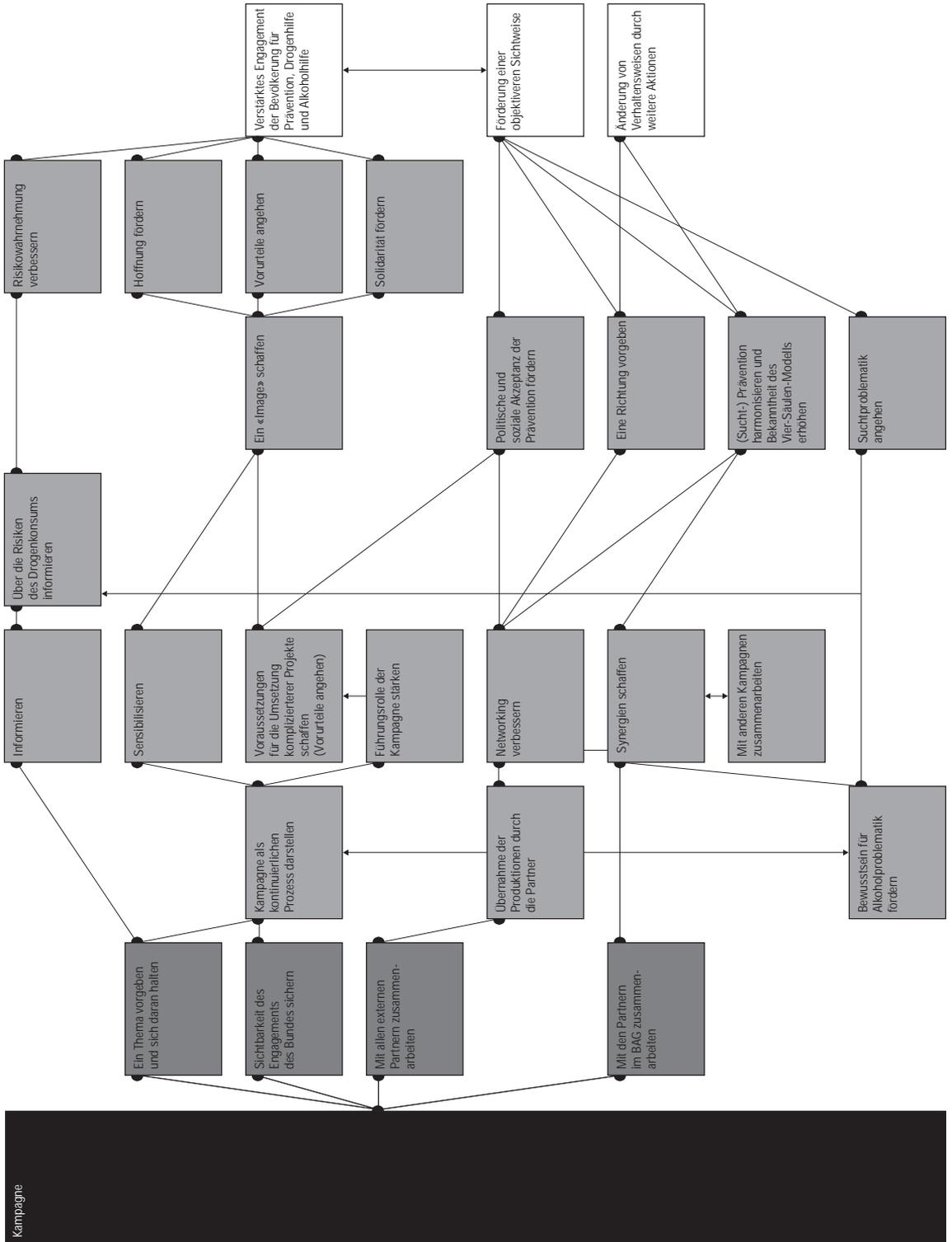


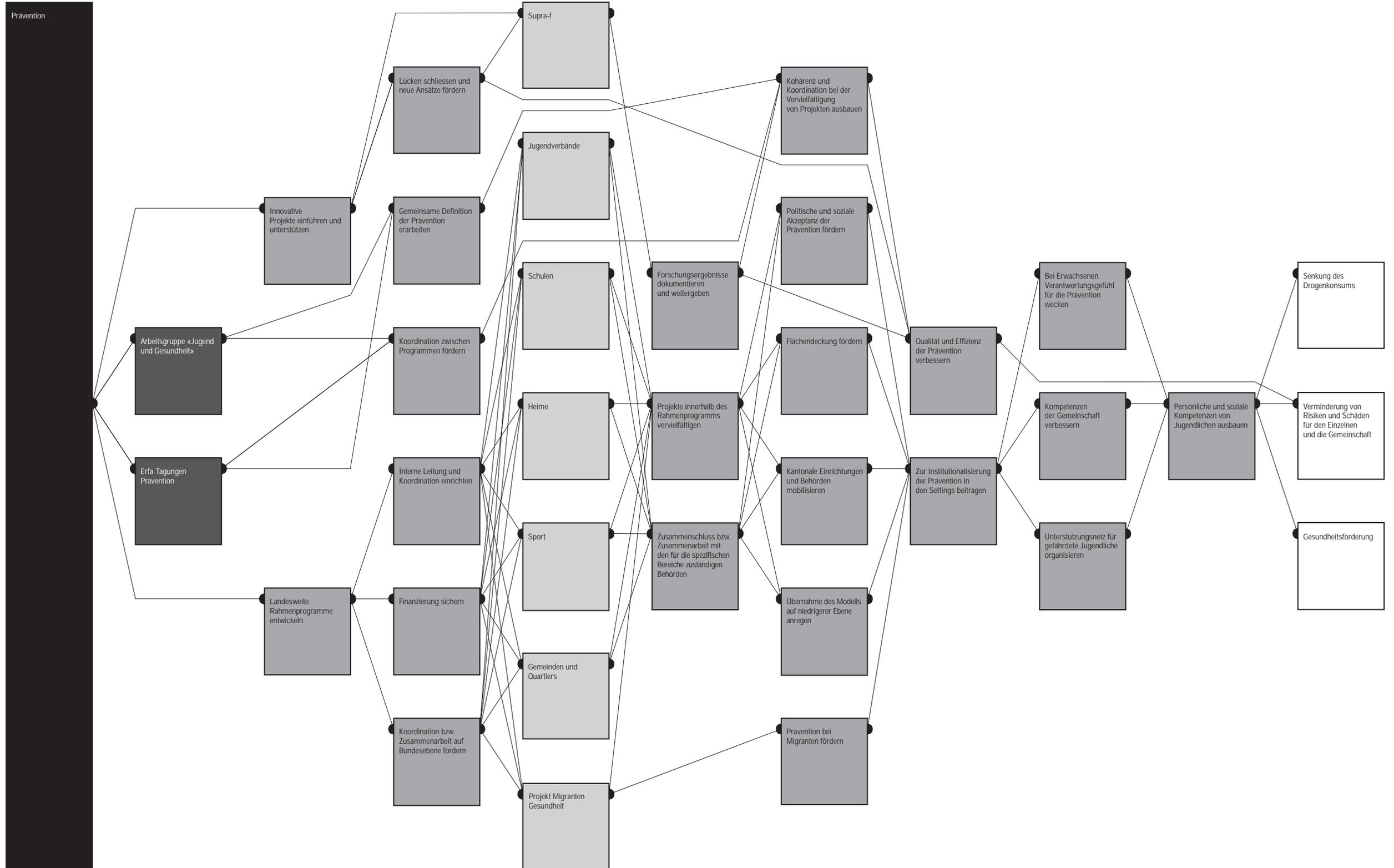
Beiheft 1 (Anhang 3a)
Aktionstheorien in
den verschiedenen Bereiche
des MaPaDro

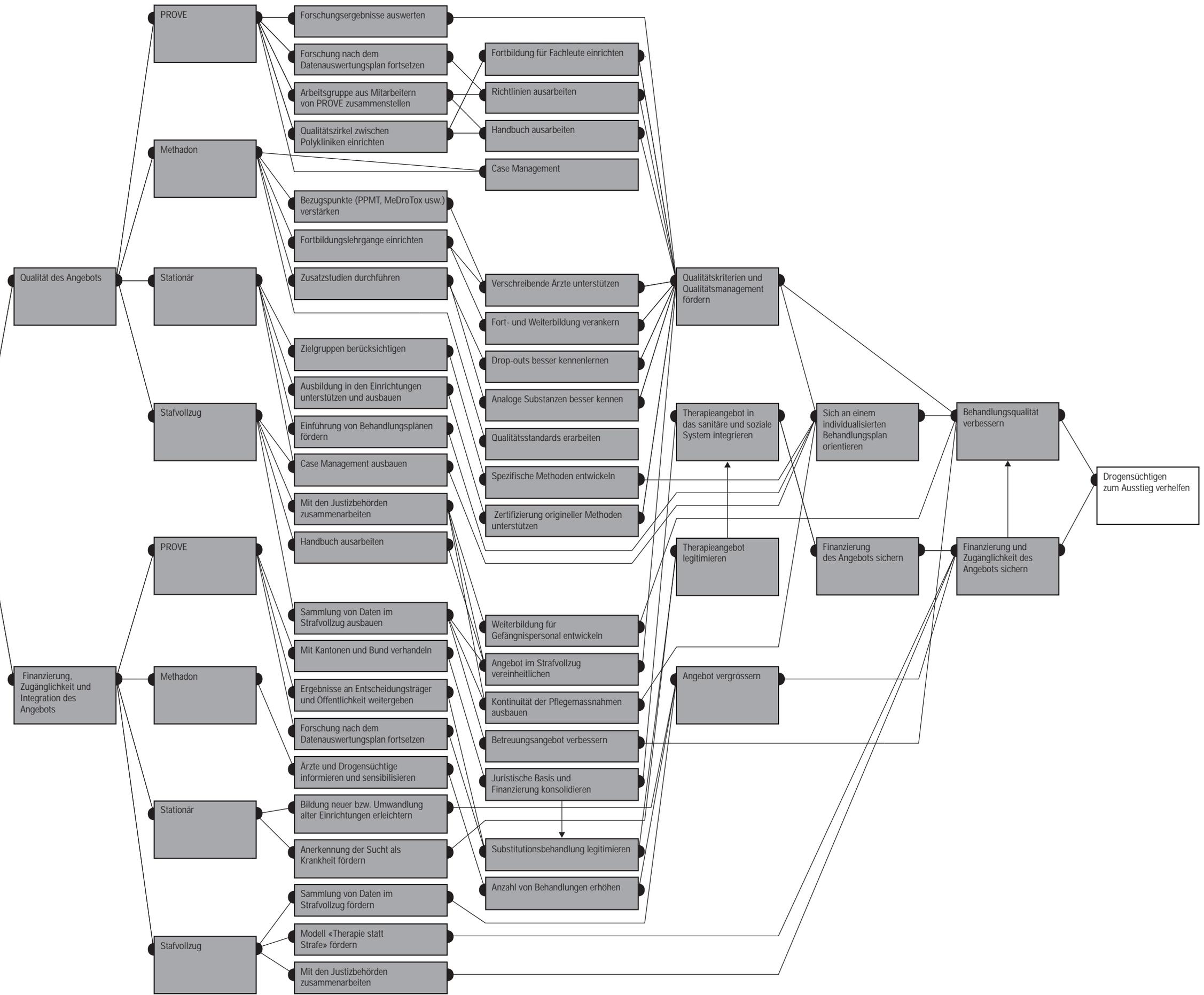
Evaluation der
Massnahmen des Bundes
zur Verminderung
der Drogenprobleme

Dritter zusammenfassender Bericht 1997-1999

Aktionstheorie für den Bereich Sensibilisierungskampagne

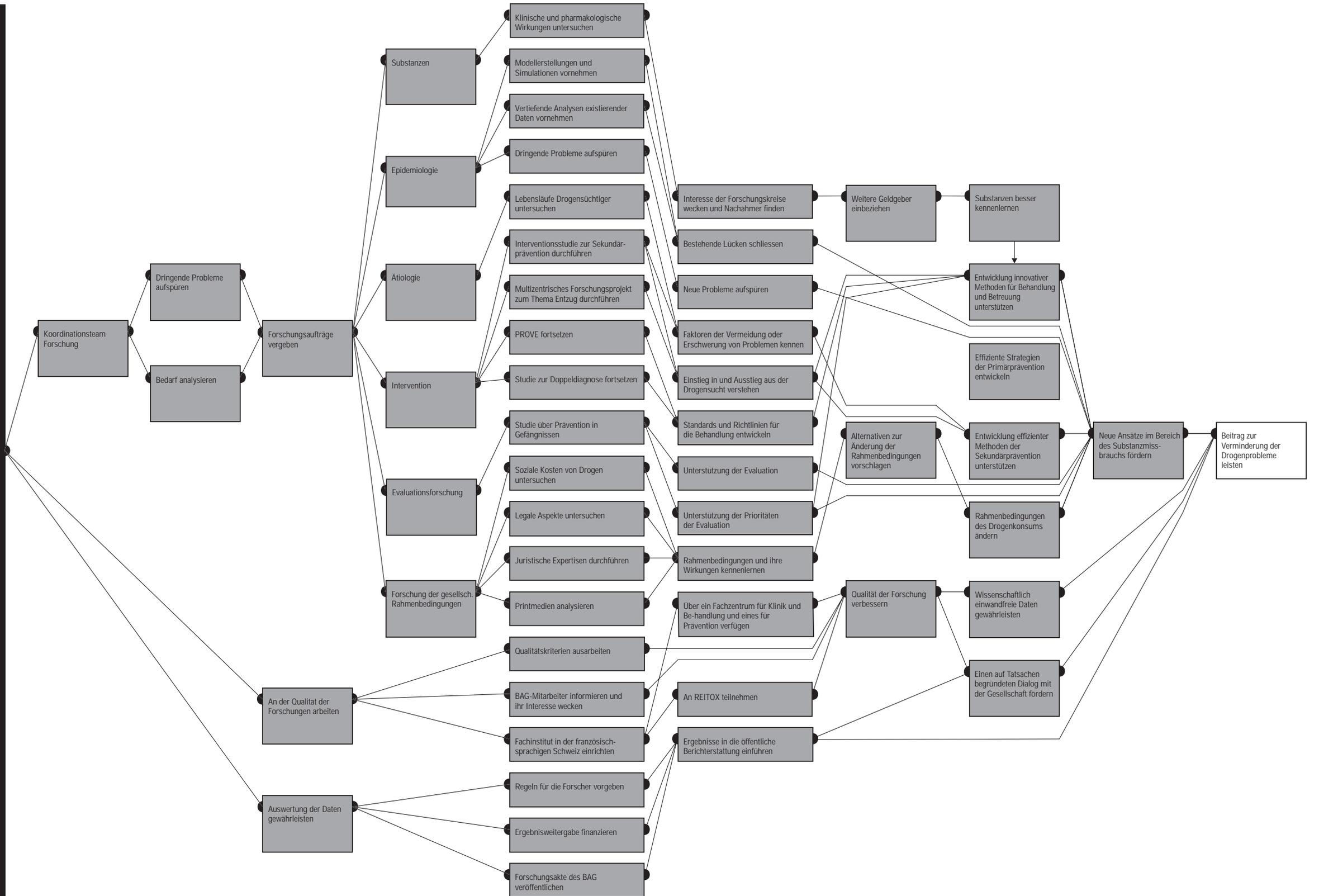






Aktionstheorie für den Bereich Forschung

Forschung

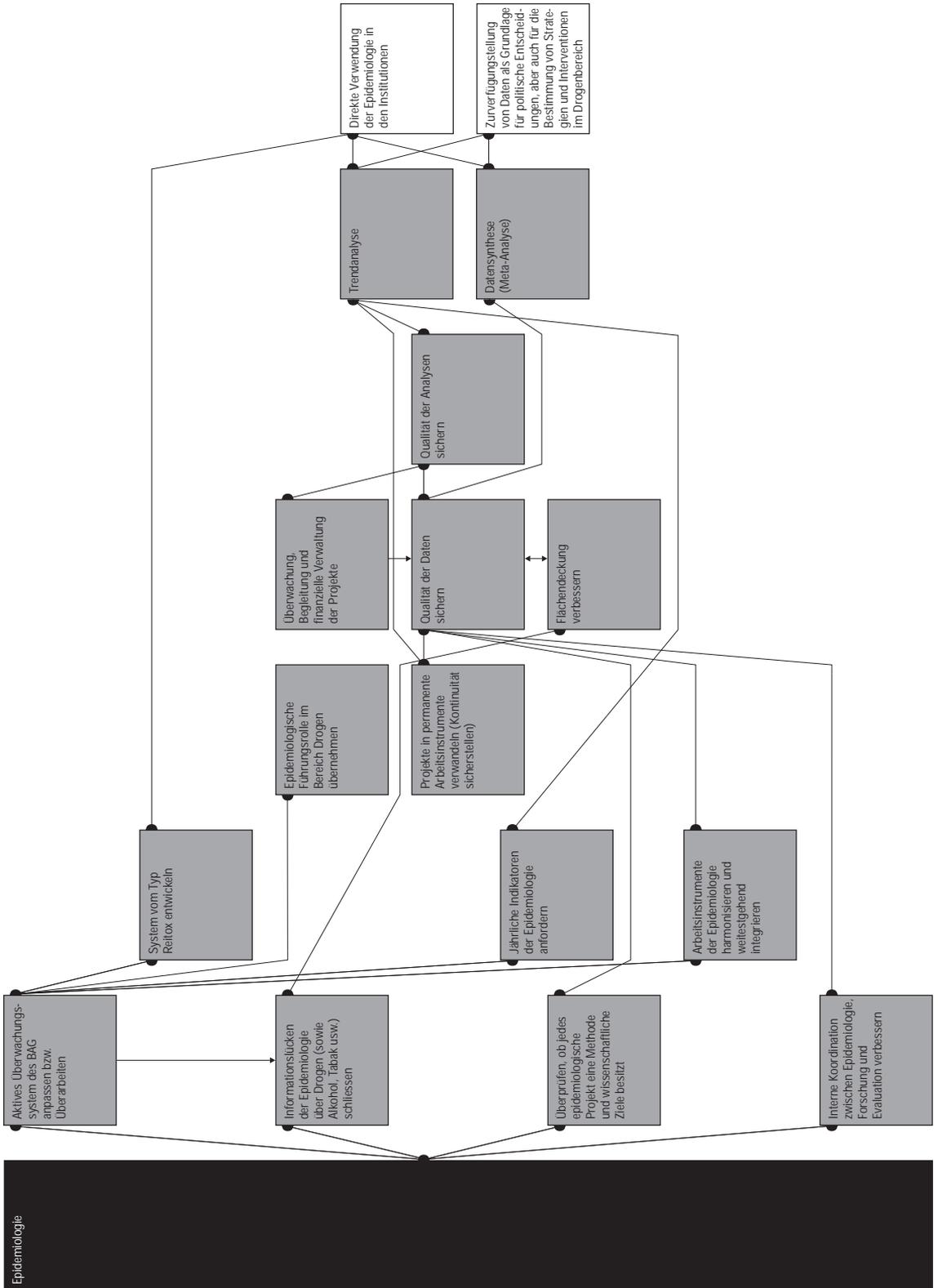


Beiheft 2 (Anhang 3a) Aktionstheorien in den verschiedenen Bereiche des MaPaDro

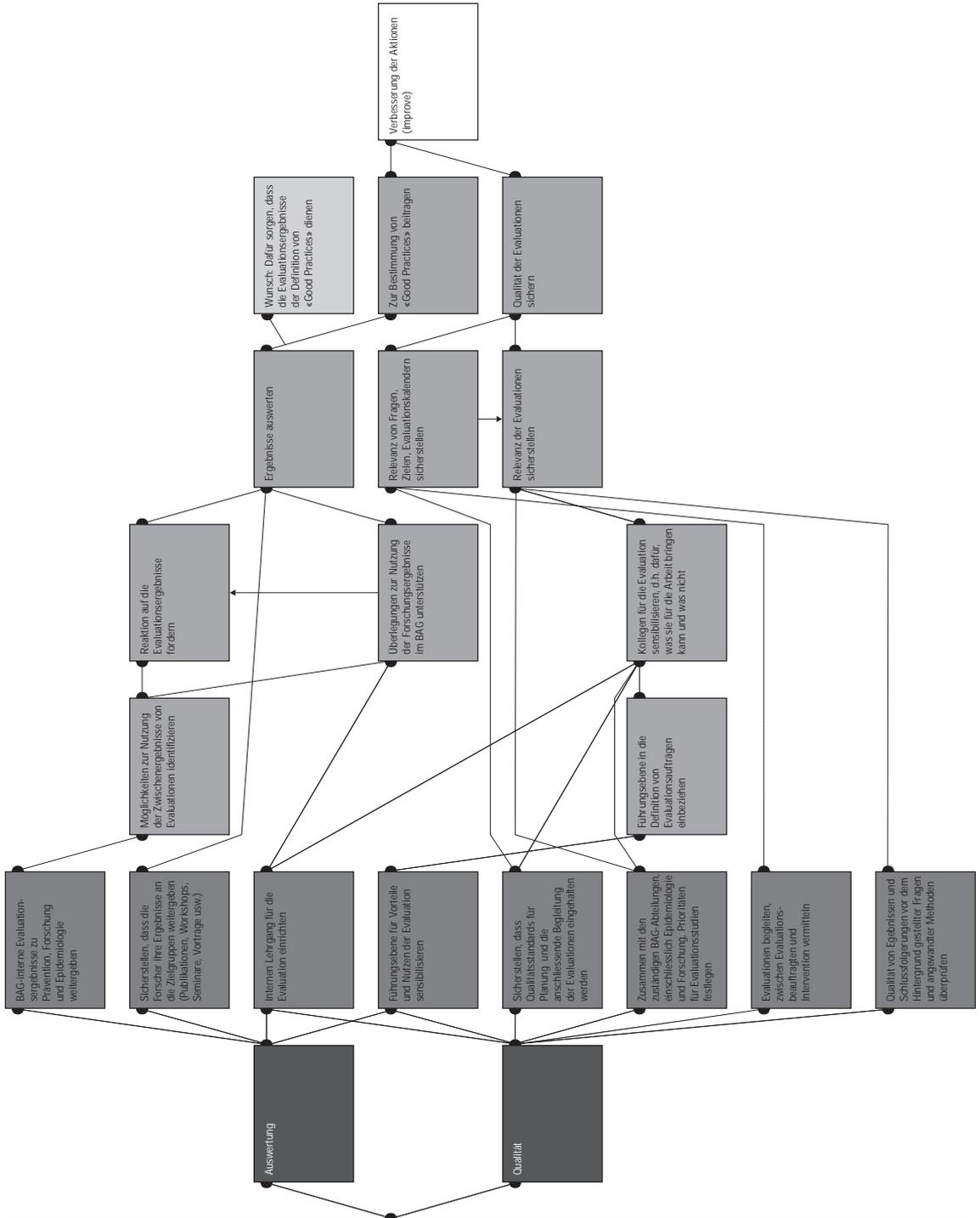
Evaluation der Massnahmen des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme

Dritter zusammenfassender Bericht 1997-1999

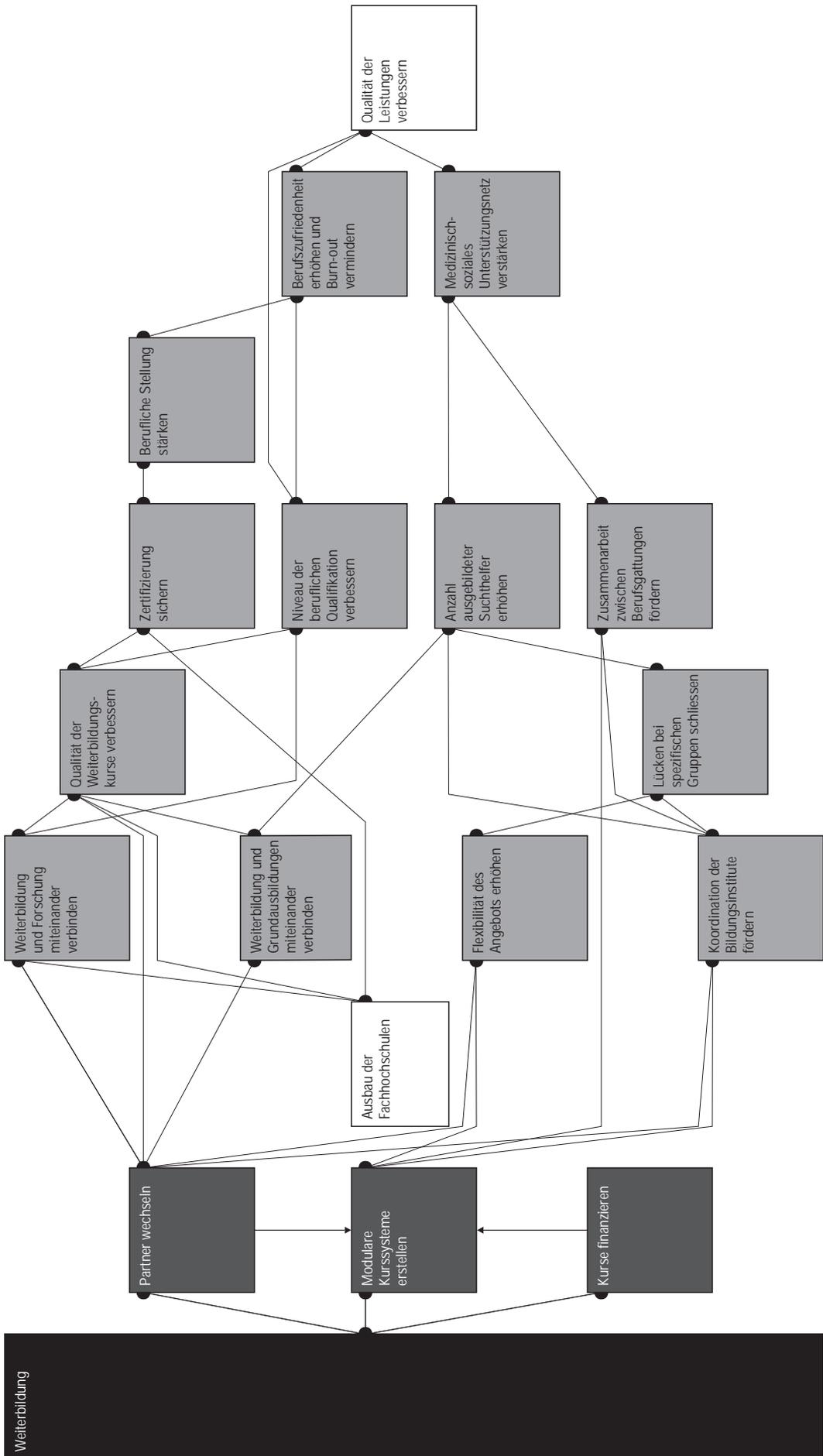
Aktionstheorie für den Bereich Epidemiologie

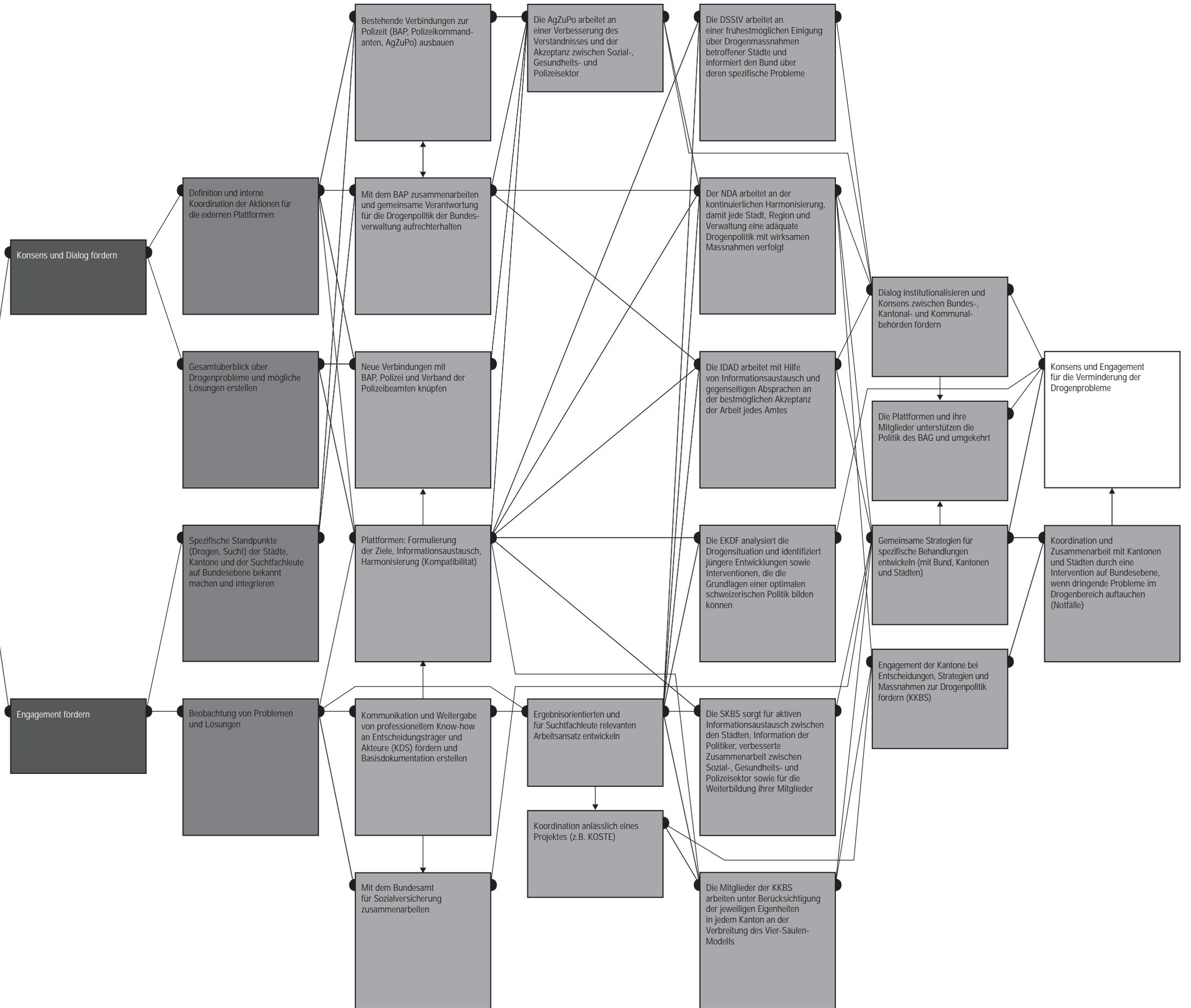


Aktionstheorie für den Bereich Evaluation



Aktionstheorie für den Bereich Weiterbildung





Aktionstheorie für den Bereich ausländische Bevölkerungsgruppen

