



# Im Brennpunkt 1 / 2012

Jährliche Informationen von act-info zu aktuellen Themen der Suchtberatung und -behandlung in der Schweiz

## Intravenöser Konsum illegaler Substanzen - Prävalenz von Injektionsverhalten bei Klienten und Klientinnen in ambulanter und stationärer Suchttherapie: Entwicklung zwischen 2005 und 2011

*Die Schweiz verfügt über ein breites Suchthilfeangebot. Trotz umfassender Bemühungen im Bereich Schadensminderung weist ein bestimmter Anteil drogenabhängiger Personen weiterhin ein riskantes Konsumverhalten auf. Der vorliegende Im Brennpunkt-Artikel beschäftigt sich mit folgenden Fragen: Wie häufig kommen intravenöser (i.v.) Konsum und Spritzentausch bei Personen vor Eintritt in ambulante und stationäre Suchthilfe vor? Und wie haben sich diese risikobehafteten Verhaltensweisen in der Zeitspanne von 2005-2011 entwickelt?*

### 1. Einleitung und Fragestellung

#### 1.1 Gesundheitliche Komplikationen durch i.v.-Konsum illegaler Substanzen

Der intravenöse Drogenkonsum gilt – insbesondere unter unsauberen Injektionsbedingungen – als äusserst risikoreiche Konsumform und bringt eine Reihe von gesundheitlichen Gefahren mit sich. Dabei handelt es sich insbesondere um Infektionskrankheiten (Hepatitis B, Hepatitis C, HIV). Der gemeinsame Gebrauch von Spritzen ist besonders problematisch, aber auch der gemeinsame Gebrauch eines Löffels oder eines Filters stellt ein Risiko vor allem für HCV-Infektionen dar (Degenhardt & Hall, 2012). Injizierende Drogenkonsumierende sind neben viralen Infektionen ferner häufig auch anderen somatischen Problemen ausgesetzt. Hautinfektionen (Spritzenabszesse, Phlegmone, Hautgeschwüre) treten insbesondere dann auf, wenn die Betroffenen nicht mehr in der Lage sind, intravenös zu spritzen und auf intramuskuläre bzw. subkutane Injektion ausweichen (Ebright & Pieper, 2002). Weitere Risiken sind Lymphangitis („Blutvergiftung“), Venenentzündung, Herzklappenentzündungen, Lungenentzündungen, Milzbrand, Knochen- und Gelenkentzündungen, Tetanus, eine raschere Entwicklung der Abhängigkeitserkrankung, Überdosierung (mit möglichen Folgen von epileptischen Krampfanfällen, Koma, Atemstillstand, Tod) und weitere medizinische Komplikationen (INSERM, 2010).

In der Schweiz durchgeführte Studien bei Klienten und Klientinnen von niederschweligen Suchthilfeangeboten liefern Informationen über die bei Injizierenden beobachteten gesundheitlichen Probleme. In einer kürzlich publizierten Studie wurden Injektionsverhalten (inkl. Injektionsumstände und Verbreitung von Spritzentausch) sowie das Spritzenangebot in niederschweligen Anlaufstellen für Menschen mit Drogenproblemen erhoben. Aus dieser Studie ging hervor, dass sich 80% der Befragten auf Hepatitis B testen liessen, wobei 12% beim letzten Test ein positives Resultat aufwiesen. 81% liessen sich auf Hepatitis C testen, 33% davon beim letzten Test mit positivem Resultat (Locicero et al. 2012). Indes hatten 91% der in niederschweligen Anlaufstellen befragten Klienten und Klientinnen einen HIV-Test gemacht, welcher bei 8% positiv ausfiel. Gemäss Locicero et al. (2012) wiesen von den 543 befragten Personen, die je Drogen injiziert hatten, 12% in den letzten sechs Monaten Abszesse im Zusammenhang mit Drogeninjektionen auf. Eine *Überdosis* haben 41% der i.v.-Konsumierenden erlitten (Lebenszeitprävalenz), wobei 2% dieser Personengruppe diesbezüglich hospitalisiert werden mussten.

## 1.2 act-info als Informationsquelle zum i.v.-Konsum illegaler Substanzen

Eines der wichtigsten Anliegen des Monitoringsystems *act-info* (siehe Info-Kasten) besteht darin, Erkenntnisse über die Entwicklung von substanzgebundenen Problemen, Konsummustern, sekundären Risiken (z.B. Spritzenaustausch) und Folgeproblemen zu gewinnen. So enthalten die in den teilnehmenden Behandlungsbereichen gesammelten Daten wertvolle Informationen zum Injektionsverhalten bei Populationen von Drogenkonsumierenden.

Das nationale Monitoringsystem *act-info* umfasst fünf Behandlungssektoren, die in Teilstatistiken zusammengefasst sind: ambulante psychosoziale Suchthilfe (SAMBAD), stationäre Behandlung von Alkoholabhängigkeit (*act-info*-Residalc), stationäre Therapie von Drogenabhängigkeit (*act-info*-FOS), heroingestützte Behandlung (HeGeBe) und Nationale Methadonstatistik. Das modulare Klientenmonitoringsystem mit gemeinsamen Kernfragen erfasst Charakteristika und Lebenssituation von Klienten und Klientinnen bei Ein- und Austritt. Die Teilnahme am Monitoringsystem *act-info* geschieht in der Regel auf freiwilliger Basis seitens der behandelnden Einrichtungen – eine Ausnahme bildet die obligatorische Teilnahme der HeGeBe-Stellen. Auf gesamtschweizerischer Ebene liegen umfassende *act-info*-Daten seit 2004 vor.

Bei Eintritt in eine ambulante Beratung oder in eine stationäre Suchtbehandlung werden Angaben zur Hauptproblemsubstanz und zur vorwiegenden Einnahmeart dieser Substanz erhoben. Ausserdem werden die Klienten und Klientinnen gefragt, ob sie je eine illegale Substanz injiziert haben (Lebenszeitprävalenz) und falls ja, ob dies in den letzten sechs Monaten vor Behandlungsbeginn der Fall war (6-Monats-Prävalenz).

Für die vorliegende ‚Im Brennpunkt‘-Ausgabe wurde nun das Injektionsverhalten bei der Klientele *vor Eintritt* in die ambulante oder stationäre Suchthilfe näher betrachtet. Folgende Fragestellungen stehen im Vordergrund: Wie hoch ist der Anteil von i.v.-Erfahrung bei Klienten und Klientinnen vor Eintritt in die ambulante und stationäre Suchthilfe, wie hat sich dieser Anteil innerhalb der Zeitspanne von 2005-2011 entwickelt und wie hat sich das risikoreiche Verhalten des Spritzenaustausches bei der Klientele verändert? Dabei werden Personengruppen mit unterschiedlicher Hauptproblemsubstanz verglichen.

## 2. Datenbasis und Methode

Als Datenbasis der vorliegenden Auswertung dienen die durch die *act-info*-Behandlungssektoren während der Behandlungsjahre 2005 bis 2011 erfassten Daten, wobei die Angaben der Nationalen Methadonstatistik keine systematischen Daten betreffend Injektionsverhalten enthalten und für die Auswertung nicht verwendet werden können. Die Analysen beziehen sich folglich auf die Daten der Teilstatistiken FOS, SAMBAD, HeGeBe und Residalc.

Die vorliegenden Analysen beruhen auf Daten von Klientengruppen mit den Hauptproblemen *Alkohol*, *Opiaten* (fast ausschliesslich Heroin, aber auch Methadon, andere Opiate und Cocktails), *Kokain* (inkl. Crack und Freebase) und *Cannabis*, für welche gültige Angaben zum Injektionsverhalten vorliegen. Der Anteil fehlender Angaben hinsichtlich der vorwiegenden Einnahmeart der Hauptproblemsubstanz variiert zwischen 24% (2006) und 29% (2007, 2010). Hinsichtlich der Lebenszeitprävalenz des Injektionsverhaltens schwankt der Anteil an fehlenden Angaben zwischen 27% (2006, 2010, 2011) und 31% (2007), während dieser Anteil bei den Angaben zur 6-Monats-Prävalenz zwischen 27% (2006, 2011) und 31% (2007) variiert. Die Anzahl der maximalen und minimalen validen Fälle, auf denen die Analysen beruhen, werden für die jeweiligen Klientengruppen in den Legenden zu den Abbildungen angegeben.

Die Anzahl der am *act-info*-Monitoring teilnehmenden Einrichtungen variiert von Jahr zu Jahr. Bei den vorliegenden Analysen werden die Daten aller Einrichtungen einbezogen, unabhängig davon, ob die Institutionen über den ganzen Beobachtungszeitraum Daten geliefert haben oder nicht. Bei der

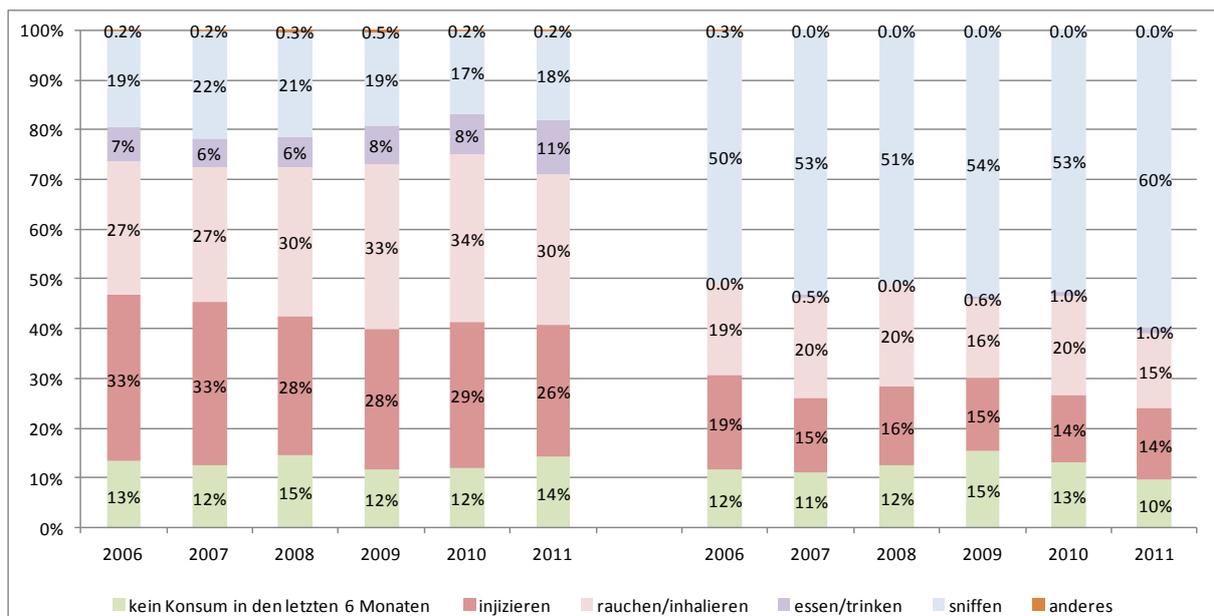
Interpretation der Veränderungen über die Zeit muss dies berücksichtigt werden, da nicht ausgeschlossen werden kann, dass beobachtete Änderungen durch die Veränderung in der Anzahl bzw. hinsichtlich der Behandlungstypen der teilnehmenden Stellen beeinflusst werden können.

### 3. Verbreitung von i.v.-Konsum bei Klienten und Klientinnen vor Eintritt in eine act-info-Einrichtung (ambulante und stationäre Suchthilfe)

#### 3.1 Vorwiegende Einnahmeart der Hauptproblemsubstanz in den sechs Monaten vor Eintritt (Entwicklung 2006-2011)

In Grafik 1 werden die Anteile der vorwiegenden Einnahmeart in den sechs Monaten vor Eintritt für die Hauptproblemsubstanzen *Opiate* und *Kokain* angegeben. Es sei darauf hingewiesen, dass die Prozentangaben diejenigen Klienten und Klientinnen, die in den sechs Monaten vor Eintritt keinen Konsum ihrer Hauptproblemsubstanz aufweisen, berücksichtigen (z.B. bei Übertritten). Auf eine Darstellung der Ergebnisse für die Hauptproblemsubstanzen Alkohol und Cannabis wurde verzichtet, da Alkohol ausschliesslich getrunken und Cannabis von fast allen Personen der Gruppe mit Hauptproblem *Cannabis* vorwiegend geraucht wird.

Grafik 1: Vorwiegende Einnahmeart der Hauptproblemsubstanzen *Opiate* und *Kokain* in den letzten sechs Monaten; nach Berichtsjahr (Eintritte 2006-2011)



Anmerkungen:

Gruppe mit Hauptproblem *Opiate* : n min=438 (2011), n max= 632 (2009)

Gruppe mit Hauptproblem *Kokain* : n min=299 (2010), n max= 373 (2007)

Vergleichbare Daten für das Jahr 2005 liegen nicht vor

Injektion als vorwiegende Einnahmeart wurde am häufigsten in der Gruppe mit Hauptproblem *Opiate* genannt. Mit Anteilen, die zwischen 26% (2011) und 33% (2006, 2007) variieren, steht Injektion zusammen mit der Applikationsform rauchen/inhalieren (Anteile zwischen 27% [2006, 2007] und 34% [2010]) an erster Stelle. In dieser Gruppe ist eine leicht abnehmende Tendenz des Injektionsverhaltens als vorwiegende Einnahmeart über die Beobachtungszeit festzustellen. Sniffen als Hauptapplikationsform von Opiaten kommt mit Anteilen zwischen 17% (2010) und 22% (2007) seltener vor.

Bei der Gruppe mit Hauptproblem *Kokain* zeigt sich ein anderes Bild. Hier steht die Applikationsform sniffen mit Abstand an erster Stelle: zwischen 50% (2006) und 60% (2011) der betroffenen Klienten und Klientinnen nehmen Kokain vorwiegend auf diese Weise ein. Im letzten Beobachtungsjahr wird

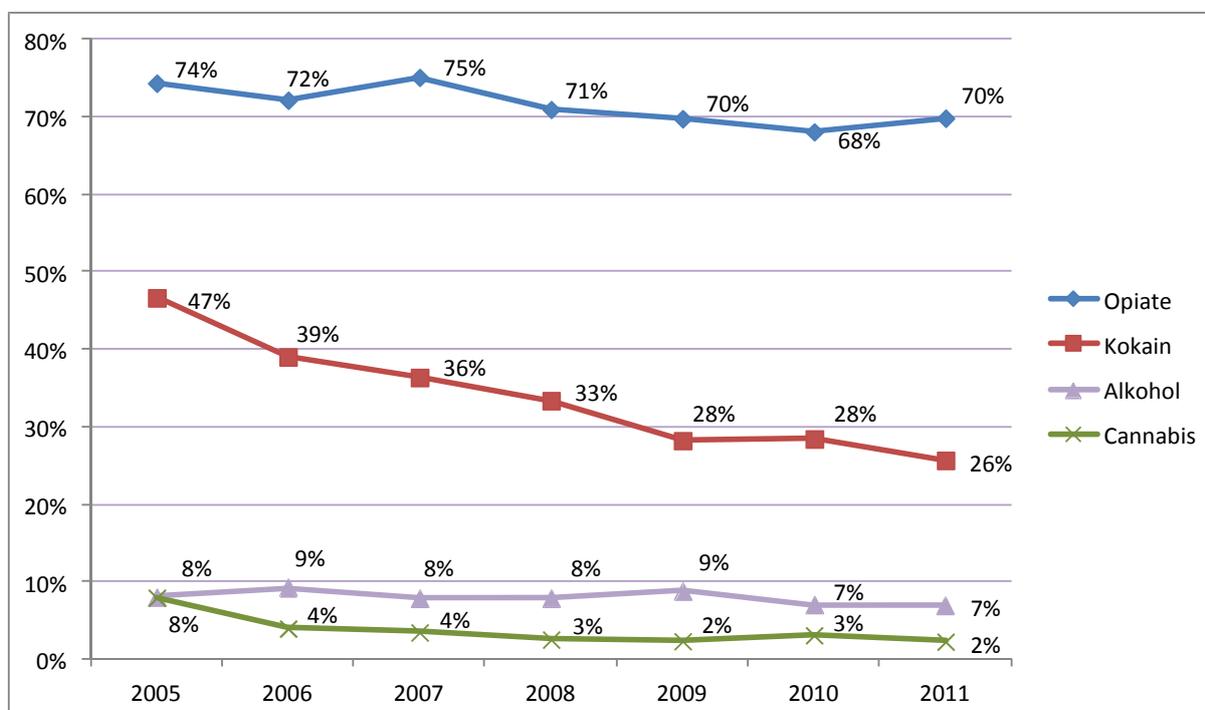
der höchste Wert verzeichnet. Ob es sich dabei um einen gegenwärtig zunehmenden Trend hinsichtlich des Sniffens handelt, wird sich in den nächsten Jahren zeigen. Injektion (zwischen 14% [2011] und 19% [2006]) sowie rauchen/inhalieren (zwischen 15% [2011] und 20% [2007, 2008, 2010]) kommen als vorwiegende Einnahmeart von Kokain vergleichsweise seltener vor.

### 3.2 Lebenszeitprävalenz und 6-Monats-Prävalenz von Injektionsverhalten nach Hauptproblemsubstanz (Entwicklung 2005-2011)

Die Prävalenzen von Injektionsverhalten werden aufgeteilt in die vier Gruppen mit Hauptproblem *Opiate*, *Kokain*, *Alkohol* und *Cannabis* präsentiert. Es sei darauf hingewiesen, dass diese Ergebnisse zu den einzelnen Problemsubstanzgruppen keine Information über die jeweiligen injizierte(n) Substanz(e)n liefern, und es muss sich dabei folglich nicht zwingend (ausschliesslich oder teilweise) um die Hauptproblemsubstanz handeln. Da Klienten und Klientinnen in Suchtbehandlung oft verschiedene Problemsubstanzen konsumieren, teilweise je nach Verfügbarkeit auf dem Markt (siehe z.B. Maffli et al, 2012), kann auch bei Personen mit Hauptproblem *Alkohol* oder *Cannabis* i.v.-Konsum von illegalen Substanzen festgestellt werden. In diesem Abschnitt werden zuerst die Angaben zur Lebenszeitprävalenz und anschliessend diejenigen zur 6-Monats-Prävalenz präsentiert.

Aus Grafik 2 kann entnommen werden, dass der Anteil Klienten und Klientinnen mit Injektionserfahrung bei der Gruppe mit Hauptproblem *Opiate* erwartungsgemäss am höchsten ausfällt: zwischen 72% und 75% in den Jahren 2005-2007, zwischen 68% und 71% in den Jahren 2008-2011. Deutlich abgenommen hat der Anteil Personen mit Injektionserfahrung bei der Gruppe mit Hauptproblem *Kokain*: von 47% im Jahr 2005 auf 26% im Jahr 2011. Die Lebenszeitprävalenz von intravenösen Konsumformen bleibt bei der Gruppe mit Hauptproblem *Alkohol* auf einem niedrigeren Niveau von 7-9% über die Zeitspanne eher stabil. Nach einer gewissen Abnahme zu Beginn des Beobachtungszeitraums stagniert die Lebenszeitprävalenz bei der Gruppe mit Hauptproblem *Cannabis* um Werte zwischen 2-4%.

Grafik 2: Lebenszeitprävalenz von Injektionsverhalten nach Hauptproblem und Berichtsjahr (Eintritte 2005-2011)



Anmerkungen:

Gruppe mit Hauptproblem Opiate : n min=628 (2005), n max= 821 (2009)

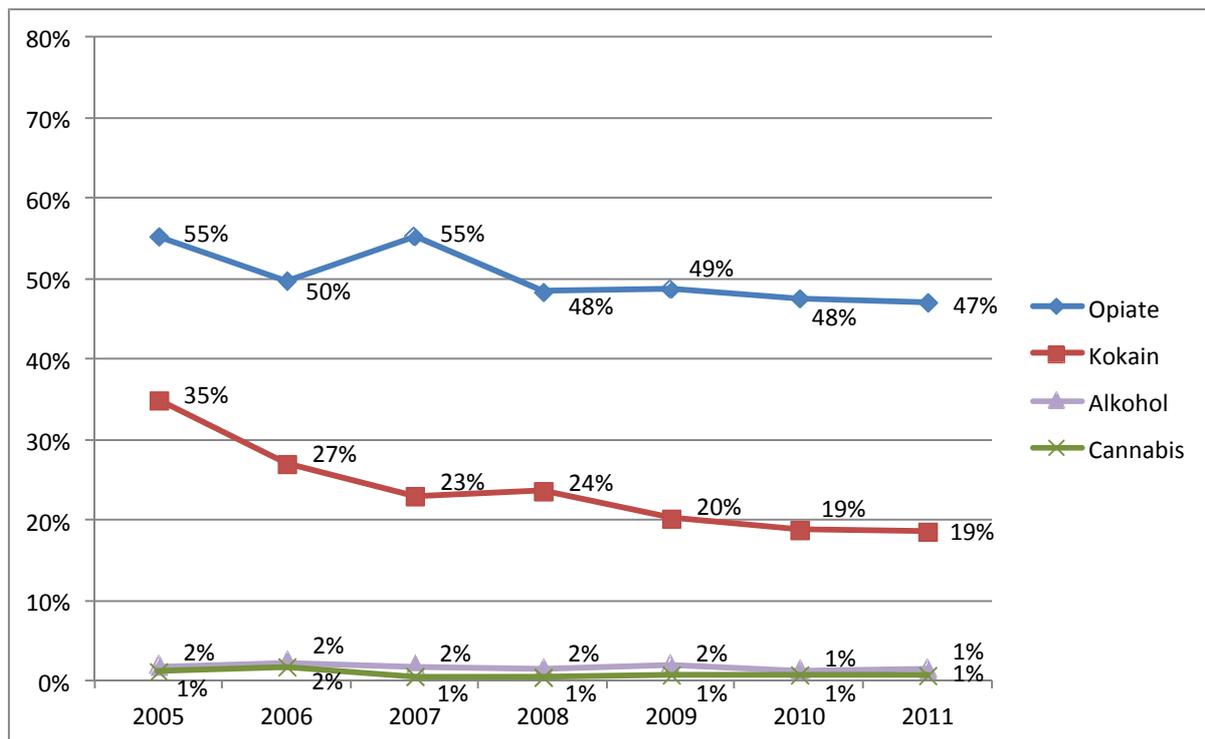
Gruppe mit Hauptproblem Kokain : n min=307 (2011), n max= 387 (2007)

Gruppe mit Hauptproblem Alkohol : n min=2308 (2005), n max= 3401 (2010)

Gruppe mit Hauptproblem Cannabis : n min=263 (2005), n max= 861 (2011)

Die Grafik 3 zeigt die Entwicklung des Anteils Klienten und Klientinnen, welche auch in den *letzten sechs Monaten* vor Behandlungsbeginn eine illegale Substanz durch Injektion konsumiert haben. Im Vergleich zur Lebenszeitprävalenz zeigen sich ähnliche Verläufe, jedoch auf einem tieferen Anteilsniveau: Der Anteil Klienten und Klientinnen mit Injektion in den letzten 6 Monaten fällt bei der Gruppe mit Hauptproblem *Opiate* wiederum am höchsten aus: zwischen 50% und 55% in den Jahren 2005-2007, zwischen 47% und 49% in den Jahren 2008-2011, was auf eine leicht abnehmende Tendenz hindeutet. Deutlich abgenommen hat wiederum der Anteil Personen mit Injektion bei der Gruppe mit Hauptproblem *Kokain*: von 35% im Jahr 2005 sukzessive auf 19% im Jahr 2011. Die 6-Monats-Prävalenz von intravenösen Konsumformen bleibt bei der Gruppe mit Hauptproblem *Alkohol* und der Gruppe mit Hauptproblem *Cannabis* auf einem Niveau von 1-2% über die Zeitspanne stabil.

Grafik 3: 6-Monats-Prävalenz von Injektionsverhalten nach Hauptproblem und Berichtsjahr (Eintritte 2005-2011):



Anmerkungen:

Gruppe mit Hauptproblem Opiate : n min= 600 (2005), n max= 795 (2009)

Gruppe mit Hauptproblem Kokain : n min= 306 (2011), n max= 382 (2007)

Gruppe mit Hauptproblem Alkohol : n min= 2315 (2005), n max= 3410 (2010)

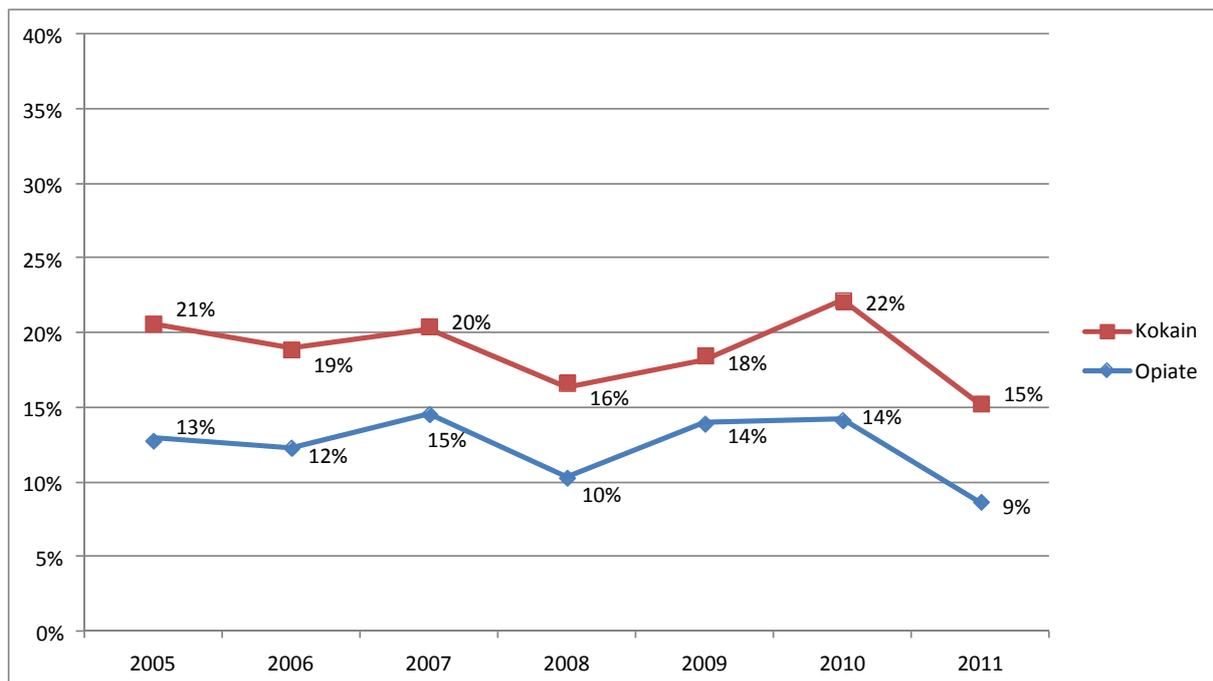
Gruppe mit Hauptproblem Cannabis : n min= 259 (2005), n max= 859 (2011)

### 3.3 Sprizentausch in den letzten 6 Monaten vor Eintritt, nach Hauptproblemsubstanz (Entwicklung 2005-2011)

Der gemeinsame Gebrauch von Spritzen und Nadeln gilt als äusserst risikobehaftete Konsumform. Der Anteil Klienten und Klientinnen, die in den letzten sechs Monaten vor Therapiebeginn illegale Substanzen injiziert und während dieser Zeitspanne gebrauchte Spritzen bzw. Nadel von anderen Konsumierenden benutzt haben, ist in Grafik 4 dargestellt. Die Angaben zu den injizierenden Klienten und Klientinnen mit Hauptproblem *Alkohol* bzw. *Cannabis* werden hier aufgrund der geringen Fallzahlen nicht aufgeführt.

Der Anteil injizierender Klienten und Klientinnen mit gemeinsamen Spritzen- bzw. Nadelgebrauch in dieser Zeitspanne ist bei der Gruppe mit Hauptproblem *Kokain* am höchsten und schwankt zwischen 15% (2011) und 22% (2010). Der Anteil injizierender Klienten und Klientinnen mit Sprizentausch in der Gruppe mit Hauptproblem *Opiate* liegt etwas tiefer und schwankt zwischen 9% (2011) und 15% (2007).

Grafik 4: Spritzentausch in den letzten 6 Monaten vor Eintritt bei in dieser Zeit injizierenden Klienten und Klientinnen, nach Hauptproblem und Berichtsjahr (Eintritte 2005-2011)



Anmerkungen:

Gruppe mit Hauptproblem Opiate : n min=220 (2011), n max= 289 (2007)

Gruppe mit Hauptproblem Kokain : n min=45 (2010), n max= 97 (2005)

## 4. Diskussion

Der i.v.-Konsum unter saubereren Bedingungen ist zwar weniger risikobehaftet als unter unhygienischen Bedingungen, eine hohe Dosierung oder ein hoher Verunreinigungsgrad der injizierten Substanzen kann aber beispielsweise durchaus ernsthafte Gesundheitsrisiken zur Folge haben (INSERM, 2010). Die Daten des Monitoringsystems *act-info* zeigen, dass Injektion als vorwiegende Einnahmearart häufiger bei Opiat- als bei Kokainkonsum verbreitet ist, zumindest bei Klienten und Klientinnen, die eine dieser Substanzen als Hauptproblemsubstanz angeben. Die Ergebnisse weisen zudem darauf hin, dass der i.v.-Konsum bei Klienten und Klientinnen vor Eintritt in ambulante oder stationäre Suchthilfeeinrichtungen immer noch relativ weit verbreitet ist: In den letzten 6 Monaten vor Behandlungsbeginn in 2011 hat fast die Hälfte der Klienten und Klientinnen mit Hauptproblem *Opiate* und ungefähr ein Fünftel der Klienten und Klientinnen mit Hauptproblem *Kokain* eine oder mehrere illegale Substanzen injiziert. Auch wenn es als naheliegend erscheint, dass es sich dabei jeweils mehrheitlich um die Hauptproblemsubstanz handelt, welche injiziert wird, erlauben die Daten hierzu keine sichere Aussage.

Verglichen mit der Klientele in niederschweligen Einrichtungen weist die Klientele der *act-info*-Einrichtungen vor Eintritt zwar deutlich seltener Injektionsverhalten auf: Im Jahr 2011 beträgt die Lebenszeitprävalenz von Injektionsverhalten in der *act-info*-Population rund 15% (Hauptprobleme Alkohol, Opiate, Kokain und Cannabis zusammen, siehe Maffli et al. 2012), während sie in der Population des niederschweligen Bereichs gemäss der Studie von Locicero et al. (2012) 70% beträgt (Monatsprävalenz 37%). Allerdings dürfte die *act-info*-Population mit ihren mehrheitlich alkohol- und cannabisbetroffenen Klienten und Klientinnen wesentlich heterogener sein. Werden nämlich von der *act-info*-Population nur diejenigen Personen mit *Opiaten* als Hauptproblem betrachtet, so erweist sich die Lebenszeitprävalenz des Injektionsverhalten mit 70% als identisch mit derjenigen des niederschweligen Bereichs, die vermutlich hauptsächlich opiatabhängige Personen bzw. Personen mit politoxokomanem Konsummuster inkl. Opiaten zählt.

Während die Verbreitung von Injektionsverhalten in den letzten 6 Monaten vor Behandlungsbeginn in der Gruppe mit Hauptproblem *Opiate* über die Jahre mit rund 50% relativ stabil geblieben ist, zeigt sich in der Gruppe mit Hauptproblem *Kokain* eine sukzessive Abnahme dieser Applikationsform von rund 35% auf rund 20%. Angesichts des Ausmasses dieses Rückgangs, welcher sich übrigens auch bei der Lebenszeitprävalenz zeigt, ist es wahrscheinlich, dass diese Abnahme nicht oder nur teilweise mit Schwankungen in der Anzahl oder hinsichtlich des Typs der teilnehmenden Einrichtungen während der Beobachtungszeit zusammenhängt (siehe Methodenabschnitt). Vielmehr könnte der Rückgang des Injektionsverhaltens bei der Gruppe mit Hauptproblem *Kokain* in Verbindung mit der beobachteten Abnahme der Anteile Personen mit sekundären opiatgebundenen Problemen in dieser Gruppe gesetzt werden (siehe Maffli et al. 2006 bis 2012). In der Tat werden *Opiate* häufiger injiziert als *Kokain*, das hauptsächlich gesniffert wird, insbesondere unter *Kokain*konsumierenden, die in der night-life-Szene verkehren (INSERM, 2010). Hier kann vermutet werden, dass die Gruppe mit *Kokain* als Hauptproblem einen zunehmenden Anteil an Klientinnen und Klienten verzeichnen könnte, die über die night-life-Szene in Berührung mit Drogen gekommen sind, wo hauptsächlich Stimulanzien (inklusive gesniffertes *Kokain*) und kaum gespritzte Drogen wie Heroin konsumiert werden. So würden die Anteile der *Kokain*konsumierenden, die eher dem Profil der Polytoxikomanen aus der Drogenszene entsprechen, und folglich eher dazu geneigt wären, *Opiate* oder *Kokain* zu spritzen, mit der Zeit geringer werden.

Der risikobehaftete gemeinsame Gebrauch von Injektionsbesteck in den letzten 6 Monaten ist bei der Gruppe mit Hauptproblem *Kokain* mit einem Anteil von 15% bis 22% relativ hoch und zeigt über die Zeit – im Gegensatz zur steten Abnahme der i.v.-Konsums in dieser Gruppe – keine klare Tendenz. Der Anteil Personen mit Sprizentausch in der Gruppe mit Hauptproblem *Opiate* liegt darunter (zwischen 9% und 15%), weist aber ähnliche Schwankungen über die Zeit auf. Obwohl die ermittelten Prävalenzen auf kleinen Fallzahlen beruhen, lassen die zwischen 2005 und 2011 parallel verlaufenden Kurven beider Gruppen eher auf vertrauenswürdige Ergebnisse schliessen. Dies bekräftigt den Befund, dass der risikobehaftete gemeinsame Gebrauch von Injektionsmaterial häufiger unter den Injizierenden der Gruppe mit Hauptproblem *Kokain* als unter den Injizierenden der Gruppe mit Hauptproblem *Opiate* verbreitet ist. Dies könnte mit der Tatsache zusammenhängen, dass injiziertes *Kokain* einen Rausch mit ausgeprägtem Kontrollverlust hervorruft, welcher auch zu sukzessiven Injektionen führen kann. Abgesehen von der Schwierigkeit, immer über sauberes Injektionsmaterial zu verfügen, könnte die erlebte Aufregung und Euphorie durch i.v.-Konsum von *Kokain* leicht zu einer eingeschränkten Einhaltungsverantwortung gegenüber den Regeln der Risikominderung führen (Cadet-Taïrou et al., 2010).

## 5. Schlussfolgerungen

Auch wenn die mit dem Gebrauch von illegalen Drogen verbundenen Risiken noch weitere Ursachen als das Injektionsverhalten haben, trägt diese Einnahmeart jedoch erheblich zur Erhöhung der Gesundheitsrisiken bei, vor allem hinsichtlich Infektionserkrankungen. Das Angebot der Schadensminderung als eine der vier tragenden Säulen der Schweizer Suchtpolitik will Menschen mit einer Drogenproblematik darin unterstützen, den körperlichen, psychischen und sozialen Schaden durch eine risikoarme Konsumform gering zu halten. Wichtige Ziele in diesem Zusammenhang sind die Verringerung der Ansteckungsgefahr mit Infektionserkrankungen, die Stabilisierung oder Verbesserung des gesundheitlichen Zustandes der Betroffenen, eine Verbesserung der sozialen Integration sowie die Förderung der Motivation für eine therapeutische Behandlung. Die Massnahmen zur Schadensminderung basieren auf einem pragmatischen Ansatz: Durch niederschwellige Angebote können Drogenkonsumierende erreicht werden, die nicht abstinent leben können oder wollen (Menzi, 2012).

Die Daten des Monitoringsystems *act-info* weisen auf eine abnehmende Lebenszeit- und 6-Monats-Prävalenz des Injektionsverhaltens in der Gruppe mit Hauptproblem *Kokain* hin. Allerdings bleiben diese Prävalenzen im letzten Beobachtungsjahr (2011) immer noch hoch, und es kann zudem kaum

eine entsprechende Abnahme in der Gruppe mit Hauptproblem *Opiate* beobachtet werden. Obwohl die Bemühungen der Schweizer Suchthilfe hinsichtlich Schadensminderung eine Reihe von Erfolgen aufweisen, so beispielsweise einen markanten Rückgang der Drogentodesfälle oder der Anzahl HIV-Neuansteckungen bei Personen mit i.v.-Drogenkonsum (Menzi, 2012), scheinen weitere Massnahmen notwendig, um die Häufigkeit und Verbreitung von Injektionsverhalten zu vermindern und die hygienischen Umstände dieser Applikation weiterhin zu verbessern.

Die laufenden Erhebungen des Monitoringsystems *act-info* sowie die Durchführung ergänzender Studien im niederschweligen Bereich erlauben es, die künftige Entwicklung des Injektionsverhaltens in den Populationen von Drogenkonsumierenden sowie deren Gesundheitszustand zu verfolgen. Die Erkenntnisse aus diesen Erhebungen hängen jedoch von der Qualität der Indikatoren ab, auf denen sie beruhen. Valide und vollständige Monitoringdaten im Bereich der *Suchtbehandlung* in der Schweiz sind folglich sehr wichtig, und das umso mehr, als brauchbare Daten zum Drogenkonsum über den Weg von Bevölkerungsbefragungen nur in begrenztem Masse zu erhalten sind.

## Literaturhinweise

Cadet-Tairou, A., Gandilhon, M., Lahaie, E., Chalumeau, M., Coquelin, A. & Toufik, A. (2010). Drogues et usages de drogues en France. État des lieux et tendances récentes 2007-2009. Neuvième édition du rapport national du dispositif TREND. OFDT, St Denis.

Degenhardt, L. & Hall, W. (2012). Extent of illicit drug use and dependence, and their contribution to the global burden of disease. *The Lancet*. 379(9810):55-70.

Ebright, J.R., & Pieper, B. (2002). Skin and Soft Tissue Infections in Injection Drug Users. *Infect Dis Clin North Am*; 16(3):697 –712.

INSERM (2010). Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues - Expertise collective. Paris: Institut Inserm.

Locicero, S., Arnaud, S., Füglistaler, G., Dubois-Arber, F. & Gervasoni, J.-P. (2012). Ergebnisse der Befragung 2011 unter den KlientInnen der niederschweligen Einrichtungen in der Schweiz. *Raisons de santé 199b*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.

Maffli, E., Delgrande Jordan, M., Schaaf, S., Dickson-Spillmann, M. & Künzi, U. (2012). *act-info* Jahresbericht 2011. Suchtberatung und Suchtbehandlung in der Schweiz - Ergebnisse des Monitoringsystems. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).

Menzi P. (2012). Schadensminderung – unverzichtbarer Teil einer kohärenten Suchtpolitik. In: *SuchtMagazin 2/2012*.