

# Diversifizierte Drogenabgabe : Erfahrungen im Ausland und Pilotversuche in der Schweiz

Autor(en): **Keller, Robert**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Kriminologisches Bulletin = Bulletin de criminologie**

Band (Jahr): **21 (1995)**

Heft 1

PDF erstellt am: **26.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-1046892>

## **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

## **Haftungsausschluss**

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

# **DIVERSIFIZIERTE DROGENABGABE**

## **Erfahrungen im Ausland und Pilotversuche in der Schweiz**

von

Robert KELLER

### **Zusammenfassung**

Ausgehend von einer kritischen Betrachtung der Mythen in der aktuellen drogenpolitischen Diskussion wird versucht, Ergebnisse und Erfahrungen der bisherigen Versuche zur gezielten Verschreibung von Betäubungsmitteln darzustellen. Es handelt sich hierbei einerseits um Auswertungen von Methadonprogrammen, welche zeigen, dass die Mehrheit der Verbleiber in diesen Programmen soziale Stabilität erreicht und es zu einem signifikanten Rückgang der kriminellen Aktivitäten kommt. Andererseits zeigen Erfahrungen aus Grossbritannien und Holland, dass mit der kontrollierten Abgabe anderer Substanzen als oralem Methadon (Heroin, Morphin, Amphetamin, Kokain usw.), eine zusätzliche Gruppe von Heroinabhängigen erreicht werden kann und die Verbesserung im physischen und psychosozialen Zustand der Programmteilnehmer zu berechtigten Hoffnungen Anlass gibt. Die aktuellen Pilotversuche zur diversifizierten Drogenabgabe in der Schweiz gehen von diesen Erfahrungen und von der Einschätzung aus, dass mit den traditionellen Behandlungsprogrammen nur ca. ein Drittel aller Drogenabhängigen erreicht wird. Die wissenschaftliche Evaluation der Pilotprojekte soll die Grundlage für Empfehlungen zuhanden der Gesetzgebung und der therapeutischen Praxis schaffen.

### **Résumé**

*En partant d'un regard critique sur les mythes existant dans l'actuelle politique sur la drogue, le texte ci-après essaie par la discussion de présenter les expériences et les résultats obtenus jusqu'à présent dans la prescription de substances stupéfiantes. D'une part, il s'agit de l'évaluation des programmes*

*sur la méthadone, qui montrent que la majorité des individus qui restent dans ces programmes atteignent une stabilité sociale et réduisent leur implication dans des activités criminelles. D'autre part les expériences anglaises et hollandaises dans le domaine de la prescription sous contrôle de substances stupéfiantes – autres que la remise par voie orale de méthadone (héroïne, morphine, amphétamines, cocaïne, etc.) – montrent qu'un groupe supplémentaire d'héroïnomanes pourrait être touché par ces méthodes; l'amélioration physique et psychosociale des participants donne lieu à de bonnes espérances. Les essais pilotes de distribution diversifiée de drogues contrôlée, actuellement en cours en Suisse, se basent sur ces expériences et ces estimations; ils partent du principe que seul un tiers environ des toxicomanes peuvent être touchés par les méthodes de traitement traditionnelles. L'évaluation scientifique des projets pilotes doit former la base des recommandations pour la législation ainsi que pour la pratique thérapeutique. (Réd.)*

## 1. MYTHEN IN DER DROGENPOLITISCHEN DISKUSSION

### 1.1 Mythen um die Wirkung und Gefährlichkeit von Opiaten

Die Trennlinie zwischen legalen und illegalen Drogen wird im Allgemeinverständnis oft mit einer **Abgrenzung zwischen Harmlosigkeit und Gefährlichkeit** gleichgesetzt. Tatsache ist, dass alle das Bewusstsein beeinflussenden Drogen mehr oder minder grosse Risiken körperlicher und psychischer Abhängigkeiten und Schäden bergen. Diese Risiken hängen aber nicht nur von der Substanz als solchen, sondern ebenso von den individuellen und gesellschaftlichen Gegebenheiten und der Dauer und Intensität des Konsums ab (BAG, 1989a; Hellenbrecht, 1993). Aufgrund der Datenlage muss davon ausgegangen werden, dass reine, unverfälschte Opiate (z.B. Heroin, Morphin), etwa im Gegensatz zu Alkohol und Nikotin, auch nach chronischem Gebrauch keine irreversiblen körperlichen Störungen oder Langzeitschäden verursachen (Hellenbrecht, 1993; Mino, 1991).

Alkohol (als Beispiel einer legalen Droge) kann dagegen bei Langzeitgebrauch auf das gesamte Nervensystem (Lähmungen und Beeinträchtigung der Hirnleistung), auf die Leber (Leberverhärtung mit Todesfolge), auf den Magen (Magengeschwür) und auf das Herz (Herzmuskelschäden) schädigend wirken (BAG, 1989a). Das Kriterium der Gesundheitsgefährdung als Trennlinie zwischen legalen und illegalen Drogen scheint in diesem Falle untauglich zu sein.

Eine mögliche **Gesundheitsschädigung durch reines Heroin** (bzw. Morphin) ist im wesentlichen nur in einer Form zu erwarten: bei entsprechender Überdosierung kommt es zu einer zentralen Atemlähmung, die zum Tode führen kann (von Bülow, 1991; Hellenbrecht, 1993). Als reversible **Nebenwirkungen von Opiaten** können allerdings Übelkeit, Erbrechen, Schläfrigkeit, hartnäckige Verstopfungen sowie sexuelle Funktionsstörungen auftreten (Mino, 1991; Bienik, 1993; Martindale, 1993).

In bezug auf kognitive Fähigkeiten ist durch klinische Studien an Schmerzpatienten dokumentiert, dass diese auch nach Dauergaben von Opiaten **nicht beeinträchtigt werden**. Ebenso sind korrekt geführte opiatbedürftige Patienten in der Lage, Autos oder Strassenbahnen zu steuern, bzw. Maschinen zu bedienen (Hellenbrecht, 1993).

Der Konsum von Heroin (bzw. Morphin) kann eine Abhängigkeit vom Opiattypus erzeugen, die gekennzeichnet ist durch eine schnelle körperliche wie psychische **Abhängigkeitsbildung** und einem Verlangen nach Dosissteigerung aufgrund der Toleranzbildung (BAG, 1989a; Martindale, 1993). Die Aussage jedoch, dass bereits nach dem ersten «Schuss» eine körperliche Abhängigkeit eintritt, muss ins Reich der Legenden verwiesen werden. Bei klinischen Versuchen wurden die ersten Entzugssymptome bei täglich dreimaliger Einnahme nach 14 Tagen beobachtet (Martindale, 1993). Zudem konnte in der Schmerzbehandlung mit Morphin gezeigt werden, dass auch konstante Verabreichung nicht zwangsläufig zu einer Toleranzbildung bzw. Abhängigkeit führen muss (Mino, 1991). Neben der Suchtpotenz der Substanz als solchen, scheinen andere Faktoren eine entscheidende Rolle zu spielen, ob jemand schliesslich eine Abhängigkeit entwickelt oder nicht.

Als **psychische Folge des Langzeitgebrauchs** wird bei Opiaten, wie bei den meisten bekannten Drogen, eine suchtbedingte Wesensveränderung erwähnt, die aber grundsätzlich reversibel ist. Dabei bleibt jedoch weitgehend unklar, inwiefern sich diese auf die Substanz oder auf psychosoziale Folgeerscheinungen der Sucht zurückführen lässt (BAG, 1989a).

**Opiate sind hochpotente Analgetika** (Schmerzmittel), deren Haupteffekt einerseits in der sedativen (Beruhigung, Schmerzlinderung) andererseits der euphorisierenden Wirkung (Beseitigung von Angst und Unlustgefühlen) besteht (von Bülow, 1991).

Heroin war ursprünglich, d.h. gegen Ende des letzten Jahrhunderts, als Beruhigungsmittel von spezifisch hustenstillender Wirkung rund um den

Erdball verbreitet (Thamm, 1989) und wurde daneben in weiten Kreisen als Antidepressivum sowie als Mittel gegen Opium- und Morphinabhängigkeit verwendet. Morphin seinerseits wird seit anfangs des 19. Jahrhunderts in der Schmerztherapie eingesetzt. A. Mino kommt in ihrer Expertise (1991) zum Schluss, dass Heroin pharmakologisch durchaus mit anderen Opiaten wie Morphin oder Methadon vergleichbar ist und der Sonderstatus des Heroins in der «Single convention on narcotic drugs» von 1961 (Internationales Drogenabkommen) aufgrund sozialpolitischer und keineswegs aufgrund medizinischer Überlegungen zustande gekommen ist. Zusammenfassend scheinen die körperlichen und psychischen Risiken langjähriger Einnahme von unverfälschtem Heroin vernachlässigbar zu sein, während das tatsächliche Risiko in der Abhängigkeit selbst besteht. Diese bringt mit den, durch die Prohibition bedingten, risikoreichen Konsumformen, der schlechten Qualität des Stoffes und der sozialen Ächtung als Abhängiger ein erhebliches Gesundheits- und Mortalitätsrisiko mit sich. Ständiger Stress auf der Flucht vor den Strafverfolgungsbehörden, mangelnde Hygiene, Benutzung von gebrauchten Spritzen, Infizierung mit dem HI-Virus und Unterernährung führen zu einem erschreckend schlechten **Gesundheitszustand der Heroin-abhängigen** (Noller, 1993). Allein schon aus der Mitaufnahme von Schmutzpartikeln, Streckungsmitteln oder Wattefasern beim intravenösen Konsum ergeben sich organspezifische Komplikationen wie Venenentzündungen, Hepatitis, Embolien oder Veränderungen des Herzens.

## 1.2 Mythen um Drogenkonsumenten und Suchtkarrieren

Durch Berichte und Bilder in den Medien im Verlauf der letzten Jahre über die offenen Drogenszenen (Zürich, Frankfurt usw.) entstand in der öffentlichen Meinung das Bild, **dass Konsum von Heroin quasi automatisch zu Verelendung und Tod führt**. Dabei wird aber ausser acht gelassen, dass bei Heroin die sozial integrierten, polizeilich unauffälligen, sogenannten «bürgerlichen» Konsumenten auf 60-80%, bei Kokain auf über 95% geschätzt werden (Hess, 1992). Studien in den USA haben weiter gezeigt, dass die gelegentlichen Konsumenten von Heroin 40% und mehr an der Gesamtzahl aller Konsumenten ausmachen (Noller, 1993). Es konnte gezeigt werden, dass die **Gebrauchsvariante eines «nicht-abhängigen» Heroinkonsums** durchaus stabil sein kann (Zinberg, 1984). Dabei scheinen die Art der Droge, deren Verfügbarkeit sowie die Persönlichkeitsmerkmale des Konsumenten offenbar eine untergeordnete Rolle zu spielen, entscheidend ist vielmehr, ob der Konsument einer Szene oder Gruppe angehört, die Drogen kontrolliert benutzt

oder nicht (Bienik, 1993). In diesem Zusammenhang interessant ist die Studie von Robins (1975). Sie stellte bei einer Stichprobe von Vietnamveteranen fest, dass die Hälfte derjenigen, die in Vietnam opiatabhängig geworden waren nach ihrer Rückkehr erneut Heroin konsumiert hatten, aber nur 12% von ihnen wieder akut abhängig wurden. Sicher kann die Studie nicht ohne weiteres auf aktuelle Heroinsubkulturen übertragen werden, doch verdeutlicht sie zumindest die Relevanz äusserer Einflüsse auf das Drogengebrauchsverhalten. Auch widerspricht das Beispiel der in bezug auf Heroin weitverbreiteten Ansicht: «Einmal Junkie, immer Junkie.»

Wille (1987) konnte in seiner 10-Jahre Follow-Up-Studie an einer repräsentativen Stichprobe von Patienten und Patientinnen eines Londoner Heroinvergabeprogrammes zeigen, dass 68% der Stichprobe ihr Leben im Verlaufe von zehn Jahren dauerhaft stabilisieren konnten. 30% erreichten diese Stabilität auf der Grundlage von Drogenabstinenz und 38% bei fortdauerndem Drogenkonsum und -abhängigkeit (vgl. 3.1.2).

In seiner **Auswertung von 30 europäischen und US-amerikanischen Studien** über die weitere Entwicklung von Abhängigen nach einer Behandlung, kommt Schneider (1993) zum Ergebnis, dass 50-60% aller Heroinabhängigen, die sich in Behandlung begeben, innerhalb von 5-10 Jahren die illegale Heroinszene verlassen und strafrechtlich nicht mehr in Erscheinung treten. Zudem zeigt sich, dass sich der Prozess zur Erlangung von Drogenabstinenz weitgehend unabhängig von der Art der angebotenen Hilfe (Abstinenzprogramme, Methadonprogramme, Heroinabgabe) vollzieht und durch diese kaum beeinflussbar ist. Die durchschnittliche Abstinenzrate aller verglichenen Studien liegt nach 10 Jahren bei rund einem Drittel (vgl. Anhang 1). Schneider (1993) folgert vor diesem Hintergrund, dass Heroinkonsum nicht zwangsläufig zu Abhängigkeit führt und Abhängigkeit nicht notwendigerweise lebenslange Sucht und Drogentod bedeutet.

Aktuelle Statistiken des Bundesamtes für Statistik (BfS, 1994) zeigen, dass die **Befürchtung, es würden immer mehr und immer jüngere Jugendliche in die illegale Drogensucht abrutschen**, nicht zutrifft. Wie ein Vergleich repräsentativer Stichproben aus den letzten 15 Jahren zeigt, lässt sich ein Anstieg des illegalen Drogenkonsums nicht belegen. Vielmehr blieben die Drogenkonsumgewohnheiten in der Alterskategorie zwischen 15 und 39 Jahren über die letzten Jahre weitgehend stabil, während sich bei den verurteilten Drogenkonsumenten ein steigendes Durchschnittsalter feststellen lässt (1984/85: 24 Jahre; 1990/91: 26 Jahre).

Bei der Beurteilung des Zusammenhanges von **Drogenabhängigkeit und Kriminalität** begegnet man häufig der Vorstellung, Drogenabhängige seien nur durch massive indirekte Beschaffungsdelinquenz in der Lage, ihren Drogenkonsum zu finanzieren. Aus holländischen und deutschen Untersuchungen (z.B. Erhardt, 1991) ist aber bekannt, dass die indirekte Beschaffung (z.B. Raub, Einbruchdiebstahl, Ladendiebstahl) nur ein knappes Drittel zur Drogenfinanzierung beisteuert. Ein weiteres Drittel wird durch den Drogenhandel (Kleinverkäufe, Ameisenhandel) beschafft, immerhin etwa ein Fünftel über legale Mittel (z.B. Sozialhilfe, Arbeitseinkommen, Geld von Verwandten usw.) und etwas mehr als ein Zehntel wird durch Prostitution bestritten. Innerhalb der Kategorie «indirekte Beschaffungskriminalität» wiederum spielen Raubüberfälle und Entreissdiebstähle eine untergeordnete Rolle (Erhardt, 1991; Eisner, 1994). Dominierend sind Bagatelldelikte wie Ladendiebstahl und Diebstähle aus Kraftfahrzeugen. Strassenraub und Entreissdiebstähle lösen aber bei der Bevölkerung ausserordentlich grosse Angstgefühle aus und sind deshalb in der Wahrnehmung der Sicherheit des öffentlichen Raumes von überproportionaler Bedeutung.

Ein weiteres Problem zeigt sich bei der Herstellung einer Kausalbeziehung zwischen Drogenabhängigkeit und Kriminalität aufgrund der beobachteten hohen Korrelation. Kriminologische Intensivinterviews und Lebenslaufanalysen bei Drogenabhängigen legen nahe, dass die meisten – vor allem Männer – schon erhebliche Verwahrlosungs- und Delinquenzentwicklungen aufweisen, ehe oder während sie drogenabhängig werden (Kreuzer, 1991). Der Konsum von Drogen wie Heroin und Kokain stellt häufiger den Endpunkt einer Delinquenzkarriere, als deren Ursache dar (Killias, Rabasa, Villettaz, 1994).

Die meisten Befunde deuten darauf hin, dass das Verhältnis Drogen und Kriminalität äusserst vielschichtig und nicht monokausal verstanden werden muss. Drogenabhängigkeit scheint oftmals nur ein zusätzliches Symptom fehlgegangener Sozialisation, welches delinquentes Verhalten eher modifiziert und verstärkt, als dass es dieses hervorriefe (Erhardt, 1991). Die Persönlichkeit des Drogenabhängigen, Sozialisationsbedingungen, delinquente Vorerfahrungen und Einfluss von Milieu und subkulturellem Lebensstil der Drogenszene sind wesentliche Faktoren in bezug auf das delinquente Verhalten (Kreuzer, 1992).

Aufgrund der allgemeinen Delinquenzneigung in der Population jüngerer Drogenabhängiger lässt sich auch vermuten, dass das von einer Freigabe oder kontrollierten Abgabe illegaler Drogen erwartete Absinken der Kriminalitätsrate allenfalls teilweise eintreten könnte.

## 2. DIE VERSCHREIBUNG VON METHADON

### 2.1 Pharmakologische Gesichtspunkte

Methadon, ein vollsynthetisches Opiat, wurde unter dem Namen «Amidon» in den Jahren 1939-1941 von den Farbwerken Hoechst als Medikament zur Schmerzstillung entwickelt. Pharmakologisch besteht eine grosse Ähnlichkeit zu Heroin und Morphin, wobei sich Methadon vor allem durch seine längere Halbwertszeit (ca. 25 Std. gegenüber 1,5 - 3 Std. bei Heroin) und seine bessere Absorption bei oraler Einnahme auszeichnet (BAG, 1989b; Mino, 1991; von Bülow, 1991).

Aus diesen Eigenschaften ergeben sich folgende **Vorteile gegenüber Heroin bzw. Morphin:**

- Aufgrund der längeren Wirkungsdauer reicht eine tägliche Dosis zur Verhinderung des Entzugssyndroms. Dadurch wird eine Normalisierung des Alltags gefördert (von Bülow, 1991).
- Die Möglichkeit der oralen Einnahme (risikoärmere Konsumform) stellt eine AIDS-präventive Massnahme dar.

Dem stehen als **Nachteile** gegenüber:

- Methadon kann ebenfalls eine Abhängigkeit vom Opiattypus erzeugen (BAG, 1989b), das Entzugssyndrom bei plötzlichem Absetzen wird zwar im Vergleich mit Heroin im Verlauf als milder beschrieben, doch dauert es wesentlich länger an (Einzelsymptome bis zu sechs Wochen [von Bülow, 1991]).
- Die orale Applikationsform verhindert den sogenannten «Flash» wie er beim Spritzen oder Rauchen von Opiaten auftritt, zudem wirkt Methadon weniger euphorisierend. Dadurch kommt es häufig zu einem Beigebrauch anderer Drogen (Kokain, Amphetamin), um diese Effekte zu simulieren (Stöver, 1992).
- Viele Methadonkonsumenten berichten von Einschränkungen der Gefühlsbandbreite und der Dynamik der Empfindungen, von einem Gefühl des «immer in Watte gepackt zu sein» bzw. «unter einer Glasglocke zu leben» (ARUD - Arbeitsgemeinschaft für risikoarmen Umgang mit Drogen, 1994, S.79), während das Wirkungsprofil von Heroin offenbar angenehmer erlebt wird. Es wird dort von unterschiedlicher Vigilanz und Befindlichkeit im Tagesverlauf berichtet (ARUD, 1994).



Allgemein gilt Methadon heute als erprobtes Medikament, dessen Risiken und therapeutischer Nutzen gut dokumentiert sind (Christen, Christen, Dobler-Mikola, 1994).

## 2.2 Behandlungsprogramme mit Methadon

Die erste systematische Anwendung von Methadon als Heroinsubstitut geht auf den Pilotversuch von Dole und Nyswander 1963 in New York zurück. Es ging ihnen damals in erster Linie darum, zu zeigen, dass Heroinabhängige in der Lage sind, ihr Leben zu stabilisieren, wenn der alle paar Stunden auftretende Hunger nach Heroin durch die Verschreibung eines Ersatzstoffes aufgehoben werden kann (BAG, 1989b). Aufgrund der positiven Erfahrungen, die Dole und Nyswander machten, wurden in der Folgezeit in den USA weitere Programme durchgeführt, so dass sich 1974 bereits ca. 80 000 Personen in Methadonbehandlung befanden. Diese rasche Ausbreitung der Programme brachte aber Probleme der Massenabfertigung, des Auftauchens von legalem Methadon auf dem Schwarzmarkt und der Methadontodesfälle (Methadon kann wie alle Opiate bei Überdosierung zu Atemstillstand führen) mit sich (BAG, 1989b).

In der **Schweiz** präsentierte sich die Situation derweil so, dass bis zur Revision des Betäubungsmittelgesetzes von 1975 jeder niedergelassene Arzt das Recht hatte, nach seinen Leitsätzen Methadon (oder andere verschreibungsfähige Betäubungsmittel) abzugeben. Diese Regelung, die noch auf den Morphinisten alter Prägung zugeschnitten war, stiess im Zuge des Aufkommens eines neuen Typs von Drogenabhängigen, des Heroinfixers, rasch an ihre Grenzen, vor allem auch mangels entsprechender Behandlungserfahrungen. Es kam zu einer chaotischen Verschreibungspraxis und der Entstehung eines Schwarzmarkts (Bienik, 1993; Zimmer-Höfler, 1989). Mit der erwähnten Revision von 1975 wurde die Methadonbehandlung neu von einer besonderen kantonalen Bewilligung abhängig gemacht. Alle Patienten wurden nun zentral registriert, um Mehrfachverschreibungen zu verhindern. Allerdings wurde die Abgabe von Methadon in den einzelnen Kantonen recht unterschiedlich gehandhabt, so dass die Eidgenössische Betäubungsmittelkommission von einer Expertengruppe Grundlagen für eine einheitliche Methadonpolitik erstellen liess (1. Methadonbericht 1984). Die Befürchtungen, dass die Nachfrage nach Methadon ins Uferlose steigen würden, erwies sich in den ersten fünf Jahren nach 1975 als völlig unbegründet. Erst 1980 nahm die Zahl der laufenden Behandlungen etwas zu, stabilisierte sich aber z.B. im Kanton Zürich zwischen 1984 und 1986 bei 300 (Zimmer-

Höfler, 1989). Diese geringe Gesamtzahl lag wohl nicht zuletzt an der vorgeschriebenen Hochschwelligkeit der Programme: Mindestalter 23, chronifizierte Sucht von mindestens 3 Jahren und ein bis zwei qualifizierte längerfristige Entzugsbehandlungen waren die Voraussetzungen für eine Aufnahme. Den Hintergrund dieser Anforderungen bildete die Devise, dass die Methadonbehandlung eine Therapie zweiter Wahl sei und erst nach gescheiterter Abstinenzbehandlung in Frage kommen soll (Uchtenhagen, 1991). Unter dem Druck der HIV-Epidemie und der ständig anwachsenden Drogenszene, wurde die Indikationspraxis 1987 vorab im Kanton Zürich grundlegend geändert. Künftig konnte zu einer Methadonbehandlung jeder Heroinabhängige zugelassen werden, der gewillt und in der Lage war, sich an die Rahmenbedingungen der Behandlung zu halten (BAG, 1989b; Zimmer-Höfler, 1989). In der Folge stieg die **Zahl der Methadonpatienten** im Kanton Zürich kontinuierlich an, von 300 Behandlungen 1987 auf deren 2500 im Jahre 1992 (**gesamtschweizerisch: 10 000**) [Uchtenhagen, 1993]). Das einzige Indikationskriterium für die Abgabe von Methadon, welches heute noch uneingeschränkte Zustimmung hat, ist die zweifelsfrei festgestellte Opiatabhängigkeit (Stöver, 1992; ARUD, 1993). Die Opiatabstinenz als zwingendes Ziel der Behandlung wurde fallengelassen bzw. durch das Primärziel der sozialen Reintegration und des Herauslösen aus der Drogenszene ersetzt, während die Abstinenz, wenn überhaupt, nun eher ein Endziel darstellt. Dieses niedrigschwellige Kriterium drängte sich in erster Linie auf, um anders nicht erreichbare HIV-positive oder bereits AIDS-krankte Fixer für eine methadongestützte Behandlung zu gewinnen und damit eine Risikoverminderung bezüglich Weitergabe der Infektion zu erreichen.

### 2.3 Auswertungen und Erfahrungen in der Schweiz

Die meisten ausgewerteten Untersuchungen von Methadonprogrammen stammen aus den 80er Jahren. Zusammenfassend zeigen sich folgende **Ergebnisse**:

- Im Quervergleich mit Patienten anderer Therapieprogramme, schneiden diejenigen in Methadonprogrammen in bezug auf die Distanzierung zum Drogenmilieu und das selbstverdiente Einkommen am besten ab (Zimmer-Höfler, 1986; Dobler-Mikola, 1991).
- Es kommt zu einem signifikanten Rückgang der kriminellen Aktivitäten (Hermann, 1986). Dieser Rückgang der Beschaffungskriminalität wird auch aus anderen europäischen Ländern berichtet, wobei offenbar den

begleitenden psychosozialen Hilfsangeboten eine entscheidende Rolle zukommt (von Bülow, 1991).

- Der somatische Zustand der Teilnehmer verbessert sich, was eine der wichtigsten Voraussetzungen für eine Wiedereingliederung ist (Zimmer-Höfler, 1989).
- Drogenabhängige in Methadonprogrammen verhalten sich offenbar bei illegalem Zusatzkonsum weniger risikoreich als unbehandelte Süchtige, weshalb die HIV-Auftretensrate bei Methadonpatienten deutlich geringer ist (Christen et al., 1994).
- Eine 4-Jahreskatamnese (Gmür, Hutter, 1984) zeigt, dass 76% einer Methadon-Stichprobe soziale Stabilität erreichen konnten, wovon 38% weiterhin Methadon bezogen und 38% dies ohne Methadon und ohne weitere Behandlung erreichten.
- Keinen reduzierenden Einfluss üben Methadonprogramme offenbar auf den Konsum von Kokain und Benzodiazepinen aus (Zimmer-Höfler, 1989; ARUD, 1994).
- Es zeigt sich, dass Patienten einer Methadon-Langzeitbehandlung einer Spontanselektion unterliegen. Verglichen mit anderen Therapieprogrammen (z.B. therapeutische Gemeinschaften) stammen sie häufiger aus intakten Familien, Heimkarrieren sind seltener, der Bildungsstand ist höher und der eindeutige Wunsch nach sozialer Rehabilitation ist verbreiteter (Zimmer-Höfler, 1989).
- Untersuchungen der Verlaufseffekte zeigen, dass die wesentlichen Änderungen offenbar im ersten Behandlungsjahr erreicht werden und die weitere Zeit nur noch zur Stabilisierung notwendig ist. Bei Patienten, die länger als 3-4 Jahre im Methadonprogramm verweilen, besteht die Gefahr einer Chronifizierung und Invalidisierung (Hermann, 1986).
- Die kürzlich erschienene Evaluationsstudie (Christen et al., 1994) bezüglich Zokl1 (Zürcher-Opiatkonsumlokal-1), dem ersten niedrigschwelligen, wenig therapeutisch strukturierten Methadonangebot in der Schweiz, umfasst eine Stichprobe von 651 Personen, die Anfang März 1992 ins Programm eintraten (vgl. Anhang 4). Die Studie berichtet, dass das Durchschnittsalter der Patienten 4 bis 5 Jahre höher liegt, als in abstinenzorientierten Therapieangeboten, dass also vermehrt ältere, marginalisierte Drogensüchtige eingebunden werden konnten. Die Drop-Out-Rate (Rate derjenigen, die aus dem Programm ausscheiden) nach einem halben Jahr lag allerdings bei 56% (364 Personen), wobei sich Drop-Outs und Verbleiber hauptsächlich in der Distanz des Wohnorts zur Abgabestelle unterschieden (Verbleiber im Programm wohnen signifikant häufiger in der Stadt Zürich selbst). Der illegale Drogenkonsum nahm deutlich ab, während sich in der Zahl der

Justizkontakte keine Veränderung zeigte. Aufgrund der kurzen Beobachtungsdauer (1/2 Jahr) sind diese Zahlen allerdings nur bedingt interpretierbar.

Diese Ergebnisse lassen widersprüchliche Schlüsse zu: Für den Erfolg von Methadonbehandlungen wird einerseits die Wichtigkeit begleitender psycho- und sozialtherapeutischer Hilfsangebote hervorgehoben, auf der anderen Seite scheinen gerade hochstrukturierte Angebote einen erheblichen Teil der Drogensüchtigen auszuschliessen. Diese können zwar teilweise durch niederschwellige Programme erreicht werden, doch zeigen die hohen Drop-Out-Raten, dass auch hier noch erhebliche Lücken beim Erreichen der Zielpopulation vorliegen. Der Einfluss, den die Lage der Abgabestelle offensichtlich hat, deutet darauf hin, dass hier durch dezentrale Einrichtungen noch Verbesserungen erreicht werden könnten. Zeigen Methadonprogramme zum einen eine AIDS-präventive Wirkung, ist es andererseits aber gerade das Wirkungsprofil von Methadon (nicht euphorisierend usw., vgl. 2.1), welches offenbar zu einem erheblichen Beigebrauch von stimulierenden Drogen (Kokain, Amphetamin) verleitet, was wiederum risikoreichen illegalen Konsum zur Folge hat. Die Haltequoten der Methadonprogramme, als ein mögliches Gütekriterium, weisen in der Literatur eine derartige Streuung auf (10%-90% [von Bülow, 1991]), dass Interpretationen schwierig sind. Es scheint allerdings, dass die Abbruchquoten in Methadonprogrammen nicht derart hoch liegen wie in stationären, abstinentenorientierten Langzeitprogrammen (Uchtenhagen, 1991). Der Rückgang der Beschaffungskriminalität als Nebeneffekt von Methadonprogrammen hängt sicher, neben dem gesunkenen Geldbedarf, auch mit der Erschliessung anderer Geldquellen zusammen (Fürsorge, Arbeitsprogramme). Hier zeigt sich jedoch gleichzeitig, dass bei Heroinabhängigen oft erhebliche Ausbildungsdefizite bestehen, was bei der momentanen Lage auf dem Arbeitsmarkt grosse Folgeprobleme mit sich bringt.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Methadonprogramme ihre selbstgesteckten Ziele (soziale Reintegration, Verbesserung des Gesundheitszustandes usw.) bei den in den Programmen Verbliebenen durchaus erreichen. Negativ fällt ins Gewicht, dass gerade Schwerstabhängige, welche das Bild und das Ausmass der offenen Drogenszenen prägen, trotz Ausbau der Methadontherapieplätze und trotz Senkung der Aufnahmeschwellen, von den Programmen nicht oder nur teilweise erreicht werden konnten.

### 3. OPIATABGABE IM INTERNATIONALEN VERGLEICH

#### 3.1 Grossbritannien

Die Besonderheit des sogenannten «British System» beruht hauptsächlich auf der Tatsache, dass **auch unter Kontrolle stehende Drogen** wie Opiate, Kokain usw. **grundsätzlich verschreibungsfähig** sind. Dieses System geht zurück auf das «Rollestone Committee», welches 1926 in der Folge der internationalen Opiumabkommen für England folgende Lösung durchsetzte: Jeder Arzt mit einem anerkannten Ausbildungsniveau war berechtigt, alle Drogen zu verschreiben, wenn die Verschreibung dem Patienten ein nützliches und normales Leben erlaubte (Mino, 1991; Marks, 1992). Dieser erleichterte Zugang zu den damals gebräuchlichen Opiaten führte keineswegs zu einem Desaster, vielmehr blieb die Zahl der Drogenabhängigen zwischen 1920 und 1960 weitgehend stabil (1960: 543 registrierte Drogensüchtige [Zeller, 1992]). Zu Beginn der 60er Jahre änderte sich die Situation grundlegend, als eine neue Generation von Drogenkonsumenten auftauchte, die Drogen zu ihrem Genuss konsumierte und auf dem Schwarzmarkt die Überschüsse aus den Arztpraxen kaufte (Mino, 1991). Zudem begannen sich im Zuge der billiger gewordenen Transatlantikflüge Drogensüchtige aus der USA bei Londoner Ärzten zu versorgen, welche sich daran eine goldene Nase verdienten (*Die Wochenzeitung*, 17.12.93, Dossier Opiatabgabe). Die Regierung reagierte erschreckt und stellte 1964 das gesamte Verschreibungssystem der Allgemeinärzte ein. In der Folge war es nur noch einer Reihe von lizenzierten Psychiatern und wenigen Fachärzten gestattet, unter Kontrolle stehende Drogen zu verschreiben. Es wurden aber sogenannte «**DDC's**» eröffnet: «**Drug dependency clinics**», Behandlungszentren, in denen den speziell lizenzierten Ärzten ein breites Verschreibungsangebot zur Verfügung stand (Heroin, Kokain, Methadon usw.). Der Behandlungsplan sah dabei eine schrittweise Reduktion der Dosis oder zumindest eine möglichst geringe Erhaltungsdosis vor (Wille, 1987).

Gewisse Studien weisen nach, dass diese Verschreibungen einen positiven Effekt auf den Gesundheitszustand und die strafrechtliche Situation der Drogenabhängigen hatten, während andere Studien diese Tendenz nicht beobachten (vgl. Mino, 1991). Im Laufe der 70er Jahre setzte dann nochmals eine Änderung in der Behandlungspraxis ein. Die Verschreibung von oral einzunehmendem Methadon nahm zwischen 1971 und 1978 um 68% zu, während die Zahl der Heroinverschreibungen in derselben Zeit um 40% zurückging (Noller, 1993). Die Ursachen scheinen vielfältig zu sein, nicht

zuletzt scheint aber auch eine Demoralisierung bei Ärzten und Personal eingetreten zu sein, die sich als «Verschreibungsmaschinen» missbraucht sahen. In den 80er Jahren schliesslich verschrieben die meisten Behandlungszentren (DDC's) nur noch Methadon für begrenzte Zeit. Zugleich nahm der politische Druck auf die Ärzte zu und die vorherrschende Rechtssprechung liess Unsicherheit aufkommen, so dass heute nur noch eine kleine Minderheit der Psychiater Opiate verschreibt (Noller, 1993). Dementsprechend besteht heute in England ein «bunter Flickenteppich» (Marks, 1992, S. 59) vieler verschiedener Vorgehensweisen gegenüber Süchtigen. Die Praxis der Kliniken der **Region Merseyside bei Liverpool** ist dabei von besonderem Interesse, weil hier **seit 1984/85** eine **diversifizierte Drogenabgabe** betrieben wird (sogenanntes «Liverpooler-Modell»).

### 3.1.1 Die Region Merseyside

Die Behandlungsphilosophie der Kliniken dieser Region zeichnet sich vor allem durch ihren Pragmatismus aus. Es wird davon ausgegangen, dass die Drogensucht nur eine vorübergehende Phase im Leben eines Abhängigen ist, dass der Suchtverlauf von der Therapieform relativ unbeeinflusst bleibt, d.h., dass die Abstinenzrate im Durchschnitt 5% pro Jahr beträgt, und mit einer mittleren Suchtdauer von 10 Jahren gerechnet werden muss. Das Ziel der Behandlung wird nun darin gesehen, die Zeit der Abhängigkeit möglichst ohne Schaden für sich und die Gesellschaft zu überstehen («**Harm-Reduction**»; Marks, 1992). Dieses Modell wurde im Zuge der Verbreitung von AIDS zum Schlüsselkonzept (Mino, 1991). Bezugsberechtigt für die Drogenabgabe ist allerdings nur, wer einen Wohnsitz im Einzugsgebiet der Klinik nachweisen kann (damit wird ein Drogentourismus vermieden), wer nachweisbar (medizinisch und anamnestisch) drogenabhängig ist und wer dem Aufnahmeteam (Arzt und ehemalige Fixer) plausibel machen kann, dass ein Entzug (noch) nicht in Frage kommt. Gleichzeitig wird eng mit den lokalen Polizeibehörden zusammengearbeitet. Wer seine Rationen weiterverkauft oder sich illegalen Stoff besorgt, wird rücksichtslos angezeigt (*Die Wochenzeitung*, 17.12.93). Die Polizei bekämpft Dealer mit aller Härte, aufgegriffene Drogensüchtige werden hingegen beim ersten Mal nur verwahrt und es wird ihnen die Adresse einer Drogenklinik genannt, wo sie sich hinwenden können.

Im Laufe der Behandlung wird versucht, die Süchtigen für weniger risikoreiche Einnahmeformen zu gewinnen (Rauchen statt Spritzen) [Marks, 1992]. In der

**Klinik von Widnes** werden als Alternative zum oralen Methadon z.B. Drogenzigaretten angeboten, sogenannte «Reefers» (getränkt mit 60 mg Heroin und 40 mg Kokain oder 20 mg Amphetamin). Der «Flash» beim Rauchen dieser Zigaretten unterscheidet sich offenbar nur wenig von demjenigen bei der intravenösen Einnahme (Marks, Palombella, 1990). Diese Konsumform (Rauchen) wird denn auch von 70% der Patienten gewählt (*Die Wochenzeitung*, 17.12.93).

Die **Klinik von Halton** verschreibt ein breites Spektrum (Methadon, Heroin, Amphetamin, Kokain u. a.) und verschiedenste Kombinationen dieser Drogen. Eine exakt auf den einzelnen Patienten abgestimmte Drogenkombination soll es ermöglichen, sich dem jeweiligen Stadium der Sucht anzupassen und möglichst viele Süchtige an die Klinik zu binden.

Die ammeisten verschriebene Droge in der Region ist nach wie vor Methadon (oral 50%, intravenös 40% vs. je 3% injizierbares oder rauchbares Heroin; Noller, 1993). Zudem werden offenbar viel niedrigere Dosen verschrieben als im Rahmen der Schweizer Pilotprojekte. Die restriktivere Dosierungspraxis wird allerdings durch die grosse Autonomie in der Wahl des Konsumzeitpunktes und des Konsumortes (die Drogen können in einer Apotheke bezogen und zu Hause konsumiert werden) wieder ausgeglichen (ARUD, 1994).

Vor allem im Bereich der AIDS-Prävention zeigen sich deutliche Effekte dieser Verschreibungspraxis:

- **Rate der ausgetauschten Spritzen** Mersey: 90% GB (gesamt): 60%
- **HIV - Rate** Mersey: 0,1-1% GB: " 7%
- **Kontakte von Fixern mit Institutionen der Drogenhilfe** Mersey: 30-50% GB: " 10-20%  
(Mino, 1991)

Die **Klinik von Warrington** meldet, dass es selbst bei Schwerstabhängigen zu einem massiven Rückgang der Straffälligkeit und zu einer Verbesserung des körperlichen und psychosozialen Zustands kam. Laut Polizeiangaben ist der Schwarzmarkt praktisch verschwunden (Noller, 1993) und Merseyside war 1992/93 neben der City von London der einzige Distrikt im ganzen Land, in dem die Kriminalitätsrate im Sinken begriffen war (*Die Wochenzeitung*, 17.12.93). Wie sich die Drogenpolitik dieser Region auf benachbarte Gebiete bzw. Grossstädte (z.B. Liverpool) ausgewirkt hat, ob beispielsweise eine Abwanderung von Dealern und nicht integrierungswilligen Drogenabhängigen stattgefunden hat, ist ungeklärt. Leider wurde bisher die Chance nicht genutzt,

durch Vergleichsstudien mit demographisch vergleichbaren Regionen des Landes, welche eine prohibitive Drogenpolitik verfolgen, Vor- und Nachteile einer Drogenverschreibung statistisch nachzuweisen. Die vorliegenden Zahlen können deshalb nur im Sinne eines Trends interpretiert werden, welcher allerdings deutlich in die Richtung weist, dass negative Folgen des illegalen Drogenkonsums (HIV-Infektion, hohe Mortalitätsrate, Beschaffungskriminalität) unter diesem Setting deutlich reduzierbar sind (Uchtenhagen, 1993).

Trotz der langjährigen Tradition und der Erfolge in den Bereichen AIDS-Prävention und soziale Reintegration wurde die ärztliche Drogenabgabe in Grossbritannien immer kontrovers diskutiert. Druck von Seiten der US-Regierung, welcher die liberale Verschreibungspraxis schon lange ein Dorn im Auge war, führte nun dazu, dass das britische Gesundheitsministerium die Gesundheitsbezirke von Merseyside neu strukturiert hat und die diversifizierte Drogenabgabe in dieser Region faktisch unterbunden wurde (Marks, 1995; *Die Wochenzeitung*, 17.2.95).

### 3.1.2 Londoner Langzeitstudie von R. Wille (1987)

Der Autor untersuchte den Einfluss der Verschreibung von Heroin und Methadon auf den Genesungsprozess von Heroinabhängigen anhand einer Zufallsstichprobe von 128 Patienten aus 13 Londoner Drogenkliniken (DDC's) über den Zeitraum von 10 Jahren. 1969, ein Jahr nach Behandlungsbeginn waren nur 25% der Klienten sozial angepasst und stabil, die restlichen 75% waren mehr oder weniger dem früheren «Junkie-» oder «Aussteigerlebensstil» treu geblieben. Sie nahmen trotz der legalen Verschreibung weiterhin illegale Drogen ein und hatten Kontakte zur Drogenszene. 1979, zehn Jahre später, hatten 39 Personen (30%) die Behandlung erfolgreich abgeschlossen, waren im Durchschnitt 4.7 Jahre abstinent und hatten sich sozial stabilisiert, 49 (38%) bekamen weiterhin Heroin oder Methadon und 19 (15%) waren mittlerweile gestorben (Wille, 1987).

20 Patienten (16%) der Ausgangsstichprobe erhielten die ganzen zehn Jahre über Heroin verschrieben, waren aber offenbar in der Lage, die negativen Konsequenzen der Heroinabhängigkeit weitgehend zu vermeiden. Wille (1987) spricht sich insgesamt gegen die Erhaltungstherapie (maintenance) aus, weil diese suchterlösend wirke und nicht zum Entzug motiviere. Diese Aussage wird allerdings durch die erwähnte Vergleichsstudie von Schneider in Frage gestellt, die zeigen konnte, dass keine andere Therapieform signifikant höhere Abstinenzraten hervorbringt (vgl. 1.2; sowie Anhang 1).



### 3.1.3 Verschreibung von Heroin vs. Methadon

Hartnoll et al. (1980) untersuchten in einer Vergleichsstudie die Verschreibung von injizierbarem Heroin mit oral einzunehmendem Methadon. Ihre Stichprobe bestand aus 96 Patienten einer Londoner Drogenklinik, welche nach bestimmten Kriterien (Alter zwischen 18 und 35 Jahren, nicht psychotisch, täglicher intravenöser Heroinkonsum mindestens 3 Monate vor Klinikeintritt) ausgewählt und per Zufall entweder der Heroin- oder der Methadongruppe zugeteilt wurden.

#### Ergebnisse:

- Nach 12 Monaten waren noch 74 % der Heroingruppe (31 von 42 Patienten) und 29% der Methadongruppe (13 von 46) im Programm (signifikante Differenz). Bei dieser Zahl mag eine Rolle spielen, dass die meisten Heroinabhängigen in der Hoffnung in die Klinik kamen, Heroin verschrieben zu bekommen und die Methadonbezügler dadurch in ihrer Hoffnung enttäuscht wurden (Hartnoll et al., 1980).
- Von der Methadongruppe waren nach 12 Monaten signifikant mehr Patienten abstinent (14 [30%] vs. 4 [9,5%] in der Heroingruppe), andererseits berichten 28 (61%) aus dieser Gruppe, ihr Einkommen im letzten Monat hauptsächlich durch kriminelle Handlungen erworben zu haben, gegenüber 18 (43%) in der Heroingruppe. Allerdings bestand bereits vor dem Versuch bei den Patienten der Methadongruppe ein leichter Trend zu mehr krimineller Aktivität.
- In bezug auf die Distanzierung von der Drogenszene zeigte sich bei den Patienten der Methadongruppe eine stärkere Polarisierung als bei der Heroingruppe: Entweder verbrachten sie überhaupt keine Zeit in der Szene (10 [22%]) oder dann all ihre Zeit (18 [39%]).

Je nach Standpunkt lassen sich diese Ergebnisse verschieden interpretieren. Geht man von der Abstinenz als Ziel aus, scheint das Methadonprogramm mehr Erfolg zu haben, allerdings zum Preis einer erheblich grösseren Abbruchquote (d.h. es werden viel weniger Abhängige erreicht), eines vermehrten illegalen Drogenkonsums und einer kriminellen Radikalisierung bei den Abbrechern. Visiert man sozialpolitische Ziele an und ist das Ziel, möglichst viele Abhängige zu erreichen, liefert die Heroinverschreibung die besseren Ergebnisse (höhere Haltequote, geringere Kriminalitätsrate und geringerer illegaler Drogenkonsum; Hartnoll et al. 1980). Wie von anderen Forschern wird auch von Hartnoll vorgebracht, **dass allein die Vergabe von**

**Heroin noch keinen Wandel in der Drogenpraxis, bzw. im Lebensstil bewirke. Wichtig seien vielmehr eine aktive Unterstützung durch ein Behandlungsteam sowie psychosoziale Begleitprogramme.**

### **3.2 Holland**

Im Gegensatz zu anderen Ländern wurde in Holland die Drogen-Diskussion von Anfang an öffentlich geführt (Noller, 1993). Auch die Opiatabgabe war Gegenstand dieser Diskussion. Angesichts der zunehmenden Verelendung der Drogenabhängigen, der Zunahme der Kriminalität und der Überforderung des Justizapparates, wurde in der Revision des Betäubungsmittelgesetzes von 1976 die Konsequenz gezogen: Der **Drogenkonsum wurde entkriminalisiert** (van Vliet, 1992). Als Hauptziel der Drogenpolitik wurde nun die Bekämpfung des Schwarzmarktes definiert. Opiatkonsum wurde, ähnlich wie in Grossbritannien, vorrangig als Problem der Gesundheitserziehung betrachtet, und es wurde ein breit gefächertes Hilfsangebot erstellt. Dieses reichte von stark strukturierten, auf Abstinenz ausgerichteten Hilfsprogrammen bis zu niederschweligen Methadonprogrammen (Noller, 1993). Der Erfolg dieser Einrichtungen wird allerdings kontrovers diskutiert. Es wird einerseits von Chaos und systematischem Misserfolg der Drogenhilfe gesprochen, andererseits werden als Erfolge rückläufige Konsumentenzahlen und die Eindämmung von AIDS genannt (zit. in Mino, 1991; Bleich, 1992).

#### **3.2.1 Abgabe und Verkauf von Heroin**

Zu erwähnen wäre hier das «**Hausdealer-Modell**». Von Mitte der 70er Jahre bis 1982 konnten bei einem Hausdealer in einer Anlaufstelle der alternativen Drogenhilfe Heroin und andere Drogen von eingeschriebenen Konsumenten gekauft werden. Medizinisch-soziale Begleitprogramme wurden nicht angeboten. 1982 wurde die Anlaufstelle geschlossen, weil sich der Gesundheitszustand der Teilnehmer verschlechterte, der Andrang zunahm und die erworbenen Drogen auf dem Schwarzmarkt weiterverkauft wurden. Interessant in diesem Zusammenhang ist die Tatsache, dass bei Kokain heute ein recht ähnliches Verteilersystem besteht, welches anscheinend relativ unproblematisch funktioniert: Private Dealer (sogenannte «appartement dealers») verkaufen in Amsterdam an einen festen Kundenkreis Kokain von guter Qualität und zu festen Preisen. Sowohl die Konsumenten als auch die Dealer in diesem Verteilersystem werden von der Polizei toleriert. Es scheint aber,

dass sich in erster Linie Konsumenten mit kontrollierten Gebrauchsmustern hier mit Drogen versorgen. Für Abhängige mit kompulsiven, d.h. «junkie-typischen» Gebrauchsmustern existiert daneben ein Strassen-Schwarzmarkt (Cohen, 1992; Cohen, 1993).

Von 1979 bis 1985 existierten in Amsterdam mehrere **Heroin-Cafés**, sogenannte «CAR's», wo Heroin gekauft und konsumiert werden konnte. Zudem wurde mit einem Bus eine mobile Verteilung unternommen, um möglichst viele Drogenabhängige zu erreichen. Die Erfolgsbeurteilung dieses Projekts reicht von einigermaßen gelungen bis hin zu völligem Mislingen (Derks, 1990). Vergleiche mit Nichtteilnehmern ergaben keine signifikanten Unterschiede. Die genauen Gründe für die Schliessung 1985 sind aber unklar.

### 3.2.2 Das Amsterdamer Morphin-Abgabe-Programm

Dieses Programm lief zwischen 1983 und 1987 und richtete sich einerseits an einen kleinen Kreis von «psychotic drug users», d.h. Drogenabhängige, die unter einer schizophrenen Erkrankung oder einer Depression litten und Heroin wegen der euphorisierenden und antipsychotischen Wirkung im Sinne einer Selbstmedikation einnahmen. Die andere Zielgruppe waren chronische Langzeitabhängige. Von diesen, auf 200-300 Personen geschätzten, «**extrem problematischen Drogengebern**» wurde eine Stichprobe von 60 Personen angestrebt, es konnten aber nur 37 erreicht werden (Derks, 1990). Dies wird unter anderem darauf zurückgeführt, dass gleichzeitig eine kontrollierte Heroinabgabe an 300 Abhängige diskutiert wurde, die sich aber schliesslich als politisch nicht durchsetzbar erwies (Noller, 1993).

Als Aufnahmekriterium diente das Scheitern eines Methadonprogrammes, sowie somatische und psychiatrische Kriterien, welche als indikativ für die angestrebte Zielgruppe galten. Die Patienten des Programms erhielten eine Grunddosis an Methadon und/oder eine Dosis injizierbares Morphin. Neben der Drogenabgabe wurde eine ambulante medizinische Betreuung gewährleistet und auf der psychiatrischen Ebene wurde das Ziel formuliert, bestehende psychische Probleme mittels Psychopharmaka und stützenden Gesprächen anzugehen. Dabei sollten die Hintergründe der Sucht aufgedeckt und neue Lebensstrategien entwickelt werden (Derks, 1986).

Das Morphin-Abgabe-Projekt wurde von einem unabhängigen Forschungsinstitut evaluiert. Nach zwei Jahren erhielten noch 16 Personen (43%) Morphin,

12 (32%) waren auf orales Methadon umgestiegen, 6 (16%) verstarben, 2 (5%) waren auf injizierbares Methadon umgestiegen und 1 Person (3%) war ganz aus dem Programm ausgetreten. **Bei zwei Dritteln der Patienten** wurden die angestrebten **Behandlungsziele erreicht**: Reduktion des drogenbedingten Leides, Herauslösen aus der Drogenszene, körperliche und psychische Stabilisierung. Signifikante Ergebnisse wurden bei der Verminderung der Politoxikomanie sowie depressiver Probleme verzeichnet. Der zusätzliche Konsum von Amphetaminen war allerdings relativ hoch (Morphin + Amphetamin = «Heroin-like»; Derks, 1990). Die Studie zeigt zudem einen positiven Effekt des Programms auf das kriminelle Verhalten der Patienten. Derks (1990) beschreibt die Ergebnisse des Programms als moderat, die gesundheitlichen und sozialen Probleme seien auf ein befriedigendes Mass gesunken. Die Verbesserungen im Bereich Wohnen und Arbeit liessen aufgrund der Passivität der Patienten noch zu wünschen übrig. Eine wichtige Erkenntnis des Experiments sei zudem, dass sich positive Erfolge nicht kurzfristig einstellen, sondern erst nach anderthalb bis zwei Jahren manifest werden (Noller, 1993).

#### **4. DIE SCHWEIZERISCHEN PILOTVERSUCHE ZUR DIVERSIFIZIERTEN DROGENABGABE**

##### **4.1 Zur gesetzlichen Grundlage einer kontrollierten Heroinabgabe in der Schweiz**

Nach Art. 11 Abs. 1 BetmG (Betäubungsmittelgesetz) sind Medizinalpersonen grundsätzlich berechtigt, Betäubungsmittel zu verordnen, soweit dies «nach den anerkannten Regeln der medizinischen Wissenschaften notwendig ist». Die Behandlung von betäubungsmittelabhängigen Personen bedarf zusätzlich einer besonderen kantonalen Bewilligung (Art. 15a Abs. 5 BetmG). Das Problem bei der Abgabe von Heroin besteht nun aber darin, dass es der Gesetzgeber in Art. 8 BetmG – zusammen mit einigen anderen Substanzen (Rauchopium, Halluzinogene wie LSD, Cannabis) – einem generellen Verbot regime unterstellt hat, das von der Herstellung bis hin zu jeglicher Verwendung reicht. Abweichungen davon sind nur unter den in Art. 8 Abs. 5 BetmG genannten Voraussetzungen zulässig:

Das Bundesamt für Gesundheitswesen kann, wenn kein internationales Abkommen entgegensteht, Ausnahmegewilligungen erteilen, soweit die Betäubungsmittel der wissenschaftlichen Forschung oder zu Bekämpfungsmassnahmen dienen oder für eine beschränkte medizinische Anwendung benützt werden.

**Zum Vorbehalt des internationalen Abkommens** ist zu sagen, dass die «Single Convention on narcotic drugs» von 1961 explizit die für die medizinische und wissenschaftliche Forschung (einschliesslich klinischer Versuche) benötigten Substanzen vom Verbot der Herstellung, des Besitzes, der Abgabe usw. ausnimmt (Jenny, 1993) und sich die im März dieses Jahres ratifizierten Abkommen (Psychotropen-Übereinkommen von 1971; Zusatzprotokoll von 1972 zur «single convention») in diesem Punkt nicht gegenteilig äussern.

Der **Vorbehalt der Bekämpfungsmassnahmen** meint z.B. die Ausbildung von Spürhunden usw. und ist in diesem Kontext irrelevant. **Zum Vorbehalt der wissenschaftlichen Forschung** stellt sich Huber (1993) auf den Standpunkt, dass der Gesetzgeber unter wissenschaftlicher Forschung die Forschung im Labor versteht. Die Entstehungsgeschichte legt tatsächlich diesen Schluss nahe, doch zeigt sich auch, dass sich der Gesetzgeber gar nie mit der Möglichkeit klinischer Versuche auseinandergesetzt hat (Jenny, 1993). So geht es hier letztlich um die alte Frage, ob Rechtsnormen entstehungszeitlich, das heisst in Bezug auf den «subjektiven» Willen des historischen Gesetzgebers, oder aber nach ihrem objektiven Gehalt, das heisst geltungszeitlich auszulegen sind. In der Praxis, namentlich bei Strafsachen, hat sich das Bundesgericht weitgehend die zweitgenannte Position zu eigen gemacht (vgl. zuletzt BGE 116 IV S.134 ff.).

Auch bei dem 1975 eingefügten **Vorbehalt der beschränkten medizinischen Anwendung**, bietet sich ein ähnliches Bild. Der Einwand lautet hier, dass der Gesetzgeber darunter die Verschreibung von Heroin an ausgewählte und hoffnungslos terminale Krebspatienten gemeint habe (Huber, 1993). Bei den damaligen Beratungen des Vorentwurfs ging es jedoch hauptsächlich darum, keine generelle Bewilligung, losgelöst von konkreter Verwendung zu erteilen (Jenny, 1993). Der Gesetzgeber hatte den Anwendungsfall der Heroinverschreibung an Abhängige damals (1951) gewiss nicht vor Augen, doch spricht aus obengenannten Gründen nichts zwingend gegen klinische Versuche.

Zu prüfen bleibt noch, ob solche Versuche mit den Grundsatzentscheidungen des Gesetzes in Widerspruch stehen. Geltend gemacht wird hier in erster Linie, dass das Gesetz ganz eindeutig vom **Abstinenzgedanken** ausgehe und die als psychosoziale Massnahme bezeichnete Heroinabgabe dieses Ziel nicht anstrebe (Huber, 1993). Indirekt sagt aber der Gesetzgeber mit Art. 15 Abs. 5 BetrMG, dass die Forderung der Drogenfreiheit mit konkreten Behandlungsinteressen kollidieren kann und dann zurückzutreten hat.

Aufgrund des oben ausgeführten, liegt auf der Hand, dass eine breite ärztliche Heroinabgabe, jenseits von zahlenmässig eng begrenzten klinischen Versuchen, auf der heutigen gesetzlichen Grundlage nicht möglich ist. Die drogenpolitischen Delegationen von FDP, SP und CVP schlagen deshalb eine Teilrevision des Betäubungsmittelgesetzes vor, um eine gesetzliche Grundlage für allfällige Heroinprogramme nach Beendigung der Pilotversuche zu schaffen (*Neue Zürcher Zeitung*, 17.2.95). Angestrebt wird in erster Linie die Streichung von Art. 8 Abs. 1 lit. b BetmG mit dem Ziel, Heroin rechtlich Morphin, Methadon und Kokain gleichzustellen und damit ebenfalls verschreibungsfähig zu machen.

#### 4.2 Ausgangslage und Vorgeschichte der Pilotversuche

Aufgrund der bisherigen Erfahrungen wird geschätzt, dass **mit den traditionellen Behandlungsprogrammen nur ca. ein Drittel aller Drogenabhängigen erreicht wird** (Uchtenhagen, 1991). Mino (1991) geht sogar so weit, von einem generellen Scheitern aller früheren Behandlungen, sowohl abstinenzorientierter Angebote wie auch von Methadonprogrammen zu sprechen. Tatsache ist, dass weder die intensivierten Bemühungen der Strafverfolgungsbehörden (Verdoppelung der Anzahl Verzeigungen wegen Drogenhandels und -konsums zwischen 1990 und 1993; Schweizerische Betäubungsmittelstatistik für die genannten Jahre) noch der sukzessive Ausbau an therapeutischen Behandlungsplätzen verhindern konnten, dass sich die Zahl der drogeninduzierten Todesfälle in den letzten zehn Jahren verdreifacht hat (1984: 133; 1994: 400; Schweizerische Betäubungsmittelstatistik für die genannten Jahre) und der Gesundheitszustand bei Schwerstabhängigen, zugespitzt durch die Verbreitung der HIV-Infektion, erschreckende Masse angenommen hat.

Bereits 1979 wurde im Nationalrat mit der Motion Leuenberger erstmals eine kontrollierte Drogenabgabe gefordert. 1989 wiederholte die Motion Günther diese Forderung und der Stadtrat von Zürich postulierte im gleichen Jahr unter dem Eindruck der Verhältnisse in der damaligen offenen Drogenszene auf dem Platzspitz eine kontrollierte Heroinabgabe. Nachdem auch im nahen Ausland in einer Resolution verschiedener Städte Versuche mit der Abgabe von Opiaten gefordert wurden (Frankfurter Resolution der europäischen Städte, Nov. 1990) und die offene Drogenszene um den Bahnhof Letten in den Medien immer mehr zum «Schandfleck» der Schweiz avancierte, erliess der Bundesrat im Oktober 1992 die «Verordnung über die Förderung der

wissenschaftlichen Begleitforschung zur Drogenprävention und Verbesserung der Lebensbedingungen Drogenabhängiger» (Uchtenhagen, 1993, S.1; ARUD, 1994). Damit war der Grundstein gelegt, um die Pilotprojekte zur diversifizierten Verschreibung von Betäubungsmitteln durchzuführen.

Diese **Pilotprojekte** sind definiert als wissenschaftliche Versuche **mit dem Ziel, neue Ansätze in der Behandlung Drogenabhängiger zu erproben**. Dass sich einzelne Trägerschaften und Politiker von den Projekten eine Schadensbegrenzung und eine Verkleinerung der offenen Drogenszene erhoffen, darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass es sich vom Konzept her um eng begrenzte Pilotversuche und nicht um eine flächendeckende drogenpolitische Massnahme handelt. Eine solche wäre politisch wohl auch kaum durchsetzbar gewesen. Die Pilotversuche können unter diesem Gesichtspunkt auch als politischer Kompromiss betrachtet werden.

Ausgegangen wurde von den Erfahrungen der Kliniken in Merseyside, Grossbritannien (vgl. 3.1.1) und des Morphin-Abgabe-Projektes in Amsterdam (vgl. 3.2.2). Das Fazit dieser Behandlungsversuche wird damit umschrieben, dass mit einer diversifizierten Verschreibungspraxis von anderen Stoffen als oralem Methadon eine zusätzliche Gruppe von Heroinabhängigen in ein Behandlungsarrangement eingebunden werden konnte (Uchtenhagen, 1993).

#### **4.3 Ziele und Anforderungen an die Projekte**

Im Zentrum des therapeutischen Interesses steht die Beobachtung der individuellen biographischen Entwicklung der Teilnehmer des Versuchs. Als **Ziel** wird eine **Verbesserung des körperlichen und psychischen Gesundheitszustandes, eine Verbesserung der sozialen Integration und Arbeitsfähigkeit, eine Distanzierung von der Drogenszene sowie ein Abbau des deliktischen Verhaltens angestrebt** (BAG, 1993). Zudem sollen die Pilotprojekte einer verbesserten Kenntnis über die Eigenschaften und Wirkungsweisen der dabei verwendeten Betäubungsmittel dienen (vgl. Anhang 2). Von vornherein ausgeschlossen wird die Erforschung der Auswirkungen, welche die Pilotprojekte auf den Umfang der offenen Drogenszenen, auf das Ausmass der drogenbedingten Gesamtdelinquenz und auf die Ausbreitung der AIDS-Epidemie haben. Dazu wäre ein wesentlich aufwendigeres Forschungsdesign nötig (Uchtenhagen, 1993). Im Juni 1993 wurde schliesslich der definitive Forschungsplan der Öffentlichkeit vorgestellt. Vorgesehen wurden neun Abgabeprojekte in acht verschiedenen Schweizer

Städten, mit insgesamt 700 Drogenabhängigen (siehe Anhang 3). Die einzelnen Gruppen dienen sich dabei gegenseitig als Kontrollgruppen, zudem dienen die bisherigen Methadonprogramme als generelle Kontrollgruppe für den ganzen Versuch (BAG, 1993; vgl. dazu kritisch 4.7). Die Pilotversuche richten sich ausschliesslich an Schwerstabhängige (geschätzte Zahl in der Schweiz: 3 000-5 000 (Uchtenhagen, 1993). Die Teilnahmebedingungen sind entsprechend angesetzt: Mindestalter 20 Jahre, nachgewiesene Heroinabhängigkeit von mindestens 2 Jahren mit täglichem Heroinkonsum und Nachweis von mindestens zwei gescheiterten qualifizierten Behandlungsversuchen (Uchtenhagen, 1993). Von den einzelnen Projekten wird eine umfassende medizinische und psychosoziale Begleitbetreuung verlangt, d.h. mindestens ein Gespräch pro Woche mit der zuständigen Betreuungsperson, mindestens ein Gespräch pro Monat mit dem leitenden Arzt sowie Angebote für Unterkunft und Tagesstrukturen (BAG, 1993; ARUD, 1994). Alle aufgenommenen Personen müssen obligatorisch an diesen therapeutischen und ärztlichen Gesprächen sowie an den Befragungen und Untersuchungen teilnehmen, die mit der Auswertung und Evaluation der Versuche verbunden sind. Wer sich diesem Prozedere entzieht, wird ausgeschlossen. Diese hochschwelligsten Anforderungen sind von verschiedenen Seiten kritisiert worden, weil gerade verwahrloste Schwerstabhängige nicht in der Lage seien, sich daran zu halten (*Die Wochenzeitung*, 17.12.93). Die **Auswertung** wird unabhängig von den Projekten **durch die Forschungsgruppe des Sozialpsychiatrischen Dienstes (SPD) der Stadt Zürich** durchgeführt.

#### 4.4 Angelaufene Projekte

Am 10. Januar 1994 starteten die beiden Projekte in **Zürich**, wobei das Sozialamt der Stadt Zürich (Projekt Lifeline) an 50 Personen je nach individueller Indikation Heroin (injizierbar und/oder rauchbar) und Methadon (oral) verschreiben konnte, während das Projekt DDD-F (Diversifizierte Drogenverschreibung und Drogenabgabe an drogenabhängige Frauen) der ARUD 150 drogenabhängige Frauen per Zufall auf drei Gruppen verteilen sollte (1. Heroin injizierbar und/oder rauchbar; 2. Morphin injizierbar und/oder Morphinretard Tabletten; 3. Methadon injizierbar. In allen drei Gruppen ist Methadon zum Schlucken zusätzlich erhältlich). Die Projekte in **Bern** (Koda1, seit Anfang Juni 94), **Olten** (seit Anfang Juni 94) und **Thun** (seit Anfang August 94) sind etwas später ebenfalls angelaufen, wobei Bern das gleiche Forschungsdesign wie die ARUD verwendet mit der Ausnahme, dass hier Frauen und Männer berücksichtigt werden. In Thun und Olten handelt es sich um



Doppelblindversuche mit Heroin und Morphin, d.h. weder Ärzte noch Patienten wissen, wer Heroin und wer Morphin bekommt. (Offenbar sind aber die Patienten und Patientinnen in der Lage, die beiden Substanzen mit grosser Treffsicherheit zu unterscheiden (*Die Wochenzeitung*, 2.9.94). Die Projekte in **Basel** und in **Freiburg** sind im November 1994 angelaufen. Die Stadt **Zug** bewarb sich aufgrund der Probleme in anderen Morphin-Projekten (vgl. 4.5) für eine Umwandlung ihrer Morphin- in Heroinplätze, womit zeitliche Verzögerungen verbunden waren. Mit dem Start des Projektes wird aber spätestens auf den 1. August 1995 gerechnet, falls die Stimmberechtigten des Kantons Zug nicht einer SVP-Initiative «für eine abstinenzorientierte Drogenpolitik» zustimmen, welche die kontrollierte Drogenabgabe verunmöglichen würde (*Neue Zürcher Zeitung*, 6.5.95).

Die Stadt **Schaffhausen** schliesslich hat den Verzicht auf ihr Projekt bekannt gegeben.

Bis zum jetzigen Zeitpunkt sind demnach 7 der 9 Projekte mit insgesamt 355 Drogenabhängigen (von 650 Vorgesehenen) angelaufen (Stand 1.4.95). Von den Heroinplätzen waren 286 vergeben, während die 100 Morphinplätze mit 28 Personen, die 100 Methadonplätze mit deren 41 besetzt waren (*Neue Zürcher Zeitung*, 24.5.95). Die zur Zeit geringe Belegung der Heroinplätze lässt sich damit erklären, dass ihre Anzahl erst im Januar 1995 auf 500 verdoppelt wurde. Zuvor waren praktisch alle Plätze belegt. Die geringe Auslastung der Morphin- bzw.

Methadonplätze hingegen ist eher darauf zurückzuführen, dass diese aus medizinischen Gründen z. T. gar nicht belegt wurden (vgl. 4.5) und andererseits Morphin und injizierbares Methadon als szenenfremde Drogen bei Heroinabhängigen offenbar auf keine grosse Akzeptanz stiessen.

Während Uchtenhagen (zit. in *Neue Zürcher Zeitung*, 7.9.94) davon spricht, dass mit den bisher angelaufenen Projekten jene langjährigen Drogensüchtigen erreicht werden konnten, die man als Zielgruppe im Auge hatte, geht Hämmig (zit. in *Die Wochenzeitung*, 2.9.94), medizinischer Leiter der Koda1-Projekte in Bern davon aus, dass die vorgegebenen Aufnahmehürden zu hoch waren und darum nur wenige «Junkies» aus der offenen Drogenszene erreicht werden konnten. Im Projekt Koda1 befinden sich offenbar hauptsächlich halbwegs integrierte Fixer mit z.T. allerdings sehr langer Drogenkarriere.

Bislang liegen noch keine Zwischenergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung vor, doch können anhand der Erhebungen durch die einzelnen Projekte erste Trends beobachtet werden.

#### 4.5 Projekt DDD-F der ARUD Zürich

Bei allen fünf anfänglichen Patientinnen der **Morphingruppe** traten unerwartet heftige Histaminreaktionen auf (Hautrötungen, Hautschwellungen, starke Kopfschmerzen und Juckreiz). Das Phänomen ist zwar aus Erfahrungsberichten klassischer Morphinisten und durch das Amsterdamer Morphin-Projekt (vgl. 3.2.2) bekannt und soll nach einer Pilotstudie des BAG in Basel nur in der Anfangsphase auftreten und sich dann jeweils rasch zurückbilden (*Tages-Anzeiger*, 1.7.94), doch wurde man offenbar durch die Stärke des Phänomens überrascht. Eine Ursache könnte darin bestehen, dass Zürcher Heroinkonsumentinnen an extrem hohe Heroindosen gewöhnt sind und dass dieser Sättigungsspiegel mit dem nur halb so starken Morphin ohne die erwähnten Nebenwirkungen fast nicht zu erreichen ist (ARUD, 1994). In der **Methadongruppe** ergaben sich ebenfalls medizinische Probleme, dies im Zusammenhang mit den hohen Konzentrationen und grossen Injektionsvolumina. Die Patientinnen klagten über schmerzhaft Reaktionen der Venen. In beiden Gruppen war dadurch die Compliance (Mitmachen und Verbleib im Programm) sehr schlecht und die Abgabe von Morphin und Methadon wurde im Februar 1994 vorläufig eingestellt. In den Städten Bern, Basel, Thun, Olten und Freiburg laufen derzeit sowohl Morphin- als auch Methadonprogramme, allerdings erst mit sehr geringer Nachfrage. Beim Projekt DDD-F hingegen existiert nur noch die Heroingruppe.

Bei den Patientinnen, die schliesslich ins DDD-F Programm aufgenommen wurden, handelte es sich nicht um eine Zufallsstichprobe, Interessentinnen konnten sich vielmehr selbst anmelden und wurden entsprechend den Kriterien des Bundes (siehe oben) zugelassen oder nicht. Die vorgesehene Zufallsverteilung auf die drei Substanzen wurde aufgrund der medizinischen Komplikationen wieder fallengelassen. Die folgenden Daten wurden mittels standardisierter Fragebögen, welche auch die Forschungsgruppe des SPD für die Gesamtevaluation verwendet sowie mittels Blut- und Urinproben erhoben (ARUD, 1994).

Von ursprünglich 118 Frauen, die zu einem Aufnahmegespräch erschienen, wurden 77 Patientinnen definitiv aufgenommen und davon sind derzeit noch 49 in Behandlung, dies entspricht einer Haltequote von 63% (ARUD, 1995; vgl. Anhang 4). Von den 28 Drop-Outs sind rund die Hälfte in eine strukturierte, meist methadonunterstützte Behandlung übergetreten, einige Austritte erfolgten aufgrund der hohen strukturellen Anforderungen. Für sozial integriertere Patientinnen ist dies in erster Linie die Tatsache, dass Drogen unter Sichtkontakt

eingenommen werden müssen, d.h. mehrmaliges tägliches Erscheinen nötig ist. Die stark eingeschränkten Mitgabemöglichkeiten werden denn von der ARUD auch kritisiert, sie seien aus ärztlicher Sicht längerfristig inakzeptabel (ARUD, 1994). Das Durchschnittsalter der aufgenommenen Patientinnen beträgt 29 Jahre und nur 8% hatten bei der Aufnahme eine Beschäftigung. Die HIV-Rate beträgt 64% (Vgl. Anhang 4). Der Anteil der Patientinnen, die nebenbei Kokain konsumieren nahm im Verlauf des ersten halben Jahres von 70% auf 43% ab (ARUD, 1994), wird aktuell aber mit rund 50% angegeben (*Die Wochenzeitung*, 17.2.95). Nach Ansicht von Seidenberg (zit. in ARUD, 1994) liessen sich die durch den Kokainbeigebrauch bedingten Ausflüge in die Drogenszene durch Abgabe von Kokainzigaretten («Cocqueretten») weiter vermindern. Dass der Kokainkonsum trotzdem schon zurückgegangen ist, führt er darauf zurück, dass die Patientinnen innerhalb der Sicherheitsgrenzen die Heroindosis und den Konsumzeitpunkt selber bestimmen können und dadurch der Heroinkonsum den eigenen Bedürfnissen optimal angepasst werden kann. Etwa die Hälfte der Patientinnen hat im Verlauf der Behandlung die Prostitution aufgegeben (*Weltwoche*, 15.9.94). 38% gehen jetzt einer geregelten Arbeit nach und mit Ausnahme von einer Patientin haben alle eine geregelte Wohnsituation herstellen können (ARUD, 1995).

#### **4.6 Projekt Lifeline des Sozialamtes der Stadt Zürich**

Die Stichprobe wurde in diesem Fall gezogen, indem an zwei bestimmten Tagen während exakt vier Stunden telefonische Anmeldungen entgegengenommen wurden. Es stellt sich die Frage, ob durch dieses Selektionsverfahren nicht ausdauernde und besser strukturierte Drogenabhängige in der Stichprobe überrepräsentiert sind.

Die nachfolgenden Daten wurden ebenfalls mit den erwähnten standardisierten Fragebogen erhoben. Die Nachfrage um Aufnahme in dieses Projekt überstieg das Angebot von 50 Plätzen um das zwei- bis dreifache. Bei den 58 aufgenommenen Patienten handelt es sich grösstenteils um Schwerstabhängige mit langen Suchtverläufen (durchschnittlich 10 Jahre) und erheblichen Defiziten im psychosozialen und somatischen Befinden. 31% waren beim Eintritt obdachlos, 43% sind HIV-positiv. Das durchschnittliche Alter beträgt 32 Jahre. 10 Frauen (17%) stehen 48 Männern (83%) gegenüber (vgl. Anhang 4). Es handelt sich grösstenteils um Drogenabhängige mit ausgesprochener «Junkie-Identität», d.h. sie bewegten sich jahrelang praktisch ausschliesslich in der Drogenszene, andere soziale Bezüge wurden weitgehend abgebrochen. Im

Verlauf von 8 Monaten zeigte sich praktisch bei allen Patienten und Patientinnen eine Verbesserung des äusseren Erscheinungsbildes und der Einhaltung minimaler hygienischer Standards, daneben wurde eine psychische Stabilisierung und eine bessere Integration festgestellt (mit 3 Ausnahmen hatten nun alle eine geregelte Wohnsituation). Wesentlich schwieriger gestalteten sich Veränderungen im Bereich von Arbeit bzw. Beschäftigung. Nur ca. 10% verfügten bei Eintritt über eine geregelte Erwerbstätigkeit. Die meisten bezogen Fürsorgeleistungen bzw. eine IV-Rente und waren seit längerer Zeit nicht mehr erwerbstätig. Der Weg zurück in eine halbwegs geregelte Erwerbstätigkeit erweist sich als lang und schwierig und für viele scheint das realistischere anvisierbare Ziel ein geschützter Arbeitsplatz zu sein. Die Kontakte zur illegalen Drogenszene nahmen auch in diesem Projekt ab, wobei in der Abhängigkeit von Kokain einer der Hauptgründe dafür gesehen wird, dass ca. 25% nach wie vor häufig und jeweils für längere Zeit in der offenen Drogenszene anzutreffen sind. Bei den übrigen Teilnehmern und Teilnehmerinnen zeigt sich hingegen ein deutlicher Bruch mit der Szene (Sozialamt der Stadt Zürich, 1994). Die Haltequote in diesem Projekt beträgt nach 8 Monaten 78% (vgl. Anhang 4). Von den 13 Drop-Outs wurden 4 ausgeschlossen, 4 traten in andere Substitutionsprogramme über und 5 blieben ohne Angabe von plausiblen Gründen der Abgabe fern. Die Abgabe von Kokain-Zigaretten war bisher nur im Rahmen einer dreimonatigen Pilotstudie möglich. Nun muss das BAG über eine definitive Einführung entscheiden. Die Nichtabgabe von Kokain könnte aber nach Prof. A. Uchtenhagen (zit. in *Weltwoche*, 15.9.94) zu einem Problem für die Projekte in Zürich werden, da der Mischgebrauch von Kokain und Heroin in der Szene offenbar weit verbreitet ist.

#### **4.7 Methodische Kritik**

Wird die Auswirkung der Verschreibung von drei verschiedenen Substanzen (Heroin, Morphin, Methadon) auf verschiedene interessierende Variablen (Gesundheitszustand, soziale Integration, Delinquenzverhalten der Patienten usw.) als Beobachtungsziel eines Experiments angestrebt (vgl. Anhang 5), so ist eine zufällige Verteilung der Versuchspersonen auf die einzelnen Versuchsgruppen absolut unerlässlich. Ansonsten ergibt sich aufgrund der Selbstwahl durch die Patienten eine derart unkontrollierbare Verzerrung der Stichprobe, dass eine Erklärung der Varianz, welche durch die verabreichte Substanz bedingt ist, verunmöglicht wird.

Genau dieser Fall ist jedoch nach den Komplikationen in den Methadon- und

Morphingruppen und der damit verbundenen Änderung des Untersuchungsdesigns eingetreten. Die Patienten konnten nun frei wählen, ob sie in eine Heroingruppe umgeteilt werden wollten oder nicht (ARUD, 1994; *Basler Zeitung*, 23.3.95). Dadurch wird es praktisch unmöglich, allfällige Behandlungserfolge mit der verabreichten Substanz in Zusammenhang zu bringen.

Ein Vergleich mit Stichproben aus anderen Methadonprogrammen, welche mit den vorliegenden in keiner Weise parallelisiert wurden und sei es nur durch eine zufällige Verteilung auf die beiden Therapieformen (wie dies beispielsweise bei der Studie von Hartnoll et al., 1980, der Fall ist; vgl. 3.1.3), ist aus den gleichen Gründen problematisch.

Wie oben erwähnt, sind die Stichproben der einzelnen Projekte nicht nach dem Zufallsprinzip gezogen worden und können deshalb nicht als repräsentativ für die Population aller Drogenabhängigen bzw. aller Schwerstabhängigen betrachtet werden. Dadurch wird eine spätere Verallgemeinerung der Untersuchungsergebnisse stark eingeschränkt.

Es stellt sich also grundsätzlich die Frage, welcher Erkenntnisgewinn durch die vorliegenden Versuche zu erwarten ist. Dass sich der Gesundheitszustand bessert, wenn saubere Spritzen und reiner Stoff zur Verfügung stehen, und regelmässige ärztliche Betreuung gewährleistet ist, leuchtet unmittelbar ein, dass die Obdachlosigkeit abnimmt, wenn Wohnplätze vermittelt werden und dass vermehrt Schwerstabhängige eingebunden werden können, wenn die Aufnahmekriterien speziell darauf angelegt sind ebenfalls, dass mehr Personen in den Programmen verbleiben, wenn sie die Droge ihrer Wahl bekommen, erstaunt auch nicht.

Mögliche Erkenntnisse sind deshalb eher in bezug auf die Präferenzen der Drogenabhängigen zu erwarten: wer warum welches Programm gewählt hat. Zudem wird man Aussagen über allfällige Veränderungen der Patienten verglichen mit dem Eintrittszustand und über die allgemeine medizinische und technische Realisierbarkeit von Heroinprogrammen machen können.

Müssen die Heroinabgabeprogramme aber ihre Überlegenheit oder Ebenbürtigkeit gegenüber anderen Therapieprogrammen beweisen, so wird das mit dieser Versuchsanordnung nicht zu machen sein. Letztlich wird die Frage, ob man auf das Ideal der Drogenabstinenz zugunsten der Schadensbegrenzung verzichten und den Abhängigen den Zugang zu den

Drogen ihrer Wahl erleichtern soll, sowieso nicht durch wissenschaftliche Experimente zu lösen sein. Dies bleibt eine ethisch-moralische Frage, welche aufgrund politischer Machtkonstellationen entschieden werden wird.

#### 4.8 Zukunft der Projekte

In einem Grundsatzentscheid hat der Bundesrat am 3. Oktober 1994 beschlossen, dass die Gesamtzahl der Versuchsplätze von 700 auf 1000 ausgeweitet werden kann. Die formelle Bewilligung dieses Beschlusses erfolgte Ende Mai 1995. Nachdem der Bundesrat bereits am 31.1.95 eine Neuverteilung der bisherigen Abgabepplätze vorgenommen hatte (vgl. Anhang 3), hätten nun theoretisch noch 300 zusätzliche Heroinplätze bewilligt werden können (*Neue Zürcher Zeitung*, 24.5.95). Das BAG machte die Erteilung einer Bewilligung jedoch davon abhängig, dass mit der Patientenbetreuung spätestens am 15. September 1995 begonnen werden kann. Dieses Kriterium erfüllten schliesslich Projekte in Biel, Winterthur, Uster, Horgen, Solothurn, Luzern, St. Gallen, Zürich (Lifeline 2) sowie in der Strafanstalt Oberschöngrün, Solothurn, wo an acht schwerstsuchtliche Häftlinge Heroin abgegeben werden kann (*Neue Zürcher Zeitung*, 27.6.95; *Neue Zürcher Zeitung*, 28.6.95; vgl. Anhang 3). Damit umfassen die Pilotversuche nun insgesamt 788 Heroin-, 100 Morphin- und 125 bis 150 Methadonplätze.

Weil die Pilotversuche bis Ende 1996 befristet sind, stellt sich die Grundsatzfrage, ob eine derartige Erweiterung noch mit dem ursprünglichen Versuchsplan zu vereinbaren ist, ob es sich nicht vielmehr um Folgeprojekte handelt, welche die Ergebnisse der Gesamtevaluation abwarten müssten. Hinzu kommt die Ungewissheit, ob nach Ende der regulären Versuchszeit eine Heroinabgabe an die verbliebenen Patienten weitergeführt werden kann, weshalb es zumindest fragwürdig erscheint, noch kurzfristige Projekte mit 1-1,5 Jahren Laufzeit zu initiieren.

Wie der Bundesrat betont, will er mit den Pilotversuchen Erfahrungen sammeln, um gegen 1997 seine Haltung in der Drogenfrage neu zu überprüfen. Zur Diskussion steht u.a. die Einführung der Strafflosigkeit des Eigenkonsums sowie die Änderung des Betäubungsmittelgesetzes in bezug auf die Möglichkeit einer breiteren kontrollierten ärztlichen Drogenabgabe (BAG, 1993). Da im Jahre 1997 ebenfalls die «Initiative für eine vernünftige Drogenpolitik» sowie die «Initiative für eine Jugend ohne Drogen» zur Abstimmung gelangen werden, könnte der weitere Verlauf der Pilotversuche zu einem wichtigen Faktor in der drogenpolitischen Meinungsbildung werden.

## 5. SCHLUSSBEMERKUNG

Vielleicht muss Amendt (1992) recht gegeben werden, wenn er sagt: «Das Drogenproblem ist nicht lösbar» (S. 9). Dazu ist es zu komplex und zu stark verflochten mit anderen Problemen unserer Gesellschaft. Auch die diversifizierte Drogenabgabe nach englischem Muster (d. h. die Verschreibung von Methadon, Heroin, Amphetamin, Kokain u. a., je nach individueller Indikation) wird es nicht lösen können. Reduziert man die Ziele aber auf eine Entschärfung des Problems, d.h. auf eine Verminderung der negativen Nebeneffekte des Konsums illegaler Drogen, so scheint dieses Modell das einzige zur Zeit greifbare zu sein, das zumindest einigen Erfolg verspricht (vgl. Merseyside, 3.1.1). Die schweizerischen Pilotversuche sind ein erster Schritt in diese Richtung, es werden aber auf dem Weg zu einer kohärenten Drogenpolitik noch einige Hürden zu überwinden sein. Wie die aktuelle Entwicklung in Merseyside, Grossbritannien zeigt, werden drogenpolitische Entscheide letztlich nicht vor dem Hintergrund ärztlicher Erfahrung, sondern aufgrund machtpolitischer Konstellationen gefällt.

Eine Freigabe illegaler Drogen, z.B. im Rahmen des Arzneimittelgesetzes, ist für ein einzelnes Land zum jetzigen Zeitpunkt als unrealistisch einzustufen, weil sie einerseits politisch kaum durchsetzbar wäre und weil es andererseits unweigerlich zu einem Drogentourismus aus prohibitiven Ländern kommen würde. Diejenigen auf der anderen Seite, welche eine Intensivierung des «war on drugs» US-amerikanischer Prägung vorschlagen, können kein plausibles Argument dafür liefern, wieso diese Strategie nach 25 Jahren Erfolglosigkeit nun doch noch zum Durchbruch führen sollte.

Sozial unverträglich am Konsum illegaler Drogen ist ja weder der Konsum an sich (der grosse Teil der Konsumenten tut dies sozial unauffällig) noch die Tatsache, dass es überhaupt Süchtige gibt (das Gesetz kennt die Freiheit zur Selbstschädigung, wenn sie nicht die Freiheit anderer beeinträchtigt) sondern die enorme Beschaffungskriminalität vor allem Schwerstabhängiger, die Verslumung von Quartieren, in denen sich die offene Drogenszene befindet und die Belastung für die Volkswirtschaft (AIDS-Erkrankungen, Ausgaben für die Strafverfolgung usw.). Vieles spricht dafür, dass eine pragmatische, diversifizierte ärztliche Drogenabgabe in der Lage wäre, diese angesprochenen Probleme zu entschärfen. Dass es Drogensüchtige gäbe, die auch durch die Maschen dieses Netzes fallen würden und dass ein Schwarzmarkt für all die integrierteren Kokain- und Heroinkonsumenten sowie die Neueinsteiger bestehen bliebe, muss vermutet werden. Eine pragmatische Drogenpolitik

müsste hier den Versuch wagen, kleine, verdeckte Szenen zu tolerieren (vgl. Holland, 3.2.1), um damit eine problematische Ballung wie am «Letten» oder auf dem «Platzspitz» überflüssig zu machen. Unter diesen Voraussetzungen könnte dann auch ohne schlechtes Gewissen konsequent gegen die offenen Szenen, bzw. den Strassenhandel vorgegangen werden.

**Anhang 1:** Durchschnittswerte der Abstinenzraten von 30 Langzeitkatamnesen bei Opiatabhängigen

Kulturkreis	Katamnesezeit (Jahre)	Variationsbreite der Abstinenzraten				Durchschnittswert
		Autoren	Min.	Max.	Autoren	
US-Amerika	1-5	(Hunt/Odoroff)	7%	– 49%	(Macro Syst. Inc.)	25.35%
	5-10	(Sells u. a.)	17%	– 51%	(Thorley)	32.11%
	10-20	(Vaillant)	30%	– 43%	(O'Donnell)	34.50%
Europa	0.5-12*	(Gunne)	23%	– 41%	(Raschke u. a.)	33.50%

\* Für Europa wird nicht nach Katamnesezeiten unterschieden, da die Anzahl der Studien relativ klein ist.

Quelle, Schneider, 1993



## Anhang 2: Forschungsfragen der BAG-Pilotversuche

- |                          |   |
|--------------------------|---|
| Patientenbezogene Fragen | <ul style="list-style-type: none"><li>• medizinisch-psychiatrische Folgen</li><li>• Veränderungen des Suchtverhaltens</li><li>• Veränderungen der Sozialbewährung</li></ul>                     |
| Substanzbezogene Fragen  | <ul style="list-style-type: none"><li>• pharmakologische Wirkungen</li><li>• toxikologische Wirkungen</li><li>• therapeutische Verwendbarkeit</li></ul>   |
| Projektbezogene Fragen   | <ul style="list-style-type: none"><li>• Realisierbarkeit der Einzelprojekte</li><li>• Effektivität der Projekte</li><li>• Wirtschaftlichkeit der Projekte</li></ul>                             |
| Gesamtevaluation         | <ul style="list-style-type: none"><li>• Vorteile/Nachteile im Vergleich zur Verschreibung von oralem Methadon</li><li>• Empfehlungen zuhanden Gesetzgebung und therapeutischer Praxis</li></ul> |

Quelle: BAG - Bundesamt für Gesundheitswesen (Hrsg.), *Medienorientation zur ärztlichen Verschreibung von Betäubungsmitteln*, Bern, 1993.

**Anhang 3:** Verteilungsschlüssel der BAG-Pilotversuche ab. Juli 95 (ursprünglich vorgesehene Verteilung im Klammern)

Projektname /Stadt	Heroin	Morphin	Methadon (intravenös)
Lifeline, Sozialamt Zürich	60 (50)		
DDD-F, ARUD Zürich	100 (50)	25 (50)	15 (50)
Koda 1, Bern	110 (50)	25 (50)	15 (50)
Janus, Basel	110 (50)	20 (50)	20 (50)
Thun	40 (25)	10 (25)	
Olten	40 (25)	10 (25)	
Freiburg			50 (50)
Schaffhausen ①	20 (-)	5 (25)	
Zug①	20 (-)	5 (25)	
<b>Stand 31.1.95</b>	<b>500 (250)</b>	<b>100 (250)</b>	<b>100 (200)</b>
Zusätzlich bewilligte Projekte (27.6.95)			
Strafanstalt Oberschöngrün, Solothurn	8 (-)		
Biel (ARUD)①	25 (-)		
Winterthur ①	25 (-)		25-50 (-)
Uster ①	25 (-)		
Horgen ①	30 (-)		
Solothurn①	30 (-)		
Luzern①	40 (-)		
St. Gallen①	40 (-)		
Zürich (Lifeline 2) ①	65 (-)		
<b>Gesamttotal</b>	<b>788</b>	<b>100</b>	<b>125-150</b>

①: noch nicht gestartet

Quellen: BAG - Bundesamt für Gesundheitswesen (Hrsg.), *Medienorientierung zur ärztlichen Verschreibung von Betäubungsmitteln*, Bern, 1993; NZZ, 3.3.1995

**Tabelle 4:** Deskriptiver Vergleich der Projekte «Lifeline» und «DDD-F» mit dem «Zokl1» Methadon-Programm

	DDD-F		Lifeline	Zokl 1 (Methadon)
Beobachtungszeitraum	12.93 - 6.94	12.93 - 12.94	1.94 - 10.94	2.92 - 12.92
Anzahl ins Programm aufgenommener Personen	50	77	58	700
Männer	24%	19%	83%	73%
Frauen	76%	81%	17%	27%
Durchschnittsalter	29 Jahre	29 Jahre	32 Jahre	26 Jahre
Haltequote	82%	63%	78%	48%
geregelte Arbeit bei Eintritt	12%	8%	10%	28%
obdachlos bei Eintritt	16%	–	31%	20%
Länge der durch- schnittlichen Suchtkarriere	–	–	10 Jahre	4.4 Jahre
HIV-Prävalenz	–	64%	43%	14%

Quellen: ARUD, 1994; ARUD, 1995; Sozialamt der Stadt Zürich, 1994; Christen et al., 1994.

**Anhang 5: Untersuchungsdesign der BAG-Pilotversuche**

Gruppe	Zielsetzung	Substanzen	Design	Kontrollgruppe
1	spezifische Heroineffekte gegen Morphin	– Heroin intravenös (i. v.) – Morphin i. v.	– Doppelblind – Zuordnung nach Zufall	Methadon oral
2	substanzspezifische Unterschiede ohne individuelle Faktoren	– Heroin i. v. – Morphin i. v. – Methadon i. v.	Zuordnung nach Zufall	– Gruppe 3 und 4 – Methadon oral
3	Kontextfaktoren	– Heroin i. v. – Morphin i. v. – Methadon i. v.	– regionale Verteilung – Individuelle Indikation	– Gruppe 2 – Methadon oral
4	substanzspezifische Unterschiede inkl. individuelle Faktoren	– Heroin i. v. – Morphin i. v. – Methadon i. v.	individuelle Indikation	– Gruppe 2 – Methadon oral
5	Effekte der Sonderprogramme für Frauen	– Heroin i. v. – Morphin i. v. – Methadon i. v.	individuelle Indikation	– Frauen aus anderen Projekten – Methadon oral

Quelle: BAG - Bundesamt für Gesundheitswesen (Hrsg.), *Medienorientierung zur ärztlichen Verschreibung von Betäubungsmitteln*, Bern, 1993.

## Literatur

Amendt G., *Die Droge Der Staat Der Tod*, Rasch und Röhring, Hamburg, 1992.

ARUD - Arbeitsgemeinschaft für risikoarmen Umgang mit Drogen (Hrsg.), *Methadon*, ARUD, Zürich, 1993.

ARUD - Arbeitsgemeinschaft für risikoarmen Umgang mit Drogen (Hrsg.), *Diversifizierte Drogenverschreibung und Drogenabgabe an Drogenabhängige Frauen in Zürich in der ARUD-Poliklinik Zokl2. 1. Zwischenbericht Juni 1994*, ARUD, Zürich, 1994.

ARUD - Arbeitsgemeinschaft für risikoarmen Umgang mit Drogen (Hrsg.), *News 2/95*, ARUD, Zürich, 1995.

BAG - Bundesamt für Gesundheitswesen (Hrsg.), *Aspekte der Drogensituation und Drogenpolitik in der Schweiz*, BAG, Bern, 1989a.

BAG - Bundesamt für Gesundheitswesen (Hrsg.), *Methadonbericht. Suchtmittelersatz in der Behandlung Heroinabhängiger in der Schweiz*. (Zweite Auflage), BAG, Bern, 1989b.

BAG - Bundesamt für Gesundheitswesen (Hrsg.), *Medienorientierung zur ärztlichen Verschreibung von Betäubungsmitteln*, BAG, Bern, 1993.

BfS - Bundesamt für Statistik (Hrsg.), *Drogen und Strafrecht in der Schweiz*, BfS, Bern, 1994.

Bienik R., *Entkriminalisierung von Drogenabhängigen durch Substitutionsbehandlung: empirische und rechtliche Bedingungen*, Lang, Frankfurt, 1993.

Bleich H., «Der Drogenabhängige gilt eher als Opfer und weniger als Täter», *Frankfurter Rundschau*, 27.3.1992, 12.

Bülow A. von, *Methadon: Grundlagen, Erfahrungen und Probleme medikamentengestützter Drogentherapie*, Profil, München, 1991.

Christen L., Christen S., Dobler-Mikola A., *Evaluation eines niedrighwelligen Methadonangebots «Zokl1 1992»*, BAG, Uetikon am See/Zürich, 1994.

Cohen P., «Schadensminimierung durch Selbstregulierung. Ein Grundkonzept für die allgemeine Drogenpolitik», in: Neumeyer J., Schaich-Walch G. (Hrsg.), *Zwischen Legalisierung und Normalisierung*, Schüren, Marburg, 1992, 43-56.

Cohen P., «Wie würde legalisierter Drogengebrauch im Alltag aussehen?», in: Akzept (Hrsg.), *Menschenwürde in der Drogenpolitik*, Konkret Literatur Verlag, Hamburg, 1993, 196-204.

Derks J., Daansen P., «Injizierbare Opiatverabreichung zur Behandlung chronischer Drogenabhängiger», *Kriminologisches Journal*, 18/1, 1986, 39-49.

Derks J., *Het Amsterdamse Morfine-verstrekkingprogramma*, Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheit, Utrecht, 1990.

Dobler-Mikola A., Zimmer-Höfler D., Uchtenhagen A., Korbel R., «Soziale Integration und Desintegration in der 7-Jahreskatamnese bei (ehemals) Drogenabhängigen», *Wissenschaftliche Information der Forschungsgruppe des SPD*, Serie A, Nr. 38, Zürich, 1991.

Eisner M., «Städtische Drogenmärkte, Beschaffungsdelikte und die Folgen in den betroffenen Stadtquartieren», in: Eisner M. (Hrsg.), *Illegale Drogen und Kriminalität in der Schweiz*, ISPA-PRESS, Lausanne, 1994, 39-52.

Erhardt E., *Drogenabhängigkeit und Beschaffungskriminalität*, BKA, Wiesbaden, 1991.

Gmür M., Hutter T., «Der 4-Jahresverlauf des Methadonprogrammes im Ambulatorium Gartenhofstrasse», *Drogalkohol*, 8/3, 1984, 25-39.

Hartnoll R. L., Mitcheson M. C., «Evaluation of Heroin Maintenance in Controlled Trial», *Archives of General Psychiatry*, 37/8, 1980, 877-884.

Haves, W., Schneider W., «Kontrollierter Gebrauch illegaler Drogen: Forschungsstand und Konsequenzen», *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 15/1, 1992, 29-36.

Hellenbrecht D., «Kontroversen zur Drogentherapie», in: Nimsch M. (Hrsg.), *Heroin auf Krankenschein?*, Stroemfeld/Nexus, Frankfurt/Basel, 1993, 160-188.

Hermann E., *Der Behandlungsverlauf bei Opiatabhängigen in staatlichen Methadonprogrammen*, Diss. Phil I, Universität Zürich, 1986.

Hess H., «Rauschgiftbekämpfung und desorganisiertes Verbrechen», *Kritische Justiz*, 25/3, 1992, 316-336.

Huber C., «Die gesetzliche Grundlage einer kontrollierten Heroinabgabe», in: Bundesamt für Gesundheitswesen (Hrsg.), *Medienorientierung zur ärztlichen Verschreibung von Betäubungsmitteln*, BAG, Bern, 1993.

Jenny G., «Wirklich keine Rechtsgrundlage vorhanden?», in: Bundesamt für Gesundheitswesen (Hrsg.), *Medienorientierung zur ärztlichen Verschreibung von Betäubungsmitteln*, BAG, Bern, 1993.

Killias M., Rabasa J., Villettaz P., «Drogenkonsum und abweichendes Verhalten: Vorläufige Ergebnisse einer international-vergleichenden Untersuchung bei 970 Schweizer Jugendlichen», in Eisner M. (Hrsg.), *Illegale Drogen und Kriminalität in der Schweiz*, ISPA-PRESS, Lausanne, 1994, 27-38.

Kreuzer A., «Mythen in der gegenwärtigen drogenpolitischen Diskussion», in: Böker W., Nelles J. (Hrsg.), *Drogenpolitik wohin?*, Haupt, Bern/Stuttgart, 1992, 128-145.

Marks J. A., Palombella A., «Prescribing smokable drugs», *The Lancet*, 7. 4. 1990, 864.

Marks J. A., «Heroinvergabe. Das englische System in Widnes, Merseyside», in: Neumeyer J., Schaich-Walch G. (Hrsg.), *Zwischen Legalisierung und Normalisierung*, Schüren, Marburg, 1992, 57-64.

Marks J. A., *Heroin auf Rezept?*, Vortrag gehalten im Kantonsspital Basel am 12.5.95.

Martindale W. (Hrsg.), *Extra Pharmacopoeia*. 30. rev. Edition, The Pharmaceutical Press, London, 1993.

Mino A., *Wissenschaftliche Literaturanalyse der kontrollierten Heroin- oder Morphin-Abgabe*, Bundesamt für Gesundheitswesen, Bern, 1991.

Noller P., «Kontrollierte Opiatvergabe. Erfahrungen im internationalen Vergleich», in: Nimsch M. (Hrsg.), *Heroin auf Krankenschein?*, Stroemfeld/Nexus, Frankfurt/Basel, 1993, 47-159.

Robins L. N., «Narcotic use in southeast Asia and afterwards», *Archives of General Psychiatry*, 32, 1975, 955-961.

Schneider W., «Heroin sucht: Gibt es ein Leben vor der Abstinenz?», in: Nimsch M. (Hrsg.), *Heroin auf Krankenschein?*, Stroemfeld/Nexus, Frankfurt/Basel, 1993, 12-46.

Sozialamt der Stadt Zürich (Hrsg.), *Projekt Lifeline. 1. Zwischenbericht September 1994*, Sozialamt der Stadt Zürich, Zürich, 1994.

Stöver H., «Durchsicht aktueller Literatur zur Substitutionsbehandlung», *Kriminologisches Journal*, 24/2, 1992, 116-136.

Thamm B. G., *Drogenfreigabe - Kapitulation oder Ausweg?*, Verlag Deutsche Polizeiliteratur, Hilden, 1989.

Uchtenhagen A., «Erkenntnisse aus einigen Behandlungsansätzen und Behandlungserfahrungen» in Böker W., Nelles J. (Hrsg.), *Drogenpolitik wohin?*, Haupt, Bern, 1991, 221-232.

Uchtenhagen A., *Pilotprojekte zur diversifizierten Verschreibung von Betäubungsmitteln an Heroinabhängige in der Schweiz*, Wissenschaftliche Information der Forschungsgruppe des Sozialpsychiatrischen Dienstes, Serie A, Nr. 51, Zürich, 1993.

Vliet H.-J. van, «Mit Risiken kann man leben. Grundlagen der niederländischen Drogenpolitik», in: Neumeyer J., Schaich-Walch G. (Hrsg.), *Zwischen Legalisierung und Normalisierung*, Schüren, Marburg, 1992, 65-77.

Wille R., «Ten year Follow-up of a Representative Sample of London Heroin Addicts: Clinic Attendance, Abstinence and Mortality», *British Journal of Addiction*, 76, 1981, 259-266.

Wille R., «Welchen Einfluss hat die staatlich legalisierte Verschreibung von Heroin oder Methadon auf den Genesungsprozess Heroinabhängiger?» in: Kleiner D. (Hrsg.), *Langzeitverläufe bei Suchtkrankheiten*, Springer, Berlin, 1987, 197-208.

Zeller R., «Drogen vom Staat», *NZZ-Folio*, 2/4, 1992, 41-43.

Zimmer-Höfler D., Uchtenhagen A., Fuchs W., «Methadon im Prüfstand», in: Feuerlein W. et al. (Hrsg.), *Therapieverläufe bei Drogenabhängigen*, Springer, Berlin, 1989, 284-317.

Zinberg N. E., *Drug, Set and Setting. The Basis for Controlled Intoxicant Use*, Yale University Press, New Haven, 1984.



