

**Alfred Springer**

**Expertise zur ärztlichen Heroinverschreibung**

**Im Auftrag des Fonds Soziales Wien**

November 2003

LUDWIG-BOLTZMANN-INSTITUT FÜR SUCHTFORSCHUNG  
am Anton-Proksch-Institut,  
Mackgasse 7-11, A-1237 Wien, Tel.: +43 1 88010 Fax: +43 1 88010 956  
Leiter: Univ. Prof. Dr. Alfred Springer

# INHALTSVERZEICHNIS

PRÄAMBEL	6
1. Die Substanz Diazetylmorphin	8
1.1. Pharmakologie	8
1.2. Medizinische Verwendung	8
1.3. Pharmakokinetik	8
1.4. Wirkungen und Nebenwirkungen von Diacetylmorphin	10
1.4.1. Wirkungen	10
1.4.2. Nebenwirkungen / Unerwünschte Wirkungen	10
1.4.3. Interaktionen	11
1.4.4. Intoxikation	11
1.4.5. Entzugssymptomatik	11
1.4.6. Anwendungseinschränkungen und Vorsichtsmaßnahmen – <i>EXKURS: Heroin und Verkehrstüchtigkeit</i>	11
1.5. DAM-Zubereitungen und Einnahmeformen	12
1.6. Heroinabhängigkeit	15
2. EXKURS über Heroinmythologie und Heroinkontrolle	16
2.1. Der Mechanismus der Drogenkontrolle - Die Entwicklung der Internationalen Kontrolle der Narkotika	16
2.2. Der historische Hintergrund der Heroinkontrolle	16
2.3. Heroin als Problemdroge	16
2.4. Die Heroinmythologie	18
2.4.1. Die Ebenen der Dämonisierung des Heroins in den USA	18
2.4.2. Heroin in Europa	21
2.4.3. Ergebnisse der Literaturanalyse 1920-1945	22
2.4.3.1. Außermedizinische Literaturquellen	23
2.4.3.1.1. Heroin in Frankreich	24
2.4.3.1.2. Heroin und Okkultismus	25
2.5. Kontrolle und Mythologie 1923-1931	25
2.6. Die Auswirkungen der amerikanischen Heroinmythologie auf die europäische Einstellung in der Zwischenkriegszeit	26
2.7. Die Situation nach dem Zweiten Weltkrieg	27
3. Heroin in der Behandlung der Heroinabhängigkeit	28
3.1. Überblick über grundsätzliche Positionierungen in den verschiedenen Heroinstudien	29
3.1.1. Das Ungenügen der Methadonsubstitution	29
3.1.2. Ärztliche Heroinverschreibung als schadensbegrenzende Maßnahme	30
3.1.3. Die Kontroverse um die Heroinverschreibung	32
4. Heroinprojekte international	33
4.1. SCHWEIZ	33
4.1.1. Entwicklung und rechtliche Grundlage der HeGeBe	33
4.1.1.1. Die legislativen Rahmenbedingungen	34

4.1.1.1.1. Drogenpolitik als Aufgabe des öffentlichen Gesundheitswesens	34
4.1.1.1.2. Die katalysatorische Wirkung von AIDS	35
4.1.2. Überprüfbare Zielsetzungen der schweizerischen Drogenpolitik seit 1991	37
4.1.3. Die Schweizer Studie zur medizinischen Opiatvergabe (PROVE)	38
4.1.3.1. Supervisionsorgane, Expertengremien und Begleitgruppen	40
4.1.3.2. Praktische Umsetzung	41
4.1.3.3. Begleitforschung	43
4.1.3.3.1. Substanzforschung	43
4.1.3.3.2. Medizinische Forschung	43
4.1.3.3.3. Sozialwissenschaftliche und ökonomische Forschungsthemen	45
4.1.3.4. Die Ergebnisse der Versuchsphase	47
4.1.3.4.1. Der Schweizer Synthesebericht	47
4.1.3.4.2. Bericht der externen Expertenkommission zur Beurteilung der schweizerischen wissenschaftlichen Studien über die ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln an Drogenabhängige	50
4.1.4. Zusammenfassende Darstellung des Ablaufes der Entwicklung der kontrollierten Heroinschreibung – eine Chronik	65
4.1.5. Die Entwicklung der Schweizer Versuche nach der Versuchsphase	68
4.1.5.1. Die legislative Regulierung – die drogenpolitische Auseinandersetzung	68
4.1.5.2. Der drogenpolitische Diskurs	68
4.1.5.2.1. Die Befürworter der HeGeBe	70
4.1.5.2.2. Verbände und Initiativen, die gegen die HeGeBe auftraten	71
4.1.5.2.3. Das Referendum gegen den dringlichen Bundesbeschluss zur ärztlichen Heroinschreibung vom 9.10.1998 – Argumentarium	75
4.1.6. Die Entwicklung der Projekte zur HeGeBe	78
4.1.7. Situation 2001	80
4.1.8. Bisherige vorliegende Ergebnisse der ersten Routinephase	81
4.1.9. Abschließende Bewertung des Schweizer Modells der heroingestützten Behandlung	83
4.1.10. Best Practice – Best Control? Das Schweizer Handbuch HeGeBe 2000, herausgegeben vom BAG	86
4.2. NIEDERLANDE	122
4.2.1. Die Niederländischen Studien und ihre Ergebnisse	124
4.2.1.1. Ergebnisse	127
4.2.1.2. Die Kosten der HeGeBe im Niederländischen Modell	129
4.2.1.3. Schlussfolgerungen	129
4.2.1.4. Empfehlungen	130
4.3. DEUTSCHLAND	130
4.3.1. Der Entwicklungsprozess der deutschen Projekte	130
4.3.2. Struktur, Dauer, Kosten und Rahmenbedingungen des deutschen Modellprojekts	133
4.3.3. Methode und Design	134
4.3.3.1. Studienaufbau	137
4.3.3.2. Zeitplan	138
4.3.3.3. Voraussetzungen	138

4.3.3.4. Der aktuelle Stand des Projektes _____	138
4.3.3.5. Der bisherige Verlauf der Studie in Bonn _____	138
4.3.3.6. Die deutsche und die niederländische Heroinstudie im Vergleich _____	141
4.4. ENGLAND _____	142
4.4.1. Drogenpolitischer Hintergrund _____	142
4.4.2. Die Veränderungen in den sechziger Jahren des 20. Jahrhunderts _____	144
4.4.3. Der Einsatz injizierbarer Zubereitungen in der Behandlung Abhängiger _____	146
4.4.3.1. Das Ausmaß der Verschreibung von injizierbarem Methadon und injizierbarem DAM _____	146
4.4.3.1.1. Aktuelle Situation _____	149
4.4.4. John Marks: ein Traditionalist des „Britischen Systems“ _____	154
4.4.4.1. Bericht über die Behandlungsmethode von John Marks _____	156
4.4.4.1.1. Die abgegebenen Substanzen und ihre Darreichungsformen _____	157
4.4.4.2. Arbeitsweise bis 1995 _____	157
4.4.4.2.1. Die Arbeit der „drug dependency clinic“ von John Marks im Spiegel der Statistik _____	159
4.4.4.3. Die Arbeitsweise nach 1995 _____	160
4.4.4.4. Bewertung durch die örtlichen Strafverfolgungsbehörden _____	161
4.4.5. Die Verwissenschaftlichung der Opiatverschreibung an Abhängige in England _____	161
4.4.5.1. Die Untersuchung von HARTNOLL 1980 _____	161
4.4.5.2. Die Untersuchung von METREBIAN 1998 _____	162
4.5. KANADA _____	163
4.5.1. Drogenpolitischer Hintergrund _____	163
4.5.2. Opiatgestützte Behandlung Abhängigkeitskranker _____	164
4.5.3. Die Entwicklung des Heroinproblems _____	165
4.5.4. Die Entwicklung der Behandlung Opiatabhängiger _____	166
4.5.5. Die NAOMI – Initiative _____	167
4.5.5.1. Das Konzept der NAOMI _____	169
4.5.6. Laufende Heroinprojekte in Kanada _____	171
4.6. SPANIEN _____	172
4.7. AUSTRALIEN _____	173
4.7.1. Drogenpolitischer Hintergrund _____	173
4.7.2. Der Entwurf des ACT _____	174
4.7.2.1. Zielvorstellungen und erwartete Ergebnisse _____	174
4.7.2.2. Pilot-Studien _____	175
4.7.3. Australien 1997-2002 _____	176
4.7.3.1. Die drogenpolitische Diskussion _____	176
4.8. DÄNEMARK _____	178
5. ZUSAMMENFASSENDE DARSTELLUNG _____	179
5.1. Überblick über den internationalen Stand der heroingestützten Behandlung _____	179
5.2. Die wissenschaftliche Ausrichtung der internationalen Experimente _____	179
5.2.1. Methodische Probleme der wissenschaftlichen Designs _____	180

5.2.2. Die Bedeutung der Projekte zur HeGeBe für die Forschung und die Bedeutung der Forschung für die Praxis der HeGeBe _____	184
5.2.2.1. Die problematischen Nebeneffekte der Forschungsaufgaben für die Praxis _____	184
5.2.2.2. Beurteilung der Kritik _____	185
5.3. Zusammenfassung der bisher vorliegenden Ergebnisse _____	185
5.4. Die europäischen Studien im Überblick _____	187
5.4.1. Ergebnisse hinsichtlich der Zielvorgaben der Studien _____	187
5.5. Diskussion der Ergebnisse und Einschränkungen hinsichtlich ihrer Validität und Generalisierbarkeit _	191
5.5.1. Bemerkungen zur Frage der „Haltekraft“ der Programme _____	191
5.5.2. Weiterhin offene Fragen _____	192
5.6. Ein Zukunfts-Szenarium _____	194
5.6.1. Die Registrierung des DAM als Arzneimittel _____	195
5.6.2. Die Position der Internationalen Suchtmittelkontrolle _____	196
5.7. Ausblick: Vorstellungen über die notwendige Differenzierung der heroingestützten Behandlung _____	197
5.8. Schlussfolgerung und Empfehlung _____	199
6. LITERATURVERZEICHNIS _____	203

## PRÄAMBEL

Die Thematik der ärztlichen Heroinverschreibung an Heroinabhängige beziehungsweise der heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger spiegelt sich in den Medien und in der wissenschaftlichen Literatur in recht gebrochener Weise.

Zum einen werden derartige Behandlungsprogramme als sinnvolle Ergänzung des bestehenden Drogenhilfesystems bezeichnet, die sowohl der Überlebenshilfe dient als auch der Möglichkeit der Entwicklung von individuellen Lebensperspektiven mit und ohne Drogen dienstbar gemacht werden kann. In diesem Verständnis gelten Heroinverschreibungsprojekte als ein Teil eines umfassenden Ansatzes der Risikominimierung und Schadensbegrenzung im Feld des Drogengebrauches und der drogenbezogenen Problembereiche.

Diesen positiven Zuschreibungen seitens der Befürworter derartiger therapeutischer Experimente stehen aber zum anderen äußerst kritische Auffassungen entgegen.

In dieser Auseinandersetzung spielt die Position der Substanz „Heroin“ eine gewichtige Rolle. Sie wurde im Laufe der Jahrzehnte sowohl idealisiert (aufseiten der Gebraucher) wie dämonisiert (aufseiten der Kontrollinstanzen), so dass eine realistische Auseinandersetzung mit ihrem medizinischen Wert und ihrem medizinischen Einsatz ungemein erschwert ist. Diese mythische Positionierung geht umso leichter von statten, als die wissenschaftliche substanz- und nicht konsumbezogene Literatur zu Heroin äußerst dünn gesät ist. Dieser Zustand wurde erst durch die massive Begleitforschung zu den Schweizer Heroinprojekten gegen Ende des verstrichenen Millenniums verbessert.

Dieses Problem stellte auch eine erhebliche Schwierigkeit bei der Abfassung vorliegender Expertise dar. Es war nicht möglich, bei der Auswahl der Datenquellen selektiv vorzugehen und etwa jenen Publikationen Vorrang zuzuordnen, die in Top-ranking-Zeitschriften erschienen sind oder die in Datenbanken, wie medline und so weiter vertreten sind. Diese Medien durchforstet man umsonst. Selbst in Abstractwerken ist die Literatur zu Heroin nur gering vertreten. Eine Quelle für verwertbare Literatur ist die ARCHIDO-Bibliographie an der Hochschule von Bremen, die allerdings ebenfalls unselektiv ausgerichtet ist.

In der vorliegenden Expertise sind daher wissenschaftliche Aufsätze, Zeitschriftenartikel, Diplomarbeiten, Forschungsprotokolle, Berichte, Kommissionsberichte und so weiter von höchst verschiedenem Niveau verarbeitet.

Da die Thematik der heroinbezogenen Politik Teil der drogenpolitischen Diskussion ist und überhaupt nur durch die drogenpolitische Bewertung der Substanz Heroin zu einem gesonderten Problem werden konnte, wurde der Darstellung der drogenpolitischen Hintergründe und Diskurse breiter Raum gewährt.

Entsprechend dem an uns ergangenen Auftrag widmet sich ein Exkurs der gesonderten Darstellung der Frage der Bedeutung und der Möglichkeit des „Nicht-injizierenden Gebrauchs“.

Einige Erläuterungen zu formalen und stilistischen Merkmalen sind vorzuschicken:

- In unserem Forschungsbereich bestehen definitorische Unschärfen. Viele Inhalte sind in der Literatur unter verschiedenen Namen oder Begriffen abgehandelt. Abgesehen davon, dass „Heroin“, „Diamorphin“, „Diazetylmorphin“, „DAM“ geläufige Bezeichnungen für ein und dieselbe Substanz sind, beschreiben auch verschiedene Begriffe wie „ärztliche Heroinverschreibung“, „heroingestützte Behandlung“,

„ärztlich verordnete Heroinabgabe“, „therapeutische Heroinexperimente“ und so weiter letztlich dieselbe Handlung. Diese stilistische Unschärfe ist auch in der vorliegenden Expertise vorhanden. Eine strengere Stilisierung würde die Lesbarkeit entscheidend beeinträchtigen.

- Von einer fortlaufenden Nummerierung der Tabellen und Übersichten wurde Abstand genommen. Sie sind als integrierter Teil der einzelnen Länderübersichten zu verstehen und sollen der besseren Überschaubarkeit dienen.
- Hinsichtlich der Literaturhinweise wurde ein Weg gewählt, der eine gewisse Überschaubarkeit garantiert. Es wurde Abstand davon genommen, alle zitierten Werke und die gesamte Bezugsliteratur, die in den internationalen Projekten zur heroingestützten Behandlung Erwähnung findet, in ein gemeinsames Literaturregister zusammenzufassen, in dem alle zitierten und zitierbaren Texte alphabetisch aufgelistet sind. Es wurde vielmehr versucht Teillisten zu erstellen, die entweder nach einzelnen Sachgebieten geordnet sind, oder die für die Länder, in denen Heroinexperimente laufen, repräsentative Literatur umfassen.
- Hinsichtlich der Bezeichnung von Berufs- und anderen Personengruppen wird im Text der besseren Lesbarkeit wegen in der Regel nur die männliche Form verwendet.

## **1. Die Substanz Diazetylmorphin**

### **1.1. Pharmakologie**

Heroinum hydrochloricum (Diacetylmorphin, DAM) wurde erstmals 1874 in einem Bericht von Wright bezüglich seiner Studien über natürlich vorkommende Alkaloide erwähnt. Demgemäß wurde es erstmals in Großbritannien im Londoner St. Mary's Hospital produziert. Allgemein zur Kenntnis genommen wurde es allerdings erst als 1898 Dreser für die Firma Bayer darüber berichtete, es synthetisiert zu haben. Es ist ein weißes, kristallinisches, geruchloses Pulver von bitterem Geschmack und neutraler Reaktion. In Wasser ist es außerordentlich leicht löslich (1:2) und schmilzt bei 230-231 Grad Celsius. Hinsichtlich seiner Wirkungsparameter ist es dem Morphin vergleichbar. Die analgetisch wirksame Einzeldosis wird mit 3 mg bei subkutaner, die hustendämpfend wirksame Dosis mit 2-8 mg bei peroraler Applikation angegeben. Die Wirkungsdauer der Einzeldosis beträgt 3-4 Stunden.

### **1.2. Medizinische Verwendung**

Aufgrund der Untersuchungen und Veröffentlichungen von DRESER wurde die Substanz in den Arzneimittelschatz aufgenommen. Es wurde beschrieben, dass das Heroin einen spezifischen Einfluss auf die Atmungsorgane besitze; unter DAM-Einfluss werde die Atemfrequenz gesenkt, dabei jedoch das Volumen jedes einzelnen Atemzuges größer. Dadurch, dass mit jedem einzelnen Atemzug mehr Luft mit größerer Energie eingesogen werde, würde allgemein die Arbeitsleistung der Lunge erhöht. Des weiteren fand DRESER, dass der Sauerstoffverbrauch und die Kohlensäureproduktion herabgesetzt würden, ohne dass der von Morphinum bekannte Effekt einer Abnahme der Empfindlichkeit des Atemzentrums gegenüber der Sauerstoffverarmung und der Kohlensäureüberladung eintrete. Die Wirkung des DAM wurde als qualitativ gleichartig mit der des Kodein, jedoch als quantitativ dieser überlegen, beschrieben. Eine allgemein schmerzlindernde Wirkung und eine schlaffördernde Wirkung wurden in dieser frühen Phase nicht beobachtet beziehungsweise wurde der Standpunkt vertreten, dass die Substanz in dieser Hinsicht dem Morphinum unterlegen sei. Aus all diesen Gründen wurde das Heroin als Arzneimittel vorwiegend bei verschiedenen Indikationen in der Pulmologie empfohlen: bei akuten und chronischen Entzündungen der oberen und unteren Luftwege, bei Bronchitis, Laryngitis, Pleuritis, Phtisis, Hämatoptöe, aber auch bei Keuchhusten, Asthma und Katharrh der Emphysematösen (SKUTETZKY 1908). Dieser Anwendungsbereich ist auch weiterhin den entsprechenden Darstellungen über die therapeutische Praxis zu entnehmen (zum Beispiel BIACH 1923). Außerdem wurde das Heroin als Mittel gegen bestimmte Formen von Herz-Kreislaufkrankungen, bei bestimmten Formen akuter und chronischer Entzündungen im Bereich der Gynäkologie und als „Anti-Aphrodisiakum“ bei Pollutionen, „sexueller Neurasthenie“ sowie auch gegen schmerzhafte Erektionen als Begleiterscheinung gonorrhöischer Infektionen empfohlen.

### **1.3. Pharmakokinetik**

Die Substanz wird rasch zu Monoazetylmorphin und dieses dann wieder rasch zu Morphin hydrolysiert. Viel spricht dementsprechend dafür, dass das Morphin für die pharmakologische Wirksamkeit des Heroin verantwortlich ist. Heroin wird im Harn zum Großteil als freies und gebundenes Morphin ausgeschieden.

Aus der medizinischen Verwendung des Morphin, zum Beispiel bei der postoperativen Schmerzbehandlung, wissen wir, dass es grundsätzlich hinsichtlich der Opiate drei Verabreichungsmöglichkeiten gibt, nämlich eine orale, eine rektale und eine durch Injektion

(intravenös, subkutan, intramuskulär sowie rückenmarksnah). Aufgrund der starken Hyperosmolarität (10 %-HCl-Lösung) besteht bei injizierbarem DAM bei subkutaner und intramuskulärer Applikation die Gefahr von Gewebnekrosen, daher sollte hiervon Abstand genommen werden. Bei allen Applikationsformen ist, nach erfolgter Resorption, der Abbau identisch. Unterschiede bestehen aber in der Resorptionsgeschwindigkeit und in der Bioverfügbarkeit. Einerseits ist DAM instabil und unterliegt einer spontanen Hydrolyse, andererseits vergeht eine gewisse Zeit, bis die Resorption erfolgt ist. DAM wird durch Plasmacholinesterasen im Blut und Lebercholinesterasen innert weniger Minuten (2–30) zu 6-MAM (Monoacetylmorphin) und zu Morphin deacetyliert. Nach Glukuronidierung in der Leber wird das Morphin schließlich in glukuronidierter Form vor allem renal (90 %), aber auch hepatisch (10 %) ausgeschieden. Von der hepatisch ausgeschiedenen Fraktion kann ein kleiner Teil im Darm hydrolysiert und als Morphin über den enterohepatischen Kreislauf resorbiert werden. In Spuren mündet der Abbau durch Demethylierung in Normorphin. Morphin-6-0-Glukuronid erwies sich im Tierversuch bezüglich Analgesie als doppelt so wirksam wie Morphin, direkt intrazerebroventrikulär appliziert sogar hundertmal so stark. Die Plasmabindung von DAM beträgt 40 %, das Verteilungsvolumen 25 – 40 Liter, die Clearance des Blutes  $30,8 \pm 2,1$  ml/kg KG/min. DAM und dessen Metaboliten erscheinen in der Muttermilch und passieren die Plazentarschranke. Die Ausscheidung erfolgt zu 42 – 70 % renal. Im Urin lässt sich der größte Teil des Diacetylmorphins als glukuronidiertes Morphin, vor allem als Morphin-3-0-Glukuronid, nachweisen. Außerdem sind auch Morphin und Normorphin sowie Monoacetylmorphin (nur kurze Zeit nach intravenöser Applikation) nachweisbar. Die Abbauprodukte sind 2 – 4 Tage nachweisbar, wobei auch längere Zeiten beobachtet wurden. Bei Niereninsuffizienz kann es zu einer Kumulation von aktiven Morphinglukuroniden kommen. Im Zentralnervensystem und in peripheren Geweben wird DAM durch Abspaltung einer Essigsäuregruppe rasch zu 6-Ortho-Monoacetylmorphin (6-MAM) metabolisiert. Mit einer Halbwertszeit von 20 Minuten wird auch die zweite Acetylgruppe abgespalten. So entsteht Morphin. Heroin selbst bindet sich – im Gegensatz zu den aktiven Metaboliten 6-MAM und Morphin – kaum an die Rezeptoren im Zentralnervensystem; es kann daher als «Vordroge» bezeichnet werden.

Morphin wieder wird teilweise in aktive Metaboliten (Morphin-6-Glukuronid, Morphin-6-Sulfat), teilweise in inaktive Metaboliten umgewandelt.

Oral eingenommenes DAM unterliegt, zumindest teilweise, schon vor und während der Resorption den ersten Abbauschritten. Nach der Einnahme wird es dementsprechend sehr schnell abgebaut. So ist bei enteraler Applikation des DAM bis zum Erreichen der Opiatrezeptoren möglicherweise der größte Teil bereits zu Morphin metabolisiert.

Nach intravenöser Injektion ist Heroin nur während kurzer Zeit im Blut nachweisbar; es hat eine Halbwertszeit von etwa 3 Minuten.

Insgesamt hat Heroin (mit den Metaboliten) eine Plasmahalbwertszeit von etwa 3 Stunden; die Wirkung dauert 5 bis 8 Stunden an. Einzelne andere Opioide wirken länger. Methadon hat bei chronischer Verabreichung eine Halbwertszeit von mehr als 24 Stunden. Beim Erwachsenen ist die Blut-Hirn-Schranke gegenüber Morphin wesentlich effizienter als gegenüber DAM und gegenüber Monoacetylmorphin, da beide stärker lipidlöslich sind als Morphin. DAM dürfte daher die Blut-Hirn-Schranke am schnellsten passieren.

## 1.4. Wirkungen und Nebenwirkungen von Diacetylmorphin

Die Grenzen zwischen der von den Patienten erwünschten Wirkung («Flash»), der von den Therapeuten angestrebten Wirkung (Stillen des Opiathungers) sowie den Nebenwirkungen (insbesondere der Intoxikation) sind fließend. DAM hat, wie die andern Opiate auch, keine definierte therapeutische Breite, sondern diese ist aufgrund der Toleranzentwicklung individuell. Die Wirkungen und Nebenwirkungen sind dosisabhängig und können sich bei Toleranzentwicklung ändern. Über die Häufigkeit der unten aufgelisteten Nebenwirkungen gibt es in der Literatur nur wenige Zahlen. Die meisten Nebenwirkungen, die regelmäßig auftreten, sind eher harmloser Art (zum Beispiel Obstipation, Mundtrockenheit). Einige der aufgeführten Nebenwirkungen treten exquisit selten auf, viele von ihnen wurden nur in Zusammenhang mit illegal konsumiertem Heroin beschrieben. Die Quantität und Qualität von Wirkungen und Nebenwirkungen sind teilweise mit dem Grad der Opiatgewöhnung korreliert, das heißt sie nehmen bei chronifizierter Einnahme an Häufigkeit und Intensität ab. Dieser Effekt wird insbesondere bei regelmäßiger Applikation und konstanter Dosierung, wie dies in den Behandlungszentren der Fall ist, erwartet. Illegaler Heroinkonsum hingegen ist charakterisiert durch einen ständigen Wechsel von Entzugs- und Intoxikationsphasen, durch das Hinzukommen von Acetylcodein, einer Fülle von Streckmitteln sowie durch die Beimischung zusätzlicher psychotroper Substanzen, wodurch das Auftreten schwerer Nebenwirkungen begünstigt werden kann.

Bei einer Beobachtungszeit von über sechs Jahren und einer Behandlung von bisher über 1700 PatientInnen, wurden innerhalb des Heroinprojektes in der Schweiz, das heißt unter der Abgabe von reinem DAM, die meisten der unten aufgeführten Nebenwirkungen nicht beobachtet. Trotzdem müssen sie analog zu den Ausführungen in Beipackzetteln zu anderen Arzneimitteln im Sinne der Vollständigkeit und der Sensibilisierung der verschreibenden Ärzte und des Behandlungspersonals aufgeführt werden.

### 1.4.1. Wirkungen

Euphorie, Analgesie, beruhigender Effekt, unspezifische antipsychotische Wirkung, Anxiolyse, antitussiver Effekt.

Verhinderung von Entzugssymptomen bei Opiatgewöhnung.

### 1.4.2. Nebenwirkungen / Unerwünschte Wirkungen

Die am häufigsten beobachteten Nebenwirkungen entsprechen den klassischen Opiatnebenwirkungen, nämlich Obstipation (Verstopfung), Nausea (Breachreiz) und histaminvermittelte Nebenwirkungen sowie Sedation, insbesondere bei Beikonsum sedierender Substanzen. Mögliche Nebenwirkungen des injizierbaren Heroins sind histaminartige Hautreaktionen (Hautrötung, Quaddeln, Juckreiz, nadelstichartige Schmerzen), Kopfschmerzen, Hitzegefühl, Pulsieren im Kopf, Gänsehaut, erschwerte Atmung, Übelkeit, allgemeines Unwohlsein und Kollapszustände. Vereinzelt treten epilepsieartige Anfälle und Muskelkrämpfe auf. An schwereren Nebenwirkungen wurden epileptiforme Anfälle, Thrombocytopenie, Bewusstlosigkeit, Arrhythmie und orthostatischer Kollaps gemeldet.

Im Sinne einer systematischen Aufzählung, unabhängig von der Häufigkeit, konnte beobachtet werden:

#### **Zentrales Nervensystem:**

Sedation, Nausea, Erbrechen, Kopfschmerzen, Schwindel, Miosis (was bei vorhandener Hyperopie zu einer Sehkraftverschlechterung führen kann), Libidoverminderung, Konzentrationsstörungen, Verschlechterung der kognitiven Funktionen und der

Reaktionsfähigkeit, EEG-Veränderungen, Atemdepression (mit Verminderung der Atemfrequenz und des Atemzugvolumens und konsekutiver Hypoxämie), Störung der Appetitregulation.

***Vegetatives Nervensystem, Gastrointestinal- und Urogenital-System:***

Schwitzen, Obstipation, erhöhter Druck in Ductus choledochus und Gallenblase, Mundtrockenheit, Harnretention, Effekte auf die Leber- und Nierenfunktion, Sexualfunktionsstörung.

***Histaminvermittelte Nebenwirkungen:***

Pruritus, Urtikaria, Gesichtsrötung, lokalisierte oder generalisierte Rötung, Schwellungen der Extremitäten, Schwellung des Gesichtes (Quincke-Ödem).

***Herz-Kreislauf-System und Respirationstrakt:***

Bradykardie, Extrasystolen, Hypotonie, Synkope, periphere Vasokonstriktion, Lungenödem, Bronchokonstriktion, Status asthmaticus.

***Weitere Nebenwirkungen:***

Veränderung des Immunsystems, Muskelhypotonie, Änderung der Kerntemperatur (Hypo- oder Hyperthermie), Zungenverfärbung, diverse endokrinologische Veränderungen (Gonaden- und Stressachse, ADH), Toleranzentwicklung, psychische und physische Abhängigkeit.

Ferner werden in der Literatur folgende mit Heroinkonsum assoziierte Störungen beschrieben: Leukenzephalopathie, epileptische Anfälle, zerebrale Ischämie, spinale Myelopathie, Myoklonie, periphere Plexo- und Neuropathie, nichttraumatische Rhabdomyolyse, Kardiomyopathie, Myokardinfarkt, Thrombozytopenie.

### **1.4.3. Interaktionen**

Potenzierende Wirkung auf die sedierende und muskelrelaxierende Wirkung von Muskelrelaxantien. Die gleichzeitige Anwendung von Hypnotika und einigen Neuroleptika kann zu einer starken Zunahme der Sedation und der Atemdepression führen. Interaktionen sind auch bei einigen Medikamenten zur antiretroviralen Therapie bekannt.

### **1.4.4. Intoxikation**

Bewusstseinsstrübung, Koma, Apnoe, schwere Hypoxämie (diese Nebenwirkungen können sekundär zu traumatischer Rhabdomyolyse, Druckneuropathie mit Muskelparesen, hypoxämischen Organschädigungen führen), Lungenödem, Herzkreislaufstillstand, Exitus. Pathognomonisch sind eine ausgeprägte Miosis und eine prall gefüllte Harnblase.

Bei nicht opiatgewöhnten Menschen liegt die potenziell tödliche Dosis von Diacetylmorphin bei 30 mg bei intravenöser und 100 mg bei peroraler Applikation.

### **1.4.5. Entzugssymptomatik**

Gähnen, Unruhe, Craving, Tremor, Schüttelfrost, Schwitzen, Nasenlaufen, Muskelverkrampfungen, Schmerzzustände, Nausea, Erbrechen, Diarrhö, Angstzustände, erhöhte Körpertemperatur, Inappetenz, Schlafstörungen, Tachykardie, arterielle Hypertonie. Die Entzugssymptome beginnen ca. 6 Stunden nach der letzten Applikation und dauern bis zu einer Woche an.

### **1.4.6. Anwendungseinschränkungen und Vorsichtsmaßnahmen – EXKURS: Heroin und Verkehrstüchtigkeit**

### ***Kontraindiziert***

ist die Verschreibung von DAM bei: Überempfindlichkeit auf DAM.

### ***Vorsicht***

ist geboten bei: Niereninsuffizienz, Leberinsuffizienz, respiratorischen Erkrankungen, hirnganischen Erkrankungen beziehungsweise bei Hirntraumata. Über den Einsatz bei schwangeren Frauen und stillenden Müttern sowie über allfällige teratogene Effekte liegen erst wenige Angaben vor, ebenso über mögliche Spätfolgen bei den betroffenen Kindern. Eine Substitutionstherapie sollte auf keinen Fall mit einer antidepressiven Therapie mittels MAO-Hemmern, zum Beispiel Moclobemid, kombiniert werden.

Bei gewissen Grunderkrankungen, wie kardialen Reizleitungsstörungen, genuiner oder posttraumatischer Epilepsie, Hypothyreose, Nebenniereninsuffizienz und anderen, ist abzuklären, ob der Nutzen der Behandlung die möglichen Risiken überwiegt.

Bei Nebenkonsum von Alkohol, Benzodiazepinen, Methaqualon, Barbituraten, GHB und anderen zentral sedierenden Substanzen sind entsprechende Vorsichtsmaßnahmen zu treffen. Im Schweizer Projekt dürfen unter Therapie mit Diacetylmorphin keine Motorfahrzeuge geführt werden. Von einer Arbeit über Boden sowie an gefährlichen Maschinen sollte ebenfalls abgeraten werden.

### ***EXKURS: Heroin und Verkehrstüchtigkeit***

Die Entscheidung der Organisatoren der Schweizer Versuche zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger, den Führerschein auf jeden Fall zu entziehen, baut auf minimaler Evidenz auf. Strukturierte experimentelle Untersuchungen der Auswirkung des Heroin auf die Fahrtüchtigkeit unter verschiedenen Konsumbedingungen, verschiedener Dosierung und in Abhängigkeit vom Toleranzniveau des Probanden wurden niemals an einer ausreichend großen und unselektionierten Population durchgeführt. Im Rahmen der Begleitforschung zur HeGeBe führten jedoch PETITJEAN und LADEWIG Untersuchungen zur kognitiv-psychomotorischen Funktionstüchtigkeit Opiatabhängiger in einer ärztlich kontrollierten Behandlung mit DAM durch. Veröffentlicht wurden Zwischenergebnisse, die an 10 selektionierten Heroinprobanden, die den Einschlusskriterien der PROVE-Studie entsprachen, 11 Methadonprobanden und 13 Kontrollprobanden erhoben werden konnten. In der Untersuchung wurden verkehrsrelevante Leistungsparameter vor und nach der Applikation der Substanz gemessen. Das Heroin wurde intravenös verabreicht, das Methadon peroral. Die Dosierung schwankte sehr stark. Es zeigte sich, dass zwischen den Probanden in den drei Gruppen vor der Substanzeinnahme nur relativ geringe Unterschiede zu beobachten waren, nach der Einnahme jedoch die Heroinkonsumenten signifikant schlechter abschnitten. Unmittelbar nach der Heroininjektion zeigte sich bei den Heroinprobanden eine hochsignifikante Verschlechterung der kognitiv-psychomotorischen Funktionstüchtigkeit in 5 von 7 Leitvariablen. Ein entsprechender Effekt konnte noch 35 Minuten nach der Applikation im hochsensiblen Konzentrationstest „d2“ beobachtet werden. Eine Rückkehr zum Ausgangsniveau der Leistung war erst nach einer Stunde zu erheben. Obwohl sie bestimmte Beschränkungen der Generalisierbarkeit der Untersuchung einräumten, vertraten aufgrund dieser Ergebnisse die Autoren den Standpunkt, dass die Teilnahme Heroinabhängiger am Strassenverkehr nicht verantwortbar sei. Diese Interpretation machte sich dann wohl auch das Bundesamt für Gesundheit zu eigen und erließ die entsprechende Führerscheinregel.

## **1.5. DAM-Zubereitungen und Einnahmeformen**

Solange DAM als Arzneimittel gegen Erkrankungen der Luftwege und zur Behandlung sexueller Spannungszustände zur Verfügung stand, wurde es bevorzugt peroral appliziert.

Dabei wurden sowohl Pulver und Pillen als auch eine 1 %-ige Lösung verwendet. Bereits frühzeitig wurde von bestimmten Autoren die subkutane Injektion empfohlen. Diese Applikationsform sollte sowohl eine niedrigere Dosis ermöglichen als auch Schwerkranken die Einnahme erleichtern.

Die empfohlene Einzeldosis betrug damals 0,003 g bis 0,005 g reinen Heroins.

Im Kontext von Missbrauch und Abhängigkeit wurde auch in den USA zunächst über subkutane Injektion und über das Schnupfen der Substanz berichtet. Das Schnupfpulver wurde dabei durch Zerreiben von Tabletten hergestellt (PHILLIPS 1912; FARR 1915). Als in China aufgrund der Beschränkung der Zugänglichkeit des Rauchopiums in den zwanziger und dreißiger Jahren vermehrt Heroin konsumiert wurde, wurde dieses in Pillenform vermarktet. Die Pillen wurden in speziellen Pfeifen geraucht. Parallel dazu entwickelte sich die Sitte des „chasing the dragon“ als einer speziellen Art des Inhalierens erhitzten Heroins von einer Folie. Zu diesem Zweck wurde das Heroin oftmals mit einem Schlafmittel versetzt.

In den USA wurde Heroin stets sowohl geschluckt, geschnupft als auch injiziert. Die Injektionen wurden sowohl subkutan („skin popping“) als auch – und darin bestand zunächst die spezielle Eigenheit dieses kulturellen Raumes – intravenös gesetzt. In Europa dürfte die intravenöse Injektion der Substanz vor dem Zweiten Weltkrieg nur in kleinen Zirkeln – bevorzugt in Frankreich – üblich gewesen sein. Auch in der Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg fand diese Methode in Europa anfangs nur geringe Verbreitung. Zur verbreitetsten Form des Heroinmissbrauchs wurde sie erst in den späten sechziger und frühen siebziger Jahren des 20. Jahrhunderts. Dabei fand sicherlich einerseits eine kulturelle Übertragung statt – die Konsumenten orientierten sich am amerikanischen Modell und an populären Vorbildern, zum andern bewirkte aber auch der Umstand, dass das Heroin wesentlich teurer angeboten wurde, dass aus diesem Grunde „ökonomische“ Anwendungsformen Priorität genossen.

Es ist dementsprechend die Heroinsucht nicht in dem Ausmaß an die intravenöse Applikationsform gebunden, wie es die populäre Literatur nahe zu legen scheint. Aus den Niederlanden ist zum Beispiel bekannt, dass die Applikationsweise nahezu als ethnische Variable verstanden werden kann. Gebürtige Niederländer injizieren selten, Immigranten häufig. Die Applikationsform spiegelt weiters die gesellschaftlichen Bedingungen des Drogenkonsums wider. Die intravenöse Applikation bringt die Substanz intensiver und bereits in geringerer Dosierung zur Wirkung. Sie wird dementsprechend besonders dort Verbreitung finden, wo entweder die Droge schlecht zugänglich ist oder teuer beziehungsweise sehr stark verdünnt angeboten wird.

Dass Heroin in allen bekannten Einnahmeformen wirksam ist, geht sowohl aus der vorhin erwähnten Geschichte des medizinischen Gebrauchs der Substanz hervor, wie auch aus zahlreichen In-vitro-Studien. 1987 simulierte HUIZER die Methode des „chasing the dragon“ unter Laborbedingungen und fand, dass die Recovery-Rate des Morphin im Rauch für Heroinhydrochlorid 17 % und für Heroinbase 62 % betrug. Der Zusatz von Koffein konnte die Recovery-Rate auf 76 % erhöhen. Auch COOK und JEFFCOAT (1999) fanden eine Recovery-Rate von 70 %, wenn Heroinbase kontinuierlich auf 200 bis 300 Grad Celsius erhitzt wurde. Ein von JENKINS und Ma. (1994) entwickeltes computergestütztes Rauchgerät erbrachte bis zu 89 % der Heroinbase, wenn diese bei 200 Grad C verdampft wurde.

Untersuchungen der Brauchbarkeit industriell erzeugter Aerosole erbrachten, dass mittels einer Flüssiginhalation der maximale Output von Heroinhydrochlorid 61 % betrug, bei der Anwendung der Pulverinhalation für Heroinbase betrug der Output 53 %.

Höhere Temperaturen beeinträchtigen die Bioverfügbarkeit. Daher bringt die Verwendung von Heroin-versetzten Zigaretten nur relativ geringe Wirkungen. Am glühenden Ende einer Zigarette bestehen Temperaturen von 700-800 Grad C. Bei dieser hohen Temperatur wird das Heroin zerstört und man findet nur maximal 11 % des angebotenen Morphins im Rauch. Zu diesen Ergebnissen gelangte die Studie, die als Begleituntersuchung zum ersten Schweizer Heroinprojekt von STALDER (1997) durchgeführt wurde.

Während somit aus In-vitro-Untersuchungen einiges bekannt ist, verfügen wir allerdings nur über wenige strukturierte Untersuchungen, in denen die Wirksamkeit der Droge am Menschen unter verschiedenen Einnahmebedingungen verglichen wird. CONE et al. (1993 und 1996) untersuchten die Auswirkungen des Schnupfens von Heroin und meinten, dass bei dieser Applikationsform etwa 27-31 % des zugeführten Morphins zur Wirkung kommen. Damit wäre die Bioverfügbarkeit beim Schnupfen in etwa mit jener, die bei intramuskulärer Injektion zu erwarten ist, vergleichbar, bei der 34 % des zugeführten Morphin im Körper zur Wirkung kommen. Dennoch strichen CONE und Ma. den Unterschied in der Wirksamkeit heraus; intranasal zugeführtes Heroin sollte demnach im Vergleich zu intramuskulär zugeführtem Heroin eine Potenz von etwa 50 % besitzen. COMER et al. meinen, dass die Potenz geschnupften Heroins in etwa einem Viertel der Potenz intravenös injizierten Heroins entspreche. Das Schnupfen gilt daher als die teuerste Gebrauchsform. Als Nachteil des Schnupfens wird von den Gebrauchern auch angesehen, dass es keine „Flash“-Empfindung aufkommen lässt. Ein Vorteil dieser Applikation kann dagegen darin gesehen werden, dass die Dosierung relativ gut kontrollierbar ist und die Wirkung relativ lange anhält.

Erwähnenswert aus letzter Zeit ist die Untersuchung von HENDRIKS, VAN DEN BRINK u.a., die 2001 veröffentlicht wurde. Es handelte sich dabei um eine kontrollierte Untersuchung, in der bei 10 Probanden die Bioverfügbarkeit und Pharmakodynamik inhalierten Heroins in verschiedener Dosierung bis zu 100 mg/dosi bewertet wurde. Dabei wurden Vergleiche zwischen zwei Inhalationsmethoden gezogen. In der ersten Phase wurde deutlich, dass die Probanden die Methode des „chasing the dragon“ bevorzugten. Deshalb wurde diese Methode in der zweiten Phase der Untersuchung angewendet. Es erwies sich, dass inhaliertes Heroin vom Körper ausreichend aufgenommen wird. Man fand lineare dosisbezogene Unterschiede hinsichtlich der Ausscheidung der Substanz im Urin. Dabei zeigte sich, dass etwa 45 % des Heroin metabolisiert wurden. „Chasing the dragon“ erwies sich als eine effiziente Methode der Heroineinnahme, die zu rasch eintretenden (innerhalb 1 – 5 Minuten), dosisabhängigen subjektiven und objektiv messbaren Effekten führte und eine ausreichend hohe und reproduzierbare Bioverfügbarkeit gewährleistete.

Im Kontext der Begleitforschung zu dem ersten Schweizer Heroinprogramm wurden verschiedene Einnahmeformen überprüft. Neben injizierbarem DAM wurden auch andere Konsumformen erprobt. Während DAM-Retard-Tabletten, DAM-Kapseln und DAM-Zäpfchen eine insgesamt gute Verträglichkeit zeigten, erwiesen sich die verwendeten DAM-Waldmeister-Zigaretten vor allem aufgrund ihres beschränkten Wirkungsgrades (schlechte Bioverfügbarkeit) und der erhöhten Belastung mit Kohlenmonoxyd und Kondensat als sehr ungünstig.

Auch das DAM-Flüssiginhalations-Aerosol erwies sich aufgrund des extrem bitteren Geschmacks und der daraus resultierenden Übelkeit und Erbrechen als nicht einsetzbar. Beim Pulverinhalations-Aerosol hingegen liegt dieser bittere Geschmack kaum oder gar nicht vor.

Im Vergleich zu den anderen verschriebenen injizierbaren Betäubungsmitteln Morphin und Methadon schnitt bei den Probanden der Schweizer Studie das injizierbare Heroin eindeutig

besser ab. Rekrutierbarkeit, Haltequote und Compliance waren bei der letztgenannten Substanz wesentlich besser. Die Nebenwirkungen des intravenös konsumierten Morphins erwiesen sich als denen des DAM ähnlich, insgesamt war DAM jedoch sehr viel besser verträglich. Davon abgesehen wurde die Wirkung des Morphins von den Teilnehmern subjektiv als weniger befriedigend eingestuft. Dementsprechend betrieben die Morphin-Patienten deutlich höheren Beikonsum. Als Nebenwirkungen des intravenösen Methadons waren vor allem Schmerzen an der Einstichstelle und eine Verschlechterung des Venenzustandes beobachtbar.

Die Ergebnisse dieser Begleitforschung können kurz folgendermaßen zusammengefasst werden: Die Probanden bevorzugten die intravenöse Applikation, nahmen aber auch Pulverinhalation und Folienrauchen an. Abgelehnt wurden imprägnierte Zigaretten und Flüssigaerosole. Die Bioverfügbarkeit erwies sich bei Injektion und bei Inhalation als ausreichend. Die geringste Bioverfügbarkeit liegt im Falle des Rauchens imprägnierter Zigaretten vor, da die Hitze, die dabei entsteht, das DAM zerstört. Perorale (Retardtabletten und Kapseln) und anale (Suppositorien) Applikation bedingen ebenfalls eine geringe Bioverfügbarkeit; diese Einnahmeformen wurden aber von den Probanden noch lieber wahrgenommen als das Rauchen imprägnierter Zigaretten, da sie als verträglicher empfunden wurden. Sie sind daher für den Einsatz bei Personen, die aufgrund ihres geschädigten Venensystems nicht mehr injizieren können, geeignet.

Der Rauch von DAM-imprägnierten DAM-Zigaretten («Sugaretten») enthält nur einen sehr kleinen Teil der DAM-Menge, die den Zigaretten beigefügt wurde; etwa 10 % der Opioiddosis wird so über die Atemwege aufgenommen und bioverfügbar. Beim Folienrauchen («chase the dragon») wird DAM verdampft. Dabei wird in Form von heißem Gas vergleichsweise mehr Substanz aufgenommen (Bioverfügbarkeit 35 bis 40 %). Nach oraler oder rektaler Verabreichung kann weder DAM noch 6-MAM im Blut nachgewiesen werden, wohl aber Morphin.

Da DAM stärker lipophil ist als andere Opioide, gelangt es sehr rasch (innerhalb von wenigen Sekunden) in das Gehirn. So löst die intravenöse Injektion einen Flash genannten, blitzartig eintretenden Woneschauer aus. Der Flash und das Gefühl des Anflutens beim Inhalieren von DAM wird durch die Steilheit («slope») und durch die relative Amplitude des Konzentrationsanstiegs am Wirkort bestimmt und ist bei vorausgegangenem DAM-Konsum reduziert.

Opioide mit kurzer Halbwertszeit wie DAM kumulieren in der Regel nicht, sondern zeigen eine relativ große Amplitude der Konzentrationsschwankung mit entsprechend spürbarem Tagesgang der Befindlichkeit. Ein Fließgleichgewicht («steady state») wird mit DAM nur erreicht, wenn es häufiger als dreimal täglich gespritzt oder inhaliert wird.

## **1.6. Heroinabhängigkeit**

Von einer Heroinabhängigkeit (nach dem internationalen Klassifikationssystem für Krankheiten der WHO ICD-10) spricht man, wenn während des letzten Jahres drei oder mehr der folgenden Kriterien erfüllt waren:

1. Starker Wunsch oder eine Art Zwang, Heroin zu konsumieren.
2. Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge beim Konsum der Substanz (Heroin).
3. Gebrauch der Substanz Heroin mit dem Ziel, Entzugssymptome zu mildern, begleitet von der entsprechend positiven Erfahrung.
4. Ein körperliches Entzugssyndrom.

5. Nachweis einer Toleranz. Um die ursprünglich durch niedrigere Dosen erreichten Wirkungen der Substanz Heroin hervorzurufen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich, eindeutige Beispiele hierfür sind die Tagesdosen, die Konsumenten ohne Toleranzentwicklung schwer beeinträchtigen würden oder sogar zum Tode führten.
6. Ein eingetrigtes Verhaltensmuster im Umgang mit Opioiden.
7. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten des Heroinkonsums.
8. Anhaltender Heroinkonsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen. Die schädlichen Folgen können körperlicher, sozialer und/oder psychischer Art sein.

## **2. EXKURS über Heroinmythologie und Heroinkontrolle**

In der medizinhistorischen Literatur kann man nur wenig Referenztexte finden, in denen versucht wird, die besondere Position in die das Acetylmorphin drogenpolitisch geraten ist und den Prozess, der zu dieser Sonderposition führte, darzustellen und zu interpretieren.

Die Heroinkontrolle repräsentiert den Gipfel aller Kontroll- und Prohibitionstendenzen, die sich zusammenschlossen, um jene Droge zu bekämpfen, der das Schicksal zugewiesen wurde, als die übelste und gefährlichste von allen klassifiziert zu werden.

### **2.1. Der Mechanismus der Drogenkontrolle - Die Entwicklung der Internationalen Kontrolle der Narkotika**

Die Opium-Konferenz, die 1912 in Den Haag zusammentrat, formulierte eine Konvention hinsichtlich der Unterdrückung des Missbrauchs von Opium und anderer Drogen. Alle Teilnehmer sagten zu, die Produktion und den Gebrauch des Rohopiums zu beschränken. 1933 trat die „Convention for Limiting the Manufacture and Regulating the Distribution of Narcotic Drugs“ (bekannt als die „Narcotic Limitation Convention of 1931“) in Kraft, nachdem sie der U.S. Senate bereits 1932 ratifiziert hatte. 63 Nationen traten diesem Abkommen bei. Die Genfer Konferenz von 1936 etablierte die internationale Zusammenarbeit hinsichtlich der strafrechtlichen und sicherheitspolitischen Anteile der Unterdrückung des illegalen Drogenhandels. Dieses Übereinkommen erforderte die Anpassung bereits bestehender nationaler Gesetze an die Vorschläge der Gruppe. Bis 1943 geschah diese Anpassung in 12 Nationen. 1946 übernahmen dann die Vereinten Nationen die Funktionen und Gewalten, die vordem vom Völkerbund ausgeübt worden waren. Ein Narkotika-Komitee wurde konstituiert.

### **2.2. Der historische Hintergrund der Heroinkontrolle**

Der erste spezifische Vorschlag bezüglich der Kontrolle des Heroin im internationalen Kontext wurde 1923 vom Völkerbund-Subkomitee für Gesundheit und Opium vorgebracht: "In view of the fact that a question is being raised as to the possibility of prohibiting the manufacture of heroin....the mixed Sub-Committee, composed of technical experts, agrees, having regard to the small therapeutic value and the harmful effects of diacetyl-morphine (Heroin), to advocate the prohibition of its manufacture."

### **2.3. Heroin als Problem droge**

Heroin wurde zunächst aufgrund der Entwicklung in drei Ländern als Problem droge identifiziert. In der Zeit zwischen den beiden Weltkriegen kam es in China, Ägypten und den USA zu einem rapiden Anstieg des Heroinmissbrauchs. Von diesen drei Ländern wurden

sowohl nationale Initiativen in Gang gesetzt, das Problem im eigenen Land in den Griff zu bekommen, wie auch internationale Kooperation im Kampf gegen den Heroinmissbrauch gefordert. Diese internationale Kooperation sollte, wenn es nach den Vorstellungen der drei betroffenen Länder gegangen wäre, bereits in den dreißiger Jahren zu einer ähnlichen internationalen Gesetzeslage führen, wie sie heute in Kraft ist.

Diese Forderungen stießen allerdings zunächst politisch im europäischen Raum auf wenig Gegenliebe. In Europa bestanden zu jener Zeit Probleme mit anderen Opiaten und vor allem mit Kokain. Weiters standen wirtschaftliche Bedenken entgegen. Heute scheint es schwierig, jene Gedankengänge nachzuvollziehen, die dazu führten, dass man dem internationalen Suchtproblem ausgerechnet mit einem Verbot des Heroins begegnen wollte. In China war etwa von 1920 an das Rauchen von Heroin in der Form von «roten Pillen» zu einem zusätzlichen Problem zu der weitverbreiteten Sitte des Opiumrauchens geworden. Man berichtete, dass bereits 1906 circa 20 % der erwachsenen chinesischen Bevölkerung Opium rauchten und dass damals etwa 40 Millionen Chinesen opiumsüchtig waren. Zusätzlich exportierten England, Frankreich, Deutschland und die Schweiz große Mengen von Morphium und Heroin nach China. Der zunehmende Heroinmissbrauch in diesem Land war dementsprechend weniger besonderen «Eigenschaften der Substanz Heroin zuzuschreiben als dem Wirtschafts imperialismus jener Zeit» (TANDLER 1935, BELLANGER 1951).

In Ägypten wiederum kam es in den späten zwanziger Jahren zu einer rapiden Zunahme des Heroinmissbrauchs, die durch die Aktivitäten des Herrn Russel Pascha bald internationale Aufmerksamkeit und Besorgnis hervorrief und letztlich dazu führte, dass innerhalb des Völkerbundes Heroin als besondere Problemdroge Behandlung fand. Man schätzte in Ägypten Ende der zwanziger Jahre die Zahl der Süchtigen auf rund 500.000 bei einer Gesamtpopulation von etwa 40 Millionen. Von dieser süchtigen Population wieder sollen rund 50 % heroinabhängig gewesen sein. Bereits damals herrschte jedoch weitgehend Unklarheit darüber, warum gerade in Ägypten und damals gerade der Heroingebruch derart epidemische Ausmaße annehmen konnte. Als Grund wurde vermutet, dass eventuell die fälschliche Verwendung der Substanz als potenzförderndes Mittel diese Situation hervorgerufen habe. Dann wäre allerdings das Heroinproblem im Ägypten der späten zwanziger und frühen dreißiger Jahre das Resultat einer Verschränkung von falscher Wirkungszuschreibung und historischem Zufall gewesen (WOLFF 1932, EICHHOLTZ 1942, BRUNNGRABER 1951, GLASER 1959).

Die Entwicklung des Heroinmissbrauchs und der Heroinkontrolle in den USA wurde mehrfach in gut zugänglichen Untersuchungen dargestellt. (MUSTO 1973, SAPER 1974, MERRY 1975, TREBACH 1986. Als Klassiker dieses Themas gilt LINDESMITH. Gleich eingangs soll außerdem festgehalten werden, dass in den USA in der Zwischenkriegszeit insofern eine besondere Situation bestand, als einerseits die USA das Land waren, in dem der Opiatgebrauch explodierte und andererseits einschränkende Maßnahmen, die sich gegen diesen Gebrauch richteten, bereits relativ weit fortgeschritten waren, als die Kampagne gegen das Heroin ihren Höhepunkt erreichte (COURTWRIGHT 1982). Die besondere Kontrolllage in den USA war allerdings die Kehrseite davon, dass in keinem anderen Land vergleichbar viel Opium und Opiate gebraucht wurden. LEWIN (1929) zeigte auf, dass zunächst der Opiumgebrauch in den Bundesstaaten anstieg, in denen Alkoholprohibition eingeführt wurde. In Albany zum Beispiel wuchs um 1900 die Bevölkerung um 59 %. Der Opiumgebrauch hingegen stieg in diesem Bundesstaat um 900 % an, der des Morphiums um 1100 %. 1921 wurde angegeben, dass die USA zwölfmal mehr Opium verbrauchten als irgend ein anderes Volk der Welt. Jedes Jahr wurden 750.000 Pfund Opium eingeführt, der medizinische Bedarf betrug aber nicht mehr als 70.000 Pfund. Und schließlich betrug der Zuwachs jener, die

wegen der Überschreitung des Opiumgesetzes in den Jahren 1918 bis 1921 inhaftiert wurden, 789 %.

## **2.4. Die Heroinmythologie**

Die Untersuchung der amerikanischen Situation jener Zeit ist der einzige Weg zu einem Verständnis der Entwicklung der Heroinprohibition und der Explikation der Genese der Heroinmythologie. Zu diesem Zweck ist es notwendig, die Argumente, die damals gegen Heroin vorgebracht wurden, zu analysieren und den Stellenwert, den sie bis heute haben, zu bestimmen.

TREBACH (1982) beschreibt, dass die Dämonisierung des Heroins in den USA während des Ersten Weltkriegs einsetzte und in verschiedenen gesellschaftlichen Lagern Verbreitung fand.

### **2.4.1. Die Ebenen der Dämonisierung des Heroins in den USA**

#### ***a. Eine Veränderung in der Einstellung zur medizinischen Verwendung des Heroins:***

Etwa ab 1916 äußerten mehr und mehr Ärzte Bedenken hinsichtlich der Anwendung des Heroins. 1919 wurde von einem Expertenkomitee des Schatzmeisters festgestellt, dass der medizinische Bedarf an Heroin unwesentlich sei und dass es durch andere Opioide, die weniger riskant seien und weniger häufig zur Sucht führen, ersetzbar sei. 1920 nahm dann das Delegiertenhaus der Amerikanischen Ärztlichen Gesellschaft eine Resolution an, die besagte, dass Heroin aus allen medizinischen Zubereitungen entfernt werden solle, dass es nicht angewendet, verschrieben und abgegeben werden solle und dass der Import, die Herstellung und der Verkauf von Heroin in den Vereinigten Staaten verboten werden solle.

Gleichzeitig wurde ein neues Expertengremium innerhalb der Ärztlichen Gesellschaft gegründet, das sich zur Hälfte aus Personen zusammensetzte, die einen äußerst restriktiven Standpunkt vertraten. Dabei handelte es sich um Dr. Thomas. R. Blair and Dr. Alfred P. Prentice, die offenkundig nicht nur die Droge selbst, sondern auch ihre Opfer nicht leiden konnten. Sie sprachen sich gegen ambulante Behandlung aus, forderten hingegen abrupte Entzüge und Haftstrafen für Abhängige. Dr. Blair forderte die Ärzteschaft auf, sich den Polizeistandpunkt anzueignen und meinte, dass die Gesetze gegen die Suchtgifte den Ärzten helfen könnten, sich „von der Last der Behandlung Abhängiger zu befreien“.

Am 29. Dezember 1923 verbot dann der Generalsarzt der amerikanischen Armee den Gebrauch des Heroins für die Armee und gab die Anweisung, dass die Lager zu vernichten seien. Im Februar 1924 konnte er dann berichten, dass der erhoffte Erfolg eingetreten sei.

#### ***b. Politische Pressure groups; die Prohibitionisten:***

1918 wurde eine außenpolitische Vereinigung (Foreign Police Association) gegründet, die die Gründung und die Prinzipien des Völkerbundes unterstützen sollte. Dieser politische Körper beteiligte sich am Kampf gegen das Heroin. 1924 wurde von ihm ein Pamphlet namens „Der Fall Heroin“ (A Case Against Heroin) veröffentlicht, das aus einem Hearing, das am 3.4.1924 stattfand, hervorging. Diese Veranstaltung lässt sich als Hauptquelle der Heroinmythologie vom USA-Typ orten. Sie diente der inhaltlichen Gestaltung einer legislativen Maßnahme, die darauf abzielte, den Import von Rohopium für die Heroinherstellung zu verbieten.

Im Rahmen dieses Hearings verliehen Experten aus der Medizin, der Rechtsprechung, der Gesundheits- und Sozialpolitik, des Gefängniswesens etc. ihrer Einschätzung des Heroinproblems Ausdruck. Von diesen Experten wurde eine ganze Reihe von wilden Spekulationen und fehlerhaften Einschätzungen des Heroins vorgetragen. Diese Aussagen wurden vom Komitee gegen den Opiumhandel der «Foreign Policy Association» in der obgenannten Broschüre in die Öffentlichkeit gebracht.

Der Titelseite dieser Broschüre ist folgende Einschätzung des Heroins zu entnehmen:

1. Heroin ist in der medizinischen Praxis nicht notwendig
2. Heroin zerstört jeglichen Sinn moralischer Verantwortlichkeit
3. Heroin ist die Droge der Kriminellen
4. Heroin rekrutiert seine Anhänger aus dem Heer von Jugendlichen
5. Heroin kann nur durch internationales Handeln eliminiert werden.

Abgesichert waren diese Feststellungen und Vorschläge durch Expertenaussagen, unter denen sich unter anderem folgende Wirkungszuschreibungen an das Heroin finden:

- Heroin zerstört das Verantwortungsgefühl und den Herdentrieb
- Heroin verwandelt ein menschliches Wesen in einen «unmoralischen Wilden».

Ebenfalls 1924 starteten entsprechende Aktivitäten auf Kongressebene. Am 3. April fand eine Sitzung statt, die dem Zweck diene, die Grundlage für die gesetzliche Festschreibung zu erarbeiten, dass importiertes Rohopium nicht zu Heroin verarbeitet werden dürfe. Anlässlich dieser Sitzung traten 5 Experten auf, die erneut die bereits vorhin beschriebenen Wirkungszuschreibungen vornahmen. Zusätzlich wurden noch andere Behauptungen geäußert:

- Heroingebrauch führt zum Wahnsinn
- Heroin vereinigt die Wirkungen des Kokains und Morphiums in sich: «Es ruft eine Erregung wie Kokain hervor und auch die sedierende Aktion von Morphin» (So behauptet vom Vertreter der AMA, Dr. Ch. Richardson).

Derselbe Autor meinte auch, dass das Heroin durch jedes andere Morphin ersetzt werden könne, denn das einzige, das am Heroin hervorsteche, sei, dass es „mehr Vergnügen mache, es zu nehmen“.

Schließlich wurde geäußert, dass außerdem weniger als 1 % der Heroinabhängigen die Substanz als Arzneimittel verordnet bekommen hätte. Daher sei die Heroinfrage keine medizinische, da die Heroinsüchtigen „dem Laster und dem Verbrechen entspringen“. Folgerichtig wurde gefordert: «Die ganze Gesellschaft muss sich selbst vor dem Einfluss des Bösen schützen und es gibt kein größeres Übel als das Heroin» (Dr. Hubbard, Gesundheitsbüro, New York City).

Ein interessanter Nebenaspekt dieses Treffens des Repräsentantenhauses besteht darin, dass eine schriftliche Aussage aus Österreich vorgelegt wurde. Dr. KNAFFL-LENZ, ein Wiener Arzt, hatte geschrieben, dass “Heroin unvergleichlich giftiger sei als Morphin” und dass “die therapeutische Dosis kaum geringer sei als die toxische Dosis“.

Es bedarf wohl keiner weiteren Belege dafür, dass in diesem Verfahren gegen das Heroin Mythen entstanden und in Umlauf gebracht wurden und dass die Substanz selbst dämonisiert wurde.

TREBACH weist darauf hin, dass nahezu jedes Faktum, das gegen das Heroin unter Eid bezeugt wurde, jeder empirischen Grundlage entbehrte. Aber alle diese Fehlinterpretationen wurden ohne jede Diskussion akzeptiert. In der Folge verabschiedete der US Kongress die entsprechenden Gesetze im Juni 1924.

c.

Die legislative Entwicklung wurde vom "Krieg gegen die Drogen" begleitet, der auf den Strassen und in den Medien wütete. In den Jahren zwischen den beiden Weltkriegen fanden zahllose Kampagnen gegen Suchtgifte, besonders aber gegen das Heroin, statt. Die Einstellung, die diese Kampagnen steuerte, verrät sich in den Slogans, die zum Einsatz kamen. So verlautete etwa eine Rundfunksendung: „...Drogenabhängigkeit ist ansteckender und schlechter zu behandeln als die Lepra. Die Drogenabhängigen sind die hauptsächlichen Überträger der Krankheiten der Laster ... Mit dieser Frage ist der Fortgang der Zivilisation, das Schicksal der Welt und die Zukunft der menschlichen Rasse verbunden.“

Autoren, die der Dämonisierung entgegentraten, kamen nicht zum Zug. Der bedeutendste von diesen war vielleicht L.KOLB. Er vertrat einen Standpunkt, der dem vorhin dargestellten, dominierenden, in vielem entgegengesetzt war. Vor allem meinte er, dass nicht der Heroingebruch die Süchtigen zu Verbrechern mache, sondern dass Gewohnheitsverbrecher aufgrund ihrer psychopathischen Anlage stärker zum Missbrauch von Suchtgiften tendieren als Normale. Mit gezielter Vorsicht wies er darauf hin, dass möglicherweise das Heroin Gewaltdelikte verhindere. Die Substanz mache aus «gewalttätigen Trunkenbolden nüchterne, feige, angriffsunlustige Nichtstuer und Tagediebe», es gebe keine «Heroin-Helden». Eventuell als Ausdruck dieses Effektes habe in der «Heroinstadt» New York in den Jahren 1912 bis 1923 die Häufigkeit der Totschlagdelikte leicht fallende Tendenz gezeigt, während es in der «Morphinstadt» Chicago im selben Zeitraum zu einer deutlichen Zunahme dieser Delikte gekommen sei.

Von den Experten, die die Prohibition vorantrieben, wurden weder psychologische Faktoren auf seiten der Heroingebrucher akzeptiert, noch wurde die Phänomenologie der Sucht im Kontext der sozio-kulturellen und historischen Bedingungen interpretiert. Dadurch war es möglich, die Auswirkungen der restriktiven Gesetzeslage auf die Entwicklung der Heroinproblematik zu übersehen und die Substanz selbst für jene Verhältnisse verantwortlich zu machen, die eindeutig auf die Kontrollsituation zurückzuführen waren. Es entstand damit eine substanz-zentrierte Interpretationsweise, der bestimmte Verfechter repressiver Maßnahmen – aber auch Heroinabhängige selbst – bis heute anhängen, in der soziale beziehungsweise gesellschaftliche Bedingungen des Konsums außer Acht gelassen werden, der Kausalzusammenhang zwischen Drogeneinnahme und -effekt, Gesellschaft und individuellen Schäden verdreht und sozial bedingte und pharmakologisch bedingte Schäden des Heroinkonsums in unzulässiger Weise vermengt werden.

Die Substanz, die 1924 unter dem Namen «Heroin» verurteilt wurde, war eigentlich eine Fiktion, ein mythischer Stoff, eine wahre Büchse der Pandora. Sie hat mit dem realen Stoff Diazetylmorphin nicht allzu viel gemein.

Der endgültige Schritt allerdings hinsichtlich der Kriminalisierung des Heroins in den USA fand 1956 statt, als der „Narcotic Drug Control Act“ in Kraft trat. Der Kongress erklärte darin Heroin zur Konterbande, der kein medizinischer Nutzen zukomme. Der medizinische Gebrauch wurde folgerichtig verboten. Dadurch wurde in den USA Heroin gänzlich illegal. Es konnte nunmehr ohne Entschädigung eingezogen werden. Immer noch wurde aber zwischen Drogenbesitz, Drogenverkauf und Drogenverkauf an Minderjährige diskriminiert.

Diese amerikanische Gesetzeslage bereitete den Weg für die Sonderstellung, die dem Heroin in der Einigen Suchtgiftkonvention 1961 zugeordnet wurde. Mit diesem internationalen Vertragswerk wurde schließlich der amerikanische Traum Wirklichkeit; die internationale Suchtgiftkontrolle wurde nach der amerikanischen Vorstellung gestaltet.

Allerdings wurde in den USA auch später noch die Heroinkontrolle verschärft. Im “Federal Comprehensive Drug Abuse Prevention and Control Act of 1970” wurde Heroin als Schedule I - Substanz klassifiziert, wodurch erneut bestätigt wurde, dass es für das Heroin keinen akzeptierten medizinischen Gebrauch in der Behandlung in den USA gebe. Auch diese Zuordnung befand sich in Übereinstimmung mit der Klassifizierung innerhalb der Einigen Suchtgiftkonvention und definiert den offiziellen legalen und medizinischen Status der Substanz – nicht nur in Amerika.

#### **2.4.2. Heroin in Europa**

Während, wie vorhin gesagt, die Geschichte des Heroinproblems in den USA bereits mehrfach bearbeitet wurde und heute als gut bekannt gelten kann, ist die historische Aufarbeitung der diesbezüglichen europäischen Verhältnisse noch ausständig. Sie kann auch hier nur skizzenhaft nachgezeichnet werden. Aufgrund der sozialpolitischen Situation, insbesondere der Art und Weise wie der Suchtgiftgebrauch reguliert wurde und welche Daten darüber angelegt wurden, kann der tatsächliche Umfang des Gebrauches und Missbrauches von Diazetylmorphin in der Zwischenkriegszeit nicht mit ausreichender Sicherheit retrospektiv erfasst werden.

Zu dieser Schwierigkeit äußerte sich BONHOEFFER bereits 1925, und REDLICH (1931) vertrat überhaupt den Standpunkt, dass es bei der Lage der Dinge keine verlässliche Suchtenstatistik geben könne. Nun sind wir andererseits auch heute trotz aller entwickelter Kontroll- und Datensysteme hinsichtlich der Epidemiologie des Suchtgiftgebrauchs immer noch auf Schätzungen und Dunkelfeldannahmen angewiesen. Dementsprechend sollten wir uns nicht von der Schwäche des vorliegenden Datenmaterials abschrecken lassen, die Situation der Zwischenkriegszeit zu erfassen und die damaligen europäischen Verhältnisse als eine Art Modell für eine Epoche, in der Heroin medizinisch verordnet werden konnte und in der es gleichzeitig als Schwarzmarktdroge interessant zu werden begann, zu verwenden. In dieser Modellsituation scheint es möglich, den Stellenwert von Diazetylmorphin als – wie man heute meint – besonders begehrter Suchtdroge relativ unbeeinflusst von anderen intervenierenden Variablen zu erfassen.

Wir sind in der retrospektiven Erfassung der Suchtproblematik in der Zwischenkriegszeit auf klinische Daten, medizinische Indikatoren der Auffälligkeit angewiesen. Andere wissenschaftliche Datenquellen lassen sich für die Beantwortung der vorhin definierten Fragestellung nicht systematisch heranziehen.

Die folgenden Ausführungen basieren auf einer Sekundäranalyse der medizinischen Literatur der Jahre 1920-1955. Als Quelle dienten vor allem das Zentralblatt für Neurologie und Psychiatrie, das Abstrakta der interessantesten Zeitschriftenartikel aus allen europäischen Ländern und in begrenztem Umfang auch aus den USA zum Abdruck brachte, weiters psychiatrisch-neurologische, gerichtspsychiatrische, rechtsmedizinische und kriminologische Periodika, Monographien, Lehr- und Handbücher. Ergänzend wurde darüber hinaus auch in der außerwissenschaftlichen Literatur nach Texten Ausschau gehalten, denen Informationen über Heroingebrauch und Heroinismus entnommen werden konnten.

### 2.4.3. Ergebnisse der Literaturanalyse 1920-1945

Im untersuchten Zeitraum lassen sich nur ganz wenige Untersuchungen in der uns zugänglichen Fachliteratur finden, in denen Heroin und/oder Heroinmissbrauch und der darauf einsetzende soziale Responz zentral behandelt werden. Abgesehen von einzelnen Falldarstellungen in der Schweizer und der französischen Literatur ließen sich im deutschen Sprachraum drei entsprechende Aufsätze aus den Jahren 1926, 1931 und 1934 finden. Darüber hinaus existieren vereinzelt Hinweise auf Heroinabhängigkeit in jenen Untersuchungen, die den Stand des Morphinismus in den entsprechenden Jahren zur Darstellung brachten. Nimmt man jene Texte als Indikatoren für die Verbreitung der Heroinabhängigkeit und diese wieder als Indikator für die Verbreitung des außermedizinischen Gebrauchs der Substanz, dann ergibt sich der Schluss, dass das Diazetylmorphin innerhalb des Morphinismus in nahezu allen europäischen Ländern eine nur untergeordnete Rolle spielte. Der Heroingebrauch stieg in diesen Ländern in jenen Jahren nicht analog zum allgemeinen Morphingebrauch an, in denen eine Zunahme des Morphinismus erkennbar wurde und er scheint auch nicht zugenommen zu haben, als sich in Europas Metropolen Zentralen für den Schmuggel nach Ägypten und in die USA etablierten. Von lokalhistorischem Interesse ist es, dass Wien in dieser Hinsicht eine besonders bedeutende Position eingenommen haben soll. In Polizeiberichten, Sittengeschichten etc. lassen sich Berichte über den illegalen Handel mit Opiaten und speziell auch mit Heroin finden. Zentren sollen neben Wien und Marseille interessanterweise auch Ungarn und die Tschechoslowakei gewesen sein.

Im Anhang werden einige Zitate aus Texten jener Zeit im Originaltext wiedergegeben, die diesen Sachverhalt veranschaulichen.

Ein Aspekt, den die Berichte aus den Behandlungsstätten beleuchten, ist von besonderem Interesse. Es wurde recht einhellig festgestellt, dass sich eine gewisse Veränderung in der morphinistischen Klientel ergeben hatte; der iatrogene Anteil war geringer geworden und der Grossteil der Morphinisten hatte die Droge als Genussmittel gebraucht. Diese Motivverschiebung und die soziale und psychische Struktur, die an dieser neuen Klientel beschrieben wurde, ließ sie den amerikanischen Heroinisten vergleichbar erscheinen. Dennoch wurde in Ländern wie Deutschland, Österreich, Ungarn offenkundig auch von dieser Gruppe weiterhin das Morphinium bevorzugt. Zumindest wurde die Gelegenheit nicht wahrgenommen, das Heroin über die zahlreich vorhandenen illegalen Kanäle zu erhalten.

Die kleine Gruppe der Heroinisten, die damals in Deutschland existierte, ist allerdings innerhalb dieser neuen Klientel zu finden, wie aus dem einzigen Aufsatz hervorgeht, der die diesbezüglichen Verhältnisse in der medizinischen Fachliteratur dokumentierte.

Dabei handelt es sich um einen Aufsatz des Hamburger Quarantänearztes Arnold KOHFALH, der 1926 erschien. Dieser Autor berichtete über Eindrücke, die er im Krankenhaus Eppendorf hatte sammeln können. Außerdem hatte er Einblick in das Material nehmen können, das die Hamburger Polizeibehörde über den unerlaubten Verkehr mit Rauschgiften angelegt hatte. Wohl aus letzterer Quelle stammt die Information darüber, dass Heroin als «Eetsch» meistens von sich herumtreibenden Seeleuten angeboten werde und dass 60 % der im Jahr 1924 deshalb wegen Rauschgifthandels verhafteten Personen Ausländer gewesen seien. Als Konsumenten wurden «meist arbeitsscheue Individuen beiderlei Geschlechts, außerdem die Halbwelt» identifiziert. KOHFALH schrieb: «Wir finden Heroinisten unter den Prostituierten, die sich durch den Heroingenuss in die für ihr Gewerbe nötige Gleichgültigkeit hineinzusetzen suchen. Alkoholisten kommen in den Gasthäusern, ev. durch Bekannte

zum Heroin; ferner findet man Heroinisten unter Artisten zweiten Ranges, Berufsmusikern, Kellnern, kurz, unter all den Berufen, die in Nachtlokalen ihr Brot verdienen. Vor allem aber sind es die Seeleute, die das Hauptkontingent an Heroinsüchtigen stellen und die dadurch, dass sie von Hafen zu Hafen ziehen, für die Weiterverbreitung der Heroinsucht eine verhängnisvolle Rolle spielen».

Durch diese Darstellung wird KOHFAHL's Text zu einer wichtigen Quelle, da er der einzige ist, dem innerhalb der medizinischen Literatur Angaben über das Bestehen einer Heroinisten-Subkultur entnommen werden können, wenn sich diese scheinbar auch nicht wesentlich von jener Gruppe unterschied, die in anderen zeitgenössischen Darstellungen als Kokain-Subkultur Darstellung fand.

Hinsichtlich der hospitalisierten Fälle, die der Autor beobachtete, bestehen leider keine gleichwertigen Aussagen. Wir erfahren lediglich, dass die in Friedrichsberg beobachteten Patienten den durch Heroin hervorgerufenen Zustand als «großes Wohlbehagen» schilderten, dass sie angaben, das Heroin «belebe die Nerven», «mache angenehm müde und schläfrig», «man denke an nichts».

An wie vielen Patienten er seine Beobachtungen machte, welche Auffälligkeiten sie boten, welches psychopathologische Bild und soziologische Profil sie boten, darüber erfahren wir aus dieser Arbeit nichts. Dementsprechend liegt der Verdacht nahe, dass es sich nur um recht wenig Fälle gehandelt hat. Insgesamt lieferte er in seinem Bericht über die Hamburger Drogenszene mehr Informationen über New York als über Hamburg.

Wie gering die klinische Erfahrung mit dem Heroinismus in Deutschland offenkundig tatsächlich war, lässt sich auch daraus schließen, dass STRINGARIS 1934 aus der Psychiatrisch-Neurologischen Klinik in Heidelberg einen Aufsatz «Zur Frage des Heroinismus und seiner Verbreitung» veröffentlichte, in dem er die deutsche Situation nicht einmal erwähnte. Vielmehr gab er die Erfahrungen wieder, die er in Athen an 30 Fällen gewinnen hatte können. In Griechenland war es Ende der zwanziger Jahre zu einem merklichen Anstieg des Heroingebrauchs gekommen.

#### **2.4.3.1. Außermedizinische Literaturquellen**

Es ist nicht gelungen, für den deutschsprachigen Raum literarische Texte aufzustöbern, die eventuell Informationen über eine Verbreitung des Heroinismus oder über eine eventuell bestehende Heroin-Subkultur in der Zwischenkriegszeit beinhalten würden.

Wird in der deutschsprachigen Belletristik oder in Zeitschriftenartikeln aus jener Zeit Drogengebrauch und Sucht geschildert, dann geschieht dies fast ausschließlich anhand des Morphinismus und des Kokainismus.

Zu diesen Suchten gibt es eine Fülle von Texten, die so bekannte Autoren als Verfasser aufweisen wie Ernst WEISS oder Max BROD. Daneben lassen sich Kuriosa auffinden, wie ein Theaterstück namens «Morphium», das von einem Wiener Autor mit dem Ziel der Abschreckung verfasst worden war und deshalb erwähnenswert ist, weil der Buchausgabe kein Geringerer als WAGNER-JAUREGG ein Geleitwort mit auf den Weg schickte.

Aus Frankreich gibt es Zeugnisse für Heroingebrauch, vor allem für das Milieu des Surrealismus und der parasurrealistischen Gruppierung «Le Grand Jeu». Erwähnenswert ist in diesem Zusammenhang Drieu la ROCHELLE's Roman «Das Irrlicht», in dem der Autor das Schicksal seines früheren Freundes, Jaques Rigaut, auf kritische Weise verarbeitet. Einen

Einblick in das Milieu des «Grand jeu» gibt Roger VAILLANT in seinem autobiographisch getönten Roman «La fete». Über VAILLANT schrieb Claude ROY 1967, dass dieser eine jahrelange methodische Erfahrung mit der Droge hinter sich gebracht habe, bevor er sich der kommunistischen Bewegung anschloss.

Weiters ist eine der Heldinnen von Salvadore DALI's Roman «Verborgene Gesichter» heroinabhängig.

Ein bemerkenswertes Dokument der französischen Situation repräsentiert der Roman „Le Vin est Tire...“ von Robert DESNOS.

Eine spezielle Position nimmt Antonin ARTAUD ein. Einerseits ist seinem Briefwechsel zu entnehmen, dass er sich zum Heroinkonsum bekannte und die Heroinprohibition heftig bekämpfte. Andererseits meinte Gaston FERDIERE, der Arzt von Antonin ARTAUD, dass der Dichter wie viele andere Künstler und Surrealisten auch gelegentlich Drogen genommen habe, aber nicht süchtig gewesen sei.

#### **2.4.3.1.1. Heroin in Frankreich**

Diese literarischen Zeugnisse spiegeln wider, dass Frankreich in der europäischen Problemlage eine Ausnahme gebildet zu haben scheint. In diesem Land trat Anfang der dreißiger Jahre eine Veränderung der Drogenszene ein. Es kam gleichzeitig zu einer starken Verringerung des Angebotes der traditionell gebrauchten Drogen Kokain und Opium und zu einem massiven Angebot von Heroin auf dem illegalen Markt. Es waren neue Routen des Schwarzmarktes entstanden: ein Landweg, der vom Nahen Osten ausgehend über Istanbul, Belgrad, Sofia und Wien nach Paris führte und ein Seeweg, die berühmte gewordene French Connection, die ebenfalls im Nahen Osten ihren Ausgang nehmend über Istanbul, Beirut, Smyrna, Triest oder Genua nach Marseille führte.

Damals soll es in Frankreich als Endstation vor der Verteilung in weitere Länder – vorzugsweise die USA – dazu gekommen sein, dass die Drogenkonsumenten das Heroin für alle anderen Substanzen substituierten. Zunächst trat die neue Konsumsitte in Gestalt des Heroinschnupfens in Erscheinung. Diese Technik erlaubte es den Kokainisten, leichter auf die neu verbreitete Substanz umzusteigen. Es sollen aber auch zuvor injizierende Morphinisten die Sitte des Schnupfens aufgegriffen haben. Als allerdings das Angebot wieder nachließ und der Preis stieg, wurde nunmehr Heroin injiziert – und erstmals wird auch intravenöser Gebrauch der Droge in Europa beschrieben. Auch die Drogenszene selbst soll sich, im Sinne einer „Demokratisierung“ verändert haben. Zunehmend fanden sich in ihr Vertreter aller sozialen Schichten und als Folge davon sollen sich die ursprünglichen Morphinisten aus dem gehobenen Milieu auch mehr und mehr aus der Szene entfernt haben. Auch dies geht aus den literarischen Quellen hervor. Es wird deutlich, dass ein bestimmter Anteil der französischen Bohème in der Zwischenkriegszeit auch Heroin gebrauchte. Die bevorzugte Form des Drogengebrauchs allerdings scheint –abgesehen vom Kokaingebrauch - in diesen Kreisen das Opiumrauchen geblieben zu sein. Der Held des «Irrlichts» ist gerade auch aufgrund seiner Konsumsitte auch unter den Drogengebern ein Fremder. Der bereits erwähnte Roman „Le Vin est Tire...“ des surrealistischen Schriftstellers Robert DESNOS, der selbst als Drogenkonsument bekannt war, dokumentiert diese neue gesellschaftliche Situation in anschaulicher Weise.

Diese Heroinepisode in Frankreich hielt allerdings nicht lange an. Mit 1939 verändert sich die Sachlage. Zum einen griffen verschärfte Gesetze in Frankreich selbst, zum andern führte die politische Lage in Europa dazu, dass Grenzen geschlossen wurden und daher Transporte, die

lange Routen nutzten, nicht mehr möglich waren. Die Depots leerten sich und in Frankreich wie in anderen europäischen Ländern stieg die Bedeutung der synthetischen Opiate auch für den außermedizinischen Gebrauch (COUVIGNOU, 1960).

#### **2.4.3.1.2. Heroin und Okkultismus**

Als weiterer erwähnenswerter internationaler Kreis, in dem Heroin genommen wurde, ist der Zirkel um A. Crowley auszumachen, den dieser in seinem «Diary of a drug addict» beschrieb. Crowley muss deshalb erwähnt werden, weil er mit seiner Person und seiner speziellen „satanistischen“ Spiritualität ein Element der Drogentradition in der Populärkultur repräsentiert. Schließlich scheint sein Portrait auch auf dem Cover der „Sgt. Peppers Lonely Hearts Club Band“-Albums der Beatles auf.

### **2.5. Kontrolle und Mythologie 1923-1931**

Als das Völkerbundkomitee 1923 seine erste Attacke gegen Heroin ritt, kann es zu diesem Zeitpunkt hauptsächlich über amerikanische Informationen bezüglich der besonderen Schädlichkeit der Substanz verfügt haben. Wie wir gesehen haben, wiesen die europäischen Quellen zu dieser Zeit darauf hin, dass im eigenen geopolitischen Raum dem Heroin innerhalb des wachsenden Morphinismusproblems nur geringe Bedeutung zukam. Bei dem Stand der Verbreitung des Heroinismus und des faktischen Wissens darum in Europa, wie es 1931 bestand, nimmt es Wunder, dass in diesem Jahr anlässlich der Genfer Konventions-Konferenz ein europäisches Gutachtergremium auftrat, das zur Frage der Heroinprohibition eine eindeutig repressive Position bezog. Diesem Gremium gehörten Experten aus Deutschland, England, Österreich und Frankreich an. Bedenkt man, wie gering der Erfahrungshintergrund dieses Gutachtens gewesen sein muss, dann ist es wohl gerechtfertigt, es als ein frühes europäisches Beispiel für mythologisches und dämonisierendes Denken bezüglich des Heroins zu bezeichnen.

Als österreichischer Experte fungierte KNAFFL-LENZ, der bei derartigen Anlässen offenkundig immer wieder in Erscheinung trat, obwohl er sonst in der österreichischen Literatur unauffindbar ist.

Für Deutschland trat WOLFF auf, der als Initiator und Bearbeiter einer Rundfrage über den Morphinismus und seine Behandlung in Deutschland in Erscheinung trat, aus der hervorging, dass dem Heroin und dem Heroinismus kein besonderer Stellenwert zuerkannt wurde und dass bezüglich dieser Gestalt des Morphinismus im damaligen Deutschland nur wenig Erfahrung bestand (siehe Anhang).

Im Gutachten des Europäischen Expertengremiums hingegen wurde der Eindruck erweckt, dass die Experten über reichliche Erfahrung verfügen müssten. Es wurde darin darauf hingewiesen, dass die medizinische Nützlichkeit des Heroins bei weitem nicht seine soziale Schädlichkeit aufwiege, dass es bei Süchtigen besonders beliebt sei und dass es den Schwarzmarkt mit Opiaten aufrecht erhalte. Weiters wurde behauptet, Heroin sei besonders suchterzeugend und führe zu einer rascher progredienten und schwerer heilbaren Sucht als alle anderen Suchtgifte. Die plötzliche Entziehung, sonst die Behandlung der Wahl, könne im Fall des Heroinentzugs zu Krämpfen, ja selbst zum Tod durch Atemstillstand führen. Auch führe die Heroinsucht mehr als der Morphinismus zu einer degenerativen Veränderung der Persönlichkeiten: die psycho-physische Rekonvaleszenz verlaufe schwieriger als beim Morphinismus und es komme in der Regel zum Rückfall.

Für Deutschland wies P. WOLFF noch zusätzlich darauf hin, dass im Arzneiverordnungsbuch der Deutschen Arzneimittelkommission der Standpunkt vertreten werde, das Diazetylmorphin sei überflüssig und solle nicht mehr verordnet werden. Der österreichische Delegierte, Polizeidirektor Dr. Schultz, forderte die völlige Unterdrückung der Heroinproduktion.

## **2.6. Die Auswirkungen der amerikanischen Heroinmythologie auf die europäische Einstellung in der Zwischenkriegszeit**

Die Dämonisierung der Substanz, die seit den zwanziger Jahren betrieben wurde, beeinflusste offenkundig die reale Erkenntnis. Sie konnte dort umso wirksamer werden, wo die Erfahrungen über tatsächliche Auswirkungen des Heroins und der Heroinsucht recht gering waren. Dort konnte die Dämonisierung eventuell der realen Erfahrung zuvorkommen beziehungsweise sie ersetzen. Das Europäische Expertenkomitee, das 1931 in Genf sein Gutachten über Heroin vortrug, konnte, wie der medizinhistorische Rückblick zeigt, sicherlich auf keine extensive Eigenerfahrung zurückgreifen und erstellte sein Gutachten zwangsläufig auf Basis der Generalisierung von Einzelbeobachtungen und unter Bezugnahme auf die Berichte aus Ägypten, China und den USA.

Es übernahm offenbar kritiklos die dämonisierenden und prohibitiv intendierten Aussagen aus dem amerikanischen Schrifttum beziehungsweise wohl auch aus dem Diskurs, der in international zusammengesetzten Gremien ablief. Die Autoren, die ihm angehörten, verabsäumten, andere, differenziertere Standpunkte in ihre Überlegungen einzubeziehen. Dabei waren etwa die KOLB'schen Aufsätze gut zugänglich. Sie waren, wie sich KOHFAHL's erwähntem Aufsatz entnehmen lässt, auch im deutschen Sprachraum rezipiert worden. Sie verabsäumten auch zu erkennen, dass die amerikanische Situation des Heroingebrauchs innerhalb der zunehmenden Prohibitionsstrategie gewachsen war und nur in diesem gesellschaftspolitischen Kontext verstanden werden konnte. Dadurch musste in letzter Konsequenz verkannt werden, dass die Ausweitung der amerikanischen Kontroll- und Prohibitions politik auf die Mitgliedstaaten des Völkerbundes wohl kaum dazu führen konnte, dass in den betroffenen Ländern das Heroinproblem eingeschränkt würde, sondern dass vielmehr die Internationalisierung der amerikanischen Respons-Strategie zu einer Internationalisierung jener Gestalt des Problems führen musste, die in den USA entstanden war.

Wie weit die Beeinträchtigung der realen Erkenntnisse und selbst bis dato gesicherten Wissens gehen konnte, lässt sich dem 1939 erschienenen Lehrbuch für Gerichtliche und Soziale Medizin von MÜLLER und WALCHER entnehmen. In ihm findet sich folgende Textstelle:« ... Unter das Opiumgesetz fallen nicht nur Abkömmlinge des Opiums, zum Beispiel das Morphin, sondern auch Stoffe, die chemisch nicht vom Opium hergeleitet werden, aber trotzdem von Rausch süchtigen chronisch genossen werden, zum Beispiel das Kokain und das Heroin».

Zu diesem Zeitpunkt hatte offenkundig selbst bei manchen Vertretern der medizinischen Wissenschaft das Heroin bereits seine Identität als Morphinderivat eingebüßt und war zu einer mythischen Substanz unbekannter Herkunft geworden.

Man würde jedoch einer Fehleinschätzung verfallen, würde man die Heroinmythologie als ausschließlich aus den USA importiertes Gedankengut verstehen. Auch europäische Experten trugen ihren Teil zur Dämonisierung des Heroins bei. So meinte etwa LEWIN, dass der Heroin-Entzug deshalb gefährlicher sei als der Morphin-Entzug, weil er kardiale Störungen

verursache, die nur durch Morphingabe und nicht durch Heroinzufuhr beseitigt werden könnten.

Und Europa blieb nicht von der Auffassung verschont, dass Morphinum nach 30-maliger, Heroin aber nach 7-maliger Injektion zur Sucht führe. Diese ängstliche Vorstellung findet sich zum Beispiel bei EICHHOLTZ in LAUBENTHALER's Standardwerk «Sucht und Missbrauch».

Andererseits schloss sich aber Europa zunächst der Prohibition nicht an. Im Widerspruch zu den amerikanischen Bestrebungen wurde Heroin produziert und vertraten europäische medizinische Experten den Standpunkt, dass das Heroin ein wichtiges Arzneimittel sei. DE RIDDER zitiert ausführlich den Beitrag des französischen Delegierten zur vorhin ausführlich referierten Konferenz von 1931, der sich als vehementer Befürworter der medizinischen Verwendung der Substanz erwies. Ein interessantes Faktum, bedenkt man, dass Frankreich unter allen europäischen Ländern sich in jener Zeit noch am ehesten einer „Heroinepidemie“ ausgesetzt sah.

## **2.7. Die Situation nach dem Zweiten Weltkrieg**

Nach dem Zweiten Weltkrieg, wurde erneut von einer Zunahme der Süchtigkeit gesprochen. LEMKE veröffentlichte 1950 einen Überblick über die ersten Nachkriegsjahre. Obwohl eine zahlenmäßige Zunahme der Süchtigen festzustellen war, mehr Heroin wurde deshalb offenkundig nicht gebraucht. Zumindest stellte LEMKE fest: „Wir erlebten oft, dass die Süchtigen beleidigt waren, wenn wir sie nach Morphinummissbrauch fragten, während sie die Einnahme anderer Opiumderivate ohne Zögern zugaben. Dolantin und Eukodal waren die am häufigsten gebrauchten Mittel, daneben in unregelmäßiger Folge Dilaudid, Dicodeid, Pantopon, Paracodein ...“

1955 veröffentlichte dann DOBROSCHKE eine klinische Statistik bezüglich des Suchtproblems der Nachkriegszeit. Er machte folgende interessante Beobachtung: «Während bis zum Jahre 1948 die Morphingruppe noch durchaus vorherrscht, rückt 1949 vorübergehend das Phanodorm ... in den Vordergrund, es wird in den nächsten Jahren vom Polamidon abgelöst, das zunehmend in Mode kam, weil es ursprünglich nicht als Suchtmittel galt ... ». In der Folge beschrieb der Autor dann den Typ der aktuellen Polytoxikomanie. Heroin findet auch in dieser Beschreibung der Phänomenologie der Polytoxikomanie in der Nachkriegszeit nicht einmal Erwähnung.

LANGELÜDDEKE gab 1959 diese Beobachtung in seinem «Lehrbuch der Gerichtlichen Psychiatrie» wieder. Er schrieb auch: «... Unter ihnen (Opiumpräparate, d. Verf.) nahm früher das Heroin eine hervorragende Stellung als Suchtmittel ein; es wurde gern intravenös gespritzt. Jetzt ist es praktisch verschwunden; es war in Amerika sehr verbreitet und spielte früher in den Hafenvierteln in Hamburg eine gewisse Rolle.»

Dennoch führte das Bestreben nach einer Internationalisierung der Kontrolle des Suchtgiftproblems schließlich Anfang der sechziger Jahre zur Einigen Suchtgiftkonvention, in der die Ausnahmestellung, die in den USA schon 1924 für das Heroin gefordert worden war, nunmehr als international verbindliches Recht festgeschrieben wurde.

Damit wurde die internationale Karriere der Heroinmythologie, die in den USA ihren Ausgang genommen hatte in den Rang einer Rechtsgrundlage gehoben und es wurde die dämonisierende Kontrolle der „bösen“ Substanz als Akt von hohem Symbolwert auf internationalem Niveau installiert. W.P. VON WARTBURG bemerkte dazu kritisch, dass die

westliche Region die Klassifikation und das Schema der Einigen Suchtgiftkonvention ohne jegliche Überprüfung der zugrunde liegenden Annahmen übernommen habe.

Auch für die europäischen Unterzeichner der Einigen Suchtgiftkonvention wurde der mythische Charakter der Substanz verbindlich. In klinischer Hinsicht war es wohl auch Anfang der sechziger Jahre nicht zu rechtfertigen, dem Heroin eine Sonderstellung als besonders gefährliches Opiat zuzuordnen. Andererseits war in vielen Ländern in der Zwischenzeit der illegale Handel mit Suchtgiften tatsächlich zu einem spürbaren gesellschaftspolitischen Problem geworden. Heroin nahm in dieser Hinsicht eine bevorzugte Position ein (BELLANGER, 1955). Es wurde zur Zeit der Fassung dieses Vertragswerkes jedoch erneut verabsäumt, den aktuellen Stand der Verbreitung der Heroinproduktion und des Heroingebrauchs im soziokulturellen Kontext zu verstehen, insbesondere die Bedeutung der Illegalisierung und medizinischen Ächtung der Substanz für den Schwarzmarkt und den außermedizinischen Gebrauch zu analysieren.

Forschungsbedarf in diesem drogenpolitischen Bereich hätte es gerade zu dieser Zeit ausreichend gegeben. Schließlich entwickelte sich gerade in den späten sechziger Jahren die neue Drogenwelle, in der der außermedizinische Heroingebrauch nunmehr auch in Europa zu einer nicht mehr übersehbaren Realität mit tragischen Konsequenzen wurde und selbst in Großbritannien, das bislang traditionell eigene Wege gegangen war, dazu führte, dass mehr und mehr die Vorstellungen der internationalen Heroinkontrolle übernommen wurden (MAY 1972; EDWARDS 1984; SPRINGER 1996). In den meisten Unterzeichnerstaaten reduzierte sich innerhalb der medizinischen Praxis der Gebrauch des Heroin nach der Implementierung der Einigen Suchtgiftkonvention.

Aktuell ist der medizinische Gebrauch des Heroin in Großbritannien, Belgien, den Niederlanden, Island, Malta, Kanada und in beschränktem Ausmaß auch in der Schweiz zugelassen.

Wurden 1962 noch in Frankreich 2,7 kg legalen Heroins medizinisch genutzt und betrug diese Menge noch 39 kg in Großbritannien und 8,5 kg in Belgien im Jahre 1963, ging die medizinische Anwendung in den neunziger Jahren noch weiter zurück. So wird etwa in Belgien geschätzt, dass die Menge, die für medizinische Zwecke gebraucht wird, zwischen 1,0 und 1,5 kg liegen dürfte.

Im Anhang werden einige Zitate wiedergegeben, die die historische Situation illustrieren.

### **3. Heroin in der Behandlung der Heroinabhängigkeit**

Erfahrungen über den Einsatz von DAM in der Behandlung Opiatabhängiger wurden in der Frühzeit der Methode vor allem in den USA und in England gesammelt. Während in den USA diese Praxis unter dem Druck der Kontrollbehörden nur von kurzer Dauer war und letztlich von der Heroinprohibition abgelöst wurde, wurde in England die Substanz über einen langen Zeitraum unablässig, wenn auch im späten 20. Jahrhundert nur mehr eingeschränkt, in diesem Kontext eingesetzt. In den sechziger Jahren des 20. Jahrhunderts gab es eine kurze Periode, in der in Schweden die Heroinverschreibung ermöglicht wurde. Allerdings lief dieses Projekt ungenügend kontrolliert ab. Da es in der öffentlichen Diskussion ablehnende Standpunkte auslöste, wurde es rasch wieder beendet.

Bei der folgenden Darstellung der Heroinbehandlung in den einzelnen Ländern werden die entsprechenden Verhältnisse genauer beschrieben.

Obwohl aus diesen Erfahrungen der Schluss gezogen werden kann, dass einiges dafür spricht, dass dieser Einsatz sinnvoll ist, wird die Notwendigkeit und Nützlichkeit der Methode dennoch zumeist bestritten. Aus diesem Grund entstand im späten 20. Jahrhundert die an sich paradoxe Situation, dass Überlegungen zum Einsatz der Substanz in der Behandlung Heroinabhängiger dazu führten, dass die 100 Jahre alte und klinisch eingesetzt gewesene Substanz DAM all jenen Zulassungsuntersuchungen unterworfen wird, die bei neu entwickelten Substanzen durchgeführt werden müssen. Es wurde als notwendig erachtet, dem erneuten medizinischen Einsatz der Substanz klinische Studien vorzuschicken, um neue Behandlungskonzepte evidenzgestützt einzuführen. Derartige Untersuchungen wurden zunächst in der Schweiz und später in den Niederlanden durchgeführt. In Deutschland sind sie erst angelaufen. Die Schweizer Studien stießen auf internationale Kritik, da das Studiendesign als zu wenig rigoros erschien und außerdem Vergleiche angestellt wurden, die von den äußeren Evaluatoren, die zum Einsatz kamen, nicht akzeptiert wurden. Die später in den Niederlanden und in Deutschland entworfenen Studien suchten diese Fehler zu vermeiden beziehungsweise dort, wo Schwachstellen der Schweizer Studie geortet worden waren, vertieft Forschung zu betreiben.

### **3.1. Überblick über grundsätzliche Positionierungen in den verschiedenen Heroinstudien**

#### **3.1.1. Das Ungenügen der Methadonsubstitution**

Allen bisher entwickelten Studien in der Schweiz, den Niederlanden, in Deutschland, Spanien und Kanada ist gemein, dass sie auf der Beobachtung aufbauen, dass zwar die Methadonbehandlung als bevorzugte Substitutionsbehandlung gilt, ihre Akzeptanz und Effektivität aber klar begrenzt ist. Dies ist weithin in der internationalen Literatur dokumentiert sowie in verschiedenen europäischen Behandlungssystemen in der Praxis sichtbar (NADELMANN et al. 1997). Wie zahlreiche nordamerikanische und europäische Studien gezeigt haben, beträgt die Langzeit-Retentionsrate der Opiatabhängigen, die sich in Methadonbehandlung begeben haben, 30 % bis 50 %; im Durchschnitt verlieren solche Programme ein Drittel ihrer Patienten innerhalb der ersten zwölf Monate und ein weiteres Drittel in den folgenden zwölf Monaten (vgl. BERTSCHY 1995; DHHS 1995; BALL und ROSS 1991).

Qualitative Studien an Patienten in Methadonprogrammen weisen darauf hin, dass aus der Patientenperspektive die Methadonbehandlung einige fundamentale Schwächen aufweist, die dazu führen, dass sie vielen opiatabhängigen Patienten nicht als eine auf Dauer zufriedenstellende und effektive Substitutionsbehandlung erscheint. Die Patienten beklagen

- gewisse, teilweise als sehr unangenehm empfundene, Nebenwirkungen, die bei langfristigem Gebrauch des Methadon auftreten können (Schwitzen, Gewichtszunahme);
- die rigorose Kontrollstruktur, die Anforderungen und Inflexibilität von klinischen Methadonprogrammen, die wirkliche soziale Reintegration und Normalisierung oft eher behindern als fördern;
- die empfundene mangelnde Empathie, Einfühlungskraft und Glaubwürdigkeit von Ärzten und Therapeuten in vielen Methadonprogrammen

und betonen

- die Wichtigkeit der individuellen und sozialen Injektionsrituale und der psychologischen und empfindungsmäßigen Effekte, die die Injektion vermittelt, die aber in der Oral-Opiattherapie fehlen und
- das überwältigende Bedürfnis, sich wegen der fehlenden Euphorieeffekte des Methadons weiterhin illegale „Enhancer“-Drogen auf dem Straßenmarkt zu besorgen.

Aus den Erfahrungen, die über 20 Jahre mit der Methadonbehandlung gemacht wurden, reifte vielerorts die Überzeugung, dass bei allen Vorzügen der Methadonbehandlung dennoch nach Lösungen für jene Patienten gesucht werden müsse, die auf diese Behandlung nicht ansprechen oder sie nicht akzeptieren. Auf dieser Erkenntnis fundieren die Bestrebungen, diversifizierte Substitutionsprogramme zu etablieren.

### **3.1.2. Ärztliche Heroinverschreibung als schadensbegrenzende Maßnahme**

Es kann kein Zweifel daran bestehen, dass die weite Verbreitung, die Substitutionsprogramme in der Behandlung der Opiatabhängigkeit gefunden haben, dadurch bewirkt wurde, dass sie als wirksame Maßnahme erkannt wurden, die weitere Verbreitung auf dem Blutweg übertragbarer Infektionen zu begrenzen. Als erkannt werden musste, dass die Beschränkung auf Methadon als Substitutionsmittel und die Beschränkung auf die Verschreibung oral zu gebrauchender Zubereitungen es mit sich brachte, dass

- bestimmte Klientele nicht erreicht werden konnten,
- wieder andere Klienten aus den Programmen ausschieden, weil sie unter Nebenwirkungen des Methadon zu leiden begannen,
- mehr und mehr Beigebrauch betrieben wurde,

wurden Überlegungen angestellt, die schadensreduzierenden Möglichkeiten der Substitutionstherapie durch eine Erweiterung des Angebotes an Substitutionsmitteln zu verbessern. Aus diesem Grund werden zum Beispiel in Österreich Morphin-Spezialitäten mit retardierter Wirkung zum Einsatz gebracht.

Der erste Autor, der die ärztliche Verschreibung von Heroin als schadensbegrenzende Maßnahme andachte, war Richard HARTNOLL, indem er Überlegungen über die Funktionalität der Heroinverschreibung in der Aids-Prophylaxe anstellte (HARTNOLL 1993). Ihm schien ein Heroin-Unterstützungsprojekt mit dem Angebot injizierbaren Heroins eine eventuell geeignete Lösung, sonst schwer zugängliche Klientele in den Wirkungsbereich der Sozialmedizin und Präventivmedizin zu bringen.

Er benannte drei Begründungen für derartige Projekte:

- eine möglichst große Anzahl von injizierenden Drogengebern anziehen und in Betreuung zu halten,
- den Drogengebrauch zu stabilisieren und die Beteiligung an Szeneritualen zu reduzieren,
- den Kontext des Heroingebrauches in dem Sinne zu verändern, dass er in einen medizinisch überwachten Rahmen gebracht wird, der mehr Unterstützung und Gesundheitsförderung ermöglicht.

Bei den Gruppen, die in diesen Kontext gerückt werden sollten, unterschied er:

- sozial randständige Personen und Gruppen, die den offiziellen Programmen und Angeboten misstrauen und sie vermeiden,
- junge Geber, die eventuell noch nicht abhängig sind und die auf die Injektionsrituale nicht verzichten wollen,
- ältere sozial relativ gut integrierte Abhängige, die keine Notwendigkeit sehen, sich betreuen zu lassen, aber nichtsdestoweniger eventuell Verhaltensmuster an den Tag legen, die ihr Infektionsrisiko erhöhen.

Eine schadensminimierende Funktion analog jener der Injektionsbestecktausch-Programme, meinte HARTNOLL in diesem frühen Aufsatz, könne die ärztliche Heroinverschreibung allerdings nur dann erfüllen, wenn Heroin auf relativ breiter Basis und ohne gravierende Kontrollmaßnahmen und Restriktionen angeboten werde. Sei man nicht bereit, mit der Schadensreduktion in diesem Sinne „Ernst zu machen“ (going the whole way) dann wäre auch der Effekt der Maßnahme begrenzt. Man werde dann wohl nicht die ursprünglich als Zielgruppe definierten Populationen in das Programm bringen, schwer zugängliche Abhängige, sondern lediglich diejenigen schwer Abhängigen, die ohnehin schon in anderen Programmen erfasst sind, aber aus welchen Gründen auch immer trotz der Behandlung auch weiterhin ein hochriskantes Konsumverhalten aufrecht erhalten.

HARTNOLL bezog sich in seinen Überlegungen auf das ursprüngliche britische System der Behandlung chronisch Abhängiger, das später noch ausführlich dargestellt werden wird. Dieser Bezug ergab sich logisch daraus, dass England das einzige Land mit umfassender und dokumentierter Heroinverschreibung repräsentiert. Ein weiterer Ausgangspunkt seiner Überlegungen war auch seine eigene Studie aus dem Jahr 1980, in der er die Auswirkungen der therapeutischen Angebote von injizierbarem Heroin und oralem Methadon miteinander verglichen hatte. Diese Untersuchung hatte erstmals vor allem die bessere Haltekraft der Heroinverschreibung aufgezeigt: nach 12 Monaten waren 74 % derjenigen, die Heroin bekamen; noch im Programm gegenüber lediglich 29 % derjenigen, die orales Methadon verordnet bekommen hatten.

1999 hat dann DE RIDDER unter dem Eindruck der Ergebnisse der Schweizer Projekte zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger Überlegungen darüber angestellt, inwieweit die Heroinverschreibung eine Maßnahme darstellt, die das Spektrum der geläufigen schadensreduzierenden Strategien erweitert. Ihm schien es evident, dass für intravenöse Drogengebraucher die gebräuchlichen Methoden – von ihm als Harm-Reduction-Kaskade bezeichnet – einen gewichtigen Mangel aufweisen, der dazu führt, dass der Harm-Reduction-Ansatz bisher immer unter seinen Möglichkeiten bleiben musste: aus gesundheitlicher Perspektive mache es für einen Drogenkonsumenten kaum Sinn, zwar sterile Spritzbestecke nutzen zu können, gleichzeitig aber „auf hochgradig verunreinigtes, pathogenes Straßenheroin unbekannter Konzentration“ angewiesen zu sein. Die Möglichkeit zu schaffen, pharmazeutisch reines Heroin bekannter Konzentration ärztlich zu verordnen, erschien daher DE RIDDER aus der Harm-Reduction-Perspektive geradezu geboten.

In diesem Kontext listete er die folgenden möglicherweise vorteilhaften Perspektiven auf:

1. Es ist zu erwarten, dass die Abgabe qualitativ und quantitativ definierten Originalstoffs die beiden schwerwiegenden *Morbiditäts- beziehungsweise Mortalitätsrisiken*, denen injizierende Opiatkonsumenten ausgesetzt sind, den akuten Drogentod und lebensbedrohliche infektiöse Krankheitsbilder, entscheidend reduzieren wird.
2. Die Verordnung von Originalstoff an Drogenkonsumenten, die auf herkömmliche Weise nicht erreichbar sind oder an den bekannten Ausstiegalternativen wiederholt gescheitert sind, eröffnet die Chance, sie über das Mittel der „Dumping-Strategie“ den „Markt“, in dem sie sich bewegen, wechseln zu lassen. Sie verlassen einen überbezahlten, in vielfacher Hinsicht höchst gefährlichen und unkalkulierbaren Markt und wechseln nachteilfrei in einen *sicheren, kostengünstigen und kalkulierbaren „Markt“* mit einem umfassenden Service.
3. Da weitere zum illegalen Markt konkurrierende Angebote nicht existieren, besteht die Chance, den nun mehr entlasteten Drogenkonsumenten *dauerhaft zu binden*.

4. Auf der Grundlage dieser entlastenden Bindung ergibt sich die Möglichkeit, weitergehende Angebote im Sinne „höherwertiger“ *intermediärer Ziele* anzustreben. Im „Process of Change“ ist also die Vergabe von Originalstoff nicht nur ein Gewinn an sich für den Drogenkonsumenten, sondern sie ebnet auch die Wege für weitere Fortschritte.
5. Für bestimmte Klienten, beispielsweise schwerstabhängige AIDS-Kranke im Endstadium ihres Leidens, stellt die Originalstoffvergabe ausschließlich eine *palliativ-medizinische Maßnahme* dar, die allein humanitären Erwägungen folgt. In solchen Fällen ist von Optionen im Sinne der Harm-Reduction-Kaskade abzusehen und eine unbefristete Vergabe gerechtfertigt.

DE RIDDER schien es billige Polemik und geradezu absurd, Heroin verschreibende Ärzte, die sich dem Harm-Reduction-Ansatz verpflichtet fühlen und mit einer begründbaren Methode ein klares therapeutisches Ziel im Auge haben, als „Dealer in Weiß“ zu brandmarken. Wie für jedes Therapeutikum sei auch für die ärztlich kontrollierte Verordnung von Heroin allein maßgebend, ob die Methode dazu geeignet ist, bei bestimmten Klienten schwere gesundheitliche Schäden und psychosoziale Verletzung aufzuhalten oder gar einen umfassenden Prozess der körperlichen und mentalen Gesundung einzuleiten. Die Argumente für die Heroinvergabe schienen ihm stichhaltig und einleuchtend. Für DE RIDDER war es auch klar, dass das Schweizer Modellvorhaben überzeugende Hinweise dafür geliefert habe, dass sie praktikabel ist und die in sie gesetzten Erwartungen erfüllt.

### **3.1.3. Die Kontroverse um die Heroinverschreibung**

Kritiker der Heroinverschreibung machen Argumente geltend, die aus gesundheitspolitischen, moralischen, sicherheitspolitischen und ökonomischen Motiven bezogen werden.

*Die medizinischen und/oder substanzspezifischen Argumente* bezweifeln die positiven Resultate und die Möglichkeit, Heroinabhängige auf eine stabile Dosis ihrer Suchtsubstanz einzustellen. Diese Argumente können durch empirische Forschung erfasst und überprüft werden.

*Die moralischen Argumente* beziehen sich darauf, ob es ethisch gerechtfertigt werden kann, dass man eine bislang verbotene Form der Substanzeinnahme medizinisch vereinnahmt und die Substanz auf diesem Weg quasi legal zugänglich macht. Mit einem anderen Argument wird bezweifelt, dass es zu rechtfertigen ist, dass ein selbstverschuldetes Krankheitsgeschehen in Programmen mit hohem Kostenaufwand nicht geheilt, sondern in abgeschwächtem Maß aufrecht erhalten wird.

Zuletzt werden auch *Ängste vor Störungen der öffentlichen Ordnung und Sicherheit* vorgebracht. Es wird vorgebracht, dass Heroingebraucher von den Therapieexperimenten angezogen würden und dass Personen sich den Zugang zur Behandlung erschwindeln, dass die Therapieversuche zu einer allgemein permissiven Haltung gegenüber dem Drogengebrauch und Drogengebranchern führen könnten; dass Personen, die an dem Experiment teilnehmen, unter dem Einfluss der ärztlich/staatlich abgegebenen Drogen Unfälle verursachen könnten; die Substanzen in den Schwarzmarkt eingebracht werden könnten; Frauen, die an dem Versuch teilnehmen, eventuell schwanger werden und dann Kinder gebären, die von staatlich abgegebenem Heroin abhängig sind; Wieder ein anderes, *sozialpolitisch motiviertes, Argument* befürchtet, dass derartige Experimente zur weiteren Ausgliederung und Stigmatisierung von Heroinabhängigen beitragen könnten.

## **4. Heroinprojekte international**

### **4.1. SCHWEIZ**

Die weltweit ersten Versuche der „Heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger“ (HeGeBe) in ihrer aktuellen Gestalt wurden in der Schweiz durchgeführt. Nachdem in der Schweiz bereits Anfang der achtziger Jahre des 20. Jahrhunderts Substitutionsbehandlung ermöglicht worden war, wurde Anfang der neunziger Jahre deutlich, dass trotz aller Bemühungen nicht alle Opiatabhängigen erreicht und in Hilfsprogramme integriert werden konnten. Gerade jene Klientel, die der Hilfe besonders dringend bedürftig erschien, die Gruppe der psychisch und sozial desintegrierten, körperlich schwer kranken Abhängigen, schien weitgehend unerreichbar beziehungsweise nach mehrfach gescheiterten Behandlungsversuchen nicht mehr zu einer Behandlung motivierbar.

#### **4.1.1. Entwicklung und rechtliche Grundlage der HeGeBe**

Im Jahre 1985 gründeten Mitglieder des „Vereins schweizerische Drogenfachleute“ (VSD) eine Arbeitsgruppe, um Überlegungen zur zukünftigen Drogenpolitik anzustellen. Die „Schweizerische Liga gegen Drogenprohibition“ nahm Kontakt zu dem Psychiater John Marks auf, der in Liverpool im Rahmen eines „harm reduction“-Modells Heroin an Abhängige verschrieb. In Zusammenarbeit mit einem Apotheker entwickelte Marks die Heroinzigarette „Heroin Reefer“, mit der ein Umstieg der Abhängigen vom intravenösen Konsum zu einer weniger schädlichen Applikationsform bewirkt werden sollte. Der VSD veröffentlichte kurze Zeit später einen Vorschlag zu einem schweizerischen Verschreibungsversuch, in dem aus Forschungszwecken neben Heroin auch weitere Substanzen verabreicht werden sollten.

In Berücksichtigung dieser Situation und aufgrund der erarbeiteten Vorschläge wurde vom Schweizer Bundesrat mit Beschluss vom 20. Februar 1991 ein Maßnahmenpaket zur Verminderung der Drogenprobleme verabschiedet. Im Rahmen der Betreuungsmaßnahmen wurden darin unter anderem auch „medizinisch kontrollierte Substitutions- und Erhaltungstherapien“ vorgesehen. Im Auftrag des Bundesrates wurde daraufhin ein erster Vorschlag für diversifizierte Verschreibung von Betäubungsmitteln erarbeitet. Vom Bundesrat wurde ein Programm vorgelegt, welches eine Reduzierung der Drogenabhängigen in der Schweiz um 20 % bis ins Jahr 1996 anvisierte. Dadurch wurden die politischen Weichen für die „schweizerischen Versuche zur differenzierten Betäubungsmittelabgabe“ gestellt. Am 21. Oktober 1992 verabschiedete der Bundesrat eine Verordnung über die „Förderung der wissenschaftlichen Begleitforschung zur Drogenprävention und Verbesserung der Lebensbedingungen Drogenabhängiger“. Die Verschreibung von Betäubungsmitteln in diesem Rahmen stützt sich sowohl auf Art. 8 Abs. 5, als auch auf Art. 15c und 30 des schweizerischen BtMG.

Diese Verordnung bildete die rechtliche Grundlage für die Entwicklung und Umsetzung des Projekts zur ärztlichen Verschreibung von Betäubungsmitteln (PROVE). Drei Betäubungsmittel wurden in diesen Versuch aufgenommen:

- Heroin
- Morphium
- intravenöses Methadon.

Alle drei Substanzen konnten mit oralem Methadon kombiniert werden.

Das ausgearbeitete Forschungsvorhaben wurde sowohl von der „Überregionalen Ethikkommission der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften“, sowie vom „Bundesamt für Gesundheit“ (BAG) und von verschiedenen kantonalen Ethikkommissionen begutachtet und angenommen.

Schließlich wurde das Forschungsprogramm zunächst für eine Laufzeit von drei Jahren bewilligt.

Das „Narcotic Control Board“ (die von der UNO zuständige Kontrollbehörde) bewilligte die Einfuhr der für diesen Versuch erforderlichen Menge an Heroin. Die wissenschaftliche Begleitung der Versuchsreihe übernahm eine Expertengruppe des BAG. Aufgrund eines Vorschlages der UNO-Drogenkontrollbehörde wurden das Projekt und die Versuchsverläufe durch ein internationales Expertengremium der WHO evaluiert.

Um die Position der Schweiz als Vorreiter dieser Therapie-Experimente zu verstehen, muss man die legislativen Hintergründe in Betracht ziehen.

#### **4.1.1.1. Die legislativen Rahmenbedingungen**

Zunächst muss verstanden werden, dass auf der Basis des Betäubungsmittelgesetzes von 1951 Art.8 Absatz 1-5 und Art.15 und verschiedener Modifikationen dieses Gesetzes (Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft 1951 und 1975) in der Schweiz bereits zu Beginn der neunziger Jahre – also bereits vor dem Auftrag, ein Heroinprojekt zu implementieren – die Verschreibung von Methadon, Codein und Kokain auf Grund einer kantonalen Bewilligung durch den Kantonsarzt möglich war. Auch die Verschreibung von Heroin für beschränkte medizinische Anwendung und wissenschaftliche Forschung war mit einer Ausnahmegewilligung des Bundesamtes für Gesundheit durchführbar (HÄNNI 1998). In einer Reihe von Verordnungen der schweizerischen Regierung wurden ab 1992 vor allem die wissenschaftliche Forschung sowie die Rahmenbedingungen der Durchführung für die Verschreibung von Heroin geregelt (Schweizerischer Bundesrat 1991, 1992, 1996 sowie 1997).

##### **4.1.1.1.1. Drogenpolitik als Aufgabe des öffentlichen Gesundheitswesens**

Ein wesentlicher Gesichtspunkt, der es im schweizerischen Kontext ermöglichte, alternative Formen der medikamentengestützten Behandlung der Forschung und Behandlung zugänglich zu machen, bestand in der Zuordnung des Problems der Drogenabhängigkeit zum Politikbereich öffentliche Gesundheit oder „Public Health“ (Bundesamt für Gesundheit 1993). Hier steht der problematische und abhängige Drogenkonsum als Störung und/oder Krankheit im Vordergrund. Durch diese Zuordnung wird die Hierarchie der Ziele, Strategien und Rahmenbedingungen aufgrund des Public-Health-Bezugssystems definiert und kann mit Public-Health-Maßnahmen angegangen werden (RIHS-MIDDEL, LOTTI et al. 1996; MARLATT 1998).

Public-Health-Ziele sind in jedem Interventionsbereich ähnlich und lassen sich formulieren als:

- Senkung der Mortalität oder Sicherung des Überlebens,
- Senkung der Morbidität, das heißt Senkung der Krankheitsfälle,
- Senkung der Unfälle,
- Senkung der Anzahl von Fällen übertragbarer Krankheiten,
- Senkung der Anzahl psychischer Erkrankungen, einschließlich Suizidversuchen und Suiziden,
- Gesundheit für alle, unabhängig von Sozialstatus, Rasse und Religion und

- Lebensqualität in sozialer Sicherheit (soziales Netzwerk, Einkommen, Unterkunft, Nahrung, Arbeit und sinnvolle Zeitgestaltung), Frieden und Freiheit (Schweizerische Gesellschaft für Prävention im Gesundheitswesen, GUTZWILLER et al. 1997).

In der schweizerischen Gesundheitspolitik sollen mehrere Strategien umgesetzt werden, namentlich Prävention und Förderung eines gesunden Lebensstils, Gesundheitsschutz und Täuschungsschutz (Bundesamt für Gesundheit 1998). Unter Täuschungsschutz ist die Prüfung von Lebensmitteln und anderen Substanzen oder Verfahren zu verstehen, um zu verhindern, dass der Nutzer von den Herstellern über das Produkt getäuscht wird. Je nachdem, ob Drogenkonsum als Verhaltensproblem mit Krankheitsfolgen oder als Normverletzung etikettiert wird, ist die gesellschaftliche Antwort unterschiedlich. Es ist nahe liegend, dass bei einem Diskurs, der von Überlegungen der öffentlichen Ordnung geprägt ist, wie das zum Beispiel in den USA und Japan der Fall ist, andere Strategien im Umgang mit dem Drogenproblem zum Tragen kommen als in der Schweiz.

#### **4.1.1.1.2. Die katalysatorische Wirkung von AIDS**

Allerdings ist diese Positionierung der Schweiz erst in den späten achtziger Jahren eingetreten. Wie in anderen Ländern wuchs aufgrund der Kenntnis der Übertragungswege des HI-Virus seit 1985 der Druck, das Drogenproblem nicht als ein Problem der öffentlichen Ordnung, sondern als ein Problem der öffentlichen Gesundheit zu betrachten. Anders als in anderen Ländern fiel in diese Zeit in der Schweiz im psychiatrischen Bereich die Forderung nach einem vermehrten Einbezug der Patienten bei der Auswahl der für sie als geeignet erscheinenden Behandlungen. Diese Akzentverschiebung von Public Order zu Public Health führte seit 1985 zu einer massiven Ausweitung der Methadonprogramme, zur Einrichtung von Spritzenaustauschprogrammen für Drogenabhängige und zu verschiedenen Angeboten, die es den Drogenabhängigen erlauben sollten, ein menschenwürdiges Dasein zu führen (Commission fédérale des stupéfiants & Groupe de travail Méthadone de la sous-commission „Drogue“ 1985; Subkommission „Drogenfragen“ der Eidgenössischen Betäubungsmittelkommission 1989) (siehe auch die chronologische Übersicht in Punkt 4.1.6.). Eine ausführliche Beschreibung dieser Entwicklung findet sich bei HÄNNI (1998). Dadurch wurde es möglich, dass Anliegen, die bereits seit Ende der siebziger Jahre in der Schweiz hinsichtlich eines differenzierten Umgangs mit der Drogenproblematik geäußert wurden, umsetzbar wurden. Besonders erwähnenswert ist in diesem Kontext der parlamentarische Vorstoss des damaligen Zürcher Abgeordneten und späteren Verkehrsministers Moritz Leuenberger (LEUENBERGER 1979), der bereits 1979 für die ärztlich kontrollierte Abgabe von Heroin im Rahmen einer wissenschaftlichen Untersuchung plädierte. In der neuen Situation entstand die heroingestützte Behandlung in der Schweiz durch die konzertierten Aktionen vieler Individuen – Fachleute, Politiker und engagierter Laien – in Fortführung einer intellektuellen und wertebestimmten Tradition. Die Ziele und Strategien der neuen Drogenpolitik der Eidgenossenschaft innerhalb der grundsätzlichen gesundheitspolitischen Ausrichtung sollen im folgenden Abschnitt detaillierter dargestellt werden (CATTACIN, LUCAS et al. 1999):

- Primärprävention, also Senkung der Inzidenz, das heißt die Verhinderung des Auftretens von neuen Fällen im Vordergrund.
- Sekundärprävention, also Senkung der Prävalenz, was die Verhinderung des Auftretens des Problems bei Gefährdeten und Verhinderung der Verschlimmerung des Problems durch Behandlung und Therapie von bereits erkrankten Patienten impliziert.

- Tertiärprävention, also die Verminderung weitergehender Schäden durch Verelendung, Prostitution und Delinquenz sowie von Zusatzkrankheiten und Infektionen wie HIV, HBV.
- Palliative Maßnahmen, die im Drogenbereich unter den Stichworten „harm reduction“ und „harm minimisation“, respektive Schadensbegrenzung und Schadensverminderung oder Überlebenshilfe laufen.
- Palliative Maßnahmen sind in der Schweiz eine wichtige Strategie, in anderen Ländern aber gerade im Drogenbereich Anathema, denkt man etwa an Sprizentausch, Injektionsräume oder niedrigschwellige Krankenzimmer und Betreuungsangebote. Im helvetischen Kontext steht die Sicherung einer gewissen Lebensqualität im Rahmen einer angemessenen Versorgung von schwer erkrankten Personen ohne realistische Chancen auf Heilung im Vordergrund (Schweizerische Gesellschaft für Prävention im Gesundheitswesen, GUTZWILLER et al. 1997), wie auch der Versuch, den Kontakt zu einem schwer erreichbaren Segment der Population herzustellen und zu erhalten.
- Schutz der Bevölkerung vor den negativen Auswirkungen des Problems, wie sie sich zum Beispiel bei der Drogenproblematik in der Beanspruchung und missbräuchlichen Nutzung öffentlicher Räume durch Drogenabhängige und Drogenhändler manifestiert.
- Schutz vor Täuschung durch Überprüfungen, Kontrollen sowie Analysen und daraus resultierende Informationen und Maßnahmen.
- Bevölkerungsschutz. Er stellt zwar zum Beispiel bei Impfkampagnen und sanitären Maßnahmen ein wichtiges Feld von Public Health dar, schließt aber im Drogenbereich auch die Bekämpfung des organisierten Verbrechens ein und weist damit über Public-Health-Belange hinaus (RIHS-MIDDEL, LOTTI et al. 1997).
- Für die Drogenpolitik wurden in der Schweiz diese Strategien mit dem Stichwort „Vier-Säulen-Politik“ kommuniziert. Die vier Säulen umfassen Prävention, Therapie, Überlebenshilfe und Repression (Bundesamt für Gesundheit 1993 und 1999).

Diese Strategien sollten umgesetzt werden unter Wahrung der Grundsätze

- der Gleichbehandlung oder „equity“, das heißt alle Mitglieder einer Gesellschaft haben Anrecht auf angemessene Behandlung und Versorgung, unabhängig von ihrer Herkunft, ihrer Rasse, ihrem Lebensstil oder ihrer Weltanschauung,
- des gleichberechtigten Zugangs zu den Dienstleistungen und
- des abgestuften Vorgehens, das heißt die Intensität der Behandlung ist der Schwere des Problems anzupassen.

Darüber hinaus impliziert ein Public-Health-Ansatz ein evidenzgestütztes Vorgehen, das in vielen anderen Politikbereichen nicht gefordert ist. So ist im Leitbild des Bundesamtes für Gesundheit explizit formuliert:

„Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) trägt maßgeblich dazu bei, der Bevölkerung ein Leben bei guter Gesundheit zu ermöglichen. Es misst sein Handeln an den Auswirkungen auf die Gesundheit“ (Bundesamt für Gesundheit 1998, S 5).

Damit verpflichtet sich das Bundesamt zum Handeln und zur wissenschaftlichen Überprüfung seines Handelns. Um Handeln sichtbar zu machen, wurde 1991 ein „Maßnahmenpaket zur Bekämpfung der Drogenprobleme und zur Verbesserung der Lebensbedingungen Drogenabhängiger“ formuliert (Schweizerischer Bundesrat 1991). Des Weiteren erließ die schweizerische Regierung im Oktober 1992 eine Verordnung zur wissenschaftlichen Begleitforschung, in welcher auch die ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln präzisiert wurde (Schweizerischer Bundesrat 1992).

#### 4.1.2. Überprüfbare Zielsetzungen der schweizerischen Drogenpolitik seit 1991

Die operationalisierten Ziele der Drogenpolitik lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Die Zahl der neuen Fälle von Drogenabhängigkeit soll verringert werden.
- Die Zahl der Konsumenten von illegalen Drogen soll vermindert werden.
- Die gesundheitlichen und sozialen Probleme von abhängigen Drogenkonsumenten sind zu reduzieren.
- Der durch Drogenkonsum der Gesellschaft entstehende Schaden soll vermindert werden.
- Die Gesellschaft soll stärker vor den Folgen des Drogenkonsums geschützt werden.

Die Erreichung dieser Ziele hängt von vielen Faktoren ab, auf welche die Drogenpolitik direkt keinen Einfluss hat, doch erlaubt eine derartige Operationalisierung ein genaues Monitoring der Entwicklung.

##### *Ziele auf der individuellen Ebene*

Die allgemeinen Public-Health-Ziele stellen sich auf der Ebene der einzelnen Drogenkonsumenten als eine Hierarchie von Teilzielen dar:

Bereich	Zielkriterium
Drogenkonsum	1. Abstinenz und annähernde Abstinenz
	2. Reduktion der Anzahl und Quantität von Drogen
	3. Abstinenz/reduzierter Gebrauch von Straßendrogen
	4. Positive Änderung des Konsumverhaltens
	5. Reduktion der Injektionshäufigkeit
Gesundheit	1. Verbesserung/Erhaltung der physischen Gesundheit
	2. Verbesserung/Erhaltung der psychischen Gesundheit
	3. Reduktion von Spritzentausch und Risiko-Sexualverhalten
Lebensstil	1. Reduktion der Delinquenz
	2. Distanzierung vom Drogenmilieu
	3. Verbesserung der Arbeitsleistung
	4. Klare Strukturierung des Tagesablaufs
	5. Eigenständiges Wohnen
	6. Quantitativ und qualitativ ausgebautes soziales Netzwerk
	7. Soziales Netzwerk außerhalb des Drogenmilieus

Am Einzelfall lässt sich dokumentieren, ob eine Person sich in Richtung auf die angestrebten Ziele hin bewegt, ob sie stagniert oder ob sich ihre Situation verschlechtert. Diese Kategorisierung von Zielen diente als Bezugsrahmen der Forschung zur Heroinverschreibung, die auch dokumentieren musste, inwieweit sich Veränderungen im Hinblick auf die angestrebten Ziele bei den Drogenabhängigen nachweisen lassen (RIHS-MIDDEL & SEIDENBERG 1999).

#### **4.1.3. Die Schweizer Studie zur medizinischen Opiatvergabe (PROVE)**

Die vorhin erwähnte gesetzliche Grundlage des Betäubungsmittelgesetzes von 1951 wurde durch einen dringlichen Bundesbeschluss vom 9. Oktober 1998 (Artikel 6-8) ergänzt und mit dem Abstimmungsergebnis vom 13. Juni 1999 bestätigt (Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft 1998).

Diese beiden geänderten Artikel beinhalten eine Ausnahmegewilligung für eine heroingestützte Behandlung von Drogenabhängigen in dafür geeigneten Behandlungszentren. Die Indikationskriterien für eine solche Behandlung wurden vom PROVE-Programm bis auf die Altersgrenze übernommen und sehen vor, dass eine solche Behandlung nur durchgeführt werden kann, wenn frühere Therapie- und Entzugsversuche gescheitert sind, wenn die Person mindestens 18 Jahre alt ist, wenn eine Diagnose für Suchtmittelabhängigkeit gemäß ICD 10 vorliegt und wenn psychische oder soziale Probleme nachweisbar sind.

##### ***Zielvorstellung:***

Ziele dieser Versuche waren einerseits die Abklärung der Machbarkeit der Methode, andererseits die Erarbeitung einer Entscheidungsgrundlage für die Frage, ob die heroingestützte Behandlung eine sinnvolle Ergänzung der bislang gültigen Behandlungsmethoden darstellt, indem sie bei der Integration jener Heroinabhängigen in Behandlungen hilfreich sein kann, die bis zu diesem Zeitpunkt nicht oder nur schwer von Drogenhilfemaßnahmen erreicht wurden.

Eine weitere Zielvorstellung bestand darin, zusätzliche Kenntnisse über die verwendeten Substanzen in Bezug auf deren Eignung zu Substitutionszwecken zu erwerben, um besser abklären zu können, ob die Behandlung mit dem Originalstoff DAM für gewisse Patienten Vorteile gegenüber der oralen Methadonsubstitution bringt, insbesondere ob sie bei der Verbesserung des gesundheitlichen Zustandes der Betroffenen beteiligt ist.

Die kontrollierte Verschreibung der Betäubungsmittel wurde ganzheitlich konzipiert; das heißt in ein breites Angebot medizinischer, psychiatrischer und psychosozialer Hilfsangebote eingebettet.

Im Rahmen der Versuche zur heroingestützten Behandlung sollte ein Therapiekonzept erarbeitet werden, das spezifisch auf die Bedürfnisse, Defizite und Ressourcen schwer abhängiger und marginalisierter Personen ausgerichtet sein und sie zur Behandlung motivieren sollte. Es sollte ihnen ermöglichen ihre gesundheitliche und soziale Situation zu stabilisieren. Es wurde angenommen, dass ein derartiges Behandlungskonzept die Situation der Betroffenen entscheidend verbessern könnte. Die Einbindung der Patienten in ein therapeutisches Setting sollte die Resozialisierung dadurch erleichtern, dass es für die Patienten keinen Beschaffungsstress mehr gab. Der Aufbau einer Tagesstruktur sollte es ermöglichen, neue Beziehungen einzugehen beziehungsweise die Qualität bestehender Beziehungen zu verbessern. Als ideales Endziel schwebte auch dieser therapeutischen Vorstellung eine Minderung des Risikoverhaltens und ein eventuelles Ausklingen in eine drogenabstinente Lebensführung vor.

##### ***Fragestellungen:***

Aufgrund dieser Zielsetzungen wurde ein Fragenkatalog erstellt, in dem konkrete Forschungsfragen folgendermaßen unterteilt sind:

*Personenbezogene Fragen*, die sich auf die medizinisch-psychiatrischen Folgen für die Betroffenen beziehen, sowie auf Veränderung im Suchtverhalten und in der Sozialbewährung bei jedem Einzelnen.

*Substanzspezifische Fragen*, die die pharma- und toxikologischen Wirkungen sowie die Verwendbarkeit der einzelnen Substanzen umfassen.

*Versuchsbezogene Fragen*, die die der Realisierbarkeit, Effektivität und Wirtschaftlichkeit der Einzelversuche abklären helfen sollten.

Die Probanden mussten vor Versuchsantritt eine Einverständniserklärung unterzeichnen.

### ***Versuchsplan:***

Für den Versuch waren fünf verschiedene Verschreibungsversuche vorgesehen:

- In der ersten Gruppe wurde in einem „Doppelblindversuch“ (Patienten und Therapeuten wussten nicht, wer welche Substanz erhielt) versucht, spezifische Heroineffekte gegenüber denen des Morphiums zu identifizieren.
- In der zweiten Gruppe wurden substanzspezifische Unterschiede der drei verabreichten Betäubungsmittel ergründet.
- In der dritten Gruppe untersuchte man die sogenannten "Kontextfaktoren" (regionale Unterschiede).
- In der vierten Gruppe sollten die Effekte einer individuellen Indikation der verabreichten Substanzen untersucht werden.
- In die fünfte Gruppe wurden ausschließlich Frauen aufgenommen, um die Notwendigkeit eines frauenspezifischen Projektes zu prüfen.

### ***Methodische Überlegungen und Probleme der Umsetzung:***

Das gesamte Forschungsprogramm war mit der öffentlichen Diskussion, der Diskussion in den Fachgremien und der Diskussion im Feld belastet. Die Forscher sahen sich mit dem Anspruch konfrontiert, so rasch wie möglich Ergebnisse zu liefern.

Diese Situation erforderte ein rasches und effizientes Vorgehen. Die Umsetzung der Projekte brachte jedoch etliche Schwierigkeiten mit sich.

### ***Die Begründung der Wahl der Kohortenstudie:***

Die Architekten der Studie waren sich dessen bewusst, dass die Doppelblind-Studie als anspruchsvollste Methode in der klinischen Forschung gilt, die bevorzugt angewandt werden sollte, um zu brauchbaren Aussagen über die Wirkung von Substanzen zu gelangen. Für den Heroinversuch erschien diese Form der Untersuchung an einer schwer gestörten Patientenpopulation als wenig geeignet. Aus ethischen Gründen war eine Doppelblind-Studie mit gesunden Patienten wegen des hohen Suchtpotentials von Heroin nicht machbar. Zudem kam man zum Standpunkt, dass keine unmittelbare Notwendigkeit bestehe, eine derartige Substanzforschung zu betreiben, da Heroin in der britischen Pharmakopöe aufgeführt ist und in der Schweiz vor Änderung des Betäubungsmittelgesetzes 1951 in der Pharmakopöe als Arzneimittel aufgelistet war.

Wegen des speziellen Patientengutes ist es in der Psychiatrie im Gegensatz zu anderen Bereichen der medizinischen Forschung prinzipiell nur selten möglich, experimentelle Studien durchzuführen. Hier steht die Optimierung des Behandlungsangebotes im Vordergrund, und es wird angeführt, dass Doppelblind-Studien oder randomisierte Studien die wahren Effekte wegen der sehr intensiven Kontrolle des Patientengutes überschätzen. Kohortenstudien im Feld scheinen viel eher geeignet, um zu generalisierbaren Resultaten zu gelangen, da in ihnen die Effekte konservativer bewertet werden. Aber auch die Behandlungsforschung im Rahmen von Kohortenstudien sieht sich mit einer Fülle von methodischen Problemen konfrontiert. In der Behandlungsforschung wird immer wieder eine genaue Aufschlüsselung der Behandlungskomponenten verlangt. Diese Differenzierung nach einzelnen Faktoren beruht in der Regel auf dem Allgemeinen Linearen Modell (ALM), das von der vereinfachenden Annahme ausgeht, dass die Behandlungseffekte additiv sind. In der Behandlungsforschung ist die Modellbildung noch nicht so weit fortgeschritten wie in der Physik, so dass es möglich wäre, auch dynamische Interaktionsprozesse über die Zeit

abzubilden. Nicht-additive, dynamische Interaktionsprozesse iterativen Charakters sind aber in der Behandlung Drogenabhängiger die Regel und nicht die Ausnahme.

Im Gesamtplan der Forschung zu den „Versuchen zur opiatgestützten Behandlung“ wurden unterschiedliche Vorstellungen über das angemessene Forschungsniveau insofern bis zu einem gewissen Grad berücksichtigt, als von Anfang an verschiedene Teilstudien geplant wurden, die diesen unterschiedlichen Vorstellungen Rechnung trugen. So wurden zwei Doppelblind-Studien durchgeführt im Vergleich intravenöses Heroin mit intravenösem Morphin, aber auch eine randomisierte Studie, in welcher intravenöses Heroin, intravenöses Morphin und intravenöses Methadon miteinander verglichen wurden. Für alle teilnehmenden Patienten wurde ein umfangreiches Forschungsprotokoll erstellt, das den Anforderungen der Psychiatrie, der Sozialwissenschaften und der Kriminologie zu genügen hatte.

Bei der Erstellung des Forschungsprotokolls standen Grundsatzdiskussionen zwischen Forschern derselben Fachdisziplin über die richtigen Instrumente und die richtige Zeitplanung auf dem Problemlösungs-Programm (DOBLER-MIKOLA, HÄTTICH et al. 1992). Das gewählte Mediationsverfahren bestand darin, so viele Fachwissenschaftler derselben Disziplin wie möglich zu konsultieren und ihnen das Forschungsprotokoll zum „peer review“ zu überlassen. Außerdem wurde versucht, nur solche Instrumente aufzunehmen, die bereits erprobt waren und über deren Reliabilität und Validität Angaben vorlagen. Dieser Prozess fand im Rahmen der Expertengruppe Evaluation statt, aber auch den Vorschlägen der von der WHO bestimmten Expertengruppe wurde Rechnung getragen.

Dieser elaborierte Forschungsplan musste mit der Realität der Forschung im schwierigen Feld in Deckung gebracht werden.

#### **4.1.3.1. Supervisionsorgane, Expertengremien und Begleitgruppen**

Die Brisanz des Themas führte dazu, dass die Studie unter restriktiven Kontrollbedingungen ablief und ein sehr umfassendes Supervisionssystem, viele Fachgremien und Begleitgruppen generiert wurden.

Vom Bundesamt für Gesundheit, das für das Gesamtprogramm verantwortlich zeichnet, wurde bewusst versucht, so viele Partner wie möglich in die Planungs-, Begleit- und Supervisionsprozesse einzubeziehen. Dazu gehört innerhalb des jeweiligen Projektes die Projektträgerschaft und die Projektbegleitgruppe, die entsprechende Gesundheitsbehörde des Kantons, das heißt Kantonsarzt und Kantonsapotheker, sowie die städtischen und kantonalen Polizeibehörden. Jedes Projekt wurde außerdem von einer regionalen Ethikkommission begutachtet.

Auf der Ebene des Gesamtprogramms waren ebenfalls verschiedene Experten- und Begleitgruppen tätig. Das Forschungsvorhaben wurde der „Überregionalen ethischen Kommission der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften“ (UREK) zur mehrfachen Prüfung überantwortet. Jede Veränderung des Forschungsplans wurde an die UREK weitergemeldet.

Die beratenden Gremien des Bundesamtes für Gesundheit waren eine weitere inländische Expertengruppe, welche mit der Supervision der wissenschaftlichen Evaluation betraut war. Des Weiteren wurde eine Gruppe, welche für Patientensicherheit zuständig war („safety assurance group“) eingesetzt. Die „Subkommission Drogen“ der Eidgenössischen Betäubungsmittelkommission nahm ebenfalls zu einzelnen Aspekten des Programms Stellung. Diese Kommission wurde 1996 in die „Eidgenössische Kommission für Drogenfragen“ umbenannt und neu bestellt.

Die schweizerische Regierung nahm die politische Verantwortung teilweise selbst in die Hand und prüfte die Rechenschaftsberichte von PROVE und HeGeBe (RHIS-MIDDEL & AFFENTRANGER 1995).

Ab 1996 befassen sich zudem der Nationale Drogenausschuss (NDA), die Konferenzen der kantonalen und städtischen Beauftragten für Suchtfragen (KKBS, KSBS) und die Drogenplattform des Schweizerischen Städteverbandes (DSStV) mit Drogenproblemen allgemein, nehmen aber auch zu spezifischen Fragen in bezug auf PROVE und HeGeBe Stellung, dies vor allem zu Fragen der Rechtsetzung.

Diese verschiedenen Supervisions-, Experten- und Begleitgruppen bereicherten das Projekt in seinen verschiedenen Entwicklungsphasen. Jedes der Gremien brachte sowohl kritische als auch konstruktive Vorschläge ein. Die Vorschläge der Kommission wurden eingebaut, bis schließlich der Zustand des „nihil obstat“ vorlag.

Das resultierende Forschungsprogramm ist also nicht nur auf die eigentlichen Forschungsbeauftragten zurückzuführen, sondern trägt auch die Handschrift all der Personen, die in den verschiedenen Gremien daran mitgearbeitet haben.

Bereits bei der Planung hatten die Forscher sich mit sehr vielen Instanzen abzusprechen, zu arrangieren und abzugleichen. Von ihnen wurde eine große Flexibilität gefordert, um die Vorschläge der unterschiedlichen Gremien entweder aufzunehmen oder gut argumentierend zurückzuweisen.

Der wichtigste Einfluss für die Gestaltung des Forschungsprotokolls kam aber aus dem Feld, das heißt von den Projektleitern im Rahmen der Projektleitertreffen, von den Projektärzten und den Projektverantwortlichen für Forschung und anderen Mitarbeiter- und Patientengruppen. Das gesamte Forschungsvorhaben ist also aus der zum Teil sehr kritischen, immer aber engagierten und lösungsorientierten Auseinandersetzung mit den Patienten, den Projektmitarbeitern und Projektleitern entstanden und umsetzbar geworden.

Praxis konstituierte sich also einerseits aus dem politischen Umfeld und andererseits aus den beteiligten Behandlungsstellen selbst.

Um der nationalen und internationalen, zum Teil massiven, Kritik begegnen zu können, ersuchte das BAG im Mai 1994 die WHO um eine Evaluation des Programms. Ein gleichlautendes Anliegen wurde von der internationalen Drogenkontrollbehörde in Wien (UNDCP) an die WHO (International Narcotics Control Board 1997; External Evaluation Panel., ALI et al. 1999; ZELTNER 1999) gerichtet. Die WHO nahm diese Anliegen auf und stellte eine internationale Expertengruppe zusammen, welche in einem dreiphasigen Evaluationsprozess zunächst den Forschungsplan und die Instrumente, dann die Implementierung und schließlich die Public-Health-Bedeutung des Projekts würdigte. Der Bericht wurde 1999 vorgelegt (External Evaluation Panel, ALI et al. 1999).

#### **4.1.3.2. Praktische Umsetzung**

1994 konnten die ersten Projekte des Programms starten. Dies erfolgte fast zeitgleich mit der Schließung der offenen Drogenszenen in verschiedenen Schweizer Städten.

Als der Versuch 1994 begann wurden 700 Teilnehmer in 14 Teilprojekte mit jeweils 50 Teilnehmer aufgeteilt, von denen 250 Personen für die Abgabe von Heroin, 250 für Morphin und 200 für intravenöses Methadon vorgesehen waren. Es zeigte sich sehr rasch, dass zwar Heroin gut vertragen wurde, injizierbares Morphin aber oft zu schweren Histamin-Reaktionen führte. Auch bei injizierbarem Methadon ergaben sich eine Reihe von Problemen, die vor allem mit der Injiziertechnik zusammenhingen (MOLDOVANYI, LADEWIG et al. 1996).

Wegen der häufig auftretenden Nebenwirkungen und der schlechten Akzeptanz der Abhängigen betreffend intravenösem Morphin und intravenösem Methadon beschloss der Bundesrat am 30. Januar 1995 die Zahl der Heroinverschreibungen von 250 auf 500 Personen anzuheben.

Damit ergab sich eine Änderung dem ursprünglichen Protokoll gegenüber, in dem Sinne, dass die ursprünglich geplante Kohortenstudie mit der Zielsetzung des Vergleiches der Substanzen nicht durchgeführt werden konnte. Aufgrund der ersten ermutigenden Befunde der Forschungsbeauftragten und aus den einzelnen Projekten in Bezug auf die heroingestützte Behandlung wurden die Kontingente für Morphin und intravenöses Methadon verringert und diejenigen für Heroin von 250 Plätzen auf 500 Behandlungsplätze erhöht (Schweizerischer Bundesrat 1996), danach von 500 auf 800 Plätze (Schweizerischer Bundesrat 1997). Danach wurden zunächst keine weiteren Probanden mehr in den Versuch einbezogen. Bis zur Beendigung des Versuches im Jahre 1998 waren insgesamt 1.146 Patienten in den Versuch eingebunden.

Ab März dieses Jahres wurden im Rahmen der Untersuchung neuer Fragestellungen wieder Patienten aufgenommen.

Es wurde 1998 nach Vorliegen der entsprechenden gesetzlichen Grundlagen die zahlenmäßige Einschränkung auf eine bestimmte Anzahl von Behandlungsplätzen für die heroingestützte Behandlung ganz aufgehoben (Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft 1998). Dieser Schritt wurde möglich, weil sich einerseits zeigte, dass die positiven Behandlungsergebnisse längerfristig anhielten – namentlich gute Haltequote, Reduktion des illegalen Konsums von Heroin und Kokain, Verbesserung der gesundheitlichen Situation und verbesserte soziale Integration. Auf der anderen Seite wurde aber auch deutlich, dass der „Sturm“ auf diese sehr intensive Betreuung mit dreimal täglicher Präsenz im ambulanten Zentrum sehr verhalten war und nicht zu einem generellen Massenandrang von Patienten führte (UCHTENHAGEN, GUTZWILLER et al. 1997).

Die Vergabestellen öffneten mehrmals am Tag und so stand es den Projektteilnehmern frei, wie oft sie am Tag für eine Injektion erscheinen wollten. Gespritzt wurde von den Klienten selbst vor Ort unter fachkundiger Aufsicht. Die zuverlässigen Klienten bekamen auch „Heroin Reefers“ mit nach Hause, um ein geregeltes Alltagsleben nicht unterbrechen zu müssen.

Hinsichtlich der Dosierung des ärztlich verschriebenen Heroins wurde angegeben, dass im Durchschnitt eine Tagesdosis von 500 mg injizierbaren Heroin (REHM et al., 2001) beziehungsweise von 1000 – 1850 mg für das Rauchen von Heroinzigaretten (UCHTENHAGEN et al., 1997) verabreicht wurde. Diese hohe Dosis im Falle des Rauchens ergab sich aus der geringen biologischen Verfügbarkeit des Heroins bei dieser Einnahmeform.

### ***Die regionale Verteilung:***

In der ersten Phase wurden in der Schweiz im Zeitraum 1994 bis 1996 in 15 Städten wissenschaftliche Versuche mit der ärztlichen Verschreibung von Heroin, Morphin und injizierbarem Methadon durchgeführt. Behandelt wurden mit diesem Versuchsprogramm in diesem Zeitraum 1035 Drogenabhängige.

Bis Juni 1997 wurde das Projekt in 17 verschiedenen Pilotversuchen realisiert:

„Lifeline/Crossline“ in Zürich; „Zokl 2“ in Zürich; Heroinabgabe Zürcher Oberland Uster; „PROMI“ in Fribourg; „Projekt >H<“ in Thun; „Gourrama“ in Solothurn; „Ikarus“ in Winterthur; „Suprax“ in Biel; „Zopa“ in Zug; „Drop-in“ in Luzern; „Peps“ in Genf; „DBB“ in Horgen; „HEROL“ in Olten; „Janus“ in Basel; „MSH1“ in St. Gallen; „Koda 1“ in Bern; sowie das Pilotprojekt „KOST“ in der Strafanstalt Oberhausen (vgl.: UCHTENHAGEN 1997), das heißt, dass sich in den Jahren 1994 – 1998 folgende Städte an dem Projekt beteiligten:

Basel, Bern, Biel, Fribourg, Genf, Horgen, Luzern, Olten, Solothurn, St. Gallen, Thun, Winterthur, Zürich und Zug, sowie die Strafanstalt Oberschöngrün im Kanton Solothurn.

### 4.1.3.3. Begleitforschung

Um die wissenschaftlichen und medizinisch-praktischen Ziele überprüfen zu können, bedurfte es des Einsatzes einer Vielzahl von wissenschaftlichen Disziplinen. Dabei haben, wohl auch einmalig in der Geschichte der schweizerischen Forschung, sehr unterschiedliche Bereiche, zum Teil in Konkurrenz zueinander, synergetisch oder in wohlwollender Duldung, an diesem Projekt mitgearbeitet. Diese verschiedenen Zugänge waren notwendig, weil die Forschung zu Heroin in den letzten 50 Jahren so stark tabuisiert war, dass auf keinem Gebiet gesicherte Ergebnisse neueren Datums für den Menschen vorlagen. In der Folge wird eine Übersicht über die vielfältige Begleitforschung zu den Schweizer Versuchen zur HeGeBe geboten:

#### 4.1.3.3.1. Substanzforschung

Das Kenntnisdefizit betraf die Substanz Heroin selbst und Aspekte, die mit deren Wirkung zusammenhängen (wie aus der nachfolgenden *Tabelle* abzulesen ist).

***Tabelle Substanzforschung: Übersicht über die einzelnen Forschungsthemen***

<b>Forschungsbereich</b>	<b>Publikationen</b>
Stabilität	(BRENNEISEN, GYR et al. 1998)
Analytik	(BRENNEISEN, BOURQUIN et al. 1997)
Metabolisierung	(BRENNEISEN, GYR et al. 1998; STOHLER 1999)
Galenische Formen (intravenös, Tabletten oral, Tabletten retard, Zäpfchen, Inhalation, Zigaretten)	(BRENNEISEN, BOURQUIN et al. 1997)
Wirkung auf geschädigte Organe (Leber, Nieren)	(SEIDENBERG & HONEGGER 1998)
Fahrtüchtigkeit	(LADEWIG 2001)
Unterscheidung des verschriebenen Heroins von Straßenheroin	(BRENNEISEN, LEHMANN et al. 1998)
Monitoring der Kurz- und Langzeitwirkung	(STEFFEN, GASSER et al. 1998)
Auswirkung der Hypoxie (Sauerstoffabfall im Blut)	(HUG, STOHLER et al. 1997)
Vergleich mit anderen Substanzen	(LADEWIG und KURY 1997)

Neben dieser pharmazeutischen/pharmakologischen Betrachtung standen im medizinischen Bereich Infektiologie und Allgemeinmedizin, Psychiatrie und Neuropsychiatrie, vor allem mit bildgebenden Verfahren, im Vordergrund.

#### 4.1.3.3.2. Medizinische Forschung

Entsprechend der hohen Krankheitsbelastung der opiatabhängigen Klientel wurde den unterschiedlichsten medizinischen Krankheitsbildern und Problemen viel Aufmerksamkeit gewidmet. Das Monitoring infektiologischer Probleme bei dieser Kohorte wurde mit Hilfe spezieller Studien angegangen (siehe *Tabelle*). Auch die Somatik war und ist mit umfangreichen Forschungsarbeiten zu Subkohorten vertreten. Eine anfangs stark

unterschätzte Dimension betrifft die Psychiatrie- und die Behandlungsforschung. In diesem Kontext überraschte der hohe Anteil von Doppeldiagnosen, aber auch der adäquate Umgang mit vorbestehenden Epilepsien erwies sich als wichtiges Thema. Hier ist eine Vielzahl von Spezialstudien in Bearbeitung.

***Tabelle Medizinische Forschung: Übersicht über die einzelnen Forschungsthemen***

<b>Forschungsbereich</b>	<b>Publikationen</b>
Infektiologie	(RYSER 1999)
HIV-Status	(STEFFEN 1998)
HIV-Konversionen	(STEFFEN, GASSER et al. 1998)
Hepatitis	(STEFFEN, UCHTENHAGEN et al. 1998)
Andere Infektionen	(STEFFEN 1998, GASSER 1998)
Immune-enhancement/repression	(LICHTENSTEIGER 1997)
<b>Somatik</b>	
Allgemeinbefinden	(LADEWIG 1999)
Gesundheitsverhalten	(FREI, STEFFEN et al. 1998)
Verschiedene Erkrankungen	(STEFFEN 1998; KÜMMERLE 1998)
Chronische Erkrankungen	(STEFFEN & GASSER 1999)
Schwangerschaft	(GEISTLICH 1996)
Entwicklung der Neugeborenen	(GEISTLICH 1996)
Todesfälle	(RYSER, STEFFEN et al. 1997)
<b>Psychiatrie</b>	
Anamnese	(DOBLER-MIKOLA 1998)
Verlauf	(UCHTENHAGEN 1998)
Katamnese	(UCHTENHAGEN et al. 1999)
Psychisches Befinden	(LADEWIG 1999)
Behandlungsstrategien	(UCHTENHAGEN, DOBLER-MIKOLA et al. 1999)
Doppeldiagnosen (Psychosen, Depressionen, Persönlichkeitsstörungen)	(STEFFEN, KAUFMANN et al. 1999)
Neuropsychiatrie	(SCHLAEPFER et al. 1999)
Epilepsien	(HUG 1997)
Mehrfachkonsum	(SEIDENBERG & HONEGGER 1998)
Vergleich mit anderen Behandlungsformen	(DOBLER-MIKOLA 1998)

#### 4.1.3.3.3. Sozialwissenschaftliche und ökonomische Forschungsthemen

Die Resultate der sozialwissenschaftlichen und ökonomischen Forschung wurden vielerorts publiziert. In diesem Forschungsbereich ging es nicht nur darum, die Public-Health-Aspekte dieses Programms, sondern auch weitergehende Auswirkungen, sogenannte „spin offs“, zu überprüfen (vgl. *Tabelle*). Über die projekt- und patientenbezogene Forschung hinaus wurde auch eine Reihe von Forschungsarbeiten zum gesellschaftlichen Umfeld dieses Programms vorgenommen, insbesondere über die veröffentlichte Meinung und die Art, wie informiert wurde und welche Einstellungen zu diesem Programm bestanden.

**Tabelle: Sozialwissenschaftliche und ökonomische Forschung**

<b>Forschungsbereich</b>	<b>Publikationen</b>
<b>1. Soziale Integration</b>	
Tagesstruktur	(UCHTENHAGEN, DOBLER-MIKOLA et al. 1999)
Arbeit	(UCHTENHAGEN, GUTZWILLER et al. 1998)
Wohnen	(UCHTENHAGEN, GUTZWILLER et al. 1996)
Soziales Netzwerk	(DOBLER-MIKOLA 1998)
<b>2. Kriminologie</b>	
Legalverhalten	(KILLIAS 1998)
Validität selbstberichteter Delinquenz	(KLÄR 1994; AEBI 1999; KILLIAS 1994)
Verzeigungen und Verurteilungen	(KILLIAS 1998)
Opfererfahrungen	(KILLIAS & RABASA 1997; KILLIAS, RIBEAUD et al. 1999)
<b>3. Ökonomische Analyse</b>	
Kostenanalyse	(ROSSIER-AFFOLTER 1996; FREI, GREINER et al. 1997)
Kosten-Nutzen-Abklärung	(FREI, STEFFEN et al. 1998)
Wirtschaftlichkeit im Vergleich zu anderen Behandlungsangeboten (Methadon, stationär)	(FREI & GREINER 1999)
<b>4. Evaluation</b>	
Heroinverschreibung im Gefängnis	(NELLES et al. 1997; KAUFMANN & DOBLER-MIKOLA 1997)
Machbarkeit der Projekte	(UCHTENHAGEN, GUTZWILLER et al. 1995)
Vergleich der Projekte untereinander	in Bearbeitung
Qualitätssicherung in den Projekten	in Bearbeitung
WHO-Evaluation	(External Evaluation Panel, ALI et al. 1999; ZELTNER 1999)
<b>5. Gesellschaftsbezogene Forschung</b>	
Analyse der veröffentlichten Meinung	(BOLLER & CORAY 1997)

Analyse der Drogenpolitiken	(KLINGEMANN 1998; GERVASONI, DUBOIS-ARBER et al. 1996; FAHRENKRUG 1997; NADELMANN 1995; CATTACIN, LUCAS et al. 1999; REUTER & MACCOUN 1998)
Auswirkungen auf Quartier und Umfeld	(RONCO, BERGER HOINS et al. 1999; KÜBLER 1998)
Rechtsetzung und Rechtsprechung	(CESONI 1996)

Daneben gibt es noch eine große Anzahl kleinerer Arbeiten, die an anderer Stelle dokumentiert sind (RIHS-MIDDEL & EPPLER 1999).

Obwohl die Forschung zur PROVE und HeGeBe sich eines außerordentlichen öffentlichen Interesses erfreute, und obwohl die Heroinverschreibung als solche exemplarisch stehen kann für eine große Beteiligung vieler Kreise an einem innovativen Programm, muss festgehalten werden, dass im Rahmen der Drogenproblematik die Forschung bezüglich finanzieller Dotierung einen sehr bescheidenen Platz einnimmt. Aufgrund des schweizerischen Forschungsgesetzes sollten 7 bis 10 % des Budgets in einem bestimmten Bereich für Forschung und Entwicklung eingesetzt werden. Dies trifft aber für die Ausgaben der öffentlichen Hand für den Drogenbereich nicht zu.

Nach wie vor ist die Repression derjenige Interventionssektor, der die höchste gesellschaftliche Wertschätzung in Form von monetären Zuwendungen erfährt, wie aus der nachfolgenden *Tabelle* zu ersehen ist. Von den gesamten Forschungskosten entfallen auf die Heroinforschung seit 1992 im Durchschnitt 600.000 sFr. im Jahr (Bundesamt für Gesundheit 1997, Bundesamt für Gesundheit 1998).

***Tabelle: Geschätzte Ausgaben der öffentlichen Hand im Jahr 1995 zur Verminderung der Drogenprobleme (einschließlich Krankenkassen)***

<b>Interventionsbereich</b>	<b>Millionen sFr.</b>
Repression	~ 500
Therapie	~ 260
Schadensminderung	~ 190
Prävention	~ 34
Forschung allgemein (davon PROVE)	~ 16 (0.6)
TOTAL	~ 1.000

Dieser geringe Mitteleinsatz für die Forschung wurde nur ermöglicht durch das intensive Engagement vieler Personen, deren Einsatz unentgeltlich erfolgte.

Große Anstrengungen waren nötig, um die Zuverlässigkeit und Qualität der Daten zu sichern. Dies blieb nicht ohne Effekt auf die Beziehung zwischen Forschung und Praxis.

#### **4.1.3.4. Die Ergebnisse der Versuchsphase**

##### **4.1.3.4.1. Der Schweizer Synthesebericht**

1997 veröffentlichten UCHTENHAGEN, GUTZWILLER und DOBLER-MIKOLA die Ergebnisse des Experiments. In der Folge werden wichtige Ergebnisse kurz dargestellt.

##### ***Klientencharakteristika:***

Die Merkmale der mit dem Angebot einer heroingestützten Behandlung tatsächlich erreichten Personengruppe (bei Eintritt in den Jahren 1994 und 1995) sind im Synthesebericht PROVE (UCHTENHAGEN et al. 1997) präzise beschrieben. Die Patienten sind bei Behandlungseintritt durchschnittlich 30,8 Jahre alt, häufiger männlich (70 %), im Mittel seit 10,5 Jahren heroinabhängig, haben zu 49 % eine instabile Wohnsituation, keine oder nur temporär (inkl. Rente und Haushalt) Arbeit (84 %), haben engen Kontakt zur Drogenszene (39 %), haben illegale Einkünfte oder «Grauzoneneinkommen» (68 %), sind hoch verschuldet (58 %), wurden verurteilt oder mussten Haftstrafen absitzen (84 %), haben kein gutes Beziehungsnetz (60 %) und konsumieren zum Teil neben dem Heroin täglich andere legale und illegale Rauschmittel. Dabei konsumierten 68 % täglich Kokain in verschiedenen Applikationsformen und mehr als die Hälfte trank täglich Alkohol. 42 % wiesen einen täglichen Benzodiazepinkonsum auf. Die Hälfte hatte eine Langzeittherapie abgeschlossen und 88 % waren mehrfach erfolglos in Entzugsbehandlungen gewesen. Rund 91 % der Teilnehmer waren bereits zu einem früheren Zeitpunkt mit Methadon substituiert worden. Über 60 % hatten innerhalb des letzten halben Jahres ärztliche Hilfe in Anspruch genommen; von dieser Gruppe waren 76 % mit einer Hepatitis und 23 % mit HIV infiziert. Psychopathologische Merkmale wiesen über 40 % auf und nahezu die Hälfte der Patienten war bereits in stationärer psychiatrischer Behandlung gewesen. Hinzu kommen die gesundheitlichen Folgen des jahrelangen Konsums illegaler Drogen wie: HIV-Positivität (15 %), IV-Rente wegen Krankheitsgründen (18 %), schlechter psychischer Gesundheitszustand (41 %). Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die heroingestützte Behandlung „... eine Gruppe von Heroinabhängigen erreicht hat, die eine lange Suchtkarriere und vielfältige gesundheitliche und soziale Defizite aufweisen. Sie sind im überdurchschnittlichen Masse straffällig und behandlungsbedürftig geworden.“ (UCHTENHAGEN et al. 1997).

##### ***Versuchsziel 1 – Attraktivität des Projektes für die Zielgruppe:***

Dieses wesentliche Ziel des Projekts schien erreicht. Es gelang, Patienten, die in anderen Formen der Behandlung nicht zu halten waren, oder Patienten, die mehrere erfolglose Behandlungsversuche hinter sich hatten, dazu zu bewegen, sich einer strukturierten Behandlung zu unterziehen. Aufgrund der allgemeinen Behandlungsforschung im Suchtbereich gilt dies als ein erster Erfolg hinsichtlich schwer zugänglicher Populationen.

##### ***Versuchsziel 2 – Haltequote:***

Als zweiter wichtiger Aspekt der Wirksamkeit wurde die vergleichsweise hohe Haltequote bei Patienten gefunden, die an einer heroingestützten Behandlung teilnehmen. Die Haltequote gilt in der Behandlungsforschung im Suchtbereich als Grundvoraussetzung für Erfolg versprechende Behandlung und Betreuung. Diese Quote – bezogen auf alle in den Versuch aufgenommenen Teilnehmern – lag im Juni 1995 bei 73 %, wobei 82 % länger als ein halbes Jahr am Projekt teilnahmen. Sie betrug 89 % nach 6 Monaten und 79 % nach einem Beobachtungszeitraum von 18 Monaten. Von den 1.146 Personen, die an diesem Versuch teilnahmen, sind lediglich 84 Personen ausgeschieden, bevor die Daten vollständig erhoben werden konnten. Die Hauptgründe für die Ausstiege aus den Versuchen waren die Aufnahmen in andere Behandlungs- und Therapieformen (49 %) sowie die psychische

Labilität vieler Teilnehmer, die sich nicht in der Lage fühlten den üblicherweise gestellten Anforderungen gerecht zu werden. Hinsichtlich des Wechsels in andere Behandlungsformen zeigte sich, dass eine Abstinenzbehandlung von den entsprechenden Patienten nach durchschnittlich 320 Tagen in Erwägung gezogen wurde, während eine Methadonsubstitution bereits nach 241 Tagen angestrebt wurde.

Mit diesem Ergebnis weist die heroingestützte Behandlung im gesamten Bereich der Behandlungen von Abhängigen illegaler Drogen die höchsten Haltequoten absolut gesehen aus.

### ***Versuchsziel 3 – Verbesserung in wichtigen ergebnisorientierten Variablen:***

#### *Suchtverhalten und Beikonsum:*

Das heroinspezifische Suchtverhalten der Delinquenten änderte sich während des gesamten Versuches. Im ersten halben Jahr des Versuchsverlaufes ging der Heroinkonsum drastisch zurück. Auch in der darauffolgenden Zeit zeichnete sich ein stetiger Rückgang der Konsummenge ab. Der Kokainkonsum nahm überraschender Weise ebenfalls deutlich ab. Ähnlich wie beim Heroinkonsum war auch in dieser Hinsicht während der ersten sechs Monate ein schnellerer Rückgang zu verzeichnen als in der verbleibenden Zeit. Insgesamt war aber ein signifikanter Rückgang des Konsums von Drogen legaler oder illegaler Natur festzuhalten. Die heroingestützte Behandlung erwies sich insofern als sehr wirksames Mittel, um den illegalen Beikonsum von illegalem Straßenheroin praktisch auszuschalten und denjenigen von Kokain stark zu senken. Durch den Rückgang des illegalen Heroin- und Kokainkonsums wurde das Risiko einer HIV- oder Hepatitis- Infektion minimiert.

#### *Gesundheitszustand:*

In einem Beobachtungszeitraum von 18 Monaten gelang es, den Gesundheitszustand sowohl für die physische als auch für die psychische Gesundheit markant zu verbessern.

Der *körperliche Gesundheitszustand* der Teilnehmer änderte sich deutlich in die erwünschte Richtung. Nicht nur die konsumbedingten Hauterkrankungen, sondern ausnahmslos alle gesundheitlichen Beschwerden nahmen ab. So ging beispielsweise die Zahl der untergewichtigen Personen von anfänglich 35 % auf 23 % zurück, wobei die Gruppe derer, die nach 18 Monaten noch zu wenig Gewicht aufwiesen, zu einem überwiegenden Teil HIV infizierte Personen einschloss.

Der *psychische Gesundheitszustand* verbesserte sich ebenfalls erheblich. Die Zahl derer, die bei Eintritt in einem schlechten psychischen Zustand waren, halbierte sich während der 18 Monate.

Im Verlauf der Versuchsreihe kam es nach Injektionen vermehrt zu epileptischen Anfällen, deren Häufigkeit jedoch über die gesamte Versuchsdauer stetig abnahm. Hieraus konnten wichtige Schlüsse über Zusammenhänge von epileptischen Störungen und Opiatapplikationen gezogen werden.

#### *Soziale Integration:*

Auch im sozialen Bereich konnte die Versuchsreihe Erfolge verbuchen. Schon innerhalb der ersten sechs Monate ging die Obdachlosigkeit von 12 % auf 2 % zurück, was im absoluten Gegensatz zur üblichen Entwicklung der Wohnsituation von Abhängigen stand. Innerhalb eines Jahres spielte Obdachlosigkeit für nahezu keinen der Patienten mehr eine Rolle. Die Anzahl derer, die in einer stabilen Wohnsituation lebten, stieg während des gesamten Versuches stetig an.

Auch die Arbeitssituation veränderte sich signifikant. Die Arbeitslosigkeit der Patienten ging um mehr als 50 % zurück. Auch hier stellte sich die Verbesserung der Situation schon in den

ersten sechs Monaten ein, wodurch es einem erheblichen Teil der Teilnehmer möglich war, in den Jahren des Rauschmittelkonsums angehäufte Schulden abzubauen. Nach den 18 Monaten der Versuchsdauer waren mehr als doppelt so viele Versuchsteilnehmer schuldenfrei als zu Versuchsbeginn. Bei allen anderen Versuchsteilnehmern verringerten sich die Schulden. Durch psychosoziale Beratungen wurde bei 27 % der Patienten eine Rentenbedürftigkeit festgestellt. Zu Beginn erhielten lediglich 18 % der Patienten Rente; es gelang aber stark verwahrloste Personen in das öffentliche Sozialhilfesystem einzuschleusen. Bezüglich Sozialhilfe trat aber eine gewisse Kompensation ein, da es auch gelang, die Abhängigkeit von öffentlicher Sozialhilfe für einen Teil der Patienten zu reduzieren. Die Veränderung der sozialen Kontakte ließ sich unter den gegebenen Bedingungen nicht kontrollieren. Nach Angaben der Betroffenen verringerte sich jedoch bei den meisten der Kontakt zu Personen, die ebenfalls Drogen konsumieren, woraus sich schließen lässt, dass in der Versuchszeit Kontakte zu nicht Abhängigen vermehrt gepflegt wurden.

#### *Delinquenz:*

Die Erfassung der Veränderungen im Delinquenzverhalten fußen sowohl auf Klientenbefragung, wie auch auf der Kontrolle dieser Angaben durch Einsichtnahme in das Zentralstrafregister in Bern und die jeweiligen Polizeiregister der betroffenen Kantone. Schon innerhalb des ersten Behandlungsjahres verminderte sich die Zahl derer, die sich durch illegale Aktivitäten Geld verschafften. Das Einkommen aus illegalen Quellen reduzierte sich von 70 % bei Eintritt auf 10 % nach 18 Monaten. Diese selbst berichteten Daten wurden ebenfalls von Polizeidaten und gerichtlichen Verurteilungen bestätigt. Diese günstige Tendenz verbesserte sich auch im weiteren Verlauf des Versuches. Nach 18 Monaten der Versuchsreihe waren nur noch 1/7 der zu Beginn in illegale Aktivitäten Verwickelten auch weiterhin illegal tätig. Die Anzahl der delinquenzfreien Personen stieg während der 18 Monate um 20 % auf 75 %. Sowohl Bagatelldelikte als auch andere Delikte nahmen in signifikantem Maße ab. Lediglich die Zahl der Körperverletzungen stieg leicht an. „Die Heroinvergabe wird aufgrund dieser Ergebnisse als eine außerordentlich erfolgreiche Einzelmaßnahme im Bereich der Kriminalitätsprävention bei Drogenabhängigen bezeichnet.“ (UCHTENHAGEN, Synthesebericht, S 86)

#### *Gesundheitsprophylaxe:*

Ein vierter Gesichtspunkt, der für den Public-Health-Bereich nicht unerheblich ist, betrifft die verbesserte Prävention übertragbarer Krankheiten. Es konnte eine wirksame HIV-Prophylaxe durchgeführt werden. Die Prävention von Hepatitisinfektionen durch entsprechende Impfungen und Informationen lief zögerlich an, aber auch hier zeigte sich, dass die gute Einbindung der Patienten zu einer akzeptablen Durchimpfungsrate führte. Außerdem zeigte sich, dass im Rahmen der heroingestützten Behandlung HIV-infizierte Personen besser medizinisch versorgt werden konnten.

Die Abschätzung der Frage, inwieweit es in den Behandlungszentren gelang, die schwer abhängigen Personen im Beobachtungszeitraum zu einem suchtfreien Lebensstil zu führen, ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt verfrüht. Jedoch zeigt sich, dass nach 18 Monaten von den insgesamt 353 Patienten, die das Projekt verlassen haben, sich zirka zwei Drittel einer anderen Behandlung zuwandten, sei es einer Methadonbehandlung, einer abstinenzorientierten Langzeitbehandlung oder einer Entzugsbehandlung. Während der Beobachtungszeit sind keine Todesfälle beobachtet worden, die in einen direkten Zusammenhang mit der Behandlung zu bringen sind. Insgesamt verstarben bis zur Beendigung des Forschungsprojektes 36 Patienten, davon der überwiegende Teil erst nach dem Austritt aus dem Projekt. Damit bewegt sich die Zahl der Todesfälle der beobachteten

Kohorte an der unteren Grenze dessen, was normalerweise für Drogenabhängige beobachtet wird.

#### **Schlussfolgerungen:**

Diese Angaben weisen darauf hin, dass unter den gegebenen Rahmenbedingungen und mit den gegebenen Indikationskriterien die heroingestützte Behandlung in der Schweiz für die anvisierten Behandlungsziele wirksam ist. Die Autoren des Syntheseberichts zogen den Schluss, dass die heroingestützte Behandlung für ein bestimmtes, definiertes Klientel von langjährig Heroinabhängigen, die mehrfach gescheiterte Behandlungsversuche hinter sich haben und im körperlichen, psychischen und sozialen Bereich Defizite aufweisen, sowohl machbar wie auch sinnvoll ist.

Die Autoren vertraten die Auffassung, dass die Größe dieser Gruppe von Schwerabhängigen als Teil der heroinkonsumierenden Population in der Schweiz schwierig abzuschätzen ist. Es ist nicht möglich, die Anzahl der in eine heroingestützte Behandlung aufzunehmenden Personen festzulegen, da allein medizinische und soziale Kriterien über die Zulassung entscheiden. Gestützt auf die bisherigen Erfahrungen ist jedoch nicht damit zu rechnen, dass mehr als 3–4 % der geschätzten 30.000 regelmäßig harte Drogen Konsumierenden in der Schweiz für diese Behandlung in Frage kommen.

#### **4.1.3.4.2. Bericht der externen Expertenkommission zur Beurteilung der schweizerischen wissenschaftlichen Studien über die ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln an Drogenabhängige**

Es wurde bereits erwähnt, dass aufgrund von Bedenken, die der International Narcotics Control Board (INCB) 1994 geäußert hatte, interne und externe Beratergremien der WHO und der UNO gebildet wurden, die in drei Phasen ein Gutachten erstellten. Dabei wurden die folgenden endgültigen Ergebnisse erarbeitet:

Die Experten gingen davon aus, dass anders als in vielen anderen Ländern, sich das Schweizer Drogenhilfesystem auf sehr hohem Niveau befindet, wozu unter anderem auch eine qualifizierte Methadonsubstitution gehört. Es wurde die strenge wissenschaftliche Überwachung durch unterschiedlichste Stellen des Heroinvergabeversuchs festgestellt und ausdrücklich für gut befunden. Sämtliche Todesfälle der Teilnehmer wurden genauestens geprüft und bei keinem konnte ein Zusammenhang mit der Art oder der Qualität des Versuches hergestellt werden.

Ferner blieb zu vermerken, dass die Zielsetzungen der Schweizer Behörden andere waren, als diejenigen, die zu einem späteren Zeitpunkt aus internationaler Sicht interessierten. Die geplante prospektive Therapiestudie, die ursprünglich dafür konzipiert war, den Einfluss der verschiedenen Interventionen zu erfassen, konnte diese Variable letztendlich nicht mit Sicherheit aufklären, da die geplanten drei Versuchstypen (doppel-blind, nicht blind, Randomisierung und individuelle Indikation) sich in offene Beobachtungsstudien entwickelten, bei der alle am Versuch beteiligten Personen wussten, an welcher pharmakologischen Therapie der jeweilige Patient teilnahm.

Die Modifikation dieses ursprünglichen Ansatzes ist zum Beispiel auf die Rekrutierungsschwierigkeiten von Probanden für die Therapiegruppe mit nicht-injizierbarem Heroin zurückzuführen. Durch diese Modifikation wird ein zuverlässiges Testergebnis beeinträchtigt.

Das Gutachtengremium sah diese Auswertung dennoch als ersten Schritt an, da der Versuch schließlich an vielen Orten, obgleich ohne standardisiertes Protokoll, durchgeführt wurde. Eine vorübergehende Auswertung der toxischen und pharmakologischen Effekte wurde jedoch vorgelegt. Eine wichtige Erkenntnis ist hierbei der begrenzte klinische Wert der

heroinimprägnierten Zigaretten, aufgrund ihrer geringen Bioverfügbarkeit. Ferner wurde festgehalten, dass gerade die älteren, langjährigen Konsumenten, die mehrere gescheiterte Therapieversuche hinter sich hatten und weniger gut sozial integriert waren, von der Heroinverschreibung am besten erreicht wurden.

Das externe Gutachtengremium kam in seinen Schlussfolgerungen zu dem Ergebnis, dass die Verbesserung der gesundheitlichen und sozialen Situation der Patienten nicht eindeutig der Heroinverschreibung oder der Zusatzbehandlung zugewiesen werden kann. In Methadon oder anderen oralen Opiaten sahen die Sachverständigen die Hauptalternative zu intravenösem Heroin. Folglich liegt angesichts der Schweizer Studie nahe, dass gerade für Patienten, die bei einer Methadonsubstitution scheiterten, eine Heroinvergabe eine echte Alternative darstellt.

Das externe Gutachtengremium kam unter Zuhilfenahme der Studienautoren zu den Schlüssen, dass

- a. es möglich sei, ein Heroinverschreibungsprogramm unter besonderen Kontrollbedingungen durchzuführen;
- b. bei den Teilnehmern eine Verbesserung des Gesundheitszustands, eine soziale Integration sowie eine Abnahme des Delinquenzverhaltens zu erwarten sei;
- c. die Haltequote bei derartigen Programmen durchaus positiv sei (66 % nach sechs Monaten) und dadurch Patienten erreicht werden können, die von anderen Programmen nicht erreicht werden.

Es wurde jedoch bemerkt, dass es nicht möglich sei, bei den veranschlagten Patientenkosten von 18.600 sFR. pro Patientenjahr die Kosteneffektivität zu bestimmen und Differentialindikatoren für eine Heroinverschreibung anzugeben.

Damit ist die Zusammenfassung des Berichtes der WHO-Expertenkommission wiedergegeben, der bestimmte Ergebnisse und Interpretationen des Schweizer Syntheseberichtes relativierte und insofern Bedeutung gewann, als sich spätere Versuche mit HeGeBe im internationalen Raum an der Kritik orientierten, die in ihm geäußert wurde. Wegen dieser Bedeutung und weil er immer wieder von Gegnern der HeGeBe benutzt wird, um auf die Schwächen der Schweizer Versuche hinzuweisen und die gesamte Methode zu diskriminieren, wird der Bericht in der Folge in extenso wiedergegeben.

### ***Das Gutachten der WHO-Expertenkommission***

*Die Expertenkommission wurde von der WHO einberufen und organisiert, führte ihre Untersuchung jedoch unabhängig durch. Als Mitglieder dieser Externen Beurteilungskommission fungierten:*

*Robert Ali*

*Marc Auriacombe*

*Miguel Casas*

*Linda Cottler*

*Michael Farrell*

*Dieter Kleiber*

*Arthur Kreuzer*

*Alan Ogborne*

*Jürgen Rehm*

*Patricia Ward*

*Die oben erwähnten Experten vertraten sich selbst und nicht ihre Regierungen oder ihren Arbeitsort. Die in dem erstellten Bericht geäußerten Ansichten sind diejenigen der Autoren und geben nicht die Haltung der Weltgesundheitsorganisation wieder.*

### **Zusammenfassung der leitenden Experten:**

*Dieses Dokument präsentiert den Bericht über die externe Bewertung der Schweizer wissenschaftlichen Studien zur ärztlichen Verschreibung von Betäubungsmitteln an Drogenabhängige, die in drei Phasen zwischen 1995 und 1998 durchgeführt wurden. Die Schweizer wissenschaftlichen Studien werden im folgenden als Schweizer Studien bezeichnet.*

- Die Schweizer Studien wurden in den frühen 90er-Jahren konzipiert und eingeleitet als Antwort auf die lokal schwierige Situation ganzer Gruppen von Drogenabhängigen, die offenbar auf die damals verfügbaren Behandlungen nicht ansprachen oder zu einer verbindlichen Teilnahme nicht in der Lage waren.*
- Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) und das Forschungsteam entschieden sich für eine direkte Beobachtungsstudie zur Abschätzung folgender Aspekte: Durchführbarkeit der Verschreibung von Heroin und anderen Opiaten; Eignung dieser Behandlungsmethode für Heroinsüchtige nach Versagen anderer Behandlungen; Messung der Auswirkungen einer derartigen Behandlung auf die Gesundheit und die soziale Funktion.*
- Im Unterschied zu den Drogen-Behandlungssystemen in den meisten Ländern ist dasjenige der Schweiz mit reichlichen Mitteln ausgestattet: Es gibt zahlreiche drogenfreie stationäre und ambulante Therapieplätze sowie ein gut ausgebautes Netz zur oralen Methadonbehandlung.*
- Die Schweizer Studien wurden durch örtliche kantonale und eidgenössische Behörden sowie durch Forscher des Instituts für Gesellschaftsforschung engmaschig überwacht. Die Untersuchung der Berichte aller Todesfälle ergab in keinem Fall einen Zusammenhang mit der Art oder Qualität der Behandlung, allerdings wurden diese Berichte nicht durch die externen Experten unabhängig überprüft.*
- Die Fragestellungen und Prioritäten der Schweizer Behörden zu Beginn des Projekts waren andere als später auf internationaler Ebene. Der definitive Studienplan sah eine prospektive, ergebnisorientierte Studie vor. Sie sollte die Auswirkungen der Intervention messen, konnte aber nicht die Wirksamkeit einer Intervention im Vergleich zu anderen Interventionen bestimmen.*
- Die Schweizer Studien konnten nicht untersuchen, ob Verbesserungen des Gesundheitszustandes oder des sozialen Verhaltens der Teilnehmer/innen auf die Heroinverschreibung als solche oder auf das Behandlungsprogramm insgesamt zurückzuführen waren. Dementsprechend war es aus streng methodologischer Sicht nicht möglich, schlüssige Resultate hinsichtlich der zu erforschenden Frage zu erhalten: Ist die Heroinverschreibung kausal verantwortlich für Verbesserungen des Gesundheitszustandes oder der sozialen Funktion der Studienteilnehmer?*
- Die externe Evaluation bestätigte die Schlussfolgerungen der Studien:*
  - 1. Ein Programm für intravenöse Heroinbehandlung ist unter engmaschiger Kontrolle medizinisch machbar. Dabei wird das ärztlich verordnete Suchtmittel an Ort und Stelle, in sicherer, klinisch verantwortlicher und für die Gesellschaft akzeptabler Weise injiziert.*
  - 2. Nach Angaben der Teilnehmer verbesserte sich ihr Gesundheitszustand und ihre soziale Funktion und verminderte sich ihr kriminelles Verhalten und der von ihnen deklarierte Konsum illegalen Heroins.*
- Hinsichtlich spezifischer Vorteile eines kurz wirksamen Opiates gegenüber anderen ist nach wie vor Skepsis angebracht. Weitere Studien sind erforderlich, um Unterschiede in der Wirkung verschiedener Opiate objektiver zu erfassen.*

### **Hintergrund:**

*Die Opiat-Substitution zur Behandlung der Heroinabhängigkeit und anderer Formen der Opiatsucht ist umstritten und war Gegenstand umfangreicher Beurteilungen. Gemäß dem 30. Bericht des Expertenkomitees für Drogenabhängigkeit (WHO 1998) sind die*

*hauptsächlichen Behandlungsziele der Opiatabhängigkeit ähnlich wie bei anderen Behandlungsformen der Drogenabhängigkeit:*

- Verminderung der Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen;*
- Verminderung von Morbidität und Mortalität, die durch Verwendung psychoaktiver Substanzen verursacht werden oder damit in Zusammenhang stehen;*
- Bestmögliche Entwicklung der körperlichen, geistigen und sozialen Fähigkeiten der Drogenkonsumenten, deren Zugang zu Dienstleistungen, das Erlangen von Chancengleichheit sowie das Erreichen voller sozialer Integration;*
- Verminderung der Kosten und Risiken für die Gesellschaft.*

*Weitere Ziele der Behandlung sind die Abnahme des kriminellen und antisozialen Verhaltens, eine geringere Abhängigkeit des Konsumenten von staatlicher Unterstützung (soziale Fürsorge) und eine Zunahme produktiver legaler Tätigkeiten. Seit 1970 ist die Methadon-Langzeitbehandlung weltweit zur vorherrschenden Form der Opiat-Substitution geworden (WHO 1998, Farrell et al. 1996, EMCDDA 1998). Eine Reihe randomisierter kontrollierter Studien und zahlreiche Beobachtungsstudien zur Methadon-Langzeitbehandlung wiesen eine Abnahme des illegalen Opiatkonsums und der Kriminalität und Verbesserungen des körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens nach (WHO 1998, Farrell et al., 1994, Gossop et al. 1998).*

### **Einführung:**

*Die Schweiz ist ein Land mit ca. sieben Millionen Einwohnern und ca. 30.000 Drogenabhängigen, die hauptsächlich Heroin und/oder Kokain konsumieren.*

*Schätzungsweise 13.000 Menschen nehmen an Methadon-Substitutionsprogrammen teil.*

*Daher ist das Umfeld, in dem diese Studien durchgeführt wurden, ein Land mit einer signifikanten Abhängigkeitsrate und damit zusammenhängenden Problemen, in dem heute zahlreiche Behandlungsprogramme für die orale Substitution angeboten werden.*

*Die Schweiz ist Mitunterzeichnerin der Single Convention von 1961. Das Schweizer Bundesrecht für Betäubungsmittel aus dem Jahre 1951 (1975 revidiert) regelt den medizinischen Gebrauch der Betäubungsmittel und verbietet deren Produktion, Handel, Besitz und Konsum für nicht medizinische Zwecke. Folglich ist der Gebrauch des Heroins auf die Zwecke der Schweizer Studien beschränkt, welche als wissenschaftliche Studien die Verschreibung von Betäubungsmitteln als Behandlungsansatz bei Drogenabhängigen erforschen sollten, wo frühere Versuche mit bereits etablierten Therapien gescheitert waren. Die Verschreibung von Heroin erfordert eine Ausnahmegenehmigung des Bundesamtes für Gesundheit.*

*Die juristische Verantwortung für die Einhaltung dieser Gesetze, für die strafrechtliche Verfolgung Zuwiderhandelnder sowie das Behandlungsangebot liegen bei den Kantonen. Das Projekt zur ärztlichen Verschreibung von Betäubungsmitteln (PROVE) wurde von der Schweizerischen Regierung per Dekret vom 21. Oktober 1992 gebilligt und die Forschungsziele sowie der allgemeine Forschungsplan am 1. November 1993 präsentiert (Uchtenhagen et al. Ärztlich kontrollierte Verschreibung von Betäubungsmitteln:*

*Grundlagen, Forschungsplan, erste Erfahrungen. Beitrag im Weiterbildungsseminar für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Schweizerischen Heroinabgabeversuchen, 1993).*

*Inzwischen trägt das Projekt den Namen «Schweizer Studien» und wird im vorliegenden Bericht auch so genannt. Die Aufnahme von Patienten begann 1994 und endete am 31.*

*Dezember 1996. Die Anzahl der Teilnehmer war zu Beginn auf maximal 700 Personen beschränkt und wurde im Mai 1995 auf 1000 erhöht. Eine Reihe verschiedener*

*Interessensgruppen beeinflussten Konzeption, Durchführung und Bewertung der Schweizer Studien. Dazu gehörten Politiker, Gesundheitsbehörden, Kliniker, Sozialwissenschaftler, Polizei, Wohlfahrtsämter, die Öffentlichkeit und – in einem gewissen Ausmaß – auch die*

künftigen Patienten der verschiedenen Behandlungszentren. Die vielfältigen Interessen dieser Gruppen spiegeln sich in den Zielen des Gesamtprogramms und in der Terminologie für die Beurteilungsteams.

**Beurteilung der Schweizer Studien durch externe Experten:**

1994 äußerte der Internationale Ausschuss für Betäubungsmittelkontrolle (INCB) Bedenken bezüglich der Schweizer Studien, insbesondere im Hinblick auf die Heroinverschreibung. Der INCB empfahl in seinem 1994 veröffentlichten Bericht, die Schweizer Regierung solle die Weltgesundheitsorganisation (WHO) einladen, «die medizinischen und wissenschaftlichen Aspekte der laufenden Schweizer Studien zu überdenken. Als Antwort hierauf übernahm das Departement Drogenmissbrauch der WHO (frühere Bezeichnung: Drogenmissbrauch-Programm) die Koordination einer externen, unabhängigen Beurteilung und bildete gleichzeitig eine interne Beratergruppe aus Vertretern verschiedener WHO- und UNO-Programme. Die Auswertung wurde in drei Phasen unterteilt. 1996 erfolgte eine umfassende Phase-I-Beurteilung der Studiendurchführung durch eine Gruppe externer Experten anhand von Besuchen in den Zentren und Durchsicht des relevanten Materials. Die international zusammengesetzte Gruppe aus 16 Experten lieferte einen schriftlichen Bericht über Planung, ethische Aspekte und Durchführung der Studien, unter spezieller Berücksichtigung der vorhandenen Einschränkungen bei der Planung. Die Gruppe war im Allgemeinen positiv gegenüber allen entscheidenden Aspekten der Studien eingestellt. Es gibt keinen Hinweis, dass als Folge dieser Beurteilung bedeutsame Veränderungen der Durchführung vorgenommen wurden. Bei den Experten, die in der Phase I zur Verfügung standen, handelte es sich um:

Dr. Robert Ali (Australien)  
Dr. Gabrielle Bammer (Australien)  
Dr. Miguel Casas (Spanien)  
Dr. Michel Cotnoir (Frankreich)  
Dr. Thomas J. Crowley (USA)  
Dr. Michael Farrell (Grossbritannien)  
Dr. Wayne Hall (Australien)  
Dr. Eigill Hvidberg (Dänemark)  
Dr. Jerome Jaffe (USA)  
Dr. David Lewis (USA)  
Dr. Marc Reisinger (Belgien)  
Dr. Robin Room (Kanada)  
Dr. Brian Rush (Kanada)  
Dr. Swarup Sarkar (Indien)  
Dr. Edward M. Sellers (Canada)  
Dr. Gerry Stimson (Grossbritannien).

In der Phase II besuchte eine kleinere Gruppe internationaler Experten die Behandlungseinrichtungen und befragte Sponsoren und Forschungsmitarbeiter des Projektes als Teil einer Prozessevaluation, welche sie in einem zweiten Bericht zusammenfasste. Diese Bewertung befasste sich vor allem mit Fragen zu Sicherheitsmaßnahmen für die Versuchsteilnehmer, insbesondere im Hinblick auf Selbstinjektionen und Überdosis. Die Gruppe zeigte sich zufrieden darüber, dass die klinischen und forschungsbezogenen Aspekte der Studien mit einem hohen Grad an Professionalität, Engagement, Sicherheit und wissenschaftlicher Integrität behandelt wurden. Bei den Experten handelte es sich um:

Dr. Miguel Casas (Spanien)  
Dr. Michael Farrell (Grossbritannien)  
Dr. Wayne Hall (Australien)

*Dr. Eigill F. Hvidberg (Dänemark)  
Dr. Alan C. Ogborne (Kanada).*

*In der Phase III wurde eine Gruppe von zehn Gutachtern von der WHO eingeladen, individuelle schriftliche Berichte zur Durchführung insgesamt und zu den Resultaten der Schweizer Studien vorzubereiten. Dabei handelte es sich um:*

*Dr. Robert Ali (Australien)  
Dr. Marc Auriacombe (Frankreich)  
Dr. Miguel Casas (Spanien)  
Dr. Linda Cottler (USA)  
Dr. Michael Farrell (Grossbritannien)  
Dr. Dieter Kleiber (Deutschland)  
Dr. Arthur Kreuzer (Deutschland)  
Dr. Alan C. Ogborne (Kanada)  
Dr. Jürgen Rehm (Deutschland)  
Mrs. Patricia Ward (Australien).*

*Diese Persönlichkeiten wurden als Experten mit Erfahrung in den Bereichen Klinische Studien, Gesundheitswesen, Rechtsprechung, Epidemiologie, Beurteilung von Behandlungen, Qualitätssicherung und nationale Drogenpolitik herangezogen. Folgende Untersuchungsziele wurden festgelegt:*

- Bewertung der wissenschaftlichen Stichhaltigkeit und Bedeutsamkeit der Studienergebnisse und Schlussfolgerungen, wie sie im Schlussbericht der leitenden Ärzte der Schweizer Studien vorgelegt wurden (Uchtenhagen et al. 1998). Auswirkungen auf die Gesundheit des Einzelnen und das öffentliche Gesundheitswesen waren zu berücksichtigen.*
- Bewertung der gesamten Durchführung der Schweizer Studien im Hinblick auf ihre Berechtigung und Relevanz (Beurteilungsphase I), ihre Durchführung (Phase II), ihre Ergebnisse und Schlussfolgerungen (Phase III) einschließlich eines Vergleichs der Studienresultate mit den ursprünglichen Zielen.*
- Bewertung der Schweizer Studien vor dem Hintergrund der internationalen Forschung und drogenpolitischen Maßnahmen in bezug auf Behandlungsverfahren für Drogenabhängige.*
- Ableitung von Empfehlungen aus den Schweizer Studien für die künftige Entwicklung der Behandlungs- und Forschungspolitik für Drogenabhängige, sowohl für die Schweiz als auch international.*

*Gemäß den Schlussfolgerungen aus diesen Phasen traf sich die Gruppe der Gutachter, um einen zusammenfassenden, definitiven Bericht zu erstellen.*

### ***Kommentar zu Studienkonzeption, Methoden und Analyse:***

*Übereinstimmung mit den internationalen ethischen Richtlinien und der Erklärung von Helsinki:*

*Die Ethikkommission der Schweizer Akademie der medizinischen Wissenschaften stimmte den Studien insgesamt zu, lokale oder regionale Ethikkommissionen bewilligten die örtlichen Projekte. Die Prüfärzte mussten mit ihrer Unterschrift bezeugen, dass sie die Richtlinien der Erklärung von Helsinki beachten würden.*

*Die Versuchsteilnehmer erhielten detailliertes Informationsmaterial über die Studie und die Drogen, die eventuell verschrieben würden. Sie mussten mit ihrer Unterschrift unter eine detaillierte Erklärung bezeugen, dass sie vollumfänglich informiert worden waren. Die Teilnahme an der Studie war freiwillig und die Teilnehmer wurden klar darüber informiert, dass sie ihre Zustimmung jederzeit widerrufen konnten.*

*Der Datenschutz wurde dadurch gewährleistet, dass alle an das Sozialforschungsinstitut zur Analyse weiter geleiteten Daten anonym behandelt wurden.*

***Allgemeine methodologische Fragen:***

*Eine Versuchsreihe (die Schweizer Studien) wurde konzipiert, um die Wirkung von intravenösem Heroin, Morphin oder Methadon allein oder in Kombination mit oralem Methadon zu beurteilen. Folgende Parameter waren von Interesse:*

- Gesundheitszustand der behandelten Personen*
- soziale Integration dieser Personen*
- Erreichen der Drogenabstinenz*
- Eignung der Behandlungsmethode für Heroinabhängige, die bei früheren Abstinenzversuchen gescheitert waren*
- Wirksamkeit dieser Behandlung im Vergleich mit den zur Zeit verfügbaren, sowie*
- Wirkungsweise der verschiedenen Betäubungsmittel.*

*Obwohl die Schweizer Studien ursprünglich randomisiert und kontrolliert geplant waren, entwickelten sie sich zu offenen Beobachtungsstudien, in welchen die Forscher, Kliniker und Teilnehmer wussten, welche pharmakologischen Substanzen die Teilnehmer nahmen.*

*Die Prüfarzte änderten ihr Vorgehen wegen einer Reihe von Problemen, darunter die schwierige Rekrutierung von Studienteilnehmern, besonders für das nicht-injizierbare Heroin. Als Folge davon wichen die Versuchsleiter vom Standard kontrollierter klinischer Studien ab und ihr Vorgehen glich eher einem Aktions-Forschungsansatz.*

*Zur Beurteilung der Wirkung der verschriebenen Opiate auf Gesundheit und Drogenkonsum-Verhalten verwendete man Daten aus verschiedenen Quellen (Informationen des Personals der Behandlungszentren, strukturierte Interviews mit Patienten sowie Labordaten). Es wurden mehrere Schritte unternommen, um die Vollständigkeit und Zuverlässigkeit der erhobenen Daten zu garantieren. Der Einsatz unabhängiger Interviewer, welche die Nachbeobachtungs-Interviews durchführten, verminderte bis zu einem gewissen Grad die mögliche Parteilichkeit der Beobachter und erhöhte die Aufrichtigkeit der Eigenauskünfte. Die Studien wurden als Einzelgruppen in einer Vorher-Nachher-Anordnung analysiert (Cook & Campbell, 1979), wobei man verschiedene Endpunkte mittels univariater Analyse mit den Ausgangswerten vergleicht. Diese Art der Datenanalyse macht jedoch von der Datenstruktur nicht vollständigen Gebrauch, was eventuell zu Verzerrungen führt, weil dabei Daten zusammengefasst werden, die von unterschiedlichen, recht verschiedenen Behandlungszentren mit unterschiedlichen Programmen erhoben wurden.*

*Ein alternatives Vorgehen bei der Datenanalyse wäre gewesen, die Behandlungsrahmen in alle Analysen einzubeziehen, zum Beispiel indem man sie bei den Analysen zu Kovariablen gemacht hätte oder indem man Ansätze wie hierarchische lineare Modelle verwendet hätte. Der letztgenannte Ansatz hätte es auch ermöglicht, den Einfluss der Behandlungsrahmen auf die Resultate abzuschätzen.*

*Es wurden zwei provisorische Strategien zur Analyse der nicht randomisierten Daten angewendet, um die Wirkungen der Heroinverschreibung auf den Gesundheitszustand und die soziale Funktion zu untersuchen:*

- Einzelgruppen-Konzept mit Vorher-Nachher-Beobachtung, wobei man die Ausgangsmerkmale der intravenösen-Heroin-Konsumenten mit denselben Merkmalen nach 6, 12 und 18 Monaten verglich (Killias & Rabasa 1997,1998; Uchtenhagen et al. 1998).*
- Eine vergleichende Analyse der Heroin-injizierenden Patienten mit Stichproben von Heroin-injizierenden Patienten unter drogenfreien Behandlungen und oralen Methadontherapien aus anderen Studien außerhalb der Probe-Studien (Uchtenhagen et al. 1998).*

*Die Resultate dieser statistischen Analysen sind als ein erster Schritt anzusehen. Es wurde nur eine Analyse der Behandlungsintervention durchgeführt ohne Berücksichtigung des*

*relativen Beitrags der Einzelkomponenten bei der Betreuung. Zur vollständigen Ausschöpfung des verfügbaren Datenmaterials sind weitere Analysen erforderlich.*

*Die Schweizer Studien wurden an verschiedenen Standorten durchgeführt, und trotz der Intensität der Kontakte und einer Reihe zusätzlicher Interventionen gab es für diese keine standardisierten Protokolle. In Anbetracht der Komplexität des Projektes ist dies zwar verständlich, macht es aber noch dringlicher, die Daten je Behandlungsort zu analysieren, um nach Unterschieden der erbrachten Leistungen zu suchen. Unterschiede zwischen den Behandlungsorten würden dem möglichen Beitrag, den die anderen Behandlungsprozesse neben der Pharmakotherapie zum Gesamtergebnis leisteten, mehr Gewicht verleihen. Der Synthesebericht fasst auch eine von Gesundheitsökonomern verfasste Kostenstudie zusammen, welche die ersten sieben Behandlungsorte einschließt. Folgende Kosten wurden berücksichtigt:*

- 1. direkt erbrachte (Drogen und medizinische Versorgung) und externe medizinische Dienstleistungen (Labortests) sowie*
- 2. Personalkosten.*

*Eine Beurteilung der Kostenwirksamkeit war mit den vorhandenen Daten und Methoden nicht möglich.*

### **Überlegungen zu spezifischen in den Studien verwendeten Methoden:**

#### **Wirkungsweise verschiedener Opiate:**

*Im ursprünglichen Studienplan umfassten die Schweizer Studien drei Versuchsanordnungen (doppelblind, offen randomisiert und individuelle Indikation). Diese sollten die relative Eignung von intravenösem Heroin, intravenösem Morphin, intravenösem Methadon und Heroin-imprägnierten Zigaretten untersuchen. Die Wahl der Ersatzdroge des jeweiligen Opiattyps und die Art der Verabreichung sind wissenschaftlich sehr wenig untersucht. Ob ein bestimmtes Opiat einen Vorteil gegenüber anderen hat und ob bestimmte Applikationsarten für gewisse Abhängige vorteilhaft sind, ist weiterhin sehr umstritten.*

*Es waren drei randomisierte kontrollierte Studien vorgesehen. Die erste sollte intravenöses Heroin mit intravenösem Morphin und intravenösem Methadon vergleichen, die zweite intravenöses Heroin mit intravenösem Morphin. Eine dritte Doppel-Blind-Studie sollte intravenöses Heroin mit einer Kontrollgruppe auf der Warteliste vergleichen. Die randomisierten Studien erwiesen sich aufgrund von Rekrutierungsproblemen als zu schwierig durchzuführen. Daher wurden sie auf die Dauer von sechs Wochen begrenzt und hauptsächlich dazu verwendet, die Wirkungen und Nebenwirkungen der Substanzen zu bestimmen. Ein Vergleich zwischen mittel- und langfristigen therapeutischen Effekten war in der Folge nicht möglich.*

*In einem präliminären Forschungsprojekt verglich man Morphin, Heroin und Methadon. Der Synthesebericht beschreibt einige klein angelegte klinische Untersuchungen zu pharmakodynamischen, pharmakokinetischen und toxischen Effekten verschiedener Formen von Heroin und Morphin. Ein wichtiges Resultat war, dass Heroin-imprägnierte Zigaretten wegen der geringen biologischen Verfügbarkeit des Heroins einen begrenzten klinischen Nutzen haben.*

#### **Eignung dieser Behandlungsmethode als Zugang zu Heroinabhängigen:**

*Die Schweizer Versuche hatten das Ziel, die Realisierbarkeit der Heroinverschreibung in drei verschiedenen klinischen Umfeldern zu untersuchen: (1) neu eingerichtete Kliniken, (2) bestehenden ambulante Methadonprogramme und (3) Gefängnis mittleren Sicherheitsgrades mit einem von Gefangenen betriebenen Bauernhof.*

*Die Daten zur Beurteilung der Möglichkeit des Zugangs zur Zielgruppe stammen aus dem Vergleich zwischen den Studien, wofür bereits vorliegende Daten der Kohorten mit*

*Methadonsubstitution beziehungsweise in Detoxifikationsprogrammen verwendet wurden (Uchtenhagen et al. 1998).*

*Vergleiche zwischen Merkmalen der Patienten beim Eintritt ins Program ergaben, dass intravenös injizierende Heroinabhängige durchschnittlich älter waren, länger Drogen nahmen, mehr erfolglose Therapien hinter sich hatten und sozial weniger integriert waren als Patienten aus der Methadon-Substitution und aus zwei stationären, drogenfreien Therapieprogrammen (Uchtenhagen et al. 1998). Die Unterschiede wurden so interpretiert, dass die Zielgruppe des Programms durch diese Art Behandlung besser erreicht wird als durch andere Behandlungen (Uchtenhagen et al. 1998). Es überrascht allerdings nicht, dass die Gruppe der Heroin-Injizierenden ihre eigenen Eignungskriterien im Durchschnitt besser erfüllt als andere Kohorten, die nicht dieselben Zulassungskriterien erfüllen mussten.*

### **Beurteilung der Gesundheit und der sozialen Funktion der behandelten Personen:**

*Die Messung der Gesundheitsparameter vor Behandlungsbeginn und in der Nachbeobachtungsphase benutzte standardisierte Untersuchungsinstrumente. Es scheint, dass die Daten umfassend gesammelt wurden, sowohl vom Klinikpersonal als auch vom unabhängigen Forscherteam. Unter Berücksichtigung der Einschränkungen des Studien-Gesamtplans lieferte dieser Aspekt der Studie eine beachtliche Datenmenge für die Analyse und die zu erwägenden Maßnahmen bezüglich der Morbidität dieser Population.*

*Informationen über illegalen Heroinkonsum während des Heroin-Behandlungsprogramms beruhten ausschließlich auf den Angaben der Konsumenten selbst, da die Prüfarzte zur Zeit der Studie über kein unabhängiges Untersuchungsinstrument verfügten, um legalen und illegalen Heroinkonsum zu unterscheiden.*

*Die Untersuchung der Auswirkungen des Heroin-Behandlungsprogramms auf das kriminelle Verhalten der Teilnehmer bezog viele Aspekte ein und war recht gut geplant. Die Studie kombinierte die Suche nach versteckten und bekannten (behördlich registrierten) kriminellen Aktivitäten der Studienteilnehmer. Es handelte sich um eine Kombination aus Interviews, Fragebögen und Analysen von Behördendokumenten und Statistiken und bezog persönliche Erfahrungen der Teilnehmer als Täter und Opfer ein. In dieser Phase der wissenschaftlichen Auswertung schien es akzeptabel, sich auf quantitative Methoden zu konzentrieren.*

### **Ergebnisse:**

#### **Veränderungen des Gesundheitszustands**

*Alle Teilnehmer der Schweizer Studien wurden bei der Aufnahme in die Studie umfassend medizinisch untersucht. Der Gesundheitszustand wurde bei 21 % der eingeschriebenen Teilnehmer als schlecht oder sehr schlecht beurteilt, 20 % wiesen einen schlechten oder sehr schlechten Ernährungszustand auf. 41 % befanden sich in schlechter oder sehr schlechter seelischer Verfassung. 16 % waren HIV-positiv, eine frühere Infektion mit Hepatitis B wurde bei 74 % und mit Hepatitis C bei 83 % nachgewiesen. Im Verlauf der Studie gab es drei neue HIV-, vier neue Hepatitis B- und fünf neue Hepatitis C-Infektionen (bei insgesamt 11 Teilnehmern, da ein Patient eine Ko-Infektion hatte).*

*Statistisch signifikante Verbesserungen zeigten sich bei BMI (Body Mass Index), körperlichem Zustand, subkutanen Entzündungen und Abszessen. Im Laufe von 18 Monaten verschlimmerte sich das Krankheitsbild bei 18 % der als HIV-positiv beziehungsweise als AIDS-krank diagnostizierten Teilnehmer. Diese Veränderungen bedeuten – innerhalb der Grenzen der Studienanlage – insgesamt erhebliche Verbesserungen des Gesundheitszustands. Diejenigen, denen Heroin verschrieben wurde (allein oder in Kombination mit Methadon und anderen Medikamenten) wiesen im Verlaufe von 18 Monaten eine deutliche Verbesserung ihrer körperlichen und seelischen Gesundheit auf. Es ist jedoch wegen fehlender Daten aus einer adäquaten Kontrollgruppe nicht die Schlussfolgerung möglich, dass diese*

*Verbesserungen durch die Verschreibung von Opiaten, das Angebot an Hilfsleistungen oder durch die Kombination dieser Interventionen verursacht oder gesteigert wurden. Ohne Datenmaterial einer Kontrollgruppe kann man nicht feststellen, ob die gleichen Resultate auch ohne Intervention oder mit anderen Mitteln erzielt worden wären.*

*Die berichteten Todesraten bedürfen weiterer Abklärung. Es wurden 36 Todesfälle in einer Kohorte von 1146 Patienten gemeldet, doch ist es aufgrund der Beschreibung der Stichproben (vgl. zusammenfassenden Bericht S. 44) nicht möglich, das Rekrutierungsdatum festzustellen und festzulegen, ob die Todesfälle ab dem Rekrutierungsdatum gezählt wurden oder welche Berechnungsmethode zugrunde lag. Es ist wichtig, dass bei den Analysen die individuelle Teilnahmezeit im Programm berücksichtigt wird. Eine Gesamt-Todesrate von 3 % in der Stichprobe scheint im Einklang zu sein mit den beschränkten Daten über Todesfälle in anderen Kohorten Drogenabhängiger (z. B. EMCDDA 1998, Hser et al. 1993).*

### **Veränderungen der sozialen Funktion**

*Bei denjenigen, die während 18 Monaten an den Schweizer Studien teilnahmen, reduzierte sich der Anteil Obdachloser bei Aufnahme in die Studie von 12 % auf 1 % nach 18 Monaten. Unterkunft in einer Institution beanspruchten nach 18 Monaten noch 2 % gegenüber 9 % bei Eintritt. Eine Verbesserung der Wohnsituation trat hauptsächlich während der ersten 6 Behandlungsmonate ein. Instabile Wohnverhältnisse nahmen während der 18 Monate statistisch signifikant von 43 % auf 21 % der Teilnehmer ab.*

*Der Anteil der Teilnehmer mit einer Beschäftigung stieg von 14 % auf 32 %. Die Schuldenhöhe der Studienteilnehmer verringerte sich im Verlauf der Untersuchungen: während bei Studieneintritt 15 % schuldenfrei waren, waren es nach 18 Monaten bereits 34 %. Der Anteil der Teilnehmer mit beträchtlichen Schulden (über SFr. 30.000) fiel von 21 % bei Studieneintritt auf 14 % nach 18 Monaten.*

*Kriminelles Verhalten gemäß eigenen Angaben und Polizeiberichten über kriminelle Aktivitäten von Teilnehmern nahm im Verlauf der Studie ab. Dies galt insbesondere für Ladendiebstähle und Einbruchsdelikte laut Eigenauskünften der Teilnehmer und Polizeiberichten. Die polizeilich registrierten Vergehen nahmen während der Studie um mehr als 50 % ab.*

*Es sind keine Daten verfügbar, aus denen die Häufigkeit oder die finanziellen Kosten im Zusammenhang mit den Vergehen ersichtlich werden.*

*Die Studienleiter gaben an, dass die Verringerung des kriminellen Verhaltens sogar nach Abbruch der Behandlung fort dauerte, aber es liegen keine Daten vor, die diese Behauptung stützen.*

*Im Vorher-Nachher-Vergleich gab es gemäß Eigenauskunft bei den Teilnehmern der Schweizer Studien insgesamt bedeutsame Veränderungen, und zwar immer in der gewünschten Richtung, was Wohnsituation, Beschäftigung, soziale Kontakte und Delinquenz betraf. Die Möglichkeit, dass dies durch Veränderungen im örtlichen Stellen- und Wohnungsangebot bedingt sein könnte, wurde von den Autoren des Syntheseberichts festgehalten (Uchtenhagen et al., 1998, Seite 122).*

### **Veränderungen beim Drogenkonsum**

*Bei Eintritt ins Programm konsumierten 81 % der Stichprobe, die während mindestens 18 Monate in Behandlung blieben, täglich illegal Heroin. Nach sechs Monaten gaben nur noch 6 % fast täglichen Heroinkonsum an, wobei diese Abnahme während der noch verbleibenden Behandlungsmonate bestehen blieb. Keinen illegalen Heroinkonsum berichteten nach 6 Monaten 61 % der Stichprobe und nach 18 Monaten 74 %.*

*Insgesamt wurde eine statistisch signifikante Verringerung des Konsums von illegalem Heroin, Kokain, Cannabis und Benzodiazepinen mitgeteilt. Aus dem Bericht geht jedoch nicht hervor, ob diese selbst berichteten Resultate durch Urintests bestätigt wurden. Die größten*

vorteilhaften Veränderungen wurden bei den Teilnehmern festgestellt, die täglich Heroin konsumiert hatten, während Gelegenheitskonsumenten gegenüber Veränderungen resistenter zu sein schienen. Ein Drittel der Studiengruppe setzte den täglichen Konsum von Cannabis nach den 18 Monaten fort, während 6 % täglichen illegalen Heroinkonsum, 5 % täglichen Kokainkonsum und 9 % täglichen Konsum von Benzodiazepinen angaben.

Zum Vergleich der Studien arbeitete man mit einer gewichteten Anordnung der Stichproben (Uchtenhagen et al. 1998, Seite 132) als methodologisch gesichertes Vorgehen, um die Verbleibensquote für die verschiedenen Behandlungsansätze festzustellen (die gewichtete Anordnung erfolgte hier stellvertretend für eine stratifizierte Analyse der statistischen Störfaktoren). Gemäß dieser Anordnung war die Verbleibensquote nach 12 Monaten in der Heroin-Substitutionsgruppe ungefähr doppelt so hoch wie in der Methadon-Gruppe und in Stichproben aus drogenfreien ambulanten Behandlungen in anderen Studien in der Schweiz.

Die zur Verbleibensquote vorgelegten Daten gehören zu den beeindruckendsten aus den Schweizer Studien. Die Abbruchquoten in den randomisierten und doppelblinden Studien waren für die Methadon- und Morphin-Gruppen 3 bis 13 mal so hoch wie in der Heroingruppe. Ähnliche Verbleibensquoten wurden in den frühen hoch strukturierten Methadonstudien beschrieben (Dole und Nyswander 1965). 83 der 1035 Teilnehmer wechselten zu Therapien auf Abstinenzgrundlage. Im Durchschnitt erfolgte dies nach 320 Behandlungstagen. Dieser Prozentsatz von Personen, die mit Abstinenz beginnen, stimmt mit den Aussagen der internationalen Literatur überein.

In einer „Peer-Review“ (Zeitschrift mit kritischer Durchsicht eingereicherter Publikationen durch Experten) wurden Resultate der randomisierten kontrollierten Studie zur Heroinsubstitution in Genf veröffentlicht (Perneger et al. 1998).

Diese Studie hatte ein strengeres Konzept als andere: randomisierte Zuteilung zur Heroinsubstitution oder zu einer sechsmonatigen Warteliste, wobei diejenigen auf der Warteliste ermutigt wurden, sich für eine Behandlung ihrer Wahl (gewöhnlich ein Methadonprogramm) zu entscheiden. Da es jedoch weder eine Kontrolle bezüglich der gewählten Behandlung in der Vergleichsgruppe gab noch einen Versuch, die Vergleichbarkeit der nicht-pharmakologischen Behandlungselemente abzuschätzen, können unterschiedliche Ergebnisse in beiden Gruppen nicht auf die Heroinsubstitution zurückgeführt werden. Dies ist besonders relevant, da das Programm mit Heroinsubstitution ein engmaschiges Netz von Kontakten und Hilfsdiensten anbot. Berücksichtigt man diese Einschränkungen, so wurden einige Resultate dieser Studie etwas zugunsten der Heroinsubstitution überinterpretiert. Es gibt eine Reihe anderer möglicher Erklärungen für die Wirkungen der experimentellen Behandlung in diesem speziellen Programm.

### **Einstellung der Öffentlichkeit**

Die Information im Synthesebericht (Uchtenhagen et al. 1998, S. 118) und der Bericht über die Meinung der Öffentlichkeit und der Medien (Boller, undatiert) lassen annehmen, dass die Studien im Laufe der Zeit einen hohen Grad an Unterstützung seitens der Meinungsbildner und der generellen Öffentlichkeit erlangten. Der Synthesebericht weist auch darauf hin, dass alle Probleme mit örtlichen Nachbarn gelöst wurden. Strategien für eine fortlaufende Orientierung der lokalen Behörden bezüglich Auswirkungen der verschiedenen Projekte sind vorhanden.

### **Abzweigung ärztlich verschriebener Substanzen an den Straßenhandel**

Der 1996 vorgelegte Auswertungsbericht der Phase II stellte fest, dass alle für die ärztliche Verschreibung vorgesehenen Drogen im abgeschlossenen Tresor in Räumen mit Videoüberwachung aufbewahrt wurden. Die Injektionen wurden in Räumen vorbereitet, zu denen die Patienten keinen Zugang hatten, und das Personal überwachte alle Injektionen.

*Über alle Drogen, die an die Studienzentren geliefert und den Versuchsteilnehmern verabreicht oder abgegeben wurden, wurde ein Protokoll geführt. Die Bundesbehörden und die örtliche Polizei billigten alle Sicherheitsmaßnahmen. Gemäß dem Synthesebericht vereitelten die Sicherheitsmaßnahmen drei Einbrüche und einen Versuch, verschriebenes Heroin aus den Einrichtungen zu entwenden.*

### ***Kosten der Behandlungen im Rahmen der Studie***

*Im Durchschnitt beliefen sich die Kosten auf Sfr. 51 pro Patient und Tag. Das sind umgerechnet auf ein Jahr ca. Sfr. 18.600. Diese wurden zu einem großen Teil (Sfr. 35) durch Einnahmen von den Patienten, Krankenversicherungen und öffentliche Fonds gedeckt. Den Mitteilungen zufolge wurden Defizite aus öffentlichen Fonds, in Ausnahmefällen durch private Sponsoren, gedeckt.*

### ***Schlussfolgerungen:***

#### ***Qualität und Kostenwirksamkeit der Behandlungen im Vergleich mit anderen in der Schweiz verfügbaren Dienstleistungen***

*1993 verfügte die Schweiz über 12.000 Plätze für die orale Methadonbehandlung und 1.300 Therapieplätze in therapeutischen Wohngemeinschaften (Zeltner 1997). Über die Qualität der stationären Therapieprogramme steht keine Information zur Verfügung. Einem detaillierten Bericht über die Methadonbehandlung in der Schweiz (Schweizerischer Methadonbericht, ohne Datum) ist zu entnehmen, dass sich diese Programme in wichtigen Aspekten unterscheiden und dass einige leitende Ärzte im Hinblick auf die Einhaltung der Vorschriften Bedenken haben. Der Bericht enthielt aber keinerlei Messgrößen der Qualität, die sich für einen Vergleich zwischen den Methadonprogrammen und den Schweizer Studien verwenden lassen. Dobler-Mikola et al. legten 1998 in deutscher Sprache einen bedeutsamen Bericht über den Vergleich der Methadon- und der Heroin- Substitutionsbehandlung vor. Eine kurze Zusammenfassung der Schlussfolgerungen und Empfehlungen wurde zwecks Berücksichtigung übersetzt (nach Dobler-Mikola et al. 1998, S. 171/172):*

- Die (psychosoziale oder sonstige) unterstützende Therapie ist für Gruppenmitglieder mit langjähriger Opiatabhängigkeit und erheblichen gesundheitlichen und sozialen Defiziten sehr wichtig, und zwar unabhängig davon, ob die Behandlung mit Heroin oder mittels Methadon-Substitution erfolgt.*
- Der Umstand, dass die Heroinabgabe medizinisch bei denjenigen durchführbar war, bei denen die Methadon-Behandlung versagt hatte, ist kein ausreichender Grund für die Ausweitung der Studie zur Langzeitbehandlung mit Heroin auf andere Populationen.*
- Besonders bei Patienten mit mehrfacher Substanzabhängigkeit oder mit gleichzeitiger psychischer Störung haben sowohl Heroin als auch Methadon nur beschränkten Erfolg. Einen eindeutig besseren Erfolg der Heroin- oder Methadonbehandlung zu belegen ist nicht möglich.*
- Zur Zeit liegt immer noch keine kontrollierte klinische Studie mit verschiedenen Substitutionsstoffen vor. Die künftige Forschung sollte sich der Durchführung einer solchen Studie widmen.*
- Die gegenwärtige Praxis der Methadon-Substitutionsbehandlung in der Schweiz sollte verbessert werden.*
- Die Forschung über die medizinische Verschreibung von Heroin kann innerhalb der gegenwärtigen Grenzen fortgesetzt werden.*

*Diese Schlussfolgerungen sind vorsichtig formuliert, insbesondere im Vergleich zum Synthese-Bericht von Uchtenhagen et al. 1998 und hinsichtlich des Vergleichs der Heroin- und Methadon- Substitutionsbehandlung. Sie beruhen auf der nicht kontrollierten, quasi experimentellen Natur der schweizerischen Studien. Die nicht randomisierte Methadon-*

*Gruppe wurde auf der Basis freiwilliger Teilnahme aus Patienten verschiedener Methadonprogramme rekrutiert, wobei die Teilnahmequote zwischen 40 % und 60 % der in Frage kommenden Population lag. Dem gegenüber war die Teilnahme am Programm für die ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln bindend.*

*Der Synthesebericht liefert keine Beweise für die Kostenwirksamkeit der getesteten Behandlung bei der untersuchten Population im Vergleich mit Methadon oder anderen Behandlungen. Die ökonomische Beurteilung stützt sich auf den Umfang der Anstellung von Personal auf der Grundlage der Tageskosten. Besonders für internationale Vergleiche wäre eine Information zum zahlenmäßigen Verhältnis Personal/Klienten nützlich.*

### **Studien im Umfeld der allgemeinen schweizerischen öffentlichen Gesundheitspolitik gegen Drogenmissbrauch**

*Studien zu neuen Behandlungen für Opiatsüchtige einschließlich Studien zu Opiat-Substitutionsbehandlungen sind mit dem schweizerischen Gesamtkonzept für das Drogenproblem eindeutig vereinbar. Die Opiat-Substitutionsstudien stehen insofern mit den vier Elementen oder Säulen der gesamtschweizerischen Strategie gegen Drogenmissbrauch im Einklang, weil sie darauf abzielen, die mit Betäubungsmittelmissbrauch verbundenen Probleme zu vermindern und das Überleben chronischer Opiat-Konsumenten zu unterstützen. Die Gesamtstrategie genießt starke politische und öffentliche Unterstützung. Eine Verringerung verwandter Probleme [Überlebenshilfe, der Übersetzer.] wird im allgemeinen nicht als eine Bedrohung der anderen Säulen, nämlich Repression, Prävention und Behandlung, angesehen.*

*Wie im Bericht 1998 des 30. Expertenkomitees der WHO festgehalten wird, könnte eine unbeabsichtigte Folge der Schweizer Studien sein, den Wert der Methadonbehandlung sowohl bei der Öffentlichkeit als auch den Opiatabhängigen herabzusetzen. Die Erhaltungstherapie mit lang wirkenden oralen Opiat-Agonisten ist mit Abstand die erfolgreichste Behandlung der Opiatsucht. Es scheint, dass in der Schweiz noch mehr getan werden kann, um den Zugang zu den vorhandenen Programmen zu verbessern, diese Programme zu verbessern und andere Substitutionsbehandlungen zu untersuchen. In Anbetracht des hochgradig kontrollierten Systems der Heroinschreibung und der hohen Kosten seiner Abgabe wird die Heroinschreibung auch bei nachgewiesener Wirksamkeit wahrscheinlich nur für eine Minderheit der Heroinsüchtigen geeignet und verfügbar sein.*

### **Wurden die ursprünglichen Ziele erreicht?**

*Die schweizerischen Studien haben Folgendes gezeigt:*

- Wenn für die Substitutionstherapie eine injizierbare Substanz verwendet werden soll, ist die Verschreibung von injizierbarem Heroin realisierbar.*
- Die Klienten können auf eine stabile Heroindosis eingestellt werden.*
- Ein Heroin-Behandlungsprogramm kann mit einigen Abänderungen an Zentren durchgeführt werden, die ein Methadon-Behandlungsprogramm und ein hohes Niveau an Serviceleistungen anbieten.*
- Ein Heroin-Behandlungsprogramm erreichte eine verhältnismäßig gute Quote der Langzeit-Teilnahme.*
- Nach Angaben der Betroffenen gab es Verbesserungen bezüglich ihrer körperlichen und psychischen Gesundheit, ihrer sozialen Integration (Arbeitsverhältnis), ihres Drogenkonsums und krimineller Handlungen.*

*Eine wichtige Voraussetzung für das Angebot der Heroin-Langzeitbehandlung war, dass diese es ermöglicht, Leute einer Behandlung zuzuführen, die sonst keine Behandlung beginnen würden. In diesem Zusammenhang ist es bemerkenswert, dass nur 38 % der Kontrollgruppe in der randomisierten Therapiestudie in Genf (Perneger et al. 1998) sich für Heroin entschieden, als dieses nach der Wartefrist angeboten wurde. Eine erfolgreiche*

*Methadonbehandlung war das vorherrschende Merkmal derjenigen, die Heroin ablehnten. Dieses Ergebnis zeigt, dass die Frage der Eignung für die Heroinverschreibung komplex ist und in zukünftigen Studien eingehend untersucht werden sollte. Dies stellt nicht die Tatsache in Frage, dass es eine Untergruppe von Langzeit-Heroinsüchtigen gibt, die bereit sind, in einem beschränkten und kontrollierten Behandlungsschema mitzumachen, um auf einen kurz wirkenden, aber intravenösen Opiat-Agonisten eingestellt zu werden. Sie bevorzugen die letztgenannte Option gegenüber einem flexibleren Schema mit einem lang wirkenden oralen Opiat-Agonisten.*

*Eine klare Bevorzugung des intravenösen Heroins, entweder allein oder in Kombination, zeigte sich an 77,1 % aller mit dieser Option berücksichtigten Konsumtagen. Nur 2,1 % aller Konsumtage entfielen auf intravenöses Morphin (allein oder kombiniert) und 3,4 % auf intravenöses Methadon (allein oder kombiniert). Mit derart kleinen Fallzahlen waren aussagekräftige Vergleiche innerhalb der Gruppe (für die Morphin- und die Methadon-Behandlungsgruppen) oder Vergleiche zwischen den Gruppen nicht möglich.*

*Ausser der kleinen Zahl von Süchtigen mit Heroinverschreibung im Gefängnis und denjenigen, die Heroin von einer etablierten multifunktionalen Poliklinik erhielten, liefert der Synthese-Bericht keine direkten Messgrößen für die Zufriedenheit der Klienten mit ihrer Behandlung. Dies ist angesichts der üblichen Praxis zur Beurteilung von Dienstleistungen im Gesundheitswesen eine bedeutsame Unterlassung. Die hohen Fortführungsquoten der Heroin-Langzeitbehandlung könnte eine grosse Zufriedenheit der Patienten bedeuten. Sie könnte aber auch Ausdruck einer hochgradigen Abhängigkeit von der Behandlung sein und darauf hinweisen, dass man die Erfordernis eines häufig täglichen Besuchs als Problem aus der Sicht der Patienten hätte untersuchen können, um zu sehen, wie dies andere alltägliche Tätigkeiten störte oder erleichterte.*

### ***Sprechen die Resultate für die ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln an Drogenabhängige?***

*Die gesamtschweizerischen Studien und ihre verschiedenen Unterkomponenten haben gezeigt, dass die Verschreibung von intravenösem Heroin als Langzeit-Droge medizinisch machbar ist, zumindest unter den während der Studien gegebenen Bedingungen. An allen Studienplätzen entstanden nur wenige Probleme, und die Mehrzahl der Heroin-Empfänger blieb auf stabile Dosen von Heroin, Heroin und Methadon oder anderen Opiatersatzsubstanzen eingestellt. Es zeigten sich keine wesentlichen Probleme bei der Dosis-Ermittlung, bei der Einleitung des Injektionsprogramms und seiner stabilen Fortführung. Der größte Nutzen nach Aufnahme der Behandlung wurde in den ersten sechs Monaten festgestellt und zwar hinsichtlich Gesundheit und sozialem Wohlbefinden. Nach sechs Monaten nahmen noch 89 % und nach achtzehn Monaten noch 66 % der Patienten an der Therapie teil.*

*Verschiedene Faktoren scheinen zur erfolgreichen Durchführung der Heroin-Langzeitbehandlung an den Studienplätzen beigetragen zu haben. An Studienzentren, wo die nachstehend aufgezählten Faktoren fehlen, könnten die Ergebnisse anders ausfallen:*

- hohes Maß an Oberaufsicht durch Bundes- und Kantonsbehörden*
- fest eingebautes Monitoring für Forschungszwecke*
- Neuartigkeit der Intervention und großes öffentliches Interesse*
- hochqualifizierte, multidisziplinäre Teams*
- fortlaufende Aus- und Weiterbildung des Personals*
- keine Abgabe von Betäubungsmitteln zur Selbstinjektion zu Hause*
- von den Patienten wird die Abgabe des Führerausweises verlangt (das Führen eines Kraftfahrzeugs unter dem Einfluss verordneter Heroindosen ist ungesetzlich)*
- Bereitstellen unterstützender Dienstleistungen*
- angemessene Maßnahmen, um die Sicherheit der Opiat-artigen Arzneimittel und die Sicherheit von Personal und Patienten zu gewährleisten.*

*Die schweizerischen Studien konnten nicht die Fragestellung untersuchen, ob eine Verbesserung des gesundheitlichen Befindens oder der sozialen Funktion der behandelten Personen kausal auf die Heroinverordnung als solche oder auf das gesamte Behandlungsprogramm zurückzuführen war. So überzeugend und einleuchtend die von den Autoren vorgebrachten positiven Wirkungen erscheinen mögen, lassen es die Vorher-Nachher-Analysen einer Gruppe nicht zu, die beobachteten Wirkungen ursächlich der Heroinverschreibung zuzuordnen. Streng methodologisch ist es nicht möglich, in sich geschlossene und gültige Ergebnisse im Hinblick auf die zu erforschende Frage zu erhalten, ob die Heroinverschreibung ursächlich für den verbesserten Gesundheitszustand oder die bessere soziale Integration der behandelten Personen verantwortlich sei.*

*Für die meisten Krankheitsbilder gibt es alternative Behandlungen, und in vielen Fällen wurden diese Alternativen nicht ausreichend in Vergleichsstudien untersucht. Der Einsatz bestimmter Behandlungsarten beim einzelnen Patienten wird weitgehend vom klinischen Urteil des qualifizierten Arztes bestimmt. Die wichtigste Alternative zu Heroin sind Methadon und andere orale Opiate wie Buprenorphin und LAAM. Die Schweizer Studien legen den Schluss nahe, dass Heroin für Patienten in Betracht zu ziehen ist, die mit Methadon ständig nicht zurecht kommen. Die Studien lieferten aber keinen überzeugenden Beweis, dass selbst bei ständigem Versagen von Methadon die ärztliche Verschreibung von Heroin allgemein zu besseren Ergebnissen führt als eine Fortsetzung der Behandlung auf der Grundlage von Methadon. Ein Ergebnis der randomisierten kontrollierten Studie in Genf war, dass zwei Drittel der Personen auf der Warteliste für Heroin sechs Monate später beschlossen, diese Behandlung nicht anzufangen. Vielen von ihnen war es bisher mit Methadon gut gegangen. Dies weist darauf hin, dass bei der Verschreibung von Heroin äußerste Vorsicht geboten ist und sich das Bedürfnis der Heroinverschreibung möglicherweise verringern lässt, wenn mehr Anstrengungen unternommen werden, um Patienten in Programme mit lang wirksamen oralen Opiat-Agonisten aufzunehmen. Skepsis gegenüber den spezifischen Vorteilen eines kurz wirksamen Opiats gegenüber anderen ist nach wie vor angebracht. Wir benötigen auch weitere Studien, welche objektiv die Unterschiede der Anerkennung und Wirkung der verschiedenen Opiate belegen.*

*Wie bereits erwähnt, untersuchten die schweizerischen Studien die ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln unter ganz speziellen Bedingungen. Dazu gehörten ein hohes Maß an Aufsicht und das Angebot umfassender sozialer und psychologischer Dienstleistungen. Außerdem wurden die Studien in einem wohlhabenden Land durchgeführt, das über ein gut entwickeltes Gesundheitswesen und Sozialdienste einschließlich einer Palette von Dienstleistungen für Drogensüchtige verfügt. Es ist nicht bekannt, ob man dieselben Ergebnisse erhalten würde, wenn eine diesre Bedingungen anders wäre. Auch die einzigartigen sozialen und politischen Merkmale der Schweiz schränken die Verallgemeinerung der Studienergebnisse zur Betäubungsmittel-Substitution ein.*

### **Auswirkungen**

*Die Ergebnisse der Schweizer Studien über die ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln an Drogenabhängige haben gezeigt, dass die Verschreibung von Heroin medizinisch machbar ist und dass die Auswirkungen dieser Behandlung für die Patienten und die Gesellschaft mit anderen Formen der Behandlung vergleichbar sein könnte. Die Wissensbasis reicht aber nicht aus, um die Kostenwirksamkeit und die spezifischen Indikationen für die Heroin-Substitutionsbehandlung festzulegen. Es besteht ein Bedarf an klaren klinischen Richtlinien und Pflegestandards für die verschiedenen Formen der Substitutionsbehandlung. Diese Richtlinien und Standards müssen auf Erkenntnissen aus wissenschaftlichen Studien und auf klinischen Expertenmeinungen basieren. Es bedarf grundlegender wissenschaftlicher Studien, damit ein tieferes Verständnis der Pharmakologie der Substitutionsbehandlung mit Opiat-Agonisten die Diskussion durchdringen kann, welche*

über die Wahl des Opiats und der Art der Verabreichung bei der Behandlung der Heroinabhängigkeit geführt wird.

#### **Auswirkungen weltweit**

- Die weitere Untersuchung der kontrollierten Verschreibung von Heroin für die Behandlung der Heroinsucht sollte ethischen, medizinischen und wissenschaftlichen Standards folgen und geeignete gesetzliche Rahmenbedingungen erhalten.
- Die Erforschung und Beurteilung der Qualität verschiedener Opiat-Substitutionsbehandlungen ist fortzusetzen, um eine Behandlung auf der Grundlage objektiver Erkenntnisse sicherzustellen.
- Die Untersuchung neuer Substitutionsbehandlungen sollte man nur in Systemen in Betracht ziehen, wo bereits ein differenziertes Behandlungsangebot einschließlich lang wirkender oraler Opiat-Agonisten besteht.
- Studien zu neuen Substitutionsbehandlungen sollten immer eine zusätzliche Therapie einschließlich sozialer Unterstützung einbeziehen.
- Studien mit neuen Opiat-Substitutionsbehandlungen sind nur unter kontrollierten Bedingungen und streng wissenschaftlicher Auswertung in Erwägung zu ziehen.
- Es gilt, die länderspezifische Kostenwirksamkeit verschiedener Programme zu untersuchen.
- Zu den weiteren möglichen Forschungsvorhaben gehört eine wissenschaftlich fundierte kontrollierte randomisierte Studie, um die spezifische Auswirkung unterstützender Dienstleistungen auf das Behandlungsergebnis zu beurteilen.

#### **4.1.4. Zusammenfassende Darstellung des Ablaufes der Entwicklung der kontrollierten Heroinverschreibung – eine Chronik**

Die folgende Chronik ist der Broschüre „10 Jahre ambulante Drogenhilfe“ entnommen, die 1998 vom „Amt für soziale Einrichtungen“ in Zürich herausgegeben wurde. Ihr sind die wichtigsten Stationen der kontrollierten Heroinverschreibung von der konkreten Idee bis zur Realisierung und Konsolidierung zu entnehmen.

<b>1987</b>	Stadtrat (= Stadtregierung) von Zürich beschließt, erste Angebote der Überlebenshilfe einzuführen. Drei Kontakt- und Anlaufstellen nehmen ihren Betrieb auf.
<b>1989</b>	Stadtrat lehnt «Strategiepapier für eine neue Drogenpolitik» der Vorsteherin des Sozialamtes ab. Die darin enthaltene Forderung nach einer kontrollierten Heroinabgabe macht nationale Schlagzeilen.
<b>Juli 1990</b>	Stadtrat verabschiedet 10 drogenpolitische Grundsätze, welche im Wesentlichen die vier heute national anerkannten Säulen einer Drogenpolitik umschreiben (Prävention, Therapie, Überlebenshilfe, Repression). Einer dieser Grundsätze beinhaltet die Forderung nach einem wissenschaftlichen Versuch mit der kontrollierten Heroinabgabe.
<b>Dezember 1991</b>	Gemeinderat (= Stadtparlament) überweist ein Postulat (W. Lüdi), welches den Stadtrat auffordert, eine Vorlage für die ärztlich kontrollierte Heroinabgabe auszuarbeiten.
<b>Juli 1992</b>	Sozialamt legt erstes Grobkonzept für ärztlich kontrollierte Heroinabgabe vor.
<b>21. Oktober 1992</b>	Bundesrat erlässt Verordnung, welche wissenschaftlichen Versuch mit der kontrollierten Heroinabgabe ermöglicht.

<b>16. Dezember 1992</b>	Stadtrat beantragt beim Bundesamt für Gesundheit (BAG) und bei der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich die Bewilligung für die Durchführung von zwei Projekten.
<b>11. März 1993</b>	Ethische Kommission der Psychiatrischen Poliklinik des Universitätsspitals Zürich heißt Projekt des Sozialamtes gut.
<b>22. März 1993</b>	Kantonale Gesundheitsdirektion sichert dem Sozialamt Beteiligung an Projektkosten zu und heißt Projekt gut.
<b>21. Juni 1993</b>	BAG erteilt Sozialamt Bewilligung für Durchführung eines Projektes mit 50 Personen.
<b>7. Juli 1993</b>	Stadtrat beschließt Durchführung des Projektes und spricht den dafür benötigten Kredit von Fr. 91.500.
<b>1. Dezember 1993</b>	Projektstart mit Personenschulung, Information des Quartiers und den Einrichtungen der Drogenhilfe.
<b>10. Januar 1994</b>	Erstmals werden telefonische Anmeldungen für kontrollierte Heroinabgabe entgegengenommen.
<b>27. September 1994</b>	Vorsteherin des Sozialamtes unterbreitet BAG und der kantonalen Gesundheitsdirektion Anliegen des Projektausbaus.
<b>3. Oktober 1994</b>	Bundesrat beschließt Änderung der Verordnung über die Begleitforschung und schafft damit die Voraussetzungen für eine Aufstockung der Plätze für die Heroinabgabe.
<b>21. Dezember 1994</b>	Stadtrat beschließt, dem Gemeinderat den Projektausbau und die dafür erforderlichen finanziellen Mittel zu beantragen.
<b>18. Januar 1995</b>	Gemeinderat heißt Vorlage mit 99 zu 19 Stimmen gut und erklärt seinen Beschluss für dringlich. Damit wird der Entscheid dem fakultativen Referendum entzogen.
<b>März 1995</b>	Unterzeichnung eines Vertrages mit dem Verband der Zürcher Krankenkassen über die pauschale Abgeltung der in den Polikliniken erbrachten Leistungen.
<b>24. Mai 1995</b>	Bundesrat beschließt, in einem zweiten Ausbauschnitt die Zahl der Plätze für Heroinbehandlungen national auf 800 zu erhöhen.
<b>19. Juni 1995</b>	Zürcher Kantonsrat (= kantonales Parlament) beschließt finanzielle Unterstützung der fünf Heroinabgabeprojekte im Kanton Zürich.
<b>26. Juni 1995</b>	BAG teilt Sozialdepartement (vormals Sozialamt) mit, dass es sein Projekt von 50 auf 125 Plätze ausbauen kann.
<b>August 1995</b>	Betriebsaufnahme der zweiten Poliklinik im Stadtkreis 3.
<b>November 1995</b>	Veröffentlichung des ersten Zwischenberichts der Forschung.
<b>21. Februar 1996</b>	Bundesrat beschließt, dass Heroinabgabe für weitere zwei Jahre bis Ende 1998 weitergeführt werden kann. Behandelt werden dürfen nur Personen, die Ende 1996 noch am Projekt teilnehmen (Aufnahmestopp).
<b>8. Mai 1996</b>	Stadtrat beschließt, dem Gemeinderat Weiterführung des Projektes und die dafür benötigten Mittel zu beantragen.
<b>3. Juli 1996</b>	Gemeinderat stimmt der Vorlage des Stadtrates mit 91 zu 18 Stimmen zu.
<b>21. August 1996</b>	Kanzlei des Gemeinderates meldet, dass das von der SVP lancierte Referendum mit 9187 Unterschriften zustande gekommen ist (erforderliches Quorum: 4000 Unterschriften). Damit kommt es zu einer Volksabstimmung über die vom Gemeinderat genehmigte Vorlage.
<b>September 1996</b>	Veröffentlichung des zweiten Zwischenberichts der Forschung.

<b>1. Dezember 1996</b>	Die Stimmbevölkerung der Stadt Zürich heisst die vorläufige Weiterführung der Heroinabgabe mit 62,9 % Ja-Stimmen gut.
<b>31. Dezember 1996</b>	Ende der dreijährigen Projektphase und Wechsel der Projektleitung per 1. Januar 1997 sowie Integration der Polikliniken Lifeline und Crossline in die neu geschaffene Abteilung Ambulante Drogenhilfe.
<b>10. Juli 1997</b>	Veröffentlichung des Syntheseberichts der Forschungsverantwortlichen (Schlussbericht).
<b>28. September 1997</b>	In einer eidgenössischen Volksabstimmung wird die Initiative «Jugend ohne Drogen» mit 70,6 % Nein - Stimmen abgelehnt (Stadt Zürich 76,6 %).
<b>15. Dezember 1997</b>	Bundesrat passt geltende Forschungsverordnung an und verlängert sie bis zum Inkrafttreten des dringlichen Bundesbeschlusses (dBB) längstens bis 31.12.2000. Dadurch werden im Rahmen des Forschungsversuchs Neuaufnahmen wieder möglich (neue Forschungsfragen, Höchstzahl 1000 Personen bleibt).
<b>15. Dezember 1997</b>	Bundesrat gibt befristeten, dringlichen Bundesbeschluss (dBB) in die Vernehmlassung. Dieser räumt dem Bundesrat die Kompetenz ein, die Heroinverschreibung für eine befristete Zeit zu regeln, das heisst bis zum Inkrafttreten des revidierten Betäubungsmittelgesetzes, spätestens aber bis Ende 2004.
<b>15. Januar 1998</b>	Vernehmlassung zum dBB in Form einer konferenziellen Anhörung in Bern.
<b>18. Februar 1998</b>	Beschlussfassung im Bundesrat zum dBB zuhanden des Parlamentes.
<b>März/April 1998</b>	Ausarbeitung einer Vorlage für die Weiterführung der heroingestützten Behandlung in der Stadt Zürich ab 1999.
<b>25. März 1998</b>	Überregionale Ethikkommission (ÜREK) gibt Zustimmung zu Forschungsvorhaben 1998. Somit werden Neuaufnahmen von KlientInnen wieder möglich.
<b>1. April 1998</b>	Erste Neuaufnahmen seit Sommer 1996.
<b>1. Juli 1998</b>	Stadtrat beschließt, dem Gemeinderat und der Stimmbevölkerung eine Vorlage zur Weiterführung bis 2004 zu unterbreiten.
<b>24. Juni 1998</b>	Ständerat verabschiedet den Bundesbeschluss (dBB) mit 28 zu 0 Stimmen. Über die Dringlichkeit wird später abgestimmt.
<b>30. September 1998</b>	Der Gemeinderat stimmt der Vorlage des Stadtrates mit 86 zu 21 Stimmen zu.
<b>1. Oktober 1998</b>	Der Nationalrat stimmt dem Bundesbeschluss (dBB) mit 106 zu 25 Stimmen zu.
<b>7. Oktober 1998</b>	Der Nationalrat stimmt der Dringlichkeit des dBB mit 130 zu 51 Stimmen zu.
<b>7. Oktober 1998</b>	Der Ständerat stimmt 20 zu 20 zur Frage der Dringlichkeit; Dringlichkeit kommt nicht zustande.
<b>8. Oktober 1998</b>	Der Ständerat stimmt der Dringlichkeit mit 30 zu 4 Stimmen zu.
<b>14. Oktober 1998</b>	Regierungsratsentscheid regelt die Beiträge der Kantonalen Gesundheitsdirektion an die heroingestützte Behandlung.
<b>25. Oktober 1998</b>	Die Eidgenössisch-Demokratische Union EDU ergreift gegen den dBB das Referendum.
<b>29. November 1998</b>	Die Stimmbevölkerung der Stadt Zürich heisst die befristete Weiterführung der heroingestützten Behandlung in der Stadt Zürich mit 67,8 % Ja-Stimmen gut. Alle Stadtkreise bejahen die Vorlage.
<b>29. November 1998</b>	In einer eidgenössischen Volksabstimmung wird die Initiative «Droleg» mit 73,9 % Nein - Stimmen abgelehnt.

<b>28. Januar 1999</b>	50.470 Unterschriften für ein Referendum gegen den dBB werden eingereicht.
<b>13. Juni 1999</b>	Eidgenössische Volksabstimmung zum dBB: 54,5 % Ja-Stimmen (Stadt Zürich 69,24 % Ja-Stimmen, alle Stadtkreise dafür). Somit kann die heroingestützte Behandlung in der Schweiz gestützt auf den dBB bis zur Revision des Btm-Gesetzes oder längstens bis Ende 2004 weitergeführt werden.

#### **4.1.5. Die Entwicklung der Schweizer Versuche nach der Versuchsphase**

Die Verordnung vom 21.10.1992 wurde 1995, 1996 und 1997 angepasst und verlängert.

##### **4.1.5.1. Die legislative Regulierung – die drogenpolitische Auseinandersetzung**

Die Bedeutung des dringlichen Bundesbeschluss über die ärztliche Verschreibung von Heroin vom 9.10.1998:

Mit diesem dringlichen Beschluss wurde das Schweizer Betäubungsmittelgesetz vom 3.10.1952 geändert. Es wurde nunmehr im Art.8 Abs.6-8 festgehalten, dass Ausnahmegewilligungen zur Behandlung mit Betäubungsmitteln für eine definierte Gruppe von Drogenabhängigen zur Verfügung gestellt werden können. Diese Gruppe umfasst Personen, die mindestens 18 Jahre alt sind, seit mindestens 2 Jahren heroinabhängig sind, mindestens zwei Behandlungsversuche mit einer anderen anerkannten ambulanten oder stationären Methode abgebrochen haben, oder deren Gesundheitszustand andere Behandlungsformen nicht zulässt; und Defizite im medizinischen, psychologischen oder sozialen Bereich aufweist, die auf den Drogenkonsum zurückzuführen sind. Verordnet wurde auch, dass der Bundesrat die periodische Überprüfung der Therapieverläufe, namentlich auch hinsichtlich des Ziels der Drogenabstinenz festlegt und dass das Bundesamt unter Wahrung des Datenschutzes berechtigt ist, personenbezogene Daten zur Überprüfung der Voraussetzungen und des Verlaufs der Behandlung zu bearbeiten (Art.8a).

Es wurde weiters festgelegt, dass der Beschluss bis zum Inkrafttreten der Neufassung des Betäubungsmittelgesetzes Gültigkeit besitzen sollte, längstens jedoch bis zum 31.12.2004.

Da sich die Revision des Betäubungsmittelgesetzes verzögerte, war nicht auszuschließen, dass das revidierte Betäubungsmittelgesetz erst nach dem 1.1.2005 in Kraft gesetzt werden würde. Dies hätte bedeutet, dass der heroingestützten Behandlung die rechtliche Grundlage entzogen würde und die bestehenden Therapieeinrichtungen geschlossen werden müssten.

Aus diesem Grund erging am 3.7.2002 aus dem Schweizer Bundesrat eine Botschaft über die Verlängerung des Bundesbeschlusses über die ärztliche Verschreibung von Heroin, in der angeregt wurde, die Geltungsdauer dieses Bundesbeschlusses über den ursprünglichen Endtermin 31.12.2004 hinaus ohne inhaltliche Änderung um weitere 5 Jahre, das heißt bis 31.12.2009 zu verlängern. Die Verlängerung wurde am 4.6.2003 oppositionsfrei im Ständerat und am 20.6.2003 im Nationalrat mit 110 gegen 45 Stimmen angenommen.

##### **4.1.5.2. Der drogenpolitische Diskurs**

Die Einführung und Weiterführung der HeGeBe gilt zwar als ausdrücklicher Wille der Schweizer Bundesregierung und wurde auch in Volksentscheiden mehrfach bestätigt, ging aber dennoch nicht ohne heftige drogenpolitische Auseinandersetzung vonstatten. Verschiedenste gesellschaftliche Akteure haben versucht, Einfluss auf die Forschung zu nehmen, sei es, dass es darum ging, Forschung als völlig überflüssig zu deklarieren, da von

England ohnehin schon alles zur Heroinverschreibung bekannt sei, sei es, um Forschungsmethoden und Forschungsergebnisse vor den jeweiligen politischen Karren zu spannen (für oder gegen PROVE/HeGeBe), sei es, um die Forschung zu diskreditieren oder aber auch, um legitime Forschungsinteressen anzumelden, so zum Beispiel seitens der Polizei zum Delinquenzverhalten (KILLIAS & RABASA 1997).

Einerseits kam dieser Versuch der Einflussnahme von verschiedenen sich artikulierenden Einzelpersonen, von gesellschaftlichen Interessensvertretungen wie Verbänden, kirchlichen Organisationen, aber auch von Parteien und Politikern – so setzte in der Landesregierung über die Anzahl der spezifisch für Heroinverschreibung zu erteilenden Bewilligungen eine intensive Diskussion ein. Zum anderen artikulierten sich die Städte, vor allem Zürich, das mit großen Drogenproblemen zu kämpfen hatte, um die Forschungsbelastung weitestgehend zu reduzieren, damit die Umsetzung so rasch wie möglich in Angriff genommen werden konnte. Kantone wie Basel-Stadt, Bern und Solothurn engagierten sich zum Teil mit eigenen Vorstößen und sprachen sich dezidiert für eine Begleitforschung aus (RIHS & AFFENTRANGER 1995; RIHS-MIDDEL & AFFENTRANGER 1994). Zudem beteiligten sich Polizei- und Justizbehörden auf der Ebene des Bundes, der Kantone und der Städte an der öffentlichen Diskussion. Dabei ging es um Themen des Datenschutzes und der Erfassung der Fahrtüchtigkeit. Auch wurde eine intensive Diskussion über die Validität selbstberichteter Daten von Drogenkonsumenten geführt (KLÄR 1994; KILLIAS & UCHTENHAGEN 1995). Neben diesen sachbezogenen Diskussionen, in welchen es im wesentlichen darum ging, so viele Forschungsfragen wie möglich zu bearbeiten – so wurden 1992/93 deutlich mehr Untersuchungsvariablen gefordert als Behandlungsplätze geplant waren – gab und gibt es nach wie vor andere Versuche der Einflussnahme. Diese arbeiteten und arbeiten mit dem generellen Vorwurf der Unwissenschaftlichkeit, wobei sich die Protagonisten auf ihren eigenen „gesunden Menschenverstand“ oder auch sehr häufig auf die „eigenen Erfahrungen“ berufen. Ein weiterer beliebter Versuch der politischen Einflussnahme ist das Zitieren von kritischen Voten von Professoren und Wissenschaftlern, vorzugsweise aus Schweden und den USA (HÄMMIG 1996).

Neben diesen kritischen Stimmen sprachen sich sehr viele Fachverbände und Interessensvertreter explizit für die diversifizierte Verschreibung von Betäubungsmitteln aus, darunter verschiedene Vertreter der Ärzteschaft und der Drogenfachleute in der Deutschschweiz. Dies geschah, ohne direkt zum Forschungsvorhaben Stellung zu nehmen. Forschung sollte es sein. Auch Vereinigungen von Drogenabhängigen wie auch Angehörigenvertreter befürworteten das Programm. (RIHS-MIDDEL, LOTTI et al. 1995). Die Medien berichteten sehr ausführlich im Vorfeld des Forschungsvorhabens und begleiteten intensiv die Experimentierphase (BOLLER 1998; BOLLER & CORAY 1997).

In den einzelnen Kantonen und Städten hatten die Schweizer Bürger mehrfach Gelegenheit, zu den jeweiligen PROVE/HeGeBe-Projekten in ihrer Stadt oder ihrem Kanton Stellung zu nehmen. In der direkten Demokratie wurde jeweils darüber abgestimmt, ob die notwendigen Kredite gewährt werden konnten, um die Behandlungszentren aufzubauen respektive weiterzuführen (WALDVOGEL 1998), dies namentlich in den Städten Zürich und Winterthur (BERTHEL & SCHÄDELI 1998) wie auch in den Kantonen Basel-Stadt und Zug (UCHTENHAGEN 1998).

Darüber hinaus stieß die Einrichtung der Behandlungszentren bei den Anwohnern nicht immer auf Begeisterung. Hier wurden einzelne gerichtliche Beschwerden eingereicht, die jedoch in der Regel abgewiesen wurden.

Die wichtigsten Entscheidungen wurden aber von den Stimmbürgern der Eidgenossenschaft selbst getroffen. Sie hatten insgesamt über drei nationale Vorlagen zu entscheiden.

### ***Die Referenden:***

Um die heroingestützte Behandlung auf breiterer gesetzlicher Grundlage abstützen zu können – das bisherige Betäubungsmittelgesetz erlaubte den Einsatz von Heroin nur für wissenschaftliche Forschung und zu palliativen Zwecken, zum Beispiel bei terminalen Krebspatienten –, schlug die Regierung am 18.2.1998 eine Änderung des Betäubungsmittelgesetzes vor (Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft 1998). Diese Änderung sollte es erlauben, schwer drogenabhängige Personen in eine heroingestützte Behandlung aufzunehmen, ohne dass diese zwangsläufig mit wissenschaftlicher Forschung verbunden ist oder ausschließlich palliativen Zwecken dient. In der Folge dieser Regierungsentscheidung wurde von den Befürwortern einer sehr restriktiven Drogenpolitik wiederum ein Referendum lanciert, um die vorläufige Gesetzesänderung des Betäubungsmittelgesetzes, das in der Form eines dringlichen Bundesbeschlusses auch von beiden Räten des Parlaments im Oktober 1998 gutgeheißen worden war, zu Fall zu bringen. Über dieses Referendum wurde am 13.6.1999 abgestimmt. 54,3 % der Stimmbürgern bestätigten den Entscheid zur Gesetzesänderung von Regierung und Parlament.

Die so abgestützte Gesetzesänderung ist bis zum Jahr 2004 befristet und soll auf Grund dann zur Verfügung stehender Befunde der Langzeitforschung in eine permanente Änderung des Betäubungsmittelgesetzes umgewandelt werden. Bei der letzten Abstimmung zeigten sich große regionale Unterschiede. Interessant ist es aber, dass in den Kantonen und Städten, in welchen eine heroingestützte Behandlung durchgeführt wird, eine deutliche Unterstützung für die Gesetzesänderung vorlag.

Damit ist die heroingestützte Behandlung gegenwärtig in der Schweiz ein gesetzgeberisch und politisch sehr gut abgestütztes Behandlungsangebot für schwer drogenabhängige Menschen, die in anderen Therapien nicht zu halten waren.

#### **4.1.5.2.1. Die Befürworter der HeGeBe**

Für die HeGeBe setzten sich ein „Eidgenössisches Komitee für eine ehrliche Drogenpolitik“ und mit ihm SP, FDP, CVP, die Grünen sowie Jugendorganisationen, Drogenfachleute und Experten ein.

#### ***Die Akzeptanz der HeGeBe in der Öffentlichkeit anhand der Volksentscheidungen***

Dort wo es zu Volksabstimmungen kam (Basel Stadt, Winterthur, Zug und Zürich) wurde die Betäubungsmittelabgabe mit hohen Stimmenmehrheiten zwischen 59 % und 74 % unterstützt.

Nicht viel anders sahen die Ergebnisse verschiedenster Meinungsumfragen aus: 1991 wies eine groß angelegte Repräsentativumfrage nach, dass über 60 % der Bevölkerung im Alter von 17-70 Jahren einer ärztlich kontrollierten Heroinabgabe zustimmte (71 % in der deutschsprachigen, 57 % in der französischsprachigen und 61 % in der italienischsprachigen Region; CATTANEO et.al. 1993). Eine 1995 vorgenommene Umfrage in der Berner Region ergab 71 % Zustimmung zu einer kontrollierten Drogenabgabe, mit Mehrheiten bei allen befragten Bevölkerungsgruppen mit Ausnahme der Polizei.

1996 bot das EDI Kantonen, Verbänden und sonstigen Interessierten im Rahmen der Vernehmlassung zum Bericht der Expertenkommission für die Revision des Betäubungsmittelgesetzes auch die Möglichkeit, zur Heroinabgabe Stellung zu beziehen. Kein einziger Kanton äußerte sich ablehnend (einige wenige machten Vorbehalte hinsichtlich der „Spielregeln“, diese reichten von Restriktions- bis zu Liberalisierungswünschen). Auch bei allen übrigen Vernehmlassenden fand sich breite Zustimmung – einzig ein kleiner Kreis aus dem Umfeld der Initianten sprach sich gegen Opiatverschreibungen aus.

An drei Orten kam es zu – von rechtsbürgerlicher Seite lancierten – Referenden gegen die Finanzierungsbeteiligung der öffentlichen Hand an den Versuchen.

Weiterführende Liberalisierungstendenzen verfolgte die Volksinitiative der DroLeg. Diese Gruppe reichte am 9.11.1994 einen Antrag "für eine vernünftige Drogenpolitik" ein, der folgenden Wortlaut hatte:

*Die Bundesverfassung wird wie folgt ergänzt:*

**I.**

Art. 32 septies (neu)

*Der Konsum von Betäubungsmitteln sowie ihr Anbau, Besitz und Erwerb für den Eigenbedarf sind straffrei.*

Art. 32 octies (neu)

*1. Der Bund erlässt Vorschriften über Anbau, Einfuhr, Herstellung von sowie über den Handel von Betäubungsmitteln.*

*2. Die Bundesgesetzgebung regelt die Erteilung von genügend Konzessionen unter spezieller Berücksichtigung von Jugendschutz, Werbeverbot sowie Produktinformation. Betäubungsmittel, welche aus nichtmedizinischen Gründen konsumiert werden, unterstehen keiner Rezeptpflicht.*

*3. Die Gesetzgebung regelt die fiskalische Belastung der Betäubungsmittel, wobei der Reinertrag je zur Hälfte an Bund und Kantone geht. Sie legt fest, welcher Mindestanteil für die Vorbeugung des Betäubungsmittelmissbrauchs, die Erforschung seiner Ursachen und die Linderung seiner Folgen zu verwenden ist.*

**II.**

*Die Übergangsbestimmungen der Bundesverfassung werden wie folgt geändert:*

Art. 23 (neu)

*1. Artikel 32 septies tritt mit Annahme durch Volk und Stände in Kraft, so weit nicht staatsvertragliche Verpflichtungen entgegenstehen. Staatsverträge mit solchen Bestimmungen sind sofort zu kündigen.*

*2. Die Ausführungsgesetzgebung zu Artikel 32 octies ist innert drei Jahren zu erlassen. Andernfalls erlässt der Bundesrat die unerlässlichen Bestimmungen. Staatsverträge, die den Ausführungsbestimmungen widersprechen, sind spätestens auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens anzupassen oder nötigenfalls zu kündigen.*

Diese Initiative forderte also eine weitgehende legale Verfügbarkeit aller Drogen mit Hilfe eines staatlichen Monopols. Diese Initiative hätte die Forschung insofern tangiert, als die Initianten der Auffassung waren, dass die bisherige Befundlage ausreichend sei, um eine Liberalisierung und Legalisierung von bisher illegalen Drogen zu rechtfertigen. Bei einer Annahme dieser Initiative hätten die internationalen Verträge, insbesondere die „single convention“ von 1961 (HÄNNI 1998) neu verhandelt werden müssen. Sowohl die schweizerische Regierung als auch das Parlament empfahlen dem Stimmvolk die Zurückweisung. Das Stimmvolk folgte dieser Empfehlung zu 74 % und der Antrag wurde am 29.11.1998 mit großer Mehrheit abgelehnt. Bei dieser Abstimmung hatten allerdings die meisten Schweizer auf ihr Stimmrecht verzichtet.

#### **4.1.5.2.2. Verbände und Initiativen, die gegen die HeGeBe auftraten**

Gegen die HeGeBe formierte sich Widerstand aufseiten des rechtsbürgerlichen Lagers.

### **a. Die „Parlamentarische Gruppe Drogenpolitik“ oder auch „Parlamentarische Gruppe Drogenfragen“**

Die Gruppe setzt sich aus (Ex-)Parlamentariern des rechten Spektrums zusammen. Ende Januar 1992 formierte sich eine „Parlamentarische Gruppe Drogenpolitik gegen eine permissive Drogenpolitik«. Von dieser Gruppe wurde weiterhin und verstärkt Repression (mehr Polizei, Zwangsentzüge) gefordert. Das Präsidium bestand aus: Genevieve Aubry, NR FDP BE, Präsidentin; Giorgio Morniroli, Arzt, Lega TI, 1.Co-Präsident. Als Sekretär wurde Jürg L. Steinacher (vorher für VPM und Ost-Institut tätig) eingesetzt (Anhang). Anfang 1996 zählte die Gruppe 77 Mitglieder. Ihre wichtigsten Arbeitsschwerpunkte waren erstens der Kampf gegen die projizierten Heroinverschreibungsversuche und zweitens die Propagierung der Initiative «Jugend ohne Drogen».

#### **Aktivitäten gegen die HeGeBe 1994**

Am 12.9.1994 trat die «Parlamentarische Gruppe Drogenpolitik» mit einem Communiqué gegen die kontrollierte Opiatabgabe an die Öffentlichkeit. Die Drogenabgabe sei fahrlässig und stelle eine Rechtsverwilderung dar. Der Rückgang der Beschaffungskriminalität sei zudem nicht erwiesen.

Am 20.3.97 veröffentlichte die NZZ einen Artikel, in dem dargestellt wurde, dass die «Parlamentarische Gruppe Drogenpolitik» sich mit einem scharf formulierten offenen Brief, in welchem die Schweizer Drogenpolitik und speziell die Heroinversuche heftig kritisiert werden, an den UNO-Kontrollrat INCB (International Narcotic Control Board) in Wien gewandt hatte. Auch das Bundesamt für Gesundheitswesen (BAG) und Bundesrätin Ruth Dreifuss wurden in diesem Schreiben ins Visier genommen. (Anhang)

Zum Inhalt des Briefes schrieb H. Stamm im „Tages-Anzeiger“ vom 15.4.1997:

*Die Vorwürfe im offenen Brief sind happig. Von "gewissen unsauberen Praktiken" bei den Heroinversuchen ist die Rede. "Auf dreiste Weise" werde ein positives Resultat der Heroinversuche herbeigezwungen, "damit der Weg zur staatlichen Heroinversorgung frei wird". Obwohl die Zwischenergebnisse des Heroinversuchs ein drogenpolitisches Fiasko seien, sei ein "Erfolg der Heroinabgabe (...) im zuständigen Departement schon lange beschlossene Sache", unterstellt der Brief, der vom Präsidenten Claude Frey (FDP) und der Vizepräsidentin Lisbeth Fehr (SVP) unterschrieben ist. Bundesrätin Ruth Dreifuss übe einen entsprechenden Druck aus. Es bestünden "ernstzunehmende Indizien", dass die wissenschaftlichen Auswertungen der Versuchsergebnisse "nicht nach sauberen wissenschaftlichen Kriterien, sondern ergebnisorientiert erarbeitet" würden.*

Der an den Vorsitzenden des Kontrollrates adressierte Brief löste bei der offiziellen Schweizer Politik Erstaunen und Protest aus. "Gemäßigtere" Mitglieder verließen die Gruppe (FDP: T.Béguin, G.Bürer, P.Couchepin, R.Hegetschweiler, F.Loeb, M.Wittenwiler; CVP: R. Imhof; SVP: A.Rychen).

1999 nutzte die «Parlamentarische Gruppe Drogenfragen» im Vorfeld der Abstimmung zum Bundesbeschluss über die Heroinverschreibung die kritischen Bemerkungen der WHO-Experten zum Synthesebericht über die erste Versuchsphase zu einer Kampagne gegen diesen Beschluss. Um den Text, auf den sich die Gruppe berief, trat eine heftige Kontroverse ein. Offensichtlich handelte es sich dabei um ein anonymes Papier und nicht um den offiziellen Bericht von ALI, AURIACOMBE & Mitarbeitern. Am 23.4.1999 berichtete die NZZ über ein erstaunliches Papier, welches anlässlich einer Pressekonferenz im Bundeshaus von der «Gruppe» aufgelegt worden war. Es handelte sich um eine angebliche (negative) Stellungnahme der WHO zu den Heroinverschreibungen in der Schweiz – allerdings war es weder datiert noch unterzeichnet und weder Bundesrat noch BAG bekannt. Die WHO dementierte die

Existenz dieses Papiers auf Anfrage. Von Seiten Jürg Steinachers waren keine näheren Auskünfte über die Herkunft erhältlich; der Sekretär der Parlamentsgruppe Drogenpolitik reklamierte das Recht auf Quellenschutz für sich.

### **b. „Jugend ohne Drogen“**

Unter diesem Namen formierte sich 1992 eine Initiative, die eine Volksbegehren zu Änderungen in der Verfassung bezüglich drogenpolitischer Fragen forderte. Sie brachte den folgenden Vorschlag für einen geänderten Verfassungstext ein:

*Die Bundesverfassung wird wie folgt ergänzt: (publ. Bundesblatt 15.12.92)*

*Art 68bis (neu):*

1. *Der Bund bekämpft das Rauschgiftproblem mit einer restriktiven, direkt auf Abstinenz ausgerichteten Drogenpolitik.*
2. *Er trifft auf dem Wege der Gesetzgebung alle geeigneten Maßnahmen, um die Nachfrage nach Rauschgiften und die Anzahl der Rauschgiftkonsumenten zu verringern, die Rauschgiftabhängigkeit zu heilen, die sozialen und wirtschaftlichen Folgeschäden des Rauschgiftkonsums zu vermindern sowie den illegalen Rauschgifthandel effektiv zu bekämpfen.*
3. *Um die Jugend vor Drogen zu schützen, nimmt der Bund gegen Rauschgiftkonsum Stellung und verfolgt eine aktive Drogenprävention, die die Persönlichkeit des einzelnen stärkt.*
4. *Der Bund fördert und unterstützt die Durchführung der Maßnahmen, die geeignet sind, den körperlichen Entzug, die dauerhafte Entwöhnung und die Wiedereingliederung der Rauschgiftabhängigen sicherzustellen.*
5. *Die Abgabe von Betäubungsmitteln ist verboten. Vorbehalten ist die Verwendung zu rein medizinischen Zwecken. Davon ausgeschlossen ist jedoch die Verwendung von Heroin, Rauchopium, Kokain, Cannabis, Halluzinogenen und analogen Substanzen.*

Diese Volksinitiative hatte deklariert das Ziel, drogenabhängige Personen von allen Substitutionsprogrammen weitestgehend auszuschließen. Die Therapie der Wahl sollten drogenfreie Programme sein. Hätte das Stimmvolk diese Initiative gutgeheißen, wären Methadon, Morphin, Buprenorphin und andere Substitutionsmedikamente in ihrer Verwendbarkeit stark eingeschränkt und Heroin verboten worden. Vor der eigentlichen Abstimmung wurden von den Befürwortern der Initiative die Forschungsergebnisse massiv und zum Teil auf beleidigende Art diskreditiert.

Am 22.7.1993 reichte „Jugend ohne Drogen“ die Unterschriften für das Volksbegehren nach nur siebenmonatiger Sammelzeit ein. Mit Abstand am meisten Unterschriften kamen im Wallis zusammen, wo die Bogen sogar auf Polizeiposten auflagen.

Am 28.9.1997 wurde die Initiative mit einer Mehrheit von 71 % zurückgewiesen. Diese Abstimmung hatte für die Forschung zur Folge, dass ab April 1998 in den bestehenden Forschungszentren Patienten neu aufgenommen werden konnten. Sie erlaubte auch, die Forschung mit heroingestützter Behandlung weiterzuführen.

### **„Jugend ohne Drogen“ – der VPM mischt die Karten**

Es wurde mehrfach dargestellt, dass hinter der Initiative „Jugend ohne Drogen“ vor allem Vertretern des VPM und der Schweizerischen Volkspartei (SVP) gestanden seien. Barbara HASLER schrieb, dass nach der Darstellung von Kritikern dieser Volksinitiative diese von Anfang an von der SVP und vom VPM mit betrieben worden sei. Außer der SVP sei noch ein „Bürgerkomitee für eine verantwortungsvolle Drogenpolitik“ in Aktion getreten, das von Alt-CVP-Ständerat Markus Kündig (auch im Vorstand von „Jugend ohne Drogen“) präsidiert

wurde und das in Informationsveranstaltungen vor allem mit VPM-Exponenten auftrat. Ein Hauptanliegen bei der Lancierung der Initiative „Jugend ohne Drogen“ habe darin bestanden, die Heroinabgaberversuche zu bekämpfen. Dementsprechend hätten sich viele Texte der Initianten mit diesem Projekt befasst. Da wird über die „illegale“, „schädliche“ und „unmenschliche Rauschgiftabgabe“, das „subventionierte Verkümmern von Heroineempfängern“ im Generellen und über „unwissenschaftliches“, „tölpelhaftes“, „plan- und verantwortungsloses“ Vorgehen im Speziellen geschimpft. Die wissenschaftliche Begleituntersuchung wurde in diesen Aussagen schon vor Veröffentlichung erster Resultate als Alibiübung unwissenschaftlicher Gefälligkeitsexperten diffamiert.

In ihrem „Initiativ-Info: Fakten zur Drogendiskussion“ behauptete „Jugend ohne Drogen“:  
*„Die Heroinabgabe führt nicht zu einer wirklichen Verminderung der Schäden, sondern schafft zusätzliche Probleme und vergrößert den Schaden, der durch Drogen angerichtet wird.“*

*Als am 10.7.1997 das BAG den Abschlussbericht über die Versuchsphase vorstellte, versandte „Jugend ohne Drogen“ am selben Tag eine Pressemitteilung mit dem Titel: „Heroinabgabe – Betrug am Volk ... Schluss mit den menschenverachtenden Heroinversuchen!“*

Wie aus den obigen Zitaten hervorgeht, sind nach den zugänglichen Darstellungen in der Schweiz die (drogen-)politischen Fronten recht klar definiert, klarer als in anderen Ländern. Gegen die sachlich-liberale Schweizer Drogenpolitik in der aktuellen Gestalt treten vor allem politische Gruppierungen auf, die dem konservativen – „rechtsbürgerlichen“ wie immer wieder geschrieben wird – Lager angehören. Hauptvertreter der Kritik ist die SVP (Schweizer Volkspartei).

Beispielhaft sei die Diskussion um die Weiterführung der medizinischen Heroinverschreibung in Winterthur dargestellt: Ende 1996 ging es um die Weiterführung des Projekts „Ikarus“ (30 Teilnehmende) für die Jahre 1997 und 1998. Der von der Stadt vorveranschlagte Kostenbeitrag betrug nur gerade 35.500 Franken (bei brutto 765.000 Fr. Projektkosten pro Jahr). Das Stadtparlament sprach sich klar mit 39:14 Stimmen für die Weiterführung des Versuchs aus. Die SVP drohte daraufhin mit einem Referendum, worauf sich die Regierung entschloss, die Vorlage zur Abstimmung zu bringen. Im Pro-Komitee waren Repräsentanten der SP (Sozialdemokratische Fraktion), GP (Grüne Fraktion), EVP und LdU (Fraktion der Unabhängigen), DaP und CVP (Christdemokratische Fraktion) vertreten. Das Gegenkomitee bildete sich aus dem rechtsbürgerlichen Lager: SVP (Schweizer Volkspartei), EDU, FPS (Freiheitliche Fraktion) und SD (Schweizer Demokraten). Gespalten zeigte sich die FDP (Freisinnige Fraktion), Exponenten waren sowohl im Pro- als auch im Kontra-Lager vertreten.

Die gleichen Verteilungen bestimmten die Diskussion um die Weiterführung der ärztlichen Heroinabgabe in der Sitzung des Nationalrates in Bern am 3.3.1999. Der Nationalrat trat an diesem Tag um 14,30 Uhr zu seiner dreiwöchigen Frühjahrssession zusammen. Als erstem Sachgebiet wandte er sich der Weiterführung der ärztlichen Heroinverschreibung zu. Die Kommissionsreferenten Felix Gutzwiller (FDP, Zürich) und Liliane Maury Pasquier (SP, Genf) erläuterten, dass mit dem neuen Gesetz die zeitliche Lücke bis zum Inkrafttreten des revidierten Betäubungsmittelgesetzes überbrückt werden solle, längstens bis Ende 2009. Inhaltlich werde der geltende Bundesbeschluss ohne jede Änderung übernommen. Es gebe also keine Aufweichung der Kriterien für die Heroinabgabe.

Darauf kam es zu folgender Auseinandersetzung:

Christian Waber (EDU, Bern) beantragte Nichteintreten auf die Vorlage, denn die ärztliche Heroinabgabe basiere auf einer Lüge. „Uns wurde seinerzeit versprochen, dass es niemals darum gehen könne, Heroin durch die Krankenkasse zu bezahlen. Jeder Tag in der Sucht ist ein verlorener Tag im Leben eines geknechteten Menschen. Die Drogenabgabe durch den Staat ist eine einzige Heuchelei und ein totaler Misserfolg.“

Fraktionsvoten:

Ruth-Gaby Vermot (SP, Bern) erinnerte daran, dass es nicht um eine kritische Würdigung der Heroinabgabe, sondern allein um eine Verlängerung der Hilfe an Schwerstsüchtige geht.

Jean Henri Dunant (SVP, Basel-Stadt) fand allerdings, dass man die gesetzliche Grundlage für die Heroinabgabe nicht verlängern kann, ohne auf die Fragwürdigkeit dieses staatlichen Tuns hinzuweisen. Die Lebensgefährdung durch Heroin ist vergleichbar mit einem bösartigen Tumor. Die Abgabe des Gifts schwächt die Motivation zur Abstinenz.

Laut Anne-Catherine Ménétreay (GP, Waadt) geht es nicht um eine Therapie im eigentlichen Sinn, sondern um Überlebenshilfe. Allerdings ist es unverständlich, dass Haschischraucher kriminalisiert werden, während Heroinabhängige ihren Stoff vom Staat bekommen.

Christine Egerszegi (FDP, Aargau) betonte, dass auch für sie die Suchtfreiheit oberstes Ziel ist. Für jene, die es noch nicht schaffen, braucht es aber die Überlebenshilfe, wie es auch die Repression braucht. Persönlich ist sie allerdings dagegen, dass die Heroinabgabe durch die Krankenkasse bezahlt wird.

Barbara Polla (LIB, Genf) erinnerte an die Opposition ihrer Partei gegen die staatliche Heroinabgabe. Diese ließe sich nur im Rahmen einer begleitenden Effizienzstudie vertreten. Die liberale Fraktionssprecherin unterstützte deshalb den Nichteintretensantrag.

Heiner Studer (EVP, Aargau) fand es überraschend und bedenklich, dass eine fünfjährige Verlängerung vorgeschlagen wird. Da mache die Mehrheit der Fraktion nicht mit.

Rosmarie Dormann (CVP, Luzern) stimmte hingegen der Vorlage zu. Da mit einem Referendum gegen das Betäubungsmittelgesetz zu rechnen ist, haben wir damit genug Zeit. Die Kommissionsreferenten erinnerten daran, dass die Heroinabgabe immerhin von den Stimmbürgern gutgeheißener wurde.

Bundespräsident Pascal Couchepin bekräftigte schließlich, dass das Heroinprogramm in Fachkreisen kaum bestritten wird. Heroinabhängige müssen als Chronischkranke betrachtet werden. Hingegen bestehe keine Absicht, das Programm auf die Abgabe von Ritalin auszuweiten, wie dies behauptet wurde. Auch die Gegner der Heroinabgabe haben keine Alternativen aufgezeigt.

Mit 112:42 Stimmen beschloss der Rat, auf die Vorlage einzutreten. Ohne weitere Diskussionen wurde sie in der Gesamtabstimmung mit 110:42 Stimmen gutgeheißener. Diese Nationalratssitzung fand zu einer Zeit statt, in der gleichzeitig ein Referendum gegen den dringlichen Bundesbeschluss zur ärztlichen Heroinverschreibung vom 9.10.1998 vorbereitet wurde.

#### **4.1.5.2.3. Das Referendum gegen den dringlichen Bundesbeschluss zur ärztlichen Heroinverschreibung vom 9.10.1998 – Argumentarium**

Gegen den ersten dringlichen Bundesbeschluss zur ärztlichen Heroinverschreibung vom 9.10.1998 wurde am 28.1.1999 ein Referendum eingebracht. Die Betreiber des Referendums, ein Komitee unter Führung der Eidgenössischen demokratischen Union (EDU), machten folgende Einwände geltend:

- Der Bund wolle jegliche Beschränkung der Abgabepunkte aufheben. Geplant sei es, mehrere 1000 Süchtige auf Kosten der Allgemeinheit zu staatsabhängigen „Chronisch-Süchtigen“ zu erklären und mit Heroin zu versorgen.

- Bei Annahme des Bundesbeschlusses werde die Abgabe des hochgiftigen Heroin an Süchtige als neue Therapieform definitiv eingeführt. Dies sei angesichts der Schädlichkeit und der Suchtpotenz dieser Droge nicht zu verantworten.
- Das international geächtete Rauschgift Heroin solle bei der Interkantonalen Kontrollstelle für Heilmittel als Medikament registriert werden. Dafür allein fallen Kosten von 1,5 Millionen Franken an.
- Falls der Bundesbeschluss angenommen würde, wolle der Bund die Krankenkassen zwingen, die Kosten für die Heroinabgabe als Pflichtleistung zu übernehmen. Diese immensen Beträge von 50 bis 80 Millionen Franken würden auf die Krankenkassenprämien aller Versicherten abgewälzt.
- Obwohl das Volk die „Droleg-Initiative“ deutlich abgelehnt habe, betreibe der Bund hinsichtlich der Rauschgifte eine undeklarierte Liberalisierungs- beziehungsweise Legalisierungspolitik.
- Es könne und dürfe nicht Aufgabe des Bundes sein, den Zugang zu Rauschmitteln zu erleichtern.
- Die bisher an den Heroinprogrammen Teilnehmenden müßten die Gelegenheit erhalten, sich in einem Anschlussprogramm ohne Heroinabgabe von ihrer Abhängigkeit lösen zu können.
- Nur ein „Nein“ zum Bundesbeschluss setze menschliche und finanzielle Ressourcen frei, mit denen den Drogenabhängigen aus ihrer Zwangsjacke der Sucht geholfen werden kann.

Dagegen argumentierte der Bundesrat: Der Bund verfolge in Zusammenarbeit mit Kantonen, Gemeinden und privaten Organisationen eine ausgewogene Drogenpolitik, die das Problem von vier verschiedenen Seiten angehe:

1. Prävention: Jugendliche und Erwachsene überzeugen, keine Drogen zu nehmen. Die Mehrheit der Jugendlichen nimmt keine Betäubungsmittel, und die Zahl der neuen Drogenabhängigen hat seit 1990 abgenommen.
2. Therapie: abhängigen Menschen helfen, von der Droge wegzukommen. Die Zahl der behandelten Personen hat sich seit 1990 verdoppelt; der Mehrheit der Drogenabhängigen gelingt der Ausstieg. Die ärztliche Verschreibung von Heroin ist eine Therapieform, die für eine beschränkte Anzahl von schwer Drogenabhängigen die vielleicht letzte Chance für eine Veränderung darstellt.
3. Überlebenshilfe: Gesundheit und Würde der Drogenabhängigen bewahren, die Übertragung von Aids und Hepatitis verhindern. Seit 1994 hat sich die Zahl der Neuinfektionen deutlich verringert. Die Zahl der Todesfälle wegen Überdosis hat sich in den letzten 6 Jahren halbiert (1992: 419, 1998: 210).
4. Repression: den Drogenmarkt entschieden bekämpfen und die Sicherheit der Bevölkerung erhöhen, zum Beispiel durch die Schließung offener Drogenszenen.

Die Drogenpolitik des Bundesrates habe sich als Mittelweg zwischen extremen Positionen bewährt. Sie zielt darauf ab, den Drogenkonsum zu verhindern, die Bevölkerung vor den damit verbundenen Gesundheitsrisiken zu schützen, Drogenabhängige beim Ausstieg zu unterstützen und den Drogenhandel zu bekämpfen.

Der Bundesrat befürworte die ärztliche Verschreibung von Heroin als unerläßliche Maßnahme für eine kleine Gruppe von schwer Drogenabhängigen aus folgenden Gründen:

- a. Positive Erfahrungen:  
Seit 1994 werde im Rahmen umfassender Suchttherapien unter ärztlicher Aufsicht schwer Drogenabhängigen versuchsweise Heroin verschrieben. Bei den Personen,

die am Versuch teilnahmen, ließen sich folgende Veränderungen feststellen: Der allgemeine Gesundheitszustand verbessere sich. Die Kriminalitätsrate sinke drastisch. Viele Personen könnten wieder schrittweise in den Arbeitsprozess eingegliedert werden und so mit dem Abbau ihrer Schulden beginnen. Ihre Wohnsituation werde stabiler. Sie brächen den Kontakt zur Drogenszene ab oder schränkten ihn ein und konsumierten in der Folge deutlich weniger illegal erworbene Drogen. Insgesamt verbessere sich die gesundheitliche und soziale Situation der am Versuch teilnehmenden Personen deutlich.

b. Langfristiges Ziel – Abstinenz:

Langfristiges Ziel jeder Drogentherapie sei und bleibe die Abstinenz. Allerdings ist der Weg zur Abstinenz für schwer Drogenabhängige in vielen Fällen lang und beschwerlich und leider nicht immer erfolgreich. Oft ist daher als Zwischenschritt eine Phase der Stabilisierung und Beruhigung nötig. Bei allen Personen, die an einem Programm zur ärztlichen Heroinverschreibung teilnehmen, haben andere Therapien nicht zum Erfolg geführt. Ohne die Heroinverschreibung wären sie heute in den meisten Fällen ohne Therapie!

c. Kontrolle durch den Bund:

Der Bund werde weiterhin die Oberaufsicht über die heroingestützte Behandlung ausüben, die erforderlichen Bewilligungen erteilen und damit sicherstellen, dass die Rahmenbedingungen eingehalten werden. Die Befürchtung, dass die Anzahl der am Programm teilnehmenden Personen unkontrolliert wächst, sei daher unbegründet. Klar geregelt seien vor allem die Kriterien für die Aufnahme in die Behandlung, die Anforderungen an Therapeuten und an die spezialisierten Behandlungszentren.

d. Benötigte Behandlungsplätze:

Es liege im Interesse und in der Verantwortung der Kantone, schwer Drogenabhängigen die heroingestützte Behandlung anzubieten. Bereits haben mehrere Städte und Kantone mit Abklärungs- und Planungsarbeiten für die Eröffnung neuer Behandlungszentren begonnen. In der Schweiz erfüllen rund 3.000 Personen die Aufnahmekriterien. Es sei allerdings kaum damit zu rechnen, dass sie alle in der Lage sind, sich den strengen Rahmenbedingungen dieser Behandlung zu unterziehen.

e. Internationales Umfeld:

Die ärztliche Verschreibung von Heroin stehe in Einklang mit den internationalen Abkommen zur Drogenbekämpfung. Diese neue Therapieform habe im übrigen großes internationales Interesse geweckt, wobei nach wie vor sowohl kritische als auch anerkennende Stimmen zu hören sind. Ähnliche Versuche würden in Holland durchgeführt. Deutschland und Dänemark prüften entsprechende Forschungsprojekte.

Aus all diesen Gründen empfehlen Bundesrat und Parlament, den Bundesbeschluss über die ärztliche Verschreibung von Heroin gut zu heißen.

Vom Bundesrat wurde den Argumenten der Referendumsbetreiber aktiv begegnet. Diese Entgegnung ist von Interesse, da sie einiges Material, das für die Bewertung der Heroinprojekte notwendig erscheint, enthält. In der Entgegnung wurde unter anderem festgestellt:

- In sicherheitspolitischer Hinsicht:

Es sei unrichtig, dass das organisierte Verbrechen und die Kriminalität mit der staatlichen Abgabe von Rauschgiften nicht bekämpft würden. Die Forschung habe belegt, dass die Kriminalität bei den Klienten dieser Methode drastisch zurückging,

wodurch dem Schwarzmarkt sowohl Dealer wie auch die besten Kunden entzogen worden seien.

- In ökonomischer Hinsicht:  
Die heroingestützte Behandlung, die von den Kassen zum Teil mitfinanziert werde, verbessere den körperlichen und psychischen Zustand der Abhängigen. Dadurch werde das Gesundheitssystem entlastet und eine Kostensenkung bewirkt, die sich auf die Krankenversicherten positiv auswirke. Außerdem sparen die Steuerzahler dank dieser Behandlungsmethode Geld. Sie koste pro Tag und Patient 51 SFR., erbringe aber einen volkswirtschaftlichen Nutzen von 96 SFR. pro Tag und Patient. Dieser Betrag setze sich vorwiegend aus Einsparungen im Gesundheitswesen und bei der Strafverfolgung zusammen.
- In therapeutischer Hinsicht:  
Die heroingestützte Behandlung könne eventuell die Voraussetzung zur Ausstiegshilfe schaffen und so Menschen, die langjährig drogenabhängig sind, die Hoffnung auf ein drogenfreies Leben eröffnen.

Ein Nein zur heroingestützten Behandlung würde für rund 1.000 Drogenabhängige das Ende ihrer erfolgversprechenden Therapie bedeuten. Die meisten müssten sich ihre Drogen dann wieder auf der Strasse verschaffen, mit all den bekannten negativen Auswirkungen auf die eigene Gesundheit und die Sicherheit der Bürger.

Ein Nein zur heroingestützten Behandlung berge auch das Risiko, dass wieder offene Drogenszenen entstehen und erneut die Abhängigen verelenden. Vielen schwerkranken Personen würde die Hoffnung genommen, einen Ausweg aus diesem Leben zu finden. „Die heroingestützte Behandlung abzulehnen hiesse auch, die Schwächsten und Hilfsbedürftigsten in unserer Gesellschaft alleine zu lassen.“

Am 13.6.1999 fand die Volksabstimmung statt, die mit 54,4 % den Bundesbeschluss bestätigte.

#### ***Überblick über die Abstimmungen zur schweizerischen Drogenpolitik 1997-1999:***

<b>Datum</b>	<b>Titel</b>	<b>Dafür</b>	<b>Dagegen</b>
28.9.1997	Initiative „Jugend ohne Drogen“, restriktiv, richtet sich gegen die Drogenpolitik der schweizerischen Regierung		71 %
29.11.1998	Initiative „Droleg“, liberal, befürwortet Strafbefreiung sowie ein staatliches Monopol für alle illegalen Drogen		74 %
13.6.1999	Abstimmung über den dringlichen Bundesbeschluss zur ärztlichen Verschreibung von Betäubungsmitteln unter Einschluss von Heroin	54,3 %	

#### **4.1.6. Die Entwicklung der Projekte zur HeGeBe**

Mit einem dringlichen Bundesbeschluss vom 9.10.1998 und einer Verordnung über die ärztliche Verschreibung von Heroin vom 8.3.1999 wurde die heroingestützte Behandlung ein fester Bestandteil der bundesrätlichen Vier-Säulen-Drogenpolitik.

Es kam in der Folge zu einer Erweiterung der Programme. Nach der Beendigung der Experimentierphase (PROVE) waren zwischen Juni 1996 und Februar 1998 keine Neuaufnahmen in die Programme möglich. Ab März 1998 wurden dann wieder Patienten

aufgenommen. Es wurde 1998 auch die bislang gültige Begrenzung der ärztlichen Heroinverschreibung auf 800 Personen aufgehoben. Es wurde geschätzt, dass kurzfristig ein Bedarf von 1.500, längerfristig von bis zu 3 000, Behandlungsplätzen besteht. Es trat auch eine Verbreiterung des räumlichen Therapieangebots ein: bis 2001 beteiligten sich zusätzlich die folgenden Orte an dem Therapieangebot: Brugg, Burgdorf, Chur, Reinach und Schaffhausen.

***Zeittafel zur Entwicklung der heroingestützten Behandlung in der Schweiz:***

<b>Jahr</b>	<b>Entwicklungsschritt</b>
1979	Parlamentarische Anfrage (Leuenberger), Heroinverschreibung zur Bekämpfung des Drogenelends
1983	Drogenbericht der Betäubungsmittelkommission, der das Missverhältnis von 10.000 intravenöses-Heroin-Konsumenten gegenüber 460 Behandlungsplätzen anprangert
1985	Erste Spritzentauschprogramme in Bern
1985	Zunahme der Methadonbehandlungen
1989	Parlamentarische Initiative (Günther), Heroinverschreibung zu prüfen
1989	Drogenbericht der Betäubungsmittelkommission, die Spritzentausch, Ausweitung der Substitutionsprogramme und intensive Forschung verlangt
1990	Machbarkeitsstudie für Heroinverschreibung (MINO)
1991	Maßnahmenpaket des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme
1991	Nationale Drogenkonferenz zur Festlegung einer gemeinsamen Politik
1992	Verordnung zur Ermöglichung der wissenschaftlichen Forschung begleitend zur Verschreibung von Heroin, Ausschreibung des PROVE-Programms
1993	Auswahl der bewilligten Projekte
1994/95	Schließung der offenen Drogenszenen in den Schweizer Städten
1994	Eröffnung von 8 Projekten in 6 Städten mit Heroin, Morphin, und intravenöses Methadon-Verschreibung für 700 Behandlungsplätze (250 für Heroin)
1994	Histamin-Reaktionen auf injizierbares Morphin, Probleme bei der Methadoninjektion
1994	Umwandlung: 500 Behandlungsplätze für Heroin, 100 für Morphin, 100 für Methadon
1995	Erster Forschungsbericht
1995	Ausweitung: 800 Behandlungsplätze in 17 Zentren für Heroin
1996	Zweiter Forschungsbericht

1997	Synthesebericht der Forschungsbeauftragten
1998	Dringlicher Bundesbeschluss: Zahlenmäßige Beschränkung der Behandlungsplätze für Heroin aufgehoben
1999	WHO-Expertenbericht zur Evaluation der heroingestützten Behandlung wird vorgelegt
1999	Vorbereitungen zur Einrichtung neuer Zentren mit heroingestützter Behandlung

#### 4.1.7. Situation 2001

##### *Orte mit Heroinabgabeprojekten*

Es fällt auf, dass sich – mit Ausnahme von Genf – sämtliche Abgabeorte in der Deutschschweiz befinden. Zudem sind sie ausschließlich in Kantonen angesiedelt, welche 1999 der gesetzlichen Verankerung der Heroingabe positiv gegenüberstanden. Gegenüber der Pilotphase haben sich nur geringe Veränderungen ergeben: neu hinzugekommen sind Brugg, Burgdorf, Chur, Reinach (BL) und Schaffhausen. Hingegen wurden die Projekte in Freiburg (nur intravenöses Methadon) und Wetzikon aufgegeben.

<b>Ort</b>	<b>Therapieplätze</b>
Basel BS	150
Bern BE	165
Biel BE	55
Brugg AG	50
Burgdorf BE	30
Chur GR	30
Genf GE	50
Horgen ZH	30
Luzern LU	60
Olten SO	35
Reinach BL	15
Schaffhausen SH	25
Solothurn SO	40
Strafanstalt Schöngrün SO	15
Thun BE	60
Winterthur ZH	39
Zug ZG	30
Zürich ZH	265
Total	1219

Nachdem schon 1999 die Zahl von 800 bewilligten Behandlungsplätzen überschritten worden war (937 Patienten), wurde im Jahr 2000 die Zahl der bewilligten Behandlungsplätze auf

1.200 angehoben. Bis Ende 2000 befanden sich dann insgesamt 1.038 Personen (zu 74 % männlich) in heroingestützter Behandlung.

Ende 2001 standen 1.087 Personen in Behandlung. Im Lauf des Jahres 2001 waren 2.446 Personen ein- und 1.359 ausgetreten. Das mittlere Alter betrug 2001 35 Jahre, der Frauenanteil 24,6 % (UCHTENHAGEN 2002).

Bis Anfang Februar 2002 erhöhte sich diese Zahl auf 1.127. Auch die Zahl der Zentren, in denen die Behandlung angeboten wurde, wurde erweitert. 1999 standen 16 Zentren zur Verfügung, 2000 kamen drei neue Kantone und vier neue Behandlungszentren mit insgesamt 125 Behandlungsplätzen hinzu.

Auch in räumlicher Hinsicht wurde das Projekt ausgeweitet; 2002 wurden schlussendlich in 20 ambulanten Zentren und in zwei Haftanstalten heroingestützte Behandlungen durchgeführt. In der Westschweiz wird sie auch weiterhin nur in Genf angeboten, im Tessin gibt es kein entsprechendes Zentrum.

Die wissenschaftliche Auswertung der erhobenen Daten und die bislang zugänglichen Publikationen (GÜTTINGER & Ma. 2003) umfassen den Zeitraum bis Ende 2000.

#### **4.1.8. Bislang vorliegende Ergebnisse der ersten Routinephase**

##### ***Klientenmerkmale:***

Das Durchschnittsalter der neu eintretenden Patienten zeigte mit 32,6 Jahren leicht steigende Tendenz gegenüber der ersten Kohorte, die mit dieser Methode behandelt wurde. 77,5 % waren männlichen Geschlechts. Die Klienten waren durchschnittlich 10 Jahre heroinabhängig und hatten mindestens zwei erfolglose Therapieversuche hinter sich.

Aus den offiziellen Beschreibungen (Botschaft zum Bundesgesetz vom 3.7.2002) geht hervor, dass bei einem Großteil der Patienten Gesundheit und soziale Integration verbessert werden konnten. Auch die Kriminalität sei deutlich gesenkt worden. Der Veröffentlichung einer 6-Jahreskatamnese von GÜTTINGER & Ma. (2003), die sowohl an Patienten, die sich aktuell im Programm befanden als auch an ehemaligen Patienten durchgeführt wurde, lässt sich entnehmen, dass es sich bei dieser Verbesserung der sozialen Integration um einen Langzeiteffekt handelt, der auch die Beendigung der Teilnahme am Programm überdauert. Als bemerkenswerte Ergebnisse können die folgenden gelten:

- Die heroingestützte Behandlung hat eine gute Haltequote.
- Sie verbessert den Gesundheitszustand,
- die soziale Integration und
- die Situation des Beigebrauchs. In der 6-Jahres-Katamnese ergab sich, dass illegaler Heroingebrauch zu Beginn der Behandlung von 84,7 % der Patienten betrieben worden war, aber nach 6 Jahren lediglich 3,8 % der Patienten, die sich noch in Behandlung befanden und 18,9 % der Ex-Patienten angaben, diesen Missbrauch zu betreiben. Ähnlich ist die Situation hinsichtlich des Beigebrauchs von Kokain oder von Benzodiazepinen. Bei Kokain fällt der Prozentsatz von 27,5 % auf 5,3 % bei den aktuell behandelten und von 30,8 % auf 9,8 % bei den Ex-Patienten. Beim außermedizinischen Benzodiazepingebrauch sind die entsprechenden Zahlen 4,5 % versus ursprünglich 18,8 % bei aktuellen Patienten und 3,6 % versus ursprünglichen 16,3 % bei Ex-Patienten.

2000 traten 175 Patienten aus der heroingestützten Behandlung aus, davon wieder 127 oder 72,6 % in eine Methadonbehandlung oder in eine abstinenzorientierte Therapie.

Als Faustregel gilt, dass es zweckmässig ist, dass die Patienten lange in der Behandlung verbleiben. Je länger sie behandelt werden, umso positiver sind die Gründe, aus denen sie aus der Behandlung austreten. Insbesondere die Motivation zur Abstinenzbehandlung ergibt sich zumeist erst nach jahrelanger Heroïnverschreibung.

Hinsichtlich der Qualitätskontrolle besteht ein standardisiertes Dokumentationssystem und werden alle Zentren von den zuständigen Beamten des Bundesamtes für Gesundheit besucht.

Seit Mai 2000 besteht ein Projekt zur Qualitätsentwicklung der heroingestützten Behandlung. Ziel ist die Erarbeitung von Richtlinien und Empfehlungen aufgrund der Analyse der festgestellten Problemfelder (etwa Probleme der Langzeitkonsumenten; Beigebrauch). Für die Qualitätsentwicklung in der heroingestützten Behandlung werden in diesem Projekt folgende Fragen aufgeworfen:

- Welches sind die relevanten Problemfelder, an denen Qualitätsentwicklung in der heroingestützten Behandlung ansetzt?
- Wie können qualitätsentwickelnde Massnahmen für über 20 unabhängige Behandlungszentren umgesetzt werden?
- Welche Faktoren begünstigen den Prozess der Qualitätsentwicklung, welche hemmen ihn?
- Welche Produkte und Resultate wurden bereits realisiert, welche sind noch vorgesehen?

Ein weiteres Projekt zur Qualitätssicherung wurde 2003 initiiert. Es soll von 1.5.2003 bis 30.4.2005 durchgeführt werden und widmet sich der Entwicklung eines computergestützten Monitoring-Systems.

2000 wurde vom Bundesamt für Gesundheit ein Handbuch „Heroingestützte Behandlung“ herausgegeben, dem die rechtlichen Grundlagen, einschliesslich Musterformularen und Betriebsporträts, ebenso wie Richtlinien, Empfehlungen und weitere Informationen entnommen werden können. Diesem Werk können alle wesentlichen Informationen über die politisch-gesellschaftliche Bewertung der Methode, vorläufige Ergebnisse der Evaluation sowie die Bedingungen, unter denen die heroingestützte Behandlung abläuft, entnommen werden. Das Handbuch enthält eine Zusammenstellung aller verbindlichen Richtlinien, Empfehlungen und wichtigen Informationen, die für die Planung, die Implementierung und die erfolgreiche, qualitativ hoch stehende Praxis von Zentren für die heroingestützte Behandlung wertvoll sind. Die auf der Ebene des nationalen Programms der heroingestützten Behandlung relevanten Prozesse werden darin definiert. Er gibt zudem einen ersten Überblick über die mit der heroingestützten Behandlung assoziierten Problem- und Handlungsfelder und ist ein offenes System, das nach Bedarf ergänzt werden soll.

Anfang 2001 wurde die Heroïn-gestützte Behandlung in den Leistungskatalog der Grundversicherung aufgenommen. Mit erstem Juli 2001 wurde „Diaphin“, das im Rahmen der ärztlich betreuten Heroïnabgabe verschreibbar ist, in die Spezialitätenliste aufgenommen. Dementsprechend muss die Grundversicherung für die Kosten der Verschreibung aufkommen. Man geht davon aus, dass pro Person und Tag die Heroïnabgabe 55 Schweizer Franken kostet. Davon entfallen auf die Substanz selbst 6,5 Franken, der Rest auf die anderen medizinischen und psychosozialen Leistungen.

#### **4.1.9. Abschließende Bewertung des Schweizer Modells der heroingestützten Behandlung**

Die Schweizer Erfahrungen erweisen, dass die medizinische Verschreibung von Heroin an eine recht große Population von Heroinabhängigen möglich ist und dass diese Verschreibung zusammen mit ausreichender sozialer Unterstützung zu einer bemerkenswerten Verbesserung des körperlichen und seelischen Zustandes und der sozialen Integration desintegrierter schwer Abhängiger führen kann. Diese praktischen Ergebnisse wurden auch von der internationalen Begutachtungskommission der WHO bestätigt. Kritisiert wurde allerdings, und diese Kritik ist ernst zu nehmen, dass unter Zugrundelegung wissenschaftlicher Maßstäbe die Schweizer Darstellungen nicht belegen konnten, dass die medizinische Verschreibung von Heroin an sich für diese positiven Veränderungen verantwortlich gemacht werden kann.

Dies weil,

1. nahezu alle Resultate der Schweizer Studie sich auf Vorher-Nachher-Vergleiche beschränken, das heißt ohne Vergleiche mit der Entwicklung, die andere vergleichbare Patienten ohne diese Behandlung im gleichen Zeitraum genommen hatten (einzige Ausnahme: eine kleine Studie mit Zufallszuordnung, die in Genf durchgeführt worden ist (PERNEGER et al. 1998) und
2. die experimentelle Behandlung aller Patienten aus den zwei Komponenten Heroinverschreibung und verpflichtender Beratung und großzügiger psychosozialer Unterstützung bestand und unter diesen Behandlungsbedingungen es nicht möglich ist, die wahre Bedeutung und Wirksamkeit der einzelnen Komponenten von einander abzugrenzen; dies betrifft eben auch die Wirksamkeit der Heroinverschreibung.

Die praktischen Auswirkungen der Experimente waren jedoch sehr groß. Zum einen waren sie geeignet, bestimmte Mythen über die Unbehandelbarkeit von depravierten Heroinabhängigen zu relativieren. Es wurde deutlich, dass geeignete Therapieansätze auch für diese schwierige Klientel entwickelt werden können. Zum andern brachten die Begleitforschungen zur Heroinverschreibung eine Fülle wissenschaftlicher Erkenntnisse. Weiteres ergab sich ein Sprung hinsichtlich der Qualität der Behandlung.

Substitutionsbehandlung leidet darunter, dass sie in einer Grauzone zwischen medizinischer Behandlung und sozialer Kontrolle und Ruhigstellung angesiedelt ist. Die Schweizer Studie positionierte die Substitution ganz klar im Bereich strukturierter und evaluierbarer medizinischer Behandlung und diente damit der Entwicklung von Qualitätskriterien.

Im Laufe der Jahre bildete sich eine gute Zusammenarbeit zwischen Forschung und Praxis heraus. Viele Vorschläge aus der Praxis konnten in der Forschungsorganisation umgesetzt werden, führten zu einer eindeutigen Verbesserung der Forschungsbefunde sowie zu einem guten Arbeitsklima. Dieser Prozess trug zur zunehmenden Professionalisierung bei, was sich wieder in Bestrebungen zu Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung umsetzte.

Das Handbuch, das Richtlinien und Empfehlungen für den „state of the art“ der HeGeBe enthält, zeugt für diese Entwicklung. Wir werden es später ausführlich als Beispiel für „best practice“ vorstellen.

Heute stellt die ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln unter Einschluss von Heroin im Rahmen des schweizerischen Behandlungssystems einen kleinen Teil der Versorgung dar. Für geschätzte 30.000 Drogenabhängige steht ein breites Angebot von therapeutischen Optionen zur Verfügung.

Wie aus untenstehender Tabelle zu ersehen ist, waren 1997 knapp 15.400 Behandlungsplätze für Methadonverschreibungen belegt. Dem standen 1998 lediglich 1.050 Personen in der Heroinbehandlung gegenüber. Substitutionstherapien mit Buprenorphin und Morphin waren

mit geschätzten 200-300 Behandlungen deutlich untervertreten. Die stationären Behandlungsplätze bezifferten sich im Jahre 1996 auf 2.100 Plätze, eine Zahl, die über die Jahre hinweg stabil geblieben ist. Trotz des umfangreichen Therapie- und Betreuungsangebots wird auch in der Schweiz immer noch ein großer Teil von Abhängigen im Rahmen der Repression betreut. Die hohe Zahl der Verzeigungen beruht zum Teil auf Mehrfachverzeigungen derselben Personen.

**Tabelle: Vergleich der Behandlungsangebote für Drogenabhängige in der Schweiz**

Art der Behandlung	Anzahl Personen	Erfassungsjahr	Quelle
<b>1. Behandlung/Reduktion der Nachfrage</b>			
Methadonsubstitution	<b>15.382</b>	1997	Bundesamt für Gesundheit
Heroingestützte Behandlung	<b>1.056</b>	1998	Bundesamt für Gesundheit
Buprenorphinsubstitution (geschätzt) 300	<b>300</b>	1998	Bundesamt für Gesundheit
Morphinbehandlung (geschätzt)	<b>200</b>	1998	Bundesamt für Gesundheit
Stationäre Behandlungen	<b>2.100</b>	1996	Bundesamt für Gesundheit
<b>2. Repression/Reduktion des Angebotes</b>			
Polizeiliche Verzeigungen	<b>44.698</b>	1997	Bundesamt für Polizeiwesen
Verurteilungen	<b>1.456</b>	1997	Bundesamt für Polizeiwesen
Gefängnis wegen Drogendelikten (geschätzt)	<b>2.000</b>	1997	Bundesamt für Justiz

Aufgrund der vielfältigen Optionen für Drogenabhängige kann in der Schweiz für die heroingestützte Behandlung eine sehr differenzierte Indikation gestellt werden. Einstweilen gilt noch, dass an einer solchen Behandlung nur Personen teilnehmen können, die mindestens 20 Jahre alt sind, für die mindestens ein zweijähriger intensiver abhängiger Drogenkonsum dokumentierbar ist und die mehrere erfolglose Behandlungsversuche hinter sich gebracht haben. Darüber hinaus sind Probleme im psychosozialen und/oder gesundheitlichen Bereich zu dokumentieren. (Bundesamt für Gesundheit 1993 und 1995)

Die Heroinverschreibung wurde erst thematisiert, als sich zeigte, dass sich ein bestimmter eingeschränkter Patientenkreis in Methadonprogrammen nicht halten lässt und dass abstinenzorientierte Programme für diese Personen ebenfalls keine nennenswerten, nachhaltigen Verbesserungen der Lebenssituation zeitigen. Im Gegenteil, diese Patienten tendieren zunehmend zur Verelendung und weisen auch eine deutlich höhere Belastung mit Infektionen wie HIV und Hepatitis auf. Die tatsächlich rekrutierte Kohorte im Rahmen von PROVE und HeGeBe ist wesentlich stärker problembelastet als dies in den Indikationskriterien gefordert wurde. Insofern füllt die HeGeBe eine echte Lücke im

Behandlungssystem, indem Drogenabhängige behandelt werden, für die bisher keine andere Behandlung längerfristig wirksam war.

Besonders hervorgehoben muss werden, dass die Heroinverschreibung in der Schweiz nicht zu einem Rückgang der Behandlungsplätze für Methadonpatienten beigetragen hat, sondern im Gegenteil eine Vermehrung der Methadonplätze gefördert hat. Dies lässt sich anhand des einzigen Gefängnisses, das an der Heroinverschreibung teilgenommen hat, verdeutlichen. Hier standen zunächst 8, später 16 Plätze für Heroinpatienten, aber keine Behandlungsplätze für Methadonpatienten zur Verfügung. Im Laufe der Auseinandersetzung mit dem Heroinprojekt innerhalb dieser Institution wurde klar, dass ein weit höherer Bedarf für orale Methadonbehandlungen bestand. Neben der heroingestützten Behandlung läuft nun in diesem Gefängnis auch ein Methadonprogramm. (KAUFMANN & DOBLER-MIKOLA 1997)

Damit ist die ärztliche Verschreibung von Heroin ein integraler Bestandteil des umfangreichen Betreuungsnetzes in der Schweiz geworden und stellt die letzte Alternative dar, wenn alle anderen Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft sind. Die wissenschaftliche Forschung hat entscheidend zur Dokumentation dieser Entwicklung beigetragen, dies einmal durch die Begleitforschung zu stationären Behandlungen (DOBLER-MIKOLA, WETTACH et al. 1998), durch die Evaluation der ambulanten Betreuung (KLINGEMANN 1998), durch die Dokumentation von niedrighschwelligem Angeboten (GERVASONI, DUBOIS-ARBER et al. 1996) und „last but not least“ durch eine Forschungslawine, die über die Projekte zur ärztlichen Verschreibung von Betäubungsmitteln hinweg gerollt ist.

Die Forschungsergebnisse kommunizierten, dass bei der heroingestützten Behandlung eine Verbesserung für fast alle Messgrößen zu beobachten war, die für den Public-Health-Bereich relevant sind. Es ist nicht anzunehmen, dass die erzielten eindrucksvollen Ergebnisse allein auf die magische Substanz Heroin zurückzuführen sind, ebenso irreführend wäre aber die Behauptung, diese Ergebnisse seien auch ohne Heroin möglich gewesen. Die Erfahrung spricht dafür, dass die Klientel, bei der die positiven Veränderungen beobachtbar wurden, ohne die Heroinverschreibung entweder nicht in Behandlung gekommen oder eventuell rasch aus dem Programm ausgetreten wäre. Die gemeinsame, kontinuierliche, tagtägliche Anstrengung machte es aus.

Die HeGeBe scheint auch einen günstigen Impakt auf die gesundheitliche Gesamtlage ausgeübt zu haben. Die positiven Veränderungen, die sich auf der Mikroebene der einzelnen Drogenabhängigen und der Projekte zeigten, sind nämlich auch auf der Makroebene für das ganze Land zu beobachten. Obzwar in diesem Kontext sicher kein direkter kausaler Zusammenhang besteht, wenn die Zahl der Drogentoten sich von 1994 bis 1998 praktisch halbiert oder wenn die Zahl der HIV-Neuinfektionen zurückgeht, so wird dennoch deutlich, dass eine ganze Palette von Maßnahmen einschließlich der Repression sich in ein Monitoring-System einbinden lässt und damit zu einer evidenzgestützten Public-Health-Politik beitragen kann, die das Spannungsfeld zwischen Forschung und Praxis am konkreten Beispiel beackert.

Die Ergebnisse führten dazu, dass die Forderung erhoben wurde, die Verschreibung von DAM einem größeren Kreis von Abhängigen zugänglich zu machen und die Zugangsbeschränkungen zu überdenken. (VONTOBEL 1997)

Ein weiteres Problem auf der praktischen Ebene stellte der große zeitliche Abstand zwischen der Datenerhebung und der Datenauswertung dar. Dies war vor allem für die in Aufbau befindlichen Projekte kaum nachvollziehbar und äußerte sich in teilweise berechtigten

kritischen Bemerkungen gegenüber der Forschung. Die Auseinandersetzung zwischen Forschung und Praxis erbrachte neben einigen Reibungsverlusten doch tangible Resultate, auf die wir in diesem Zusammenhang nur kurz eingehen wollen, da sie an anderer Stelle ausführlich dokumentiert sind (DOBLER-MIKOLA, UCHTENHAGEN ET al. 1994; UCHTENHAGEN, DOBLER-MIKOLA et al. 1995; UCHTENHAGEN 1996; UCHTENHAGEN, DOBLER-MIKOLA et al. 1996; UCHTENHAGEN, DOBLER-MIKOLA et al. 1996; UCHTENHAGEN, GUTZWILLER et al. 1997; DOBLER-MIKOLA, PFEIFER et al. 1998; FREI, STEFFEN et al. 1998; UCHTENHAGEN, GUTZWILLER et al. 1998; UCHTENHAGEN, DOBLER-MIKOLA et al. 1999; RIHS-MIDDEL & SEIDENBERG 1999).

#### **4.1.10. Best Practice – Best Control? Das Schweizer Handbuch HeGeBe 2000, herausgegeben vom BAG**

Als „best practice“-Beispiel kann zum gegebenen Zeitpunkt noch keine Institution beschrieben werden. Wohl aber kann das Handbuch HeGeBe, das 2000 in der Schweiz herausgegeben wurde, als beispielhafter Leitfaden für die routinemäßige Durchführung der HeGeBe unter strengen Kontrollbedingungen bezeichnet werden. Aus diesem Grund soll es in der Folge umfassend dargestellt werden.

Für uns sind zwei Aspekte des Handbuches von besonderem Interesse:

- Zum einen, dass in ihm die drogenpolitische Position des Bundesamtes für Gesundheit und die nationale drogenpolitische Haltung der Schweiz offiziell festgeschrieben sind. Zunächst wird explizit die drogenpolitische Position vertreten, dass die Schweiz gewillt sei, ihre drogenpolitische Innovatorenrolle fortzuführen. Unter einem Verweis auf ein Leitbild, das 1992 erstellt wurde, weist dann das Bundesamt für Gesundheit darauf hin, dass seine Funktion darin bestehe, maßgeblich dazu beizutragen, der Schweizer Bevölkerung ein Leben in Gesundheit zu ermöglichen. Dazu misst es sein Handeln an den Auswirkungen auf die Gesundheit. Die HeGeBe passt insofern zu diesem Leitbild, als mit ihr ein Therapieangebot entwickelt wurde, das spezifisch auf die Bedürfnisse, Defizite und Ressourcen vieler schwer abhängiger, marginalisierter Personen eingeht und sie zu einer Behandlung motivieren kann. Es wird festgestellt, dass die heroingestützte Behandlung in eine neue Phase getreten sei. Sie habe das Stadium des wissenschaftlichen Versuchs verlassen und stelle bereits eine anerkannte Therapie dar. Das Behandlungskonzept ermögliche es den Personen, die der Zielgruppe zugehören, ihre gesundheitliche und soziale Situation zu stabilisieren und zu verbessern. Die Einbindung der Betroffenen in ein ganzheitliches, interdisziplinär vernetztes Behandlungssetting sowie die sich mit der ärztlichen Verschreibung des Heroins verändernden Lebensbedingungen (Wegfallen des Beschaffungsstress, Wiederaufbau einer geregelten Tagesstruktur, Förderung der Beziehungsqualität) erlaubten vielen Patienten eine schrittweise Reintegration in die Gesellschaft. Darauf aufbauend könne nicht zuletzt auch die Motivation erwachsen, einmal mehr den Schritt in die Abstinenz zu versuchen.

In diesem Kontext wird von den Autoren des Handbuches auch darauf hingewiesen, dass bei aller Beachtung, welche die neue Behandlung in der Öffentlichkeit und in der Fachwelt gefunden habe, nicht vergessen werden dürfe, dass damit keineswegs die bewährten Therapien (Methadonbehandlung oder stationäre, abstinenzorientierte Behandlung) konkurrenziert oder gar verdrängt werden sollen. Vielmehr sei die heroingestützte Behandlung als eine Ergänzung der bestehenden breiten Therapiepalette zu verstehen.

- Zum andern dokumentiert das Handbuch, in welchem hohem Ausmaß diese Behandlungsform einem äußerst stringenten Regelsystem unterworfen ist und wie stark die Regulierungen durch Gesetze und Verordnungen abgesichert sind, wohl auch um den Auflagen zu entsprechen, die von den Internationalen Kontrollbehörden in der Einzigsten Suchtgiftkonvention festgeschrieben sind. In die Regulierung sind neben den Prozeduren anlässlich der Aufnahme der Klienten in die Programme die Untersuchung der Klienten ebenso eingeschlossen, wie Organisation, Struktur und Aufgabenbereiche der Institutionen, die Verträge zwischen Betreuungseinrichtung und Klienten.

Hinsichtlich des Handbuchs gelten folgende **Zielvorstellungen**:

1. Schaffung einer Übersicht über die geltenden Richtlinien und Empfehlungen für bestehende Behandlungszentren. Das BAG definiert sich gegenüber den Institutionen als Aufsichts- und Bewilligungsinstanz. Es kann Empfehlungen geben und Weisungen erteilen, namentlich zur Koordination und zur Qualitätssicherung der heroingestützten Behandlung;
2. Know-how-Transfer;
3. Planungs- und Praxishilfe. Der Leitfaden soll in erster Linie ein praktisches Hilfsmittel zum Aufbau von neuen Behandlungszentren sein. Er soll die wichtigsten Abläufe und Verfahren aufzeigen. Er richtet sich an alle Institutionen, Behörden und Fachpersonen, die den Aufbau eines solchen Zentrums planen.
4. Förderung und Vernetzung. Das Handbuch soll im Weiteren die ämter- und kantonsübergreifende sowie die interdisziplinäre Zusammenarbeit fördern und einen Beitrag leisten zur Vernetzung der einzelnen Behandlungszentren.
5. Qualitätsentwicklung. Das Handbuch hat auch zum Ziel, die Qualität der heroingestützten Behandlungen durch die Setzung verbindlicher Qualitätsstandards sowie durch erfahrungsgestützte Empfehlungen zu konsolidieren und in Zukunft zu sichern. Die relative Neuheit dieser Behandlungsform macht klar, dass der qualitative Entwicklungsprozess keineswegs abgeschlossen sein kann. Der vorliegende Leitfaden ist daher auch als Grundlage für die Förderung und die stetige Weiterentwicklung der Behandlungsqualität zu verstehen.

### **Das Regelsystem:**

Die Regulierung betrifft folgende Inhalte:

1. Das **Bewilligungswesen**  
Es wird dargestellt, dass es, um eine HeGeBe in Gang zu setzen, dreier Bewilligungen bedarf:
  - a. einer Institutionsbewilligung
  - b. einer Arztbewilligung
  - c. einer Patientenbewilligung
 Das Bewilligungsverfahren wird, wie später noch dargestellt wird, ausführlich expliziert.
2. Hinsichtlich der **Behandlung** werden im Handbuch folgende Inhalte besprochen und in das Regelsystem gebracht:
  - a. Definition der Zielgruppe;
  - b. Aufnahmekriterien und das Aufnahme-prozedere einschließlich ausführlicher Beschreibungen der erwünschten Untersuchungen;
  - c. Behandlungsbezogene Regeln bezüglich: Behandlungszielvorstellungen, Behandlungsplanung, Behandlungsangeboten und Behandlungsdokumentation.
  - d. Verschreibungsbezogene Regeln: Verschreibung von Diacetylmorphin, Verschreibung

- und Mitgabe von nicht injizierbarem Heroin.
- e. Methodische Regeln: Umgang mit Polytoxikomanie, der Umgang mit Patienten mit Komorbidität und die Weiterführung der Behandlung bei Hospitalisation oder Gefängnisaufenthalt.
3. Hinsichtlich der **betrieblichen Organisation** werden im Handbuch folgende Inhalte besprochen und in das Regelsystem gebracht:  
 Betriebs- und Behandlungskonzept; Anforderungen an die Infrastruktur; Personelle Anforderungen; Funktionenzuordnung;  
 Notfalldispositiv; Sicherheitsdispositiv; Heroinlogistik; Betäubungsmittelkontrolle; Datenschutz; Haftpflichtversicherung; Sanktionen; Hausordnung; Öffnungszeiten; Meldung von außergewöhnlichen Ereignissen; Qualitätsentwicklung und Know-how-Transfer.
4. Die **Aufgaben, Funktionen und Kompetenzen des Bundesamtes für Gesundheit** als fördernder und kontrollierender Instanz, der die Aufgabe obliegt, als Aufsichts- und Bewilligungsbehörde eine rechtsrichtige und rechtsgleiche Praxis in der Ausführung der heroingestützten Behandlung sowie die gleichmäßige Ausübung des Ermessens zu fördern, sind ebenfalls klar festgeschrieben. Neben dem Auftrag und Aufgaben des BAG werden im Handbuch auch die Organisation und Zuständigkeiten im BAG und die Mandate und die Zusammensetzung der HeGeBe-Gremien definiert.

Hinsichtlich der Regeln wird – wie bereits der Darstellung der Zielvorstellungen zu entnehmen ist – unterschieden zwischen **Richtlinien und Empfehlungen**.

**Richtlinien** sind als Weisungen der Aufsichts- und Bewilligungsbehörde an die untergeordneten Institutionen zu verstehen. Sie zeigen, wie nach Auffassung des BAG die gesetzlichen Regelungen zu verstehen und anzuwenden sind. Solche Weisungen gelten als Verwaltungsverordnungen, die keine Rechtssätze sind; werden sie aber nicht befolgt, kann das Disziplinarfolgen nach sich ziehen (zum Beispiel Verwarnungen, Bewilligungserteilung unter Auflagen bis zu Bewilligungsentzug). Die Richtlinien schaffen grundsätzlich keine direkten Rechte und Pflichten für die Patienten.

Mit den **Empfehlungen** hingegen leitet das BAG sein zusammengetragenes Erfahrungswissen und seine besondere Sachkunde an die Institutionen weiter. Für individuelle Behandlungen hat weder die institutionelle Gesamtleitung noch das BAG gegenüber den Fachpersonen ein direktes Weisungsrecht. Es handelt sich somit nicht um rechtlich verbindliche Anweisungen. Ihre Einhaltung ist aus Gründen der beruflichen Sorgfaltspflicht und mit Hinweis auf Art. 11 des Betäubungsmittelgesetzes ratsam (nach diesem Artikel sind die Ärzte verpflichtet, Betäubungsmittel nur in dem Umfange zu verwenden, abzugeben und zu verordnen, wie dies nach anerkannten Regeln der medizinischen Wissenschaften notwendig ist). Bezüglich der heroingestützten Behandlung halten die Empfehlungen des BAG, gestützt auf die einschlägigen Forschungsergebnisse, diese Regeln fest.

## **Das Bewilligungsverfahren**

### **1. Die Institutionsbewilligung**

Das BAG kann Institutionen für die heroingestützte Behandlung eine Bewilligung erteilen, wenn:

- a. die kantonale Bewilligung nach Artikel 14 Absatz 1 des Gesetzes erteilt wurde;
- b. das Betriebs- und Behandlungskonzept (Artikel 15) vom Kanton, in dem die Institution liegt, genehmigt wurde;
- c. mindestens ein Arzt oder eine Ärztin über eine Bewilligung nach Artikel 19 verfügt;
- d. die übrigen Voraussetzungen zur heroingestützten Behandlung sowie die

Anforderungen an die beteiligten Fachpersonen und die Institution im Sinne dieser Verordnung erfüllt sind.

Voraussetzungen für eine Erteilung der Institutionsbewilligung sind eine kantonale Genehmigung des Behandlungskonzeptes sowie eine kantonale Bewilligung gemäß Art.14 Abs.1 BetmG. Ohne Genehmigung des betroffenen Kantons ist demnach die Durchführung der heroingestützten Behandlung auf dessen Gebiet nicht möglich. Durch den Entzug der kantonalen Genehmigung wird die Institutionsbewilligung selbst ebenfalls hinfällig, da eine Voraussetzung für die Erteilung wegfällt. Zwischen der Bedarfsabklärung und der Erteilung der Institutionsbewilligung vergehen erfahrungsgemäß sechs bis zwölf Monate. Die Institutionsbewilligung ist zwei Jahre gültig. Sie wird erneuert, soweit die Voraussetzungen einer Bewilligungserteilung weiterhin erfüllt sind.

## **2. Die Arztbewilligung**

Das BAG erteilt Ärzten eine Bewilligung zur Verschreibung von Heroin, wenn sie:

- a. nach Artikel 9 des Gesetzes zur Abgabe von Betäubungsmitteln befugt sind;
- b. über Erfahrung in der Behandlung von schwer Heroinabhängigen verfügen.

Die Arztbewilligung ist zwei Jahre gültig. Sie wird erneuert, soweit die Voraussetzungen einer Bewilligungserteilung weiterhin erfüllt sind. Der verschreibungsberechtigte Arzt beziehungsweise die verschreibungsberechtigte Ärztin trägt innerhalb des Behandlungspersonals eine besondere Verantwortung, da ohne sie die ärztliche Heroinverschreibung nicht durchgeführt werden darf. Sie benötigt deshalb eine spezielle Bewilligung, deren Vorhandensein Voraussetzung für die Einrichtung einer entsprechenden Institution bildet. Die Arztbewilligung ist ausschließlich im Rahmen der ärztlichen Tätigkeit innerhalb einer für die heroingestützte Behandlung zugelassenen Institution gültig. Pro Behandlungszentrum wird im Normalfall nur eine Arztbewilligung ausgestellt. Gemäß Art.12 BetmG können die Kantone die Befugnisse nach Art.9 für bestimmte Zeit oder dauernd entziehen, wenn die Medizinalperson betäubungsmittelabhängig ist oder einen Verstoß gemäß den Artikeln 19–22 BetmG begangen hat. Falls ein Kanton eine entsprechende Verfügung erlässt, ist eine Bewilligungsvoraussetzung von Art.19 hinfällig, weshalb die Arztbewilligung entzogen werden kann. Die grundsätzlich kantonale Kompetenz über die Befugnisse der Medizinalpersonen für die Verschreibung von Betäubungsmitteln bleibt damit beim Heroin ebenfalls gewahrt.

## **3. Die Patientenbewilligung**

Die Patientenbewilligung ist zwei Jahre gültig. Sie kann in begründeten Fällen jeweils für ein Jahr erneuert werden. Anträge auf Erneuerung müssen eine Dokumentation des bisherigen Behandlungsverlaufs sowie die neuen Behandlungsziele enthalten. Für den Antrag auf Erneuerung der Patientenbewilligung wird das entsprechende Formular des BAG verwendet.

## **Die Bedingungen der Durchführung der heroingestützten Behandlung im Schweizer Modell**

### **Definitionen:**

- **Heroingestützte Behandlung:**

Die heroingestützte Behandlung bildet eine Ergänzung der Therapie für schwer heroinabhängige Personen, bei denen andere Behandlungsformen versagt haben oder deren Gesundheitszustand andere Behandlungsformen nicht zulässt. Als heroingestützte Behandlung gilt die Verschreibung von Heroin an schwer

Heroinabhängige innerhalb von Institutionen nach Art.9 im Rahmen einer umfassenden, interdisziplinären Behandlung.

- **Die Zielpopulation und der Begriff „Schwere Heroinabhängigkeit“**

Der Gesundheitszustand umfasst ganzheitlich den somatischen und psychischen Zustand sowie die soziale Situation des Patienten.

Als schwer heroinabhängig gilt, wer für eine Abhängigkeitsdiagnose nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten der WHO vom Dezember 1991 (International Classification of Diseases and Health-Related Classifications, ICD-10) die Kriterien nach den Ziffern 4 (körperliches Entzugssyndrom) und 5 (Toleranzentwicklung) und noch mindestens zwei weitere Kriterien erfüllt. Gemäß VO müssen 4 dieser Kriterien, davon Punkt 4 und 5 zwingend, erfüllt sein. Die schwere Heroinabhängigkeit wirkt sich in einer deutlichen Beeinträchtigung der beruflichen Leistungsfähigkeit, der üblichen sozialen Aktivitäten und/oder der Beziehungen zu anderen Menschen aus. Diese Beeinträchtigung muss bereits beobachtbar sein, oder es müssen ernste Indikatoren dafür bestehen, dass eine solche negative Entwicklung droht oder kurz bevor steht.

Als Beispiele derartiger Zielpopulationen werden angeführt:

1. Heroinabhängige, die durch ihre Lebensumstände und ihr Verhalten (Beschaffungskriminalität, Prostitution, Obdachlosigkeit und so weiter) stark gefährdet und bereits sozial desintegriert sind oder zu verelenden drohen und durch bestehende Angebote (Entzug, abstinenzorientierte Behandlungsform oder orale Methadonsubstitution) nicht erreicht werden können.
2. Heroinabhängige in einem oralen Methadonprogramm, die durch die bisherige Behandlung nicht zu stabilisieren waren (Parallelkonsum anderer Suchtmittel, vor allem Heroin) und/oder sich durch wiederholten illegalen Drogenkonsum der Gefahr der Kriminalität aussetzen oder bereits kriminell sind.

- **Behandlungsziele**

Mit der heroingestützten Behandlung von schwer heroinabhängigen Personen werden folgende Ziele verfolgt:

- > eine anhaltende therapeutische Einbindung;
- > die Verbesserung des physischen oder psychischen Gesundheitszustandes;
- > die Verbesserung der sozialen Integration (Arbeitsfähigkeit, Distanzierung von der Drogenszene, Abbau deliktischen Verhaltens);
- > der dauerhafte Verzicht auf Opiatkonsum.

Mittels der ärztlichen Verschreibung von Heroin sollen schwer Drogenabhängige in die Gesundheitsversorgung eingebunden werden. Dabei stehen die Verbesserung des körperlichen und/oder psychischen Gesundheitszustandes, die Verbesserung der sozialen Integration (Arbeitsfähigkeit, Distanzierung von der Drogenszene, Abbau deliktischen Verhaltens) sowie die Erhöhung des Verantwortungsbewusstseins betreffend des HIV- und Hepatitis- Infektionsrisikos im Vordergrund. Damit werden auch Voraussetzungen für das langfristige Ziel eines drogenfreien Lebens geschaffen.

**Die patientenbezogenen Ziele der heroingestützten Behandlung** sind:

- > Überleben sichern
- > Erzielen von Verbesserungen im psychischen, im somatischen und im sozialen Bereich
- > Distanzieren von der Szene und der illegalen Heroinbeschaffung
- > Abbauen von weiterem, risikoreichem, illegalem und legalem Suchtmittelkonsum

- > Reduktion von Drogenkriminalität, -Prostitution und sozial auffälligem Verhalten
  - > Schrittweise (Re-)Integration unter Berücksichtigung der individuellen und gesellschaftlichen Möglichkeiten
  - > Wiedererlangung von sozialer Kompetenz, Autonomie und Selbstverantwortung in der Lebensgestaltung
  - > Erreichen von Unabhängigkeit von illegalen und legalen Suchtmitteln.
- Diese Ziele müssen in den verschiedenen Behandlungsphasen in ihrer Priorität abgestuft werden. Um diesen Umstand zu verdeutlichen, soll versucht werden, jeweils zwischen kurz-, mittel- und langfristigen Zielen in den verschiedenen Bereichen zu unterscheiden.

- **Aufnahmekriterien**

Der Bundesrat regelt die Voraussetzungen für die Behandlung von Menschen mit Stoffen nach Abs.1 lit.b. Er sorgt insbesondere dafür, dass diese Stoffe nur bei Personen angewendet werden, die

- > mindestens 18 Jahre alt sind;
- > seit mindestens zwei Jahren heroinabhängig sind;
- > mindestens zwei Behandlungsversuche mit einer anderen anerkannten ambulanten oder stationären Behandlungsmethode abgebrochen haben, oder deren Gesundheitszustand andere Behandlungsformen nicht zulässt; und
- > Defizite im medizinischen, psychologischen oder sozialen Bereich aufweisen, die auf den Drogenkonsum zurückzuführen sind.

In begründeten Ausnahmefällen, insbesondere bei schweren physischen oder psychischen Erkrankungen, die eine Behandlung mit anderen Methoden nicht zulassen, kann eine Aufnahme in die heroingestützte Behandlung auch ohne Vorliegen dieser Voraussetzung erfolgen.

### **Abklärung**

Der Indikationsstellung und der Behandlungsplanung geht eine umfassende Abklärung voraus. Sie beinhaltet im Sinne **bereichsspezifischer Abklärungen** somatische, psychiatrische und soziale Abklärungen und eine Erfassung der Einbettung ins soziale Hilffsystem und im Sinne **bereichsübergreifender Abklärungen** die Erfassung der Lebens- und Suchtgeschichte des Patienten (Anamnese).

Eine differenzierte und einfühlsame Erhebung der Lebensdaten und wichtiger Lebensschauplätze ist ebenso notwendig wie die Erfassung der Suchtgeschichte und der Behandlungsversuche.

Bei jeder neuen Behandlung von Süchtigen müssen bisherige Behandlungsversuche erfragt werden. Dabei sollen stationäre und ambulante Behandlungen erfasst werden. Es sollen die Zahl und die Dauer der Entzüge, der abstinentenorientierten Therapien sowie der Substitutionsbehandlungen erhoben werden. Diese Behandlungsversuche müssen dokumentiert werden.

### **Aufnahmeprozedere**

Vor Beginn jeder heroingestützten Behandlung findet eine sorgfältige medizinische (psychiatrisch, somatisch) und soziale Indikationsstellung statt. Die beiden Indikationen dürfen nicht von derselben Person gestellt werden. Der Entscheid über die Aufnahme in die heroingestützte Behandlung liegt in der Kompetenz eines interdisziplinären Gremiums der Behandlungseinrichtung, erfolgt also durch Konsensverfahren im Team, in der sogenannten Indikationskonferenz. Bei Uneinigkeit entscheidet die im Betriebskonzept genannte Stelle.

Liegt sowohl die medizinische wie auch die soziale Indikation vor, beantragt der verantwortliche Arzt über den Kantonsarzt beim BAG die Patientenbewilligung. Die Verschreibung von Heroin kann erst nach ausdrücklicher Bewilligung des BAG erfolgen.

### ***Einverständniserklärung***

Bei Aufnahme in die Behandlung bestätigt der Patient schriftlich, über den Ablauf der Behandlung, die entsprechenden Rechte und Pflichten sowie über die Folgen bei deren Verletzung ausführlich informiert worden zu sein.

Die Patienten haben sich insbesondere zu verpflichten, auf das Führen von Motorfahrzeugen während der heroingestützten Behandlung zu verzichten.

Die Behandlungszentren gewährleisten die Einhaltung der Aufklärungs- und Informationspflicht gegenüber Patienten im Sinne eines «informed consent».

Spezifische Rechte und Pflichten bezüglich der heroingestützten Behandlung (Datenschutz, Ausschluss- und Abbruchgründe) müssen klar festgehalten und erläutert werden.

Das Einverständnis umfasst insbesondere die Information über alternative Möglichkeiten der Behandlung und die Abklärung, ob eine andere Behandlung nicht angebrachter und Erfolg versprechender ist.

Die Kenntnisnahme der Hausordnung ist ein weiterer wichtiger Teil des Einverständnisses.

Die Verpflichtung der Patienten auf das Führen von Motorfahrzeugen zu verzichten, haben sie bei der Behandlungsaufnahme mit der Einverständniserklärung schriftlich zu bestätigen.

Die Behandlungszentren sind verpflichtet, sie auf die Folgen der Missachtung, insbesondere auf die Bestimmungen zum Führen von Motorfahrzeugen durch Suchtkranke im Straßenverkehrsgesetz hinzuweisen.

### **EXKURS: Abhängigkeit und Führerschein – die Schweizer Rechtslage**

Falls der Patient noch im Besitz eines gültigen Führerscheines ist, wird empfohlen, den Ausweis im Zentrum hinterlegen zu lassen. Die Hinterlegung ist allerdings kein Führerausweisentzug im rechtlichen Sinne und kann nicht durchgesetzt werden. Wird trotz Hinterlegung ein Motorfahrzeug geführt, hat dies deshalb keine direkten Folgen (Ausnahme: Busse wegen Nichtmitführens des Führerausweises). Wenn es sich zeigt, dass ein Patient uneinsichtig ist und trotz Aufklärung und Information nicht auf das Führen von Motorfahrzeugen verzichtet und das Behandlungszentrum dies erfährt, empfiehlt sich eine Meldung an das zuständige Straßenverkehrsamt. Art.14 Abs.4 des Straßenverkehrsgesetzes (SVG) bestimmt, dass jeder Arzt Personen, die wegen körperlicher oder geistiger Krankheiten oder Gebrechen oder wegen Süchten zur sicheren Führung von Motorfahrzeugen nicht fähig sind, der Aufsichtsbehörde für Ärzte und der für Erteilung und Entzug des Führerausweises zuständigen Behörde melden kann. Art.17 SVG regelt den Führer- oder Lernfahrausweisentzug; dieser kann auf unbestimmte Zeit entzogen werden, wenn der Führer wegen Trunksucht oder anderer Suchtkrankheiten, aus charakterlichen oder anderen Gründen nicht geeignet ist, ein Motorfahrzeug zu führen. Mit dem Entzug wird eine Probezeit von mindestens einem Jahr verbunden. Beim Entzug aus medizinischen Gründen entfällt die Probezeit. Bezüglich Radfahren gilt gemäß Art.19 Abs.2 SVG, dass Personen nicht Rad fahren dürfen, die sich infolge körperlicher oder geistiger Krankheiten oder Gebrechen, wegen Trunksucht oder andern Süchten oder sonst nicht dafür eignen. Nötigenfalls hat die Behörde das Radfahren unter Hinweis auf die Strafandrohung des Art.292 des Strafgesetzbuches zu untersagen.

### ***Allgemeine Empfehlungen hinsichtlich des Aufnahmeverfahrens***

Bis zur ersten Verschreibung von Heroin kann Methadon an Drogenabhängige abgegeben werden.

Um den Aufnahmeablauf möglichst effizient zu gestalten, sollten folgende Punkte

berücksichtigt werden:

### **Prüfung der Aufnahmekriterien**

Feststellung der aktuellen Betäubungsmittel-Abhängigkeit aufgrund des Resultats der Urinprobe. Um die zweijährige Abhängigkeit zu belegen kann eine telefonische Anfrage beim Hausarzt oder sozialen/medizinischen Stellen erfolgen; man kann aber auch schriftliche Berichte anfordern um die sozialen und psychologischen Eigenangaben zu verifizieren. Das Gleiche gilt hinsichtlich der Verifizierung medizinischer Defizite und der Befragung externer Stellen hinsichtlich gescheiterter Behandlungsversuche. Auch dafür sollen schriftliche Berichte externer Stellen und der behandelnden Stellen eingeholt werden (eventuell telefonische Anfrage).

### **Bewilligungsgesuch**

Das Bewilligungsgesuch wird wie folgt weitergereicht: der/die leitende Arzt/Ärztin > Kantonsärztin/Kantonsarzt > BAG, HeGeBe-Bewilligungen > der/die leitende Arzt/Ärztin > Patient/Patientin.

Das Gesuch wird von allen beteiligten Stellen per Fax weitergeleitet.

### ***Behandlungsangebote***

Da in der betroffenen Patientenpopulation in der Regel äußerst komplexe Störungsbilder vorherrschen, ist eine konsequente, interdisziplinäre Herangehensweise in der Behandlung unabdingbar. Die heroingestützte Behandlung ist daher als multidimensionaler Behandlungsansatz zu definieren, was eine gute Koordination zwischen den verschiedenen Beteiligten und mit anderen Suchtinstitutionen voraussetzt. Je nach Störungs- und Ressourcenschwerpunkt muss somatische, psychiatrische oder sozialarbeiterische Betreuung und Behandlung gewährleistet sein. Da die Problembereiche außerdem an der Schnittstelle zwischen Gesundheitswesen, Invalidenversicherung und öffentlicher Fürsorge angesiedelt sind, können sie ohne interdisziplinäre Zusammenarbeit nicht wirksam behandelt werden.

### ***Das Prinzip der Interdisziplinarität***

#### ***Psychosoziale Betreuung (je nach Struktur der Behandlungseinrichtung)***

Je nach Struktur und Angebot der behandelnden Einrichtung sind hier verschiedene Ziele in der Behandlung angebar.

#### ***Medizin/Therapie:***

##### **a. Somatik**

Nach einer somatischen Abklärung und Beurteilung wird eine Behandlung geplant und es werden die adäquaten Maßnahmen getroffen. Mit dem Patienten getroffene Vereinbarungen beinhalten folgende Bereiche:

- Medikamente (Verschreibung, Dosierung und Einnahmemodus)
- Verschiedene Behandlungen
- Regelmäßige Laboruntersuchungen (Urin-, Blutproben und ähnliches)
- Triage (Kontrolle und Dokumentation) bei externen somatischen Behandlungen.

Diese «vertraglichen» Abmachungen werden festgehalten und sind integraler Bestandteil des individuellen Behandlungsplanes. Es wird eine Krankengeschichte geführt. Die Behandlung wird dokumentiert. In der Regel sind somatische Problemstellungen prioritär anzugehen.

##### **b. Psychiatrie**

Nach einer psychiatrischen Abklärung und Beurteilung wird eine Behandlung geplant und es werden die adäquaten Maßnahmen getroffen. Mit dem Patienten getroffene Vereinbarungen über

- Medikamente (Verschreibung, Dosierung und Einnahmemodus),
- verschiedene Behandlungen,

- regelmäßige Laboruntersuchungen (Urin-, Blutproben, und ähnliches) und
- Triage (Kontrolle und Dokumentation) bei externen psychiatrischen Behandlungen werden festgehalten und sind Teil des Behandlungsplanes. Es wird eine Krankengeschichte geführt. Die Behandlung wird dokumentiert.

In der Behandlungseinrichtung werden Ziele formuliert und dokumentiert.

### **c. Psychotherapie**

Falls notwendig und wenn eine Psychotherapie möglich ist, wird eine solche installiert. Art und Ausmaß der therapeutischen Strategien und besonders der gewählten Methoden und das Setting werden aufgeführt und dokumentiert. Das Ziel der Therapie wird vom jeweiligen Therapeuten/von der jeweiligen Therapeutin mit dem/der Patienten/in besprochen. Diese inhaltlichen Ziele sind nicht Gegenstand der Behandlungsplanung.

### **EXKURS zu Gruppenaktivitäten/-therapie**

Im Gesamtversuchsplan des BAG und in den Ausführungsbestimmungen zu den Versuchen zur ärztlichen Verschreibung von Betäubungsmitteln vom 11.1.1993 wird in Punkt 7.3 das Behandlungsangebot, das in den Projekten geleistet werden muss, ausgeführt. Dabei wird auch ein Gespräch mit der zuständigen Bezugsperson (Einzel- oder Gruppengespräch) vorgeschrieben. In der Folge installierten die meisten Behandlungszentren Gruppenaktivitäten in ihr Behandlungskonzept. Der Charakter dieser bisher geführten Gruppen ist in einem breiten Spektrum anzusiedeln. Es wird davon ausgegangen, dass es keinen richtigen oder falschen Gruppentherapieansatz gibt. Aber es ist wichtig, dass man sich über das Spektrum diverser Therapiemöglichkeiten und über wahrscheinliche Implikationen des jeweiligen Ansatzes erst einmal bewusst wird, bevor man eine Gruppentherapie im Projekt etabliert. Dabei erscheint vor allem wichtig, dass der gewählte Gruppentherapieansatz in das jeweilige Gesamtkonzept des Projektes passt.

Innerhalb eines Projektes können auch verschiedene Gruppen nebeneinander angeboten werden. Im Sinne einer individuellen Therapieplanung können die Patienten gemäß ihren Fähigkeiten in den jeweils am ehesten indizierten Gruppentherapieansatz überwiesen werden.

### ***Behandlungsplanung in Zusammenarbeit mit den übrigen Helfenden im sozialen Netz***

Für das interdisziplinäre Therapiekonzept gilt die Annahme, dass eine positive Entwicklung bei den Patienten am ehesten zu beobachten ist, wenn sie und die verschiedenen Involvierten über die Zielrichtung der Behandlung, die eingesetzten Mittel und so weiter einig sind. Damit eine gemeinsame Zielformulierung möglich wird, ist es unabdingbar, dass gemeinsam mit den externen Helfern im sozialen Netz ein regelmäßiger Austausch stattfindet. Dabei sollen Zuständigkeiten geklärt und gemeinsame Zielsetzungen erarbeitet und ausgetauscht werden. Der Informationsfluss soll sowohl inhaltlich wie auch formal (zum Beispiel zeitliche Abstände) klar geregelt werden. Im weiteren Verlauf der Behandlung sollen regelmäßig Schnittstellen und die Zusammenarbeit sowie die Ziele geklärt und angepasst werden. Als taugliches Instrument hat sich dabei das Gefäß einer Helferkonferenz erwiesen. Ein erstes solches interinstitutionelles Treffen soll möglichst rasch nach Behandlungsantritt des Patienten erfolgen, danach in regelmäßigen, individuell sinnvollen Abständen. In diesem Zusammenhang ist auf Fragen der ärztlich-therapeutisch-institutionellen Schweigepflicht und des Datenschutzes besonderes Augenmerk zu richten. Die Zusammenarbeit mit den externen Helfern im sozialen Netz soll fest in den Behandlungsplan eingefügt werden.

### ***Behandlungsplanung***

Erster Grundsatz: Als Voraussetzung und primäres Ziel einer Behandlung ist der

Beziehungsaufbau zwischen Patient und Bezugsperson (und anderen Teammitgliedern) zu nennen. Hierbei ist vor allem auf den Aspekt der Distanz-Nähe-Thematik zu achten. Die notwendige empathische Haltung auf Seiten des Teams muss mit der Fähigkeit zur professionellen Abgrenzung verbunden sein. Eine Entwicklung kann auf verschiedensten Niveaus persönlicher und sozialer Kompetenz oder seelischer und körperlicher Gesundheit stagnieren. Abstinenz oder Austritt aus dem Programm kann deshalb nicht allein als Kriterium für eine erfolgreiche Behandlung gelten.

Es ist sinnvoll, die Behandlungsziele nach Prioritäten zu ordnen. In der Regel ist eine somatische Stabilisierung prioritär (Überleben), häufig folgt ihr die soziale Stabilisierung und erst später können beispielsweise psychotherapeutische Interventionen greifen.

- ***Individueller Behandlungsplan***

Es wird ein interdisziplinär erarbeiteter individueller Behandlungsplan erstellt. Der individuelle Behandlungsplan erlaubt, je eigene Ziele in den verschiedenen Betreuungsbereichen zu definieren. Somit wird auch eine individualisierte Erfolgsbeurteilung möglich.

In den jeweils verschiedenen internen Funktionseinheiten einer Behandlungseinrichtung können verschiedene Prioritäten und Ziele im Vordergrund stehen. Es ist sinnvoll, diese Ziele einzeln zu formulieren und auch sie dann in einem interdisziplinären, individuellen Behandlungsplan zusammenzufassen.

Das Behandlungspersonal überprüft vierteljährlich die Behandlungsziele und passt sie bei Bedarf neu an. Bei der Überprüfung werden namentlich die Erfolgsaussichten hinsichtlich einer Überführung in eine andere Behandlungsform wie ein Methadonprogramm oder eine abstinenzorientierte Therapie beurteilt.

Der Bundesrat legt die periodische Überprüfung der Therapieverläufe fest, namentlich auch im Hinblick auf das Ziel der Drogenabstinenz.

- ***Überprüfung und Anpassung der Behandlungsplanung***

Der Behandlungsplan soll regelmäßig überprüft und angepasst werden. Diese Überprüfung und Anpassung findet zusammen mit dem Patienten statt. Es sollen nach Möglichkeit alle Involvierten an solchen Standortgesprächen teilnehmen. Inwiefern die beteiligten externen Helfer daran teilnehmen, muss jeweils individuell beurteilt werden. Sämtliche Änderungen im Behandlungsplan sollen dokumentiert werden.

- ***Behandlungsdokumentation***

- ***Delegation***

Einzelne Behandlungs- und Betreuungsbereiche können in begründeten Ausnahmefällen an externe, qualifizierte Personen oder Institutionen delegiert werden, soweit eine koordinierte interdisziplinäre Betreuung gewährleistet bleibt. Delegation bedarf der Bewilligung durch das BAG. Die Abgabe und Verschreibung von Heroin nach Art.8 kann nicht delegiert werden.

- ***Behandlungsphasen***

Die Behandlung läuft in Phasen ab. Die verschiedenen Phasen sind bei allen Patienten unterschiedlich lang. Eine Stabilisierung und Konsolidierung auf unterschiedlichem Funktionsniveau kann als Zwischenziel für einen langen Zeitraum Gültigkeit haben. Die verschiedenen Phasen der Behandlung dürfen deshalb nicht zeitlich begrenzt werden, sondern müssen individuell festgesetzt und je nach Entwicklung korrigiert werden. In jeder Behandlungsphase werden Ziele neu formuliert und der Behandlungsplan wird angepasst.

- **Abgabe**

In der Abgabe wird der Patient täglich mehrmals gesehen und seine jeweilige Befindlichkeit kann hier kontinuierlich beobachtet werden. Verhaltensauffälligkeiten werden hier besonders deutlich sichtbar. Die Mitarbeiter der Abgabe erleben also täglich hautnah die Befindlichkeit der Patienten. Die Ziele werden in einem Behandlungsplan formuliert. Schwerpunktmäßig handelt es sich in der Abgabe um folgende Aufgaben und Ziele, die in die Behandlungsplanung Eingang finden:

- Training eines adäquaten sozialen und zwischenmenschlichen Verhaltens in der Abgabe
- sichere, hygienisch einwandfreie Injektionstechnik
- Gesteigertes Gesundheitsbewusstsein
- Förderung des Gesundheitsverhaltens
- Beurteilung des Beikonsums.

### ***Pharmakologie und Verschreibung von Diacetylmorphin - Galenische Formen***

In den HeGeBe-Behandlungszentren der Schweiz kommen zurzeit drei galenische Formen von Diacetylmorphin zur Anwendung, nämlich eine Injektionslösung (DAM-Lsg), Slow-Release-Tabletten (DAM-SR) und Immediate-Release-Tabletten (DAM-IR).

Diese drei Formen ermöglichen, mit oder ohne Kombination mit Methadon, eine individuell angepasste medikamentöse Therapie der meisten opiatabhängigen Patienten. Je nach Kombination ist es möglich, dass Patienten ein-, zwei- oder dreimal (in einzelnen Kliniken auch öfter) pro Tag in der Poliklinik zur Applikation der Betäubungsmittel erscheinen.

- ***DAM-HCl-IR-Tabletten (Immediate Release)***

Diese Tabletten beginnen bereits im Mund zu zerfallen und werden im Magen vollständig aufgelöst. Wegen der starken Bitterkeit müssen die Tabletten sofort geschluckt werden (dies vermindert zusätzlich das Schmuggelrisiko). Die Resorptionsdauer ist deutlich kürzer als bei den Retardtabletten. Das Wirkungsmaximum liegt bei 30-60 Minuten. Obwohl kein «Flash-Erlebnis» auftritt, wird von vielen Patienten ein gut spürbares Anfluten beschrieben. Der Vorteil von DAM-IR-Tabletten liegt in der einfachen Handhabung und, betreffend Nebenwirkungen und Folgen, in der risikoarmen Applikationsart. Bei Sichteinnahme ist das Schmuggelrisiko geringer als bei den Retardtabletten, bei einer allfälligen Mitgabe ist das Risiko für eine zweckentfremdete Applikation jedoch sicher recht hoch. DAM-IR-Tabletten sind zurzeit mit 200 und 100 mg des Wirkstoffes erhältlich, beide sind teilbar.

- ***DAM-HCl-SR-Tabletten (Slow-Release- oder Retardtabletten)***

Durch Einbettung in eine Tabletten-Retardmatrix erfolgt die Freisetzung von DAM zeitlich verzögert, was sich gegenüber Immediate-Release-Tabletten in einer längeren Resorptions- und Wirkungsdauer äußert. Nach einer ersten Phase einer rascheren Freisetzung, bewirkt durch das saure Milieu im Magen, kommt es zu einem Wirkungsmaximum 1-2 Stunden nach Einnahme. Ein Flash-Erlebnis bleibt aus, stattdessen ist ein langsames Anfluten spürbar. Theoretisch ist es möglich, durch eine Einnahme zweimal pro Tag eine relativ konstante Serumkonzentration von Opiaten zu erreichen. Dies wird nicht zuletzt auch durch die Rückresorption von Morphin über den enterohepatischen Kreislauf ermöglicht. Betreffend Nebenwirkungen handelt es sich wohl um die risikoärmste Applikationsart. Die Herstellung dieser Tabletten ist zurzeit aufgrund geringer Herstellungsmengen relativ teuer. Die Tabletten lösen sich

im Mund nicht auf und lassen sich, ohne Vorsichtsmaßnahmen, leichter schmuggeln als DAM-IR-Tabletten. Das DAM lässt sich theoretisch herauslösen und steht dann frei zur zweckentfremdeten Applikation (Injektion, rauchen, schnupfen, «Cocktail» mit Kokain, Verkauf...).

- ***DAM-Injektionslösung***

Die Injektionslösung ist in den HeGeBe-Behandlungszentren die am meisten verschriebene galenische Form von DAM. Im Gegensatz zu Straßenheroin handelt es sich um reines DAM, also ohne Beisein von Acetylcodein und Streckmitteln. Durch die von allen galenischen Formen am besten untersuchte Pharmakokinetik handelt es sich im Prinzip um eine gut steuerbare Form. Durch das extrem rasche Anfluten mit hundertprozentiger systemischer Bioverfügbarkeit bewirkt es ein ausgeprägtes Flash-Erlebnis, aber auch mehr Nebenwirkungen als oral eingenommenes DAM. Bei möglichem Nebenkonsum wird es sogar sehr unberechenbar. Eine DAM-Lösung liesse sich prinzipiell wie Morphinlösung intravenös, subkutan und intramuskulär applizieren. Da es sich hierbei jedoch um eine zehnprozentige HCl-Lösung handelt (im Gegensatz zur einprozentigen Morphinlösung beziehungsweise DAM-Lösung, wie sie in der Schmerzbekämpfung angewandt wird), kann eine subkutane und/oder intramuskuläre Injektion auf Dauer, wegen der Hypertonizität, zu Gewebsnekrosen führen. Klinisch manifestieren sich diese in Form von Verhärtungen, daher ist die Injektionslösung ausschließlich zur intravenösen Applikation bestimmt.

- ***Andere galenische Formen:***

Die in den ersten Jahren in einigen Polikliniken verschriebenen heroinhaltigen Zigaretten auf Waldmeisterbasis (sogenannte Reefers oder Sugaretten) wurden mittlerweile aus der Verordnungsliste gestrichen. Wegen des niedrigen Wirkungsgrades – verglühten oder verflüchtigten sich doch rund 90 % des in den Zigaretten enthaltenen DAM – war eine große Zahl vor Ort konsumierter und mitgegebener Zigaretten mit allen damit verbundenen Nachteilen erforderlich. Ebenso zeigten DAM-Suppositorien gegenüber Tabletten keine Vorteile.

Vollständigkeitshalber seien noch die rückenmarksnahen Applikationsmöglichkeiten erwähnt: die intraspinale, die intrathekale sowie Dauerkanülen für Einzelverabreichungen von Injektionslösungen oder Dauerverabreichungen über Pumpen.

Diese Möglichkeiten wurden bisher ausschließlich zur Schmerzbehandlung bei Tumor und Herzinfarktpatienten angewandt.

Die differenzierte Anwendung galenischer Formen soll patientengerecht erfolgen:

- > DAM-Lösung: Wird intravenös bei Patienten mit intravenösem Opiatkonsum verordnet und appliziert.
- > DAM-IR-Tabletten peroral: Für primäre und sekundäre Snorter und Chaser; für Patienten, die im Programm intravenös konsumieren und eine risikoärmere Applikationsart wünschen und für Patienten, die im Programm intravenös konsumieren und aus medizinischen Gründen nicht injizieren dürfen.
- > DAM-SR-Tabletten:
  - Als adjuvante Therapie bei schizophrenen Psychosen in Verbindung mit Opiatabhängigkeit;
  - als adjuvante Schlafmedikation in den Abgabezeiten;

als Alternative für Methadon bei Patienten mit stark beschleunigtem Methadonabbau.

### ***Pharmakologie und Verschreibung von Diacetylmorphin – Dosierung von Diacetylmorphin***

Für die Dosierung von DAM zur Substitutionsbehandlung bei Abhängigen gibt es keine Richtlinien. Im Laufe der Jahre entwickelten die verschiedenen HeGeBe-Polikliniken eigene Schemata zur Aufdosierung, zur Erhaltungsdosierung sowie zur Umrechnung von DAM in Methadon. Bei der Aufdosierung zu Beginn einer Behandlung soll immer von einer sicheren Dosis ausgegangen werden.

Der Sättigungsgrad der Opiatrezeptoren ist zur DAM-Dosis nicht linear korreliert. Im mittleren Bereich bewirken schon kleine Dosisänderungen große Schwankungen im Sättigungsgrad. In diesen Bereich fallen eine starke Wirkung (Analgesie und Flash), aber auch starke Nebenwirkungen (Sedation und Atemdepression).

Zur Verhinderung von Entzugssymptomen mit konsekutivem Konsum von Strassendrogen kann zu Beginn der Aufdosierung zusätzlich Methadon, Initialdosis 30 mg peroral, verordnet und bei Bedarf in 10-Milligramm Schritten erhöht werden. Können oder wollen Patienten nur zweimal pro Tag in die Poliklinik kommen, gilt das gleiche Schema, in solchen Fällen ist die zusätzliche Verordnung von Methadon noch empfehlenswerter. Die Aufdosierung muss/kann auf Wunsch der Patienten, bei Unverträglichkeit oder Bewusstseinstäubung jederzeit gestoppt oder verzögert werden.

- ***Aufdosierung bei Patienten, die aus einer methadongestützten Behandlung kommen:***

Es gilt das gleiche Schema wie für Patienten, die nicht aus einem Substitutionsprogramm kommen. Sofern die regelmäßige Einnahme von Methadon bestätigt ist, kann am ersten Tag die vorherige Methadondosis übernommen und gegebenenfalls auf zwei Einzeldosen aufgeteilt werden (unter Berücksichtigung der Wünsche der Patienten). Ab dem dritten Tag kann die Methadondosis alle drei Tage um 10 mg reduziert werden. Der Abbau kann jederzeit sistiert werden, unter Umständen ist es sinnvoll, eine Reservedosis von 10 bis 40 mg zu verordnen.

- ***Kombination DAM mit Methadon***

Trotz einer gewissen Stigmatisierung der Substanz Methadon unter den Drogenabhängigen sollte eine Kombination mit Methadon aus folgenden Gründen angestrebt werden:

- Verringerte Gefahr von unerwünschten Nebenwirkungen
- Erleichterte Umstellung auf Methadon bei Abwesenheit
- Erleichterte Umstellung bei Übertritt in ein Methadonprogramm
- eventuell Verringerung von Craving nach Nebenkonsum von Strassendrogen
- Erhöhte Mobilität der Patienten
- Günstiger Preis.

Für die Einnahme von Methadon gibt es diverse Möglichkeiten: Einmaldosierung, aufgeteilte Dosierung, Reservedosierung, Sichteinnahme oder Mitgabe.

- ***Die Umstellung DAM–Methadon und Methadon–DAM***

In den Polikliniken Lifeline und Crossline der Stadt Zürich wurde die Erfahrung gemacht, dass ein Wechsel von Diacetylmorphin zu Methadon, zumindest was die

Dosierung betrifft, meist problemlos erfolgte. Allfällige Unzufriedenheiten rührten in der Regel vom Wechsel der Anflutungszeiten und von der Ablehnung von Methadon als Substanz her. Patienten, die aus disziplinarischen Gründen vorübergehend ganz oder teilweise auf Methadon umgestellt werden, tolerieren die Umstellung meist schlechter als jene, bei denen die Umstellung wegen einer Ferienabwesenheit erfolgt. Wichtige Voraussetzung für eine Umstellung oder einen befristeten Ersatz sind Kenntnisse über die Äquivalenzdosierungen der verschiedenen Substanzen beziehungsweise über die galenischen Formen. Je nachdem aus welchen Gründen und in welche Richtung ein Wechsel erfolgt, müssen verschiedene Faktoren berücksichtigt werden, um eine akzidentelle Überdosierung zu vermeiden. Kommt ein Patient zum Beispiel aus den Ferien zurück, ist immer potenziell damit zu rechnen, dass zwischenzeitlich ein geplanter oder unfreiwilliger Entzug stattgefunden hat (durch Beschlagnahmung, Diebstahl, Verlust, Verkauf des Methadons, Gefängnis oder Spitalaufenthalt und so weiter oder eine Mitgabeverweigerung seitens des Behandlungszentrums, wenn zum Beispiel die Feriendestination ein Land ist, in das eine Einfuhr von Methadon nicht gestattet ist). Das heißt, ein möglicher Toleranzverlust mit schwerer Intoxikation bei sofortiger Wiederaufnahme der gleichen Dosis wie vor der Abwesenheit könnte die Folge sein.

- ***Äquivalenzdosis***

Für die Umstellung von Methadon auf DAM und umgekehrt drängt sich die Einführung eines Umrechnungsfaktors auf. Anzustreben ist eine Kontinuität der durchschnittlichen Besetzung der Opiatrezeptoren durch Opiate/Opioide, um Entzugssymptome und damit einerseits einen Nebenkonsum illegaler Drogen und andererseits eine Überdosierung durch Kumulation zu vermeiden.

Bei der Umrechnung ist ferner die Opiatbioverfügbarkeit der einzelnen galenischen Formen zu berücksichtigen. Hierbei wird von einer Bioverfügbarkeit von 100 % bei der DAM-Injektionslösung ausgegangen, unabhängig davon ob intravenös, subkutan oder intramuskulär appliziert. Ausgegangen wird stets von der anzustrebenden wirksamen Opiatdosis.

- ***Verschreibung und Mitgabe von nicht injizierbarem Heroin***

Für die Verschreibung und Mitgabe von Heroin liegen von Seiten des BAG entsprechende Weisungen und Empfehlungen vor. Die kantonalen Bestimmungen zur Verschreibung und Mitgabe von Morphin und Methadon und der übrigen Betäubungsmittel bleiben vorbehalten. Sie gelten sinngemäß für Heroin, wo nichts anderes bestimmt ist.

Die Verabreichung des Heroins hat grundsätzlich innerhalb der Institution unter Sichtkontrolle des Behandlungspersonals zu erfolgen. Die Mitgabe von nicht injizierbarem Heroin kann jedoch eine therapeutische Notwendigkeit darstellen, um die schrittweise Rückübertragung der Eigenverantwortung und die Integration in eine individuelle Tagesstruktur zu ermöglichen. Mitgaben sind nur bei Patienten möglich, bei denen die Gefahren der Überdosierung oder des Schwarzmarktverkaufs unwahrscheinlich sind. Die Mitgabe von injizierbarem Heroin ist aufgrund mangelhafter Kontroll- und Sicherheitsmöglichkeiten ausgeschlossen.

Die Mitgabe ist bewilligungspflichtig und kann erst beantragt werden, wenn der Patient bereits sechs Monate (in Ausnahmefällen drei Monate) in Behandlung ist. Sie muss von den verschreibungsberechtigten Ärzten und von den für die psychosoziale Betreuung zuständigen Personen für jeden einzelnen Patienten mit dem entsprechenden Formular über den Kantonsarzt (Visum) beim BAG beantragt werden. Die Mitgabe darf eine Tagesdosis nicht überschreiten.

Eine Mitgabe kann nur erfolgen, wenn eine Notwendigkeit vorhanden ist (Erwerbstätigkeit, Ausbildung, Kinderbetreuung). Die Abhängigkeit von der mitgegebenen Dosis muss einmal monatlich durch Sichtkonsum nachgewiesen werden.

Die Mitgabe von nicht injizierbarem Heroin muss eine Ausnahme bleiben. Es ist deshalb bei jedem Patienten zu prüfen, ob nicht eine Substitution mit oralem Methadon statt einer Mitgabe möglich ist.

Um einem Patienten eine Mitgabe bis maximal einer Tagesdosis zu ermöglichen, müssen alle unten stehenden Punkte erfüllt sein.

- a. Stabilisierung des Gesundheitszustands
- b. Fortgeschrittene soziale Integration (nachgewiesene Erwerbstätigkeit, Ausbildung und/oder Betreuungsaufgaben)
- c. Maßgebliche negative Beeinflussung der sozialen Rehabilitation ohne Mitgabe
- d. Kein illegaler Szenenkontakt
- e. Minimale Missbrauchsgefahr
- f. Behandlungsdauer mindestens sechs Monate (in Ausnahmefällen drei Monate).

zu b.:

Ein bestehendes Arbeitsverhältnis muss dem Behandlungszentrum mit einem gültigen Arbeitsvertrag, Lohnbelegen oder Arbeitsplänen, Schulbesuch mit einer Bestätigung der Schulleitung dokumentiert werden. Dazu muss nachgewiesen werden, dass die Anfahrtswege vom Wohnort zum Arbeits- beziehungsweise Schulort und zum Behandlungszentrum für die Patienten unzumutbar lang sind oder dass die Arbeits- und Betreuungszeiten eine mehrmals tägliche Anwesenheit im Behandlungszentrum verunmöglichen.

Patienten/Patientinnen, die Kinder zu betreuen haben, und aus diesem Grund nicht mehrmals täglich in das Behandlungszentrum kommen können, müssen dies belegen können.

zu c.:

Eine maßgebliche Beeinträchtigung ist gegeben, wenn eine Arbeitsstelle oder eine Ausbildung wegen des mehrmaligen Erscheinens im Behandlungszentrum nicht angetreten werden könnte oder aufgegeben werden müsste oder das Familienleben unzumutbar negativ beeinflusst würde.

zu d.:

Für eine Mitgabebewilligung des BAG muss in den letzten beiden Monaten vor Beginn der Mitgabe je eine Urinprobe durchgeführt worden sein. Beide müssen negativ auf Kokain sein. Während der Mitgabe ist monatlich mindestens eine Urinprobe durchzuführen. Bei einer positiven Urinprobe auf Kokain ist der Patient zu einem Gespräch einzuladen und zu verwarnen. Bei einer Wiederholung ist die Mitgabe unverzüglich einzustellen. Die Urinproben werden nicht im voraus angekündigt und durch das Personal kontrolliert.

zu e.:

Um die benötigte Tagesdosis regelmäßig zu kontrollieren und eine missbräuchliche Verwendung nach Möglichkeit auszuschließen, muss einmal im Monat eine Tagesdosis unter Sicht eingenommen werden.

Indikatoren für minimale Missbrauchsgefahr sind Zuverlässigkeit, Vertrauenswürdigkeit und ein stabiles Konsummuster, kein illegaler Konsum von Benzodiazepinen und Metaqualon sowie kein übermäßiger Alkoholkonsum. Der Patient erscheint regelmäßig zur Abgabe und zu den vereinbarten Gesprächsterminen. Die Verordnung der DAM-Dosis ist stabil oder abnehmend.

Sind die obgenannten Voraussetzungen für eine Mitgabe nicht mehr erfüllt, muss die Mitgabe eingestellt und das BAG informiert werden. Das BAG hebt dann die Bewilligung formal auf.

Alle Behandlungszentren müssen eine Sanktionenordnung für den Fall von Regelbrüchen etablieren. Die Patienten müssen darüber unterrichtet werden. Die Erfüllung der Kriterien für die Mitgabe muss in der Krankengeschichte beziehungsweise im Behandlungsplan dokumentiert sein.

Anlässlich der Besuche des BAG in den Behandlungszentren muss die Einhaltung der Kriterien und damit die Rechtfertigung der Mitgaben überprüft werden können.

Mitgaben dürfen auch im Krankheitsfall ausschließlich an den betreffenden Patienten ausgehändigt werden.

Die Bewilligung des BAG kann durch dieses aufgehoben werden oder läuft spätestens zusammen mit der ordentlichen, auf zwei Jahre befristeten, Patientenbewilligung aus. Mit Antrag auf Verlängerung der Patientenbewilligung muss entsprechend auch ein neues Gesuch um Mitgabe über den Kantonsarzt gestellt werden.

- ***Risiken der Verschreibung und Mitgabe von nicht injizierbarem Heroin***

DAM-Tabletten, insbesondere die Retardtabletten, bergen eine gewisse Verführbarkeit zum Schmuggel. Daher sollten die Indikationen sehr sorgfältig gestellt und gewisse Vorsichtsmaßnahmen getroffen werden.

Folgende Maßnahmen können das Risiko für eine zweckentfremdete Verwendung von DAM-Tabletten deutlich vermindern:

- a. Verschreibung von DAM-SR-Tabletten erst nach einer gewissen Behandlungszeit (außer bei dringenden Indikationen), wenn ersichtlich ist, dass die Gefahr einer missbräuchlichen Verwendung sehr gering ist.
- b. Maßnahmen bei der Abgabe:
  - Beobachtung des Verhaltens und des klinischen Zustandes durch das Abgabeteam;
  - Regelmäßige Überprüfung der Dosierung durch Beobachtung und Gespräche;
  - Regelmäßige Gespräche über die Konsequenzen eines Missbrauchs (individuell und für die Zukunft dieser Behandlungsform);
  - Sichtkontakt in der Abgabe ohne Unterbrechung gewährleisten;
  - Längerer Verbleib in der Abgabestelle der Personen mit oralem Konsum;
  - Abgabe nur zu Randzeiten oder getrennte Abgabe (intravenös und peroral) wenn möglich;
  - Bei gemischter Applikationsform die verschiedenen Formen nicht gleichzeitig abgeben (zuerst peroral, dann intravenös);
  - Wasser in durchsichtigen Gläsern bereitstellen;
  - Stichprobeweise unangekündigte Mundkontrollen;
  - Bei Vollversammlungen auf die politischen und individuellen Konsequenzen bei Missbrauch von Mitgaben aufmerksam machen (soziale Kontrolle);
  - Schriftliche Hinweise über die Konsequenzen eines Missbrauchs (individuell und für die Zukunft dieser Behandlungsform).
- c. Mitgabe von Tabletten:

Bei intravenös Konsumierenden empfiehlt sich vorgängig zu einer Mitgabe eine zweimonatige Sichteinnahme von Tabletten statt der Injektion, um beurteilen zu können, ob der Patient den Verzicht auf die Injektion gut toleriert.

### ***Umgang mit Polytoxikomanie***

Polytoxikomanie ist keine Kontraindikation für die opioidgestützte Behandlung. Bei anhaltender Polytoxikomanie empfiehlt sich eine stationäre Entzugs- oder Teilentzugsbehandlung. Mit einem stationären Teilentzug kann unter Fortführung der

Opioidmedikation eine Benzodiazepin- oder Alkoholabhängigkeit beendet werden. Alkoholabhängigkeit kann parallel zur Opioidabgabe ambulant mit Antabus behandelt werden. Polytoxikomanie und auch anhaltende Polytoxikomanie ist allein kein Grund für einen Behandlungsabbruch. Kombiniert Alkohol- und Opioidabhängige sollten gerade wegen ihres großen Leberzirrhoserisikos in Behandlung bleiben.

Das Behandlungszwischenziel bei Polytoxikomanie soll immer der risikoarme Gebrauch der Suchtmittel sein. Nur so kann gewährleistet werden, dass die Abstinenz als langfristiges Behandlungsziel für den Patienten überhaupt im Auge behalten werden kann. Keinesfalls soll Polytoxikomanie für sich ein Ausschlussgrund aus der opioidgestützten Behandlung sein (Ausnahme: stationäre Behandlungen, beispielsweise im Gefängnis).

Sicherheitsaspekte stehen im Vordergrund. Die individuellen Bedürfnisse des Patienten sollen in angemessener Weise den Sicherheitsaspekten gegenübergestellt werden. Deshalb muss Polytoxikomanie erfasst werden und sollen erste Schritte bezüglich Zielsetzung eingeleitet werden. Dabei kann vorerst nicht von einem genügenden Problembewusstsein seitens des Patienten ausgegangen werden. Es müssen deshalb ausreichende interdisziplinäre Kontrollmöglichkeiten installiert werden. Daraus ergibt sich, dass das interdisziplinäre Behandlungsteam im Umgang mit Polytoxikomanie ausreichend ausgebildet sein soll und entsprechend notwendige Interventionen beherrschen soll.

Dazu bieten sich an:

- Selbstdeklaration des Patienten im Gespräch
- Objektivierung mittels Drogenscreening / Atemluft – Alkoholmessung
- Evaluation des Zustandes des Patienten vor und nach der Verabreichung der Medikation

### ***Bereichsspezifische Maßnahmen***

Bei der Verschreibung und Verabreichung von Betäubungsmitteln müssen ausreichende Sicherheitsvorkehrungen getroffen werden, um Intoxikationen möglichst zu vermeiden.

Diese betreffen:

- Auswahl der Substanzen
- Dosierung und Applikationsform der Substanzen
- Möglichkeit von situativ bedingter Dosisreduktion / Dosisverweigerung
- Überwachungsmöglichkeiten vor und nach Verabreichung der Substanzen.

Trotzdem können Intoxikationen nicht ausgeschlossen werden. Ein geeignetes Notfallkonzept soll daher schriftlich festgehalten werden.

### ***Langfristige Maßnahmen bei Polytoxikomanie***

#### ***Allgemeine Maßnahmen:***

Die Möglichkeit zur Verhaltensänderung seitens des Patienten soll fokussiert werden. Auf psychische und soziale Probleme soll eingegangen werden. Das Einbinden in eine verbindliche Tagesstruktur kann dabei erfahrungsgemäß unterstützend wirken. Abstinenzwillige sollen erfasst werden und geeigneten Therapieangeboten zugeführt werden.

Die Beratung kann in der Form von

- Einzelgesprächen,
- Gruppengesprächen,
- Fallbesprechungen stattfinden.

Damit soll Folgendes erreicht werden:

- Erweiterung der Kompetenz des Patienten
- Verbesserung der Beziehungsfähigkeit
- Erhöhtes Problembewusstsein.

Bereichsspezifische Maßnahmen:

Die Verschreibung und Verabreichung der Betäubungsmittel soll in der Behandlungsplanung betreff der Polytoxikomanie gemeinsam mit dem Patienten geplant werden.

Im Einzelfall bieten sich an:

- Substitution von weiteren Substanzen (Benzodiazepine)
- Motivation zu Teilentzugsbehandlungen unter Weiterführung der Opioidsubstitution
- Förderung von abstinenzhaltenden Maßnahmen (Atemluft-Alkoholmessungen, Drogenscreenings mit Behandlungsvereinbarung)

### ***Patienten mit Komorbidität***

Komorbidität ist bei den Patienten ein häufig beobachtetes Phänomen. Diese Störungen müssen erkannt werden, damit eine adäquate Behandlung eingeleitet werden kann.

Das Erkennen dieser Störungen verlangt nach in psychiatrischen Fragestellungen ausgebildeten Ärzten. Die Zusammenarbeit mit Fachärzten aus der Psychiatrie muss dementsprechend gewährleistet sein.

Die Ursachen und Zusammenhänge von Abhängigkeit und anderen psychiatrischen Krankheitsbildern müssen bekannt sein.

Eine umfassende Abklärung ist Voraussetzung für eine Beurteilung und Diagnose sowie eine individuelle Behandlungsplanung, daher wird jeder Patient nach gängigen psychiatrischen Standards abgeklärt.

Die Behandlung von Patienten mit komorbiden Störungen findet in einem interdisziplinären Feld statt. Eine Zusammenarbeit der verschiedenen Involvierten ist zwingend notwendig.

In der Behandlung kommen

- klinisch-psychiatrische,
- psychologisch-psychotherapeutische,
- sozialarbeiterisch-sozialpädagogische,
- medizinisch-pflegerische Instrumente zum Einsatz.

Besonders die mit Persönlichkeitsstörungen einhergehenden Beziehungsstörungen erschweren eine Behandlung der Suchtproblematik und die Integration oder Reintegration dieser Menschen in gesellschaftliche Strukturen.

In diesen Fällen gestaltet sich die Behandlung, nicht primär wegen der Suchtproblematik sehr schwierig, sondern wegen der mit den Persönlichkeitsstörungen einhergehenden Symptome wie Agieren, Spalten, Entwertungen und so weiter. Eine saubere umfassende Diagnostik ist deshalb für die Erarbeitung eines effizienten Behandlungsplanes unbedingt notwendig. Da eine Behandlung auf jeden Patienten zugeschnitten werden muss, muss jeder Patient umfassend abgeklärt, breit beurteilt und Defizite wie Ressourcen müssen in die Behandlung mit einbezogen werden.

### ***Weiterführung der Behandlung bei Hospitalisation oder Gefängnisaufenthalt***

Zur erforderlichen Weiterführung der heroingestützten Behandlung bei Hospitalisation eines Patienten oder bei Verbüßung einer Freiheitsstrafe von maximal 30 Tagen kann der Klinik beziehungsweise dem ärztlichen Dienst der Strafvollzugsanstalt in begründeten Ausnahmefällen eine auf diese Zeit befristete Institutionsbewilligung erteilt werden. Ein abruptes, möglicherweise die Compliance gefährdendes Absetzen der Heroinbehandlung kann damit verhindert werden.

An sich sollte bei Spitaleinlieferung auf Methadon umgestellt werden. Heroin kann aber weiter verschrieben werden, wenn es wichtige therapeutische Gründe dafür gibt. In diesem Fall muss der zuständige Arzt der HeGeBe-Institution in Absprache mit dem behandelnden Spitalsarzt eine Hospitalisationsbewilligung beim BAG einholen. Die kantonalen Behörden müssen mit der Heroinverschreibung im Spital einverstanden sein und das Antragsformular für die Hospitalisationsbewilligung mit unterzeichnen. Mit der Hospitalisationsbewilligung wird der behandlungsleitende Arzt des Spitals zur Verschreibung des Heroins an den Patienten berechtigt und ihm wird die Verantwortung für die Heroinbehandlung zugewiesen.

### ***Instruktion der Medizinalpersonen bei Hospitalisation***

Der behandelnde Arzt im Spital wird vor Beginn der heroingestützten Behandlung vom zuständigen Fachpersonal der HeGeBe-Institutionen instruiert. Insbesondere muss er darüber informiert werden, wie hoch die bisher verschriebene Dosis war und welche Interaktionen und Nebenwirkungen bei Heroin auftreten können.

Die HeGeBe-Institution muss im Spital auch eine kurze Unterweisung über die Handhabung der Heroinampullen und Herointabletten (Dosierung, Lagerung, Stabilität, Sicherheit) durchführen. Die Abgabe eines ergänzenden Merkblatts wäre von Nutzen.

### ***Heroinlogistik und Betäubungsmittelkontrolle bei Hospitalisationen***

Der behandlungsleitende Arzt des Spitals (Bewilligungsinhaber) verschreibt das Heroin für den Patienten. Im Spital muss eine Abrechnung über die an den Patienten getätigten Abgaben geführt werden. Dabei muss in jeweils individueller Absprache geklärt werden, ob die Spitalsapotheke oder die Station für die Lagerung des Heroins im Spital und für die spitalinterne Kontrolle des Heroins zuständig ist.

Die HeGeBe-Institutionen liefern das Heroin für ihre hospitalisierten Patienten an das behandelnde Spital und nehmen das nach Ende der Behandlung übrig gebliebene Heroin wieder zurück. Für jeden Herointransfer muss ein Lieferschein ausgestellt werden, der vom Empfänger unterzeichnet wird. Die HeGeBe-Institutionen sind zuständig und verantwortlich für die ganze mit der Hospitalisation verbundene Heroinlogistik und machen eine Gesamtabrechnung für das während der Hospitalisation verwendete Heroin. Heroin, das nicht mehr verwendbar ist, liefern sie zur Entsorgung an die Behörden (BAG oder Kanton). Derartige Lieferungen zur Entsorgung müssen mit dem amtlichen Meldeformular für Betäubungsmittellieferungen an das BAG gemeldet werden. Diese Richtlinien gelten analog für Gefängnisaufenthalte.

### ***Betriebliche Organisation***

Hinsichtlich der betrieblichen Organisation sind die folgenden Bereiche im Handbuch geregelt:

- Das Betriebs- und Behandlungskonzept,
- die Anforderungen an die Infrastruktur,
- Personelle Anforderungen,
- Funktionenzuordnung,
- das Notfalldispositiv,
- das Sicherheitsdispositiv,
- die Heroinlogistik,
- die Betäubungsmittelkontrolle,
- der Datenschutz,
- die Haftpflichtversicherung,
- Sanktionen und das Sanktionswesen,
- die Frage der Hausordnung,
- Öffnungszeiten,

- Verhalten bezüglich der Meldung von außergewöhnlichen Ereignissen,
- die Qualitätsentwicklung (QE) und schließlich
- der Know-how-Transfer.

- **Betriebskonzept und Behandlungskonzept**

- a. Die Institution erstellt ein detailliertes Betriebskonzept, welches namentlich Aufschluss gibt über Trägerschaft, Institutionsleitung, Verantwortlichkeiten, personelle Ressourcen, Lokalität, Anzahl der Behandlungsplätze, Sicherheit, Datenschutz, Finanzierung und organisatorische Einbettung in das regionale Netz der Suchthilfeinstitutionen.
- b. Ein Behandlungskonzept hält die Grundsätze der Behandlung, die Verantwortlichkeiten und die Art und Weise der Zusammenarbeit der beteiligten Fachpersonen sowie deren Weiterbildung fest.
- c. Wesentliche Änderungen beim Betriebs- und Behandlungskonzept sind dem BAG sofort mitzuteilen.
- d. Interessierten ist ihrer Betroffenheit entsprechend Einsicht in das Betriebs- und Behandlungskonzept zu gewähren.  
Innerhalb des Betriebskonzepts werden weitere Themen als wichtig erachtet und Empfehlungen unterworfen.

- **Richtlinien und Empfehlungen hinsichtlich der Infrastruktur**

Geeignet zur heroingestützten Behandlung sind Institutionen, die  
 > Räumlichkeiten an geeigneter Lage und mit geeigneter Infrastruktur haben und  
 > die Sicherheit des Heroinverkehrs und die Qualitätssicherung gewährleisten.  
 Als „geeignet“ wird eine Infrastruktur bezeichnet, die die Grundsätze der Zweckmäßigkeit, der Sicherheit, der Freundlichkeit und der Differenz zur Gasse erfüllt.

Dabei werden die folgenden Bedingungen aufgelistet:

- > Das Gebäude soll eine Eingangstüre mit Schließvorrichtung haben, die den Zutritt unbefugter Personen verhindert.
  - > Bei Glasfronten soll eine Verdunkelung den Sichtschutz gegen außen garantieren.
  - > Es soll eine genügende (der Größe des Zentrums entsprechende) Anzahl von Toiletten für Patienten und Personal vorhanden sein.
  - > Im Abgaberaum muss Personenschutz gewährleistet sein (Alarmknopf direkt zu Polizei oder Securitas) und ein Notfallset vorhanden und griffbereit sein (Ambubeutel und so weiter).
  - > Der Aufenthaltsraum soll gut überblick- und einsehbar sein, um Deals verhindern und Aggressivität frühzeitig erkennen zu können.
  - > Im Injektionsraum sollten maximal 10 Konsumplätze eingerichtet werden und die Sichtkontrolle des Konsums durch das Personal muss gewährleistet sein.
  - > Weiters sollen jeweils mindestens ein Behandlungszimmer für ärztliche Versorgung und Besprechungszimmer für Einzel- und Gruppengespräche eingerichtet werden.
- An die EDV/Kommunikation werden folgende Anforderungen gestellt:
- > PC im Abgaberaum;
  - > Software für Betäubungsmittelkontrolle und Erfassung der Patientenbezüge.
- Ebenso muss ein Faxgerät, an einem für Außenstehende nicht einsehbar Ort aufgestellt (Übermittlung vertraulicher Patientendaten) sein.

Außerdem wird angeregt bei der Suche und der Einrichtung der Infrastruktur folgende Punkte zu beachten:

*Gebäude:* Helle, saubere, freundliche und gepflegte Atmosphäre (keine Reproduktion der «Gasse»), Akzeptanz durch Nachbarschaft (offen und vor Betriebsbeginn informieren, zum Beispiel Tag der offenen Tür, Fragestunde mit zuständigem Politiker in den Räumlichkeiten und so weiter).

*Besprechungszimmer:* Das Besprechungszimmer für Einzel- und Gruppengespräche sollte kein Durchgangs- oder Archivraum sein (Diskretion und Vertraulichkeit).

*EDV:* Zur Vereinfachung des Informationsaustauschs sollte die EDV-Anlage über einen Internet-Anschluss und E-Mail verfügen.

- ***Richtlinien und Empfehlungen hinsichtlich personeller Anforderungen***

Die heroingestützte Behandlung umfasst somatische, psychiatrische und soziale Betreuung. Die Institutionsleitung sorgt für die Kooperation und Koordination mit und unter den beteiligten Fachpersonen.

Zum Behandlungspersonal gehören mindestens:

- a. ein Arzt, der für die medizinische Leitung verantwortlich und nach den Art. 9 und 10 des BetmG verschreibungsberechtigt ist;
- b. eine für die psychosoziale Betreuung verantwortliche Fachperson;
- c. zwei für die Pflege der Patienten und die Abgabe der verschriebenen Betäubungs- und Arzneimittel zuständige Personen.

In allen Behandlungs- und Betreuungsbereichen muss ausreichend fachlich qualifiziertes Personal zur Verfügung stehen.

Eine Fachperson kann zwei Betreuungsbereiche übernehmen, falls sie hierfür ausgebildet ist und ihre Betreuungskapazitäten dies zulassen.

Die Mehrheit der Fachpersonen hat eine ausreichende Berufserfahrung mit der Behandlung und Betreuung Drogenabhängiger nachzuweisen.

Das Personal hat sich regelmäßig weiterzubilden und wird vom BAG über die einschlägigen Forschungsergebnisse und entsprechenden Behandlungsempfehlungen informiert.

Alle Mitarbeiter zeigen sich zur interdisziplinären Zusammenarbeit bereit, können ihre Fachkompetenz ausweisen und haben mehrheitlich Erfahrung in der Suchtarbeit.

***Betreuungsdichte:***

- a. Hinsichtlich des Pflege-/Abgabepersonals:

Bei bis zu 5 Patienten gleichzeitig im Injektionsraum sind minimal zwei Angestellte pro Schicht anwesend, wovon mindestens eine eine medizinische Fachperson sein muss.

Bei mehr als 5 (bis maximal 10) Patienten gleichzeitig im Injektionsraum sind drei Angestellte pro Schicht notwendig.

- b. Hinsichtlich des ärztlichen Personals:

Schlüssel: 1 Patient = 1,7 Stellenprozent. Die Stellvertretung des leitenden Arztes ist geregelt.

- c. Hinsichtlich der sozialen Arbeit:

Schlüssel: 1 Patient = 1,7 Stellenprozent.

Für Leitung, Organisation und Personalentwicklung sowie für die Administration und das Sekretariat sind ebenfalls genügend Stellenprozent vorzusehen.

Diese Richtlinien sollen minimale Behandlungsstandards garantieren und trotzdem genug Spielraum für die verschiedenartige Prägung der Zentren gewährleisten.

Auf jeden Fall muss aber das Prinzip der Interdisziplinarität gewahrt bleiben.

Die jeweilige Ausformung und die Schwergewichte können den Erfordernissen der Patienten und den institutionellen Gegebenheiten entsprechend angepasst und umgesetzt werden.

### ***Weiterbildung:***

Das BAG bietet für Stellenleitende und für das Behandlungspersonal regelmäßig Weiterbildungen an.

Die Behandlungszentren sowie die Gremien der Stellenleitenden und der Ärzte können diesbezügliche Bedürfnisse bei der Weiterbildungskommission deponieren. Das BAG weist die Zentren auch auf relevante anderweitig angebotene Kurse hin. Die Steuerung der Fort- und Weiterbildung des Personals ist eine Führungsaufgabe und liegt im Verantwortungsbereich der Stellenleitenden.

### ***Funktionszuordnungen:***

Da die strukturelle Einbettung und Ausgestaltung der Zentren sehr unterschiedlich ist und die Beschreibung der Verantwortlichkeiten diesen Umständen gerecht werden muss, ist es unmöglich, eine für alle Behandlungszentren gleichermaßen gültige Funktionenzuordnung zu erstellen. Bevor die Funktionenzuordnung erstellt wird, gilt es, folgende Punkte zu klären:

- Betrieb
- Finanzen
- Personalfragen
- Behandlungskonzept
- Öffentlichkeitsarbeit

### • ***Richtlinien und Empfehlungen zum Notfalldispositiv***

Die personellen, organisatorischen und materiellen Voraussetzungen für ein adäquates Reagieren auf medizinische Notfälle in den Zentren müssen vorhanden sein:

Das Abgabepersonal muss für medizinische Notfälle geschult sein. Die Kurse in Wiederbelebungsmaßnahmen sind periodisch zu wiederholen, um das Wissen à jour zu halten.

Es besteht ein schriftliches Notfalldispositiv, das festhält, wie sich das Personal in Notfallsituationen zu verhalten hat.

Das für das Einleiten von Wiederbelebungsmaßnahmen notwendige Material (Ambu-Beutel, Morphinantagonisten wie Narcan und so weiter) muss an einem für das Abgabepersonal (aber nicht für die Patienten) jederzeit erreichbaren Ort gelagert werden. Es muss regelmäßig auf seine Funktionsfähigkeit und Vollständigkeit überprüft werden.

Notfälle wie Bewusstseinsverlust und Atemstillstand während der Abgabe und nach der Applikation des Heroins sind selten, kommen aber zuweilen vor, besonders wenn vorgängig andere Substanzen wie Alkohol, Benzodiazepine oder Straßenheroin konsumiert wurden.

Zunächst gilt es deshalb, medizinischen Notfällen durch geeignete Maßnahmen vorzubeugen. Regelmäßige Gespräche über das Beikonsumverhalten verbunden mit periodischen Urinanalysen helfen, gefährdete Patienten zu eruieren. Der Beikonsum sollte mit therapeutischen Mitteln reduziert beziehungsweise – wenn immer möglich – eliminiert werden.

Systematische Atemluftmessungen (Alkohol) empfehlen sich vor der Abgabe bei gefährdeten Patienten, um Notfallsituationen zu verhindern. Alkoholisierte Patienten sollen während der laufenden Abgabe kein oder weniger Heroin als sonst üblich applizieren.

### • ***Richtlinien und Empfehlungen zum Sicherheitsdispositiv***

Das Sicherheitsdispositiv muss in enger Zusammenarbeit mit den lokalen

Polizeibehörden erarbeitet werden. Nach der Umsetzung der aufgeführten Maßnahmen und Vorgaben müssen sie von der Polizei vor Ort überprüft werden.

Das Sicherheitsdispositiv ist regelmäßig auf seine Wirksamkeit zu überprüfen und nötigenfalls anzupassen.

Jede HeGeBe-Institution bestimmt eine Medizinalperson (Arzt oder Pharmazeut), welche die volle Verantwortung für den Verkehr mit den Betäubungsmitteln trägt. Der Umgang mit Heroin (verbotener Stoff) erfordert eine Ausnahmegewilligung des BAG, in der die Verantwortlichkeit dem Bewilligungsinhaber explizit zugewiesen wird. Der Bewilligungsinhaber ist gegenüber dem BAG für das Sicherheitsdispositiv verantwortlich.

Die verantwortlichen Personen legen die zu der Erfüllung der Aufgaben nötigen Abläufe schriftlich fest.

Eine Delegation von Tätigkeiten und Kompetenzen im Zusammenhang mit der Handhabung von Betäubungsmitteln muss schriftlich formuliert werden. Die delegierende Person trägt weiterhin die Oberverantwortung für die delegierten Tätigkeiten. Die entsprechenden Dokumente sollen von der Person, welche die Oberverantwortung innehat, und von derjenigen Person, an die Tätigkeiten delegiert wurden, unterzeichnet werden. Sie sind ein Bestandteil des Sicherheitsdispositivversus Die Betäubungsmittel müssen in einem Tresor und getrennt von anderen Waren aufbewahrt werden. Der Raum, in dem der Tresor steht, muss durch eine Alarmanlage gesichert sein. Im Falle eines Einbruchs muss die Polizei durch die Alarmanlage automatisch informiert werden. Ein schriftlich formuliertes Notfallkonzept für das Verhalten bei einem Überfall muss erstellt werden.

Es ist empfehlenswert, sich mit anderen HeGeBe-Institutionen in Verbindung zu setzen und deren Erfahrungen in Sicherheitsfragen zu berücksichtigen.

Die Betäubungsmittel sollten aus Gründen der Übersichtlichkeit möglichst nur an einem Lagerort aufbewahrt werden.

Standort des Tresors:

> Der Tresor für die Betäubungsmittel soll sich in einem Raum befinden, zu dem Patienten keinen Zugang haben (er sollte von den Patienten nicht eingesehen werden können).

Die Patienten sollen so weit möglich nicht wissen, wo die Betäubungsmittel gelagert sind und welche Sicherheitsvorkehrungen getroffen wurden.

> Die Betäubungsmittel, welche dem Tresor zur Vorbereitung der Abgabe entnommen werden, sollen, falls dies machbar ist, nicht durch Korridore oder Räume getragen werden, die auch von Patienten benutzt werden. Andernfalls ist dafür zu sorgen, dass die Betäubungsmittel zu einem Zeitpunkt geholt und gebracht werden, während dessen die Patienten keinen Zugang zu den betroffenen Lokalisationen haben.

> Der Raum mit dem Tresor soll genügend groß sein.

Zugang zum Tresor:

> Es wäre ideal, wenn der Tresor durch ein Codesystem gesichert würde, welches die Identifikation derjenigen Personen erlaubt, die den Tresor öffnen. Systeme, welche die letzten paar Zugriffe nach Zeitpunkt und Person registrieren, sind in der Anschaffung nicht wesentlich teurer als Systeme ohne diese Möglichkeit.

> Nur diejenigen Personen, deren Aufgabe die Handhabung von Betäubungsmitteln beinhaltet, sollen Zugriff zum Tresor haben.

> Der Tresor muss außer bei der Entnahme oder Einlagerung von Betäubungsmitteln geschlossen sein.

- **Qualitätssicherung**

Die praktische Umsetzung sämtlicher Sicherheitsvorkehrungen und deren regelmäßige

Kontrollen sollen durch Protokolle festgehalten werden. Sollten Mängel entdeckt werden, müssen Maßnahmen, die zu deren Behebung ergriffen werden sollen, festgelegt werden und die Frist bis zur spätesten Umsetzung dieser Maßnahmen bestimmt werden.

### ***Heroinlogistik***

Das Bundesamt für Gesundheit kann im Weiteren für den Anbau, die Einfuhr, die Herstellung und das Inverkehrbringen von Betäubungsmitteln Ausnahmegewilligungen erteilen.

Ausnahmegewilligungen zur Behandlung von drogenabhängigen Personen mit derartigen Stoffen können ausschließlich an hierfür spezialisierte Institutionen erteilt werden.

Es erteilt Bewilligungen für die Beschaffung, Aufbereitung und das Inverkehrbringen des zur Behandlung benötigten Heroins.

Für sämtliche Fragen bezüglich der Beschaffung des zur Behandlung benötigten Diacetylmorphins (Heroins) haben sich die Zentren direkt an das BAG zu wenden. Aus Sicherheitsgründen gibt es zu dieser Thematik keine schriftlichen Unterlagen.

### ***Betäubungsmittelkontrolle***

Die für die Kontrolle der Betäubungsmittel verantwortliche Medizinalperson muss sich jederzeit über Bezug und Verwendung der verschriebenen Substanzen gegenüber den Bewilligungsbehörden ausweisen können.

Das BAG hat in diesem Kontext folgende Aufgaben:

- Es übt die Aufsicht über die Institutionen durch regelmässige Kontrollen in enger Zusammenarbeit mit der zuständigen kantonalen Behörde aus.
- Es gibt den Institutionen Empfehlungen und erlässt Weisungen namentlich zur Koordination und zur Qualitätssicherung der heroingestützten Behandlung.

In der Verordnung über die Betäubungsmittel und die psychotropen Stoffe (Betäubungsmittelverordnung – BetmV) vom 29.5.1996 wird im Art.67 die Aufbewahrung der Dokumente und Datenträger festgeschrieben, wonach die Belege und Daten über den Verkehr mit Betäubungsmitteln zehn Jahre lang aufzubewahren sind, und im Art.71 hinsichtlich Beschlagnahmung, Verwertung, Entsorgung verordnet, dass veränderte oder verfallene Betäubungsmittel von der zuständigen kantonalen Behörde auf geeignete Weise zu entsorgen sind. Die fachgerechte Entsorgung von Betäubungsmitteln hat unter Aufsicht von zwei durch das Bundesamt oder durch die zuständige kantonale Behörde bezeichneten Personen zu erfolgen. Das Datum der Entsorgung der Betäubungsmittel, ihre genaue Bezeichnung, ihre Herkunft und die Mengen müssen in einem Protokoll über die Entsorgung festgehalten werden. Das Protokoll ist von den an der Entsorgung beteiligten Personen zu unterzeichnen. Dem Eigentümer der entsorgten Betäubungsmittel wird zu seiner Entlastung eine Bestätigung der Entsorgung zugestellt.

Für das Vorgehen bei der Betäubungsmittelkontrolle gelten folgende Regeln:

Für jede Arzneiform, für jede Dosierung und jedes verwendete Präparat, das ein Betäubungsmittel enthält, muss ein Dokument erstellt werden, in dem jede einzelne Transaktion eingetragen wird. Das Dokument kann eine schriftliche Form haben oder per EDV geführt werden.

Folgende Daten müssen festgehalten werden:

- a. Beschaffung (Eingänge): Bezeichnung der Lieferanten, Angabe der jeweiligen Lieferdaten und der jeweils gelieferten Mengen;
- b. Abgabe (Ausgänge): Nennung der Patienten, Angabe der Abgabedaten und der jeweils abgegebenen Mengen für jede einzelne Abgabe;

- c. Eventuelle Verluste, Rücksendungen und Entsorgungen (Ausgänge): Gleiches Vorgehen wie bei den Abgaben, jedoch entsprechende Bezeichnung der jeweiligen Transaktion.

### ***Vorschriften für eventuelle Verluste, Rücksendungen und Entsorgungen – Vorgehen und Meldepflicht:***

Betäubungsmittel, deren Verfalldatum abgelaufen ist oder die aus anderen Gründen nicht mehr verwendet werden dürfen (zum Beispiel Verunreinigung), müssen zur Entsorgung an die zuständigen Behörden gesendet werden (Kantonsapotheker beziehungsweise BAG) – keine Vernichtung durch die HeGeBe-Institution selbst.

Jede derartige Sendung ist dem BAG mit dem amtlichen Meldeformular bekannt zu geben, welches beim Kantonsapotheker bezogen werden kann.

Monatliche Meldungen der HeGeBe-Institutionen über die Verwendung des Heroins zuhanden des BAG, Abteilung Pharmazie, Sektion Kontrolle und Bewilligungen:

Jeden Monat muss ein Auszug aus den Aufzeichnungen über die Verwendung des Heroins ans BAG, Abteilung Pharmazie, Sektion Kontrolle und Bewilligungen, gesendet werden.

### ***Grundlagen der Betäubungsmittelkontrolle – konkretes Vorgehen:***

1. Informationen einholen (beim BAG, Abteilung Pharmazie, Sektion Kontrolle und Bewilligungen, und bei HeGeBe-Institutionen, die schon Erfahrung haben), zum Beispiel über Inhalt und Form der internen Betäubungsmittelkontrolle, über den Einsatz von EDV, Software und so weiter.
2. Planung der Tätigkeiten und Bestimmung der dafür zuständigen Personen: Organigramm erstellen, Aufbau- und Ablauforganisation schriftlich festlegen.
3. Eine eventuelle Delegation von Tätigkeiten und Kompetenzen durch die Inhaber einer Bewilligung des BAG zur Beschaffung, Lagerung und Verschreibung von Heroin. Die Bewilligungsinhaber tragen weiterhin die Oberverantwortung für die delegierten Tätigkeiten (siehe Sicherheitsdispositiv).
4. Einrichten eines geeigneten EDV-Systems zur Aufzeichnung der Daten über den Betäubungsmittelverkehr.
5. Durchführen von regelmäßigen internen Kontrollen (mindestens einmal pro Woche): Vergleich des effektiven Bestandes (Lagerkontrolle) und des Saldos aus den Aufzeichnungen über den Betäubungsmittelverkehr.
6. Sicherstellen, dass die Anweisungen der verantwortlichen Personen umgesetzt werden: Die Bewilligungsinhaber sollten unangekündigte Stichproben vornehmen und diese mit einem kurzen Protokoll dokumentieren (Datum der Kontrolle, was wurde kontrolliert, wie war das Ergebnis). Die Daten über den Verkehr mit den Betäubungsmitteln können in gleicher Art wie bei einer Finanzbuchhaltung erfasst werden. Handelt es sich bei der Arzneiform um injizierbares Heroin, sollen die Aufzeichnungen in Milligramm geführt werden.

### ***Kontrolle der HeGeBe-Institutionen durch die Behörden:***

Nach Art.16 Abs.1 lit.c der Verordnung über die ärztliche Verschreibung von Heroin vom 8.3.1999 übt das BAG die Kontrolle in enger Zusammenarbeit mit der zuständigen kantonalen Behörde aus. Das BAG (Abteilung Pharmazie, Sektion Kontrolle und Bewilligungen) ist zuständig für die Kontrolle des Heroins, die Kantone (Kantonsapotheker) sind zuständig für die Kontrolle der anderen Betäubungsmittel.

## ***Datenschutz***

Die für die Bewilligungserteilung erforderlichen Personendaten (Name, Adresse, Geburtsdatum, Heimatort sowie Angaben über die Erfüllung der Aufnahmekriterien) werden von den Institutionen über die zuständige kantonale Behörde an das BAG gemeldet.

Das BAG nimmt zur Kontrolle der Behandlungsqualität Einsicht in die Krankengeschichten und Behandlungspläne der Patienten oder beauftragt Dritte damit unter Auferlegung der Schweigepflicht.

Sämtliche Bearbeitungen von Personendaten zu Forschungs- und Evaluationszwecken sind dem Bundesgesetz über den Datenschutz unterstellt. Sie sind anonymisiert durchzuführen. Grundsätzlich gelten bezüglich des Datenschutzes in diesen Institutionen dieselben Regeln, wie sie der Datenschutzbeauftragte allgemein für den medizinischen Bereich zusammengetragen hat. Gerade bei der heroingestützten Behandlung wurde dem Datenschutz unter dem Aspekt einer sozialen Stigmatisierung Drogenabhängiger durch Schaffung einer hinreichenden Rechtsgrundlage erhöhte Aufmerksamkeit geschenkt.

Die Mitarbeiter des BAG sind neben der beruflichen Schweigepflicht auch noch durch eine Regel innerhalb der Angestelltenordnung zur Verschwiegenheit verpflichtet. Die Geheimhaltungspflicht nach BetmG ist im Sinne von Art.320 des Schweizer Strafgesetzbuches zu verstehen und zeitlich unbeschränkt. Diese Schweigepflicht ist von Bedeutung, da die behandelnden Institutionen bestimmte Daten erheben müssen, die auch von den Mitarbeitern des BAG eingesehen werden können:

### a. Personendaten:

Die Institutionen sind verpflichtet, individuell pro Patient folgende Unterlagen zu erstellen und zu bearbeiten:

- Daten für die Erteilung der Patientenbewilligung:  
Dabei handelt es sich um Name, Adresse, Geburtsdatum, Heimatort sowie Angaben über die Erfüllung der Aufnahmekriterien, das heißt die Indikation und eventuell eine Begründung, weshalb eine Ausnahme von der Voraussetzung von mindestens zwei erfolglosen Behandlungsversuchen vorliegt. Diese Daten werden dem BAG gemeldet.
- Behandlungsplan: Das BAG kann Einsicht in die Behandlungspläne nehmen zur Überprüfung der Therapieverläufe.
- Krankengeschichte: Das BAG kann Einsicht in die Krankengeschichten nehmen zur Kontrolle der Behandlungsqualität und zur Überprüfung der Behandlungspläne.

### b. Kontrolldaten über die Betäubungsmittel:

Die verschreibungsberechtigten Ärzte müssen sich jederzeit über Bezug und Verwendung der verschriebenen Substanzen gegenüber den Bewilligungsbehörden (Heroin: BAG; Methadon, Morphin und andere: kantonale Behörde) ausweisen können. Bei diesen Daten handelt es sich nicht um Personendaten. Sie unterliegen deshalb nicht den Bestimmungen des DSG.

Das BAG selbst bearbeitet in Verfolg seines Auftrags die Daten, die ihm von den behandelnden Einrichtungen zur Verfügung gestellt werden.

Es erteilt aufgrund dieser Daten die Bewilligung, wenn die Aufnahmekriterien erfüllt sind, die medizinische Leitung der Institution die Aufnahme beantragt und die zuständige kantonale Behörde oder die Institutionsleitung keine Einwände vorbringen.

Die Daten werden von der medizinischen Leitung der Institutionen über die zuständige kantonale Behörde (das heißt in der Regel via Kantonsarzt) an das BAG übermittelt und gelangen auf dem gleichen Weg wieder an die Institution zurück.

Die zuständige kantonale Behörde benötigt die Daten zur Prüfung, ob der Patient nicht gleichzeitig schon an einem anderen Substitutionsprogramm teilnimmt. Diese Prüfung kann

nicht durch das BAG vorgenommen werden, da für die Kontrolle der Betäubungsmittel im Innern der Schweiz und die Verschreibungen von beispielsweise Methadon und Morphin grundsätzlich die Kantone zuständig sind.

Das BAG erstellt einen jährlichen Bericht zu Händen des Bundesrates über folgende Punkte:

- die Anzahl der Patienten sowie der jährlichen Ein- und Austritte, Übertritt in andere Programme, Drop out);
- Langzeitverlauf der Patienten;
- Art und Modalitäten der Verschreibung von Heroin (Quantität, galenische Formen);
- Besondere Vorkommnisse (Nebenwirkungen der Therapie, Einbrüche, Schwarzmarktfunde und so weiter).

Die Einwilligung zur Datenbearbeitung muss ausdrücklich (durch Schriftlichkeit erfüllt), freiwillig und in Kenntnis der sich daraus ergebenden Konsequenzen erfolgen. Die betroffene Person muss vorgängig mindestens über ihre Rechte, über Inhalt und Zweck der Datenbearbeitung aufgeklärt worden sein. Sie muss somit wissen, wer welche Daten wozu bearbeitet. Der Grundsatz der Transparenz und Vorhersehbarkeit ist damit berücksichtigt. Die Einverständniserklärung gewährleistet, dass diese Grundsätze im Rahmen der allgemeinen Aufklärungs- und Informationspflicht gegenüber Patienten im Sinne eines «Informed consent» eingehalten und spezifische Rechte und Pflichten bezüglich der heroingestützten Behandlung klar festgehalten und erläutert werden. Hierzu gehören auch die Information über die Bearbeitung und Verwendung der Patientendaten durch die Institution und die Behörden, die Entbindung vom Berufs- beziehungsweise Arztgeheimnis von früheren oder gegenwärtig behandelnden Medizinalpersonen. Werden weitere persönliche Daten von Patienten benötigt oder weitergegeben, ist vorgängig deren Ermächtigung einzuholen.

### ***Haftpflichtversicherung***

Analog zu anderen ambulanten Polikliniken sollte jedes Behandlungszentrum sicherstellen, dass für die Institution eine Betriebs- und Ärzte-Haftpflichtversicherung mit genügender Schadensdeckung abgeschlossen wird.

Darüber hinaus schließt das BAG für die Patienten der heroingestützten Behandlung zurzeit noch eine sogenannte Probandenversicherung ab. Damit sind sämtliche Patienten bei Gesundheitsschäden (Personenschäden), die als Folge der heroingestützten Behandlung auftreten, namentlich wegen Arzneimitteln, experimentellen Umständen und Maßnahmen, die sich am Körper des Behandelten schädigend auswirken, versichert. Ebenfalls versichert sind Personen- und Sachschäden, die durch eigene Handlungen des Behandelten, die zum Behandlungsprogramm oder zur Abgabe gehören, hervorgerufen werden.

Von dieser Versicherung ausgeschlossen sind: Gesundheitsschädigungen und Verschlimmerungen des bestehenden Gesundheitszustandes, die auch ohne Teilnahme an der heroingestützten Behandlung eingetreten wären oder fortbeständen; genetische Schäden; Gesundheitsschädigungen, soweit sie eingetreten sind, weil der Behandelte den ausdrücklichen Anweisungen der Personen, die mit der Durchführung der heroingestützten Behandlung beauftragt sind, zuwidergehandelt hat; Ansprüche an den Versicherungsnehmer (BAG), die über den oben genannten Umfang der Versicherung hinausgehen.

Beim Eintreten eines Ereignisses, das die Probandenversicherung betreffen könnte, hat das Behandlungszentrum umgehend die für die Unterstützung und Betreuung zuständige Person beim BAG zu verständigen, damit geprüft werden kann, ob eine Schadensmeldung an die Versicherung angezeigt ist.

### ***Sanktionen***

Das BAG kann dem Patienten die Bewilligung zur heroingestützten Behandlung entziehen:

- a. bei Konsum illegaler Betäubungsmittel in der Institution;
- b. bei Weitergabe oder Verkauf bezogener Betäubungsmittel;
- c. bei Drohungen oder Gewalt gegen Mitglieder des Behandlungspersonals oder gegen andere Personen innerhalb der Institution;
- d. bei grundsätzlicher oder fortgesetzter Verweigerung der die Heroinverschreibung begleitenden Behandlung oder Betreuung;
- e. wenn die gemäß Einverständniserklärung vereinbarten Bedingungen nicht mehr erfüllt werden.

Der Entzug der Bewilligung bezeichnet den unfreiwilligen Ausschluss eines Patienten aus der heroingestützten Behandlung und stellt eine administrative Sanktion bei groben Verstößen gegen die Behandlungsordnung dar.

Die Feststellung der Ausschlussgründe obliegt der Institution, die vor allem in den Fällen von c, d und e direkt betroffen ist; hingegen wird für den definitiven Ausschluss selbst ein Entscheid der Bewilligungsbehörde (BAG) benötigt, bei dem insbesondere die Einhaltung der verfassungsmäßigen Rechte wie das rechtliche Gehör und die Verhältnismäßigkeit überprüft werden. Der Ausschluss aus der Behandlung soll in der Regel die ultima ratio sein; bei Missbräuchen mit den bezogenen Substanzen kann er jedoch auch unmittelbar, unabhängig der strafrechtlichen Folgen gemäß BetmG, erfolgen. Die Patienten werden bei der Aufnahme über diese Pflichten und Folgen informiert und haben ihr Einverständnis erklärt.

### ***Sanktionsordnung***

Für alle Beteiligten muss klar ersichtlich und verständlich sein, wann, wie und von wem eine Sanktion ergriffen wird. Vorgehen und Instanzen müssen jederzeit für die Behandelten und Behandelnden bekannt und abfragbar sein. Deshalb ist eine verbindliche Haus- und Sanktionsordnung Vorschrift.

In der allgemeinen Einverständniserklärung muss auf die Sanktionsregelung hingewiesen werden.

Folgende Vergehen müssen generell als schwerwiegend behandelt und hinsichtlich eines möglichen Ausschlusses beurteilt werden:

- Gewalt gegenüber Mitpatienten und Mitarbeitenden und Gewaltandrohung;
- Sachbeschädigung;
- Dealen mit Drogen und ähnlichen Substanzen in den Behandlungsräumen;
- Diebstahl, Schmuggel und Verkauf von Betäubungsmitteln.

Bei den erwähnten Vergehen ist eine Sofortmaßnahme (zum Beispiel in Form einer Heroinsperre) bis zum Zeitpunkt der Beurteilung durch eine bezeichnete Sanktionsinstanz zu treffen. Befristete Ausschlüsse als Sanktionsmaßnahme können bis zu drei Monaten vom Behandlungszentrum selbst ausgesprochen werden.

Längere Behandlungsunterbrüche kommen faktisch einem definitiven Ausschluss gleich und bedürfen eines Entzugs der Patientenbewilligung durch das BAG.

### ***Sanktionen bei Diebstahl, Schmuggel und Verkauf von Betäubungsmitteln***

Bei erwiesenem Schmuggel, Diebstahl oder Verkauf von Betäubungsmitteln ist eine sofortige Heroinsperre auszusprechen. Im Wiederholungsfall ist der Patient für mindestens drei Monate aus der Behandlung auszuschließen. Der Patient wird darauf hingewiesen, dass er nach Ablauf der Frist einen Antrag auf Wiederaufnahme stellen kann. Außerdem macht sich der Patient damit nach Art. 19 BetmG strafbar. Das entsprechende Verhalten kann bei Anzeige auch strafrechtliche Konsequenzen nach sich ziehen.

### ***Sanktionen bei unklarem Verhalten/Verdacht auf Schmuggel von Betäubungsmitteln***

Sofortige Verwarnung und Gespräch, bei dem darauf hingewiesen wird, dass Schmuggel zu einer Sperre und zu einem Ausschluss aus der Behandlung führen kann. Bei Patienten mit peroralem Konsum von Heroin muss darauf hingewiesen werden, dass die Tablettenabgabe bei weiterem verdächtigem Verhalten gestoppt wird.

Die Heroinsperre ist eine Strafmaßnahme, bei der das Heroin für eine bestimmte Dauer ganz oder teilweise durch Methadon ersetzt wird. Diese Sanktion ist nicht zu verwechseln mit dem Reduzieren, Ersetzen oder Absetzen des Heroins aus medizinischen Sicherheitsgründen (zum Beispiel übermäßiger Beikonsum).

Beikonsum stellt allerdings eine besondere Situation dar, in der die Einführung von Sanktionen, insbesondere die Sperrung von Heroin, als generelle Maßnahme im Falle von Beikonsum fragwürdig ist, da es ethisch kaum vertretbar ist, die heroingestützte Behandlung generell vom Beikonsum abhängig zu machen und damit das Wohlverhalten eines süchtigen Menschen an seinem Nebekonsum zu messen.

Prinzipiell können auch andere alternative Sanktionen als die Heroinsperre verfügt werden.

### ***Hausordnung***

Eine verbindliche Hausordnung ist Vorschrift. Sie gehört zu den Patienteninformationen, die dem an der Behandlung Interessierten vor Behandlungsantritt abgegeben werden. Außerdem muss die Hausordnung Sanktionen bei Nichteinhaltung der verfügbaren Regeln beinhalten. Eine nur dem Personal zugängliche Version der Hausordnung muss unzweifelhaft Klarheit über die Kompetenzen des Personals zu den verschiedenen Sanktionen schaffen.

Grundsätzlich gilt für alle „Vergehen“ eine Verjährungsfrist von einem halben Jahr. Das heißt ein Wiederholungsfall muss innerhalb von sechs Monaten seit dem ersten Vergehen stattfinden.

### ***Öffnungszeiten***

Wegen der im Vergleich zum Methadon relativ kurzen Wirkung von Heroin ist es angezeigt, dass die Patienten (zumal am Anfang der Behandlung) die Gelegenheit für drei Applikationen pro Tag erhalten. Dabei sollen die Öffnungszeiten so gelegt werden, dass Arbeitende morgens vor und abends nach der Arbeit erscheinen können.

Auch an Wochenenden und an Feiertagen muss die Abgabe sichergestellt werden.

Die Öffnungszeiten sind lang genug zu gestalten, um weder Stress noch Hektik während der Abgabe aufkommen zu lassen, und gleichzeitig kurz genug, dass sich im Umfeld der Abgabestelle keine temporäre Kleinszene bildet.

Für stabilisierte Patienten ist es im Laufe der Behandlung eventuell möglich, die Mittagsabgabe durch die Mitgabe von DAM in Tablettenform oder durch Methadon zu ersetzen.

### ***Meldung von außergewöhnlichen Ereignissen***

Die heroingestützte Behandlung ist eine noch junge Therapieform. Nebenwirkungen und andere außergewöhnliche Ereignisse müssen genau dokumentiert werden, damit die Patientensicherheit jederzeit gewährleistet werden kann. Deshalb sind unerwünschte Ereignisse und Arzneimittelwirkungen durch die verantwortlichen Ärzte der Behandlungszentren mittels standardisiertem Formular zu erfassen und vorab per Fax und anschließend per Brief an die Meldestelle HeGeBe weiterzuleiten. Diese Stelle hat die Meldungen von unerwünschten Ereignissen und Arzneimittelwirkungen entgegenzunehmen und zu sichten. Bei Bedarf hat die Meldestelle zusätzliche Abklärungen vorzunehmen. Die Meldestelle informiert vierteljährlich das Bundesamt für Gesundheit und die Safety Assurance Group HeGeBe in schriftlicher Form über alle aufgetretenen unerwünschten Ereignisse. Bei unerwarteten schwerwiegenden Ereignissen sind zusätzliche Meldungen zu

machen. Außerdem werden die Zentren für heroingestützte Behandlung halbjährlich über die eingegangenen Meldungen informiert. Die Meldungen werden bei Eingang nach Probandennummer registriert und in das Datenverarbeitungsprogramm eingelesen. Probandennamen werden keine mitgeteilt. Der Verantwortliche der Meldestelle HeGeBe überprüft und beurteilt die eingetroffenen Meldungen täglich und führt gegebenenfalls Nachbefragungen durch (Spezialbogen). Die im Datenverarbeitungssystem registrierten Angaben werden durch den Verantwortlichen auf Plausibilität geprüft. Die meldenden Behandlungszentren erhalten innerhalb von zwei Werktagen eine standardisierte Rückmeldung im Sinne einer Eingangsbestätigung.

Folgende unerwünschten Ereignisse sind der Meldestelle unverzüglich zu melden:

- Schwere Krankheiten
- Serokonversionen (virale Hepatitis und HIV)
- Schwangerschaften und Aborte
- Todesfälle
- Schwere Intoxikationen (zum Beispiel wenn Beatmung und/oder Spitaleinweisung nötig)
- Epileptische Anfälle
- Spitaleinweisungen wegen Krankheit/Unfall
- Alle lebensbedrohlichen Situationen
- Ereignisse, welche bleibende Schäden hinterlassen können (zum Beispiel Stichverletzung)
- Arzneimittelwirkungen: normalerweise behandlungsbedürftige Zwischenfälle und Befindlichkeitsstörungen (Blutdruckkrisen, anaphylaktische Reaktionen und so weiter)
- Substanzbezogene Probleme wie: Löslichkeit (zum Beispiel Kristallbildung), Verfärbung, Verpackungsfehler.

### ***Qualitätsentwicklung (QE) und Know-how-Transfer***

Im Bereich der heroingestützten Behandlung besteht eine gesetzliche Verpflichtung zur Durchführung von qualitätssichernden (QS) und qualitätsentwickelnden (QE) Maßnahmen. Der BAG obliegt es deren Koordination durch den Erlass von Empfehlungen oder von Weisungen umzusetzen.

Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung müssen ihre Legitimation aus Verbesserungsmaßnahmen auf den folgenden Ebenen beziehen:

1. Klient/Patient
2. Mitarbeiter der Drogenhilfeeinrichtung
3. Zentrum für heroingestützte Behandlung
4. Öffentliche Hand.

### **Qualitätsziele**

1. Verbesserung der Dienstleistungen für den Patienten
2. Burn-out-Prävention bei den Mitarbeitenden
3. Bessere Steuerung der Betriebe
4. Argumentationsgrundlage für die fachliche Diskussion und Legitimation; Gemäß anerkannten Kriterien und Methoden erfasste und sauber durchgeführte Erhebungen liefern den Einrichtungen Argumente für die finanzielle und politische Legitimation gegenüber Kostenträgern und der Öffentlichkeit. Die im Zuge der Haushaltskürzungen im Sozial- und Gesundheitsbereich immer wichtiger werdende

Frage der Legitimation der heroingestützten Behandlung als Langzeittherapie kann auf dieser Grundlage erfolgreicher angegangen werden.

5. Standards im Drogenhilfebereich;

Qualitätsstandards im Drogenhilfebereich sind von großer Bedeutung, weil sie erst das gegenseitige Lernen der Drogenhilfeeinrichtungen voneinander ermöglichen. Zahlreiche Diskussionen über Qualität scheitern leider immer noch daran, dass die Gesprächspartner von ganz verschiedenen Qualitätsbegriffen ausgehen. Das Festsetzen gemeinsamer Standards erspart das immer wieder neue Aushandeln und Identifizieren der gegenseitigen Positionen.

Vergleichbarkeit mit schweizerischen und internationalen Behandlungsstandards;  
Die heroingestützte Behandlung als Verknüpfung von intensiver und auf die individuellen Bedürfnisse angepasster psychosozialer und medizinischer Betreuung sowie der Substitutionstherapie mit Heroin ist in ihrer heutigen Form (noch) einmalig. Die Erfassung der Behandlung mit international vergleichbaren Standards erleichtert zukünftige fachliche Auseinandersetzungen und lässt somit die Möglichkeit offen, auch im internationalen Kontext weiterhin effizienter voneinander zu lernen. Die Zusammenarbeit mit QuaTheDA ist in diesem Zusammenhang ebenfalls von großer Bedeutung, weil dadurch die Vergleichbarkeit im schweizerischen Kontext sichergestellt wird .

### ***Dokumentation***

#### *Mögliche Verlaufsindikatoren:*

Verläufe können nach verschiedenen Indikatoren beurteilt werden. Es ist sinnvoll, somatische, psychiatrische und soziale Kriterien zu berücksichtigen. Zusätzlich soll das Verhalten in der Abgabe, mit Bezugspersonen und Mitpatienten sowie das Entwicklungspotenzial und die Ressourcen in eine Beurteilung mit einbezogen werden.

a. Stabilisierung, Entwicklung, soziale Integration

b. Stabilisierung mit hoher persönlicher und sozialer Kompetenz

Behandlungsziele:

– Ohne Stress der Suchtmittelbeschaffung leben

– Gesundheitliche Stabilisierung und Verhinderung von akzessorischen Erkrankungen

– Geld für Lebensgestaltung und nicht nur für den Suchtmittelkonsum verwenden

– Nutzung bestehender Ressourcen

– Tagesstruktur

– Entwicklungspotenzial (vorhanden oder verschüttet) soll und kann genutzt werden.

c. Wechselnder Verlauf mit stabilen und instabilen Phasen

Behandlungsziele:

– Stressreduktion

– Gesundheitsverantwortung

– Einbettung ins soziale Netz

– Erhaltung von minimalen Ressourcen

– Ablösung von der Gasse.

d. Chronisch instabil

Der Patient lässt sich nur bedingt in die Behandlung einbinden. Die einen leben

weiterhin total chaotisch. Andere lassen sich sozial zwar «andocken», eine Stabilisierung wird jedoch immer wieder durch chaotische Phasen verunmöglicht.

Weiterhin starker Bezug zur Gasse. Einbettung ins soziale Netz ist nur temporär

möglich. Immer wieder Chaos. Hält sich wenig an Abmachungen. Disziplinarische

Schwierigkeiten, Aggressionsdurchbrüche und so weiter. Keine zielgerichtete

Behandlung möglich. Häufig «verladen». Benzodiazepinkonsum ist hoch.

Beziehungslosigkeit und -angst. Manchmal suizidal beziehungsweise selbstverletzend.

Oft ausgeprägte Persönlichkeitsstörung, emotionale Instabilität. Häufig auch

körperlich krank. Laufende Überprüfung des Nutzens der Behandlung ist sinnvoll.

Behandlungsziele:

- Versuch der Anbindung
- Gesundheitsverantwortung
- Beziehungsaufbau.

### ***Die Aufgaben und Funktionen des BAG***

Hinsichtlich des BAG sind der Auftrag und die Aufgaben, die Organisation und die Zuständigkeiten im BAG, sowie Mandate und Zusammensetzung der HeGeBe-Gremien geregelt.

### ***Auftrag und Aufgaben des BAG***

Gemäß dem gültigen BetmG ist es die Aufgabe der Kantone, für Betreuung und Therapie von drogenabhängigen Menschen zu sorgen. Die Rolle des Bundes ist es, die Kantone in ihrer Aufgabe zu unterstützen. Da Heroin (Diacetylmorphin, DAM) nach wie vor unter die verbotenen Substanzen fällt, liegt die Regelung der Rahmenbedingungen bei der heroingestützten Behandlung jedoch im Kompetenzbereich des Bundes. Im dringlichen Bundesbeschluss über die ärztliche Verschreibung von Heroin und in der entsprechenden Ausführungsverordnung wird dem BAG ausdrücklich die Ermächtigung erteilt, die medizinische Anwendung von Heroin zur Behandlung Drogenabhängiger zu ermöglichen. Das BAG stellt im Weiteren sicher, dass der Heroinverkehr unter hinreichenden Sicherheitsvorkehrungen abläuft.

Eine strikte Einhaltung der Aufnahmekriterien, die Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsanforderungen sowie die Kontrolle der Anforderungen an die betriebliche Infrastruktur durch die zuständigen Stellen im BAG garantieren, dass die vorgegebenen Rahmenbedingungen für die heroingestützte Behandlung eingehalten werden.

Die Oberaufsicht und Kontrolle über die heroingestützte Behandlung ist Aufgabe des Bundes (BAG). Insbesondere haben alle Institutionen, welche Heroin verschreiben, einen jährlichen Bericht zuhanden der zuständigen Zentralstelle auf Bundesebene (BAG) einzureichen.

Der Bund (BAG) ist somit zuständig für die Bereiche:

- Erteilen der Bewilligungen für Institutionen (Betriebsebene), Arzt und Patienten (in Zusammenarbeit mit den zuständigen kantonalen Behörden, Kantonsärzten);
- Heroinlogistik: Bewilligungen für die Beschaffung, Aufarbeitung und das Inverkehrbringen des zur Behandlung benötigten Heroins (Diacetylmorphin, DAM);
- Erlass von Empfehlungen und verbindlichen Richtlinien zur Durchführung der Behandlung, zur Koordination des Angebots und zur Qualitätssicherung der heroingestützten Behandlung;
- Regelmäßige Kontrollen der Institutionen in Bezug auf die Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben und Richtlinien des BAG
- Förderung und Unterstützung der Weiterbildung des Fachpersonals;
- Aufträge zur beziehungsweise Unterstützung der Forschung im Zusammenhang mit der heroingestützten Behandlung;
- Jährlicher Bericht zuhanden des Bundesrats;
- Internationale Zusammenarbeit.

Die Kantone sind demgegenüber zuständig für:

- Implementierung und Koordination der heroingestützten Behandlung im kantonalen Suchthilfeangebot;

- kantonale Bewilligungen nach Art.14 Abs.1 und 15a Abs.5 BetmG (Verordnung über die ärztliche Verschreibung von Heroin Art.18).

### ***Qualitätssicherung/-förderung***

Die heroingestützte Behandlung muss klaren und verbindlichen Qualitätskriterien genügen. In Zusammenarbeit mit den Mitarbeitenden der Behandlungszentren hat das BAG zu verschiedenen Themen Richtlinien und Empfehlungen für die heroingestützte Behandlung erarbeitet oder wird sie noch erarbeiten. Die Implementierung dieser Richtlinien dient einerseits der Standardisierung, andererseits der Förderung und Sicherung der Behandlungsqualität.

Gleichzeitig werden die Behandlungsergebnisse fortlaufend erfasst und ausgewertet. Damit können die Behandlungsrichtlinien permanent überprüft und sofort an die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse angepasst werden. Ein effizientes Controlling seitens des BAG unterstützt diesen Prozess.

Im Weiteren werden die Qualifikationsanforderungen an das Personal in der Ausführungsverordnung über die heroingestützte Behandlung definiert.

### ***Fort- und Weiterbildung***

Eine wichtige Aufgabe des Bundes im Zusammenhang mit der heroingestützten Behandlung ist die Förderung und Unterstützung der fachspezifischen Weiterbildung des in diesem Bereich tätigen Personals. Das BAG organisiert zu diesem Zweck jährlich eine zweitägige Weiterbildungsveranstaltung, welche den spezifischen Anforderungen und Aspekten und der interdisziplinären Betreuungsform in der heroingestützten Behandlung gerecht wird. Außerdem finanziert es Supervision in den Zentren. Die Supervisoren werden verpflichtet, kurze Fragebogen über Inhalte ihrer Arbeit in den Behandlungszentren zu beantworten. Dies gibt Auskunft darüber, welche Probleme im Vordergrund stehen und welcher eventuelle Weiterbildungsbedarf daraus geschlossen werden kann.

Die durch das BAG finanzierten Weiterbildungsaktivitäten sollen der Kompetenzerhöhung der Mitarbeiter dienen, und zwar vorwiegend jener Kompetenzen, die darauf zielen, die Veränderungsprozesse der Patienten zu unterstützen. Darunter versteht man die individuell geplanten Schritte der Patienten, ihre Situation – gemäß Behandlungsplan – zu verbessern, sei es nun in Richtung Abstinenz oder auch der Stabilisierung der aktuellen Situation gemäß ihren Ressourcen. Die Weiterbildungsaktivitäten leisten einen Beitrag zur Qualitätsverbesserung der Institutionen.

Eine Weiterbildungskommission (WBK), die sich zweimal jährlich unter der Leitung des BAG-Weiterbildungsbeauftragten trifft, bestehend aus Vertretern der Behandlungszentren, je einem Vertreter der Berufsgruppen Medizin, Sozialarbeit, Pflege und Psychologie, sowie einem Stellenleitenden und die im BAG für die Unterstützung und Betreuung der Zentren zuständige Person, bestimmt jährlich Themenschwerpunkte.

Neben diesen spezifisch auf die heroingestützte Behandlung zugeschnittenen Fort- und Weiterbildungsaktivitäten ist das BAG in Zusammenarbeit mit externen Partnern bestrebt, die fachliche Aus- und Weiterbildung im Suchthilfebereich generell zu fördern. So engagiert es sich namentlich in der Programmförderung „Weiterbildung im Suchtbereich“, in deren Rahmen die Entwicklung von Weiterbildungsmodulen für verschiedene involvierte Berufsgruppen finanzielle Unterstützung erfährt. Projektvorschläge für solche Module können von privaten und öffentlichen Institutionen eingereicht werden, welche diese dann in Zusammenarbeit mit entsprechenden Partnern auch anbieten. Maßgeblich beteiligt sind bisher primär verschiedene Fachhochschulen, universitäre Abteilungen beziehungsweise Kliniken sowie das Institut für Suchtforschung, Zürich. Auch diese Angebote sind offen für die Mitarbeitenden in der heroingestützten Behandlung.

Folgende Achsen des Zusammenspieles zwischen dem BAG und den Behandlungseinrichtungen stehen dafür zur Verfügung:

- Denkschema QuaTheDA:  
Die Koordination der Qualitätsentwicklung im Bereich HeGeBe mit dem im Aufbau begriffenen und vornehmlich an der Definition von Prozessen orientierten Qualitätsmanagementsystem im Suchthilfebereich des Bundesamtes für Gesundheit (QuaTheDA) wird gewährleistet.
- Voneinander lernen (Know-how-Transfer):  
Eine Kultur des Qualitätsbewusstseins und der offenen Kommunikation über Fragen der Qualität unter den Zentrenverantwortlichen soll initiiert und gefördert werden. Es geht um ein vergleichendes Beurteilen und Lernen voneinander (Peer-Teaching) mit dem Ziel der Definition von Standards und Zielkriterien.
- Rückkoppelung und Feedback:  
Das Bundesamt für Gesundheit setzt sich darüber hinaus dafür ein, dass die qualitätsrelevanten Informationen aus Forschung und Verwaltung schnell an die Zentren zurückvermittelt werden, um diesen so die Steuerung der Behandlung und ihrer Behandlungsinstitutionen zu erleichtern.

Die Umsetzung dieses Vorhabens wird in folgenden Projekten ermöglicht und betrieben:

1. Erfassungsinstrument:

Es wird ein griffiges, zukunftsfähiges und praxisorientiertes statistisches Instrument zur Erfassung der Behandlungsqualität entwickelt, erprobt und eingesetzt. Dabei soll die Vergleichbarkeit mit dem gesamten Suchttherapiebereich sowohl national als auch international gewährleistet werden (Mitarbeit bei der künftigen harmonisierten Suchthilfestatistik „act-info“).

2. Peer-Teaching:

An Tagungen für Zentrenverantwortliche und Behandelnde soll das Bewusstsein für Qualität vergrößert und der bereits erwähnte vergleichende Austausch zwischen den Zentren intensiviert und wach gehalten werden.

3. Newsletter:

Das BAG gibt regelmäßig einen Newsletter heraus (in schriftlicher oder elektronischer Form).

### **Die Gremien des BAG**

In der Kontrolle der HeGeBe sind Gremien tätig, die sich aus folgenden Körperschaften zusammensetzen: Sitzung der Stellenleitenden, Sitzung der HeGeBe-Verantwortlichen, Forschung AG, Ärzte, HeGeBe Ausschuss, HeGeBe-Team, HeGeBe Koordinationsgruppe; HeGeBe Stellenleitende Ärzte, Qualitätskommission, Behandlungszentren, Weiterbildungskommission, Safety assurance.

- **Koordinationsgruppe HeGeBe BAG**

- Zusammensetzung:

- Personen des BAG zusammen, die an der Steuerung der heroingestützten Behandlung beteiligt sind.

- Ziele:

- Gewährleistung des Informationsaustausches und Sicherstellen einer optimalen Koordination zwischen HeGeBe und den weiteren an der Steuerung beteiligten Stellen; unter Einbezug sämtlicher an der Steuerung beteiligten Stellen eine effiziente Entscheidungsfindung sicherstellen; Bündelung des Know-hows zur Optimierung der Aufgabenerledigung HeGeBe; Mitgestaltung/Kenntnisnahme der Aufsichtstätigkeit des BAG.

- Aufgaben:

Informationsaustausch und Diskussion; Rollenklärung/-prüfung der an der Steuerung beteiligten Stellen; Koordination und Planung der anfallenden Aufgaben; Definition spezifischer Arbeitsabläufe; Vorbereitung von Entscheiden für die Leitung; Diskussion von Empfehlungen zu Handen der Behandlungszentren; Diskussion von auftretenden fachlichen Fragestellungen; Kenntnisnahme und Valorisierung der Ergebnisse der Kontrolltätigkeit des BAG; Periodische Standortbestimmung.

– Häufigkeit:

sechsmal pro Jahr, ad hoc bei Bedarf.

- ***Sitzung der HeGeBe-Verantwortlichen***

– Zusammensetzung:

Vorsitz: BAG, Sektion Drogeninterventionen, Bereich HeGeBe; weitere Fachleute aus dem BAG, 1-2 Vertretende aus jedem Projekt (üblicherweise die Stellenleitenden und die ärztliche Leitung), Beauftragte Forschungsinstitute, Beauftragte Substanzlogistik.

– Ziele:

Optimierung der Zusammenarbeit, des Informationsaustausches und der Koordination zwischen den Institutionen und dem BAG; Erkennen von Bedürfnissen der Behandlungszentren betreffend Zusammenarbeit mit dem BAG und der Forschung; Organisation der Abläufe und Weiterbildung der Mitarbeitenden; Erkennen von Handlungsbedarf auf Bundesebene; Sicherung einer zielgerichteten, breit abgestützten und effizienten Entscheidungsfindung unter Einbezug sämtlicher Betroffener; Bündelung des Know-hows zur optimalen Lösung anfallender Probleme.

– Aufgaben:

Informationsaustausch; Koordination der gemeinsamen Arbeit; Diskussion von fachlichen Problemen; Lösungsfindung; Einsetzung von Arbeitsgruppen; Abklärung der Bedürfnisse und des Bedarfs der Behandlungszentren; Vernehmlassung zu Richtlinien, gesetzgeberischen Erlassen, Weisungen; Diskussion und Koordination von Weiterbildungsfragen.

Häufigkeit:

vier-/fünfmal pro Jahr.

- ***HeGeBe-Ausschuss***

– Zusammensetzung:

Vorsitz: BAG, Sektion Drogeninterventionen, Bereich HeGeBe; Vertretung des BAG (je nach Thema), Vertretung der Forschung (je nach Thema), 2 Stellenleiter, 2 Personen aus der ärztlichen Leitung.

– Ziele:

Gewährleistung eines optimalen Informationsaustausches und einer optimalen Koordination zwischen dem BAG, der Forschung und den Behandlungszentren; Bündelung des Know-hows für die Optimierung der Aufgabenerledigung und Entscheidungsfindung.

– Aufgaben:

Informationsaustausch; Koordination und Diskussion der anfallenden Aufgaben; Unterstützung des BAG in fachlichen und prozessorientierten Fragen; Periodische Standortbestimmungen und Entwicklung von Strategien; Einsetzung von Ad-hoc-Arbeitsgruppen zu spezifischen Themen; Reflektierung der Tätigkeit des BAG (Spiegelgruppe).

– Häufigkeit:

fünfmal pro Jahr, mit Vorteil jeweils rund zwei Wochen vor der Sitzung der HeGeBe-Verantwortlichen.

- ***Sitzung der Stellenleitenden***
  - Zusammensetzung:  
Die Stellenleitenden der Behandlungszentren, Vertretung des BAG (nach Bedarf), Vertretung der Forschung (nach Bedarf).
  - Aufgaben:  
Diskussion von Führungs- und Managementfragen; Erfahrungsaustausch; Weiterentwicklung der heroingestützten Behandlung; Erarbeitung von Stellungnahmen zu Handen des BAG oder der Forschung; Vorbereitung der Sitzungen der HeGeBe-Verantwortlichen.
  - Häufigkeit:  
vier-/fünfmal pro Jahr; vor der Sitzung der HeGeBe-Verantwortlichen.
  
- ***„AG ÄrztInnen“***
  - Zusammensetzung:  
Die leitenden Ärzte der Behandlungszentren, Vertretung der Forschung (nach Bedarf), Vertretung des BAG (nach Bedarf).
  - Aufgaben:  
Diskussion von medizinischen und therapeutischen Fragestellungen; Erarbeitung von Lösungen; Organisation von Weiterbildungsangeboten; Erfahrungsaustausch; Weiterentwicklung der heroingestützten Behandlung als Therapieinstrument; Erarbeitung von Stellungnahmen zu Handen der Forschung oder des BAG; Vorbereitung der Sitzung der HeGeBe-Verantwortlichen.
  - Häufigkeit:  
vier-/fünfmal pro Jahr, vor der Sitzung der HeGeBe-Verantwortlichen.
  
- ***Interdisziplinäre Arbeitsgruppen HeGeBe***  
Werden ad hoc eingesetzt zur Erarbeitung von Stellungnahmen und Empfehlungen zu übergreifenden, behandlungsrelevanten Grundsatzthemen.
  
- ***Qualitätskommission (aktiv seit Mitte 2000)***
  - Zusammensetzung:  
Vorsitz: BAG; Vertretung des ISF, Vertreter der öffentlichen Geldgeber (Kanton/Stadt), Stellenleitende und Ärzten aus den Behandlungszentren, Qualitätsentwicklungsberater. Maximal 10 Mitglieder.
  - Ziele:  
Optimierung der Behandlung; Entwickeln und Dokumentieren einer Qualitätspolitik; Breite Abstützung der Qualitätsstandards in der Behandlung; Optimale Koordination und Vernetzung mit den anderen Angeboten im Suchtbereich; Bündelung und Weitervermittlung des Know-hows.
  - Aufgaben:  
Diskussion und Bewertung des Therapieerfolgs (Outcome Research); Planung und Steuerung der qualitätsentwickelnden Maßnahmen im Bereich HeGeBe.
  - Häufigkeit:  
nach Bedarf, mindestens viermal pro Jahr.
  
- ***Safety Assurance Group***
  - Zusammensetzung:  
Vertreter der Sucht- und Substanzforschung, Ärztliche Vertretung der Behandlungszentren, Vertretung BAG, Sektion Grundlagen und Forschung und HeGeBe; insgesamt 10–12 Mitglieder.
  - Ziele:

Sicherheit der Patienten der heroingestützten Behandlung gewährleisten;  
– Aufgaben:  
Beratung des BAG im Hinblick auf potentielle oder vorhandene Gefährdungen der Patienten HeGeBe.  
– Häufigkeit:  
dreimal pro Jahr, häufiger bei Bedarf.

- **Weiterbildungskommission**

– Zusammensetzung:  
BAG-Vertreter HeGeBe Unterstützung und Betreuung, je eine Vertretung der Stellenleitenden, des Bereichs Abgabe/Pflege, der Ärzteschaft, der sozialen Arbeit und der Psychologie aus den HeGeBe-Zentren, insgesamt 6–7 Mitglieder.  
– Ziel:  
Organisation einer optimalen und bedarfsgerechten Weiterbildung für die Angestellten der HeGeBe-Zentren.  
– Aufgaben:  
Sammlung der Bedürfnisse und Erfassung des Bedarfs in Sachen Weiterbildung; Erstellung eines Weiterbildungsprogramms; Information anlässlich der HeGeBe-Verantwortlichen-Sitzungen; Organisation und Umsetzung des definitiven Programms.  
– Häufigkeit:  
zweimal pro Jahr.

## 4.2. NIEDERLANDE

Die Verschreibung von Methadon an Opiatabhängige wurde in den Niederlanden zuerst 1968 ermöglicht. Die ersten Projekte waren allerdings Entwöhnungsprogramme, die auf Abstinenz abzielten. Sie litten unter einer hohen Drop-Out-Rate. Als es in den siebziger Jahren zu einer starken Zunahme der Zahl der Heroinabhängigen kam und als in der Mitte der achtziger Jahre das HIV/AIDS-Problem hinzutrat, wurde diese Situation zunehmend inakzeptabel. Als Folge davon veränderte sich die Zielvorstellung der Methadonabgabe. Nicht mehr Abstinenz wurde angepeilt, sondern Stabilisierung und Schadensbegrenzung. Die meisten Methadonabgabeprogramme wandelten sich in niedrigschwellige Einrichtungen um, die das Gesundheitsrisiko minimalisieren sollten und die Lebensqualität jener Drogengebraucher, die ihren Konsum nicht aufgeben wollen oder können, verbessern sollten. 1988 erbrachte eine Gesamterhebung, dass 70 % der angenommenen 24.000 Heroinabhängigen, die in den Niederlanden leben, in Kontakt mit einer Behandlungseinrichtung standen (DRIESSEN 1990). Von diesen 17.000 Patienten wieder befanden sich fast drei Viertel (12.500) in Methadonbehandlung. Die Methadoneinrichtungen berichteten, dass 36 % (4.500) von diesen Klienten auf quasi normalem gesellschaftlichem Funktionsniveau und sozial integriert lebten, während 40 % (5.000) von ihnen nur mäßig funktionierten und sozial nicht integriert waren; 24 % (3.000) wurden als extrem problematisch und hochgradig kriminell belastet beschrieben.

Auch spätere Studien kamen zu ähnlichen Ergebnissen. In einer nationweiten Erhebung fanden BIELEMAN und Ma. 1995, dass, je nach lokalen Bedingungen 50-80 % aller Heroinabhängigen von Methadonprogrammen erreicht wurden. Eine detaillierte Analyse der Methadonprogramme in Amsterdam erbrachte, dass 65-70 % aller Patienten nahezu täglich Heroin zusätzlich zum verschriebenen Methadon gebrauchte (BUSTER & VAN BRUSSEL 1996) – das, obwohl die Klienten mehrheitlich die Therapieangebote in den Methadonprogrammen als zufriedenstellend beurteilten (JONGERIUS et al. 1994). Diese

Situation trat ein, obwohl es dem Gesundheitsamt möglich ist, nach medizinischer Indikation Rauschopiate zu verschreiben. Es handelt sich dann um intravenöses Methadon, intravenöses und orales Morphin und orales Palfium (Dextromoramid). Diese Medikamente verursachen einen mehr oder weniger heroinähnlichen Rausch. Gemeinsam mit dem Patienten werden verbindliche, individuelle Behandlungsziele vereinbart.

In einem Überblick über die Lage kam das Niederländische Council für Gesundheit (Dutch Health Council) 1995 zum Schluss, dass neue Behandlungszugänge eingeführt und erprobt werden sollten.

Es wurde festgestellt, dass den Heroinabhängigen zwar ein breites Spektrum von Behandlungs- und Betreuungsmöglichkeiten offen und frei zur Verfügung stünde und dass diese Angebote sich für eine große Anzahl von Patienten durchaus als hilfreich erwiesen hätten, dass aber dennoch eine beträchtliche Anzahl von Patienten durch die aktuell zugänglichen Angebote nicht stabilisiert werden könne.

Zu den eingeforderten neuen Behandlungszugängen zählte das Council:

- hoch dosierte Methadonerhaltungsprogramme,
- Diversionsprogramme und die
- medizinische Ko-Verschreibung von Heroin an chronische, behandlungsresistente Heroinabhängige, die sich aktuell in Behandlung durch eine niedrighschwellige Methadon-Einrichtung befinden.

Es wurde angeregt, diese neuen Methoden zunächst in wissenschaftlichen Experimenten zu erproben. Diese Vorgangsweise wurde damit begründet, dass die praktischen Erfahrungen, die über die ärztliche Verschreibung von Heroin für Heroinabhängige in anderen Ländern gesammelt werden konnten, zahlenmäßig gering waren und auch noch nicht als wissenschaftlich abgesichert gelten konnten. Zu diesem Zeitpunkt war die einzige klinische Studie mit Zufallszuordnung, auf die zurückgegriffen werden konnte, jene, die von HARTNOLL und Ma. bereits 1980 an einer kleinen Gruppe relativ junger Abhängiger durchgeführt worden war. Ebenfalls in Großbritannien hatte Dr. John Marks mit Heroinverschreibung eine größere Klientel behandelt. Seine Erfahrungen waren aber unzureichend beforscht worden (dieses Experiment wird später noch genauer dargestellt). Hinsichtlich der Schweizer Erfahrungen (UCHTENHAGEN und Ma. 1997), wurde festgestellt, dass diese zwar erwiesen hätten, dass die medizinische Verschreibung von Heroin an eine recht große Population von Heroinabhängigen möglich ist und dass diese Verschreibung zusammen mit ausreichender sozialer Unterstützung zu einer bemerkenswerten Verbesserung der körperlichen und seelischen Zustandes und der sozialen Integration desintegrierter schwer Abhängiger führen kann, andererseits aber unter Zugrundelegung wissenschaftlicher Maßstäbe die Schweizer Darstellungen nicht belegen können, dass die medizinische Verschreibung von Heroin an sich für diese positiven Veränderungen verantwortlich gemacht werden kann. Dies weil,

1. nahezu alle Resultate der Schweizer Studie sich auf Vorher-Nachher-Vergleiche beschränken, das heisst ohne Vergleiche mit der Entwicklung, die andere vergleichbare Patienten ohne diese Behandlung im gleichen Zeitraum genommen hatten. Die einzige Ausnahme stellte aus Sicht des Niederländischen Gesundheitsrates eine kleine Studie mit Zufallszuordnung dar, die in Genf durchgeführt worden war (PERNEGER et al. 1998) und weil
2. die experimentelle Behandlung aller Patienten aus den zwei Komponenten Heroinverschreibung und verpflichtender Beratung und großzügiger psychosozialer Unterstützung bestand. Unter diesen Behandlungsbedingungen schien es nicht möglich,

die wahre Bedeutung und Wirksamkeit der einzelnen Komponenten von einander abzugrenzen. Dies betrifft auch die Wirksamkeit der Heroinverschreibung. Aus speziell niederländischer Sicht war es letztlich von Bedeutung, dass

3. die Schweizer Versuche keine schlüssigen Ergebnisse hinsichtlich der Brauchbarkeit und Wirksamkeit ärztlich verschriebenen Heroins zur Inhalation erbrachten.

Aus diesen Gründen und um das Wissen über die Bedeutung der HeGeBe zu erweitern sollten die positiv dargestellten Resultate der Schweizer Studie in einer kontrollierten Studie überprüft werden. Es sollte eine Zufallszuordnung zu den Therapien, die angeboten und miteinander verglichen werden, durchgeführt werden. Als Vergleichsgruppen wurden einerseits Patienten, die mit dem üblichen peroralen Methadonerhaltungsprogramm behandelt werden, andererseits Patienten, die in einem kombinierten Heroin-Methadon Behandlungssetting unter vergleichbaren Bedingungen psychosozialer Beratung und Betreuung behandelt werden, definiert. Zusätzlich sollte in einer neuen Studie die Wirksamkeit der ärztlichen Verschreibung von Heroin zur Inhalation an Heroinabhängige, die bislang die Substanz nicht injizierten, wohl aber inhalierten, untersucht werden.

Die Notwendigkeit zu dieser Teilstudie ergab sich daraus, dass in den Niederlanden die Mehrheit der Heroinsüchtigen Heroin nicht injiziert, sondern schnupft oder inhaliert. Die Anzahl der getauschten Spritzen hat sich zum Beispiel in Amsterdam von 1,1 Millionen in 1992 auf 485.000 in 1998 reduziert.

1997 wurde eine Studie entworfen, die diese wissenschaftlichen und versorgungsrelevanten Aufgabenstellungen abdecken sollte (Central Committee on the Treatment of Heroin Addicts 1997). Im Februar 2002 wurde der Bericht über die medizinische Co-Verschreibung von Heroin anhand der Ergebnisse von zwei randomisierten Kontrollstudien vom „Zentralen Komitee für die Behandlung Heroinabhängiger“ (CCBH) vorgelegt.

Es handelte sich um eine äußerst aufwändige Studie, die unter exquisiten Kontrollbedingungen ablief, wie man dem Endbericht über den Ablauf und die Ergebnisse der Studie entnehmen kann. (Quelle: Central Committee on the Treatment of Heroin Addicts, 2002)

#### **4.2.1. Die Niederländischen Studien und ihre Ergebnisse**

Für die Teilnahme an der Studie wurden die folgenden Einschluss- beziehungsweise Ausschlusskriterien definiert:

##### ***Einschlusskriterien:***

- Heroinabhängigkeit mit intravenöser Zufuhr, die länger als 5 Jahre besteht
- Alter: mehr als 25 Jahre
- Registrierung im Methadonprogramm in den letzten 12 Monaten
- Wenigstens 50 Besuche im Methadonzentrum in den letzten 6 Monaten
- Wenigstens 50-60 mg Methadon durch mehr als 4 Wochen in den letzten 5 Jahren
- Nahezu täglicher Heroingebrauch
- Gestörte soziale Integration – einschließlich Kriminalität
- Schlechter Gesundheitszustand in körperlicher oder psychischer Hinsicht
- Akzeptanz des Studiendesigns (Zufallsverteilung)
- Bereitschaft in der Studie mitzuwirken
- Legalen Aufenthalt in den Niederlanden
- Mehr als 3 Jahre in einer bestimmten Region sesshaft
- Schriftliche Erklärung des Einverständnisses (informed consent).

### ***Ausschlusskriterien:***

- nicht alle Einschlusskriterien sind erfüllt
- Krankheit mit hohem Sicherheitsrisiko
- Krankheit oder Verhalten, die wahrscheinlich nicht mit der Studie kompatibel sind
- Schwangerschaft/Stillperiode
- Zustand vor Verurteilung oder Inhaftierung
- Der Gebrauch anderer Drogen überwiegt die Heroinabhängigkeit
- Kurze Lebenserwartung
- Freiwillige Abstinenz über mehr als 2 Monate im vergangenen Jahr
- Höhere Dosis als 150 mg Methadon erforderlich
- Höhere Dosis als 1000 mg Heroin erforderlich
- Gleichzeitige Teilnahme an anderer Studie.

### ***Studiendesign:***

In methodischer Hinsicht folgte die Untersuchung dem Modell einer kontrollierten Studie unter der Bedingung der Zufallszuordnung.

Sie wurde als multizentrische Studie konzipiert. Insgesamt 625 Patienten wurden in 8 Behandlungseinheiten in 6 niederländischen Städten betreut.

Sie lief in drei Phasen ab. In der ersten Phase, die 4-8 Wochen dauerte, wurden jene Klienten, die aus den Registern der Methadonbehandlungseinrichtungen ausgewählt worden waren, nach allen Zugangskriterien bewertet. Am Ende dieser „Qualifikationsperiode“ wurde beschlossen, an welchem Versuch – hinsichtlich der Einnahmeform (Injektion oder Inhalation) – der Patient teilnehmen sollte. Alle Patienten wurden dann dem Zufallsprinzip entsprechend den entsprechenden Behandlungsgruppen zugewiesen.

Beim Versuch mit inhaliertem Heroin gab es drei Behandlungsgruppen, beim Versuch mit injiziertem Heroin zwei.

Unter beiden Einnahmebedingungen gab es eine Gruppe (Gruppe A), die während der gesamten zweiten Phase (Experimentalphase), die ein Jahr dauerte, peroral Methadon in Kombination mit dem Standardangebot psychosozialer Betreuung erhielten.

Ebenfalls unter beiden Einnahmebedingungen erhielt eine weitere Gruppe (Gruppe B) durch die gesamte Experimentalphase hindurch eine Kombination von oralem Methadon und ärztlich verordnetem Heroin bei gleichzeitiger psychosozialer Standardbetreuung.

In einer dritten Gruppe (Gruppe C), die nur unter den Bedingungen inhalierten Heroins gebildet wurde, erhielten die Patienten während der ersten 6 Monate der zweiten Phase ausschließlich orales Methadon und in den zweiten 6 Monaten eine Kombination von oralem Methadon und ärztlich verschriebenem inhaliertem Heroin. Die standardisierte psychosoziale Betreuung wurde gleichgehalten.

Beurteilungen des Fortganges der Untersuchung wurden nach 6 und 12 Monaten durchgeführt. Die erste Bewertung der Ergebnisse der Studie fand ebenfalls am Ende der Experimentalphase statt.

Die Phase 3 war eine naturalistische Follow-Up-Phase. Die Patienten aus Gruppe A erhielten für 6 Monate die Möglichkeit der Experimentalbehandlung Methadon & Heroin. Die Patienten in den Gruppen B und C hingegen erhielten nach Ablauf der Experimentierphase kein Heroin mehr verschrieben, konnten jedoch jene geläufige Therapieform wählen, die ihnen am meisten entgegenkam. Diese Bedingung galt für alle Patienten, unabhängig davon, ob sie von der Heroinverordnung profitiert hatten oder nicht. Jene Patienten, die während der Experimentierphase kein positives Ansprechen auf die Heroinverordnung erkennen ließen, bekamen auch in der Folge kein Heroin mehr verordnet. Ebenso diejenigen, die 2 Monate nach der Beendigung der Experimentierphase keine Verschlechterung erkennen ließen. In jenen Fällen allerdings, die sowohl während der Experimentierphase unter der Heroinverschreibung eine günstige Entwicklung genommen hatten und deren Problemsniveau bei sinkendem

Funktionsniveau nach der Beendigung der Verschreibung wieder deutlich zunahm, konnte der verschreibende Arzt die medizinische Indikation zur erneuten Verordnung von Heroin stellen. Die Entscheidung, die Heroinverschreibung mit dem Ende der Experimentalphase zu beenden, ergab sich aus medizinisch-ethischen und wissenschaftlichen Begründungen.

### ***Ethische Überlegungen:***

Da Heroin (noch) kein für die Behandlung der Heroinabhängigkeit zugelassenes Arzneimittel ist, gibt es keine Rechtfertigung für eine kontinuierliche Behandlung mit dieser Substanz, außer die Behandlung ist medizinisch gerechtfertigt oder in bestimmten Fällen von zwanghaftem Gebrauch.

- a. Wenn die Heroinverschreibung keinen messbaren Effekt hatte, ergibt sich keine medizinische Begründung für die Verschreibung der Substanz über das Experiment hinaus.
- b. Wenn die Heroinverschreibung erfolgreich war, kann nicht ausgeschlossen werden, dass in der Folge eine Stabilisierung auch ohne experimentelle Behandlung eintreten wird. Auch in diesen Fällen wäre es medizinisch nicht gerechtfertigt, das Experiment fortzuführen.
- c. Medizinisch und ethisch gerechtfertigt erscheint die Fortführung der experimentellen Behandlung nur dort, wo ein Patient unter Experimentierbedingungen deutliche Verbesserungen zeigte und dann auf das Absetzen des Heroins mit einer deutlichen Verschlechterung reagiert. In diesen Fällen wäre es unethisch, die Heroinverschreibung auf die Experimentierphase einzugrenzen und für die weitere Behandlung zu versagen.

Um in diesem Kontext zu Entscheidungen zu gelangen, muss selbstverständlich die Behandlung zunächst abgebrochen werden und der aus dem Abbruch entstehende Verlauf überprüft werden.

### ***Datenerhebung und Monitoring:***

Die Datenerhebung wurde in jeder der teilnehmenden Stellen von unabhängigen Forscherteams durchgeführt. Die Daten wurden vertraulich behandelt, in anonymisierter Form bearbeitet und dem Behandlungsteam nicht mitgeteilt. Außerdem wurden die Daten mittels standardisierter Instrumente und Bewertungsprozeduren erhoben und in standardisierter Form dokumentiert.

Vertreter des CCBH und der lokalen mit der Studie befassten Koordinatoren, Behandlungskoordinatoren und Ärzte trafen sich regelmäßig zu professionsspezifischen Meetings. Die Behandlungsstätten wurden monatlich von Studien-Koordinatoren der CCBH besucht. Dabei wurde beobachtet, ob die Studie gemäß dem Studienprotokoll ablief und wurden eventuell aufkommende Probleme erörtert und einer Lösung zugeführt.

Die Studien wurden von verschiedenen Stellen und Organisationen kontrolliert. Zunächst wurden sie von einer unabhängigen externen Organisation überwacht. Der Vertreter dieser Organisation besuchte jede Behandlungsstätte einmal monatlich um den Fortgang der Behandlung und der Datensammlung zu überwachen.

### ***Dosierung:***

Methadon wurde in der Standardmethode einer täglich einmaligen Abgabe verabreicht. Die Dosis wurde vom behandelnden Arzt während der ersten Phase festgelegt und sollte in der Experimentierphase beibehalten werden. Die individuell mögliche Dosierung betrug im Minimum 30-50 mg, im Maximum 150 mg.

Heroin wurde in intravenös injizierbarer Lösung als Heroinhydrochlorid oder als inhalierbare Form als Heroinbase verschrieben. Es wurde dreimal täglich über den Tag verteilt abgegeben. Der Konsum musste unter Sicht erfolgen.

Am Beginn der Phase 2 wurde die Initialdosis bestimmt und dann entsprechend einer klinischen Titrierung erhöht. Die schließlich erreichte Dosis sollte einerseits hoch genug sein, um den Patienten soweit zu sättigen, dass er kein Straßenheroin zukaufen wollte, andererseits aber auch nicht so hoch, dass Nebenerwirkungen, insbesondere Atemdepression, zu erwarten gewesen wären. Die maximale tägliche Dosis betrug in der Studie 1000 mg; die maximale Einzeldosis 400 mg.

#### **Klientenprofil:**

Die Klienten waren überwiegend männlichen Geschlechts und niederländischer Herkunft. Das Durchschnittsalter betrug 38,5 Jahre. Überwiegend hatten sie nur geringe Ausbildung genossen und lebten allein.

- **Somatik:** In gesundheitlicher Hinsicht erwiesen sich die Klienten als deutlich belastet. Mehr als 13 % wiesen positiven HIV-Status auf, über 20 % erhielten eine Zusatzmedikation gegen ein körperliches Leiden, mehr als ein Drittel fühlte das Bedürfnis nach medizinischer Behandlung.
- **Psychiatrie:** 18,5 % der Klienten waren bereits in stationärer psychiatrischer Behandlung gewesen und ein Drittel stand in psychopharmakologischer Behandlung. Mehr als ein Drittel hatte bereits einen Suizidversuch hinter sich. Ein weiteres Drittel der Patienten äußerte den Wunsch nach zusätzlicher psychiatrischer Behandlung. Hinsichtlich der Diagnosen überwogen Angst- und Stimmungsstörungen.
- **Soziale Parameter:** Die meisten Patienten waren langzeitarbeitslos und lebten entweder von sozialer Unterstützung oder vom Erlös illegaler Aktivitäten. Fast 14 % waren während des letzten Monats obdachlos gewesen.
- **Delinquenz:** Nur 13,2 % der Stichprobe waren niemals wegen eines Eigentumsdeliktes angezeigt worden und nur 11 % waren niemals inhaftiert gewesen. 58 % hatten im vergangenen Monat an 8-30 Tagen illegale Aktivitäten gesetzt. Ohne illegale Aktivitäten lebten in diesem Zeitraum etwa 30 % der Probanden.  
Ungefähr ein Viertel der Klienten hatte im vergangenen Monat keinerlei Kontakte mit Personen, die keine Drogen gebrauchten.
- **Drogengebrauch:** Alle Klienten blickten auf langjährige Erfahrung mit regelmäßigem Heroin- und Methadongebrauch zurück, wobei nahezu alle Mischkonsum betrieben. Fast 94 % konsumierten regelmäßig Kokain, 70 % Benzodiazepine, 40 % Alkohol in hohen Dosen und 47,7 % Amphetamine. Die durchschnittliche Dauer der regelmäßigen Einnahme betrug für Heroin 16 Jahre, für Methadon 21 Jahre, für Kokain und Benzodiazepine je 10,5 Jahre. Die durchschnittliche Dauer des Mehrfachgebrauches betrug 17,3 Jahre. Auch im Monat vor der Aufnahme in die Studie hatten die Klienten vergleichbare Konsummuster gezeigt.  
Mehr als die Hälfte der Klienten hatte niemals eine Überdosis zu sich genommen, 37,4 % hatten ein- bis fünfmal überdosierte, fast 11 % häufiger.  
Der durchschnittliche monatliche Aufwand für den Drogengebrauch betrug 995 Euro.

#### **4.2.1.1. Ergebnisse:**

- **Haltequote:** Allgemein war die Haltequote unter den verschiedenen Gruppenbedingungen hoch. Am höchsten war sie für die Kontrollbedingung mit 86 %. In der Experimentalgruppe betrug sie 70 %. Die experimentelle Behandlung wurde aus verschiedenen Gründen abgebrochen. Manche Patienten wurden

ausgeschlossen, weil sie mehrfach Hausregeln übertraten, manche traten während der Laufzeit des Experiments eine ausständige Haft an.

7 % der Patienten waren niemals in das Therapieexperiment aufgenommen worden und

12 % verließen es freiwillig. Aus dieser Gruppe blieben viele im Methadonprogramm.

Nach 12 Monaten Behandlung erwies sich die kombinierte Methadon-Heroinbehandlung der ausschließlichen Methadonbehandlung gegenüber signifikant als überlegen. Der gemessene Unterschied war unabhängig vom Therapiezentrum.

Die Überlegenheit der kombinierten Methode war auch bereits nach 6 Monaten Behandlung zu erkennen, nahm aber bis zum Ende der Experimentierphase noch zu.

Die Verbesserungen, die in der Gruppe B, in der mit der Kombination Heroin & Methadon behandelt wurde, zu beobachten waren, traten in allen Dimensionen ein, die als Outcome-Indikatoren definiert worden waren. Sowohl der physische wie der psychische Gesundheitszustand verbesserten sich; im sozialen Bereich trat eine deutliche Entspannung ein. In diesem Ergebnis besteht ein deutlicher Unterschied zum ausschließlichen Methadonprogramm (Gruppe A). In dieser Gruppe kam es ebenfalls zu Verbesserungen in allen drei Bereichen. Jedoch wurde deutlich, dass diese Verbesserung in den Einzelfällen jeweils nur in einem Bereich eintrat.

Dadurch kam es dazu, dass signifikant mehr Personen aus Gruppe B in ihren Belastungsscores auf ein normales Niveau gerieten und sich nicht mehr von der Durchschnittsbevölkerung unterschieden. Sie hatten sich am Ende der 12 Monate experimenteller Behandlung soweit verbessert, dass sie – aus positiven Gründen – die Einschlusskriterien in das Projekt nicht mehr erfüllten. Auch darin bestand ein deutlicher Unterschied zu den Patienten der Gruppe A.

Der Unterschied zwischen der Gruppe, die mit injizierbarem Heroin ko-mediziert war und der Methadongruppe betrug 25 %, zwischen der Gruppe, die Heroin inhalierte und der Methadongruppe betrug er 23 %. Jeder Unterschied von mehr als 20 % Effizienz ist als hoch einzuschätzen.

Interessant ist das Ergebnis der dritten Phase. Es zeigte sich, dass innerhalb der ersten zwei Monate nach dem Absetzen des Heroin nahezu 85 % der Klienten, die gut auf die Behandlung angesprochen hatten, sich wieder verschlechterten. Die Verschlechterung bewirkte einen Rückfall auf das Ausgangsniveau. In besonderer Weise anfällig waren das Ausmaß der illegalen Aktivitäten, die Kontakte mit Drogengebern und der Kokainkonsum.

Diese Ergebnisse ergaben sich in der kombinierten Behandlung unabhängig von der Konsumart des Heroin. Im Vergleich zwischen den Ergebnissen der kombinierten Behandlung mit intravenöser Applikation und inhalativer Einnahme des Heroin bestehen zwar geringe Unterschiede hinsichtlich der prozentuellen Überlegenheit gegenüber Methadon allein in den untersuchten Bereichen; diese beeinflussen aber nicht das Faktum, dass die Kombination beider Einnahmeformen mit Methadon signifikant bessere Ergebnisse erbringt als die ausschließliche Verabreichung von Methadon.

Auch unter den Patienten, die auf Inhalation von Heroin gut angesprochen hatten, kam es in mehr als 80 % innerhalb der ersten zwei Monate nach dem Absetzen des Heroin zu einer merklichen Verschlechterung in den gleichen Parametern wie bei den Patienten, die injizierbares Heroin verordnet bekommen hatten.

– ***Die medizinische Sicherheit der Heroinverschreibung – unerwünschte Effekte und Nebeneffekte:***

Um die medizinische Sicherheit der Heroinverschreibung zu bewerten, wurden von

den behandelnden Ärzten regelmäßig klinisch relevante, schwere und unerwartete Effekte registriert und dokumentiert. Überdosierungen, psychotische Episoden und epileptische Manifestationen wurden separat registriert. Die Dokumentation umfasste die Experimentierphase und die ersten zwei Monate der dritten Phase. Es zeigte sich, dass innerhalb der Experimentierphase das Auftreten ernsthafte Zwischenfälle in Gruppe A und Gruppe B vergleichbar war. Bei insgesamt 45.000 Verabreichungen von Heroin kam es in der Gruppe mit injizierender Komedikation zu 11 ernsten Zwischenfällen, in der Gruppe mit inhalativer Komedikation traten bei insgesamt 95.000 Heroinverabreichungen 23 schwere Zwischenfälle auf. In Zusammenhang mit dem Absetzen des Heroin am Ende der Phase 2 waren keine ernsten Zwischenfälle zu beobachten.

– ***Disziplinäre Verstöße und Probleme der Öffentlichen Ordnung:***

VAN BRUSSEL beschrieb 1999, dass die Vergabe sowohl in- als auch extern kontrolliert verläuft. Die Mehrheit der Klienten reagiert positiv auf das Angebot, wird ruhiger und ihr Tagesablauf wird strukturierter. Auf die Klienten hat das Verfahren regulierende, aber auch hospitalisierende Wirkung.

Wenn man beide Versuchsanordnungen zusammenfasst, ergeben sich innerhalb der 12 Monate der Experimentierphase insgesamt 16 schwere und mit hoher Wahrscheinlichkeit studienbezogene Verstöße gegen Ordnungsprinzipien, die von Patient verursacht wurden.

In den zwei Monaten nach dem Absetzen des Heroin kam es zu drei derartigen schweren Regelverstößen. Um die Bedeutung dieser Zwischenfälle richtig einzuordnen, ist es notwendig zu verstehen, dass sie innerhalb eines Projektes auftraten, in dem an etwa 300 Patienten etwa 140.000 Heroindosen abgegeben wurden.

Vier dieser schweren Zwischenfälle fanden direkt in den Zentren statt. Die Art der als schwer klassifizierten Verstöße berechtigt zum Schluss, dass die HeGeBe weder in den Behandlungszentren noch in der Nachbarschaft schwerwiegende Probleme der öffentlichen Ordnung verursacht hat. Bei den als schwer klassifizierten Verstößen handelte es sich überwiegend um physische Gewaltandrohungen, verbale Aggressionen und Versuche, Heroin aus den Therapieeinrichtungen zu schmuggeln.

#### **4.2.1.2. Die Kosten der HeGeBe im Niederländischen Modell**

Die Kosten der medizinischen Verschreibung von Heroin sind von der Art und der Ausstattung der therapeutischen Einrichtung abhängig. Es ist anzunehmen, dass in einer therapeutischen Einheit, die 25 Patienten versorgt, ein Patient etwa 27.000 Euro pro Jahr kostet, in einer Einheit für 50 Patienten reduziert sich dieser Betrag auf 20.000 Euro pro Jahr. In einer vergleichsweise großen Einrichtung, in der 75 Patienten betreut werden können, würde ein Patient pro Jahr 15.307 Euro kosten.

Der Aufwand für die Produktion und Verteilung des Heroin ist mit ungefähr 2.000 Euro pro Patient und Jahr anzunehmen. Das bedeutet etwa 7-12 % des Gesamtaufwandes pro Patient (in Abhängigkeit von der Art und Kapazität der therapeutischen Einrichtung).

#### **4.2.1.3. Schlussfolgerungen**

1. Die Studie wurde erfolgreich durchgeführt und bearbeitet.
2. In der Behandlung chronischer behandlungsresistenter heroinabhängiger und methadonbehandelter Patienten ist die überwachte Ko-Verschreibung von Heroin wirksamer als die Weiterführung einer ausschließlichen Methadonabgabe.

Allerdings ist zu berücksichtigen, dass die Partizipation an dem Projekt auch verhaltensrelevante Steuereffekte hatte, die nicht ausschließlich an der verwendeten Substanz festzumachen sind. Die Klienten kommen häufig in das Zentrum, müssen sich der Ordnung des Projektes anpassen, ihr Tagesablauf wird neu strukturiert. Diese Einflüsse sind aber auch wieder an das pharmakotherapeutische Projekt gebunden, das dadurch wieder eine einzigartige Möglichkeit darstellt, die schwierige Klientel in diesem erwünschten Sinn zu beeinflussen.

3. Die überwachte Ko-Verschreibung von Heroin an chronische behandlungsresistente heroinabhängige und methadonbehandelte Patienten bewirkt klinisch relevante Verbesserungen des Gesundheitszustandes.
4. Die günstigen Effekte der überwachten Ko-Verschreibung von Heroin sind an die Kontinuität der Behandlung gebunden.
5. Die überwachte Ko-Verschreibung von Heroin kann ohne „Überschuss“ an schwerwiegenden medizinischen Zwischenfällen und mit einer begrenzten Anzahl von Problemen mit der öffentlichen Ordnung durchgeführt werden.
6. Die Kosten der medizinischen Verschreibung von Heroin hängen von der Art der Therapie ab.

Als der Abschlussbericht herausgegeben wurde, waren zusätzliche ökonomische Untersuchungen noch nicht abgeschlossen. Daher konnte noch nicht ausgesagt werden, ob die Heroinbehandlung „billig“ oder „teuer“ ist.

#### **4.2.1.4. Empfehlungen**

1. In den Niederlanden sollte die überwachte Ko-Verschreibung von Heroin an chronische, behandlungsresistente heroinabhängige und methadonbehandelte Patienten als eine pharmakotherapeutische Ultima-ratio-Option unter strengen Auflagen eingeführt werden.
2. Die Entscheidung über überwachte medizinische Ko-Verschreibung von Heroin als pharmakotherapeutische Ultima-ratio-Option sollte rasch erfolgen.
3. Die Registrierung von Heroin als Arzneimittel sollte in die Wege geleitet werden.
4. Ein System der Qualitätskontrolle und -garantie ist zu entwickeln.
5. Die vorliegende und abgeschlossene Studie sollte im Sinne eines Follow-Up weiter betrieben werden.

Da die Heroinabhängigkeit als chronische Krankheit erkannt wurde, wäre es zweckmäßig, in einem naturalistischen Design eine langfristige Nachuntersuchung der Population durchzuführen, die an den Versuchen mitwirkte. Da es keine ausreichenden Daten über den Verlauf der Heroinabhängigkeit bei medizinischer Verschreibung des Heroin gibt, wäre diese Studie einzigartig und hilfreich für die Entwicklung eines adäquaten Therapiesystems.

### **4.3. DEUTSCHLAND**

Man nimmt an, dass in Deutschland mindestens 120.000 Menschen Heroin nehmen, die Zahl der polizeilich auffälligen Erstkonsumenten wie auch der sichergestellten Heroinmengen ist im ersten Halbjahr 2001 gestiegen.

#### **4.3.1. Der Entwicklungsprozess der deutschen Projekte**

Die Implementation des bundesdeutschen Modellversuchs zur heroingestützten Behandlung im Jahre 2002 hatte eine rund zehnjährige Vorgeschichte; der Diskussionsprozess um eine solche Behandlung war in der Fachöffentlichkeit, Politik, aber auch in der allgemeinen Öffentlichkeit schon seit einiger Zeit im Gang.

Die Liste der Befürworter ist lang; unter anderem haben sich die Bundesärztekammer, etliche Polizeipräsidenten großer deutscher Städte, die Fachverbände der Suchtkrankenhilfe und viele Experten für ein Erprobungsverfahren der heroingestützten Behandlung ausgesprochen. Die Diskussion fand und findet jedoch nicht nur in Deutschland, sondern auch in den europäischen Nachbarländern, aber auch in Kanada, in den USA und Australien statt.

<b>März 1992</b>	Antrag der Freien und Hansestadt Hamburg im Bundesrat zur Änderung des Betäubungsmittelrechts, mit der Modellversuche zur Erprobung der kontrollierten Heroinvertreibung ermöglicht werden sollen.
<b>Juni 1993 und November 1994</b>	Beschlüsse des Bundesrates, das BtMG so zu ändern, dass Bundesländer Modellversuche zur heroingestützten Behandlung durchführen können.
<b>1993-1998</b>	Keine parlamentarische Mehrheit im Bundestag für die Gesetzesinitiative des Bundesrates.
<b>März 1993</b>	Die Stadt Frankfurt stellt beim damals noch zuständigen Bundesgesundheitsamt (BGA) den Antrag auf „Erteilung einer betäubungsmittelrechtlichen Erlaubnis gemäß § 3 Betäubungsmittelgesetz (BtMG) zur wissenschaftlichen Erforschung der kontrollierten Verabreichung von Diamorphin (Heroin)“. Das BGA und später das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) als Rechtsnachfolger hat diesen Antrag u.a. wegen fehlendem "öffentlichen Interesse" abgelehnt.
<b>1995</b>	Der Bundesrat bringt – auf Initiative Hamburgs – (Dt.BT Drucksache 13/205) einen Gesetzentwurf ein, mit dem durch eine Änderung des BtMG den Ländern die Möglichkeit gegeben werden sollte, wissenschaftlich zu erkunden, ob durch "ärztlich verordnete regelmäßige Gabe von Heroin" langjährige Opiatabhängige für andere Behandlungsformen, "namentlich die Abstinenzbehandlung oder substitions-gestützte Rehabilitationsmaßnahmen" gewonnen werden können. Die Durchführung dieser wissenschaftlichen Untersuchungen sollten lat Bundesratsgesetzentwurf von den Ländern getragen werden, die solche Versuche durchzuführen beabsichtigten (Hamburg, Hessen). Der Gesetzentwurf wurde von der damaligen Bundesregierung abgelehnt.
<b>Seit 1996</b>	Es entwickelte sich ein ständiger Dialog der Städte Frankfurt am Main, Hamburg, Hannover, Karlsruhe, Köln und später Berlin und Dortmund (sog. "Karlsruher Initiative"), um die Möglichkeiten eines wissenschaftlichen Erprobungsprojektes zur ärztlichen Heroinvertreibung für langjährige Heroinabhängige auszuloten, die hierfür nötigen politischen Rahmenbedingungen im gesetzgeberischen wie im infrastrukturellen Bereich zu forcieren und im öffentlichen Raum die Akzeptanz für einen derartigen Versuch zu befördern" (Drogenpolitisches Fachgespräch am 10. September 1998 in Hamburg). Bei diesem "Fachgespräch" am 10. September 1998 – also noch vor der Bundestagswahl – zeigte der Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit bereits einen Weg zur Umsetzung des Vorhabens auf: Es wurde darauf verwiesen, dass derartige wissenschaftliche Erprobungen mit dem Internationalen Suchtstoffabkommen im Einklang stehen, wenn nicht "rein ordnungspolitische Zwecke" verfolgt würden. Nach dem geltenden Betäubungsmittelrecht kämen für ein solches Projekt nur Personen in Frage, "die nachweisbar chronisch heroinabhängig sind" und "mit den verfügbaren therapeutischen Möglichkeiten keine begründete Aussicht auf den Ausstieg aus ihrer Abhängigkeit haben". Zudem sei der Prozess der Qualitätssicherung von "höchster Bedeutung für eine mögliche Erlaubnis für eine Heroinvertreibung". Ein Antrag könne gem. § 3 Abs.2 des BtMG beim BfArM gestellt werden. Dieser Weg wurde in der Folge eingeschlagen.
<b>März 1998</b>	Die Ärztevereinigungen (the german medical council) sprechen sich einstimmig dafür aus, dass Heroin an eine ausgewählte Gruppe mehrjährig Abhängiger abgegeben werden solle. Außerdem plädieren die Ärztevertreter an den Justizminister dafür, dass die medizinisch kontrollierte Versorgung mit Opiaten legalisiert werden sollte. Diese Vorgangsweise rief internationale Aufmerksamkeit hervor. (DEIRDRE COOPER-MAHKORN, "German doctors vote to prescribe heroin to misusers," <i>British Medical Journal</i> , April 4, 1998, Vol. 316, p. 1037).

	Der amtierende Gesundheitsminister sprach sich gegen diesen Vorstoß der Ärzteschaft aus.
<b>Oktober 1998</b>	Im Koalitionsvertrag der rot-grünen Bundesregierung wird ein Modellversuch zur ärztlich kontrollierten Originalstoffvergabe mit wissenschaftlicher Begleitung vereinbart.
<b>1999</b>	Gründung der Trägergemeinschaft aus Bund, Ländern und Städten zur Vorbereitung und Durchführung eines Modellversuchs zur heroingestützten Behandlung. Die Trägergemeinschaft besteht aus dem Bundesgesundheitsministerium, den Städten Essen, Frankfurt, Hannover, Karlsruhe, Köln und München sowie den Bundesländern Hamburg, Hessen, Nordrhein-Westfalen und Niedersachsen. Die Stadt Essen steigt später aus der Trägergemeinschaft aus, dafür kommt Bonn hinzu.
<b>Seit Februar 1999</b>	Es trifft sich regelmäßig eine Koordinierungsgruppe, der das BM für Gesundheit, die Länder (Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Hessen, Freie Hansestadt Hamburg, zeitweise Berlin und Saarland) und 7 Städte angehören, um die konkrete Umsetzung des Modellvorhabens abzustimmen, auf der Grundlage eines am 15.3.1999 erstellten "Rahmenkonzeptes" (siehe "Zweck des Modellversuchs").
<b>Oktober 1999</b>	Die Trägergemeinschaft beschließt im Rahmen einer klinische Arzneimittelprüfung auf der Grundlage des § 3 Abs.2 BtMG einen Modellversuch zur heroingestützten Behandlung durchzuführen. Eine entsprechende Ausschreibung, die sich an wissenschaftliche Institute richtet, wird veröffentlicht.
<b>September 2000</b>	Nach einer entsprechenden Empfehlung eines internationalen Gutachtergremiums erteilt die Trägergemeinschaft Prof.Dr. Michael Krausz (Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung, Hamburg) den Auftrag, die Heroinstudie vorzubereiten und die Studienprotokolle auszuarbeiten, die von den regionalen Ethikkommissionen und dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (Berlin) zu genehmigen sind.
<b>Juni 2001</b>	Die Ethikkommission der Hamburger Ärztekammer stimmt am 6.6.2001 dem Studienprotokoll zur heroingestützten Behandlung zu.
<b>August 2001</b>	Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte hat das Studiendesign geprüft und ihm am 16.8. zugestimmt. Am 22.8.2001 wurde die Kooperationsvereinbarung zwischen dem Bund, den Ländern und den Städten Bonn, Köln, Karlsruhe und Hamburg in Bonn unterzeichnet. Die Unterschrift von München erfolgte am 27.9.2001, von Frankfurt am 19.11.2001 und von Hannover am 5.12.2001.
<b>Dezember 2001</b>	Mit der Unterschrift der Stadt Hannover ist der Kreis der Unterzeichner des Kooperationsvertrags komplett. In Bonn und Karlsruhe beginnt zur Vorbereitung der Anmeldephase ein erstes Screening potenzieller Teilnehmer.
<b>Februar 2002</b>	Interessenten, die an der Studie teilnehmen möchten, werden ab jetzt in Bonn einer Eingangsuntersuchung beim Prüfarzt unterzogen, wenn ein erstes Screening positiv ausgefallen ist. Er überprüft genau, ob der Patient alle Kriterien erfüllt und entscheidet auf dieser Grundlage über die Teilnahme an der Modellstudie.
<b>27. Februar 2002</b>	Die erste Heroinambulanz wird in Bonn eingeweiht; im März 2002 beginnt in Bonn die Behandlungsphase.

Das bundesdeutsche Modellprojekt sieht vor, dass im Rahmen einer wissenschaftlichen Studie Schwerstabhängige versuchsweise injizierbares Heroin als Medikament bekommen. Eine Kontrollgruppe erhält parallel die Ersatzdroge Methadon. Beide Gruppen werden regelmäßig medizinisch betreut und erhalten eine psychosoziale Begleittherapie. Zielgruppe der Untersuchung sind Drogenabhängige, bei denen in der Vergangenheit keine Therapien erfolgreich waren und/oder bei denen die bisherige Methadonbehandlung nicht befriedigend verläuft.

Das Modellprojekt wird von einer gemeinsamen Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung, der Länder Hamburg, Hessen, Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen sowie der Städte Bonn, Frankfurt, Hannover, Karlsruhe, Köln und München getragen und durch die Bundesärztekammer begleitet. Mit der wissenschaftlichen Planung und Durchführung der Studie wurde Prof. Dr. Michael Krausz vom „Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg“ (ZIS) beauftragt.

#### **4.3.2. Struktur, Dauer, Kosten und Rahmenbedingungen des deutschen Modellprojekts**

Ende September 2000 erhielt die Hamburger Studiengruppe um Prof. Dr. Krausz (ZIS) den Zuschlag für die wissenschaftliche Vorbereitung der Studie. Die eigentliche Behandlung in den Städten sollte im Frühjahr 2002 einsetzen. Die Laufzeit der Studie wurde mit 3 Jahren festgesetzt.

Es wurde vereinbart, dass die Kosten zwischen Bund, Ländern und Kommunen aufgeteilt werden, wobei der Bund die wissenschaftliche Begleitung, die Hälfte der Prüfarzte vor Ort und des sogenannten Case Managements, das heißt der gezielten Sozialbetreuung, ebenfalls vor Ort, finanziert. Dies sollte nicht zuletzt dazu beitragen, auch die örtliche Suchthilfe zu stärken und dauerhaft weiter zu qualifizieren. Die genauen Kosten vor Ort waren zunächst nicht genau bezifferbar. Es wurde jedoch davon ausgegangen, dass die Behandlung in der Studie inklusive aller psychosozialen Begleitmaßnahmen kostengünstiger als eine Behandlung in einer stationären Einrichtung zur Erreichung einer Abstinenz (ca. 100-200 Euro/Tag) erfolgen kann. Der Bund trägt weiters die Kosten für die wissenschaftliche Durchführung und Auswertung der Studie, das Monitoring sowie anteilig die Kosten der psychosozialen Betreuung und der Prüfarzte. Die beteiligten Städte stellen die notwendige räumliche und personelle Infrastruktur zur Verfügung und übernehmen die Kosten der Medikation und Behandlung. Die beteiligten Länder unterstützten ihre jeweiligen Städte.

Es sollten für die Behandlung der Patienten mit Heroin separate Ambulanzen unter Berücksichtigung der Sicherheitsempfehlungen des Bundeskriminalamtes errichtet werden. Einige Städte haben örtliche Kliniken (beziehungsweise deren Ambulanzen) für die Durchführung des Modells gewinnen können. Die Behandlung der Kontrollgruppe mit Methadon soll in bereits bestehenden Einrichtungen stattfinden.

Bundesweit wird das Modellprojekt 560 Plätze für die heroingestützte Behandlung und gleich viele für die Kontrollgruppe (methadongestützte Behandlung) bereitstellen.

Neben der vergleichenden Untersuchung von Heroin und Methadon wird auch der Einfluss der psychosozialen Betreuung auf den Behandlungsverlauf untersucht. Hierzu werden zwei alternative Betreuungskonzepte (das Case Management als strukturierte sozialarbeiterische Hilfe und die Psychoedukation als ein strukturiertes Training zur Unterstützung von Selbsthilfepotenzialen) eingesetzt. Darüber hinaus werden die Behandlungskosten genau ermittelt und können ins Verhältnis gesetzt werden zu eingesparten Kosten zum Beispiel für reduzierte Krankenhausaufenthalte oder Einsparungen durch vermiedene Inhaftierungen. Im Rahmen kriminologischer Begleituntersuchungen wird auch die Entwicklung der Beschaffungskriminalität verfolgt.

Sollte sich ergeben, dass Diamorphin (Heroin) für bestimmte Patienten eine wirkungsvolle Behandlungsoption auf dem Weg zur Heilung, das heißt Abstinenz darstellt, so könnte beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte eine Zulassung für Heroin als Arzneimittel beantragt werden.

Sollte sich jedoch die Heroinbehandlung als nicht wirksam erweisen, darf Heroin nicht weiter als Medikament verabreicht werden. Die Patienten werden dann in das örtliche Drogenhilfesystem, zum Beispiel die Methadonsubstitution, integriert.

#### 4.3.3. Methode und Design

Im Rahmen einer wissenschaftlichen Studie erhalten Drogenabhängige, die vom Drogenhilfesystem nicht erreicht werden beziehungsweise bei denen in der Vergangenheit keine Drogentherapien erfolgreich waren oder bei denen die Methadonsubstitution nicht befriedigend verläuft, versuchsweise injizierbares Heroin als Medikament; eine Kontrollgruppe bekommt parallel die Ersatzdroge Methadon. In die Untersuchung werden 1.120 Opiatabhängige aus sieben deutschen Städten einbezogen. An der Studie beteiligen sich Bonn (100 Patienten), Frankfurt am Main (200), Hamburg (460), Hannover (140), Karlsruhe (60), Köln (100) und München (60).

Die Studie erfolgt als **Klinische Arzneimittelprüfung**, die nach den Leitlinien „Gute Klinische Praxis“ (Good Clinical Practice) durchgeführt wird. Sie ist die Voraussetzung für eine mögliche Zulassung von injizierbarem Heroin als Arzneimittel in Deutschland. Die Trennung in Experimental- und Kontrollgruppe ist bei einer klinischen Arzneimittelprüfung (nach Phase III), die für die mögliche Zulassung von Heroin als Medikament Voraussetzung ist, aufgrund der geltenden Forschungsstandards erforderlich. Wie bei den meisten klinischen Prüfungen üblich, wird auch im Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung die Wirkung der medikamentösen Therapie bei der Experimentalgruppe (Heroin) mit der Wirkung eines als Standardtherapie eingesetzten Medikaments bei der Kontrollgruppe (Methadon) verglichen, um festzustellen, ob das neue Medikament den vorhandenen gegenüber überlegen ist.

Alle am Modellversuch beteiligten Patienten erhalten neben der medikamentösen Therapie mit Heroin beziehungsweise Methadon eine psychosoziale Begleitbehandlung. Nach dem Zufallsprinzip werden sie dabei je zur Hälfte zwei verschiedenen Behandlungen zugeteilt: Drogenberatung in Verbindung mit Psychoedukation, einer gruppentherapeutischen Interventionsform, oder Case Management, ein individuell nachgehendes Betreuungskonzept, in Kombination mit Motivierender Gesprächsführung. An beiden Behandlungsformen nehmen je zur Hälfte Heroin- und Methadon-Patienten teil. Im Rahmen des Modellversuchs wird auch die Wirksamkeit der zwei Begleitbehandlungen miteinander verglichen. In Hamburg und Frankfurt werden alle „Studienarme“ belegt. In Köln und München wird als psychosoziale Begleittherapie nur Case Management, in Bonn und Karlsruhe nur Drogenberatung mit Psychoedukation durchgeführt.

Die in die Untersuchung einbezogenen Drogenabhängigen der *Experimentalgruppe* erhalten in speziell dafür geschaffenen Drogenambulanzen oder entsprechenden Abteilungen von Krankenhäusern bis zu dreimal täglich injizierbares reines Heroin (Diacetylmorphin). Die Patienten spritzen sich das Medikament, das sie in einer bereits aufgezogenen Spritze bekommen, unter Aufsicht in speziellen Räumen unter hygienisch einwandfreien Bedingungen. Die *Kontrollgruppe* erhält in den bereits vorhandenen Einrichtungen einmal täglich orales Methadon. Eine einmalige Vergabe pro Tag ist hier ausreichend, da die Wirkung des Methadons deutlich länger anhält als beim Heroin. Alle Patienten werden regelmäßig medizinisch untersucht.

### ***Einschlussbedingungen und –kriterien***

In die Untersuchung werden zwei Gruppen behandlungsbedürftiger Heroinabhängiger einbezogen: solche, die von der Methadon-Substitution nicht hinreichend profitieren konnten und jene, die mit dem vorhandenen Therapieangebot nicht wirksam erreicht werden.

Insgesamt können 1.120 opiatabhängige Patienten an der Studie teilnehmen. Sie werden je zur Hälfte der Experimental- (Heroin) und der Kontrollgruppe (Methadon) zugeordnet.

Die zentralen Zugangsbedingungen sind:

- Mindestalter von 23 Jahren
- Opiatabhängigkeit von mindestens 5 Jahren
- Aktuelle Hauptdiagnose der Opiatabhängigkeit nach den Kriterien von ICD-10
- Aktueller täglicher vorwiegend intravenöser Heroinkonsum oder fortgesetzter Heroinkonsum unter der Substitutionsbehandlung
- Körperliche Krankheitssymptome, die einen schlechten Gesundheitszustand anzeigen oder aktuelle psychische Symptome beziehungsweise Beeinträchtigungen
- Keine Teilnahme an einer suchttherapeutischen Behandlung (vor allem Substitution, ambulante oder stationäre Therapie) mindestens innerhalb der letzten Monate, aber dokumentierte Vorerfahrung mit Drogentherapien oder negativer Verlauf einer gemäß den Leitlinien der Bundesärztekammer durchgeführten Substitutionsbehandlung
- Wohnsitz beziehungsweise gemeldeter Aufenthalt seit mindestens 12 Monaten in der betreffenden Stadt (beziehungsweise Stadtstaat) oder Region, die die Heroinbehandlung durchführt.

### ***Zielsetzung***

Die Zielsetzung der Studie ist es zu prüfen, ob mit der medizinischen Vergabe von pharmakologisch reinem Heroin in einem strukturierten und kontrollierten Behandlungssetting für bestimmte Gruppen von Heroinabhängigen die Ziele eher erreicht werden, die sonst mit Standardbehandlungen der Suchttherapie verknüpft sind:

- Schadensminimierung,
- Integration ins Hilfesystem,
- Reduktion des illegalen Konsums und der entsprechenden Begleitprobleme; im Modellprojekt ist die Reduktion des illegalen Heroingebrauchs ein Hauptzielkriterium (Heroin ist also die Hauptzieldroge, aber nicht die einzige). Dies darf jedoch nicht durch eine Verlagerung auf andere Suchtstoffe geschehen. Gerade weil viele Heroinkonsumenten auch andere Suchtstoffe (Kokain, Crack, Cannabis et cetera) konsumieren, wird während der Studie auch der Beigebrauch der Probanden untersucht. Die Reduktion des Beigebrauchs illegaler Drogen ist eines der wichtigen Erfolgskriterien der Studie.
- Gesundheitliche, psychische und soziale Verbesserung und
- Stabilisierung, Kontrolle und Überwindung der Abhängigkeit.

Konkret soll festgestellt werden, inwieweit die heroingestützte Behandlung im Vergleich zur Methadon-Substitution zu größeren Effekten hinsichtlich

- der Verbesserung des gesundheitlichen Zustands,
- der Reduktion illegalen Drogenkonsums,
- dem Rückgang der Delinquenz,
- der Erhöhung der Erreichbarkeit und Haltekraft für die Therapie,
- der Loslösung aus dem Drogenkontext,
- der sozialen Stabilisierung im Sinne der Aufnahme neuer drogenfreier Kontakte, vermehrter Arbeitsfähigkeit, finanzieller Sicherung, Stabilisierung der Wohnsituation und der Aufnahme weiterführender Therapien

bei bisher nicht wirksam erreichten oder nicht erfolgreich behandelten Heroinabhängigen führt und welches Behandlungssetting sich als optimal hinsichtlich dieser Ziele herausstellt. Darüber hinaus geht es um die Untersuchung weiterer versorgungsrelevanter Hypothesen:

- Hypothese 1:  
Die Wirkungen der Heroinbehandlung werden in unterschiedlichen psychosozialen Settings (Case Management mit integrierter Motivierender Gesprächsführung versus Drogenberatung mit Psychoedukation) in ähnlichem Ausmaß erreicht. Je nach definierter Zielgruppe der Heroinbehandlung sowie der Phase und Intensität der Abhängigkeitskarriere können innerhalb der Behandlungsgruppen Unterschiede hinsichtlich der Adäquatheit des psychosozialen Verfahrens bestehen.
- Hypothese 2:  
Die heroingestützte Behandlung ist in einem der Behandlung mit oralem Methadon vergleichbaren Maße durchführbar und in das bestehende Versorgungssystem unter Akzeptanz von Öffentlichkeit, Umfeld und Betroffenen integrierbar.
- Hypothese 3:  
Die Heroinbehandlung ist kosteneffektiv (Vermeidung sozialer Kosten durch gesundheitliche Stabilisierung, Vermeidung gesellschaftlicher Kosten durch Rückgang von Kriminalität; Nutzen durch Rehabilitation).

Am gesamten Projekt inklusive der angeschlossenen Spezialstudien (Ökonomie, Kriminologie, Ökologie) arbeiten Wissenschaftler verschiedener Forschungsdisziplinen – Mediziner ebenso wie Psychologen, Gesundheits- und Politikwissenschaftler, Kriminologen, Pharmakologen, Ökonomen und Pädagogen.

Als Kooperationspartner des Hamburger Zentrums wirken an der Studie mit:

- Universität Giessen: Institut für Kriminologie
- Heidelberger Institut für Suchtforschung, Therapie und Beratung (HIST)
- Fachhochschule Frankfurt am Main: Institut für Suchtforschung
- Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e. V (ISS), Frankfurt/Main
- Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e. V. (KFN)
- Medizinische Hochschule Hannover, Klinik für Psychiatrie
- Universität Hannover, Institut für Versicherungsbetriebslehre
- FOGS Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich.

Mitglieder der Studiengruppe sind:

- Prof. Dr. Dieter Naber (Hamburg)
- Prof. Dr. Peter Raschke (Hamburg)
- Prof. Dr. Jürgen Berger (Hamburg)
- Prof. Dr. Dr. Ingolf Cascorbi (Greifswald)
- Dr. Peter Degkwitz (Hamburg)
- Prof. Dr. Dr. Uwe Koch (Hamburg)
- Prof. Dr. Arthur Kreuzer (Giessen)
- PD Dr. Andreas Plettenberg (Hamburg)
- Prof. Dr. Klaus Püschel (Hamburg)
- Martin Schmid (Frankfurt/M.)
- Prof. Dr. Achim Schmoldt (Hamburg)
- Martina Schu (Köln)
- Prof. Dr. J.-Matthias Graf v.d. Schulenburg (Hannover)
- Dr. Uwe Verthein (Hamburg)
- Dr. Peter Wetzels, Dr. Werner Greve (Hannover)
- Prof. Dr. Irmgard Vogt (Frankfurt/M.)

Das Monitoring der Studie wird durchgeführt durch das unabhängige Institut „Gesellschaft für unabhängiges Monitoring“.

### ***Soziale Verträglichkeit***

Es wird angenommen, dass das Umfeld der Vergabestellen nicht oder nur in geringem Maß mit Beeinträchtigungen zu rechnen hat.

- Da die Patienten in den Vergabestellen Heroin erhalten und dies folglich nicht mehr auf dem Schwarzmarkt beziehungsweise der Drogenszene kaufen müssen, ist nicht zu erwarten, dass sich vermehrt Dealer ausgerechnet im Umfeld dieser Einrichtungen aufhalten.
- Die Vergabestellen werden zudem über Hausordnungen und in der Nachbarschaft geltende Regeln darauf hinwirken, dass sich der Eingangsbereich der Einrichtungen nicht zu einem Treffpunkt entwickelt, sondern Gespräche und so weiter in die Einrichtung hinein verlagert werden.
- Im Ausland gewonnene Erkenntnisse (in der Schweiz und in den Niederlanden) haben gezeigt, dass sich Einrichtungen zur Heroinvergabe gut in ein Stadtviertel integrieren lassen.

### **4.3.3.1. Studienaufbau**

#### ***a. Grundlagen***

- Im Rahmen der internationalen Richtlinien klinischer Arzneimittelprüfungen wird die Wirksamkeit der heroingestützten Behandlung im Vergleich zur oralen Methadon-Substitution überprüft. Neben der medikamentösen Behandlung werden alle Patienten psychosozial betreut.
- Um den Einfluss der psychosozialen Begleitung auf den Behandlungsverlauf bestimmen zu können, werden zwei verschiedene Therapieformen eingesetzt: das Case-Management, das heißt ein individuell nachgehendes Betreuungskonzept verbunden mit der Motivierenden Gesprächsführung, oder die Drogenberatung in Kombination mit Psychoedukation, einer gruppentherapeutischen Interventionsform.

#### ***b. Vier Behandlungsgruppen***

Die Patienten werden getrennt nach den beiden Zielgruppen („Methadon-Substituierte“ und „Nicht-Erreichte“) randomisiert, das heißt nach dem Zufallsprinzip den folgenden vier Behandlungsgruppen zugeteilt:

- Heroin + Case-Management / Motivierende Gesprächsführung
- Methadon + Case-Management / Motivierende Gesprächsführung
- Heroin + Drogenberatung / Psychoedukation
- Methadon + Drogenberatung / Psychoedukation.

#### ***c. Zwei Studienphasen***

Die Studie unterteilt sich in zwei Phasen:

- In der 1. Studienphase werden die Wirkungen der Heroin- gegenüber der Methadonbehandlung unter vergleichbaren Therapiebedingungen überprüft.
- Für Patienten der heroingestützten Behandlung schließt sich unmittelbar eine 2. Studienphase an, in der längerfristige Effekte, wie zum Beispiel die Stabilisierung der Patienten und die Aufnahme weiterführender Therapien untersucht werden. Am Ende der 1. Phase besteht für einen Teil der Methadon-Patienten die Möglichkeit, in die Heroinbehandlung überzuwechseln; dadurch soll ihre Bereitschaft zur Beteiligung an der Kontrollbehandlung gefördert werden.

#### **4.3.3.2. Zeitplan**

Die individuelle Behandlungsdauer beträgt für Patienten der Methadonbehandlung demnach 12 Monate und für Patienten der heroingestützten Behandlung 24 Monate. Das gesamte Modellprojekt erstreckt sich über einen Zeitraum von drei Jahren.

#### **4.3.3.3. Voraussetzungen**

Das Modellprojekt konnte beginnen, nachdem das „Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte“ (BfArM) das wissenschaftliche Studiendesign zum Modellversuch geprüft und ihm zugestimmt hat (dies ist im August 2001 geschehen), die regionalen Ethikkommissionen, die für die einzelnen Studienzentren zuständig sind, hierzu ein positives Votum erteilt haben, die personenbezogenen betäubungsrechtlichen Ausnahmegenehmigungen für die ärztliche Vergabe von Heroin erteilt worden sind und die beteiligten Städte vor Ort die räumlichen und personellen Voraussetzungen geschaffen haben (Anmietung von Behandlungsräumen, Einstellung von Ärzten und so weiter).

#### **4.3.3.4. Der aktuelle Stand des Projektes**

Im Drogen- und Suchtbericht der Drogenbeauftragten der Bundesregierung vom April 2003 wird der Stand des Projektes resümiert. Demnach hat im Frühjahr 2002 die Stadt Bonn als erste Teilnehmerin mit der Behandlung begonnen. Die übrigen Städte folgten nach und nach. In Frankfurt wurden die ersten Patienten Anfang des Jahres 2003 behandelt. Die Prüfarzte in den einzelnen Behandlungseinrichtungen sollen bereits über Beobachtungen bezüglich einer Verbesserung des Gesundheitszustandes schwer heroinabhängiger Klienten berichten. Der Ablauf der Behandlung verlaufe bislang problemlos.

Die Arzneimittelstudie, die in Hamburg vom ZIS durchgeführt und von der Bundesärztekammer begleitet wird, soll im Jahre 2005 zu Ergebnissen führen, die bei positivem Ausgang die Grundlage für einen Antrag auf Zulassung von Diamorphin als Arzneimittel beim „Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte“ bilden sollen.

#### **4.3.3.5. Der bisherige Verlauf der Studie in Bonn**

Die Studie wurde aufgrund der definierten Ziele eingeleitet. Es wurde festgeschrieben, dass durch die Studie erreicht werden soll, dass

- sich der körperliche und psychische Gesundheitszustand der Drogenabhängigen verbessert
- die Beschaffungskriminalität zurückgeht
- eine Arbeitsfähigkeit hergestellt wird
- eine Aufnahme neuer sozialer Kontakte außerhalb der Drogenszene erfolgen kann
- die Abhängigkeit langfristig überwunden werden kann.

#### ***Rekrutierung der Patienten:***

In Bonn wurde mit der Rekrutierung der Teilnehmer zur multizentrischen klinischen Arzneimittelstudie „Heroingestützte Behandlung“ bereits im November 2001 begonnen. Personen, die sich für die Teilnahme an dem Projekt „Heroingestützte Behandlung Opiatabhängiger“ interessierten, konnten sich zu festgelegten Sprechstunden im Gesundheitsamt informieren und zur Studienteilnahme anmelden. Dazu flankierend wurden durch die Prüfarzte in den verschiedenen Einrichtungen der

Drogenhilfe, bei substituierenden Ärzten, in Krankenhäusern et cetera Informationsveranstaltungen über das Projekt durchgeführt.

Mit Unterstützung der Streetworker wurde die Drogenszene direkt kontaktiert, um insbesondere die in der Studie festgelegte Zielgruppe der bisher durch das Hilfesystem nicht oder nur ungenügend erreichten Drogenabhängigen über eine Teilnahme zu informieren. Ebenso wurden in der Drogentherapeutischen Ambulanz des Vereins für Gefährdetenhilfe Sprechstunden angeboten.

Nachdem die Interessierten durch den Prüfarzt in das Anmeldeverfahren eingeschlossen wurden, folgten nun intensive medizinische Untersuchungen und Befragungen der Probanden. Danach erst wurde durch den Prüfarzt entschieden, wer die Teilnahmebedingungen an der Studie erfüllt.

Diejenigen Bewerber, die die notwendigen Einschlusskriterien erfüllten, wurden durch die Prüfarzte einer lokalen Expertenkommission, bestehend aus Suchtexperten verschiedener Berufsgruppen, vorgestellt. Im Falle eines positiven Votums durch diese Kommission erfolgte dann der eigentliche Einschluss in die Studie.

Die Probanden wurden per Zufallsprinzip (ohne jegliche Möglichkeit einer Einflussnahme durch die Probanden oder Behandelnden) der Heroinbehandlung (Experimentalgruppe) oder der Methadonbehandlung (Kontrollgruppe) zugelost. Hierzu wurden jeweils in den nächsten Tagen in der Methadonambulanz die Randomisierungsumschläge geöffnet.

Insgesamt sind in Bonn wie vorgesehen 100 Probanden in die Studie aufgenommen worden, wobei jeweils 50 Personen der Methadonbehandlung beziehungsweise der Heroinbehandlung zugeordnet wurden. Die Teilnehmer der Kontrollgruppe haben nach einem Jahr gegebenenfalls die Möglichkeit, auf freigewordene Plätze in die Heroinbehandlung zu wechseln. Die Patienten der Heroinbehandlung können bis zu drei mal in der Heroinambulanz erscheinen, um sich dort streng kontrolliert die Prüfsubstanz Diamorphin zu verabreichen. Alle Studienteilnehmer werden mit Behandlungsbeginn psychosozial vor Ort in der jeweiligen Ambulanz betreut.

Schließlich begann dann Bonn als erste deutsche Stadt nach diesen intensiven Vorbereitungen am 4.3.2002 mit der Behandlung der ersten Teilnehmer zur multizentrischen klinischen Arzneimittelstudie „Heroingestützte Behandlung Opiatabhängiger“. Das gesamte Behandlungsprogramm findet im Kontext der Arzneimittelstudie unter gemeinsamer Trägerschaft des Universitätsklinikums Bonn und der Caritas/Diakonie statt.

#### ***Durchführung der Behandlung:***

Die Heroinbehandlung wird in der hierfür fertig gestellten Ambulanz auf dem Gelände der Poliklinik Bonn durchgeführt. Die Trägerschaft erfolgt gemeinsam durch die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie und die Medizinische Poliklinik des Universitätsklinikums Bonn. Dadurch ist gewährleistet, dass die ärztliche Versorgung durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Psychiatern und Internisten erfolgen kann. Die Kontrollgruppe ist in der Substitutionsambulanz von Caritas und des Diakoniewerkes in der Heerstraße angesiedelt. Der gesamte Teil der Psychosozialen Betreuung (Drogenberatung / Psychoedukation) wird durch die Mitarbeiter von Caritas und Diakonie vor Ort in den beiden Ambulanzen sicher gestellt.

#### ***Die Psychosoziale Betreuung:***

Im Rahmen des Modellprojekts besteht für die Patienten in Bonn das psychosoziale Betreuungsprogramm aus Drogenberatung und Psychoedukation.

#### ***Drogenberatung:***

Die individuelle Drogenberatung besteht aus Einzelgesprächen und – falls notwendig – intensiver Unterstützung und Begleitung zu unter anderem folgenden Angelegenheiten:

- Vermittlung in Übergangswohnheime, Wohnprojekte und Wohnungsbeschaffung
- Sicherung des Lebensunterhalts (Sozial-, Arbeitslosenhilfe)
- Ordnung und Regulierung von Schulden
- Klärung von Haftstrafen und Bewährungswiderrufen
- Vermittlung in berufliche Fördermaßnahmen oder Arbeitsprojekte
- Psychosoziale Kriseninterventionen
- Juristische Sprechstunde.

***Psychoedukation – Der Gruppenteilnehmer als Experte seiner Krankheit:***

Psychoedukation bedeutet ein Gruppenprogramm von 12 Sitzungen sowie 4 weiteren Auffrischsitzungen. Eckpunkte der Psychoedukation sind: Information, Kommunikation und Ressourcenförderung.

Inhaltlich werden drei Blöcke behandelt:

- Suchterkrankung
- Ressourcenförderung
- Problemlösestrategien.

In einem Patientenhandbuch, das jedem Teilnehmer als persönliches „Logbuch“ im Psychoedukationsprogramm dient, können die einzelnen Schritte für die Vorbereitung zur Selbsthilfe festgehalten werden.

***Die Bonner Heroinambulanz:***

Das Behandlungsteam der Heroinambulanz besteht aus 9 Krankenschwestern/-pflegern (in Voll- und Teilzeit), 2 Sozialarbeitern, 2 Prüfarzten, 1 Leitendem Prüfarzt sowie Aushilfen. Für die Betreuung der Kontrollgruppe in der Methadonambulanz in der Heerstrasse steht weiteres Personal bereit, einige Mitarbeiter sind in beiden Zentren tätig.

Vor Beginn der Behandlung hat im März 2002 in Zusammenarbeit mit der Studiengruppe und dem Drogenkoordinator im Gesundheitsamt eine zweitägige Wochenendschulung stattgefunden.

Das Heroin wird morgens von 8 bis 9,30, mittags von 13 bis 14 und abends von 18 bis 19,30 Uhr abgegeben. Während dieser Zeiten haben die Patienten die Möglichkeit sich die Substanz unter Aufsicht des Krankenpflegepersonals selbst zu applizieren. Die Patienten stellen sich vor jeder Vergabe am Empfang vor. Dabei erfolgen notwendige Absprachen, die Arzneimittelausgabe und eventuelle Allkoholkontrollen.

Während der Abgabezeiten stehen gleichzeitig die Sprechstunden des psychosozialen Teams zur Verfügung.

Für Patienten, die entweder arbeiten oder sich in beruflichen Förderprogrammen befinden, ist nach Absprache eine vorgezogene Vergabe möglich.

Die Patienten müssen nach den Vergabezeiten und den Beratungsgesprächen nach einer angemessenen Beobachtungszeit die Ambulanz verlassen.

Konkrete Erfolgszahlen der Bonner Gruppe sollen im September 2003 bekannt gegeben werden. In Presse-Interviews vertraten Dr. Dirk Lichtermann (Prüfarzt) und Linde Wüllenweber-Tobias (Psychosoziale Versorgung) als die Bonner Studienleiter aber schon in der Zwischenzeit den Standpunkt, dass die Kombination der ärztlich kontrollierten Heroinabgabe mit einer ebenfalls zu testenden psychosozialen Betreuung zur Suchtbehandlung erfolgreich beitragen werde. Das eine verstärke das andere. Man wolle besser als die Schweiz, die diese Kombi-Behandlung schon erprobt habe, abgrenzen, welchen Anteil das Heroin am Erfolg hatte. Auch in der 50-köpfigen Methadonvergleichsgruppe sieht Wüllenweber dank der psychosozialen Betreuung bereits deutliche Fortschritte. Als Problem wird bereits jetzt geortet, dass nach dem ersten Studienjahr klar zu sein scheint, dass viele Patienten nach Abschluss der Studie weiter ärztliche und therapeutische Betreuung brauchen werden. Lichtermann und Wüllenweber-Tobias ziehen eine erste Zwischenbilanz: "Die

Behandlung verläuft zufriedenstellend." Ein Großteil der Probanden habe jetzt immerhin wieder ein Dach über'm Kopf. Für viele habe sich die Lebenssituation damit "entscheidend verbessert". Rund ein Drittel der Patienten, die mit Heroin behandelt werden, komme mit einer zweimaligen Dosis Heroin am Tag aus, sagt Lichtermann. Suchtbedingte Krankheiten, die oft auch kostspielig stationär behandelt werden mussten, seien zurückgegangen. Die Kontakte zur Drogenszene sind vor allem bei den Heroinpatienten deutlich gesunken. "Leider wurden uns einige Probanden wegverhaftet", so Wüllenweber, „weil sie vor der Studienteilnahme Straftaten begingen, um ihre Sucht zu finanzieren“.

Als größtes Problem gilt im Bonner Experiment bislang die Arbeitsvermittlung. Ziel ist es zwar, mit Hilfe der Therapeuten den Patienten zu einem eigenständigen Leben zu verhelfen. "Dabei hat man es aber in der Studie versäumt, für die Heroinpatienten Angebote zur Arbeitsvermittlung zu schaffen", sagt Wüllenweber. "Weil viele von ihnen seit Jahrzehnten arbeitslos sind, brauchen wir für sie spezielle Programme zur Eingliederung in die Arbeitswelt." Von diesen Programmen gebe es jedoch in Bonn zu wenige. "Die Acht-Stunden-Fördermaßnahme des Arbeitsamts ist viel zu anstrengend." Und spezielle Projekte, wie die des Vereins für Gefährdetenhilfe, der Suchtkranken Arbeit vermittelt, "sind den Probanden zu nah an der Drogenszene".

Inwieweit es Auswirkungen auf den Rückgang der Beschaffungskriminalität beispielsweise in Bonn hat, kann die Polizei nicht mit Zahlen belegen. Lichtermann hat es nicht anders erwartet: „Die 100 Probanden machen ja nicht mal fünf Prozent der Bonner Drogenszene aus." Doch auch Polizeipräsident Wolfgang Albers zweifelt nicht daran, "dass das Wichtigste an der Studie ist, den Menschen die Möglichkeit zu bieten, aus dem Milieu herauszukommen. Die Steuergruppe der Heroinstudie hat das Problem der beruflichen Eingliederung erkannt und entwickelte deshalb eine dreijährige Anschlussstudie, bei der der Schwerpunkt stärker auf der sozialen und beruflichen Integration liegt. Die Finanzierung dieser Studie ist allerdings noch nicht geklärt. Derartige Studien werden allerdings entscheidend dafür sein, ob Heroin auf Dauer zu Therapiezwecken eingesetzt wird. Solange sich die gesellschaftlichen Auswirkungen nicht „in Heller und Pfennig“ beziffern lassen, dürfte es zumindest fraglich sein, ob sich die Kommunen und Sponsoren aus der Wirtschaft weiter an dem Projekt beteiligen.

### ***Soziale Verträglichkeit:***

Obwohl generell der Resonanz der Öffentlichkeit dem Experiment gegenüber mehrheitlich positiv war, haben in den sieben beteiligten Städten um ihre Sicherheit besorgte Bürger gegen die Ausgabestellen protestiert. Frankfurt konnte aus diesem Grund erst Ende Februar mit der Vergabe starten. In Hamburg fehlen noch Teilnehmer; für Ergebnisse ist es zu früh. Der Hamburger Psychiater Michael Krausz, Leiter der Studie, lobt, dass tatsächlich Abhängige betreut würden, die bisher von der Drogenhilfe überhaupt nicht profitiert hätten; für Beschwerden der Bevölkerung gebe es keinen Anlass. Aber erst in anderthalb Jahren werde man wissen, was Befürworter schon lange hoffen: ob die Heroinbehandlung in bestimmten Fällen erfolgreicher ist als jene mit Methadon und deshalb eine Zulassung verdient, wie es Studien in der Schweiz und Holland nahe legen.

Der Versuch jedoch, Heroin nach einjähriger Behandlung innerhalb von zwei Monaten abzusetzen, gilt als "Misserfolg". Der schnelle Heroinentzug sei wegen der damit verbundenen negativen Konsequenzen und gesundheitlichen Risiken für die Probanden "nach wissenschaftlichen und ethischen Erwägungen nicht zu rechtfertigen".

### **4.3.3.6. Die deutsche und die niederländische Heroinstudie im Vergleich**

Bei der deutschen Studie sind gegenüber der niederländischen in diesem Zusammenhang insbesondere sechs Besonderheiten und Erweiterungen hervorzuheben:

- a. ***Erweiterte Zielgruppe***  
Während die niederländische Studie ausschließlich Patienten einbezogen hat, deren Therapieerfolg im Rahmen einer methadongestützten Behandlung unzureichend war, bezieht die deutsche Studie darüber hinaus auch Patienten ein, die bislang überhaupt keiner Therapie zugänglich waren.
- b. ***Differenzierte Zielkriterien***  
Im Gegensatz zur niederländischen Studie wird in der deutschen Studie auch die Reduzierung des Beikonsums von Straßenheroin als Maßstab für den Erfolg der Therapie untersucht. Darüber hinaus werden für die Dokumentation des Konsums von Straßenheroin und Kokain objektive Befunde (Haar- und Urinalysen) herangezogen.
- c. ***Untersuchung der Wirksamkeit psychosozialer Begleitmaßnahmen***  
Im Gegensatz zur niederländischen Studie wird in der deutschen Studie systematisch der Anteil psychosozialer Begleitmaßnahmen am gesamten Behandlungserfolg untersucht. Dabei werden zwei standardisierte suchttherapeutische Behandlungskonzepte (Case Management plus Motivational Interviewing beziehungsweise Psychoedukation plus Drogenberatung) eingesetzt.
- d. ***Durchführung verschiedener Begleitstudien***  
Im Gegensatz zur holländischen Studie wird in der deutschen Studie eine eigenständige qualitative und quantitative Analyse des Kriminalitätsverhaltens der einbezogenen Patienten einschließlich der diesbezüglichen Veränderung im zeitlichen Verlauf durchgeführt. Ferner wird untersucht, inwieweit die neue heroingestützte Behandlungsform in die bestehenden Drogenhilfeangebote integriert werden kann.
- e. ***Untersuchung von Langzeiteffekten***  
Die Behandlungsdauer umfasst bei der deutschen Studie einen Zeitraum von insgesamt zwei Jahren, die holländische Studie lief über ein Jahr. Damit ermöglicht die deutsche Studie die Untersuchung von Langzeiteffekten bei den Patienten zum Beispiel hinsichtlich der Aufnahme einer drogenfreien Therapie, der sozialen Integration oder der Rehabilitation.
- f. ***Einsatz unterschiedlicher Arzneiformen***  
Während in der holländischen Studie entsprechend der dortigen Konsummuster überwiegend rauchbares Heroin eingesetzt wurde, kommt in der deutschen Studie ausschließlich injizierbares Heroin als Prüfearzneimittel zum Einsatz.

## 4.4. ENGLAND

### 4.4.1. Drogenpolitischer Hintergrund

In Großbritannien wurde die Heroin-Prohibition niemals voll umgesetzt. Im Gegensatz entwickelte sich eine eigenständige Art des Umgang mit drogenbezogenen Problemen. England nahm zwar an den Konferenzen in Den Haag 1912 und 1913 teil, unterzeichnete jedoch nicht das Protokoll. Dennoch wurde der Vertrag 1920 mit der Konstruktion des „Dangerous Drug Act“ ratifiziert. Dieses Gesetz ähnelte dem US-amerikanischen „Harrison Act“. Es zielte darauf ab, den Gebrauch der Opiate auf medizinischen Einsatz zu beschränken. Drogengebrauch selbst und Drogenabhängigkeit wurden aber nicht als kriminelle Aktivitäten klassifiziert. Seither wird Heroin in der Behandlung unheilbar Kranker und bei bestimmten Lungenerkrankungen als Arzneimittel eingesetzt. Außerdem entwickelte sich in England eine frühe Form der Methode der „Heroinunterstützung“. Heroinabhängigen wurde die Substanz durch Verschreibung zugänglich gemacht – allerdings wurde versucht, die Dosierung auf das

im Einzelfall notwendige Mindestmaß zu beschränken. Das britische System beruht auf der ärztlichen Freiheit. Jeder Arzt ist in seiner Berufsausübung frei. Und zu dieser Freiheit gehört auch, dass er die Arzneimittel frei wählen kann, die er für die Behandlung der individuellen Patienten für notwendig erachtet. Dieses Prinzip schließt auch die medizinische Verwendung von Heroin ein. Als in den Jahren nach den Regulierungen des Haager Abkommens auch in England die Frage erörtert wurde, was denn nun der gerechtfertigte medizinische Gebrauch von Heroin sei und insbesondere, ob die Verschreibung von Heroin an Opiatabhängige als gute medizinische Praxis gerechtfertigt werden könne, wurde ein Komitee unter dem Vorsitz von Sir Humphrey Rolleston, einem damals bekannten Arzt, einberufen, um über diese Frage zu entscheiden. Dieses Komitee entwarf dann Richtlinien, die für die nächsten 40 Jahre die grundsätzlichen Prinzipien der britischen Drogenpolitik repräsentieren sollten. Wesentlich ist, dass in ihnen Sucht als Krankheit definiert wurde. Dementsprechend wurde das Suchtproblem der Kompetenz der Ärzte zugeordnet und nicht als Aufgabenreich der Polizei gesehen. Der medizinische Gebrauch und damit die ärztliche Verschreibung wurde in folgenden Fällen als legitime medizinische Praxis definiert:

- a. im Entzug, um Patienten von Opiaten zu entwöhnen;
- b. zur Schmerzstillung, wenn längere Behandlungen nichts gefruchtet hatten;
- c. in Fällen, in denen die Verschreibung einer kleinen Dosis es einem Patienten, dem der Opiatzug erwiesenermaßen nicht gelang, ermöglichte, seinen Verpflichtungen nachzugehen und ein relativ normales Leben zu führen.

SPEAR (1997) legt Wert darauf, dass das Rolleston-Komitee keineswegs im Sinn gehabt habe, ein „Heroinunterstützungsprogramm“ im aktuellen Sinn vorzuschlagen. Das Komitee hatte lediglich die Aufgabe, den adäquaten medizinischen Zugang in der Behandlung der Opiatsucht zu definieren. In diesem Kontext entschied es dann eben, dass in der Behandlung bestimmter Fälle von Abhängigkeit die medizinisch begründete Notwendigkeit bestehen kann, Opiate, ohne Ausschluss des Heroin, für eine undefinierte Zeit zu verabreichen, nicht anders als in der Behandlung unheilbar Kranker.

Die Empfehlungen des Komitees hatten weiters keinen verpflichtenden Charakter. Jeder Arzt konnte sich entscheiden, sie zu akzeptieren, oder einen anderen medizinischen Umgang mit Opiaten zu wählen.

Diese Grundsätze wurden generell 1961 vom „Interdepartmental Committee on Drug Addiction“ unter dem Vorsitz von Sir Russell bestätigt.

Im gleichen Jahr unterzeichnete Großbritannien die Einzige Suchtgiftkonvention.

Die Heroinverschreibung im UK war dementsprechend immer ein Bestandteil der ärztlichen Routinetätigkeit. Vor diesem Hintergrund betrachtet, ist es verständlich, dass ihr nur wenig Forschungsinteresse entgegengebracht wurde.

Von der administrativen Seite her betrachtet ist die Verschreibung von Originalstoffen an Abhängige eine medizinische Dienstleistung wie jede andere auch. Sie wird von einem Arzt mit entsprechender Lizenz erbracht. Seine Arbeitsleistung rechnet er mit dem „National Health Service“ (NHS) ab. Die Kosten für die in der Apotheke nach ärztlichem Rezept zubereiteten Substanzen übernimmt ebenfalls der NHS, jedoch hat der Patient, sofern er über ein eigenes Einkommen oberhalb bestimmter Grenzen verfügt, eine Rezeptgebühr in Höhe von zur Zeit 5,65 £ (≈ 8 Euro) zu zahlen. Da ein Rezept normalerweise für zwei Wochen ausgestellt wird, muss diese Gebühr zweimal im Monat gezahlt werden. Dieser Betrag deckt die Kosten für die Versorgung mit Originalstoffen jedoch bei weitem nicht, da etwa Heroin lediglich von einem Hersteller angeboten wird, was den Preis künstlich hochhält. Die jährlichen Kosten für die Versorgung eines durchschnittlichen Heroinabhängigen mit dem Originalstoff in sterilen Ampullen werden auf 8.000 £ pro Jahr geschätzt. Durch die beschriebene Budgetierung wurde es angesichts dieser Beträge so gut wie unmöglich,

Patienten weiterhin mit reinem Heroin zu versorgen. In letzter Zeit ist man deswegen dazu übergegangen, das Heroin in wässriger Lösung und größeren Verpackungseinheiten an die Patienten abzugeben. Der Preis für die durchschnittliche jährliche Substanzmenge sinkt so auf ca. 1.000 £. Schädigungen durch den geringfügig niedrigeren Hygienestandard dieser Darreichungsform sind bisher nicht aufgetreten.

#### **4.4.2. Die Veränderungen in den sechziger Jahren des 20. Jahrhunderts**

In den frühen sechziger Jahren kam es zu einer merklichen Zunahme des Drogenmissbrauchs allgemein und des Heroingebrauchs junger Personen im speziellen. 1960 ging man von einer Anzahl von 437 Drogenabhängigen aus. Davon waren 94 Heroingebraucher. 1965 betrug die Gesamtzahl der bekannten Drogenabhängigen 927 und von diesen wieder gebrauchten 521 Heroin. Während der Morphinmissbrauch stabil zu bleiben schien, steigerte sich der Kokainmissbrauch merklich. In der Forschung, die initiiert wurde, um den Hintergrund dieser neuen Situation zu erfassen, imponierte die Überverschreibung der Substanz als Hauptursache der Entwicklung in der Drogenszene. Daraufhin wurde das „Interdepartmental Committee on Drug Addiction“ erneut einberufen. Diesmal unter dem Vorsitz von Lord Brain, dem ehemaligen Präsidenten des Königlichen Ärztekollegs. Im zweiten Bericht dieses Komitees wurden Empfehlungen erlassen, die die ersten signifikanten Restriktionen in der Verschreibung von Heroin und Kokain in England repräsentieren.

Folgende Veränderungen in der Drogenpolitik wurden empfohlen:

- a. Alle Personen, die von einer gefährlichen Droge abhängig sind, sollten zentral erfasst (notifiziert) werden.
- b. Für die Behandlung von Abhängigen sollte eine begrenzte Anzahl spezialisierter Einrichtungen geschaffen werden – speziell in der Region von London.
- c. Es sollte Ermächtigungen dafür geben, Abhängige in diesen Einrichtungen zwangsweise anzuhalten.
- d. Die Verschreibung von Heroin und Kokain sollte den Ärzten vorbehalten sein, die in diesen spezialisierten Einrichtungen arbeiten.
- e. Wenn andere Ärzte diese Substanzen verschreiben, sollte dies als Vergehen betrachtet werden.

Dieser zweite Report der Brain-Kommission wurde am 31.7.1965 erlassen. Im gleichen Jahr wurde der „Dangerous Drug Act“ rekonstruiert, der Einzigen Suchtgiftkonvention angepasst und neu implementiert.

Abgesehen von der dritten Empfehlung, die von seiten des Gesundheitsministeriums verworfen wurde, nahm die Regierung die Empfehlungen der Kommission an und baute sie in die Novellierung 1967 des „Dangerous Drug Act“ ein. Im Februar 1968 trat die zwangsmäßige Meldung von Abhängigen in Kraft und ebenso noch 1968 wurden die spezialisierten Einrichtungen (NHS drug clinics) entsprechend den Richtlinien geschaffen, die in den sogenannten "Dangerous Drugs Regulations" festgeschrieben wurden. Ab 16.4.1968 darf nur ein speziell lizenzierter Arzt Heroin oder Kokain an Süchtige verschreiben. In diese Verschreibungsrestriktion wurde 1985 auch Dipipanon einbezogen, nachdem dieses synthetische Narkotikum von Abhängigen als Ersatzstoff für Heroin entdeckt worden war. Die Beschränkung wurden im Gesetz über den Drogenmissbrauch von 1971 festgeschrieben. Man muss verstehen, dass die Einschränkung nur für die Verschreibung an Abhängige gilt. Auch weiterhin steht es jedem Arzt frei, Heroin in anderen Indikationsbereichen zu verschreiben. Prinzipiell ist in England Heroin durch Ärzte mit psychiatrischer Ausbildung verschreibbar. Einige praktizieren dies auch, aber sehr wenige sprechen darüber. Ebenso bezieht sich die Restriktion nicht auf die Verschreibung anderer Opioide an Abhängige. Seit diesem Zeitpunkt ist die Verschreibung von süchtig machenden Stoffen an Abhängige nur noch solchen Ärzten erlaubt, die über eine spezielle Lizenz des Innenministeriums

verfügen. Die Lizenzen werden vom Innenministerium (Home Secretary) unter Kontrolle durch eine vorgeschaltete Medizinische Autorität (Chief Medical Officer) erteilt. Sie werden für jede Substanz einzeln erteilt und müssen in regelmäßigen Abständen erneuert werden. An sich herrscht die Strategie, die Lizenzen nur an jene Ärzte zu vergeben, die in spezialisierten Behandlungszentren arbeiten, es kann jedoch jeder Arzt um eine Lizenz ansuchen und versuchen, sie auf gerichtlichem Weg zu erkämpfen, wenn sie ihm verweigert wird. In England wurde bislang nicht davon abgegangen, die Sucht als Krankheit zu interpretieren und die Suchtproblematik des Individuums als medizinisches Problem zu verstehen. Auch die Änderungen seit den sechziger Jahren veränderten nicht den prinzipiellen Status des Abhängigen. Der Heroinabhängige ist weiter frei in seiner Entscheidung, sich von seinem Privatarzt oder in einer Spezialabteilung behandeln zu lassen. Ist er Substitutionsklient kann die Behandlung sowohl vom frei praktizierenden Arzt wie in einer Spezialeinrichtung durchgeführt werden. Lediglich für den Fall, dass eine Verordnung von Heroin angestrebt wird, besteht eine Einschränkung der Wahlfreiheit. Diese Art der Behandlung erfordert, wie oben beschrieben, eine spezielle Lizenz. Auch sie kann aber prinzipiell von jedem speziell ermächtigten Arzt, entweder privat oder in einer Einrichtung durchgeführt werden. In den drei Jahren, die zwischen den Empfehlungen des Komitees und ihrer Umsetzung verstrichen, wuchs die Heroinabhängigkeit ständig und kontinuierlich an. Diese Entwicklung erreichte 1968 ihren Gipfel, indem 2.782 Opiatabhängige gemeldet wurden, von denen wieder 2.240 Heroin gebrauchten. Die Einrichtung der spezialisierten Kliniken führte zu merklichen Änderungen. Diese Kliniken standen vor zwei schwierigen Aufgaben. Zum einen sollten sie dazu beitragen, die Ausbreitung der Opiatabhängigkeit zu beschränken, zum andern mussten sie jene etwa 1.000 Patienten versorgen, die in nunmehr nicht mehr möglicher Weise von praktizierenden Ärzten Heroin und/oder Kokain verschrieben bekommen hatten. Zunächst führten die Kliniken die Behandlung so weiter, wie sie von den Ärzten eingeleitet worden war. Nach Daten aus dem Innenministerium bezogen Ende 1969 von 1.466 den Kliniken bekannten Opiatabhängigen 499 Heroin. Von diesen wieder bekamen 295 auch Methadon verordnet. Ausschließlich Methadon bezogen 716 Personen, andere Opiate weitere 251. Methadon wurde in dieser Zeit zumeist in injizierbarer Form verschrieben, nur ein kleiner Anteil aller Methadonverschreibungen bezog sich auf die oral einnehmbare Form Methadon-Linctus. Die Ärzte in den Kliniken begannen die Patienten bald von injizierbarem Heroin auf injizierbares Methadon umzustellen. Dadurch reduzierte sich bereits 1970 die bekannte Zahl von Heroinabhängigen auf 914, während sich die Zahl der Methadongebraucher auf 1.820 erhöhte. Die heute international übliche Substitutionsstrategie der Umstellung auf orales Methadon wurde in dieser frühen Periode der Methadon-Behandlung in England noch nicht eingesetzt. Zu dieser Entwicklung kam es erst in der Mitte der siebziger Jahre. Zunächst stieg bis 1975 die Verschreibung injizierbaren Methadons als Ersatz für injizierbares Heroin an, dann wurde mehr und mehr orales Methadon verschrieben. 1978 schließlich wurde wesentlich mehr orales als injizierbares Methadon verschrieben (STRANG 1994). Es gibt einige Hinweise darauf, dass in dieser Periode der Heroingebrauch unter Kontrolle gebracht werden konnte, dass aber Methadon auf den Schwarzmarkt gelangte. Injizierbares Methadon genoss bei den Abhängigen eine ähnliche Akzeptanz wie Heroin und hatte daher hohen Schwarzmarktwert. Erneut machte man die Verschreibungspraxis bestimmter Ärzte für diese neue Entwicklung verantwortlich (MAY 1972; EDWARDS 1984). Der Umstieg auf Methadon wurde nicht „amtlich verordnet“, sondern ging auf veränderte Einstellungen in der medizinischen Fachwelt, den wachsenden Einfluss psychiatrischer Zugänge und Interpretationen und wohl auch auf die Rezeption der amerikanischen Literatur zurück. Diese Entwicklung sollte dementsprechend nicht als neue Richtung verstanden werden, die von der offiziellen Drogenpolitik vorgegeben wird. Jeder lizenzierte Arzt ist frei, dieser Richtung nicht zu folgen und weiter Heroin zu verschreiben, wenn er es für angebracht hält. Die Richtlinien über „Good Clinical Practice in the Treatment of Drug Misuse“, die 1984 vom

Gesundheitsministerium herausgebracht und 1992 in veränderter Form neu herausgegeben wurden, sind zwar restriktiv, sind aber keine bindenden Vorschriften. Ärzten, die eine derartige unabhängige Linie verfolgen, könnte grundsätzlich die Lizenz von seiten des Innenministeriums entzogen werden. Dies aber nur unter guten Begründungen. Es soll keine Fälle geben, in denen die Lizenz nur deshalb entzogen worden wäre, weil der Arzt den 1984 ergangenen Richtlinien nicht folgte. SPEAR (1997) meinte, dass es immer noch eine klein Anzahl von Ärzten in UK gäbe, die die Meinung vertreten, dass die Verschreibung von Heroin an Abhängige eine gute Behandlungsoption repräsentiere.

#### **4.4.3. Der Einsatz injizierbarer Zubereitungen in der Behandlung Abhängiger**

Trotz aller Einschränkungen der medizinischen Zugänglichkeit des Heroin bezüglich des Einsatzes in der Suchtmedizin, die seit den späten sechziger Jahren auch in England bestehen, bleibt England eines der wenigen Länder, in denen sowohl DAM in jeder Form wie auch injizierbares Methadon ärztlich verschrieben werden können. Injizierbares Heroin wurde bereits seit den zwanziger Jahren des 20. Jahrhunderts an Opiatabhängige verschrieben, injizierbares Methadon seit den siebziger Jahren. Obwohl diese Praxis legal ist, werden in neuerer Zeit nur wenige Patienten auf diese Weise versorgt. 1994 schrieb STRANG, dass, obwohl die Verschreibung von injizierbarem Heroin als wohl berühmtester Aspekt des „britischen Systems“ gilt, dennoch nur 1-2 % der 75.000 bis 150.000 Heroingebraucher mit einem injizierbaren Opiat behandelt werden, von denen wieder nur ein kleiner Bruchteil injizierbares Heroin erhält. 1996 erhielten 96 % der Patienten, die im UK als Opiatabhängige ein Opiat ärztlich verschrieben bekamen, Methadon. Methadon-Injektionslösung repräsentierte 9 % aller Methadonverschreibungen. Intravenöses Heroin wurde lediglich in 2 % aller Opiatverordnungen verschrieben. Injizierbares Methadon kann, wie früher bereits ausgeführt, sowohl von Ärzten, die mit spezialisierten Drogeneinrichtungen zusammenarbeiten, als auch von praktischen Ärzten und anderen Privatärzten verschrieben werden, intravenöses Heroin hingegen kann nur von Ärzten verschrieben werden, die eine spezielle Lizenz des Innenministeriums besitzen. Die meisten dieser Ärzte arbeiten in Drogeneinrichtungen.

##### **4.4.3.1. Das Ausmaß der Verschreibung von injizierbarem Methadon und injizierbarem DAM**

STRANG, SHERIDAN & BARBER (1996) untersuchten die Opiat-Verschreibungspraxis für Drogenabhängige anhand einer Untersuchung, die in Apotheken durchgeführt wurde. Es ließ sich finden, dass Methadon die hauptsächlich verschriebene Substanz war (96,0 % von 3.846 Opiatverschreibungen). Davon wieder waren 79,6 % für Methadon in oral zu nehmender Lösung,

11 % für die Tablettenform und 9,3 % für injizierbare Lösung in Ampullen. Die injizierbare Form war ebenso wie die Tablettenform signifikant häufiger mittels Privatrezept verschrieben worden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Tabletten ebenfalls häufig von den Abhängigen zur Herstellung einer Injektionslösung verwendet werden. Die Autoren empfanden die Situation, dass auf die eine oder andere Weise injizierbare Zubereitungen ein Fünftel der Methadonverschreibungen ausmachen und ausserdem dabei die Ärzte dazu neigen, die bestehenden Empfehlungen hinsichtlich der verschriebenen Menge und der Verschreibung für längere Zeiträume zu ignorieren, als riskant. Sie orteten auch, dass die Empfehlung, dass die Verschreibung injizierbarer Zubereitungen von spezialisierten Einrichtungen und nicht im Kontext der primären Gesundheitsversorgung durchgeführt werden solle, nicht eingehalten wird. Sie zogen daraus den Schluss, dass das System der

Methadonverschreibung dysfunktional sei und empfehlen, die Verschreibungspraxis der Ärzte unter Kontrolle zu bringen.

Diese Empfehlung entsprach jenen Regeln, die in Richtlinien bezüglich der guten Praxis der Opiatverschreibung zu finden sind, die das Gesundheitsministerium herausgibt. John STRANG fungierte allerdings als Vorsitzender jener Arbeitsgruppe, die diese Richtlinien erarbeitete.

In den Richtlinien, die 1996 und 1999 erlassen wurden, wurde ganz im Sinne der Kritik, die von STRANG und Ma. (1996) geäußert worden war, empfohlen, dass die Verschreibung von Methadontabletten eingestellt werden und dass die Verschreibung von Methadon-Injektionslösung den Spezialisten vorbehalten sein sollte.

1999 ergingen aus dem Department of Health Richtlinien bezüglich des "Klinischen Managements von Drogenmissbrauch und Abhängigkeit". Es handelt sich um Empfehlungen, die keine bindende oder gar legislative Bedeutung für die Ärzteschaft haben. Entsprechende Kapitel des umfangreichen und ausführlichen Textes befassen sich auch mit der Heroinverschreibung und mit der Verschreibung injizierbaren Methadons.

Grundsätzlich wird ausgeführt, dass injizierbare Zubereitungen nicht generell für das Management von Drogenabhängigkeit zugelassen sind. Die Methode der Verschreibung injizierbarer Zubereitungen sei kontroversiell und in ihrer Effizienz nicht ausreichend wissenschaftlich abgeklärt. Da jedoch die Beobachtung besteht, dass ein bestimmter Anteil der Abhängigen auf diese Methode besser anspricht beziehungsweise in einem Behandlungssetting zu halten ist, kann sie unter bestimmten Bedingungen notwendig sein. Wenn man die Methode einsetzt, dann nur bei langjähriger Abhängigkeit. Es müssen klare Verlaufsziele definiert werden, die überprüfbar sind. Es sollte Vorsorge getroffen werden, dass in einem klinischen Setting die Abgabe und Einnahme der Droge in der ersten Behandlungsphase unter Kontrolle erfolgen kann und auch in späteren Phasen, wenn Bedenken hinsichtlich des Erfolges auftreten. Wenn die Substanz in der Apotheke abgegeben wird, dann täglich, um die Verbreitung auf dem Schwarzmarkt zu verhindern. Wenn man diese Art der Behandlung beginnt, muss man sich bewusst sein, dass damit eine langfristige verantwortungsvolle Behandlungsphase eingeleitet wird, die großen Aufwand erfordert.

Hinsichtlich der Verschreibung von injizierbarem Methadon wird festgehalten, dass die Methode nur einen eng begrenzten klinischen Raum einnehmen könne. Die Kriterien dafür, ob ein Patient auf injizierbares Methadon eingestellt werden solle, seien komplexer Natur und müssten auf die Eignung oder den Bedarf jedes einzelnen Patienten abgestimmt werden. Problematisch sei die Methode insofern, als man annehmen müsse, dass sie eventuell suchtverlängernd wirke und dass es zu Missbrauch und Diversion in der Drogenszene kommen könne. Daher sollte die Methode nur von Ärzten angewandt werden, die über entsprechende Erfahrung und Kompetenz verfügen. Ebenso könnte eine entsprechende Lizenz von seiten des Innenministeriums erforderlich sein. In jedem Fall müssten die Therapieziele im Rahmen eines umfassenderen psychosozialen Settings klargestellt werden. In organisatorischer Hinsicht wird empfohlen, dass in den meisten Fällen die Abgabe täglich erfolgen soll, Methadonspiegel gemessen werden sollten und der Patient regelmäßig auf seinen Gesundheitszustand kontrolliert werden sollte.

Aufseiten des Patienten sollten einige Bedingungen erfüllt sein:

- beharrliche Entscheidung für injizierenden Gebrauch

- schwere Opiatabhängigkeit
- geeignete venöse Gegebenheiten; keine Thrombosen
- Information über sicheren injizierenden Gebrauch
- Bei Mehrfachgebrauch muss die Gefahr einer Überdosierung oder sonstigen Intoxikation bedacht werden.

Hinsichtlich des Heroin wird erneut festgehalten, dass die spezielle Lizenz für die Verschreibung der Substanz erforderlich ist und dass diese den Spezialisten vorbehalten sein sollte. DAM sollte nur unter strengen Kontrollbedingungen verschrieben werden und nur wenn der Gebrauch in der ersten Behandlungsphase überwacht werden kann. Es wird weiters darauf hingewiesen, dass die Zugänglichkeit injizierbaren Methadons die Notwendigkeit der Heroinverschreibung limitiere.

Als STRANG & SHERIDAN den Effekt der Veröffentlichung der Richtlinien die Periode in der Periode 1996 bis 2001 untersuchten, ließ sich erkennen, dass die Verschreibungspraxis sich langsam in die erwünschte Richtung veränderte. Insgesamt nahm die Verschreibung von Methadon zu, wobei jedoch der stärkste Zuwachs in den Jahren 1996-1998 erfolgte. Die Verschreibung von Tabletten und von Ampullen mit Injektionslösung nahm ab. Waren in der Periode 1990-1995 7,8 % bis 9,5 % aller Methadonverschreibungen für die Tabletten und 8,0 % bis 9,7 % für Ampullen gewesen, betrug der Anteil im Jahre 2001 für Tabletten nur mehr 4,0 % und für Ampullen 3,9 %. Daraus ließ sich schließen, dass die Empfehlungen, die in den staatlichen Richtlinien ergingen, auf Akzeptanz stießen und langsam Effekt zeigten.

Barry STIMSON wies allerdings in einem raschen Respons auf die Analyse von STRANG & SHERIDAN darauf hin, dass diese Autoren die Auswirkungen der Richtlinien überschätzten. Erstens habe die Verschreibung von Ampullen bereits vor der Veröffentlichung der Richtlinien abgenommen, zweitens habe zwar der proportionale Anteil nicht, aber die absolute Anzahl von Verschreibungen von Tabletten und Ampullen sehr wohl abgenommen. Die Gesamtzahl dieser Verschreibungen sei hoch geblieben.

Hinsichtlich der Tabletten sei zu sagen, dass die durchschnittliche Zahl von Verschreibungen pro Jahr in den sechs Jahren vor der Veröffentlichung der Richtlinien 60.400 betrug und 75.000 in den Jahren nach der Veröffentlichung. Im Jahr 2001 wurden 52.600

Methadontabletten verschrieben, was bedeutet, dass mehr verschrieben wurden als 1990 (41.800 Verschreibungen), 1991(38.300 Verschreibungen) und 1992 (47.700

Verschreibungen). In ähnlicher Weise war die Verschreibung von 51.300 Ampullen im Jahr 2001 höher als 1990 und 1991 und die durchschnittliche Anzahl verschriebener Ampullen pro Jahr in den 6 Jahren nach der Veröffentlichung der Richtlinien mit 72.000 höher als in den 6 vorangegangenen Jahren, wo die durchschnittliche Anzahl 60.800 betragen hatte.

Auch könne man Veränderungen wie die von STRANG & SHERIDAN beschriebenen wohl nicht auf einen einzigen Einflussfaktor zurückführen. Im Beobachtungszeitraum seien andere Veränderungen in drogenpolitischer Hinsicht eingetreten und habe es seit 1998 eine Umverteilung der finanziellen Ressourcen für Behandlung gegeben. Auch seien aberrante Praktiken der Methadonverschreibung stärker verfolgt worden.

Trotz des restriktiven Standpunktes, der in den Richtlinien vertreten wird, scheinen in den späten 90er Jahren immer mehr Ärzte die Lizenz zur Heroinverschreibung erhalten zu haben. In einem Artikel der Sunday Times vom 16.7.2000 beschrieb Lois Rogers, dass zum aktuellen Zeitpunkt etwa 100 Ärzte in ganz England über diese Lizenz verfügten. Die Zahl der Heroinabhängigen, die mit ärztlich verschriebenem Heroin versorgt wurden, wurde mit 1.000 bis 3.000 angegeben. Das Heroin werde täglich in reiner injizierbarer Form abgegeben. Anne Read, eine Psychiaterin aus Plymouth, die 30 Heroinabhängige mit dieser Methode behandelt, berichtete am Jahresmeeting des Königlichen Psychiatrischen Kollegs, dass ihre Klienten gut

ansprächen und sich vor allem ihre Kriminalität gegen Null bewege. Read geht von einem ähnlichen Verständnis aus, wie einst Marks, wenn folgende Aussage von ihr berichtet wird: „Ich bin kein legaler Drogendealer, es handelt sich um medizinische Behandlung und eine Art und Weise, den Menschen zu helfen.“

Diese ärztliche Position findet in der Öffentlichkeit Unterstützung. So forderten zum Beispiel Ende 2000/Anfang 2001 führende Vertreter der Polizei, dass die Verschreibung von Heroin an Abhängige ausgebaut werden sollte. Nach der Vorstellung der „Association of Chief Police Officers“ sollten Opiatabhängige straffrei bleiben, wenn sie sich registrieren lassen und in Konsumräumen und unter ärztlicher Aufsicht ärztlich verschriebenes Heroin zu sich nehmen. (The Observer, 9.12.2001).

2003 wurde berichtet, dass sich etwa 440 opiatabhängige Personen in Behandlung mit injizierbarem Heroin befinden. Diese Gruppe entspricht etwa 0,5 % aller behandelten Heroinabhängigen.

#### **4.4.3.1.1. Aktuelle Situation**

Im Mai 2003 wurden von der „National Treatment Agency for Substance Misuse“ neue Richtlinien hinsichtlich der Bedeutung injizierbarer Formen des Heroin und des Methadon für die Behandlung Suchtkranker erstellt. Der Leitfaden, der veröffentlicht wurde, richtete sich an die Praktiker der Suchtbehandlung. Er stellt eine Ergänzung zu den vorhin erwähnten Klinischen Richtlinien aus 1999 dar und präzisiert die darin enthaltenen Empfehlungen.

Die Empfehlungen gingen von der angenommenen Evidenz aus, dass injizierende Substitutionsbehandlung vor allem bei Abhängigen angezeigt sei, die langjährig heroinabhängig sind und auf orale Substitution nicht angesprochen haben. Als zweite Grundannahme gilt, dass das Angebot injizierbarer Opiatzubereitungen (Heroin und Methadon) innerhalb eines umfassenden Behandlungsprogramms günstige Auswirkungen auf Gesundheit, Sozialfunktion und Delinquenzreduktion haben kann.

In dem Richtlinien-Papier wird versucht, die Bedingungen des Einsatzes der Methode genauer zu definieren. Zu diesem Zweck werden Einschlusskriterien und Messvariablen für die Beurteilung der Effizienz der Methode definiert.

##### ***Einschlusskriterien:***

- Injizierender täglicher Gebrauch über einen Zeitraum von mindestens drei Jahren
- Mindestalter 18 Jahre
- Kontraktfähigkeit im Sinne der Fähigkeit zum informed consent.
- Annahme der vorformulierten Bedingungen der Behandlung, die einen Behandlungsplan, regelmäßige Überwachung, Vermeidung riskanter Injektionsmuster und gesundheitliche und Disziplinäre Begründungen für die Beendigung beziehungsweise den Abbruch der Behandlung einschließen.
- Die Behandlung kann erst begonnen werden, wenn der Patient mindestens sechs Monate lang in optimaler oraler Substitutionsbehandlung (umfassendes Behandlungsangebot einschließlich psychosozialer Betreuung) gestanden ist. Während dieser Behandlungsperiode müssen Indikatoren für einen schlechten Erfolg zu beobachten gewesen sein. Als solche gelten: anhaltendes, eventuell tägliches Injizieren von Opiaten; anhaltendes hohes Risikoverhalten bezüglich des Erwerbs oder der Weiterverbreitung infektiöser Krankheiten; anhaltend Gesundheitsprobleme, die mit dem Injizieren verbunden sind, sowie schlechtes psychosoziales Funktionsniveau und drogenbezogene Delinquenz.

Alle diese Kriterien müssen erfüllt sein, soll der Patient in die Unterstützungsbehandlung aufgenommen werden.

**Erfolgskriterien:**

- Der Verbleib in der Behandlung
- Reduktion illegalen Drogengebrauchs
- Reduktion gefährlichen Injektionsverhaltens
- Verbesserung der körperlichen und geistigen Gesundheit
- Verbesserte soziale Stabilität
- Reduktion des Delinquenzverhaltens

Für die Bewertung des Erfolges sind die entsprechenden Mittel und Instrumente vorgegeben.

In die Richtlinien sind weiters Empfehlungen hinsichtlich besonderer Sorgfalt und Vorsicht bei der Verschreibung injizierbarer Zubereitungen eingeschlossen. Diese Vorsichtsmaßnahmen umfassen medizinische Risikobereiche, Schwangerschaft, Mehrfachgebrauch und Mehrfachabhängigkeit, sowie die Möglichkeiten und Fähigkeiten zur Injektion seitens der Patienten (venöse Situation; Injektionstechnik).

Insgesamt stellen diese neuen Richtlinien einen Versuch dar, die Qualität der Substitutionsbehandlung zu verbessern und sie auf höherem Niveau zu standardisieren. Dabei werden die Regelsysteme, die in der Schweiz und in den Niederlanden entwickelt wurden, als Modelle angenommen, wodurch das bis dahin in England vorherrschende Modell in wesentlichen Bereichen verändert wurde.

Die Richtlinien betreffen aber nicht die Heroinverschreibung allein. In ihrem Kontext werden auch Vorschläge hinsichtlich der *Optimierung der oralen Substitutionsbehandlung* und eines allgemein gültigen *Stufenplanes für die Behandlung Opiatabhängiger* vorgestellt.

**Die Optimierung der Oralen Substitution:**

Für die Optimierung der oralen Substitution wurden 4 Schlüsselfaktoren definiert:

- Adäquat hohe Dosierung im Dosisbereich 60-120 mg/die, wobei Dosierungen über 80 mg vorzuziehen sind. Niedrige Dosierung und zwangsweise Dosisreduktion werden als häufige Ursache schlechter Ergebnisse hinsichtlich der Therapieziele bezeichnet. Diese Vorgangsweisen erhöhen nach Meinung der englischen Experten eventuell das Risiko von Überdosierung und Drogentod innerhalb des Beigebrauchs.
- Adäquate Niveaus der Überwachung und Führung von Klienten.
- Gut ausgebaute und den Klienten nachdrücklich angebotene psycho-soziale Betreuung.
- Kompetentes Personal, das positive therapeutische Beziehungen mit den Klienten aufbauen kann.

Als weiterer wichtiger Faktor gilt die adäquate Finanzierung der Einrichtungen. Eine optimale Versorgung ist nur dann möglich, wenn die Existenz der Einrichtung langfristig gesichert ist, über ausreichendes Personal verfügt und in das Netzwerk der therapeutischen Angebote eingebunden ist. Zuweisungen innerhalb dieses Netzwerkes müssen einfach und ohne lange Wartezeiten möglich sein. Ebenso müssen die räumlichen Möglichkeiten für überwachten Konsum gegeben sein.

**Der Stufenplan für die Behandlung Opiatabhängiger:**

Die opiatgestützte Behandlung Opiatabhängiger sollte zunächst als orales Programm erfolgen. Dabei sollte eine Dosierung von 60-120 mg Methadon beziehungsweise mindesten 16 mg

Buprenorphin zum Einsatz kommen und die Behandlungsdauer mindestens sechs Monate währen.

Die orale Behandlung mit einem Opiatagonisten sollte auf jeden Fall versucht werden, bevor man auf die Verschreibung injizierbarer Zubereitungen übergeht. Das heißt, dass bei einem Versagen der Behandlung mit Buprenorphin Methadon peroral verordnet werden sollte. Klienten, die eine höhere Dosis als 40 mg Methadon erhalten, können allerdings nicht gut auf Buprenorphin umgestellt werden und können daher als Anwärter für die Umstellung auf injizierbare Angebote gelten, ohne dass ein Versuch mit Buprenorphin durchgeführt wird.

Diese Umstellung sollte allerdings als ultima ratio gelten. Es sollten vorher alle Möglichkeiten von der Dosiserhöhung der oralen Medikation, über eine Intensivierung der psycho-sozialen Maßnahmen bis hin zur stationären Behandlung ausgeschöpft werden. Die Zuweisung zu einem injizierenden Programm sollte nur für jene Patienten möglich sein, die die vorhin aufgelisteten Einschlusskriterien erfüllen.

Zu den neuen Standards gehören auch neue Kontrollen. Es wird gefordert, dass in der Substitutionsbehandlung in den ersten Monaten die Einnahme überwacht wird. Es wird empfohlen, dass das aktuelle Lizenzierungssystem überprüft werden sollte. Das Ansuchungswesen sollte transparenter gestaltet und um Kriterien erweitert werden, die die Kompetenz des Antragstellers ausweisen. Auch sollten die Lizenzbesitzer regelmäßig überprüft werden. Eventuell sollten neue Konzepte der Zusammenarbeit zwischen spezialisierten Drogeneinrichtungen und praktizierenden Ärzten entwickelt und überprüft werden.

Hinsichtlich der Neugestaltung der spezialisierten Einrichtungen und der damit verbundenen Kontrollsysteme besteht in England auf Expertenebene noch kein Konsens. In diesem Kontext wurde auch die Etablierung von stärker kontrollierten spezialisierten Einrichtungen im kontinentalen Stil (Schweiz, Niederlande) als Alternative zum freizgigeren britischen Modell angedacht.

Die britischen Experten formulierten als Bezugsrahmen für die Optimierung des Behandlungsangebotes zur injizierenden Substitution **8 Prinzipien der guten Praxis:**

1. Die Behandlung Drogenabhängiger umfasst eine Reihe von Angeboten, die miteinander zu einem Paket integrierter Maßnahmen für individuelle Patienten verwoben werden sollten.
2. Die Verschreibung einer Substitutionssubstanz allein stellt noch keine adäquate Behandlung dar. Diese Verschreibung bedarf einer vorgängigen Beurteilung und eines Therapieplanes, der andere Interventionen, wie zum Beispiel psychosoziale Betreuung, einschließt. Sie sollte als ein Element oder als ein Pfad innerhalb breiterer Pakete geplanter und integrierter Behandlung angesehen werden.
3. Innerhalb des Handlungsspielraums der Verschreibung zur Substitution muss ein breites Spektrum von Verschreibungsoptionen für Heroingebraucher bestehen, die der opiatgestützten Behandlung bedürfen. Einige Optionen können dabei ein höheres Risiko aufweisen als andere (zum Beispiel Injektion versus orale Konsum). Patienten, die auf orale Substitution nicht ansprechen, sollten andere Optionen gemäß einem Stufenplan angeboten werden. Dieser Prozess umschließt:  
Orales Methadon und orales Buprenorphin; insbesondere optimalisierte Behandlung mit höherer Dosierung, dann erst injizierbare Zubereitungen von Methadon oder Heroin (eventuell in Kombination mit oralen Zubereitungen).

4. Behandlungsprogramme mit injizierenden Substitution sollten nur in einem Gebiet angeboten werden, in dem auch optimalisierte orale Substitution, einschliesslich adäquater Dosierung, überwachter Einnahme und psychosozialem Programm angeboten wird. Nur dann kann garantiert werden, dass die orale Behandlungsmöglichkeit zur Gänze ausgeschöpft wurde, bevor man injizierende Substitution versucht und dass eine Wiederaufnahme in das orale Substitutionsprogramm leicht und rasch erfolgen kann, falls sich diese Umstellung als notwendig erweist.
5. Jede Form von Substitutionsbehandlung muss von jeweils lokal in Auftrag gegebenen und verfügbaren Mechanismen zur überwachten Einnahme unterstützt sein. Injizierbare Zubereitungen bergen ein höheres Risiko für Überdosierungen und haben größeren Schwarzmarktwert. Dementsprechend mögen sie einer strengeren Überwachung bedürfen.
6. Injizierende opiatgestützte Behandlung wird meistens als Langzeitbehandlung ablaufen, die langfristig gegebener Ressourcen bedarf. Kliniker sollten daher den Schritt von der Verschreibung oraler Abgabeformen zur Verschreibung injizierbarer Zubereitungen sorgfältig erwägen. Besonderer Bedacht sollte dabei den sich für die Patienten und das Behandlungssystem langfristig ergebenden Implikationen zukommen.
7. Eine Spezialisierung innerhalb der klinischen Kompetenz ist dafür erforderlich, injizierbare Zubereitungen für die Substitution zu verschreiben. Die Verschreibung von Heroin erfordert zusätzlich eine Lizenz des Innenministeriums.
8. Die Fähigkeiten des Klinikers sollten abgestimmt sein mit guten lokalen Systemen klinischer Überwachung, überwachter Einnahme und dem Zugang zu einem breiten Angebot anderer Behandlungsmöglichkeiten.

Zusammengefasst werden in dem Dokument **4 Kernaussagen** getroffen:

- die Verschreibung injizierbarer Opiate in der arzneimittelgestützten Behandlung Opiatabhängiger kann für eine Minderheit der Heroinmissbraucher günstig sein. Das Dokument enthält Empfehlungen hinsichtlich der Einschlusskriterien für die eventuellen Klienten.
- In der Zukunft sollte die Behandlung mittels injizierbarer Opiate (Methadon und Heroin) in Übereinstimmung mit den 8 definierten Prinzipien erfolgen. Damit soll gegenüber der bislang vorherrschenden Praxis, gemäß der Erkenntnis der hohen Risiken, die mit dieser Behandlung verbunden sind, ein neuer hoher Standard eingeführt werden.
- Die Qualität der Stellen, in denen bereits diese Art der Behandlung durchgeführt wird, sollte verbessert werden. Allerdings genießt die Stabilität der Patienten Vorrang.
- Für die Mehrzahl der Patienten sollte der Verbesserung der Angebote zur oralen Substitutionsbehandlung mit Methadon und Buprenorphin in allen Einrichtungen der Drogenhilfe Vorrang eingeräumt werden.

Zur Identifikation von „Best-practice-Modellen“ sollen diese Richtlinien zunächst in kleinen Pilotprojekten Anwendung finden.

Die Richtlinien zielen auf einschneidende Veränderungen in der Struktur der Heroinabgabe an Opiatabhängige ab. Deshalb besteht bei den befassten Praktikern keineswegs Konsens hinsichtlich ihrer Berechtigung und Umsetzbarkeit. Die Hintergründe für diese Reformvorschläge lassen sich dem Diskurs, der in England mehr oder weniger unerschwellig abläuft, entnehmen:

1. Es besteht ein Engpass in der Versorgung. Der Bedarf an Substitution ist groß, es gibt nicht ausreichend lizenzierte und kompetente Ärzte. Dementsprechend ist eine Standardisierung notwendig, die auch Aufgaben der Fort- und Weiterbildung definiert.
2. Im Gefolge der Veröffentlichung der Studien aus der Schweiz und aus den Niederlanden entwickelten sowohl Vertreter der Politik wie auch der Exekutive eventuell überzogene Erwartungen auf die Wirksamkeit der Heroinverschreibung. Daraus ergaben sich weitgehende Forderungen bezüglich eines breiten Einsatzes des Heroin in der Substitution. 2001 sagte David Blunkett, Staatssekretär für Innere Angelegenheiten vor einer Ärzteversammlung in Sheffield, dass er für eine weitgehende Erleichterung des Zuganges zu Heroin für Abhängige eintrete. Diese Maßnahme würde „den klinisch Abhängigen helfen, adäquate Hilfe im Management der Abhängigkeit zu erhalten und Begleitkriminalität zu vermeiden“. In ähnlicher Weise äußerten sich hohe Funktionäre der Polizei, die eine Entkriminalisierung, wenn nicht Legalisierung des Heroin forderten (BRIGHT 2001). Letztlich war der Bericht der NTA eine Folge dieser Meinungsbildung. Er repräsentiert einen Teil der Aktivitäten, die nach den politischen Meinungsäußerungen in Gang gesetzt wurden. Und eventuell stellt er einen Versuch dar, die hochgespannten Erwartungen auf ein rationales Ausmaß herunter zu holen und eventuell übereilten kurzschlüssigen Liberalisierungstendenzen eine Barriere zu bieten. Ausserdem standen die Experten vor der Aufgabe zwischen den Ansprüchen der Politik und der Skepsis der praktizierenden Ärzte, die sich gegen Blunketts Forderung die Heroinverschreibung an langjährig Heroinabhängige zu erleichtern, aussprachen, zu vermitteln (TRAVIS 2002). So sind die Richtlinien auch als Kompromiss zu lesen, der zwischen den hochgespannten Erwartungen der Politiker und den Ängsten der Allgemeinärzte, die Heroin als teure und hochriskante Droge bewerteten, zu finden war. Einerseits wird festgestellt, dass Heroin ebenso sicher angewendet werden kann wie andere Opiate und dass in bestimmten Fällen die Verschreibung Sinn mache, andererseits wird ein Regulativ eingeführt, das das Risiko der Ärzte im Umgang mit der Substanz beschränken soll.

Die neue Richtung, die die Richtlinien weisen wollen, wird trotzdem, wie schon gesagt, von den erfahrenen Praktikern der Drogenhilfe in England nicht ausschliesslich begrüßt. Man befürchtet einen nicht wieder gut zu machenden Verlust an Freiheit für die Klienten und ihre Betreuer. Die Restriktionen, die in den Richtlinien angekündigt werden, scheinen den Praktikern im Feld der Drogenarbeit überzogen wenn nicht kontraproduktiv. Es wird dabei der Überzeugung Ausdruck verliehen, dass diese Restriktionen es unmöglich machen, das ursprünglich von den Behörden vorgegebene drogen- und gesundheitspolitische Ziel einer vernünftigen Ausweitung der Heroinverschreibung zum Wohle einer bestimmten abhängigen Klientel zu erreichen. Es wird vermutet, dass die Richtlinien die Auffassung eines begrenzten, konservativ ausgerichteten, Konsortiums zum Ausdruck brächten. Für uns ist die Rezeption dieser Kritik auch deshalb wichtig, weil sie implizit auch gegen den Import der in den kontinentalen Projekten vorherrschenden Kontrollmechanismen und -strukturen gerichtet ist.

Folgende Inhalte der neuen Richtlinien werden als besonders problematisch und praxisfremd kritisiert.

1. Der Stufenplan ist zu restriktiv. Jene Patienten, die sich den üblichen Angeboten verweigern, können nur durch ein attraktives Angebot in die Behandlung gelockt werden. Will man daher diese schwierigen Klienten anziehen und damit auch sicherheitspolitische Ziele erreichen (Reduktion der Begleitkriminalität; Reduktion des Einflusses des Schwarzmarktes), muss man „kompetitiv verschreiben“. Das

ursprüngliche „britische System“ habe auf dieser Prämisse aufgebaut. Es sei schade, dass man sie offenkundig nicht mehr bedenke.

2. Das Konzept der überwachten Einnahme sei zwar hinsichtlich der positiven Auswirkungen auf die Folgen eventueller Überdosierungen einleuchtend, berge aber auch Probleme in sich. Zum einen sei es teuer, zum anderen beeinflusse es die Betreuer-Patientenbeziehung in negativer Weise.

Der Grund für die überwachte Einnahme sei wohl, dass man auf diese Weise erreichen wolle, dass die Substanzen nicht auf den Schwarzmarkt gelangen. Diese Begründung sei insofern fragwürdig, als sie auf der diskriminierenden Auffassung aufbaut, dass alle Abhängigen Lügner und Betrüger sind. Auch sei unklar, warum man gerade von jenen Abhängigen, die Heroin medizinisch verordnet bekommen, annimmt, dass sie die Substanz verkaufen, wo sie es doch nicht mehr notwendig haben, sich auf dem Schwarzmarkt Heroin zu besorgen.

Ein weiteres Argument gegen die überwachte Einnahme besteht darin, dass das traditionelle britische Konzept davon ausging, dass die Heroinverschreibung es den Patienten ermögliche ein quasi normales, produktives Leben zu führen. Der Zwang zu mehrmaligem Aufsuchen einer Einrichtung zum überwachten Konsum zerstöre diesen normalisierenden Anspruch.

3. Die Definition des Einschlusskriteriums „anhaltende schlechte Behandlungsergebnisse“ sei besonders problematisch. Sie verführe letztlich diejenigen Abhängigen, die Heroin verschrieben erhalten wollen, dazu, ein chaotisches, problematisches Verhalten an den Tag zu legen.

Ebenso unstimmt sei das Kriterium, dass Personen, die in riskante Körperregionen injizieren, von der Heroinverschreibung ausgeschlossen bleiben sollen. Damit verweigere man einer Kerngruppe diese Behandlung, ohne vermeiden zu können, dass sie das inkriminierte Verhalten ausserhalb der medizinischen Behandlung ohnehin weiterführt.

Diese Kritik wurde von Peter MC DERMOTT für Lifeline am 23.6.2003 veröffentlicht. Er wollte damit eine Diskussion in Gang setzen. An sich stellt dieser Diskussion die aktuelle Ausprägung eines Diskurses statt, der in England schon seit Jahrzehnten zwischen Traditionalisten und Modernisierern hinsichtlich des „Britischen Systems“ der Heroinabgabe abläuft (SPEAR 1997). Bekannt wurde bereits in den frühen neunziger Jahren das traditionalistische Modell des Psychiaters John Marks, der seine Version dieses Abgabemodells in der Mersey-Region verwirklichte. Er verbreitete sein Konzept in den Medien. Auf diese Weise wurde es auch in Europa bekannt und gewann katalysatorische Funktion für die aktuelle Entwicklung.

#### **4.4.4. John Marks: ein Traditionalist des „Britischen Systems“**

In den späten achtziger Jahren und frühen neunziger Jahren erregte der englische Psychiater Dr. John Marks in Merseyside besonders viel Aufsehen mit der Verschreibung dieser Substanzen. Er war als „Beratender Psychiater“ („consultant psychiatrist“) für die Distrikte Halton (bestehend aus den Kommunen Widnes und Runcorn) und Warrington tätig und betrieb in der Nähe von Liverpool (Widnes und Warrington) zwei Kliniken, in denen ortsansässige Junkies ambulant mit Heroin versorgt wurden. Auf diese Distrikte bezog sich auch die Lizenz zur Heroinabgabe.

Dr. Marks fing 1984 in Widnes zu praktizieren an. Im gleichen Jahr begann er damit, Heroin und andere Originalstoffe an Abhängige zu verschreiben. Zu Beginn, als erst wenige Abhängige Rezepte erhielten, kam es verschiedentlich zu kritischen Situationen vor den

Apotheken. Dort warteten nämlich Abhängige, die nicht bei Dr. Marks in Behandlung waren auf seine Patienten, um ihnen gewaltsam den Stoff aus der Apotheke zu entreißen. Die liberale Verschreibungspraxis von Dr. Marks lockte Abhängige aus dem ganzen Land an, was die örtlichen Behörden vor ein neues Problem stellte. Diese Leute lebten nun in Widnes, hatten aber kein Einkommen, mit dem sie ihren Lebensunterhalt hätten bestreiten können. Die Abhängigen klaten jetzt nicht mehr, um den nächsten Schuss bezahlen zu können (den bekamen sie ja umsonst in der Apotheke), sondern um ihren Lebensunterhalt bestreiten zu können.

Im Zuge von Veränderungen im Nationalen Gesundheitsdienst (Einführung der Sektoren) wurde wenig später festgelegt, dass die beratenden Psychiater – von bestimmten Ausnahmen abgesehen – nur noch Menschen mit festem Wohnsitz in ihrem Zuständigkeitsbereich behandeln dürfen. Von diesem Zeitpunkt an konnten die Behörden einen deutlichen Rückgang bei den Wohnungseinbrüchen und anderen drogenbedingten Straftaten feststellen.

Verglichen mit den Schweizerischen Opiatabgabeprogrammen war die britische Version niederschwelliger und verzichtete weitgehend auf eine Begleitforschung. John Marks verstand sich als Vertreter des traditionellen „Britischen Systems“ und als Alternative zu den neueren Konzepten, die restriktiver vorgingen und Methadon als Substitution bevorzugten. Er sah sich als Arzt, der die Opiatabhängigkeit nicht in dem Sinn heilen konnte oder wollte, dass er seine Patienten zur Drogenfreiheit führte. Marks fühlte sich dem Prinzip der Schadensreduktion verpflichtet, bevor dieses noch in seiner heute gültigen Form ausformuliert war. Als Beispiel seiner Denkweise diene ein Zitat aus einem Fernsehprogramm der CBS:

*Dr. Marks:*

*Cure people? Nobody can. Regardless of whether you stick them in prison, put them in mental hospitals and give them shock treatment, we have done all these things, put them in a nice rehab center away in the country, give them a nice social worker and pat them on the head, give them drugs, give them no drugs, does not matter what you do. 5 % per annum, 1 in 20 per year, get off spontaneously. Compound interested up that reaches about 50 % (50/50) after ten years are off drugs. They seem to mature out of addiction regardless of any intervention in the interim but you can keep them alive and healthy and legal during that 10 years, if you so wish to.*

*Ed:*

*By giving them drugs?*

*Dr. Marks:*

*It doesn't get them off drugs, it doesn't prolong their addiction, either. But it stops them offending, it keeps them healthy and it keeps them alive.*

*(Quelle: Rx Drugs - The Liverpool, England method Transcription of CBS-TV Program, 60 Minutes. Aired Sunday, December 27, 1992 Titled: Rx Drugs By: Ed Bradley)*

Als Marks seine Methode einführte, war die Merseyside-Region in besonderer Weise belastet: sowohl hinsichtlich der Höhe der HIV-Rate in der Drogenszene als auch hinsichtlich der Kriminalität. Rasch zeigten sich deutlich positive Effekte: die HIV-Neu-Infektionsrate sank massiv, Straßenszene, Beschaffungskriminalität und -prostitution verschwanden nahezu gänzlich aus dem Ortsbild und Gesundheitszustand und soziale Integration der Betreuten besserten sich klar. Sie bekamen ihre Kinder zurück, die staatliche Behörden ihnen zuvor entzogen hatten, und viele fanden wieder Arbeit. Diese Entwicklung wurde in der Region wahrgenommen und begrüßt.

Michael LOFTS, polizeilicher Oberaufseher über alle Ärzte, Apotheken und Drogenbehandlungsstellen der Region, hielt 1990 fest:

*"Die durchschnittliche Anzahl der Vorstrafen (...) konnte auf ungefähr ein Fünfzehntel reduziert werden (nach 18-monatiger Stabilisierungsbehandlung von 6.88 auf 0.44 Vorstrafen pro Person). Außerdem kann heute gesagt werden, dass die Eröffnung der Fachkliniken dazu geführt hat, dass die Heroindealer und mit ihnen der verbotene Besitz von Heroin in Widnes langsam, aber sicher von der Strasse verschwinden. In anderen Gebieten der Grafschaft, wo es (nur) Methadonprogramme gibt, ist der Heroinhandel noch immer ein Problem."*

*(Quelle: M. LOFTS in "Ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln", Verlag Hans Huber 1996)*

Überzeugt von seinen Erfolgen entwickelte John Marks eine Art messianischen Bewusstseins. Er förderte aktiv den Bekanntheitsgrad seines Projektes durch ausgedehnte Vortragsreisen, international ausgestrahlte TV-Reportagen und eine hohe Präsenz in Printmedien. Sein Einfluss auf die später entwickelten Heroinprojekte wird wahrscheinlich unterschätzt. Diese propagandistische Aktivität trug Marks Kritik ein, selbst von Personen, die sein Konzept günstig beurteilten. So meinte auch LOFTS, dass Marks sich zu sehr um die europaweite Verbreitung seiner Ideen gekümmert habe und so für seine Patienten häufig nicht ansprechbar gewesen sei. Als positives Gegenbeispiel nannte LOFTS einen in der Grafschaft Gloucestershire praktizierenden Arzt, Dr. Geoffrey Marks, der ebenfalls Originalstoffe verschrieb, aber in seinem Krankenhaus die Möglichkeit bot, die Drogen medizinisch betreut zu konsumieren.

Wie schon gesagt, war die Arbeit von Dr. Marks praktisch orientiert und nicht in wissenschaftliche Forschung im engeren Sinne eingebettet. Es liegt daher nur wenig fundiertes Datenmaterial über diese Arbeit vor. Daher ist sie nur vorsichtig zu bewerten.

Im deutschen Sprachraum hat HAEMMIG 1991 und 1992 in mehreren Aufsätzen über das „Liverpooler Modell“ berichtet. Insbesondere liegt aber eine Diplomarbeit aus dem Bereich der Sozialarbeit vor, in der die Arbeit von Dr. Marks ausführlich dokumentiert wurde. Aus dieser Darstellung wird in der Folge zitiert, um einen Eindruck über die Struktur, die wesentlichen Behandlungsanteile und die Entwicklung des Merseyside-Projektes zu vermitteln (WANNHOF 1997).

#### **4.4.4.1. Bericht über die Behandlungsmethode von John Marks**

Als beratender Psychiater für Widnes, Runcorn und Warrington verfügte Dr. Marks bis 1995 über einen Vertrag mit den örtlichen Gesundheitsbehörden zur Behandlung von Suchtpatienten. Gemäß dem § 23 des Ärztegesetzes von 1858 ist jeder Arzt dabei frei in der Wahl der therapeutischen Mittel. Er verfügte außerdem über die notwendigen Lizenzen, um bestimmte, abhängig machende Substanzen an Suchtkranke verschreiben zu dürfen. Dieser Vertrag wurde 1995 von der Gesundheitsbehörde nicht mehr verlängert. Für die Behandlung von Suchtkranken aus den genannten Städten war dann eine andere Klinik zuständig, die lediglich Substitutionsbehandlung mit Methadon anbot.

Durch das Auslaufen des Vertrages veränderte sich die Arbeit von Dr. Marks mit drogenabhängigen Patienten: Waren es bis 1995 circa 200 Patienten aus Widnes, Runcorn und Warrington, die von ihm betreut wurden, waren es in der Folge nur noch circa 35 Patienten, von denen lediglich noch eine Frau aus dem eigentlichen Zuständigkeitsbezirk von Dr. Marks kam. Dass sie weiterhin bei Dr. Marks in Behandlung ist, hat sie ihrem Hausarzt zu verdanken, der bereit ist, einen Teil des ihm zugewiesenen Budget für diese Behandlung einzusetzen. Diese Bereitschaft ist unter den Hausärzten mit eigenem Budget (den

sogenannten „fund holders“) aber auf Grund der hohen Kosten der Originalstoffvergabe sehr gering.

#### **4.4.4.1.1. Die abgegebenen Substanzen und ihre Darreichungsformen**

Folgende Stoffe konnten im Programm von Dr. Marks gegen Rezept abgegeben werden:

- Heroin: Als trinkbare Lösung, in Ampullen zur Injektion (Wirkstoffgehalt: 5 mg, 10 mg, 30 mg, 100 mg) und rauchbar in sogenannten „Reefers“, normalen Zigaretten, in die eine vom Arzt bestimmte Menge Heroin injiziert wurde.
- Methadon: In Tablettenform (5 mg, 10 mg), als trinkbare Lösung, in Ampullen zur Injektion (10 mg) und in Reefers (60 mg).
- Cyclimorph („morphine sulphate with cyclizine“): in Ampullen zur Injektion (10 mg, 15 mg, 30 mg).
- Diconal („dipipanone and cyclizine“): Tabletten.
- Amphetamin: Als Sirup („dexedrine“) zur oralen Aufnahme, in Ampullen zur Injektion und rauchbar in Kräutermischung (30 mg).
- Kokain: Als Aerosolspray (10 % Wirkstoffgehalt) zur oralen Aufnahme und – in hydrochloridfreier Form („Crack“) – in Reefers (40 mg).

Bei den Reefers handelte es sich in der Regel um normale Zigaretten, die der Patient in die Apotheke brachte und die dort für ihn mit dem verschriebenen Stoff versetzt wurden. Statt Tabak konnten auf besonderen Wunsch auch die getrockneten Blätter der Stechapfelpflanze verwendet werden. Dies kam aber so gut wie nie vor.

Die Reefers waren eine Erfindung des Apothekers Clitherow, der sie im Auftrag von Dr. Marks entwickelte. Marks hatte ihn gebeten, nach einer Darreichungsform zu suchen, die ähnlich schnell wie eine Injektion wirkt, deren Risiken aber ausschließt.

##### *Die Herstellung der Reefer:*

Der Apotheker ermittelte aus dem ärztlichen Rezept die erforderliche Menge an Heroin und löste diese in einer definierten Menge Chloroform auf. In Zigaretten, die der Patient selbst in die Apotheke gebracht hat und die unter seinem Namen aufbewahrt sind, injizierte er jede Zigarette mit 0,25 ml Lösung. Die Zigaretten legte er anschließend in einem Pappkarton ab, den er aber zunächst offen ließ, so dass in circa einer Stunde das Chloroform verdampfen konnte. Anschließend verschloss er das restliche Heroin und die übriggebliebene Lösung wieder im Giftschränk.

Auch für die Produktion von hydrochloridfreiem Kokain („Crack“/„Freebase“) hat Clitherow ein eigenes Verfahren entwickelt. Während der Grundstoff Kokainhydrochlorid in den illegalen Labors in der Regel mit Hydrogencarbonat (Backpulver) umgesetzt wird, arbeitet Clitherow mit Ammoniak. Er meinte, dass es dabei zu einer vollständigen Umsetzung komme, die frei von unerwünschten Zwischen- oder Abfallprodukten ist. Es entstehen reines Kokain und Salmiak.

Clitherow wurde für seine Verdienste in der Hilfe für Drogenabhängige und in der AIDS-Prävention von der britischen Königin zum „Member of British Empire“ ernannt.

#### **4.4.4.2. Arbeitsweise bis 1995**

##### ***Typischer Behandlungsverlauf:***

Entsprechend den Regeln des Britischen Gesundheitssystems brauchte jeder Patient eine Überweisung seines Hausarztes, bevor er Dr. Marks aufsuchen konnte. Erfüllte er diese

Bedingung, so erhielt er einen Termin für ein Aufnahmegespräch. An diesem waren neben dem Psychiater noch eine psychiatrische Krankenschwester sowie zwei Sozialarbeiter beteiligt. Nach der Erfassung des bisherigen Suchtverlaufs wurde ein Urintest durchgeführt, um die Drogenabhängigkeit des Klienten zu objektivieren. Nach positivem Testergebnis erörterte das Team mit dem Klienten zunächst verschiedene Möglichkeiten, den Drogenkonsum zu beenden. Es wurden ihm eine stufenweise Dosisabsenkung und auch ein stationärer, medikamentengestützter Entzug angeboten. Erst wenn der Patient dies ablehnte, wurde er auf die Möglichkeit hingewiesen, eine bestimmte Substanz über einen längeren Zeitraum hinweg, entsprechend seinem persönlichen Bedarf, verschrieben zu bekommen.

An der Einschätzung, welcher Stoff in welcher Menge und in welcher Darreichungsform verordnet werden soll, wirkte wiederum das gesamte Team mit. Auf diese Weise sollte vermieden werden, dass der Klient das Klinikpersonal über seinen wahren Bedarf täuscht, um etwa zusätzlichen Stoff zum illegalen Weiterverkauf zu erhalten. Oftmals bedurfte es eines langwierigen Prozesses, bis die richtige Dosis gefunden war. Zu Anfang lag die Einschätzung in aller Regel zu niedrig, so dass der Patient immer wieder von neuem mit dem Klinikpersonal in Verhandlung treten musste, um schließlich eine zufriedenstellende Dosierung zu erlangen. In diesem Prozess ging es nicht nur um die exakte Dosis, sondern auch um die Wahl der Darreichungsform. Dem Arzt und seinen Mitarbeitern war daran gelegen, ihren Patienten möglichst risikolose Anwendungsformen zu ermöglichen. So wurden diesen zunächst Drogen zur oralen Aufnahme angeboten. Die zweite Priorität aus Sicht der Klinik hatten rauchbare Drogen und erst als letzte Möglichkeit wurde die Verschreibung injizierbarer Stoffe in Erwägung gezogen. Den Patienten hingegen war in der Regel an einem raschen und intensiven Rauscherlebnis gelegen, weshalb sie auf die Verordnung injizierbarer Drogen drängten.

Die Einführung der Reefers, die Mr. Clitherow 1990/91 „erfand“, veränderte diese Situation, da die Erfindung auf „spontane Begeisterung“ (WANNHOF) stieß. Anfangs versuchten zwar einige Patienten, ihre Reefers auf dem Schwarzmarkt zu verkaufen, dieses Problem bekam man aber durch strengere Maßstäbe bei der Dosisfestlegung in den Griff. Man muss hierbei berücksichtigen, dass Dr. Marks und Clitherow zunächst keine Erkenntnisse darüber hatten, welche Menge des in die Reefers eingebrachten Stoffes durch das Rauchen tatsächlich in die Blutbahn gelangt und wie viel verbrennt oder wieder ausgeatmet wird.

Dr. Marks als lizenziertes Psychiater stellte über die entsprechende Dosis ein Rezept aus, das er per Post an die vom Patienten benannte Apotheke schickte. Bei der Auswahl der Apotheke hatten die Patienten im Prinzip die freie Wahl – aber eben nur im Prinzip: Viele Apotheker lehnten die Versorgung von Abhängigen mit Suchtstoffen ab.

Das Rezept wurde in der Regel für zwei Wochen im Voraus ausgestellt, enthielt jedoch auch eine Anweisung, in welchen zeitlichen Abständen der verschriebene Stoff an den Patienten auszuhändigen ist. Je nach Einschätzung des Patienten durch das Klinikpersonal musste dieser täglich, alle drei Tage oder nur einmal in der Woche in der Apotheke erscheinen. In gewissen Grenzen konnte der Patient auch eine eigene Vereinbarung mit dem Apotheker treffen. Mit der Aufnahme in das Verschreibungsprogramm unterwarf sich der Patient einer Reihe von Regeln und Kontrollmechanismen: „Wenn der Drogenabhängige unter den Verdacht fällt, von seinem Rezept irgendetwas zu verkaufen oder chaotischer wird statt gefestigter, kann der Arzt den Apotheker bitten, das Rezept aufzuhalten und es für eine bestimmte Zeit, sei es einen Tag oder eine Woche, ... nicht zu dispensieren.“

Eine weitere Bedingung für die regelmäßige Versorgung mit Originalstoff war die regelmäßige Teilnahme an therapeutischen Gruppensitzungen in der Klinik. Fehlte der Patient

bei einer solchen Sitzung, wurde sein Rezept für eine Woche gestoppt. 1992 bestanden in Widnes neun solcher Therapiegruppen. Eine Ausnahme galt für berufstätige Patienten. Diese waren von der Pflicht zur wöchentlichen Teilnahme an Gruppensitzungen befreit. Für sie wurde einmal im Monat eine Abendgruppe angeboten, wobei die Teilnahme wiederum verpflichtend war.

In die Kontrollmechanismen war auch die Polizei eingebunden. Wenn bei einem Patienten neben den verschriebenen Substanzen auch Stoff von der Straße gefunden wurde, konnte die Polizei dies der Drogenklinik melden, die darauf in der Regel mit einer vorübergehenden Aussetzung des Rezeptes reagierte.

Wenn der Süchtige eine Routine in der Einnahme der verschriebenen Droge erreicht hatte und der Eindruck bestand, dass sich seine Persönlichkeit gefestigt hatte, konnte Dr. Marks als beratender Psychiater das regelmäßige Verschreiben an den Hausarzt des Patienten delegieren, der die Behandlung auf Grund der fehlenden Lizenz nicht selbst beginnen kann.

#### 4.4.4.2.1. Die Arbeit der „drug dependency clinic“ von John Marks im Spiegel der Statistik

Der letzte verfügbare Jahresbericht stammt aus dem Jahr 1992 und erfasst statistisch die Arbeit der „drug & alcohol dependency clinic“ im Zeitraum 1988 bis 1991. Diesem Jahresbericht sind einige interessante Daten zu entnehmen:

**Tabelle: Häufigkeit der verschiedenen Darreichungsformen bezogen auf die Gesamtzahl der versorgten Patienten<sup>1</sup>**

	1988	1989	1990	1991
Injizierbare Drogen	43 %	52 %	43 %	37 %
Gemischte Verordnungen	38 %	30 %	34 %	23 %
Tabletten	19 %	10 %	10 %	8 %
Reefers	-	4 %	3 %	22 %
Amphetamine	-	4 %	10 %	10 %

Auffällig ist hier vor allem die deutliche Abnahme des Anteils injizierbarer Drogen zu Gunsten der Reefers. Offensichtlich wurde das Ziel erreicht, eine risikoärmere Anwendungsform einzuführen, die gleichzeitig dem Verlangen der Konsumenten nach einer schnellen und intensiven Wirkung so weit wie möglich entgegenkommt. Auch bei den gemischten Verordnungen, die nur zum Teil auf injizierbare Drogen lauten, ist ein entsprechender Rückgang zu verzeichnen. Daneben fällt die Zunahme des Amphetamin-Anteils auf, während der Anteil der verschriebenen Tabletten immer weiter zurückging. Damit auch die Gefahr des unkontrollierten und risikoreichen Gebrauchs dieser Mittel.

**Tabelle: Persönliche Daten der Klienten<sup>2</sup>**

	1989	1990	1991
Anteil der verheirateten / in fester Beziehung stehenden Klienten	58 %	60 %	61 %

<sup>1</sup> Clinic Report 1991/1992, Anhang

<sup>2</sup> Clinic Report 1991/1992, Anhang

Anteil der Klienten mit Vollzeitbeschäftigung	36 %	36 %	26 %
Durchschnittsalter der Klienten	29	31	30
Ältester Klient	42	46	46
Jüngster Klient	20	21	21
Verhältnis Männer: Frauen	8,6: 1	9,85: 1	5,83: 1
Anzahl der HIV-positiven Klienten <sup>3</sup>	0	0	0
Jährliche Besucherzahl	1275	1198	1317
Durchschnittliche wöchentliche Besucherzahl	25	24	26

Besonders bemerkenswert ist, dass es zu keiner Zuwachsrate von HIV-positiven Klienten kam. Das Klinikpersonal sah darin einen der größten Erfolge seiner Arbeit. Durch die Versorgung mit dem Originalstoff und die Verfügbarkeit steriler Einwegspritzen konnten das „Needle-sharing“ und die Prostitution als Übertragungswege offenbar weitgehend eingedämmt werden. Reiner Zufall schied nach Meinung von Dr. Marks als Erklärung für dieses Phänomen jedenfalls aus.

Zu den Altersangaben ist anzumerken, dass minderjährige Konsumenten in der Klinik nicht behandelt wurden.

#### 4.4.4.3. Die Arbeitsweise nach 1995

Die Schwerpunkte der Arbeit von Dr. Marks haben sich durch den bereits erwähnten Wegfall des Vertrages mit der örtlichen Gesundheitsbehörde deutlich verschoben. Im Bereich Psychiatrie war er weiterhin als beratender Psychiater für Halton und Warrington tätig. Sein fester Arbeitsplatz war die Chapel Street Clinic, eine psychiatrische Tagesklinik, in Widnes. Sprechstunden für Drogenabhängige fanden jeden Mittwoch statt. Das Verfahren der Aufnahme und der Feststellung der richtigen Dosis blieb im Wesentlichen unverändert. Es konnten aber nur noch solche Patienten Dr. Marks aufsuchen, deren GP (general practitioner – praktischer Arzt) über ein eigenes Budget verfügte und der außerdem mit der Originalstoffvergabe einverstanden war. So wurden in der Chapel Street Clinic nur noch circa 35 Drogenabhängige behandelt, die zusätzlich aus den verschiedensten Teilen Großbritanniens nach Widnes kamen, um ihre Rezepte zu erhalten. Auch hierin verwirklichte sich das Prinzip der ärztlichen Handlungsfreiheit: Einem Arzt ist es unbenommen, für seinen Patienten Leistungen in einem anderen Landesteil „einzukaufen“, sofern diese vor Ort nicht verfügbar sind. Es liegt im Ermessen des behandelnden GP, inwieweit die Patienten verpflichtet sind, entsprechende Angebote an ihrem Heimatort wahrzunehmen.

Das Aufnahmegespräch folgte weiterhin einem festen Schema: Nach der Feststellung, dass der Klient tatsächlich drogenabhängig ist, wurden ihm zunächst die verschiedenen Möglichkeiten der Entgiftung und Entwöhnung angeboten. Nur wenn der Patient diese Angebote ausdrücklich ablehnte und von sich aus eindeutig den Wunsch nach einer regelmäßigen Versorgung mit dem Originalstoff äußerte, konnte Dr. Marks diesem Anliegen nachkommen. Es war ihm verboten, von sich aus die Verschreibung anzubieten.

Kam es zur Verschreibung, so begann das Verfahren zur Ermittlung der richtigen Dosis in gewohnter Weise. Häufig erforderte es zahlreiche Besuche in der Klinik, bis die richtige Dosis ermittelt war.

<sup>3</sup> Über 90 % getestet

Der Umstand, dass Patienten aus den verschiedensten Landesteilen Dr. Marks aufsuchen, führte dazu, dass die regelmäßigen gruppentherapeutischen Sitzungen nicht mehr stattfinden konnten. Die Klienten kamen aus unterschiedlichen Landesteilen und waren zum Teil auch berufstätig. Im Extremfall kam ein Patient nur alle sechs Monate. Hierbei handelte es sich jedoch um einen Patienten, der in jeder Hinsicht als stabil gelten konnte: Er hatte eine Vollzeitstelle in Birmingham, lebte zusammen mit Frau und Kindern, seine Dosis war seit langem stabil und er nahm das Heroin ausschließlich durch Schnupfen zu sich.

#### **4.4.4.4. Bewertung durch die örtlichen Strafverfolgungsbehörden**

Aus sicherheits- und ordnungspolitischer Sicht wurde das Projekt von Mike LOFTS, dem Leiter des örtlichen Rauschgiftdezernats günstig beurteilt. Er führte aus, dass sich zu Beginn der neunziger Jahre ein konstruktives Miteinander von Polizei, Gesundheitsbehörde, Ärzten, Apothekern und Sozialarbeitern eingestellt habe. Diese positive Situation habe mit dem Richtungswechsel in der örtlichen Gesundheitsbehörde im April 1995 geendet. Von diesem Zeitpunkt an konnten die Abhängigen aus Widnes, Runcorn und Warrington nur noch Methadon erhalten. In den folgenden sechs Monaten starben acht ehemalige Patienten von Dr. Marks an Überdosen von Straßenheroin, mit dessen wechselnden Reinheitsgraden sie nicht mehr umgehen konnten. Nach acht Monaten waren bereits 21 Heroinpatienten verstorben. Innerhalb von nur vier Wochen nach der Umstellung wurden 14 % der ehemaligen Klienten bei kriminellen Handlungen erwischt. Die Anzahl der Personen, bei denen Heroin von der Straße sichergestellt wurde, stieg signifikant an.

Aus der Sicht der Polizei bewirkte die Originalstoffvergabe vor allem einen deutlichen Rückgang der Beschaffungskriminalität und sie sorgte dafür, dass die Liverpools Dealer aus Cheshire fernblieben. Wie eng diese Wirkungen mit der Ursache Originalstoffvergabe verknüpft sind zeigte sich, als im Mai 1995 die Beschaffungskriminalität wieder anstieg und wieder vermehrt Dealer aus Liverpool aufgegriffen wurden.

LOFTS kritisierte andererseits verschiedene Teilaspekte des Handelns von Dr. Marks. Er vertrat die Meinung, Marks hätte die Reefers erst an einer kleinen Gruppe Freiwilliger mit intensiver Beobachtung ausprobieren und Kontrolluntersuchungen durchführen sollen. Dies war allerdings aus räumlichen Gründen in Widnes nicht möglich (die Einrichtung eines „fixing room“ in der Drogenklinik in Widnes war 1991 zwar geplant, wurde aber nicht mehr verwirklicht).

Die Lizenz von Dr. Marks zur Verordnung von Heroin ist im Anhang wiedergegeben.

#### **4.4.5. Die Verwissenschaftlichung der Opiatverschreibung an Abhängige in England**

##### **4.4.5.1. Die Untersuchung von HARTNOLL 1980**

HARTNOLL & Ma., veröffentlichten 1980 eine Studie, die bekannt wurde und in der Diskussion der Methode einen gewissen Einfluss gewann. Immerhin handelte es sich um eine randomisierte kontrollierte Studie, in der orales Methadon und Heroin miteinander verglichen wurden. Diese Untersuchung hatte widersprüchliche Ergebnisse erbracht. Die Heroinbehandlung hatte eine bessere Haltequote, andererseits aber betrieben die Patienten der Heroingruppe auch weiterhin regelmäßig illegalen I.v.-Gebrauch, wenn auch in relativ niedriger Dosierung. Die Patienten der Methadongruppe andererseits brachen häufiger die Behandlung ab oder wurden abstinent. Bei jenen, die nicht abstinent wurden, ließen sich höhere Raten bezüglich krimineller Handlungen, Involvements in der Drogenszene und eine

größere Anzahl von Inhaftierungen beobachten. Die Generalisierbarkeit der Ergebnisse litt unter der geringen Größe der untersuchten Stichprobe.

#### **4.4.5.2. Die Untersuchung von METREBIAN 1998**

1998 veröffentlichten METREBIAN, SHANAHAN, WELLS & STIMSON die Ergebnisse einer Machbarkeits-Studie zur Heroinverschreibung.

##### ***Die Studie:***

Die Untersuchung wurde in einer großen Drogenklinik in London durchgeführt. Sie setzte sich zum Ziel, die Möglichkeit zu beforschen, injizierenden Opiatabhängigen zur Wahl zu stellen, ob sie mittels injizierbaren DAM oder injizierbaren Methadon behandelt werden wollen und ob die Behandlung mit injizierbaren Zubereitungen Vorteile hinsichtlich des Gesundheitszustandes und der sozialen Eingliederung mit sich brächte.

##### ***Design:***

Es handelte sich dabei um eine prospektive Beobachtungsstudie, die den Regeln eines festgelegten Forschungsprogramms folgen musste („Protocol driven“). Die Wahl des Arzneimittels erfolgte durch die Teilnehmer selbst – es handelte sich also nicht um eine zufällige Zuordnung.

##### ***Patientenpopulation:***

Es wurden zwischen 1.6.1995 und 31.12.1996 insgesamt 58 Patienten behandelt. Es handelte sich um langjährig Abhängige, bei denen Therapieversuche mit oralem Methadon versagt hatten und die nicht aufhören wollten oder konnten, Heroin zu injizieren.

##### ***Einschlusskriterien:***

- Alter als 25 Jahre.
- Opiatabhängig.
- Unfähig oder nicht gewillt den injizierenden Gebrauch aufzugeben; dabei musste die Dauer des injizierenden Gebrauchs mindestens 3 Jahre betragen; innerhalb der letzten 9 Monate musste kontinuierlicher Opiatgebrauch bestanden haben, der innerhalb der letzten drei Monate nachweislich intravenös betrieben worden sein musste.
- Wirkungslose Methadonbehandlung; die Patienten mussten während der Methadoneinnahme bei einer Dosierung von mindestens 80 mg Methadon oral pro Tag regelmäßig zusätzlich Opiate injiziert haben.
- Drogenbezogene Probleme hinsichtlich Gesundheitszustand, sozialer Eingliederung und Delinquenz.

##### ***Veränderungsparameter:***

Veränderungen wurden in folgenden Parametern erfasst: Haltekraft, illegaler Drogengebrauch, HIV-Risikoverhalten, kriminelle Aktivitäten, soziale Funktion, körperlicher und psychischer Gesundheitszustand (Selbstbeschreibung, ärztliche Untersuchung, Harnanalyse).

##### ***Durchführung:***

Je nach ihrer Wahl erhielten die Patienten injizierbares DAM oder injizierbares Methadon. Es wurde bestimmt, dass die Höchstdosis des DAM nicht mehr als 200 mg pro Tag betragen dürfe. Die individuelle Dosis wurde durch das Austesten der Toleranz in einer Woche und Stabilisierung innerhalb des ersten Monats ermittelt. Danach konnte die Dosis nur mehr reduziert werden. In den ersten Wochen wurden die Substanzen täglich in der Klinik abgegeben, später mehrmals wöchentlich und gegen Ende der Behandlungsphase einmal wöchentlich. Der Wochenendbedarf wurde von Anfang an mitgegeben. Nach der Bestimmung der Toleranz durften die Patienten nicht mehr in der Klinik injizieren. Um zu

vermeiden, dass die Lösungen auf den Schwarzmarkt gelangen, mussten die Patienten die leeren Ampullen zurückbringen, bevor sie neue erhielten. Dabei wurden die Nummern der Ampullen überprüft.

#### ***Ergebnisse:***

37 Patienten (64 %) wählten injizierbares Heroin, 21 Patienten (36 %) injizierbares Methadon. Die Durchschnittsdosis Heroin war höher als die für Methadon, jedoch blieben alle Patienten im festgesetzten Dosierungsschema von einer täglichen Höchstdosis von 200 mg. 15 der Patienten (71 %), die Heroin erhielten, klagten über nächtliche Entzugserscheinungen und erhielten deshalb eine zusätzliche Methadonverordnung. Die Durchschnittsdosis dieses zusätzlich verordneten Methadon betrug 24 mg/Tag.

Fünfzig Personen (80 %) waren nach drei Monaten noch im Programm, 40 (69 %) nach 6 Monaten und 33 (57 %) nach 12 Monaten. Bereits nach drei Monaten waren bei den Klienten eine signifikante Abnahme des illegalen Drogengebrauchs, des intravenösen Risikoverhaltens und der kriminellen Aktivitäten sowie signifikante Verbesserungen des Gesundheitszustandes, der sozialen Eingliederung und der psychischen Anpassung festzustellen.

Die positiven Entwicklungen hielten an. Sie waren an allen Untersuchungszeitpunkten (nach 3, nach 6, nach 12 Monaten) messbar. Die Angaben der Klienten wurden durch die Ergebnisse der ärztlichen Untersuchungen und der Harntests bestätigt.

#### ***Schlussfolgerungen zur METREBIAN-Studie***

Entgegen der verbreiteten Meinung wird nicht immer injizierbares Heroin gewählt, wenn opiatabhängige Patienten frei über ihre Substanz entscheiden können. Das Therapieangebot war imstande die Mehrzahl der Patienten in der Behandlung zu halten. Diese brachte sowohl den Patienten wie auch der Gemeinschaft erheblichen Gewinn.

Die Autoren zogen den Schluss, dass die Verschreibung injizierbarer Opiate an langjährig intravenöses Opiatabhängige ein gangbarer Weg ist.

Die Aussagekraft der Studie ist von begrenztem Wert, da es sich nicht um eine kontrollierte Untersuchung, sondern um eine Beobachtungsstudie handelt, die Probanden nicht zufällig zugeordnet wurden und sie außerdem auf Selbstbeobachtung aufbaut. Andererseits wurden systematisch Daten über den Nutzen des Einsatzes injizierbarer Opiate für die Behandlung Opiatabhängiger erhoben. Insofern ist die Studie als Pilotstudie zu verstehen, deren Ergebnisse als Grundlage einer zukünftigen multizentrischen randomisierten und kontrollierten Studie herangezogen werden können.

## **4.5. KANADA**

### **4.5.1. Drogenpolitischer Hintergrund**

In den Nachkriegsjahren diskutierten in Kanada Politiker, Drogenstrafverfolgung und sogar Sucht-Mediziner ernsthaft die Etablierung von Strafinternierungslagern für Süchtige, in denen diese auf unbegrenzte Dauer bis zur Abstinenz zwangsbehandelt werden sollten. Zur gleichen Zeit jedoch sondierten einige desillusionierte Ärzte und Psychologen, die mit der Erfolgsrate der verfügbaren konventionellen Suchtbehandlungsmethoden zunehmend unzufrieden waren, zum ersten Mal die Möglichkeit von Betäubungsmittel-Abgabekliniken (SOLOMON & GREEN 1988). Sowohl die USA als auch Großbritannien hatten ja vor dem Krieg bereits mit Opiat-Abgabeprogrammen experimentiert und Kanadas Gesundheitssystem war weiterhin stark von beiden Ländern beeinflusst (SMART 1983).

Die grundsätzliche Idee hinter dem Vorschlag der Verschreibungskliniken bestand darin, den Opiatsüchtigen saubere Drogen als eine Art Arznei zu verabreichen und damit die Gesundheit

des Süchtigen zu stabilisieren sowie weitere Devianz und gesellschaftliche Probleme zu vermeiden. Sogar hohe kanadische Regierungsoffizielle sprachen sich in den fünfziger Jahren öffentlich für die Einrichtung solcher Betäubungsmittel-Abgabeprogramme im Zuge der wachsenden Problemsituation aus, jedoch setzte sich im Endeffekt der Vorschlag der Opiat-Kliniken gegen den bestehenden beträchtlichen Widerstand aus politischen, medizinischen und Polizeikreisen nicht durch. Stattdessen brachte der kanadische Staat immer mehr Ressourcen in die Drogenstrafverfolgung ein und jede größere Stadt hatte bald ihre wohlbekannte „heroin scene“ (GIFFEN et al. 1991).

Das novellierte kanadische Drogenkontrollgesetz, das nach langen Beratungen schließlich im Jahre 1961 verabschiedet wurde, enthielt zwar noch einen Paragraphen, der unbegrenzte Zwangsbehandlung für Süchtige als „Strafersatz“ vorsah; dieser Absatz wurde aber nie offiziell verkündet und daher nie als Gesetz wirksam – die Strafverfolgung hatte sich als der zentrale und mächtige Baustein staatlicher Suchtpolitik fest etabliert. Allerdings enthielt das neue Gesetz auch eine fast unbemerkte und lange weitgehend unbenutzte Klausel, die es Ärzten erlaubte, Betäubungsmittel an alle Patienten – also im Zweifelsfalle auch an Drogenabhängige – zu verschreiben, wo dies als „in der Behandlung einer medizinischen Kondition notwendig“ erachtet war (SMART 1983).

#### **4.5.2. Opiatgestützte Behandlung Abhängigkeitskranker**

Die Geschichte der Opiatverschreibung in Form von Methadonbehandlung in Kanada begann vergleichsweise früh und unscheinbar. Im Jahre 1959 erhielt der Arzt Robert Halliday in Vancouver von den Bundesgesundheitsbehörden die Genehmigung, für einen Versuch mit einer kleinen Gruppe Heroinabhängiger Methadon für Detoxifikations- und Entzugszwecke zu verwenden. Hallidays Behandlungsansatz entwickelte sich schnell von bloßer Kurzzeit-Detoxifikation zu längerfristiger Substitutionsbehandlung. Zu Anfang der sechziger Jahre begann Halliday, psycho-soziale Behandlung zur bloßen Opiatverschreibung zu addieren, sagte sich von „Abstinenz“ als Behandlungsziel der Methadontherapie explizit los, verglich Methadonverschreibung mit dem Konzept der Insulinbehandlung für Diabetiker und propagierte die Methadonbehandlung als vielversprechende und wirksame Therapie für Heroinabhängige (HALLIDAY 1963; siehe auch PAULUS & HALLIDAY 1967). Dies alles geschah vor Dole and Nyswanders ersten Methadonexperimenten in den USA (DOLE & NYSWANDER 1965).

Das erste kanadische Methadon-Substitutionsprogramm war damit etabliert. Im Jahre 1964 – demselben Jahr, in dem Dole and Nyswander schließlich ihre Methadonversuche in New York starteten – richtete Ontarios „Addiction Research Foundation“ (ARF) bereits ihr erstes Methadonprogramm ein (ARCHIBALD 1990). Ebenfalls in diesem Jahr führte die ARF eine Suchtbehandlungs-Konferenz durch, auf der man erste Methadonbehandlungs-Richtlinien entwarf und empfahl, Behandlungsdaten zu sammeln und Methadonverschreibung vornehmlich in Kliniken und nicht durch Privatärzte zu praktizieren. In den folgenden Jahren nahmen ungefähr zwei Dutzend weitere Substitutionsprogramme im ganzen Land ihre Arbeit auf, und die Zahl der Methadon verschreibenden Ärzte sowie der Patienten wuchs bis zum Ende der sechziger Jahre beständig an. Im Jahre 1972, nach vier Jahren intensiver Forschung, unterstrich eine großangelegte kanadische Bundeskommission zum Drogensuchtproblem unter der Leitung des angesehenen Richters Gerald Le Dain die primäre Wichtigkeit und Effektivität der Methadonbehandlung als „beste und erfolgreichste Waffe, die wir gegen die Heroinsucht haben“ (LE DAIN 1972). Die Kommission forderte die Regierung auf, Methadon-Behandlungsplätze für alle therapiewilligen Süchtigen verfügbar zu machen, und hoffte so, bis zur Hälfte der zu diesem Zeitpunkt geschätzten 30.000 Heroinsüchtigen in Kanada behandeln zu können.

Kurze Zeit bevor der Le Dain-Bericht veröffentlicht wurde, zeichnete sich jedoch ein tiefgreifender Richtungswechsel in der kanadischen Methadon-Behandlungspolitik ab. Breite Kreise sahen die bis dahin liberalen Behandlungspraktiken und die weitläufige Verfügbarkeit von Methadonprogrammen als die primäre Ursache für eine Reihe von Todesfällen, Überverschreibung und „double doctoring“ sowie die angeblich beträchtliche Präsenz von Methadon auf den Drogenschwarzmärkten, und sie drängten deshalb die Gesundheitsbehörden in konzertierter Aktion auf fundamentale Behandlungsrestriktionen (BISHOP 1971).

Auf Empfehlung einer Expertenkommission beschloss die Regierung schließlich restriktive Behandlungsvorschriften. Diese Vorschriften limitierten Methadonbehandlung auf Spezialkliniken und auf Ärzte mit einer von den Bundes-Drogenkontrollbehörden zu erwerbenden speziellen Lizenz, beschränkten Methadonabgabe an Langzeitabhängige, auf Verabreichung in oraler und nicht rezeptierbarer Form und sahen massive Kontrollen von Verschreibern, Patienten und Behandlungspraktiken vor (PEACHY & FRANKLIN 1985). Diese erheblichen und einschneidenden Behandlungsrestriktionen, die im Jahre 1972 im kanadischen Drogenkontrollgesetz verankert wurden, zeigten schnell Effekte in der Behandlungspraxis: Innerhalb weniger Jahre verlor die Methadonbehandlung immer MEHR an Bedeutung innerhalb der kanadischen Suchtbehandlung. Anfang der achtziger Jahre waren nur mehr 560 von den ursprünglich 1.700 Suchtpatienten in den wenigen übrig gebliebenen Programmen verblieben. Die Zahl der Ärzte, die aktiv Methadonbehandlung betrieben, sank im gleichen Zeitraum ebenfalls um zwei Drittel.

Die allermeisten der Empfehlungen der Le Dain-Kommission – einschließlich der Vorschläge zur Opiatverschreibungspolitik – blieben in den Folgejahren in der drogenpolitischen Praxis ignoriert, und im Allgemeinen wurde es zunächst um das Heroinproblem in Kanada recht still. Die siebziger Jahre waren vornehmlich von Diskussionen um Cannabispolitik dominiert, und die achtziger Jahre gehörten der angeblichen Kokain- und Crack-Epidemie. Doch plötzlich „entdeckte“ man in den neunziger Jahren das Heroinproblem wieder, als klar wurde, dass die offensichtlichen gesellschaftlichen Schäden und Probleme der Heroinsucht in Kanada im Begriff waren, dramatisch zu eskalieren.

### **4.5.3. Die Entwicklung des Heroinproblems**

Die Zahl der Heroinsüchtigen im Land (mit einer Gesamteinwohnerschaft von 28 Millionen) war in den neunziger Jahren zwar nur leicht auf einen Level von wissenschaftlich geschätzten 40.000-90.000 gestiegen (vgl. FISCHER & REHM 1997; SMART 1983), doch die Umstände und Schadenseffekte der Heroinsucht hatten sich drastisch verschlimmert. In der Westküsten-Provinz British Columbia stieg die Zahl der Todesfälle aufgrund von Heroin-Überdosis von einigen Dutzend auf ein paar Hundert an und kostete im Jahre 1995 im Durchschnitt ein Leben pro Tag (MILLAR 1998; CAIN 1994). Heroin-Überdosis, so stellte ein ernüchternder Bericht des Chef-Gerichtsmediziners British Columbias fest, bildete sich dort zur häufigsten Todesursache unter allen Männern in der Altersgruppe zwischen 18 und 34 Jahren heraus (CAIN 1994). Für ganz Kanada insgesamt wurden für das Jahr 1996 circa 1.000 Herointote geschätzt.

Heroin aus Asien, über Vancouver, aber auch Montreal und Toronto nach Nordamerika eingebracht, wurde so billig und rein wie nie zuvor angeboten. Doch während der schnelle Tod durch Überdosis heftige Schlagzeilen machte, holte der langsame Tod unter den Heroinsüchtigen im Land in der vergangenen Dekade ebenfalls rapide auf. Während HIV-Infektionsraten in Vancouver und anderen kanadischen Städten zu Anfang der neunziger Jahre noch unter der Fünf-Prozent-Marke lagen – und damit zum Teil unter vergleichbaren europäischen Werten – und Hepatitisraten ebenfalls vergleichsweise niedrig waren (REMIS &

SUTHERLAND 1993; SMART 1991), schnellten diese Werte in den Süchtigenpopulationen plötzlich dramatisch nach oben. In den späten neunziger Jahren wurden dann die HIV-Infektionsraten in den IV-Konsumenten-Populationen in vielen kanadischen Städten mit 25-40 % beziffert (wobei Toronto regelmäßig deutlich unter dieser Marke lag, ohne dass die Gründe dafür überzeugend klar erkennbar waren) (HANKINS et al. 1997; BRUNEAU et al. 1997; MILLSON, MYERS & CALZAVARA 1998). Aus Vancouver wurde eine HIV-Sero-Konversionsrate von 18,6 pro 100 Personen-Jahre unter Injektionskonsumenten berichtet. Hepatitis-C-Prävalenz-Raten wurden mit 60-90 % benannt. Obwohl in den meisten kanadischen Städten Spritzenaustauschstellen zur Verfügung stehen, blieben deren Austauschraten deutlich unter denen von vergleichbaren europäischen Zentren zurück (siehe FISCHER 1995) – restriktive Austauschpraktiken und Zugangsprobleme stellten weiterhin massive Barrieren für eine bessere Ausnutzung dieser Infektionsprophylaxe-Programme dar (NADELMANN et al. 1997).

Eine Studie von FISCHER & Ma. an einer Kohorte von 114 unbehandelten Heroinsüchtigen in Toronto zeigte, dass die große Mehrzahl der Probanden täglich mehrfach Opiate injizierte, aber auch eine bunte Vielzahl anderer Suchtstoffe (vor allem Kokain und Benzodiazepine) konsumierte und erheblichen Infektions- und Gesundheitsrisiken (vor allem durch fortgesetztes „needle sharing“, aber auch riskante Injektionspraktiken) ausgesetzt war. Die Mehrzahl der Probanden berichtete über akute physische and mentale Gesundheitsprobleme, für die oft keine medizinische Hilfe ersucht wurde. Die meisten der Probanden waren arbeitslos, ohne festen Wohnsitz und gaben pro Tag ca. \$ 120 für Schwarzmarkt-Drogen aus. Primäre Einkommensquellen waren Sozialhilfezahlungen und kriminelle Aktivitäten; im Durchschnitt beging jeder der Probanden jeden zweiten Tag ein Besitzvergehen und die Mehrzahl stand auf verschiedenen Ebenen mit dem kanadischen Strafverfolgungssystem im Konflikt; ungefähr die Hälfte war allein in den letzten zwölf Monaten vor Zeitpunkt des Interviews verhaftet worden und hatte Zeit in einer Strafanstalt verbracht (vgl. FISCHER et al., im Druck). Eine „Cost of illness“-Analyse der Daten dieser Kohorte in Bezug auf Sozialproduktivitäts- (Gesamtanteil: 15,2 %), Gesundheitssystem- (9,5 %), Viktimisierungs- und Strafverfolgungskosten (75,7 %) schlussfolgerte, dass jeder unbehandelte Süchtige unter den gegenwärtigen Kontrollbedingungen die kanadische Gesellschaft ca. \$ 49.000 pro Jahr kostet (vgl. WALL, REHM, FISCHER et al.).

#### **4.5.4. Die Entwicklung der Behandlung Opiatabhängiger**

Unter dem Eindruck dieser Entwicklung der öffentlichen Gesundheitslage und der Lebenssituation von Heroinabhängigen in Kanada wandelte sich die Lage im Behandlungsbereich wieder. Zwischen 1985 und 1995 steigerte sich die Zahl der Methadon-Behandlungsplätze im Land, trotz uneingeschränkt restriktiver Behandlungsrichtlinien, auf einen Gesamtstand von circa 3.000. Schließlich verfügten die kanadischen Bundesgesundheitsbehörden, die administrative Hoheit über Methadonbehandlung an die Provinzen abzugeben, was zu vereinfachten Lizenzierungs- und Behandlungsrichtlinien zunächst in den Provinzen British Columbia und Ontario und dann in anderen Gebieten führte. Insbesondere wurden die Anforderungen für eine Methadon-Behandlungslizenz erheblich erleichtert, die Limitierungen auf Patientenzahlen und Methadon-Dosierungen wurden eliminiert und Behandlungsvorschriften flexibilisiert. Darüber hinaus begann man aktiv, niedergelassene Ärzte in das Methadon-Behandlungssystem zu rekrutieren und einzugliedern. Daraufhin erhöhte sich innerhalb von fünf Jahren die Zahl der Methadon-Behandlungsplätze in Kanada erheblich auf circa 12.000 Plätze. Damit waren zwischen 15-20 % der geschätzten Heroinsüchtigen-Population des Landes von Methadon-

Behandlungsprogrammen erfasst; die Zahl der Ärzte, die Methadonbehandlung anbieten, hat sich in diesem Zeitraum ebenfalls um fast ein Fünffaches vermehrt.

Doch trotz dieser massiven Ausweitung des Methadon-Behandlungsangebots sind die Grenzen dieses Interventionsansatzes in seiner Praxis im kanadischen Kontext eindrücklich klar und drastisch erkennbar. In einigen Gebieten Ontarios, vor allem im Stadtgebiet Torontos, kam es zu einem Überangebot an Methadonplätzen; das heißt, das Behandlungsangebot übertrifft die tatsächliche Nachfrage, obwohl sich ja immer noch die weitläufige Mehrheit der Heroinabhängigen nicht in Behandlung befindet. Private Methadonkliniken begannen mit aggressiven kommerziellen Taktiken um „Klienten“ zu werben. Eine Toronto-Kohortenstudie mit unbehandelten Opiatkonsumenten zeigte, dass viele Langzeitsüchtige mehrere abgebrochene Methadon-Therapieversuche hinter sich haben und die Mehrzahl der Probanden Methadonbehandlung aus verschiedenen Gründen als eine nicht akzeptable Behandlungsoption schlichtweg ablehnt oder nur sehr widerwillig in Betracht ziehen würde.

Die Le Dain-Kommission hatte bereits erkannt, dass ausreichend vorhandene Methadonplätze im Idealfall vielleicht gerade die Hälfte einer gegebenen Heroinabhängigen-Population in Behandlung anziehen würden (LE DAIN 1972).

In Anbetracht der dramatischen Schadens- und Kostensituation durch unbehandelte Opiatabhängigkeit und der drastisch begrenzten praktischen Effektivität der Methadonbehandlung in den vergangenen Jahren wurden – auch motiviert durch die prominenten Versuche in der Schweiz und den Niederlanden sowie entsprechende Pläne anderswo in Europa und Australien – in Kanada immer lauter und massiver die Dringlichkeit eines Heroinverschreibungs-Experiments diskutiert.

Diese Idee kann sich in Kanada auf eine gewisse Tradition berufen: Sowohl in ihrem „Behandlungsbericht“ (1972) als auch in ihrem „Schlussbericht“ (1973) forderte bereits die Le Dain-Kommission, angesichts der offensichtlichen Grenzen der Methadonbehandlung ein wissenschaftliches Heroinverschreibungs-Experiment speziell als „letzte Option“ („last resort“) für schwerbehandelbare Opiatabhängige durchzuführen (vgl. FISCHER & REHM 1997). Heroinverschreibung sollte als „Übergangslösung in einzelnen schweren Fällen praktiziert werden, wenn alle anderen Behandlungsinterventionen... versagt haben, um den Abhängigen aus dem illegalen Drogenkonsum-Dasein loszulösen“ (LE DAIN 1972). Das Experiment sollte unter streng medizinischer und wissenschaftlicher Aufsicht implementiert werden und bei positiven Ergebnissen für Schwerstbehandelbare in das reguläre Behandlungssystem eingegliedert werden.

In der Zwischenzeit ist die Bandbreite der Stimmen und Experten, die einen Heroinabgabe-Versuch in Kanada fordern, beträchtlich angewachsen. In den späten neunziger Jahren haben sich vereinzelt Bundespolitiker, die Vereinigung der provinziellen Gesundheitsbeauftragten Kanadas, eine Bundeskommission zum Thema Drogensucht und AIDS, die kanadischen Bundesmediziner- und Bundespsychiatervereinigungen sowie eine lange Liste von Wissenschaftlern und vereinzelt Polizeivertreter für ein solches Experiment explizit ausgesprochen (MILLAR 1998; FISCHER & REHM 1997; DE BURGER 1997; HANKINS et al. 1997). Das größte Suchtforschungs- und -therapiekrankenhaus des Landes, das Centre for Addiction and Mental Health (CAMH) in Toronto, hat vor einem Jahr offiziell eine Position eingenommen, die solch einen Versuch ausdrücklich fordert (CAMH 1998).

#### **4.5.5. Die NAOMI – Initiative**

Schließlich bildete sich eine nordamerikanische Arbeitsgruppe aus circa zwei Dutzend amerikanischen und kanadischen Forschern und Medizinerinnen aus leitenden Institutionen im

Suchtbereich, die sich über den dringenden Bedarf für einen wissenschaftlichen Heroinverschreibungs-Versuch in Nordamerika einig waren. Die Mitglieder der „NAOMI“-Initiative („North American Opiate Medications Initiative“) verständigten sich im September 1998 darauf, einen Protokollentwurf für einen kontrollierten multizentrischen Heroinverschreibungsversuch in ausgewählten kanadischen und amerikanischen Städten zu entwickeln. Die Arbeitsgruppe, auf kanadischer Seite unter der Federführung des CAMH sowie unter Mitarbeit von Universitäten und Krankenhäusern in Toronto, Vancouver und Montreal, auf amerikanischer Seite unter der Leitung der John Hopkins School of Public Health (Baltimore) und der New York Academy of Medicine, arbeitet auf einen Protokollentwurf für einen kontrollierten wissenschaftlichen Versuch hin, der noch im Laufe dieses Jahres einer ersten wissenschaftlichen und ethischen Begutachtung unterzogen werden soll.

Die Grundidee des NAOMI-Protokollentwurfs besteht darin, einen kontrollierten klinischen Versuch in circa sechs nordamerikanischen Versuchslokationen durchzuführen, der die Behandlungseffektivität von heroинunterstützter Behandlung mit Methadonbehandlung – bei allerdings weitgehend identischer psychosozialer Intervention – für schwerbehandelbare Langzeitsüchtige vergleicht. Probanden – vorgesehen sind circa einhundert pro Versuchslokation – sollen in eine der beiden Behandlungsmodalitäten randomisiert und zunächst über ein Jahr im jeweiligen Behandlungsarm behandelt werden. Die vorgeschlagene Effektivitätsevaluation wird durch eine unabhängige Forschungsstudie durchgeführt, die die notwendigen Daten durch Interviews, medizinische Untersuchungen sowie Justizdaten von allen Versuchsprobanden (einschließlich derjenigen, die aus dem Versuch vorzeitig ausscheiden) regelmäßig erheben wird. Als primäre Ergebnismessindikatoren werden Behandlungsretention und ein Indexkatalog von Gesundheits-, Sozial- und Drogenkonsum-Indikatoren operationalisiert; weitere sekundäre Ergebnisindikatoren sollen unter anderem eine Kosten - Nutzen-Analyse beinhalten.

Doch während die Vorstellung eines Heroinabgabe-Versuchs in Nordamerika noch sehr fiktional klingen mag, sind zumindest die formalen Hürden in Kanada für ein solches Vorhaben gar nicht so abschreckend hoch. Die geltenden Gesetze erlauben den Bundesgesundheitsbehörden grundsätzlich die Genehmigung eines Heroinverschreibungs-Versuches – nach entsprechender positiver wissenschaftlicher und ethischer Begutachtung sowie innerhalb der internationalen Drogenkontrollverträge. Die bestehenden Regulationen verlangen auf dieser Basis nur eine Ausnahmegenehmigung von den kanadischen Drogenstrafgesetzen für die beteiligten Ärzte und medizinischen Institutionen.

Obwohl die NAOMI-Initiative momentan als eine wissenschaftliche und medizinische Initiative lanciert ist, wird die Entscheidung, ob es in Kanada einen Heroinverschreibungs-Versuch geben wird oder nicht, letztendlich eine fundamental politische sein.

Die kanadischen Bundesbehörden sowie Bundesgesundheitsminister Allan Rock, in den letzten Monaten mehrfach in den Medien auf das Szenario eines solchen Vorschlags für einen Heroinversuch angesprochen, halten sich derzeit bedeckt in einer Position, die weder explizite Zustimmung noch klare Ablehnung zeigt. In einem Brief verwies der Bundesgesundheitsminister kürzlich auf die Tatsache, dass die „Effektivität von Heroinverschreibung für die Behandlung von Schwersüchtigen nicht wissenschaftlich erwiesen“ sei, wohingegen diese Evidenz für „Methadonbehandlung klar erbracht“ sei (14.1.1999). Der Minister wies aber gleichzeitig darauf hin, dass das Rahmenwerk für eine wissenschaftliche Begutachtung eines Heroinverschreibungs-Versuchsantrages durchaus besteht und in Anspruch genommen werden kann. In einer Parlamentsdebatte – auf Anregung der sozialdemokratischen Abgeordneten Libby Davies, die einen Innenstadtwahlkreis Vancouvers im Bundesparlament vertritt – bezogen im Mai dieses Jahres die verschiedenen Parteifractionen dann auch die zu erwartenden Positionen zur politischen Forderung nach staatlicher Heroinverschreibung – je konservativer, desto klarer war das „Nein“.

Doch natürlich regt sich auch schon anderswo heftige Opposition gegen den kontroversen Vorschlag für einen kanadischen Heroinversuch; konservative Mediziner – von denen einige die Möglichkeit der Unterminierung einer derzeit recht profitablen Methadon-Behandlungsindustrie sehen – sowie Vertreter verschiedener Drogenstrafverfolgungsbehörden haben klar gemacht, dass man von der Initiative gar nichts hält und auch konkret gegen ihre Durchführung kämpfen wird. Anders als in den verschiedenen europäischen Heroin-Versuchsprojekten scheint es unwahrscheinlich, dass die kanadische Regierung einen solchen – naturgemäß sehr aufwendigen und teuren – Versuch, selbst wenn von offiziellen Stellen positiv begutachtet, direkt bezahlen würde. Das Vorhaben müsste daher zum allergrößten Teil aus wissenschaftlichen Drittmittel-Forschungsgeldern finanziert werden, und der „Mut“ der entsprechenden Forschungsorganisationen solch einen kontroversen und politisierten Projektantrag – der natürlich mindestens ebenso durchschlagende politische wie wissenschaftliche Symbolkraft hätte – gut zu heißen und zu unterstützen, wird erst im Realtest erfassbar sein.

#### **4.5.5.1. Das Konzept der NAOMI**

Seit 1998 sind nordamerikanische Forscher mit Erfahrung in verschiedenen Forschungsbereichen (Epidemiologie, Behandlung, Pharmakologie, Soziologie, Feldforschung et cetera) in Kooperation getreten, um an der Entwicklung eines wissenschaftlich und ethisch fundierten Forschungsprotokolls zu arbeiten. Die primäre Aufgabe besteht darin, zu untersuchen, ob der Prozentsatz von injizierenden Heroinabhängigen, die ein Therapieangebot annehmen und in ihm verbleiben, innerhalb dessen ihnen ärztlich verschriebenes Heroin – mit oder ohne zusätzlich verordnetem oralem Methadon – zugänglich gemacht wird, höher ist als jener, die sich für ein reines Methadon-Programm entscheiden. Die zweite Aufgabe besteht darin, abzuklären, ob die beiden Therapiearme gleich effizient sind, wenn beiden Behandlungspopulationen gleichwertige psychosoziale Hilfen angeboten werden.

##### ***Studienpopulation:***

Die Zielpopulation umfasst Personen, die den Kriterien der Opiatabhängigkeit (DSM-IV) entsprechen.

##### ***Einschlusskriterien:***

- Mindestens 25 Jahre alt
- Dauer der Opiatabhängigkeit mindestens 5 Jahre
- Mindestens 1 Jahr lang intravenöser Konsum
- Mindestens 2 fehlgeschlagene Versuche mit Methadon.

##### ***Ausschlusskriterien:***

- Schwere somatische oder psychiatrische Erkrankung, die die Vergabe von Opiaten kontraindiziert erscheinen lässt
- Schwangerschaft
- Personen, die unfähig sind, den “informed consent”-Vertrag für die Teilnahme an der Studie zu unterzeichnen.

##### ***Experimentelles Design und Vorstellungen über die Durchführung der Studie:***

In einer dreiwöchigen ersten Periode werden die Aufnahmekriterien anhand von medizinischen Daten, Daten aus Behandlungszentren, Daten über kriminelle Belastung et cetera beurteilt. Jene Personen, die bereit sind an der Studie teilzunehmen, werden dann entsprechend einer Zufallsverteilung den beiden Experimentalgruppen zugewiesen.

In der einen Gruppe besteht die Behandlung in der Verabreichung von intravenösem Heroin mit oder ohne zusätzlichem oralem Methadon, in der anderen in der ausschließlichen Verabreichung von oralem Methadon.

Insgesamt werden 470 Personen in die Studie aufgenommen. Davon werden 260 der Heroin-plus-Methadon-Gruppe zugewiesen und 210 der Methadon-Gruppe. 50 der 260 Teilnehmer in der Opiat-intravenös-Gruppe erhalten entsprechend einem Doppel-Blind-Design Hydromorphon (Dilaudid) und 210 Heroin. Das heißt, dass weder die Konsumenten noch die Forscher wissen, welche Substanz injiziert wird. Da Hydromorphon mittels Urinuntersuchungen von illegal zusätzlich konsumiertem Heroin unterschieden werden kann, wird es möglich sein, die Aussagen in dieser Teilpopulation hinsichtlich ihres Heroin-Beigebrauches zu verifizieren. Hydromorphon ähnelt in pharmakologischer Hinsicht dem Heroin und kann daher von den Teilnehmern angenommen werden. Jede Person, die an der Studie nicht teilnehmen kann oder will, wird über die bestgeeignete Behandlung informiert. Die Dosis wird von den Teilnehmern selbst bestimmt. In der Experimentalgruppe ist auf Wunsch die Komedikation von Methadon möglich. Das Heroin oder Hydromorphin wird in der Klinik bis zu dreimal täglich abgegeben. Die Applikation führen die Teilnehmer selbst durch und bleiben dann noch zu einer Beobachtungsperiode in der Klinik.

In der Kontroll(Methadon)- Gruppe wird die Dosis ebenfalls von den Teilnehmern selbst bestimmt; es gibt keine Dosierungsbegrenzungen. Nach einer Stabilisierungsphase kann das Methadon aus der Klinik verbracht werden. Der Kontrollgruppe steht individualisierte psychosoziale Betreuung zur Verfügung.

Bei Studienbeginn werden die Teilnehmer medizinisch und psychiatrisch untersucht und Blut- und Harntests unterzogen. In der Diagnostik werden auch standardisierte Instrumente wie der „Addiction Severity Index“ und ein Lebensqualitäts-Fragebogen eingesetzt.

In der Folge werden die Teilnehmer regelmäßig von Klinikern untersucht und alle drei Monate von einem Forscherteam, das während der Laufzeit der Studie Daten erhebt. Dieses Team ist in jeder Hinsicht unabhängig vom klinischen Team um Fehlbeurteilungen zu vermeiden und um die Vertraulichkeit der erhobenen Information zu gewährleisten.

Der Behandlungszeitraum wird mit zwölf Monaten veranschlagt. Die Datenerhebung soll noch weitere zwei Monate fortgesetzt werden. Die Studie soll in drei Städten stattfinden: In Vancouver, Toronto, and Montreal.

#### ***Angebotene Dienste:***

Neben dem medizinischen und pharmakologischen Behandlungsangebot stehen allen Teilnehmern psychosoziale Dienste bei Bedarf zur Verfügung. Diese Angebote werden zwar den jeweiligen Einrichtungen entsprechen, aber dennoch für jeden Behandlungsarm gleichwertig sein (Einzel- oder Gruppentherapie; Hilfe bei der Jobsuche; schulische Eingliederung; Wohnungsbeschaffung et cetera). Das klinische Team soll die Behandlung von Ko-Morbiditäten, wie zum Beispiel von AIDS und Hepatitis, garantieren und die notwendigen Überweisungen in die Wege leiten. Um Schwangerschaften frühzeitig zu erfassen und Komplikationen für den Fetus zu vermeiden, werden Frauen, die an der Studie teilnehmen, regelmäßig getestet. Wenn eine Schwangerschaft festgestellt wird, wird geeignete Hilfe angeboten und die Frau einem Methadon-Programm zugewiesen, da diese Methode in Kanada zur Zeit als die einzige empfohlene Substitution für Schwangere gilt.

#### ***Ergebnis-Messindikatoren:***

Nach zwölf Monaten werden die folgenden Ergebnisse erhoben:

- Haltekraft
- Drogengebrauch
- Illegale/kriminelle Handlungen.

Nach 12 und 24 Monaten werden Daten in folgenden Bereichen erhoben:

- Soziale Eingliederung (Berufstätigkeit, familiärer Bezug; Ausbildung, Wohnsituation)
- Physischer und psychischer Gesundheitszustand.

Auch die Kosten und Nutzen werden berechnet.

#### ***Begrenzungen der Studie:***

In Betracht der Zielpopulation – Heroinabhängige, die durch geläufige Behandlungsmethoden nicht erreichbar sind – werden die Ergebnisse eventuell nicht auf die Gesamtpopulation Heroinabhängiger übertragbar sein. Da auch anzunehmen ist, dass es zwischen den drei Behandlungsorten Unterschiede geben wird, ist es notwendig, für die Behandlung, insbesondere hinsichtlich der psychosozialen Betreuung, rigide Standards vorzugeben. Da weiters die behandelte Population per definitionem der Methadonbehandlung gegenüber resistent sein müsste, könnte der Fall eintreten, dass in der Methadongruppe mehr Abbrüche erfolgen. Diese Möglichkeiten müssen in der Beurteilung der Resultate berücksichtigt werden

#### ***Bedeutung für das öffentliche Gesundheitswesen:***

Wenn die Studie ein eindeutiges Ergebnis erbringt, kann es möglich sein, die Behandlungsoptionen für Opiatabhängige zu erweitern. Insbesondere für diejenigen, die von den traditionellen Angeboten nicht erreicht werden. Wenn sich solche Personen von einer neuen Behandlung angezogen fühlen und in ihr verbleiben, könnte die Last, die auf dem Gesundheitssystem ruht, reduziert werden. Wenn die Maßnahme imstande ist, kriminelles Verhalten einzudämmen, wird damit der Einsatz des Justizsystems entlastet und die Chance auf soziale Rehabilitation erhöht.

#### ***Ethische Überlegungen:***

Den ethischen Fragen wurde entsprechendes Augenmerk geschenkt. So wurden zum Beispiel die Probleme, die sich auf Vertraulichkeit, Risiko für die Öffentlichkeit und Vertrauenswürdigkeit vor dem Gesetz beziehen, abgeklärt. Die notwendigen Maßnahmen werden eingeleitet. Auf lokalem Niveau werden beratende Komitees aus der Gemeinde eingerichtet, die die Forscher bei der Umsetzung der Protokolle und hinsichtlich der ethischen Probleme und der Probleme mit der öffentlichen Ordnung beraten.

Ein Problem bleibt aber bestehen: Was geschieht mit den Teilnehmern, die intravenöses Heroin erhalten haben und die am Ende der Studie eine günstige Entwicklung hinsichtlich der definierten Outcome-Kriterien erkennen lassen? Alle Teilnehmer werden darüber informiert, dass die Heroinbehandlung nur für 12 Monate angeboten werden kann und dass nicht garantiert werden kann, dass nach Ablauf dieser Zeit eine Verlängerung des Angebotes möglich sein wird. Dieses Problem kann nicht vom Forscherteam gelöst werden. Es erfordert Entscheidungsprozesse auf dem gesellschaftlichen Niveau. Andererseits sind die Forscher dafür verantwortlich auf die politischen Entscheidungsträger einzuwirken, dass man diese Art von Behandlung aufrechterhält, wenn sie sich als wirksam erweisen sollte.

Das NAOMI-Protokoll wurde verschiedenen wissenschaftlichen und ethischen Komitees vorgelegt. Von der John Hopkins School of Public Health (Baltimore), der New York Academy of Medicine und der Universität von British Columbia wurde es angenommen. Auch von einem Panel internationaler Experten wurde es begutachtet und angenommen.

#### **4.5.6. Laufende Heroinprojekte in Kanada**

Anfang 2002 wurde ein entsprechendes Experiment in drei kanadischen Städten zugelassen. Der Heroinversuch ist ein wissenschaftliches Experiment, das in Toronto, Vancouver und Montreal unter der Leitung des Kanadischen Instituts für Gesundheitsforschung (Canadian Institute of Health Research) implementiert wird. Es besteht darin, dass einer speziell ausgewählten Gruppe von Personen, die langjährig heroinsüchtig sind und bislang insuffizient behandelt wurden, ärztlich verschriebenes Heroin zugänglich gemacht wird. Diese Patienten mussten bereits mindestens zweimal Methadon als Substitution versucht haben. In Vancouver zeichnet das B.C. Centre for Excellence in HIV/AIDS unter der Leitung von Dr. Michael O'Shaughnessy für den Versuch verantwortlich.

## 4.6. SPANIEN

In Spanien werden zwei Heroinexperimente durchgeführt. Eines davon wurde in Barcelona als „Katalonisches Projekt mit oraler Heroinvergabe“ gestartet (WHO 2002). Das zweite findet in Granada und Andalusien statt. Beide Projekte konnten nach langer Vorlaufzeit im Sommer 2003 die Arbeit aufnehmen.

### **Das „Katalonische Projekt“:**

Bei dem „Katalonischen Projekt“ handelt es sich um eine kontrollierte Doppelblind-Studie, in der drei Opiatsubstanzen parallel in 4 Zufallsstichproben miteinander verglichen werden. Eingeschlossen in die Studie werden Opiatabhängige, die mit der herkömmlichen Methadonunterstützung in zwei Anläufen nicht erfolgreich behandelt werden konnten. Bei den Vergleichssubstanzen handelt es sich um Diazetylmorphinhydrochlorat, Morphinsulfat und Methadonhydrochlorid, die alle in oraler Einnahmeform abgegeben werden.

Insgesamt werden 180 Patienten in 3 Zentren behandelt. In jedem Zentrum werden vier Gruppen aus je 15 Patienten gebildet, die

- in Gruppe 1 oral verabreichtes Diazetylmorphin,
- in Gruppe 2 oral verabreichtes Morphin,
- in Gruppe 3 einmal täglich Methadon und einmal täglich Placebo und
- in Gruppe 4 zweimal täglich Methadon

erhalten.

Die folgenden **Ausschlusskriterien** wurden definiert:

Schwangerschaft und Stillperiode; gravierende physische Beeinträchtigung (instabile Diabetes, Tuberkulose, AIDS, Lungen- und Nierenerkrankungen); nach DSM IV-Kriterien diagnostizierte affektive Störung, Schizophrenie und andere psychotische Erkrankungen; andere stoffgebundene Abhängigkeiten. Ausgeschlossen sind ebenso Patienten, die innerhalb des zuletzt vergangenen Monats Methadon erhielten, dessen Verbleib in der Studie organisatorische Probleme entgegenstehen (zum Beispiel ausstehende Gefängnisstrafe), die an einer anderen, gleichzeitig ablaufenden Studie teilnehmen und schließlich auch diejenigen Patienten, die in einer Behandlung stehen, in der sie Medikamente erhalten, die eventuell die Wirksamkeit des Heroin beeinträchtigen könnten. Dabei wurde auf die folgenden Arzneimittel Bedacht genommen: Carbamazepi, Phenobarbital, Rifabutine, Erythromycin, Fluconazol, Cimetidin, Ammoniumchlorid, Phenytoin, Rifampizin, Ketoconazol, Nevirapin, diverse Antidepressiva und antiretrovirale Proteaseinhibitoren.

Als **primäre Ergebnisvariablen** der Studie wurden die Haltekraft des Projektes und Veränderungen im Beigebrauch ärztlich nicht verschriebener Opiate definiert.

Die Studie schließt jedoch eine Reihe von **sekundären Erfolgsvariablen** ein; unter anderem wird auch versucht, die Dosierungen beziehungsweise die Äquivalenzdosen der drei überprüften Opiate im Therapieverlauf zu dokumentieren und genauer festzusetzen.

Weitere Forschungsziele umfassen die Beobachtung des Verlaufs des Beigebrauchs und anderer Risikoverhaltensweisen.

Die Laufzeit der Untersuchung ist mit 6 Monaten festgesetzt. In den ersten 14 Tagen sind die Patienten zur Einstellung stationär aufgenommen, anschließend werden sie ambulant betreut. Die Substanzabgabe findet zweimal pro Tag statt.

### **Das Projekt in Granada und in Andalusien:**

In der Studie, die in Granada und in Andalusien stattfinden soll, wurde geplant, die Wirkung von oralem Methadon mit der von intravenösem Heroin an einer Gesamtstichprobe von 150 Patienten in zwei Gruppen von je 75 Personen zu vergleichen. 1999 wurde angegeben, dass

dieses Experiment mit Heroinverschreibung angenommen worden sei und in wenigen Monaten starten könne (Harm Reduction Conference 1999).

Auch für dieses Experiment gilt als Einschlusskriterium der zweimalige erfolglose Versuch mit Methadon.

Als Behandlungsziele wurden definiert: signifikante Verbesserung der Lebensqualität; Verbesserung der sozialen und gesundheitlichen Integration der Patienten, Verringerung des Risikoverhaltens, Beurteilung der Wirksamkeit des verschriebenen Heroins.

Die Teilnehmer an der Studie wurden in der Szene selbst angeworben, und über NGOs und über Zuweisung von Behandlungszentren rekrutiert.

## **4.7. AUSTRALIEN**

### **4.7.1. Drogenpolitischer Hintergrund**

Australien schloss sich im Jahre 1925 der Genfer Konvention an. In der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts traten nur wenige Fälle von Heroinabhängigkeit auf. Diese wurden von Ärzten unter Überwachung durch staatliche oder regionale Gesundheitsbehörden betreut. Obwohl keine schädlichen Auswirkungen des Gebrauchs von Heroin beobachtet werden konnten, geriet in den frühen fünfziger Jahren Australien zunehmend unter international ausgeübten Druck, den Gebrauch von Heroin zu verbieten. Lokal und regional regte sich zwar Widerstand gegen eine totale Heroinprohibition – vor allem seitens der Ärztevertretungen –, dennoch wurde im Mai 1953 im Erlassweg der Import von Heroin völlig prohibiert. Auch in der Schmerzbehandlung wurde Heroin nicht mehr verwendet.

In den sechziger Jahren brachten dann vereinzelt US-Soldaten Heroin mit sich und fanden bald junge Australier, denen sie den injizierenden Umgang mit der Substanz vermittelten. Die „Bourbon and Beefsteak Bar“ in Sydney's King's Cross wurde das erste Zentrum des Heroinhandels in Australien. In den folgenden Jahren breitete sich das Injizieren von Heroin über den ganzen Kontinent aus und die Anzahl von jungen Frauen und Männern, die die Droge auf diese Weise gebrauchten, stieg rasant an.

#### ***Die aktuelle Situation:***

Offiziell beschritt Australien bereits 1958 eine nationale Drogenpolitik der "harm minimisation", wobei dieser Begriff allerdings nicht definiert wurde. Analysiert man die Ausgaben für den Kampf gegen Drogen und drogenbezogene Probleme ergibt sich, dass überwiegend Repression betrieben wird. 84 % der Summe von 620 Millionen \$ wurden im Jahre 1997 für Law Enforcement, das heißt für Angebotsbekämpfung, aufgewendet, 6 % für Behandlung und 10 % für Prävention und Forschung. In diesem Jahr wurden in Australien 100.000 regelmäßig injizierende Drogengebraucher gezählt und man sprach davon, dass man zu dieser Zahl noch etwa 175.000 gelegentlich injizierende Drogengebraucher hinzurechnen könne.

Die Anzahl injizierender Drogengebraucher hatte sich seit den sechziger Jahren um jährlich 7 % vermehrt. In den letzten Jahren des 20. Jahrhunderts beschleunigte sich diese Zunahme. Ein Indikator dafür ist die Steigerung der Zahl der Drogenopfer. Diese Todesfälle nahmen von 70 (10,7 per Million) im Jahr 1979 auf 550 (67 per Million) im Jahr 1995 und auf ungefähr 800 1997 zu. Zwischen 1991 und 1997 verdoppelten sich die tödlich verlaufenden Überdosierungen. Für 1999 wurde erwartet, dass die tödlichen Überdosierungen die Zahl der Verkehrstoten übersteigen werden. Auf jeden Fall erhöhten sie sich um 40 % gegenüber dem Vorjahr.

Im selben Zeitraum kam es auch zu einer erhöhten Nachfrage nach Injektionsbesteck und nach Suchtbehandlung und zu einer merklichen Zunahme drogenbezogener Delinquenz und von Korruptionsfällen in Behörden.

Aufgrund dieser Situation sah sich die Prohibitionspolitik zunehmender Kritik ausgesetzt und wuchs das Bedürfnis nach neuen Wegen der Suchtbehandlung.

1991 erstellte das „Select Committee on HIV, Illegal Drugs and Prostitution“ der ACT Legislative Assembly einen Vorschlag bezüglich eines Heroinexperiments, der einer Machbarkeitsstudie in der ACT (Australian Capital Territory) den Weg bahnte.

Diese Machbarkeitsstudie wurde in Zusammenarbeit mit dem Australischen Institut für Kriminologie durchgeführt. An dieser Studie waren über 100 Personen als Mitarbeiter, Assistenten und Berater beteiligt und viele Hundert weitere Personen haben in Workshops, Seminaren und Diskussionen einen Beitrag geliefert. Die Meinung von über 5.000 Einwohnern wurde durch das ACT und in Bevölkerungsbefragungen eingeholt. Zunächst ging es darum, ein breites Spektrum von Auffassungen zu ermitteln. Die Vorarbeiten zu einem Vorschlag, der sowohl klinisch umsetzbar, wie auch evaluierbar und relativ risikofrei sein sollte, erforderten einen mühsamen Prozess, in dem die Erkenntnisse wissenschaftlicher Disziplinen (Anthropologie, klinische Wissenschaft und Gesundheitsversorgung, Demographie, Ökonomie, Epidemiologie, Jurisprudenz, Pharmakologie, Philosophie, Politikwissenschaft, Strategieanalyse, Psychologie, Soziologie und Statistik) und die Einsicht der zentral betroffenen Gruppierungen (Personen, die heroinabhängig sind oder waren, Polizei, Behandlungspersonal, Beratungspersonal, die Öffentlichkeit und politische Akteure) miteinander in Bezug gebracht und integriert werden mussten.

Insgesamt beanspruchten diese Arbeiten vier Jahre. Schlussbericht und Empfehlungen aus der Machbarkeitsstudie wurden im Juni 1995 der ACT Chief Ministerin, Ms. Kate Carnell, vorgestellt. Diese meinte, dass ein Versuch nicht ohne Unterstützung durch andere Staaten in Gang gesetzt werden könne und außerdem finanzieller Unterstützung bedürfe.

Nichtsdestoweniger erstellte auf der Basis dieser Machbarkeitsstudie der ACT einen konkreten Forschungsplan.

#### **4.7.2. Der Entwurf des ACT**

Der Entwurf eines Heroinversuchs für das ACT (Australian Capital Territory) baute einerseits auf den Ergebnissen der Machbarkeitsstudie auf. Darüber hinaus aber auch darauf, dass sich die Auffassung zu bestätigen schien, dass Behandlung der kosteneffizienteste Zugang zur Lösung der drogenbezogenen Probleme sei.

Es wurde Bedacht darauf genommen, dass der Vorschlag ein wichtiges Thema berührt, klinisch umsetzbar und evaluierbar ist und minimale Risiken einschließt.

Der Versuch umfasst im Forschungsplan zwei Pilot-Studien und ein klinisches Experiment.

##### **4.7.2.1. Zielvorstellungen und erwartete Ergebnisse**

Im Zentrum des Projektentwurfs für einen Heroinversuch steht eine klinische Überprüfung einer neuen Behandlungsoption gegenüber dem aktuellen State-of-the-art. In diesem Sinn verkörpert das Projekt eine übliche Überprüfung einer neuen Behandlungsmethode.

Als zentrale Fragestellung wurde formuliert: Ist eine Erweiterung der pharmakologisch gestützten Behandlung der Opiatabhängigkeit in dem Sinne, dass injizierbares Heroin und orales Methadon verfügbar sind, erfolgreicher als das geläufige Unterstützungsmodell, das nur orales Methadon kennt?

Folgende Erfolgskriterien wurden für das Projekt definiert:

- Fähigkeit, Heroinabhängige in Behandlung zu bringen
- Fähigkeit, vorzeitigen Therapieabbruch zu vermeiden

- Fähigkeit, Gesundheit und Wohlbefinden zu verbessern.  
Eingeschlossen in dieses Kriterium sind eine Reduktion des Drogengebrauchs, Reduktion delinquenten Verhaltens, sowie die Verbesserung der sozialen Integration.
- Kosteneffizienz.

#### 4.7.2.2. Pilot-Studien

In der ersten Phase sollen in der ACT zwei Pilotstudien durchgeführt werden, für die jeweils eine Laufzeit von 6 Monate angesetzt ist.

##### ***Erste Pilot-Studie:***

An der ersten Pilot-Studie sollten 40 Personen teilnehmen, die im Methadonprogramm des ACT waren oder sind und die seit 1993 im Areal des ACT wohnhaft sind.

Zur Hälfte sollte diese Gruppe aus Personen bestehen, die gerade Methadon beziehen, die erweiterte Behandlungsoption für sich in Anspruch nehmen wollen und sich daher dem Versuch freiwillig zur Verfügung stellen, zur anderen Hälfte aus ebenfalls Freiwilligen, die aber aus einem Methadon-Behandlungsprogramm ausgestiegen waren. In den Gruppen sollten die Geschlechter in vergleichbarer Weise vertreten sein.

Die Teilnehmer sollten zwischen verschiedenen Therapieangeboten wählen können: nur injizierbares DAM; injizierbares DAM und orales Methadon; orales Methadon allein.

Innerhalb der Begrenzungen, die die medizinische Sicherheit erfordert, sollten alle Teilnehmer auch die Behandlung wechseln können.

Nur wenn die erste Pilot-Studie Ergebnisse in folgenden Bereichen gebracht haben würde, sollte mit der zweiten Pilot-Studie begonnen werden können:

- Für mehr als die Hälfte der Versuchspersonen in den Gruppen A und B konnte eine stabile Erhaltungsdosis gefunden werden.
- Die Teilnehmer konnten sich sicher und bequem zwischen den Behandlungsoptionen bewegen.
- Mindestens die Hälfte der Erfolgskriterien hinsichtlich für Gesundheit und Wohlbefinden wurde erfüllt.

In der ersten Pilot-Studie sind auch Untersuchungen über die Pharmakokinetik und Psychopharmakologie des Diazetylmorphin enthalten. Insbesondere werden die Auswirkungen auf die Lenkertüchtigkeit untersucht.

Der zentrale Inhalt der ersten Pilot-Studie ist „Stabilität“. In einem Expertenmeeting bezüglich der Substitutionsbehandlung, das im Mai 1995 von der WHO organisiert wurde, wurde stabilisierte Einnahme innerhalb eines definierten therapeutischen Dosierungsschemas als Kriterium effizienter Unterstützungsbehandlung identifiziert. In diesem Sinne sah der Projektvorschlag vor, dass Patienten bis zu drei mal täglich die Klinik aufsuchen können, um sich Heroin zu injizieren. Jenen Patienten, die auf diese Weise nicht auf eine stabile Heroindosis eingestellt werden können, wird zusätzlich eine niedrige Dosis Methadon verschrieben.

##### ***Zweite Pilot-Studie:***

Als zweite Pilot-Studie soll eine randomisierte Kontrollstudie durchgeführt werden. Daran sollen 250 Personen teilnehmen, für die die gleichen Einschlusskriterien gelten wie für die Teilnehmer an der ersten Pilot-Studie. Im Gegensatz zur ersten Studie soll aber die Hälfte der Teilnehmer selbst über ihre Behandlungsoption entscheiden, während die andere Hälfte ausschließlich orales Methadon verordnet bekommt.

Diese zweite Pilot-Studie soll demnach folgende Forschungsaufgaben erfüllen:

- Jene Fragen, denen bereits in der ersten Studie nachgegangen wurde, vertieft beforschen.

- Die Attraktivität und die Haltekraft der verschiedenen Behandlungsoptionen beforschen.
- Feststellen, ob in dieser Patientenpopulation Zufallszuteilungen überhaupt durchführbar sind.

Diese Vorgangsweise wurde gewählt, um vor der Durchführung einer großen kontrollierten klinischen Studie unter den Bedingungen der Zufallszuordnung abzuklären, ob diese strenge Methodik bei dieser Fragestellung und an Heroinabhängigen überhaupt anwendbar ist. Sollte sich das Gegenteil erweisen, muss man sich zu einer Entscheidung über eine weniger überzeugende Form der wissenschaftlichen Beweisführung durchringen. In alternativer Weise gedacht, erlaubt es – falls in der zweiten Pilot-Studie nur wenige Patienten ausfallen – die Stichprobengröße, statistisch sinnvolle Vergleiche über die Auswirkungen der verschiedenen Behandlungsoptionen anzustellen.

### ***Der Entwurf einer großen klinischen Studie:***

Eine derartige Studie wäre folgendermaßen aufzubauen:

- 1000 Teilnehmer in 3 Städten.
- Als Teilnehmer Freiwillige, die gleichmäßig aus folgenden drei Gruppen gezogen werden:
  - abhängige Heroingebraucher, die nie in Behandlung waren;
  - abhängige Heroingebraucher, die eine Behandlung abgebrochen haben;
  - abhängige Heroingebraucher, die sich gerade in Methadonbehandlung befinden.

Für die Untersuchung ist eine Laufzeit von 2 Jahren anzusetzen. Im ersten Jahr würde sie als randomisierte, kontrollierte Studie durchgeführt werden, während im zweiten Jahre allen Teilnehmern die Möglichkeit geboten würde, sich für die Form der Behandlung selbst zu entscheiden. Aus der Studie sollte eine Evidenz-gestützte Bewertung der Rolle des DAM innerhalb der opiatgestützten Behandlung hervorgehen. Dabei sollte auch beurteilt werden, für welche Teilstichprobe diese Art der Behandlung brauchbar ist. Indikationen und Kontraindikationen sollten ebenfalls Evidenz-gestützt erarbeitet werden. Insgesamt sollte eine besser ausbalancierte Beurteilung der medizinischen Verschreibbarkeit dieser Substanz möglich werden.

## **4.7.3. Australien 1997-2002**

### **4.7.3.1. Die drogenpolitische Diskussion**

Am 31.7.1997 gaben zunächst der Ministerrat für Drogenfragen, dem die Minister für Gesundheit und Justiz angehören, die Erlaubnis für einen Heroinversuch in Canberra, in dem 40 Heroinabhängige Aufnahme hätten finden sollen.

Die Leiterin des ACT, Minister Mrs. Carnell nannte die damit geschaffene Möglichkeit „the most dramatic breakthrough in drug treatment in 25 years“.

Am 18. August allerdings lehnte die konservative Regierung das Experiment ab. Der Versuch hätte aber die Unterstützung der Regierung gebraucht, da von ihr sowohl die Finanzierung des Projekts als auch die Möglichkeit, Heroin zu importieren, abhängt. Gegen die Durchführung des Versuchs hatte es eine Medienkampagne gegeben. Außerdem hatten Meinungsbefragungen erbracht, dass eine Mehrheit von 55 % in der Bevölkerung sich gegen das Experiment aussprach.

Ministerpräsident John Howard sprach sich explizit gegen Heroinversuche aus: “It remains the policy of this government to totally oppose heroin trials in this country. I believe that those who advocate heroin trials are misguided.”

Im April 2000 forderte das Law Council, das höchste legistische Gremium Australiens, die Bundesregierung auf, die Wiederaufnahme des Heroinversuches in der ACT zuzulassen und

zu unterstützen. Diese Stellungnahme folgte der Linie, die das Law Council bereits 1995 vorgegeben hatte. Auch damals war festgestellt worden, dass es außerordentlich bedeutsam sei, dass die Bundesregierung einen derartigen Versuch zulasse und fördere. Für das Council sprach Dr. Hughes, der den Standpunkt vertrat, dass aufgrund der Ergebnisse der Heroinversuche in der Schweiz und in den Niederlanden der Regierung die Verantwortung für die Durchführung derartiger Versuche erwachse.

Im August 2000 erging dann aus dem Law Institute Council eine Resolution folgenden Wortlauts:

*“The policy of prohibition of cannabis and heroin has been an expensive failure. Drug use is increasing, prices are falling while purity is rising, the black market continues to grow and deaths from heroin overdose will soon outnumber the road toll. It is time to try alternatives to more police, more punishment, more prisons. In sentencing offenders whose drug addiction leads them to crime, priority should be given to treatment and rehabilitation rather than punishment. We call for legislation that gives sentencing judges the option of suspended or deferred sentences for drug addicted offenders who have a real prospect of rehabilitation.*

*The Prime Minister, Mr John Howard, and State and Territory governments should agree to the immediate commencement of the cancelled ACT heroin trial with a view to adopting harm minimisation policies, similar to those successfully adopted in Switzerland and The Netherlands.*

*Drug addiction should be treated primarily as a health issue.”*

Diese Auseinandersetzung wird weitergeführt. 2001 erbrachte eine Meinungsbefragung, dass sich je etwa 45 % der Bevölkerung für beziehungsweise gegen die Zulassung des Therapieversuchs aussprachen. Dieses Referendum war von der regionalen Regierung des ACT ermöglicht worden. Daraufhin wurde im Sommer 2001 erneut seitens der Regionalregierung des ACT der Antrag auf die Durchführung eines Heroinprojektes eingebracht.

Den Hintergrund der neuen Initiative bildete eine Empfehlung seitens der NCA (National Crime Authority), dass man den Ärzten erlauben solle, Heroin aus staatlichen Beständen zu verschreiben. Die ACT blieb in ihrer Haltung nicht allein. Auch andere Staaten unterstützen die Einführung von Heroinprojekten. Neben dem Generalstaatsanwalt der Süd-Australischen Region, unterstützt auch sein Amtskollege aus der Region New South Wales den Vorschlag der NCA.

Die regionalen Regierungen von Victoria und von West-Australien wollten sich noch alle Optionen offen halten, während die regionalen Regierungen von Queensland und von Nord-Australien die Vorschläge der NCA ablehnten.

Aus Tasmanien verlautete, dass Heroinprojekte bislang kein Thema gewesen seien.

Auch unter Experten bestehen Differenzen. Dadurch gelangt auch das Australian National Council on Drugs zu keiner einheitlichen Auffassung. Im Council vertreten sind auch Experten, die eine strikte Abstinenzauffassung vertreten. Der Vorsitzende des Councils ist der Heilsarmee-Major Brian Watters, der als Hardliner der Prohibition gilt und im Beirat der 2000 gegründeten „Freedom From Drugs Foundation“ vertreten war, die als Repräsentant der Zero-Toleranz-Einstellung gegenüber dem Drogengebrauch gilt.

April/Mai 2002 bemühte sich die Regierung des ACT erneut um die Zulassung des Heroinversuchs. In der aktuellen politischen Situation, in der die oppositionelle Labor-Partei alle staatlichen und regionalen Regierungen kontrolliert, forderte der Ministerpräsident (Chief Minister) der ACT, John Stanhope, erneut den australischen Premierminister John Howard, aber auch alle Regierungschefs und Gesundheitsminister auf, sein Vorhaben eines gemeinsam finanzierten nationalen Heroinprojektes unter der Leitung der ACT zu unterstützen.

Die Reaktion der verschiedenen Staaten war erneut uneinheitlich. Der Ministerpräsident des Northern Territory meinte, dass er den Plan unterstütze, ihn aber zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht implementieren könne. Ähnlich ambivalent reagierte die Regierung von Victoria. New South Wales ließ verlauten, den Plan nicht zu unterstützen. Allgemein wurde auch von den Befürwortern vermerkt, dass die politische Unterstützung fehle. Premierminister Howard blieb bei seiner ablehnenden Haltung und vertritt weiterhin den Standpunkt, dass Heroinprojekte ein falsches Signal seien, das eventuell die Bemühungen in Erziehung und Prävention unterlaufen könnte. Bei der Haltung des Premierministers ist zu berücksichtigen, dass sein Hauptberater in Drogenfragen der oben erwähnte Brian Watters ist. Watters zog sich 2002 aufgrund wachsender Kritik an seiner Position in der Freedom from Drugs Foundation aus deren Beirat zurück. Dies änderte aber nichts an seiner Haltung gegenüber den Heroinprojekten, die er noch im Frühjahr 2003 erneut zurückwies: *"Why would we want to change now and make drugs available, that's mad"*, sagte er im März 2003.

2002 schlugen HALL, KIMBER & MATTICK einen Ausweg aus der Blockade der Heroinversuche vor. Um das Problem der Heroinverschreibung zu umgehen und dennoch die Versorgung jener Heroinabhängigen sicherzustellen, die nicht auf injizierte Zufuhr verzichten können oder wollen, sollte man einen Versuch mit Hydromorphon (Dilaudid) machen.

Dieses Derivat sei ebenfalls injizierbar und habe ähnliche Effekte wie Heroin. Die Substanz sei ohnehin besser geeignet als das DAM, da

- Heroin und Dilaudid beide eine kurze Wirkungsdauer haben. Die subjektiven Effekte des Hydromorphon werden von erfahrenen Heroingebern als sehr ähnlich bezeichnet.
- Hydromorphin eine in Australien registrierte Substanz (Schedule 8) ist. Es kann daher für medizinische Zwecke verschrieben und für klinische Versuche herangezogen werden. Man müsste daher keine Veränderungen hinsichtlich der gesetzlichen Regulierungen vornehmen um einen Versuch mit injizierbarem Hydromorphin zu starten. Man würde sich auch ersparen, dass der Import und die Verteilung des Heroin vom INCB überwacht werden.
- Hydromorphin in der Harnanalyse von Heroin differenziert werden kann, so dass der Beigebrauch von Straßenheroin leicht identifiziert werden kann.
- Hydromorphin in politischer Hinsicht nicht derart symbolisch besetzt ist wie das Heroin. Dadurch könnte ein Versuch mit dieser Substanz in aller Ruhe unter Vermeidung sensationelle Berichterstattungen durchgeführt werden. Da unklar ist, ob nicht ein großer Teil der unbehandelbaren Heroinabhängigen nur Heroin akzeptieren kann, müsse allerdings zuerst eine Machbarkeitsstudie durchgeführt werden, um die Attraktivität der Substanz für Heroinabhängige festzustellen.

WODAK & Ma. (2002) kritisierten diesen Vorschlag als vorwiegend politisch motiviert. Für den Einsatz des Hydromorphon gebe es keine klinische Evidenz, für die Durchführung von Heroinexperimenten hingegen schon. In einer Replik auf diesen Angriff verteidigte Hall jedoch seine Einstellung bei seinem Vorschlag. Ein Versuch mit Hydromorphon würde es möglich machen, die Rolle injizierbarer Opiate in der Substitutionsbehandlung zu bewerten und würde in drogenpolitischer niemanden daran hindern, Heroin als die geeignetste Substanz für die Behandlung refraktärer Heroinabhängiger zu etablieren.

#### 4.8. DÄNEMARK

Nachdem in Dänemark die Einführung der heroingestützten Behandlung diskutiert wurde und von einer Arbeitsgruppe, die sich Fragen der Harm Reduction und der HeGeBe widmete, im

Jänner 2002 ein entsprechender Endbericht vorgestellt wurde, wurde später diese Option von der neugewählten Regierung ebenso verworfen wie die Etablierung von Konsumräumen.

## **5. ZUSAMMENFASSENDE DARSTELLUNG**

### **5.1. Überblick über den internationalen Stand der heroingestützten Behandlung**

In den neunziger Jahren des 20. Jahrhunderts entwickelte sich die Tendenz, das Spektrum der opiatgestützten Behandlung Opiatabhängiger um die ärztliche Abgabe des Diazetylmorphin selbst an eine bestimmte Teilpopulation der Heroinabhängigen zu erweitern.

Die besondere Positionierung des DAM in der Suchtmittelbekämpfung und der Umstand, dass die Substanz in den meisten Ländern aus dem Arzneimittelschatz gestrichen worden war, machte es notwendig, dem erneuten medizinischen Einsatz der Substanz klinische Studien vorzuschicken, um die heroingestützte Behandlung als neues Behandlungskonzept evidenzgestützt einführen zu können.

Als erstes Land wagte sich die Schweiz an diese Aufgabe. Es folgten die Niederlande und Kanada. In Deutschland und in Spanien sind entsprechende Experimente im Jahre 2003 etabliert worden. Für Australien wurde ein vergleichbares Projekt entworfen, jedoch aufgrund der politischen Verhältnisse bislang nicht implementiert.

In England wurde die ärztliche Verschreibung von Heroin an Opiatabhängige nie völlig sistiert. Dementsprechend verfügen wir aus diesem Land in einzigartiger Weise über Ergebnisse des Routineeinsatzes dieser Behandlungsmethode, die in die abschließende Diskussion eingebracht werden können.

Die neue Entwicklung kann sich auf den Europäischen Drogenaktionsplan berufen. Unter den sechs Hauptzielen, die in dieser internationalen Zielvorgabe in ihrer aktuellen Gestalt für die Periode 2000 bis 2005 genannt werden, finden sich drei Ziele, mit denen die Erweiterung des Angebots schadensreduzierender Maßnahmen allgemein und insbesondere auch die spezifische Verbreiterung des Substitutionsangebotes in Einklang stehen:

- Hauptziel 2: Die Auswirkungen drogenbedingter Krankheiten und die Anzahl der Drogentoten sollen in den nächsten 5 Jahren verringert werden.
- Hauptziel 3: Erhebliche Steigerung der Anzahl erfolgreich behandelter Drogenabhängiger.
- Hauptziel 5: Erhebliche Verringerung der Anzahl der Drogenstraftaten in den nächsten 5 Jahren.

### **5.2. Die wissenschaftliche Ausrichtung der internationalen Experimente**

In der Schweiz wurde zunächst für die Etablierung des erneuten medizinischen Einsatzes des DAM ein Forschungsansatz wie für die Zulassung eines neuen Arzneimittels entwickelt. Es zeigte sich jedoch, dass dieser erste Entwurf, der Doppelblind-, Blind- und Vergleichsdesigns eingeschlossen hatte, nicht umsetzbar war. Daraufhin wurde die Methode der Kohortenstudie gewählt.

Obwohl diese Wahl ausführlich begründet wurde und die Schweizer Autoren auch erläuterten, warum sie von einer kontrollierten Doppelblind-Studie Abstand genommen hatten, wurde die wissenschaftliche Ausrichtung der Studie von einem externen Expertenkomitee der WHO kritisiert, das aufgrund einer Anregung seitens der UNO-Behörde eingesetzt worden war. Das Studiendesign erschien den externen Evaluatoren als zu wenig rigoros und ungeeignet, die Bedeutung der Abgabe des Heroin für die beschriebenen günstigen Effekte abzugrenzen. Ohne auf die Argumente der Schweizer Autoren einzugehen, forderte das Komitee erneut die

Durchführung von randomisierten kontrollierten Untersuchungen, um die spezifische Auswirkung unterstützender Dienstleistungen auf das Behandlungsergebnis zu beurteilen.

In den Designs der in der Folge in den Niederlanden und in Deutschland entworfenen Studien wurde versucht, diejenigen Vorgangsweisen, die der Schweizer Studie als Fehler angelastet worden waren, zu vermeiden, beziehungsweise dort, wo Schwachstellen der Schweizer Studie geortet worden waren, den Anregungen der externen Expertenkommission zu entsprechen. Dementsprechend wurden die Projekte als randomisierte kontrollierte klinische Studien entworfen.

In den Niederlanden trachtete man danach, die positiv dargestellten Resultate der Schweizer Studie in einer klinischen Studie zu überprüfen. Um diese Überprüfung nach den im externen Expertenbericht monierten gültigen Standards für klinische Studien durchzuführen, wurde eine kontrollierte Vergleichsstudie mit Zufallszuordnung zu verschiedenen Therapieangeboten („randomized controlled trial“ – RCT) entworfen. Zusätzlich wurde die Wirksamkeit der ärztlichen Verschreibung von Heroin zur Inhalation an Heroinabhängige, die bislang die Substanz nicht injizierten, wohl aber inhalierten, untersucht. Dadurch wurden in der niederländischen Studie Forschungsfragen bearbeitet, die in der Schweizer Untersuchung nicht berücksichtigt worden waren oder für die Schweizer Situation nicht in gleicher Weise relevant schienen.

Auch die deutsche Studie ist als RCT stilisiert und folgt den Richtlinien der „guten klinischen Praxis“. In ihr wurden gegenüber der niederländischen Studie erneut bestimmte Erweiterungen eingeführt: Die Zielgruppe wurde erweitert, die Zielkriterien wurden um die „Reduktion des Heroinbeikonsums“ erweitert, die Wirksamkeit psychosozialer Begleitmaßnahmen soll intensiver beforscht werden. Insgesamt ist der Ansatz stärker auf Begleitforschung hinsichtlich von Langzeiteffekten und kriminologischen Fragestellungen orientiert. Um Langzeiteffekte besser beforschen zu können, setzte man die Dauer der Studie in Deutschland länger an.

In Kanada wurde ein Heroinexperiment etabliert, das ebenfalls als klinische Studie mit Zufallszuordnung und einer Doppel-Blind-Komponente abläuft.

Auch das noch nicht umgesetzte Australische Heroinprojekt ist als aufwändige klinische Studie entsprechend den Anregungen der WHO-Experten geplant worden.

### **5.2.1. Methodische Probleme der wissenschaftlichen Designs**

Jede neu entwickelte pharmazeutische Substanz muss, bevor sie als Arzneimittel zugelassen wird, klinisch-pharmakologisch untersucht werden. Das heißt heute, dass nach entsprechenden Tierversuchen, im klinischen Versuch zwei Patientengruppen gebildet werden, von denen die eine Gruppe das neue Medikament erhält (Experimentalgruppe), die andere nicht (Kontrollgruppe). Die Kontrollgruppe erhält entweder ein bereits bekanntes Arzneimittel oder eine inerte Substanz (Placebo). Die Bestimmung der Wirksamkeit erfolgt dann im Vergleich über die Gruppen. Die Zuteilung zu den Gruppen folgt dem Prinzip der Zufallsverteilung (randomisiert). Die Substanzeinnahme wird doppelt „verblindet“, das heißt, dass weder die Probanden, noch die Untersucher wissen, welche Substanz verabreicht wird. Der Einsatz der „double dummy“-Technik als einer speziellen Strategie der Placebo-Methode ermöglicht es darüber hinaus, zwei verschiedene Dosierungs-Abgabeformen (zum Beispiel Tabletten und Kapseln) doppelt verblindet miteinander zu vergleichen. Üblicherweise werden bei diesem Verfahren Personen, beziehungsweise Patienten einbezogen, die keine Erfahrung mit dem zu untersuchenden neuen Medikament haben.

Aus dieser kurzen methodischen Darstellung wird wohl klar, dass es sich bei einer klinischen Überprüfung der Substanz Heroin, die heute durchgeführt wird, um keine klassische klinisch-pharmakologische Untersuchung handeln kann, wie sie der Neueinführung eines Arzneimittels zugrunde liegen muss.

Bei den aktuellen Heroinuntersuchungen bestehen hinsichtlich ihrer Methodik folgende Merkwürdigkeiten:

- a. Zum ersten ist **Heroin** keine neue Substanz und kein neues Molekül. Entsprechende Tierversuche und die ersten klinischen Wirkungsbeobachtungen wurden bereits vor über 100 Jahren gemacht, woraufhin die Substanz als Arzneimittel zugelassen und registriert wurde.
- b. **Methadon**, das zumeist als Testsubstanz eingesetzt wird, ist zwar konventionell akzeptiert, wurde aber niemals vergleichsweise strengen klinischen Überprüfungen unterworfen. „Die Methadonverwendung basierte eher auf weitgehend irrelevanten Erfahrungen, die in den USA mit Methadon gemacht worden waren und auf ethischen Überlegungen als auf längere Zeit hindurch durchgeführter wissenschaftlicher Evaluation“ (SPEAR 1997). Es besteht daher die aus wissenschaftlicher Sicht eher seltsame Situation, dass ohne Kontrollgruppe zwei Substanzen miteinander verglichen werden, die beide sowohl klinisch wie auch in der Drogenszene im Einsatz sind, aber beide nicht im strengen Sinne klinisch getestet sind. In Wirklichkeit wird in den Heroinexperimenten nicht nur das Heroin, sondern auch das Methadon erstmals in einem klinischen Test bewertet.
- c. **Wenn Heroin mit Morphin oder Methadon verglichen wird**, sind die Wirkungen aller Testsubstanzen den Versuchspersonen bekannt. Chronisch Heroinabhängige sind nicht heroin-naiv, wenn sie in einer Experimentalgruppe Heroin bekommen, das als „neues“ Arzneimittel getestet wird. Im Falle der Vergleichsstudien an Probanden mit langjähriger Suchterfahrung sind die Verhältnisse noch dadurch kompliziert, dass nicht nur die Probanden selbst über Erfahrung mit den abgegebenen Substanzen verfügen, sondern dass sie auch die sceneüblichen Bewertungen der Substanzen in die Untersuchung einbringen und klare Konsumpräferenzen haben. Die Effizienz der Zufallszuteilung heroinabhängiger Personen zu Gruppen, die verschiedene Substanzen verordnet bekommen, ist durch diesen Erfahrungs- und Einstellungshintergrund ebenso beeinträchtigt, wie die Bewertung der Therapie, zu der die Zuteilung erfolgte. In den Studien zur heroingestützten Behandlung wird im allgemeinen in der Experimentalgruppe Heroin abgegeben, in der Kontrollgruppe Methadon. Der Einsatz einer Placebogruppe verbietet sich aus ethischen Gründen, eine eventuell versuchte „Verblindung“ ist unwirksam, da die Substanzen von den erfahrenen Abhängigen nicht nur an ihrem Effekt sondern auch an ihren Einnahmemodi und an ihrer Wirkungsdauer erkennbar sind. Eventuell nimmt auch die Vergleichsgruppe (Methadongruppe) während der Studiendauer Heroin, allerdings auf dem üblichen Szeneweg, ohne ärztliche Verordnung. Dass der Konsum außerhalb der Studie erworbenen Heroins bei jenen Probanden, die Methadon erhalten, höher ist als in der Heroingruppe, ist in dieser Situation ein erwartbares Resultat, das aus einem trivialen Zusammenhang entsteht. Warum sollten die Methadonprobanden ihr Verhalten ändern, weil andere Heroin ärztlich verschrieben bekommen? Warum sollten andererseits diejenigen Probanden, die der Heroingruppe zugeordnet wurden, sich zusätzlich auf dem Schwarzmarkt Heroin beschaffen, wenn sie ohnehin eine relativ hohe Dosis der von ihnen bevorzugten Substanz ärztlich verordnet einnehmen können? Aus ihrer Erfahrung heraus schreiben die Patienten dem Heroin positive Wirkungen zu, sie trachten auch weiter danach, die Substanz zu erhalten.

Warum sollte ärztlich verschriebenes Heroin in pharmakologischer Hinsicht eine andere Wirkung als die Schwarzmarktsubstanz entfalten? Welche neuen Eigenschaften der Substanz sind noch zu entdecken?

Ein zusätzlicher Faktor, der die Bereitschaft in der Kontrollgruppe verstärkt, die alten Konsummuster aufrecht zu erhalten, besteht darin, dass in den meisten Experimenten die Auswirkung intravenös zu applizierender Gebrauchsformen des Heroins mit oraler Methadoneinnahme verglichen wird (Schweiz, Deutschland, Kanada, Spanien). In diesem Design bleibt für die Probanden der Heroingruppe keine Motivation offen, sich zusätzliches Heroin zu verschaffen, während für diejenigen Probanden in der Methadongruppe, die auch früher schon Heroin vom Schwarzmarkt bezogen hatten, weil sie intravenösen Gebrauch bevorzugen, das Projekt diese Motivation aufrecht erhält. Dort wo die Probanden selbst über die Zuteilung zur Experimental- beziehungsweise Kontrollgruppe entscheiden können, kann man nicht mehr davon sprechen, dass die Bedingung der Randomisierung erfüllt ist. Allenfalls kann dann innerhalb der aufgrund von Selbstzuteilung offen gebildeten Gruppen eine randomisierte Komponente eingeführt werden. Etwa, indem – wie im deutschen Experiment – zwei verschiedene Formen psychosozialer Betreuung angeboten werden, zu denen die Zuteilung dann zufällig erfolgen kann. In forschungsethischer Hinsicht muss bedacht werden, dass für die Patienten ein fundamentaler Unterschied zu den üblichen RCT zur Testung eines neuen Arzneimittels besteht. Üblicherweise besteht für den Patienten die Möglichkeit, dass er in der Experimentalgruppe ein neues potentes Arzneimittel bekommt und dass auf jeden Fall, wenn es sich nicht um eine Placebo-Untersuchung handelt, auch in der Kontrollgruppe ein wirksames Mittel verabreicht wird. Vergleicht man hingegen Heroin und Methadon in der definierten Population, dann vergleicht man zwei bekannte Substanzen miteinander und versorgt die Hälfte der Stichprobe mit jener Substanz, die sie wünscht und deren Effekt sie sucht und die andere Hälfte mit jener Substanz, zu der sie gewöhnlich die „Testsubstanz“ zusätzlich einnimmt und die im therapeutischen Kontext bereits unwirksam war. Eigentlich besteht dementsprechend für keinen Probanden, der an der Studie teilnimmt ein irgendwie gearteter Grund, sich der Methadongruppe zuordnen zu lassen. Exakte Randomisierung ist in diesem Falle ethisch bedenklich, da sie ja die Zuweisung zu einer in den individuellen Fällen in dieser Anwendung bereits als therapeutisch nutzlos bekannten Substanz einschließt.

Über diese pharmakologischen, psychopharmakologischen und designtechnischen Probleme hinaus ist die Durchführung randomisierter kontrollierter Untersuchungen in der Forschung zur Effizienz einzelner Maßnahmen in der Suchttherapie deshalb äußerst schwierig, wenn nicht schlichtweg unmöglich, weil in Anbetracht der diffizilen und komplexen Bedürfnislage der Suchtkranken die Behandlungsangebote komplex sein müssen, wie erst kürzlich in den neuen englischen Richtlinien wieder festgestellt wurde. Die Effizienz der einzelnen Komponenten wird eventuell dadurch erhöht, dass Synergien zwischen den einzelnen Interventionen auf der somatischen und der psychosozialen Ebene entstehen. Aufgrund der Inhomogenität der Störungen, die bei den einzelnen Suchtklienten vorliegen, ist es kaum möglich, randomisierte „gematchte“ Gruppen für Gruppenvergleiche zu bilden. Der körperliche und psychische Zustand der individuellen Suchtkranken ist ebenso unterschiedlich wie das Niveau ihrer sozialen und beruflichen Eingliederung beziehungsweise Deprivation. Davon wieder wird die Bedürfnislage der individuellen Suchtkranken entscheidend beeinflusst. Aus all diesen Gründen ist nicht anzunehmen, dass in kleinen Kollektiven von Abhängigen eine einheitliche Auswirkung von therapeutischen Interventionen eintritt.

Überprüft kann daher letztlich immer nur die Auswirkung des Gesamtprogramms werden. Die Bewertung der Bedeutung der Einzelkomponente „Heroinverschreibung“ scheint bisher in allen Heroinprojekten nicht möglich. Zu fordern, dass klar herausgearbeitet wird, welchen speziellen, ja ausschließlichen, Stellenwert das Heroin im Programm und für die Entwicklung der Konsumenten hat, scheint angesichts der Problemlage unrealistisch. Letztlich entspricht diese Forderung einer neuen Spielart der Idealisierung/Dämonisierung der Substanz.

In Anbetracht dieser Realität der Forschung, die dem externen Expertenkomitee bewusst sein musste, scheint die Kritik an der Schweizer Studie, wie sie von diesen Experten vorgetragen wurde, überzogen gewesen zu sein und scheinen die Empfehlungen hinsichtlich der künftigen Ausrichtung der Forschung zur heroingestützten Behandlung nicht gerade realistisch. Die Empfehlungen spiegeln sich in den später entwickelten Designs als der verzweifelte Versuch wieder, den vom Expertenkomitee monierten Standards und den für die Zulassung neuer Substanzen definierten Forschungsregeln zu entsprechen. Dieses Bemühen ist aber wohl nicht nur als Reaktion auf die Vorstellungen dieses Expertengremiums zu verstehen, sondern wird auch von den Interessen und Forschungsideologien bestimmter klinischer Forscher und von der politischen Realität gesteuert. Die Heroinverschreibung wird auf drogenpolitisch ungesichertem Terrain in Szene gesetzt. Sie ist als ein Kompromiss zwischen Politik (auf nationaler und internationaler Ebene), Wissenschaft und Hilfsinstitution zu verstehen und ein „hartes“ wissenschaftliches Design erleichtert es allemal den politischen Entscheidungsträgern, die Heroinverschreibung zu genehmigen. Und das RCT gilt nun einmal als hart und als der „Goldstandard“ unter den Arzneimittelprüfungen. Die Notwendigkeit der Durchführung klinischer Prüfungen ergibt sich möglicherweise auch aus einem speziellen Verständnis des Art.2 (4) der Einzigsten Suchtgiftkonvention, der die Bedingungen der Verwendung des Heroin festschreibt, die gebunden sind an die Klassifizierung des Heroin als Schedule-4-Substanz.

Allerdings werden seitens relevanter Autoren Zweifel geltend gemacht, ob die in ihrem exakt definierten Anwendungsbereich, der klinischen Überprüfung neuer Arzneimittel, tatsächlich überlegene Methode überhaupt für die Beforschung der Wirksamkeit differenter Methoden in der Behandlung Suchtkranker geeignet ist (DELEON et al. 1995; SELIGMAN 1995; STRANG et al. 2000; GOSSOP 2003). Nach Meinung dieser Autoren sind sie nicht geeignet, die Art und Weise, in der Behandlungen wirksam werden, zu erklären und sie sind auch nicht geeignet, Interaktionen zwischen verschiedenen Interventionen zu bewerten. Da es aber bei der Beurteilung von Therapieprogrammen für Abhängige immer wieder gerade um diese Fragen gehen muss, ergibt sich aus dieser Kritik, dass eventuell die Durchführung von RCTs, um die wissenschaftlichen Schwächen der Schweizer Studie zu korrigieren und die heroingestützte Behandlung auf ein evidenzgestütztes Fundament zu rücken, ein zwar teures und hoch bewertetes, nichts desto weniger aber eventuell unbrauchbares oder irrelevantes Instrumentarium ist. Die nach der Kritik an den Schweizer Experimenten entwickelten Designs repräsentieren demgemäß vielleicht nur aufwändige Versuche, politischen Auflagen nachzukommen und politisch motivierten Interpretationen unter Verweis auf den „hohen wissenschaftlichen Standard“ des Projektes besser begegnen zu können.

Die kritische Betrachtung und Bewertung der Brauchbarkeit der Methode ist nicht lediglich von wissenschaftstheoretischem Interesse. Sie ist vielmehr von grundlegender Bedeutung für die Frage der Abklärung der medizinischen Bedeutung des DAM und der erneuten Zulassung der Substanz für den medizinischen Gebrauch. Und die Klärung dieser Frage wieder ist entscheidend dafür, in welcher Weise sich in der Zukunft die heroingestützte Behandlung entwickeln wird.

## **5.2.2. Die Bedeutung der Projekte zur HeGeBe für die Forschung und die Bedeutung der Forschung für die Praxis der HeGeBe**

Ohne Zweifel besteht eine der bedeutsamsten Auswirkungen der Europäischen Heroinprojekte in einem ungeheuer fördernden Impuls auf die Forschung zu der Therapie der Abhängigkeit und zu suchtbezogenen Problemen ganz allgemein. In den Ländern, in denen man sich dazu entschloss, Heroinversuche durchzuführen, musste die öffentliche Hand diese Forschung zu ihrem eigenen Interesse machen und sie deshalb in großzügiger Weise fördern. Dadurch wurde es möglich, im Kontext der Begleitforschung Fragen nachzugehen, die bislang unbearbeitet waren und Probleme aufzugreifen, deren Bearbeitung bereits lange anstand, aber aus diversen Gründen nicht oder nur unzureichend stattfinden konnte. Viele Versäumnisse der Forschung zur Substitutionsbehandlung wurden in der Begleitforschung zur Heroinabgabe nachgeholt. Einerseits war und ist die Befrachtung der Heroinexperimente mit wissenschaftlichen Fragestellungen und Begleitprojekten dadurch ungewöhnlich hoch, andererseits hat diese Begleitforschung unser Wissen entscheidend bereichert und Umfang und Standard der Forschung zur Suchttherapie neu definiert.

Prinzipiell scheint es aber notwendig, die Forschung so zu dimensionieren, dass eine gute Zusammenarbeit zwischen Praktikern und Forschern möglich ist und die Forschung nicht als Faktor erlebt wird, der die praktische Arbeit behindert und ev. dadurch auch auf den Ausgang der Therapieexperimente ungünstige Auswirkungen ausübt. Aus den Berichten über die bisher abgelaufenen Projekte geht hervor, dass hier bisweilen Reibungen aufgetreten sind und die Praktiker eine geänderte Schwerpunktsetzung wünschen. Aus der Reaktion, die die neuen Richtlinien aus Mai 2003 bei den Praktikern in England ausgelöst haben, geht hervor, dass auch von diesen Kritikern eine gewisse Forschungslastigkeit befürchtet wird, die die tägliche Arbeit behindern könnte.

In den Berichten über Entwicklung der Projekte scheinen jedoch auch kritische Stimmen auf, die die Spannung, die sich zwischen Forschung und Praxis ergeben hat, thematisieren. Probleme ergaben sich offenkundig sowohl für die Betreuer wie auch die Patienten.

### **5.2.2.1. Die problematischen Nebeneffekte der Forschungsaufgaben für die Praxis**

In Darstellungen der *Schweizer Experimente* wurde darauf hingewiesen, dass die administrativen und bürokratischen Zwänge zur Dokumentation und zur akribischen Aufzeichnung der Daten zum Teil die Benutzerfreundlichkeit und damit die Attraktivität der Institutionen für die potentiellen Patienten beeinträchtigten. Es wurde ein Bezug zur Klientel hergestellt: Menschen mit Drogenproblemen zeichnen sich durch eine ausgeprägte Abneigung gegenüber bürokratischen Vorgaben und durch eine breite Palette sehr individueller Probleme aus, was die Anwendung von standardisierten Verfahren für die Behandlung und die Betreuung nicht immer erleichtert.

Der „Kulturschock“ zwischen problemorientierten Praktikern, die rasch mit den täglich anstehenden, sehr schwierigen Problemen umzugehen haben, und den Forschern mit ihrem langsameren Zyklus schien nur schwer überwindbar. In diesem Kontext wurde in der Schweiz deutlich sichtbar, dass die Praxis eine Reihe von durch die Forschung generierten Problemen zu bewältigen hat (RIHS-MIDDEL 1999).

In dem Setting, das in der Schweiz für die Therapieexperimente vorgegeben war, mussten sich die Mitarbeiter tagtäglich mit allen Arten von Problemen auseinandersetzen; angefangen bei der computergestützten Betäubungsmittelbuchhaltung am Abgabeschalter, Überwachung

der Injektionsräume, Auseinandersetzung mit „verladenen“ Patienten, Unterbindung des Beikonsums an der Abgabestelle, Alkoholkontrollen, Konflikten zwischen Patienten und zwischen Patienten und Personal, Konflikte innerhalb des Personals. Diese Belastung war groß und erforderte sehr erfahrenes und gut qualifiziertes Personal. Obwohl dieser Tatsache große Bedeutung geschenkt wurde, war der Personalwechsel in den Projekten hoch. Zu den tagtäglichen Anforderungen kamen die spezifischen Dokumentationsforderungen der Forschung und Bürokratie hinzu. Ein potentieller Patient oder eine potentielle Patientin durchläuft ein vier- bis sechsstündiges Screening-Verfahren. Eine Bewilligung des Bundesamtes für Gesundheit ist einzuholen. Für diese Bewilligung mussten die Indikationsbedingungen dokumentiert sein. Das Kriterium zum Beispiel, dass zwei erfolglose Behandlungen vorliegen sollten, erforderte zum Teil sehr zeitaufwendige Abklärungen bei den verschiedenen Institutionen der Drogenarbeit. Die Abnahme des Führerscheins in allen Fällen führte ebenfalls zu Spannungen zwischen Personal und Klienten.

All diese Probleme müssen nicht mit der besonderen Eigenart der Suchtklienten in Bezug gesetzt werden. Generell sind qualitativ hochstehende klinische Untersuchungen nur schwer mit den alltäglichen Aufgaben, die in der Klinik bestehen, zu vereinen.

Später wurde auch aus den *Niederlanden* Kritik an der Forschungslastigkeit der Programme und der bürokratisch – administrativen Belastung des Personals deutlich (VAN BRUSSEL 1999).

Van Brussel meinte, dass die administrative Belastung enorm war. Erfreulicherweise habe sich die Zusammenarbeit zwischen den Praktikern und den das Projekt begleitenden Wissenschaftlern ausgezeichnet entwickelt. Ein respektvolles Verhältnis zwischen Wissenschaft und Praxis sei entscheidend für den Erfolg, umso mehr als die Untersuchung notwendigerweise vom Behandlungsalltag stark abweicht. Dennoch seien Wünsche offen geblieben, die auf Nachteile zurückzuführen sind, die durch das ausgesprochen strikte wissenschaftliche Versuchsdesign bedingt sind. Van Brussel listet dabei unter anderem den extremen bürokratischen Aufwand und die strikten Heroinabgaberegeln auf.

#### **5.2.2.2. Beurteilung der Kritik**

Bei der Rezeption dieser Kritik ist zu bedenken, dass sowohl der hohe Forschungsaufwand als auch der administrative - bürokratische Aufwand ev. keineswegs ausschließlich an Forschungsinteressen festzumachen ist. Er ist zu einem Gutteil darauf zurückzuführen, dass der Einsatz der Heroin nur unter strengen wissenschaftlichen und administrativen Auflagen stattfinden kann. Dass sie weiterhin nicht nur einer Verschränkung zwischen wissenschaftlichem und drogenpolitischem (Kontroll-)Interesse entsprechen, geht daraus hervor, dass die Auflagen auch die in Routine übergleitende Praxis begleiten, wie dem im Schweizer Handbuch HeGeBe festgeschriebenen Regelwerk für diese Praxis zu entnehmen ist. Die Bedingungen der Behandlung spiegeln letztlich lediglich die drogenpolitische problematische Realität des Umganges mit der Substanz Heroin wieder.

### **5.3. Zusammenfassung der bisher vorliegenden Ergebnisse**

1. Versuche mit der heroingestützten Behandlung beruhen auf einem Ungenügen der Effizienz der oralen Substitutionsbehandlung. In bestimmten Ländern mit anscheinend gut ausgebautem Substitutionsprogramm wurde sichtbar, dass das Angebot der Substitutionsbehandlung mit Methadon allein nicht ausreicht, relevante Segmente der Opiatabhängigen in Behandlung zu bringen. Da gerade diese Segmente gleichzeitig diejenigen Abhängigen einschließen, die einerseits die injizierende Einnahme bevorzugen,

darüber hinaus aber auch allgemein zu Verhalten mit hohem Risiko neigen, repräsentieren die Heroinversuche hinsichtlich ihres theoretischen Hintergrunds eine Strategie im Konzept der Schadensbegrenzung.

2. Die Behandlung befindet sich noch im experimentellen Stadium, da die Mehrzahl der Versuche, die in verschiedenen Ländern gestartet wurden, erst angelaufen sind. Man kann heute noch nicht davon sprechen, dass eine „Standardmethode“ entwickelt wurde.
3. Die Versuche mit der heroingestützten Behandlung sind ein drogenpolitischer Kompromiss. Aufgrund der Klassifizierung des Heroins als Schedule-4-Substanz in der Einzigsten Suchtgiftkonvention und der populären Mythologie, die sich um die Substanz entwickelt hat, löst die Planung der entsprechenden Projekte regelmäßig drogenpolitische Kontroversen aus und benötigt die Umsetzung der Planung der Unterstützung durch politische Machthaber. Abgesehen von England, wo eine unvergleichbare Situation besteht, bestanden in allen Ländern, in denen heute Projekte zur heroingestützten Behandlung abgeschlossen sind oder gerade durchgeführt werden, lange Vorlaufzeiten, in denen die politische Willensbildung betrieben werden konnte.  
Wie stark die drogenpolitische Bedeutung der Projekte ist, zeigt sich daran, in welchem unüblich starkem Ausmaß sich die politischen Entscheidungsträger identifizieren und engagieren. Dieses Engagement ist im Argumentarium des Schweizer Bundesrates für die Heroingestützte Behandlung ebenso dokumentiert wie im Aktionsplan „Drogen und Sucht“ der Deutschen Bundesregierung.
4. Ohne diese Haltung der Entscheidungsträger sind die Projekte nicht implementierbar, wie das Beispiel Australien zeigt. In diesem Land wurde die Notwendigkeit, ein Heroinverschreibungsprogramm zu entwickeln auf Expertenseite geortet. Diese Experten lieferten einen entsprechenden Entwurf und ließen ebenso wie lokale und/oder regionale Behörden Bereitschaft zur Durchführung der Programme erkennen. Die Durchführung scheitert aber am Widerspruch übergeordneter politischer Instanzen.
5. Wird die heroingestützte Behandlung implementiert, dient sie Zielvorstellungen auf verschiedenen Ebenen des politischen Handlungs- und Aufgabenspektrums.
  - a. Gesundheitspolitische Zielvorstellungen:  
Diese entstammen dem Bereich der Sozialmedizin und sind eng mit dem Konzept der Schadensbegrenzung verbunden. Es geht darum, Opiatabhängige, die von den gebräuchlichen Behandlungsangeboten nicht Gebrauch machen wollen oder können, oder bereits mehrere erfolglose Therapieversuche hinter sich gebracht haben, in Behandlung zu bringen und darin zu halten, sowie den Beigebrauch von in der Szene gekauften Suchtmitteln zu beschränken. Dadurch soll deren individuelle gesundheitliche Lage gebessert werden, zum andern soll damit aber auch den Aufgaben der Infektionsprophylaxe entsprochen werden.
  - b. Sicherheits- und ordnungspolitische Zielvorstellungen:  
Gelingt es, Personen, die dem harten Kern der lokalen Drogenszenen zuzuordnen sind, in Behandlung zu bringen, wird die Bedeutung dieser Szene und damit auch des illegalen Drogenmarktes geschwächt. Da damit auch eventuell verbunden ist, dass bisweilen störende szeneeübliche Verhaltensweisen weniger in Erscheinung treten, wird ein sicherheits- und ordnungspolitisches Ziel erreicht. Aus diesem Grund entstehen durchaus zunächst eventuell unerwartete Allianzen zwischen Ärzten und Sozialarbeitern als Vertretern der Schadensbegrenzung und lokalen Sicherheitsorganen. Diese Verhältnisse wurden zum Beispiel im Merseyside-Projekt von John Marks deutlich und sind regelmäßig im drogenpolitischen Diskurs in England bis in die jüngste Vergangenheit zu beobachten. Prinzipiell ist diese Vorstellung im traditionellen „Britischen System“ verankert, wo man von „kompetitiver Verschreibung“ sprach.

c. Pädagogisch-präventive Zielvorstellungen:

In der Schweiz wurde der Slogan „Von ‚Heroinerschick‘ zu ‚Heroin sick‘“ entwickelt. Es besteht die Vorstellung, dass die Attraktivität des Heroingebrauchs für junge Menschen dadurch reduziert wird, dass die Opiatabhängigen nicht mehr in einer „heroischen“ Szene ihre Droge gebrauchen, sondern, als krank definiert, die Substanz als Arzneimittel verordnet bekommen (STAUFFACHER).

d. Das hohe Kontrollniveau, das in den Therapieversuchen besteht, ist ebenfalls drogenpolitisch motiviert. Es resultiert aus der Position des Heroin in der Einzigsten Suchtgiftkonvention und der daraus abgeleiteten Kontrollverpflichtung der Unterzeichnerstaaten dieses internationalen Vertragswerks. Es ist nicht durch besondere Eigenarten der Substanz Heroin zu begründen.

#### **5.4. Die europäischen Studien im Überblick**

In Europa wurden in den letzten 10 Jahren in der Schweiz und in den Niederlanden 2 große Studien über heroingestützte Behandlung durchgeführt. In diesen Untersuchungen wurden rund 1.000 Patienten behandelt. In beiden Studien wurde ein umfassendes Therapiepaket angeboten, das Heroinabgabe, überwachte Einnahme, psychosoziale Behandlung und soziale Betreuung umfasste.

In beiden Projekten wurden ausschließlich Patienten behandelt, die bereits lange Zeit opiatabhängig waren und bei denen die orale Substitutionsbehandlung versagt hatte. In beiden Projekten wurden die Ergebnisse günstig beurteilt.

##### **5.4.1. Ergebnisse hinsichtlich der Zielvorgaben der Studien**

Obwohl die bislang durchgeführten Untersuchungen wissenschaftlich verschiedenartig konzeptualisiert und stilisiert wurden, wie früher dargestellt wurde, ergaben sich bisher, unabhängig vom Design, in der Begleitforschung recht einheitliche Ergebnisse.

##### ***Soziale Verträglichkeit***

Sowohl aus den Studien, die über bereits abgeschlossene Therapieversuche berichten (England, Schweiz, Niederlande), wie auch aus Berichten über Machbarkeitsstudien (Deutschland, Australien, Kanada) geht hervor, dass die heroingestützte Behandlung Opiatabhängiger „durchführbar“ ist und nach entsprechender Vorarbeit gut sozial verträglich zu sein scheint.

##### ***Ethische Bewertung***

In ethischer Hinsicht werden Heroinverschreibungsprojekte, die unter kontrollierten und standardisierten Bedingungen implementiert werden als unbedenklich eingestuft. Die Projekte, die wir überblicken, wurden in nationalen, regionalen und/oder akademischen Ethikkommissionen begutachtet und akzeptiert. Moralische Bedenken werden seitens kirchlicher Organisationen und seitens abstinenzorientierter Verbände (zum Beispiel Heilsarmee in Australien) mehr oder weniger erfolgreich geltend gemacht. Auch die Bedenken, die seitens der Internationalen Kontrollbehörde geltend gemacht werden, sind nicht medizinischer, sondern moralischer und legistischer Art. Wie auch andere Interventionen aus dem Repertoire der Schadensreduktion sind auch die Heroinprojekte mit den Vorstellungen der praktischen „Alltagsethik“ (STROTZKA) besser in Einklang zu bringen als mit fundamentalistischen Vorstellungen (KÖRKEL 1998; SCHERBAUM & Ma. 2001).

### ***Therapeutische Effizienz***

Dort wo Erfahrungen über Therapieverläufe vorliegen (England, Schweiz, Niederlande), wird die ärztliche Heroinverschreibung als sichere und praktikable Methode bezeichnet, wenn in der Betreuung Opiatabhängiger Therapieversagen oder bestimmte Entwicklungen beobachtbar werden, die eine Alternative zur oralen methadongestützten Behandlung beziehungsweise eine Erweiterung des Angebotes innerhalb eines bereits etablierten Systems arzneimittelgestützter Behandlung der Opiatabhängigkeit allgemein erforderlich erscheinen lassen. Es ist möglich den Heroingebrauch hinsichtlich Dosis und Verlangen zu stabilisieren.

### ***Haupteffekte***

Als die beiden hauptsächlichen Erfolge der HeGeBe wird in den Berichten über die Studien in der Schweiz und in den Niederlanden verbucht, dass die Heroinverschreibung es bewirke, dass bisher unzugängliche Opiatabhängige in ein therapeutisches Setting gebracht werden können und dass sich hinsichtlich der Haltekraft bei dieser Klientel die Heroinverschreibungs-Programme den anderen Substitutionsprogrammen gegenüber als überlegen erweisen.

### ***Rehabilitation***

Es wird dargestellt, dass die heroingestützte Behandlung dazu beitragen kann, die sozialen, medizinischen und geistig-seelischen Bedingungen heroinabhängiger Personen günstig zu beeinflussen. Bei den Teilnehmern an den Versuchen nehmen während der Laufzeit der Studie die Kontakte zur Drogenszene in signifikanter Weise ab, ebenso die delinquenten Aktivitäten. Die Heroinvergabe wurde von UCHTENHAGEN aufgrund dieser Ergebnisse als eine außerordentlich erfolgreiche Einzelmaßnahme im Bereich der Kriminalitätsprävention bei Drogenabhängigen bezeichnet.

Katamnestiche Untersuchungen über einen Zeitraum von 6 Jahren, die in der Schweiz durchgeführt wurden, erbrachten das Ergebnis, dass die günstigen Entwicklungen die Zeit der konkreten Teilnahme an dem Projekt überdauerten.

### ***Diversifizierte Abgabe***

Es wird deutlich, dass die Bedeutung der Heroinabgabe sich nicht auf die injizierende Gebrauchsform beschränkt und dementsprechend auch ein Angebot für nicht injizierende Abhängige repräsentiert. In den heroingestützten Behandlungsprogrammen kommen zwar überwiegend injizierbare, daneben aber auch in der Mehrzahl der Versuche oral einzunehmende oder zur Inhalation bestimmte Zubereitungen des DAM zur Anwendung.

### **EXKURS über die Verwendung und Brauchbarkeit nicht injizierbarer Zubereitungen in der heroingestützten Behandlung**

In den Niederlanden war die Untersuchung der Wirksamkeit inhalierter Zubereitungen ein primäres Untersuchungsziel; in Spanien werden im Katalonischen Projekt Herointabletten verschrieben; in der Schweiz kommen neben Injektionslösungen mehrere Zubereitungen zur Anwendung: retardiert wirkende Tabletten, Aerosole zur Inhalation; in England verschrieb John Marks „Heroin-Reefer“. Innerhalb der nicht-injizierenden Gebrauchsformen vermittelt die beste Bioverfügbarkeit die Inhalation („chasing the dragon“).

Die geringste Bioverfügbarkeit ließ sich beim Rauchen imprägnierter Zigaretten nachweisen, weshalb in den Schweizer Versuchen diejenigen Patienten, die Reefer verschrieben bekamen, scheinbar auf sehr hohe Dosen eingestellt wurden. Tabletten mit Retardwirkung werden von den Patienten angenommen, obwohl auch bei diesem Konsummuster eine relativ geringe Bioverfügbarkeit beobachtet werden konnte. Hinsichtlich der Akzeptanz imprägnierter Zigaretten bestehen allerdings Diskrepanzen, die weiterer Forschung zum Anlass dienen sollten. Es ist unklar, wieso die präparierten Zigaretten im Merseyside – Projekt von John Marks von den Patienten gerne

angenommen wurden, während sie in den Schweizer Versuchen auf Ablehnung stießen. Auf jeden Fall besteht aber Evidenz dafür, dass nicht-injizierbare Zubereitungen für die Anwendung in heroingestützten Behandlungen durchaus ausreichend wirksam sind und dementsprechend eine reale Möglichkeit besteht, dass Heroinabhängige in entsprechend strukturierten Programmen, die die dafür notwendigen Bedingungen bereitstellen, auf risikoärmeren Gebrauch ihrer Substanz umsteigen.

### ***Effekt auf Beikonsum***

Die heroingestützte Behandlung erwies sich in der Schweiz als sehr wirksames Mittel, um den illegalen Beikonsum von illegalem Straßenheroin praktisch auszuschalten und denjenigen von Kokain stark zu senken. Es wird aber auch festgestellt, dass in manchen Fällen die heroingestützte Behandlung über längere Zeiträume hinweg kontinuierlich durchgeführt werden muss, um das hohe Risiko der entsprechenden Klientel erneut in außermedizinischen Gebrauch zu verfallen, einzuschränken. In den Niederlanden wurde die Beobachtung gemacht, dass nach der projektgebundenen Beendigung der Heroinverschreibung auch diejenigen Klienten, die unter der Heroinbehandlung eine positive Entwicklung gezeigt hatten, rasch (innerhalb der ersten zwei Monate nach der Beendigung) wieder in ihre alten Verhaltens- und (Bei-)Gebrauchsmuster zurückfielen.

### ***Best Practice – Best Control?***

In der aktuellen Situation ist es noch nicht möglich, Einrichtungen zu identifizieren, die als Beispiele für „gute Praxis“ herangezogen werden können. Derzeit kann man lediglich in jenen Ländern, in denen die Experimentierphase bereits abgeschlossen ist und die heroingestützte Behandlung als Routinemethode innerhalb des Betreuungsangebotes für Opiatabhängige angeboten wird, Modelle abgrenzen, die sich aufgrund des verschiedenen Umfangs der Kontrollmaßnahmen unterscheiden. Während in England, wo diese Art der Behandlung eine gewisse traditionelle Verankerung aufweist, immer noch vorwiegend professionelle Standards beachtet werden müssen und ein Lizenzverfahren für praktizierende Ärzte besteht, wurde in der Schweiz ein umfassendes und in allen Bereichen kontrolliertes institutionalisiertes System aufgebaut, das mit einer Fülle von Richtlinien und Empfehlungen streng durchreguliert ist. Die extremen Kontrollbedingungen, unter denen die heroingestützte Behandlung abläuft, resultieren aus der in der Einzigsten Suchtgiftkonvention festgeschriebenen Verpflichtung, entsprechend den Kontrollregeln für Schedule-4-Substanzen die Heroinabgabe auf dem möglichen Mindestmaß zu halten und möglichst jegliche Diversion der Substanz zu vermeiden. In England scheint sich ein Trend zu entwickeln, eher den traditionellen Weg des „Britischen Systems“ zu verlassen und kontrolliertere Programme analog den europäischen Projekten zu entwickeln. In diese Richtung weisen auf jeden Fall die Richtlinien, die im Mai 2003 von der National Treatment Agency herausgegeben wurden.

### ***Zielgruppe***

In der aktuellen Situation besteht das Angebot der heroingestützten Behandlung nur für das kleine Segment von schwer und chronisch Heroinabhängigen, bei denen sich bereits mehrmals andere Behandlungen, einschließlich mindestens zweier Substitutionsversuche, als wirkungslos erwiesen haben. In den verschiedenen Ländern, in denen Heroinverschreibungsexperimente durchgeführt wurden, werden oder in Planung befindlich sind, sind die diesbezüglichen Einschlusskriterien in die Untersuchung sehr ähnlich. In der Schweiz ging man davon aus, dass diese Klientel weniger als 5 % der Gesamtgruppe der Abhängigen ausmacht. In England werden derzeit etwa 450 Heroinabhängige – entsprechend 0,5 % aller behandelten Heroinabhängigen – mit injizierbarem Heroin behandelt und man nimmt nicht an, dass sich diese Zahl in der näheren Zukunft signifikant erhöhen wird.

### ***Kosten der Heroinbehandlung – Ein Überblick:***

In der **Schweiz** berechnet man die durchschnittlichen Kosten der ambulanten Heroin gestützten Behandlung pro Tag und Patient mit 51 SF. Daraus ergibt sich ein geschätzter volkswirtschaftlicher Nutzen von 45 SF pro Patiententag, wenn man die geschätzten Kosten für Gefängnisaufenthalte und polizeiliche Maßnahmen und die geschätzten Ersparnisse, die aus der Verbesserung des Gesundheitszustandes resultieren würden, in Rechnung stellt. In der Schweiz geht man davon aus, dass in der Routinephase die Kantone mit der Heroinbehandlung einen volkswirtschaftlichen Nutzen von 45 Franken pro Patiententag erwirtschaften.

Zum Vergleich: Im Kanton Basel betrug der Aufwand für die Versorgung von 18 Heroin-Patienten 185 000 Franken pro Jahr.

Die Methadonbehandlung kostete die Kassen pro Einzelfall pro Tag 5,55 Franken. Der Kanton trägt weitere Kosten. Die Versorgung von 600 Patienten kostete die Kassen 1,25 mill Franken pro Jahr, der Kanton schoss 1 Million zu.

In **Holland** veranschlagte man für die Errichtung von Heroinabgabestellen und den laufenden Betrieb je nach Größe der Einrichtung einen Aufwand von rund 670 000 Euro (Einrichtung für 25 Patienten) bis 1, 5 Millionen Euro (Einrichtung für 75 Patienten). In der kleinsten Einrichtung betragen die Gesamtkosten pro Patient 26. 794 pro Jahr, in der größten 15.300. Die Gesamtkosten pro Patient und Tag werden mit 41 Euro angenommen; die substanzbezogenen Kosten (Heroinabgabe) betragen pro Jahr und Patient 1 800 Euro, das heißt etwa 5 Euro pro Tag.

In **Deutschland** werden die Kosten von Bund und Ländern zu geteilter Hand getragen. Der Bund übernimmt die Kosten der Begleitforschung, die Länder die Kosten der praktischen Durchführung.

Die Kosten entsprechen der jeweiligen regionalen Dimension des Projektes.

So veranschlagte z. B. Karlsruhe für ein relativ kleines Projekt (50 Teilnehmer) 1, 2 mill Euro für die Laufzeit von drei Jahren, Hannover schätzte einen Aufwand von 2, 3 Millionen Euro für drei Jahre, Hamburg rechnete mit Betriebskosten von 3,2 Millionen Euro pro Jahr ( 230 Patienten), Bonn mit 1,5 Millionen pro Jahr. Die Hauptstudie wird rund 2, 26 Millionen Euro kosten, wovon die Stadt etwa 960.- Euro trägt.

**England:** Maximalpreise für Generika: Heroin als Diamorphine:

Injektionslösungen	5 Ampullen a 10 mg	679 Pence
	5 Ampullen a 30 mg	811 Pence
	5 Ampullen a 100 mg	2,249 Pence
	5 Ampullen a 500 mg	10,342 Pence
Tabletten	100 Tabletten a 10 mg	1,230 Pence
Vergleich: Codeinphosphat	100 Tabletten a 30 mg	459 Pence
	30 Tabletten a 60 mg	280 Pence
Methadon HCL-Mixtur	500 ml 1 mg/1ml	759 Pence
Methadon HCL Injection	10 Ampullen 10 mg/1ml	859 Pence – 1,9

## **5.5. Diskussion der Ergebnisse und Einschränkungen hinsichtlich ihrer Validität und Generalisierbarkeit**

### **5.5.1. Bemerkungen zur Frage der „Haltekraft“ der Programme**

Obwohl die besondere Haltekraft der Programme zur heroingestützten Behandlung hervorgehoben wird, wird die diesbezügliche spezifische Bedeutung des Einsatzes von Heroin durch verschiedene Aspekte der klinischen Studiendesigns eher verschleiert als erhellt. An diesem Faktum hat sich seit der frühen Kritik der Schweizer Versuche seitens der externen Experten nur wenig verändert.

Abgesehen davon, dass, wie zunächst in der Schweiz, auch in den Niederlanden und in Deutschland den Patienten, denen Heroin verschrieben wird, mehr oder minder umfassende psychosoziale Betreuung angeboten wird und die Teilnahme an der Studie für die Probanden eine zumindest minimale Tagesstrukturierung mit sich bringt, ist auch das Design der medikamentösen Behandlung selbst nicht geeignet, diese Schlüsselfrage eindeutig zu beantworten. Die Patienten in der niederländischen Studie erhalten eine Kombination aus DAM und Methadon (es wurde ja explizit in dieser Studie die Effektivität der Ko-Medikation von Heroin untersucht), in Deutschland wird Patienten, die mit DAM nicht zu „sättigen“ sind, zusätzlich Methadon verordnet. Auch in Kanada steht es den Teilnehmern an dem Experiment frei, zusätzlich Methadon zu erhalten.

Eigentlich handelt es sich also um „heroingestützte Methadonbehandlungen“. Diese Kombinationsverordnung scheint für die Aussagekraft und Generalisierbarkeit der Studiendesigns aus mehreren Gründen fraglich. Zum einen hinsichtlich der wissenschaftlichen Fragestellung, da sie die Bedeutung der Heroinverordnung nicht mehr sauber abgrenzen lässt, zum andern in pharmakologischer Hinsicht. Die Verordnung einer Kombination von Heroin und Methadon reproduziert die sceneübliche Verhaltensweise und verlagert sie in den klinischen Kontext. Haben vordem die Patienten sich gleichzeitig der medizinischen Versorgung und außermedizinischen Quellen bedient, um ihre Sucht zu befriedigen, werden nunmehr alle Bedürfnisse von der medizinischen Verschreibung abgedeckt. Der vordem verpönte „Beigebrauch“ wird zur Hauptkomponente der medizinischen Maßnahme. Dementsprechend kann nicht die Wirksamkeit der Substanz Heroin für die Zielkriterien der Untersuchung observiert und evaluiert werden, sondern die Auswirkung der Legalisierung des kombinierten Gebrauchs im Sinne eines medizinischen Regulativs. Der pharmakologische Effekt kann ja nicht davon abhängig sein, ob die Substanz über ärztliche Verschreibung oder auf dem Schwarzmarkt zugänglich ist. Dass sich in der Szene der kombinierte Konsummodus ergibt, ist noch keine ausreichende Begründung dafür, dass man diese Kombination in den Rang einer medizinischen Behandlung erhebt. Die Frage der pharmakologischen Interaktion zwischen Methadon und Heroin ist unzureichend abgeklärt. Wir wissen nichts über synergistische Effekte und zu wenig über antagonistische Effekte (eventuelle kompetitive Besetzung der Opiatrezeptoren) der kombinierten Einnahme.

Ein weiterer Aspekt, der die spezifische pharmakologische Bedeutung der Heroinverschreibung einschränkt, ist der Umstand, dass Patienten, die in eines der bekannten Heroinprojekte in der Schweiz, den Niederlanden oder in Deutschland aufgenommen werden, ja nicht nur ihre „Wunschdroge“ DAM erhalten, sondern auch hinsichtlich Dosierung und Gebrauchsform wunschgerecht versorgt werden.

Als gemeinsames Charakteristikum der Schweizer, niederländischen und deutschen Projekte imponiert, dass, bei großer Streubreite der individuellen Dosierungen, im Vergleich mit den

geläufigen Methadonprogrammen eine vergleichsweise hohe Dosierung ermöglicht wird und die Tendenz zur möglichst niedrigen Dosis, die in vielen Methadonprojekten beobachtbar ist, keine Rolle zu spielen scheint. Die Aussagekraft der englischen Studie von METREBIAN, SHANAHAN & Ma. (1998), die als Beispiel einer Studie gelten könnte, die mit einer relativ niedrigen DAM-Höchstdosis durchgeführt wurde, wird wiederum dadurch beeinträchtigt, dass in ihr jene Patienten, für die diese Dosis nicht ausreichte, zusätzlich Methadon verordnet bekamen.

Die Beobachtung aus den Niederlanden, dass der Zustand derjenigen Patienten, denen in der naturalistischen Follow-Up-Phase kein Heroin mehr verordnet wurde, sich signifikant verschlechterte, zeigt den stabilisierenden Effekt der Verlagerung der Abgabe in den medizinischen Handlungsbereich besonders deutlich. Diese Entwicklung ist ja nicht auf irgendwelche pharmakologischen Hintergründe zurückzuführen, sondern entspricht einer Reaktion auf die Versuchsbedingungen. Da von den Autoren der Studie beschrieben wurde, dass diese Verschlechterung vor allem in der Häufigkeit der Szenekontakte und in erhöhtem Beikonsum von Kokain bestand, liegt die Interpretation nahe, dass in einer Situation, in der das Verlangen der Patienten von der medizinischen Versorgung nicht mehr befriedigt wird, die Bedeutung der Drogenszene als versorgender Institution wieder zunimmt.

### **5.5.2. Weiterhin offene Fragen**

Die ursprünglich der Schweizer Studie gegenüber geäußerte Kritik bleibt daher in der aktuellen Situation auch nach der Durchführung von Studien höheren methodischen Standards aufrecht. Trotz aller Bemühungen, die Funktion und Bedeutung der heroingestützten Behandlung mittels der geforderten wissenschaftlichen Methodik abzugrenzen, bleibt es unklar, ob die Haltekraft der Heroinprojekte von der Substanz Heroin bewirkt wird oder vom Betreuungs-Gesamtpaket – oder noch unspezifischer – ausschließlich von der „Quasi-Legalisierung“ des Gebrauchs. Da keine entsprechenden Vergleichsstudien vorliegen, bleibt unklar, ob nicht die Berücksichtigung der jeweiligen Szenepreferenz angepasster Konsumformen, in vergleichbar hoher und der individuellen Bedarfslage entsprechender Dosierung ebenfalls eine hohe „Haltekraft“ der entsprechenden Projekte bedingen würde. Es bleibt weiters fraglich, ob nicht die Verordnung intravenös applizierbarer anderer Opiatspezialitäten für diejenigen Opiatabhängigen, die „nadelabhängig“ sind und auf die injizierende Gebrauchsweise nicht verzichten wollen oder können, ebenfalls die Haltekraft der Programme verbessern kann. Wichtige Hinweise auf diese Möglichkeit sind eventuell den Studien von METREBIAN et al. (1998) und von PERNEGER et al. (1998) zu entnehmen, in denen festgestellt werden konnte, dass bei freier Wahlmöglichkeit der Substanz keineswegs alle injizierenden Opiatabhängigen DAM wählen. Ein vergleichbares Resultat erbrachte auch eine Studie von SELL & Ma. (2001). In dieser Untersuchung wurden 125 langjährig abhängige Patienten, die in der Region Manchester injizierbare Opiate verschrieben bekamen, zu ihrer Bewertung dieser Behandlung befragt. 86 % dieser Patienten erhielten injizierbares Methadon und 13 % injizierbares Heroin. Zwei Drittel der Klientel erhielten zusätzlich orales Methadon. Auf die Frage, welche Substanz sie bei freier Wahlmöglichkeit wählen würden, sprachen sich 50 % für Heroin und 31 % für Methadon aus. Auf die Frage jedoch, von welcher Substanz sie sich mehr hinsichtlich ihrer Therapie erwarteten, gaben 46 % dem injizierbaren Methadon den Vorzug, gegenüber 34 %, die injizierbares Heroin bevorzugten.

Eine Voraussetzung für die Diversifizierung intravenöser Angebote wäre allerdings die Identifikation beziehungsweise Entwicklung von injizierbaren Opiatspezialitäten mit möglichst geringer Histaminwirkung. Diese dürfte auf jeden Fall nicht stärker ausgeprägt sein als bei Heroin. Insofern wäre eine Realisierung des australischen Vorschlags, ein Dilaudid-

Projekt zu installieren (HALL et al. 2002), zu begrüßen, das eventuell geeignet wäre, zu einer weiteren Klärung in dieser Fragestellung beizutragen.

Als entscheidende noch zu bearbeitende Fragen imponieren heute: Welcher Rang kommt einem Heroin-Versorgungsprojekt innerhalb eines in *mehrdimensional diversifizierten* (Diversifikation hinsichtlich der Substanzen *und* der Konsummuster) *Substitutionsangebots* zu? Ist es notwendig ein Heroinprojekt zu entwickeln oder reicht es aus, ein diversifiziertes Projekt mit der Verordnung bereits verschreibbarer injizierbarer, beziehungsweise je nach Szenepreferenz konsumierbarer Opiate anzubieten? Würden diese beiden Optionen von der gleichen Population in Anspruch genommen oder differenzieren sich die infrage kommenden Patientenpopulationen entsprechend einem Bedürfnis nach einer als spezifisch erkannten Heroinwirkung?

Schließlich bleibt auch die Frage offen, warum die geläufigen Angebote sich für ein bestimmtes Segment der Patientenpopulation als inadäquat erweisen. Sind sie bereits optimal ausgebaut und bestehen tatsächlich Charakteristika seitens der Abhängigen, die sie trotzdem unzulänglich erscheinen lassen? Oder lassen sich Mängel in den bestehenden Angeboten orten, deren Behebung die Attraktivität der Programme für ein größeres Segment der Abhängigen erhöhen könnte?

Eine vollkommen unbeantwortete Frage im Zusammenhang mit den Substitutionsbehandlungen ist unter den gegebenen Umständen die Frage der Beendigung der Behandlung. Die künftige Forschung sollte aufzeigen, unter welchen Umständen und mit welchen Methoden eine heroinunterstützte Behandlung abgeschlossen werden kann und wie die Folgebehandlungen aussehen müssen. Parallel dazu wird es wichtig sein, diese Frage nicht nur für das Heroin, sondern auch für die Methadonbehandlungen wissenschaftlich anzugehen.

Offen ist auch die Frage, wie das langfristige Ziel der Behandlung aussehen soll. Zur Diskussion stehen einerseits Kurzzeitsubstitution, und andererseits scheinen einige Patienten eine palliative Langzeitunterstützung mit Heroin zu brauchen. Die künftige Forschung soll hier Ansatzpunkte bezüglich der entsprechenden Indikation liefern.

Auf der Basis derartiger Fragestellungen sind derzeit in England Bemühungen im Gang, einen Standard für Substitutionstherapie im allgemeinen zu entwickeln und den Platz der heroingestützten Behandlung im Spektrum der Substitutionsangebote zu definieren. In den diesbezüglich ergangenen Richtlinien wird ein Bezug zur Kontrollsituation in den Ländern hergestellt, in denen Heroinprojekte durchgeführt wurden oder werden. Es scheint ein Trend zu bestehen, das traditionelle „Britische System“, das auf der Kompetenz und Verantwortlichkeit lizenzierter Facheinrichtungen und lizenzierter Ärzte aufbaut, in jene Richtung zu verändern, die auf dem Kontinent von den Experimenten zur heroingestützten Behandlung vorgezeichnet ist.

In der aktuellen Situation besteht das Angebot der heroingestützten Behandlung nur für das kleine Segment von schwer und chronisch Heroinabhängigen, bei denen sich bereits mehrmals andere Behandlungen, einschließlich mindestens zweier Substitutionsversuche, als wirkungslos erwiesen haben. Insofern wird die heroingestützte Behandlung als zweitrangige Option für chronisch schwer Opiatabhängige angesehen, die nicht als Alternative zu den bekannten Behandlungsangeboten verstanden werden sollte, sondern lediglich als eine zusätzliche Komponente. Offenkundig, um eine weitere Ausbreitung des Einsatzes des Heroin zu beschränken, wird für die weitere Diversifizierung des Substitutionsangebotes die Entwicklung und Evaluation zusätzlicher Substanzen für die Unterstützungsbehandlung eingefordert (MANN 2002). Auch in den neuen englischen Richtlinien wird dem Ausbau und

der Optimierung anderer Substitutionsvorhaben Priorität vor der Heroinverschreibung zugeordnet.

Gefordert wird (VERSTER 2001) daher, ganz im Sinne der Aussagen der Externen Expertenkommission über die Schweizer Versuche aus dem Jahre 1998, immer noch, dass

- Heroinprojekte nur bei entsprechender Dimension des Problems und nach ausreichender Analyse des Problems eingeführt werden;
- in der Region, in der ein Heroinprojekt verwirklicht wird, andere gut ausgebaute Behandlungsangebote bestehen und dass
- für die neue Option realistische Begründungen und Zielvorstellungen formuliert werden.

## **5.6. Ein Zukunfts-Szenarium**

Derzeit werden also weder ein Ausbau der Heroinverschreibung noch die Entwicklung größerer Programme, die im Sinne HARTNOLL's einem präventiv-schadensreduzierenden Ansatz verpflichtet sind, ernsthaft diskutiert.

Dabei muss jedoch bedacht werden, dass wir uns in einer Übergangsphase befinden. Noch verfügen wir lediglich über Erfahrungsberichte aus England, der Schweiz und aus den Niederlanden. In einigen Jahren wird jedoch die Situation bestehen, dass neben diesen Erfahrungen auch noch die Ergebnisse der Therapieexperimente aus Deutschland, Spanien, Kanada, eventuell auch aus Australien, vorliegen werden. Da die beiden primären Erfolge, die bisher beschrieben wurden (die Haltekraft der Programme und ihre Attraktivität für eine definierte, sonst schwer zugängliche Klientel), einem trivialen Zusammenhang entsprechen, ist zu erwarten, dass die Erfolgsmeldungen bestätigt und reproduziert werden. Falls in der Zukunft einmal positive Bewertungen der heroingestützten Behandlung aus 6-7 Ländern vorliegen sollten, ist anzunehmen, dass der Behandlung mehr Bedeutung zugeordnet wird als bisher und dass die Forderung erhoben wird, sie auf breiterer Basis einzuführen. Falls weitere Länder dem Beispiel jener Länder folgen, in denen experimentelle Heroinverschreibung gestartet wurde und wenn dann immer mehr Heroinprojekte implementiert werden und immer wieder vergleichbar positive Ergebnisse kolportiert werden, müssen zwangsläufig Überlegungen angestellt werden, wie die HeGeBe aus einer experimentellen Behandlung zu einem Routineangebot umgestaltet werden kann.

Es ist anzunehmen, dass dann im internationalen Raum eine ähnliche Situation entsteht, wie sie in der Schweiz bereits vorliegt. Dort gilt die heroingestützte Behandlung bereits als Standardmethode. Und Autoren wie VONTOBEL & DOBLER-MIKOLA stellten bereits vor einigen Jahren Überlegungen darüber an, welche weiteren Gruppen von Patienten in das Konzept aufgenommen werden sollten.

Es ist dementsprechend notwendig, sich bereits heute Gedanken darüber zu machen, welches Szenario erforderlich ist, um in einer derart veränderten Situation adäquat reagieren zu können. Schon von der Externen Expertenkommission (1998) wurde gefordert, dass für die Behandlungsversuche ein adäquater gesetzlicher Rahmen gefunden werden müsse. Diese Forderung ist heute noch aufrecht und gewinnt in einer Situation, in der es nicht mehr um Experimente, sondern um die Etablierung einer standardisierten Methode geht, zusätzliche Bedeutung.

Als zentrale Fragen für die Planung des zukünftigen Einsatzes des DAM in der opiatgestützten Behandlung Opiatabhängiger imponieren daher:

- die Registrierung der Substanz als Arzneimittel und
- die Position der Internationalen Suchtmittelkontrolle.

### 5.6.1. Die Registrierung des DAM als Arzneimittel

Die Proponenten der Methode sind sich dieses Problems bewusst und suchen ihm Rechnung zu tragen. In der Schweiz wurde eine intermediäre Lösung gefunden und die Registrierung des Heroin ist im Entwurf zur Veränderung des Betäubungsmittelgesetzes enthalten, in den Niederlanden findet sich in den Schlussfolgerungen der Autoren der Evaluation der niederländischen Heroinstudie die Empfehlung, die Registrierung des DAM als Arzneimittel möglichst rasch in die Wege zu leiten. Die deutsche Studie ist explizit als Zulassungsstudie konzipiert. KRAUSZ führte aus, dass die Substanz im deutschen Betäubungsmittelgesetz neu klassifiziert werden muss, soll sie der Behandlung Heroinabhängiger dienen können und dass die deutsche Regierung den Heroinversuch in Auftrag gegeben habe, um die Basis für diese notwendige Reklassifizierung zu schaffen. In Deutschland erfolgt die entsprechende Untersuchung nach dem vorhin kritisierten „Goldstandard“. Die Notwendigkeit der Durchführung klinischer Prüfungen ergibt sich möglicherweise aus einem speziellen Verständnis des Art.2 (4) der Einigen Suchtgiftkonvention, der die Bedingungen der Verwendung des Heroin als gebunden an die Klassifizierung des Heroin als Schedule-4-Substanz festschreibt. Es ist dennoch fragwürdig, ob bei einem positiven Ausgang der deutschen Studie und nach deren Abschluss dann auch in jedem andern Land, das in der Folge eine HeGeBe plant, erneut, am Modell der deutschen Untersuchung orientierte, aufwändige klinische Untersuchungen als Basis der Registrierung des DAM durchgeführt werden sollen oder müssen.

Die entsprechenden Untersuchungen sind teuer und eigentlich nur angezeigt, wenn eine artikuliertete Forschungsfrage vorliegt, über deren Resultat noch Zweifel bestehen. In Australien ging man davon aus, dass für zwei Pilotstudien in diesem Problembereich 2,3 Millionen Dollar benötigt werden. Diese Kosten müssen von den interessierten Ländern selbst aufgebracht werden, da wohl kaum eine pharmazeutische Firma die Kosten der Zulassung einer derart alten und bekannten Substanz auf sich nehmen wird. Bestimmte Forschungsfragen, die in den bislang durchgeführten Heroinstudien behandelt wurden, sollten daher als gelöst gelten, weshalb sich eine erneute Untersuchung erübrigt. Auch muss man die vorhin unter Punkt 5.2. explizierte methodische Kritik an der Relevanz der RCT für die spezielle Frage der Bewertung suchttherapeutischer Strategien berücksichtigen.

Damit soll nicht die Notwendigkeit der weiteren Beforschung des Themas bezweifelt werden. Die Begleitforschung zu den Schweizer Heroinprojekten hat eine Fülle von relevanten Fragestellungen aufgetan, die kontinuierliche Forschungsaktivitäten erfordern. Wie bereits von DOBLER-MIKOLA (1999) und erneut in den Englischen Richtlinien aus 2003 gefordert, sollten diese jedoch nicht auf das schmale Feld der Heroinverschreibung begrenzt bleiben, sondern auf dem Gesamtfeld der opiatgestützten Behandlung aktiviert werden. In diesem Zusammenhang bleibt es wichtig, ganz generell für die Substitutionsbehandlungen Qualitätssicherungsprogramme zu entwickeln und sich in der politischen und therapiebezogenen Diskussion nicht auf die einzelnen Bestandteile der Behandlung (wie zum Beispiel Abgabe des Heroins) zu beschränken. Die gesamte Behandlung sollte berücksichtigt werden. In diesem erweiterten Kontext haben dann eventuell auch mit entsprechender methodischer Strenge entworfene klinische Untersuchungen ihren Platz.

Prinzipiell ist der Frage nachzugehen, ob nicht die einzelnen Länder, die eine Einführung der ärztlichen Verschreibung des DAM erwägen, ohnehin, ohne jede weitere Prozedur, frühere Entscheidungen wieder rückgängig machen und das DAM wieder in ihren Arzneimittelschatz aufnehmen könnten. Schließlich resultiert die Verbannung des DAM aus dem

Arzneimittelschrank – um DE RIDDER (1999) zu zitieren – aus politischen, nicht aus medizinischen Erwägungen. Dieser Umstand wurde 1985 erneut deutlich, als in den USA eine medizinische Initiative entstand, Heroin wieder als Arzneimittel einzuführen, die allerdings durch den amerikanischen Kongress abgelehnt wurde. Die Planer der Schweizer Studie waren zunächst offenbar der Meinung, dass die nationale Reklassifizierung ohne großen Aufwand vor sich gehen können müsste. In ihrer Begründung der Wahl der Methode der Kohortenstudie vertraten sie den Standpunkt, dass sich die Durchführung einer klinischen Studie analog einer Zulassungsprüfung erübrige, da die Substanz in der britischen Pharmakopöe aufgeführt ist und in der Schweiz vor der Änderung des Arzneimittelgesetzes 1951 in der Pharmakopöe als Arzneimittel aufgelistet war. In England war es zum Beispiel im September 2003 möglich, erneut das Heroin als Arzneimittel zu behandeln und seine Abgabe in kardiologischen Notsituationen zu erleichtern.

Die Sinnhaftigkeit der Vorgangsweise, die Registrierung der Substanz zunächst über die Zulassung zur Substitution zu betreiben, kann angezweifelt werden. Mit einer „denormalisierten“ Substanz kann es eigentlich keinen normalisierten beziehungsweise normalisierenden Umgang geben. Dieser Umstand tritt vor allem in jenen Problemen zutage, die die Beendigung der experimentellen Behandlung und die Weiterführung der Heroinabgabe als medizinische Maßnahme betreffen. Sinnvoller wäre es allemal, dem DAM wieder den Rang zuzuordnen, der ihm gebührt – ein Opiat unter anderen zu sein. Dann erst sollte seine Funktionalität innerhalb von Unterstützungs- und Reduktionsprogrammen diskutiert und definiert werden. In diesem Kontext kommt der Initiative der Arzneimittelindustrie Bedeutung zu. Da die weitere Durchführung teurer klinischer Studien eigentlich keinen Sinn mehr gibt und kaum mehr zu rechtfertigen ist, wäre ein Antrag auf europaweite Zulassung der Substanz als Arzneimittel und insbesondere auch für die Verwendung innerhalb der opiatgestützten Behandlung eine zweckmäßige Vorgangsweise.

### **5.6.2. Die Position der Internationalen Suchtmittelkontrolle**

Diese allerdings bedürfte einer Revision und Novellierung der Einzigsten Suchtgiftkonvention. Obwohl die medizinische Verwendung des Heroin in diesem Vertragswerk nicht explizit verboten ist, führt die Klassifizierung als Schedule-4-Substanz dazu, dass dem medizinischen Gebrauch mit Reserve begegnet wird und dass die Produktion der Substanz äußerst eingeschränkt ist. Die UN-Kontrollbehörde ist regelmäßig im Dilemma, einerseits die Experimente zulassen zu müssen und die notwendigen Substanzmengen zur Verfügung zu stellen, andererseits aber auch gegen die Projekte Einwände vorzubringen, um ihrer Rolle gerecht zu werden, die Einhaltung der internationalen Verträge zu kontrollieren. Die aktuelle Brauchbarkeit der Klassifizierung des Heroin in der Einzigsten Suchtgiftkonvention sollte dementsprechend auf jeden Fall hinterfragt werden. Die Gefährlichkeitszuschreibungen und Einschätzungen, die 1961 dazu führten, dass der medizinische und therapeutische Wert der Substanz als „extrem eingeschränkt“ erklärt wurde, wurden, abgesehen von der unwissenschaftlichen Basis auf der diese Klassifizierung ruhte, in einer Zeit getroffen, in der die Gesundheitspolitik einem heute nicht mehr gültigen Prinzip verhaftet war. In der Zwischenzeit trat ein Paradigmenwandel ein, der mehrere gesundheitspolitisch relevante Dimensionen betrifft. Der Gesundheitsbegriff wurde in der WHO-Definition erweitert und dadurch der Handlungsraum der Medizin verbreitert. In den neuen Aufgabenbereichen kommen der Gesundheitsförderung und der präventiven Schadensminimierung vorrangige Bedeutung zu. Handlungsaufträge in diesen Feldern bringen die Notwendigkeit einer Neubewertung der Substanz Heroin und ihres sozialmedizinischen Einsatzes mit sich. Insofern ist eine Revision der in der Einzigsten Suchtgiftkonvention bezogenen Position bezüglich der medizinischen Brauchbarkeit des Diazetylmorphin („extremely limited medical

or therapeutical value“) dringend erforderlich. Es ist abzuklären, ob sie in der veränderten Situation der medizinischen Aufgabenbereiche noch zweckmäßig ist und aufrechterhalten werden soll. Auch internationale Verträge entsprechen jeweils vorliegenden historischen und gesellschaftspolitischen Bedingungen. Ergeben sich im Kontext gesellschaftlicher Wandlungsprozesse gravierende Veränderungen, müssen die internationalen Regelwerke an die neuen Bedingungen angepasst werden.

Agrund der ihr in der Ersten Suchtgiftkonvention im Artikel 3 zugeordneten Funktion kommt der Weltgesundheitsbehörde in diesem Kontext die Rolle zu, den Revisionsprozess einzuleiten. Ihre Funktion besteht darin, die Zuordnung der Substanzen zu den diversen Kontrollniveaus vorzuschlagen; ihr käme es dementsprechend auch zu, das Heroin aus der verschärften Kontrolle des Schedule-4 zu lösen und die Kontrollsituation, die wie bei den anderen Opiaten aus der Verankerung als Schedule-1-Substanz resultiert, als ausreichend zu erklären. Da, wie oben ausgeführt, die neue Bewertung des Heroin und seiner medizinischen Verwendbarkeit unter anderem auch aus dem von der Weltgesundheitsbehörde eingeleiteten Paradigmenwandel resultiert, scheint es nur logisch, dass diese Behörde in diesem Sinne aktiv wird.

Erst der grundsätzlich normalisierte Umgang nach Registrierung der Substanz könnte es ermöglichen, in der Zukunft die HeGeBe als „normale“ Behandlung innerhalb eines diversifizierten Substitutionsprogramms in differenzierter Weise zu betreiben. Dies wurde bereits von der Externen Expertenkommission zu den Schweizer Versuchen festgestellt, wenn sie meinten, dass „in Anbetracht des hochgradig kontrollierten Systems der Heroinverschreibung und der hohen Kosten seiner Abgabe die Heroinverschreibung auch bei nachgewiesener Wirksamkeit wahrscheinlich nur für eine Minderheit der Heroinsüchtigen geeignet und verfügbar sein wird“.

## **5.7. Ausblick: Vorstellungen über die notwendige Differenzierung der heroingestützten Behandlung**

### ***a. Behandlung mit retardiertem DAM:***

Es scheint notwendig, einen Aspekt der Schweizer Versuche aufzugreifen, der völlig untergegangen ist, aber nichtsdestoweniger interessant und erfolgversprechend scheint, sollte die heroingestützte Behandlung in breiterem Rahmen durchgeführt werden: Entwicklung, Prüfung und Einsatz geeigneter DAM-Präparate mit Retardwirkung. In diesem Kontext wäre zum Beispiel in Österreich, wo retardierte Morphinpräparate für die Substitutionsbehandlung zugelassen sind, die Durchführung einer Vergleichsstudie retardierten Heroins versus retardiertem Morphin möglich. Eine derartige Untersuchung könnte als klassische randomisierte Studie erfolgen.

### ***b. Differenzierte Dosierung innerhalb der HeGeBe:***

Neben dieser Möglichkeit sollte auch die Möglichkeit einer niedrigdosierten Behandlung in Betracht gezogen werden. Die Erfahrungen, die mit dieser Methode in England gewonnen wurden, scheinen brach zu liegen: sowohl in der Schweiz wie auch in den Niederlanden und in Deutschland sind die Heroinprojekte Hochdosis-Programme. Bei einem Vergleich der Praxis der Heroinverschreibung in England und in den europäischen Heroinprojekten fällt auf, dass in England wesentlich niedriger dosiert wurde. Ausschlaggebend für diese methodische Diskrepanz ist wohl der Unterschied zwischen den therapie- und integrationswilligen Klienten des ursprünglichen „Britischen Systems“ und den bislang therapieresistenten Klienten, die in den europäischen Heroinprojekten zur Behandlung „verführt“ werden müssen. Dennoch muss die Frage der differenzierten Dosierung des Heroin selbst, ohne Korrektur der Dosis durch

Methadon, für den Fall aufgegriffen werden, dass sich die Heroinprojekte im Sinne HARTNOLL's entwickeln und sich aus der experimentellen Behandlung relativ weniger relativ hoch deprivierter Patienten ein Routineangebot neben anderen schadensbegrenzenden Maßnahmen für eine differenzierte Klientel entwickelt. Dann tut es Not, Behandlungsstrategien bereit zu haben, die den differenzierten Bedürfnissen entsprechen.

***c. Umstellung auf minder riskante Einnahmeformen:***

Beobachtungen, die in Konsumräumen in Deutschland und in der Schweiz gemacht werden konnten, lassen den Schluss zu, dass die Möglichkeit besteht, dass auch langjährig injizierende Heroinabhängige auf minder riskante Gebrauchsmuster umsteigen, wenn Bedingungen bereitgestellt werden, die diesen Prozess begünstigen. Da die intravenöse Methode in etlichen Fällen gewählt wird, weil sie unter den Bedingungen der Versorgung auf dem Schwarzmarkt die „ökonomischste“ zu sein scheint, könnte ärztlich verordnetes und daher für den Abhängigen auf jeden Fall billiges Heroin einen Umstieg auf andere Konsummodalitäten erleichtern. Dies gilt insbesondere für jene Abhängigen, die aufgrund ihrer schlechten Venensituation ohnehin nur mehr erschwert oder nicht mehr injizieren können.

Auf jeden Fall sollte die Forschung zu den verschiedenen Ausprägungen der Heroinabhängigkeit intensiviert werden.

***d. Begleitforschung zu der diversifizierten HeGeBe:***

Entsprechend angepasste Begleitforschung könnte eventuell dazu beitragen, dass die unter den von a.) bis c.) aufgelisteten Bedingungen durchgeführte Behandlung unter weniger belastenden Kontrollen und unter geringerer Beschränkung der sozialen und beruflichen Mobilität stattfindet. Damit könnte erreicht werden, dass sie im Sinne der früher beschriebenen Vorstellungen Richard HARTNOLL's umfassenderen Zielen der Schadensreduktion dienstbar gemacht werden kann.

Insbesondere scheint Forschung auf dem Feld der Abklärung der Verkehrstüchtigkeit notwendig. Muss wirklich in jedem Fall, unabhängig von den Einnahmemodalitäten, ein Entzug der Lenkerberechtigung erfolgen oder ist die von LADEWIG & Ma. im Kontext der Begleitforschung zu PROVE beobachtete Einschränkung der Fahrtüchtigkeit unter DAM lediglich ein Effekt des Flash bei intravenöser Einnahme und/oder an die in der speziellen Forschungsaufgabe untersuchte Patientenpopulation gebunden? Im Entwurf der australischen Heroinstudie widmete sich eine Komponente der Begleitforschung speziell dieser Fragestellung. Weder in den Niederlanden, noch in Deutschland oder Spanien scheinen weiterführende Konzepte zur Beforschung dieser wichtigen Fragestellung entwickelt worden zu sein.

***e. Bestimmung des Ranges der Heroingestützten Behandlung innerhalb der Substitutionsangebote:***

Diese Untersuchungen könnten dazu beitragen, die Notwendigkeit und den Rang der heroingestützten Behandlung besser zu definieren. Der in den neuen englischen Richtlinien vorgeschlagene Stufenplan der Behandlung der Opiatabhängigkeit scheint in dieser Hinsicht durchaus bedenkenswert. Es ist aber auch vorstellbar, dass ein dynamisches Konzept entwickelt wird, das davon ausgeht, dass man sich bei der Verschreibung in der opiatgestützten Behandlung ausschließlich an der physischen, psychischen und sozialen Situation des Patienten orientiert.

## 5.8. Schlussfolgerung und Empfehlung

### *Schlussfolgerung*

Obwohl die Projekte, die bisher durchgeführt wurden, sicherlich unser Wissen erweiterten, decken dennoch die bislang entwickelten Studiendesigns noch immer nicht alle denkbaren Fragen ab. Auch sind, wie ausführlich dargestellt, bestimmte Details dieser Designs eher geeignet, Unklarheiten über den Stellenwert des DAM in der opiatgestützten Therapie aufkommen zu lassen als sie zu beseitigen.

Zweifellos findet sich auch unter den österreichischen Opiatabhängigen jene Teilpopulation, die in Deutschland, den Niederlanden und der Schweiz die Aufnahmekriterien in ein heroingestütztes Programm erfüllt hatte und bestehen auch in Österreich jene Verhältnisse, die in Deutschland, den Niederlanden, der Schweiz, Kanada, Spanien, Australien den Erfahrungshintergrund der Etablierung von Heroinverschreibungs-Programmen bilden. Dass neben den Substitutionsprogrammen intensiv injizierender Gebrauch betrieben wird, lässt sich unschwer der Dokumentation über Bestecktauschprogramme entnehmen. Wie dem jüngsten Drogenbericht des ÖBIG zu entnehmen ist (ÖBIG 2003), zeigt der Bestecktausch kontinuierlich steigende Tendenz. 2002 wurden allein in Wien 1,238.304 Spritzensets getauscht. Einerseits spricht dies für eine wachsende Annahme schadensreduzierender Angebote unter den Abhängigen, andererseits ist aber daraus nicht zu schließen, dass damit alle Risiken des injizierenden Gebrauchs unter Kontrolle gebracht werden. Mit der Spritzenabgabe ist kein Konsum unter Sicht verbunden. Auch getauschte Spritzensets können zum riskanten gemeinsamen Konsum verwendet werden und auch mit getauschten Spritzensets können riskante Zubereitungen injiziert werden. Die Belastung der Gemeinschaft durch Konsum im öffentlichen Raum und durch weggeworfene Spritzen und Nadeln ist ebenfalls weiter gegeben, wie der Bericht des Wiener Spritzensammeldienstes „Moskito“ für 2002 erkennen lässt. Aus all dem kann geschlossen werden, dass auch in Österreich das orale Substitutionsprogramm, obwohl eine diversifizierte Form besteht, die die Abhängigen nicht auf Methadongebrauch beschränkt, nicht alle behandlungsbedürftigen Opiatabhängigen erfasst. Darüber hinaus bleibt auch Österreich nicht vom Problem des injizierenden Beigebrauchs verschont. Es liegt allerdings keine strukturierte Untersuchung vor, aus deren Ergebnissen ein Rückschluss auf die Dimension der Problemlage, die aus dem injizierenden Gebrauch erwächst, gezogen werden könnte. Unter den Betreuern der Suchtkranken hat die Beobachtung der problematischen Verhältnisse bislang vorwiegend dazu geführt, dass die Einrichtung von Konsumräumen diskutiert und gefordert wird. Die Etablierung von heroingestützten Behandlungsprogrammen wird hingegen lediglich bisweilen unstrukturiert angedacht.

Es ist aber denkbar, dass als Reaktion auf die vorhin beschriebenen Verhältnisse unter dem Eindruck der Ergebnisse, die aus unseren Nachbarländern über die Heroin-Behandlungsexperimente veröffentlicht werden, auch in Österreich auf Expertenseite und bei politischen Entscheidungsträgern der Wille entsteht, die Einführung von Programmen mit diversifizierter Einnahme zu fordern – insbesondere, da sich eine derartige Forderung in Einklang mit den Zielvorgaben des Europäischen Drogenaktionsplans befindet.

Nach den bisher vorliegenden Erfahrungen über den Einsatz der Substanz in der opiatgestützten Behandlung kann dann durchaus auch mit Heroin experimentiert werden, es empfiehlt sich aber, diese spezifische Maßnahme von Anfang an lediglich als eine Option innerhalb der schadensreduzierenden Angebote zu verstehen und notwendig erscheinende Reformen der Substitutionsbehandlung an die spezielle österreichische Situation der opiatgestützten Behandlung anzupassen.

Es sollte der Eindruck vermieden werden, dass die Heroinverschreibung ein „magic bullet“ ist, das imstande ist, die Probleme des außermedizinischen Suchtmittelgebrauchs zu lösen. Nach allem, was bisher zum Thema der Heroinverschreibung veröffentlicht wurde, würde eine derartige Hoffnung enttäuscht.

Dementsprechend sollte keine Fokussierung auf das Heroin erfolgen, ein eventuelles Projekt nicht als „Heroinverschreibungsprojekt“ ablaufen. Da es um eine gesundheitspolitische Maßnahme geht, die die Optimierung des Behandlungsangebots für Opiatabhängige anstrebt, sollte vielmehr von einer weiteren Diversifizierung der Substitutionsangebote gesprochen werden, die sowohl das Angebot an Substitutionsmitteln als auch verschiedene Einnahmeformen umschließt. Innerhalb dieses erweiterten Angebots könnte – oder sollte – eingedenk der aktuellen internationalen Entwicklung dann auch das Heroin seinen Platz haben.

### **Empfehlung**

Diese Expertise ist nicht der Ort, an dem ein entsprechendes österreichisches Projekt ausführlich entwickelt und ausführlich dargestellt werden kann und soll. Wohl aber scheint es angezeigt, einige Empfehlungen zu formulieren, die sich aus dem Studium der Literatur und aus der Beobachtung der österreichischen Verhältnisse ergeben.

Die ersten Schritte, die gesetzt werden müssen, sind auf jeden Fall eine Machbarkeitsstudie und eine Bedarfserhebung. Letztere bedarf einer umfassenden Aufarbeitung der Erfahrungen der schadensreduzierenden Projekte und detaillierter Szeneforschung.

Bei der Entwicklung von Vorstellungen über eine österreichische Variante der HeGeBe ist zu bedenken, dass das hervorstechende Spezifikum der österreichischen Ausprägung der oralen Substitutionsbehandlung darin besteht, dass neben Methadon auch andere Opiate abgegeben werden. Daraus ergibt sich auch als unerwünschte nichtsdestoweniger aber reale Konsequenz, dass der injizierende Gebrauch in der Drogenszene sich nicht auf die Injektion von Heroin beschränkt. Es werden im Szenekontext auch die verschreibbaren oralen Zubereitungen sowohl von Methadon wie von Morphinderivaten zweckentfremdet zur Injektion verwendet, wobei diese Einnahmeform spezielle Risiken birgt.

Wenn eine Erweiterung der Substitutionsangebote geplant wird, um bislang unzugängliche injizierende Gebraucher in das Behandlungsnetz einzugliedern, ist es daher sinnvoll, nicht von einem „Projekt zur Heroinverschreibung“ auszugehen, sondern, wie oben bereits festgestellt, eine **Erweiterung und Optimierung der Substitutionsbehandlung im Sinne eines mehrdimensional diversifizierten Substitutionsangebots unter entsprechender Begleitforschung** in die Wege zu leiten. Das heißt, dass ein Programm entwickelt wird, das nicht nur hinsichtlich der angebotenen Substanzen, sondern auch hinsichtlich der Einnahmeform diversifiziert ist und an die Verhältnisse in der Szene angepasst ist. Eine Fokussierung auf Heroin ist zu vermeiden, alle szeneüblichen und verfügbaren Mittel sollten in verschiedener Einnahmeform für die Substitution verfügbar sein. Insbesondere sollte eine Bindung der intravenösen Substitution an Heroin vermieden werden. Bestimmte Erfahrungen aus den Niederlanden und aus England (METREBIAN & Ma. 1998), die wir vorgestellt haben, sprechen dafür, dass in diesem erweiterten Angebot sich bei freier Wahlmöglichkeit durchaus relevante Teilpopulationen für andere Optionen als Heroin, in welcher Form auch immer, oder für den Gebrauch von Heroin in einer relativ gering riskanten Einnahmeform entscheiden würden. Die Begleitforschung zu diesem Programm sollte als Komponente die Identifikation für die injizierende Einnahme besonders geeigneter Substanzen und Zubereitungen einschließen.

Ein derart mehrdimensional diversifiziertes Programm, in dem injizierbare Zubereitungen verschiedener Opiate angeboten werden, scheint geeignet, auch ohne Heroinverschreibung,

sowohl Erkenntnisse über die Bedeutung der injizierenden Substitution zu erbringen, als auch bereits einen relevanten Versorgungsaspekt abzudecken.

Falls eine Zulassung des Heroin für die opiatgestützte Behandlung erfolgt, sollte die Substanz der weiteren Diversifizierung in dem Sinne zur Verfügung stehen, dass die Erfahrungen, die in den bisher durchgeführten Heroinprojekten gemacht wurden, genutzt werden und verschiedene Konsumformen angeboten werden. Infrage kommen, wie in der Schweiz, die Möglichkeit der Verschreibung einer peroralen Abgabeform mit verzögerter Wirkung (slow release) und die Verordnung einer Zubereitung zur Inhalation, wie in den Niederlanden. Zunächst wäre allerdings die Abgabe von Heroin, wie in den anderen Ländern, unter den vorherrschenden Kontrollbedingungen der Einzigen Suchtgiftkonvention, als experimentelle Behandlung an die Teilnahme an einem Forschungsprojekt zu binden. Die Definition von Platz und Rang des Heroin in einem erweiterten diversifizierten Substitutionsangebot wäre eine wesentliche Aufgabe dieser Forschung. In dem Projekt sollten Fragestellungen bearbeitet werden, die bislang in den europäischen Projekten unzureichend behandelt wurden. Klinische Studien sollten nur zu eng begrenzten, gut definierten und bislang unzulänglich beforschten Fragestellungen durchgeführt werden. Prinzipiell wäre es sinnvoll einmal das bislang ausständige Projekt durchzuführen, in dem die Heroin-Experimentalgruppe tatsächlich ausschließlich DAM erhält. Dann könnte eine sinnvolle Vergleichsuntersuchung mit Substanzen durchgeführt werden, die in wesentlichen pharmakodynamischen und pharmakokinetischen Wirkungsparametern tatsächlich mit dem Heroin vergleichbar sind. Eine dergestalt entworfene Studie könnte es erlauben, den Stellenwert des Heroin und die Vor- und Nachteile der Substanz im Spektrum der opiatgestützten Behandlung Opiatabhängiger exakter zu erarbeiten. Hinsichtlich einer Vergleichsstudie in der injizierenden Substitution scheint es angezeigt, den australischen Vorschlag aufzugreifen und intravenöses Heroin gegen intravenöses Dilaudid beziehungsweise jene Anwendungsform, die sich in der Begleitforschung zur mehrdimensionalen Substitution als geeignet erwiesen hat, testen. Erweist sich, dass diese Substanz hinsichtlich definierter Zielkriterien, die den Kriterien der bislang vorliegenden europäischen Untersuchungen angepasst werden müssen (vor allem Attraktivität, Haltekraft und günstige Auswirkung hinsichtlich Beikonsum), dem Heroin vergleichbar wirkt und positiv bewertet wird, könnte die heroingestützte intravenöse Substitution auf niedrigem Niveau gehalten werden. Auch die Frage der Beendigung der Heroinsubstitution nach Beendigung der Experimentalphase, die in den Niederlanden zu eindeutigen Verschlechterungen in der Heroingrouppe geführt hatte, könnte eventuell relativ unproblematisch dadurch gelöst werden, dass die Patienten auf Dilaudid umgestellt werden und dadurch die für einen guten Behandlungserfolg notwendige Kontinuität der Behandlung garantiert wird.

Ähnlich sollte die Wirkung der peroralen retardierten Abgabeform des Heroin, die in der Schweiz angeboten wird, gegen die hierzulande gebräuchlichen retardierten Morphin-derivate getestet werden.

Für diese Gebrauchsform könnte eine Vergleichsstudie mit peroralen slow release-Morphinpräparaten, die in Österreich der Substitutionsbehandlung zur Verfügung stehen, durchgeführt werden, um eventuelle Wirkungsunterschiede zu identifizieren, die Indikationen für orale heroingestützte Behandlung zu erarbeiten und damit einen Beitrag zur Optimierung der oralen Substitutionsbehandlung zu leisten.

Hinsichtlich der legislativen Verankerung der Heroinschreibung gilt das unter 5.7. Ausgeführte auch für Österreich.

Es ist zu prüfen, unter welchen Bedingungen das Heroin aus der österreichischen Pharmakopöe entfernt wurde und welche Maßnahmen es bedarf, es wieder als Arzneimittel zu registrieren.

Die Durchführung einer umfänglichen Zulassungsstudie scheint eher fragwürdig, bedenkt man, dass – ganz abgesehen von dem Erfahrungsmaterial, das in England vorliegt – bereits Ergebnisse über die Behandlung von mehr als 1.000 Patienten vorliegen und dass in etlichen Ländern weitere entsprechende Untersuchungen laufen, deren Ergebnisse abzuwarten sind; auch die methodischen und ethischen Bedenken, die der Durchführung von RCTs in diesem Forschungsfeld entgegen gebracht werden, sind zu dabei zu beachten.

## 6. LITERATURVERZEICHNIS

### Referenzwerke: Bücher, Broschüren, Vorträge, Abstrakta:

- ARCHIDO-Bibliographie: Kontrollierte Heroinvergabe  
Bellmann, G.U., Jellinek, Ch., Westermann, B. (Hrsg.): Mehr als abhängig? Versuche mit Methadon und Heroin.  
Weinheim: Beltz, 1998
- Bryk AS, Raudenbush SW. Hierarchical linear models. Newbury Park: Sage, 1992.
- Central Committee on the Treatment of Heroin Addicts. Investigating the Medical prescription of Heroin. A randomized trial to evaluate the effectiveness of medically co-prescribed heroin and oral methadone, compared to oral methadone alone in chronic, treatment-refractory heroin addicts. Utrecht, Netherlands, 1997.
- Chalmers I.C., Smith H., Blackbum B., Silvennan B., Reitan D., Ambroz A. A method for assessing the quality of a randomized control trial. *Controlled Clinical Trials* 2, 31-49, 1981.
- Cohen P: Drugs as a social construct, Promotionschrift, Universität Amsterdam, 1990,
- Cook T.D., Campbell D.T. Quasi-experimentation: design and analysis for field settings. Boston: Houghton-Mifflin, 1979.
- Dole V.P., Nyswander M.E. (1965) A medical treatment for diacetylmorphine (heroin) addiction: a clinical trial with methadone hydrochloride. *Journal of American Medical Association* 193:646-50.
- EMCDDA Review of scientific studies of mortality among drug users and feasibility study for a common methodology for monitoring overall and cause-specific mortality among drug users in member states of European Union, 1998, unveröffentlicht.
- Drogenbericht 2003. Wien: ÖBIG, 2003
- Farrell M., Neeleman J., Gossop M., Griffiths P., Buning E., Finch E., Strang J. The legislation, organization and delivery of methadone in 12 EU member states. Brussels European Commission, 1996.
- Farrell M., Ward J., Mattick R., Hall W., Stinson G.V., des Jarlais D., Gossop M., Strang J. Methadone maintenance treatment in opiate dependence: a review. *British Medical Journal* 309: 997-1001, 1994.
- Finkel S.E. Causal analysis with panel data. Sage University Series on Quantitative Applications in the Social Sciences, 07/105, Thousand Oaks, CA: Sage, 1995.
- Frei A., Greiner R.A., Mehnert A., Dinker R. Socioeconomic evaluation of the trials for the medical prescription of opiates, *Health Economics*, Basel, Switzerland, 1998.
- Gossop M., Marsden J., Stewart D. NTORS At One Year, The National Treatment Outcome Research Study Changes in Substance Use, Health and Criminal Behavior One Year After Intake, Department of Health, 1998.
- Hartnoll R., Mitcheson M.C., Battersby A. Evaluation of heroin maintenance in a controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, 37, 877-884, 1980.
- Hepp UG: Intravenöses-Drogenkonsum und Infektionen mit dem Aids-Virus HIV, Hepatitisviren HBV und HCV; Risikoverhalten junger Drogenkonsumentinnen und -konsumenten der offenen Zürcher Drogenszene. 1993 Diss. Med. Fak. Universität Zürich.
- Hser Y.I., Anglin D., Powers K. A 24-year follow-up of California narcotics addicts, *Archives of General Psychiatry* 50(7):577-584, 1993.
- Killias M., Rabasa J. Studies on Crime and Crime Prevention, Vol. 7 No. 1. National Council for Crime Prevention, 1998.
- Kleinbaum D.G., Kuppe, L.L., Morgenstern, H. Epidemiologic Research principles and quantitative methods. New York: Van Nostrand Reinhold, 1982.
- Krüger, H. P. (Hrsg.): Drogen im Straßenverkehr. Freiburg: Lambertus, 2000
- Levine SR: Stroke, Neurological Complications of Substance Abuse. 1994, Course 122, American Academy of Neurology, Washington DC.
- Oppenheimer E., Tobutt C., Taylor C., Andrew T. Death and survival in a cohort of heroin addicts from London clinics: a 22-year follow-up study, *Addiction* 89(10):1299-1308, 1994.
- Pant A., Soellner R., Epidemiology of HIV in intravenous drug users and public health policy in Germany, *Journal of Drug Issues* 27(1) 9-41, 1997.
- Perneger T.V., Giner F., del Rio M., Mino A. Randomized trial of heroin maintenance programme for addicts who fail in conventional drug treatments, *British Medical Journal* 317 13-18, 1998.
- Rehm, J., Anninger, G., & Kohlmeier, L. Using follow-up data to avoid omitted variable bias: An application to cardiovascular epidemiology. *Statistics in Medicine*, 11, 1195-1208, 1992.
- Rihs-Middel M, (Hrsg.): The medical prescription of narcotics. Scientific foundations and practical experiences. Bern/Seattle: Hogrefe and Huber. 1997.
- Rihs-Middel M. The Swiss Federal Office of Public Health Research strategy and the prescription of narcotics: fundamentals, research plan, first experiences. In: Rihs-Middel M. (ed) *The Medical Prescription of Narcotics: Scientific foundations and practical experiences*. Bern, Hogrefe und Huber, 1994.
- Swiss methadone report: Narcotic substitution in the treatment of heroin addicts in Switzerland, 3rd edition, Swiss Federal Office of Public Health and Addiction Research Foundation (undatiert).

- Uchtenhagen A, Gutzwiller F., Dobler Mikola A. Programme for a medical prescription of narcotics: final report of the research representatives. Summary of the synthesis report. Zurich: Universität Zürich, 1998.
- Uchtenhagen A., Dobler-Mikola A., Gutzwiller F. Ärztlich kontrollierte Verschreibung von Betäubungsmitteln: Grundlagen, Forschungsplan, erste Erfahrungen. Beitrag im Weiterbildungsseminar für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Schweizerischen Heroinabgabeversuchen, Thun, 1993.
- Verster, A.: Substitution Treatment for Opiate Dependence in Europe. Vortrag Montego Bay, August 2001
- Waal, H. & Haga, E. (Hrsg.): Maintenance Treatment of Heroin Addiction. Evidence at the Crossroads. Oslo: Cappelen, 2003
- WHO Expert Committee on Drug Dependence. Thirtieth Report. Technical Report Series 873, Genf, 1998.
- WHO, Regional Office for Europe: Models of Medication Supported Treatment for Opioid Addicts. Report. Sportschloss Velen, April 25-27, 2002
- Zeltner T.B. Experimental projects in Switzerland involving the medical prescription of narcotics in: M. Rihs-Middel (Ed) The medical prescription of narcotics: Scientific foundations and practical experiences, Bern, Hogrefe & Huber, 1997.

## Referenzen zur Pharmakologie und zur klinischen Verwendung des Heroin:

- Brenneisen R et al: Analytik, Galenik, Pharmakodynamik und Pharmakokinetik von Diacetylmorphin. Bern, 1997.
- Bundeli P: Die hochdosierte Heroin-Injektion: spezielle pharmakologische, klinisch-chemische, physiologische und analytisch-toxikologische Fragestellungen im Rahmen der Versuche zur ärztlich kontrollierten Verschreibung von Betäubungsmitteln. Diss. med. Bern, 1998
- Elliot HW, Parker KD, Wright JA et al: Actions and metabolism of heroin administered by continuous intravenous infusion to man. *Clin Pharmacol Ther* 1971; 12: 806–814.
- Fishmann AJ: Thrombocytopenia and heroin (letter). *Ann Intern Med* 1981; 94: 280–281.
- Geistlich S: Bericht zu Schwangerschaftsverlauf und Entzugssymptomen Neugeborener in der diversifizierten Opiatabgabe. Diss. med. Zürich, 1997.
- Gilman AG, Hardman JG, Limbird LE, Molinoff PB, Ruddon RW: Goodman and Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics; Ninth Edition; McGraw-Hill, NY
- Gyr E: Heroin-Retardtabletten, -Kapseln und -Suppositorien: Invitro- und In vivo-Studien. Diss. med. Bern, 1998.
- Hug I: Epileptiforme Störungen bei opiatabhängigen Patienten unter intravenöser Substitutionstherapie mit Heroin, Morphin und Methadon. Diss. med. Basel, 1997.
- Inturrisi CE, Max MB, Foley KM et al: The pharmacokinetics of heroin in patients with chronic pain. *N Engl J Med* 1984; 310: 1213–1217.
- Inturrisi CE, Schultz M, Shin S et al: Evidence from opiate binding studies that heroin acts through its metabolites. *Life Sci* 1983; 33: 773.
- Jasinski DR, Preston KL: Comparison of intravenously administered methadone, morphine, and heroin. *Drug Alcohol Depend* 1986; 17: 301–310.
- Jayawardena B, Hill DJ: Myoclonic spasms after epidural diamorphine infusion. *Anaesthesia* 1991; 46: 473–474.
- Kaiko RF, Wallenstein SL, Rogers AG et al: Analgesic and mood effects of heroin and morphine in cancer patients with postoperative pain. *N Engl J Med* 1981; 304: 1501–1505.
- Martin WR, Sloan JW: Neuropharmacology and neurochemistry of subjective effects, analgesia, tolerance, and dependence produced by narcotic analgesics. In *Handbook of Experimental Pharmacology*; Vol 45/1, Drug Addiction 1: Morphine, Sedative/ Hypnotic and Alcohol Dependence. Springer-Verlag, Berlin, 1977, pp 43–158.
- Lockridge O, Mottershaw-Jackson N, Eckerson HW et al: Hydrolysis of diacetylmorphine (heroin) by human serum cholinesterase. *J Pharmacol Exp Ther* 1980; 215: 1–8.
- Osborne R, Joel S, Trew D, Slevin ML: The analgesic activity of morphine-6-glucuronide. *Lancet* 1988; 1: 828.
- Paul D, Standifer KM, Inturrisi CE, Pasternak GW: Pharmacological characterization of morphine-6b-glucuronide, a very potent morphine metabolite. *J Pharmacol Exp Ther* 1989; 251: 477–483.
- Robinson SL, Rowbotham DJ, Smith G: Morphine compared with diamorphine. A comparison of dose requirements and side effects after hip surgery. *Anaesthesia* 1991; 46: 538–540.
- Sawynok J: The therapeutic use of heroin: a review of the pharmacological literature. *Can J Physiol Pharmacol* 1986; 64: 1–6.
- Seidenberg A, Honegger U: Methadon, Heroin und andere Opiode. Verlag Hans Huber, Bern 1998.
- Staritz M: Pharmacology of the sphincter of Odi. *Endoscopy* 1988; 20 (suppl 1): 171–174.
- Turner D: Diamorphine toxicity. *Anaesthesia* 1992; 47: 168 - 169.
- Twycross RG: Choice of strong analgesic in terminal cancer: diamorphine or morphine? *Pain* 1977; 3: 93–104.
- Twycross RG: Clinical experience with diamorphine in advanced malignant disease. *Int J Clin Pharmacol* 1974; 9: 184–198.

Twycross RG: Morphine and diamorphine in the terminally ill patient. *Acta Anaesth Scand* 1982; 74 (suppl): 128–134.

Wallenstein SW, Houde RW, Portenoy R et al: Clinical analgesic assay of repeated and single dose of heroin and hydromorphone. *Pain* 1990; 41: 5–13.

Williams FM: Clinical significance of esterases in man. *Clin Pharmacokinet* 1985; 10: 392–403.

## **Schweiz: Grundlagenpapiere des Handbuchs HeGeBe**

Balsiger, D., Jezek, H., Raschle, R., Vontobel, U. (1998): Sanktionen – Richtlinien und Empfehlungen. Bundesamt für Gesundheit, Bern

Berthel, T., Gerber, P., Gugger, B., Heim, R., Kick, U. (1998): Individuelle Behandlungsplanung in der heroingestützten Behandlung – Empfehlungen und Richtlinien. Bundesamt für Gesundheit, Bern

Berthel, T., Zimmer, A. (1998): Gruppenaktivitäten in den Behandlungszentren zur heroingestützten Behandlung von Schwerststüchtigen – Empfehlungen und Richtlinien. Bundesamt für Gesundheit, Bern

Bürki, C., Schädeli, L., Schnider, H., Schweizer, A. (1998): Funktionendiagramm – Empfehlungen. Bundesamt für Gesundheit, Bern

Föhn, F., Caspar-Frey, I., Schneider, K., Knus, B. (1997): Sicherung von spezifischem Know-how in der heroingestützten Behandlung – Richtlinien und Empfehlungen. Bundesamt für Gesundheit, Bern

Gugger, B., Tena, S., Voellmy, A., Weibel, U. (1998): Umgang mit Polytoxikomanie in der opioidgestützten Behandlung – Empfehlungen. Bundesamt für Gesundheit, Bern

Hochstrasser, B., Weiss, S., Utiger, U., Lehmann, P., Mangold, H., Berthel, T., Cruceli, S., Vontobel, U., Gerber, R., Gurtner, R., Stamm, R., Bühler, R., Gerber, P. (1998): Grundlagenpapier für ein Modell der heroingestützten Behandlung – Richtlinien und Empfehlungen. Bundesamt für Gesundheit, Bern

Hug, I., Kuti, K., Niggli, J., Weichelt, M., Gurtner, R., Gerber, P. (1998): Aufnahmeverfahren in Zentren für heroingestützte Behandlungen – Richtlinien und Empfehlungen. Bundesamt für Gesundheit, Bern

Ruesch, K., Ryser, A., Sonderegger, P., Teichman, D., Waldvogel, R. (1998): Mitgabe von nicht injizierbaren Betäubungsmitteln – Richtlinien und Empfehlungen. Bundesamt für Gesundheit, Bern

Seidenberg A., Affentranger, P., Berthel, T., Hämmig, R., Hediger, S., Hug, I., Nölke, F., Olgati, M., Warwitz, B., Weiss, S. (1997): Opiodgestützte Behandlungen – Richtlinien und Behandlungsempfehlungen für die ambulante medizinische Betreuung bei der ärztlichen Verschreibung von Betäubungsmitteln (PROVE). Bundesamt für Gesundheit, Bern

## **Schweiz: Nationale Literatur zum Thema – Ergebnisse der Begleitforschung; ausgewählte internationale Referenztexte**

Aebi, M. (1999). La validité des indicateurs de la criminalité – les sondages de délinquance autoreportée face aux données de police et du casier judiciaire dans le cadre de l'évaluation des essais suisses de prescription d'héroïne. Institut de criminologie, Lausanne.

Aebi, M., Ribeaud, D., Killias, M. (1998). Heroin Prescription and Criminal Involvement: Results from the Evaluation of the Swiss Heroin Prescription Projects. European Harm Reduction Conference, Utrecht, the Netherlands.

Arnold, B., Bürge, I., Camenisch, V., Carnibella, R., Cruceli, S., Lehmann, P. (1997). Soziale Arbeit in den PROVE-Projekten. Erfahrungen und Empfehlungen. Zweite überarbeitete Fassung. Projekt KODA-1, Sozialdienst, Bern.

Assemblea federale della Confederazione svizzera (1951). Legge federale sugli stupefacenti del 3 ottobre 1951, Berna.

Assemblea federale della Confederazione svizzera (1975). Legge federale sugli stupefacenti e sulle sostanze psicotrope (Legge sugli stupefacenti, LStup) del 3 ottobre 1951. Modifica del 20 marzo 1975; Art. 15a cpv. 3; Art. 15c cpv. 1 e 3, Berna.

Assemblea federale della Confederazione svizzera (1998). Decreto federale concernente la prescrizione medica di eroina del 9 ottobre 1998, Berna.

Assemblée fédérale de la Confédération suisse (1951). Loi fédérale sur les stupéfiants du 3 octobre 1951, Berne.

Assemblée fédérale de la Confédération suisse (1975). Loi fédérale sur les stupéfiants et les substances psychotropes (Loi sur les stupéfiants, LStup) du 3 octobre 1951. Modifications du 20 mars 1975; Art. 15a 3e al; Art. 15c 1er et 3e al., Berne.

Assemblée fédérale de la Confédération suisse (1998). Arrêté fédéral sur la prescription médicale d'héroïne du 9 octobre 1998, Berne.

Baechtold, A. (1997). Harm Reduction im Strafvollzug. In: Bauhofer, S., Bolle, P., Dittmann, V. Hrsg. Drogenpolitik – Beharrung oder Wende. Politique de la drogue – continuation ou alternance. Rüegger: Chur / Zürich.

- Bammer, G., Dobler-Mikola, A., Fleming, P. M., Strang J., Uchtenhagen, A. (1999). The Heroin Prescribing Debate, Integrating Science and Policies. *Science* 21; 284(5418) (1277–1278).
- Bardeleben, U., Stohler, R., Kury, P., Voser, B., Ladewig, D. (1996). Delinquenzverhalten unter den Teilnehmern des Basler Heroinverschreibungsprojektes. *Sucht und Recht. Kongress, Zürich*.
- Battegay, R. (1972). Prophylaxe. In: Battegay, R. Vom Hintergrund der Süchte (2. Auflage). Blaukreuz-Verlag, Bern.
- Battegay, R. (1993). Prophylaxe. In: Battegay, R. Vom Hintergrund der Süchte. 5. Auflage. Blaukreuz-Verlag, Bern.
- Battersby, M. (1992). "Horse trading": prescribing injectable opiates to opiate addicts. A descriptive study. *Drug and Alcohol Review* (II), 35–42.
- Baud, D. (1996). KODA – 1. Irrweg oder Ausweg? Schule für Gesundheits- und Krankenpflege, Schwerpunkt Psychiatrie (SGKP) an den Universitären Psychiatrischen Diensten (UPD), Bern.
- Bauhofer, S., Bolle, P.-H., Dittmann, V. (1997). Drogenpolitik – Beharrung oder Wende. *Politique de la drogue – continuation ou alternance*. Schweizerische Arbeitsgruppe für Kriminologie. Groupe suisse de travail de criminologie. Verlag Rüegger AG, Chur / Zürich.
- Bernasconi, D. (1993). Ökonomische Ansätze zur Ausgestaltung der Drogenpolitik in der Schweiz. Bericht zuhanden des Bundesamtes für Gesundheitswesen. 2. Fassung, Kronbühl.
- Bernasconi, D. (1993). Ökonomische Ansätze zur Ausgestaltung der Drogenpolitik in der Schweiz. Dissertation der Hochschule St. Gallen für Wirtschafts-, Rechts- und Sozialwissenschaften zur Erlangung der Würde eines Doktors der Wirtschaftswissenschaften. Difo-Druck GmbH, Bamberg.
- Berthel, T. (1997). Zielgruppe. Unveröffentlicht. Projekt Ikarus, Winterthur.
- Berthel, T., Schädeli, L. (1998). Projekt Ikarus, Winterthur. Jahresbericht 1997.
- Boller, B. (1998). The Medical Prescription of Opiates and the Swiss Press. Institute of Journalism and Communications Research, University of Fribourg/Switzerland, Fribourg.
- Boller, B., Coray, R. (1997). Die ärztlich kontrollierte Drogenverschreibung. Einführung. Die Drogenverschreibungsversuche im Spiegel der Presse (1993–1996).
- Diskursstrategien. Schlussfolgerungen. In: Widmer, J., Boller, B., Coray, R. Hrsg. *Drogen im Spannungsfeld der Öffentlichkeit. Logik der Medien und Institutionen*. Helbling & Lichtenhahn, Basel.
- Bossy, C., Estermann, T., Frey, C., Hählen, F., Hämmig, R., Koepfler, G., Schaub, M., Seidenberg, A., Steck, T., Venzin, V. (1991). Randomisierter Versuch der diversifizierten Drogenverschreibung und Drogenabgabe. Polykopie. Verein Schweizerischer Drogenfachleute VSD, Arbeitsgruppe DDD.
- Bourquin, D., Bundeli, P., Lehmann, Th., Brenneisen, R. (1999). Monitoring of intravenously administered diacetylmorphine and its metabolites in plasma by highperformance liquid chromatography with diode-array and atmospheric pressure ionization mass spectrometric detection. Submitted.
- Bourquin, D., Lehmann, T., Hämmig, R., Bühler, M., Brenneisen, R. (1997). Highperformance liquid chromatographic monitoring of intravenously administered diacetylmorphine and morphine and their metabolites in human plasma. *Journal of Chromatography B* 694, 233–238.
- Bourquin, D., von Wattenwyl, B., Lehmann, T., Brenneisen, R., Hämmig, R., Bühler, M. (1995). Plasma Profile after Intravenous Administration of 200 mg Diacetylmorphine HCl (Heroin Maintenance Program). Abstract and Poster. Society of Forensic Toxicologists, Baltimore.
- Bourquin, D., von Wattenwyl, B., Lehmann, T., Brenneisen, R., Hämmig, R., Bühler, M. (1996). Plasma Profile after Intravenous Administration of 200 mg Diacetylmorphine HCl (Heroin Maintenance Program). *Journal of Analytical Toxicology*.
- Brenneisen, R., Bourquin, D., Bundeli, P., Gugger, B., Gyr, E., Lehmann, T., Speich, A., Stalder, A., Vonlanthen, D. (1997). Analytik, Galenik, Pharmakodynamik und Pharmakokinetik von Diacetylmorphin (Heroin): Invitro- und Invivo-Versuche mit verschiedenen galenischen Applikationsformen. In: Rihs-Middel, M., and Lotti, H.: *Suchtforschung des BAG – Recherches de l'OFSP en matière de dépendances 1993–1996*. Bundesamt für Gesundheit, Bern.
- Brenneisen, R., Bourquin, D., Bundeli, P., Gugger, B., Gyr, E., Lehmann, T., Speich, A., Stalder, A., Vonlanthen, D. (1997). Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Analytik, Galenik, Pharmakodynamik und Pharmakokinetik von Diacetylmorphin (Heroin): Invitro- und Invivo-Versuche mit verschiedenen galenischen Applikationsformen. Schlussbericht. Pharmazeutisches Institut und Departement Klinische Forschung der Universität Bern, Bern.
- Brenneisen, R., Bundeli, P., Kintz, P., Ludes, B. (1997). Lack of dose-concentration in hair relationship in a controlled heroin maintenance program. *Proceedings of the Congress of the Society of Forensic Toxicologists (SOFT)*. Abstract, Salt Lake City.
- Brenneisen, R., Gyr, E., Hug, I., Bourquin, D., Lehmann, T., Vonlanthen, D. (1998). Pharmacodynamics and pharmacokinetics of intravenously, orally and rectally administered diacetylmorphine hydrochloride in opioid addicts within a heroin maintenance program – a 2-patients pilote study.
- Brenneisen, R., Lehmann, T., Vonlanthen, D. (1998). 6-Acetylcodeine as a Urine Marker to Differentiate the Use of Street Heroin and Pharmaceutical Heroin. *Proceedings of the Congress of the Society of Forensic*

- Toxicologists (SOFT) and the International Association of Forensic Toxicologists (TIAFT), Albuquerque. Abstract.
- Brun, S., Dobler-Mikola, A., Kaufmann, B., Lezzi, S., Steffen, T., Uchtenhagen, A. (1999). Ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln – Forschungsfragen zur Begleitbehandlung. Institut für Suchtforschung, Zürich.
- Bundeli, P. (1999). Intravenöse Heroin-Applikationen – spezielle pharmakologische, klinisch-chemische, physiologische und analytisch-toxikologische Fragestellungen im Rahmen der Versuche zur ärztlich kontrollierten Verschreibung von Betäubungsmitteln. Dissertation unter der Leitung von Prof. Dr. R. Brenneisen. Universität Bern, Bern.
- Bundesamt für Gesundheit (1993). Ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Überlebenshilfe für Drogenkonsumentinnen und Drogenkonsumenten. Medienorientierung. 24. Juni 1993, Restaurant «Bürgerhaus» in Bern.
- Bundesamt für Gesundheit (1993). Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Gesamtversuchsplan und Ausführungsbestimmungen. Bundesamt für Gesundheitswesen und die Forschungsbeauftragten für die Begleitforschung, Bern.
- Bundesamt für Gesundheit (1995). Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Gesamtversuchsplan und Ausführungsbestimmungen. Überarbeitete Fassung vom 24. Mai 1995. Bundesamt für Gesundheitswesen und die Forschungsbeauftragten für die Begleitforschung, Bern.
- Bundesamt für Gesundheit (1997). Die schweizerische Drogenpolitik (Factsheet).
- Bundesamt für Gesundheit (1998). Daten und Fakten zur Drogenpolitik des Bundes. Dokumentation.
- Bundesamt für Gesundheit (1998). Leitbild. BAG, Bern.
- Bundesamt für Gesundheit (1999). Die schweizerische Drogenpolitik – Strategie der vier Säulen (mit spezieller Berücksichtigung der ärztlichen Verschreibung von Heroin). Bundesamt für Gesundheit, Bern.
- Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (1951). Bundesgesetz über die Betäubungsmittel vom 3. Oktober 1951, Bern.
- Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (1975). Bundesgesetz über die Betäubungsmittel und die psychotropen Stoffe (Betäubungsmittelgesetz, BetmG) vom 3. Oktober 1951. Änderung vom 20. März 1975; Art. 15a Abs 3 und Art. 15c Abs. 1 und 3, Bern.
- Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (1998). Bundesbeschluss über die ärztliche Verschreibung von Heroin vom 9. Oktober 1998, Bern.
- Bürki, C. (1998). Neue Ansätze in der Behandlung Drogenabhängiger. Kontrollierte Drogenverschreibung und Drogenabgabe in der Schweiz. In: Bürki, C., Lehmann, K., Radewangen, C., Wegehaupt-Schlund, H., Wieland, N. Drogen und Jugendhilfe.
- Kontrollierte Heroinabgabe: Ein neues Aufgabenfeld für die Sozialarbeit. Evangelischer Erziehungsverband e.V. (EREV), Bundesverband evangelischer Einrichtungen und Dienste, Hannover.
- Bürki, C., Lehmann, K., Radewangen, C., Wegehaupt-Schlund, H., Wieland, N. (1998). Drogen und Jugendhilfe. Kontrollierte Heroinabgabe: Ein neues Aufgabenfeld für die Sozialarbeit. Evangelischer Erziehungsverband e.V. (EREV), Bundesverband evangelischer Einrichtungen und Dienste, Hannover.
- Cattacin, S., Lucas, B., Vetter, S. (1999). Drogenpolitische Modelle: eine vergleichende Analyse sechs europäischer Realitäten. Seismo, Zürich.
- Cesoni, M. L. (1996). Usage des stupéfiants. georg, Genève.
- Charles, I. (1993). Projekt DDD – F. Versuch der diversifizierten Drogenverschreibung und Drogenabgabe an sich prostituierende, drogenabhängige Frauen in Zürich. Qualitative empirische Voruntersuchung zu den Möglichkeiten und Grenzen einer ärztlich kontrollierten Drogenabgabe. ARUD. Arbeitsgemeinschaft für risikoarmen Umgang mit Drogen: Zürich.
- Charles, I., Seidenberg, A. (1993). Kurzbeschrieb DDD – F. Versuch der diversifizierten Drogenverschreibung und Drogenabgabe an sich prostituierende drogenabhängige Frauen in Zürich. ARUD, Arbeitsgemeinschaft für risikoarmen Umgang mit Drogen: Zürich.
- Coda, P. (1996). Valutazione dei trattamenti ambulatoriali con metadone in Ticino. Rapporto finale. Istituto di medicina sociale e preventiva dell'Università di Basilea: Basilea.
- Commission fédérale des stupéfiants, Groupe de travail Méthadone de la souscommission «Drogue» (1995). Rapport sur la méthadone. Utilisation d'un succédané opiacé dans le traitement des héroïnomanes en Suisse (troisième édition). Office fédéral de la santé publique: Berne.
- Conseil fédéral suisse (1991). Décision sur les mesures fédérales pour réduire les problèmes de la drogue du 20 février 1991. Berne.
- Conseil fédéral suisse (1992). Ordonnance sur l'évaluation de projets visant à prévenir la toxicomanie et à améliorer les conditions de vie des toxicomanes du 21 octobre 1992. Berne.
- Conseil fédéral suisse (1996). Ordonnance sur l'évaluation de projets visant à prévenir la toxicomanie et à améliorer les conditions de vie des toxicomanes. Modification du 21 février 1996. Berne.

- Conseil fédéral suisse (1997). Ordonnance sur l'évaluation de projets visant à prévenir la toxicomanie et à améliorer les conditions de vie des toxicomanes. Modification du 15 décembre 1997. Berne.
- Conseil fédéral suisse (1999). Ordonnance sur la prescription médicale d'héroïne du 8 mars 1999. Berne.
- Consiglio federale svizzero (1992). Ordinanza sulla promozione della ricerca scientifica concomitante con la prevenzione della tossicomania e con il miglioramento delle condizioni di vita dei tossicodipendenti del 21 ottobre 1992. Berna.
- Consiglio federale svizzero (1996). Ordinanza sulla promozione della ricerca scientifica concomitante con la prevenzione della tossicomania e con il miglioramento delle condizioni di vita dei tossicodipendenti. Modifica del 21 febbraio 1996. Berna.
- Consiglio federale svizzero (1997). Ordinanza sulla promozione della ricerca scientifica concomitante con la prevenzione della tossicomania e con il miglioramento delle condizioni di vita dei tossicodipendenti. Modifica del 15 dicembre 1997. Berna.
- Consiglio federale svizzero (1999). Ordinanza concernente la prescrizione medica di eroina dell'8 marzo 1999. Berna.
- Dauwalder, J.-P., Cattaneo, A., Poncioni-Derigo, R. (1997). Etude comparative des programmes méthadone en Suisse romande. Rapport final. E.C.P.M.: Genève.
- Dazard, A., Astolfi, F., Guisti, P., Rebetez, M.-C., Mino, A., Terra, J.-L., Brochier, C. (1998). Quality of Life Assessment in Psychiatry: The Subjective Quality of Life Profile (SQLP) – First Results of a New Instrument. *Community Mental Health Journal* 34(5).
- Dazard, A., Broers, B., Giner, F., Mino, A. (1998). Qualité de la vie de patients toxicomanes ayant une prise en charge comportant une prescription contrôlée d'héroïne. *Annales Médico-Psychologiques*.
- Dazard, A., Mino, A., Page, D., Broers, B. (1998). Patients on methadone maintenance treatment in Geneva. *Eur Psychiatry* (13), 235–241.
- Del Rio, M., Mino, A., Perneger, T. (1997). Predictors of patient retention in a newly established methadone maintenance treatment programme. *Addiction* 10(92), 1353–1360.
- Delacoux, R., Mino, A. (1996). Prise en charge des mères toxicomanes héroïnomanes en cure de méthadone. Management of heroin-addicted mothers in methadone maintenance treatment. *Arch Public Health* (54), 69–76.
- Diamantis, I., Bassetti, St., Erb, P., Ladewig, D., Gyr, K., Battegay, M. (1997). High Prevalence and Coinfection Rate of Hepatitis B and C Infections in intravenous Drug Addicts. *Journal of Hepatology* (26), 794–797.
- Dobler-Mikola, A. (1995). Heroinabgabe und Überlebenshilfe. Seminar «Medien und Drogensucht». Fribourg.
- Dobler-Mikola, A. (1996). Substitution in Switzerland. Experiences and Empirical Results. II European Conference of Specialists in Drug Abuse, Paris.
- Dobler-Mikola, A. (1996). Swiss Experience with Substitution of Heroin and Methadone. Cost A & Workshop «Comparing the differences», Oslo.
- Dobler-Mikola, A. (1997). Medical Prescription of Narcotics: international results. EASAR conference, NL-Zandvoort.
- Dobler-Mikola, A. (1998). Fachtagung «Illegale Drogen». Landesstelle gegen die Suchtgefahren für Schleswig-Holstein e.V., Kiel.
- Dobler-Mikola, A. (1998). Heroinabgabe. Information in Schaffhausen.
- Dobler-Mikola, A. (1998). Mehr als abhängig? Versuche mit Methadon und Heroin. Ambulanz für integrierte Drogenhilfe, in Zusammenarbeit mit der Clearingstelle für Substitution der Ärztekammer Berlin. Berlin.
- Dobler-Mikola, A. (1998). The Swiss Heroin Trial. Myths and Realities. Seminar of National Centre for Research into the Prevention of Drug Abuse. Perth, Australia.
- Dobler-Mikola, A., Blättler, R., Pfeifer, S. (1996). Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Erfahrungen aus dem zweiten Zwischenbericht. XIV. Kongress der Schweizerischen Gesellschaft für Soziologie, St.Gallen.
- Dobler-Mikola, A., Degkwitz, P. (1998). Effects of interventions in the addiction field from social science perspective, with the example of the heroin prescription programme. Abstract am Kongress «Addiction concepts and their impact on prevention and treatment», vom 24.–26. August 1998. Universität Zürich, Zürich.
- Dobler-Mikola, A., Degkwitz, P. (1998). Wirkungsmechanismen von Intervention im Suchtbereich aus sozialwissenschaftlicher Sicht am Beispiel der Heroinverschreibung. Abstract am Kongress «Suchtkonzepte und ihre Konsequenzen für Prävention und Behandlung», vom 24.–26. August 1998. Universität Zürich: Zürich.
- Dobler-Mikola, A., Hättich, A., Uchtenhagen, A., & Gutzwiller, F. (1992). Instrumentarium zur Evaluierung von Pilotprojekten mit diversifizierter Suchtmittelverschreibung. Zuhanden der Expertengruppe Evaluation der Pilotprojekte. Zürich.
- Dobler-Mikola, A., Pfeifer, S., Müller, V., Uchtenhagen, A. (1998). Methadon- und heroïnunterstützte Behandlung Opiatabhängiger im Vergleich. Institut für Suchtforschung: Zürich.
- Dobler-Mikola, A., Schaaf, S., Wettach, R. (1996). Therapieerfolg – was verstehen wir darunter? VI. Symposium des Forschungsverbundes stationäre Suchttherapie, 29. Juni 1995. Hrsg.: Koordinationsstelle des FOS (KOFOS). Institut für Suchtforschung: Zürich.

- Dobler-Mikola, A., Steffen, T. (1997). Ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln PROVE. VSD – Fort- und Weiterbildungsveranstaltung, Olten.
- Dobler-Mikola, A., Uchtenhagen, A., Gutzwiller, F., Blättler, R. (1994). Social characteristics of participants in Swiss multicenter opiate trials at time of entry. Universität Zürich (Psychiatrische Universitätsklinik Sektor West, Sozialpsychiatrie, Institut für Sozial- und Präventivmedizin): Zürich.
- Dobler-Mikola, A., Uchtenhagen, A., Gutzwiller, F., Blättler, R. (1995). Social characteristics of participants in Swiss multicenter opiate trials at time of entry. Research design and preliminary results. VI International Conference on the Reduction of Drug-Related Harm, Florenz.
- Dobler-Mikola, A., Wettach, H. U. R., Uchtenhagen, A. (1998). Stellenwert stationärer Langzeittherapien für Suchtverlauf und soziale Integration Drogenabhängiger. Synthesebericht. Institut für Suchtforschung: Zürich.
- Dobler-Mikola, A.: Was wir vom Schweizer Heroinabgabeprogramm lernen können? In: Bellmann, G.U., Jellinek, Ch., Westermann, B. (Hrsg.): Mehr als abhängig? Versuche mit Methadon und Heroin. Weinheim: Beltz, 1998
- Egloff, P., Schnider, H. (1998). Jahresbericht 1997 der Versuche der ärztlichen Verschreibung von Betäubungsmitteln in der SUPRAX 2, Biel. SUPRAX 2, Kontrollierte Drogenverschreibung und Drogenabgabe in der Stadt Biel: Biel.
- Eidgenössische Betäubungsmittelkommission, Arbeitsgruppe Methadon der Subkommission Drogenfragen (1995). Methadonbericht. Suchtmittelersatz in der Behandlung Heroinabhängiger in der Schweiz (dritte Auflage). Bundesamt für Gesundheit: Bern.
- Equipe du PEPS (1997). Rapport final 96. Programme expérimental de prescription de stupéfiants, Genève, février 97. Hôpitaux Universitaires de Genève: Genève.
- External Evaluation Panel, Ali, R., Auriacombe, M., Casas, M., Cottler, L., Farrell, M., Kleiber, D., Kreuzer, A., Osborne, A., Rehm, J., Ward, P. (1999). Report of the External Panel on the Evaluation of the Swiss Scientific Studies of Medically Prescribed Narcotics to Drug Addicts. World Health Organization: Geneva.
- Fahrenkrug, H. (1997). Politik – illegale Drogen. In: Müller, B., Meyer, M., Gmel, G. Alkohol, Tabak und illegale Drogen in der Schweiz, 1994–1996. Schweizerische Fachstelle für Alkohol und andere Drogenprobleme: Lausanne.
- Falcato, L., Dobler-Mikola, A., Uchtenhagen, A., Olgati, M. (1995). Methadonbehandlungen im Kanton Zürich, 1991–1995. Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Sektor West, und zentrale sozialpsychiatrische Dienste: Zürich.
- Falcato, L., Liechti, F., Stohler, R., Rössler, W. (1998). Die Versorgungsstruktur. Angebot und Nachfrage im Stadt-Land Vergleich. Resultate aus der Begleitforschung der Methadonbehandlungen im Kanton Zürich, Nr. 4. Sozialpsychiatrische Forschungsgruppe der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich: Zürich.
- Falcato, L., Zimmer Höfler, D., Eichenberger, A., Olgati, M. (1996). Eintritte und Behandlungsdauer – Modalitäten im 4-Jahre-Verlauf. Resultate aus der Begleitforschung der Methadonbehandlungen im Kanton Zürich, Nr. 1. Sozialpsychiatrische Forschungsgruppe der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich: Zürich.
- Fattinger, K., Kullak-Ublick, G., Meier-Abt, P. J. R. K. (1999). Phase I Study on the Pharmacokinetics of Diacetylmorphine in Patients Participating at the PROVE Project. University of Zurich: Zürich.
- Feldman, N., Mino, A. (1994). Les traitements à la méthadone à Genève. *Annales Médecine Interne* (145 (suppl. 3)), 31–33.
- Fischer, B., Rehm, J. (1997). The Case for a Heroin Substitution Treatment Trial in Canada. *Canadian Journal of Public Health* 88(6), 367–370.
- Föhn, F., Hendry, P., Fabian, I., Roos Stalder, T., Lütolf, M., Von Arx, R. (1998). Drop-in. Ärztlich kontrollierte Verschreibung von Betäubungsmitteln. Jahresbericht vom 1. Januar 1997 bis 31. Dezember 1997. Psychiatriezentrum Luzern Stadt des Kantons Luzern: Luzern.
- Frei, A. (1996). Analysepläne zum Schlussbericht PROVE: Sozioökonomische Bewertung der Versuche zur ärztlichen Verschreibung von Betäubungsmitteln. Unpubliziert. Health Econ, Basel.
- Frei, A., Greiner, R. (1999). Wirtschaftlichkeitsanalyse von Methadonbehandlungen und stationären Therapieeinrichtungen: Machbarkeitsstudie. Health Econ: Basel.
- Frei, A., Greiner, R. (2000). Kostenanalyse der heroingestützten Behandlung unter Routinebedingungen. Health Econ: Basel.
- Frei, A., Greiner, R., Mehnert, A., Dinkel, R. (1997). Socioeconomic Evaluation of the Trials for the Medical Prescription of Opiates. Health Econ: Basel.
- Frei, A., Greiner, R., Mehnert, A., Dinkel, R. (1997). Sozioökonomische Bewertung der Versuche zur ärztlichen Verschreibung von Betäubungsmitteln. Health Econ: Basel.
- Frei, A., Steffen, Th., Gasser, M., Kümmerle, U., Stierli, M., Dobler-Mikola, A., Gutzwiller, F., Uchtenhagen, A., Forschungsteam PROVE (1998). Gesundheitsökonomische Bewertung der Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln (PROVE). *Sozial- und Präventivmedizin* 43(4), 185–194. Birkhäuser: Basel, Boston, Berlin.
- Garcia-Sevilla, J. (1997). Marked decrease of immunolabelled 68 kDa neurofilament proteins in brains of opiate addicts. *Neuro Report* (8), 1561–1570.

- Gasser, M. (1998). Analyse der medizinischen Behandlungsbedürftigkeit von HIV-positiven Drogenabhängigen während der Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln (PROVE). Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde der Medizinischen Fakultät der Universität Zürich. Arbeit unter der Leitung von Dr. med. Th. Steffen. Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich, Institut für Suchtforschung: Zürich.
- Geistlich, S. (1993). Betreuungskonzept Projekt DDD – F (Diversifizierte Drogenverschreibung und Drogenabgabe an drogenabhängige Frauen). AruD, Arbeitsgemeinschaft für risikoarmen Umgang mit Drogen: Zürich.
- Geistlich, S. (1996). Schwangerschaftsverlauf und Entzugssymptome Neugeborener von Methadonpatientinnen und von Patientinnen unter Morphinsubstitution. Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde der Medizinischen Fakultät der Universität Zürich. Arbeit unter der Leitung von Dr. med. U. Lauper und Dr. med. K. von Siebental. Universitätsspital Zürich, Departement für Frauenheilkunde, und Arbeitsgemeinschaft für risikoarmen Umgang mit Drogen (AruD): Zürich.
- Geistlich, S. (1997). Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Bericht zu Schwangerschaftsverlauf und Entzugssymptomen Neugeborener in der diversifizierten Opiatabgabe. Arbeitsgemeinschaft für risikoarmen Umgang mit Drogen (AruD). Institut für Suchtforschung: Zürich.
- Gervasoni, J.P., Dubois-Arber, F., Benninghoff, F., Spencer, B., Devos, T., Paccaud, F. (1996). Evaluation der Massnahmen des Bundes zur Verminderung. Zweiter zusammenfassender Bericht 1990–1996. Institut universitaire de médecine sociale et préventive: Lausanne.
- Grob, P. J. (1993). The Needle Park in Zurich. The Story and the Lesson to Be Learned. *European Journal on Criminal Policy and Research* 1, 48–61.
- Gschwend, P., Steffen, T., Christen, St., Seidenberg, A., Blättler, R., Gutzwiller, F. (1998). (Nicht autorisierte Version.) Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Verschreibung und Dosierung der Betäubungsmittel. Abschlussbericht der Forschungsbeauftragten. Ambros Uchtenhagen, Felix Gutzwiller, Anja Dobler-Mikola, Thomas Steffen (Hrsg.). Institut für Suchtforschung in Verbindung mit der Universität Zürich, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich: Zürich.
- Güttinger, F., Gschwend, P., Schulte, B., Rehm, J., Uchtenhagen, A.: Evaluating long-term effects of heroin-assisted treatment.: The results of a 6-year follow-up. *Eur Addict Res.*2003: 73-79
- Gutzwiller, F., Steffen, T. (2000). Cost-Benefit Analysis of Heroin Maintenance Treatment. Karger: Basel.
- Gyr, E. (1998). Heroin-Retardtabletten, -Kapseln und -Suppositorien. Invitro- und In vivo-Studien zur ärztlich kontrollierten Verschreibung von Betäubungsmitteln. Dissertation unter der Leitung von Prof. Dr. R. Brenneisen. Universität Bern: Bern.
- Gyr, E., Bourquin, D., Lehmann, T., Brenneisen, R., Hug, I. (1997). Pharmacokinetics and Pharmacodynamics of Orally Administered Diacetylmorphine Hydrochloride. *Journal of Analytical Toxicology*.
- Gyr, E., Bourquin, D., Thomas, E., Lehmann, E., Brenneisen, R., Hug, I. (1997). Pharmacokinetics and Pharmacodynamics of Orally Administered Diacetylmorphine Hydrochloride. *Proceedings of the Congress of the Society of Forensic Toxicologists, Denver*.
- Hämmig, R. (1995). Harm Reduction in Bern: From Outreach to Heroin Maintenance. *Bulletin of the New York Academy of Medicine* 72(2), 371–379.
- Hämmig, R. (1996). KODA-1 in Bern: Medical Aspects. 7th International Conference on the Reduction of Drug Related Harm, Hobart, Australia.
- Hämmig, R. (1996). The Swiss experience. *NIAD Bulletin Secundaire Preventie* (4), 4–5. Middelengebruik.
- Hämmig, R. (1997). KODA-1 in Bern: Medical Aspects. In: Bammer, G. Ed. *International Perspectives on the Prescription of Heroin to Dependent Users: A collection of papers from the United Kingdom, Switzerland, the Netherlands and Australia. Feasibility Research into the Controlled Availability of Opioids Stage 2. Working Paper Number 14.*
- NCEPH Working Paper 52. National Centre for Epidemiology and Population Health. The Australian National University. Australian Institute of Criminology.
- Haller, P. (1996). Verbesserung der medizinischen Versorgung Opiatabhängiger durch die ärztlich kontrollierte Abgabe von Heroin. Inauguraldissertation aus der Medizinischen Universitäts-Poliklinik, Departement für Innere Medizin, Kantonsspital Basel.
- Hasler, G. (1998). Opiatabhängigkeit und Mutterschaft. Projektbeschreibung für eine medizinische Dissertation. Unveröffentlicht.
- Hämmig, R. (1985). Giftscheinmodell für die Abgabe von Heroin (Skizze). VSD / Arbeitsgruppe BetmG-Revision.
- Hämmig, R. (1990). Verschreibungsprogramme – ein Diskussionsbeitrag. *Drogalkohol* 14(3), 190–196. ISPA-Press: Lausanne.
- Hämmig, R. (1991). Das Liverpools Modell. In: Böker, W., Nelles, J., Fuhrer, A. *Drogenpolitik wohin? Sachverhalte, Entwicklungen, Handlungsvorschläge. Publikation der Akademischen Kommission der Universität Bern. Verlag Paul Haupt: Bern, Stuttgart, Wien*

- Hämmig, R. (1991). Dem BAG für seine Dokumentation zur Verfügung gestellte, gesammelte Korrespondenz zu Kokain in den DDD-Projekten, Unterlagen und aktueller Kommentar (1998) / Literaturangabe zu/über ein innovatives Kokainprojekt.
- Hämmig, R. (1991). Vom VSD angeregter randomisierter Versuch der diversifizierten Drogenverschreibung und Drogenabgabe vom Januar 1991, mit unveröffentlichten Ergänzungen und Reaktionen, ebenfalls aus dem Jahr 1991. Zur Dokumentation dem BAG zur Verfügung gestellt von R. Hämmig.
- Hämmig, R. (1992). Das sogenannte Liverpooler Modell: eine Einführung. *Streetcorner* 5(1), 3–6.
- Hämmig, R. (1992). Heroinverschreibung – an wen soll sie sich richten? *Schweizerische Ärztezeitung* 73(48), 1869–1870. Hans Huber: Bern.
- Hämmig, R. (1994). Aids und Drogen im ambulanten niedrigschwelligen Bereich und Erfahrungen in der Heroin-Vergabe an Drogenabhängige. Abstract am 5. Deutschen Aids-Kongress vom 24.–26. November 1994 in Hannover. *Aids-Forschung* 9(11), 595 (170). München.
- Hämmig, R. (1994). Aids und Drogen im ambulanten, niedrigschwelligen Bereich und Erfahrungen in der Heroin-Vergabe an Drogenabhängige (Abstract). *Aids-Forschung* 9(11).
- Hämmig, R. (1995). DDD (diversifizierte Drogenverschreibung und Drogenabgabe) – Programme in der Schweiz unter besonderer Berücksichtigung des KODA-1 -Projektes in Bern (Stand 5.10.94). In: akzept and INDRO e.V. *Drogen ohne Grenzen. Entwicklungen und Probleme akzeptierender Drogenpolitik und Drogenhilfe in Europa am Beispiel Deutschland / Niederlande*. VWB-Verlag für Wissenschaft und Bildung: Berlin.
- Hämmig, R. (1996). Heroinverschreibung und Aids (Stand Dezember 1995). In: Jäger, J. Hrsg. *Aids und HIV-Infektionen. Diagnostik, Klinik, Behandlung. Handbuch und Atlas für Klinik und Praxis*. ecomed: Landsberg a.d.L.
- Hämmig, R. (1996). Was passiert eigentlich, wenn der Stoff wirkt? *Drogen Magazin* 22(6), 11–14.
- Hämmig, R. (1997). Bringt die Heroinverschreibung eine Minderung des mit dem Drogenkonsum verbundenen Schadens («Reduction of Drug-related Harm»)? In: Jäger, J. Hrsg. *Aids. Neue Perspektiven. Therapeutische Erwartungen. Die Realität 1997. Aids und HIV-Infektionen in Klinik und Praxis, Monografierihe Band 6*. ecomed: Landsberg a.d.L.
- Hämmig, R. (1998). Heroinverschreibung und Aids (Stand Dezember 1995). In: Jäger, J. Hrsg. *Aids und HIV-Infektionen. Diagnostik, Klinik, Behandlung. Handbuch und Atlas für Klinik und Praxis*. ecomed: Landsberg a.d.L.
- Hämmig, R. (1998). La délivrance de l'héroïne par prescription médicale en Suisse. In: De Ruyver, R., De Somere, P., Vermeulen, G., Noirfalise, A., Figiel, C. *Het Drugbeleid in België: Actuele Ontwikkelingen / La politique en matière de drogues en Belgique: développements actuels*. Maklu: Antwerpen-Apeldoorn.
- Hämmig, R. (1998). Schweizer Heroinverschreibung an Abhängige. Aus der Sicht eines an der Entwicklung Beteiligten. In: Liggendorfer, R., Rättsch, C., Tschudin, A. *Die berauschte Schweiz. Nachtschatten Verlag: Solothurn*.
- Hämmig, R., Tschacher, W. (1996). Effects of high-dose heroin versus morphine in intravenous drug users: a randomised double-blind crossover study. Unpublished work.
- Hänni, C. (1998). Im Spannungsfeld zwischen Arzneimittel und Rauschgift. Zur Geschichte der Betäubungsmittelgesetzgebung in der Schweiz. SGGP/SSHP: Bern.
- Hochstrasser, B., Caspar Frey J. (1998). Projektbericht 1997 zuhanden des Bundesamtes für Gesundheit. Poliklinik für diversifizierte Betäubungsmittelbehandlungen, Bezirk Horgen. Stiftung SIP, Stiftung für Soziale Integration und Prävention.
- Huber, W., Frey, F. (1998). Kontrollierte Heroinabgabe. Eine Stellungnahme des Aebi-Hus/Maison Blanche, Leubringen. EXTRA. Stiftung Drogenhilfe, Aebi-Hus/Maison Blanche, CH-2533 Leubringen.
- Hug, I. (1997). Epileptiforme Störungen bei opiatabhängigen Patienten unter intravenöser Substitutionstherapie mit Heroin, Morphin und Methadon. Medizinische Dissertation unter der Leitung von Prof. Dr. med. D. Ladewig. Psychiatrische Universitätsklinik Basel: Basel.
- Hug, I., Stohler, R. (1997). Psychiatrische Fragestellungen in den PROVE-Projekten. Unveröffentlicht. Psychiatrische Universitätsklinik Basel, Basel.
- Hug, I., Stohler, R., Ladewig, D., Müller-Spahn, F., Hock, D. (1997). Cortical hemoglobin oxygenation after intravenous opioid application. Unpublished.
- Hug, I., Stohler, R., Ladewig, D., Müller-Spahn, F., Hock, D. (1997). Pilotstudie zur kortikalen Hämoglobin-Oxygenierung während der Applikation von Opiaten mit Hilfe der Nah- infrarot-Spektroskopie. Psychiatrische Universitätsklinik Basel, Basel.
- International Narcotics Control Board (1997). Report of the International Narcotics Control Board for 1996. United Nations: New York.
- International Narcotics Control Board (1998). Report of the International Narcotics Control Board for 1997. United Nations: New York.
- International Narcotics Control Board (1999). Report of the International Narcotics Control Board for 1998. United Nations: New York.
- Jost, K. (1996). Die Nase im Wind. *Drogenmagazin* 22(5).

- Karger, T., Bowley, M. (1997). Behandlung von Suchtmittelabhängigkeit im schweizerischen Strafvollzug. 2. Teilbericht: Inventarisierung der Hilfs- und Behandlungsangebote für Suchtmittelabhängige sowie Inventarisierung und Evaluation der Massnahmen zur HIV-Prävention und weiterer Infektionsprophylaxe in den Anstalten des Straf-, Massnahmen- und Untersuchungshaftvollzugs der Schweiz. Institut für Suchtforschung: Zürich.
- Kaufmann, B., Dobler-Mikola, A. (1996). Analysepläne zum Schlussbericht PROVE: Opiatabgabe im Strafvollzug – KOST. Unveröffentlicht. Institut für Suchtforschung, Zürich.
- Kaufmann, B., Dobler-Mikola, A. (1996). Kontrollierte Opiatabgabe in der Strafanstalt Oberschöngrün – Forschungsplan und erste Erfahrungen. Symposium on Harm Reduction, Bern.
- Kaufmann, B., Dobler-Mikola, A. (1996). Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Die kontrollierte Opiatabgabe in der Strafanstalt Oberschöngrün: Forschungsplan und erste Ergebnisse. Ein Sonderbericht im Rahmen des zweiten Zwischenberichts der Forschungsbeauftragten. Sozialpsychiatrischer Dienst der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich: Zürich.
- Kaufmann, B., Dobler-Mikola, A. (1997). Die kontrollierte Opiatabgabe in der Strafanstalt Oberschöngrün – Forschungsplan und erste Zwischenergebnisse. In: Nelles, J., Fuhrer, Eds. Harm Reduction in Prison – Risikominderung im Gefängnis. Peter Lang: Bern.
- Kaufmann, B.: Die Praxis der heroingestützten Behandlung – erste Ergebnisse der Behandlungsforschung. In: Westermann et al., 1999
- Kieser, U. (1997). Bericht zur sozialversicherungsrechtlichen Stellung von Probanden und Probandinnen in der Heroinabgabe. Unveröffentlicht.
- Killias, M. (1994). Wie lässt sich die Wirkung der Drogenabgabe auf die Delinquenz messen? Zur Reliabilität und Validität von Instrumenten der Delinquenzmessung bei Drogenabhängigen. Bulletin de criminologie 20(2), 61–79.
- Killias, M. (1997). Zusammenfassung der Untersuchung über die Auswirkungen der Heroin-Verschreibung auf die Delinquenz von Drogenabhängigen. Besuch von Herrn Bundesminister Seehofer, Expertendiskussion, Hotel Schweizerhof, Zürich. Institut de police scientifique et de criminologie de l'Université de Lausanne: Lausanne.
- Killias, M. (1998). Fighting Evils or Preventing Harm: Switzerland's Drug Policy as Test of Situational Crime Policies? School of Forensic Science and Criminology, University of Lausanne, Switzerland, submitted.
- Killias, M. (1998). La prevenzione del crimine mediante la somministrazione controllata di eroina ai tossicodipendenti (riassunto). Università degli Studi di Genova, Sezione di Criminologia e Psichiatria Forense. Seminari su «Nuove Strategie di Prevenzione in Criminologia».
- Killias, M. (1998). Zusammenfassung der Untersuchung über die Auswirkungen der Heroin-Verschreibung auf die Delinquenz der behandelten Drogenabhängigen. Tagung der Hanns-Seidel-Stiftung eV «Kampf gegen Sucht und Drogen – Polizeiliche Prävention und Repression». Arvena-Park-Hotel, Nürnberg.
- Killias, M., Aebi, M., Ribeaud, D. (1998). Effects of Heroin Prescription on Police Contacts among Drug Addicts. School of Forensic Science and Criminology, University of Lausanne, Switzerland, submitted.
- Killias, M., Grapendaal, M. (1997). Entkriminalisierung des Drogenkonsums oder Einschränkung der Strafverfolgungspflicht? Diskussionsvorschlag zur Vermeidung einer sterilen Debatte – unter Berücksichtigung des niederländischen Modells. Schweizerische Zeitschrift für Strafrecht 115(1), 95–109. Stämpfli Verlag AG: Bern.
- Killias, M., Rabasa, J. (1996). Analysepläne zum Schlussbericht PROVE: «L'impact des essais suisses avec prescription médicale de stupéfiants sur la criminalité des sujets traités». Non publié / unveröffentlicht. Faculté de Droit, Institut de Police Scientifique et de Criminologie de l'Université de Lausanne.
- Killias, M., Rabasa, J. (1996). Questionnaire A «Toxicomanie et criminalité», liste de fréquences. 402 individus. Non publié. Faculté de Droit, Institut de Police Scientifique et de Criminologie de l'Université de Lausanne: Lausanne.
- Killias, M., Rabasa, J. (1997). Does Heroin Prescription Reduce Crime? Results from the Evaluation of the Swiss Heroin Prescription Projects. Summary of the final report. Institut de Police Scientifique et de Criminologie de l'Université de Lausanne: Lausanne.
- Killias, M., Rabasa, J. (1997). La prescription médicale d'opiacés comme mesure de la prévention de la criminalité. Quelques résultats des essais suisses. In: Bauhofer, S., Bolle, P., Dittmann, V. Hrsg. Drogenpolitik – Beharrung oder Wende. Politique de la drogue – continuation ou alternance. Verlag Rüegger: Chur / Zürich.
- Killias, M., Rabasa, J. (1997). Less Crime in the Cities Through Heroin Prescription? Preliminary Results from the Evaluation of the Swiss Heroin Prescription Projects. The Howard Journal of Criminal Justice 36(4), 424–429. Blackwell Publishers for The Howard League: Oxford, UK / Malden MA, USA.
- Killias, M., Rabasa, J. (1997). Rapport final sur les effets de la prescription de stupéfiants sur la délinquance des toxicomanes. Etabli sur la base de données autoreportées, policières et du casier judiciaire. Institut de Police Scientifique et de Criminologie de l'Université de Lausanne: Lausanne.

- Killias, M., Rabasa, J. (1997). Schlussbericht zu den Auswirkungen der Verschreibung von Betäubungsmitteln auf die Delinquenz von Drogenabhängigen. Ermittelt anhand von Selbstangaben, Polizei- und Strafregisterdaten. Institut de Police Scientifique et de Criminologie de l'Université de Lausanne: Lausanne.
- Killias, M., Rabasa, J. (1998). Auswirkungen der Heroin-Verschreibung auf die Delinquenz Drogenabhängiger. Ergebnisse der Versuche in der Schweiz. Sonderdruck. Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform 81(1), 1–16. Carl Heymanns Verlag: Köln.
- Killias, M., Rabasa, J. (1998). Does Heroin Prescription Reduce Crime? Results from the Evaluation of the Swiss Heroin Prescription Projects. *Studies on Crime and Crime Prevention* 7(1), 127–133.
- Killias, M., Ribeaud, D. (1998). Causes and Consequences of Drug Use among Juveniles in an International Perspective. School of Forensic Science and Criminology, University of Lausanne, Switzerland, submitted.
- Killias, M., Ribeaud, D., Aebi, M. (1998). Drogenabhängige als Opfer von Straftaten: Was bewirkt die Verschreibung von Heroin? Institut de Police Scientifique et de Criminologie, Universität Lausanne, submitted.
- Killias, M., Ribeaud, D., Aebi, M. (1998). Randomized Experiments in Switzerland: Community Service and Heroin Prescription. Symposium on Experiments in Criminal Justice Organized by the Zentrum für interdisziplinäre Forschung, University of Bielefeld, Germany.
- Killias, M., Ribeaud, D., Aebi, M. (1999). Drogenabhängige als Opfer von Straftaten? Was bewirkt die Verschreibung von Heroin? In: Uchtenhagen, A. *Handbuch der Drogenmedizin*. Urban & Schwarzenberg: München.
- Killias, M., Uchtenhagen, A. (1995). Méthodologie de l'évaluation des essais suisses avec prescription médicale d'opiacés sous l'angle de la délinquance: L'accès sous contrôle médical à l'héroïne réduit-il la délinquance des toxicomanes? *Kriminologisches Bulletin de Criminologie* (2), 33–48.
- Kintz, P., Brenneisen, R., Bundeli, P., Mangin, P. (1997). Sweat testing for heroin and metabolites in a heroin maintenance program. *Clinical Chemistry* 43(5), 736–739.
- Kintz, P., Bundeli, P., Brenneisen, R., Ludes, B. (1998). Dose-Concentration Relationships in Hair from Subjects in a Controlled Heroin-Maintenance Program. *Journal of Analytical Toxicology* (22), 231–236.
- Kintz, P., Jamey, C., Cirimele, V., Brenneisen, R., Ludes, B. (1998). Evaluation of Acetylcodeine as a Specific Marker of Illicit Heroin in Human Hair. *Journal of Analytical Toxicology* 22, 425–429.
- Kintz, P., Mangin, P., Brenneisen, R., Bundeli, P. (1997). Sweat testing for heroin and metabolites in a heroin maintenance program. *Journal of Analytical Toxicology* (21), 78.
- Klär, I. I. (1994). Die Validität und Reliabilität von Studien zur Delinquenz bei Drogenkonsumenten. Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Strafrecht: Freiburg i. Br.
- Klingemann, H. (1996). Drug treatment in Switzerland: harm reduction, decentralization and community response. *Addiction* 91(5), 723–736.
- Klingemann, H. (1998). Harm Reduction and Abstinence: Swiss Drug Policy at a Time of Transition. In: Klingemann, H., Hunt, G. Eds. *Drug Treatment Systems in an International Perspective*. Sage Publications: Thousand Oaks / London / New Delhi.
- Kranich Schneider, C., Schmid, P., Seidenberg, A. (1994). Amsterdamer Morphiumprojekt: Fragen und Gesprächsprotokoll (Anhang 15). In: Kranich Schneider, C., Schmid, P., Seidenberg, A. *DDD – F. Diversifizierte Drogenverschreibung und Drogenabgabe an drogenabhängige Frauen in Zürich in der AruD-Poliklinik ZokL2*. 1. Bericht über die Zeit vom 29. November 1993 bis 31. Mai 1994. Arbeitsgemeinschaft für risikoarmen Umgang mit Drogen, AruD: Zürich.
- Kranich Schneider, C., Schmid, P., Seidenberg, A. (1994). *DDD – F. Diversifizierte Drogenverschreibung und Drogenabgabe an drogenabhängige Frauen in Zürich in der AruD-Poliklinik ZokL2*. 1. Bericht über die Zeit vom 29. November 1993 bis 31. Mai 1994. Arbeitsgemeinschaft für risikoarmen Umgang mit Drogen, AruD: Zürich.
- Kranich Schneider, C., Schmid, P., Seidenberg, A. (1994). Merkblatt. Ärztlich kontrollierte Drogenabgabe für Frauen (DDD – F). Anhang 1. In: Kranich Schneider, C., Schmid, P., Seidenberg, A. *DDD – F. Diversifizierte Drogenverschreibung und Drogenabgabe an drogenabhängige Frauen in Zürich in der AruD-Poliklinik ZokL2*. 1. Bericht über die Zeit vom 29. November 1993 bis 31. Mai 1994. Arbeitsgemeinschaft für risikoarmen Umgang mit Drogen, AruD: Zürich.
- Kranich Schneider, C., Schmid, P., Seidenberg, A. (1995). *DDD – F. Diversifizierte Drogenverschreibung und Drogenabgabe an drogenabhängige Frauen in Zürich in der AruD-Poliklinik ZokL2*. 2. Bericht über das 2. Halbjahr 1994. Arbeitsgemeinschaft für risikoarmen Umgang mit Drogen, AruD: Zürich.
- Kraushaar, B., Lieberherr, E. (1996). *Drogenland in Mafiahand*. Werd Verlag: Zürich.
- Kury, P., Hug, I., Ladewig, D., Rohr, H., Gyr, K. (1996). Projekt JANUS. Opiatverschreibung Basel-Stadt. 3. Zwischenbericht, Juli bis Dezember 1995. Projekt JANUS, Psychiatrische Universitätsklinik (PUK): Basel.
- Kübler, D. (1998). *Politique de la drogue dans les villes suisses entre ordre et santé – analyse de conflits de mise en œuvre*. Université de Lausanne, Faculté des sciences sociales et politiques: Lausanne.
- Kümmerle, U. (1998). Analyse des medizinischen Behandlungsbedarfs in den Versuchen für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln unter besonderer Berücksichtigung der sozialen Situation. Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde der Medizinischen Fakultät der Universität Zürich. Arbeit unter

- der Leitung von Dr. med. Th. Steffen. Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich, Institut für Suchtforschung: Zürich.
- Ladewig, D. (1997). Betäubungsmittelkonsum – Beobachtungen eines Psychiaters zu Ausgrenzung und Integration. In: Bauhofer, S., Bolle, P.-H., Dittmann, V. Hrsg. Drogenpolitik – Beharrung oder Wende. Politique de la drogue – continuation ou alternance. Schweizerische Arbeitsgruppe für Kriminologie. Groupe Suisse de Travail de Criminologie. Verlag Rüegger AG: Chur / Zürich.
- Ladewig, D., Hug, I., Kury, P., Gyr, N., Rohr, H (1996). Opiatverschreibung Basel-Stadt JANUS. Schlussbericht, November 1994 bis Dezember 1996. Projekt JANUS, Psychiatrische Universitätsklinik (PUK): Basel.
- Ladewig, D., Hug, I., Ruesch, K. (1998). Opiatverschreibung Basel-Stadt, JANUS. Jahresbericht 1997. Psychiatrische Universitätsklinik (PUK): Basel.
- Ladewig, D., Petitjean, S., Stohler, S. (1997). Vergleichende Untersuchung über die Wirksamkeit von Buprenorphin und Methadon in der Behandlung der Opiatabhängigkeit. Multicenter-Studie Schweiz. In: Rihs-Middel, M., Lotti, H. Suchtforschung des BAG – Recherches de l'OFSP en matière de dépendances 1993–1996. Bundesamt für Gesundheit: Bern.
- Ladewig, D. G. U. P. S. (25119). Forschungsprojekt zur Untersuchung der kognitivpsychomotorischen Funktionstüchtigkeit Opiatabhängiger in einer ärztlich kontrollierten Behandlung mit Diacetylmorphin (DAM). Psychiatrische Universitätsklinik Basel, Fachbereich für Abhängigkeitserkrankungen in Zusammenarbeit mit der Abteilung Klinische Psychologie: Basel.
- Ladewig, D. und Kury, P.: Heroin Substitution trials in Switzerland. Context, Preliminary Data and Findings from an Evaluation Perspective. In: Bammer, G. (Hrsg.); International Perspectives on the Prescription of Heroin to Dependent Users: A collection of papers from the United Kingdom, Switzerland, the Netherlands and Australia. Australian Institute of Criminology, January 1997
- Leuenberger, M. (1979). Motion Leuenberger vom 14. Dezember 1979. Drogenpolitik. Politique en matière de stupéfiants.
- Lichtensteiger, W. (1997). Immunotoxizität von Opiaten. Bericht zuhanden des Bundesamtes für Gesundheit, Bern. Unveröffentlicht. Institut für Pharmakologie der Universität Zürich.
- Lieberherr, E. (1998). Das erste Plädoyer für eine Heroinabgabe. In: Liggenstorfer, R., Rättsch, C., and Tschudin, A. Die berauschte Schweiz. Nachtschatten Verlag: Solothurn.
- Liechi, F., Falcato, L., Olgati, M., Rössler, W. (1997). Methadon-Erstbehandlungen im 5-Jahre-Verlauf. Eintrittsmerkmale der Patientinnen und Patienten. Resultate aus der Begleitforschung der Methadonbehandlungen im Kanton Zürich, Nr. 2. Sozialpsychiatrische Forschungsgruppe der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich: Zürich.
- Liechi, F., Falcato, L., Olgati, M., Rössler, W. (1998). Zugang zum Behandlungsangebot. Funktion von Einrichtungstypen im Behandlungssystem. Resultate aus der Begleitforschung der Methadonbehandlungen im Kanton Zürich, Nr. 3. Sozialpsychiatrische Forschungsgruppe der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich: Zürich.
- Lindemeyer, H., Rafeld, A., Steiner, V., Moeckli, Ch. U. (1999). Arbeit und Wohnen für Menschen im Umfeld illegaler Drogen. SAH: Fribourg.
- Locher, U. (1994). Heroin prescription in Zurich. ECDP Newsletter (2), 5.
- Mangin, P., Staub, Chr., Mino, A., Marset, M. (1999). Evaluation de l'acétylcodéine (ACOD) comme marqueur de consommation d'héroïne illégale: étude basée sur l'héroïne et les cheveux. Université de Genève, HUG: Genève.
- Mangold, H. (1997). Suchthilfe Region Solothurn. Gekom GmbH: Solothurn.
- Mangold, H. (1998). Bericht zur Betäubungsmittelabgabe im Kanton Solothurn 1997. Betäubungsmittelabgabe Kanton Solothurn: Solothurn.
- Marks, G., Responsables du PROMI (1995). Traitements de substitution à l'héroïne. Conférence avec le Dr Geoffrey Marks, médecin au NHS Trust à Cheltenham (Angleterre). Le Tremplin (Unité spécialisée en toxicomanie) et Centre Psychosocial du canton de Fribourg: Fribourg.
- Marks, J. A., Übersetzung: Haeckel, U., Redaktionelle Bearbeitung: Hämmig, R. B. (1990). Staatlich abgegebene Drogen: eine absurde Politik? Sogenannte goldene Blätter von J. A. Marks. Mit einer Einführung (von R. B. Hämmig) über das sogenannte Liverpooler Modell. Polykopia.
- Marlatt, A. G. (1998). Harm Reduction: Pragmatic Strategies for Managing High Risk Behavior. The Guilford Press: New York.
- Marset, M., Becciolini-Lebas, E. (1997). Programme expérimental de prescription de stupéfiants, Genève. Rapport d'activité 1997. Hôpitaux Universitaires de Genève: Genève.
- Meier Kressig, M. (1996). Analysepläne zum Schlussbericht PROVE: Analyseplan «Machbarkeit der Projekte». Unpubliziert. Institut für Suchtforschung. Zürich.
- Metrebian, N., Shanahan, W., Wells, B., Stimson, G. V. (1998). Feasibility of prescribing injectable heroin and methadone to opiate-dependent drug users: associated health gains and harm reductions. Medical Journal of Australia 168(12), 596–600.

- Meyer, B. (1996). Ernährungszustand von Drogenabhängigen des KODA-1-Projektes oder: Wäre die ernährungsberaterische Betreuung von Drogenabhängigen nicht schon längst ein Muss? Diplomarbeit. Schule für ErnährungsberaterInnen, Bern.
- Mino, A. (1987). La méthadone. Interventions no hors série. Paris.
- Mino, A. (1988). Problèmes posés et modalités de réponses à Genève et en Suisse. In: Charles-Nicolas, A. Sida et toxicomanie. Répondre. Editions Frison Roche: Paris.
- Mino, A. (1989). Enfant et jeune femme toxicomane. In: Pasini, W. Le fœtus et son entourage. Ed. Médecine et Hygiène.
- Mino, A. (1989). Problèmes posés et modalités de réponses à Genève et en Suisse. In: Charles-Nicolas, A. Sida et toxicomanie. Répondre. Editions Frison Roche: Paris.
- Mino, A. (1990). Analyse scientifique de la littérature sur la remise contrôlée d'héroïne ou de morphine. Expertise rédigée à la demande de l'Office fédéral de la santé publique. Office fédéral de la santé publique: Berne.
- Mino, A. (1991). Wissenschaftliche Literaturanalyse der kontrollierten Heroin- und Morphinabgabe. Expertise im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheitswesen Bern. Deutsche Zusammenfassung (der französischen Originalausgabe) von Dr. med. Claude Bossy. Bundesamt für Gesundheit: Bern.
- Mino, A. (1992). La réduction des risques. Journal du Sida (45). Paris.
- Mino, A. (1993). Dix ans d'expérience dans le champ des toxicomanies. In: Romeo, L. Viaggiatori del tempo. Piccole Cartografie. Edizioni Alice: Como.
- Mino, A. (1993). Evolution de la politique de soins en matière de toxicomanie: la réduction des risques. Psychotropes 8(3), 9–23.
- Mino, A. (1994). Drug Policy in Geneva. International Journal of Drug Policy 5(4), 246–248.
- Mino, A. (1994). Les nouvelles politiques de la drogue: exemple genevois. Psychiatrie de l'enfant. XXXVII(2), 577–600.
- Mino, A. (1994). Les nouvelles politiques de la drogue: exemple genevois. PRAXIS Revue suisse de médecine 83(34), 950–956.
- Mino, A. (1995). Evolución de un pensamiento – experiencias personales y algunos datos cifrados. In: Casas, M., Gutierrez, M., San, M. Avances en Drogodependencias. (Coll. Ediciones en neurociencias.) Citran: Barcelona.
- Mino, A. (1995). Les maintenances à la méthadone. Information Psychiatrique (3), 237–246.
- Mino, A. (1995). Les maintenances à la méthadone. Médecine et Hygiène (53), 471–480.
- Mino, A. (1995). Substitution. Journal du Sida (no hors série).
- Mino, A. (1996). Historia y situación actual de los programas de mantenimiento con opiáceos: heroína, metadona, morfina, etc. In: Centro Provincial de Drogodependencias de Cadíz. III encuentro nacional sobre drogodependencias y su enfoque comunitario.
- Mino, A. (1996). Letter to editor: Background to Geneva's Experimental Heroin Prescription Programme. International Journal of Drug Policy 7(4), 261–263.
- Mino, A. (1997). La politique genevoise dans le cadre fédéral. Unpublished.
- Mino, A. (1997). La politique genevoise des drogues. Médecine et Hygiène (55), 1435–1436.
- Mino, A. (1997). Toxicomanie à l'héroïne: traitements de substitution et de la douleur. Cahiers psychiatriques genevois (23).
- Mino, A. (1998). Commentaires concernant l'article: «Marked decrease of immunolabelled 68 kDa neurofilament proteins in brains of opiate addicts», par J. A. Garcia-Sevilla et coll., NeuroReport 8 (1997) 1561–1570. Unpublished.
- Mino, A., Arsever, S. (1994). Analisis científico de la literatura sobre la prescripción controlada de heroína o de morfina. Edición Citran: Barcelona.
- Mino, A., Arsever, S. (1996). Les mensonges qui tuent les drogués. (Coll. J'accuse), Calmann-Lévy: Paris.
- Mino, A., Del Rio, M. (1991). Marginalisation médico-légale – toxicomanie – méthadone. Médecine et Hygiène (49), 2488–2493.
- Mino, A., Dumont, P., Bousquet, A., Broers, B. (1999). Analyse d'un programme public de méthadone sur deux ans. In: Rihs, M., Lotti, H. Eds. Recherches de l'OFSP en matière de dépendances 1993–1996. Bundesamt für Gesundheit (BAG): Bern.
- Mino, A., Giner, F. (1996). Rapport intermédiaire. Programme expérimental de prescription de stupéfiants P.E.P.S., Genève, du 15.9.95 au 17.5.1996. Hôpitaux Universitaires de Genève: Genève.
- Mino, A., Page, D. (1997). Historique des projets de prescription expérimentale de stupéfiants sous contrôle médical en Suisse. In: Touzeau, D., Jacquot, C. Les traitements de substitution pour les usagers de drogues. Ed. Arnette, Pharmascopie, soins et thérapies: Paris.
- Mino, A., Page, D., Dumont, P., Broers, B. (1998). Treatment failure and methadone dose in a public methadone maintenance treatment programme in Geneva. Drug and Alcohol Dependence (50), 233–239.
- Mino, A., Page, D., Krokhar, M. (1996). Stratégies cognitivo-comportementales et toxicodépendances (héroïnomanie, cocaïnomanie). Thérapie comportementale et cognitive 6(2), 65–69.

- Moldovanyi, A., Ladewig, D., Affentranger, P., Natsch, C., Stohler, R. (1996). Morphine Maintenance Treatment of Opioid-Dependent Outpatients. *European Addiction Research* 2(4), 208–212. S. Karger: Basel.
- Moldovanyi, A.: Heroingestützte Behandlung und Beikonsum. In: Jellinek, Dh., Westermann, B., Bellmann, G. U. (Hrsg.): *Beigebrauch. Offene Grenzen der Substitution*. Weinheim: Beltz, 2000
- Mühlhausen, A., Davatz, F., Schmid, P., Weiss, S. (1998). DDD – F. Diversifizierte Drogenverschreibung und Drogenabgabe an drogenabhängige Frauen in der Poliklinik ZokL2. Jahresbericht 1997. AruD, Arbeitsgemeinschaft für risikoarmen Umgang mit Drogen: Zürich.
- Mühlhausen, A., Schmid, P. (1997). DDD – F. Diversifizierte Drogenverschreibung und Drogenabgabe an drogenabhängige Frauen in Zürich in der AruD-Poliklinik ZokL2. Provisorischer Abschlussbericht. AruD, Arbeitsgemeinschaft für risikoarmen Umgang mit Drogen: Zürich.
- Nadelmann, E. (1995). Beyond Needle Park. *The Swiss Maintenance Trial*. *The Drug Policy Letter* (27), 12–14.
- Nelles, J., Dobler-Mikola, A., Kaufmann, B. (1997). Provision of syringes and prescription of heroin in prison: The Swiss experience in the prisons of Hindelbank and Oberschöngrün. In: Nelles, J., Fuhrer, A. Harm Reduction in Prison / Risikominderung im Gefängnis. Strategies against Drugs, Aids and Risk Behavior / Strategien gegen Drogen, Aids und Risikoverhalten. Peter Lang AG, European Academic Publishers: Bern.
- Nelles, J., Fuhrer, A. (1997). Harm Reduction in Prison / Risikominderung im Gefängnis. Strategies against Drugs, Aids and Risk Behavior / Strategien gegen Drogen, Aids und Risikoverhalten. Peter Lang AG, European Academic Publishers: Bern.
- Nigg, L. (1995). Projekt der diversifizierten Drogenverschreibung und Drogenabgabe an drogenabhängige Frauen in Zürich. Vortrag am Kongress über geschlechtsspezifische Aspekte von Sucht und Prävalenz, Verlauf und Behandlung. Hamburg.
- Nigg, L. (1998). DDD – F. Ein opioidgestütztes Behandlungsprogramm für Frauen. Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde der Medizinischen Fakultät der Universität Zürich. Arbeit unter der Leitung von Frau dipl. soz. A. Dobler-Mikola, Dr. med. A. Seidenberg und Prof. Dr. med. F. Gutzwiller. Universität Zürich. Institut für Sozial- und Präventivmedizin: Zürich.
- Œuvray, K., Juvet, P. (1995). PROMI (Projet fribourgeois de méthadone injectable). La méthadone injectable? Experiences et bilan. Conférence à Bulle du 11 mai 1995 (salle polyvalente de l'école primaire). Unité spécialisée en toxicomanie Le Tremplin et le Centre Psychosocial: Fribourg.
- Office fédéral de la santé publique (1991). Conférence nationale sur la drogue. Dispensation de drogues dures sous contrôle. Avis de droit donné par l'Office fédéral de la justice sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique.
- Office fédéral de la santé publique (1993). Prescription médicale de stupéfiants. Aide à la survie pour les consommatrices et consommateurs de drogues. Information des médias. 24 juin 1993, Restaurant «Bürgerhaus», Berne.
- Office fédéral de la santé publique (1995). Essais concernant la prescription de stupéfiants sous contrôle médical. Plan global de recherche et conditions d'application. Version remaniée du 24 mai 1995. Office fédéral de la santé publique et chargés de l'évaluation: Berne.
- Office fédéral de la santé publique (1997). La politique de la Suisse en matière de drogue (Factsheet).
- Office fédéral de la santé publique (1998). Politique de la Confédération Suisse en matière de drogue; des chiffres et des faits. Documentation.
- Perneger, T., Giner, F., Del Rio, M., Mino, A. (1998). Randomised trial of heroin maintenance programme for addicts who fail in conventional drug treatments. *BMJ* 317, 13–18. London.
- Petitjean, S., Ladewig, D., Stohler, S. (1998). 3. Evaluationsbericht der Substitutionsbehandlungen Opiatabhängiger im Kanton Basel-Stadt; Dezember 1998. Forschungsgruppe Bereich Abhängigkeitserkrankungen, Psychiatrische Universitätsklinik Basel: Basel.
- Probst, G., Raub, S., Romhardt, K. (1999). Wissen managen: Wie Unternehmen ihre wertvollste Ressource optimal nutzen. *Frankfurter Allgemeine*, Gabler: Frankfurt.
- Radewangen, C. (1998). Kontrollierte Heroinabgabe: Ein Element in der Therapie Schwerstabhängiger und ein Arbeitsfeld für die Sozialarbeit. In: Bürki, C., Lehmann, K., Radewangen, C., Wegehaupt-Schlund, H., Wieland, N. Drogen und Jugendhilfe. Kontrollierte Heroinabgabe: Ein neues Aufgabenfeld für die Sozialarbeit. Evangelischer Erziehungsverband e.V. (EREV), Bundesverband evangelischer Einrichtungen und Dienste: Hannover.
- Reuter, P., MacCoun, R. (1998). Heroin Maintenance: Is a U.S. Experiment Needed? Paper prepared for conference «One Hundred Years of Heroin», Yale Medical School, September 1998. Published in «Beyond the Drug War: Learning from Other Places, Other Times and Other Vices». Cambridge University Press: Cambridge.
- Rihs-Middel, M., Affentranger, P. (1994). Status Report on the Medical Prescription of Narcotics. Swiss Federal Office of Public Health: Bern.
- Rihs-Middel, M., Affentranger, P. (1995). Statusbericht über das Projekt «Ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln in der Schweiz». Bundesamt für Gesundheit: Bern.
- Rihs-Middel, M., Eppler, E. (1999). Suchtforschung des BAG 1996 – 1998. Bundesamt für Gesundheit: Bern.

- Rihs-Middel, M., Lotti, H., Stamm, R., Clerc, J. (1995). La prescription de stupéfiants sous contrôle médical. Recueil d'études et d'expériences. Editions médecine et hygiène: Genève.
- Rihs-Middel, M., Lotti, H., Stamm, R., Clerc, J. (1996). Ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Wissenschaftliche Grundlagen und praktische Erfahrungen. Huber: Bern.
- Rihs-Middel, M., Lotti, H., Stamm, R., Clerc, J. (1997). The Medical Prescription of Narcotics. Scientific Foundations and Practical Experiences. Hogrefe & Huber Publishers: Seattle / Toronto / Göttingen / Bern.
- Rihs-Middel, M., Seidenberg, A. (1999). Die heroingestützte Behandlung in der Schweiz: Band II: Praktische Umsetzung. Hans Huber Verlag: Bern.
- Rihs, M., (1994). Medical prescription of narcotics in Switzerland. Basic issues and research plan. European Journal on Criminal Policy and Research 2(4), 69–83.
- Rihs, M., Affentranger, P. (1995). Statusbericht über das Projekt «Ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln in der Schweiz». Schriftenreihe Jugendpolitik, Band IX. SPDParteiVorstand: Bonn.
- Ronco, C., Berger Hoins, C., Arnold, J., Lanz, A. (1999). Drogenszenen, Struktur und Wandel von Drogenszenen in der Schweiz im Anschluss an die Aufhebung der offenen Drogenszene «Letten» in Zürich. In: Rihs-Middel, M., Eppler, E. Suchtforschung des BAG- 1996–1998. Bundesamt für Gesundheit: Bern.
- Rossier-Affolter, R. (1996). Kostenanalyse über das «PROjekt zur ärztlichen Verschreibung von Betäubungsmitteln (PROVE)». Unveröffentlicht.
- Ryser, H. (1999). Analyse der Todesfälle in den Versuchen für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Institut für Suchtforschung in Verbindung mit der Universität Zürich, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich: Zürich.
- Schaefer, C., Haener, M. (1998). Kontrollierte Opiatabgabe in der Strafanstalt (KOST). Jahresbericht 1997. Kanton Solothurn, Strafanstalt Solothurn: Solothurn Oberschöngrün.
- Schläpfer, T., Noss, R., Wielepp, J., Hämmig, R., Kinser, J., Brenneisen, R., Pearlson, G., Fisch, H. (1998). Regional cerebral blood flow changes after acute heroin administration. 37th Annual Meeting of the American College of Neuropsychopharmacology, Puerto Rico (Abstract).
- Schweizerische Gesellschaft für Prävention im Gesundheitswesen, Gutzwiller, F., Stähli, R., Somogyi, P. (1997). Ziele zur Gesundheitspolitik für die Schweiz. Sozial- und Präventivmedizin 42 (Suppl.1), 1–80.
- Schweizerischer Bundesrat (1991). Bundesratsbeschluss über Massnahmen des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme vom 20. Februar 1991. Bern.
- Schweizerischer Bundesrat (1992). Beschlüsse des Bundesrates zur Umsetzung seiner Drogenpolitik. EDI-Pressemitteilung, Mai 1992. Beilage: Bericht über die Vernehmlassung, Presserohstoff. Eidg. Departement des Innern, Presse- und Informationsdienst: Bern.
- Schweizerischer Bundesrat (1992). Verordnung über die Förderung der wissenschaftlichen Begleitforschung zur Drogenprävention und Verbesserung der Lebensbedingungen Drogenabhängiger vom 21. Oktober 1992. Bern.
- Schweizerischer Bundesrat (1996). Verordnung über die Förderung der wissenschaftlichen Begleitforschung zur Drogenprävention und Verbesserung der Lebensbedingungen Drogenabhängiger. Änderung vom 21. Februar 1996. Bern.
- Schweizerischer Bundesrat (1997). Verordnung über die Förderung der wissenschaftlichen Begleitforschung zur Drogenprävention und Verbesserung der Lebensbedingungen Drogenabhängiger. Änderung vom 15. Dezember 1997. Bern.
- Schweizerischer Bundesrat (1999). Verordnung über die ärztliche Verschreibung von Heroin vom 8. März 1999. Bern.
- Seidenberg, A. (1986). Enthaltbarkeit kann nicht mehr oberstes Therapieziel sein. Soziale Medizin 13(12), 5–12. Ropress Zürich: Zürich.
- Seidenberg, A. (1995). DDD – F. Diversifizierte Drogenverschreibung und Drogenabgabe an drogenabhängige Frauen in Zürich in der AruD-Poliklinik ZokL2. 3. Bericht über das 1. Halbjahr des 2. Betriebsjahres 1995. AruD: Zürich.
- Seidenberg, A. (1995). Einige klinisch-pharmakologische Überlegungen zur diversifizierten Drogenverschreibung und Drogenabgabe (DDD). AruD: Zürich.
- Seidenberg, A. (1995). Meinungen von Patientinnen (Anhang 5). In: Seidenberg, A. DDD – F. Diversifizierte Drogenverschreibung und Drogenabgabe an drogenabhängige Frauen in Zürich in der AruD-Poliklinik ZokL2. 3. Bericht über das 1. Halbjahr des 2. Betriebsjahres 1995.
- Seidenberg, A. (1995). Verringert sich Delinquenz bei kontrollierter Opiatabgabe? Polizeiliche Feststellungen bei 55 Patienten/-innen mit betäubungsmittelgestützten Behandlungen in der Poliklinik ZokL2. Kriminologisches Bulletin de Criminologie 21(2), 49–60.
- Seidenberg, A. (1996). DDD – F. Diversifizierte Drogenverschreibung und Drogenabgabe an drogenabhängige Frauen in Zürich in der AruD-Poliklinik ZokL2. 4. Bericht über das 2. Halbjahr des 2. Betriebsjahres 1995 und die ersten Monate 1996. AruD: Zürich.
- Seidenberg, A. (1997). Maximalwirkung, Flash und Äquivalenzdosen bei für Opiode toleranten und semitoleranten Patienten. Unpubliziertes Arbeitsdokument. PROVE.

- Seidenberg, A. (1997). Prinzipien der sicheren Opioidverordnung: Theorie eines pharmakokinetischen Dosierungsmodells und die computerisierte diversifizierte Drogenverschreibung und Drogenabgabe CDDD, PROVE.
- Seidenberg, A., Honegger, U. (1998). Metadona, heroína y otros opioides – Manual médico para un tratamiento ambulatorio de mantenimiento con opioides. Traducción al español de Palma Sánchez, de Moya Rodriguez, Ángela Maldonado García y Francisco García Hurtado.
- Seidenberg, A., Honegger, U. (1998). Methadon, Heroin und andere Opioid. Medizinisches Manual für die ambulante opioidgestützte Behandlung. Hans Huber: Bern.
- Seidenberg, A., Kranich, C. (1989). Rekurs an den Regierungsrat des Kantons Zürich dagegen, dass dem Gesuch von A. Seidenberg, betäubungsmittelabhängigen Opiatkonsumenten Morphium verschreiben zu dürfen, durch die Gesundheitsdirektion nicht entsprochen wurde.
- Seidenberg, A., Peng, M., Custer, R. (1999). Prinzipien der sicheren Opioidverordnung: Theorie eines pharmakokinetischen Dosierungsmodells und die computerisierte diversifizierte Drogenverschreibung und Drogenabgabe CDDD. In: Rihs-Middel, M., Seidenberg, A., (Hrsg.). Ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln: Praktische Umsetzung und erste Ergebnisse, PROVE Band 2, Bundesamt für Gesundheit. Hans Huber.
- Seidenberg, A.: Praktische Aspekte der Heroinschreibung. In: Westermann et al. (Hg.), 1999
- Speich, A. (1998). Heroin-Flüssiginhalation und Heroin-Pulverinhalation. In-vitro- und In-vivo-Studien im Rahmen der Versuche zur ärztlich kontrollierten Verschreibung von Betäubungsmitteln. Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde der Pharmazie der Medizinischen Fakultät der Universität Bern. Arbeit unter der Leitung von Prof. Dr. R. Brenneisen. Universität Bern: Bern.
- Stalder, A. (1997). Heroin-Zigaretten, In-vitro- und In-vivo-Rauchstudien. Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde der Pharmazie der Medizinischen Fakultät der Universität Bern. Arbeit unter der Leitung von Prof. Dr. R. Brenneisen. Universität Bern: Bern.
- Stalder, A., Lehmann, T., Bourquin, D., Brenneisen, R., Hämmig, R. (1997). In Vitro and In Vivo Smoking Experiments with Diacetylmorphine Cigarettes. Proceedings of the Congress of the Society of Forensic Toxicologists (SOFT), Denver. Abstract. Journal of Analytical Toxicology 21(93).
- Steffen, T. (1998). Die HIV- und Hepatitis-Behandlung im Rahmen des Projektes für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln (PROVE). Workshop, Universität Hamburg. September.
- Steffen, T. (1998). Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Fachtagung der Universität Innsbruck. März.
- Steffen, T., Christen, St., Blättler, R., Gutzwiller, F. PROVE-Team (1999). Infectious Diseases and Public Health: Risk taking behaviour during participation in the Swiss programme for a Medical Prescription of Narcotics. Journal of Substance Use and Misuse.
- Steffen, T., Christen, St., Gutzwiller, F., PROVE Team (1998). Programme for a medical prescription of narcotics: Infectious diseases and public health international workshop. Queen's University, Belfast. June.
- Steffen, T., Gasser, M., Gutzwiller, F. (1998). Die medizinische Behandlungssituation von HIV-positiven, intravenöses Drogenabhängigen in den Versuchen für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln (PROVE). Schweizerische Jahrestagung für Innere Medizin, Lausanne. Posterpräsentation.
- Steffen, T., Kaufmann, B., Blättler, R., Dobler-Mikola, A., Gutzwiller, F., Uchtenhagen, A. (1999). Die heroingestützte Behandlung von Opiatabhängigen – bisherige und aktuelle Forschungsschwerpunkte. Das Gesundheitswesen 61.
- Steffen, T., Uchtenhagen, A., Gutzwiller, F., Dobler-Mikola, A., PROVE Team (1998). Reduction of addictive and risk taking behavior during participation in a medically controlled heroin prescription program. 12th World Aids Conference, Geneva. June 28 to July 3.
- Steffen, Th. (1996). Analysepläne zum Schlussbericht des medizinischen Bereichs PROVE. Institut für Suchtforschung. Zürich.
- Steffen, Th. (1996). Analysepläne zum Schlussbericht des pharmakologischen PROVE. Institut für Suchtforschung. Zürich.
- Steffen, Th. (1998). Die infektiologische Situation bei intravenös Drogenabhängigen in den Versuchen für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln (PROVE) unter besonderer Berücksichtigung von Public-Health-Aspekten. Universitäten Basel, Bern und Zürich: Basel.
- Stohler, R., Hug, I., Knoll, B., Mohler, B., Ladewig, D. (1996). Erste Erfahrungen mit Entzugsbehandlungen von Teilnehmern und Teilnehmerinnen des diversifizierten Opiatverschreibungsprojekts Janus in Basel. First Experiences with Withdrawal Treatments of Participants in the Diversified Opiate-Prescription Project Janus in Basel. Schweizerische Rundschau für Medizin (Praxis) 85(48), 1537–1541.
- Stohler, R., Hug, I., Kocher, R., Ladewig, D. (1996). EEG, EMG and ECG alterations during and after intravenous injection of opioids. Third Swiss Poster Meeting on Basic and Clinical Neuroscience. Bern, Inselspital.
- Strang, J., Gossop, M. E. (1994). Heroin addiction and drug policy. The British system. Oxford University Press: London.

- Subkommission «Drogenfragen» der Eidgenössischen Betäubungsmittelkommission (1989). Aspekte der Drogensituation und Drogenpolitik in der Schweiz. Bundesamt für Gesundheitswesen: Bern.
- Swiss Federal Office of Public Health (1996). The Swiss Strategy against Illicit Drug Abuse (Factsheet).
- Swiss Federal Office of Public Health (1999). The Swiss drug policy – a fourfold approach (with special consideration of the medical prescription of narcotics). Swiss Federal Office of Public Health: Bern.
- Swiss Narcotic Substances Commission, Methadone Working Group of the Sub-Commission on Drug Issues (1996). Swiss Methadone Report. Narcotic Substitution in the Treatment of Heroin Addicts in Switzerland (3rd edition). Swiss Federal Office of Public Health / Addiction Research Foundation: Bern.
- Team MSH 1 (1998). Projekt MSH 1 – kontrollierte Betäubungsmittelabgabe St. Gallen. Jahresschlussbericht 1997. Trägerschaft: Stiftung «Hilfe für Drogenabhängige». St. Gallen.
- Thome, F., Broers, B., Junet, C., Déglon, J. J., Bourquin, M., Mino, A., Perrin, L., Hirschel, B. (1995). Le déclin d'une épidémie: le VIH parmi les toxicomanes à Genève, 1988–1994. *La Presse Médicale* 24(24), 1099–1102.
- Thüller, N., Lewis, M. Q. H. (1998). Methadonbehandlungen. Forschung und Praxis im Kanton Bern. Schweiz. Gesellschaft für Gesundheitspolitik SGGP/SSPS: Muri, Schweiz.
- Tschacher, W. (1996). Auswertungsbericht. Projekt ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Statistische Auswertung der Doppelblind-Crossover-Studie in Bern (Heroin versus Morphin intravenöses). Unveröffentlicht.
- Tschacher, W. (1997). Analysepläne zum Schlussbericht PROVE: 1. Bericht zu Doppelblindversuchen. Universitäre Psychiatrische Dienste Bern, Direktion Mitte/West. Unveröffentlicht.
- Uchtenhagen, A. (1994). Diversifizierte Verschreibung von Betäubungsmitteln an Heroinabhängige: Grundlagen, Versuchsplan, Begleitforschung. *Schweizerische Rundschau für Medizin Praxis* (34), 931–936.
- Uchtenhagen, A. (1994). Pilotprojekte zur diversifizierten Verschreibung von Betäubungsmitteln an Heroinabhängige in der Schweiz. In: Ladewig, D. Hrsg. Aspekte der aktuellen Drogenpolitik, Auswertung von Methadonbehandlungen in der Schweiz. Projekte zur Überlebenshilfe und diversifizierten Opiatabgabe, Gruppentherapie. *Drogen und Alkohol* Nr. 7. ISPA-Press: Lausanne.
- Uchtenhagen, A. (1994). Verschreibung von Betäubungsmitteln an Heroinabhängige. Ziele und Programm der Pilotversuche in der Schweiz. *Sucht* (5), 342–349.
- Uchtenhagen, A. (1995). Harm reduction: the case of Switzerland. *European Addiction Research* (1), 86–91.
- Uchtenhagen, A. (1996). Program for a Medical Prescription of Narcotics. Second Interim Report of the Research Team. Abridged Version. Institut für Suchtforschung in Verbindung mit der Universität Zürich, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich: Zürich.
- Uchtenhagen, A. (1998). Programme for a Medical Prescription of Narcotics: Summary of the Synthesis Report (July 1997). In: Nadelmann, E. Heroin Maintenance Treatment. Research Summary. The Lindesmith Center: New York, San Francisco.
- Uchtenhagen, A. (1998). Treatment and treatment evaluation in the field of drug abuse in Switzerland. Country report. Addiction Research Institute, University of Zurich: Zurich.
- Uchtenhagen, A., Dobler-Mikola, A., Gutzwiller, F. (1993). Ärztlich kontrollierte Verschreibung von Betäubungsmitteln: Grundlagen, Forschungsplan, erste Erfahrungen. Beitrag im Weiterbildungsseminar für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den schweizerischen Heroinabgaberversuchen, Thun.
- Uchtenhagen, A., Dobler-Mikola, A., Gutzwiller, F. (1995). Medically controlled diversified prescription of narcotics: a Swiss national project. Referat an der IV. International Conference on the Reduction of Drug Related Harm, Florenz.
- Uchtenhagen, A., Dobler-Mikola, A., Gutzwiller, F. (1996). Medical prescription of narcotics. Background and intermediate results of a Swiss national project. *European Addiction Research* 2(4), 201–207.
- Uchtenhagen, A., Dobler-Mikola, A., & Gutzwiller, F. (1996). Medically controlled prescription of narcotics: a swiss national projekt. *The International Journal of Drug Policy* 7(1), 28–33.
- Uchtenhagen, A., Dobler-Mikola, A., Hättich, A., Gutzwiller, F. (1992). Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Gesamtversuchsplan. Unveröffentlicht.
- Uchtenhagen, A., Dobler-Mikola, A., Steffen, T., Gutzwiller, F., Blättler, R., Pfeifer, S. (1999). Prescription of Narcotics for Heroin Addicts – Main Results of the Swiss National Cohort Study. Karger: Basel.
- Uchtenhagen, A., Gutzwiller, F., Dobler-Mikola, A. (1994). Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Gesamtversuchsplan und Ausführungsbestimmungen. In: Stiftung für Sozialtherapie (Hrsg.). Vernetzung von Forschung und Praxis in der Suchttherapie. *Drogalkohol* 3.
- Uchtenhagen, A., Gutzwiller, F., Dobler-Mikola, A. (1994). Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Studienprotokoll der Begleitevaluation. Sozialpsychiatrischer Dienst der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich: Zürich.
- Uchtenhagen, A., Gutzwiller, F., Dobler-Mikola, A. (1997). Esperimenti concernenti la prescrizione medica di stupefacenti. Rapporto conclusivo degli incaricati alla ricerca. Riassunto del rapporto di sintesi. Institut für Suchtforschung / Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich: Zürich.
- Uchtenhagen, A., Gutzwiller, F., Dobler-Mikola, A. (1997). Essais de prescription médicale de stupéfiants. Rapport final des mandataires de la recherche. Rapport de synthèse. Institut für Suchtforschung / Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich: Zürich.

- Uchtenhagen, A., Gutzwiller, F., Dobler-Mikola, A. (1997). Essais de prescription médicale de stupéfiants. Rapport final des mandataires de la recherche. Résumé du rapport de synthèse. Institut für Suchtforschung / Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich: Zürich.
- Uchtenhagen, A., Gutzwiller, F., Dobler-Mikola, A. (1997). Programme for a Medical Prescription of Narcotics. Final Report of the Research Representatives. Summary of the Synthesis Report. Addiction Research Institute / Institute for Social and Preventive Medicine of the University of Zurich: Zürich.
- Uchtenhagen, A., Gutzwiller, F., Dobler-Mikola, A. (1997). Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Abschlussbericht der Forschungsbeauftragten. Synthesebericht. Institut für Suchtforschung / Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich: Zürich.
- Uchtenhagen, A., Gutzwiller, F., Dobler-Mikola, A. (1997). Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Abschlussbericht der Forschungsbeauftragten. Zusammenfassung des Syntheseberichts. Institut für Suchtforschung / Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich: Zürich.
- Uchtenhagen, A., Gutzwiller, F., Dobler-Mikola, A. (1998). Programme for a Medical Prescription of Narcotics. Final Report of the Research Representatives. Synthesis Report. Institut für Suchtforschung / Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich: Zürich.
- Uchtenhagen, A., Gutzwiller, F., Dobler-Mikola, A. (1998). Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Gesamtversuchsplan und Ausführungsbestimmungen. In: Stiftung für Sozialtherapie (Hrsg.). Vernetzung von Forschung und Praxis in der Suchttherapie. Drogalkohol 3.
- Uchtenhagen, A., Gutzwiller, F., Dobler-Mikola, A., Blättler, R. (1995). Essais de prescription médicale de stupéfiants: rapport intermédiaire des mandataires de la recherche. Version abrégée. Institut für Suchtforschung in Verbindung mit der Universität Zürich, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich: Zürich.
- Uchtenhagen, A., Gutzwiller, F., Dobler-Mikola, A., Blättler, R. (1995). Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Zwischenbericht der Forschungsbeauftragten. Institut für Suchtforschung in Verbindung mit der Universität Zürich, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich: Zürich.
- Uchtenhagen, A., Gutzwiller, F., Dobler-Mikola, A., Blättler, R. (1996). Essais de prescription médicale de stupéfiants: deuxième rapport intermédiaire des mandataires de la recherche. Version abrégée. Institut für Suchtforschung in Verbindung mit der Universität Zürich, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich: Zürich.
- Uchtenhagen, A., Gutzwiller, F., Dobler-Mikola, A., Blättler, R. (1996). Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Zweiter Zwischenbericht der Forschungsbeauftragten. Institut für Suchtforschung in Verbindung mit der Universität Zürich, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich: Zürich.
- Uchtenhagen, A., Gutzwiller, F., Dobler-Mikola, A., Blättler, R. (1996). Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Zweiter Zwischenbericht der Forschungsbeauftragten. Kurzfassung. Institut für Suchtforschung in Verbindung mit der Universität Zürich, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich: Zürich.
- Uchtenhagen, A., Gutzwiller, F., Dobler-Mikola, A., Blättler, R. (1996). Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Zwischenbericht der Forschungsbeauftragten. Kurzversion. Institut für Suchtforschung in Verbindung mit der Universität Zürich, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich: Zürich.
- Uchtenhagen, A., Gutzwiller, F., Dobler-Mikola, A., Hättich, A. (1993). Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Gesamtversuchsplan und Ausführungsbestimmungen. Sozialpsychiatrischer Dienst der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich, Bundesamt für Gesundheitswesen: Zürich.
- Uchtenhagen, A., Gutzwiller, F., Dobler-Mikola, A., Hättich, A. (1994). Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Internes Dokument Nr. 1. Instruktionsmaterial zur Begleitevaluation. Sozialpsychiatrischer Dienst der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich: Zürich.
- Uchtenhagen, A., Gutzwiller, F., Dobler-Mikola, A., Rihs-Middel, M. (1995). Essais concernant la prescription de stupéfiants sous contrôle médical. Plan global de recherche et conditions d'application. Office fédéral de la santé publique: Bern.
- Uchtenhagen, A., Gutzwiller, F., Dobler-Mikola, A., Rihs-Middel, M. (1995). Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Gesamtversuchsplan und Ausführungsbestimmungen. Bundesamt für Gesundheitswesen: Bern.
- Uchtenhagen A. Summary of the synthesis report. In: Uchtenhagen A, Gutzwiller F, Dobler-Mikola A, editors. Programme for a medical prescription of narcotics: final report of the research representatives. Zurich: Institute for Social and Preventive Medicine, University of Zurich, 1997.
- Uchtenhagen, A., Gutzwiller, F., Dobler-Mikola, A., Steffen, T. (1997). Programme for a medical prescription of narcotics. A synthesis of results. European Addiction Research 3(4), 160-163.
- Uehlinger, C. Hauser, C. (1998). Allergic Reactions with Injectable Methadone. American Journal of Psychiatry.

- Uehlinger, C., Œuvray, K., Vienny, A., Waldvogel, D. (1998). Injecting Frequencies in an Intravenous Methadone Maintenance Program. 60th Congress of the College on Problems of Drug Dependence, Phoenix, Arizona (Poster).
- Ufficio federale della sanità pubblica (1997). La politica della Confederazione in materia di droga (Factsheet).
- Ufficio federale della sanità pubblica (1998). Dati e fatti sulla politica della Confederazione in materia di droga. Documentazione.
- Utiger, U., Vontobel, U., Eastus, C. (1997). Richtlinien und Empfehlungen für die Abgabe der Drogenverschreibungsstellen. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. Unveröffentlicht.
- Vienny, A. H. (1993). L'utilisation de la méthadone injectable dans un encadrement pluridisciplinaire. Projet du canton de Fribourg. Le Tremplin (Unité spécialisée en toxicomanie) et Centre Psychosocial du canton de Fribourg: Fribourg.
- Vienny, A. H. (1995). Eléments d'une évaluation intermédiaire portant sur l'impact de PROMI auprès des participants. Annexe 2 au rapport du projet fribourgeois méthadone injectable PROMI de décembre 1995. Le Tremplin (Unité spécialisée en toxicomanie) et Centre Psychosocial du canton de Fribourg: Fribourg.
- Vienny, A. H. (1995). Méthadone injectable dans le cadre du projet fédéral PROVE. Description et tendance de l'essai fribourgeois. Annexe 1 au rapport du projet fribourgeois méthadone injectable PROMI de décembre 1995. Le Tremplin (Unité spécialisée en toxicomanie) et Centre Psychosocial du canton de Fribourg: Fribourg.
- Vienny, A. H. (1995). Rapport. Projet fribourgeois méthadone injectable PROMI. Décembre 1995. Le Tremplin (Unité spécialisée en toxicomanie) et Centre Psychosocial du canton de Fribourg: Fribourg.
- Vienny, A. H. (1995). Rapport. Projet fribourgeois méthadone injectable PROMI. Septembre 1995. Le Tremplin (Unité spécialisée en toxicomanie) et Centre Psychosocial du canton de Fribourg: Fribourg.
- Vienny, A. H. (1996). PROMI. Projet fribourgeois méthadone injectable. Visite du groupe des experts de l'Organisation Mondiale de la Santé du 14 mai 1996. Non publié. Le Tremplin (Unité spécialisée en toxicomanie) et Centre Psychosocial du canton de Fribourg: Fribourg.
- Vienny, A. H. (1996). Rapport final. Projet fribourgeois méthadone injectable PROMI (décembre 1996). Le Tremplin (Unité spécialisée en toxicomanie) et Centre Psychosocial du canton de Fribourg: Fribourg.
- Vienny, A. H. (1996). Rapport. Projet fribourgeois méthadone injectable PROMI (juillet 1996). Le Tremplin (Unité spécialisée en toxicomanie) et Centre Psychosocial du canton de Fribourg: Fribourg.
- Vontobel, U., Locher, U., Schmid, R., Hämmig, R., Kury, P., Affentranger, P., Markert, M., Feller, M., Gerber, R. (1996). Diversifizierte ärztliche Drogenverschreibung: Stufenprogramm. Unveröffentlicht. Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern. Bern.
- VSD (1985). Protokolle der Arbeitsgruppe BetmG-Revision des Vereins Schweizerischer Drogenfachleute (VSD). VSD / Arbeitsgruppe BetmG-Revision.
- VSD (1989). Protokoll der Fachgruppe Justiz des Vereins Schweizerischer Drogenfachleute (VSD) zur Opiatabgabe.
- VSD (1991). Randomisierter Versuch der diversifizierten Drogenverschreibung und Drogenabgabe. Bericht der Arbeitsgruppe Diversifizierte Drogenverschreibung und Drogenabgabe des Vereins Schweizerischer Drogenfachleute VSD. Unveröffentlicht.
- Waldvogel, R. (1998). – Nur für internen Gebrauch bestimmt! – Projekt Lifeline/Crossline. Ein wissenschaftlicher Versuch mit der Verschreibung von Betäubungsmitteln. Schlussbericht für die Pilotphase vom 1. Januar bis 31. Dezember 1997. Ambulante Drogenhilfe, Sozialdepartement der Stadt Zürich. Zürich.
- Weber, C., Œuvray, K., Œuvray, B., Uehlinger, C. (1996). Methadone injectable dans le cadre du projet fédéral PROVE. Description et tendance de l'essai fribourgeois. 50<sup>e</sup> congrès de la Société suisse de psychiatrie à Berne (Poster).
- Weichelt, M. (1998). Projekt ZOPA. Jahresbericht 1997. Projekt ZOPA, Zug: Zug.
- Westermann, B., Bellmann, G. U., Jellinek, Ch (Hg.): Heroinverschreibung. Weinheim, Beltz, 1999
- Wielepp, J., Noss, R., Bundeli, P., Kinser, J., Hämmig, R., Brenneisen, R., Schläpfer, T. (1998). Differential cerebral blood flow changes associated with rush and euphoria after i. v. heroin administration. Vortrags-Abstract. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Nuklearmedizin, Leipzig.
- Zarotti, G. (1992). Erhaltungsprogramme für Drogenabhängige in Grossbritannien. Sozialamt der Stadt Zürich: Zürich.
- Zeltner, T. (1999). Der Bericht der von der WHO eingesetzten Expertengruppe über die Schweizer Versuche mit der Ärztlichen Verschreibung von Heroin aus der Sicht des Bundesamtes für Gesundheit. Bundesamt für Gesundheit: Bern.
- Zeltner, T., Swiss Federal Office of Public Health (1998). The Swiss Heroin Prescription Program as Part of Swiss Drug Policy. (ONDCP Mc Caffrey's Visit to Zurich, Switzerland, July 15, 1998). Bern.

## Literatur – Niederlande

- Bieleman B, J Snippe, E de Bie. Drugs binnen de grenzen (Drugs within the borders). Groningen/Rotterdam IntraVal, 1995

- Buster M, G van Brussel. Selectie van druggebruikers voor een heroïne-experiment: een vooronderzoek. (Selection of drug users for a heroin experiment: a pilot study). GG & GD Amsterdam, Amsterdam, 1996.
- Central Committee on the Treatment of Heroin Addicts. Investigating the medical prescription of heroin. CCBH, Utrecht, 1997.
- Central Committee on the Treatment of Heroin Addicts: Medical co-prescription of heroin; Two randomized controlled trials. Report prepared by W. van den Brink, V.M. Gendriks, P. Blanken, I.A. Hujsman und Jan M. van Ree. Utrecht 2002
- Driessen F.: Methadonverstrekking in Nederland (Methadone dispensing in the Netherlands). Bureau Driessen, Utrecht, 1990.
- Driessen, F.: Psychosoziales und medizinisches Betreuungsangebot für die Zielgruppe der Heroingabe in den Niederlanden. In: Westermann, B., Bellmann, G. U., Jellinek, Ch (Hg.): Heroinverschreibung. Weinheim: Beltz, 1999
- Hartnoll RL, MC Nicheison, A Battersby. Evaluation of heroin maintenance in a controlled trial. Archives of General Psychiatry 1980; 37: 877-884.
- Health Council of the Netherlands. The prescription of heroin to heroin addicts. Health Council of the Netherlands, Den Haag, 1995.
- Hendriks, V., van den Brink, W.: The medical co-prescription of heroin to dependent patients in methadone maintenance treatment; a randomized clinical trial in the Netherlands. In: Westermann, B., Bellmann, G. U., Jellinek, Ch (Hg.): Heroinverschreibung. Beltz, 1999
- Jongorius J, H Hull, J Derks. Hoe scoort de verslavingszorg. (Client satisfaction in addiction treatments services). NcGv, Utrecht, 1994.
- Polak, Fr.: Shortcomings of medically controlled heroin prescription. Gheänderte Version eines Diskussionsbeitrages zur Tagung: Heroin-assisted treatment for dependent drug users: state of the art and new research perspectives; discussion of scientific findings and political implications" Bern, 10.-12. März, 1999
- Sturmans, F.: The Prescription of Heroin to Heroin Addicts: A proposal for the Netherlands. In: Bammer, G. (Hrsg.); International Perspectives on the Prescription of Heroin to Dependent Users: A collection of papers from the United Kingdom, Switzerland, the Netherlands and Australia. Australian Institute of Criminology, January 1997
- Van Brussel, G.: Heroingabe in Amsterdam. Praxis und/oder Wissenschaft. In: Westermann, B., Bellmann, G. U., Jellinek, Ch (Hg.): Heroinverschreibung. Weinheim: Beltz, 1999
- Van Brussel, G.: Erfahrungen mit Heroin in der Behandlung von Comorbidität. In: Westermann, B., Bellmann, G. U., Jellinek, Ch (Hg.): Heroinverschreibung. Weinheim: Beltz, 1999

## Literatur – Deutschland

- Degkwitz, Peter / Michael Krausz / Uwe Verthein (1999): Prämissen und Varianten einer heroingestützten Behandlung in Deutschland. Westermann, B., Bellmann, G. U., Jellinek, Ch (Hg.): Heroinverschreibung. Weinheim, Beltz, 1999
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung: Aktionsplan Drogen und Sucht. O. J.
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung: Drogen- und Suchtbericht April 2003
- Heinz, W.: Überlegungen zur kontrollierten Heroingabe im Kontext des Frankfurter Hilfesystems. In: Westermann, B., Bellmann, G. U., Jellinek, Ch (Hg.): Heroinverschreibung. Weinheim: Beltz, 1999
- Kleiber, D.: Die Rolle psychosozialer Indikatoren im Rahmen von Modellprojekten zur medizinisch kontrollierten Heroingabe. In: Westermann, B., Bellmann, G. U., Jellinek, Ch (Hg.): Heroinverschreibung. Weinheim: Beltz, 1999
- Körkel, J.: Welche Ziele sind in der Behandlung von intravenöses Drogenabhängigen ethisch vertretbar? In: Bellmann, Jellinek und Westermann, 1998; op. Cit
- Krausz, Michael / Peter Degkwitz / Astrid Kühne / Uwe Verthein (1998): Comorbidity of opiate dependence and mental disorders. In: Addictive Behaviors 23, S. 767-783.
- Krausz, Michael / Uwe Verthein / Peter Degkwitz / Christian Haasen / Peter Raschke (1998): Maintenance treatment of opiate addicts in Germany with medications containing codeine – results of a follow-up study. In: Addiction 93, S. 1161-1167.
- Krausz, Michael / H. Peter / Dieter Naber (1998): Pharmakotherapie bei Abhängigkeitserkrankungen. In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, Jg. 21, Nr. 2/3, S. 59-67.
- Krausz, Michael / Uwe Verthein / Peter Degkwitz (1998): Prävalenz psychischer Störungen bei Opiatabhängigen mit Kontakt zum Drogenhilfesystem. In: Nervenarzt 69, S. 557-567.
- Krausz, Michael / Uwe Verthein / Peter Degkwitz (1999): Psychiatric Comorbidity in Opiate Addicts. In: European Addiction Research, Nr. 5, S. 55-62.
- Krausz, Michael, Ambros Uchtenhagen / W. van den Brink (1999): Medizinisch indizierte Heroinverschreibung in der Behandlung Drogenabhängiger. Klinische Versuche und Stand der Forschung in Europa. In: Sucht 45, Nr. 3, S. 171-186.

- Krausz, Michael / Peter Degkwitz / Uwe Verthein / Raphaela Basdekis (2000) Die suchtmmedizinische Bedeutung des Modellversuchs zur heroingestützten Behandlung Drogenabhängiger. In: Joachim Zerdick (Hg.): Suchtmedizin im Dialog, 9. Suchtmedizinischer Kongreß der DGS, S. 55-69.
- Krausz, Michael / Raphaela Basdekis / Eva Brückner / Georg Farnbacher / Eva Kleinemeier / Nina Kreutzfeldt (2001): Psychosoziale Interventionen in der Suchttherapie: Forschungsstand und wissenschaftliche Perspektiven. In: Suchttherapie S1 (Supplement), S. 34-39.
- Krausz, Michael / Dieter Naber / Peter Raschke / Ingo Flenker (2002): Heroin als Medikament. In: Deutsches Ärzteblatt, Vol. 99, H. 1-2, S. 26.
- Verthein, Uwe / Peter Degkwitz / Michael Krausz (2000) Psychische Störungen und Verlauf bei Opiatabhängigkeit. In: Psychiatrische Praxis 27, S. 77-85.
- Krausz, M.: Heroin Assisted Treatment of Drug Addicts. In: Waal & Haga (Hrsg.), op. cit. 2003
- Michels, I.: Konzeptionelle Vorstellungen zur Organisation der heroingestützten Behandlung in einem deutschen Experiment und ihrer Einbindung in die jeweiligen Hilfesysteme. In: Westermann, B., Bellmann, G. U., Jellinek, Ch (Hg.): Heroinverschreibung. Weinheim, Beltz, 1999
- de Ridder, M.: Heroinvertgabe als Angebot innerhalb der Harm-Reduction –Strategie. In: Westermann, B., Bellmann, G. U., Jellinek, Ch (Hg.): Heroinverschreibung. Weinheim: Beltz, 1999
- Scherbaum, N., Beckmann, J.P., Klein, S., Rehm, J.: Medizinethische Aspekte der ärztlichen Heroinvertgabe. Der Nervenarzt, 2001, 72: 717 - 722
- Westermann, B., Bellmann, G. U., Jellinek, Ch (Hg.): Heroinverschreibung. Weinheim: Beltz, 1999

## Literatur – England

- Adelekan, M, Green A, DasGupta N, et al.: Reliability and validity of the Opiate Treatment Index among a sample of opioid users in the United Kingdom. *Drug Alcohol Rev* 1996; 15: 261-270.
- Battersby M, Farrell M, Gossop M, et al.: "Horse trading": prescribing injectable opiates to opiate addicts. A descriptive study. *Drug Alcohol Rev* 1992; 11: 35-42.
- Beckett D.: Prescription of controlled drugs to addicts. *BMJ* 1983; 287: 127.
- Bero LA, Grilli R, Grimshaw J et al Getting research findings into practice: Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings *BMJ* 1998; 317: 465-468
- Bright, M.: Police urge major rethink on heroin. *Guardian Unlimited* December 9, 2001
- Connell PH.: Drug dependence in Great Britain: a challenge to the practice of medicine. In: Steinberg, editor. *Scientific basis of drug dependence*. London: Churchill Livingstone, 1969
- Darke S, Hall W, Wodak A, et al.: Development and validation of a multi-dimensional instrument for assessing outcome of treatment among opioid users: the Opiate Treatment Index. *Br J Addict* 1992; 87: 733-742.
- Edwards, G.: The Background. In: Edwards, G. (Hg.) Gay, G. R. und Way, E.L.: *Pharmacology of the OpiateNarcotics*. In: Smith, D. E. und Gay, G. R. (Hg.): *Heroin in Perspective*. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1972
- Farrell M, Ward J, Mattick R, et al.: Methadone maintenance treatment in opiate dependence: a review. *BMJ* 1994; 309: 997-1001.
- Farrell M, Hall W.: The Swiss heroin trials: testing alternative approaches [letter]. *BMJ* 1998; 316: 639.
- Gossop M, Marsden J, Stewart D, et al.: The National Treatment Outcome Research Study in the United Kingdom: six month follow-up outcomes. *Psych Addict Behav* 1997; 11: 324-337.
- Hartnoll RL, Mitcheson MC, Battersby A, et al.: Evaluation of heroin maintenance in controlled trial. *Arch Gen Psych* 1980; 37: 877-883.
- Hartnoll, R.L.; Heroin Maintenance and AIDS prevention. Going the Whole Way? *Int J of Drug Policy*, 4(1), 1993:36-41
- Kohn, M.: *Narcomania*. London: Faber und Faber, 1987
- Marks J.: Opium the religion of the people. *Lancet* 1985; i: 1439-1440.
- Marks J.: Who killed the British System? *Druglink* 1995; 10: 21.
- McCusker C, Davis M.: Prescribing drug of choice to illicit heroin users: the experience of a UK Community Drug Team. *J Subst Abuse Treat* 1996; 13; 6: 521-531.
- McDermott, P. for The Lifeline Project: Injectable heroin (and injectable methadone) Potential roles in drug treatment A response to the National Treatment Agency's guidance report Monday, 23 June 2003
- Metrebian N, Shanahan W, Stimson GV.: Heroin prescribing in the UK: an overview. *Eur Addict Res* 1996; 2: 194-200.
- Metrebian, N., Shanahan, W., Wells, B. und Stimson, GV.: Feasibility of prescribing injectable heroin and methadone to opiate-dependent drug users: associated health gains and harm reductions. *MJA* 1998; 168: 596-600
- National Treatment Agency for Substance Misuse. *Injectable heroin (and methadone injection): Potential roles in drug treatment*. Full guidance report. London. National Treatment Agency, 2003

- Overall JE, Gorham DR.: The brief psychiatric rating scale. *Psych Rep* 1962; 10: 799-812
- Sell L, Farrell M, Robson P. Prescription of diamorphine, dipipanone and cocaine in England and Wales. *Drug Alcohol Rev* 1997; 16: 221-226
- Spear, H.B.: Heroin and the "British System". In: Bammer, G. (Hrsg.); International Perspectives on the Prescription of Heroin to Dependent Users: A collection of papers from the United Kingdom, Switzerland, the Netherlands and Australia. Australian Institute of Criminology, January 1997
- Stimson GV, Oppenheimer E.: Heroin addiction treatment and control in Britain. London: Tavistock Publications, 1982; 229-252.
- Strang J, Farrell M.: Treatment of heroin users [letter]. *BMJ* 1994; 308: 718.
- Strang J, Gossop M, editors.: Heroin addiction and drug policy: the British system. Oxford: Oxford Medical Publications, 1994.
- Strang J, Sheridan J, Barber N.: Prescribing injectable and oral methadone to opiate addicts: results from the 1995 national postal survey of community pharmacies in England and Wales. *BMJ* 1996; 313: 270-272.
- Strang J, Sheridan J.: Heroin prescribing in the "British System" of the mid 1990s: data from the 1995 national survey of community pharmacies in England and Wales. *Drug Alcohol Rev* 1997; 16: 7-16.
- Strang J, Sheridan J. Effect of national guidelines on prescription of methadone: analysis of NHS prescription data, England 1990 -2001. *BMJ* 2003; 327: 321-322.
- The Task Force to Review Services for Drug Misusers. Report of an independent review of drug treatment services in England. London: Department of Health, 1996; 61-64.
- Travis, A.: GPs oppose NHS heroin for addicts. *Guardian Unlimited*, January 15, 2002
- Uchtenhagen A, Dobler-Mikola A, Gutzwiller F. Medical prescription of narcotics. *Eur Addict Res* 1996; 2: 201-207.
- Wannhof, C.: Heroin auf Rezept in Widnes (GB). Die subjektive Bewertung der Psychosozialen Situation durch die Betroffenen. Diplomarbeit. Fachhochschule Köln, Fachbereich Sozialpädagogik, 1997

## Literatur - Kanada

- Archibald, D. H. (1990). *A Voyage of Discovery*. Toronto: Addiction Research Foundation.
- Ball, J. und Ross, A. (1991). *The Effectiveness of Methadone Maintenance Treatment: Patients, Programs, Services and Outcomes*. Springer-Verlag: New York.
- Bertschy, G. (1995). Methadone Maintenance Treatment: An Update. *General Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 245:114-124.
- Bishop, J. W. (1971). Methadone and the care of the narcotic addict: Report of a Special Joint Committee of C.M.A. and the D.N.H.W. Food and Drug Directorate. *Canadian Medical Association*, 105:1193-1201.
- Brands, J., Brands, B., & Marsh, D. (im Druck). *The Expansion of Methadone Prescribing in Ontario, 1996-97*. Addiction Research.
- Bruneau, J., Lamothe, F., Franco, E., et al. (1997). High Rates of HIV Infection among Injection Drug Users Participating in Needle Exchange Programs in Montreal: Results of a Cohort Study. *American Journal of Epidemiology*, 146(12):992-1002.
- Cain, V. (1994). *Report of the Task Force into Illicit Narcotic Overdose Deaths in British Columbia*. Burnaby: Office of the Chief Coroner, Province of British Columbia.
- Centre for Addiction and Mental Health (1998). *Heroin Prescription Trials for Opiate Addicts (Position Paper)*. Toronto: CAMH.
- De Burger, R. (1997). Heroin substitution in Canada: A necessary public health intervention. *Canadian Journal of Public Health*, 88(6):365-366.
- Department of Health and Human Services (1995). *Methadone Treatment – Translating Research into Policy*. Bethesda: DHHS/NIDA
- Dole, V. und Nyswander, M. (1965). A medical treatment for diacetylmorphine (heroin) addiction. *JAMA*, 193(8):80-84.
- Fischer, B. (1995). Drugs, Communities and „Harm Reduction" in Germany – The New Relevance of „Public Health" Principles in Local Responses. *Journal of Public Health Policy*, 16(4), 389-411.
- Fischer, B. (im Druck). Prescriptions, power and politics: the turbulent history of methadone maintenance in Canada. *Journal of Public Health Policy*.
- Fischer, B., Chin, A. and Kuo, I. (im Entwurf). *Attitudes and Experiences of Injection Opiate Users with respect to Opiate Prescription Treatment: Results from a Canadian Focus Group Study*. Toronto: CAMH.
- Fischer, B., Medved, W., Rehm, J. & Gliksman, L. (im Druck). *Profile of illicit and un-treated opiate users in Toronto, Canada*. Addiction Research.
- Fischer, B. und Rehm, J. (1997). *The Case for a Heroin Substitution Treatment Trial in Canada*. *Canadian Journal of Public Health*, 88(6), 367-370.

- Fischer, B.: Heroinabhängigkeit, Behandlung und Politik. Kanada-Geschichte, Gegenwart und Perspektiven für einen Heroinverschreibungsversuch. In: Westermann, B., Bellmann, G. U., Jellinek, Ch (Hg.): Heroinverschreibung. Weinheim: Beltz, 1999
- Giffen, J., Endicott, S. und Lambert, S. (1991). Panic and Indifference – The Politics of Canada's Drug Laws. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse.
- Grund, J.-P. (1993). Drug Use as a Social Ritual. Amsterdam: Functionality, Symbolism and Determinants of Self-regulation. Rotterdam: IVO.
- Halliday, R. (1963). Management of the Narcotic Addict. *British Columbia Medical Journal*, 5, 412-414.
- Hankins, C. et al. (1997). HIV, AIDS and Injection Drug Use A National Action Plan. Ottawa: Health Canada.
- Le Dain Commission. (1972). Treatment Report. Ottawa: Information Canada.
- Le Dain Commission. (1973). Final Report. Ottawa: Information Canada.
- Millar, J. S. (1998). HIV, Hepatitis, and Injection Drug Use in British Columbia: Pay Now or Pay Later? British Columbia: Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors.
- Millson, P., Myers, T., Calzavara, L., et al. (1998). Prevalence of HIV and Other Bloodborne Viruses and Associated Risk Behaviors in Ontario Injection Drug Users (IDU). Publication of the HIV Social, Behavioural and Epidemiological Studies Unit, Faculty of Medicine, University of Toronto.
- Nadelmann, E., McNeely, J. & Drucker, E. (1997). International Perspectives. In J. H. Lowinson, P. Ruiz, R., Millman, B. & Langrod, J. G. (Eds.), *Substance Abuse: A Comprehensive Textbook*. Baltimore, MD.: Williams & Wilkins.
- Paulus, I. & Halliday, R. (1967). Rehabilitation and the Narcotic Addict: Results of a Comparative Methadone Withdrawal Program. *Canadian Medical Association Journal*, 96, 655-659.
- Peachey, J. E. & Franklin, T. (1985). Methadone treatment of opiate dependence in Canada. *British Journal of Addiction*, 80, 291-299.
- Remis, R., Millson, P. and Major, C. (1997). The HIV Epidemic among Injection Drug Users in Ontario: The Situation in 1997. Report to the Ontario Ministry of Health. Toronto: University of Toronto.
- Remis, R. und Sutherland, W. (1993). The Epidemiology of HIV and AIDS in Canada: Current Perspectives and Future Needs. *Canadian Journal of Public Health*, 84(S1):34-38.
- Smart, R. (1991). AIDS and Drug Abuse in Canada: Current Status and Information Needs. *Journal of Drug Issues*, 21(1):73-82.
- Smart, R. (1983). *Forbidden Highs: The Nature, Treatment, and Prevention of Illicit Drug Abuse*. Toronto: Addiction Research Foundation.
- Solomon, R. (1977). The evolution of non-medical opiate use in Canada – Part II: 1930-70. *Drug Forum*, 6(1), 1-25.
- Solomon, R. und Green, M. (1988). The first century: The history of non-medical opiate use and control policies in Canada, 1870-1970. In J. C. Blackwell & P. G. Erickson (Eds.), *Illicit Drugs in Canada: A Risky Business* (pp. 88-116). Toronto: Nelson Canada.
- Strathdee, S., Patrick, D., Currie, S., Cornelisse, P., Rekart, M., Montaner, J., Schechter, M., O'Shaughnessy, M. (1997). Needle exchange is not enough: Lessons from the Vancouver injecting drug use study. *AIDS*, 11:F59-F65.
- Wall, R., Rehm, J., Fischer, B., Brands, B., Medved, W., Stewart, J., Blake, J. The Social Cost of Un-treated Opiate Use. *Journal of Health Economics*.

## Literatur – Spanien

- Casas, M.: Concept and Conditions of the Oral Heroin Trial in Barcelona. In: WHO, Regional Office for Europe: Models of Medication Supported Treatment for Opioid Addicts. Report. Sportschloss Velen, April 25-27, 2002
- Direccio General de Drogodependencies i SIDA. Generalitat de Catalunya: Comparative Study of the efficacy of oral administration of diacetylmorphine, morphine and methadone in maintenance treatment of heroin dependent patients who have relapsed in methadone maintenance programs. 2001.
- Diverse Artikel in Tageszeitungen über die Implementation der Projekte in Andalusien und Katalonien, Sommer 2003.

## Literatur – Australien

- Australian Bureau of Criminal Intelligence. Australian illicit drug report 1996-97. Canberra: The Bureau, 1997
- Bammer G.: Should the controlled provision of heroin be a treatment option? Australian feasibility considerations. *Addiction* 1993; 83: 467-475
- Bammer, G. and Douglas, R. M.: The ACT heroin trial proposal: an overview *MJA* 1996; 164: 690-692
- Bammer, G. (Hrsg.); International Perspectives on the Prescription of Heroin to Dependent Users: A collection

- of papers from the United Kingdom, Switzerland, the Netherlands and Australia. Australian Institute of Criminology, January 1997
- Bammer, G.: Heroin Prescription – A comparison of the English, Swiss, Dutch and Australian situations. In: Bammer, G. (Hrsg.); International Perspectives on the Prescription of Heroin to Dependent Users: A collection of papers from the United Kingdom, Switzerland, the Netherlands and Australia. Australian Institute of Criminology, January 1997
- Caplehorn J. Reply to Hall et al: on ROD, UROD and ODS. *Drug Alcohol Rev* 1998; 17: 222-223
- Crofts, N.: The heroin trial we had to have. Viewpoint: the climate of prohibition has prevented dispassionate scientific assessment of the trial. *MJA* 1996; 164: 694-695
- Foy A, Sadler C, Taylor A.: An open trial of naltrexone for opiate dependence. *Drug Alcohol Rev* 1998; 17: 167-174.
- Gaughwin M. Why Australia needs minimum standards of deliberation for public health. *Med J Aust* 1998; 168: 228-229
- Gaughwin, M. D. and Ryan, Ph.: Heroin addiction: the science and ethics of the new treatment pluralism. *MJA* 1999; 170: 129-130
- Hall, W.D., Kimber, J., Mattick, R. P.: Breaking the deadlock over an Australian trial of injectable opioid maintenance. *The Medical Journal of Australia* 21 January 2002 176 2: 72-73
- Wodak AD. Public health and politics: the demise of the ACT heroin trial [editorial]. *Med J Aust* 1997; 167: 348-349.
- Hall, W. D., Mattick, R. P., Kimber, J.: In reply: Separating politics and scientific research on heroin prescription. *Med J Aust.* 2002, 176 (9): 450
- Harris T. Police switch strategies in war on drugs. *The Australian* 25-26 Apr 1998: 9
- Manderson D. Drug abuse and illicit trafficking. *Med J Aust* 1998; 168: 588-589
- Mattick R, Hall R. Are detoxification programs effective? *Lancet* 1996; 347: 97-100
- Minister for Human Services, South Australia. Rapid heroin withdrawal treatment trial [media release]. Adelaide: Department of Human Services, March 2 1998
- Rihs-Middel M, editor. The medical prescription of narcotics. Scientific foundations and practical experiences. Seattle: Hogrefe and Huber. 1997
- Seivewright N, Greenwood J. What is important in drug misuse treatment? *Lancet* 1996; 347: 373-376
- Ward J, Mattick R, Hall W. Methadone maintenance treatment and other opioid replacement therapies. Amsterdam: Harwood Academic Publishers, 1998
- Wodak, A.D., Ritter, A. J., Warson, Ch. R.R.: Separating poilitics and scientific research on heroin prescription. *Med J Aust* 2002; 176 (10): 449

## Literatur zum Exkurs über Heroinmythologie und Heroinkontrolle

- ARTAUD, A.: Frühe Schriften. München: Matthes & Seitz, 1985.
- ARTAUD, A.: Die Nervenwaage. Frankfurt: Fischer, 1964.
- BELLANGER, J.-L.: Die Jagd nach dem Drachen. Leipzig.- Urania, 1965.
- BELLANGER, J.-L.: La stupefiante histoire des drogues. Paris: Dal Duca, 1970.
- BONHOEFFER, K. und ILBERG, G.: Über Verbreitung und Bekämpfung des Morphinismus und Kokainismus. *Zschr. f Psychiat.*, 1926,83, S. 228-249.
- BRESGEN, ..: Rauschgiftsucht und ihre Bekämpfung. *Öffentl. Ges. Dienst*, 2, 1936; S. 127131.
- BRUNNGRABER, R.: Heroin. Roman der Rauschgifte. Wien.- Volksbuchverlag, 1951
- COURTWRIGHT, D. T.: Dark Paradise. Opiate Addiction in America before 1940. Cambridge. Harvard Univ. Press, 1982.
- COUVIGNOU, J.: Trafic et usage des stupeficients. *Les Cahiers de la Tour de Saint Jaques*, 1960, 1, S.209 - 253
- CROWLEY, A.: Diary of a Drug Fiend. London: Collins, 1922.
- DALI, S.: Verborgene Gesichter. Frankfurt. Fischer, 1973.
- DESNOS, R.: Le Vin est tire.....Paris: Gallimard, 1943. Neuaufgabe 2000
- DOBROSKHE, Chr.: Das Suchtproblem der Nachkriegszeit. *D. med. W. Schr.* 80, S. 33/34,1184/1185
- EDWARDS, G.: The Background. In: Edwards, G. (Hg.)Gay, G. R. und Way, E.L.: *Pharmacology of the OpiateNarcotics*. In: Smith, D. E. und Gay, G. R. (Hg.): *Heroin in Perspective*. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1972
- EICHHOLTZ, F.: Pharmakologie und Toxikologie der wichtigsten Genussmittel und Suchtgifte. In: Laubenthal, F. (Hrsg.): *Sucht und Missbrauch*. Stuttgart: Thieme, 1964.
- FERDIERE, G.: I looked after Antonin Artaud. In: Marowitz, Ch.: *Artaud at Rodez*. London: Boyars, 1977.
- GLASER, H.: Gifte. Helfer und Dämonen. Wien: Volksbuchverlag, 1959.
- HAASE, E.: Morphium-Entziehungskuren im offenen Krankenhaus. *Therapie der Gegenwart*, Okt. 1928, S. 440-451.

- HUDOVERNIC., K.: Zunahme der Morphiumsucht, ihre Pathogenese und Behandlung. Z. f. d. g. Neur. u. Psych. 46, 1925, S. 353-362.
- KAHN, E.: Zur Zunahme des Morphinismus. Münchener Med. Wschr., 1920, Nr. 20, S. 571/572.
- KOHFAHL, A.: Über Heroinmissbrauch. Z. f. d. ges. gerichtl. Med., 8, 1926, S. 81-90.
- KOLB, L., DU MEZ, A. C.: The prevalence and trend of drug addiction in the United States and factors influencing it. Publ. health rep., 39, 1924, S. 11-79.
- KOLB, L.: Drug addiction and its relation to crime. Mental Hygiene, Vol. 9, S. 74.
- KRAMER, J. C.: A Brief History of Heroin Addiction in America. In: Smith, D. E. und Gay, G. R.: (Hg.): Heroin in Perspective. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1972
- LANGELÜDDEKE, A.: Gerichtliche Psychiatrie. 2. A., Berlin: de Gruyter, 1959.
- LEMKE, R.: Beobachtungen an Süchtigen. Nervenarzt, 21, 8, 1948, S. 366-372.
- LEWIN, L.: Phantastika. Berlin: Stilke, 1929.
- LINDESMITH, A. R.: Addiction and Opiates. Chicago: Aldine, 1968.
- LINZ, A.: Der Betäubungsmittelverbrauch im Deutschen Reich. D. med. W. Schr., 29, 1932, S. 1134-1137.
- LINZ, A.: Behördliche Durchführung des Opiumgesetzes. In: Feuerstein, G. (Hrsg.) Suchtgiftbekämpfung. Berlin: Neuland, 1944.
- MAROVITZ, Ch.: Artaud at Rodez. London: Marion Boyars, 1977.
- MAY, E.: Narcotics Addiction and Control in Great Britain. In: Dealing with Drug Abuse: A report to the Ford Foundation. New York/Washington: Praeger, 1972
- MERRY, J.: A Social History of Heroin Addiction. Br. J. Addict., 1975, 70, S.307-310
- MÜLLER, B. und WALCHER, K.: Gerichtliche und soziale Medizin. München/Berlin: Lehmann, 1939.
- MUSTO, D. F.: The American Disease. New Haven and London: Yale Univ. Press, 1973.
- REDLICH, F.: Grundsätzliches zur Suchtenstatistik. D. med. W. Schrift Nr. 22, S. 928/929.
- de RIDDER, M.: Heroin: New Facts about an old myth. Journal of Psychoactive Drugs, Vol. 26 (1), 1994, S.65-68
- la ROCHELLE, Drieu: Das Irrlicht. Berlin: Propyläen.
- ROY, Cl.: Profil gauche de Roger Vaillant. Lausanne: Ed. Rencontre, 1967.
- SAPER, A.: The Making of Policy Through Myth, Fantasy and Historical Accident: The Making of Americas Narcotic Laws. Br. J. Addict., 1974, Vol. 69, S. 181-193.
- SIEMERLING, E.: Morphinismus und andere Alkaloidsuchten, die in der Nervenambulanz Kiel von 1901 bis 1926 beobachtet sind. Psychiat.-Neurolog. W. Schr., 1928, Nr. 22, & 233/234.
- SPRINGER, A.: Heroinmythologie und Heroinkontrolle. In: Böker, W. und Nelles, J. (Hg.): Drogenpolitik wohin? 2. A. Bern-Stuttgart-Wien: Haupt, 1992
- SPRINGER, A.: Heroin Control: A Historic Overview. European Addiction Research, Jg.2, Nr.4, 1996
- STOLL, F.: Der Stand des Morphinismus. Klin. W. Schr., 5, Nr. 38, 1928, S. 1797-1800.
- STRINGARIS, M. C.: Zur Frage des Heroinismus und seiner Verbreitung. Nervenarzt, 7, 1934, S. 235-242.
- TANDLER, J.: Volk in China. Wien. Thalia, 1935.
- TREBACH, A.S.: The Heroin Solution. New Haven and London: Yale Univ. Press, 1982
- VAILLANT, R.: La fete. Paris: Gallimard, 1960.
- WAGNER-JAUREGG, J.: Geleitwort zu L. Herzer: Morphinium. Ein Notturmo in vier Teilen. Wien: Knepler, 1921.
- WOLFF, P.: Zur Behandlung und Bekämpfung der Alkaloidsuchten. D. med. W. Schr, Januar/Februar 1828, S. 134-136; 224-226.
- WOLFF, P.: Über die Bewertung von Diacetylmorphin (Heroin) bei der Genfer Konventionskonferenz und über die Sucht in Ägypten. D. med. W. Schr., 11. Sept. 1931, S.1590-1592; 1634-1637.
- ZECH, K.: Die Stellung des Polamidonismus im Rahmen der Arzneimittelsuchten. D. öffentl. Ges. Dienst, 14, 1952, S. 127-131.