

Die Deutsche Bibliothek CIP-Einheitsaufnahme

Aeschbach, Ernst:

Heroinabgabe in der Schweiz: Analyse der Wissenschaftlichkeit der  
Begleitforschung; zum Abschlussbericht über die «Versuche für eine  
ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln» / Ernst Aeschbach.

Schweizer Ärzte

gegen Drogen. 2. Aufl. Zürich: Schweizer Ärzte gegen Drogen, 1999.

ISBN 3-9521546-0-1

Herausgeber: Schweizer Ärzte gegen Drogen

Gestaltung: Albert Graf

Copyright: Dr. med. Ernst Aeschbach

1. Auflage 1998 (1 5000)

1. französische Ausgabe 1998

1. englische Ausgabe 1998

## Inhaltsverzeichnis

Vorwort	2
Zum Abschlussbericht über die «Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln» in der Schweiz	5
1. EINLEITUNG	5
2. GRUNDSÄTZLICHE BEMERKUNGEN	7
3. PROJEKTDESCHEIBUNG, 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	16
B. Veränderungen im Verlauf	18
Körperliche Gesundheit	
Psychische Gesundheit	
Schwangerschaften	
Sucht- und Risikoverhalten	
Soziale Integration	
Delinquenzverhalten	
C. Diskussion der Austritte und Anschlussbehandlungen	23
6. KRITIK AN DER INTERPRETATION DER ERGEBNISSE	26
Haltequoten	
Was bedeutet eine hohe Haltequote hinsichtlich der vorgegebenen Zielsetzung?	
Was ist das eigentliche therapeutische Agens?	
Ist ein Vergleich mit anderen Behandlungsmethoden zulässig?	

## Vorwort

«Ich begreisse, 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 geussert. In der Drogenkommission der Vereinten Nationen

boten schon im April 1996 Vertreter verschiedener Staaten scharfe Kritik an den Schweizer Heroinabgaberversuchen 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

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 Koppel,  
Co-Präsident «Schweizer Ärzte gegen Drogen»

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

Eine Analyse der Wissenschaftlichkeit der Begleitforschung

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

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 geussert. 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

wertung sollte 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.<sup>1</sup> Gemeinsamer Nenner all dieser Forderungen ist die irri- ge Annahme, dass Drogenprobleme durch die Art des Konsums und dessen Bekämpfung und nicht durch die Substanz selbst verursacht werden.

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 Bel betrachtet denn aus wirklichem Interesse an neuen Resultaten akzeptiert.

Nach der erteilten Bewilligung des 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 geussert. 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.

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 Heroinabgabeveruche durch den INCB bedeute.
5. Die wissenschaftlichen Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln standen von Beginn an unter starkem politischem Druck. Es wurde vor allem ein erleichterter und zahlermässig unbeschränkter Zugang zur Heroinabgabe, ein Angebot an anderen Drogen, wie z.B. Kokain, und eine Abgabe nach Hause verlangt.<sup>2, 3</sup> Nun wird im Schlussbericht schon offen darüber nachgedacht, dass eine niedrigere Eintrittsschwelle und eine grössere Bewegungsfreiheit für die Patienten positive Auswirkungen haben könnte. 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 beachten, 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.

### 3. PROJEKTDESCHEIBUNG, 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 Heroinabgabever-  
suche haben wiederholt betont, dass Sucht als eine Phase im Leben eines Menschen verstanden werden müsse, die tendenziell zur Spontanheilung neige.<sup>4</sup> Entsprechende Botschaften werden auch

schwere Opiatabhängigkeit seit mindestens zwei Jahren, gleichzeitiger 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 Behandlungsgeschichte vor dem Eintritt in den Versuch belegt, dass sie das bestehende Hilfsangebot sehr schlecht genutzt haben (Tabelle 2). Dies wird durch die Eintrittsbefunde verdeutlicht, die weiter unten im Kapitel «Diskussion der Ergebnisse» dargelegt werden.

Die oft geübte 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 anbieten, nicht gerade zur Entwicklung von «Schwerstabhängigkeit» beigetragen haben. In Untersuchungen therapeutischer Behandlungsmethoden der Drogensucht wird immer wieder auf die Bedeutung einer frühen Intervention hingewiesen,<sup>5</sup> und klar abstinenzorientierten Methoden wird stets der Vorzug gegeben.<sup>6</sup>

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 eigentlich 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 wird. 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

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 quasi experimentelles 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 Variablen 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 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 ursprünglich 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.<sup>7</sup> Im vorliegenden Heroinprojekt wurden beispielsweise Drogentests nur alle 2 Monate und mit Einverständnis des Teilnehmers durchgeführt.

Gute klinische Praxis<sup>8</sup>

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.

«wohliges Wohlbefinden», «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 Wohlbefinden» 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 stärker 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 wurde. Immerhin handelt es sich um 10% der Gesamtteilnehmer, die,

	Kohorte A Eintritt bis 31.3.95	Kohorte B *) Eintritt ab 1.4.95	Total
In Versuch aufgenommen			1146
Rasche Austritte, unvollständige Daten			111
Tatsächlich ausgewertet	385	650	1035

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

wurden ihre Daten ausgewertet worden, die Resultate merkbar verändert hätten.

Tabelle 1

#### 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 sogenannte Methadon äquivalent errechnet. Durchschnittlich wird nach etwa 3 Monaten eine stabile Dosierung von etwa 160 mg Methadon äquivalent erreicht. Es wird nichts darüber gesagt, auf welche Eigenschaft der Opiate sich die Äquivalenzberechnung bezieht.

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 Aussagen 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

don-Plasmaspiegel hilft, den Konsum anderer Drogen zu verhindern.<sup>9</sup> 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.<sup>10</sup>

#### Berner Doppelblindversuch

Eine skurril anmutende «Studie» wurde in Bern durchgeführt. In einer sogenannten «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 «Schwerstabh ngige» gehandelt haben soll, muss nach all dem

Fr here Behandlungen	Kohorte A n= 385	Kohorte B n= 650	Gesamt n= 1035	
Entz ge				
keine	11 %	11 %	11 %	
1 bis 5 Entz ge	65 %	65 %	65 %	
mehr als 5 Entz ge	25 %	24 %	24 %	
	m d= 4	m d= 5	m d= 9	Cr s
V.=.01/n.s.				
station re Therapien				
keine station re Therapie	47 %	50 %	49 %	
1 station re Therapie	26 %	26 %	26 %	
mehr als 1 station re Therapie	27 %	24 %	25 %	
	m d= 4	m d= 5	m d= 9	Cr s
V.=.04/n.s.				
Substitution				
keine Substitution	9 %	9 %	9 %	
1 Substitutionsbehandlung	39 %	37 %	37 %	

stark  
bezweifelt werden.

Tabelle 2: Vergleich der Behandlungsgeschichte der

Kohorte A und B bei Eintritt

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

ding 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.

#### 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.<sup>12</sup>

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 17% der Teilnehmer überhaupt Abszesse diagnostiziert. Nach

18monatiger Behandlungszeit finden sich immer noch bei 7% der Teilnehmer Abszesse.

Die Bedeutung der HIV-Prvention 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. Wenn die Versuchsteilnehmer zu einem HIV-Test verpflichtet gewesen, läge jetzt wenigstens verlässliches Zahlenmaterial vor. HIV-Prvention 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.<sup>13</sup> Der Anteil der durch ungeschützten Geschlechtsverkehr erfolgten HIV-Infektionen wird häufig unterschätzt. Dass Drogenabhängige Informationen über die Gefahr einer HIV-Infektion schlecht umsetzen können, ist u.a. eine Folge ihres Drogenkonsums.<sup>14</sup> 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.<sup>15</sup> 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

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.<sup>16</sup> Gefürchtet ist auch das neonatale Abstinenz-Syndrom, das vor allem bei politoxikomanen Müttern häufig auftritt.<sup>17</sup> 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 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 ber

denselben hirnpfysiologischen Suchtmechanismus wirken. Werden Drogen-abh ngige legal mit Suchtmitteln versorgt, geht der illegale Konsum entsprechend zur ck. Es ist anzunehmen, dass die Schliessung offener Drogenszenen w hrend des Projektes ebenfalls zum R ckgang des Kokainkonsums beigetragen hat.

#### Soziale Integration

Die notierte Verbesserung der Wohnverh ltnisse ist zu begr ssen; ihre Ursache muss jedoch kritisch betrachtet werden. Die Anzahl der in einem festen Mietverh ltnis 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 M glichkeiten und Unterst tzung bei der Wohnungssuche zur ckzuf hren ist.

Es wird angegeben, dass auch ein signifikanter Abbau der Schulden stattfand. Die angegebenen Kategorien bewegen sich zwischen 5000 und ber 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

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%
tempor r/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. Zurich 1997.

situation gesprochen und nicht wie sonst eigentlich blich 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.

Die Anzahl der Rentenbezieher 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.

	IV-Rente bei Eintritt (n=233; md=4)	IV-Rente 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 %

Tabelle 4: Invalidenrenten bei Eintritt und im Verlauf

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 unglaubwürdigen Zahlen beruhen, wurde von verschiedener Seite schon während des Versuches aufge-

worfen. 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 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 wurde(!). 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. Ungerechnet 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 usw.

Tabelle 5: Austrittsgründe Kohorte A und B

	Kohorte A		Kohorte B	
	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	12 %	14	10 %
andere Gründe	7	5 %	4	3 %
verstorben	7	5 %	1	1 %
Total der Austritte	128	100 %	(138) <sup>1</sup>	100 %

<sup>1</sup> 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.

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 aber ein Ergebnis nur eine Vermutung angestellt werden. Lang dauernde Heroinabhängigkeit, stetiger Kokainkonsum und schlechter Gesundheitszustand sind vermutlich als Risikofaktoren zu betrachten, das angestrebte Ziel der Abstinenz nicht zu erreichen.

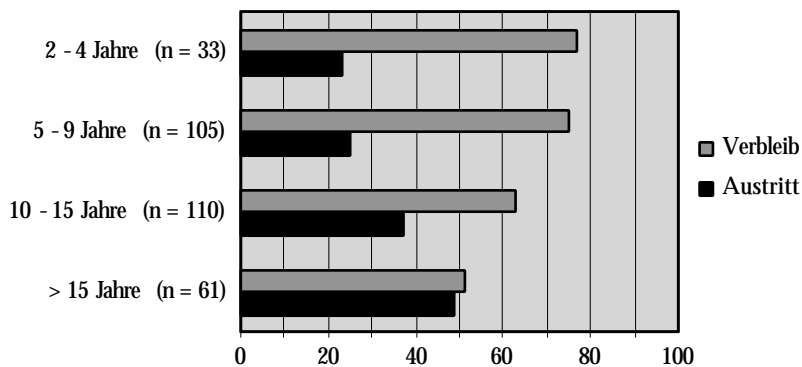
Um den langfristigen Erfolg einer Therapie nachweisen zu können, müssen die Versuchsteilnehmer in gewissen Intervallen

katamnestisch nachbefragt werden. Die Ergebnisse der ersten Nachbefragungen liegen heute aber nur bei etwa der H lfte der 128 Ausgeschiedenen vor. 17 sind verstorben, 5 verzogen und 9 nicht auffindbar. Bedenklich ist, dass 30 eine Nachbefragung verweigert haben(!). Da sogenannte Follow-up-Studien typischerweise ber mehrere Jahre gef hrt werden, muss schon heute bezweifelt werden, dass die Forschungsbeauftragten jemals vern nftige Resultate dazu werden vorlegen k nnen.

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

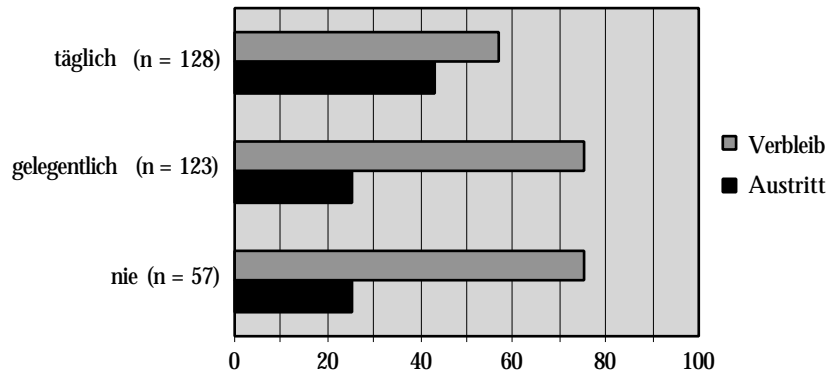
Eine Auswertung im zweiten Zwischenbericht zeigt, dass eine langj hrige Abh ngigkeitsdauer, t glicher Kokainkonsum und ein positiver HIV-Status einen Risikofaktor fr einen fr hen Austritt

vor



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

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



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

## 6. KRITIK AN DER INTERPRETATION DER ERGEBNISSE

### Haltequoten

Die Forschungsbeauftragten haben die hohen «Haltequoten» in den Heroingruppen besonders stark hervorgehoben (Tabelle 6). Insbesondere haben sie einen direkten Vergleich mit den «Haltequoten» in abstinenzorientierten Therapien angestellt. Die Bedeutung des Begriffs «Haltequote» ist deshalb einer genaueren Betrachtung zu unterziehen.

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

Tabelle 6: Haltequoten

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. Oblich 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

sen werden müssen. Auf alle diese Fragen gibt der Schlussbericht keine Antwort.

Ein Aspekt der Problematik der Hilfeleistung für Drogenabhängige soll hier noch erörtert 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 geübte 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 Suchtliche 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 Suchtliche und seine Betreuer sich mit Teilerfolgen zufriedengeben und dass der Suchtliche 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 haben 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 Vergleich unzulässig. Ein Verbleib in einem Behandlungsprogramm ist keine Garantie für einen erfolgreichen Abschluss. Das zeigen schwedische Methadon-Langzeitstudien, bei denen einige S üchtige 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. ZUSAMFASSUNG 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

begründen. 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.

Die anvisierte Gruppe von sogenannten «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.

- <sup>6</sup> Tschner KL. Are there new methods in therapy of drug dependency? *Z Arztl Fortb (Jena)*, 90(4):315-20, 1996 Jun.
- <sup>7</sup> Hartnoll et al. Evaluation of Heroin Maintenance in Controlled Trial. *Arch Gen Psychiatry* Vol. 37, 1980 Aug.
- <sup>8</sup> 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.
- <sup>9</sup> Vincent P, Dole M.D. Implications of Methadone Maintenance for Theories of Narcotic Addiction., *JAMA*, Vol 260, No 20, Nov 25, 1988.
- <sup>10</sup> 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.
- <sup>11</sup> Casas M, Guardia J, Prat G, Trujols J. The apomorphine test in heroin addicts. *Addiction*, 90(6):831-5, 1995 Jun.
- <sup>12</sup> Santolaria FJ et al. Nutritional assessment of drug addicts. *Drug Alcohol Depend*, 38(1):11-8, 1995 Apr.
- <sup>13</sup> Caplehorn JR, Ross MW. Methadone maintenance and the likelihood of risky needle-sharing. *Int J Addict*, 46(6):685-98, 1995 May.
- <sup>14</sup> Helal H, Monas I, Prötet S, Marsal L, Poinsard 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.
- <sup>15</sup> 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.
- <sup>16</sup> Ornoy A, Michailovskaya V, Lukashov I, Bar-Hamburger R, Harel S. The developmental outcome of children born to heroin-dependent mothers, raised at home or adopted. *Child Abuse Negl*, 20(5):385-96, 1996 May.
- <sup>17</sup> Fundaro C, Solinas A et al. Neonatal abstinence syndrome and maternal