

**Zeitschrift:** Die Kette : Schweizerisches Magazin für Drogenfragen

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

**Band:** - (1989)

**Heft:** 4

**Artikel:** Chancen einer diversifizierten 'Opiat'-Abgabe

**Autor:** Seidenberg, André

**DOI:** <https://doi.org/10.5169/seals-799731>

### Nutzungsbedingungen

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

### Conditions d'utilisation

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

### Terms of use

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

**Download PDF:** 02.02.2026

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

# Chancen einer diversifizierten 'Opiat'-Abgabe

Drogenpolitik soll für den einzelnen eine optimale Lebensqualität unter Berücksichtigung der Bedürfnisse der Gesellschaft anstreben. Als Ziel in der Drogenpolitik hat der eidgenössische Bericht der Subkommission Drogenfragen 'eine optimale Lebensqualität für den einzelnen unter Berücksichtigung der Bedürfnisse der Gesellschaft' definiert.

von André Seidenberg

Psychiater haben willkürlich die Abstinenz, das Aufhören des Konsums zum wichtigsten oder sogar einzigen Ziel in der Behandlung der Krankheit Drogen- sucht erklärt (z.B. Battegay 1986). Das widerspricht aber dem Ziel einer optimalen Lebensqualität für den einzelnen und auch den Bedürfnisse der Gesellschaft. Ein Drogenfreies Leben kann nicht das erste Ziel sein (Seidenberg 1986). Zuerst muss die Zeit des Drogenkonsums schlicht überlebt werden können. Der erste Grundsatz jeden medizinischen Handelns angesichts einer Anzahl von Kranken ist es, möglichst vielen von ihnen das Überleben ihrer Krankheit zu ermöglichen. Andere Ziele sind weniger wichtig (Fuchs 1989, Schneider 1989).

Vermutlich die meisten Fixerkarrieren der 80-er Jahre werden zu vorzeitigem Tod führen, vorwiegend wegen Infek-

tionen durch den Aids-Erreger HIV (Hämrig 1989, Lüthy 1987). HIV-Infektion und Aids ist zu einem wichtigsten Faktum im Leben der meisten Drogenkonsumenten geworden (Arnold 1988, Haas 1988, Suter 1988). Eine drogenfreie Gesellschaft ist eine Fiktion. Die Drogenkonsumenten sollen nicht den Preis für illusionäre Wünsche zahlen müssen. Wir müssen Konsumformen herbeiführen oder anbieten, welche wenig gefährlich sind. Wir müssen Konsumformen erzeugen, welche die Bedürfnisse aller Glieder der Gesellschaft berücksichtigen. Die Auswirkungen der verelendeten Drogenszene sind für viele indirekt Betroffene unerträglich geworden. Die Klagen von Gewerbetreibenden und Geschäftsbesitzern wegen Störungen durch die Drogenszene sind berechtigt. Aber mit polizeilichen Mitteln können diese Leute nicht genügend beschützt werden. Die problematischsten Formen des Drogenkonsums werden durch die Illegalität erzeugt, für den einzelnen wie für die ganze Gesellschaft.

## Die Konsumform ist für die Gefahr genauso wichtig wie die Droge selbst.

Gefahren aus dem Konsum von Drogen (Uchtenhagen 1987) werden vor allem durch zwei Fakten bestimmt: Die Art der Substanz auf der einen und die Konsumform, die Art und Umstände der Drogenneinnahme auf der andern Seite. Beim Nikotin ist sowohl die Substanz allein als auch die Konsumform Rauchen sehr gefährlich. Nikotin gefährdet als Substanz vor allem Herz und Gefäße und die Konsumform Rauchen von Zigaretten gefährdet die Atemwege. Beim Alkohol spielt die Konsumform nur eine kleine Rolle für die resultierenden Schäden: Für meine Leber und meine Nerven spielt es nur eine kleine Rolle, wie ich den Alkohol einnehme. Bei einigen Drogen verursacht die Konsumform fast

allein den Schaden. Bei den Cannabispprodukten Haschisch und Marihuana sind Schäden durch die Substanz selbst gering: Das Rauchen von Haschisch und Marihuana geschieht jedoch meist mit tiefen, für die Bronchien schädlichen Zügen.

Die körperlichen Gefahren des Konsums von Heroin und anderen, ähnlich wirkenden Substanzen (ich spreche etwas salopp von Opiaten und meine damit Heroin, Morphin, Methadon, Codein und andere), also die Gefahren des Heroinkonsums sind - abgesehen von psychiatrisch definierten Problemen - fast nur durch die Art und Umstände der Drogeneinnahme bestimmt. Das Spritzen von Heroin ist viel sparsamer als Heroin-Rauchen, aber auch gefährlicher. Heroin wird viel eher gespritzt anstatt geraucht, wenn der Preis hoch ist. Der Preis wird durch Repression in die Höhe getrieben. Die gefährlichste Konsumform von Opiaten ist das illegale Spritzen von Heroin. Die Reinheit des Stoffs ist in der Illegalität nicht gewährleistet; die Angst und Hetze führen zu schlechter Injektionstechnik; eitrige Infektionen und Ansteckung mit Gelbsucht- und Aids-Viren sind die Folgen der Illegalität. Dabei könnte Heroin ohne grössere körperliche Folgen ein Leben lang konsumiert werden.

## Reduktion der Gefahren des Drogenkonsums ist auf vielen Wegen erreichbar; in jedem Fall muss der Konsum erleichtert werden.

Kontrollierte Erleichterungen des Konsums von Opiaten fordern viele fachliche (von Bülow 1989, Daansen 1984, Derk 1986, Harding 1981, Hartwig 1989, Heckmann 1989, Kind 1985, 1987, Schneider 1989, Seidenberg 1986, 1987, Silver 1986, Thamm 1989) und immer mehr politische Vorstösse. Repression und Toleranz gegenüber Abhängigkeit von Drogenkonsum sind



ein weites Feld von Möglichkeiten und die Realität ist auch nicht in diesem eindimensionalen Raster beschreibbar. Repressive Massnahmen wirken nicht durchgehend vermindernd auf problematische Konsumformen. Im Gegenteil: der Verdacht, dass das Ausmass von problematischen Kon-

sumformen ab einem gewissen Ausmass von Repression zunimmt, kann vielfach belegt werden. Das gesamte Quantum des konsumierten Alkohols kann beispielsweise durch den Preis beeinflusst werden. Die Zahl der problematischen Konsumenten und das Ausmass ihrer Probleme kann aber ab einem

gewissen Preisniveau auch wieder ansteigen. Welche Möglichkeiten gibt es einerseits gesellschaftlich nicht beliebig permissiv gegenüber abhängigem Konsum von Drogen zu sein und andererseits die Verachtung gegenüber dem Drogenkonsum nicht in Diskriminierung, Stigmatisierung und Ausgrenzung



(Kind 1985, Rosenbrock 1986, Sigusch 1989) ausarten zu lassen?

Gerne wird auf Holland als Beispiel einer geglückten Drogenpolitik verwiesen (Cohen 1986, Daansen 1984, Winizki 1988). In Holland wird Heroin vorwiegend geraucht vor allem weil Heroin dort zehnmal billiger ist. Durch eine dem Opportunitätsprinzip folgende Polizeitaktik ist auch der Kleinhandel mit Heroin in Holland de facto toleriert, solange er sich nicht störend auf die übrige Bevölkerung auswirkt. In Holland sind nur 13 % der Heroinkonsumenten mit Aids-Erregern angesteckt. (Buning 1987 & 1988, Engelmann 1988).

Die englische Drogenszene hat andere soziale Voraussetzungen und insbesondere weniger repressive Konsumbedingungen. Die englischen Erfahrungen können deshalb nur bei genauerer Vergleichung mit unserer Situation verglichen werden (Aebersold 1989, Johnson 1977). Die Heroinprogramme waren erfolgreich, gemessen an der Zahl der ihre Sucht überlebenden Fixer (Hartnoll 1980, Wettstein 1989). Wenig gefährliche Konsummodelle werden auch in England wieder vermehrt ausprobiert. Neuerdings gibt es dort einen Versuch, Heroin in ausschliesslich rauchbarer Form abzugeben.

#### **Vorbeugung gegen Aids steht teilweise im Gegensatz zum Wunsch nach einer drogenfreien Gesellschaft.**

Die Notwendigkeiten zur Vermeidung von Gesundheitsschäden werden immer noch wie lästige, insgeheim peinliche Belastungen der Bemühungen um das 'eigentliche' Ziel Abstinenz behandelt. Weshalb HIV-Infektionen in erster Linie durch Suchtfreiheit vermieden werden sollen oder gar können, habe ich nie verstanden. Hilfreicher wäre, Kongruenzen und Gegensätzlichkeiten der Forderungen nach Drogenfreiheit

und Aids-Prävention zu überlegen (Jann 1989). Erfolgreiche Aids-Prävention ist auch im Drogenbereich ohne ein kräftiges Tabu-Rütteln nicht zu haben (Seidenberg 1987).

#### **Die Gestaltung des Drogenkonsums gehört in die Hand von Ärzten. Die Mafia und die Polizei erzeugen in ihrer unfreiwilligen Zusammenarbeit gefährlichere Konsumformen als wir Ärzte gewährleisten könnten.**

Es gibt keine Gründe für die Annahme, dass Konsumerleichterungen die Langzeitprognosen bezüglich Drogenkonsum beeinträchtigen. Ausstieg aus abhängigem Drogenkonsum ist ausserhalb institutionalisierter Hilfeeinrichtungen womöglich häufiger als innerhalb. Es sei auf das 'Maturing out' (Ladewig 1987, Sieber 1988), die sogenannten 'Selbstheiler' (Happel 1988, Schneider 1988) und Konsumenten mit 'kontrolliertem' Opiatkonsument (Harding 1981, Kampe 1989, Korf 1986, 1987) hingewiesen. Ob der Einstieg in abstinente Programme durch noch mehr Repression gefördert oder sogar eher verhindert werden könnte, wird immer noch spekulativ diskutiert. Gesicherte Untersuchungen gibt es hierzu nicht.

Weshalb eigentlich sollen illegal organisierte, durch polizeiliche Kontrolle abgesicherte Märkte und Szenen eher zu Drogenfreiheit führen, als ärztlich organisierte Konsumgelegenheiten wie die diversifizierte Opiatabgabe? Die Leidensdrucktheorie (Krankheit, Verelendung und gesellschaftliche Stigmatisierung als therapeutisch hilfreiche Ausstiegsmotivation) entbehrt der ethischen, rechtlichen und wissenschaftlichen Grundlage. Die Erfahrung von Selbstkontrolle und Kontrollverlust kann nicht delegiert werden. Die gesellschaftlich festgelegte Notwendigkeit von Kontrollmassnahmen behindern die Psychotherapie für die meisten Psychia-

ter in freier Praxis so, dass sie das Gebiet der Betreuung von abhängigen Drogenkonsumenten meiden. Ambulante Therapien werden durch das Abstinenzparadigma vorwiegend verhindert (Battegay 1986).

Das Betäubungsmittelgesetz wollte die Drogenproblematik dem Bereich der Medizin zuweisen. Es war nicht die Absicht des Gesetzgebers, dass Polizei und Justiz den Betäubungsmittelkonsum (zwar unwillentlich aber doch sehr real) gemeinsam mit kriminellen Kräften und in gefährlichster Weise gestalten. In der Botschaft des Bundesrates zum Betäubungsmittelgesetz 1951 heisst es: 'Im Gegensatz zu gewissen Versuchen, den Betäubungsmittelsüchtigen durch scharfe Bestrafung abzuschrecken, erscheint es richtiger, die Sucht nicht als Vergehen oder gar Verbrechen, sondern als Krankheit zu betrachten. Die hörige Person ist demgemäss der ärztlichen Behandlung zuzuführen' (Bundesblatt 1951 S. 849). Spritzenabgabe, Fixerräume, Heroinabgabe und diversifizierte 'Opiat'-Abgabe sind mögliche Angebote zu gefahrenarmem Drogenkonsum im Rahmen der geltenden Gesetze. Methadonabgabe steht auch irgendwo in dieser (aufsteigenden?) Reihe; aber Methadonabgabe ist auch ein autoritärer Rahmen um eine ambulante Therapie zu gestalten und aufrechtzuerhalten.

Spritzenabgabe (Buning 1988) reduziert auf der extrem problematischen Zürcher Platzspitz-Szene (Hornung 1989) nachweisbar das Risiko einer HIV-Infektion. Die medizinischen Hilfen auf der Szene reduzieren die Gefahren in vielfältiger Weise. Fixerräume wie in Bern und anderen Schweizer Städten sind eine Möglichkeit, das Ausmass gefährlicher und für die Umgebung störender Konsumformen zu reduzieren.

**Heroinabgabe: Fixerräume mit Abgabe von Heroin zum ausschliesslichen Kon-**



sum an Ort und Stelle, wie es Frau Stadträtin Emilie Lieberherr vorschlägt, sind eine Möglichkeit, Fixerräume attraktiver zu machen und damit mehr Konsumenten zu erreichen. Mit dem Vorschlag Lieberherr werden gefährliche Konsumergebnisse seltener. Die Wirkung von Heroin dauert aber etwa dreimal kürzer als diejenige von Methadon. Dadurch bestimmt Heroinkonsum im Heroinprogramm den Tagesablauf übermäßig.

Opiatabgabe: (Seidenberg 1989) Damit die Mehrheit der Fixer vorwiegend oder ausschliesslich gefahrenarm und legal konsumieren können, braucht es Lokale, in welchen neben einem kurzwirksamen, gespritzten Mittel wie Heroin oder Morphinum auch langwirkende Heroinersatzmittel wie Methadon oder ein Morphinum-Retardpräparat angeboten werden. Der Konsum soll dort ebenfalls nur an Ort und Stelle erfolgen; eine Fütterung des Schwarzmarktes ist ausgeschlossen. Damit kann der Drogenkonsum seinen Tag frei einteilen, kann arbeitsfähig sein und nicht zuletzt kann er sich von der illegalen Szene ganz zurückziehen.

---

#### Im Rahmen der geltenden Gesetze sind vielfältige Angebote zu gefahrenarmem Drogenkonsum möglich.

---

Der Staat möchte mit seinen Verbots Gefahren aus dem Konsum von Betäubungsmitteln verhindern. Der Arzt muss, um Missbrauch auszuschliessen, in der Lage sein, für die Gefahrenarmut beim Konsum zu sorgen. Gefahrenarmer Konsum ist nicht missbräuchlich. Einschränkung medizinischer Berufstätigkeit (Gewerbefreiheit) durch den Staat legitimiert sich immer aus dem Schutzgedanken; jede Einschränkung ist nur zulässig, wenn der Schutz des (einzelnen) Patienten sich aufdrängt. Der Staat hat keine Legitimation, auch nicht aus Gesetzen und Rechtsspre-

chung, Ärzte daran zu hindern, gefahrenarme Konsummöglichkeiten für Opiatkonsumenten zu errichten und zu betreiben. Behördliches Ermessen kann nicht an die Stelle ärztlichen Ermessens treten. Anerkannte medizinische Regeln der Wissenschaft im Sinne lehrbuchmässig ausformulierter Handlungsanleitungen - wie in gewissen anderen Bereichen der Medizin - gibt es in der Behandlung von betäubungsmittelabhängigen Opiatkonsumenten nicht. Anerkannte Regeln gibt es nur insofern, als der Arzt medizinischen Nutzen und Schaden aus Handlungen oder Unterlassungen gegeneinander abwägen muss. Alle irgendwie gearteten Kodifizierungen von Regeln ärztlichen Handelns beziehen sich auf diese Grundregel. Es ist auch auf den Grundsatz der Methodenfreiheit hinzuweisen, der in der (Privat)-Rechtssprechung und juristischen Literatur vertreten wird (Gross 1987). Behörden haben den Begriff der 'anerkannten medizinischen Regeln der Wissenschaft' im Drogenbereich immer wieder auf die Abstinenzforderung als erstem oder sogar einzigm Therapieziel reduziert. Der Hinweis des Gesetzes auf die anerkannten medizinischen Regeln der Wissenschaft soll sicherstellen, dass ärztliche, medizinische Überlegungen in der Behandlung von Betäubungsmittelabhängigen richtungweisend sind. Die Benutzung dieser Formel zur Ausschaltung von ärztlichen Abwägungen von Nutzen und Schaden ist eine Umkehrung der Gesetzesintention. Ein medizinisches Prozedere muss die vitalen Interessen aller von einer Krankheit betroffenen im Auge behalten: das Überleben in möglichst grosser Zahl ist das erste. Andere Aspekte und Zielsetzungen sind nicht unwichtig aber dürfen erst an zweiter oder dritter Stelle einfließen. Im allgemeinen wird der Arzt mit der Sterblichkeitsverminderung konkurrierende Therapieziele erst wesentlich berücksichtigen können, wenn

der Tod sich nicht vermeiden lässt oder die Sterblichkeit bei einer Krankheit oder deren Therapie sehr klein ist. Die Sterblichkeit bei illegalem Opiatkonsum war nie sehr klein. Der gesetzliche Schutz des Lebens erfasst die Gesamtheit der biologischen und psychischen Funktionen, die den Menschen als Lebewesen kennzeichnen. Aber "unter dem Schutz der Verfassung steht in erster Linie das menschliche Leben selbst" (BGE 98 I a514).

Opiatkonsum unter ärztlicher Verantwortung bedeutet, die Indikation des Konsums von Opiaten wird durch uns Ärzte gestellt. Es handelt sich nicht um die Freigabe des Opiatkonsums. Der Konsument unterzieht sich der Kontrolle durch den Arzt. Gegen Erleichterungen des Opiatkonsums wird immer wieder das Argument behauptet, der Konsum und die Zahl der Konsumenten würde dadurch zunehmen. Die viel gelesene und gehörte Behauptung, dass durch kontrollierte Erleichterungen des Drogenkonsums mehr Konsumenten und Abhängige zu erwarten sind, entbehrt jeder wissenschaftlichen Grundlage (Fuchs 1989). Das Gegenteil wird durch die Entwicklungen in Holland (Buning 1988, Engelsmann 1988, Korf 1986, 1987) und England belegt. Andererseits seien in Italien und Spanien nach noch jungen Lockerungen der Repression möglicherweise heute mehr Opiatkonsumenten zu beobachten; die Ursachen sind unklar (Uchtenhagen 1988). Das Argument ist auch rechtlich unlässig: Der vermutete Schutz unbestimmter potentieller Konsumenten (unter erleichtertem Zugang zu Opiaten) darf nicht durch die bewusste Inkaufnahme von schwersten Risiken für Leib und Leben der realen Konsumenten (unter jetzigem erschwertem Zugang zu Opiaten) erkauft werden. Der wider offensichtlichen Augenscheins behauptete Schutz der Bevölkerung vor den Gefahren des Drogenkonsums darf



nicht durch Gefährdung der Opiatkonsumenten versucht werden. In unserem Projekt wird die Indikation in jedem einzelnen Fall medizinisch geprüft. Es müsste also bereits ein erheblicher Wille zum Erstkonsum vorliegen, bis jemand als Neukonsument diese Indikationshürde in täuschender Absicht nehmen will. Zudem kann der mögliche Missbrauch einer Institution nicht bedeuten, dass die Institution selbst illegal sei (Schultz 1989).

### Diversifizierte Opiatabgabe

Durch eine diversifizierte Opiatabgabe liessen sich auch für die Mehrheit der Opiatkonsumenten die körperlichen Gefahren drastisch verkleinern. In der wissenschaftlichen Literatur gibt es keine stichhaltige Begründung, weshalb die Abgabe nur eines Opiates (nur Methadon oder wie in England nur Heroin) Vorteile haben soll. In Amsterdam gibt es ein erfolgreiches Morphinabgabeprogramm für extrem problematische Drogenkonsumenten (Derks 1986, Hämmig 1986), welches dem hier beschriebenen Konzept nahe kommt: Zusätzlich zu einer Methadongrunddosis wird Morphin zum Spritzen auf Rezept mitgegeben; der Opiatkonsument kann so immer wieder auch einen 'Flash' erleben.

Methadonabgabe allein (Gmür 1989) oder auch ausschliessliche Heroinabgabe (Hartnoll 1980) hält nur den kleineren Teil der Opiatkonsumenten von illegalem Drogenkonsum und auch von HIV-Übertragungs-Situationen fern. Fast jeder Drogenkonsument in Methadonbehandlung 'stürzt' ein oder mehrmals ab. Gerade auch Gelegenheitskonsumenten sind besonders gefährdet, sind aber (ich meine vernünftigerweise) nicht bereit, sich in ein Methadonprogramm zu begeben. Es ist dringend zu fragen, ob der zusätzliche Aufbau von

Programmen mit diversifizierter Abgabe von Opiaten gegen die HIV-Ausbreitung nicht wesentlich wirksamer sein könnte als ausschliessliche Methadonabgabe. In einem gegebenen Zeitpunkt ist nur ein sehr kleiner Teil der Drogenkonsumenten durch therapeutische Angebote erfasst (Schmidtobreck 1989, Heckmann 1989); nur wenige sind gerade in einem Entzugsprogramm oder im Gefängnis und nur eine Minderheit ist im Methadonprogramm. Die bisherigen Angebote für Drogenkonsumenten sind für die meisten in einem gegebenen Moment nicht genug attraktiv oder zuwenig wirksam (Fuchs 1989). Die bisherigen Angebote für Drogenkonsumenten sind ungenügend gegen die Infektions-Risiken des Fixens (Kleiber 1988, Lüthy 1987, Olgiati 1987). Sofern die bisherigen Angebote überhaupt gegen HIV-Infektionen wirksam sind, erreichen sie zuwenig Gefährdete. Aus den stationären Therapieangeboten aber auch aus Gefängnissen und geschlossenen psychiatrischen Anstalten werden Fälle von HIV-Ansteckung gemeldet und 'Abstürze' auf Urlaub oder 'Kurve' führen besonders oft zum unvorbereiteten Drogenkonsum mit Spritzenaustausch, Ansteckung aber augenscheinlich auch Überdosierung.

Hier wird ein Konzept vorgestellt, welches einen körperlich weitgehend gefahrlosen Opiat-Konsum gestattet. Das Hauptziel ist die Minimierung der körperlichen Gefahren für den Süchtigen und die Volksgesundheit; als Hauptgefahr wird die HIV-Epidemie betrachtet. Das vorliegende Konzept ist keine Behinderung anderer Therapiekonzepte; insbesondere müssen Therapiekonzepte mit Abstinenzgedanken und höher-schwellige Methadonabgabeprogramme weiterhin in mindestens demselben Umfang vorhanden sein.

Die Verhinderung der Speisung des Schwarzmarktes mit Opiaten liegt im

Interesse der AIDS-Prävention. Die Speisung eines Schwarzmarktes ist ein bisheriger Nachteil der meisten Opiatabgabe-Programme an Süchtige. Das vorliegende Konzept möchte den Schwarzmarkt minimieren. (Der Zwang zum Konsum an Ort und Stelle wird allerdings das Persistieren einer gewissen Nachfrage am illegalen Markt für den Konsum in den eigenen vier Wänden fördern). Die bestehende gesetzliche Situation muss für dieses Konzept nicht geändert werden. Die Änderung einzelner Verordnungen wäre für die Optimierung dieses Konzeptes wünschbar (Heroinabgabe) ist aber für erste Realisierungsschritte (nur Methadon und Morphin-präparate) nicht notwendig. Störung der übrigen Bevölkerung werden durch dieses Projekt abgebaut und in der Umgebung der Lokale aktiv verhindert. Ziele der Sozialpsychiatrie oder gar einer Abstinenzpolitik werden von diesem Konzept nur soweit berücksichtigt, als sie den körperlichen und volks-gesundheitlichen Zielen nicht entgegenstehen.

### Das Abgabe-Konzept

Es werden Methadon und Morphin zum Konsum an Ort und Stelle abgegeben. Der Konsum erfolgt oral oder intravenös unter Sichtkontrolle. Die Ärzte und Mitarbeiter bestimmen gemeinsam mit dem Patienten die Dosis. Die Morphin-Abgabe erfolgt in vorbereiteten Spritzen mit Inhalt à 5 mg, 10 mg, 20 mg und evtl. 50 mg. Dem Drogenkonsumenten werden Alkoholtupfer, Pflasterchen und ein Stauschlauch mitgegeben. Der Drogenkonsument injiziert sich die Droge selbst in einem ausschliesslich dafür vorgesehenen Raum. In einem danebenliegenden, grösseren Gemeinschaftsraum darf nicht gespritzt werden. Von dort kann der Drogenkonsument



jederzeit wieder aus dem Drogen-Konsum-Lokal gehen. Das Personal stellt sicher, dass ausschliesslich an Ort und Stelle unter Sichtkontrolle konsumiert wird.

Für die Nacht oder auch sonst kann ein bis zweimal täglich Methadon bezogen werden. Das Methadon wird fertig als nichtinjizierbare, mit Orangensaft zubereitete Trinklösung oder als fertige Spritzen unter Sichtkontrolle des Personals konsumiert. Auch die Methadon-konsumenten können zusätzlich Morphinum in Spritzen an Ort und Stelle konsumieren. Der gemischte Konsum von oralem Methadon als Grunddosis und zusätzlichem Morphinumkonsum wird wohl Regelfall sein. Der ergänzende oder Basis-Methadonkonsum erleichtert einen sozial integrierten Tagesablauf. Das ist auch notwendig um die grösstmögliche Akzeptanz bei den süchtigen Besuchern zu erreichen.

Morphium hat eine kurze Halbwertszeit der Wirkung und wird 5-10 mal täglich gespritzt. Heroin wäre mit 2-4 Injektionen weniger problematisch; Heroin kann jedoch durch Ärzte zur Zeit nicht abgegeben oder verschrieben werden (Eine eidgenössische Ausnahmebewilligung oder Versuchsbewilligung muss also angestrebt werden). Damit die Konsumenten mit Abneigung gegen (das langwirkende und langdauernd Entzugssymptome verursachende) Methadon nicht unbedingt 6 oder noch mehr mal täglich vorbeikommen müssen, kann ein retardiertes Morphinumpräparat (MST continuus retard 10 mg / 30 mg / 60 mg / 100 mg, mit 12 Stunden Wirkungsdauer) abgegeben werden. Auch MST muss unter Sichtkontrolle des Personals an Ort und Stelle eingenommen werden damit die geplante(n) Einrichtung(en) den Schwarzmarkt nicht speisen.

Der Betrieb muss etwa 20 Stunden offen sein. Zwischen 02 Uhr und 06 Uhr wird das Lokal geräumt. Übernachtung ist

ausgeschlossen. Möglicherweise muss das Lokal auch tagsüber mehrmals kurze Zeit geschlossen werden. Durch mehrere Betriebe könnten die Öffnungszeiten des einzelnen Betriebs in Überlappung mit dem anderen verkürzt werden.

Die Einrichtung(en) finanzieren sich selbst. Der Eintritt und/oder Konsum kostet etwa zehn Franken. Das Konzept sieht eine Stiftung, Genossenschaft oder Verein als Träger der Einrichtung(en) vor. Sowohl AIDS-Prävention als auch Betreuung nach erfolgter Ansteckung oder schon Ausbruch der Krankheit aber auch Drogen-Prävention und Betreuung mit oder ohne Abstinenzkonzept können finanziell unterstützt werden. Auch wissenschaftliche Projekte über Drogenkonsum und Entwicklungsprojekte in den Produzentenländer könnten finanziell unterstützt werden. Die Einrichtung(en) und die Auswirkungen auf die ganze Szene werden wissenschaftlich monitorisiert. Träger dieser Forschung kann die Einrichtung, Stiftung, Genossenschaft oder Verein oder jemand anders (universitäres Institut?) sein.

Der Betrieb steht unter ärztlicher Leitung und Verantwortung. Medizinische Notfalleinrichtungen und -Medikamente sind vorhanden; es handelt sich rechtlich um eine ärztliche Praxis. Evtl. können auch weitere medizinische Hilfen angeboten werden. Auf die Prävention übertragbarer Krankheiten wird in jeder Hinsicht Wert gelegt. Sicherheitseinrichtungen gegen kriminelle und gesundheitliche Gefahren für das Personal und die Konsumenten werden installiert.

Indikation für die Drogen-Abgabe ist grundsätzlich der Besuch der Einrichtung (somatisch-präventive Indikation). Gelegenheitskonsumenten sind zugelassen. Die Ärzte und Mitarbeiter können Kriterien für Ablehnungen aufstellen. Diese Ablehnungs-Kriterien ori-

tieren sich hauptsächlich an den körperlichen Erfordernissen. Ein weiteres Indikationskriterium könnte umständlicher der Wohnsitznachweis in der Schweiz oder sogar in Zürich sein. Über die Besucher wird eine Kartei geführt mit mindestens Eintragung des Konsums (Krankengeschichte). Evtl. muss verlangt werden, dass Besucher sich persönlich ausweisen müssen (beim Erstbesuch oder auch später). Die Rechte der Konsumenten werden grundsätzlich wie diejenigen aller Patienten beim Arzt auch gegenüber den Behörden gewahrt. Patienten in Methadon-programmen werden nur ausnahmsweise vom Besuch der Einrichtung ausgeschlossen werden. Gerade auch Patienten im Methadonprogramm sollen Besucher sein können. Die 'Abstürze' ins illegale Fixen sind für Methadonkonsumenten die grösste leibliche Gefahr, da sie häufig mit Spritzausch verbunden sind.

Therapeutische Angebote zum Entzug werden in den Einrichtungen nicht unmittelbar angeboten. Werbung für und Vermittlung von solchen Angeboten ist jedoch vorgesehen.

---

Das vorgeschlagene Konzept macht sich keine Illusionen über den emotionalen Inhalt. Das Elend vieler Drogenkonsumenten wird nur um die somatische Dimension verkleinert. Das Konzept birgt sicher die Gefahr der 'schönen neuen Welt'. Die 'Freiheit' sich mit Drogen zugrunde zu richten wird aber wahrscheinlich weniger attraktiv werden.

Nov. 89

Dr. med. André Seidenberg  
Altstetterstr. 118, 8048 ZÜRICH

Das sehr ausführliche Literaturverzeichnis kann bei der Redaktion bestellt werden.