

Heroinabgabe in der Schweiz

Analyse der Wissenschaftlichkeit der Begleitforschung

Zum Abschlussbericht über die «Versuche für eine ärztliche
Verschreibung von Betäubungsmitteln» in der Schweiz

Dr. med. Ernst Aeschbach,
Spezialarzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie

Autor: Dr. med. Ernst Aeschbach
Spezialarzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie
E-Mail: aeschbach@compuserve.com
Herausgeber: Schweizer Ärzte gegen Drogen
Gestaltung: Albert Graf
© Dr. med. Ernst Aeschbach

1. englische Ausgabe 1998
1. französische Ausgabe 1998

ISBN 3-95215460-1

Inhaltsverzeichnis

Vorwort 4

Zum Abschlussbericht über die «Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln» in der Schweiz 6

1. Einleitung 6
2. Grundsätzliche Bemerkungen 7
3. Projektbeschreibung, Zielsetzung, Durchführung 9
4. Methodische Mängel 11

Grundsätzliche Bemerkungen zur wissenschaftlichen Methodik
 Im Heroinversuch angewandte Methoden
 Zuverlässigkeit der erhobenen Daten
 Gute klinische Praxis

5. Diskussion der Ergebnisse 13

Pharmakodynamik / Pharmakokinetik
 Anzahl der Teilnehmer / Stichproben
 Dosierung und Verlauf
 Berner Doppelblindversuch

A. Status bei Eintritt 15

B. Veränderungen im Verlauf 17

Körperliche Gesundheit
 Psychische Gesundheit
 Schwangerschaften
 Sucht- und Risikoverhalten
 Soziale Integration
 Delinquenzverhalten

- C. Diskussion der Austritte und Anschlussbehandlungen 21

6. Kritik an der Interpretation der Ergebnisse 24
Haltequoten
Was bedeutet eine hohe Haltequote hinsichtlich der vorgegebenen Zielsetzung?
Was ist das eigentliche therapeutische Agens?
Ist ein Vergleich mit anderen Behandlungsmethoden zulässig?
7. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen 26
8. Anhang 28
9. Quellenangaben 28

Vorwort

«Ich begrüsse, dass der schweizerische Bundesrat kürzlich angekündigt hat, vor Mitte 1997 keine weiteren Entscheidungen bezüglich der Heroinabgabe an Süchtige zu treffen, d.h. nicht bevor die Schweizer Regierung und die WHO die Auswertung der Projekte abgeschlossen haben.»

Dr. O. Schroeder, Präsident des Internationalen Suchtstoffkontrollrates (INCB), vor der Uno-Drogenkommission im April 1996

«I welcome the recent announcement of the Federal Council of Switzerland that no further decisions on the use of heroin for addicts will be taken before mid 1997, i. e. after completion of an evaluation of the projects by the Swiss Government and WHO.»

Dr O. Schroeder, President of the International Narcotics Control Board (INCB), during the session of the Commission on Narcotic Drugs in April 1996

«Der Rat bedauert, dass Interessengruppen und einige Politiker bereits Druck machen, um die Ausweitung solcher Programme in der Schweiz und ihre Verbreitung in anderen Ländern voranzutreiben, noch bevor die Überprüfung der Schweizer Ergebnisse durch die WHO vorliegt.»

Bericht des Internationalen Suchtstoffkontrollrates 1997, 367, Februar 1998

«The Board regrets that, before the evaluation by WHO of the outcome of the Swiss experiment, pressure groups and some politicians are already promoting the expansion of such programmes in Switzerland and their proliferation in other countries.»

Report of the International Narcotics Control Board 1997, 367, February 1998

In der Schweiz wurden von 1993 bis 1996 «wissenschaftliche Versuche» mit Abgabe von Heroin an maximal 800 Drogensüchtige durchgeführt – und seit Abschluss der Versuchsphase weitergeführt. Diese Heroinprojekte sollten «medizinisch kontrolliert» und «wissenschaftlich begleitet» sein und gemäss wiederholten Beteuerungen höchster Regierungsbeamter nicht zu einer schleichenden Einführung der Drogenlegalisierung führen.

Die internationale Staatengemeinschaft stand diesen Projekten von Anfang an ausserordentlich skeptisch gegenüber. Wiederholt wurden begründete Bedenken zum Zweck und zu den Auswirkungen der Versuche geäussert. In Heroinabgabe in der Schweiz, Schweizer Ärzte gegen Drogen, Aeschbach E., 1998, 4

der Drogenkommission der Vereinten Nationen übten schon im April 1996 Vertreter verschiedener Staaten scharfe Kritik an den Schweizer Heroinabgabeversuchen und an den erkennbaren Bestrebungen zur Drogenlegalisierung.

Dessen ungeachtet hat der Schweizer Bundesrat im Herbst 1997 mit den angeblich positiven Resultaten der Heroinprojekte bereits aktiv in den Abstimmungskampf gegen die Volksinitiative für eine «Jugend ohne Drogen» eingegriffen. Ende Februar 1998 hat er gar beschlossen, die Heroinversuche auszuweiten – ohne Beschränkung der Teilnehmerzahl. Die zur Auswertung der Versuche eingesetzten Forschungsbeauftragten reisten in den vergangenen Monaten in viele Länder und Städte Europas, sogar bis nach Australien, um die Heroinabgabe als neue «Therapieform» anzupreisen. Wohlgemerkt: alles noch bevor die unabhängige Überprüfung der Resultate durch die WHO vorlag (vgl. obenstehende Zitate).

Im kürzlich publizierten Jahresbericht 1997 des INCB wird das Schweizer Vorgehen scharf kritisiert. Der Bericht spricht auch nicht mehr von Heroinabgabe, sondern – entsprechend der heutigen Realität – von Heroinverteilung (heroin distribution).

Auf Grund der Werbekampagne der privaten und behördlichen Schweizer Heroinverteilungs-Protagonisten machen sich bei Behördenvertretern verschiedener vom Drogenproblem zunehmend betroffener Städte und Regionen in Europa Hoffnungen breit, das «Schweizer Modell» könne eine Lösung ihrer Probleme bringen.

Diese Hoffnung ist mehr als trügerisch, wie auch die nun als Broschüre vorliegende Analyse von Dr. med. Ernst Aeschbach zur Begleitforschung der Heroinprojekte deutlich macht. Die Mängel in Anlage und Methodik dieser Forschung sind so gravierend, dass von Wissenschaftlichkeit kaum mehr die Rede sein kann.

Die Broschüre ist ein wichtiger Beitrag zu einer sachlichen, sorgfältigen und wissenschaftlichen Diskussion der Ergebnisse der Schweizer Heroinabgabeversuche.

Dr. med. Hans Köppel,
Vorstand «Schweizer Ärzte gegen Drogen»

Zum Abschlussbericht über die «Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln» in der Schweiz

Die Forschungsbeauftragten haben den Abschlussbericht über die Heroinversuche in der Schweiz mit grosser medialer Unterstützung präsentiert. In der Folge wurden ihre euphorischen Erfolgsmeldungen rund um die Welt verbreitet und vielerorts unkritisch kolportiert. Viele Interessierte, die einer Heroinabgabe skeptisch gegenüberstehen, haben deshalb den Wunsch nach vertieften Informationen geäussert. Die Verantwortlichen der Heroinabgaberversuche in der Schweiz haben sich bislang einer wissenschaftlichen Kritik nicht gestellt. In dieser Analyse wird in der Einleitung die Vorgeschichte der Heroinabgabe und ihr politisches Umfeld dargestellt. Der Hauptteil befasst sich mit der Diskussion der wissenschaftlichen Methoden und der Analyse der Resultate, die im zweiten Zwischenbericht und im Schlussbericht der Forschungsbeauftragten publiziert wurden.

1. Einleitung

Der schweizerische Bundesrat hat im Februar 1991 seine Strategie zur Verminderung der Drogenprobleme in der Schweiz für die kommenden Jahre formuliert. Zu diesem Zeitpunkt wurde eine Heroinabgabe explizit ausgeschlossen. Trotzdem bewilligte er im Mai 1992 unter politischem Druck Heroinabgabeprojekte mit sogenannter wissenschaftlicher Begleitforschung. Diese Projekte wurden im Dezember 1993 gestartet und waren auf eine Versuchsperiode von drei Jahren begrenzt. Die Schlussergebnisse sollten darüber Aufschluss geben, inwieweit eine Heroinabgabe das bestehende Behandlungsangebot für Drogenabhängige erweitern könnte.

Zum Verständnis der besonderen Problematik von Heroinabgabeprojekten in unserem Land ist an dieser Stelle eine Bemerkung über die aktuelle Diskussion drogenpolitischer Standpunkte angebracht.

Seit Ende der 80er Jahre wurde aus Kreisen politischer Parteien, von Regierungsmitgliedern, privaten Vereinen und Einzelpersonen verschiedenste Forderungen aufgestellt, wie etwa Strafbefreiung für den Konsum von Cannabis, Abgabe von Heroin an Süchtige bis hin zur Forderung nach einer Legalisierung aller Drogen.¹ Gemeinsamer Nenner all dieser Forderungen ist die irri- ge Annahme, dass Drogenprobleme durch die Art des Konsums und ihre Bekämpfung und nicht durch die Substanz selbst verursacht würden.

Diese Kreise haben sich ultimativ für die Einführung von Heroinabgabeprojekten stark gemacht. Zürich ging sogar so weit, die Bereitschaft zur Schliessung der offenen Drogenszene von einer Bewilligung der Heroinabgabe abhängig zu machen. Eine wissenschaftliche Begleitforschung wurde mehr als notwendiges Übel betrachtet denn aus wirklichem Interesse an neuen Resultaten akzeptiert.

Nach der Bewilligung durch den Bundesrates wurde gleich massive Kritik an der beschränkten Teilnehmerzahl, an den mit der Teilnahme verbundenen Auflagen und an der Einschränkung auf die Abgabe von Heroin geäussert. Deshalb sahen weite Kreise in diesen Versuchen einen Schritt auf dem Weg zur Freigabe aller Drogen. Es wurde unter anderem befürchtet, dass die Möglichkeit, Drogen legal beziehen zu können, die Motivation von Abhängigen, sich zu einem Entzug und einer anschliessenden Behandlung zu entschliessen, zerstören könnte. Tatsächlich berichteten Leiter von stationären therapeutischen Einrichtungen über einen starken Rückgang der Anmeldungen. Zum Teil betrug die Auslastung in diesen Institutionen nur noch etwa 50%.

Dieser Bericht befasst sich im Folgenden mit den wissenschaftlichen Aspekten der Begleitforschung der Heroinabgabe.

2. Grundsätzliche Bemerkungen

1. Der Schlussbericht über die Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln, veröffentlicht im Juli 1997, basiert auf zahlreichen Berichten, die zurzeit noch nicht verfügbar sind. Das Studium des Schlussberichtes wirft viele Fragen auf, die deshalb noch nicht endgültig beantwortet werden können. Zum Zeitpunkt der Verfügbarkeit dieser Berichte wird deshalb die vorliegende kritische Analyse ergänzt werden müssen.

2. Nach Auffassung des schweizerischen Bundesrats fällt die Entscheidung über eine Bewilligung einer Heroinabgabe in seine Kompetenz. Er stützt sich auf Art. 15c des Betäubungsmittelgesetzes, in dem die Verwendung von Betäubungsmitteln zu wissenschaftlicher Forschung erwähnt ist. Nach seiner Auffassung kann die Bewilligung für einen in Zeit und Umfang begrenzten Versuch auf dem Verordnungsweg erteilt werden. Für eine definitive Einführung müsste aber auf jeden Fall eine Gesetzesrevision vorgenommen werden. Laut Verordnung des Bundesrates ist das oberste Ziel von Präventions- und Betreuungsmassnahmen die Drogenabstinenz des Individuums. Im Gesamtversuchsplan für die ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln des Bundesamtes für Gesundheit, BAG, ist denn auch die Abstinenz als Hauptziel festgelegt worden. Das Erreichen von Heroinabgabe in der Schweiz, Schweizer Ärzte gegen Drogen, Aeschbach E., 1998, 7

Drogenabstinenz ist somit das Hauptkriterium zur Beurteilung eines allfälligen Erfolges der Heroinabgabe.

3. Es entspricht guten Gepflogenheiten, Ergebnisse von Untersuchungen in wissenschaftlichen Zeitschriften zu publizieren und jene damit der Fachwelt zur Überprüfung und Diskussion zur Verfügung zu stellen. Die Projektverantwortlichen haben es jedoch vorgezogen, sich frühzeitig über die Massenmedien mit Erfolgsmeldungen an die Öffentlichkeit zu wenden, die ihrerseits Druck auf politische Mandatsträger ausüben, ehe eine wissenschaftliche Beurteilung stattgefunden hat. In ihren Verlautbarungen betonten sie wiederholt, dass Abstinenz nur als eines unter vielen Zielen gelten könne. In später veröffentlichten Anpassungen des Gesamtversuchsplans ist von Abstinenz nicht mehr die Rede. Nach dem Willen der Projektverantwortlichen soll es nur noch um die Erprobung neuer Behandlungsmassnahmen im Drogenbereich gehen. Diese unspezifische, allgemeine Zielsetzung, die von dem ursprünglichen Projektziel krass abweicht, erlaubt keine sinnvolle Beurteilung der Versuche. Es bleibt völlig unklar, an welchen Kriterien ein allfälliger Erfolg gemessen werden soll.

4. Das BAG hat wiederholt auf die Begutachtung der Heroinabgabeprojekte durch Experten der WHO aufmerksam gemacht und auf eine angeblich positive Beurteilung durch diese Behörde hingewiesen. Dieses Vorgehen wurde vom Suchtstoffkontrollrat (INCB) in Wien scharf kritisiert. Der INCB weist darauf hin, dass es sich dabei um aus dem Zusammenhang gerissene Zitate aus einem nicht publizierten Bericht handelt. Er bedauert Versuche von politischen Gruppen, die Versuche dazu zu missbrauchen, eine Ausweitung der Abgabe von Heroin zu erreichen. Der INCB arbeite mit den Schweizer Behörden im Rahmen der internationalen Drogenkontrollprogramme zusammen, was aber keineswegs eine Bestätigung der Heroinabgaberversuche durch den INCB bedeute.

5. Die wissenschaftlichen Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln standen von Beginn an unter starkem politischem Druck. Es wurden vor allem ein erleichterter und zahlenmässig unbeschränkter Zugang zur Heroinabgabe, ein Angebot an anderen Drogen, wie z.B. Kokain, und eine Abgabe nach Hause verlangt.^{2, 3} Nun wird im Schlussbericht schon offen darüber nachgedacht, dass eine niedrigere Eintrittsschwelle und eine grössere Bewegungsfreiheit für die Patienten positive Auswirkungen haben könnten. Exponenten der Heroinversuche äusserten sich nach der Veröffentlichung des Berichtes mit verschiedenen Vorschlägen für eine definitive Einführung der Heroinabgabe. Nach ihrer Vorstellung soll ein einzelnes Projekt zwischen 8000 und 9000 Teilnehmer umfassen. Es ist zu befürchten, dass hinsichtlich der Gesamtzahl der Teilnehmer, der Dauer der Drogenabgabe, des Eintrittsalters, der Eintrittskriterien und der Art der abgegebenen Drogen bald keine Grenzen mehr bestehen.

Heroinabgabe in der Schweiz, Schweizer Ärzte gegen Drogen, Aeschbach E., 1998, 8

3. Projektbeschreibung, Zielsetzung, Durchführung

Die Hauptstudie betrifft die Untersuchung von Merkmalen der Versuchsteilnehmer (z.B. Suchtverhalten, Gesundheitszustand, soziale Verhältnisse) bei Eintritt und im Verlauf der Studie. Es soll gezeigt werden, ob die Abgabe von Heroin der Abgabe anderer Betäubungsmittel wie Morphin oder Methadon bezüglich der oben erwähnten Merkmale überlegen ist. Die gewonnenen Daten stammen aus Interviews mit den Versuchsteilnehmern und aus Befunden, die in den Abgabestellen erhoben wurden. Es wurde ausserdem eine Reihe von medizinischen, sozial- und wirtschaftswissenschaftlichen Spezialstudien durchgeführt.

In der Erörterung der therapeutischen Zielsetzung wird eine selbständige, eigenverantwortliche Lebensführung in Suchtfreiheit als oberstes Ziel verstanden. Im gleichen Abschnitt wird dieses Ziel aber wieder dahingehend relativiert, dass es nicht für jedermann erreichbar sei. In der Substitutionsbehandlung sei die Abstinenz die Folge der Erreichung anderer Ziele. Ob sich eine Substitutionsbehandlung für Heroinabhängige eigne, bemesse sich unter anderem danach, inwieweit eine Nachfrage dafür bestehe. Was dies bedeutet, kann erst in einem weiteren Zusammenhang verstanden werden. Exponenten der Heroinabgaberversuche haben wiederholt betont, dass Sucht als eine Phase im Leben eines Menschen verstanden werden müsse, die tendenziell zur Spontanheilung neige.⁴ Entsprechende Botschaften werden auch in einer grossen Kampagne des Bundesamtes für Gesundheit verbreitet. «Die meisten Drogensüchtigen schaffen den Ausstieg», kann man auf riesigen Plakaten im ganzen Land lesen. Insgesamt wird der Heroinabgabe in diesem Kontext gar kein therapeutischer Nutzen mehr zugesprochen, sie dient allein dem Überleben und dem Warten auf die Spontanheilung.

Mit den Versuchen sollen langjährige chronische Heroinabhängige anvisiert werden, die zahlreiche gescheiterte Therapieversuche hinter sich haben. Diesen so genannt Schwerstabhängigen, die angeblich durch die Maschen aller Hilfsangebote gefallen sind, könne nur durch die Abgabe von Heroin geholfen werden. Bedingungen für eine Aufnahme in das Projekt ist das Erreichen des 20. Altersjahres sowie eine schwere Opiatabhängigkeit seit mindestens zwei Jahren, täglicher Heroinkonsum, mindestens zwei gescheiterte Therapieversuche, schlechter psychischer Zustand und Zeichen sozialer Desintegration.

Die vorliegenden Daten zeigen, dass eine bedeutende Anzahl der Versuchsteilnehmer die Aufnahmekriterien nicht erfüllt. Ihre

Heroinabgabe in der Schweiz, Schweizer Ärzte gegen Drogen, Aeschbach E., 1998, 9

Behandlungsgeschichte vor dem Eintritt in den Versuch belegt, dass sie das bestehende Hilfsangebot sehr schlecht genutzt haben. Dies wird durch die Eintrittsbefunde verdeutlicht, die weiter unten im Kapitel «Diskussion der Ergebnisse» dargelegt werden.

Die oft gehörte Bezeichnung «schwerstabhängig» gibt Anlass zu einer kritischen Bemerkung. Mit diesem Begriff werden neuerdings Drogenabhängige bezeichnet, die lange Zeit Drogen konsumieren, sich in schlechter körperlicher Verfassung befinden und mit dem Konsum von Drogen nicht aufhören wollen oder können. Es stellt sich hier die Frage, ob die drogenpolitischen Entscheide der letzten Jahre, welche den Drogenabhängigen den Konsum eher erleichterten, als ihnen gezielt Ausstiegshilfen anboten, gerade zur Entwicklung von «Schwerstabhängigkeit» beigetragen haben. In Untersuchungen therapeutischer Behandlungsmethoden der Drogensucht wird immer wieder auf die Bedeutung einer frühen Intervention hingewiesen,⁵ und klar abstinenzorientierten Methoden wird stets der Vorzug gegeben.⁶ Weiter muss diskutiert werden, was gemäss Forschungsplan eigentlich als Therapie zu betrachten ist. Ist es allein die Abgabe von Heroin, oder besteht auch ein Anspruch, durch ein Betreuungsangebot eine therapeutische Wirkung zu erzielen?

Der vorliegende Schlussbericht erlaubt die Beantwortung dieser Frage nicht. Ein beschränktes Angebot an psychologischer Beratung und psychosozialer Betreuung kann auf Wunsch in Anspruch genommen werden. Es wird jedoch betont, dass die personellen Voraussetzungen dafür nicht ausreichen. Dieses Angebot ist nicht als Teil der eigentlichen wissenschaftlichen Untersuchung anzusehen.

Dem vorliegenden Bericht kann nicht entnommen werden, ob Bemühungen vorgesehen sind, den Entschluss zum Eintritt in eine abstinenzorientierte Behandlung zu fördern. Eher auf das Gegenteil verweist, dass die hohe Haltequote respektive die Wichtigkeit eines lang dauernden Heroinbezugs immer wieder betont werden. Ein weiterer schwerwiegender Mangel im Forschungsplan ist das Fehlen standardisierter Behandlungsmethoden. Daher kann nicht beurteilt werden, inwieweit sich beispielsweise psychosoziale Betreuungsmassnahmen auf das Ergebnis ausgewirkt haben.

4. Methodische Mängel

Grundsätzliche Bemerkungen zur wissenschaftlichen Methodik

Der anerkannte Standard, um die Wirksamkeit einer Behandlungsmethode in der modernen Medizin nachzuweisen, ist ein wiederholbarer, kontrollierter und randomisierter Versuch, der zeigt, dass eine vorgesehene Behandlung einer anderen, vergleichbaren Behandlung signifikant überlegen ist. Wenn einer Gruppe von Versuchsteilnehmern eine Behandlung angeboten wird und die Resultate mit denen einer Gruppe von Versuchsteilnehmern verglichen werden, die nicht behandelt wurden, lässt sich entscheiden, ob die angewandte Behandlung therapeutisch wirksam ist oder nicht (=kontrolliert). Können die Versuchsteilnehmer die Behandlungs- oder Kontrollgruppe selbst wählen, besteht die Gefahr, dass diese Wahl durch persönliche Faktoren mitbestimmt wird. Wenn die Zuteilung in eine der beiden Gruppen aber zufällig erfolgt, kann eher gewährleistet werden, dass ein erzielter Erfolg nur auf die Behandlung zurückzuführen ist und nicht auf die Selektion vorbestehender Merkmale (=randomisiert). Um Verfälschungen in der Bewertung zu vermeiden, ist es ideal, wenn die Behandelten, die Behandelnden und diejenigen, welche die Wirkung zu beurteilen haben, nicht wissen, welche Behandlung verabreicht wurde (=doppelblind). Statistische Methoden müssen zeigen, dass etwaige Unterschiede in den Resultaten beider Gruppen nicht allein dem Zufall zu verdanken sind.

Falls kontrollierte, randomisierte Untersuchungen nicht durchgeführt werden können, hängt der Nachweis therapeutischer Wirksamkeit einer Behandlung von so genannten beobachtenden Studien ab. In solchen Studien werden die Ergebnisse von Patientengruppen verglichen, welche die Behandlung selber ausgewählt haben. Diese Methode birgt natürlich die Gefahr, dass die freie Wahl der Behandlung durch vorbestehende Merkmale mitbestimmt ist. Sehr unzuverlässig ist die Methode der Vorher-nachher-Bewertung. Die Versuchspersonen werden vor Versuchsbeginn und in festgelegten Intervallen während und nach dem Versuch auf gewisse Merkmale hin untersucht. Da eine Vergleichsgruppe fehlt, kann nicht sicher entschieden werden, wodurch eventuelle Änderungen zustande gekommen sind.

Im Heroinversuch angewandte Methoden

Zur Beantwortung verschiedener Fragestellungen wurde ein quasiexperimentelles Vorgehen gewählt. Beispielsweise wurde versucht, auf Grund von Eigenschaften, die vor Versuchsbeginn bestanden, die Wahrscheinlichkeit eines Austrittes aus dem Versuch vorauszusagen.

Statistische Methoden erlauben dann, unabhängige Variable als Ursache für ein Ergebnis zu identifizieren (Multivarianzanalyse). Im zweiten Zwischenbericht wurde eine solche Auswertung dargestellt.

Drogenkonsumenten, die schon lange und verschiedene Drogen konsumierten, sich in einem schlechten gesundheitlichen Zustand befanden
Heroinabgabe in der Schweiz, Schweizer Ärzte gegen Drogen, Aeschbach E., 1998, 11

und in schwierigen sozialen Verhältnissen lebten, traten früher wieder aus dem Versuch aus. Dies zeigt, dass gerade die anvisierte Zielgruppe von «Schwerstabhängigen» relativ schlecht erreicht wurde.

Besonders schwierig ist es, gemessene Ergebnisse ursächlich auf angewandte Therapien zurückzuführen. Welche der beobachteten Verbesserungen werden von spezifischen Effekten der Heroinabgabe bewirkt und in welchem Ausmass? Inwieweit sind diese Erfolge nicht eher der medizinischen und psychosozialen Betreuung zu verdanken? Welchen Einfluss hat das Bestreben des Projektpersonals, eine neue Behandlungsmethode grundsätzlich einführen zu wollen? Dies sind Fragen, auf die im vorliegenden Bericht keine Antworten zu finden sind.

Zuverlässigkeit der erhobenen Daten

Alle Untersuchungen im Bereich Drogenabhängigkeit sind mit dem Problem der Zuverlässigkeit von selbstberichteten Daten konfrontiert. Angaben über das Ausmass des Drogenkonsums, den gesundheitlichen Zustand, die sozialen Verhältnisse oder kriminelle Aktivitäten sind erfahrungsgemäss stark mit Fehlern behaftet.⁷ Im vorliegenden Heroinprojekt wurden beispielsweise Drogentests nur alle 2 Monate und mit Einverständnis des Teilnehmers durchgeführt.

Gute klinische Praxis

Medizinische Studien zur Erforschung der Wirksamkeit von Behandlungsmethoden werden nach strengen, international anerkannten wissenschaftlichen Regeln durchgeführt. Die Regeln der «Guten klinischen Praxis» (GCP) umfassen einen anerkannten wissenschaftlichen Standard, der die Durchführung der Versuche vom Beginn der Planungsphase bis zur Veröffentlichung genau vorschreibt. Dieser Standard garantiert die Qualität wissenschaftlicher Untersuchungen, ermöglicht ihre Wiederholung an einem anderen Ort und zu einer anderen Zeit und gewährleistet den Vergleich mit anderen, zum selben Problem durchgeführten Studien.

Die Richtlinien der «Guten klinischen Praxis» verlangen die Unabhängigkeit aller Beteiligten: der für die Versuche Verantwortlichen, derjenigen, die sie durchführen, und der Auswertenden. Diese Richtlinien sind im vorliegenden Versuch in gar keiner Weise erfüllt. Es mutet seltsam an, dass einige Projektleiter, die mit der Auswertung der Versuche nichts zu tun haben, im In- und Ausland öffentlich auftraten und schon vor Versuchsabschluss für die Heroinversuche warben.

5. Diskussion der Ergebnisse

Pharmakodynamik / Pharmakokinetik

Die im Schlussbericht vorgestellten Untersuchungen über die Pharmakologie der Opiate führen zu keinem Erkenntnisgewinn. Wenn man bei der Abgabe von Heroin in verschiedenen Formen – als Tabletten, Kapseln, Zigaretten, Suppositorien, Inhalationsspray oder in injizierbarer Form – die subjektiven Empfindungen wie «einfahren», «wohliges Wärmegefühl», «Euphorie», «sich entspannt fühlen» etc. protokolliert, so ist dies ohne jeglichen wissenschaftlichen Wert. Die Untersuchung macht Angaben darüber, welche Substanzmenge von Abhängigen als «ausreichend» beurteilt wird. Patienten berichteten über ein «beruhigendes, wohliges Gefühl» oder ein «angenehmes, intensives Wärmegefühl» nach intravenöser Injektion von Methadon, was von ihnen als Vorteil gegenüber der oralen Einnahme gewertet wurde. Man kann sich des Eindrucks nicht erwehren, dass mit diesen in vivo durchgeführten Studien Grundlagen geschaffen werden sollen, mit denen subjektive Bedürfnisse Süchtiger bestmöglich erfüllt werden sollen.

Anzahl der Teilnehmer / Stichproben

Insgesamt sind 1146 Personen ins Heroinprogramm aufgenommen worden (Tabelle 1). 111 Personen wurden aber von der Bewertung ausgeschlossen, weil sie rasch wieder austraten oder die Daten nicht vollständig vorlagen. Es ist erstaunlich, dass diese Teilnehmer schon Heroin erhielten, bevor ein vollständiger Eintrittsstatus erhoben worden war. Immerhin handelt es sich um 10% der Gesamtteilnehmer, die, wären ihre Daten ausgewertet worden, die Resultate merkbar verändert hätten.

Tabelle 1

	Kohorte A Eintritt bis 31.3.95	Kohorte B Eintritt ab 1.4.95	Total
Im Versuch aufgenommen			1146

Heroinabgabe in der Schweiz, Schweizer Ärzte gegen Drogen, Aeschbach E., 1998, 13

Rasche Austritte, unvollständige Daten			111
Tatsächlich ausgewertet	385	650	1035

*) Für die Kohorte B sind praktisch noch keine Verlaufsdaten vorhanden.

Dosierung und Verlauf

Eine Übersicht über die verschriebenen Substanzen, deren Applikationsformen und Kombinationen ist nur schwer zu gewinnen. Die Opiate Heroin, Morphin und Methadon werden jeweils intravenös und peroral abgegeben. Heroin kann aber auch in Form von Zigaretten, Retardtabletten, Kapseln, Suppositorien, Flüssiginhalations-Aerosol und Pulverinhalations-Aerosol verschrieben werden. Es werden alle möglichen Kombinationen von Substanzen und Applikationsformen bis hin zu Dreierkombinationen angeboten. Beispielsweise können sich Süchtige Heroin spritzen, dazu noch Heroin rauchen, und sie bekommen zu guter Letzt noch Morphin in Tablettenform!

Um bei der verwirrenden Kombination von Betäubungsmitteln und Applikationsformen über den Dosisverlauf etwas aussagen zu können, wurde das so genannte Methadonäquivalent errechnet. Durchschnittlich wird nach etwa 3 Monaten eine stabile Dosierung von etwa 160 mg Methadonäquivalent erreicht. Es wird nichts darüber gesagt, auf welche Eigenschaft der Opiate sich die Äquivalenzberechnung bezieht. Es gibt nun allerdings Untersuchungen, die zeigen, dass äquivalente Opiatmengen, mindestens was deren analgetische Wirkung betrifft, nicht bestimmt werden können.⁹

Wirklich interessant wäre es zu erfahren, ob es einigen Teilnehmern gelang, die konsumierte Menge der Opiate im Laufe der Zeit zu verringern, und ob Betreuungsmassnahmen dazu beitragen konnten. Aufschlussreich wäre es auch, die berichtete Verbesserung des Gesundheitszustandes mit der verschriebenen Dosierung zu vergleichen. Offenbar ist das im Forschungsplan nicht vorgesehen, jedenfalls gibt der Bericht darüber keine Auskunft. Es ist zu bezweifeln, dass eine Dosisreduktion überhaupt angestrebt wurde und wird. Laut Auskünften von Projektverantwortlichen werden die Teilnehmer eher dahingehend beraten, sich durch geeignete Dosierung ein gutes Rauscherlebnis zu verschaffen.

Laut Bericht steigert eine durchschnittlich höhere Dosierung die Wahrscheinlichkeit einer konstanten Teilnahme an der Heroinabgabe. Für

Heroinabgabe in der Schweiz, Schweizer Ärzte gegen Drogen, Aeschbach E., 1998, 14

diese Beobachtung gibt es keine andere Erklärung als die Präferenz der Drogenabhängigen für Heroin. Was als «ausreichende» Heroindosierung gilt, wird laut Bericht am subjektiven Gefühl des Wohlbefindens gemessen. Zum Vergleich seien hier die Erfahrungen aus Methadonbehandlungen angeführt, bei welchen die Frage der Dosierung wissenschaftlich begründet wird. Eine Methadondosierung ist ausreichend, wenn sie zur Sättigung der Opiatrezeptoren im Gehirn führt. Ein konstanter Methadon-Plasmaspiegel hilft, den Konsum anderer Drogen zu verhindern.¹⁰ Eine ungenügende Methadondosierung dagegen erhöht die Wahrscheinlichkeit des Konsums anderer Drogen, wobei beispielsweise Kokain einen weiteren Abfall des Methadonspiegels im Serum bewirkt. Adäquate Methadonspiegel tragen deshalb dazu bei, die Wahrscheinlichkeit zusätzlichen Drogenkonsums zu vermindern.

Berner Doppelblindversuch

Eine skurril anmutende «Studie» wurde in Bern durchgeführt. In einer so genannten Doppelblindstudie wurde einer Gruppe von Teilnehmern Heroin und einer anderen Morphin verabreicht. Nach einem nicht festgelegten Zeitpunkt wurde Heroin durch Morphin ersetzt und umgekehrt. Dass die Morphinbezieher den Versuch eher abbrachen als die Heroinkonsumenten, ist nicht weiter erstaunlich. Der Kick durch das rascher die Bluthirnschranke passierende Heroin ist wohlbekannt. Erstaunlich ist hingegen der Kommentar der «unabhängigen» Forscher, Heroin schneide besser ab, da es besser «einfahre», ausgeglichener mache und weniger Frust bewirke.

A. Status bei Eintritt

Zum Zeitpunkt des Eintritts hatten 49% noch keine stationäre Therapie durchgemacht und weitere 26% hatten nur einen solchen Versuch in ihrer Behandlungsgeschichte zu verzeichnen. 11% hatten noch nie, weitere 65% nur 1- bis 5mal einen körperlichen Entzug gemacht. 9% hatten noch nie an einem Substitutionsprogramm teilgenommen und weitere 37% nur einmal (Tabelle 2). Insgesamt hatten diese Gruppen das bestehende Therapieangebot denkbar schlecht genutzt, besonders wenn man berücksichtigt, dass die Heroinabhängigkeit im Durchschnitt seit 10 Jahren bestand.

Erstaunlich ist auch der relativ gute Gesundheitszustand bei Eintritt, werden doch immerhin 79% der Probanden bei Eintritt als sehr gut oder gut bewertet. Auch die Bewertung des Ernährungszustandes mit 80% als gut oder sehr gut ist erstaunlich. Der psychische Zustand wird bei 60% als sehr gut oder gut bezeichnet und nur bei 2% der Teilnehmer als sehr schlecht. Dass es sich bei diesen Teilnehmern ausschliesslich um Heroinabgabe in der Schweiz, Schweizer Ärzte gegen Drogen, Aeschbach E., 1998, 15

«Schwerstabhängige» gehandelt haben soll, muss nach all dem stark bezweifelt werden.

Tabelle 2: Vergleich der Behandlungsgeschichte der Kohorte A und B bei Eintritt.

Frühere Behandlungen	Kohorte A n = 385	Kohorte B n = 650	Gesamt n = 1 035	
Entzüge				
Keine	11%	11%	11%	
1 bis 5 Entzüge	65%	65%	65%	
Mehr als 5 Entzüge	25%	24%	24%	
	md = 4	md = 5	md = 9	C's V.=.01;n.s.
Stationäre Therapien				
Keine stationäre Therapie	47%	50%	49%	
1 stationäre Therapie	26%	26%	26%	
Mehr als 1 stationäre Therapie	27%	24%	25%	
	md = 4	md = 5	md = 9	C's V.=.04;n.s.
Substitution				
Keine Substitution	9%	9%	9%	
1 Substitutionsbehandlung	39%	37%	37%	
Mehrere Substitutionsbehandl.	53%	54%	54%	
	md = 4	md = 5	md = 9	C's V.=.02;n.s.

Aus: Abschlussbericht der Forschungsbeauftragten. Synthesebericht. A. Uchtenhagen. Tabelle 11, Seite 53. Zürich 1997.

Ein pikantes Detail bei der Betrachtung des Konsums von illegalem Heroin zum Zeitpunkt des Eintritts ins Projekt: 4% konsumierten kein Heroin(!) und weitere 14% nur gelegentlich. Bedingung für eine Teilnahme aber war täglicher Heroinkonsum bei seit mindestens 2 Jahren bestehender Heroinabhängigkeit. Es gibt zuverlässige Methoden, die den Nachweis chronischen Heroinkonsums erlauben.¹² Deren Anwendung hätte immerhin etwas zur Glaubwürdigkeit der Projekte beigetragen.

Bemerkenswert ist, dass 61% der Heroinbezieher vorher in einem Methadonprogramm betreut wurden. Die anvisierte Zielgruppe für die Heroinversuche sind aber angeblich Süchtige, die durch alle Maschen des therapeutischen Angebotes gefallen sind. Warum Teilnehmer in betreuten Methadonprogrammen für die Heroinabgabe rekrutiert wurden, wird nicht begründet.

Heroinabgabe in der Schweiz, Schweizer Ärzte gegen Drogen, Aeschbach E., 1998, 16

B. Veränderungen im Verlauf

Die Verlaufsdaten wurden nur für diejenigen Teilnehmer der Kohorte A (n=385) angegeben, die mindestens während 18 Monaten am Versuch teilnahmen (n=237). Dieser Umstand muss bei der Interpretation der Resultate entsprechend berücksichtigt werden. Über die grössere Kohorte B (n=650) liegen praktisch noch keine Resultate vor.

Körperliche Gesundheit

Die unter dem Titel «körperliche Gesundheit» aufgeführten Veränderungen sind zwar signifikant, aber als eher bescheiden zu bewerten. Die marginale Verbesserung des somatischen Zustandes von 79% auf 86% dürfte eher auf die Betreuung als auf die Abgabe von Heroin zurückzuführen sein. Der Rückgang der als untergewichtig eingeschätzten Teilnehmer von 35% auf 23% muss wohl eher mit der besseren Ernährung im Rahmen der intensiv betreuten Projekte erklärt werden als mit dem Konsum von «legalem Heroin». Obwohl Drogenabhängige, verglichen mit der Normalbevölkerung, durchschnittlich ein geringeres Gewicht aufweisen, ist der Ernährungszustand ein eher sekundäres Problem.

Dass die Anzahl der Abszesse zurückgeht, konnte erwartet werden. Allerdings ist auch dieser Rückgang nicht dramatisch ausgefallen, wurden doch zum Zeitpunkt des Eintritts bei nur 38 Teilnehmern überhaupt Abszesse diagnostiziert. Nach 18monatiger Behandlungszeit finden sich immer noch bei 16 Teilnehmern Abszesse.

Die Bedeutung der HIV-Prävention war eines der Hauptargumente zur Rechtfertigung von Heroinabgabeprojekten. Laut Schlussbericht sind während des Versuchs nur einige wenige Neuinfektionen aufgetreten. Die Forschungsbeauftragten machen es sich mit dieser optimistischen Einschätzung allerdings sehr leicht. Zum einen bestand für die Versuchsteilnehmer keine Pflicht zur Durchführung eines HIV-Tests. Wie viele der Teilnehmer tatsächlich getestet wurden und welcher Anteil der Daten auf Selbstangaben beruht, wird nicht mitgeteilt. Wären die Versuchsteilnehmer

zu einem HIV-Test verpflichtet gewesen, läge jetzt wenigstens verlässliches Zahlenmaterial vor. HIV-Prävention unter Drogenabhängigen ist ein komplexes, facettenreiches Problem. An dieser Stelle ist zu erwähnen, dass ein fortbestehender intravenöser Drogenkonsum immer noch den bedeutendsten Risikofaktor für eine HIV-Infektion darstellt.

Methadonprogramme können die Wahrscheinlichkeit des Nadeltausches senken, jedoch nicht, weil die Teilnehmer ihr Verhalten grundsätzlich ändern, sondern weil sie Drogen weniger oft intravenös applizieren. Der Anteil der durch ungeschützten Geschlechtsverkehr erfolgten HIV-Infektionen wird Heroinabgabe in der Schweiz, Schweizer Ärzte gegen Drogen, Aeschbach E., 1998, 17

häufig unterschätzt. Dass Drogenabhängige Informationen über die Gefahr einer HIV-Infektion schlecht umsetzen können, ist u.a. eine Folge ihres Drogenkonsums.¹⁵ Inwieweit anhaltender Heroinkonsum zu einer Progression von Aids bei HIV-positiven Drogenabhängigen führt, ist Gegenstand der wissenschaftlichen Diskussion. Einige Untersuchungen legen einen solchen Verdacht nahe.¹⁶ Unbestritten aber ist die Bedeutung einer gesunden Lebensführung bei einer HIV-Infektion.

Psychische Gesundheit

Der Anteil der Patienten in «schlechtem psychischem Zustand» nimmt im 18monatigen Verlauf von 36% auf 18% ab. Es wird festgestellt, dass die affektiven Störungen, Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen schon ab dem zweiten Behandlungsmonat praktisch nicht mehr behandlungsbedürftig sind. Aus dem Verlauf wird gefolgert, dass ein weiterer Rückgang psychiatrischer Erkrankungen zu erwarten sei. Wenn eine psychiatrische Betreuung zu dieser Verbesserung geführt hat, ist dies natürlich zu begrüßen. Dabei darf aber nicht unerwähnt bleiben, dass der Konsum von Rauschgiften erfahrungsgemäss zur Komplikation in Form von psychiatrischen Problemen führt. Es ist zu hoffen, dass die Forschungsverantwortlichen nicht die Abgabe von Heroin als neue Behandlung psychiatrischer Krankheiten in Erwägung ziehen.

Schwangerschaften

Drogenabhängigkeit während der Schwangerschaft stellt für Mutter und Kind ein besonders gravierendes Problem dar. Kinder drogenabhängiger Mütter haben oft ein niedrigeres Geburtsgewicht und einen geringeren Kopfumfang. Sie sind eher hyperaktiv, unaufmerksam und zeigen Verhaltensstörungen. Bedeutender Faktor dabei ist der negative Einfluss der drogenabhängigen Mutter nach der Geburt.¹⁷ Gefürchtet ist auch das neonatale Abstinenzsyndrom, das vor allem bei politoxikomanen Müttern gehäuft auftritt.¹⁸ Die wissenschaftliche Literatur zu diesem Problem ist sehr umfangreich, trotzdem scheinen die Forschungsbeauftragten es kaum zu bewerten. Sie halten fest, dass der Verlauf von Schwangerschaften und Geburten mit Ausnahme eines Spontanabortes unter Entzug als unauffällig gelten kann.

Sucht- und Risikoverhalten

Geben bei Eintritt noch 81% der Patienten an, Kokain zu konsumieren, nimmt diese Zahl nach 12 Monaten auf 52% ab. Ergo: Mehr als die Hälfte der Probanden nimmt nach einem Jahr immer noch Kokain nebenher! Dabei handelt es sich lediglich um Aussagen der Versuchsteilnehmer, nur sporadisch durch Urintests überprüft. Immerhin fallen die nur zweimonatlich durchgeführten Urintests in etwa 10% der Fälle positiv aus. In diese Auswertung einbezogen wurden nur die Teilnehmer, die mindestens 18 Heroinabgabe in der Schweiz, Schweizer Ärzte gegen Drogen, Aeschbach E., 1998, 18

Monate im Versuch verblieben. Bezogen auf alle Teilnehmer wäre dieser Wert vermutlich noch schlechter ausgefallen. Dieses Resultat ist auch in anderer Hinsicht nicht erstaunlich. Es ist schon lange bekannt, dass Suchtmittel austauschbar sind, da sie über denselben hirnpfysiologischen Suchtmechanismus wirken. Werden Drogenabhängige legal mit Suchtmitteln versorgt, geht der illegale Konsum entsprechend zurück. Es ist anzunehmen, dass die Schliessung offener Drogenszenen während des Projektes ebenfalls zum Rückgang des Kokainkonsums beigetragen hat.

Soziale Integration

Die notierte Verbesserung der Wohnverhältnisse ist zu begrüßen; ihre Ursache muss jedoch kritisch betrachtet werden. Die Anzahl der in einem festen Mietverhältnis Lebenden steigt von 49% bei Eintritt auf 69% nach 18 Monaten. Da keine kontrollierte Untersuchung vorliegt, muss angenommen werden, dass diese Verbesserung in erster Linie auf verbesserte finanzielle Möglichkeiten und Unterstützung bei der Wohnungssuche zurückzuführen ist. Es wird angegeben, dass auch ein signifikanter Abbau der Schulden stattfand. Die angegebenen Kategorien bewegen sich zwischen 5000 und über 30 000 Franken. Mit welchen Mitteln ein solcher Schuldenberg abgetragen werden konnte, ist nicht ersichtlich. Auch hier gilt, wie schon oft gesagt: Es wird ein Merkmal untersucht, das wohl zumindest teilweise der psychosozialen Betreuung zugeschrieben werden kann. Dass ansonsten Geld gespart werden kann, wenn man illegale Drogen nicht mehr teuer kaufen muss, sondern fast gratis vom Staat erhält, ist ja noch nie bestritten worden. Es ist so trivial, dass es nicht erst bewiesen werden muss.

Selbstverständlich ist eine Verbesserung der Arbeitssituation zu begrüßen (Tabelle 3). Allerdings müssen die vorgelegten Daten vorsichtig interpretiert werden. Es wird im vorliegenden Bericht von Arbeitssituation gesprochen und nicht wie sonst eigentlich üblich von Arbeitsfähigkeit und schon gar nicht von Erwerbsfähigkeit. Die Kategorien sind leider nicht nach typischen Kriterien erstellt. So umfasst die erste Kategorie «arbeitend» Voll- und Teilzeitbeschäftigte, während in der zweiten Kategorie temporär Beschäftigte, im Haushalt arbeitende und berentete Patienten zusammengefasst sind. Die macht eine Beurteilung der Daten nahezu unmöglich.

Tabelle 3: Arbeitssituation bei Eintritt und im Verlauf

	Arbeitssituation bei Eintritt (n=230; md=7)	Arbeitssituation nach 6 Mte (n=237; md=0)	Arbeitssituation nach 12 Mte (n=237; md=0)	Arbeitssituation nach 18 Mte (n=237; md=0)
arbeitend	14%	23%	31%	32%

Heroinabgabe in der Schweiz, Schweizer Ärzte gegen Drogen, Aeschbach E., 1998, 19

Temporär/ im Haushalt, berentet	42%	51%	52%	48%
arbeitslos, ohne Rente	44%	26%	17%	20%

*Aus: Abschlussbericht der Forschungsbeauftragten. Synthesebericht.
A. Uchtenhagen. Tabelle 27, Seite 74, Zürich 1997*

Die Anzahl der Rentenbezüger nimmt im Verlauf des Versuches zu (Tabelle 4). Dies kann an einer im Rahmen des Versuchs festgestellten Rentenbedürftigkeit liegen und mag somit auch gerechtfertigt sein. Auf Grund der angeblich verbesserten Arbeitssituation müsste jedoch eher ein Rückgang der Rentenbedürftigkeit erwartet werden. Durch Angabe der Fluktuation (Anzahl neuer Renten und Anzahl sistierter Renten) hätte dies leicht geklärt werden können.

Tabelle 4: Invalidenrenten bei Eintritt und im Verlauf

	IV-Rente bei Eintritt (n=233; md=4)	IV-Rente nach nach 6 Monaten (n=237; md=0)	IV-Rente nach 12 Monaten (n=237; md=0)	IV-Rente nach 18 Monaten (n=237; md=0)
Keine Rente	82%	78%	76%	73%
Bezieht Rente	18%	22%	24%	27%

*Aus: Abschlussbericht der Forschungsbeauftragten. Synthesebericht.
A. Uchtenhagen. Tabelle 29, Seite 75. Zürich 1997.*

Delinquenzverhalten

Bei der Beurteilung des Delinquenzverhaltens muss die Unzuverlässigkeit selbstberichteter Delinquenz berücksichtigt werden. Die Fragwürdigkeit von Auswertungen, die auf unglaublichen Zahlen beruhen, wurde von verschiedener Seite schon während des Versuchs aufgeworfen. Die Forschungsbeauftragten haben deshalb im Nachhinein Erhebungen aus Polizeiregistern für einige spezielle Auswertungen einbezogen. Gemäss selbstberichteter Delinquenz ging die Anzahl Delikte zur Geldbeschaffung leicht zurück, hingegen nahm die Anzahl der Delinquenten leicht zu, welche Verbrechen mit körperlicher Gewalt und Verletzung mit

Waffen begingen. Letztgenanntes kann jedoch wegen der zu kleinen Zahl nicht auf Signifikanz hin überprüft werden.

Die Forschungsbeauftragten haben den Rückgang der Kriminalität sehr stark hervorgehoben. Entscheidend ist aber, dass der Rückgang in allen

Heroinabgabe in der Schweiz, Schweizer Ärzte gegen Drogen, Aeschbach E., 1998, 20

untersuchten Gruppen gleich gross ist, so dass dadurch noch keine Heroinabgabe begründet ist. Auch hier wäre der Vergleich mit einer abstinenten Kontrollgruppe unabdingbare Voraussetzung einer sinnvollen Auswertung.

C. Diskussion der Austritte und Anschlussbehandlung

Von 1146 in den Versuch aufgenommenen Patienten sind bis Versuchsende 350 (30,5%) ausgeschieden. 84 davon wurden von der Analyse ausgeschlossen, da die Eintrittsuntersuchung nicht durchgeführt worden war(!). Die Ergebnisse liegen erst für die Kohorte A mit 385 Teilnehmern vor (Tabelle 5). Aus dieser Kohorte sind 128 Patienten (33,2%) ausgeschieden. Bezogen auf die 128 ausgetretenen Patienten sind 16% in eine abstinenzorientierte Behandlung eingetreten und 39% in ein Methadonprogramm. Umgerechnet auf die Gesamtanzahl der 385 Teilnehmer bedeutete das eine vorläufige «Erfolgsquote» von 5,2%, gemessen am Hauptziel der Abstinenz.

Die in eine Anschlussbehandlung Übergetretenen wurden mit der Gruppe der ohne Anschlussbehandlung ausgetretenen verglichen bezüglich Merkmalen wie Geschlecht, Alter, Dauer der Drogenabhängigkeit, Wohnsituation, körperlicher Zustand etc. Gemäss der vorliegenden Auswertung sind nur Teilnehmer, die sich in schlechter psychischer Verfassung befinden und/oder HIV-positiv sind, in der Gruppe der ohne Anschlussbehandlung ausgeschiedenen Patienten signifikant überrepräsentiert.

Der Vergleich der beiden Gruppen «in Anschlussbehandlung» und «ohne Behandlung ausgeschieden» ist aber nicht aussagekräftig, da das Merkmal der beiden Gruppen nicht typisch ist. Die Gruppe, die nach dem Austritt eine Behandlung in Anspruch nimmt, besteht aus Personen, die entweder ein abstinenzorientiertes Angebot angenommen haben oder die in ein Methadonprogramm eingetreten sind. In der Gruppe, die in keiner Behandlung mehr steht, können einige durchaus abstinent leben, während andere wiederum illegale Drogen konsumieren. Es wäre also interessant gewesen, eine Gruppe abstinent lebender Teilnehmer und eine Gruppe, die noch Drogen konsumiert, bezüglich verschiedener Merkmale miteinander zu vergleichen. Da dies nicht getan wurde, kann über ein Ergebnis nur eine Vermutung angestellt werden. Lang dauernde Heroinabhängigkeit, täglicher Kokainkonsum und schlechter Gesundheitszustand sind vermutlich als Risikofaktoren zu betrachten, das angestrebte Ziel der Abstinenz nicht zu erreichen.

Tabelle 5: Austrittsgründe Kohorte A und B

	Kohorte A	Kohorte B
Heroinabgabe in der Schweiz, Schweizer Ärzte gegen Drogen, Aeschbach E., 1998, 21		

	n	%	n	%
Abstinenzorientierte Behandlung	20	16%	46	33%
Entzugsbehandlung mit Methadon	2	2%	2	1%
Methadon-Substitution	50	39%	49	36%
Hospitalisierung	5	4%	1	1%
Wegzug	3	2%	2	1%
Haft	0		4	3%
Ausschluss	19	15%	15	11%
Abbruch durch Patient	15	15%	14	10%
Andere Gründe	7	5%	4	3%
Verstorben	7	5%	1	1%
Total der Austritte	128	100%	(138)¹	100%

¹ Die Austrittszahlen von Kohorte B sind nur bedingt mit denen von Kohorte A vergleichbar, da der Beobachtungszeitraum nur für einen kleinen Teil schon 18 Monate beträgt.

Aus: Abschlussbericht der Forschungsbeauftragten. Synthesebericht. A. Uchtenhagen. Tabelle 43, Seite 87. Zürich 1997.

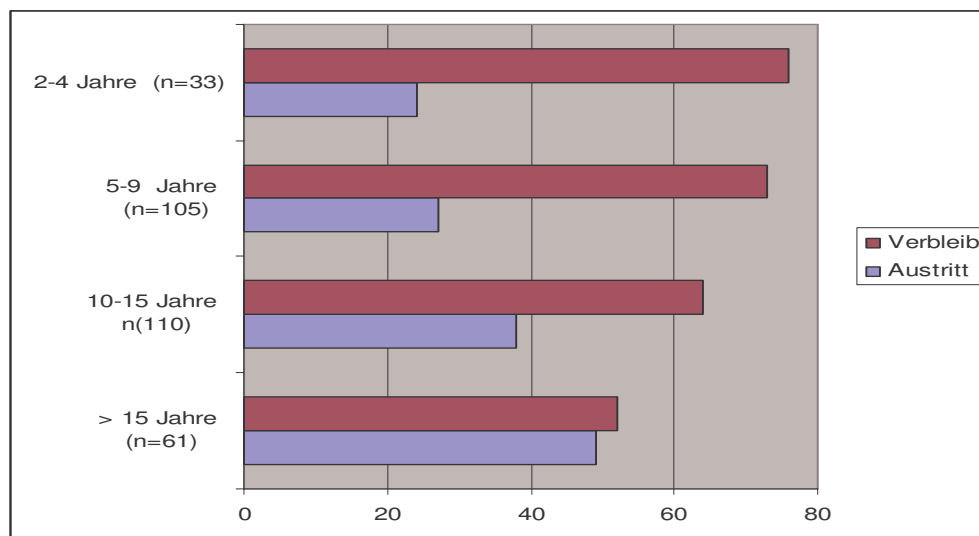
Um den langfristigen Erfolg einer Therapie nachweisen zu können, müssen die Versuchsteilnehmer in gewissen Intervallen katamnestisch nachbefragt werden. Die Ergebnisse der ersten Nachbefragungen liegen heute aber nur bei etwa der Hälfte der 128 Ausgeschiedenen vor. 17 sind verstorben, 5 verzogen und 9 nicht auffindbar. Bedenklich ist, dass 30 eine Nachbefragung verweigert haben(!). Da so genannte Follow-up-Studien typischerweise über mehrere Jahre geführt werden, muss schon heute bezweifelt werden, dass die Forschungsbeauftragten jemals vernünftige Resultate dazu werden vorlegen können.

Angeblich halten die eingetretenen Verbesserungen im Verlauf an, unabhängig davon, ob eine Anschlussbehandlung in Anspruch genommen wurde oder nicht. Für diese Behauptung werden aber keinerlei konkrete Zahlen vorgelegt. Ebenfalls sind keine Angaben verfügbar, welche die erzielten Verbesserungen in Relation mit der Variablen «Verbleib im Versuch» oder «Ausscheiden aus dem Versuch» aufzeigen.

Eine Auswertung im zweiten Zwischenbericht zeigt, dass eine langjährige Abhängigkeitsdauer, täglicher Kokainkonsum und ein positiver HIV-Status einen Risikofaktor für einen frühen Austritt darstellen (Abbildungen 1/ und 2). Dies zeigt, dass diese so genannt Schwerabhängigen, also die eigentliche Zielgruppe des Versuches, offensichtlich schlecht erreicht wurden.

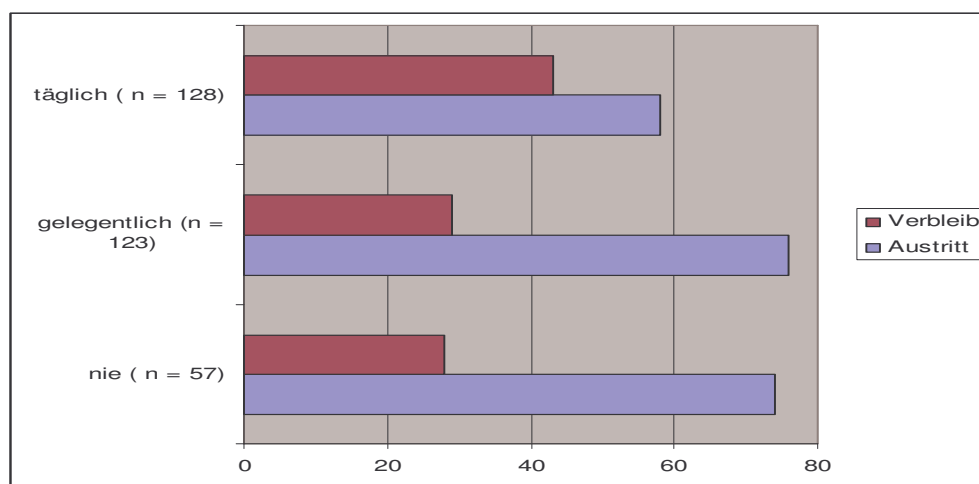
Abbildung 1: Dauer des regelmässigen Konsums harter Drogen vor Eintritt und Austrittshäufigkeit (n= 317; md=8)

Heroinabgabe in der Schweiz, Schweizer Ärzte gegen Drogen, Aeschbach E., 1998, 22



Aus: Zweiter Zwischenbericht der Forschungsbeauftragten. A.Uchtenhagen. Abbildung 3.2.1, Seite 95. Zürich 1996.

Abbildung 2: Kokainkonsum vier Wochen vor Eintritt und Austrittshäufigkeit (n = 317; md = 8)



Aus: Zweiter Zwischenbericht der Forschungsbeauftragten. A.Uchtenhagen. Abbildung 3.2.2, Seite 96. Zürich 1996.

6. Kritik an der Interpretation der Ergebnisse

Haltequoten

Die Forschungsbeauftragten haben die hohen «Haltequoten» in den Heroingruppen besonders stark hervorgehoben (Tabelle 6). Insbesondere Heroinabgabe in der Schweiz, Schweizer Ärzte gegen Drogen, Aeschbach E., 1998, 23

haben sie einen direkten Vergleich mit den «Haltequoten» in abstinenzorientierten Therapien angestellt. Die Bedeutung des Begriffs «Haltequote» ist deshalb einer genaueren Betrachtung zu unterziehen.

Tabelle 6: Haltequote

	6 Monate	12 Monate	18 Monate
Kohorte A (n=385)	89%	76%	69%
Kohorte B (n=650)	89%	(80%)	(77%)

Aus: Abschlussbericht der Forschungsbeauftragten. Synthesebericht. A. Uchtenhagen. Tabelle 16, Seite 58. Zürich 1997.

Der Abschlussbericht enthält keine Angaben darüber, was unter «Haltequote» zu verstehen ist. Üblich ist, eine Teilnahme von beispielsweise 75% festzulegen oder etwa das Erscheinen zu 2 von 3 möglichen Terminen in den Behandlungsstellen vorzuschreiben. Ein Verzicht auf solche exakten Definitionen lässt unweigerlich Zweifel an der Verwendbarkeit solcher Daten aufkommen.

Was bedeutet eine hohe Haltequote hinsichtlich der vorgegebenen Zielsetzung?

Eine therapeutische Behandlungsmethode ist dann erfolgreich, wenn sie wirksam ist hinsichtlich der zu erreichenden Zielsetzung. Voraussetzung ist, dass sie von den Patienten akzeptiert wird. Dabei kommt aber der Wirksamkeit die grössere Bedeutung zu, denn die Behandlungsmethode muss vor allem geeignet sein, die Grundkrankheit tatsächlich zu heilen. Die Akzeptanz durch die Patienten ist dabei nur eine Voraussetzung für die Therapie, nicht ein Ersatz für ihren Effekt. Bei der Entwicklung neuer Behandlungsmethoden wird natürlich versucht, möglichst gute Verträglichkeit und Akzeptanz zu erreichen. Dabei darf aber das eigentliche Ziel – die Heilung – nicht aus dem Auge verloren werden. Die Betreiber der Heroinversuche haben sich aber in ein noch viel grundsätzlicheres Dilemma verstrickt. Sie wollen eine «Therapie» anwenden, die eigentlich nur dann erfolgreich ist, wenn sie nicht mehr in Anspruch genommen wird.

Was ist das eigentliche therapeutische Agens?

Ausgehend von diesen Überlegungen stellt sich die Frage, was in diesen Versuchen eigentlich das therapeutische Agens darstellt. Schreiben die Projektverantwortlichen der Substanz Heroin eine eigene therapeutische Wirkung zu? Bei der Darstellung der Resultate wurde wiederholt darauf hingewiesen, dass der Nachweis, die Abgabe von Heroin stehe in einem ursächlichen Zusammenhang mit den beobachteten Veränderungen, nicht Heroinabgabe in der Schweiz, Schweizer Ärzte gegen Drogen, Aeschbach E., 1998, 24

erbracht wurde. Oder betrachten sie die Abgabe des Opiates nur als Mittel, Drogenabhängige in einem therapeutischen Setting zu halten? Dann hätten standardisierte Behandlungsmethoden definiert und deren ursächliche Beteiligung an den gemessenen Resultaten nachgewiesen werden müssen. Auf alle diese Fragen gibt der Schlussbericht keine Antwort.

Ein Aspekt der Problematik der Hilfeleistung für Drogenabhängige soll hier noch erläutert werden. Sinnvolle und konstruktive Hilfeleistung im Drogenbereich erfordert ein genaues Verständnis der Suchtproblematik und muss individuell auf den Einzelnen und seine momentane Lebenssituation zugeschnitten sein. Ein suchtkranker Mensch steht unter einem fast unwiderstehlichen Zwang, immer wieder Drogen zu nehmen. Obwohl er unter den negativen Folgen leidet, ist der Zwang, den Konsum fortzusetzen, meist grösser als der Wille, den beschwerlichen Weg von Entzug und Behandlung auf sich zu nehmen. Trotzdem haben Drogenabhängige immer wieder den Wunsch und die Hoffnung, ohne Drogen leben zu können. Der etwas unpassende, aber oft gehörte Begriff der «Drogenkarriere» bezeichnet dieses anhaltende Wechselspiel von Hoffnung und Versagensgefühlen, eine Spirale, die, wird sie nicht unterbrochen, immer weniger Aussicht auf ein Leben ohne Drogen lässt.

Eine frei verfügbare, an keine Bedingungen geknüpfte Palette von Hilfsangeboten birgt deshalb die Gefahr, dass der Süchtige einzig seine momentanen Bedürfnisse befriedigt und sich damit den Drogenkonsum erleichtert. Die eigentliche Wurzel seines Drogenproblems bleibt dann unberührt. Hilfsmassnahmen sind nur dann wirkungsvoll, wenn sie im Rahmen einer umfassenden Behandlung geleistet werden. Andernfalls besteht die Gefahr, dass der Süchtige und seine Betreuer sich mit Teilerfolgen zufrieden geben und dass der Süchtige weiterhin all den Gefahren ausgesetzt bleibt, die mit dem Drogenkonsum verbunden sind. Ein körperlicher Entzug stellt den wichtigsten Schritt auf dem Weg zu einem drogenfreien Leben dar und kann Ausgangspunkt für eine Bewältigung der anstehenden Lebensprobleme werden. Deswegen müssen alle Hilfsmassnahmen geeignet sein, das Ziel der Abstinenz zu erreichen. Hier liegt der Gradmesser für Wirksamkeit und Erfolg von Behandlungsmethoden im Drogenbereich.

Ist ein Vergleich mit anderen Behandlungsmethoden zulässig?

Die Forschungsbeauftragten habe schon anlässlich der Orientierung der Medien über den Schlussbericht die Überlegenheit der Heroinabgabe im Vergleich zu anderen Therapieangeboten, namentlich der stationär abstinenzorientierten Therapien, hervorgehoben. Entsprechend den oben gemachten kritischen Ausführungen zum Begriff «Haltequoten» ist dieser Heroinabgabe in der Schweiz, Schweizer Ärzte gegen Drogen, Aeschbach E., 1998, 25

Vergleich unzulässig. Ein Verbleib in einem Behandlungsprogramm ist keine Garantie für einen erfolgreichen Abschluss. Das zeigen schwedische Methadon-Langzeitstudien, bei denen einige Süchtige 20 bis 30 Jahre im Programm bleiben und auch noch nach vielen Jahren rückfällig werden. Vergleiche können nur bezüglich der Erreichung gesetzter Ziele angestellt werden. Bei der vorliegenden Fragestellung ist die Fähigkeit, auf Drogen verzichten zu können, der gegebene Gradmesser für einen eventuellen Erfolg der Behandlung. In diesem Sinn ist eine hohe Haltequote in einer abstinenzorientierten Behandlung schon eher als Erfolg zu bewerten. Die Teilnehmer an abstinenter Therapieformen haben immerhin schon auf den Konsum von Drogen verzichtet.

7. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Die positive Darstellung der Heroinversuche im Abschlussbericht widerspricht ihrem eigenen Sachinhalt. Logische Konsequenz wäre ein sofortiger Versuchsabbruch und die Rückkehr zu bewährten Behandlungsmethoden der Drogenabhängigkeit. An dieser grundsätzlichen Beurteilung werden auch die noch angekündigten Spezialstudien aller Voraussicht nach kaum mehr etwas ändern.

Gemessen am eigentlichen Hauptziel, der Drogenabstinenz, ist die Erfolgsrate von 5,2% sehr ernüchternd ausgefallen. Infolge mangelnder Bereitschaft der Versuchsteilnehmer zu einer Kooperation wird das geplante Follow-up nur rudimentäre Resultate liefern können. Über die Langzeitwirkung der Heroinabgabe werden wohl keine verwertbaren Ergebnisse erwartet werden können.

Die Erfolge in Teilbereichen, wie ein verbesserter Gesundheitszustand, stabilere soziale Verhältnisse usw., sind selbstverständlich zu begrüßen. Der Versuch konnte jedoch den Nachweis nicht erbringen, dass diese Erfolge auf die Abgabe von Heroin zurückzuführen sind.

Der Rückgang der Delinquenz unter den Versuchsteilnehmern war ein oft gehörtes Argument, um Akzeptanz für die Heroinabgabe zu schaffen. Die Zahlen zeigen jedoch, dass dieser Rückgang nicht auf die Gruppe der Heroinbezieher beschränkt ist, sondern in allen Gruppen gleichermassen beobachtet werden konnte. Für alles das gilt, dass bewährte, abstinenzorientierte Therapien mindestens ebenso gute oder bessere Ergebnisse gebracht haben.

Heroinabgabe in der Schweiz, Schweizer Ärzte gegen Drogen, Aeschbach E., 1998, 26

Die anvisierte Gruppe von so genannten Schwerstabhängigen wurde offensichtlich schlecht erreicht. Gemäss einer statistischen Auswertung im zweiten Zwischenbericht zeigt sich, dass genau diese Gruppe überwiegend vorzeitig aus dem Versuch ausgeschieden ist. Gerade für «Schwerstabhängige» scheint die Heroinabgabe keine haltbare Alternative zu sein.

Die Versuchsverantwortlichen haben ausserdem ihre Glaubwürdigkeit verspielt, indem sie während des gesamten Versuchszeitraums mit Hilfe der Massenmedien euphorisch und unkritisch Erfolgsmeldungen verbreiten liessen, die durch Fakten nicht gedeckt werden. Ein krasses Beispiel war der Auftritt des Leiters des Berner Projekts KODA in einer Fernsehsendung in Australien. Seine unbedarfte Werbekampagne für die Schweizer Heroinabgabeprojekte – vor Erscheinen des Schlussberichts – verstösst krass gegen das Gebot der Unabhängigkeit von Projektleitern und Forschungsbeauftragten.

Die verantwortlichen Gesundheitsbehörden wären gut beraten, in der Behandlung der Drogenabhängigkeit wieder auf bewährte, abstinenzorientierte Methoden zurückzugreifen. Der Schweizer Alleingang ist international überwiegend auf Unverständnis gestossen und hat im Bereich der Fachwelt vor allem Kopfschütteln ausgelöst. Am deutlichsten zeigt dies die ablehnende Stellungnahme der Unterzeichnerstaaten der Drogenkontrollabkommen der Vereinten Nationen an ihrer diesjährigen Sitzung der Betäubungsmittelkommission in Wien.

8. Anhang

Diese Untersuchung stützt sich auf folgende Berichte:

- Verordnung über die Förderung der wissenschaftlichen Begleitforschung zur Drogenprävention und Verbesserung der Lebensbedingungen Drogenabhängiger vom 21. Oktober 1992

Heroinabgabe in der Schweiz, Schweizer Ärzte gegen Drogen, Aeschbach E., 1998, 27

- Änderungen der Verordnung über die Förderung der wissenschaftlichen Begleitforschung zur Drogenprävention und Verbesserung der Lebensbedingungen Drogenabhängiger vom 21. Oktober 1992, 1. Januar 1997
- Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln, Gesamtversuchsplan, Ausführungsbestimmungen, Bundesamt für Gesundheitswesen, 1.11.1993
- Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln, Zweiter Zwischenbericht der Forschungsbeauftragten, Institut für Suchtforschung Zürich, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich, September 1996
- Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln, Abschlussbericht der Forschungsbeauftragten, Synthesebericht, Institut für Suchtforschung Zürich, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich, Juni 1997

9. Quellenangaben

- 1 FDP, Sonntags-Blick, 29.10.1989
- 2 «Die kontrollierte Heroinabgabe ist machbar», NZZ, 16.8.1995
- 3 Kokain – der nächste Streitpunkt, Tages-Anzeiger, 11.7.1997
- 4 Klingemann K.H. How much treatment does a person need? Addiction, spontaneous remission and «family» as biographical as leitmotiv. Schweiz. Rundschau Med Prax, 46(34):937-49, 1994 Aug 23.
- 5 Hovnanian L. The four stages of drug addiction (based on clinical experience with 5000 addicts). Bull Acad Nat Med, 178(6):1029-37; discussion 1037-42, 1994 Jun.
- 6 Täschner KL. Are there new methods in therapy of drug dependency? Z Arztl Fortb (Jena), 90(4):315-20, 1996 Jun.
- 7 Hartnoll et al. Evaluation of Heroin Maintenance in Controlled Trial. Arch Gen Psychiatry – Vol. 37, Aug 1980.
- 8 vgl. WHO Technical Report Series (TRS), No 850, 1995. Sixth report of the WHO Expert Committee on the use of essential drugs. Model list of essential drugs. Annex 3. Guidelines for good clinical practice.
- 9 Reichle et al. Comparative Analgesic Potency of Heroin and Morphine in Postoperative Patients. +992, Vol 136.
- 10 Vincent P. Dole M.D. Implications of Methadone Maintenance for Theories of Narcotic Addiction. JAMA, Vol 260, No 20, Nov 25, 1988.
- 11 Tennant F, Shannon J. Cocaine abuse in methadone maintenance patients is associated with low serum methadone concentrations. J Addict Dis, 14(1):67-74, 1995.

Heroinabgabe in der Schweiz, Schweizer Ärzte gegen Drogen, Aeschbach E., 1998, 28

- 12 Casas M, Guardia J, Prat G, Trujols J. The apomorphine test in heroin addicts. *Addiction*, 90(6):831-5, 1995 Jun.
- 13 Santolaria FJ et al. Nutritional assessment of drug addicts. *Drug Alcohol Depend*, 38(1):11-8, 1995 Apr.
- 14 Caplehorn JR, Ross MW. Methadone maintenance and the likelihood of risky needle-sharing. *Int J Addict*, 46(6):685-98, 1995 May.
- 15 Helal H, Momas I, Pr etet S, Marsal L, Poinard R. HIV prevalence and risk behavior among intravenous drug users attending HIV counselling and testing centres in Paris. *Addiction*, 90(12):1627-33, 1995 Dec.
- 16 Ronald PJ, Robertson JR, Elton RA. Continued drug use and other cofactors for progression to AIDS among injecting drug users. *AIDS*, 8(3):339-43, 1994 May.
- 17 Ornoy A, Michailevskaya V, Lukashov I, Bar-Hamburger R, Harel S. The developmental out-come of children born to heroin-dependent mothers, raised at home or adopted. *Child Abuse Negl*, 20(5):385-96, 1996 May.
- 18 Fundaro C, Solinas A et al. Neonatal abstinence syndrom and maternal toxicological profile. *Minerva Pediatr*, 46(3):83-8, 1994 Ma.