Zeitschrift: Die Kette : Schweizerisches Magazin für Drogenfragen

Herausgeber: Die Kette, Dachverband der privaten therapeutischen Einrichtungen in der Drogenhilfe der Region Basel

Band: 15 (1988)

Heft: 4

Rubrik: VSD : Verein Schweizerischer Drogenfachleute

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 02.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Arbeitspapier Methadon 2

Autor: Fachgruppe Ambulante Beratungsstellen des Vereins Schweizerischer Drogenfachleute

Einleitung

Methadonprogramm heute

Die Abgabe von Methadon wird kantonal geregelt. Daher zeigt sich eine schwer überschaubare Vielfalt der Abgabepraxis. Die Bandbreite erstreckt sich von sehr restriktiven Programmen bis zur relativ freien Abgabe. Dies führt zu einer entsprechenden Abhängigkeit der MethadonbezügerInnen von der jeweils praktizierten Doktrin der Abgabestellen bzw. BetreuerInnen. Versuchen einer interdisziplinären Arbeitsteilung bei der Betreuung von MethadonbezügerInnen (PsychologInnen, SozialarbeiterInnen, ÄrztInnen, ApothekerInnen) stehen Bestrebungen entgegen, die Durchführung von Methadonprogrammen ganz einer Berufsgruppe — z.B. den ÄrztInnen — zu überlassen, ohne dass diese speziell dafür qualifiziert wäre.

Zielsetzung dieses Papiers

1982 nahm der VSD erstmals ausführlich Stellung zum Umgang mit Methadon in seinem „Arbeitspapier Methadon". Diese Stellungnahme wurde in den „Methadonbericht" der Eidgenössischen Betäubungsmittelkommission vom April 1984 einbezogen (dort finden sich auch ausführliche Hinweise zur Geschichte der Substitutionsprogramme). Nachdem auf dieser Grundlage erste mehrjährige Erfahrungen mit Methadonprogrammen in der Schweiz gesammelt werden könnten (siehe auch „Perspektiven einer neuen Drogenpolitik") und zudem die Verbreitung von AIDS das Drogenproblem aktualisierte, drängt sich heute eine Standortbestimmung mit entsprechender Überarbeitung und Koordination der Methadonprogramme auf. Bereits haben einige Kantone die Abgabepraxis gelokkert.

Die AutorInnen dieses Papiers sind mit der Behandlung Drogenabhängiger und der Methadonabgabe vertraut und möchten ihre Überlegungen in die Entscheidungsfindung einbringen, auch wenn politische Gremien z.T. vorgegriffen haben. Das vorliegende Papier orientiert sich an den aktuellen Möglichkeiten der ambulanten Institutionen. Wir nehmen Stellung zur Regelung der Methadonabgabe und fordern einen Ausbau der psychosozialen Angebote für MethadonbezügerInnen. Weiterreichende Modelle wie z.B. Methadonbusse oder andere mobile Einrichtungen der Methadonabgabe sollen als Möglichkeiten im Auge behalten werden. Zum jetzigen Zeitpunkt fehlt solchen Modellen aber die Grundlage, da der Drogenkonsum noch immer kriminalisiert ist.

Sozialpolitische Aspekte der Methadonabgabe

Entwicklungen und Erfahrungen in der Behandlung Drogenabhängiger

Der gesundheitliche Zustand vieler Drogenabhängiger hat sich in den letzten Jahren verschlechtert. Bisherige Angebote, dieser Situation mit Impfaktionen (Hepatitis) und hochschwelligen Methadonprogrammen beizukommen, erreichten nur einen geringen Teil der DrogenkonsumentInnen.
An die Drogenabhängigen wurden einerseits zu hohe Erwartungen gestellt — z.B. was den Verzicht auf den Konsum anderer Drogen anging — andererseits wurden die Möglichkeiten, mit der Abgabe von Methadon Verbesserungen in der Lebensbewältigung der Drogenabhängigen zu erzielen, überschätzt. So wurde z.B. oft erwartet, dass sich durch die Methadonabgabe wie von selbst eine Verbesserung der sozialen Situation vollziehe. Auf der einen Seite war Methadon zudem oft Massnahme zweiter Wahl, wenn die KlientInnen keine abstinenz-orientierten stationären Therapien wünschten. Auf der anderen Seite wurde die Schwelle für die Indikation eines Methadon-Programms manchmal so hoch angesetzt, dass viele Drogenabhängige mit den Bedingungen erneut überfordert waren.
Unser Standpunkt: Wir sehen nicht mehr generell bei jedem Drogenabhängigen und zu jedem Zeitpunkt der Suchtkarriere die Forderung nach Abstinenz als einziges Ziel. Wohl erachten wir Opiatabhängigkeit als schwere Suchtkrankheit, deren Heilung erst mit der Abstinenz von harten Drogen erreicht ist. Für zahlreiche Drogenabhängige ist aber der Schritt zur sofortigen Abstinenz eine Verzichtsleistung, die sie nicht erbringen können oder wollen. Angesichts der fortschreitenden Verelendung vieler psychisch und sozial geschwächter Drogenabhängiger ist Methadon ein Instrument auf dem Weg zum Ausstieg, wenn es fachgerecht und verantwortungsbewusst eingesetzt wird.
Im Moment bedarf es daher nicht nur abstinenz-orientierter Therapieprogramme, sondern überlebenssichernder Hilfsangebote. Mit der niederschwelligen Methadon-Abgabe soll ein Schritt in diese Richtung getan werden.

Erwartungen und Auswirkungen

Die Einnahme von Methadon hebt Entzugssymptone auf. Die Drogenabhängigen können den Konsum von Heroin unterlassen oder reduzieren. Der körperliche Zustand kann sich verbessern, wenn der Drogenabhängige sich auf die Einnahme des Methadon beschränkt. Dies sind realistische Erwartungen an die Auswirkungen der Methadon-Substituion. Viele erhoffen sich von der Methadon-Abgabe auch, dass die Kriminalität zurückgeht, weil der Drogenabhängige auf Beschaffungsdelikte verzichten kann, ohne zu verelenden. In einigen Fällen kann ein Methadon-Programm diese Erwartungen auch erfüllen. Wirksam kann der Marginalisierung, Isolierung und Verelendung der Drogenabhängigen aber nur mit Gesetzesänderungen im Sinne der Vorschläge des VSD zur Revision des Betäubungsmittelgesetzes und der Schaffung neuer Strukturen begegnet werden. Wir denken an geeignete und geschützte Arbeitsplätze, Wohnraum, Treffpunkte, Gassenküchen, Bildungsangebote und eine ausreichende medizinische Versorgung. Mit Hilfe dieser Auffangsstrukturen soll den MethadonbezügerInnen — wie auch den anderen Drogenabhängigen — ein Leben ohne entwürdigende soziale Umstände und unnötige gesundheitliche Risiken ermöglicht werden.
Die Methadonabgabe und die daran geknüpfte psychosoziale Begleitung und Hilfestellung können unter günstigen Bedingungen den Einstieg in eine Therapie im engeren Sinne ermöglichen.

Stellenwert der Methadonabgabe

Die Methadonabgabe, zusammen mit den erwähnten begleitenden Hilfsangeboten, ist innerhalb des Spektrums der Behandlungsmöglichkeiten für Drogenabhängige nur eine Variante unter anderen. Sie soll nicht gegen bewährte Behandlungsmöglichkeiten wie etwa die stationären Einrichtungen ausgespielt werden. Die stationären Einrichtungen verfahren nach einem anderen Prinzip: Die Abstinenz von der harten Droge wird gleich von Anfang an verlangt, der Entwöhnung folgt die soziale Rehabilitation. Die Methadon-Programme dagegen gehen von der Vorstellung aus, dass der Prozess der sozialen Rehabilitation und der Prozess der Heilung der Suchtkrankheit entkoppelt werden können, indem an der Abhängigkeit zunächst nicht gerüttelt und eine Substitutionsdroge garantiert wird. Auf dem Boden der dadurch ermöglichten sozialen Stabilisierung kann dann der Ausstieg aus der Abhängigkeit erfolgen.
Ebensowenig wie die Methadon-Abgabe gegen die stationären Einrichtungen ausgespielt werden sollen, sollen andere Projekte ohne Abstinenzforderung dadurch konkurriert werden. Arbeits- und Wohnprojekte stellen notwendige Ergänzungen jeder Behandlung von Drogenabhängiger dar und sollen auch Bestandteile von Methadon-Programmen sein.

Gefahren und Grenzen

Nach wie vor werden von vielen Drogenabhängigen, Laien und manchmal auch Fachleuten — insbesondere ÄrztInnen — zu hohe Erwartungen an die Abgabe von Methadon gestellt. Methadon an sich hat überhaupt keine heilende Wirkung, sondern ist lediglich Drogenersatz. Es kann die Entzugssymptome lindern und die soziale Misere der Drogenabhängigen mildern helfen. Das Kernproblem des Drogenabhängigen, seine in seelischen und sozialen Gründen wurzelnde Suchtproblematik, wird durch Methadon nicht gelöst, — besonders bei fachlich ungenügender Begelitung der Methadonabgabe — möglicherweise gar chronifiziert. Diese das eigentliche Problem verdeckende Auswirkung der Methadon-Abgabe birgt ernstzunehmende Gefahren in sich. Methadon kann für die Drogenabhängigen selbst wie für die verantwortlichen Behörden und PolitikerInnen eine bequeme Scheinlösung des Drogenproblems darstellen. Auch besteht die Gefahr, dass von Staates wegen die Drogenabhängigen pauschal in „brave MethadonbezügerInnen„ und „renitente Drogenabhängige“ aufgeteilt werden, verbunden mit der Forderung verstärkter staatlicher Kontrolle bis hin zur Zwangsverordnung von Methadon.
Eine weitere Gefahr ist, dass eine zunehmende Zahl von MethadonbezügerInnen sich den nach der Methadon-Einnahme fehlenden „flash“ durch den zusätzlichen Konsum von Kokain verschafft.
Schliesslich darf nicht unerwähnt bleiben, dass der Entzug von Methadon mit grösseren Komplikationen behaftet ist als der Heroin-Entzug, vor allem beim gleichzeitigen Konsum verschiedener Suchtmittel.

Zusatzangebote für Methadon-BezügerInnen

Damit langfristig eine Bearbeitung der wesentlichen Probleme des Drogenabhängigen und damit eine grundlegenden Veränderung seiner Lebenssituation möglich sind, müssen die Angebote im psychosozialen Bereich ausgebaut werden. Der Staat als „Methadon-Abgeber“ muss seine Verantwortung in diesem Bereich wahrnehmen.
Wir denken an ein breites Netz von Angeboten: Wohn- und Essmöglichkeiten, Arbeitsplätze, soziale Betreuung, Psychotherapie, Angebote im Bildungs- und Freizeitbereich sowie Pflege und medizinische Versorgung. Nur mit diesen flankierenden Massnahmen hat die Methadon-Abgabe Sinn. Fehlen diese, so läuft sie Gefahr, zu einer vordergründig bequemen und billigen, letzlich aber destruktiven Scheinlösung zu verkommen. Der Drogenabhängige soll Gelegenheit bekommen an sich zu arbeiten und ent-

sprechende Hilfsangebote anzunehmen, wenn er dazu motiviert ist.
Solche Angebote sollten selbstverständlich nicht auf MethadonbezügerInnen beschränkt sein,, sondern auch anderen Hilfesuchenden offenstehen.

AIDS

Symptomatische AIDS-Erkrankungen bei Drogenabhängigen rechtfertigen eine Methadon-Abgabe. Methadon-Abgabe ist aber nicht zwangsläufig AIDS-Prävention. Wohl kann die Einnahme von Methadon im Einzelfall präventiv wirken, weil der Drogenabhängige auf das Spritzen verzichten kann (aber nicht notwendigerweise immer darauf verzichtet). Die Möglichkeiten von Ansteckungen können so durchaus reduziert werden, auch kann sich die Methadon-Einnahme positiv auf den gesamten Gesundheitszustand auswirken, wenn sie zu einer Reduktion von Stress und Infektionsrisiken führt. Die vermehrte und niederschwellige Abgabe von Methadon darf jedoch auf keinen Fall die Spritzenabgabe als Präventivmassnahme einschränken.

Kontrolle und Verantwortung

Die Kontrolle der MethadonbezügerInnen ist unumgänglich. Sie beginnt bereits bei der Beurteilung der Suchtkrankheit und der Indikation. Die Methadon-Abgabe verpflichtet die BetreuerInnen dazu, die Einhaltung der Minimalbedingungen zu überprüfen.
Die bisherige Registrierung der MethadonbezügerInnen genügt und kann den Mehrfachbezug verhindern. Neben der individuellen Betreuung der MethadonbezügerInnen ist eine wissenschaftliche Evaluation der Methadon-Programme sinnvoll.
Der Bezug von kontrollierten Mengen Methadon erfordert keinen zwingenden Verzicht auf den Führerschein (wie das in einigen Kantonen praktiziert wird). Methadon zeigt in Langzeitanwendung bei vielen PatientInnen keine Veränderung der Motorik und nur eine geringe oder keine Veränderung des Bewusstseins.

Zur Situation der BetreuerInnen

Wir BetreuInnen stehen in einem Spannungsfeld widersprüchlicher Erwartungen. Es besteht ein äusserer Konflikt zwischen Drogenabhängigen und Organen der sozialen Kontrolle wie den Behörden: Die Drogenabhängigen fordern mit ihrer Sucht unmittelbare Wunscherfüllung. Die soziale Kontrolle hingegen verlangt Abstinenz und Ordnung. Diesem äusseren Konflikt entsprechen innere Konflikte bei allen Beteiligten: Die gewährende Haltung steht oft einer verbietenden und strafenden gegenüber. Unsere Aufgabe als BetreuInnen besteht darin, diese Spannungen auszuhalten, zu reflektieren, auszusprechen und innerhalb dieses Spannungsfeldes realistische und vernünftige Lösungen zu suchen. Dies erfordert auch, dass die BetreuerInnen gegenüber den Behörden die Situation der Drogenabhängigen darlegen und eine am Ziel der Rehabilitation der Drogenabhängigen orientierte Drogenpolitik vertreten.

Methadonprogramme

Was ist Methadon?

Methadon ist ein synthetisches Opiat. Die Hauptwirkungen der Opiate sind Analgesie (Schmerzbetäubung) und Euphorie (Stimmungshebung) infolge Beseitung von Angst und Unlustempfinden. Als gefährlichste Nebenwirkung muss die Hemmung des Atemzentrums genannt werden, die bei zu hoher Opiatdosis oder bei entsprechender Kombination mit anderen atemhemmenden Stoffen zum Tode führen kann. Wir verzichten darauf, an dieser Stelle noch einmal auf die Nebenwirkungen einzugehen. Wir verschreiben das Methadon ja nicht als Medikament, sondern als Heroinsubstitut. Die lästigen, aber nicht lebensbedrohlichen Nebenwirkungen werden auch beim freiwilligen Heroinkonsum in Kauf genommen.
Methadon eignet sich aus der Sicht der Fachleute als Heroinsubstitut aufgrund
— seiner Beseitigung von Heroin-Entzugssymptomen
— seiner 24-stündigen Wirkungsdauer bei oraler Einnahme
— seiner bei Langzeitwirkung verhältnismässig wenig euphorisierenden oder sonst bewusstseinsverändernden Wirkung.

Zielsetzung von Methadon-Programmen

Die minimale Zielsetzung sehen wir in der Verhinderung der Heroin-Entzugssymptome, sowie in der Reduktion des Konsums illegaler Opiate. Die individuelle Zielsetzung kann jedoch bedeutend höher liegen, z.B. Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess. Resozialisierung, Legalbewährung, Drogenabstinenz, Erreichen von Psychotherapiefähigkeit, u.a.m. Zur Realisierung höherer Ziele sind entsprechende Zusatzangebote Voraussetzung.

Rahmenbedingungen des Minimalprogramms

Die Indikationskriterien sind Opiatabhängigkeit und der Wunsch des Drogenabhängigen nach Methadonabgabe. Die Indikation wird nach ausführlichen Gesprächen zur Erfassung der Anamnese und zur wichtigen Auseinandersetzung mit dem Methadonprogramm und anderen Behandlungsmöglichkeiten gestellt. Insbesondere sind bei den Indikationsgesprächen die Drogenabhängigen auf die grossen Risiken der Einnahme von anderen Stoffen — speziell Medikamenten — aufmerksam zu machen.
Folgende Bedingungen müssen während des Methadonprogramms von den BezügerInnen akzeptiert werden:
— tägliche obligatorische Einnahme des Methadons bei der Abgabestelle unter Sichtkontrolle
— Orale Einnahme des Methadons in einer Lösung
— Regelmässige mindestens einmal im Monat stattfindende Gespräche mit der für die Durchführung des Methadonprogramms verantwortlichen Betreuungsperson
— Erreichen des Minimalzielsetzung innert zwei Monaten.
Zusätzlich können Urinproben zur Kontrolle herangezogen werden.
Als Kontraindikation für ein Methadonprogramm gilt ausschliesslich eine schwere Polytoxikomanie, weil die Interaktion von Methadon mit anderen Stoffen — speziell Medikamenten — kaum erforscht ist und beträchtliche Risiken bis zum Todesfall in sich birgt. Medizinische Kontraindikationen für Methadon sind dieselben wie für Heroin. Die Alternative zur Methadonabgabe besteht oft nicht in einem opiatfreien Leben, sondern in der Injektion unbekannter Mengen Heroin und diverser „Streckmittel".
Bei Bestehen einer Polytoxikomanie ist vor der Aufnahme ins Methadonprogramm ein stationärer Entzug indiziert. Wünschenswert ist in einem solchen Fall die Abgabe der ersten Methadondosen unter stationären Bedingungen, weil die Gefahr der Einnahme zustäzlichen Stoffes so gering ist.
Bei der Methadonabgabe an Minderjährige empfehlen wir, die Eltern oder die InhaberInnen der elterlichen Gewalt nach Absprache mit dem Drogenabhängigen zu orientieren und in die Betreuung nach Möglichkeit miteinzubeziehen.

Variationsmöglichkeiten

Ausgehend vom Minimalprogramm sind individuell abgestimmte Variationsmöglichkeiten vorstellbar. Wenn Methadon-

bezügerInnen wünschen, ihre Situation zu verändern, soll Ihnen entsprechend mehr Unterstützung (Wohnmöglichkeiten, Arbeitsmöglichkeiten, u.a.m.) angeboten werden. Je nach Absprache und Bedürfnis kann auch die Kontrolle gelokkert oder intensiviert werden. Im Sinne einer flexiblen und individuellen Handhabung der Methadonprogramme verzichten wir bewusst auf eine Formalisierung, die über das Minimalprogramm hinausgeht.
Erfahrungsgemäss eignet sich Methadon für kurzfristige (Entzugs-)Programme nicht. Hiefür stehen Medikamente (auch homöopathische) oder andere Hilfsmittel (Bäder, Sauna, Massage, u.a. Hausmittel) zur Verfügung.

Schwangerschaft

Bei Schwangerschaft opiatabhängiger Frauen ist Methadon das Mittel erster Wahl und sollte dringend empfohlen werden. Dies insbesondere aus dem Grund, weil ein Opiatentzug sich auf das ungeborene Kind schädigend auswirken kann.

AIDS

An manifest erkrankte AIDS-PatientInnen soll auf deren Wunsch Methaden abgegeben werden.

Verantwortung

Die Bewilligung für das Methadonprogramm wird von den KantonsärztInnen erteilt. Gemeinsam verantwortlich für die Durchführung des Methadonprogramms sind die medizinischen Stellen (z.B. HausärztInnen) und/oder die Betreuungsstellen sowie die Abgabestellen (z.B. die ApothekerInnen). Eine gute gleichberechtige und kollegiale Zusammenarbeit all dieser Beteiligten ist daher dringend notwendig. Diese wird erleichtert durch eine klare Regelung der Kompetenzen und Aufgaben sowie durch gegenseitige Transparenz. Um DoppelbezügerInnen zu vermeiden, soll der Wohnsitz der MethadonbezügerInnen als alleiniges Kriterium für die Zuständigkeit des jeweiligen Kantons entscheiden.

Zentrale oder dezentrale Abgabe?

Priorität geben wir der Möglichkeit zum Methadonbezug innerhalb des angestammten Lebensraumes. Andererseits ermöglicht das Zentralisieren von Abgabe- und Betreuungsstelle einen täglichen Kontakt zwischen MethadonbezügerIn und BetreuerIn und kann auch den Einstieg in Zusatzangebote erleichtern.

Kapazität der Institutionen

Es ist unhaltbar, dass MethadonbezügerInnen mangels personeller Kapazitäten nur eine im Rahmen des Minimalprogramms liegende Betreuung erhalten und auf Zusatzangebote verzichten müssen. Die Institutionen müssen über personelle Reserven verfügen und entsprechend personell aufgestockt werden.
Da medizinische und psychosoziale Betreuung der MethadonbezügerInnen Hand in Hand gehen und ein Ausbau anspruchsvoll geführter Methadonprogramme sich aufdrängt, ist an die Schaffung zusätzlicher Beratungsstellen sowie an die vermehrte Schulung der ÄrztInnen in der Durchführung von Methadonprogrammen zu denken. Es ist auch zu überlegen, inwiefern andere Wege der Betreuung von MethadonklientInnen beschritten werden können.

Abgabe während den Ferien

Im Rahmen des Minimalprogramms muss am Ferienort eine Abgabestelle gesucht werden, die die tägliche Abgabe garantieren kann. Für höherschwellige Programme können nach Absprache mit den involvierten Stellen individuelle Regelungen getroffen werden. Mitgabe von Methadon bei Reisen ins Ausland ist leider verboten. In gewissen Fällen aber wünschbar. Hier müssen noch Lösungen gefunden werden, welche die Kontrolle des Drogenabhängigen und sein legitimes Bedürfnis nach einer gewissen Mobilität unter einen Hut bringen.

Abgabe im Strafvollzug

Während der Untersuchungshaft solle eine Weiterfürhung der Methadonabgabe gewährleistet sein. Die risikoreiche Abgabe von Beruhigungs- und Schlafmitteln kann damit weitgehend vermieden werden. Im Strafvollzug ist eine Weiterführung der Methadonabgabe sinnvoll, sofern die Betreuung garantiert ist.

Zusatzangebote

Die Zusatzangebote sollen die Attraktivität der Methadonprogramme erhöhen und somit das Umsteigen von Heroin auf Methadon fördern. Den MethadonbezügerInnen sollen damit erste Schritte zum Aufgeben der „Fixer-Identität" erleichtert werden.

Entzug

Der Entzug des Methadons, d.h. die Beendigung des Methadonprogramms, soll mit den MethadonbezügerInnen gemeinsam geplant und in der Regel durch langsame Dosisreduktion erreicht werden.
Kurzfristige kalte Entzüge bei Methadondosen von 60 mg und höher bringen häufig Komplikationen mit sich (Epileptische Anfälle, delirante Zustände, prolongierter Entzugsverlauf) und sollten nach Möglichkeit vermieden werden. Unumgängliche kurzfristige Entzüge von hohen Methadon-Dosen sollen unter ärztlicher Aufsicht im stationären Rahmen und unter entsprechender Medikation (z.B. Distraneurin) erfolgen.

Kosten

Die Methadonprogramme sind Teil des Angebotes der Sozialmedizin. Insofern befürworten wir eine Übernahme der Kosten durch die Krankenkassen. Bis die Kostenübernahme durch die Krankenkassen gesichert ist, erachten wir eine vorläufige Deckung durch die Kantonalen Fürsorge- oder Sanitätsdepartemente für gerechtfertigt.
September 1988

Mitglieder der Arbeitsgruppe:

Matthias Brüschweiler	Contact Brugg
Markus Fäh	Jugendberatungsstelle Basel-Wettingen
Jörg Theus	Drogenberatungsstelle Luzern
Vigeli Venzin	Drop-In Aarau

Kontaktadresse: Sekretariat VSD
Rebenweg 16
4143 **Dornach**
Tel. 061/72 26 36