
Karin Huwiler, Christoph Erwin Minder

Drogenkonsumenten als benachteiligte Gruppe: die Entwicklung ihrer sozialen und gesundheitlichen Situation in der Schweiz

The Health Situation of Drug Addicts in Switzerland,
a Disadvantaged Group

In der Schweiz sind schätzungsweise 30'000 Personen von Heroin abhängig. Viele von ihnen leben in prekären gesundheitlichen, sozialen und wirtschaftlichen Verhältnissen, gehören also einer benachteiligten Gruppe an. Krankheiten, aber auch soziale Probleme sind in dieser Gruppe gehäuft. Ihre wichtigsten Gesundheitsprobleme betreffen HIV/AIDS, Hepatitis und eine allgemein stark erhöhte Sterblichkeit. Ziel dieser Arbeit ist es, die Veränderungen der gesundheitlichen und sozialen Situation der Drogenkonsumenten zu beschreiben, wie sie durch die Entwicklungen auf den Ebenen der Politik, des Rechts und des Gesundheitswesens in der Schweiz in den letzten Jahren beeinflusst wurden. Ein Schwerpunkt sind die Ergebnisse der Studien mit ärztlich kontrollierter Heroinverschreibung. Die Arbeit fasst die aktuelle Literatur und Information zum Thema zusammen.

Schlüsselwörter: benachteiligte Gruppen, Drogen, Heroin, Heroinabgabe, Methadon, Drogenpolitik, soziale Lage, Gesundheit, Mortalität, Sterblichkeit, HIV, AIDS, Hepatitis, Psychische Erkrankungen, Schweiz

The population of Swiss heroin addicts numbers about 30'000 persons. Many of these are marginalised and live in precarious social and economic conditions. Diseases and social problems are more frequent in this group. Compared to the general population they suffer more from HIV/AIDS, hepatitis and generally from a much increased mortality. In this article, the changes in the social and health situation of the drug consumers are described, in connection with recent developments in politics, law and health interventions in Switzerland. One main point concerns the health effects of the study with medically controlled heroin prescriptions. The paper is based on a review of the literature and other information on the topic.

Keywords: Disadvantaged group, drugs, heroin, heroin prescription, methadone, drug policy, social situation, health, mortality, HIV, AIDS, hepatitis, mental illness, Switzerland

Einleitung

Dass Morbidität und Mortalität auch von sozialen und ökonomischen Faktoren beeinflusst werden, ist hinlänglich bekannt. Unter anderem zeigen dies Studien, die als Indikatoren für den Sozialstatus Bildung, Einkommen und Beruf verwendet haben (1). In mehreren Studien in der Schweiz konnten Unterschiede nach sozioökonomischen Schichten bezüglich Sterblichkeit, Erkrankungen und auch Behinderungen (2,3,4) nachgewiesen werden.

Diese Art der Betrachtung weist jedoch einige methodische Nachteile auf. Berufswechsel nehmen zu. Frauen, die Familienarbeit ausüben, können schwerlich in berufsbezogene Kategorien eingeordnet werden usw. Zudem sind auf diesen Indikatoren beruhende Sozialschichtgruppen wenig anschaulich. Es ist schwierig, sich unter „ungelernten Angestellten“ etwas Konkretes vorzustellen. Dies stellt entschieden einen Nachteil für die öffentliche Diskussion sozioökonomisch bedingter Gesundheitsprobleme dar.

Ein anderer, neuerer Blickwinkel ist, benachteiligte Gruppen, wie beispielsweise Migranten oder Konsumenten von illegalen Drogen, als solche zu untersuchen. Der Vorteil dieser Art der Betrachtung liegt in ihrer Anschaulichkeit. Die Erkenntnis beispielsweise, dass die Kinder von Migranten einen tieferen Durchimpfungsgrad aufweisen als Schweizer Kinder, zeigt, dass diese Gruppe durch die bisherigen Maßnahmen ungenügend erreicht wird. Deshalb müssen für diese Gruppe spezifische Interventionen geprüft werden, wie bessere Information der Eltern. Nachteile dieser Betrachtungsweise liegen darin, dass es zu Überschneidungen kommt und dass ein theoretischer Unterbau fehlt. So sind z.B. Migranten einerseits den Belastungen durch den Aufenthalt in einem fremden Land ausgesetzt, gehören aber andererseits oft auch zu den Personen mit geringen finanziellen Möglichkeiten. Im Rahmen der Bestrebungen der WHO „Gesundheit21“ (5) wurde 1999 ein Projekt der Europäischen Union gestartet mit dem Ziel, Daten zur gesundheitlichen Situation von benachteiligten Gruppen zu sammeln und Maßnahmen zur Verbesserung ihrer Situation zu erarbeiten (6). Die vorliegende Arbeit basiert auf Forschungsarbeiten, die zur Unterstützung dieses Projektes vorgenommen wurden. Ein Vergleich mit Daten aus der Europäischen Union wird vorgenommen.

Ziel dieser Übersichtsarbeit ist, die Heroinkonsumenten bezüglich sozialer und gesundheitlicher Aspekte zu beschreiben. Das politische und juristische Umfeld werden beschrieben. Der Einfluss der Methadon- und Heroinabgabe auf die soziale und gesundheitliche Lage der Konsumenten wird dargestellt und diskutiert.

Anfang Mai 2000 gab das deutsche Gesundheitsministerium bekannt, dass noch im laufenden Jahr wissenschaftlich begleitete Versuche mit Heroinabgabe an rund 700 Drogenkonsumenten starten würden (7). Die vorliegende Arbeit kann in diesem Zusammenhang als Erfahrungsbericht aus der Schweiz über die gesundheitlichen Folgen einer solchen Politik dienen.

Methoden

Die hauptsächlichen Quellen für die Schweizer Daten waren Publikationen des Bundes und der Schweizerischen Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme. Außerdem wurden Arbeiten in der Literatur-Datenbank MEDLINE unter Verwendung der Suchbegriffe „heroin, illegal drugs, health, illness, social, retention, maintenance, infectious, und „Switzerland,“ gesucht. Die Daten für die Länder der Europäischen Union entstammen dem „Extended annual report on the state of the drugs problem in the European Union“ (8), sowie dem Bericht „Smoking, drinking and drug taking in the European Region,“ (9).

Die Erfassung der sozialen und gesundheitlichen Situation von Konsumenten illegaler Drogen ist aus methodischen Gründen schwierig. Mit Bevölkerungs-

befragungen erreicht man die Konsumenten von illegalen Drogen nur unzureichend und unterschätzt daher diese Problematik. Werden Konsumenten befragt, die sich an eine therapeutische Institution wenden, erreicht man die verhältnismäßig gut integrierten Konsumenten nicht. Zudem ist bekannt, dass sich die Drogenkonsumenten, die eine Beratung aufsuchen, von den anderen Konsumenten unterscheiden (10).

Schwierig ist auch der Vergleich zwischen einzelnen Ländern. Wegen unterschiedlicher Erhebungs-Ansätze können Vergleiche oft nur grob gemacht werden.

Ergebnisse

Demographie

In der Schweiz waren 1990 schätzungsweise rund 30'000 Personen abhängig von Heroin. Es wird angenommen, dass es bis 1993 zu einer Zunahme auf ca. 44'000 abhängige Personen kam, in den darauffolgenden Jahren wieder zu einer Abnahme (11). Andere Schätzungen gehen von einer größeren Stabilität mit rund 30'000 abhängigen Konsumenten aus (12), was einem Bevölkerungsanteil von rund 0.4% entspricht. Diese Population ist äußerst dynamisch. Die Zahl der jährlichen Zu- und Abgänge wird auf rund 30% der Population geschätzt (13). Aus Statistiken über die strafrechtlichen Konsequenzen des Konsums illegaler Drogen (14) können Hinweise auf soziodemographische Charakteristika der Konsumenten gezogen werden. Der Anteil der Männer unter den Verzeigten schwankt seit 1974 zwischen 80% und 85%. Entgegen einer weit verbreiteten Meinung nahm der Anteil der jungen, unter 18-Jährigen seit den 70er-Jahren ab. Während in den siebziger Jahren noch ungefähr 20% der Verzeigten jünger als 18 Jahre waren, liegt ihr Anteil seit 1987 deutlich unter 10%. (14). Die Altersverteilung der verzeigten Personen nähert sich immer mehr derjenigen der Allgemeinbevölkerung (14).

Zu den 30'000 abhängigen Personen der Drogenszene kommen schätzungsweise 30'000 integrierte Konsumenten, das heißt Personen mit mehrmaligem Drogenkonsum, die polizeilich nicht erfasst sind und an keinen Behandlungsprogrammen teilnehmen (15). Im Vergleich zu den Konsumenten aus der Szene finden sich bei den integrierten Konsumierenden mehr Frauen und Personen mit guter Ausbildung. Zudem haben die integrierten Konsumierenden häufiger einen festen Wohnsitz und ein festes Einkommen und beschaffen sich somit die Drogen auch seltener durch illegale Aktivitäten. Weiter unterscheiden sie sich von den in Behandlung stehenden Konsumenten harter Drogen, indem sie eher Kokain und seltener Heroin konsumieren. Auch der gleichzeitige Konsum von weiteren abhängigkeiterzeugenden Stoffen wie Alkohol, Nikotin und Barbituraten ist weniger stark verbreitet. Die integriert Konsumierenden versuchen, ihren Konsum möglichst konstant zu halten, eine nach außen sichtbare Wirkung zu vermeiden und auf intravenösen Konsum zu verzichten. Kontakte zur Szene werden soweit wie möglich vermieden, zudem werden Drogen nicht am Wohnort beschafft (15).

Für die Europäische Union belaufen sich die Schätzungen auf rund eine Million heroinabhängiger Personen (8). Dies entspricht einem Bevölkerungsanteil von knapp 0.3% und liegt damit leicht tiefer als in der Schweiz. Die Zahl

der Drogenkonsumierenden scheint in den letzten Jahren in der Europäischen Union etwa stabil geblieben zu sein, wobei in einigen Ländern eine Zunahme (z.B. England zwischen 1990 und 1994), in anderen eine Stagnation oder Abnahme (z.B. Spanien) der Zahl der Drogenkonsumenten vermutet wird (9). Wie in der Schweiz sind die Drogenkonsumenten mit Kontakt zu therapeutischen Institutionen auch in den meisten europäischen Ländern größtenteils männlich (70-85%), das Durchschnittsalter liegt zwischen 24 und 33 Jahren. Ebenso ist das Durchschnittsalter der Drogenkonsumenten in Therapie in den meisten europäischen Ländern in den letzten Jahren angestiegen. Es ist möglich, dass dieser Anstieg dadurch vorgetäuscht wird, dass sich ältere Drogenkonsumenten eher in Therapien begeben. Auch die anderen europäischen Länder berichten über eine Zunahme des gleichzeitigen Konsums mehrerer Drogen (9).

Rechtliche Situation

Der Konsum von Heroin, aber auch von Kokain, Marihuana und Haschisch ist in der Schweiz verboten. Während sich das erste Schweizer Betäubungsmittelgesetz von 1924 lediglich auf Opium und Kokain beschränkte, waren im Jahre 1997 etwa 160 Substanzen strafrechtlich verboten. Der Konsum ist seit 1975 strafbar (12). Seit 1991 sind die Verzeigungen wegen Drogen-Delikten sprunghaft angestiegen (1974: 4'704, 1990: 18'880, 1991: 23'470, 1994: 40'378). Da seit 1990 auch die durchschnittliche Anzahl von Verzeigungen pro Person zugenommen hat (1990: 1.28, 1994: 1.53 Verzeigungen pro Person) (14), muss diese Zunahme als eine Folge verstärkter polizeilicher Aktivität gewertet werden. Dabei werden vor allem die Konsumentinnen und Konsumenten zunehmend verzeigt (1994 80%). Der Anstieg der Verzeigungen lässt sich sowohl für Cannabisprodukte als auch für Heroin und Kokain nachweisen. Allein 1994 erfolgten im Zusammenhang mit diesen Substanzen rund 40'000 Verzeigungen. Während bis Anfang der neunziger Jahre mehr Verzeigungen im Zusammenhang mit Cannabisprodukten als mit Heroin erfolgten, wurden 1992-1994 etwa gleich viele Verzeigungen im Zusammenhang mit diesen beiden Substanzen vorgenommen.

Auch die Zahl der Verurteilungen wegen Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetz hat seit den siebziger Jahren stark zugenommen. Zwischen 1970 und 1980 fand eine Verdreifachung der Zahl der Verurteilungen statt, zwischen 1980 und 1990 nochmals eine Verdoppelung. 1993 wurden rund 9'000 Verurteilungen wegen Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetz ausgesprochen (14). 1993 erfolgte jede fünfte der rund 10'000 Einweisungen in den Strafvollzug aufgrund eines Verstoßes gegen das Betäubungsmittelgesetz. Aufgrund der generell längeren Dauer der Strafen für Drogen-Delikte machen die wegen Betäubungsmitteldelikten Inhaftierten in den Strafanstalten einen höheren Anteil aus (zwischen 1985 und 1991 33-38%). Zudem ist bekannt, dass 29% der Insassen harte Drogen konsumierten, im Vergleich zu 0.6% der 18-60jährigen Gesamtbevölkerung (16).

Auch in den meisten Ländern der Europäischen Union ist der Besitz und/oder Konsum von Drogen verboten. Während in mehreren Ländern politische Bestrebungen in Gang sind, Tätigkeiten in Zusammenhang mit dem persönlichen Konsum von Drogen zu entkriminalisieren, haben in praktisch allen Ländern die Verzeigungen und/oder Verhaftungen wegen Drogendelikten in den letzten Jahren zum Teil massiv zugenommen. Dabei überwiegt auch in diesen Län-

dem der Konsum von Drogen als Grund für die Verzeigung oder Verhaftung bei weitem. Die am häufigsten involvierte Substanz in den europäischen Ländern ist Cannabis. 1997 erfolgten in der Europäischen Union rund 630'000 Verzeigungen oder Verhaftungen im Zusammenhang mit Drogendelikten. Der Anteil der Gefangenen, die Probleme mit Drogen haben oder hatten, ist auch in den Ländern der Europäischen Union hoch (15-50%).

Politische Situation

Die schweizerische Drogenpolitik basiert auf den nachfolgend dargestellten vier Säulen.

Tabelle 1: Die 4 Säulen der schweizerischen Drogenpolitik samt einigen Beispielen für Maßnahmen innerhalb der vier Säulen.

| | | |
|-----------|--|--|
| Säule I | Prävention | Unterstützung verschiedener Programme, wie: <ul style="list-style-type: none"> • „Schulen und Gesundheit“ • „Suchtprävention in der Gemeinde“ • „Sucht und Sport“ |
| Säule II | Therapie, Wiedereingliederung | <ul style="list-style-type: none"> • Methadonabgabe • Ärztliche Verschreibung von Heroin • Drogenberatungsstellen • Entzugsprogramme • Stationäre Therapien (sozialtherapeutische Maßnahmen, berufliche Integration), rund 1'700 Plätze |
| Säule III | Schadensbegrenzung, Überlebenshilfe | niedrigschwellige Angebote, wie: <ul style="list-style-type: none"> • Gassenzimmer • Spritzenaustausch • Arbeits- und Wohnangebote • Tagesstrukturen • Hilfe für prostituierende Frauen |
| Säule IV | Repression | Grundlage: Betäubungsmittelgesetz |

Die wohl umstrittensten Maßnahmen der schweizerischen Drogenpolitik stellen die Methadon- und Heroinabgabe dar. Diese Maßnahmen, begleitet von medizinischer und psychosozialer Betreuung, stellen einen Schritt auf dem Weg zu abstinenzorientierten Therapien und Suchtfreiheit dar. Zur Zeit nehmen etwa 14'000 Personen an methadongestützten Behandlungen teil, während zwischen 1994 und März 1999 rund 1'500 Personen eine heroingestützte Behandlung begonnen haben (17). Dabei wurde die Abgabe von Betäubungsmitteln – Heroin, Morphin und Methadon – als wissenschaftlich begleitete Studie geplant und durchgeführt (PROVE, Projekt zur Verschreibung von Betäubungsmitteln). In verschiedenen ausgewählten Zentren wurden 20jährige und ältere Drogenkonsumenten mit mindestens zweijährigem Drogenkonsum, die schon mehrere erfolglose Therapieversuche hinter sich hatten und in gesundheitlicher oder sozialer Hinsicht durch ihren Drogenkonsum geschädigt waren, mit Betäubungsmitteln substituiert. Die Abgabe wurde ergänzt durch psychosoziale und medizinische Betreuung. Die erste Phase dieses Projektes, in der 1'035 Patienten involviert waren, dauerte von 1994 bis 1996, eine zweite Phase begann

1998. In der ersten Phase wurden schwergewichtig die Durchführbarkeit der heroingestützten Maßnahmen und ihre Wirkungen auf die physische und psychosoziale Entwicklung der Teilnehmer geprüft, in der zweiten Phase werden vor allem die Wirkungen der medizinischen und psychosozialen Maßnahmen untersucht, um die Behandlung von Patienten mit AIDS oder psychischen Begleiterkrankungen zu optimieren (18).

Die Maßnahmen aus dem Bereich „Schadensbegrenzung / Überlebenshilfe“ umfassen sowohl medizinische als auch soziale Betreuung und haben zum Ziel, die Drogenkonsumenten in möglichst guter gesundheitlicher Verfassung und sozial integriert durch die Phase der Sucht zu begleiten, um die Chancen für einen späteren Ausstieg zu verbessern. Diese Maßnahmen zur Überlebenshilfe sind „niedrigschwellig“, d.h. sie bieten einfachen, unbürokratischen Zugang: Spritzenabgabe, Gassenzimmer und Fixerräume sowie Wohn- und Arbeitsmöglichkeiten für Drogenkonsumenten. Dass beispielsweise die Spritzenabgabe einem großen Bedürfnis der Drogenkonsumenten entspricht, zeigt die Zahl von rund 22'000 Spritzen, die im Zeitraum 1993/4 pro Tag bezogen wurden (12).

Das 4-Säulen-Modell wird seit 1990 vom Bund praktiziert und zunehmend auch von Kantonen und Gemeinden angewandt. Das Ziel dieser Politik ist eine Verringerung der Drogenprobleme, im Wissen, dass eine drogenfreie Gesellschaft zwar wünschenswert, aber kaum erreichbar ist. Dabei werden Veränderungen auf verschiedenen Ebenen angestrebt. Die Zahl der Neueinsteiger soll reduziert werden, die Zahl der ausstiegswilligen Drogenkonsumenten erhöht, die Risiken für die Drogenkonsumenten minimiert und die Bevölkerung vor den negativen Folgen des Drogenkonsums geschützt werden (12). Aktuell werden in der Schweiz die gesetzlichen Rahmenbedingungen geschaffen, die eine Überführung des PROVE-Projektes in eine reguläre medizinische Behandlung ermöglichen sollen (18).

In den letzten Jahren hat in Politik und Öffentlichkeit der Wunsch nach einer Entkriminalisierung des Drogenkonsums zugenommen. Die vom Bundesrat eingesetzte Expertenkommission hat 1996 eine Strafbefreiung des Konsums und der Vorbereitungshandlungen für sämtliche Betäubungsmittel gefordert (12). In einer Volksabstimmung im Jahre 1999 wurde eine Initiative, die eine restriktive Drogenpolitik und ein Ende der Methadon- und Heroinabgabe forderte, vom Schweizer Volk abgelehnt.

Die an die Drogenkonsumenten gerichteten Angebote in den europäischen Ländern sind mit Ausnahme der Heroinverschreibung vergleichbar mit den schweizerischen. Es existieren allerdings zum Teil große Unterschiede zwischen und auch innerhalb der Länder. In allen Ländern werden präventive Maßnahmen ergriffen; Spritzenabgabe und andere schadensvermindernde Maßnahmen gibt es ebenfalls in allen Ländern, jedoch in stark unterschiedlichem Ausmaß. Auch in der Europäischen Union werden Substitutionstherapien durchgeführt, wobei ein Grossteil der Konsumenten mit Methadon substituiert wird. Schätzungen belaufen sich auf rund 30% der Süchtigen, die sich in Substitutionstherapien befinden. Heroin wurde bisher nur in zwei anderen europäischen Ländern verabreicht, nämlich in Holland 1998 im Rahmen einer Studie an Schwerstsüchtige, sowie in England, außerhalb von Studien. Die Behandlungen in den europäischen Ländern werden zunehmend von den Grundversorgern durchgeführt (8).

Gesundheit und Soziale Lage

Gliederung. Die Abschnitte zu Mortalität, HIV/AIDS und Hepatitis wurden folgendermaßen gegliedert: allgemeine Angaben zur Erkrankung (Ursachen, Folgen, Übertragungswege); Angaben zur Inzidenz, Prävalenz und zum zeitlichem Verlauf in der gesamten Schweizer Bevölkerung; Angaben zu Inzidenz, Prävalenz und zum zeitlichem Verlauf bei den Drogenkonsumenten.

Den Resultaten der PROVE-Studie ist ein eigener Abschnitt gewidmet, in dem soziale und medizinische Variablen wie beispielsweise Gesundheitszustand und soziale Isolierung, bei denen eine positive Veränderung im Zeitverlauf möglich ist, enthalten sind. Anschließend an die entsprechenden schweizerischen Daten werden, sofern vorhanden, Daten zur Situation in der Europäischen Union präsentiert.

Die soziale Situation der Heroinkonsumenten. In einer Studie in den achtziger Jahren, in der Drogenkonsumenten aus therapeutischen sowie Institutionen des Strafvollzugs mit gleichaltrigen Jugendlichen verglichen wurden, fanden Uchtenhagen et al. (19) zahlreiche Unterschiede in sozio-demographischen Charakteristika:

Tabelle 2: Soziale Vergangenheit und Ausbildungssituation von jungen Drogenkonsumenten.

| Charakteristikum | Drogenkonsumenten | Jugendliche gleichen Alters |
|------------------------------------|-------------------|-----------------------------|
| Familie intakt | 45 % | 93 % |
| Verlust beider Eltern vor Alter 16 | 25 % | 3 % |
| Ersatzeltern | 27 % | 4 % |
| Heimerfahrung | 32 % | 1 % |
| Sekundar- oder Gymnasial-Abschluss | 44 % | 61 % |
| Ausbildung abgebrochen | 50 % | 5 % |

Dies alles weist auf eine Häufung ungelöster familiärer und sozialer Probleme im frühen Leben Drogensüchtiger hin. Aus Untersuchungen an ambulanten Beratungsstellen sind die akuten Probleme von Drogenkonsumenten, die eine Beratung aufsuchen, bekannt (20). In Tabelle 3 werden diese mit Personen, die die Beratungsstellen wegen Alkoholproblemen aufsuchten, verglichen.

Die Klienten der Beratungsstellen mit problematischem Heroinkonsum sind größtenteils männlich und jung. Rund die Hälfte der Klienten ist arbeits- oder erwerbslos, d.h. sie sind auf andere Quellen zur Finanzierung des Lebensunterhaltes angewiesen. Es sind dies die Sozialhilfe, das sogenannte „Mischeln“, illegale Aktivitäten sowie vor allem bei den Frauen die Prostitution. Nur ein vergleichsweise kleiner Teil der heroinkonsumierenden Klienten der Beratungsstellen lebt mit einem festen Partner zusammen. Neben Heroin werden häufig auch noch andere Suchtmittel konsumiert.

Obwohl die Heroinkonsumenten nicht direkt vergleichbar sind mit den Alkoholkonsumenten, kann man folgern, dass die Konsumenten von Heroin sozial stärker isoliert sind als die Klienten mit Alkoholproblemen. Dies zeigt sich beispielsweise im tieferen Anteil der Voll- oder Teilzeiterwerbstätigen und damit

Tabelle 3: Erwerbssituation, Konsum- und Zuweisungsverhalten von ratsuchenden Alkohol- und DrogenkonsumentInnen im Vergleich.

| Variable | Heroin / m | Heroin / w | Alkohol / m | Alkohol / w |
|---------------------------|------------|------------|-------------|-------------|
| Klienten | 72% | 28% | 73% | 27% |
| Medianes Alter | 26.4 | 25.7 | 42.9 | 44.0 |
| <u>Erwerbsstatus</u> | | | | |
| - Voll-o. Teilzeit | 31.5% | 23.2% | 54.4% | 37.4% |
| - Arbeitslos | 24.9% | 20.7% | 23.7% | 18.8% |
| - Erwerbslos | 23.2% | 31.1% | 3.1% | 6.5% |
| <u>Unterhalt aus</u> | | | | |
| - Erwerb | 40.5% | 25.6% | 57.4% | 40.3% |
| - Erspartem | 2.4% | 3.1% | 5.7% | 4.5% |
| - Sozialhilfe | 24.4% | 30.4% | 11.7% | 18.2% |
| - Prostitution | 0.4% | 5.6% | 0.1% | 0.5% |
| - „Mischeln“ | 8.5% | 9.6% | 0.6% | |
| - Illegale Aktivitäten | 5.2% | 3.4% | | |
| <u>Beziehung</u> | | | | |
| - Alleinstehend | 38.7% | 31.4% | 31.3% | 37.8% |
| - Partner zusammen | 23.8% | 28.9% | 44.9% | 39.4% |
| <u>Weitere Substanzen</u> | | | | |
| - Methadon | 22.6% | 24.4% | 0.8% | 1.1% |
| - Cannabis | 42.6% | 30.3% | 7.0% | 5.9% |
| - Kokain | 25.6% | 21.4% | 1.3% | 2.2% |
| - Benzodiazepine | 20.0% | 22.2% | 3.4% | 7.8% |
| - Tabak | 29.3% | 28.2% | 36.9% | 27.4% |
| <u>Zuweisend</u> | | | | |
| - selber | | 29.4% | | 14.1% |
| - Familie | | 26.6% | | 17.6% |
| - Klinik | | 9.9% | | 21.0% |
| - Prakt. Arzt | | 10.7% | | 10.8% |

Quelle: SAMBAD, Ref. 22

Zu „weitere Substanz“: Mehrfachnennungen möglich, Problemsubstanzen.

„Zuweisend“: Mehrfachnennungen möglich; keine Unterscheidung möglich nach Geschlecht, Daten gelten für die gesamte Population der Heroin- bzw. Alkoholkonsumenten der untersuchten Beratungsstellen.

Erwerbslos: Personen, die keine Arbeit haben und auch keine suchen.

„Mischeln“: Aktivitäten im Zusammenhang mit Drogenkonsum, die nicht direkt illegal, aber an der Grenze dazu sind. Bsp.: Wachestehen für den Drogenhandel anderer Personen, wird mit Drogen für den eigenen Konsum vergütet.

auch in einem tieferen Anteil derer, die ihren Lebensunterhalt durch Erwerbseinkommen bestreiten, wie auch in einem höheren Anteil Personen ohne feste Partnerschaft.

Die PROVE-Studie ergab, dass mehr als 80% der beteiligten Drogenkonsumenten bei Eintritt in die Studie Schulden hatten. 60% der Teilnehmer hatten gar keine oder nur drogenkonsumierende Freunde. Ein Anteil von 13% war bei Eintritt obdachlos (21).

Mortalität. Die unmittelbar auf Drogenkonsum zurückzuführenden Todesfälle werden in der Schweiz in einer Polizeistatistik erfasst. Rund 96% der Drogentodesfälle sind Folge einer Überdosierung (22). Um ein Bild der wirklichen drogenbedingten Mortalität zu erhalten, müssten jedoch auch die indirekt durch Drogen hervorgerufenen Todesfälle, beispielsweise durch AIDS oder Hepatitis, berücksichtigt werden.

Um die Aussagekraft des Vergleichs mit der Schweizer Bevölkerung zu erhöhen, schränken wir die Vergleichsbevölkerung auf die 20-39jährigen Personen ein, welche 1997 eine Mortalitätsrate von 0.12% bei den Männern und 0.05% bei den Frauen hatten (23).

In der Schweiz stieg die Zahl der Drogentoten von den frühen achtziger Jahren bis in die frühen neunziger Jahre von rund 100 auf über 400 pro Jahr an (1982: 109, 1992: 419 Drogentodesfälle). Besonders seit 1994 ist diese Zahl wieder deutlich gesunken, auf 181 im Jahre 1999. Schätzungen, die Folgeerkrankungen mit einbeziehen, belaufen sich auf rund 800 (15) bis 1'000 Drogentodesfälle pro Jahr (24). Der Anteil der Frauen an den an Drogenkonsum Verstorbenen beträgt seit Jahren rund 20% (22). Das Durchschnittsalter beträgt 25-26 Jahre bei den Frauen, 27-28 Jahre bei den Männern (22). In den Jahren 1991 und 1992 stellten direkt durch Drogen verursachte Todesfälle in der Altersgruppe der 15-24jährigen die zweithäufigste Todesursache dar, hinter Motorfahrzeugunfällen und vor Suizid (25). Auch in der PROVE-Studie war die Mortalität der Konsumenten mit 1% pro Jahr deutlich höher als in einer vergleichbaren Population. In 47% der Fälle war der Tod auf AIDS und andere Infektionskrankheiten zurückzuführen (21).

Europäische Longitudinalstudien berichten für Personen mit intravenösem Opiatkonsum eine 20- bis 30-fach erhöhte Mortalitätsrate (8). Der Zeitverlauf zeigt in den meisten Ländern der Europäischen Union eine Zunahme der Drogentodesfälle zwischen den späten 80er Jahren und den frühen 90er Jahren. Seither ist die Zahl der Drogentoten in einigen Ländern stabil oder sogar rückläufig. Der Grund für diese Trendumkehr ist unklar. Diskutiert werden eine Stabilisierung der Zahl der Drogenkonsumenten, ein Wechsel hin zu risikoärmeren Konsumformen oder auch Interventionen wie Opiatsubstitution, aber auch Änderungen in der Registrierungspraxis.

HIV und AIDS. Mit AIDS bezeichnet man ein fortgeschrittenes Stadium der HIV-Infektion, das durch das Auftreten sonst seltener Erkrankungen definiert wird. Die (mediane) Latenzzeit zwischen der Infektion mit dem HI-Virus und dem Ausbruch von AIDS lag zwischen 1983 und 1996 bei rund 10 Jahren (26). Durch die Einführung von hochwirksamen Therapien im Jahre 1996 konnten die Inzidenz von AIDS-definierenden Krankheiten und auch die Mortalität bedeutend gesenkt werden (27). Bis heute kann die HIV-Infektion jedoch nicht geheilt werden.

Die hauptsächlichen Übertragungswege sind ungeschützte sexuelle Kontakte mit wechselnden Partnern sowie intravenöser Konsum von Drogen. Eine Infektion durch infizierte Blutprodukte kann heute in der Schweiz praktisch ausgeschlossen werden.

In der Schweiz sind schätzungsweise 16'000 bis 26'000 Menschen mit dem HI-Virus infiziert. Als Übertragungsweg kann in rund 35% Drogeninjektion

angenommen werden (Hochrechnung, 28). Die Zahl der Neuinfektionen wird heute auf jährlich 600-700 geschätzt. Seit 1992 sinkt die Zahl der positiven HIV-Tests, und zwar vor allem für Infektionen im Zusammenhang mit Drogeninjektion und homosexuellen Kontakten. Während für die Diagnosen bis zum Jahre 1990 der Anteil der durch Drogeninjektion erworbenen Infektionen bei Männern noch bei 40% und höher lag, bei den Frauen bis 1989 sogar über 50%, wurden 1999 noch 16% der Neuinfektionen bei den Männern und 13% bei den Frauen durch Drogenkonsum übertragen (29). Den größten Anteil bei aktuellen Neu-Infektionen bilden heterosexuelle (ca. 58%) und homosexuelle (ca. 29%) Kontakte (28).

Bis Ende Februar 2000 erfolgten in der Schweiz rund 6'800 AIDS-Meldungen mit rund 4'900 Todesfällen (29), wovon rund 40% drogeninjizierende Personen betrafen. Damit macht die Übertragung durch intravenösen Drogenkonsum den größten Teil aller bis heute gemeldeter AIDS-Fälle aus. Seit 1995 sind sowohl die Meldungen von AIDS-Erkrankten als auch die durch AIDS bedingten Todesfälle rückläufig. Der Rückgang wird je hälftig auf die Anwendung hoch wirksamer antiretroviraler Kombinationstherapien und auf die Meldeverzögerung zurückgeführt (29, 27, 30).

Die Prävalenz der HIV-Infektion bei den Drogenkonsumenten betrug 1989-90 rund 20% (31), bei den Teilnehmern der PROVE-Studie nur noch 16% (21). Dies könnte ein Hinweis auf eine rückläufige HIV-Prävalenz bei den Drogenkonsumenten sein.

Zwischen den Ländern der Europäischen Union finden sich bezüglich HIV-Prävalenz enorme Unterschiede (8). Während in England, Wales und Irland eine Prävalenz von 1% gemeldet wird, beträgt sie in Spanien 32%. Aufgrund unterschiedlicher Erhebungsarten können diese Werte jedoch nur als grobe Anhaltspunkte betrachtet werden. In einigen Ländern der Europäischen Union konnte ein Rückgang der Prävalenz der HIV-Infektion bei Drogenkonsumenten festgestellt werden. Die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht weist jedoch darauf hin, dass die Übertragung von HIV auch in den neunziger Jahren fortschritt. Die Übertragung fand vor allem unter den „neuen“ Drogenkonsumenten statt, wurde jedoch durch den Rückgang der Inzidenz in der Gesamtpopulation verdeckt. Die Inzidenz von AIDS bei Drogenkonsumenten zeigt ebenfalls starke Schwankungen innerhalb Europas, mit auffallend hohen Werten vor allem in den südlichen Ländern (Spanien, Italien, Portugal). In allen Ländern der EU außer in Portugal sinkt die AIDS-Inzidenz seit ungefähr 1992.

Hepatitis. Bei der Hepatitis handelt es sich um eine durch verschiedene Viren hervorgerufene Entzündung der Leber. Für die Gruppe der Drogenkonsumenten sind die Hepatitisviren B und C die wichtigsten. Bei beiden Formen kann die Entzündung chronisch werden, was zu schwerwiegenden gesundheitlichen Folgen wie Leberzirrhose und Leberkrebs führen kann. Während bei der Übertragung der Hepatitis B Geschlechtsverkehr und Drogenkonsum häufig sind, wird die Hepatitis C vor allem über Blut an kontaminierten Spritzenutensilien übertragen, unter anderem auch – was wenig bekannt ist – über Löffel und Filter, welche bei der Vorbereitung des Konsums gebraucht werden.

Die Schweiz gehört zu den Ländern mit einer niedrigen Prävalenz an Hepatitis B. Schätzungen belaufen sich auf 0.3% der Allgemeinbevölkerung, die eine chronische Hepatitis B-Infektion aufweisen. Bei etwa 4 – 8% der Bevölkerung kann eine früher durchgemachte Hepatitis B nachgewiesen werden. Die Zahl der jährlichen Neuinfektionen wird auf rund 2'000 – 3'000 geschätzt.

Zwischen 1988 und 1993 wurden zunehmend mehr Hepatitis B-Infektionen gemeldet, zwischen 1994 und 1997 war die Tendenz wieder sinkend (s. Grafik 1). Dabei widerspiegeln die Änderungen der Gesamtzahl der Hepatitis B-Infektionen die Änderungen im Anteil der über Drogenkonsum erworbenen Hepatitiden. In den Jahren 1990 bis 1994 machten diese rund 50% der gemeldeten Neuinfektionen aus. Betroffen sind vor allem junge Männer.

Hepatitis C-Infektionen sind weniger häufig, führen aber bei über 70% der Betroffenen zu einer chronischen Infektion, was auch die höhere Prävalenz erklärt. Man rechnet mit jährlich 500 bis 1'000 Neuinfektionen in der Schweiz und 0.5-1% der Bevölkerung, die mit dem Hepatitis C-Virus infiziert sind. Rund 60% der gemeldeten Hepatitis C-Infektionen wurden über kontaminierte Spritztensilien erworben (15).

In mehreren Untersuchungen (21, 15, 32) konnte bei den Drogenkonsumenten eine bedeutend höhere Prävalenz der Hepatitis B und C nachgewiesen werden (s. Tabelle 4)

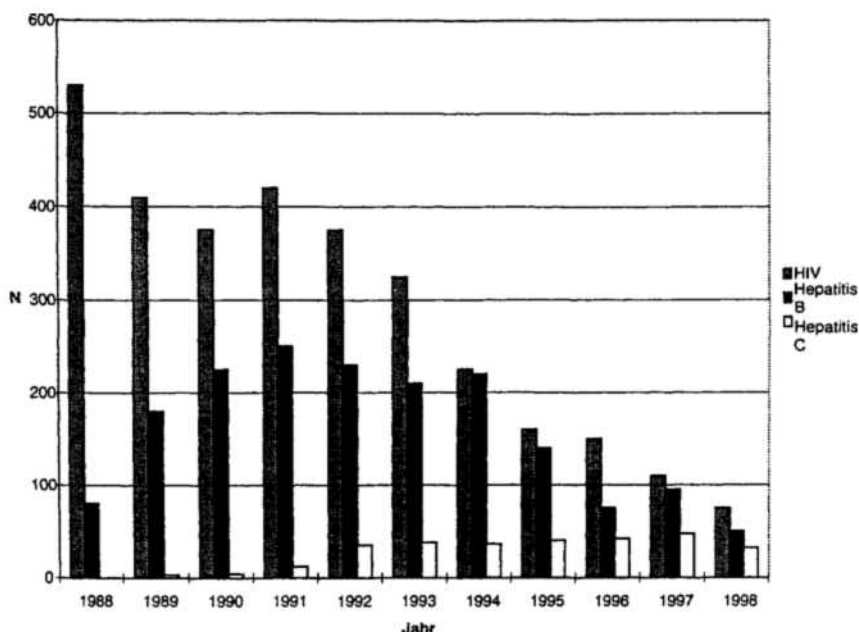
Tab. 4: Prävalenz der Hepatitis B und C

| Untersuchung | Prävalenz Hepatitis B | Hepatitis C |
|----------------------------------|-----------------------|-------------|
| PROVE (23) | 74% | 83% |
| Konsum seit 2-4 Jahren (34) | 47% | 55% |
| Platzspitz (15) | 50-60% | 40-50% |
| gleichaltrige Normalbevölk. (15) | 2-6% | 0.3% |

Während in der Allgemeinbevölkerung ca. 10% der HBV-Infizierten von einer Chronifizierung betroffen werden, sind es bei den Drogenkonsumenten etwa 25% (15). Die für das HI-Virus beobachtete reduzierte Übertragung im Drogenbereich in den letzten Jahren konnte für die Übertragung der Hepatitisviren nicht beobachtet werden (s. Grafik 1). Während die Meldungen zu Hepatitis B-Neuinfektionen tendenziell rückläufig sind, kam es in den neunziger Jahren zu einer Zunahme der Meldungen von Hepatitis C-Erkrankungen (30).

Die Teilnehmer der PROVE-Studie wiesen in den ersten sechs Behandlungsmonaten eine Inzidenz an Hepatitis B und C von je 10 pro 100 Personen auf. Im Verlauf der nächsten 30 Monate wurde das Risiko halbiert (30).

Grafik 1.: HIV: Hochrechnungen der Anzahl Neuinfektionen bei Drogenkonsumenten, nach Jahr (Schätzungen, da Ansteckungsweg nur bei ca. 54% der gemeldeten positiven HIV-Tests bekannt ist)



Hepatitis B und C: Anzahl Meldungen von akuten Erkrankungen bei Drogenkonsumenten, nach Jahr. Da nur gemeldete Fälle enthalten sind, dürfte die Inzidenz bedeutend höher liegen, jedoch einen ungefähr parallelen Verlauf zeigen. Cave: aus diesen drei Zeitreihen kann nur der zeitliche Verlauf beurteilt werden. Die einzelnen Kurven weisen unterschiedliche Ausschöpfungsgrade auf; sie sind also nicht direkt numerisch vergleichbar.

Während die Prävalenz von Hepatitis B bei Drogenkonsumenten in der Europäischen Union ebenfalls stark schwankt (Vereinigtes Königreich 19%, Griechenland 68%), sind die Unterschiede zwischen den Ländern bezüglich Hepatitis C geringer (nur in vier Ländern <60%). In praktisch allen Ländern ist die Prävalenz von Hepatitis C bei Drogenkonsumenten höher als von Hepatitis B. Die Autoren weisen darauf hin, dass für die Gesamtbevölkerung Hepatitis B das potentiell größere Problem darstellt, da das Hepatitis B-Virus im Gegensatz zum Hepatitis C-Virus oft über ungeschützten Geschlechtsverkehr übertragen wird (8).

Psychische Erkrankungen. Nicht nur somatische Erkrankungen sind bei Drogenkonsumenten gehäuft, sondern auch psychische Störungen. Besonders studiert wurde dabei das gleichzeitige Auftreten einer psychiatrischen Erkrankung und einer Abhängigkeit, die sogenannte Doppeldiagnose. Dabei können suchterzeugende Substanzen eine psychiatrische Erkrankung auslösen, psychiatrische Erkrankungen können aber auch das Risiko einer Sucht erhöhen (33). Weiter werden Faktoren diskutiert, die für beide Erkrankungen prädisponieren, oder die Hypothese, dass der Konsum von psychoaktiven Substanzen einen Selbst-

heilungsversuch bei psychiatrischen Erkrankungen darstellen kann. Neuerdings werden die Doppeldiagnosen als eigenständiges Krankheitsbild betrachtet (33). Typisch für die Patienten mit Doppeldiagnosen sind wiederholte Behandlungsversuche und Therapieabbrüche respektive -ausschlüsse sowie soziale Verelendung.

Bei Eintritt in die heroingestützte Behandlung der PROVE-Studie waren 41% der Teilnehmer in einer schlechten psychischen Verfassung (21). In einer früheren Studie (19) berichtete ein im Vergleich zur Kontrollgruppe deutlich höherer Anteil der Opiatkonsumenten über Suizidgedanken (28% vs. 16%) und Suizidversuche (51% vs. 2%). Suizidversuche waren in dieser Gruppe schon vor Suchtbeginn häufiger als in der Kontrollgruppe (15% vs. 2%).

Therapiebeginn. Bei rund 70% der Schweizer Konsumenten verstreichen zwischen dem ersten Konsum und der ersten Beratung 6 Jahre oder weniger (20). In den europäischen Ländern betrug die Latenzzeit durchschnittlich 5 Jahre. Eine Studie aus Rom zeigt, dass mit sinkendem Alter beim Erstkonsum die Latenzzeit bis zum Beginn einer Therapie zunimmt. Der Zeitraum, innerhalb dessen ein Viertel einer Gruppe die erste Therapie begonnen hatte, betrug bei Einstiegsalter 16-6 Jahre, bei 16-21 Jahren 3 Jahre und bei über 21jährigen ein Jahr (8).

Veränderungen der Situation der Drogenkonsumenten in der PROVE-Studie. Im Folgenden werden die wichtigsten Resultate der PROVE-Studie zusammengefasst (21). In der Studie wurden rund 1'000 schwer drogenabhängige Personen unter ärztlicher Kontrolle mit Morphin, Heroin oder Methadon versorgt, wobei eine psychosoziale Betreuung Bestandteil des Programmes war. Untersucht wurden unter anderem die gesundheitlichen Konsequenzen, die Entwicklung der sozialen Integration sowie der Verlauf der Delinquenz der Teilnehmer.

Von den bis Ende März 1995 rekrutierten Patienten nahmen nach 18 Monaten noch 69% der Teilnehmer am Programm teil. Die mediane Teilnahmedauer der Patienten, die innerhalb dieser 18 Monate aus dem Programm ausgestiegen waren, betrug 262 Tage. 72 Personen, oder 19%, wechselten in eine andere Therapie, und zwar vor allem in Methadonsubstitution (50 Personen) und zu abstinenzorientierten Therapien (20 Personen). 15% der Austritte betrafen Ausschlüsse aus der Studie, 12% Studienabbrüche. Sowohl der Wechsel in eine abstinenzorientierte Therapie als auch zur Methadonsubstitution fanden im Durchschnitt nach weniger als einem Jahr statt. Die Personen, die aus der Studie austraten, unterschieden sich von den verbleibenden durch eine höhere HIV-Prävalenz und einen schlechteren physischen Gesundheitszustand.

In den 18 Monaten der Behandlung fanden sich Verbesserungen in vielen Bereichen. Waren bei Eintritt 35% der Teilnehmer untergewichtig, waren es nach 18 Monaten noch 23%, hauptsächlich Patienten mit einer HIV-Infektion. In schlechtem physischem Zustand waren bei Eintritt 21%, nach 18 Monaten noch 14%. Abszesse und auch subkutane Hautinfektionen wurden bedeutend seltener. Auch das psychische Befinden der Teilnehmer verbesserte sich. Depressive Erkrankungen, Angstzustände und aggressives Verhalten wurden deutlich seltener.

Der zusätzliche Konsum von illegalem Heroin und von Kokain nahmen im Verlauf der Behandlung deutlich ab, vor allem in den ersten sechs Monaten. Während bei Eintritt in das Programm 81% der Teilnehmer angaben, (praktisch) täglich zusätzlich Heroin zu konsumieren, waren es nach 6 und auch nach 18 Monaten noch 6%. Im Gegensatz dazu blieb der Anteil der (praktisch) täglich Cannabis Konsumierenden unverändert bei 33%. Bezüglich Heroin konnten die Angaben der Teilnehmer nicht überprüft werden. Aus der hohen Übereinstimmung zwischen Urinproben auf Kokain und den Angaben der Teilnehmer zu ihrem Kokainkonsum kann jedoch geschlossen werden, dass auch die Aussagen bezüglich Heroinkonsum eine hohe Gültigkeit haben.

Der Anteil der Personen mit instabiler Wohnsituation halbierte sich nach 18 Monaten von 43% auf 21%. Auch die Arbeitssituation verbesserte sich massiv: 28% der bei Eintritt Arbeitslosen nahmen in dieser Zeit eine Arbeit auf, und 24% der ursprünglich temporär Arbeitenden fanden eine dauerhafte Betätigung. Schulden konnten reduziert werden, so dass nach 18 Monaten 34% keine und 24% weniger als 5'000 sFr. Schulden hatten, im Vergleich zu 15% resp. 27% bei Eintritt. Schulden von mehr als 30'000 sFr. hatten noch 14% der Teilnehmer, im Vergleich zu 21% bei Therapiebeginn. Bezüglich staatlicher Unterstützung ergaben sich zwei gegenläufige Veränderungen. Während ein Drittel der ursprünglich Unterstützung Beziehenden nach 18 Monaten keine Unterstützung mehr erhielt, gab es auch eine Anzahl, die neu Unterstützung erhielten. Grund dafür war eine Reduktion des Einkommens aus illegalen Aktivitäten.

Die Kontakte zu Personen aus der Drogenszene nahmen während der Studie stark ab. Während zu Beginn noch 40% mehrmals pro Woche Kontakte zu Personen aus der Drogenszene hatten, waren es nach 18 Monaten noch 18%. Die Kontakte zu Personen außerhalb der Drogenszene nahmen jedoch nicht zu. Fast die Hälfte der Teilnehmer (47%) hatte praktisch nie oder gar nie Kontakte außerhalb der Drogenszene, zu Beginn der Studie waren es 42%. Unverändert bei rund 25% blieb auch der Anteil der Teilnehmer ohne engen Freund. Parallel zum Rückgang zusätzlich konsumierter Drogen fand sich auch ein Rückgang bei den Besuchen der Drogenszene. Zu Beginn der Studie besuchten 29% der Teilnehmer die Drogenszene an mindestens 21 Tagen pro Monat, nur 14% besuchten die Drogenszene nie. Nach 18 Monaten betrugen die entsprechenden Anteile 2% und 55%.

Waren bei Studienbeginn noch 70% der Teilnehmer in illegale Aktivitäten verwickelt, waren es nach 18 Monaten noch 10%. Diese Selbstangaben der Studienteilnehmer stehen in Einklang mit einem Rückgang der Polizeirapporte in den Kantonen mit ärztlicher Drogenverschreibung (um 68%).

Es kann aufgrund dieser Studie nicht genau bestimmt werden, welche Verbesserungen auf die Heroin-Verschreibung allein zurückzuführen sind, da in allen Gruppen – sinnvollerweise – eine psychosoziale Betreuung der Teilnehmer stattfand. Es ist daher naheliegend, dass ein Teil der positiven Wirkungen des Programmes auf diese Betreuung zurückzuführen ist. Andererseits kann man annehmen, dass durch die Abgabe der Betäubungsmittel die Haltequote gesteigert wurde und dass dadurch eine psychosoziale Betreuung in diesem Ausmaß überhaupt erst möglich wurde.

Diskussion

Die neuere Geschichte der Schweizer Drogen-Abhängigen kann unter dem Blickwinkel von versuchten, vielfältigen und teilweise erfolgreichen Interventionen zur Verbesserung der gesundheitlichen, sozialen und wirtschaftlichen Situation dieser Randgruppe betrachtet werden. Der Konsum von illegalen Drogen hat vielfältige soziale und medizinische Folgen. Ein Grossteil der medizinischen Folgen ist jedoch nicht direkt durch den Konsum dieser Substanzen bedingt, sondern hängt an den Umständen des Konsums. So hat der regelmäßige Konsum von reinem Heroin eine Abhängigkeit zur Folge. Bis heute konnten jedoch keine dadurch verursachten körperlichen Schäden nachgewiesen werden (12). Unbestritten ist, dass jedoch die Verunreinigungen im Heroin, die beim in der Szene angebotenen Stoff in unterschiedlichem Ausmaß immer vorhanden sind, sowie die unhygienischen Umstände beim Konsum der Drogen, gesundheitsschädigend wirken.

Ende der achtziger und Anfang der neunziger Jahre kam es in der Schweiz zu einer Zunahme der im Zusammenhang mit Drogenkonsum stehenden Probleme. Todesfälle aufgrund von Überdosierungen nahmen zu, viele Drogenkonsumenten befanden sich in einem sehr schlechten Gesundheitszustand, und das Risiko von HIV-Infektionen war hoch. Gewalt und Kriminalität im Umfeld der Drogenszene nahmen zu. Weitgehend aus diesem letzten Grunde wurde das Problem der illegalen Drogen zu einem Dauerthema der Schweizer Medien und Politik. Ein Großteil der Süchtigen konnte jedoch mit den bestehenden Maßnahmen, wie stationären Therapien und Methadonprogrammen, nicht erreicht werden, sodass sich neue Maßnahmen aufdrängten. Vor diesem Hintergrund ist die seit 1990 praktizierte 4-Säulen-Politik des Bundes zu sehen. Die zwei Säulen „Therapie und Wiedereingliederung,“ und „Schadensbegrenzung und Überlebenshilfe,“ mit den Maßnahmen Spritzenabgabe und Heroin- respektive Methadonverschreibung stellen heute Beispiele für mindestens teilweise erfolgreiche gesundheitliche Interventionen bei der Randgruppe der Drogenabhängigen dar. Mittels dieser Maßnahmen konnten die hauptsächlich medizinischen Probleme der Drogenkonsumenten: HIV-Infektion und AIDS, Hepatitis und eine stark erhöhte Mortalität, reduziert werden.

In diesem Zusammenhang muss vorerst die weit greifende, niedrighschwellige Maßnahme des Austauschs gebrauchter gegen saubere Spritzen erwähnt werden. Diese kommt den meisten Drogenabhängigen zu gute und war sicher effektiv bei der Reduktion der Inzidenz von HIV sowie Hepatitis B. Problematisch blieben trotz dieser Maßnahme die Hepatitis C- Infektionen, deren Inzidenz in den letzten Jahren etwa stabil geblieben ist. Dies lässt auf Lücken in den bisher praktizierten Präventionsmaßnahmen schließen. So haben viele Drogenkonsumenten Informationslücken bezüglich ihres eigenen Hepatitisstatus sowie bezüglich möglicher Ansteckungswege (34). Z. B. ist anscheinend zu wenig bekannt, dass auch Tätigkeiten wie das Verteilen von Drogen über einen Löffel, zu einer Übertragung des Hepatitisvirus C führen können.

Die zweite Maßnahme, die ärztlich kontrollierte Abgabe von Heroin hingegen betrifft nur die relativ kleine Untergruppe der Schwerstsüchtigen. In der PROVE-Studie führte sie in vielen gesundheitlichen und persönlichen Bereichen zu Verbesserungen. Der physische und der psychische Zustand der Teilnehmer verbesserte sich, und auch bei Arbeit und Wohnsituation fand eine Sta-

bilisierung statt. Im Vergleich zu anderen Therapieangeboten war die Halterate in dieser Studie mit rund 70% nach 18 Monaten hoch, insbesondere, wenn man berücksichtigt, dass nur Schwerstsüchtige in die Studie aufgenommen wurden, die schon mehrere erfolglose Therapieversuche hinter sich hatten. Von den ausgeschiedenen Personen wechselte mehr als die Hälfte in andere Therapien, vor allem in Programme mit Methadonsubstitution.

Der Konsum von Kokain und nicht verschriebenem Heroin war vor allem in den ersten sechs Monaten des Programmes stark rückläufig. Auch die Kontakte zur Drogenszene und zu anderen drogenkonsumierenden Personen nahmen deutlich ab. Damit dürfte das Risiko einer Übertragung von Infektionskrankheiten wie der HIV-Infektion oder Hepatitiden deutlich reduziert worden sein.

Auch die mit der Beschaffung von Drogen zusammenhängenden illegalen Tätigkeiten sowie polizeiliche Verzeigungen nahmen ab. Zudem hatte die ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln einen Wegfall des Beschaffungsdruckes zur Folge. So konnten persönliche Ressourcen freigesetzt werden, die nun beispielsweise die Ausübung einer regelmäßigen Arbeit ermöglichten. Positive Veränderungen in der persönlichen Situation der Drogenkonsumenten ergaben sich also in vielen Bereichen.

Erfreulicherweise erwies sich die ärztliche Heroinverschreibung zudem als wirtschaftlich. Eine ökonomische Analyse (36) ergab einen geschätzten Nutzen von rund 45 sFr. pro Patient und Tag. Vor allem in den Bereichen Strafverfolgung und -vollzug sowie bei medizinischen Behandlungen konnten Einsparungen im Rahmen der Heroinabgabeprogramme gemacht werden.

Weniger erfolgreich erschien die PROVE-Intervention in Bezug auf eine Reduktion des Grades der sozialen Isolation der Abhängigen: es zeigten sich kaum Veränderungen im Vorhandensein von engen Freunden und bei den Kontakten außerhalb der Drogenszene. Möglicherweise brauchen solche Veränderungen länger, möglicherweise sind zusätzliche Interventionen angebracht. Es ist jedoch plausibel, dass der langfristige Erfolg einer Therapie genau von diesen Faktoren abhängt.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die benachteiligte Randgruppe der Schwerstsüchtigen in der PROVE-Studie erreicht werden konnte. Durch dieses umfassende Programm aus ärztlicher Betäubungsmittelverschreibung, medizinischer und psychosozialer Betreuung kann deren Situation sowohl in sozialer als auch psychischer und physischer Hinsicht deutlich verbessert werden. Für die Gruppe der Schwerstsüchtigen stellt die ärztlich kontrollierter Heroinabgabe deshalb eine wichtige und sinnvolle, ergänzende Therapieform dar. Durch die Reduktion der illegalen Aktivitäten und die Einsparungen als Folge des Programmes ist sie für die gesamte Bevölkerung von Bedeutung.

Die in der PROVE-Studie erfassten Schwerstsüchtigen sind allerdings nicht die einzige Untergruppe von Abhängigen, die Betreuung erfordern. Eine weitere, besonders gefährdete Unter-Gruppe scheinen die jüngeren Konsumenten mit erst kurzer Erfahrung mit Drogen zu sein. So wird vermutet, dass die Übertragung von HIV in dieser Gruppe weiter fortschreitet (8). Zudem steigt die Latenzzeit zwischen Erstkonsum und erster Therapie, je früher der Erstkonsum stattgefunden hat. Personen mit frühem Erstkonsum scheinen demnach

größere Schwierigkeiten mit einem Ausstieg aus der Sucht zu haben. Der erschwerte Ausstieg könnte auch auf eine stärkere Gewöhnung des Körpers bei frühem Konsum hindeuten, oder aber darauf, dass die heute bestehenden Therapieeinrichtungen dem Bedürfnis der jüngeren Konsumenten nicht entsprechen. Eine diesbezügliche Untersuchung und eventuelle Anpassung der bestehenden Programme wäre sicher sinnvoll.

Es ist aus mehreren Untersuchungen bekannt, dass viele Drogenkonsumenten aus schwierigen familiären Verhältnissen stammen (19, 22). Ihre Geschichte der Benachteiligung beginnt also nicht erst mit dem Drogenkonsum, sondern schon früher. Bei der Diskussion um Maßnahmen gegen Drogensucht sollte dies berücksichtigt werden, unter anderem z.B. indem mit diversen strukturellen Änderungen Familien mit Kindern, besonders die schlechter verdienenden, besser geschützt werden.

Literatur

- 1 Black, D./Morris, J.N./Smith, C./Townsend, P. (1992): *Inequalities in Health. The Black Report*. Harmondsworth: Penguin Books.
- 2 Minder, Ch.E. (1993): Socio-economic Factors and Mortality in Switzerland. In: *Soz Präventivmed* 38, 313-328.
- 3 Lehmann, P./Mamboury, C./Minder, Ch.E. (1990): Health and Social Inequities in Switzerland. In: *Soc Sci Med* 31/3, 369-386.
- 4 Schär, B./Vuille, J.C./Westkämper, R. (1999): Argumente und Grundlagen für eine kontinuierliche Erfassung sozialer Unterschiede in der Gesundheit der Schweizer Kinder. In: *Soz.-Präventivmed* 44, 193-203.
- 5 Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle,,“, Nr. 5. *Gesundheit 21. Eine Einführung zum Rahmenkonzept „Gesundheit für alle,,“*, für die Europäische Region der WHO. Kopenhagen: Weltgesundheitsorganisation, 1998.
- 6 Reporting of Socio-Economic Differences in Health Indicators in the European Union (2000). *Health inequalities in Europe and the situation of disadvantaged groups*. Bielefeld: LÖGD.
- 7 Neue Zürcher Zeitung vom 8.5.00, Nr. 106 15. Versuche mit Heroinabgabe in Deutschland angekündigt.
- 8 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. *Extended Annual Report on the State of the Drugs Problem in the European Union*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 1999.
- 9 WHO Regional Office for Europe. *Smoking, drinking and drug taking in the European Region*. Copenhagen, 1997.
- 10 Hausser, D./Kübler, D./Dubois-Arber, F. (1999): Characteristics of heroin and cocaine users unknown to treatment agencies. Results from the Swiss Hidden Population Study. In: *Soz.- Präventivmedizin* 44, 222-232.
- 11 Knolle, H. (1997): Zunehmender Heroin- und Kokainkonsum in der Schweiz seit 1990: Anwendung eines verallgemeinerten Poisson-Ansatzes auf Anzeigedaten. In: *Soz.-Präventivmedizin* 42, 105-113.
- 12 Daten und Fakten zur Drogenpolitik des Bundes (Dokumentationsordner). Bern: Bundesamt für Gesundheit, 1997.
- 13 Estermann, J. (2000): Sozialepidemiologie des Drogenkonsums und Auswirkungen der Drogenrepression. In: *Suchtforschung des BAG 1996-1998*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- 14 Estermann, J./Rônez, S./Koltai, R. (1995): *Drogen und Strafrecht in der Schweiz. Zeitreihen zu Verzeigungen, Strafurteilen und Strafvollzug 1974-1994*. Bern: Bundesamt für Statistik.
- 15 Brenner, D./Buschan, C./El Fehri, V. et al. (1997): *Alkohol, Tabak und illegale*

- Drogen in der Schweiz 1994-1996. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme SFA.
- 16 Koller, Ch. (1998): Die Gesundheit der Insassen in Schweizer Gefängnissen 1993. Resultate der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 1992/1993. Bern: Bundesamt für Statistik.
 - 17 Homepage des Bundesamtes für Gesundheit.
<http://www.admin.ch/bag/sucht/therp-hr/d/therapd.htm>. und
<http://www.admin.ch/bag/sucht/therp-hr/d/hegebed.htm>. 6.3.00.
 - 18 Steffen, Th./Kaufmann, B./Blättler, R./Dobler-Mikola, A./Gutzwiller, F./Uchtenhagen, A. (1999): Die heroingestützte Behandlung von Opiatabhängigen – bisherige und aktuelle Forschungsschwerpunkte. In: Gesundheitswesen 61, 407-412.
 - 19 Uchtenhagen, A./Zimmer-Höfler, D. (1985): Heroinabhängige und ihre „normalen“ Altersgenossen. Bern: Haupt.
 - 20 Voll, P./Gauthier, J.A./Regazzoni, A. (1997): Ambulante Suchtberatung 1995. Statistik der ambulanten Behandlung und Betreuung im Alkohol- und Drogenbereich. Bern: Bundesamt für Statistik.
 - 21 Uchtenhagen, A./Dobler, A./Steffen, T./Gutzwiller, F./Blättler, R./Pfeifer, S. (1999): Prescription of Narcotics for Heroin Addicts. Main Results of the Swiss National Cohort Study. Basel: Karger.
 - 22 Schick, M.T./Alberto, Y. (1994): Epidemiologische Analyse der Drogentodesfälle in der Schweiz 1990-1993, unter Einbezug der Jahre 1987-1989. Bern: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern.
 - 23 Bundesamt für Statistik (1998): Statistisches Jahrbuch der Schweiz 1999. Zürich: Verlag Neue Zürcher Zeitung.
 - 24 Seidenberg, A. (1997): Medizinische Folgen aus der Illegalität des Drogenkonsums. In: Estermann J., Auswirkungen der Drogenrepression. Illegale Drogen: Konsum, Handel, Markt und Prohibition. Luzern: Verlag für Wissenschaft und Bildung & ORLUX.
 - 25 Fahrenkrug, H./Rehm, J./Müller, R./Klingemann, H./Linder, R. (1995): Illegale Drogen in der Schweiz 1990-1993. Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme SFA. Zürich: Seismo-Verlag.
 - 26 Collaborative Group on AIDS Incubation and HIV Survival including the CASCADE EU Concerted Action (2000): Time from HIV-1 seroconversion to AIDS and death before widespread use of highly-active antiretroviral therapy: a collaborative re-analysis. In: Lancet 355, 1131-1137.
 - 27 Egger, M./Hirschel, B./Francioli, P./Sudre, P./Wirz, M./Flepp, M. et al. (1997): Impact of new antiretroviral combination therapies in HIV-infected patients in Switzerland: prospective multicentre study. In: BMJ 315, 1194-1199.
 - 28 AIDS und HIV in der Schweiz. Epidemiologische Situation Ende 1998. Bern: Bundesamt für Gesundheit, 1999.
 - 29 Bundesamt für Gesundheit. Bulletin 13 vom 27.3.2000. AIDS-Statistik.
 - 30 Gebhardt, M./Rickenbach, M./Egger, M. (1998): Impact of antiretroviral combination therapies on AIDS surveillance reports in Switzerland. Swiss HIV Cohort Study. In: AIDS 12(10), 1195-2001.
 - 31 Müller, Th./Grob, P.J. (1992): Medizinische und soziale Aspekte der offenen Drogenszene Platzspitz in Zürich 1991. Zürich: Abteilung für klinische Immunologie, Departement für Innere Medizin Universitätsspital Zürich.
 - 32 Steffen, T./Gutzwiller, F. (1999): Hepatitis B und C bei intravenös Drogenkonsumierenden in der Schweiz. In: Praxis 88, 1937-1944.
 - 33 Bachmann, K./Moggi, F./Brodbeck, J./Költzsch, K./Hirsbrunner, H.P. (1997): „Doppeldiagnose“: Ein verwirrendes Modewort? Theorie von Doppeldiagnosen. In: Abhängigkeiten 3, 4-12.
 - 34 Baumann, C. (1999): Prävention und Intervention von Infektionskrankheiten in der heroingestützten Behandlung. Dissertation der Medizinischen Fakultät der Universität Zürich.

- 35 Chen, J./Millar, W.J. (1998): Age of Smoking Initiation: Implications for Quitting. In: Health Rep 9(4), 39-46.
- 36 Frei, A./Steffen, Th./Gasser, M./Kümmerle, U./Stierli, M./Dobler-Mikola, A./Gutzwiler, F./Uchtenhagen, A. (1998): Gesundheitsökonomische Bewertung der Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln (PROVE). In: Soz.-Präventivmedi. 43, 185-194.

PD Dr. Christoph Erwin Minder

Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern

Finkenhubelweg 11

CH- 3012 Bern

Tel.: 031/6313511, Fax: 031/6313520

Email: minder@ispm.unibe.ch