



Monitoring des Substanzkonsums in den Kontakt- und Anlaufstellen - Jahresbericht 2017

Ein Projekt der Kontakt und Anlaufstellen Schweiz und von Infodrog



Impressum

Herausgeber

Infodrog
Schweizerische Koordinations- und Fachstelle Sucht
PF 460, CH-3000 Bern 14
+41(0)31 376 04 01
office@infodrog.ch
www.infodrog.ch

AutorInnen

Melanie Wollschläger, ValueQuest GmbH
Peter Menzi, Infodrog
Dominique Schori, Infodrog

Datenanalysen

Melanie Wollschläger, ValueQuest GmbH

Datenerhebung

Teilnehmende Kontakt- und Anlaufstellen:
Basel: Kontakt- und Anlaufstellen, Suchthilfe Region Basel
Bern: CONTACT Anlaufstelle, Stiftung Contact
Biel: CONTACT Anlaufstelle, Stiftung Contact
Genf: Quai 9, Première ligne, Association genevoise de réduction des risques liés aux drogues
Luzern: Kontakt- und Anlaufstelle, Verein kirchliche Gassenarbeit Luzern
Schaffhausen: Tagesraum TASCH, Verein für Jugendfragen, Prävention und Suchthilfe
Solothurn: Kontakt- und Anlaufstelle, PERSPEKTIVE Region Solothurn-Grenchen
Zürich: Kontakt- und Anlaufstellen, Stadt Zürich, Soziale Einrichtungen und Betriebe

Lektorat

Marianne König, Infodrog

Layout

Roberto da Pozzo/Célia Bovard, Infodrog
© infodrog 2017

Inhalt

1.	Einleitung	4
1.1	Ausgangslage	4
2.	Methodik und Durchführung der Befragung	5
2.1	Methodik	5
2.2	Durchführung der Befragung	5
3.	Auswertung	6
3.1	Gesamtüberblick Substanzkonsum	6
3.2	Konsumform: Sniffen	9
3.3	Konsumform: Rauchen	10
3.4	Konsumform Injektion	11
3.5	Vergleich der kontakt- und Anlaufstellen	12
4	Diskussion der Ergebnisse	16
4.1	Allgemein	16
4.2	Methodische Überlegungen	16
4.3	Regionale Unterschiede	17
4.4	Ausblick	17
5	Anhang	18
5.1	Öffnungszeiten der Konsumräume	18
5.2	Teilnehmende VertreterInnen Fokusgruppe	18

1. Einleitung

1.1 Ausgangslage

Im Rahmen der Nationalen Strategie Sucht definierte das Bundesamt für Gesundheit unter anderem das strategische Ziel, den suchtpolitischen Akteuren «mithilfe eines geeigneten Monitoringsystems die für ihre Arbeit relevanten wissenschaftlichen Grundlagen und Daten zur Verfügung zu stellen.»¹ Das Monitoringsystem soll dabei auf bestehende Erhebungssysteme zurückgreifen und ggf. mit zusätzlichen Instrumenten ergänzt werden.

Kontakt- und Anlaufstellen (K+A) bieten drogenkonsumierenden Menschen, die auf den Konsum von illegalen Substanzen nicht verzichten wollen oder können, niederschweligen Zugang zu Überlebenshilfe und Beratung. In beaufsichtigten Injektions- und Inhalationsräumen können selber mitgebrachte illegale Drogen unter hygienischen Bedingungen konsumiert werden. In der Schweiz gibt es dieses Angebot in fast jeder grösseren Stadt. Die K+A sind ein fundamentaler Bestandteil der Schadensminderung und ermöglichen es aufgrund ihrer Niederschwelligkeit, eine Gruppe von Konsumierenden zu erreichen, die kaum andere Angebote in Anspruch nehmen und über deren Konsumverhalten nur wenig bekannt ist. Ein Monitoring zum Konsumverhalten in den Kontakt- und Anlaufstellen kann zu einem Baustein im oben erwähnten Monitoringsystem Sucht werden, indem es Daten und Trends zum Konsumverhalten einer besonders vulnerablen Gruppe von Konsumierenden liefert.

Im Rahmen eines Pilotprojekts für die Jahre 2016 und 2017 haben sich deshalb acht Institutionen aus der Deutschschweiz und der Romandie bereit erklärt, den Substanzkonsum ihrer KlientInnen stichprobenartig nach einem einheitlichen Erhebungsverfahren zu erfassen.

Ziel des Pilotprojektes ist es, bezüglich Substanzkonsum in den K+A gesamtschweizerisch einen ersten Überblick zu erhalten. Dabei wird insbesondere erhoben, welche Substanzen in den K+A konsumiert werden, wie sich der Konsum auf die verschiedenen Konsumformen (Injektion, Inhalation, Sniffen) verteilt und welche Formen von Mischkonsum verbreitet sind.

Die für das Jahr 2016 erhobenen Daten wurden für den vorliegenden Bericht mit den Institutionen diskutiert. Dabei wurden unter anderem Hypothesen für einzelne Werte erörtert und das Projekt einer kritischen Prüfung unterzogen. Eine Zusammenfassung dieser Diskussion findet sich auf den Seiten 16ff. Nach Abschluss der Pilotphase wird gemeinsam mit den beteiligten Institutionen entschieden, ob und in welcher Form das Projekt «Monitoring Substanzkonsum K+A» weitergeführt wird.

¹ Bundesamt für Gesundheit (Hg.): Nationale Strategie Sucht (2016, S.65)

2. Methodik und Durchführung der Befragung

2.1 Methodik

Durch das Monitoring sollte während den Erhebungen weder der Betrieb der K+A beeinträchtigt, noch sollten die KlientInnen durch die Befragung unnötig verunsichert werden. Um den Aufwand für die Mitarbeitenden möglichst gering zu halten, wurde deshalb darauf geachtet, einen möglichst einfachen schriftlichen Fragebogen zu konzipieren. Um die Teilnahmebereitschaft der KlientInnen zu erhöhen, wurde ihnen vollumfänglicher Datenschutz zugesichert und bei der Befragung lediglich das Geschlecht erfasst.

Getrennt nach Geschlecht gab es für jede Konsumform – Sniffen, Rauchen, Injektion – einen separaten Papierfragebogen. Damit erhoben werden konnte, auf wie viele verschiedene Personen sich die Gesamtzahl an Konsumationen für den jeweiligen Tag verteilt, wurden die KlientInnen vor der Konsumation gefragt, ob sie am entsprechenden Tag zum ersten oder zum wiederholten Mal in der K+A konsumierten. Zweitens wurden die KlientInnen gefragt, welche Substanz sie bei der aktuellen Konsumation konsumieren wollten und in welcher Form (Sniffen, Rauchen, Injektion) sie dies tun würden. Weiter wurden die KlientInnen gefragt, ob sie eine Substanz alleine konsumieren (Monokonsum) oder ob sie diese mit anderen Substanzen mischen würden (Mischkonsum). Die Mitarbeitenden der K+A erfassten anschliessend die Angaben auf den Papierfragebögen. Am Ende eines Erhebungstages wurden die Antworten zusammengezählt und in ein Excel-Sheet übertragen.

Methodische Einschränkungen

Die Auswertung basiert auf den Antworten der KlientInnen, die vor jeder Konsumtion selbst angaben, was sie konsumieren würden. Die Fallzahlen bei den acht teilnehmenden K+A variierten stark. Im Minimum gab es in einer K+A im Jahr 2016 478 Konsumationen, im Maximum 11'620 Konsumationen. Die Befragungen erfolgten teilweise nicht durch zusätzlich eingesetztes Personal, die Sicherstellung eines reibungslosen Ablaufs in den K+A stand immer im Vordergrund. Je nach Andrang in den K+A konnte es somit zu leichten Ungenauigkeiten kommen, weil nicht mehr alle KlientInnen umfassend befragt werden konnten. Grundsätzliche Überlegungen von Seiten der Institutionen zu den methodischen Einschränkungen finden sich am Schluss des Monitoringberichts auf Seite 16f.

2.2 Durchführung der Befragung

An der Erhebung beteiligten sich sämtliche acht Kontakt- und Anlaufstellen in der Schweiz, die über Räumlichkeiten für den Konsum von illegalen psychoaktiven Substanzen verfügen, wobei sieben aus der Deutschschweiz und eine aus der französischen Schweiz stammen.

Um eine stabile und aussagekräftige Datengrundlage zu erhalten, wurden vier Erhebungswellen über das ganze Jahr verteilt durchgeführt. Die erste Welle fand im März, die zweite im Juni, die dritte im September und die vierte im Dezember statt. In jeder Welle wurden an je drei Wochentagen hintereinander die Daten erfasst, wobei die Wochentage variierten. Die Anzahl befragter Personen war in der ersten Welle am höchsten und nahm im Verlauf des Jahres kontinuierlich ab. Unklar ist ob diese Abnahme durch eine Abnahme an KlientInnen im Jahresverlauf oder aufgrund von lückenhafter Befragung (etwa durch Abnahme der Teilnahmemotivation der KlientInnen im Verlauf des Monitorings) zu erklären ist.

Tab.1: Übersicht Zeitraum und Anzahl der Befragungen

Welle	Erhebungszeitraum	Anzahl befragte Personen	Anzahl Konsumationen
Welle 1	Montag, 21.03. – Mittwoch, 23.03.2016	3472	8658
Welle 2	Dienstag, 14.06. – Donnerstag, 16.06.2016	3378	7770
Welle 3	Mittwoch, 14.09. – Freitag, 16.09.2016	3184	7838
Welle 4	Donnerstag, 08.12. – Samstag, 10.12.2016	3149	7988

3. Auswertung

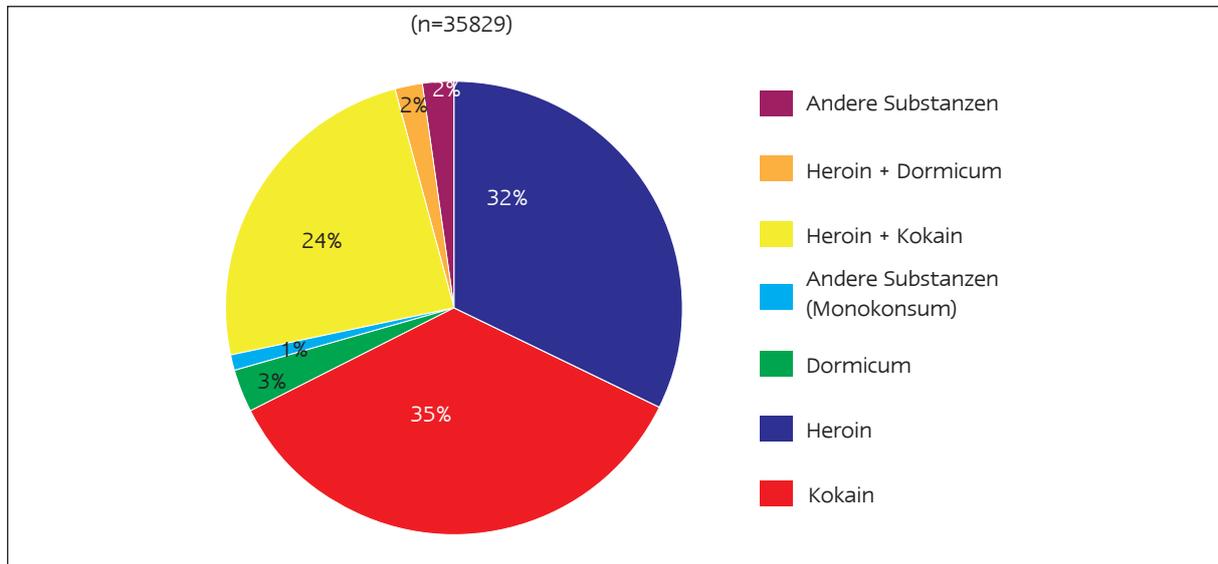
3.1 Gesamtüberblick Substanzkonsum

Um valide Daten zu erhalten, wurden in der anschliessenden Auswertung sämtliche Erhebungstage zusammengerechnet und die Verteilung der Konsumationen ausgewiesen. Die Fallzahlen entsprechen somit der Summe der Konsumationen der 12 Erhebungstage (drei Erhebungstage pro Welle) im Jahr 2016.

In den vier durchgeführten Erhebungswellen wurden insgesamt 13'183 Personen befragt, davon ein Grossteil mehrfach. Insgesamt wurden so 35'829 Konsumationen in die Untersuchung einbezogen. Der überwiegende Teil der am Monitoring teilnehmenden K+A-KlientInnen ist männlich (80%).

Mehr als die Hälfte der Konsumationen (57%) entfielen auf die Konsumform Rauchen, 23% auf das Injizieren und 21% auf das Sniffen. Gut ein Drittel der befragten KlientInnen der Kontakt- und Anlaufstellen konsumierte während ihres Aufenthaltes in den Konsumräumen ausschliesslich Kokain (35%), weitere 32% nur Heroin. Knapp jede vierte Konsumation betraf beide Substanzen als Mischung. Weitere Substanzen wurden verhältnismässig selten konsumiert. 3% der Befragten konsumierten in den Konsumräumen Dormicum, 1% Ritalin. Substanzen wie Methadon, Sevre-Long, Methamphetamin («Crystal Meth»), Amphetamin («Speed») oder Valium wurden in den Räumen der K+A kaum konsumiert.

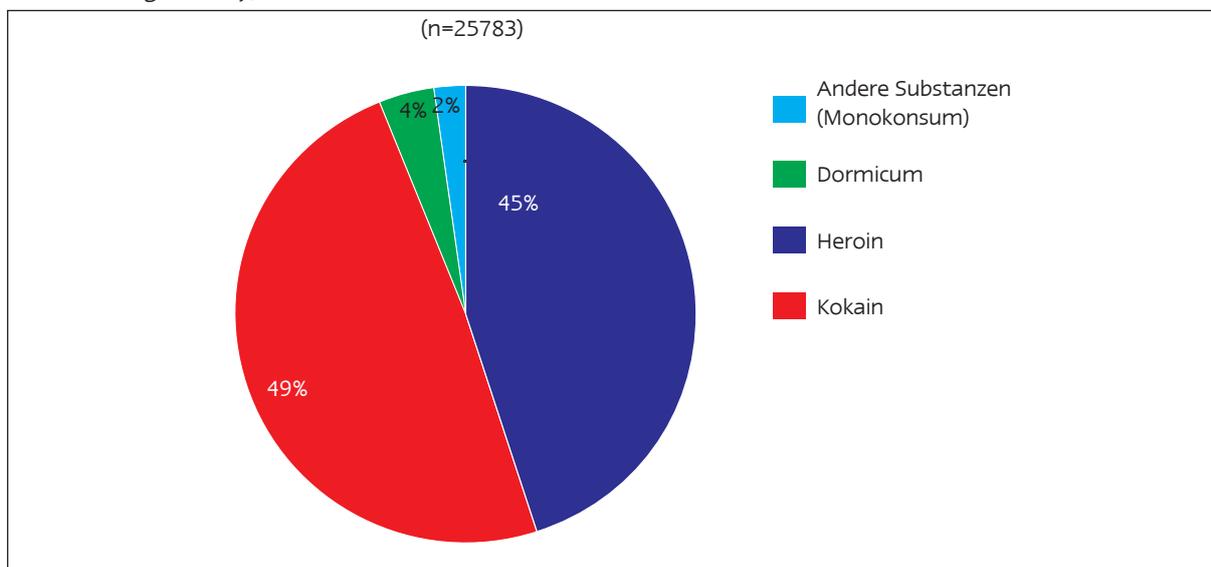
Abb. 1: Substanzkonsum, Gesamtwerte (n = Gesamtsumme der Konsumationen in den vier Erhebungswellen), Anteile in Prozent



Monokonsum

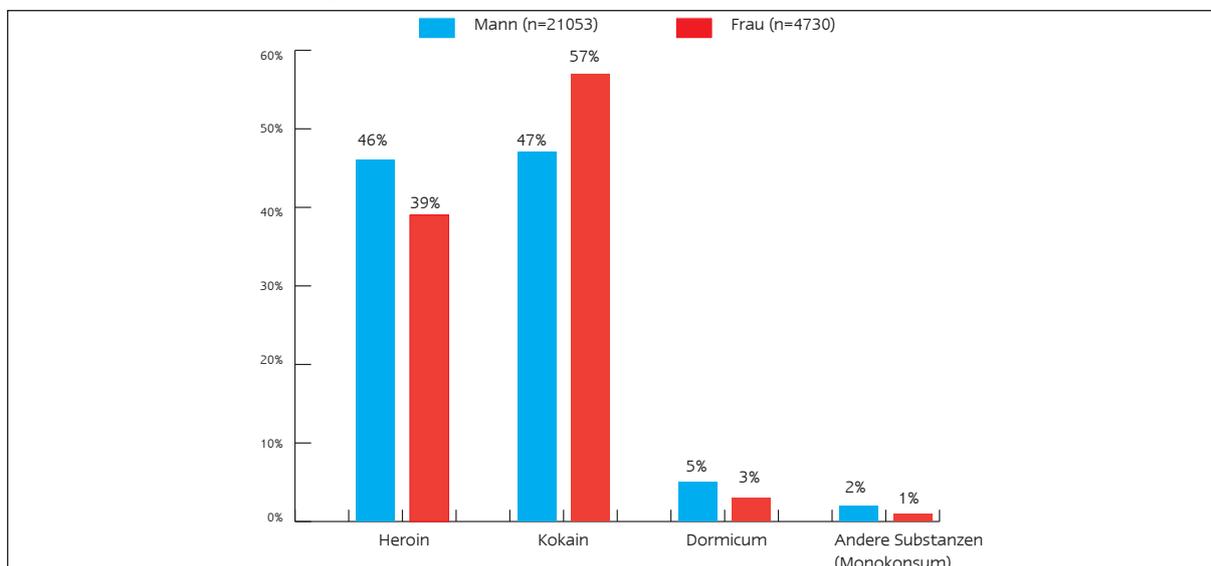
Betrachtet man ausschliesslich den Monokonsum, d. h. nur diejenigen Konsumationen, bei denen nur eine Substanz konsumiert wurde (insgesamt rund 72% aller Konsumationen), zeigt sich ein ähnliches Bild. Am häufigsten wurde in den K+A Kokain (49%) konsumiert, gefolgt von Heroin (45%), und in geringerem Ausmass Dormicum (4%). Andere Substanzen wurden selten einzeln konsumiert (vgl. Abb. 2).

Abb. 2: Substanzkonsum, Gesamtwerte, nur Monokonsum (n = Gesamtsumme der Monokonsumationen in den vier Erhebungswellen), Anteile in Prozent



Betrachtet man den Monokonsum getrennt nach Geschlecht, so fällt auf, dass bei den befragten Männern der Kokain- und Heroinkonsum in den K+A etwa gleich verbreitet war, während bei den Frauen der Kokainkonsum einen deutlich höheren Anteil ausmachte (57% der Konsumationen) als der Heroinkonsum (39% der Konsumationen):

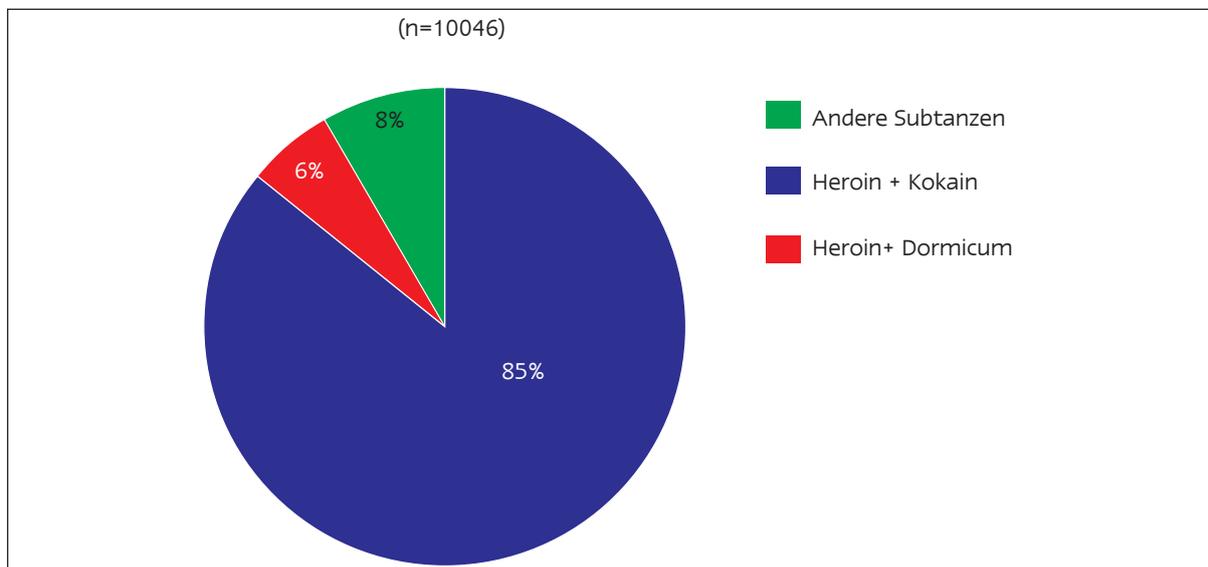
Abb. 3: Substanzkonsum, Gesamtwerte, nur Monokonsum nach Geschlecht (n = Gesamtsumme der Monokonsumationen in den vier Erhebungswellen), Anteile in Prozent



Mischkonsum

Mit Abstand am häufigsten wurden Heroin und Kokain zusammen konsumiert: In 85% der Mischkonsumationen handelte es sich um diese zwei Substanzen. Die zweithäufigste Mischung, mit einem Anteil von 6%, war Heroin und Dormicum. Der Mischkonsum von allen drei Substanzen, Heroin, Kokain und Dormicum, kam mit 3% der Fälle am dritthäufigsten vor (vgl. Abb. 4). Zwischen den Geschlechtern gab es punkto Mischkonsum keine bzw. nur sehr geringe Unterschiede.

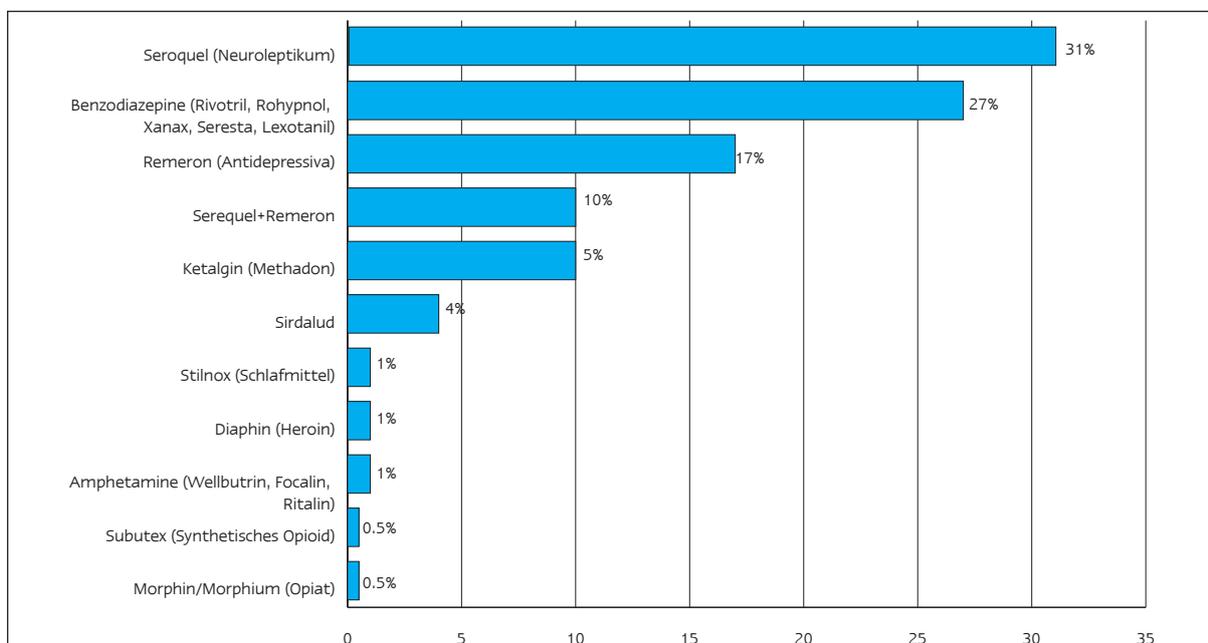
Abb. 4: Substanzkonsum Gesamtwerte, nur Mischkonsum (n = Gesamtsumme der Mischkonsumationen in den vier Erhebungswellen), Anteile in Prozent



Andere Substanzen

Andere Substanzen (in den Abbildungen als «Andere» deklariert) wurden selten konsumiert. Am häufigsten gaben die Befragten das Neuroleptikum Seroquel an, gefolgt von Benzodiazepinen. Eine Übersicht der anderen Substanzen ist in der nachstehenden Abbildung ersichtlich.

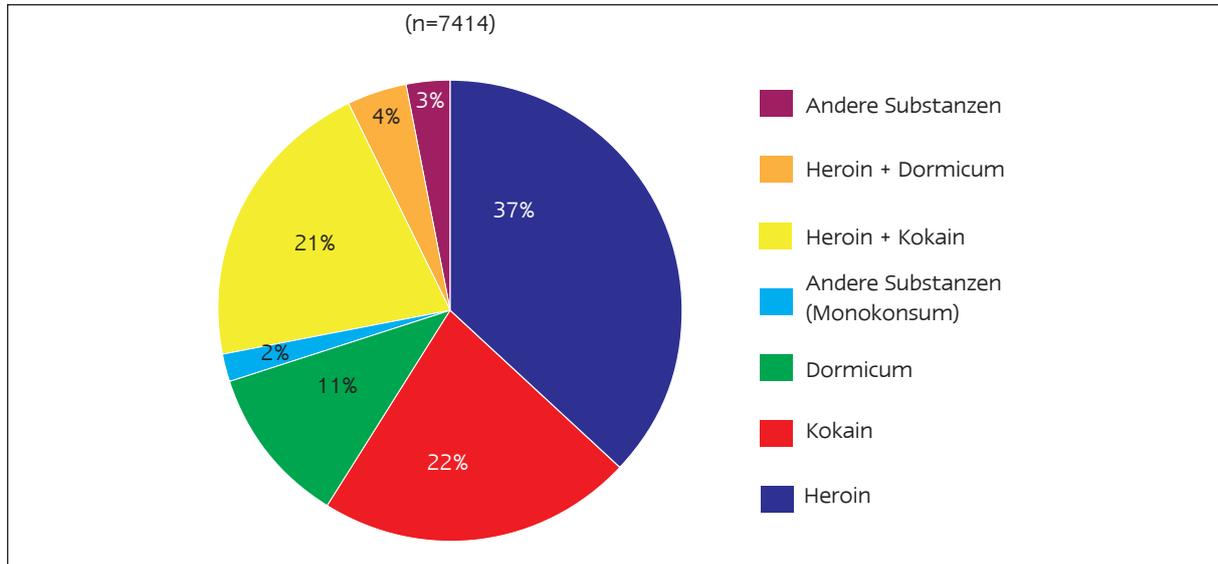
Abb. 5: Substanzkonsum andere Substanzen, Gesamtwerte, Anteile am Gesamtkonsum anderer Substanzen in Prozent



3.2 Konsumform: Sniffen

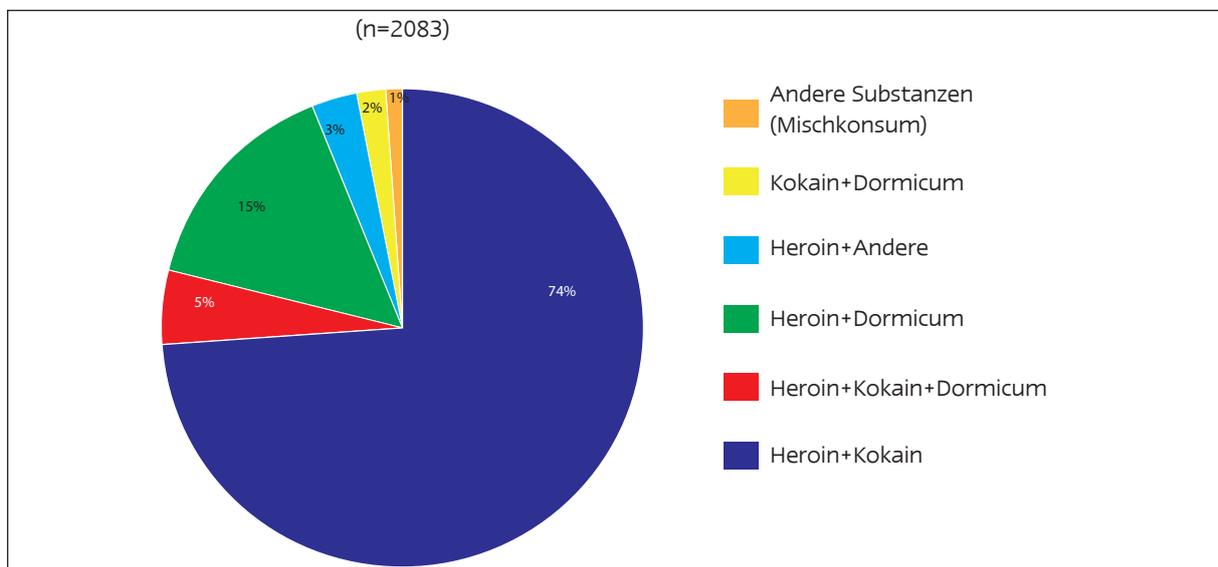
Im Schnitt wurden bei der Konsumform Sniffen zwei Konsumationen pro Person gezählt. Zwischen den Geschlechtern gab es keine nennenswerten Unterschiede. Mit einem Anteil von 37% wurde im Monokonsum am häufigsten Heroin gesniff, gefolgt von Kokain (22%) und Dormicum (11%). Oft wurden Heroin und Kokain auch zusammen gesniff (Anteil 21%) (vgl. Abb. 6).

Abb. 6: Substanzkonsum beim Sniffen, Gesamtwerte (n = Gesamtsumme der Sniff-Konsumationen in den vier Erhebungswellen), Anteile in Prozent



Wenn nur eine Substanz gesniff wurde, ergeben sich folgende Anteile. In der Hälfte aller Fälle wurde Heroin gesniff (Anteil 51%), es folgen Kokain (31%), Dormicum (15%), Ritalin (2%) und Valium (1%). Andere Substanzen wurden sehr selten allein gesniff. Beim Mischkonsum wurden Heroin und Kokain zusammen gesniff (Anteil 74%) oder mit Dormicum gemischt (Anteil Heroin-Kokain-Dormicum 5%, Anteil Heroin-Dormicum 15%).

Abb. 7: Substanzkonsum beim Sniffen, nur Mischkonsum (n = Gesamtsumme der Sniff-Mischkonsumationen über die vier Erhebungswellen), Anteile in Prozent

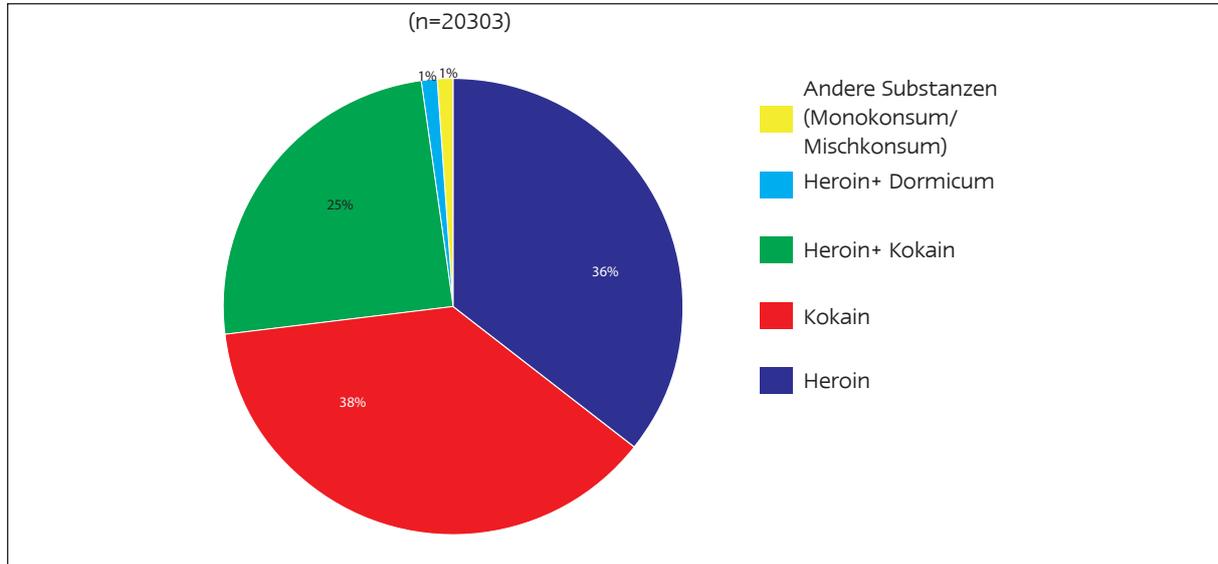


3.3 Konsumform: Rauchen

Im Schnitt wurden bei der Konsumform Rauchen drei Konsumationen pro Person gezählt. Dabei rauchten Männer, die auch hier einen Anteil von 80% ausmachen, im Durchschnitt drei Mal pro Tag, Frauen mit 2.5 Mal etwas weniger.

Geraucht wurden überwiegend jeweils nur Heroin oder Kokain oder beides zusammen. Andere Substanzen wurden praktisch nicht geraucht, wie in der nachstehenden Abbildung ersichtlich wird.

Abb. 8: Substanzkonsum beim Rauchen, Gesamtwerte (n = Gesamtsumme der Rauchkonsumationen über die vier Erhebungswellen), Anteile in Prozent



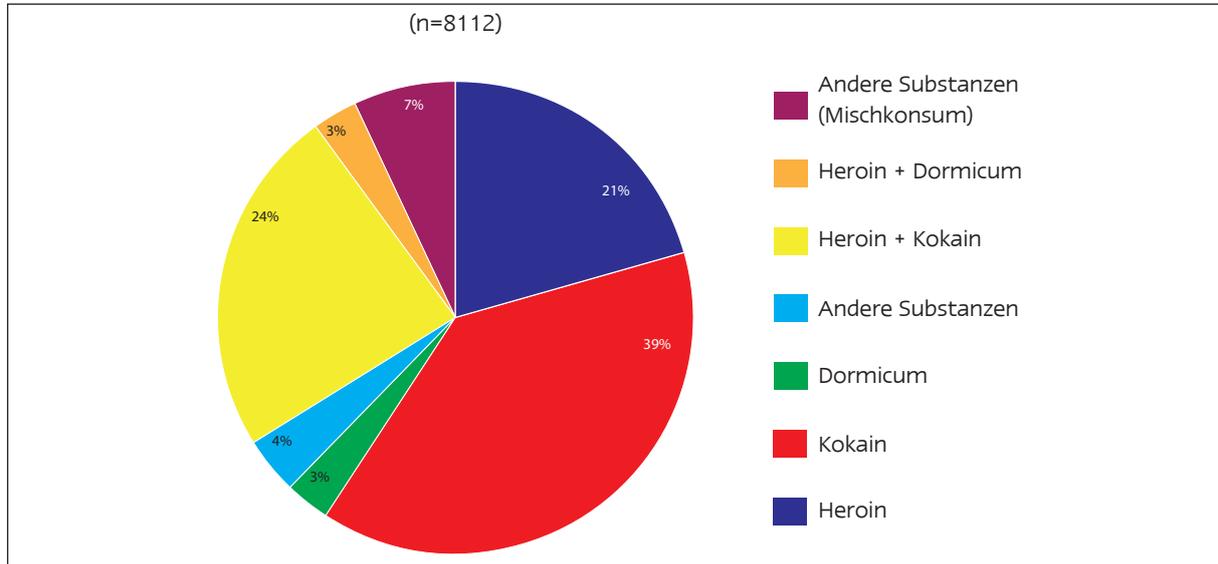
Konsumationen, bei denen nur eine Substanz geraucht wurde, betrafen in 51% der Fälle Kokain und in 49% der Fälle Heroin. Auch beim Mischkonsum wurden mit einem Anteil von 97% praktisch nur Heroin und Kokain zusammen geraucht.

3.4 Konsumform Injektion

Im Schnitt wurden bei der Konsumform Injizieren zwei Konsumationen pro Person gezählt. Zwischen den Geschlechtern gab es nur geringe Unterschiede. Frauen injizierten sich im Durchschnitt 2.2 Mal pro Tag eine Substanz, Männer 2.0 Mal pro Tag.

Am häufigsten wurde in den Konsumräumen ausschliesslich Kokain injiziert (mit einem Anteil von 39%). Bei rund jeder fünften Injektion (21%) wurde ausschliesslich Heroin gespritzt. In jeder vierten Injektion wurden Heroin und Kokain zusammen konsumiert.

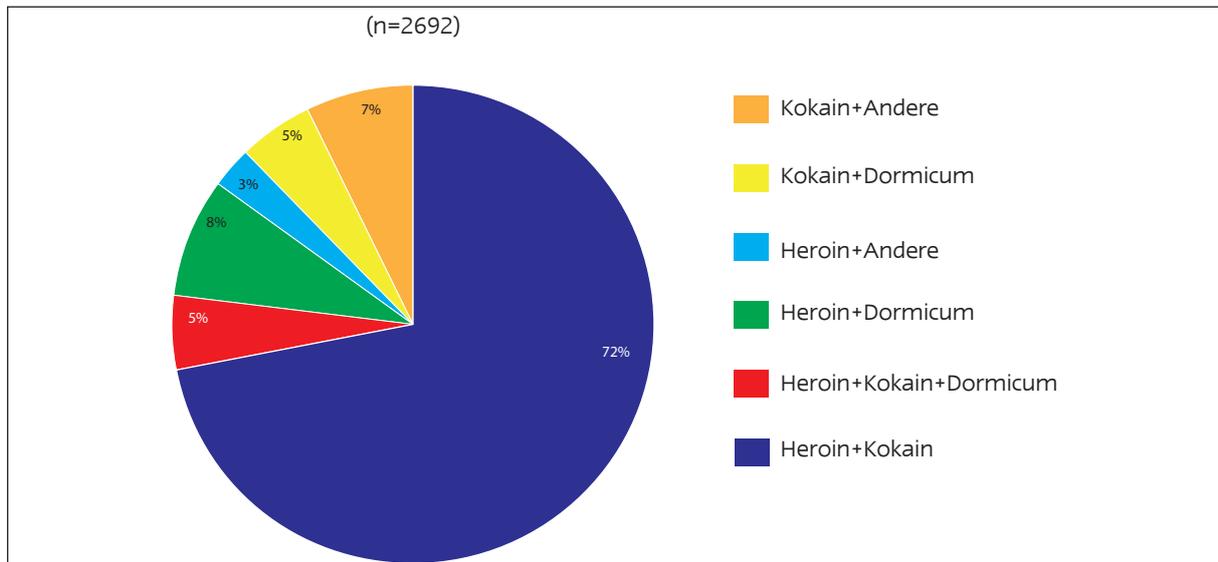
Abb. 9: Substanzkonsum beim Injizieren, Gesamtwerte (n = Gesamtsumme der Injektionskonsumationen über die vier Erhebungswellen), Anteile in Prozent



Betrachtet man nur den Monokonsum, so ergeben sich folgende Anteile: 59% Kokain, 31% Heroin, 5% Dormicum, 2% Sevre-Long und 2% Ritalin.

Beim Mischkonsum dominierte mit einem Anteil von 72% die Mischung aus Heroin und Kokain. Wie in der nachstehenden Abbildung ersichtlich, wurde Dormicum relativ häufig entweder mit Heroin oder Kokain oder mit beiden zusammen gemischt.

Abb. 10: Substanzkonsum beim Injizieren, nur Mischkonsum (N = Gesamtsumme des Injektion-Mischkonsums über die vier Erhebungswellen), Anteile in Prozent



3.5 Vergleich der kontakt- und Anlaufstellen

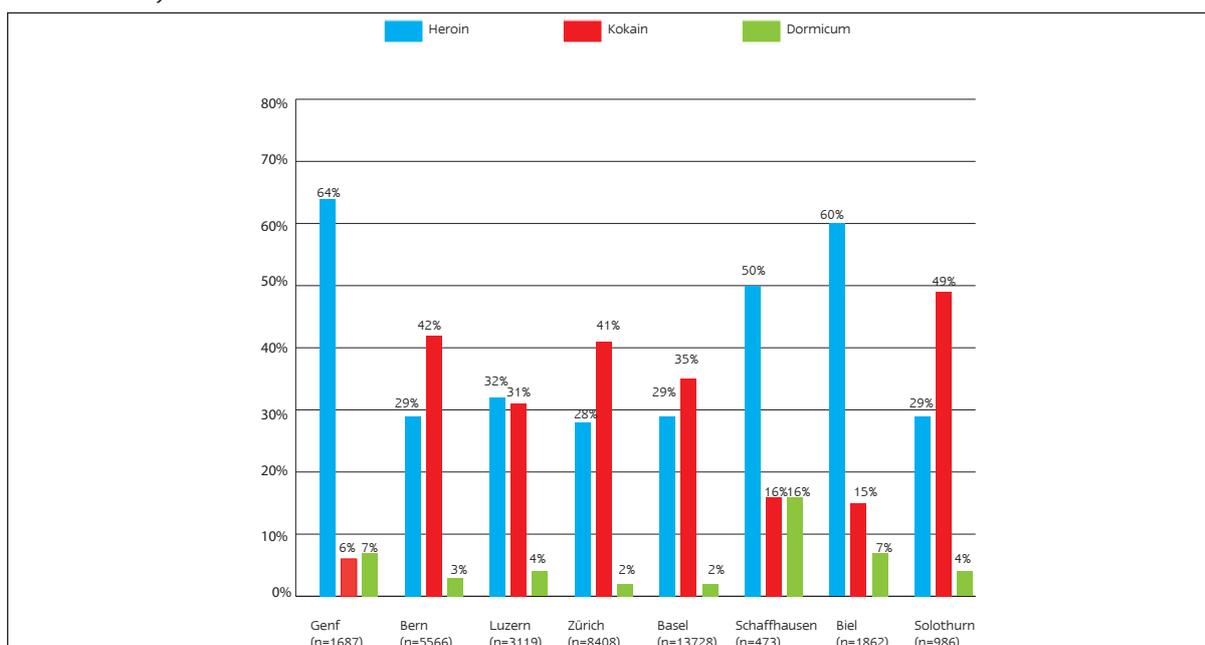
Zwischen den einzelnen Kontakt- und Anlaufstellen gibt es teilweise erhebliche Unterschiede in Bezug auf die Verteilung der Konsumationen auf die verschiedenen Substanzen, die im Folgenden etwas ausführlicher dargestellt werden. Dabei gilt zu beachten, dass die Fallzahlen je nach K+A unterschiedlich gross sind. Während in den K+A der Stadt Basel über das ganze Jahr hinweg insgesamt 4'350 Personen² befragt worden sind, waren es in der K+A Schaffhausen lediglich 264 (vgl. Tab. 2). Zu beachten ist dabei, dass die Institutionen über unterschiedliche Öffnungszeiten³ verfügen und dass die Regeln innerhalb der Konsumräume (z. B. die Grösse der Zeitfenster, die den KlientInnen für ihre Konsumationen zur Verfügung stehen), variieren.

Tab.2: Anzahl Konsumationen und Personen, Gesamtwerte nach K+A

	Basel	Bern	Biel	Genf	Luzern	Schaffhausen	Solothurn	Zürich
Anzahl Konsumationen	13728	5566	1862	1687	3119	473	986	8408
Anzahl Personen	4350	1649	805	1031	1092	264	455	3537

Betrachtet man die drei am häufigsten konsumierten Substanzen, Heroin, Kokain und Dormicum (sowohl Mono- als auch Mischkonsum, so zeigen sich deutliche Unterschiede. In der K+A Genf war der Anteil an Heroinkonsumationen mit 64% am höchsten und in der K+A Zürich mit einem Anteil von 28% am niedrigsten. Auch der Anteil an Kokainkonsumationen ist sehr unterschiedlich. In der K+A Solothurn betrug er 49%, mit 6% war er in der K+A Genf am niedrigsten (vgl. Abb. 11).

Abb. 11: Prozentanteile des Konsums von Heroin, Kokain und Dormicum in den verschiedenen K+A (Mono- und Mischkonsum) Anteile in Prozent

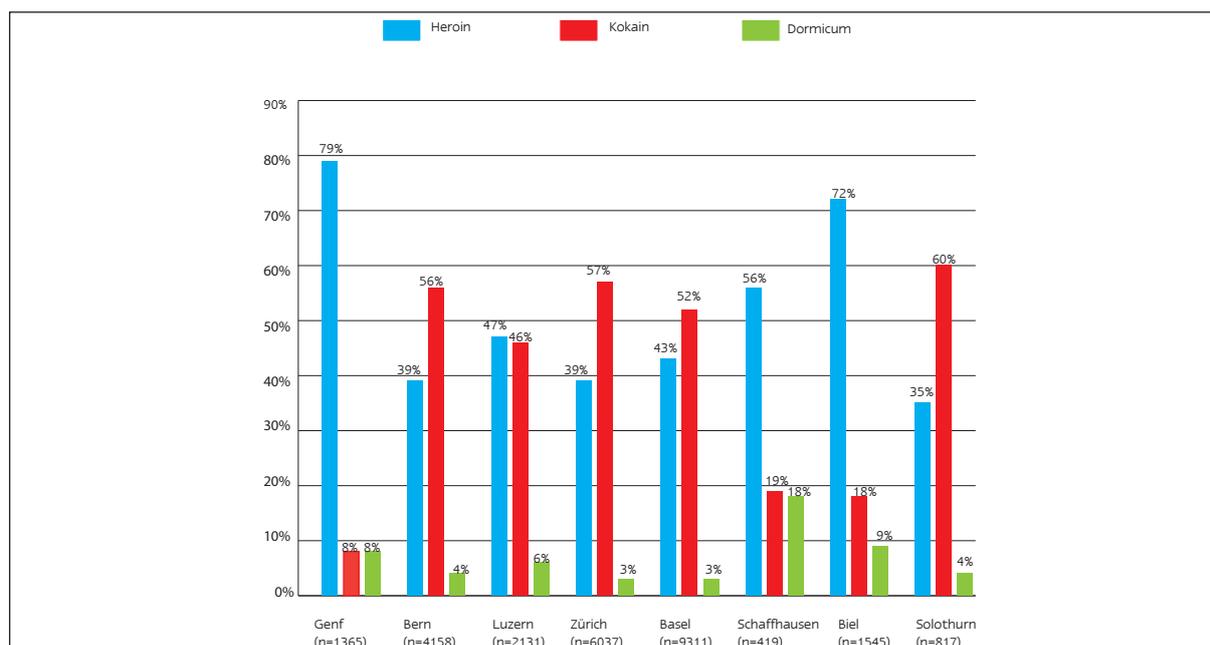


² Viele KlientInnen wurden über die insgesamt 12 Erhebungstage mehrfach befragt, die "Anzahl Personen" ist also im Folgenden deutlich höher als die Anzahl verschiedener KlientInnen in den jeweiligen K+A.

³ Eine Übersicht über die unterschiedlichen Öffnungszeiten findet sich im Anhang.

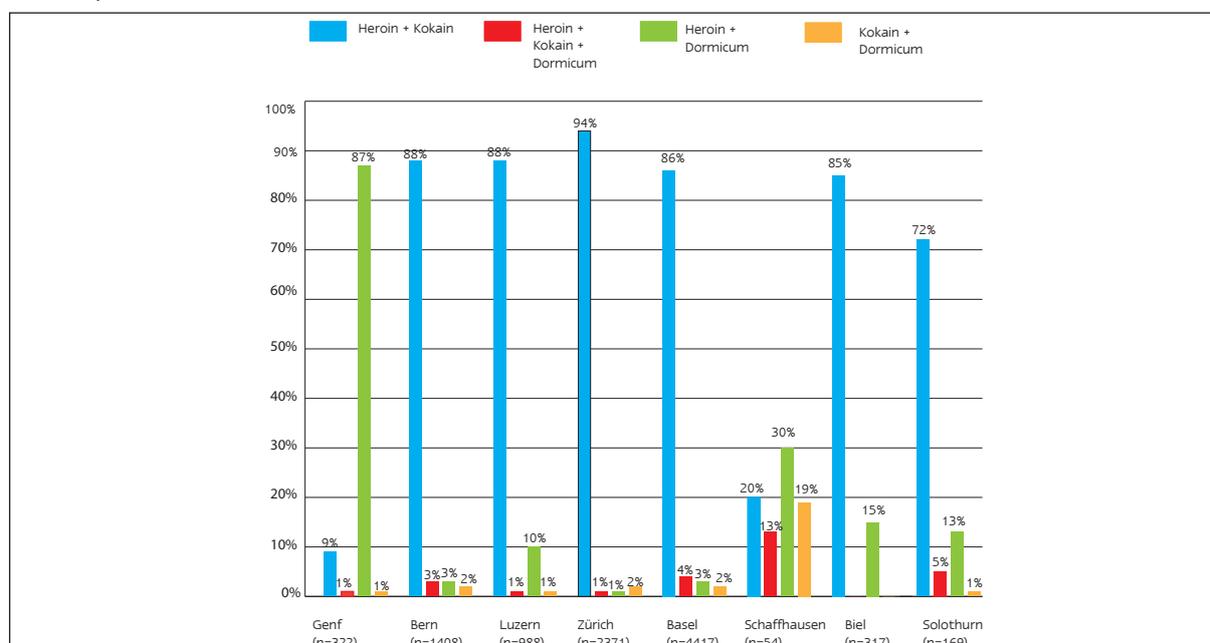
Die teilweise grossen Differenzen zeigen sich dann auch deutlich beim Monokonsum. In der K+A Genf war der ausschliessliche Konsum von Heroin am höchsten (Anteil 79%), in der K+A Solothurn war es der Konsumationsanteil von Kokain mit 60% (vgl. Abb. 12).

Abb. 12: Prozentanteile des Konsums von Heroin, Kokain und Dormicum in den verschiedenen K+A, nur Monokonsum, Anteile in Prozent



Beim Mischkonsum zeigt sich in sechs von den acht K+A ein recht ähnliches Bild. Mit Abstand am häufigsten wurden Heroin und Kokain zusammen konsumiert. Ausnahmen bildeten die K+A Genf, wo mit Abstand am häufigsten Heroin und Dormicum gemischt wurden, sowie die K+A Schaffhausen mit ausgewogeneren Anteilen der verschiedenen Mischungen, wobei hier die geringen Fallzahlen zu beachten sind (vgl. Abb. 13).

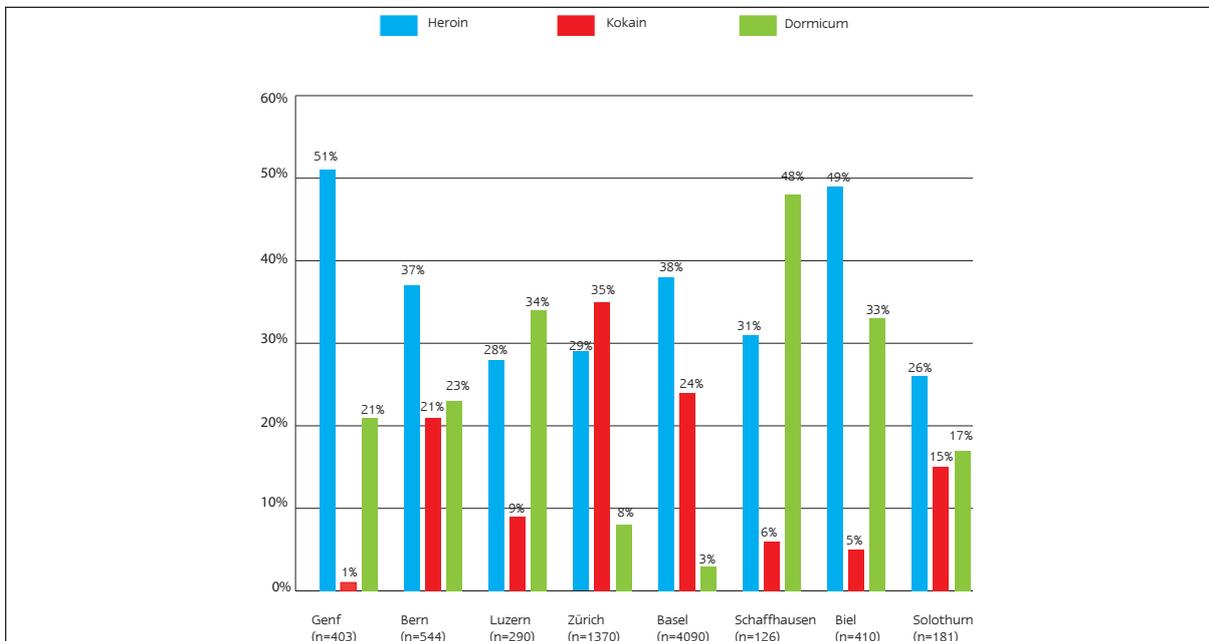
Abb. 13: Prozentanteile des Konsums von Heroin, Kokain und Dormicum in den verschiedenen K+A, nur Mischkonsum, Anteile in Prozent



Konsumform Sniffen

Die Anteile an Konsumationen der häufigsten Substanzen variierten auch beim Sniffen erheblich, wie in der nachstehenden Abbildung deutlich erkennbar ist. Sowohl bei Heroin, als auch bei Kokain und Dormicum sind die Anteile am gesamten Sniff-Konsum (Mono- und Mischkonsum) recht unterschiedlich, ebenso beim Mischkonsum von Heroin und Kokain.

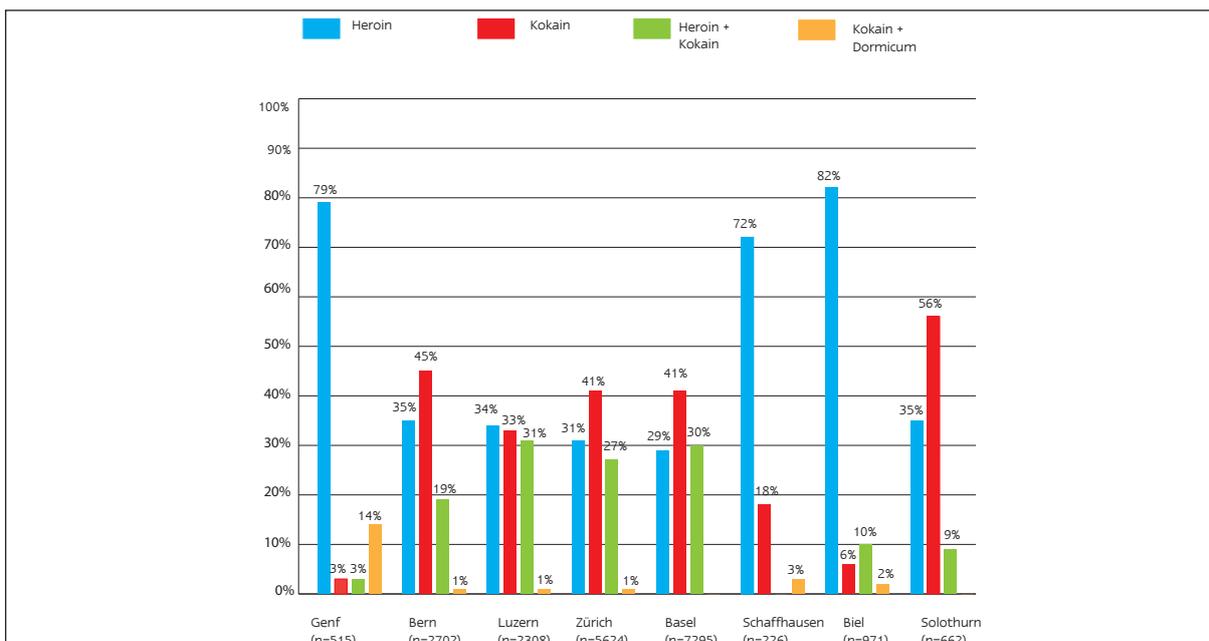
Abb. 14: Prozentanteile des Konsums von Heroin, Kokain und Dormicum in den verschiedenen K+A: Konsumform Sniffen, Anteile in Prozent, Mono- und Mischkonsum



Konsumform Rauchen

Bei der Konsumform Rauchen existieren vor allem beim Heroin- und beim Kokainkonsum grosse Unterschiede. Auffällig sind die sehr hohen Anteile beim Rauchen im Monokonsum von Heroin in den K+A Genf (79% des gesamten Rauch-Konsums), K+A Schaffhausen (72%) und K+A Biel (82%).

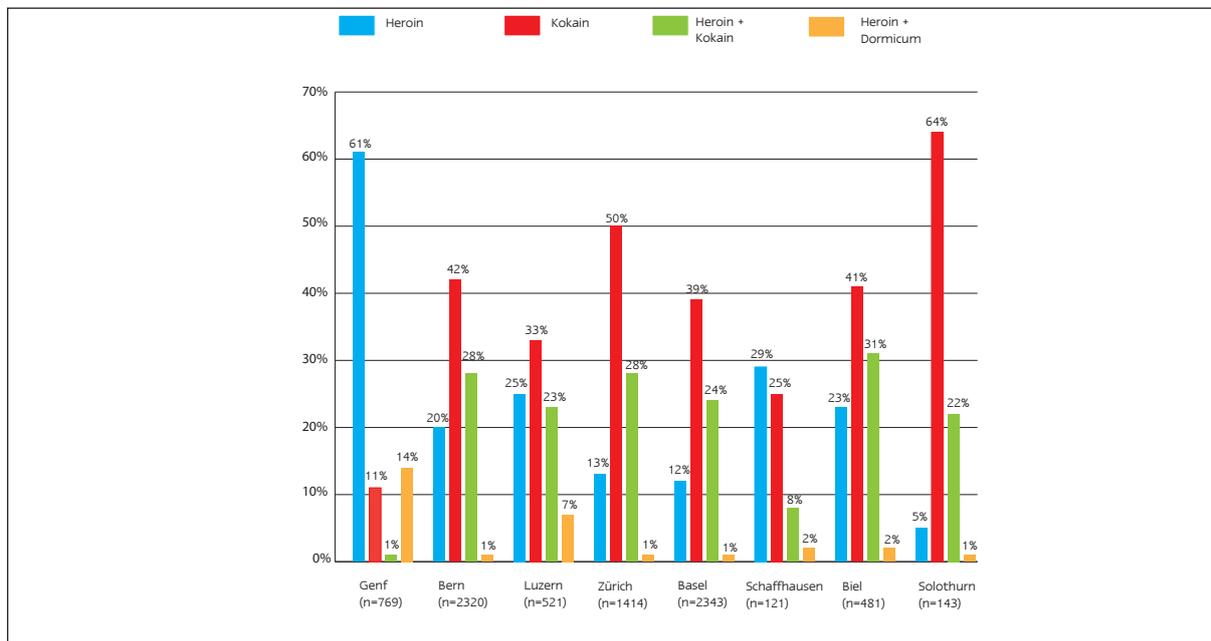
Abb. 15: Prozentanteile des Konsums von Heroin, Kokain und Dormicum in den verschiedenen K+A: Konsumform Rauchen, Anteile in Prozent, Mono- und Mischkonsum



Konsumform Injektion

Bei der Konsumform Injektion sticht vor allem der hohe Anteil des Monokonsums von Heroin in der K+A Genf (61% des gesamten injizierenden Konsums) heraus wie auch der hohe Anteil beim Kokain-Monokonsum (Anteil 64%) in der K+A Solothurn.

Abb. 16: Prozentanteile des Konsums von Heroin, Kokain und Dormicum in den verschiedenen K+A: Konsumform Rauchen, Anteile in Prozent, Mono- und Mischkonsum



4 Diskussion der Ergebnisse

4.1 Allgemein

Zentral für die Bewertung der erhobenen Daten ist die Feststellung, dass im vorliegenden Bericht ausschliesslich die selber deklarierten Konsumationen von K+A-KlientInnen innerhalb der Konsumräume erfasst wurden. Die erhobenen Daten erlauben also keine unmittelbaren Rückschlüsse auf Prävalenzen einzelner Substanzen unter den KlientInnen insgesamt oder gar in den jeweiligen Regionen, da davon auszugehen ist, dass viele der im Bericht erwähnten Substanzen auch ausserhalb der K+A oder durch Personen, die keine K+A besuchen, konsumiert werden. Die erhobenen Daten beleuchten also lediglich einen Teil des Konsums der an der Befragung teilnehmenden K+A-KlientInnen.

Die Ergebnisse der Erhebung 2016 wurden im Rahmen einer Fokusgruppe unter der Leitung von Infodrog gemeinsam mit VertreterInnen der beteiligten Institutionen diskutiert⁴. Eine Auflistung der an der Fokusgruppe beteiligten Personen findet sich im Anhang dieses Berichts.

In der gemeinsamen Diskussion zeigte sich, dass das Verhältnis zwischen Aufwand und Ertrag für ein Monitoring von der Mehrheit der Institutionen tendenziell negativ bewertet wird. Der Zeit- und Ressourcenaufwand für die vier Erhebungswellen des Jahres 2016 war gross, mehrheitlich musste während den Erhebungen zusätzliches Personal aufgeboden werden.

Positiv hervorgehoben wurde in der Diskussion, dass sich aufgrund der erhobenen Zahlen subjektive Wahrnehmungen der Mitarbeitenden zum Konsumverhalten in den K+A bestätigen oder widerlegen lassen. Einzelne Institutionen sehen zudem dank dem Monitoring längerfristig die Möglichkeit, Trends oder Veränderungen im Konsumverhalten in den K+A zu beobachten und ggf. darauf zu reagieren. So könnte sich der mutmassliche Trend weg vom Injektionskonsum hin zur Inhalation bzw. zum Sniffen über die Jahre bestätigen, was entsprechende Implikationen für die Schadensminderung, bzw. die Angebotsgestaltung der K+A mit sich brächte.⁵

4.2 Methodische Überlegungen

Eine Mehrheit der Institutionen⁶ vermutet, dass es bei der Selbstdeklaration der Substanzen durch die KlientInnen zu Verzerrungen gekommen ist. Insbesondere überrascht waren die Institutionen von dem verhältnismässig geringen Anteil an verschreibungspflichtigen Medikamenten, die vor dem Konsum deklariert wurden. Aufgrund von Beobachtungen im Berufsalltag gehen die meisten Institutionen davon aus, dass in den K+A deutlich mehr verschreibungspflichtige Medikamente konsumiert werden, als dies die im Monitoring erhobenen Daten zeigen. Als mögliche Erklärung für diese Inkongruenz wurden verschiedene Hypothesen erörtert:

- Gewisse Medikamente (insbesondere Benzodiazepine) weisen unter den KlientInnen von K+A eine geringe Akzeptanz auf. Ihr Konsum wird deshalb tendenziell tabuisiert und stigmatisiert. Die Bereitschaft, den Konsum solcher Substanzen zu deklarieren könnte deswegen geringer sein, als dies bei anderen Substanzen der Fall ist. Dadurch kommt es möglicherweise zu Verzerrungen durch Fehldeklarationen aufgrund sozialer Erwünschtheit der Antwort.
- Viele KlientInnen halten sich oftmals längere Zeit in den Konsumräumen auf. Zum Teil sind diese für das Personal nur schwer zu überwachen (insbesondere die Raucherräume). Es wird deshalb vermutet, dass oftmals während des Aufenthalts in den Konsumräumen zusätzlich verschreibungspflichtige Medikamente konsumiert werden, ohne dass diese bei der Befragung deklariert wurden.
- Für viele KlientInnen stellt der Konsum von verschreibungspflichtigen Medikamenten kein «Drogenkonsum» dar. Die Neigung, diesen Konsum bei der Deklaration zu vergessen, könnte deshalb erhöht sein.

4 Bis auf die K+A Genf und Schaffhausen konnten VertreterInnen sämtlicher Institutionen an der Sitzung teilnehmen. Die K+A Genf und Schaffhausen erhielten Gelegenheit, sich schriftlich zum Bericht zu äussern.

5 So etwa die Ergänzung von Spritzenautomaten mit Inhalations- sowie Sniffutensilien oder die flächendeckende Abgabe von Inhalationspfeifen.

6 Eine Liste mit der an der Diskussion beteiligten InstitutionsvertreterInnen findet sich im Anhang des Berichts.

4.3 Regionale Unterschiede

Zu den teilweise augenfälligen regionalen Unterschieden wurden im Rahmen der Diskussion ebenfalls verschiedene Hypothesen erörtert:

Aufgrund der teilweise erheblich variierenden Fallzahlen sind die Daten der einzelnen Institutionen nur begrenzt miteinander vergleichbar. Die unterschiedlichen Fallzahlen sind dabei nicht nur in der Grösse oder dem Einzugsgebiet der Institutionen begründet. Teilweise bestehen zwischen den Institutionen grosse Unterschiede in den Öffnungszeiten, in der Anzahl verfügbarer Plätze sowie in den Zutrittsbestimmungen und den Regeln zum Aufenthalt in den Konsumräumen.⁷ All dies kann Auswirkungen auf die Fallzahlen haben, weil sich je nach Öffnungszeiten oder Einlassregelungen der Konsum von illegalen Substanzen mehr oder weniger in private Räumlichkeiten oder in die Öffentlichkeit verlagern kann.

Weiter wurde die Hypothese geäussert, dass der illegale Drogenmarkt in kleineren Städten grösseren Schwankungen unterliegt als in grösseren Städten. Gemäss Rückmeldungen von einigen Institutionen (die sich offenbar teilweise auch mit Rückmeldungen von Seiten der Polizei decken) wird in kleineren Städten der illegale Drogenmarkt, auf dem die K+A-KlientInnen sich ihre Substanzen beschaffen, überwiegend von einer überschaubaren Anzahl an Personen kontrolliert, die sich auf einzelne Substanzen fokussieren. Versiegt eine Versorgungsquelle oder kommt es zu Versorgungsengpässen (beispielsweise als Folge von polizeilicher Repression), so verknappt sich das Angebot an einer bestimmten Substanz, was die Drogenkonsumierenden möglicherweise zu einem Ausweichen auf andere, möglicherweise einfacher zu beschaffende Substanzen drängt. Falls diese Vermutung zutrifft, schränkt dies die Vergleichbarkeit der Daten aus kleineren Städten mit solchen, die über eine stabilere Marktsituation verfügen, zusätzlich ein.

Zu den starken regionalen Unterschieden bzgl. Heroinkonsum wurde die These diskutiert, dass die heroïn- bzw. substitutionsgestützte Behandlung einen Einfluss auf die Menge an konsumiertem Heroïn haben könnte, welches auf dem illegalen Markt beschafft wird. So verfügt z. B. Genf, in dessen K+A am meisten Heroïn konsumiert wird, über eine im Verhältnis zur Grösse des Einzugsgebiets sehr geringe Abdeckung mit heroïngestützter Behandlung. Diese mutmassliche Unterversorgung könnte dazu führen, dass HeroïnkonsumentInnen vermehrt auf selbst gekauftes Heroïn ausweichen, das sie in der K+A konsumieren.

4.4 Ausblick

Sämtliche beteiligten Institutionen möchten sich mindestens bis zum Ende der Pilotphase im Dezember 2017 weiterhin am «Monitoring des Substanzkonsums in den Kontakt- und Anlaufstellen» beteiligen. Einer Weiterführung des Monitorings über diesen Zeitraum hinaus stehen die Institutionen zum jetzigen Zeitpunkt in der Mehrheit insgesamt kritisch bis ablehnend gegenüber, dies insbesondere aus Ressourcen Gründen.

Mittelfristig gilt es zu prüfen, ob die Intervalle des Monitorings allenfalls vergrössert werden können (alle zwei oder alle drei Jahre), um einerseits für die Institutionen Ressourcen zu schonen und andererseits dennoch Daten zu gewinnen, die eine Langzeitbeobachtung des Konsumverhaltens in den K+A ermöglichen.

⁷ Eine Übersicht über die unterschiedlichen Öffnungszeiten findet sich im Anhang.

5.1 Öffnungszeiten der Konsumräume

Institution	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
K+A Basel (2 Standorte)	11:00-16:00 16:00-22:00	11:00-16:00 16:00-22:00	11:00-16:00 16:00-22:00	11:00-16:00 16:00-22:00	11:00-16:00 16:00-22:00	11:00-16:00 16:00-22:00	13:00-21:00 ⁸
K+A Bern	14:00-19:30 19:30-22:45 ⁹	14:15-22:00	14:15-22:00	14:15-22:00	14:15-22:00	14:15-22:00	16:00-20:00
K+A Biel	12:15-19:30	12:15-19:30	12:15-20:15 ¹⁰	12:15-19:30	12:15-19:30	12:00-18:00	
K+A Genf	11:00-19:00	11:00-19:00	11:00-19:00	11:00-19:00	11:00-19:00	11:00-19:00	11:00-19:00
K+A Luzern	09:30-17:00	09:30-17:00	09:30-17:00	9:30-17:00	9:30-17:00	10:00-17:00	10:00-17:00
K+A Schaffhausen	11:00-17:30	11:00-17:30	11:00-17:30	11:00-17:30	11:00-17:30	12:00-16:30	12:00-16:30
K+A Solothurn¹¹	15:45-19:30	15:45-19:30	15:45-19:30	15:45-19:30	15:45-19:30	15:45-19:30	15:45-19:30
K+A Zürich Selnau	13:15-20:30	13:15-20:30	07:30-14:45	07:30-14:45	07:30-14:45	07:30-14:45	13:15-20:30
K+A Zürich Oerlikon	10:45-18:00	10:45-18:00	10:45-18:00	10:45-18:00	10:45-18:00	10:45-18:00	10:45-18:00
K+A Zürich Brunau	17:00-22:00	17:00-22:00	17:00-22:00	17:00-22:00	17:00-22:00	17:00-22:00	17:00-22:00
K+A Zürich Kaserne	07:30-14:45	07:30-14:45	13:15-20:30	13:15-20:30	13:15-20:30	13:15-20:30	07:30-14:45

5.2 Teilnehmende VertreterInnen Fokusgruppe

Saskia Leu-Hausmann, Assistenz Leitung, K+A Basel
 Sigal Elkayam, stv. Leitung K+A Bern
 Marc Hämmerli, Leiter K+A Biel
 Franziska Reist, Betriebsleiterin GasseChuchi/K+A Luzern
 Sibylla Motschi, Bereichsleiterin K+A Solothurn
 Andreas Bänniger, Teamleiter K+A Zürich-Oerlikon

⁸ Nur ein Standort geöffnet (alternierend)

⁹ Ausschliesslich für Frauen geöffnet

¹⁰ Zwischen 18:15 und 20:15 ausschliesslich für Frauen geöffnet.

¹¹ Alternierend alle zwei Wochen von 19:30-21:00 jeweils nur für Männer, bzw. Frauen geöffnet

info
coordination intervention suisse
drog