

Zeitschrift: SuchtMagazin

Herausgeber: Infodrog

Band: 32 (2006)

Heft: 1

Artikel: Die Heroingestützte Behandlung : hereingestürzt, etabliert oder zukunftsorientiert?

Autor: Moldovanyi, Andreas

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-800942>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. 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. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

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. [Voir Informations légales.](#)

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. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 29.03.2025

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

Die Heroingestützte Behandlung – hereingestürzt, etabliert oder zukunftsorientiert?

Kaum eine andere medizinische Behandlung löste eine derart kontroverse Diskussion aus, wie die Behandlung von Abhängigen mit Opiaten. Nach einer erfolgreichen Pionierphase, gilt es nun mit den neuen Erkenntnissen in die Zukunft zu schauen.

ANDREAS MOLDOVANYI*

Der 22. Januar 2004. Die Poliklinik Lifeline des Sozialdepartements der Stadt Zürich begeht zusammen mit der Poliklinik ZOKL-2 der ARUD (Arbeitsgemeinschaft für Risikoarmen Umgang mit Drogen) ihr 10-jähriges Bestehen mit einer Fachtagung. Im gleichen Jahr hiessen die StimmbürgerInnen der Stadt Zürich mit grossem Mehr die unbefristete Weiterführung der städtischen Polikliniken gut. Dies im Gegensatz zum Nationalrat, wo die Revision des Betäubungsmittelgesetzes, welches auch die heroingestützte Behandlung beinhaltet, erneut zurückgewiesen wurde.

Kaum eine andere medizinische Behandlung löste eine derart kontroverse Diskussion aus, wie diese Behandlung eines bis dahin kaum als «Kranke» anerkannten PatientInnenkollektivs.

* Andreas Moldovanyi, Dr. med. Leitender Stadtarzt, Ärztlicher Leiter der Polikliniken Lifeline & Crossline und der Entzugsklinik Frankental, Seilergraben 55, CH-8001 Zürich, T: 043 222 61 00, Email: andreas.moldovanyi@sd.stzh.ch

Vorab in der Pionierphase wurde viel von Drogenabgabe gesprochen. Jetzt geht es darum von den Pionierzeiten endgültig Abstand zu nehmen und mit den neuen Erkenntnissen in die Zukunft zu schauen.

Sollten in diesem Artikel einzelne Passagen als kritisch auffallen, so ist dies wohl weder absichtlich noch zufällig, sondern unvermeidlich¹.

Der Artikel besteht aus zwei Teilen. Einmal ein Plädoyer. Ein Plädoyer, dass es sich bei «Heroin» wie bei den Opiaten um Arzneimittel handelt und nicht um Drogen, und dass es sich bei der heroingestützten Behandlung um eine Therapie handelt. Dieser Teil beinhaltet auch einen kurzen Streifzug durch die opiumhaltige Geschichte. Der zweite Teil soll Interesse für ausgewählte, künftige Fragestellungen wecken. Dabei wird der Wandel im PatientInnensegment fokussiert².

Nach der langen Projektphase endlich die anerkannte Behandlung?

Die Behandlung von Drogensüchtigen leitete sich lange vom Vorurteil ab, bei den Drogensüchtigen handle es sich um Leute, welche die Drogen aus Protest gegen die etablierte Gesellschaft zu sich führen, um nämlich eben diese Gesellschaft auszuhalten, zu ächten, zu provozieren oder vor ihr zu flüchten.

Sie, die Süchtigen, sind also selber Schuld, dass es soweit gekommen ist, nun müssen sie vom Stoff entzogen werden. Dann kam die Einsicht, dass es «Süchtige» gab, welche immer wieder rückfällig wurden. Rückfällig selbst nachdem sie jahrelang in spezialisierten Institutionen therapiert wurden. Die Konsequenz war die Einführung von «Drogensersatzprogrammen», allen voran die Methadonprogramme, später auch die «Originalstoffvergabe³». Da haben wir es also, den «Versuch mit dem legalen Konsum von Drogen»⁴. Dies schlug sich auch in den Namen einiger Polikliniken nieder, in deren Kürzel sich heute noch Ausdrücke wie «Opiatkonsumlokal», «Drogenabgabekontrollierte Drogenabgabe» verbergen. Gleichzeitig wurde von den PatientInnen ein eigener Beitrag für den Stoff verlangt. «Die Teilnehmer und Teilnehmerinnen müssen eine Tagespauschale von CHF 10.– entrichten, womit die Kosten für die bezogenen Drogen vollumfänglich gedeckt sind»⁵.

Kein Wunder also schlugen die PolitikerInnen Alarm. Meinten sie doch, nun würde auf Kosten der Steuerzahlenden, das Drogengeschäft von den Dealenden der Strasse auf staatliche lizenzierte Drogenhandelnde übertragen. Trotz solcher widriger Bedingungen gelang es, den «Originalstoff» Heroin, als Medikament zu registrieren



Fachtagung am 22.01.2004: Prof. M. Casal, Prof A. Uchtenhagen, Alt-Br R. Dreifuss, NR Prof F. Gutzwiller, Prof. M. Killias, Prof. M. Krausz – die heroingestützte Behandlung im Spannungsfeld zwischen Forschung und Politik.

Drogen vom Staat.
Flyer zur Abstimmung,
Dezember 1996.



Bayers Blockbuster – Arzneimittelwerbung, ca. 1903.

und unter dem Markennamen Diaphin® auf einen ausgewählten Markt zu bringen. Als etwas bedauerlich ist zu erwähnen, dass es nicht gelang, mit dem Übergang aus der Projektphase (PROVE, Projekt Opiat Verschreibung) in die Behandlungsphase einen besseren Namen als HeGeBe für «heroingestützte Behandlung» zu finden. Einzig das Korrekturprogramm der damaligen Wordversion protestierte still gegen diesen Namen und schlug beharrlich die Änderung in «hereingestützte Behandlung» vor.

Der Stoff aus dem Träume sind?

Wohl nur wenige Arzneimittel haben eine derart lange Geschichte wie Opium und deren Abkömmlinge. Der Saft aus dem Papaver Somniferum (Schlafmohn) fand schon vor über 5000 Jahren schriftliche Erwähnung. Sei es als Pflanze der Freude, sei es als Heilpflanze, wurde der Saft bereits im Altertum breit angewendet. Bei den alten Ägyptern entwickelte sich der Saft, genannt Opium thebaicum (Theben hielt später auch als Namensgeber eines der Opiate her, Thebain), zum Exportschlager und bahnte sich seinen Erfolgsweg durch die ganze damals bekannte Welt. In Pergamon beschrieb der Arzt des Kaisers Marcus Aurelius⁶, Galen⁷, die Wirkung von Opium bei

Für 4.7 Millionen Heroin verschenken?

NEIN

zu weiteren Heroinversuchen

Schweizerische
Volkspartei
der Stadt Zürich

SVP

Die Partei des Mittelstandes

Sichere
Zukunft
in Freiheit

Melancholie, einer psychischen Erkrankung also. 1523 stellte Paracelsus⁸ eine Mischung aus Opium und anderen Komponenten her und nannte es Laudanum. Der erst 21-jährige Sertürner⁹ isolierte 1804 aus dem Opium das erste bekannte Opiat und nannte es Morphin, nach dem griechischen Gott der Träume, Morpheus¹⁰. Er ordnete sie der von ihm geprägten Substanzgruppe der Allakaloide zu. Mit der Entwicklung von Injektionsbestecken, 1846, wurde als eine der ersten Substanzen Morphin getestet. Man fand heraus, dass eine dreimal geringere Dosis benötigt wurde als beim schlucken. Auch heute redet man von einer Bioverfügbarkeit von 30%, d.h. beim

Schlucken von Morphintabletten sind 30% der verabreichten Menge im Körper für die Wirkung verfügbar. 1896/7 wandten Chemiker der Firma Bayer, Dr. F. Hoffmann und Dr. H. Dreser, die Technik der Acetylierung an damals bekannten Substanzen an und synthetisierten so aus Salicylsäure Acetylsalicylsäure und aus Morphin Diacetylmorphin. Die beiden Substanzen wurden unter den Namen Aspirin resp. Heroin auf den Markt gebracht und Heroin/Morphin auch bei zahlreichen psychischen Erkrankungen angewandt. Die Schweiz gehörte zu den führenden Heroinproduzentinnen. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts wurden die Indikationen für Opiate, insbeson-

dere für das als nicht süchtig machend geglaubte Heroin, beträchtlich erweitert. Sehr grosse Bedeutung erlangte das Heroin in der Behandlung von TuberkulosepatientInnen in den Höhenkliniken. Eine weitere Indikation war die Behandlung des Morphinismus. Noch bis in die siebziger Jahre wurde bei akuten Schüben von Schizophrenien auch MoScop (Morphin und Scopolamin) eingesetzt, bis es endgültig von den Neuroleptika verdrängt wurde. Neben einigen Unzulänglichkeiten in der präklinischen Forschung vor Markteinführung führten v.a. moralische Gründe zur weltweiten Ächtung von Heroin. Die psychopharmakologischen Wirkungen der Opiate sind unterschiedlich und meist unspezifisch. Dennoch kann man ihnen folgende Wirkungen zuordnen: sedierend (schlaf anstossend), relaxierend (entspannend), anxiolytisch (angstlösend), antidepressiv (gegen Depressionen) und antipsychotisch (gegen Schizophrenie). Heute gibt es für psychische Störungen bessere, spezifischere und v.a. weniger gefährliche Arzneimittel. Um die Behandlung von «Süchtigen» aber besser verstehen und durchführen zu können, ist es wichtig, diese Wirkungen stets vor Augen zu haben. Morphin und Heroin kann man bezüglich Wirkung tatsächlich in einen Topf werfen, ist doch Heroin ein Prodrug¹¹, das im Körper in Sekundenschnelle zu Monoacetylmorphin und dann zu Morphin deacetyliert wird. Wir können deswegen bei der Heroinwirkung weit gehend von einer Morphinwirkung sprechen. Die wenigen Sekunden Lebensdauer des Heroins im Körper führen zu einer etwas höheren Konzentration im Gehirn und erlauben so niedrigere Dosierungen. Ein Umstand, den die Heilkunde in England seit der Entdeckung des Heroins nutzt, so zum Beispiel in der Kinderchirurgie. England hat die Wirksubstanz Diacetylmorphin nie verboten. Mit der Zeit wurde der Ruf der Opiate schlechter, so haftet an Morphin der Makel des Medikamentes bei Krebs im Endstadium und auf Heroin der Fluch einer Droge. Selbstverständlich haben Opiate auch unerwünschte Nebenwirkungen. Neben Abhängigkeit, Bewusstseinsstörungen und Atemlähmung, kann es auch zu Hormonstörungen, Nervenschädigungen und zahlreichen anderen Nebenwirkungen kommen. In einigen

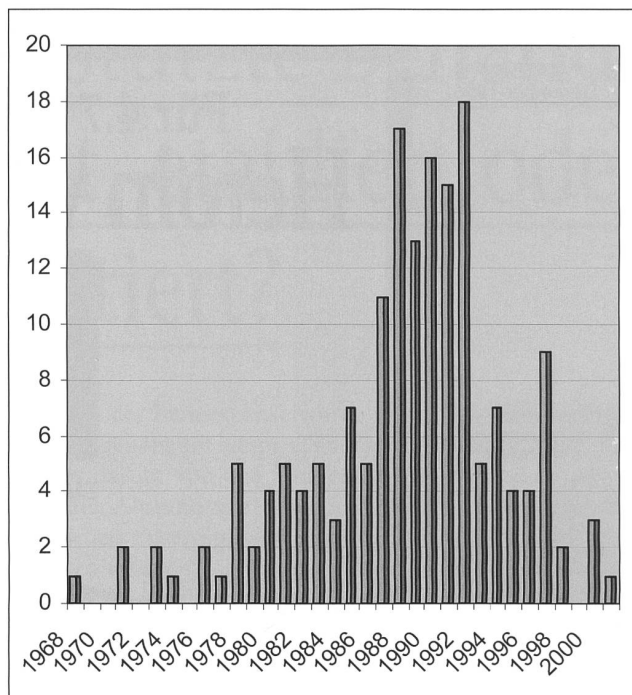


Diagramm 1: Einstiegsjahr in die Sucht bei allen Eintretenden 2000-04. Die Verteilung widerspiegelt auch die ungefähren Verteilungen der einzelnen Eintrittsjahre.

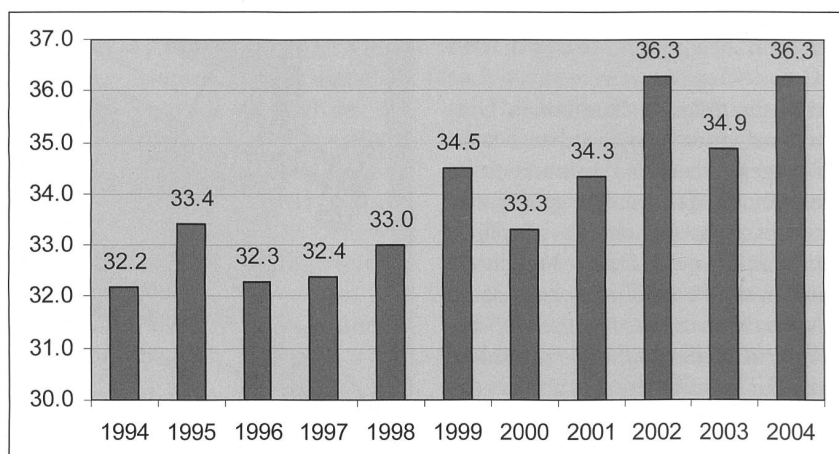


Diagramm 2: Entwicklung des Alter der Eintretenden PatientInnen 1994-2004: das Durchschnittsalter nimmt langsam zu. Selektive Skalierung zur Verdeutlichung der Änderung.

Arzneimitteln gegen Durchfall, Husten u.a. sind aber immer noch Opiate und Opiode vorhanden.

Bei den Nebenwirkungen bildet auch das Heroin keine Ausnahme, obschon Mythen um seine gute Verträglichkeit ranken, insbesondere da es natürlich sei.

Alles in allem sind Opiate heikle Medikamente und gehören in die Hände von Spezialistinnen und Spezialisten.

Wer wird behandelt?

Seit Januar 1994 wurden in den beiden Polikliniken der Stadt Zürich, Lifeline und Crossline, über 450 PatientInnen behandelt. Alle erfüllen die

Eintrittskriterien der Bundesverordnung.

- Eintrittskriterien in eine heroingestützte Behandlung**

 1. Mindestalter 18 Jahre
 2. Mindestens zwei Jahre Opiatabhängigkeit
 3. Mindestens zwei gescheiterte Behandlungsversuche
 4. Vorhandensein von somatischen, psychischen oder psychosozialen Defiziten

Das Durchschnittsalter der PatientInnen ist doppelt so hoch; nicht selten sind sie die Hälfte ihres Lebens opiatabhängig. Einige haben aus psychischen

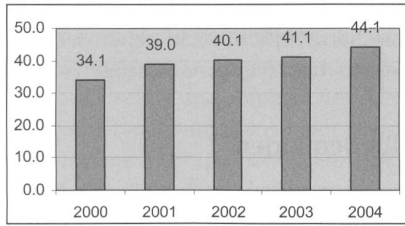


Diagramm 3: Entwicklung des Anteiles an Lebensjahren mit Sucht (in %) bei den Eintretenden 2000-2004: immer mehr PatientInnen, die über die Hälfte ihres Lebens opiatabhängig sind.

Gründen über zehn Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken hinter sich. Jahrelange Aufenthalte in abstinenzorientierten Institutionen sind keine Seltenheit. Kaum jemand hat noch nie Probleme mit der Justiz inklusive Gefängnisarrest (in der Regel wegen Beschaffungskriminalität) gehabt. Jede/r fünfte leidet an einer Störung aus dem schizophrenen Formenkreis, jede/r dritte an einer depressiven Störung. Viele zeigten bereits lange vor Beginn der Sucht schwere psychische Auffälligkeiten. 75% konsumieren beim Eintritt zusätzlich Kokain, 20% Benzodiazepine und etwa 10% Alkohol. Drei von vier Eintretenden haben eine chronische Hepatitis C, etwa jede/siebte eine HIV-Infektion. Mehr als die Hälfte ist in irgendeiner Form von der Fürsorge abhängig. Die meisten haben im Alter von 19 Jahren mit dem Konsum von Opiaten begonnen, wobei das Spektrum erheblich ist: Frühanfänger mit 12 Jahren und Späteinsteiger mit 40 Jahren. Auch das berufliche Spektrum reicht von der abgebroche-

	Eintrittskriterien nach Bundesverordnung	Eintrittsprofil 2004	Angenommene Entwicklung	Eintrittsprofil 2010	Eintrittsprofil 2015
Alter	18 Jahre	36 Jahre	+++	42 Jahre	45-50 Jahre
Anteil Frauen		20%	+	25%	25%
Jahre Abhängigkeit	2 Jahre	12 Jahre	+++	15 Jahre	20 Jahre
Anzahl Vorbehandlungen	2	6	-	4-5	3-4
HIV-Rate		15%	-	10%	10-15%
Hepatitis-C-Rate		70%	-	65%	50-60%
Kokain-positive UP		71%	-	60%	50-60%
Anteil intravenös Konsumierender		60%	--	50%	40%
Anteil Lebensjahre mit Sucht		42%	+++	48%	55%
Anteil PatientInnen psychischen Störungen		80%	++	85%	90%

Tabelle: Tendenzen des Eintrittsprofils der nächsten Jahr: höheres Alter, chronifiziertere Verläufe.

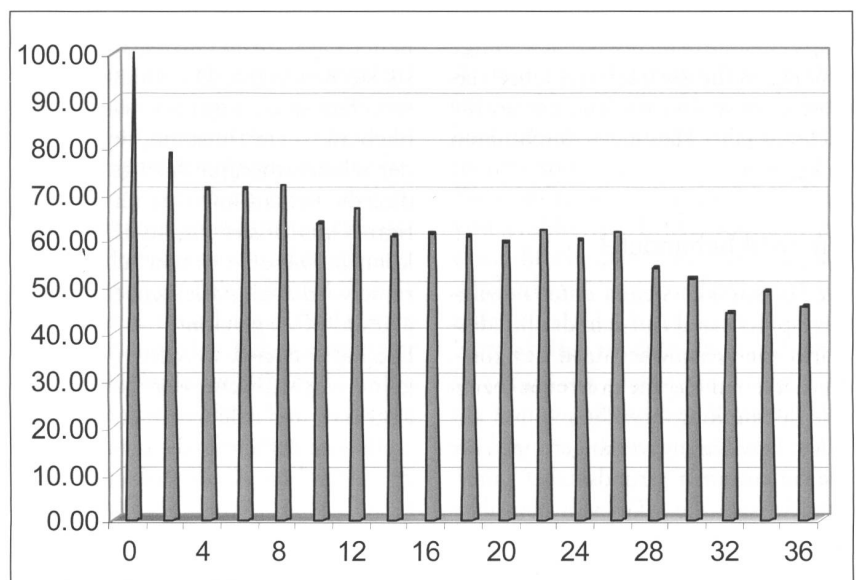


Diagramm 4: Die langjährigen KokainkonsumentInnen: positive Urinproben nach 36 Behandlungsmonaten – langfristig nimmt der Kokainkonsum bei Kokainabhängigen um mehr als die Hälfte ab.



nen Anlehre bis hin zum Akademiker. Regeln gibt es kaum. Jeder hat sein individuelles Bündel an Problemen und entsprechend individuell muss die Behandlung gestaltet werden.

Andererseits lassen einige Beobachtungen das Erkennen von Gesetzmässigkeiten durchaus zu. So zum Beispiel, dass die meisten in den Achtziger- und Neunzigerjahren mit dem Opiatkonsum begannen. Nimmt man diesen Zeitraum als Fixpunkt für alle Eintrittsjahre, so ist es konsequent, dass das Durchschnittsalter bei Eintritt zunimmt, dass der Anteil an «Suchtjahren» gemessen am Alter zunimmt.

Vor allem aus den Parametern mit einer sichtbaren Entwicklung wie Alter, Geschlecht, Anzahl Jahre Sucht, Infektiologie, Kokainkonsum bei Eintritt, Komorbidität, Infektiologischer Status, Konsumform lassen sich einige Tendenzen für die nächsten Jahre vermuten. Diese sind wichtig, um für die nächsten Jahre Planungen durchführen zu können.

Wie wird behandelt?

Die Polikliniken stehen unter Bewilligungspflicht und Aufsicht des Bundesamtes für Gesundheit und der Kantonsärzte/-innen; diese erteilen beide eine Behandlungsbewilligung und allfällige Bewilligungsverlängerungen für alle PatientInnen. Grundsätzlich unterscheidet sich die HGB von den übrigen Substitutionsbehandlungen v.a. durch die Tatsache, dass das Diaphin

auf der Gasse als Heroin illegal ist und durch die kürzere Halbwertszeit als Methadon. Daher kommen die meisten PatientInnen ein- bis mehrmal täglich in die Polikliniken, Mitgaben erfolgen als Methadon. Zwar sieht die Bundesverordnung in gewissen Fällen Mitgaben vor, diese werden aber, zumindest in den städtischen Polikliniken kaum umgesetzt.

Die fest verordneten Dosierungen werden in der Regel von den PatientInnen gesteuert. Die Ärzte/-innen und das Team beobachten die Verträglichkeit, jegliches Zuviel wird nicht toleriert. Dabei hat sich gezeigt, dass die PatientInnen zu Beginn der Behandlung die Dosierungen steigern und nach einer gewissen Zeit von selber von weiteren Erhöhungsanträgen absehen resp. sogar reduzieren. Sie sind also durchaus in der Lage abzuschätzen, welche Dosis sie benötigen. Die anfänglich befürchtete Steigerung ins Unermessliche blieb aus – ein Umstand, der auch in der Schmerztherapie dazu geführt hat, dass die PatientInnen die für sie benötigte Opiatdosierung selber steuern können. Diese Form von Schmerztherapie wird auch patientcontrolled analgesia, PCA, genannt.

Die PatientInnen werden vor und regelmässig während der Behandlung abgeklärt und nehmen an den interdisziplinären Behandlungsplanungen teil. Zur Einnahme der verordneten Medikamente, einschliesslich der Betäubungsmittel, kommen die PatientInnen ein- oder mehrmals in die Klinik. Da

bei ist der Aufwand für die PatientInnen beträchtlich, nicht selten werden täglich mehrere Stunden aufgewendet.

Überlegungen

Es werden also v.a. ältere PatientInnen behandelt, PatientInnen, die praktisch ihr halbes Leben drogenabhängig waren, die zumeist mehrere Substanzen zu sich nahmen. Dennoch gelingt es, selbst nach jahrzehntelangem Konsum auch messbare Ergebnisse aufzuzeigen. So zum Beispiel am Rückgang des Kokainkonsums. Dies obschon Kokain leichter und günstiger erhältlich ist denn je. Es tut sich was.

Aus den genannten Entwicklungen und «Zukunftsprognosen» lassen sich einige Fragen ableiten. Fragen, welche wir uns stellen müssen, um in Zukunft eines sich ändernden resp. eines sich in Entwicklung befindlichen PatientInnensegmentes gerecht werden zu können.

Frage 1: Ist es sinnvoll, die heroingestützte Behandlung als eigenständige Behandlung weiterzuführen oder sie in die anderen Therapieformen einzubetten?

Aus kosten- und behandlungstechnischen Gründen geht die Überlegung dahin, alle bisherigen, ambulanten Therapieformen zur ambulanten Behandlung zusammenzuziehen, in welcher nicht die Therapieform den individuellen Verlauf der PatientInnen prägt, sondern die individuellen Be-



dürfnisse und Ressourcen die Therapie prägen. Eine Behandlung, in welcher die Intensität der psychosozialen, psychiatrischen und somatischen Therapie einerseits und die Art der sucht-spezifischen Therapie, deren Dosisverläufe und deren Verschreibungsdauer andererseits modular den PatientInnen massgeschneidert angepasst und den Kostenträgern verrechnet werden kann, ohne dass es zu einem Wechsel der Behandlungsinstitution und damit zu einer Diskontinuität kommt.

Frage 2: Brauchen wir Altersheime für Drogenabhängige?

Während langer Zeit wiegte man sich in der Sicherheit, dass Drogenabhängigkeit ein Lebensabschnittphänomen jüngerer Menschen sei. Und plötzlich waren sie da, die ersten drogenabhängigen AHV-RentnerInnen. Und damit auch der Ruf nach spezialisierten «Drogenabgabewohnheimen». Vergessen wir nicht, bis zum möglichen Eintritt werden manche schon 75% ihres Lebens abhängig sein. Es ist nicht auszuschliessen, dass es Individuen gibt, die aus psychischen Gründen nicht in der Lage sind, sich ganz alleine zu versorgen, resp. die in verschiedenen Graden pflegebedürftig sind. Es gilt, im Rahmen der Behandlungsplanungen auch das «Altwerden» als Therapieziel festzulegen. So können langfristig auch diese Betagten ihren Lebensabend in ihren eigenen vier Wänden und in Selbständigkeit verbringen. Um diese Selbständigkeit aufrecht erhalten zu können, braucht es allenfalls auch spezielle Massnahmen und eine spitalexterne Pflege, welche auch in speziellen «suchtspezifischen» Belangen geschult ist. Erst wenn alle diese Massnahmen nicht mehr ausreichen, muss ein Bezug eines Alters- oder Pflegeheimes in Betracht gezogen werden. Und warum nicht ein ganz gewöhnliches Alters- und Pflegeheim oder allenfalls eines, dass für den Umgang mit Menschen mit psychischen Problemen besonders ausgestattet ist?

Frage 3: Sind besondere Erkrankungen zu erwarten?

Mit zunehmendem Alter steigt bei Lebewesen auch die Wahrscheinlichkeit, krank zu werden. Nehmen wir als Beispiel die Osteoporose. Die Osteoporose, oder Knochenschwund, führt im Alter, bei Frauen häufiger als bei Männern, dazu, dass die Knochen brüchi-

ger werden. Die Osteoporose ist aber auch eine Erscheinung, welche durch jahrelange Einnahme von Opiaten auch bei Jüngeren entstehen kann. Das heisst, gewisse Erkrankungen kommen bei diesem PatientInnensegment bereits früher vor, als bei der Durchschnittsbevölkerung zu erwarten ist. Neben der Osteoporose können auch andere Hormon- und Organsysteme betroffen sein, das Nervensystem und das Herzkreislaufsystem etwa. Nur genaue Kenntnisse der akuten und chronischen Nebenwirkungen der Opiode lassen derartige Erkrankungen rechtzeitig erkennen und behandeln. Aus diesem Grunde müssen die Qualitätsanforderungen an die behandelnden Ärzte und Institutionen neu überprüft und gegebenenfalls angepasst werden.

Frage 4: Muss die Dauer von Behandlungen eingeschränkt werden?

Eine Frage, welche in jüngerer Zeit immer häufiger gestellt wird. Es ist wichtig, sich dieser Frage stellen – behandelt man etwa zu lange und zu teuer? Verpasst man eine Chance mit dieser sehr bequemen und vergleichsweise günstigen Behandlung? Welche Risiken gehen wir bei einer diktierten Beschränkung der Behandlungszeit ein? Zu Beginn einer Behandlung sind die Defizite erheblich, der Aufwand beträchtlich. Die Erfahrung hat gezeigt, dass im Laufe einer Behandlung bei den meisten PatientInnen die psychischen, somatischen und psychosozialen Defizite abnehmen und auch, dass diese Verbesserungen nachhaltig sind. Insbesondere die Komplikationen durch die Gassendrogen nehmen ab, was den Gesundheitssektor anbelangt. Sollen Menschen, welche teilweise jahrelang in stationären und ambulanten Therapien versuchten, vergeblich von den Drogen wegzukommen, dazu gezwungen werden, die Runde der lebensbedrohenden Komplikationen und des Elends erneut zu durchlaufen? Oder soll man die Therapie, analog anderen chronischen Störungen, möglichst kontinuierlich durchführen? Ich nehme das Beispiel eines übergewichtigen Patienten mit Zuckerkrankheit. Wer redet bei ihm davon, die Behandlung zu terminieren, zu riskieren, dass er ein Bein verliert, oder das Augenlicht? Vielmehr würde man sagen: es kommt billiger, ihn kontinuierlich betreffend der phänomenologischen Erkrankung zu behandeln.

Schlussbemerkungen

Es geht darum, sich der Zukunft zu stellen. Hierfür ist es unabdingbar, sich darüber klar zu sein, dass Opiate in erster Linie Arzneimittel und nicht Drogen sind. Es geht darum, zu erkennen, dass es sich bei vielen Süchtigen um Menschen mit einer psychischen Störung handelt, welche unter anderem mit dem Gebrauch psychotroper Substanzen einhergeht.

Erst wenn diese Störung als Krankheit anerkannt ist, ist es möglich diese hoch spezialisierte Therapieform als solche anzuerkennen und diese Therapieform nicht mehr als Spielball verschiedener Ideologien zu sehen. Die Behandlung Drogenabhängiger als Therapie für ein eigenes PatientInnensegment gehört zunehmend in die Hände spezialisierter Institutionen und spezialisierter Ärzte/-innen. Durch langfristiges Denken und langfristige Planung können letztlich auch unnötige Ausgaben verhindert werden.

Wo stünden wir, wenn die Behandlung von etablierten Erkrankungen, wie etwa Bluthochdruck, Asthma oder Zuckerkrankheit, ein Politikum wären?

Zum Schluss möchte ich noch bemerken, dass die Antworten in erster Linie meine persönliche Meinung darstellen. ■

Fussnoten

- ¹ Nach Günter Wallraff «Ganz unten»
- ² Zahlen und Beschreibungen beziehen sich auf die Polikliniken Lifeline und Crossline der Stadt Zürich.
- ³ Bezeichnung der Heroïnverschreibung in Deutschland
- ⁴ Titel des Projektbeschreibung des Sozialamtes der Stadt Zürich, 1993
- ⁵ Herausgepickt: Satz aus der erwähnten Projektbeschreibung der Stadt Zürich
- ⁶ Marcus Aurelius 121-180, römischer Kaiser und Philosoph
- ⁷ Galenos 129-199, griechisch-römischer Arzt, Verfasser zahlreicher Schriften in Heilkunde und Arzneimittelzubereitung
- ⁸ Philippus Areolus Theophrastus, 1493-1541, genannt Paracelsus, Stadtarzt von Basel, Naturforscher
- ⁹ Friedrich W. Sertürner, 1783-1841, deutscher Apotheker
- ¹⁰ Morpheus und sein Bruder Phantasus, sind Söhne von Hypnos, dem Gott des Schlafes, dessen Bruder wiederum ist Thanatos, der Gott des Todes.
- ¹¹ Prodrug: Vorläufer eines Arzneimittels, muss chemisch verändert werden, um seine Wirkung voll entfalten zu können