

Heroin an Süchtige?
Die Ergebnisse des schweizerischen Versuchs einer kontrollierten
Opiatabgabe an Süchtige und deren Vergleich mit den Einwänden
der Versuchsgegner in Deutschland

von

Universitätsprofessor Dr. M. Adams

Vorspann

Der vom Verfasser auch in dieser Zeitschrift unterbreitete Vorschlag, den Markt für Rauschgifte dadurch zu zerstören, daß ausschließlich an Süchtige staatlicherseits kostenlos Heroin verabreicht werden solle, wird seit 1994 in der Schweiz in einem Versuchsprogramm unter breiter Zustimmung der dortigen Bevölkerung überprüft. Der folgende Aufsatz stellt die mit dem schweizerischen Drogenprogramm gesammelten Erfahrungen dar und vergleicht diese mit den Prognosen von Befürwortern und Gegnern in der Bundesrepublik. Es zeigt sich, daß die Befürchtungen der Versuchsgegner unbegründet waren, eine kontrollierte Heroinabgabe an Süchtige praktisch durchführbar ist und ohne erhebliche Nebenwirkungen oder unbeschränkte Toleranzentwicklung deutliche gesundheitliche und soziale Verbesserungen der Lebenslage der Süchtigen herbeigeführt hat. Auch der von den Befürwortern vorhergesagte Rückgang der Kriminalität hat sich bewahrheitet. Gegen die Durchführung eines ähnlichen Versuchs in der Bundesrepublik sprechen nun keine ernstzunehmenden Argumente mehr.

Heroin an Süchtige?

- Die Ergebnisse des schweizerischen Versuchs einer kontrollierten Opiatabgabe an Süchtige und deren Vergleich mit den Einwänden der Versuchsgegner in Deutschland -

von

Universitätsprofessor Dr. M. Adams, Universität zu Köln*

*"Dann, süßer Pesthauch, will zu deinem Sarg ich werden,
Ein Zeuge deiner Macht und Allgewalt auf Erden,
Du teures Gift, gebraut von Engeln, du zerfrißt
Mein Herz, darin du Tod zugleich und Leben bist."*

Charles Baudelaire, Les Fleurs du Mal

In mehreren Aufsätzen ist in dieser Zeitschrift vom Verfasser der Vorschlag unterbreitet worden, den Markt für Rauschgifte dadurch zu zerstören, daß staatlicherseits kostenlos Heroin verabreicht werden solle bei im übrigen weiter fortbestehender Bestrafung aller anderen nach dem Betäubungsmittelgesetz¹. Für eine allgemeine Freigabe "weicher" oder "harter" Drogen gebe es darüber hinaus keinerlei Notwendigkeit oder innere Logik. Da Methadon keinen Ersatz für die berauschende Wirkung von Heroin biete, könne eine Methadonstütztherapie das individuelle Leiden nur mildern, nicht jedoch das Rauschgiftproblem überwinden, da durch die Gewinne aus dem illegalen Beikonsum die Drogenanbieter weiter im Markt gehalten würden. Während die Schweiz diesen Vorschlag in einem Versuchsprogramm unter breiter Zustimmung der Bevölkerung seit 1994 überprüft, wird in der Bundesrepublik dieser Vorschlag von den Koalitionsfraktionen und in mehreren in dieser Zeitschrift erschienen Aufsätzen vom Vorsitzenden des Rechtsausschusses des Deutschen Bundestages² und mehreren Medizinern³ entschieden abgelehnt. Der folgende Artikel stellt die ersten Erfahrungen aus dem schweizerischen Drogenprogramm dar und überprüft, inwieweit die von den Autoren jeweils vorhergesagten Folgen der Vergabe von Heroin an Süchtige eingetroffen sind.

A. Der schweizerische Versuch⁴

* Erscheint in Zeitschrift für Rechtspolitik 1997.

¹ Adams, Wie zerstört man den Markt für Rauschgifte?, ZRP 1991, S. 202 ff.; Adams, Heroin vom Staat - Kollektiver Wahnsinn oder das gesuchte Konzept zur Zerstörung des Drogenmarktes?, ZRP 1994, S. 106 ff.; Adams, Heroin an Süchtige? - Ein abschließender Schlagabtausch - Nochmals Pro, ZRP 1994, S. 421 ff.

² Eylmann/Kusch, Heroin an Süchtige - Wolkenkuckucksheim oder professorale Genialität, ZRP 1994, S. 209 ff.; Eylmann/Kusch, Heroin an Süchtige? - Ein abschließender Schlagabtausch - Nochmals Contra, ZRP 1994, S. 426 ff.

³ Löhner/Erkwoh, Heroin an Süchtige, Bemerkungen aus medizinischer Sicht, ZRP 1995, S. 324 f.; Schreiber, Der Heroinkonsum und seine gesundheitlichen Folgen, ZRP 1996, S. 425 f.

⁴ Uchtenhagen/Gutzwiler/Dobler-Mikola/Blättler, Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln: Zwischenbericht der Forschungsbeauftragten, v. 31.12.1995, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich/Institut für Suchtforschung in Verbindung mit der Universität Zürich. Im folgenden abgekürzt zitiert als „Bericht“

Im Rahmen eines Maßnahmenpaketes des schweizerischen Bundesrates zur Verminderung der Drogenprobleme wurde in der Schweiz die ärztliche Verordnung von Opiaten, darunter auch von Heroin, zur Behandlung von Süchtigen im Rahmen eines wissenschaftlich breit angelegten Versuchs möglich. Überraschend für die schweizer Wissenschaftler waren zunächst die pharmazeutischen Erkenntnisse über die im Versuch zum Einsatz gelangenden

I. Die pharmazeutischen Grundlagen und die pharmazeutischen Versuchserkenntnisse⁵

Das in den Heroinverabreichungsprojekten verabreichte Diacetylmorphin (Heroin) wird synthetisch aus Morphin hergestellt, das wiederum aus der Schlafmohnpflanze gewonnen wird.

1. Die Erfahrungen aus dem englischen Beispiel und die Verabreichungsformen der im Versuch verwendeten Opiate

Ursprünglich war für den schweizerischen Versuch geplant worden, die Methoden des sog. Liverpooles Modells mit spritz- und rauchbaren Heroinformen zu übernehmen⁶. So sollte die Heroinverabreichung mit Hilfe von Heroinzigaretten stattfinden. In England brachten die Versuchsteilnehmer in die jeweiligen Apotheken ihre eigenen Zigaretten mit, in die der Apotheker dann das in Chloroform gelöste Heroin spritzte. Da Chloroform kanzerogen wirkt und in die höchste Giftklasse eingeteilt ist und eine Überlagerung der Wirkung des Nikotins mit derjenigen des Heroins vermieden werden sollte, werden statt dessen in der Schweiz nikotinfreie Waldmeisterzigaretten eingesetzt. In England wurden 10 Zigaretten pro Tag mit 60-100 mg Heroinsalz pro Zigarette verwandt. Bei einer 75prozentigen Körperaufnahme hätte die tägliche Dosierung dann rund 500 mg Heroin betragen. Bei einem Test dieses Verfahrens mit Hilfe einer Rauchmaschine stellten die schweizer Wissenschaftler jedoch erstaunt fest, daß hinter dem Zigarettenfilter nur 11% der ursprünglichen Menge an Gesamtopiaten (Heroin oder wirksame Abbauprodukte) ankamen. Damit standen den englischen Rauchern bei 10 Zigaretten pro Tag nur 50 mg aktive Substanz zur Verfügung. Dies stellt jedoch nach den Dosierungserfahrungen, die im schweizerischen Versuch gemacht wurden, nur 10% der von einem Süchtigen durchschnittlich benötigten täglichen Menge dar⁷. Bei einer Erhöhung der in die Zigaretten eingebrachten Heroinmenge auf 100 mg fand man als Höchstwert der hinter dem Zigarettenfilter ankommenden Gesamtopiatmenge 14 mg, bei Einbringung von 200 mg aufgrund des schlechteren Abbrandes nur noch 10 mg. Die Versuchsteilnehmer mußten daher erheblich mehr Zigaretten rauchen als vorgesehen, so daß Heroinzigaretten nicht als eine geeignete Konsumform angesehen werden können.

In England war spritzbares Heroin nie verboten. Es wird in niedrigen Dosierungen (10, 30, 50 100 mg) für die Behandlung schwerer Schmerzzustände verwendet. Da für die Behandlung Abhängiger im Durchschnitt zwischen 500 und 700 mg täglich erforderlich sind, wurden in der Schweiz daher 500 mg Ampullen abgefüllt und sterilisiert⁸. Da neben Heroin auch spritzbares Morphin und spritzbares Methadon getestet werden sollte, mußten für diese Opiate erst hochdosierte Lösungen entwickelt werden, da bisher für normale Schmerzpatienten nur niedrigdosierte Lösungen bekannt waren, Süchtige jedoch eine 10fach höhere Menge als

⁵ Bericht, Anhang, Pharmazeutische Aspekte, (Autor: Leiter der Abteilung Pharmazie des Bundesamtes für Gesundheitswesens), S. 1 ff.

⁶ Bericht, Anhang, Pharmazeutische Aspekte, S. 3 ff.

⁷ Allein aufgrund dieser erheblichen Unterdosierung ist das zuweilen von deutschen Versuchsgegnern zitierte englische Beispiel für eine Ablehnung eines Heroinabgabeverstärkers nicht mehr brauchbar.

⁸ Bericht, Anhang, Pharmazeutische Aspekte, S. 2 f.

Schmerzpatienten benötigen⁹. Bei Morphin und bei Methadon traten häufigere und stärkere als erwartete Nebenwirkungen auf. Es wird vermutet, daß dies auf die hochkonzentrierte Lösung zurückzuführen ist.

Viele Schwerstabhängige hätten nicht an dem Versuch und seinen Einschränkungen teilgenommen, hätte man ihnen nicht in der Anfangsphase eine Heroinform angeboten, die "flash" erzeugt. Dies ist heute praktisch nur mit Injektionslösungen und sehr abgeschwächt mit Zigaretten möglich.

2. Verschreibung und Dosierung der verwendeten Betäubungsmittel¹⁰

Opiate greifen in das Belohnungssystem des Körpers ein. Sie lösen positive Gefühle aus oder simulieren sie. Die Abhängigkeit von Dosis und Wirkung folgt dabei einer S-Kurve. Während geringe Dosen keine Wirkung zeitigen, und hohe Dosen keine Steigerung mehr bewirken, sind im Mittelbereich kleine Veränderungen mit großen Wirkungsunterschieden verbunden. Dieser Zusammenhang wird von der Entwicklung einer Toleranz und der Menge des vorangegangenen Konsums beeinflusst. Bei gewohnheitsmäßigem Konsum tritt Toleranz auf Erzielung der gleichen Wirkung erhöht werden. Die Toleranzentwicklung führt zu einer Verlagerung der Wirkungskurve. Dennoch geht die Toleranzentwicklung und damit die Verlagerung der Wirkungskurve *nicht* über bestimmte Grenzwerte hinaus. Um Entzugserscheinungen zu vermeiden, muß Heroin intravenös drei mal Methadon ist eine einmalige tägliche orale Aufnahme ausreichend.

Die durchschnittlich abgegebenen Mengen **Heroin** i. V. pro Person und Monat begannen im Februar 1994 mit etwas unter 300 mg täglich und stiegen nach einer rund 2 monatigen Einstellungsphase auf eine Menge in der Nähe von 500 mg. Eine weitere Steigerung fand bis zum Ende des Berichtszeitraums Juni 1995 nicht mehr statt. Der Median des täglichen pro Kopf Konsums lag bei 400 mg. Die Zahl der Personen, die Heroin intravenös verabreicht erhielten, stieg kontinuierlich von rund 50 auf rund 200 Personen¹¹. Die Zahl der Personen, die Heroin rauchbar erhielten, betrug rund 40. Die abgegebene Menge stieg von der Einstellungsphase mit rund 100 mg täglich auf 400 mg. Der Median stieg auf 200 mg. Das rauchbare Heroin wurde also vergleichsweise niedrig dosiert verschrieben¹².

Die Menge des intravenös verabreichten **Morphins** pro Monat schwankte aufgrund von Zufallseinflüssen sehr stark. Nach dem Auftreten von erheblichen Nebenwirkungen wurden die Versuche mit intravenösem Morphin im April 1994 unterbrochen und erst im August wieder aufgenommen. Bei Morphin waren keine Einstellungsphasen zu beobachten.

Auch beim **Methadon** intravenös wurde die Verabreichung wegen der auftretenden Nebenwirkungen bis September 1994 unterbrochen. Die Dosierungen von Methadon i. V. bewegten sich um 100 mg pro Tag. Methadon oral wurde während der Beobachtungszeit im Durchschnitt um 50 mg pro Tag als Basismedikation verschrieben, meist kombiniert mit anderen Substanzen. Hierdurch wird der Opiathunger für 24 Stunden abgesättigt. Hohe Dosen beeinträchtigen allerdings die euphorisierende Wirkung des injizierten Heroins.

Um bei einer gemischten Verschreibung einen Überblick über die Gesamtmenge der verabreichten Opiate zu erhalten, wurden alle abgegebenen Substanzen zum Zwecke der Dokumentation in **Heroinäquivalenzwerte** umgerechnet. Als der Vergleichswert, auf den die

⁹ Bericht, Anhang, Pharmazeutische Aspekte, S. 5 ff.

¹⁰ Bericht, Anhang, Pharmazeutische Aspekte, S. 9.

¹¹ Bericht, Anhang, Pharmazeutische Aspekte, S. 14.

¹² Bericht, Anhang, Pharmazeutische Aspekte, S. 15.

verantwortbares Niveau erreichen, sich nicht bewahrheitet hat. Es wurden weder immer höhere Dosierungen verlangt noch abgegeben¹⁵.

3. Bilanz der Morphinverschreibung¹⁶

Im Rahmen des Versuchs begann das erste Projekt im Januar 1994 mit der Verschreibung von Morphin intravenös. Schon nach kurzer Zeit mußte aufgrund massiver Histaminreaktionen die Verschreibung bis Juni 1994 unterbrochen werden. Die im Rahmen des Versuchs geschaffene „Safety Assurance Group“ kam zum Schluß, daß die Nebenwirkungen zwar tatsächlich bestehen, aber nicht als schwerwiegend anzusehen seien. Zudem schienen sie von den Venenverhältnissen und von der Injektionstechnik abhängig zu sein. Bei den

Morphin auf eine deutlich geringere Akzeptanz. Dennoch kam die „Safety Assurance Group“ zu dem Schluß, daß es zwar keine verbindliche wissenschaftliche Erklärung für die Unterschiede im (subjektiven) Wirkungsprofil gebe, es jedoch dennoch nicht sinnvoll sei, an dem ursprünglichen Versuchsplan von 1992 festzuhalten, da es aus ethischen Gründen nicht vertretbar sei, die schlechter verträgliche und schlechter akzeptierte Substanz in größerem Ausmaß weiter zu verabreichen. Da es jedoch möglich sei, daß ein kleiner Kreis von Patienten Morphin besser verträgt als Heroin, wurden die Versuche mit Morphin in verkleinertem Umfang weitergeführt.¹⁷

II. Der Hintergrund und die Planung der Opiatabgaberversuche im einzelnen

Der schweizerische Versuch sollte überprüfen, inwieweit durch Opiatverschreibung Heroinabhängige einer Behandlung zuführbar sind, die anders nicht mehr erreicht werden können, und inwieweit sich durch die Opiatverschreibung die gesundheitliche und soziale Lage der Abhängigen verbessert, insbesondere ob sie einen möglichen Ausstieg aus der Sucht darstellt. Weiterhin sollte der Versuch das geringe Wissen über die verwendeten

¹³ Bericht, Anhang, Pharmazeutische Aspekte, S. 12 f. und 25 f.

¹⁴ Bericht, Anhang, Pharmazeutische Aspekte, S. 25 f.

¹⁵ Der Leiter der Abteilung Pharmazie des schweizerischen Bundesamtes für Gesundheitswesens stellt daher in: Bericht, Anhang, Pharmazeutische Aspekte, S. 27. wörtlich folgendes fest: „Zusammenfassend läßt sich feststellen, daß die Dosisverläufe bezüglich einzelner Substanzen einige Schwankungen aufweisen, daß sich aber nach der Einstellungsphase insbesondere eine weitgehende konstante Kombination von intravenösem Heroin und oralem Methadon einpendelt, sich als befriedigend herausstellt. Eine erhebliche Toleranzsteigerung mit kontinuierlichem Anstieg des Opiatbedarfs findet nicht statt.“

¹⁶ Bericht, Anhang, Pharmazeutische Aspekte, S. 29.

¹⁷ Bericht, Anhang, Pharmazeutische Aspekte, S. 30 f.

Betäubungsmittel verbessern und ihre Eignung zu Substitutionszwecken überprüfen. Zielgruppe des schweizerischen Versuchs waren daher Drogenabhängige, die mit den bisherigen Behandlungsmethoden nicht mehr erreicht werden konnten und sozial und körperlich verwahrlost waren. Viele dieser Personen finanzierten ihren illegalen Drogenkonsum durch kriminelles Verhalten oder Prostitution.

Für die wissenschaftliche Aufarbeitung des Versuchs wurde ein umfangreicher Forschungsfragenkatalog entwickelt. Es gab drei Hauptfragengruppen: Die personenbezogenen Fragen, die sich auf die medizinisch-psychiatrischen Folgen beziehen und das Sucht- und Sozialverhalten der Betroffenen erfassen; die substanzbezogenen Fragen, die die pharmakologischen und toxikologischen Wirkungen sowie die therapeutische Verwendbarkeit der einzelnen Substanzen behandeln; die versuchsbezogenen Fragen, die sich mit der Realisierbarkeit, Effektivität und Wirtschaftlichkeit der einzelnen Versuche beschäftigen. Das Gesamtprojekt wurde durch die Überregionale Ethikkommission der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften überprüft und gutgeheißen. Zudem wurden die Versuche durch die regionalen Ethikkommissionen geprüft und genehmigt.

Nicht alle Forschungsgegenstände wurden in allen Pilotversuchen bearbeitet. Dementsprechend waren die Verschreibungsverfahren für die einzelnen Opiate unterschiedlich: die Doppelblindversuche in Thun und Olten dienen der Aufklärung objektiver Wirkungsunterschiede von Betäubungsmitteln, die Verschreibungen an Personen in Basel, die nach dem Zufallsprinzip ausgesucht wurden, erlauben einen Vergleich der therapeutischen Eigenschaften der Mittel, eine Verschreibung nach individueller Indikation („mit dem Teilnehmer vereinbart“) wie in Zürich, Schaffhausen, Zug, Fribourg und Bern vermittelt Erkenntnisse zur Wirkung und Eignung bei Berücksichtigung subjektiver Erfahrungen und Erwartungen.

Der Versuchsplan wurde zweimal geändert: Aufgrund der Erfahrung mit der schlechten Akzeptanz und den deutlichen Nebenwirkungen von intravenös verabreichtem Morphin und Methadon wurde die höchstmögliche Zahl der Heroinverschreibungen durch Beschluß des schweizerischen Bundesrates im Januar 1995 von 250 auf 500 heraufgesetzt. Das Forschungsprotokoll wurde durch einen Fragebogen zur Erfassung des delinquenten Verhaltens ergänzt. Im Mai beschloß der Bundesrat eine Ausweitung der Versuche und eine Erhöhung der Zahl der Heroinverschreibungen auf höchstens 800 und die Gesamtzahl der Verschreibungsplätze auf höchstens 1000.

Alle Pilotversuche kamen mit Unterstützung der zuständigen kantonalen Behörden zustande. In Basel-Stadt war dazu eine Volksabstimmung erforderlich, die eine deutliche Ja-Mehrheit erbrachte. Die teilnehmenden Städte waren 2 mal Zürich mit 77 und 68 Teilnehmern, Bern mit 66, Olten mit 27, Fribourg mit 14, Thun mit 32 und Basel mit 82 Personen. Im Hinblick auf die Gefahr von Diebstählen, Einbruch und Gewalt wurden zusammen mit der Polizei Sicherheitsmaßnahmen ergriffen, die sich als nützlich erwiesen. In zwei Versuchen kam es zu Einbrüchen, bei denen jedoch keine Betäubungsmittel gestohlen werden konnten. Im Durchschnitt konnten etwas mehr als die Hälfte der Angemeldeten aufgenommen werden. Teilweise wurden die Plätze innerhalb von Stunden besetzt. Die Abgabestellen sind zwei- bis viermal täglich während festgesetzter Tageszeiten geöffnet. Gespritzt wird durch die Teilnehmenden vor Ort. Die Mitgabe von injizierbaren Betäubungsmitteln ist ausgeschlossen. Es steht den Teilnehmern frei, ob sie ein- oder mehrmals am Tag für eine Injektion vorbeikommen. Bei ausreichend verlässlichen und stabilisierten Teilnehmern werden Heroinzigaretten z.T. mitgegeben.

Es wurden in den Versuchen Hausordnungen mit klaren Sanktionsdrohungen erstellt, die von Verwarnungen, zeitlich begrenzter Abgabesperre und völligem Ausschluß aus dem Versuch reichten. Bei keinem der Pilotversuche wurden nennenswerte Probleme mit der Nachbarschaft bekannt. Die Teilnehmer mußten sich damit einverstanden erklären, während des Versuchs ihren Führerschein am Versuchsort zu hinterlegen und während des Versuchs auf das Führen eines Kraftfahrzeuges zu verzichten.

III. Die Eintrittscharakteristika der Versuchsteilnehmer

Da die Versuche auf besonders heruntergekommene Drogenabhängige zielten, die bereits über längere Zeit Heroin genommen haben und ansonsten nicht mehr erreicht werden können, wurden nur Abhängige in den Versuch übernommen, die nachweisbar seit mindestens zwei Jahren täglich Heroin konsumiert haben und mindestens zwei erfolglose Behandlungen wegen Heroinabhängigkeit hinter sich haben. Das Aufnahmeverfahren beginnt mit einer medizinischen Untersuchung, einer umfassenden Befragung der Bewerber und einem vertiefenden persönlichen Interview durch einen unabhängigen Interviewer.

1. Die Ergebnisse der Eintrittsanalysen der Versuchsteilnehmer

Das Durchschnittsalter der Teilnehmer betrug 30 Jahre. Der jüngste war 19, der älteste 50 Jahre alt. Ein Drittel davon sind Frauen, zwei Drittel Männer. Dies entspricht der üblichen Geschlechtsverteilung bei Drogenabhängigen. Da insbesondere sozial am Rande stehende Personen erfaßt werden sollten, wurden auch die wichtigsten Indikatoren für soziale Desintegration untersucht: schlechte Wohnbedingungen, Arbeitslosigkeit und Fehlen finanzieller Ressourcen. Bei Aufnahme waren 14% der Teilnehmer obdachlos, 37% verfügten nur über eine provisorische oder gefährdete Bleibe. 82% der Teilnehmer waren arbeitslos, 62% seit mehr als einem Jahr. Als Einkommensquelle wurde von den Versuchsteilnehmern bei Möglichkeit von Mehrfachnennungen benannt: 31% aus Berufstätigkeit, 77% aus Hilfen sozialer Institutionen, 36% aus Hilfen durch Bezugspersonen, 20% aus Kreditaufnahme und 53% aus illegalen Aktivitäten jeglicher Art. Der Hauptausgabeposten der Teilnehmer ist der Drogenkonsum: ein Drittel der Teilnehmer hat in den letzten 30 Tagen vor dem Aufnahmeinterview mindestens 3000 Schweizer Franken für Drogen ausgegeben. Ein Viertel kam mit Drogenausgaben bis zu 1000 Sfr aus. Für die Städte Zürich und Bern ergab sich, daß die Hälfte aller Teilnehmer ihre Drogenausgaben mit mindestens 3000 Sfr bezifferten.

illegalen Einkommens betrug für 22% mehr als 3000 Sfr, für 31% der Teilnehmer weniger als 3000 Sfr und 48% hatten kein illegales Einkommen. Hierbei trat ein deutlicher Zusammenhang zwischen hohen Drogenkosten und hohen illegalen Einkünften zu Tage: von den Teilnehmern, die illegale Einkünfte von mehr als 3000 Sfr angaben, hatten 96% mehr als 3000 Sfr für Drogen ausgegeben, 33% hatten illegale Einkünfte von weniger als 3000 Sfr, 26% hatten kein illegales Einkommen. Bei denjenigen, die zwischen 2000 und 3000 Sfr für Drogen ausgaben, hatten nur 3% illegale Einkünfte von mehr als 3000 Sfr, 29% illegale Einkünfte von weniger als 3000 Sfr. und 15% kein illegales Einkommen. Bei den Teilnehmern, die Drogenausgaben zwischen 1000 und 2000 Sfr angaben, hatten nur 1% illegale Einkünfte von mehr als 3000 Sfr, 19% illegale Einkünfte von weniger als 3000 Sfr und 21% kein illegales Einkommen. Bei den Teilnehmern, die monatlich bis maximal 1000 Sfr für Drogen ausgaben, hatte 0% illegale Einkünfte von mehr als 3000 Sfr, 19% illegale Einkünfte von weniger als 3000 Sfr und 38% kein illegales Einkommen. Diese Zahlen belegen den vom Drogenverbrauch erzeugten Druck auf die Teilnehmer, sich zu dessen Finanzierung in immer größere kriminelle Verwicklungen einzulassen.

Das soziale Netzwerk von Drogenabhängigen ist üblicherweise stark gestört. So haben die Teilnehmer nur noch wenige soziale Kontakte außerhalb der Drogenszene. 26% der Versuchsteilnehmer gaben an, überhaupt keine Vertrauensperson mehr zu besitzen, 37% gaben 1-2 Personen an, 38% mehr als 2 Vertrauenspersonen. Allerdings gaben nur 37% an, die meisten Kontakte außerhalb der Drogenszene zu haben, während 18% gar keine, 21% fast keine und 23% allenfalls wenige Kontakte außerhalb der Szene aufwiesen. Betrachtet man den Zusammenhang zwischen der Anzahl der sozialen Kontakte außerhalb der Drogenszene und der Zahl der Vertrauenspersonen, zeigt sich, daß die Szenenkontakte von den Abhängigen nicht als vertrauensvolle oder unterstützende Beziehungen gewertet werden. So berichteten 41% der befragten Teilnehmer, die angegeben hatten, soziale Kontakte nur innerhalb der Drogenszene zu haben, sie hätten keine einzige Vertrauensperson.

37% aller Teilnehmer wurden, noch bevor sie Drogen nahmen, mindestens einmal gerichtlich verurteilt, 86% seit sie Drogen nahmen. Ein Drittel der Teilnehmer wurde mehr als 3 mal verurteilt. Gefängnisstrafen oder Untersuchungshaft hatten 15% der Teilnehmer vor ihrer Drogensucht absolviert, 69% seit sie regelmäßig Drogen nahmen.

33% aller Befragten hatten in ihrem bisherigen Leben mit Prostitution Erfahrungen, bei den weiblichen Teilnehmern betrug der Anteil 58%, davon 41% in den letzten 6 Monaten.

Da es ein wichtiges Ziel der Opiatabgabe ist, daß die Versuchsteilnehmer auf Distanz zur Drogenszene gehen, war das Kontaktverhalten zur Drogenszene von großer Bedeutung. Zu Beginn des Versuchs besuchten 26% der Abhängigen die Drogenszene täglich, 31% an 8-20 Tagen und 48% an 1-7 Tagen. Als Grund für die Besuche der Szene gaben - bei Möglichkeit von Mehrfachnennungen - 90% Drogenbeschaffung, 43% Kontakte und 27% „Geschäfte

2. Die Suchtgeschichte der Versuchsteilnehmer

a) Polytoxikomanie der Versuchsteilnehmer: Die Mehrheit der Versuchsteilnehmer weist Erfahrungen mit einer Vielzahl von verschiedenen Drogen auf. Sie berichten über den täglichen Konsum von durchschnittlich 4 verschiedenen Suchtmitteln: insbesondere Alkohol, Benzodiazepine, Cannabis und Kokain werden täglich zusätzlich neben Heroin konsumiert. Bei der Möglichkeit von Mehrfachnennungen gaben die Teilnehmer als täglichen Konsum folgende Substanzen an: Alkohol 56%; Amphetamine, Ecstasy 17%; Analgetika 12%; Barbiturate 10%; Benzodiazepine 42%; Cannabis, Marihuana 84%; Kodein 20%; Halluzinogene 13%; Kokain 68%; Illegale Opiatersatzmittel 19%; Opiate (außer Heroin) 11%; Schnüffelstoffe 3%.

Suchtmittelkonsum wurde mit Rauchen begonnen. Alkohol-, Cannabis- und Benzodiazepinkonsum folgten vor dem ersten Heroinkonsum. Die ersten Erfahrungen mit Heroin wurden durchschnittlich mit 18 Jahren gemacht, der tägliche Konsum begann mit 19 Jahren. Die durchschnittliche Dauer der Heroinabhängigkeit bei Eintritt in den Versuch betrug 10 Jahre, 19% nahmen bereits seit 15 Jahren oder länger Heroin. Bei 11% lag die Konsumdauer unter 5 Jahren.

b) Frühere Behandlungen: Für den Versuch wurden ausschließlich Drogenabhängige zugelassen, die schon einen oder mehrere Entzüge oder andere Behandlungen hinter sich hatten. So hatten 36% der Teilnehmer fünf oder mehr Entzüge hinter sich, 50% waren in mindestens einem stationären Therapieprogramm und 91% mindestens einmal in einer Methadonbehandlung.

c) Behandlungsmotivation: Auf die Frage im Erstinterview „Warum haben Sie sich für dieses Projekt angemeldet?“ kamen bei Möglichkeit von Mehrfachnennungen die Antworten über den Wunsch nach Abbau von Szenestress und nach Szenedistanz mit 57% am häufigsten vor.

Der Wunsch nach einer Verbesserung der Lebensqualität mit 40%, kontrollierter Konsum mit 32%, wobei die Verminderung der Risiken durch unsauberen Straßenstoff im Vordergrund stand, Verminderung der Illegalität mit 27%, Probleme mit Abstinenz mit 14%.

d) Die medizinischen Eintrittsdaten der Versuchsteilnehmer: Die medizinischen Eintrittsuntersuchungen führten zu dem Ergebnis, daß die Teilnehmer verglichen mit der Gesamtbevölkerung gehäuft mit Untergewicht, dermatologischen Problemen, Hepatitis und HIV-Infektionen belastet waren. Die von den Teilnehmern jeweils subjektiv berichteten Beschwerden entsprachen den von den Projektärzten erhobenen. So stehen Probleme mit den Atemorganen, vegetative Beschwerden wie Übelkeit oder Erbrechen und injektionsbezogene Beschwerden im Vordergrund. Auch behandlungsbedürftige psychische Störungen waren unter den Teilnehmern im Vergleich zum Bevölkerungsdurchschnitt gehäuft anzutreffen. Insbesondere Persönlichkeitsstörungen, Depressionen und schizophrene Erkrankungen sind hierbei zu nennen. Bei 48% hatte eine vorherige stationäre psychiatrische Behandlung stattgefunden. Einer ambulanten psychiatrischen Behandlung hatten sich 50% der Teilnehmer unterzogen. Klare Aussagen über die zeitliche Abfolge von psychischer Störung und Suchtgeschehen lassen sich jedoch nicht machen¹⁸.

IV. Die Lebenssituation und die Gesundheit der Teilnehmer im Verlauf des Versuchs

Es wurden hierzu die Daten von 259 Versuchspersonen nach jeweils 6 Monaten Versuchsdauer analysiert.

1. Die Lebenssituation der Teilnehmer nach 6 Monaten Versuchsteilnahme

a) Wohnungssituation: Die Zahl der Teilnehmer ohne festen Wohnsitz sank von ursprünglich 15% auf 3% im Verlauf der 6 Monate dauernden Versuchszeit. 66% der Teilnehmer betrachten nunmehr ihre Wohnsituation als gesichert.

b) Teilnahme am Arbeitsleben: Die Teilnahme am Arbeitsleben (Teilzeitarbeit) stieg von 29% auf 50%.

c) Verminderung der kriminellen Einkünfte: Während 53% zur Zeit des Eintritts Einkommen aus illegalen Quellen angaben, sank dieser Anteil auf 13%. Eine Überprüfung der obigen Selbstangaben im Zürcher Versuch durch den dortigen Versuchsleiter durch einen Vergleich mit den Eintragungen ins Zürcherische Polizeiregister ergab, daß bei 55 Teilnehmern des Versuchs während der Behandlung 5,6 mal weniger polizeiliche Feststellungen registriert wurden als in der Zeit unmittelbar vor der Behandlung. Insbesondere sind über illegalen Drogenkonsum und Aufenthalt in der Drogenszene seit Behandlungsbeginn keinerlei Feststellungen mehr registriert worden¹⁹.

d) Verminderung der Szenekontakte: Da der Versuch den Grund für eine Heroinbeschaffung auf der Szene überflüssig macht, fiel auch der Szenekontakt dramatisch ab: während 26% zu Beginn des Versuchs einen täglichen Szenenbesuch angaben, waren dies nach 6 Monaten Versuchsdauer nur noch 4%. Der Anteil der Teilnehmer mit Szenekontakt an 8-20 Tagen

¹⁸ Bei psychischen Störungen, die der Suchterkrankung vorhergehen, ist es möglich, daß die Suchtentwicklung einen mißglückten Selbstheilungsversuch darstellt. Aus Selbstzeugnissen Betroffener ist bekannt, daß Heroin Erregungszustände und wahnbedingte Ängste zu beruhigen vermag. Morphin-Scopolamin wurde früher in der Psychiatrie häufig als Beruhigungsmittel, Opiumtinktur als Antidepressivum benutzt, siehe Bericht, S. 90.

¹⁹ Bericht, S. 26.

sank von 31% auf 10%, derjenigen mit Szenekontakt an 1-7 Tagen sank von 48% auf 42%, keinen Szenekontakt gaben 44% statt zuvor 16% an²⁰.

e) *Verminderung der Prostitution*: Bei Eintritt gaben 43 Frauen und 3 Männer an, sich in den letzten 6 Monaten prostituiert zu haben (13%). Im Verlaufsinterview nach 6 Monaten sind es noch 12 Frauen und 3 Männer (6%). Als Gründe für die anhaltende Prostitution werden Drogenkonsum und Lebensunterhalt als die wichtigsten Gründe angegeben. Beim Drogenkonsum als Prostitutionsgrund war auffällig, daß alle Betroffenen Kokain bei Eintritt in den Versuch konsumierten.

f) *Verminderung der Politoxikomanie*: Da Heroin als wirksames Substitut für andere Drogen vermutet wurde, sollte mit der Heroinverabreichung ein Abbau des Verlangens nach anderen Substanzen einhergehen. Dies wird durch die Untersuchung auch deutlich bestätigt. Bei Beikonsum von Heroin 5%, der gelegentliche Beikonsum 33%. Bei Kokain betrug der tägliche Beikonsum bei Eintritt in den Versuch 31% und sank dann auf 9%, der gelegentliche Konsum stieg von 54% auf 58%. Bei Cannabis betrug der tägliche Beikonsum bei Eintritt in den Versuch 34% und sank dann auf 32%, der gelegentliche Konsum sank von 47% auf 43%. Bei Benzodiazepinen betrug der tägliche Beikonsum bei Eintritt in den Versuch 20% und sank dann auf 13%, der gelegentliche Beikonsum sank von 39% auf 29%. Bei Alkohol betrug der tägliche Beikonsum vor dem Versuch 18%, der gelegentliche 27%. Nach 6 Monaten war der tägliche Beikonsum 21%, der gelegentliche 36%. Zusammenfassend kann festgehalten werden, daß der Konsum von Kokain und Benzodiazepinen nach 6 Monaten abgenommen hat, während Cannabis und Alkoholkonsum kaum Veränderungen aufweisen²¹. Eine Analyse von Urinproben der Teilnehmer ergab ein ähnliches Bild über den Kokainkonsum wie die zuvor dargestellten Selbstangaben der Teilnehmer²². Teilnehmer mit erhöhtem Kokainkonsum sind häufiger aus dem Versuch ausgeschieden.

2. Der Gesundheitszustand der Teilnehmer nach 6 Monaten Versuchsteilnahme

Bereits nach 6 Monaten zeigten sich deutliche Verbesserungen insbesondere bei injektionsbezogenen und vegetativen Beschwerden²³. Die bronchiale Problematik blieb jedoch bestehen. Nach der Einschätzung der Teilnehmer hat sich ihre geistige Gesundheit ebenfalls deutlich gebessert. Insbesondere Depressionen, Angst und Wahn haben erheblich abgenommen. Aggressives Verhalten blieb dagegen weitgehend unverändert²⁴.

3. Die Austritte aus den Versuchen²⁵

Von den 366 Personen, die Anfang 1994 mit den Opiatabgaberversuchen begonnen hatten, nahmen Ende Juni 1995 noch 266 an den Versuchen teil. Der Anteil der Personen, die innerhalb eines Jahres den Versuch abbrachen, beträgt 25%. Dies ist verglichen mit anderen Behandlungen, die eine Drop-out Quote von 50% aufweisen, eine hohe Fortführungsrate. Ein typisches Drop-out Muster existiert nicht.

Die Hauptgründe für ein Ausscheiden der insgesamt 89 Personen sind bei Möglichkeit von Mehrfachnennungen: Aufnahme einer anderen Behandlungen 49%, Tod, Einweisung oder Wegzug 11%, Unzufriedenheit mit der Substanz oder Verstoß gegen die Vergaberegeln 26%, Fehlende Motivation oder Überforderung 49%. Von denjenigen 49%, die aufgrund einer

²⁰ Bericht, S. 55 und 105 f.

²¹ Bericht, S. 111 ff.

²² Bericht, S. 117 ff.

²³ Bericht, S. 122 f.

²⁴ Bericht, S. 123 ff.

²⁵ Bericht, S. 126 ff.

anderen Behandlung den Versuch beendigten, befinden sich 90% in einem Methadonprogramm, während 4 Personen sich für einen stationären Entzug entschieden. Tod, Einweisung oder Wegzug sind mit 11% für eine Beendigung des Versuchs verantwortlich. Von den 366 Teilnehmern sind 12 gestorben, hiervon 5 nach ihrem Austritt. Die Todesursachen waren bei 2 Personen Selbstmord, bei 2 anderen Aids, 6 Personen starben aufgrund anderer Krankheiten, 1 Person durch einen septischen Schock, bei 1 Person ist die Ursache noch nicht bekannt. Infolge Hospitalisierung schieden 3 Personen aus. 1 Person trat eine Gefängnisstrafe an, 3 Personen zogen weg. 1 Person ist spurlos verschwunden. Unzufriedenheit mit der Substanz oder ein Verstoß gegen die Vergaberegeln war für 26% der Versuchsabbrüche ursächlich. Knapp die Hälfte dieser Gruppe hat eine andere Behandlung begonnen. Ein Viertel der Ausgeschiedenen mußte ausgeschlossen werden, da sie die Versuchsvorschriften nicht einhielten. In elf Fällen haben Teilnehmer versucht, die abgegebene Substanz herauszuschmuggeln oder mit illegal mitgebrachten Zusatzstoffen, wie etwa Kokain, zu mischen. Gewaltanwendung ist nie vorgekommen, in drei Fällen wurde jedoch Gewaltandrohung als Ausschlußgrund genannt. Fehlende Motivation oder Überforderung gaben 49% der ausgeschiedenen Personen an. Die Personen blieben einfach ohne Begründung weg. 17 Personen aus dieser Gruppe haben eine andere Behandlung begonnen.

B. Der Vergleich der in Deutschland vorgebrachten Einwände gegen eine staatliche Verabreichung von Heroin an Süchtige mit den schweizerischen Versuchsergebnissen

1. Löhner und Erkwow

In einem Aufsatz aus dem Jahr 1995 heben die beiden Ärzte *Löhner* und *Erkwow*²⁶ hervor, daß eine besondere Gefahr bei der Verabreichung von Heroin darin bestehe, daß es keine Reinheitskriterien im Sinne einer Arzneimittelnorm gebe. Wie das Schweizer Beispiel zeigt, ist es den Schweizer Pharmazeuten gelungen, dieses Problem in wenigen Wochen zu lösen und den Versuchsärzten brauchbare galenische Formen der gewünschten Opiate zur Verfügung zu stellen. Ein deutscher Folgeversuch kann sich daher auf die Schweizer Vorarbeiten stützen, sollte jedoch - wie vom schweizerischen BAG betont - auch andere vielversprechende zusätzliche Substanzen umfassen.

Wenn *Löhner* und *Erkwow* in ihrem Aufsatz²⁷ des weiteren ausführen: „*Adams* nimmt die sprachübliche Unterscheidung von „harten“ und „weichen“ Drogen auf. So liefert ihm die Verbreitung der als „weich“ eingestuften Suchtmittel Argument für die begrenzte Liberalisierung der Heroinverbote.“ handelt es sich hierbei um eine Verdrehung der Tatsachen. Richtig ist, daß von mir stets hervorgehoben wurde, daß es keinen Grund für eine Liberalisierung von „weichen“ Drogen gebe, daß diese vielmehr endlich wirksam bekämpft

²⁸

²⁶ *Löhner/Erkwow*, ZRP 1995, S. 324 f.

²⁷ *Löhner/Erkwow*, 1995, S. 324.

²⁸ Vgl. hierzu die folgenden Textauszüge aus *Adams*, ZRP 1994, S. 106 ff.: „Für eine allgemeine Freigabe sog. "weicher" oder "harter" Drogen gibt es keinerlei Notwendigkeit oder innere Logik“. S. 106. Unter der Unterüberschrift „Legalisierung von Drogen“ war folgendes zu lesen: „Der entscheidende Fehler in der Ansicht der Legalisierung Anhänger von Drogenkonsum besteht darin, daß sie annehmen, eine teilweise oder vollständige Freigabe von Rauschmitteln sei mit irgendeinem nützlichen Ergebnis verbunden. Für eine Legalisierung von Rauschmitteln besteht jedoch keinerlei Notwendigkeit oder sonstige Rechtfertigung.“ „Auch die in der Öffentlichkeit und sogar von unteren Gerichten in Vorlagebeschlüssen zum Bundesverfassungsgericht vertretene Ansicht, der Genuß sog. "weicher Drogen", wie Marihuana, Haschisch und anderer die psychoaktive Substanz Tetrahydrocannabinol (THC) enthaltender Drogen stelle keine größere Gefahr als Alkohol dar und sei daher im Konsum und sogar

Wenn die *Löhner* und *Erkwoh* ausführen, ich hätte Heroin ein „gesundheitlich unbedenkliches, den verlangten Kick verschaffendes Rauschmittel“ genannt, haben sie völlig sinnentstellend den im Wort „unbedenklichste“ enthaltenen Vergleich weggelassen²⁹. Da es bestimmte Süchtige gibt, die sich nicht durch Methadonprogramme, Strafrecht, Therapie etc. von der Einnahme eines „Kick“ verschaffenden Rauschmittels abhalten lassen, sollte angesichts des Versagens aller Alternativen diesen Süchtigen das gesundheitlich relativ unbedenklichste Rauschmittel verabreicht werden. Hieraus eine Unbedenklichkeitsbescheinigung von Heroin herauszulesen, verlangt bei den ärztlichen Autoren eine bemerkenswerte Schlampigkeit.

Weiterhin führen *Löhner* und *Erkwoh* aus, daß der Versuch von *Eylmann/Kusch* und *Adams*, keine weiteren neuen Drogen, wie Heroin, Kokain, Marihuana in der Gesellschaft zuzulassen, deshalb am Problem vorbeiführe, weil dieses nicht zum Ende der Sucht, sondern allenfalls zu einem neuen Markt mit einer neuen Substanz führe. Dieser Einwand der beiden Ärzte verkennt, daß Sucht nicht gleich Sucht ist. Bestimmte Substanzen, wie beispielsweise Kokain sind mit schweren geistigen Störungen verbunden, während etwa Nikotin, nicht zu krankhaften Persönlichkeitsveränderungen führt. Es macht daher durchaus Sinn, den Gebrauch der gefährlichsten Substanzen mit Strafrecht und staatlichen Unterbietungsprogrammen zu verhindern, während man sich bei Nikotin auf Besteuerung und Jugendschutzprogramme beschränkt.

Des weiteren behaupten *Löhner* und *Erkwoh*, der Auftrag des Staates, den Abhängigen zu helfen, werde weder durch Permissivkultur noch durch eine Abstinenzillusion erfüllt. Diese Aufgabe bedürfe der frühen, effizienten Prävention und eines niederschweligen, der einzelnen Person angepaßten Therapieangebots in jeder Phase der Abhängigkeit. Die Autoren verkennen hier, daß es zunächst darum geht, Abhängigkeit durch Bekämpfung der Verfügbarkeit der gefährlichsten Suchtmitteln gar nicht erst entstehen zu lassen. Wieso dies illusionär sein soll, bleibt Geheimnis der Autoren. Die Erfahrungen der USA mit der Zurückdrängung der Nikotinsucht zeigen, daß der Umfang des Suchtmittelgebrauchs in erheblichem Maße durch staatliche Maßnahmen beeinflußt werden kann. Wenn die Autoren Therapieangebote als die Lösung vorschlagen, scheinen sie mehr vom Wunsch nach Arbeitsplatzsicherheit von Therapeuten und Medizinern als von einer Lösung des Drogenproblems beseelt zu sein. Es ist bekannt, daß Therapieangebote aufgrund ihrer weitgehenden Wirkungslosigkeit den Anstieg des Drogenkonsums nicht zu verhindern vermochten und daher aus Sicht des Steuerzahlers eine bemerkenswerte Verschwendung von

Handel als Freiheitsrecht verfassungsrechtlich geschützt und damit von Strafe freizustellen, ist juristisch und toxikologisch unrichtig. Der häufig veranstaltete Vergleich zwischen den gesundheitlichen Schäden von Alkohol und Zigaretten auf der einen Seite und sog. "weichen Drogen" auf der anderen ist irreführend. Tatsache ist, daß die Suchtmittel Alkohol und Zigaretten bereits seit Jahrhunderten in der Gesellschaft eingeführt sind und von Millionen teils süchtiger Menschen benutzt werden. Der Versuch, Alkohol oder Zigaretten zugunsten angeblich unschädlicherer "weicher Drogen" aus der Gesellschaft zu verdrängen, ist angesichts der großen Zahl der bereits Süchtigen völlig wirklichkeitsfern. Damit geht es bei dem Vergleich verschiedener Rauschmittel nur noch um die Frage, ob noch ein weiteres Rauschmittel zusätzlich in die Gesellschaft eingeführt werden sollte.“ In einem Abschnitt über die Wirkung „weicher Drogen“ wurden die Gesundheitsrisiken im einzelnen aufgelistet und ausführlich: „Des weiteren zeigen zahlreiche Studien, daß die zuweilen in der Öffentlichkeit vertretene Ansicht der relativen Unschädlichkeit von Marihuana unrichtig ist. Neueste Untersuchungen haben nachgewiesen, daß Marihuana im Dauerkonsum körperliche und psychische Schädigungen verursacht, die selbst über diejenigen von Zigaretten weit hinausgehen, obwohl Lebenerwartung ihrer Konsumenten dramatisch vermindert.“ Für eine Zulassung von Marijuana oder anderer zusätzlicher Rauschmittel besteht somit weder rechtlicher noch gesundheitlicher Anlaß. Ihre Verhinderung ist vielmehr geboten.“

²⁹ Der unmißverständliche Text in *Adams*, ZRP 1994, S. 421 aaO. lautete: „Dies macht es für den Erfolg einer ökonomischen Bekämpfungsstrategie unvermeidlich, den Süchtigen das - relativ zur ansonsten bestehenden Situation - gesundheitlich unbedenklichste, den verlangten "Kick" verschaffende Rauschmittel zu verschaffen, da ansonsten der Drogenmarkt nicht seine Funktion verlieren würde.“

Sozialabgaben und Steuern darstellen. Ein vielversprechendes Ergebnis des schweizerischen Opiatvergabeversuchs besteht gerade darin, daß er seine dramatische Wirksamkeit an Personen erwiesen hat, die als Schwerstsuchtige im Durchschnitt bereits mindestens zweimal erfolglos teure Therapien hinter sich gebracht haben.

Löhner und *Erkwoh*³⁰ behaupten des weiteren in ihrer Kritik, es sei aus psychiatrischer Sicht zu erwarten, daß die kostenlose Abgabe von Heroin an Süchtige jeder Form einer therapeutischen Intervention entgegenläuft. Wie sich im schweizerischen Versuch gezeigt hat, ist diese Ansicht einfach falsch und eine aus der Luft gegriffene Behauptung. *Löhner* und *Erkwoh*³¹ führen des weiteren aus: „die von *Adams* erhoffte Sicherheit, daß Heroinabhängige, denen Heroin verabreicht würde, nicht durch Überdosis oder Verunreinigung getötet würden, ist trügerisch. Durch nichts ist diese Sicherheit im Drogenmilieu gewährleistet. Alle Erfahrung polyvalente Abhängigkeit, gleichgültig ob sie ihre Substanz vom Dealer oder vom Arzt erhalten.“ Wie sich im schweizerischen Versuch gezeigt hat, ist auch hier jede dieser Ansichten unrichtig. Wie dargelegt, gelang es den schweizerischen Pharmazeuten in kürzester Zeit anwendungssichere Verabreichungsformen zu entwickeln. Ebenso nahm die Polytoxikomanie der Süchtigen innerhalb der kurzen Versuchszeit erheblich ab. Eine unbeschränkte Toleranzentwicklung, d.h. die Notwendigkeit einer dauernd steigenden Dosis, trat nicht auf. Der Gesundheitszustand der Beteiligten besserte sich ebenfalls deutlich. Todesfälle im Zusammenhang mit der Opiatvergabe traten nicht auf. Wenn die Autoren abschließend ausführen, es sei ärztliche Aufgabe, den Kontakt zum Süchtigen zu suchen, seine suchtfördernde Lebenssituation zu beseitigen und ihn durch Maßnahmen therapeutischer Art zu suchtfreiem Leben zu befähigen, ist dies angesichts der weitgehenden Erfolglosigkeit der von ihnen empfohlenen Maßnahmen wohlmeinendes, jedoch leeres Wortgeklingel. Wenn die Autoren dann noch fortfahren, die von ihnen geschilderte Aufgabe sei durch Freigabe des Suchtstoffes erschwert und es handele sich um eine vorschnelle Kapitulation vor dem Suchtmittel, übersehen sie, daß es nicht um Freigabe oder Kapitulation geht, sondern um die rationale Zerstörung des Rauschgiftmarktes, die Verhinderung seiner Reproduktion durch Neusüchtige und um eine humane und zugleich wirksame lebensverlängernde Hilfe für Süchtige geht. Wie der schweizerische Versuch gezeigt hat, hat die Opiatverschreibung den Kontakt der Süchtigen zur Szene, ihre Obdachlosigkeit, ihre Kriminalität, ihre Arbeitslosigkeit und ihre Krankheiten schon nach kurzer Zeit dramatisch zum Besseren gewandt, wie dies vorhergesagt worden ist. So ist trotz ihres „Betroffenheitssprech“ letztlich die Untauglichkeit der von den Autoren als Lösung vorgeschlagenen Maßnahmen, den Drogenkonsum wesentlich zu senken und das Süchtigwerden junger Menschen zu verhindern, die wirkliche Kapitulation vor dem Drogenverbrechertum, deren einziger Charme aus der Sicht von ärztlichen Interessenvertretern allerdings darin besteht, daß er ihnen ein dauerhaftes Einkommen verschafft, gerade weil er weder den jetzt noch den zukünftig Betroffenen wirksame Hilfe zu bieten vermag.

2. Schreiber

Schreiber vertritt in seinem Aufsatz³² die Ansicht, die medizinischer Wirklichkeit lasse den Weg der kontrollierten Heroinverabreichung nicht zu. Schreiber wiederholt dann die zahlreichen erheblichen gesundheitlichen Gefahren, die von Heroin ausgehen, insbesondere die Gefahr von Atemlähmungen und Lungenödemen mit Todesfolge. Richtig an der Ansicht von Schreiber ist, daß Heroin keinesfalls eine wünschenswerte, sondern eine unter

³⁰ ZRP 1995, S. 324 f.

³¹ ZRP 1995, S. 324 f.

³² ZRP 1996, S. 425 f.

verschiedenen Gesichtspunkten äußerst gefährliche, mit allen geeigneten Mitteln aus der Gesellschaft zu vertreibende Substanz ist. Genau darauf zielt das von mir vorgeschlagene Programm der ökonomischen Marktzerstörung durch eine Verabreichung von Heroin an die süchtigen, anders nicht mehr beeinflussbaren Menschen, während Schreiber nach der bloßen Schilderung der Gefahren von Heroin einen Vorschlag schuldig bleibt, wie die bisherige, nur beschränkt erfolgreiche Drogenpolitik zu verbessern sei.

Im Widerspruch zu den auf ältere Literaturquellen gestützten Ausführungen von Schreiber haben zudem die medizinisch-empirischen Untersuchungen im Schweizer Versuch *keine* unbegrenzte Toleranzentwicklung ergeben, so daß wesentliche Teile der Aussagen und Schlußfolgerungen von Schreiber selber an der medizinischen Wirklichkeit vorbeigehen und kein Argument gegen die kontrollierte Heroinverabreichung an Süchtige darstellen. Insbesondere traten bei der fachgerechten Heroinmedikation im Schweizer Versuch nicht die von Schreiber beschriebenen Gesundheitsschädigungen auf, vielmehr verbesserte sich der Gesundheitszustand der Beteiligten erheblich.

II. Die Einwände von *Eylmann/Kusch* im Lichte des schweizerischen Versuchs

Eylmann/Kusch haben in ihren Aufsätzen³³ kritisiert, daß in meinem Vorschlag eines staatlichen Heroinverabreichungsprogrammes vorgesehen sei, daß alle diejenigen von der staatlichen Heroinverabreichung ausgeschlossen werden sollten, die nebenher illegal erworbene Drogen zu sich nähmen oder mit ihnen handelten. Das sei jedoch der weitaus überwiegende Teil, da fast alle Drogenabhängigen polytoxikoman seien. Der Schweizer Versuch hat nun ergeben, daß zwar die Polytoxikomanie der Versuchsteilnehmer zurückgeht, aber dennoch ein gewisser Beikonsum anderer Betäubungsmittel weiterhin stattfindet. Während meine Vorstellung und Hoffnung auf eine völlige Substitution des illegalen Rauschgiftkonsums abzielte, zeigte es sich, daß die gewünschte Zerstörung des Drogenmarktes zwar in erheblichem Umfang, aber letztlich nur teilweise stattfindet. Die Prognose von *Eylmann/Kusch*³⁴, der Heroinabgaberversuch sei bereits aufgrund der Politoxikomanie der Süchtigen zur Wirkungslosigkeit verurteilt, und die Gegenprognose von mir, er sei in seiner Wirkung überhaupt nicht beeinträchtigt, erweist sich nach den Erfahrungen des schweizerischen Experiments somit als eine von beiden Seiten übertriebene Prognose. Der Versuch hat die gewünschten und vom Verfasser vorhergesagten schädigenden Wirkungen auf den Drogenmarkt, allerdings nicht in vollem Umfang. Es erscheint daher vernünftiger, sich zumindest die erste Zeit mit einem Teilerfolg zufrieden zu geben, statt die Versuchsteilnehmer zu rasch aufgrund eines illegalen Beikonsumverbotes aus dem Heroinverschreibungsprogramm zu entfernen und damit den Drogenmarkt wieder kostengünstige Vertriebsleute und zwanghafte Konsumenten zuzuführen. Das Argument von *Eylmann/Kusch* erweist sich jedoch nicht - wie von ihnen angenommen - als ein Argument gegen den Opiatversuch im ganzen, wurden die wichtigsten Ziele des Versuchs doch weitestgehend erreicht, wohl aber stellen sie ein gutes Argument gegen eine zu rigide Regelung des illegalen Beikonsums dar. Die Regelung des illegalen Beikonsums sollte daher der schweizerischen Regelung entsprechen. Damit ist nicht gemeint, den Versuchsteilnehmern stehe eine straflose Beteiligung am Drogenmarkt offen. Sollten sie somit bei Kauf oder Vertrieb von der Polizei aufgegriffen werden, werden die üblichen Strafen fällig. Eine Strafverfolgung sollte somit nur dann nicht statt finden, wenn der illegale Beikonsum in den medizinischen Begleituntersuchungen entdeckt oder den staatlichen Betreuern im Rahmen des Programms offenbart wird.

³³ *Eylmann/Kusch*, ZRP 1994, S. 209 und *Eylmann/Kusch*, ZRP 1994, S. 427.

³⁴ *Eylmann/Kusch*, ZRP 1994, S. 209.

*Eylmann/Kusch*³⁵ haben weiterhin ausgeführt, daß manche Süchtige sich nicht als Süchtige ansehen und daher sich nicht an das staatliche Programm wenden werden. Wie der schweizerische Versuch gezeigt hat, waren die Heroinbehandlungsplätze innerhalb von Stunden besetzt. Eine Ablehnung des staatlichen Opiatprogrammes hat somit bei der entscheidenden Zielgruppe nicht stattgefunden. Die Befürchtungen von *Eylmann/Kusch* haben sich daher als weitgehend gegenstandslos erwiesen.

Des weiteren haben *Eylmann/Kusch*³⁶ als Einwand vorgebracht, „ob er (d.h. der Süchtige, Anm. vom Verfasser) aber auf Dauer die Disziplin aufbringt, sich mehrmals täglich jeden Schuß auf dem Gesundheitsamt oder einer anderen staatlichen Dienststelle setzen zu lassen, ist schon deshalb ungewiß, ja unwahrscheinlich, weil er ständig unter der Rauschgiftwirkung eines der gefährlichsten Opiate steht, das kurzfristig ein euphorisches Glücksgefühl mit einem entsprechenden Verlust der Selbstkontrolle auslöst und langfristig zu einer psychischen Verelendung führt.“ Richtig ist an dieser Aussage, daß der Genuß von Opiaten keinesfalls empfehlenswert ist und daher der Markt für Rauschgifte entschieden bekämpft werden muß. Falsch ist es jedoch, wenn die Autoren behaupten, die staatliche Vergabe führe zu einer psychischen Verelendung. Das schweizerische Programm hat gezeigt, daß sich die psychische Gesundheit der Teilnehmer bereits nach kurzer Zeit erheblich verbessert hat³⁷. Weiterhin hat das Programm eine sehr hohe Retentionsrate im Vergleich zu den bisherigen Programmen. Auch bei der ganz überwiegenden Zahl der aus dem schweizerischen Versuch ausgeschiedenen Personen liegt nicht die von *Eylmann/Kusch* befürchtete Disziplinlosigkeit zugrunde, sondern die hoffnungsvoll stimmende Aufnahme eines Methadonprogrammes.

Als weiteres Argument haben *Eylmann/Kusch* gegen das Heroinverabreichungsprogramm vorgebracht, es sei von *Adams* nicht dargelegt worden, wieso sich die staatlich versorgten Süchtigen aus dem lukrativen Vertrieb illegaler Drogen jeder Art zurückziehen sollten. Der Schweizer Versuch zeigte deutlich, daß die Drogenszene von den Süchtigen nicht als ein vertrauenerweckender Ort empfunden wurde und ein erheblicher Wunsch nach mehr Distanz zu ihm bestand und sofort auch wahrgenommen wurde, als sich über den Heroinbezug des Programms die Gelegenheit dazu bot. Der zuvor dargelegte dramatische Rückgang des illegalen Einkommens und die erhebliche Zunahme der Versuchsteilnehmer, ohne jedes illegales Einkommen, zeigt, daß für die Süchtigen die Aufnahme illegaler Drogengeschäfte ein aus der Geldnot des Drogenkonsums geborenes Verhalten darstellt, das bei Wegfall dieser Motivation von vielen aufgegeben wird. Die Befürchtung von *Eylmann/Kusch*, es ändere sich aufgrund der unverdrossenen Fortsetzung des kriminellen Verhaltens der behandelten Süchtigen an der Drogenvertriebsstruktur nichts, hat sich somit nicht bewahrheitet. Da der Versuch aufgrund seiner kleinen Teilnehmerzahl zudem die Gesamtprofitabilität des schweizerischen Drogenmarktes noch nicht nennenswert beschädigen konnte, kann zudem der damit verbundene Schrumpfungseffekt für den Drogenmarkt noch nicht in größerem Umfang wirksam geworden sein. Das gleiche gilt für den verbesserten Abschreckungseffekt aufgrund des Kapazitätsentlastungseffektes bei Polizei und Drogenfahndung. Es sind daher bei einer größeren Zahl von Teilnehmern an einem staatlichen Heroinverabreichungsprogramm weitere erhebliche Verbesserungen bei der Verminderung des illegalen Verhaltens der Süchtigen zu erwarten.

³⁵ *Eylmann/Kusch*, ZRP 1994, S. 209.

³⁶ *Eylmann/Kusch*, ZRP 1994, 427.

³⁷ Nicht vergessen sollte man auch nicht die Hypothese, daß ein Teil der bereits vorher psychisch Kranken durch die Einnahme von Opiaten den mißglückten Versuch einer Selbstheilung von Depressionen, wahnbedingten Ängsten unternommen haben, siehe Bericht, S. 90.

Für den Bereich des Drogenausstiegs haben *Eylmann/Kusch*³⁸ dem Verfasser Zynismus vorgeworfen, da jedes Gramm Heroin sowohl für den Drogensüchtigen, wie auch die Gesellschaft insgesamt verheerend sei. Wer Heroin nehme, so *Eylmann/Kusch*, mache sich zum Pflegefall und entferne sich von seinen Mitmenschen. Wie das Schweizer Programm nachgewiesen hat, verbesserte sich der körperliche und geistige Gesundheitszustand der Teilnehmer ganz erheblich, die Entwicklung der Süchtigen in Richtung Pflegefall wurde sogar umgekehrt. Wie oben dargelegt, haben die in das Programm aufgenommenen Süchtigen die Kontakte zum verbrecherischen Drogenmarkt („Szene“) deutlich vermindert und sogar wieder in erheblichem Umfang Arbeit aufgenommen, haben sich also von ihren Mitmenschen nicht entfernt, sondern sind ihnen wieder deutlich näher gekommen.

Auch betonen *Eylmann/Kusch*, daß der Staat Hilfe auch bei selbstverschuldeter Not schulde. Dies könne für Süchtige nur bedeuten, daß ihnen geholfen wird, sich von ihrer Sucht zu befreien. Dies erfolge am besten in den allerdings sehr teuren geschlossenen Therapieeinrichtungen. Würden *Eylmann/Kusch* zur Kenntnis nehmen, daß bestimmte Menschen auch durch noch so häufige und teure Therapieeinrichtungen - wären sie überhaupt verfügbar - nicht von ihrer Sucht abgebracht werden können, würde sich ihnen erschließen, daß - zumindest für eine bestimmte Lebensphase - die einzig wirksame staatlichen Verabreichung von Heroin bestünde. So aber lassen sie den sinnlosen Tod zahlreicher Menschen zu, ohne daß diese Menschenopfer im Wege der Abschreckung wenigstens die Zahl der zukünftigen Süchtigen mehr zu senken vermöchten als ein staatliches Heroinverabreichungsprogramm.

Des weiteren sehen *Eylmann/Kusch*³⁹ den Haupteinwand gegen das von mir vorgeschlagene Heroinverabreichungsproblem darin, daß das Problem der Abgrenzung von aufzunehmenden Süchtigen und abzulehnenden Nichtsüchtigen nicht gelöst sei. Sie betonen, ich hätte die Auswahl der Teilnehmer zunächst als „nicht trivial“ bezeichnet und empfohlen, in der Anfangsphase des Programms den Kreis der Süchtigen weit zu fassen, während ich später ohne weitere Erklärungen das Problem mit dem Hinweis auf Drogentestverfahren heruntergespielt hätte. Richtig ist, daß mir in meinen ersten Aufsätzen aus Gründen des schnellstmöglichen Schutzes der noch nicht süchtigen Jugendlichen eine möglichst rasche Zerstörung des Rauschgiftmarktes durch die schlagartige Entziehung der wichtigsten Vertriebspersonen und der wichtigsten Kunden vor Augen stand. Eine zu diesem Zweck daher möglichst weit gefaßte Definition von Heroinsucht ist in der Tat mit der Gefahr verbunden, auch einige nicht süchtige Heroinbenutzer in das Programm aufzunehmen. Daher meine Einschätzung der Auswahlverfahren als „nicht triviales Problem“. Inzwischen hatten mich jedoch Aufsätze wie diejenigen von *Eylmann/Kusch*, Äußerungen der Bundesregierung und ihres Drogenbeauftragten davon überzeugt, daß der schnelle Weg zur Zerstörung der Drogenmärkte - wenn auch nicht aus sonderlich überzeugenden Gründen - keine politische Zustimmung finden wird, und daher bei einem zurückgestutzten Programm auf eine enge Definition der Sucht übergegangen werden kann, die bei der Abgrenzung der Süchtigen und Nichtsüchtigen mittels einen längeren und sehr viel einfacher festzustellenden Kriterienkatalog keine sonderlichen Probleme mehr aufweist. *Eylmann/Kusch* führen indes weiter aus: „Die Gefahr, daß zur Erreichung der angestrebten Nachfrageverringering Drogenkonsumenten voreilig in das staatliche Versuchsprogramm aufgenommen und so erst durch die staatliche Verabreichung abhängig von einem der härtesten Rauschgifte werden, ist jedenfalls nicht ernsthaft zu leugnen. Ein wirtschaftstheoretisches Modell, das solche Risiken für den einzelnen Drogenkonsumenten in sich birgt und dessen Erfolg zudem äußerst

³⁸ *Eylmann/Kusch*, ZRP 1994, S. 209.

³⁹ *Eylmann/Kusch*, ZRP 1994, S. 209 und ZRP 1994, S. 427.

zweifelhaft ist, erscheint uns für eine Wende in der Drogenpolitik nicht geeignet.“ Zunächst gilt es festzuhalten, daß es nicht um eine Wende in der Drogenpolitik geht, sondern um deren effiziente Ergänzung. Auch ist nicht der Erfolg des von mir vorgeschlagenen Programmes äußerst zweifelhaft, sondern - wie der schweizerische Versuch gezeigt hat - vielmehr im

Eylmann/Kusch als stets wiederkehrenden „cantus firmus“ die nicht völlig ausschließbare Gefahr an die Wand malen, ein Nichtsüchtiger werde voreilig in das Programm übernommen, werden sie zudem Opfer einer recht einseitigen Sichtweise des Entscheidungsproblems. Zunächst muß sich die nicht süchtige, jedoch aufgrund von Tests nachweisbar Heroin konsumierende Person erheblicher krimineller Energie zur Täuschung der Aufnahmekommission befleißigen. So muß sie auch das in die Versuchsaufnahme beratend einzuschaltende polizeiliche Drogendezernat täuschen, das üblicherweise einen gewissen Überblick über die Konsumenten und Teilnehmer der Drogenszene besitzt. Jahrelang süchtige Personen bleiben dort selten unbekannt. Ist ein Konsument dennoch dort nicht als süchtig bekannt, könnte man ihm die Aufnahme verweigern oder besondere zusätzliche Kontrollen durchführen. Sollte es aber trotz der mehrfachen Kontrollen dann doch in Einzelfällen vorkommen, daß derartige Nichtsüchtige aufgenommen werden, muß dies als ein von der täuschenden Person selbst zu verantwortendes Risiko angesehen werden. Es kann nicht sein, daß die Möglichkeit einiger weniger derartiger krimineller Personen, denen es gelingen könnte, sich in das für sie nicht gedachte Programm zu schleichen, Tausenden von anderen Menschen die lebensrettende Hilfe durch Ablehnung des ganzen Programms entziehen soll. Da zudem das im staatlichen Versuch vergebene reine Heroin keinesfalls lebenszerstörend wirkt, auf der anderen Seite ohne dieses Programm jedoch Tausende von Menschen zu Elend und Tode verurteilt sind, haben *Eylmann/Kusch* eine sehr eigenartige Güterabwägung vorgenommen, die selbst bei Berücksichtigung der Schädigung des staatlichen Ansehens⁴⁰ bei unbedarften Menschen, völlig einseitig eine sehr unwahrscheinliche und deutlich geringere Gefahr für wenige, vorsätzlich handelnde Personen höher bewertet als das sichere Elend und den vermeidbaren Tod Tausender, anders nicht mehr erreichbarer süchtiger Menschen. Im schweizerischen Versuch trat das Auswahlproblem nicht auf, da Voraussetzung der Aufnahme in den Versuch war, 1. eine nachgewiesene Opiatabhängigkeit von mindestens 2 Jahren sowie 2. mindestens zwei gescheiterte Suchtbehandlungsversuche oder die Begründung, warum eine Behandlung im Rahmen des bestehenden Therapieangebots zur Zeit wenig Aussicht auf Erfolg verspricht, sowie 3. drogenbedingte Defizite im medizinischen, psychologischen oder sozialen Bereich⁴¹. Wenn man für die Zerstörung des Drogenmarktes zunächst lediglich eine Teillösung anstrebt, ist man nicht gehindert, die sehr strengen schweizerischen Versuchsbedingungen zu übernehmen. Angesichts der großen Vorteile für die Süchtigen und die Gesellschaft insgesamt, die das schweizerische Programm bereits jetzt erwiesen hat, sollte man jedoch die Teilnahme an einer Therapie oder sonstigen Suchtbehandlung sowie zusätzlich eine nachgewiesene Opiatabhängigkeit von mindestens 1 Jahr für eine Aufnahme in das Programm genügen lassen.

III. Erörterung der vom Bundeskabinett geltenden gemachten Ablehnungsgründe

Mitte 1993 hatte der Bundesrat den wirtschaftswissenschaftlichen Vorschlag einer kontrollierten Opiatverabreichungsmöglichkeit in einer Gesetzesinitiative übernommen, die jedoch im Bundeskabinett im September 1993 politisch scheiterte. Die Gründe, die das Bundeskabinett zur Ablehnung des hier vertretenen Vorschlages bewegt haben, wurden durch

⁴⁰ Der von *Eylmann/Kusch* und anderen häufig benutzte Einwand einer staatlichen Ansehenschädigung hat sich in der Schweiz nicht beobachten lassen. Die in Basel-Stadt erforderliche Volksabstimmung über das Programm hat eine deutliche Ja-Mehrheit erbracht.

⁴¹ Bericht, S. 20.

den Bundesgesundheitsminister der Öffentlichkeit dargelegt⁴². Hiernach stehe die Initiative des Bundesrates im völligen Gegensatz zur Drogenpolitik der Bundesregierung, Rauschgiftsüchtige von ihrer Sucht zu befreien und schützen. Diese Behauptung des Bundesgesundheitsministers wurde sofort als unrichtig kritisiert⁴³, da der Vorschlag des Bundesrates durch die ärztliche Betreuung und die bessere Qualität des Heroins im Vergleich zu den anderenfalls illegal eingenommenen Drogen zu einer deutlichen Erhöhung der gegenwärtigen Lebenserwartung der Süchtigen von rund 30 Jahren führt. Der schweizerische Versuch weist nun nach, daß diese Kritik berechtigt war.

Weiterhin führte der Bundesgesundheitsminister aus, die negativen Folgen der Abhängigkeit wie Beikonsum anderer Drogen, Beschaffungskriminalität sowie die Gefahr der tödlichen Dosierung bestehe bei dem vorgeschlagenen Heroinverabreichungsprogramm weiterhin. Das schweizerische Versuchsprogramm hat nun gezeigt, daß der Beikonsum anderer Drogen und die Beschaffungskriminalität erheblich absinkt. Die Gefahr einer tödlichen Dosierung ist im Rahmen der Versuchsverabreichung aufgrund der vorsichtigen Einstellungsmedikation nicht aufgetreten. Die Gefahr einer tödlichen Dosierung kann daher nur bei illegalem Beikonsum von Drogen mit unbekanntem Reinheitsgrad auftreten. Ein solcher Beikonsum tritt im Rahmen des Opiatversuchs der Schweiz deutlich weniger auf als im Fall der vom Minister den Süchtigen als einzigen Alternative offengelassenen Weiterversorgung auf dem illegalen Drogenmarkt. Weiterhin vertrat der Bundesgesundheitsminister die Ansicht, daß es bei einer Heroinverabreichung nicht möglich sei, daß der Abhängige einer Ausbildung oder Arbeit nachgehen könne oder kontinuierliche Kontakte aufbaue. Der schweizerische Versuch hat gezeigt, daß diese Aussagen falsch sind. So hat der schweizerische Versuch ergeben, daß - wie prognostiziert⁴⁴ - unter den Versuchsteilnehmern die Teilnahme am Arbeitsleben schon nach kurzer Zeit erheblich angestiegen ist und auch ein Rückzug aus der Drogenszene einschließlich der weitgehenden Aufgabe illegaler Einkommensbeschaffung zu beobachten war.

C. Schlußfolgerungen

Der schweizerische Opiatabgabeversuch hat die von seinen Befürwortern vorhergesagten Wirkungen weitestgehend bestätigt. Es hat sich gezeigt, daß insbesondere eine kontrollierte Heroinabgabe praktisch durchführbar und nicht mit unbegrenzter Toleranzentwicklung oder erheblichen Nebenwirkungen für die Süchtigen verbunden ist. Selbst bei den besonders heruntergekommenen Süchtigen des schweizerischen Versuchs konnten nach kurzer Zeit erhebliche gesundheitliche und soziale Verbesserungen ihrer Lebenslage festgestellt werden. Der vorhergesagte Rückgang der Kriminalität hat sich bewahrheitet und bedeutet auf Dauer eine erhebliche Entlastung und Effektivitätssteigerung von Polizei und Justiz. Keine der Befürchtungen der Versuchsgegner ist im Schweizer Versuch eingetroffen, alle Argumente konnten vielmehr entkräftet werden. Es ist daher an der Zeit, nach Schweizer Vorbild in Deutschland einen ähnlich vorurteilsfreien, vorzüglich vorbereiteten Versuch mit der Abgabe von Heroin an Süchtige zu unternehmen. Längeres Zuwarten wäre eine sinnlose Verlängerung von Elend und Tod Tausender deutscher Drogensüchtiger und ein weiteres Gewährenlassen des Drogenverbrechertums in Deutschland.

⁴² *Süddeutsche Zeitung* v. 16.9.1993, S. 2.

⁴³ Adams, ZRP 1994, 106.

⁴⁴ Adams, ZRP 1994, S. 111.