

DDD oder HeGeBe?

Mai 2024 / André Seidenberg

Diversifizierte
Drogenverschreibung &
Drogenabgabe
Heroin gestützte Behandlung?

15. Basler Frühjahrstagung und 2. Harm Reduction D-A-CH-Konferenz, 23.5.2024:
30 Jahre heroingestützte Behandlung in der Schweiz –Erfolgsmodell zwischen Therapie und Schadensminderung?

1951	Betm-Gesetz eingeführt, Heroin und Kokain illegal
1975	BetmG-Revision: Therapie oder Strafe
1979	Motion Moritz Leuenberger vom 14. Dezember 1979 kontrollierte Drogenabgabe
1980-81	AJZ autonomes Jugendzentrum, illegales toleriertes Fixerzimmer, Hunderte infizieren sich mit dem noch unbekanntem HIV
1985-86	sogenanntes Spritzenabgabeverbot in Zürich
1985	Robert Hämmig, Contact Bern, 'Giftscheinmodell': Vorschlag kontrollierte Abgabe von Betäubungsmitteln
1986	Die Polizei verweigert den Ordnungsdienst Beginn der offenen Drogenszene auf dem Platzspitz
1987	VSD, Perspektiven einer neuen Drogenpolitik Verein Schweizerischer Drogenfachleute
1988/89	ZIPP-Aids: Spritzenabgabe und medizinische Notversorgung
1990	DDD Versuchsplan Vorschlag des VSD
1990	Annie Mino, Literaturstudie im Auftrag des BAGs
1992	Schliessung der offenen Drogenszene Platzspitz Zürich am 5.2.1992 Arud eröffnet erste niedrigschwellige Methadonabgabe ZOKL1 am 10.2.1992
1993	1.1.1993 ProVe: Definitiver Forschungsplan Projekte zur Verschreibung von BetM 1993-1996 1.11.1993 Eröffnung Heroinabgabe ZOKL2 in Zürich
1995	Schliessung der offenen Drogenszene beim stillgelegten Bahnhof Letten
1998	Heroinabgabe in hausärztlicher Praxis theoretisch zur Palliation möglich, Urteil Bundesgericht 1A.184/1998/luc

Heroinskandal

Der Erfolg der Schweizer Drogenpolitik ist mindestens so gross wie ihr Scheitern. Die Heroin gestützte Behandlung HeGeBe ist die Umdeutung der diversifizierten Drogenverschreibung und Drogenabgabe. DDD zielte auf eine umfassende Veränderung der Schweizer Drogenpolitik hin zu einer medizinischen Marktordnung.

Stärke und Macht einer Gesellschaft misst sich an ihrer Fähigkeit Menschen zu integrieren.

Ein Heroin-Skandal ist für Medien immer lohnend. Polytoxikomane Patienten in Zürich prahlten im Frühjahr 2024 vor Medienleuten, dass sie ihre Ärzte leicht dazu bringen könnten, sie mit unnötig hohen Dosen von Heroin zu versorgen.¹ Den nicht benötigten Teil ihrer Take-home-Dosis an Diaphin-Tabletten würden sie auf dem Schwarzmarkt gegen Kokain tauschen.²

Im Suchtbereich stellt sich die Vertrauensfrage immer. Wie autonom kann der objektiv durch seine Sucht eingeschränkte Mensch sein. Was kann der Süchtige entscheiden, und was müssen andere für ihn bestimmen? Wer ist der Souverän: Der Staat, der Arzt oder der Mensch? Wer hat die Kontrolle? Die Vertrauensfrage ist hochemotionell und kann von Medien im Suchtbereich ausgebeutet werden.

Das Abwägen von Risiken ist eine alltägliche ärztliche Pflicht in jeder Sparte der Medizin. Sie erfordert immer alle berufliche Sorgfalt und kann durch sachfremde Eingriffe nicht ersetzt und kaum verbessert werden. Keine Ärztin kann die objektiven Risiken der Sucht missachten. Im riskanten Verhalten zeigt sich die Not der Opioidabhängigen. Welche Risiken müssen gegeneinander abgewogen werden? Zweifellos steht der Arzt in einer Kontrollfunktion. Medizinische Fragen stellen sich nüchtern und praktisch.

Rigoreuse Kontrolle gewährleistet keine grösstmögliche Sicherheit. Wenn Patienten ihre Drogen nur unter Aufsicht des Personals einnehmen dürfen, werden neue Risiken geschaffen. Der ein- oder mehrmals täglich erzwungene Besuch der medizinischen Abgabestelle erschwert eine normale Lebensführung. Arbeit, Berufsausbildung, Studium, Familienleben und Ferien werden behindert. Je mehr sein normales Leben erschwert wird, desto weniger kann sich ein Mensch normal benehmen. Die Weitergabe oder der Verkauf von legal bezogenen Suchtmitteln kann gefährlich sein und ist strafbar. Es ist Pflicht der verantwortlichen Ärztin oder Arzt diese Risiken zu erkennen.

Heroin-Tabletten zeigen die Korrumpierbarkeit der Medizin im Drogenkrieg exemplarisch. Nicht nur die Mitgabe von Heroin-Tabletten, die Abgabe von Diaphin-Tabletten selbst ist fragwürdig. Geschlucktes Heroin kann auch der erfahrenste Junkie nicht von Morphin unterscheiden. Auf dem Weg vom Magen-Darm-Trakt ins Blut und ins Gehirn verwandelt sich jedes Diacetyl-Morphin-Molekül in einfaches Morphin. Im Blut findet man kein Heroin und im Gehirn wirkt immer nur Morphin.³

Geschluckte Morphin-Retard-Tabletten und Diaphin-Retard-Tabletten sind in der Wirkung doppelblind identisch. Diaphin-Tabletten sind nur deswegen bei vielen Opioidabhängigen beliebt, weil sie das heimliche Sniffen, Inhalieren und sogar Heroin-Injektionen ermöglichen.

Der Unterschied zwischen Morphin und Heroin zeigt sich nur bei schnell wirksamen Zubereitungen. Injiziertes Morphin erzeugt im Blut unangenehme Histaminreaktionen⁴: Brennende Nadelstiche im ganzen Körper und sogar Kollaps. Höhere Dosen von Morphin sind unerträglich. Aber Heroin kann

¹ Rundschau, SRF 24.4.2024

² Sugar, Heroin oder chemisch Diacetyl-Morphin in Tablettenform heisst in der Schweiz Diaphin®. Viele süchtige Patienten kennen die einfachen Tricks, mit denen aus der Pentasulfatmatrix der Diaphin-Retard-Tabletten das Heroin zum Fixen, Sniffen oder Rauchen gelöst werden kann.

³ Rudolph Brenneisen et al., Analytik, Pharmakokinetik und Galenik von Heroin. In: Rihs-Middel M, Lotti H, Seidenberg A: Aerztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln, Verlag Hans Huber Bern, 2002

⁴ Freisetzung von Histamin aus den Mastzellen

hochdosiert gespritzt werden. Diacetyl-Morphin verursacht nur geringe Histaminreaktionen; intravenöses Heroin verschwindet in Sekunden aus dem Blut ins Gehirn. Gespritzte, gesniffte oder aus der Folie mit Säure aufgekochte Diaphin-Tabletten machen einen *geilen Flash*.

Warum gibt es Heroin-Tabletten? Mitte der 90-er Jahre wurden im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit die sogenannten Heroinversuche ProVe⁵ durchgeführt. Es wurden damals auch inhalierbare Heroinhaltige Zigaretten, «Sugaretten» abgegeben. Rauchen ist weniger gefährlich als Fixen. Heroin schon, aber Tabak durften diese Sugaretten des Gesundheitsamtes nicht enthalten. Also wurden Zigaretten aus getrockneten Waldmeister-Blättern gebastelt. Obwohl sie fürchterlich stinken, waren Sugaretten beliebt, und die Süchtigen hörten mit dem Fixen auf. Weil eine meiner Patientinnen dabei eine Vorstufe von Krebs am Gaumendach entwickelte, mussten die Versuche mit Sugaretten gestoppt werden. Alle Patientinnen und Patienten wurden auf Heroin-Tabletten umgestellt. Medizinisch einwandfreie inhalierbare Zubereitungen sind zwar denkbar, aber wurden nie entwickelt.

Wir Ärztinnen und Ärzte können uns den Dilemmata der Risiken unserer Klientel nicht entziehen. Aber wir können sie entschärfen. Wir dürfen uns weder mit Politik und Staat noch mit Patientinnen und Patienten auf korrupte Pakte einlassen. Im Drogenkrieg geschieht dies leider. Die Suchtmedizin ist voller prekärer provisorischer Dauerlösungen.

Opioidekrise

Geschichte geschieht vor allem auch von unten. Gerade die Drogengeschichte der Schweiz wurde von den vielen Menschen gelebt, erwirkt und erlitten. Die Wirksamkeit an den individuellen Lebensumständen formt die Geschichte und insbesondere diese Geschichte. Die Wirksamkeit von politischen oder therapeutischen Massnahmen bezüglich süchtigem Verhalten und Suchtproblemen wird meist stark überschätzt.⁶

Drogen und Krieg können Menschen berauschen. Der Drogenkrieg dagegen hat kaum je berauscht und begeistert. Geschlissen und getötet hat er, massenhaft und schleichend, fies wie die Sucht auch. Niemand scheint süchtig nach diesem Krieg und doch ist er anscheinend nicht zu stoppen.

Schon vor dem Beginn des letzten Jahrhunderts tobte der Drogenkrieg, zuerst in Asien und bald weltweit. Ende der 60-er Jahre begann sich auch die Schweiz daran zu beteiligen und 25 Jahre später, Mitte der 90-er Jahre, erreichte der Drogenkrieg im Zentrum von Zürich, seinen schrecklichen europäischen und schweizerischen Höhepunkt.

Die Schweiz, stolz auf ihre Unabhängigkeit, ist kein Mitglied der Europäischen Union. Die Schweiz blieb in den beiden Weltkriegen des letzten Jahrhunderts neutral und hielt sich schon dreihundert Jahre länger aus den europäischen Kriegen heraus. Die Schweizer Pharmaindustrie ist seit mehr als hundert Jahren ein Global Player. Ihre Kaufleute waren die wichtigsten Händler für legale Opioide und Kokain.

Die Schweiz wollte sich auch aus dem Krieg gegen Drogen heraushalten. Aufgrund des internationalen Drucks, insbesondere aus den USA und Schweden, erließ die Schweiz 1951 ein Betäubungsmittelgesetz. Heroin und Kokain wurden illegal und für normale Konsumenten unzugänglich. Widerstrebend begann die Schweiz sich am Krieg gegen die Drogen zu beteiligen.

Ende der 1960er Jahre breiteten sich Jugendunruhen in ganz Europa und auch in der Schweiz aus. Ihre Unterdrückung und der Krieg gegen Drogen waren miteinander verbunden, auch auf gewalttätige Weise. Mit der Revision des Betäubungsmittelgesetzes im Jahr 1975 wurden die Regeln

⁵ ProVe: Pilotprojekte zur Verschreibung von Betäubungsmitteln

⁶ Unter dem Einfluss des Strukturalismus, werden ursächliche Fragen in der Geschichte oft nicht erörtert und die Zuschreibung von Wirkungen wird der politischen Bewirtschaftung überlassen.

verschärft. Der Drogenkonsum wurde zu einer Straftat. Gefängnis oder Therapie mit dem Abstinenzziel waren die einzigen legal für Süchtige vorgesehenen Alternativen. Die Gefängnisse begannen sich mit Süchtigen zu füllen. Therapieplätze schossen wie Pilze aus fruchtbarem Boden.

Grosse Teile der staatlichen Obrigkeit waren bis in die Achtziger Jahre hinein der Ansicht, dass sie in die Körper und Geister der Menschen hinein bestimmen müssten. Sie wollten die Ärzteschaft als Repressionsinstrumente gegen Drogensüchtige einspannen. 1985 versuchte die Zürcher Gesundheitsdirektion die Abgabe von sterilen Spritzen und Nadeln an Drogenabhängige zu verbieten. Mit unserer Generation von Ärzten war das nicht mehr möglich. Die Ignoranz und die Überheblichkeit der Behörden und der Ordinarien waren für unsere Patientinnen lebensgefährlich. Hunderte von Ärzten weigerten sich, dem Erlass des Kantonsarztes in Zürich zu folgen. Sie erklärten, dass sie weiterhin sterile Injektionsutensilien an Süchtige abgeben werden.

Aids war eine neue Krankheit. Zürich und die ganze Schweiz waren von HIV und Heroinsucht mehr betroffen als jedes andere Land in Europa. Wissenschaftliche Grundlagen und Evidenz waren bezüglich HIV oder Aids und auch bezüglich Suchtkrankheiten spärlich. Problemfälle von Injektionsdrogenkonsum wurden für Allgemeinärzte in der Schweiz alltäglich. Wie eine Katastrophe kamen die Seuchen über unsere so wohl geordnete Stadt und unser schönes Land. Die schrecklichsten Dinge platzten wie Eiterbeulen in die Sicht der Öffentlichkeit: Süchtige Täter, süchtige Opfer, süchtige schwangere Frauen, die an ihren quellenden Brüsten neue intakte Venen zum Spritzen fanden, Eltern, die ihre an Aids verstorbenen Kinder beerdigen mussten, bevor sie selbst starben, ganze Familien, die in wenigen Jahren verschwanden und noch mehr Geschichten, die sich nur schwer erzählen lassen.^{7, 8, 9, 10}

Die Schweiz und, die Basler mögen mir verzeihen, Zürich im Besonderen, sind wunderschön. Kommen Sie in die Schweiz, um Drogenprobleme zu sehen? Sie werden sie nicht mehr finden. Vor den 80er Jahren, und heute wieder, ist der Platzspitz ein ruhiger Park hinter dem Hauptbahnhof. Aber der Platzspitz Park war einst weltberühmt als *Needle Park* und als schrecklichste Drogenszene der Welt.

Von 1968 bis 1986 versuchte die Polizei mit allen Mitteln, den Drogenhandel und Drogenkonsum in der Stadt Zürich zu unterdrücken. Die Polizei zerstreute jede Ansammlung von Süchtigen, die sie entdeckte, und drängte die Drogenszene von einem Ort zum anderen in der Stadt. Mit jedem Ortswechsel wuchs die Szene.

Der einfachste Weg, seinen Drogenhunger zu stillen, ist als Kleindealer selbst Drogen zu verkaufen: ein Schneeballsystem mit exponentiellem Wachstum. Die Kräfte zur Drogenbekämpfung wuchsen in der Stadt Zürich um mehr als das Hundertfache. 1968 hatten wir zwei auf Drogenprobleme spezialisierte Polizisten, Grob und Schönbächler, in den 90er Jahren waren es mehrere Hundert. Drogenkriminalität wurde zur Hauptursache für Inhaftierungen in Zürich und in der Schweiz.

Von 1986 bis 1992 duldete die Polizei Drogenhandel und Drogenkonsum im Platzspitzpark aus schierer Frustration. Die Wirkungslosigkeit des Drogenkrieges *War on Drugs* war offensichtlich geworden. Die ratlose politische Führung wollte die Drogenrepression nicht mehr vorbehaltlos unterstützen. Da verweigerte die Polizeiführung den Ordnungsdienst auf dem Platzspitz. Es gab keine Polizei, keine öffentliche Ordnung, dafür Kriminalität jeglicher Art, einen illegalen Markt für alles, geöffnet 24 Stunden pro Tag, 7 Tage pro Woche und 385 Tage pro Jahr. Die ärmsten und schrecklichsten menschlichen Gestalten waren Tag und Nacht dort, selbst im Winter bei

⁷ Grob P J: Zürcher «Needle-Park», 2009

⁸ Sieber E: Platzspitz, Spitze des Eisbergs, 1991

⁹ Seidenberg A, Friedhofsgefühle: Erinnerungen an den Platzspitz, Das Magazin 11. Nov. 2017

¹⁰ Seidenberg A, Das blutige Auge des Platzspitzhirschs. Meine Erinnerungen an Menschen, Seuchen und den Drogenkrieg. 2020. Und auf der Website: <https://seidenberg.ch/platzspitz/platzspitz-chronik/>

Temperaturen bis minus 20 °C. Täglich wurden bis zu 12'000 Pakete mit sterilen Nadeln und Spritzen ausgegeben. Bis zu 25 Reanimationen vor Ort pro Tag. Außerhalb des Parks wurde die Drogenrepression wie bisher fortgesetzt, Nulltoleranz gegenüber Drogenabhängigen.



11

Dennoch breiteten sich die Probleme über die Grenzen des Parks aus und bedrohten die öffentliche Ordnung in der gesamten Stadt. Die öffentliche Ordnung wurde durch die Drogenrepression weiterhin behindert und gestört.

Zürich blieb bis Mitte der 90-er Jahre prominenter Schauplatz des Krieges gegen die Drogen. Die Schließung des Platzspitzparks allein, konnte die öffentliche Unruhe und Bedrohung nicht beenden. Mit Schlagstöcken, Tränengas und Gummischrotflinten trieben Polizeikräfte Hunderte von kranken Süchtigen durch die Stadt und konnten sie doch nicht dauerhaft vertreiben. Die Szene versammelte sich überall erneut. Beim stillgelegten Bahnhof *Letten* duldeten sie die Polizei bis 1995.

Täglich sammelte das Rückführungszentrum, ein Spezialgefängnis, ein Polizeikrankenhaus für Drogenabhängige, hundert und mehr nichtansässige Süchtige und transportierte sie mit Bussen in andere Kantone, aus denen sie gekommen waren. Am nächsten Tag waren sie wieder in Zürich. Das ging so, bis die Süchtigen endlich eine lokale Möglichkeit zum Bezug von Methadon finden konnten. Erst dann konnten sie mit angebotener Hilfe, mit der medizinischen Behandlung ihrer Beschwerden und Krankheiten, mit Wohnproblemen und der sozialen Wiedereingliederung klar kommen; es dauerte noch einige Jahre. Ab Mitte der 90-er Jahre war eine nachfragedeckende niedrigschwellige Methadonabgabe im Grossraum Zürich flächendeckend erreicht.

¹¹ Bilder Gertrud Vogler, Sozialarchiv Zürich

Die gesamte Gesellschaft, einschließlich der Polizei, der Justiz und aller repressiven Kräfte hat es damals verstanden: Drogenrepression, die blinde Unterdrückung des Drogenhandels und der Drogenkonsumenten, trägt kaum zur Aufrechterhaltung der Ordnung bei.

Der geordnete legale Beschaffungsmarkt war der erfolgreiche Hauptansatz der Schweizer Drogenpolitik. Wenn Opioidabhängige ihren Opioidhunger gestillt haben, können sie sich normal verhalten, sonst können sie das nicht.

In der Schweizer Hauptstadt Bern, in Basel und in vielen anderen Städten wurde die Drogenproblematik bereits in den 80-er Jahren kooperativer angegangen als in Zürich. Teile der staatlichen Behörden wollten ideologisch stramme Soldaten im Krieg gegen Drogen. Die Politik der Schadensminderung beim Drogenkonsum musste in Zürich erkämpft werden. Die praktischen Initiativen von Bürgern und Ärzten setzten die Abgabe von sterilen Injektionsutensilien durch. Auch juristisch wurde erbittert gestritten. Der Streit um die Spritzenabgabe wurde schon 1986 gewonnen. Aber erst drei Jahre später konnten Peter Grob und Werner Fuchs das Zipp-Aids zur permanenten medizinischen Basisversorgung mit Unterstützung staatlicher Unterstützung eröffnen. Regierung der Stadt Zürich hatte unter Führung von Emilie Lieberherr ihre Meinung grundlegend geändert.

Arud¹² wurde Ende 1991 gegründet und wurde hauptsächlich von Allgemeinärzten mit Privatpraxis finanziert. Als die Polizei am 5. Februar 1992 den Platzspitzpark zusperrte, eröffnete Arud die erste niederschwellige Methadon-Ausgabestelle ZOKL1¹³. Die Kosten durch die obligatorischen Krankenversicherungen gedeckt. Arud braucht kein Staatsgeld. Ein computergesteuertes Dosiersystem ermöglicht eine individuelle Dosierung im Rahmen der Sicherheit. Nach einer Woche kann in der Regel die Sättigungsdosis von täglich 100 mg Methadon erreicht werden. Das Modell wurde in Zürich, anderen Kantonen und im Ausland kopiert. Innerhalb weniger Jahre entstand in der ganzen Schweiz ein bedarfsdeckendes niedrighschwelliges Angebot für Methadon.

Der Verein Schweizerischer Drogenfachleute VSD schlug Ende der Achtziger Jahre Versuche zur diversifizierten Abgabe von Suchtdrogen vor.¹⁴ Der zuständige Bundesrat Flavio Cotti wollte die Möglichkeiten einer medizinisch organisierten Marktordnung für Drogenkonsum prüfen. Das Schweizerische Bundesamt für Gesundheit BAG unter Führung von Vizedirektor Bertino Somaini und Margreth Rihs-Middel liess die wissenschaftlichen Grundlagen für die Vorschläge überprüfen,¹⁵ und die Pilotprojekte zur Verschreibung von Betäubungsmitteln (ProVe) durchführen. Die sogenannten Heroin-Versuche zeigten, dass auch mit Heroin, in ärztlich gut kontrollierten Einrichtungen, Opioidabhängige erfolgreich behandelt werden können.¹⁶ Die Behandlung mit Heroin gelangte aber aufgrund restriktiver Aufnahme- und Behandlungskriterien quantitativ keine relevante Bedeutung.

¹² Arud: Arbeitsgemeinschaft für Risikoarmen Umgang mit Drogen: Gegründet 30.11.1991 in Zürich. Non-Profit, damals durch privat tätige allgemeinpraktische Ärzte finanziert und getragen. www.arud.ch

¹³ ZOKL1: Zürcher Opiat-Konsum Lokal 1 & ZokL2. Der Autor war Leiter dieser Institutionen von 1992-1996.

¹⁴ VSD, Verein Schweizerischer Drogenfachleute forderte 1987 mit seinen «Perspektiven einer neuen Drogenpolitik» die «ärztlich kontrollierte Opiatabgabe: Angebote zum Schlucken, Inhalieren und zum Injizieren von Opioiden und Kokain» und legte 1990 seinen detaillierten «Versuchsplan zur diversifizierten Drogenverschreibung und Drogenabgabe» vor.

¹⁵ Annie Mino, Analyse scientifique de la littérature sur la remise contrôlée d'héroïne ou de morphine Expertise fédérale, Office fédéral de la santé publique, septembre 1990

¹⁶ Uchtenhagen A, Gutzwiller F, Dobler-Mikola A, Hättich A: Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln, Studienprotokolle der Begleitevaluation, (ProVe-Gesamtforschungsplan), BAG Juni 1994

Seit Jahrzehnten weiss man, wie Opioidabhängige am besten behandelt werden sollen.^{17, 18} Leider wird dieses Wissen nicht allgemein umgesetzt. Im Bereich der Suchtmedizin scheinen andere Regeln als sonst in der Medizin zu gelten. Bis in die jüngste Zeit wurden Methadon- und Heroinbehandlungen immer wieder an Menschen auf ihre Wirksamkeit hin überprüft, als würden nicht schon jahrzehntelang eindeutige Resultate vorliegen.^{19 20} Diese angeblich wissenschaftlichen Untersuchungen werden aus politischen Gründen, und nicht zur Erforschung medizinisch offener Fragen durchgeführt.

Die evidenzbasierte Wirksamkeit hat sich in kaum einem anderen Feld der Medizin so wenig durchgesetzt, wie im Bereich der Suchtmedizin.²¹ Die Interessen aller Beteiligten sorgen in der Medizin normalerweise dafür, dass sich als wirksam erweisende Behandlungen und Vorgehensweisen rasch möglichst allen in Frage kommenden Patienten zukommen. Nicht so im Bereiche der Suchtmedizin. In den meisten Ländern sind nur eine Minderheit der Opioidabhängigen in gut konzipierten und kontrollierten Methadon-, Heroinbehandlungen und anderen OAT. In den meisten Ländern unterliegen OAT inadäquaten Zielvorgaben und Restriktionen (OAT nur mit Abstinenzziel, als Überbrückung etc.).

Was ist eine angemessene ärztliche Kontrolle? Zu Beginn der Neunziger Jahre war die Versorgung der Opioidabhängigen in Zürich krass ungenügend. Ein grosser Teil der Süchtigen war aus der gesellschaftlich garantierten Ordnung ausgestossen worden und konnte sich an keine gesellschaftlichen Normen mehr halten. Die Methadonabgabe der Arud erfolgte durch Panzerglas verstärkte Sicherheitsschalter. Die tägliche Methadondosis musste unter Sichtkontrolle des Personals eingenommen werden. Um unerlaubtes Weitergeben und Weiterverkauf zu verhindern, wurden Take-home-Dosierungen nur gewährt, wenn der Nachweis der Notwendigkeit und sicheren Verwendung erbracht werden konnte. Sicherheitspersonal musste die Ordnung gewährleisten.

Die Bedürfnisse der Gesellschaft und die Bedürfnisse der süchtigen Patienten sind Handlungsziele, die sorgfältig und praktisch gegeneinander abgewogen werden müssen. Eine niedrige Eintrittsschwelle und eine dauerhafte Gewährleistung der Versorgung sind notwendig.

Die theoretischen Grundüberlegungen²² und die Prinzipien der sicheren Dosierung²³ wurden formuliert. Es gibt praktische Richtlinien für Heroin basierte Behandlungen und die diversifizierte

¹⁷ Dole, Nyswander, A medical treatment for diacetylmorphine (heroin) addiction. A clinical trial with methadone hydrochloride, Journal of the American Medical Association, Band 193, 1965

¹⁸ Newman R, Whitehill W B, 1979: Double blind comparison of methadone and placebo maintenance treatments of narcotic addicts in Hong Kong; Lancet:485-488

¹⁹ Uchtenhagen A, Gutzwiller F, Dobler-Mikola A, Hättich A: Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln, Studienprotokolle der Begleitevaluation, (ProVe-Gesamtforschungsplan), BAG Juni 1994

²⁰ Rihs-Middel M, Lotti H, Seidenberg A: Aertzliche Verschreibung von Betäubungsmitteln: Praktische Umsetzung und wichtigste Ergebnisse, BAG, Verlag Hans Huber Bern, 2002, ISBN 3-456-82910-8

²¹ Paul Eugen Bleuler, der Schweizer Psychiater (1857-1939) hat schon vor hundert Jahren Das autistisch-undisziplinierte Denken in der Medizin und seine Überwindung, Berlin 1921, beschrieben. Die Psychiatrie ist vor allem als Teil der gesellschaftlichen Ordnungsmacht für dieses Problem noch heute besonders anfällig.

²² Seidenberg A, Peng M, Custer R: Prinzipien der sicheren Opioidverordnung: Theorie eines pharmakokinetisch-dynamischen Dosierungsmodells und die computerisierte diversifizierte Drogenverschreibung und Drogenabgabe CDDD. In: Rihs-Middel M, Lotti H, Seidenberg A: Aertzliche Verschreibung von Betäubungsmitteln: Praktische Umsetzung und wichtigste Ergebnisse, Bundesamt für Gesundheit, Verlag Hans Huber Bern, 2002, ISBN 3-456-82910-8

²³ Marco Peng und André Seidenberg, CDDD Computer-aided Diversified Drug-prescription and Dispensation, Arud & Data Science 2002

Opioidabgabe²⁴ und die Klinik und praktischen Handlungsanleitungen wurden in einem Lehrbuch²⁵ dargestellt.

Fixerstübli, Gesundheitsräume, beschützte Drogenkonsumlokale²⁶ sind für extrem problematische Süchtige als Ergänzung der Angebote für Opioid-Agonisten-Therapie (OAT) immer noch wichtig. Nach der Corona-Pandemie entstand in einigen Schweizer Städten eine Crack-Raucherszene, bestehend aus einigen Dutzend Jugendlichen und äußerst problematischen Alten aus der Platzspitz-Zeit. In wenigen Wochen gelang es diese störenden Ansammlungen aufzulösen und die Konsumenten in den bestehenden oder speziell neu geschaffenen Strukturen aufzufangen. 30 Jahre nach Platzspitz und Letten zeigten sich so die ungelösten Probleme des illegalen Kokainmarktes.

Der Staat kann und muss durch Vorschriften jeden Markt regulieren. Dies gilt auch für den Markt von Suchtmitteln. Positive und negative Anreize, Angebote und Restriktionen müssen sachgerecht eingesetzt werden. Die direkte Demokratie der Schweiz hat nicht nur die Veränderungen in der Drogenpolitik gesellschaftlich auf breiter Basis legitimiert.²⁷

Drogenpolitik

Sucht ist zutiefst mit jedem Wünschen und Wollen verknüpft. Der Kontrollverlust ist eine Kränkung und wichtige Gefahrenquelle jeder Sucht. Die Frage stellt sich, ob die Kontrolle durch Angehörige, von der Ärztin oder Arzt, der Öffentlichkeit oder gar vom Staat übernommen werden kann. Kann eine adäquate externe Kontrolle der Sucht etabliert werden? Die Realitäten der Süchtigen und der Drogenpolitik lassen daran fundamental zweifeln.

Drogenkrieg oder Legalisierung?

Weder erzeugt der Drogenkrieg Sicherheit, noch bringt Drogenlegalisierung die Freiheit. Beide drogenpolitischen Paradigmen können ihre Versprechen nicht einlösen.

Die Welt der Süchte und insbesondere der Substanz-Abhängigkeiten kann uns helfen, unser Belohnungssystem und den Umgang damit besser zu verstehen. Verzichtforderungen, Enthaltensamkeit, Abstinenz sind als Allheilmittel nicht zielführend. Jede Sucht erfordert und ermöglicht spezifisch wirksame und je nach Umständen zielführende Strategien. Eine politisch erfolgreiche Drogenpolitik scheint mit der Wirksamkeit für den betroffenen Süchtigen und die Gesellschaft nur wenig zusammenzuhängen. Wollen wir eine politisch erfolgreiche oder eine wirksame Drogenpolitik?

Wie können Probleme mit Drogen vermindert werden? Was nützt dem einzelnen Drogenabhängigen und der ganzen Gesellschaft? Die schweizerische Geschichte der Opioidkrise zeigte weit über die wissenschaftliche Evidenz hinaus, dass eine angemessen kontrollierte Opioid-Agonisten-Therapie (OAT) die wirksamste Massnahme zur Reduktion von Problemen von und durch Opioidabhängige ist.

²⁴ Ärztliche Arbeitsgruppe der Prove, Opioidgestützte Behandlungen, Richtlinien im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit, 4.12.1996.

²⁵ Seidenberg A, Honegger U, Methadon, Heroin und andere Opioide, Verlag Hans Huber, Bern, 1998. Lehrbuch und medizinische Handlungsanleitungen.

Français: Méthadone, Héroïne, et autres Opioïdes - la prescription des opioïdes en milieu ambulatoire, Médecine & Hygiène Genève 2001, ISBN 2-88049-134-7.

Español: Metadona Heroína y otros opioïdes, Manual para un tratamiento ambulatorio de mantenimiento con opioïdes, diaz de Santos, Madrid, 2000, ISBN 84-7978-443-1.

²⁶ In Zürich heissen sie K&A, Kontakt- und Anlaufstellen des Sozialdepartementes der Stadt Zürich

²⁷ Die Instrumente der schadenmindernden Drogenpolitik wurden direktdemokratisch durch mehrere lokale und nationale Abstimmungen genehmigt

Warum ist wissenschaftliche Evidenz, der Nachweis der Wirksamkeit und Sicherheit, nicht die oberste Maxime in der Behandlung von Drogenproblemen?

Entscheidend ist die Frage nach Interessen, Motiven und Ideologien. Die Wirksamkeit ist nicht das primäre Ziel der Akteure. Eine erfolgreiche Politik muss in erster Linie die Wünsche der politisch einflussreichen Gruppen bewirtschaften. Die politische Bewirtschaftung eines Problems muss noch lange keine Verbesserung oder gar Lösung bringen. Die reale Überwindung von Problemen kann die Interessen der Stakeholder sogar behindern. Der politische Erfolg, das oberste Prinzip jeder erfolgreichen Politik, ist die Befriedigung der Stakeholder. Die Konzepte des Drogenkrieges und der Abstinenz bedienen die Interessen der Justiz, Polizei, Therapeuten, Betreuer, Prävention, Suchtforschung und pharmazeutischer Industrie weitaus besser als evidenzbasierte Strategien der Schadenminderung.

Das offensichtliche und sichtbare Scheitern der Drogenpolitik ist in den meisten Ländern kein Anlass für eine gründliche Analyse des Systems. Zur Beschwichtigung der Öffentlichkeit reicht die öffentliche Präsentation von Schuldigen aus. Gibt es da nicht die Gier der Pharmaindustrie, die schockierenden kriminellen Machenschaften der Familie Sackler, die üblen und doch so schaurig schönen Mafia-Geschichten?

Drogenkrieg oder Drogenlegalisierung? Sicherheit oder Freiheit? Eine erfolgreiche Politik muss ihre Versprechen nicht einhalten können; eine erfolgreiche Politik bedarf keiner Wirksamkeit. Der Drogenkrieg ist eine äusserst erfolgreiche Politik trotz fehlender Wirksamkeit. Auch die Drogenlegalisierung kann solche Erfolge verbuchen. Leider orientiert sich auch die Legalisierungspolitik an Idealen und nicht an der Wirksamkeit zur Verminderung der Probleme mit Drogen. Weder erzeugt der Drogenkrieg Sicherheit noch bringt Drogenlegalisierung die Freiheit. Beide können ihre Versprechen nicht einlösen. Beide bewirtschaften die Probleme mit Drogen politisch erfolgreich aber tragen wenig zur Bewältigung der Probleme bei.

Die Schweizer Drogenpolitik der Neunziger Jahre war nicht nur politisch *erfolgreich*, sondern auch in höchstem Masse *wirksam*. Sie wurde vorbildlich für Europa und darüber hinaus. Die Schweiz hat es in wenigen Jahren geschafft, die Probleme mit Drogen vom ersten Platz der Traktandenliste öffentlicher Besorgnis zu einer kaum noch sichtbaren geringen Schwierigkeit herunterzustufen. Zehn Mal weniger Menschen als Mitte 90-er Jahre beginnen seit den Nuller Jahren mit Heroinkonsum. Eine Störung der öffentlichen Ordnung durch Opioide ist nicht mehr erkennbar. Beschaffungskriminalität und Prostitution von Heroinabhängigen sind heute kaum noch zu beobachten. Todesfälle durch Heroinüberdosis gingen auf weniger als einen Achtel zurück. Die Schweiz hatte in Europa nicht zuletzt wegen den Problemen mit Heroin die höchste Häufigkeit an HIV-Infektionen. HIV-Infektionen sind bei Opioidabhängigen unter 10 Prozent gesunken. Neuinfektionen sind bei Opioidabhängigen kaum mehr häufiger als in der Durchschnittsbevölkerung.

Vier-Säulen-Politik: Zuerst gegen den Staat, dann staatlich geduldet und erst zögernd mit Hilfe des Staates, wurde die Schadenminderung ab Mitte der 80-er Jahre in der Schweiz durchgesetzt.²⁸ Das Label Vier-Säulen-Politik wurde erst Mitte der 90-er Jahre kreiert, als der Mist schon geführt war und sich die offizielle Politik und die Beamten den Erfolg ans Revers heften wollte.

Therapie, abstinenzorientierte psychosoziale Behandlungen und langzeitiger stationärer Entzug der Heroinabhängigkeit sind weder langfristig wirksam noch massentauglich oder für eine Mehrheit der Süchtigen finanzierbar. Abstinenzziele sind bei Opioidproblemen langfristig unwirksam und Erhöhen die Morbidität und Mortalität in unerträglichem Ausmass.

Die Psychotherapie von Sucht spielt mit dem Gedanken, am Nucleus accumbens des Belohnungssystem wirksamer sein zu können, als die Wirkung des Suchtmittels. Zweifellos brauchen viele Opioidabhängige und Abhängige von anderen Suchtmitteln psychotherapeutische Hilfe; etwas

²⁸ VSD, Verein Schweizerischer Drogenfachleute, Perspektiven einer neuen Drogenpolitik, 1987

mehr als im Durchschnitt der Bevölkerung. Sie brauchen Hilfe, aber der Fokus auf der Sucht, behindert die Bewältigung ihrer existentiellen Probleme.

Prävention gegen Drogen hat noch nie eine gesamtgesellschaftliche Wirkung beweisen können. Niemand kann ernsthaft behaupten, dass die verelendeten Drogenkonsumenten auf Platzspitz und Letten in den 90-er Jahren wegen Präventionskampagnen ihr süchtiges Verhalten geändert hätten. Die Wirksamkeit von primärer und sekundärer Prävention ist in spezifischen Situationen gelegentlich nachweisbar, im Allgemeinen aber wird die Wirksamkeit von Präventionsbemühungen überschätzt. Präventionsbemühungen und Psychotherapien, welche gelegentlich Wirksamkeiten von zehn oder zwanzig Prozent nachweisen können, sind um Grössenordnungen weniger wirksam als eine Sucht-Erhaltungstherapie, eine OAT²⁹. Aufgrund ihrer geringen Wirksamkeit sollten Präventions- und Abstinenztherapien nicht als tragende Säule der Drogenpolitik gelten. Diese Zuschreibung ist nur politisch nachvollziehbar und basiert auf den beruflichen und existenziellen Interessen der Anbieter und Stakeholder.

Repression: 25 Jahre lang, bis zur Platzspitzschliessung, wurden die polizeilich-justitiellen Mittel und Kräfte gegen Drogen ver Hundertfacht, vergeblich. Nach der Schliessung der unkontrollierten Drogenszenen auf Platzspitz- und Letten-Areal wurde das Chaos in Zürich erst geringer, als sich die Polizei wieder auf ihre Hauptaufgabe, die Herstellung der öffentlichen Ordnung besinnen konnte. Die Polizei ist ein wirkmächtiges Instrument zur Herstellung von Ordnung. Aber Repression kann im Feld der Drogen mit dem Ziel der öffentlichen Ordnung und Sicherheit frontal kollidieren. Polizei und Justiz sind tragende Säulen der Drogenpolitik, weil sie Ordnung und Sicherheit herstellen. Nicht zuletzt auch für Drogenabhängige sind sie lebenswichtige Rechtsgüter. Drogenrepression destabilisiert Drogenabhängige und damit die öffentliche Ordnung und Sicherheit.

Drogenkriegspolitik wurde mit Nancy Reagans Slogan «Just say no» propagiert. Die Kriegsrethorik bedient den Wunsch nach einer radikalen Lösung. Das Abstinenzdogma bewirtschaftet im Drogenkrieg tief gründende Wünsche und Ängste: Der Sucht, der Seuche, Sünde und Verderben werden das reine Heil, die Heilung entgegengestellt. Die Suchtrhetorik der Drogenkrieger postuliert einerseits eine allgemeine Heilbarkeit von Opioidabhängigkeit und von allen Süchten. Andererseits wird Drogenrepression oft damit gerechtfertigt, dass man andere Delikte, wie Gewalt, Diebstahl, Betrug usw. ja auch nicht deswegen nicht mehr verfolgen kann, weil es nie gelingen wird, Kriminalität ganz zu eliminieren. Rassistische und andere antisoziale Impulse sind oft unübersehbar.



Drogenfreigabe und Drogenlegalisierung: Die Freiheit kann mit einer staatlichen Drogenabgabe nicht erreicht werden. Die beamtete Sozialarbeit und ihr Umfeld verstehen sich oft als Vorreiter der Befreiung. «Turn on, tune in, drop out» war eine Parole der Gegenkultur, die Timothy Leary 1966 populär machte.³⁰ Freiheit durch Drogen?

Berufsständische und politische Interessen instrumentalisieren die Not der Drogenabhängigen. Die Forderungen nach Drogenfreigabe oder Drogenliberalisierung verkennen die Notwendigkeit der adäquaten Kontrolle für gut funktionierende Märkte.

²⁹ Siehe beispielsweise in Uchtenhagen A, Gutzwiller F, Dobler-Mikola A, Hättich A: Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln, Studienprotokolle der Begleitevaluation, BAG Juni 1994

³⁰ Timothy Leary: amerikanischer Psychologe und Pop-Ikone der späten Sechziger Jahre propagierte die Befreiung des Menschen durch LSD-Trips: «Turn on, tune in, drop out»

In einigen Bundesstaaten der USA korrumpiert die Verschreibungspflicht von Cannabis das medizinische Verhalten durch heuchlerische staatliche Indikationskataloge. Vermeintlich wissenschaftliche Experimente ignorieren den normalen Ablauf medizinischer und wissenschaftlicher Abläufe und werden dadurch ethisch fragwürdig. Medizinische Fragen und Vorgehensweisen in Menschenversuchen werden durch staatliche und politische Fragen und Vorgaben ersetzt. In Deutschland wurde im April 2024 eine Legalisierung des Cannabismarktes eingeführt. Ob der Schweiz eine noch sachgerechtere, weniger Ideologie getriebene Regulierungen gelingen wird?

Schadenminderung wurde erst im Nachhinein neben Prävention, Therapie und Repression als viertes und einzig neues Element in der Drogenpolitik akzeptiert. Mit der Schadenminderung wurden libertäre Bedürfnisse der Achtundsechziger und Achtziger Generation politisch erfolgreich befriedigt. Das hat die Politik der Schadenminderung beflügelt. Die schadenmindernde Wirksamkeit von Spritzenabgaben, der geschützten Konsumräume, der Methadon- und Heroinprogramme war offensichtlich und wurde wissenschaftlich nachgewiesen.³¹ Nur die Elemente der Schadenminderung sind nachweislich bei den meisten Süchtigen hoch wirksam, kostengünstig und massentauglich. Unreflektiert wurde der Erfolg aber allen vier Säulen gleichermaßen zugesprochen. Das ist wahrscheinlich politisch geschickt, aber daran auch zu glauben, könnte fatale Folgen haben.

Eine nüchterne Drogenpolitik der Schadenminderung, die sich schrittweise an der eigenen Wirksamkeit orientiert, kann kein ergreifendes Narrativ produzieren, sondern will nur wirksam sein. Wie können evidenzbasierte, sich immer wieder rekursiv an der Wirksamkeit orientierende Strategien auch erfolgreich werden? Wann und warum werden Massnahmen in der Drogenpolitik getroffen? Das sind die immer noch offenen Fragen der Drogenpolitik.

Kokainversuche

Kokain verursacht weltweit unermessliches Leid, durch Kriege, soziale und gesundheitliche Schäden. Der weltweite Handel mit Kokain wird durch einen dysregulierten Markt abgewickelt. Dieser ist kaum auf die Bedürfnisse der Konsumenten und schon gar nicht auf die Bedürfnisse der Gesellschaft ausgerichtet. Auf allen Ebenen handeln gewaltbereite Akteure aller Art.

Die Dringlichkeit eines sicheren Marktes für Kokain ist aus individueller Konsumentensicht und aus gesamtgesellschaftlicher Nowendigkeit offensichtlich. Die kontrollierte Abgabe von Kokain wird drogenpolitisch oft gefordert. Aber eine publikumswirksame Politik braucht keinen problembezogenen Erfolg. Politiker mögen mit der Forderung nach einer Kokainabgabe bei ihrer Klientel punkten, aber ob sie damit etwas Gutes und Nachhaltiges bewirken? Die politische Forderung nach Kokainversuchen verkennt die realen Probleme meist grundlegend.

Im Rahmen der ProVe-Versuche des schweizerischen Bundesamtes für Gesundheit BAG wurden nicht nur inhalierbare Heroin-Zubereitungen, sondern auch Kokain-Inhalativa erprobt.³² Süchtige können Heroin unter adäquat kontrollierten Bedingungen weitgehend sicher konsumieren. Die Versuche mit Kokain dagegen blieben präliminär. Warum nicht die erfolgreichen Versuche der Heroinabgabe der Neunziger Jahre einfach mit Kokain wiederholen?

Für Kokain gibt es zur Zeit keine sichere Galenik, keine Zubereitungen und Abgabemodalitäten, welche sowohl den Bedürfnissen der Konsumenten als auch der medizinischen Sicherheit gerecht werden könnten. Ohne sichere Galenik und gesicherte Dosierung ist die Kokainabgabe nur die gefährliche Forderung von politischen Hasardeuren.

³¹ René Akeret, Schlussbericht Literaturreview zur Schadensminderung, im Auftrag BAG, Aufgabennummer 60103 Nr. 17.010944, 2018, Rene_Akeret_Schlussbericht_Literaturanalyse_A4_DE_pm_290618.indd

³² Gianni Zarotti in Rihs-Middel M, Lotti H, Seidenberg A: Aertzliche Verschreibung von Betäubungsmitteln: Praktische Umsetzung und wichtigste Ergebnisse, Bundesamt für Gesundheit, Verlag Hans Huber Bern, 2002, ISBN 3-456-82910-8

Robert Hämmig³³, der Sprechende³⁴ und andere Kollegen aus dem VSD, Verein Schweizerischer Drogenfachleute, schlugen Ende der Achtziger Jahre Versuche zur diversifizierten Abgabe von Suchtdrogen vor³⁵. Die Vorschläge waren wissenschaftlich begründet^{36 37}. Nach heutigen Massstäben war das vor 30 Jahren vorhandene Wissen für einen Grossversuch allerdings ungenügend. Beinahe hätten die im Auftrag des schweizerischen Bundesamtes für Gesundheit BAG durchgeführten (ProVe)-Versuche in einer Katastrophe geendet.

Die Risiken von Kokain und anderer Stimulantien sind einerseits geringer aber andererseits medizinisch weniger einfach kontrollierbar als die Risiken von Opioiden wie Heroin. Die akute Wirkung von Kokain kann insbesondere Herzinfarkte und Hirnschlag verursachen.

Peroral kann Kokain von den meisten Menschen aus Blättern gekaut oder als Tee geschluckt werden. Das Kauen oder Trinken von Kokablättern erzeugt für viele Süchtige keine genügende Wirkung. Die Risiken sind kurz oder mittelfristig gering. Die Langzeit-Wirkungen von geschlucktem Kokain auf die Gesundheit sind nicht erforscht.³⁸

Pernasal, beim Sniffen durch die Nase, verursacht Kokain langfristig Schäden an der Schleimhaut der Atemwege: Vereiterungen in Nase, Nebenhöhlen und Rachen, zu Nasenscheidewand- oder Gaumendachnekrosen, zu Bronchitis und Lungenentzündungen. Dies führt selten zu Todesfällen. Kokain hat eine direkte gefässverengende, vasokonstriktive, Wirkung. Kokain kann daher am Zahnfleisch, in der Nase, Nasennebenhöhlen, Rachen und Bronchien chronische, eitrige nekrotisierende Entzündungen mit gefährlichen Langzeitfolgen verursachen. Wenn die Vasokonstriktion nachlässt, öffnen sich die Gefässe überschliessend und die Schleimhäute beginnen zu tröpfeln. Das führt im Nasenrachenraum zu vermehrtem Sekret, Nasenlaufen, dem sogenannten *post-nasalen Drip*. Kokain hat zudem eine lokalanästhesierende Wirkung, welche Aspiration und damit Bronchitis und Pneumonie begünstigt. Die pernasale Applikation von Kokain ist deswegen medizinisch nicht zu empfehlen.

Kokainfixen ist wie das Spritzen aller Drogen, kurz- und langfristig die gefährlichste Konsumform. Das Fixen von Kokain führt über kurz oder lang zu eitrigem und letztlich tödlichen Infektionen. Infektionen mit HIV und Hepatitis sind nach wie vor häufig. Die direkte Applikation von Kokain aus im Körper implantierten Depots ist eine nahe liegende Idee. Technische Lösungen für die Dosierung sind beispielsweise für Insulin bei Diabetikern weit fortgeschritten. Leider sind diese Depots für Kokainsüchtige gefährlich; sie müssen durch die Haut hindurch, mittels steriler Injektionen befüllt werden. Erfahrungen bei an Krebs oder Aids erkrankten Injektionsdrogenkonsumenten zeigen, dass Depotssysteme (Port-a-Cath) bei, nach wenigen Monaten praktisch ausnahmslos mit lebensbedrohlichen Eitererregern infiziert sind.

³³ Robert Hämmig, Giftscheinmodell, Plan zur kontrollierten Abgabe von Betäubungsmitteln, 1985

³⁴ Seidenberg A: Drogenpolitik/Aids-Politik. Schweiz Ärztezeitung, 1987, 68: 171

³⁵ VSD, Verein Schweizerischer Drogenfachleute forderte 1987 mit seinen «Perspektiven einer neuen Drogenpolitik» die «ärztlich kontrollierte Opiatabgabe: Angebote zum Schlucken, Inhalieren und zum Injizieren von Opioiden und Kokain» und legte 1990 seinen detaillierten «Versuchsplan zur diversifizierten Drogenverschreibung und Drogenabgabe» vor.

³⁶ Annie Mino, Analyse scientifique de la littérature sur la remise contrôlée d'héroïne ou de morphine Expertise fédérale, Office fédéral de la santé publique, septembre 1990

³⁷ Siegel R.K. 1982: Cocaine Smoking, Journal of Psychoactive Drugs, Haight Ashbury Free Medical Clinic, San Francisco 1982:14(4):271-359: Monographie über das Rauchen von Kokain.

³⁸ Zu befürchten sind die bei anderen Stimulantien beobachteten vaskulären Krankheiten. Die chronische Engstellung von Gefässen könnte namentlich Bluthochdruck, Raynaud-Syndrom, und Schäden am Herz, Nieren und Gehirn verursachen. Minenarbeiter in den Anden sollen einen Fünftel ihres Einkommens für Koka ausgeben und dadurch an den Rand der Auszehrung durch Hunger kommen.

Durch *Inhalation* können Substanzen bis in die Alveolen gebracht und dort ohne Verletzung der körperlichen Integrität ins Blut aufgenommen werden und sofort wirksam werden. Die Inhalation von Medikamenten und Drogen ist gegenüber der Injektion aus medizinischer Sicht grundsätzlich sicherer.

Das BAG erlaubte im Rahmen der ProVe keine tabakhaltigen Zigaretten. Es wurden statt dessen Waldmeisterzigaretten verwendet. Das fürchterlich stinkende Waldmeisterkraut, *Asperula odorata*, war traditionell im Corpus der Heilmittel enthalten; die Risiken waren unerforscht, aber politisch unverdächtig. Die Waldmeisterzigaretten wurden vom BAG für die Versuche manuell hergestellt und mit Heroin für «*Sugaretten*» und Kokain für «*Cocqueretten*» getränkt.

Als die vom BAG gelieferten heroinhaltigen Sugaretten aus Waldmeisterkraut bei einer Patientin eine Krebsvorstufe (Gaumendachdysplasie) hervorriefen, wurden die Versuche mit Inhalativa durch die Safety Assurance Groupe der ProVe beendet. Plötzlich konnte den Patientinnen und Patienten keine inhalierbaren Angebote mehr gemacht werden und sie mussten auf schluckbare und - wo nicht anders möglich - wieder auf die gefährlicheren injizierbaren Heroin Zubereitungen ausweichen.³⁹

Die meisten Kokainkonsumentinnen und Konsumenten können ihren Konsum einigermaßen selbst kontrollieren, beschränken, nach dem ersten Crash lange pausieren oder ganz beenden. Aber der gesamtgesellschaftliche Schaden des illegal organisierten Kokainmarktes ist trotzdem inakzeptabel, vor allem wenn wir an die weltweiten Dimensionen des Drogenkrieges denken. Kein Zweifel, auch Kokain könnte sicherer und für die Gesellschaft weniger schädlich konsumiert werden, als dies der von der Mafia und Staat dysfunktional kontrollierte Markt erzwingt.

Die ProVe-Versuche zeigten, dass sowohl die Inhalation von Heroin als auch von Kokain ärztlich kontrolliert werden kann und für die Abhängigen ein attraktives Angebot darstellen kann. Die Entwicklung von sicheren inhalativen Zubereitungen für Heroin aber vor allem für Kokain ist aus medizinischer Logik von grösster Dringlichkeit. Das bedarf der Erklärung, denn die Inhalation von Kokain als *Crack*, *Pasta base de coca* oder *Freebase* ist nicht frei von erheblichen gesundheitlichen Gefahren.

Die Kokainaufnahme in den Alveolen, den Lungenbläschen, ist wenig riskant, wenn die höher gelegenen, übrigen Atemwege geschont werden können, und wenn die Dosis präzise kontrolliert werden kann. Die Gesamtoberfläche der Alveolen der Lunge ist um ein Vielfaches grösser als in den übrigen Atemwegen; in wenigen Sekunden können dort grosse Mengen von Drogen präzise dosiert ins Blut aufgenommen werden.

Kardio- und zerebrovaskulär vorbelastete Menschen können durch plötzliche Wirkungen vor allem durch Rauchen oder Spritzen von Kokain in unmittelbare Lebensgefahr geraten. Diese Risiken werden durch das Alter und andere gesundheitliche Risiken wie Nikotin, Diabetes oder Bluthochdruck verstärkt. Eine sorgfältige ärztliche Kontrolle des Gesundheitszustandes und der zur Wirkung gelangenden Kokaindosis kann diese Risiken möglicherweise genügend vermindern.

Per nasaler Konsum, die Inhalation von heissen oder krebserzeugenden Gasen und Zusatzstoffen, und die Injektion von Kokain, das Sniffen, das Rauchen und Spritzen sind also medizinisch nicht akzeptabel.

Eine medizinisch und gesellschaftlich sichere Kokainabgabe muss folgenden Anforderungen genügen:

- Die ideale Kokainabgabe kann die Effekte aller Konsummuster und Konsumarten von Kokain imitieren.

³⁹ In: Rihs-Middel M, Lotti H, Seidenberg A: Aertzliche Verschreibung von Betäubungsmitteln: Praktische Umsetzung und wichtigste Ergebnisse, Bundesamt für Gesundheit, Verlag Hans Huber Bern, 2002, ISBN 3-456-82910-8

- Die Effekte müssen mindestens so attraktiv sein, wie die Effekte, welche der Kokainkonsument und erst recht der Kokainabhängige gewohnt ist. D.h. die wirksame Dosis muss vergleichbar gross sein und im Gehirn vergleichbar schnell anfluten.
- Die Risiken müssen medizinisch kontrollierbar sein.
- Die Dosis und die korrekte Verwendung des abgegebenen Kokains müssen kontrollierbar sein.

Wie bringt man Kokain in genügender und präzise kontrollierter Dosierung in die Alveolen?

Könnte man *Vaporizer* verwenden? Kokaindampf kann einfach durch elektrische Erwärmung erzeugt werden. Ein Vaporizer kann zur Dosierung präzise gesteuert werden; eine technische Kontrolle ist machbar. Kokaindampf vermindert im Vergleich zu Cocqueretten einen Teil der unerwünschten Effekte an den Atemwegen. Die chronischen Effekte von heissen Kokaingasen sind aber nicht genau bekannt. Effekte in den oberen Atemwegen werden mit Vaporizern vermutlich nicht sicher genug vermieden. Die lokalanästhetische Kokain-Wirkung könnte schädliche Effekte von Kokaindampf im Nasenrachenraum maskieren.

Die Inhalation von *heissen* Kokaingasen erzeugt Schäden an den Bronchien und in den ganzen Atemwegen, welche langfristig inakzeptabel sind. Vaporizer mögen eine einfache, billige Lösung der Probleme mit einer Kokainabgabe versprechen, sind aber medizinisch nicht vertretbar, bleiben provisorisch und rechtlich prekär. Nur medizinisch einwandfreie Produkte können in eine normale Marktordnung integriert werden.

Kaltinhalation von Kokain: Inhalationssysteme sind für eine medizinisch vertretbare Kokainverschreibung und Kokainabgabe unverzichtbar. Durch Liposomierung können mikroskopisch kleine, von einer dünnen Fettschicht überzogene kokainhaltige Bläschen erzeugt werden. Wenn wir Kokain in Form von 4-5 µm grossen Liposomen direkt durch kalte Inhalation in die Lungenbläschen bringen, sind die durch die Konsumform bedingten Risiken vermeidbar. Schon Mitte der Neunziger Jahre wurde die Kaltinhalation von Kokain mit einem Spray vorgeschlagen⁴⁰. Der Spray muss durch ein Fingerprint-Erkennungssystem gesichert werden. Nur die Konsumentin oder Konsument selbst kann die Dosis aus dem Gerät beziehen. Der Arzt kann die erlaubte, weil sichere Dosierung in seiner Sprechstunde aufgrund von sicheren proprietären Dosierungsschemen programmieren.

Für die Kokainabgabe im Medizinalsystem müssen Abgabewerkzeuge geschaffen werden, die einerseits den süchtigen Bedürfnissen genügende Dosierungen ermöglichen und andererseits gefährlichen Exzesskonsum beschränken. Kaltinhalation, Fingerprint-Erkennung und elektronische Programmierung könnten dies gewährleisten. Erprobte Dosierungsmuster können vom Arzt individuell an die Vielzahl von Bedürfnissen passend aus einem Katalog von proprietären erprobten Dosierungsprogrammen verordnet werden.

Die Entwicklung sicherer Dosierungsschemen für die Kokainabgabe erfordert ausgedehnte wissenschaftliche Versuche. Nur Produkte deren Qualität alle normalen Standards der medizinischen Marktordnung erfüllt, werden eine reguläre Drogenabgabe durch das Medizinalsystem erlauben. Die Entwicklung und Markteinführung eines sicheren Kokainabgabesystems ist ein Projekt mit Kosten von zwei- eher dreistelligen Millionen Franken bzw. Euros. Diese Aufwendungen sind ein Nichts im Vergleich zu den gesamtgesellschaftlichen und weltweiten Kosten des Drogenkrieges.

Medizinische Versuche an Menschen müssen wissenschaftlich konzipiert werden, nicht von der Politik. Versuche mit Substanzen an Menschen sind nur dann wissenschaftlich, wenn sie von medizinischen Fragestellungen und Grundlagen ausgehen. Der Staat, die Politik kann die ethischen Massstäbe und die rechtlichen Grundlagen setzen und überprüfen. Politisch konzipierte Menschenversuche dagegen, sind unwissenschaftlich, unethisch und dadurch grundsätzlich illegal.

⁴⁰ André Seidenberg und Marco Peng, Cocisafe: <https://seidenberg.ch/cocisafe-ed/> und Seidenberg 1995, Kokain-Memo: <https://seidenberg.ch/wp-content/uploads/2024/02/Kokain-Memo-1995.pdf>

Kokainversuche ohne sichere Galenik und Dosierungsschemen sind unstatthaft.