

Handbuch

Heroingestützte Behandlung

Richtlinien, Empfehlungen, Information

Impressum

Herausgeber
Bundesamt für Gesundheit

Satz und Gestaltung
Gerber Typo & Grafik Bern

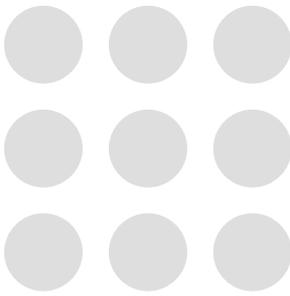
© BAG
Reproduktion mit Quellenangabe gestattet

September 2000

Auskünfte
Bundesamt für Gesundheit
Facheinheit Sucht und Aids
3003 Bern
Telefon 031 323 88 22
Fax 031 323 87 89
Internet: www.admin.ch/bag/sucht/d/index.htm
Bezugsquelle
GEWA
Büroservice
Tannholzstrasse 14
3052 Zollikofen
Telefon 031 919 13 13

Verkaufspreis
Fr. 39.50 inkl. MWST

BAG FE S + A 9.00 600 d 200 f



INHALTS- VERZEICHNIS

RICHTLINIEN

EMPFEHLUNGEN

INFORMATION

Vorwort

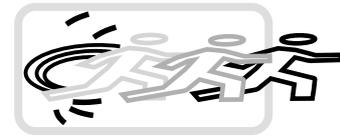
Geschichte: Von Prove zu HeGeBe

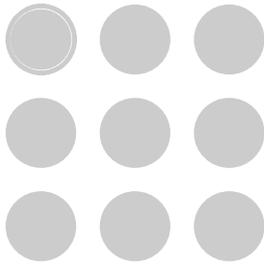
Forschungsergebnisse:

Von der Wirksamkeit der heroingestützten Behandlung

Zum Gebrauch des Handbuchs

- ❶ Behandlung von Patienten und Patientinnen
 - 1 Zielgruppe
 - 2 Aufnahmekriterien
 - 3 Aufnahmeprozedere
 - 4 Behandlungsziele
 - 5 Behandlungsplanung
 - 6 Behandlungsangebote
 - 7 Behandlungsdokumentation
 - 8 Pharmakologie und Verschreibung von Diacetylmorphin
 - 9 Verschreibung und Mitgabe von nicht injizierbarem Heroin
 - 10 Beikonsum und schwere Mehrfachabhängigkeit
 - 11 Patienten und Patientinnen mit Komorbidität
 - 12 Weiterführung der Behandlung bei Hospitalisation oder Gefängnisaufenthalt
 - 13 Zeitliche Struktur des Behandlungsplans
- ❷ Betriebliche Organisation
 - 1 Betriebs- und Behandlungskonzept
 - 2 Anforderungen an die Infrastruktur
 - 3 Personelle Anforderungen
 - 4 Funktionenzuordnung
 - 5 Notfalldispositiv
 - 6 Sicherheitsdispositiv
 - 7 Heroinlogistik
 - 8 Betäubungsmittelkontrolle
 - 9 Datenschutz
 - 10 Haftpflicht-Versicherung
 - 11 Hausordnung
 - 12 Sanktionen
 - 13 Öffnungszeiten
 - 14 Meldung von aussergewöhnlichen Ereignissen
 - 15 Qualitätsentwicklung und Know-How-Transfer
- ❸ Rolle und Aufgaben des BAG
 - 1 Auftrag und Aufgaben des BAG
 - 2 Mandate und Zusammensetzung der Gremien
- ❹ Bewilligungswesen
 - 1 Institutionsbewilligung
 - 2 Arztbewilligung
 - 3 Patientenbewilligung
- ❺ Gesetzliche Grundlagen
- ❻ Musterformulare
- ❼ Betriebsporträts
- ❽ Adressen
- ❾ Literaturverzeichnis





VORWORT

RICHTLINIEN

EMPFEHLUNGEN

INFORMATION



Vorwort
Geschichte: Von PROVE zu HeGeBe
Forschungsergebnisse: Von der Wirksamkeit
der heroingestützten Behandlung
Zum Gebrauch des Handbuchs

1
3
5
7



Vorwort

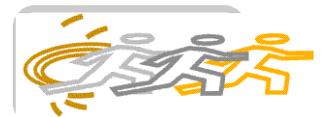
Das Bundesamt für Gesundheit trägt massgeblich dazu bei, der Schweizer Bevölkerung ein Leben in Gesundheit zu ermöglichen. Es misst sein Handeln an den Auswirkungen auf die Gesundheit (Leitbild BAG, 1992).

Die heroingestützte Behandlung ist in eine neue Phase getreten. Sie hat das Stadium des wissenschaftlichen Versuchs verlassen und stellt heute eine anerkannte Therapie dar. Zeit also, das vorhandene Wissen über die jüngste Form der Behandlung von Opiatabhängigkeit zusammenzutragen und bestehenden und zukünftigen Behandlungszentren zur Verfügung zu stellen. Das vorliegende Handbuch bietet eine Übersicht über die gesetzlichen Bestimmungen sowie Richtlinien und Empfehlungen des BAG. Zusätzlich enthält es eine Auswahl wichtiger Informationen, über die verfügen sollte, wer heroingestützte Behandlungen durchführt. Wir hoffen, das Handbuch werde zu einem Standard- und Nachschlagwerk für die heroingestützte Behandlung in der Schweiz.

Bei aller Beachtung, welche die neue Behandlung in der Öffentlichkeit und in der Fachwelt gefunden hat, darf nicht vergessen werden, dass damit keineswegs die bewährten Therapien (Methadonbehandlung oder stationäre, abstinenzorientierte Behandlung) konkurrenziert oder gar verdrängt werden sollen. Vielmehr ist die heroingestützte Behandlung eine Ergänzung der bestehenden breiten Therapiepalette. Dies wird klar, wenn man sich die Gründe für deren Entwicklung und Erforschung nochmals in Erinnerung ruft.

Trotz erheblicher Bemühungen auf dem Gebiet der Betreuung und Behandlung Drogenabhängiger stellte man Anfang der Neunzigerjahre fest, dass mit den zur Verfügung stehenden Therapiemöglichkeiten nicht alle der geschätzten 30000 Drogenabhängigen in der Schweiz zu erreichen waren. Gerade die langjährigen schwer opiatabhängigen Menschen, die gesellschaftlich am wenigsten integriert sind und die schwerwiegendsten gesundheitlichen Probleme auf sich vereinen, konnten – oft nach zahlreichen gescheiterten Therapieversuchen – kaum mehr für eine Behandlung motiviert werden. Im Rahmen der Anstrengungen zur Bekämpfung der Ausbreitung des HI-Virus haben wir gelernt, dass das Gesundheitsbewusstsein von Drogenabhängigen jedoch geweckt und gefördert werden kann, wenn das Hilfsangebot an ihre Möglichkeiten angepasst wird.

Mit der heroingestützten Behandlung wurde ein Therapieangebot entwickelt, das spezifisch auf die Bedürfnisse, Defizite und Ressourcen vieler schwer abhängiger, marginalisierter Personen eingeht und sie zu einer Behandlung motivieren kann. Das Behandlungskonzept ermöglicht ihnen, ihre gesundheitliche und soziale Situation zu stabilisieren und zu verbessern. Die Einbindung der Betroffenen in ein ganzheitliches, interdisziplinär vernetztes Behandlungssetting sowie die sich mit der ärztlichen Verschreibung des Heroins verändernden Lebensbedingungen (Wegfallen des Beschaffungsstresses, Wiederaufbau einer geregelten Tagesstruktur, Förderung der Beziehungsqualität) erlauben vielen Patienten und Patientinnen eine schrittweise Reintegration in die





VORWORT

RICHTLINIEN

EMPFEHLUNGEN

INFORMATION

Vorwort

Gesellschaft. Darauf aufbauend kann nicht zuletzt auch die Motivation erwachsen, einmal mehr den Schritt in die Abstinenz zu versuchen.

All jenen, die beim Verfassen und Redigieren von Texten für dieses Handbuch mitgeholfen haben, sei herzlich gedankt! Ohne die enge, äusserst befruchtende Kooperation mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der beteiligten Polikliniken, die nicht zuletzt aufgrund oft kontroverser Diskussionen immer dynamisch und engagiert blieb, wären weder die erfolgreiche Entwicklung der heroingestützten Behandlung noch dieses Handbuchs möglich gewesen. Einen ganz speziellen und herzlichen Dank möchten wir auch den Patientinnen und Patienten aussprechen, welche durch ihre Bereitschaft, sich den nicht immer einfachen Rahmenbedingungen einer wissenschaftlichen Versuchsanordnung zu unterziehen, massgeblich zur Entwicklung dieser innovativen Behandlungsform beigetragen haben. Wir hoffen, dass die bisher geleistete Arbeit einen weiteren Beitrag darstellt für einen humanen, gesundheitspolitisch sinnvollen Umgang mit schwer opioidabhängigen Menschen.

Möge das HeGeBe-Handbuch ein praktisches Instrument bei der Planung und Einarbeitung in dieses spannende und komplexe Gebiet der Gesundheitsversorgung sein. Wenn zudem die Zusammenarbeit zwischen dem Bundesamt für Gesundheit und seinen Partnern und Partnerinnen befruchtet wird, freut uns das umso mehr!

Ueli Locher, Facheinheit Sucht und Aids
Vizedirektor BAG

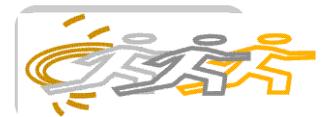
Paul Dietschy, Facheinheit Heilmittel
Vizedirektor BAG





Geschichte: Von PROVE zu HeGeBe

Seit Anfang der Achtzigerjahre wurde die Möglichkeit einer kontrollierten Abgabe von Opiaten an Drogenabhängige in der Schweiz zu einem Thema. Mit Beschluss vom 20. Februar 1991 hat der Bundesrat ein Massnahmenpaket zur Verminderung der Drogenprobleme verabschiedet. Im Rahmen der Betreuungsmassnahmen wurden u. a. auch «medizinisch kontrollierte Substitutions- und Erhaltungsbehandlungen» vorgesehen. Im Auftrag des Bundesrats wurde daraufhin ein erster Vorschlag eines Forschungsplanes für die diversifizierte Betäubungsmittelverschreibung erarbeitet. Am 21. Oktober 1992 schliesslich verabschiedete der Bundesrat eine Verordnung über die «Förderung der wissenschaftlichen Begleitforschung zur Drogenprävention und Verbesserung der Lebensbedingungen Drogenabhängiger». Diese Verordnung, welche die rechtliche Basis des PROjekts zur ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln (PROVE) bildete, wurde auf den 15. November 1992 in Kraft gesetzt. Das ausgearbeitete Forschungsvorhaben wurde sowohl der Überregionalen Ethikkommission (UREK) der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) wie auch verschiedenen kantonalen Ethikkommissionen vorgelegt und von diesen gutgeheissen. Das Projekt wurde auch von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und von der Drogenkontrollbehörde International Narcotics Control Board (INCB) laufend kritisch beobachtet.



Auf dieser Grundlage sind zwischen 1994 und 1996 in 15 Schweizer Städten wissenschaftliche Versuche zur ärztlichen Verschreibung von Heroin, Morphin und injizierbarem Methadon mit total 1035 schwer abhängigen, durch andere Therapieangebote nicht erreichbaren Drogenabhängigen durchgeführt worden. Ziele der Versuche waren die Abklärung der Machbarkeitsfrage (Feasibility-Study) sowie die Erarbeitung einer Entscheidungsgrundlage für die Frage, ob die heroingestützte Behandlung eine sinnvolle Ergänzung der bisherigen therapeutischen Möglichkeiten darstelle. Insbesondere wurde auch die Frage untersucht, ob diese Therapie für gewisse Patienten und Patientinnengruppen gegenüber der seit längerer Zeit durchgeführten oralen Methadonsubstitution Vorteile bietet. Die kontrollierte Verschreibung von Betäubungsmitteln wurde in ein breites Angebot im medizinisch-somatischen, im psychiatrischen und im psychosozialen Bereich eingebettet und somit ganzheitlich konzipiert.

Die abschliessenden Resultate der Versuche mit der ärztlichen Verschreibung von Betäubungsmitteln sind am 10. Juli 1997 veröffentlicht worden.¹ Sie zeigen, dass die heroingestützte Behandlung für eine beschränkte Zielgruppe von Personen mit einer langjährigen, chronifizierten Heroinabhängigkeit mehreren gescheiterten Behandlungsversuchen und deutlichen gesundheitlichen und sozialen Defiziten machbar und sinnvoll ist. Der Schlussbericht empfiehlt daher, die heroingestützte Behandlung im bisherigen Rahmen (Poliklinikmodell) weiterzuführen sowie zusätzliche Aspekte zu erforschen.

Die schweizerischen Versuche stellten in dieser Form eine Weltneuheit dar und wurden folglich auch international sehr aufmerksam verfolgt. Die viel versprechenden Resultate bezüglich

¹ Uchtenhagen, A., Gutzwiller, F., Dobler-Mikola, A.: Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Abschlussbericht der Forschungsbeauftragten. Synthesebericht. Institut für Suchtforschung / Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Uni Zürich: Zürich

Geschichte: Von PROVE zu HeGeBe

der Auswirkung auf die Gesundheit und die soziale Integration – nicht zuletzt die in enger Zusammenarbeit mit den zuständigen Polizeibehörden festgestellte hohe Wirksamkeit in der Reduktion der Delinquenzrate – führten dazu, dass sich mittlerweile verschiedene europäische und aussereuropäische Staaten (Deutschland, Niederlande, Spanien, u. a.) im politischen Diskurs zu diesem Thema oder bereits in der Planungs- und Implementierungsphase für entsprechende eigene Versuche befinden. Die Schweiz ihrerseits ist gewillt, ihre drogen politische Innovatorenrolle fortzuführen.

Der Bundesrat hat aufgrund der Forschungsergebnisse sowie der klaren Ablehnung der Volksinitiative «Jugend ohne Drogen» am 15. Dezember 1997 die PROVE-Verordnung angepasst und verlängert. Mit dem dringlichen Bundesbeschluss vom 9. Oktober 1998 wurde die gesetzliche Grundlage für die Einführung der ärztlichen Verschreibung von Heroin als Therapie für schwer Drogenabhängige geschaffen. Die entsprechende Ausführungsverordnung vom 8. März 1999 konnte auf den 1. April 1999 in Kraft gesetzt werden. Bei einer Referendumsabstimmung am 13. Juni 1999 wurde der Bundesbeschluss auch vom Volk bestätigt.

Um diesen Wandel von der Projektphase zur beschränkten medizinischen Anwendung einer neuen Therapieform auch sprachlich zu vollziehen, wurde PROVE durch den Terminus «heroingestützte Behandlung» (HeGeBe) ersetzt.



Forschungsergebnisse: Von der Wirksamkeit der heroingestützten Behandlung

Die heroingestützte Behandlung, wie sie in der Schweiz seit 1994 in spezialisierten Polikliniken mit einem hohen Ausmass von Supervision und Strukturierung durchgeführt wird, hat sich in folgenden Bereichen als wirksam erwiesen.¹

■ Es ist gelungen, Patienten und Patientinnen, die in anderen Formen der Behandlung nicht zu halten waren, oder Patienten und Patientinnen, die mehrere erfolglose Behandlungsversuche hinter sich hatten, dazu zu bewegen, sich einer strukturierten Behandlung zu unterziehen. Aufgrund der allgemeinen Behandlungsforschung im Suchtbereich gilt dies als ein erster Erfolg für diese schwer zugängliche Population.

■ Ein zweiter wichtiger Aspekt der Wirksamkeit ist die vergleichsweise hohe Haltequote bei Patienten und Patientinnen, die an einer heroingestützten Behandlung teilnehmen. Auch dies gilt in der Behandlungsforschung im Suchtbereich als Grundvoraussetzung für eine Erfolg versprechende Behandlung und Betreuung. Die Haltequote betrug 89% nach 6 Monaten und 79% nach einem Beobachtungszeitraum von 18 Monaten. Damit weist die heroingestützte Behandlung im gesamten Bereich der Behandlungen von Abhängigen illegaler Drogen die höchsten Haltequoten absolut gesehen aus.

■ Als dritter Aspekt sei die generelle Verbesserung auf wichtigen ergebnisorientierten Variablen genannt. Die heroingestützte Behandlung ist ein sehr wirksames Mittel, um den illegalen Beikonsum von illegalem Strassenheroin praktisch auszuschalten und denjenigen von Kokain stark zu senken. In einem Beobachtungszeitraum von 18 Monaten gelang es zudem, den Gesundheitszustand sowohl für die physische als auch für die psychische Gesundheit markant zu verbessern. Die Wohnsituation und die Arbeitsfähigkeit konnten ebenfalls markant verbessert werden, zudem gelang es, Schulden abzubauen und die Abhängigkeit von öffentlicher Sozialhilfe für einen Teil der Patienten und Patientinnen zu reduzieren. Bezüglich Sozialhilfe trat eine gewisse Kompensation ein, da vorher stark verwahrloste Personen in das öffentliche Sozialhilfesystem aufgenommen wurden. Die Kontakte mit der Drogenszene gingen ebenfalls markant zurück. Was weniger gut gelang, war der Aufbau eines stabilen Beziehungsnetzes ausserhalb der Drogenszene.

■ Ein vierter Gesichtspunkt, der für den Public-Health-Bereich nicht unerheblich ist, betrifft die verbesserte Prävention bei übertragbaren Krankheiten. Es konnte gezeigt werden, dass eine wirksame HIV-Prophylaxe durchgeführt werden konnte. Die Prävention von Hepatitisinfektionen durch entsprechende Impfungen und Informationen lief zögerlich an, aber auch hier zeigte sich, dass die gute Einbindung der Patienten und Patientinnen zu einer akzeptablen Durchimpfungsrate führte. Es konnte ausserdem gezeigt werden, dass im Rahmen der heroingestützten Behandlung HIV-infizierte Personen besser medizinisch versorgt werden konnten.

■ Die Abschätzung der Frage, inwieweit es in den Behandlungszentren gelang, die schwer abhängigen Personen im Beobachtungszeitraum zu einem suchtfreien Lebensstil zu führen, ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt verfrüht. Jedoch zeigt sich, dass nach 18 Monaten von den insgesamt 353 Patienten und Patientinnen, die das Projekt verlassen haben, sich zirka zwei Drittel



¹ Uchtenhagen, A., Gutzwiller, F., Dobler-Mikola, A.: Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Abschlussbericht der Forschungsbeauftragten. Synthesebericht. Institut für Suchtforschung / Institut für Sozial- und



Forschungsergebnisse: Von der Wirksamkeit der heroingestützten Behandlung

einer anderen Behandlung zuwandten, sei es einer Methadonbehandlung, einer abstinenzorientierten Langzeitbehandlung oder einer Entzugsbehandlung.

■ Während der Beobachtungszeit sind keine Todesfälle beobachtet worden, die in einen direkten Zusammenhang mit der Behandlung zu bringen sind. Insgesamt bewegt sich die Zahl der Todesfälle der beobachteten Kohorte an der unteren Grenze dessen, was normalerweise für Drogenabhängige beobachtet wird.

■ Besonders hoch war der Rückgang bei der Delinquenz. Das Einkommen aus illegalen Quellen reduzierte sich von 70% bei Eintritt auf 10% nach 18 Monaten. Diese selbst berichteten Daten wurden ebenfalls von Polizeidaten und gerichtlichen Verurteilungen bestätigt.

Diese Angaben weisen darauf hin, dass unter den gegebenen Rahmenbedingungen und mit den gegebenen Indikationskriterien die heroingestützte Behandlung in der Schweiz für die anvisierten Behandlungsziele wirksam ist.

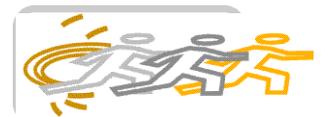




Zum Gebrauch des HeGeBe-Handbuchs

Der vorliegende Leitfaden ist eine Synthese der Schlussberichte von Arbeitsgruppen, welche für die Behandlung einzelner Themen rund um die heroingestützte Behandlung eingesetzt wurden. Die Arbeitsgruppen setzten sich zusammen aus den Fachleuten der Behandlungszentren, der Forschung und dem BAG. Für die wertvolle Mitarbeit danken wir an dieser Stelle noch einmal herzlich.

Das Handbuch enthält eine Zusammenstellung aller Richtlinien, Empfehlungen und wichtiger Informationen, die für die Planung, die Implementierung und die erfolgreiche, qualitativ hoch stehende Praxis von Zentren für die heroingestützte Behandlung wertvoll sind. Er gibt zudem einen ersten Überblick über die mit der heroingestützten Behandlung assoziierten Problem- und Handlungsfelder.



Ziele des Handbuchs

■ Schaffung einer Übersicht über die geltenden Richtlinien und Empfehlungen für bestehende Behandlungszentren. Das BAG ist gegenüber den Institutionen Aufsichts- und Bewilligungsinstanz. Es kann Empfehlungen geben und Weisungen erteilen, namentlich zur Koordination und zur Qualitätssicherung der heroingestützten Behandlung.

■ Know-how-Transfer

Die heroingestützte Behandlung stellt an alle durchführenden Stellen hohe Anforderungen, insbesondere bezüglich der interdisziplinären Zusammenarbeit der verschiedenen involvierten Berufsgruppen wie auch generell an die Vernetzung. Das BAG hat in Zusammenarbeit mit den Verantwortlichen für die bestehenden Behandlungszentren das vorliegende Handbuch entwickelt, um Planern und Planerinnen neuer Zentren für heroingestützte Behandlungen eine Orientierungshilfe in die Hand zu geben. Die im Rahmen der wissenschaftlichen Versuche zur ärztlichen Verschreibung von Betäubungsmitteln (PROVE) angelaufenen Projekte in verschiedenen Städten der Schweiz konnten seit 1994 vielfältige Erfahrungen mit der heroingestützten Behandlung sammeln. Dabei haben sie sich ein grosses Know-how angeeignet, welches mit diesem Handbuch neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie neuen Projektplanern und Projektplanerinnen zur Verfügung gestellt werden soll.

■ Planungs- und Praxishilfe

Der Leitfaden soll demnach in erster Linie ein praktisches Hilfsmittel zum Aufbau von neuen Behandlungszentren sein. Er soll die wichtigsten Abläufe und Verfahren aufzeigen. Er richtet sich an alle Institutionen, Behörden und Fachpersonen, die den Aufbau eines solchen Zentrums planen.

■ Förderung und Vernetzung

Das Handbuch soll im Weiteren die ämter- und kantonsübergreifende sowie die interdisziplinäre Zusammenarbeit fördern und einen Beitrag leisten zur Vernetzung der einzelnen Behandlungszentren.

■ Qualitätsentwicklung

Darüber hinaus hat das Handbuch auch zum Ziel, die Qualität der heroingestützten Behandlungen durch die Setzung verbindlicher Qualitätsstandards sowie durch erfahrungsgestützte Empfehlungen zu konsolidieren und in Zukunft zu sichern. Die relative Neuheit dieser Behandlungsform macht klar, dass der qualitative Entwicklungsprozess keineswegs abgeschlossen sein kann. Der



Zum Gebrauch des HeGeBe-Handbuchs

vorliegende Leitfaden ist daher auch als Grundlage für die Förderung und die stetige Weiterentwicklung der Behandlungsqualität zu verstehen.

Jedes Thema des Handbuchs ist in drei Teile unterteilt:

■ Richtlinien

Es ist die Aufgabe des BAG als Aufsichts- und Bewilligungsbehörde, eine rechtsrichtige und rechtsgleiche Praxis in der Ausführung der heroingestützten Behandlung sowie die gleichmässige Ausübung des Ermessens zu fördern. In diesem Sinne sind die Richtlinien des Handbuchs als Weisungen der Aufsichts- und Bewilligungsbehörde an die untergeordneten Institutionen zu verstehen: Sie zeigen, wie nach Auffassung des BAG die gesetzlichen Regelungen zu verstehen und anzuwenden sind. Solche Weisungen gelten als Verwaltungsverordnungen, die keine Rechtssätze sind; werden sie aber nicht befolgt, kann das Disziplinarfolgen nach sich ziehen (zum Beispiel Verwarnungen, Bewilligungserteilung unter Auflagen bis zu Bewilligungsentzug). Die Richtlinien schaffen grundsätzlich keine direkten Rechte und Pflichten für die Patientinnen und Patienten.

■ Empfehlungen

Mit den Empfehlungen leitet das BAG sein zusammengetragenes Erfahrungswissen und seine besondere Sachkunde an die Institutionen weiter. Für individuelle Behandlungen hat weder die institutionelle Gesamtleitung (Artikel 10 Absatz 3 VO) noch das BAG gegenüber den Fachpersonen ein direktes Weisungsrecht. Es handelt sich somit nicht um rechtlich verbindliche Anweisungen. Ihre Einhaltung ist aus Gründen der beruflichen Sorgfaltspflicht und mit Hinweis auf Artikel 11 des Betäubungsmittelgesetzes ratsam (nach diesem Artikel sind die Ärzte verpflichtet, Betäubungsmittel nur in dem Umfange zu verwenden, abzugeben und zu verordnen, wie dies nach anerkannten Regeln der medizinischen Wissenschaften notwendig ist). Bezüglich der heroingestützten Behandlung halten die Empfehlungen des BAG gestützt auf die einschlägigen Forschungsergebnisse diese Regeln fest.

■ Informationen

Darunter sind reine Hintergrund- und Zusatzinformationen zu verstehen, die nicht auf eine verhaltenslenkende Wirkung gerichtet sind.

Die drei Teile werden grafisch klar auseinander gehalten. Dies schafft einerseits Klarheit, welche Forderungen des Bundesamtes für Gesundheit in jedem Fall verbindlich sind. Andererseits ermöglicht es eine gezielte Einarbeitung in die Materie und erhöht die Lesefreundlichkeit. Abhängig von der zur Verfügung stehenden Zeit und dem individuellen Interesse kann sich die Leserschaft entweder auf die wichtigsten Vorgaben des BAG beschränken oder sich vertieft in ein Thema einlesen.

Im Inhaltsverzeichnis wird jeweils zu jedem Thema angegeben, ob es Richtlinien, Empfehlungen und/oder einen Informationsteil dazu gibt.

Das Handbuch ist aus zwei Gründen als Ringordner konzipiert. Einerseits schien uns diese Form benutzungsfreundlich, weil sie es erlaubt, verschiedene Teile des Handbuchs (Richtlinien- und Empfehlungspapiere, Musterformulare usw.) daraus zu kopieren und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Behandlungszentren





Zum Gebrauch des HeGeBe-Handbuchs

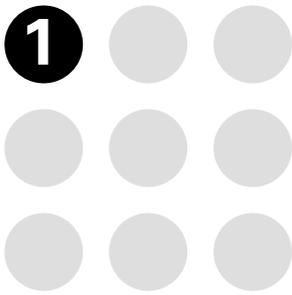
abzugeben, um so eine breite gemeinsame Wissensbasis im Team zu schaffen (Know-how-Transfer). Andererseits macht diese Form auch deutlich, dass diese Informationssammlung ein Produkt des derzeitigen Wissenstandes ist und Teile daraus somit über kurz oder lang notwendigerweise ergänzt, geändert oder neuen Umständen angepasst werden müssen. Die vorliegenden Papiere werden regelmässig überarbeitet und in dieses Handbuch eingefügt werden. Es werden auch Richtlinien und Empfehlungen zu bisher unbearbeiteten Themen hinzukommen. Das Gesetz über Betäubungsmittel vom 3. Oktober 1951 wird in Kürze in seiner Gesamtheit revidiert werden, was wohl weitere Anpassungen erforderlich machen wird. Veränderungen der Rahmenbedingungen wird auch die Registrierung der Substanz Diacetylmorphin (Heroin) als Heilmittel mit sich bringen. Die notwendigen Vorbereitungsarbeiten hierzu sind bereits angelaufen.

Kurz: Die heroingestützte Behandlung ist ein sehr junger Spross im Spektrum der Suchttherapien. Die Erfahrungen mit dieser Behandlungsform werden künftig weiter wachsen und damit zu einer stetigen Qualitätssteigerung beitragen, was schliesslich denjenigen zugute kommt, um deren Überleben und Lebensqualität es hier geht: den schwer opiatabhängigen Mitmenschen.



Verwendete Abkürzungen

Abs.	Absatz in Gesetzestexten
Art.	Artikel in Gesetzestexten
Bst.	Buchstabe in Gesetzestexten
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BetmG	Betäubungsmittelgesetz (SR 812.121)
DAM	Diacetylmorphin, korrekte Bezeichnung für «Heroin» in der chemischen Terminologie
DBB	dringlicher Bundesbeschluss über die ärztliche Verschreibung von Heroin vom 9. Oktober 1998
HeGeBe	Heroingestützte Behandlung
ISF	Institut für Suchtforschung, Zürich
PROVE	PROjekt zur ärztlichen VErschreibung von Heroin
VO	Verordnung über die ärztliche Verschreibung von Heroin vom 8. März 1999 (SR 812.121.6)
WHO	Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization)
ICD	International Classification of Diseases and Health-Related Classifications (WHO)



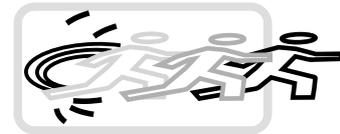
BEHANDLUNG VON PATIENTEN UND PATIENTINNEN

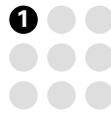
RICHTLINIEN

EMPFEHLUNGEN

INFORMATION

■	■	1 Zielgruppe	1
■		2 Aufnahmekriterien	3
■	■	3 Aufnahmeverfahren	4
■	■	4 Behandlungsziele	8
■	■	5 Behandlungsplanung	12
■		6 Behandlungsangebote	23
■	■	7 Behandlungsdokumentation	29
■	■	8 Pharmakologie und Verschreibung von Diacetylmorphin	30
■	■	9 Verschreibung und Mitgabe von nichtinjizierbarem Heroin	49
■	■	10 Beikonsum und schwere Mehrfachabhängigkeit	53
■	■	11 Patienten und Patientinnen mit Komorbidität	66
■		12 Weiterführung der Behandlung bei Hospitalisation oder Gefängnisaufenthalt	70
■	■	13 Zeitliche Struktur des Behandlungsplans	72





1 Zielgruppe

Art. 1 VO Zweck

² Die heroingestützte Behandlung bildet eine Ergänzung der Therapie für schwer heroinabhängige Personen, bei denen andere Behandlungsformen versagt haben oder deren Gesundheitszustand andere Behandlungsformen nicht zulässt.

Artikel 2 VO Begriffe

¹ Als heroingestützte Behandlung gilt die Verschreibung von Heroin an schwer Heroinabhängige innerhalb von Institutionen nach Artikel 9 im Rahmen einer umfassenden, interdisziplinären Behandlung.

² Der Gesundheitszustand umfasst ganzheitlich den somatischen und psychischen Zustand sowie die soziale Situation des Patienten oder der Patientin.

³ Als schwer heroinabhängig gilt, wer für eine Abhängigkeitsdiagnose nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten der WHO vom Dezember 1990¹ (International Classification of Diseases and Health-related Classifications, ICD-10) die Kriterien nach den Ziffern 4 (körperliches Entzugssyndrom) und 5 (Toleranzentwicklung) und noch mindestens zwei weitere Kriterien erfüllt.

Erläuterung:

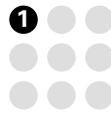
Von einer Heroinabhängigkeit (nach dem internationalen Klassifikationssystem für Krankheiten der WHO, ICD-10) spricht man, wenn während des letzten Jahres drei oder mehr der folgenden Kriterien erfüllt waren:

1. Starker Wunsch oder eine Art Zwang, Heroin zu konsumieren.
2. Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge beim Konsum der Substanz (Heroin).
3. Gebrauch der Substanz Heroin mit dem Ziel, Entzugssymptome zu mildern, begleitet von der entsprechend positiven Erfahrung.
4. Ein körperliches Entzugssyndrom.
5. Nachweis einer Toleranz. Um die ursprünglich durch niedrigere Dosen erreichten Wirkungen der Substanz Heroin hervorzurufen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich, eindeutige Beispiele hierfür sind die Tagesdosen, die Konsumenten und Konsumentinnen ohne Toleranzentwicklung schwer beeinträchtigen würden oder sogar zum Tode führten.
6. Ein eingeengtes Verhaltensmuster im Umgang mit Opioiden.
7. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten des Heroinkonsums.
8. Anhaltender Heroinkonsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen. Die schädlichen Folgen können körperlicher, sozialer und/oder psychischer Art sein.

Gemäss VO müssen 4 dieser Kriterien, davon Punkt 4 und 5 zwingend, erfüllt sein.



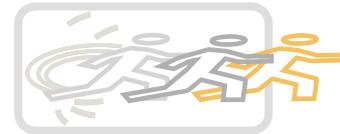
¹ Der Text dieser Klassifikation kann beim Bundesamt für Gesundheit, 3003 Bern, eingesehen werden. Eine Textausgabe kann bei der Weltgesundheitsorganisation, Division of Publishing, Language, and Library Services, Headquarters, 1211 Genf 27 gegen Verrechnung bezogen werden.



1 Zielgruppe

Die schwere Heroinabhängigkeit wirkt sich in einer deutlichen Beeinträchtigung der beruflichen Leistungsfähigkeit, der üblichen sozialen Aktivitäten und/oder der Beziehungen zu anderen Menschen aus,¹ oder eine solche negative Entwicklung droht oder steht kurz bevor. Als Illustration kann folgende Beschreibung der gemeinten Zielgruppen dienen:

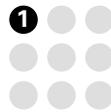
1. Heroinabhängige, die durch ihre Lebensumstände und ihr Verhalten (Beschaffungskriminalität, Prostitution, Obdachlosigkeit, usw.) stark gefährdet und bereits sozial desintegriert sind oder zu verelenden drohen und durch bestehende Angebote (Entzug, abstinenzorientierte Behandlungsform oder orale Methadon-Substitution) nicht erreicht werden können.
2. Heroinabhängige in einem oralen Methadonprogramm, die durch die bisherige Behandlung nicht zu stabilisieren waren (Parallelkonsum anderer Suchtmittel, vor allem Heroin) und/oder sich durch wiederholten illegalen Drogenkonsum der Gefahr der Kriminalität aussetzen oder bereits kriminell sind.



Die Merkmale der mit dem Angebot einer heroingestützten Behandlung tatsächlich erreichten Personengruppe (bei Eintritt in den Jahren 1994 und 1995) sind aufgrund der Auswertungen im Synthesbericht PROVE (Uchtenhagen et al. 1997) präzise beschrieben worden. Die Patientinnen und Patienten sind bei Behandlungseintritt durchschnittlich 30,8 Jahre alt, häufiger männlich (70%), im Mittel seit 10,5 Jahren heroinabhängig, haben zu 49% eine instabile Wohnsituation, keine oder nur temporär (inkl. Rente und Haushalt) Arbeit (84%), haben engen Kontakt zur Drogenszene (39%), haben illegale Einkünfte oder «Grauzoneneinkommen» (68%), sind hochverschuldet (58%), wurden verurteilt oder mussten Haftstrafen absitzen (84%), haben kein gutes Beziehungsnetz (60%) und konsumieren zum Teil neben dem Heroin täglich andere legale und illegale Rauschmittel. Hinzu kommen die gesundheitlichen Folgen des jahrelangen Konsums illegaler Drogen wie: HIV-Positivität (15%), IV-Rente wegen Krankheitsgründen (18%), schlechter psychischer Gesundheitszustand (41%). Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die heroingestützte Behandlung «...eine Gruppe von Heroinabhängigen erreicht hat, die eine lange Suchtkarriere und vielfältige gesundheitliche und soziale Defizite aufweisen. Sie sind im überdurchschnittlichen Masse straffällig und behandlungsbedürftig geworden.» (Uchtenhagen et al. 1997)

Die Grösse dieser Gruppe von Schwerabhängigen als Teil der heroinkonsumierenden Population in der Schweiz ist schwierig abzuschätzen. Es ist auch nicht möglich, die Anzahl der in eine heroingestützte Behandlung aufzunehmenden Personen festzulegen, da allein medizinische und soziale Kriterien über die Zulassung entscheiden. Gestützt auf die bisherigen Erfahrungen ist jedoch nicht damit zu rechnen, dass ein Anteil von mehr als 3–4 Prozent der geschätzten 30000 regelmässig harte Drogen Konsumierenden in der Schweiz für diese Behandlung in Frage kommen.

¹ Die erwähnten Beeinträchtigungen sind dabei nicht allein als direkte (kausale) Folge des Substanzmissbrauchs zu interpretieren, sondern stehen auch im Zusammenhang mit den Begleitumständen der Heroinabhängigkeit (Illegalität und damit Kriminalisierung, Randgruppendasein/Desintegration, usw.). Die Defizite auf der Beziehungsebene sind zudem oft schon vor dem Beginn einer Substanzabhängigkeit vorhanden, da sie einen typischen Aspekt der zugrundeliegenden psychischen Störungsbilder darstellen.



2 Aufnahmekriterien

Art. 8 Abs. 7 BetmG (DBB)

⁷ Der Bundesrat regelt die Voraussetzungen für die Behandlung von Menschen mit Stoffen nach Absatz 1 Buchstabe b. Er sorgt insbesondere dafür, dass diese Stoffe nur bei Personen angewendet werden, die

- a. mindestens 18 Jahre alt sind;
- b. seit mindestens zwei Jahren heroinabhängig sind;
- c. mindestens zwei Behandlungsversuche mit einer anderen anerkannten ambulanten oder stationären Behandlungsmethode abgebrochen haben, oder deren Gesundheitszustand andere Behandlungsformen nicht zulässt; und
- d. Defizite im medizinischen, psychologischen oder sozialen Bereich aufweisen, die auf den Drogenkonsum zurückzuführen sind.

und

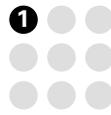
Art. 4 VO Aufnahmekriterien

1 Zur Aufnahme in die heroingestützte Behandlung muss der Patient oder die Patientin:

- a. mindestens 18 Jahre alt sein;
- b. seit mindestens zwei Jahren schwer heroinabhängig sein;
- c. mindestens zwei Behandlungsversuche mit einer anderen anerkannten ambulanten oder stationären Methode abgebrochen oder erfolglos absolviert haben; und
- d. Defizite im somatischen, psychischen oder sozialen Bereich aufweisen, die auf den Drogenkonsum zurückzuführen sind.

² In begründeten Ausnahmefällen, insbesondere bei schweren physischen oder psychischen Erkrankungen, die eine Behandlung mit anderen Methoden nicht zulassen, kann eine Aufnahme in die heroingestützte Behandlung auch ohne Vorliegen der Voraussetzung von Absatz 1 Buchstabe c erfolgen.





3 Aufnahmeprozedere

Art. 5 VO Indikation

¹ Nach umfassender Untersuchung des Gesundheitszustandes des Patienten oder der Patientin stellen die für die jeweiligen Behandlungsbereiche verantwortlichen Fachpersonen die medizinische und soziale Indikation.

² Sie entscheiden gemeinsam über die Aufnahme der Patientin oder des Patienten. Bei Uneinigkeit entscheidet die im Betriebskonzept bezeichnete Stelle.

³ Die für die medizinische Leitung verantwortliche Person stellt das Gesuch zur Erteilung einer Patientenbewilligung nach Artikel 20.

Erläuterung:

Vor Beginn jeder heroingestützten Behandlung findet eine sorgfältige medizinische (psychiatrisch, somatisch) und soziale Indikationsstellung statt. Die beiden Indikationen dürfen nicht von derselben Person gestellt werden. Der Entscheid über die Aufnahme in die heroingestützte Behandlung liegt in der Kompetenz eines interdisziplinären Gremiums der Behandlungseinrichtung, erfolgt also durch Konsensverfahren im Team. Bei Uneinigkeit entscheidet die im Betriebskonzept genannte Stelle. Liegt sowohl die medizinische wie auch die soziale Indikation vor, beantragt der verantwortliche Arzt/die verantwortliche Ärztin über den Kantonsarzt beim BAG die Patientenbewilligung (siehe Kapitel 4.3). Die Verschreibung von Heroin kann erst nach ausdrücklicher Bewilligung des BAG erfolgen.

Art. 6 VO Einverständniserklärung

¹ Bei Aufnahme in die Behandlung bestätigt der Patient oder die Patientin schriftlich, über den Ablauf der Behandlung, die entsprechenden Rechte und Pflichten sowie über die Folgen bei deren Verletzung ausführlich informiert worden zu sein.

² Die Patientinnen und Patienten haben sich insbesondere zu verpflichten, auf das Führen von Motorfahrzeugen während der heroingestützten Behandlung zu verzichten.

■ Die Behandlungszentren gewährleisten die Einhaltung der Aufklärungs- und Informationspflicht gegenüber Patientinnen und Patienten im Sinne eines «informed consent».

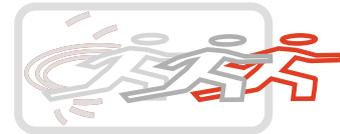
■ Spezifische Rechte und Pflichten bezüglich der heroingestützten Behandlung (Datenschutz, Ausschluss- und Abbruchgründe) müssen klar festgehalten und erläutert werden.

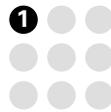
■ Das Einverständnis umfasst insbesondere die Information über alternative Möglichkeiten der Behandlung und die Abklärung, ob eine andere Behandlung nicht angebrachter und erfolgsversprechender ist.

■ Die Kenntnisnahme der Hausordnung (Kapitel 2.12) ist ein weiterer wichtiger Teil des Einverständnisses.

■ Die Verpflichtung der Patientinnen und Patienten auf das Führen von Motorfahrzeugen zu verzichten, haben sie bei der Behandlungsaufnahme mit der Einverständniserklärung schriftlich zu bestätigen.

■ Die Behandlungszentren sind verpflichtet, sie auf die Folgen der Missachtung, insbesondere auf die Bestimmungen zum Führen von Motorfahrzeugen durch Suchtkranke im Strassenverkehrsgesetz hinzuweisen.



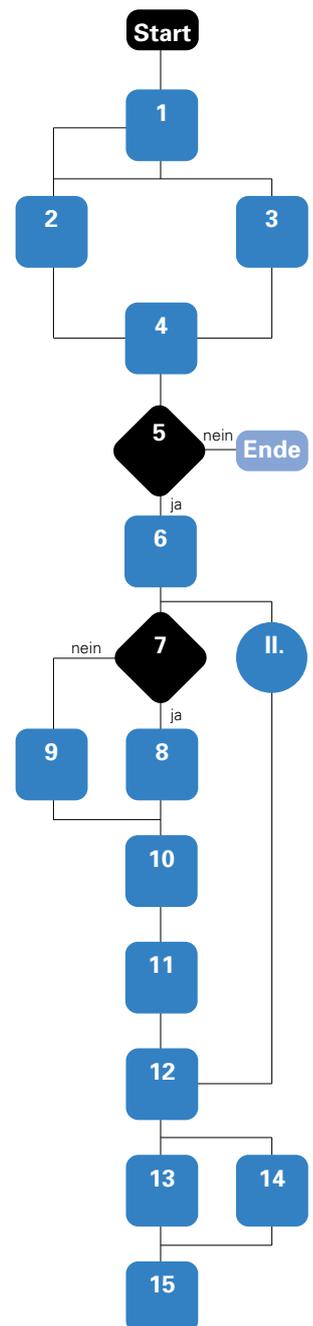


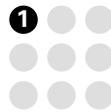
3 Aufnahmeprozedere

Schematische Darstellung des Aufnahmeprozederes (ohne Gesuchstellung an BAG)

Tätigkeit Erläuterung	Verantwortlichkeit	Input< /Output>
1. Telefonische Anmeldung	Vom Behandlungszentrum zu bestimmen	Termin für medizinisches und soziales Indikationsgespräch
2. Medizinisches Indikationsgespräch/Anamnese	Arzt/Ärztin	Informationsblätter: «Was Sie als Patient/Patientin über die Heroingestützte Behandlung wissen müssen» < Einverständniserklärung < Zentrumsspezifische Informationen > Entbindung Schweigepflicht > Erhebung zur medizinischen und sozialen Situation
3. Soziales Indikationsgespräch	Betriebsleitung oder Bezugsperson	
4. Überprüfung der Aufnahmekriterien	Betriebsleitung, Arzt/Ärztin oder Bezugsperson	
5. Aufnahmekriterien erfüllt?	Betriebsleitung, Arzt/Ärztin oder Bezugsperson	
6. Indikationskonferenz	Betriebsleitung, Arzt/Ärztin oder Bezugsperson	> Entscheidung der Aufnahme
7. Ist Patient Selbstzahler?	Bezugsperson	
II. Bewilligungsgesuch BAG (siehe entsprechendes Ablaufschema 4.3)		
8. Kostengutsprache Selbstzahler einholen	Bezugsperson	> Von Patient/Patientin unterschriebene Kostengutsprache
9. Kostengutsprache bei Sozialdienst einholen	Bezugsperson	> Kostengutsprache des Sozialdienstes
10. Abmeldung aus anderem Substitutionsprogramm	Betriebsleitung, Arzt/Ärztin	
11. Abgabe Führerschein beim Behandlungszentrum oder Strassenverkehrsamt	Patient/Patientin	> Führerschein oder Quitting für Hinterlegung beim Strassenverkehrsamt
12. Erster Bezug von DAM	Arzt/Ärztin	
13. Blutentnahme, TB-Test	Arzt/Ärztin	> Testresultate
14. Erstgespräch	Bezugsperson	
15. Erarbeitung Behandlungsplan	Arzt/Ärztin und Bezugsperson in Absprache mit externen Stellen	> Behandlungsplan

Ablaufplan





3 Aufnahmeprozedere

Ausführungen zur schematischen Darstellung

Allgemeine Empfehlungen

Um den Ablauf möglichst effizient zu gestalten, sollten folgende Punkte berücksichtigt werden:

- Bis zur ersten Verschreibung von Heroin kann Methadon an Drogenabhängige abgegeben werden.
- Der projektinterne Ablauf des Aufnahmeprozederes sollte gut koordiniert werden.



Anmeldung

Der Erstkontakt findet telefonisch statt oder die/der Interessierte erscheint persönlich im Behandlungszentrum, um sich anzumelden. Dabei werden die Personalien, die Aufnahmekriterien und die Motivation erhoben. Es werden Termine für das medizinische und soziale Indikationsgespräch vereinbart.

Medizinisches Indikationsgespräch

Die leitende Ärztin oder der leitende Arzt führt das somatische/psychiatrische Indikationsgespräch, erhebt die Defizite im somatischen/psychiatrischen Bereich und nimmt die Eintrittsuntersuchung vor. Anschliessend wird eine Urinprobe verlangt.

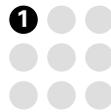
Soziales Indikationsgespräch

Es werden die detaillierten Angaben zu folgenden Punkten erhoben:

1. Erhebung der Personalien, der Motivation und der involvierten Stellen
2. Mündliche Überprüfung der Aufnahmekriterien im Gespräch mit der drogenabhängigen Person (Anzahl Jahre der Abhängigkeit, Alter, soziale und psychische Defizite und Entzugs-/Therapieversuche)
3. Kopie des Krankenkassenprämienausweises und der Identitätskarte verlangen
4. Behandlungsbeschreibung, Hausordnung und Einverständniserklärung mündlich erläutern und schriftlich abgeben (Einverständniserklärung sollte vor der Indikationskonferenz unterzeichnet sein).
5. Einverständniserklärung für die Anforderung der Berichte über die Entzugsversuche und die Substitutionsprogramme unterschreiben lassen.

Prüfung der Aufnahmekriterien

■ Alter	Identitätsausweis
■ aktuelle BtM-Abhängigkeit	Resultat Urinprobe
■ 2-jährige Abhängigkeit	telefonische Anfrage bei Hausarzt bzw. Hausärztin oder sozial-/medizinischen Stellen; schriftliche Berichte anfordern
■ soziale, psychologische und med. Defizite	Eigenangaben, Berichte externer Stellen
■ gescheiterte Behandlungsversuche	schriftliche Berichte von den behandelnden Stellen (evtl. telefonische Anfrage)



3 Aufnahmeprozedere

Indikationskonferenz

Teilnehmende sind der/die Stellenleiter/in, der/die leitende Arzt bzw. Ärztin und Bezugsperson oder Sozialarbeiter/in. Die Konferenz entscheidet über die Antragsstellung an das BAG bezüglich Aufnahme einer Person in die Behandlung. Die Bezugsperson wird definitiv zugewiesen. Falls keine Einigung der Konferenz zustande kommt, entscheidet die im Betriebskonzept definierte Person bzw. Instanz.

Bewilligungsgesuch

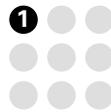
Das Bewilligungsgesuch wird wie folgt weitergereicht: der/die leitende Arzt bzw. Ärztin > Kantonsärztin/Kantonsarzt > BAG, HeGeBe/Bewilligungen > der/die leitende Arzt bzw. Ärztin > Patient/in
Das Gesuch wird von allen beteiligten Stellen per Fax weitergeleitet. (siehe Bewilligungsverfahren, Kapitel 4.3)

Abgabe Führerschein

Falls die/der Patient/in noch im Besitz eines gültigen Führerscheines ist, wird empfohlen, den Ausweis im Zentrum hinterlegen zu lassen. Die Hinterlegung ist allerdings kein Führerausweisentzug im rechtlichen Sinne und kann nicht durchgesetzt werden. Wird trotz Hinterlegung ein Motorfahrzeug geführt hat dies deshalb keine direkten Folgen (Ausnahme: Busse wegen Nichtmitführens des Führerausweises).

Wenn es sich zeigt, dass ein Patient oder eine Patientin uneinsichtig ist und trotz Aufklärung und Information nicht auf das Führen von Motorfahrzeugen verzichtet und das Behandlungszentrum dies erfährt, empfiehlt sich eine Meldung an das zuständige Strassenverkehrsamt. Art. 14 Abs. 4 des Strassenverkehrsgesetzes (SVG) bestimmt, dass jeder Arzt Personen, die wegen körperlicher oder geistiger Krankheiten oder Gebrechen oder wegen Süchten zur sicheren Führung von Motorfahrzeugen nicht fähig sind, der Aufsichtsbehörde für Ärzte und der für Erteilung und Entzug des Führerausweises zuständigen Behörde melden kann. Art. 17 Abs. 1^{bis} SVG regelt den Führer- oder Lernfahrausweisentzug; dieser kann auf unbestimmte Zeit entzogen werden, wenn der Führer wegen Trunksucht oder anderer Suchtkrankheiten, aus charakterlichen oder anderen Gründen nicht geeignet ist, ein Motorfahrzeug zu führen. Mit dem Entzug wird eine Probezeit von mindestens einem Jahr verbunden. Beim Entzug aus medizinischen Gründen entfällt die Probezeit. Bezüglich Radfahren gilt gemäss Art. 19 Abs. 2 SVG, dass Personen nicht radfahren dürfen, die sich infolge körperlicher oder geistiger Krankheiten oder Gebrechen, wegen Trunksucht oder andern Süchten oder sonst nicht dafür eignen. Nötigenfalls hat die Behörde das Radfahren unter Hinweis auf die Strafandrohung des Artikels 292 des Strafgesetzbuches zu untersagen.



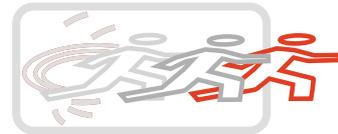


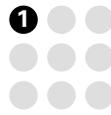
4 Behandlungsziele

Art. 1 VO Zweck

¹ Mit der heroingestützten Behandlung von schwer heroinabhängigen Personen werden folgende Ziele verfolgt:

- a. eine anhaltende therapeutische Einbindung;
- b. die Verbesserung des physischen oder psychischen Gesundheitszustandes;
- c. die Verbesserung der sozialen Integration (Arbeitsfähigkeit, Distanzierung von der Drogenszene, Abbau deliktischen Verhaltens);
- d. der dauerhafte Verzicht auf Opiatkonsum.





4 Behandlungsziele

Mittels der ärztlichen Verschreibung von Heroin sollen schwer Drogenabhängige in die Gesundheitsversorgung eingebunden werden. Dabei stehen die Verbesserung des körperlichen und/oder psychischen Gesundheitszustandes, die Verbesserung der sozialen Integration (Arbeitsfähigkeit, Distanzierung von der Drogenszene, Abbau deliktischen Verhaltens) sowie die Erhöhung des Verantwortungsbewusstseins betreffend des HIV- und Hepatitis-Infektionsrisikos im Vordergrund. Damit werden auch Voraussetzungen für das langfristige Ziel eines drogenfreien Lebens geschaffen.

Die patientenbezogenen Ziele der heroingestützten Behandlung sind:

- Überleben sichern
- Erzielen von Verbesserungen im psychischen, somatischen und sozialen Bereich
- Distanzieren von der Szene und der illegalen Heroinbeschaffung
- Abbauen von weiterem, risikoreichem, illegalem und legalem Suchtmittelkonsum
- Reduktion von Drogenkriminalität, -prostitution und sozial auffälligem Verhalten
- Schrittweise (Re-)Integration unter Berücksichtigung der individuellen und gesellschaftlichen Möglichkeiten
- Wiedererlangung von sozialer Kompetenz, Autonomie und Selbstverantwortung in der Lebensgestaltung
- Erreichen von Unabhängigkeit von illegalen und legalen Suchtmitteln

Die Ziele müssen in den verschiedenen Behandlungsphasen in ihrer Priorität abgestuft werden. Um diesen Umstand zu verdeutlichen, soll versucht werden, jeweils zwischen kurz-, mittel- und langfristigen Zielen in den verschiedenen Bereichen zu unterscheiden. Im Rahmen der konkreten Arbeit der heroingestützten Behandlung sind die jeweils gültigen Zielsetzungen grundsätzlich im Sinne eines klaren, interdisziplinär erarbeiteten Behandlungsplans (siehe Kapitel 1.5) zu individualisieren, das heißt den je spezifischen Lebensbedingungen, Voraussetzungen und Ressourcen der einzelnen Patient/innen anzupassen. Die hier aufgeführten spezifischen Ziele sind auf diesem Hintergrund als Hinweise dafür zu verstehen, welche Aspekte im Laufe der heroingestützten Behandlung zu beachten und gegebenenfalls zu bearbeiten sind.

Bereichsübergreifende Ziele und Aufgaben

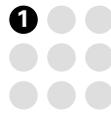
kurzfristig:

- Leisten von Krisenintervention und -management
- Kontaktaufnahme (Beziehungsangebot)
- Einbinden ins Setting
- Suchtanamnese
- Wissensvermittlung zur Risikominderung bzgl. Infektionskrankheiten (HIV/Hepatitis-Prävention)

mittelfristig:

- Konsolidierung der Beziehung zu Patient/innen
- Förderung und Beratung in den Alltagsbereichen (Gesundheit, Ernährung, Hygiene, zwischenmenschlicher Kontakt, usw.)
- Minimieren von destruktiven Verhaltensweisen (zum Beispiel Vermeiden von Konsum in Krisensituationen, Förderung von Legalverhalten, usw.)
- Befähigung zur Aufgabe von Prostitution
- Verhindern von kriminellen Verhalten
- Vermitteln von Wissen zu Angeboten des sozialen Netzwerks





4 Behandlungsziele

- Entwicklung von Zielen (hin zur Abstinenz) und Verbesserung von Selbstwahrnehmung/Realitätsbezug
- Förderung des Reintegrationsprozesses
- Aufheben der Isolation und Aufbau von Solidarität
- Förderung der Interaktionsfähigkeit
- Erhalten des Erreichten/Rückfallprävention (Distanz zur Drogenszene, Tagesstruktur)
- Überprüfung eigener Werte und Normen sowie Einüben neuer Verhaltensweisen innerhalb und ausserhalb von Gruppen

langfristig:

- Implementierung der erworbenen Kenntnisse und Kompetenzen ins tägliche Leben unabhängig von einer begleitenden Behandlung
- Hilfe bei der Verwirklichung/Umsetzung von Zielen
- Planung des Behandlungsaustritts und Organisation der Nachbetreuung/Vernetzung wo nötig

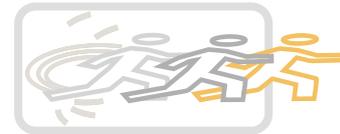
Medizinische Ziele und Aufgaben

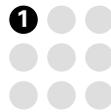
kurzfristig:

- Umfassende medizinische Anamnese (Erfassung des somatischen Status, breites Screening der Suchtsubstanz(en), Erfassung eventueller/wahrscheinlicher Polytoxikomanie)
- Indikationsstellung für die Betäubungsmittelabgabe mittels Urinproben
- Verordnung notwendiger Parallelmedikation (zum Beispiel Impfungen, Antiepileptika, usw.)
- Verordnung und Abgabe der Betäubungsmittel und Medikamente
- Behandlung vorhandener somatischer Krankheiten
- Wundpflege und –behandlung, zum Beispiel Abszesse u.a.
- Injektionshilfe und Vermitteln einer adäquaten Spritzentechnik
- Anleiten zur Venenpflege
- Lebensrettung/Krisenintervention («Erste Hilfe») bei Überdosierungsgefahr, Unverträglichkeiten (vor allem Atemstillstand, Somnolenz, schweren Histaminreaktionen, epileptischen Krampfanfällen, hypotonem Kollaps)
- Information und Beratung im Bereich Antikonception
- Information und Beratung im Bereich Risikoverhalten
- Umfassende psychiatrische Anamnese, Erfassung des psychischen Status
- (Einleitung der) Behandlung vorhandener psychiatrischer Krankheiten
- Verordnung notwendiger Parallelmedikation (Psychopharmaka, ev. Abgabe von Benzodiazepinen, usw.)

mittelfristig:

- Normalisierung der Abgabe
- Gewährleisten der Gesundheitsversorgung
- Auseinandersetzung und adäquater Umgang mit den zutage tretenden psychischen Störungsbildern
- Kontrolle und Anpassung der Medikation
- Beachtung risikobewusster Applikationsformen
- Gesundheitsförderung und –beratung (allg. Hygieneverhalten, Körperhygiene, Weitergabe von Wissen in den Bereichen Ernährung, Bewegung, ev. paramedizinischen Verfahren sowie Tätigkeiten des Alltags)
- Auseinandersetzung mit Dosierungswünschen
- Motivierung zur Selbst-Auseinandersetzung (durch Psychotherapie o.ä.)





4 Behandlungsziele

- Ausschleichen der allfälligen Benzodiazepin-Medikation (wo sinnvoll und möglich)
- Teilentzug von anderen Suchtmitteln

langfristig:

- Einrichtung einer Langzeitpflege und medizinischer Betreuung für chronifizierte/invaliden Patient/innen
- Vermittlung eines Hausarztes/einer Hausärztin (extern) bei Behandlungsaustritten und -abbrüchen
- Abklärung, Vermittlung oder Einleitung psychiatrischer und/oder psychotherapeutischer Behandlung (ev. durch Delegation)

Soziale Ziele und Aufgaben

kurzfristig:

- Umfassende soziale Anamnese nach sozialarbeiterischen Standards
- Sicherung der primären Lebensbedürfnisse durch stützende Interventionen in den Bereichen Gesundheit, Übernachten/Wohnen, Finanzen, Arbeit, Freizeit
- Orientierung an niedrigschwelligen Angeboten (Risikominimierung und minimale [Re- bzw. Nach-]Sozialisation)
- Distanzhaltung zur Drogenszene
- Unterstützung und Begleitung im Umgang mit Behörden

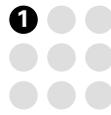
mittelfristig:

- Aufbau einer Tagesstruktur
- Festigung und Vertiefung der Betreuungsbeziehung
- Begleitung und Unterstützung bei der Einrichtung eines menschenwürdigen und zunehmend eigenverantwortlichen Lebens
- Hilfe bei der Wiederherstellung von sozialen Beziehungen (insbesondere auch zur Herkunftsfamilie)
- Regelung der finanziellen Situation
- Aufarbeitung rechtlicher Fragen
- Vermitteln von Rechtshilfe
- Verbesserung der sozialen Integration (insb. in den Bereichen Ausbildung und Arbeit)
- Vernetzung mit Institutionen (Arbeitsämter, Ausbildungsstätten, usw.)
- Bearbeiten von Sachthemen wie zum Beispiel Wohnen, Arbeit, Bussen, Schulden, Sucht, usw.

langfristig:

- Erhaltung und Förderung der sozialen Integration
- Begleitung und Unterstützung im sozialen Bereich im Hinblick auf ein selbständige(re)s Leben (Autonomieförderung)
- Einrichtung einer differenzierten Tagesstruktur mit Beschäftigung und Freizeit
- Vermittlung von bestehenden Ressourcen (soziale und berufliche Eingliederung)
- Vernetzung fortführen und ausbauen
- Gewährleisten einer Kontinuität bei Übertritten in andere Behandlungsangebote





5 Behandlungsplanung

Art. 8 Abs. 8 BetmG (DBB)

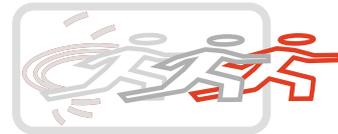
Der Bundesrat legt die periodische Überprüfung der Therapieverläufe fest, namentlich auch im Hinblick auf das Ziel der Drogenabstinenz.

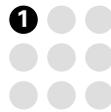
Art. 7 VO Behandlungsplan

¹ Mittels eines interdisziplinär erarbeiteten Behandlungsplanes werden die individuellen Ziele des Patienten oder der Patientin in den verschiedenen Betreuungsbereichen festgelegt.

² Das Behandlungspersonal überprüft vierteljährlich die Behandlungsziele und passt sie bei Bedarf neu an.

³ Bei der Überprüfung werden namentlich die Erfolgsaussichten hinsichtlich einer Überführung in eine andere Behandlungsform wie ein Methadonprogramm oder eine abstinenzorientierte Therapie beurteilt.





5 Behandlungsplanung

1 Grundsatz

Als Voraussetzung und primäres Ziel einer Behandlung ist der Beziehungsaufbau zwischen Patient/in und Bezugsperson (und anderen Teammitgliedern) zu nennen. Hierbei ist v.a. auf den Aspekt der Distanz-Nähe-Thematik zu achten. Die notwendige empathische Haltung auf Seiten des Teams muss mit der Fähigkeit zur professionellen Abgrenzung verbunden sein.

■ Abklärung der Angebote der Behandlungseinrichtung – Definition und Umfang der Angebote der Behandlungseinrichtung
Bevor Behandlungspläne formuliert werden, soll der Umfang der Behandlungsangebote formuliert und die Grenzen der Interventionsmöglichkeiten akzeptiert werden. Die Definition der eigenen Arbeit ist die Basis für die Erarbeitung eines Behandlungsplanes.

■ Abklärung soziales Netz und Helfersystem
Die meisten Patient/innen sind in verschiedenste Einrichtungen des sozialen Netzes eingebunden. Professionelle und freiwillige Helfer/innen mit sozialarbeiterischen, psychosozialen, psychologischen, somatisch-medizinischen, psychiatrisch-medizinischen, juristischen, kirchlichen Berufsinteressen und Berufshintergründen sind dabei involviert. Diese externen Behandlungen sind als Ergänzungen zum stelleninternen Angebot zu sehen. Diese Angebote sind je nach Region sehr unterschiedlich.

Eine Zusammenarbeit des gesamten Hilfssystems ist unabdingbar. Damit eine Zusammenarbeit möglich ist, müssen die verschiedenen Angebote der jeweiligen Region bekannt sein. Bei jedem/jeder Patient/in soll das Helfer/innensystem ausgemacht, Zuständigkeiten geklärt und gemeinsame Zielsetzungen erarbeitet werden.

■ Behandlungsziele (siehe Kapitel 1.4)
Auf der Basis der Patient/innenabklärung, der Definition und des Umfangs der Angebote der Behandlungszentren, sowie des involvierten Helfersystems sollen realistische Behandlungsziele formuliert werden.

Die Behandlungsplanung muss berücksichtigen, dass die Entwicklungen beeinflusst werden durch

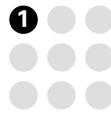
- a) die persönlichen Ressourcen des/der Patienten/in,
- b) der Sucht zugrundeliegende oder assoziierte körperliche und seelische Leidenszustände und Krankheiten,
- c) das soziale Umfeld und
- d) die Ressourcen der behandelnden Stelle.

Eine Entwicklung kann deshalb auf verschiedensten Niveaus persönlicher und sozialer Kompetenz oder seelischer und körperlicher Gesundheit stagnieren. Abstinenz oder Austritt aus dem Programm kann deshalb nicht allein als Kriterium für eine erfolgreiche Behandlung gelten.

Es ist sinnvoll, die Behandlungsziele nach Prioritäten zu ordnen. In der Regel ist eine somatische Stabilisierung prioritär (Überleben), häufig folgt ihr die soziale Stabilisierung und erst später können beispielsweise psychotherapeutische Interventionen greifen.

■ Behandlungsphasen
Die Behandlung läuft in Phasen ab. Die verschiedenen Phasen sind bei allen Patient/innen unterschiedlich lang. Eine Stabilisierung und Konsolidierung auf unterschiedlichem Funktionsniveau kann als Zwischenziel für einen langen Zeitraum Gültigkeit haben. Die verschie-





5 Behandlungsplanung

denen Phasen der Behandlung dürfen deshalb nicht zeitlich begrenzt werden, sondern müssen individuell festgesetzt und je nach Entwicklung korrigiert werden. In jeder Behandlungsphase werden Ziele neu formuliert und der Behandlungsplan wird angepasst.

2 Individueller Behandlungsplan

Es wird ein individueller Behandlungsplan erstellt. Der individuelle Behandlungsplan erlaubt, je eigene Ziele zu definieren. Somit wird auch eine individualisierte Erfolgsbeurteilung möglich.

2.1 Basis der individuellen Behandlungsplanung

Die individuelle Behandlungsplanung basiert auf:

- Interdisziplinärer Abklärung und Indikationsstellung
- Einbezug der Patient/innen (Motivation und Zielvorstellungen, s.o.)
- Einbezug des bestehenden externen Betreuungsnetzes
- Berücksichtigung der einrichtungsspezifischen Gegebenheiten

2.2 Abklärung

Der Indikationsstellung und Behandlungsplanung geht eine umfassende Abklärung voraus. Sie beinhaltet eine somatische, psychiatrische und soziale Abklärung, eine Erfassung der Einbettung ins soziale Hilfesystem sowie die Erfassung der Lebens- und Suchtgeschichte des/der Patienten/in (Anamnese).

2.2.1 Bereichsspezifische Abklärungen

■ Somatische Abklärung

Die somatische Abklärung findet nach gängigen medizinischen Standards statt. In Anbetracht der hohen Komorbidität und bestimmter zielgruppenspezifischer Krankheitshäufungen der Patient/innenpopulation ist darauf besonders zu achten (vgl. medizinischer Eintrittsfragebogen der Begleitforschung). Ebenfalls soll auf das Gesundheitsverhalten besonderes Augenmerk gerichtet werden.

■ Psychiatrische Abklärung

Bei einer Vielzahl der Patient/innen finden wir zusätzlich zur Diagnose einer Sucht ausgeprägte psychische Leidenszustände. Viele psychische Auffälligkeiten werden durch den häufig starken Drogenkonsum kaschiert. Eine vertiefte psychiatrische Exploration ist daher sinnvoll. Diese soll nach den gängigen psychiatrischen Standards durchgeführt werden.

Psychiatrische Diagnosen werden nach gängigen internationalen Klassifikationssystemen codiert. (ICD-10; DSM-IV).

■ Abklärung der sozialen Situation

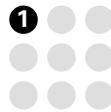
Die soziale Abklärung soll alle relevanten sozialen und persönlichen Bezüge erfassen.

2.2.2 Bereichsübergreifende Abklärungen

■ Abklärung der Einbettung ins soziale Hilfesystem

Viele der Patient/innen sind in den verschiedensten Einrichtungen des sozialen Netzes anhängig und verschiedenste Helfer/innen übernehmen vielfältigste Aufgaben. Häufig wird diese Hilfe wenig koordiniert geleistet. Eine Abklärung der Einbettung des/der Patienten/in im sozialen Hilfesystem ist notwendig. Dabei sollen Aufgabenstellungen, Zuständigkeiten sowie der Informationsfluss geklärt und schriftlich fixiert werden. Ein wichtiges Ziel dabei ist es, ein gegenseitiges Auspielen der beteiligten Stellen durch den/die Patienten/in zu verhindern.





5 Behandlungsplanung

■ Erfassung der Lebensgeschichte

Ein Grossteil der Patient/innen hat ein bewegtes Leben hinter sich und ist teilweise in dieser Zeit vielen Widerwärtigkeiten des Lebens ausgesetzt gewesen. Solche Belastungen prägen die Persönlichkeit und können schwere Störungen verursachen. Um die Patient/innen und ihre Verhaltensweisen besser verstehen zu können und somit besser auf sie eingehen zu können, ist es wichtig, ihre bisherige Lebensgeschichte zu kennen. Eine differenzierte und einfühlsame Erhebung der Lebensdaten und wichtiger Lebensschauplätze ist notwendig.

■ Erfassung der Suchtgeschichte und der Behandlungsversuche

Bei jeder neuen Behandlung von Süchtigen müssen bisherige Behandlungsversuche erfragt werden. Dabei sollen stationäre und ambulante Behandlungen erfasst werden. Es sollen die Zahl und Dauer der Entzüge, der abstinentenorientierten Therapien sowie der Substitutionsbehandlungen erhoben werden. Diese Behandlungsversuche müssen dokumentiert werden.

2.3 Zielsetzungen der Behandlungsplanung

Die individuelle Behandlungsplanung beinhaltet folgende Zielsetzungen:

- Umsetzung des allgemeinen Behandlungsauftrages auf die individuellen Bedürfnisse und Möglichkeiten des Patienten bzw. der Patientin
- Formulierung realistischer, verbindlicher und evaluierbarer Behandlungsziele
- Behandlung anstehender Probleme nach Dringlichkeit und Priorität
- Verbesserung der Compliance
- Transparenz der Behandlungszielsetzung für alle involvierten Stellen (zur Abgrenzung der individuellen Behandlungsaufträge)

2.4 Behandlungsplanung in den verschiedenen internen Aufgabenbereichen der Behandlungseinrichtung

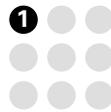
In den jeweils verschiedenen internen Funktionseinheiten können verschiedene Prioritäten und Ziele im Vordergrund stehen. Es ist sinnvoll, diese Ziele einzeln zu formulieren. Sie werden in einem interdisziplinären, individuellen Behandlungsplan zusammengefasst.

2.4.1 Abgabe

In der Abgabe wird der/die Patient/in täglich mehrmals gesehen und seine/ihre jeweilige Befindlichkeit kann hier kontinuierlich beobachtet werden. Verhaltensauffälligkeiten werden hier besonders deutlich sichtbar. Die Mitarbeiter/innen der Abgabe erleben also täglich hautnah die Befindlichkeit der Patient/innen. Die Ziele werden in einem Behandlungsplan formuliert. Schwerepunktmässig handelt es sich in der Abgabe um folgende Aufgaben und Ziele, die in die Behandlungsplanung Eingang finden:

- Training eines adäquaten sozialen und zwischenmenschlichen Verhaltens in der Abgabe
- sichere, hygienisch einwandfreie Injektionstechnik
- Gesteigertes Gesundheitsbewusstsein
- Förderung des Gesundheitsverhaltens
- Beurteilung des Beikonsums





5 Behandlungsplanung

2.4.2 Psychosoziale Betreuung (je nach Struktur der Behandlungseinrichtung)

Je nach Struktur und Angebot der behandelnden Einrichtung sind hier verschiedene Ziele in der Behandlung angebar. Falls gewisse Aufgaben ausserhalb der Behandlungseinrichtung geleistet werden, sollen die jeweiligen Verantwortlichen bekannt sein und mit ihnen eine Klärung der Aufgaben und der Kompetenzen durchgeführt werden.

In diesem Falle ist die Aufgabe in der Behandlungseinrichtung v.a. die Triage.

- Wohnsituation
- berufliche Situation, unter Berücksichtigung der Ausbildungsgrundlage
- finanzielle Situation mit Art und Weise der Bestreitung des Lebensunterhaltes, allfällige Schulden Situation, Sozialversicherungen usw.
- juristische Situation
- soziale Kontakte und persönliche Beziehungen und allfällige Partnerschaften, Freundschaften, Sexualität
- allfällige Konflikte im persönlichen und sozialen Umfeld
- Freizeitgestaltung
- Zukunftsperspektiven
- Umgang mit Beikonsum

2.4.3 Medizin/Therapie

■ Somatik

Nach einer somatischen Abklärung, und Beurteilung wird eine Behandlung geplant und es werden die adäquaten Massnahmen getroffen. Mit dem Patienten bzw. der Patientin getroffene Vereinbarungen beinhalten folgende Bereiche:

- Medikamente (Verschreibung, Dosierung und Einnahmemodus)
- Verschiedene Behandlungen
- regelmässige Laboruntersuchungen (Urin-, Blutproben, u.ä.)
- Triage (Kontrolle und Dokumentation) bei externen somatischen Behandlungen

Diese «vertraglichen» Abmachungen werden festgehalten und sind integraler Bestandteil des individuellen Behandlungsplanes. Es wird eine Krankengeschichte geführt. Die Behandlung wird dokumentiert. In der Regel sind somatische Problemstellungen prioritär anzugehen.

■ Psychiatrie

Nach einer psychiatrischen Abklärung und Beurteilung wird eine Behandlung geplant und es werden die adäquaten Massnahmen getroffen. Mit dem Patienten bzw. der Patientin getroffene Vereinbarungen über

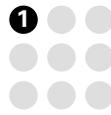
- Medikamente (Verschreibung, Dosierung und Einnahmemodus)
- Verschiedene Behandlungen,
- regelmässige Laboruntersuchungen (Urin-, Blutproben, u.ä.) und
- Triage (Kontrolle und Dokumentation) bei externen psychiatrischen Behandlungen

werden festgehalten und sind Teil des Behandlungsplanes. Es wird eine Krankengeschichte geführt. Die Behandlung wird dokumentiert. In der Behandlungseinrichtung werden Ziele formuliert und dokumentiert.

■ Psychotherapie

Falls notwendig und eine Psychotherapie möglich ist, wird eine solche installiert. Art und Ausmass der therapeutischen Strategien und besonders der gewählten Methoden und das Setting werden aufge-





5 Behandlungsplanung

führt und dokumentiert. Das Ziel der Therapie wird vom jeweiligen Therapeuten/von der jeweiligen Therapeutin mit dem/der Patienten/in besprochen. Diese inhaltlichen Ziele sind nicht Gegenstand der Behandlungsplanung.

2.5 Behandlungsplanung in Zusammenarbeit mit den übrigen Helfer/innen im sozialen Netz

Eine positive Entwicklung bei unseren Patient/innen ist am ehesten zu beobachten, wenn der/die Patient/in und die verschiedenen Involvierten über die Zielrichtung der Behandlung, die eingesetzten Mittel usw. einig sind. Damit eine gemeinsame Zielformulierung möglich wird, ist es unabdingbar, dass gemeinsam mit den externen Helfer/innen im sozialen Netz ein regelmässiger Austausch stattfindet. Dabei sollen Zuständigkeiten geklärt und gemeinsame Zielsetzungen erarbeitet und ausgetauscht werden. Der Informationsfluss soll sowohl inhaltlich wie auch formal (zum Beispiel zeitliche Abstände) klar geregelt werden. Im weiteren Verlauf der Behandlung sollen regelmässig Schnittstellen und die Zusammenarbeit und Ziele geklärt und angepasst werden. Als taugliches Instrument hat sich dabei das Gefäss einer Helfer/innen-Konferenz erwiesen. Ein erstes solches interinstitutionelles Treffen soll möglichst rasch nach Behandlungsantritt des/der Patienten/in erfolgen, danach in regelmässigen, individuell sinnvollen Abständen. In diesem Zusammenhang ist auf Fragen der ärztlich-therapeutisch-institutionellen Schweigepflicht und des Datenschutzes besonderes Augenmerk zu richten.

Die Zusammenarbeit mit den externen Helfer/innen im sozialen Netz soll fest in den Behandlungsplan eingefügt werden.

2.6 Überprüfung und Anpassung der Behandlungsplanung

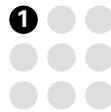
Der Behandlungsplan soll regelmässig überprüft und angepasst werden. Diese Überprüfung und Anpassung findet zusammen mit dem/der Patienten/in statt. Es sollen nach Möglichkeit alle Involvierten an solchen Standortgesprächen teilnehmen. Inwiefern die beteiligten externen Helfer/innen daran teilnehmen, muss jeweils individuell beurteilt werden. Sämtliche Änderungen im Behandlungsplan sollen dokumentiert werden.

3 Mögliche Verlaufsindikatoren

Verläufe können nach verschiedenen Indikatoren beurteilt werden. Es ist sinnvoll, somatische, psychiatrische und soziale Kriterien zu berücksichtigen. Zusätzlich soll das Verhalten in der Abgabe, mit Bezugspersonen und Mitpatient/innen sowie das Entwicklungspotential und die Ressourcen in eine Beurteilung miteinbezogen werden. Die nachfolgende Aufzählung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, genügt jedoch für eine umfassende Abklärung und Beurteilung. Die Gruppeneinteilung (a,b,c,d) in der folgenden Aufstellung bezieht sich auf den Versuch einer Typologisierung von Verlaufstypen aufgrund der Praxiserfahrung, was grundsätzlich ein heikles Unterfangen darstellt. Je nach persönlichem und ausbildungsmässigem Blickwinkel stehen andere Indikatoren für eine Verlaufsbeurteilung im Vordergrund.

Eine eventuelle Zuteilung zu einem der 4 Typen kann nur eine Momentaufnahme darstellen und ist nicht als definitiv zu betrachten. Entwicklungen in die eine wie andere Richtung sind immer möglich. Eine Typologisierung darf nicht zu einer Stigmatisierung oder einem therapeutischen Nihilismus führen. Für die Behandlungsplanung ist es jedoch sinnvoll, nach einem transparenten Abklärungsraster eine





5 Behandlungsplanung

Beurteilung durchzuführen. Regelmässige Neubeurteilungen helfen hier adäquate Behandlungspläne zu erstellen. Eine solche Typologisierung kann bei der Formulierung realistischer Behandlungsziele hilfreich sein und kann helfen sowohl bei den Patient/innen wie bei den Teammitgliedern übermässigen Erwartungsdruck abzubauen.

a. Stabilisierung, Entwicklung, soziale Integration

Patient/in lässt sich in die Behandlung einbinden. Nach einer Stabilisierungsphase findet eine positive Entwicklung statt. Eine Beziehung zu den Behandelnden ist möglich. Angebote werden genutzt, Gespräche geführt, die Strukturen der Einrichtung akzeptiert. Körperliche Krankheiten wie auch psychische Störungen können angegangen werden. Eine Entwicklung/Veränderung ist möglich, Ziele können formuliert werden, eine soziale Integration gelingt zunehmend. Keine Kontakte mehr zur Gasse. Eine Veränderung des Suchtverhaltens hat stattgefunden. Bei einigen ist beispielsweise ein Einstieg in eine Psychotherapie möglich geworden, anderen ermöglicht eine Invalidenrente die selbständige finanzielle Lebensgestaltung oder eine Arbeitstätigkeit erlaubt den selbständigen Lebensunterhalt.

Behandlungsziele:

- soziale Integration
- Abstinenz
- Austritt in eine befriedigende Situation

b. Stabilisierung mit hoher persönlicher und sozialer Kompetenz

Patient/in lässt sich in die Behandlung einbinden. Es findet eine somatische, psychische und soziale Stabilisierung statt. Viele soziale Belange werden vom Patienten bzw. der Patientin selbst gestaltet und verantwortet. Wenig Beikonsum oder nur in Belastungssituationen. Distanzierung zur Gasse. Ein Austritt aus der Behandlung wird jedoch nicht gewünscht und es wird eine langjährige heroingestützte Behandlung angestrebt. Eher depressiv konfigurierte Persönlichkeitsstruktur mit wenig Agierpotential, wenig Psychotherapiewünschen, ausreichenden persönlichen Ressourcen, häufig Invalidenrente. Gelegentlich stabilisierte Schizophrenie. Ev. HIV+/Aids.

Behandlungsziele:

- Ohne Stress der Suchtmittelbeschaffung leben
- Gesundheitliche Stabilisierung und Verhinderung von akzessorischen

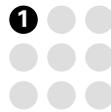
Erkrankungen

- Geld für Lebensgestaltung und nicht nur für den Suchtmittelkonsum verwenden
- Nutzung bestehender Ressourcen
- Tagesstruktur
- Entwicklungspotential (vorhanden oder verschüttet) soll und kann genutzt werden

c. Wechselnder Verlauf mit stabilen und instabilen Phasen

Patient/in lässt sich in die Behandlung einbinden. Vorerst somatische Stabilisierung. Nach einer kurzen psychischen Stabilisierung erneutes Agieren, depressive Zusammenbrüche, immer wieder kehrendes Agieren, häufig schwierig zu führen, häufiger Beikonsum. Soziale Einbettung ins lokale Hilfsnetz gelingt. Wenig Selbstverantwortung, viele Aufgaben werden ans Helfersystem delegiert. Einem ersten Entwicklungsschub folgt eine Stagnationsphase. Ein Austritt





5 Behandlungsplanung

wird nicht ins Auge gefasst, oder scheitert immer wieder. In der Regel hohe Ansprüche an sich selbst und die Behandelnden, Enttäuschungen, Entwertungen, Idealisierungen, teilweise auch Ausfälle wechseln sich ab. Kleindelinquenz möglich. Nach wie vor Gassennähe, teilweise häufig in der Szene. In der Regel emotional instabile Persönlichkeit, manchmal Persönlichkeitsstörungen, instabile Schizophrenie, Essstörungen, somatische Erkrankungen.

Behandlungsziele:

- Stressreduktion
- Gesundheitsverantwortung
- Einbettung ins soziale Netz
- Erhaltung von minimalen Ressourcen
- Ablösung von der Gasse

d. Chronisch instabil

Patient/in lässt sich nur bedingt in die Behandlung einbinden. Die einen leben weiterhin total chaotisch. Andere lassen sich sozial zwar «andocken», eine Stabilisierung wird jedoch immer wieder durch chaotische Phasen verunmöglicht. Weiterhin starker Bezug zur Gasse. Einbettung ins soziale Netz ist nur temporär möglich. Immer wieder Chaos. Hält sich wenig an Abmachungen. Disziplinarische Schwierigkeiten, Aggressionsdurchbrüche, usw. Keine zielgerichtete Behandlung möglich. Häufig «verladen». Benzodiazepin-Konsum ist hoch. Beziehungslosigkeit und -angst. Manchmal suizidal resp. selbstverletzend. Oft ausgeprägte Persönlichkeitsstörung, emotionale Instabilität. Häufig auch körperlich krank. Laufende Überprüfung des Nutzens der Behandlung ist sinnvoll.

Behandlungsziele:

- Versuch der Anbindung
- Gesundheitsverantwortung
- Beziehungsaufbau

4 Ein Leitfaden für die psychiatrische Abklärung

4.1 Familienanamnese

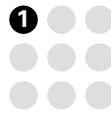
■ Psychosoziale Situation der Grosseltern und Eltern
Alter, Beruf, finanzielle Verhältnisse, Daten und Ursachen des möglichen Todes

■ Geschwister
Anzahl, Alter, Geschlecht, Familienstand, Stellung des Patienten/der Patientin in der Geschwisterreihe

■ Familienatmosphäre
Persönlichkeitsstrukturen und interaktionelle Besonderheiten von Eltern und weiteren primären Bezugspersonen, Einstellungen der Eltern zu Familie, Erziehung, Sexualität und anderen relevanten Bereichen

Familiäre Belastung mit psychiatrischen und somatischen Störungen
Psychiatrische und somatische (Erb-)Krankheiten und Behandlungen in der Familie (Verwandte 1. und 2. Grades), Suizide, Suizidversuche, Störungen durch psychotrope Substanzen, delinquentes Verhalten und andere Auffälligkeiten





5 Behandlungsplanung

4.2 Biografie der Patientin/des Patienten

■ Schwangerschafts- und Geburtsumstände
Krankheiten oder psychosoziale Auffälligkeiten während der Schwangerschaft der Mutter, Alter der Mutter und des Vaters zum Zeitpunkt der Geburt, eheliches/uneheliches Kind, Geburtsort, Art der Geburt (Früh- oder Spätgeburt, Zangengeburt oder Kaiserschnitt)

■ Frühkindliche Entwicklung
Entwicklungsschritte des Laufens, Sprechens und der Reinlichkeits-
erziehung, frühkindliche Störungen (Bettnässen, Alpträume, usw.),
Erziehungsstil und Beziehung zu Eltern und Geschwistern, emotio-
nale Besonderheiten

■ Vorschulische und schulische Entwicklung
Kindergarten, Schulentwicklung und Abschluss und damit verbunde-
ne Entwicklungsschritte (Schulwechsel, Sitzenbleiben, Stellung ge-
genüber bestimmten Fächern, Mitschüler/innen und Lehrer/innen;
äussere Faktoren mit Einfluss auf die schulische Entwicklung, zum
Beispiel Wohnortwechsel der Eltern, usw.)

■ Pubertät und frühes Erwachsenenalter
Ablösungskonflikte vom Elternhaus, sexuelle Entwicklung (Doktor-
spiele, Masturbation, hetero- und homosexuelle Kontakte, Perver-
sionen, Schwangerschaften)

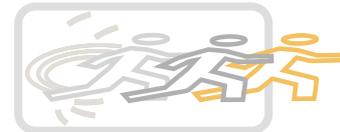
■ Berufliche Entwicklung
Militär-/Zivildienst, Gründe der Ausbildungs- und Berufswahl, Ausbil-
dungsgang und -abschluss, Hintergründe für Berufs- und Stellen-
wechsel, subjektive Befriedigung durch den Beruf

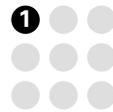
■ Partnerschaften, Ehe, Familie und Kinder
Dauer der Partnerschaften, Alter, Persönlichkeit und sozioökonomi-
scher Status der Partner/innen, Umstände der Eheschliessung, Zahl,
Alter und Herkunft der Kinder, partnerschaftliche Einstellungen (Er-
ziehungs- und Lebensstil, Sexualität)

■ Sozioökonomische Besonderheiten
Wohnverhältnisse, wirtschaftliche Situation, Zugehörigkeit zu Religi-
onsgemeinschaften, Vereinen, politischen Organisationen, soziale
Kontakte ausserhalb der Familie

4.3 Krankheitsanamnese

■ Frühere psychiatrische und somatische Erkrankungen und Be-
handlungen
Entwicklung und Art der Erkrankungen, Diagnosen
Zeitpunkt, Dauer und Verlauf von Erkrankungen, ambulanten und
stationären Therapien und psychosozialen Konsequenzen (Krank-
schreibungen, Arbeitslosigkeit, Berentung, Behinderungen, usw.)





5 Behandlungsplanung

■ Aktuelle Erkrankung

Chronologische Entwicklung der Beschwerden und Symptome
Subjektive Gewichtung von Symptomatik/Erleben der Erkrankung
Auslösesituation und dazugehörige Konfliktkonstellationen, die in Anlehnung an Dührssen (1981) folgende Problemfelder betreffen können:

- Persönliche Bindungen, Liebesbeziehungen und Familienleben
- Partnerwahl und Bindungs- bzw. Beziehungsverhalten
- Aufnahme einer neuen Beziehung
- besondere sexuelle Konflikte in der Partnerschaft
- Auftauchen von Rivalitätskonflikten, Macht- oder Geltungsansprüchen in einer Beziehung
- Konflikte in bezug auf Besitz, Eigentum
- Beziehung zu den eigenen Kindern
- Verluste durch (reale oder phantasierte) Trennung
- Verluste durch Tod
- Herkunftsfamilie (zum Beispiel Ablösungskonflikte)
- Berufsprobleme, Arbeitsstörungen und Lernschwierigkeiten
- Besitzerleben und -verhalten
- umgebender soziokultureller Raum

Art und Erfolg der bisherigen Behandlungsversuche (psychotherapeutisch, pharmakologisch, Heilpraktiker, u.a.)

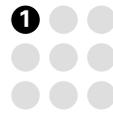
Therapiemotivation, Erwartungen an die Behandlung

Komplikationen (Selbstbeschädigung, Suizidalität, delinquentes Verhalten, Missbrauch psychotroper Substanzen)



4.4 Persönlichkeitsstruktur

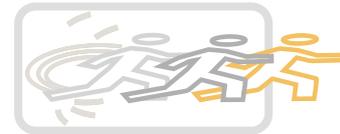
Strukturelle Dimensionen	Auffällige Persönlichkeitszüge	
Selbstwahrnehmung	abhängig (dependent)	hysterisch
Wahrnehmung von anderen	affektiv	narzisstisch
Selbststeuerung/ Impulskontrolle	anankastisch	paranoid
Abwehr	asthenisch	schizoid
Beziehungsfähigkeit	dissozial (antisozial)	selbstunsicher
Kommunikationsfähigkeit		



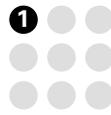
5 Behandlungsplanung

4.5 Psychopathologische Merkmalsbereiche (in Anlehnung an das AMDP-System¹)

1. Äusseres Erscheinungsbild	Kleidung, Körperpflege, Gestik, Mimik, Physiognomie
2. Verhalten in der Untersuchungssituation	Auskunftsbereitschaft, Kooperation, Simulation, Dissimulation, interaktionelles Verhalten
3. Sprechverhalten und Sprache	Klang, Modulation, Sprechstörungen (Stammeln, Stottern), Sprachverständnis und Ausdrucksvermögen
4. Bewusstsein	quantitativ (Bewusstseinsverminderung) qualitativ (Bewusstseinstrübung, -einengung, -verschiebung)
5. Orientierung	zeitlich, örtlich, situativ und zur Person
6. Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen	Auffassungsstörungen, Konzentrationsstörungen, Immediatgedächtnis, Kurz- und Langzeitgedächtnis
7. Formales Denken	Verlangsamung, Hemmung, umständliches Denken, eingegengtes Denken, Perseveration, Grübeln, Gedankendrängen, Ideenflucht, Vorbeireden, gesperrt, Gedankenabreissen, inkohärent/zerfahren, Neologismen
8. Inhaltliches Denken	nicht wahnhaft: Zwang, Hypochondrie, Phobien, überwertige Ideen formale und inhaltliche Wahnmerkmale
9. Sinnestäuschungen	Illusion, Halluzination
10. Ich-Störungen	Derealisation, Depersonalisation, Gedankenausbreitung, -entzug, -eingebung, andere Fremdbeeinflussungserlebnisse
11. Affektivität	Ratlosigkeit, Gefühl der Gefühllosigkeit, affektarm, Störung der Vitalgefühle, deprimiert/depressiv, hoffnungslos, ängstlich, euphorisch, dysphorisch, gereizt, innerlich unruhig, klagsam/jammerig, Insuffizienzgefühle, gesteigertes Selbstwertgefühl, Schuldgefühle, Verarmungsgefühle, ambivalent, Parathymie, affektlabil, Affektdurchlässigkeit (-inkontinenz), affektstarr
12. Antriebs- und psychomotorische Störungen	antriebsarm, -gehemmt, -gesteigert, motorisch unruhig, Parakinesen, Hyperkinesen, Akinese, Hypokinese, Stupor, Raptus, maniert/bizarr, theatralisch, mutistisch, logorrhöisch
13. Zirkadiane Besonderheiten	morgens schlechter, abends schlechter, abends besser
14. Sonstige Merkmale	Aggressivität Selbstbeschädigung (Automutilation) Suizidalität Krankheitseinsicht, Krankheitsgefühl sozialer Rückzug



¹ Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie



6 Behandlungsangebote

Art. 3 VO Interdisziplinarität

¹ Die heroingestützte Behandlung umfasst eine somatische, psychiatrische und soziale Betreuung.

² Die Institutionsleitung sorgt für die Kooperation und Koordination mit und unter den beteiligten Fachpersonen.

Erläuterung:

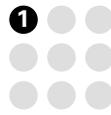
Da in der betroffenen Patient/innenpopulation in der Regel äusserst komplexe Störungsbilder vorherrschen, ist eine konsequente, interdisziplinäre Herangehensweise in der Behandlung unabdingbar. Die heroingestützte Behandlung ist daher als multidimensionaler Behandlungsansatz zu definieren, was eine gute Koordination zwischen den verschiedenen Beteiligten und mit anderen Suchtinstitutionen voraussetzt. Je nach Störungs- und Ressourcenschwerpunkt muss somatische, psychiatrische oder sozialarbeiterische Betreuung und Behandlung gewährleistet sein. Da die Problembereiche ausserdem an der Schnittstelle zwischen Gesundheitswesen, Invalidenversicherung und Öffentlicher Fürsorge angesiedelt sind, können sie ohne interdisziplinäre Zusammenarbeit nicht wirksam behandelt werden.

Die somatische, psychiatrische und psychologische Betreuung umfasst:

- Gewährleistung einer interdisziplinären Behandlung.
- Regelmässige Gespräche mit der zuständigen Bezugsperson (Einzel- oder Gruppengespräch).
- Regelmässige Gespräche mit dem behandelnden Arzt bzw. der behandelnden Ärztin.
- Angebote für Gespräche unter Einbezug von Drittpersonen (Familie, Angehörige, usw.).
- Angebote für Unterkunft (direkt vom Behandlungszentrum angeboten oder durch Vernetzung des Zentrums mit schon bestehenden Angeboten gewährleistet).
- Angebote für Tagesstrukturen (direkt vom Behandlungszentrum angeboten oder durch Vernetzung des Zentrums mit schon bestehenden Angeboten gewährleistet).

Die Vernetzung mit allen in die Behandlung und Betreuung involvierten Stellen und anderen Suchthilfeinstitutionen ist schriftlich darzulegen.





6 Behandlungsangebote

Art. 12 VO Delegation

¹ **Einzelne Behandlungs- und Betreuungsbereiche können in begründeten Ausnahmefällen an externe, qualifizierte Personen oder Institutionen delegiert werden, soweit eine koordinierte interdisziplinäre Betreuung gewährleistet bleibt.**

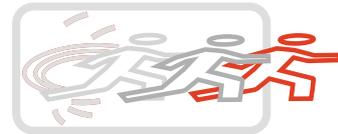
² **Die Delegation bedarf der Bewilligung durch das BAG.**

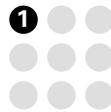
³ **Die Abgabe und Verschreibung von Heroin nach Artikel 8 kann nicht delegiert werden.**

Erläuterung:

Dieser Artikel ermöglicht kleinen und/oder gut vernetzten Behandlungszentren, vorhandene Synergien zu nutzen und auszubauen. Teilbereiche der umfassenden Behandlung können unter Wahrung der Koordination extern erbracht werden, eine professionelle Versorgung bei der Abgabe, der psychosozialen Betreuung und der Sachhilfe muss aber gewährleistet bleiben. Mit der Bewilligungspflicht durch das BAG soll eine Aushöhlung der Interdisziplinarität und eine damit verbundene Herabsetzung des Behandlungsstandards verhindert werden.

Die Delegation von Aufgaben im Rahmen der unmittelbaren Verschreibung, Abgabe und Applikation des Heroins bleibt ausgeschlossen. Art. 8 wird deshalb von dieser Bestimmung ausgenommen.





6 Behandlungsangebote

Exkurs zu Gruppenaktivitäten/-therapie

1 Ausgangslage

Im Gesamtversuchsplan des BAG und den Ausführungsbestimmungen zu den Versuchen zur ärztlichen Verschreibung von Betäubungsmitteln vom 11.1.93 wird in Punkt 7.3 das Behandlungsangebot, das in den Projekten geleistet werden muss, ausgeführt. Dabei wird auch ein Gespräch mit der zuständigen Bezugsperson (Einzel- oder Gruppengespräch) vorgeschrieben. In der Folge installierten die meisten Behandlungszentren Gruppenaktivitäten in ihr Behandlungskonzept. Der Charakter dieser bisher geführten Gruppenaktivitäten ist in einem breiten Spektrum anzusiedeln. So finden sich auf der einen Seite Gruppenaktivitäten in einem eigentlich therapeutischen Sinne mit ausgebildeten Gruppentherapeut/innen und klar zugrunde liegenden Therapiekonzepten, auf der anderen Seite Gruppenaktivitäten im Sinne gemeinsamer Unternehmungen wie Freizeitgestaltung, Sportaktivitäten, gemeinsamen Ausflügen usw. In diesem Spektrum werden verschiedenste Formen von Gruppenaktivitäten durchgeführt. Diese unterschiedlichen Ansätze in der Gruppenarbeit gründen in unterschiedlichen Ausbildungen der in den verschiedenen Projekten Tätigen und in unterschiedlichen Ansätzen der Behandlung von Schwerststichtigen. In zwei Tagungen, in denen sich die Gruppentherapie-/Gruppenaktivitäten-Verantwortlichen zusammenfanden, fand ein reger Austausch statt. Dabei zeigte sich, dass verschiedenste Ansätze sinnvoll angewendet werden können. Als Problem zeigte sich in allen Projekten die Schwierigkeit, die Teilnehmer/innen in regelmässige Aktivitäten einzubinden. Eine Arbeit mit Gruppen ist so nicht selten zermürend und ein regelmässiger Austausch und eine Anpassung der Behandlungskonzepte ist wichtig.



2 Warum eigentlich Gruppentherapie?

Praktisch alle Patient/innen haben grosse Schwierigkeiten, enge und befriedigende Beziehungen zu anderen herzustellen und aufrecht zu erhalten. Sie haben interpersonell kaum oder wenn, dann deutlich gestörte Verhaltensmuster.

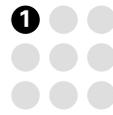
Eine der therapeutischen Hauptaufgaben besteht deshalb darin, die Beziehungsfähigkeit der Patient/innen zu fördern. Ein wesentliches therapeutisches Instrument stellt dabei die Gruppentherapie dar. In einer Gruppentherapiesituation wiederholen die Patient/innen ihre lebenslang gewohnten Stile der Beziehungsaufnahme.

Daraus entsteht die Möglichkeit, das Verhalten der Patient/innen an sich, mögliche auslösende Ereignisse, erwartete Reaktionen, tatsächliche Wirkungen sowie Reaktionen der anderen Gruppenmitglieder auf das jeweilige Verhalten zu thematisieren und therapeutisch zu nutzen. Eine Gruppentherapiesituation bietet den Vorteil, dass die Patient/innen direkt aus Erfahrungen lernen und neue Verhaltensweisen innerhalb der Gruppensituation ausprobieren können. Die Patient/innen erleben also in der Gruppensituation im Sinne einer dauernden Realitätsprüfung an Ort und Stelle mögliche Folgen ihres Verhaltens.

Grundsätzlich entspricht ein gruppentherapeutisches Setting im Vergleich zur dualen Situation in der Einzeltherapie eher der sozialen Realität unseres Lebens, das wir in Beziehungsgeflechten verbringen. Die Therapiegruppe kann man als einen sozialen Mikrokosmos betrachten.

Eine Gruppe bietet aber auch fortwährend herausfordernde und angsterregende interpersonale Konfrontation. Menschen, die ihr Leben lang mit Schwierigkeiten in interpersonellen Beziehungen zu kämpfen gehabt haben, stehen in einer Therapiegruppe unter ständigem Druck.

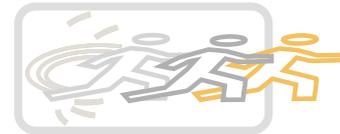
Die Gruppensituation fordert nicht nur, dass der/die Patient/in versucht, zu anderen Mitgliedern eine tiefergehende Beziehung herzustellen, sondern auch, dass diese Beziehung mit Offenheit besprochen wird. Ein/e Gruppenteilnehmer/in muss deshalb fähig sein, zumindest geringe Mengen an Frustration oder Kritik zu ertragen.



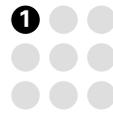
6 Behandlungsangebote

3 Verschiedene in den bestehenden Behandlungszentren angewandte Gruppenaktivitätssettings

Eine Umfrage bei den verschiedenen Projekten ergab unterschiedlichste Gruppenarbeitskonzepte. Es zeigte sich, dass zu Beginn eher therapeutische Konzepte im Vordergrund standen und im Verlaufe der Zeit die Konzepte sich eher Richtung gemeinsamer Aktivitäten mit Freizeitgestaltung, Ausflügen, usw. bewegten. Dies v.a. weil ein Grossteil der Teilnehmer/innen wenig Aktivitäten zeigten. Die folgende Auflistung kann die Vielfältigkeit der Gruppenarbeitsaktivitäten nur unvollständig wiedergeben. Es soll jedoch ein Versuch sein, dieses weite Feld etwas einzugrenzen.



Teilnahme	obligatorisch freiwillig
Gruppenleitung	durch Bezugsperson durch Bezugsperson u. Arzt/Ärztin durch externe/n Therapeut/in
Dauer der Gruppenaktivität:	30 Min. 60 Min. 90 Min. Nachmittag
Frequenz	wöchentlich 14-täglich
Zeitpunkt	tagsüber abends vor Heroinabgabe nach Heroinabgabe
Geschlecht	gemischt Frauengruppen
Sanktionen	keine Sperrung bei Nichterscheinen (Ausmass der Sperrung verschieden)
Charakter der Gruppen	psychoanalytisch themenzentriert Informationsvermittlung körperorientiert/Entspannung Kreativgruppen gemeinsame Lektüre gemeinsame Aktivitäten ausserhalb des Projektes Vollversammlung Gesprächstraining
Theoretischer Hintergrund	TZI psychoanalytisch Objektbeziehungstheorie Gruppenanalyse operative Gruppen körperorientiert/Entspannung Training sozialer Fertigkeiten



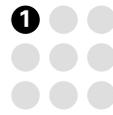
6 Behandlungsangebote

4 Überlegungen zu Settingfragen

Bevor man eine Gruppe zusammenstellt, müssen wichtige Entscheidungen über verschiedene Rahmenbedingungen gefällt werden. Unabhängig vom gewählten theoretischen Ansatz ist es wichtig, sich vor der Installierung von Gruppenaktivitäten zu den folgenden Punkten Gedanken zu machen. Es ist sinnvoll die Grundlagen des Konzeptes schriftlich festzulegen. Diese Überlegungen im Vorfeld beugen unliebsamen Überraschungen im Gruppenprozess vor und sind die Basis für die Weiterentwicklung der eigenen Gruppenarbeit. Besonderes Gewicht ist auf die Einbettung der Gruppenaktivität in den Gesamtbehandlungsplan zu richten. Die Arbeit in den Gruppen muss vom gesamten Behandlungs- und Abgabeteam ideell getragen werden.

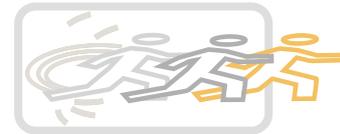


1. Äusserer Rahmen	Wo findet die Gruppe statt/ist genügend Schutz vor Ablenkung vorhanden? Gibt es die Möglichkeit im Kreis zu sitzen (mit rundem Tisch/ohne Tisch)?
2. Teilnahme	Wer? unter Zwang? freiwillig? gemischte Gruppe/geschlechtergetrennt?
3. Sanktionen	ja – nein Bei bestimmten Verhaltensweisen? bei Fehlen?
4. Offene/geschlossene Gruppe	Eine geschlossene Gruppe schliesst, einmal begonnen, ihre Pforten, nimmt keine neuen Mitglieder mehr auf und kommt gewöhnlich zu einer vorher festgelegten Zahl von Sitzungen zusammen. Eine offene Gruppe behält die gleiche Grösse bei, indem sie ausscheidende Mitglieder durch neue ersetzt.
5. Dauer	Mindestzeit fürs «Warmwerden», für die Entfaltung und Durcharbeiten der Hauptthemen der Sitzung (erfahrungsgemäss ca. 60 Min.). Aber auch keine zu langen Sitzungen wegen aufkommender Müdigkeit, Wiederholungen und daraus resultierender Ineffizienz der Gruppe (Obergrenze ca. 90 Min.)
6. Häufigkeit	In der Regel einmal pro Woche. Wenn die Gruppe mit niedriger Frequenz stattfindet, wird es sehr schwierig, sich dauerhaft auf Interaktionen in der Gruppe zu konzentrieren.
7. Gruppengrösse	Eine Mindestteilnehmer/innenzahl ist nötig, damit aus einer Anzahl von Individuen eine interagierende Gruppe wird (Idealgrösse in der Literatur von ca. 7–8 Personen). Bei zu grossen Gruppen steht für die Einzelnen immer weniger Zeit zur Verfügung um ihre Probleme durcharbeiten. (Bei eher psychoedukativen Gruppen mit primär didaktischer Vermittlung von Informationen oder strukturierten Freizeitgestaltungsgruppen kann die Gruppengrösse natürlich grösser sein)



6 Behandlungsangebote

8. Strukturierungsgrad	Ein zu hoher Strukturierungsgrad infantilisiert die Teilnehmer/innen. Ein zu geringer Strukturierungsgrad kann die Teilnehmer/innen überfordern und einen zu hohen Angstpegel errichten.
9. Leitung	Wieviele Leiter/innen? Externe/interne Leiter/innen? Kann Gruppenleiter/in auch Einzeltherapeut/in sein? Ist es sinnvoll, mehrere unterschiedliche Funktionen in einer Behandlung zu übernehmen, zum Beispiel Leitung der Gruppe, Abgabe, Betreuung und so verschiedene Aufgaben übernehmen wie zum Beispiel Grenzen setzen, Bearbeitung der Innenwelt, Strukturierung des Alltags?
10. Supervision	Von innen oder aussen?
11. Zielsetzung	Realistisch, d.h. erreichbare Ziele müssen formuliert werden, ansonsten mitagieren in unrealistischen Grössenphantasien.
12. Vor- und Nachbesprechung	Ist sinnvoll und wichtig. Am besten unmittelbar vor bzw. nach der Gruppentherapie
13. Dokumentation	Zusammenfassungen der Sitzungen unmittelbar nach der Nachbesprechung: Gerüst der Sitzung aufbauen (wichtigste 2–4 Problempunkte notieren) dann die Übergänge zwischen diesen Punkten erinnern schliesslich die Beiträge jedes Mitgliedes zu den Erörterungen aufschreiben es können auch eigene Empfindungen innerhalb und nach der Stunde notiert werden



5 Konsequenzen für die einzelnen Behandlungszentren

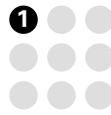
Es gibt, wie ausgeführt, keinen richtigen oder falschen Gruppentherapieansatz. Aber es ist wichtig, dass man sich über die unter Punkt 1 bis 4 formulierten Möglichkeiten und wahrscheinliche Implikationen des jeweiligen Ansatzes erst einmal bewusst wird, bevor man eine Gruppentherapie im Projekt etabliert. Dabei erscheint vor allem wichtig, dass der gewählte Gruppentherapieansatz in das jeweilige Gesamtkonzept des Projektes passt.

Innerhalb eines Projektes können auch verschiedene Gruppen nebeneinander angeboten werden. Im Sinne einer individuellen Therapieplanung können die Patient/innen gemäss ihrer Fähigkeiten in den jeweils am ehesten indizierten Gruppentherapieansatz überwiesen werden. Die Indikation könnte in ca. halbjährlich stattfindenden interdisziplinären Standortbestimmungen gestellt werden.

Gruppentherapiestunden sollten in einem Gruppentherapietagebuch dokumentiert werden. Alle drei Monate (Quartalsabschlüsse) sollte der individuelle Gruppentherapieverlauf in der persönlichen Krankengeschichte beschrieben werden.

Dieses Vorgehen dient unserem eigenen Controlling, der Legitimation gegenüber dem Leistungszahler und dient v.a. auch als Basis für etwaige Anpassungen des Settings, das in den regelmässigen Standortbestimmungen neu festgelegt wird.

Abschliessend soll betont werden, dass die Gruppentherapie in Wirksamkeitsstudien als mindestens genauso wirksam wie die Individualtherapie abschneidet. Sie kann, bewusst eingesetzt, ein sehr wirksames therapeutisches Instrument innerhalb der heroingestützten Behandlung sein.



7 Behandlungsdokumentation

Art. 20 VO Patientenbewilligung

² Die Patientenbewilligung ist zwei Jahre gültig. Sie kann in begründeten Fällen jeweils für ein Jahr erneuert werden.

³ Anträge auf Erneuerung müssen eine Dokumentation des bisherigen Behandlungsverlaufs sowie die neuen Behandlungsziele enthalten.

Für den Antrag auf Erneuerung der Patientenbewilligung wird das entsprechende Formular des BAG verwendet (siehe 4.3, Patientenbewilligung).

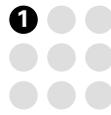
Erläuterung:

Ein effizientes Hilfsmittel zum Ausfüllen des Formulars bietet die in Art. 7 der VO vorgeschriebene Behandlungsplanung mit vierteljährlicher Überprüfung der Behandlungsziele (siehe 1.5.).

Bei der heroingestützten Behandlung handelt es sich um eine Therapie mit einem Anfang und einem Ende. Es geht darum, eine Chronifizierung in der Behandlung wenn immer möglich zu verhindern, obschon bei einem gewissen Teil der potentiellen Patienten dieser Behandlungsform die Stabilisierung des Gesundheitszustands und die Beschränkung des Konsums auf das verschriebene Heroin bereits als Behandlungserfolg verzeichnet werden kann. Das Endziel einer Rehabilitation und Eingliederung soll aber auch hier nicht aus den Augen verloren werden.

So dient die für eine Bewilligungserneuerung notwendige Behandlungsdokumentation den Behandelnden zur Überprüfung der Wirkung ihrer therapeutischen oder sozialpädagogischen Arbeit. Sie bietet Gelegenheit für eine Standortbestimmung des Patienten und hilft mit, die Therapie der jeweiligen Situation des Patienten/der Patientin optimal anzupassen.





8 Pharmakologie und Verschreibung von Diacetylmorphin¹

1. Einleitung

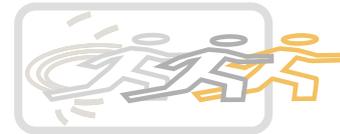
Dass Opiate bereits im Altertum zur Analgesie verwendet wurden, ist bei den damals verhältnismässig hochstehenden medizinischen Kenntnissen nicht weiter verwunderlich. Schon bei den alten Römern waren Fälle von Opiatabhängigkeit bekannt, ein bekanntes Beispiel ist Marcus Aurelius. Der zweckentfremdete Gebrauch von Opiaten setzte sich bis heute fort. Diacetylmorphin wurde 1874 entdeckt. 1898 stellte die Firma Bayer erstmals industriell aus Rohopium Diacetylmorphin her und brachte es unter dem Namen Heroin auf den Markt. Synonyme für Diacetylmorphin: Diamorphin, Acetomorphin, Heroin.

Menschen mit einer Opiatabhängigkeit konsumieren Heroin aus verschiedenen Gründen. Während einige von ihnen ein Flasherlebnis suchen, also eine rasche Sättigung der Opiatrezeptoren anstreben, und so grössere Mengen in niedriger Frequenz applizieren, um so das körpereigene Belohnungssystem künstlich zu stimulieren, profitieren andere eher von einer Dauersättigung der Opiatrezeptoren und applizieren kleinere Mengen in höherer Frequenz, um so eine Distanz von ihren psychischen oder psychosozialen Problemen zu gewinnen. In der illegalen Drogenszene werden drei Hauptapplikationsarten für Heroin angewandt. Bei den "Einsteigern" kommen meistens Folienrauchen (chasing the dragon) oder pernasales Schnupfen (snorting) zur Anwendung. Durch späteres Umstellen auf intravenösen Konsum wird die Bioverfügbarkeit und die Anflutgeschwindigkeit soweit erhöht, dass, zumindest vorübergehend, Kosten eingespart und der erwünschte Effekt verstärkt werden können. Mittels einer fundierten Anamnese lassen sich Dauer der Opiatabhängigkeit, frühere Applikationsarten, aktuelle Applikationsart und -frequenz, erwünschter Effekt sowie Beimengung anderer Substanzen eruieren und daraus eine individuell angepasste Behandlung ableiten.

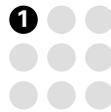
In den HeGeBe-Behandlungszentren der Schweiz kommen zur Zeit drei galenische Formen von Diacetylmorphin zur Anwendung, nämlich eine Injektionslösung (DAM-Lsg), slow-release-Tabletten (DAM-SR) und immediate-release-Tabletten (DAM-IR). Diese drei Formen ermöglichen, mit oder ohne Kombination mit Methadon, eine individuell angepasste, medikamentöse Therapie der meisten opiatabhängigen Patienten. Je nach Kombination ist es möglich, dass Patienten ein-, zwei- oder dreimal (in einzelnen Kliniken auch öfter) pro Tag in der Poliklinik zur Applikation der Betäubungsmittel erscheinen.

2. Die Pharmakokinetik des Diacetylmorphin

Bei der postoperativen Schmerzbehandlung mit Morphin werden grundsätzlich drei Verabreichungsmöglichkeiten, nämlich eine orale, rektale und eine durch Injektion (intravenös, subcutan, intramuskulär sowie rückenmarksnah). Aufgrund der starken Hyperosmolarität (10%-HCl-Lösung) besteht bei injizierbarem DAM bei subcutaner und intramuskulärer Applikation die Gefahr von Gewebsnekrosen, daher sollte hiervon Abstand genommen werden. Allen Applikationsformen ist, nach erfolgter Resorption, der Abbau identisch. Unterschiede bestehen also in der Resorptionsgeschwindigkeit und in der Bioverfügbarkeit. Oral eingenommenes DAM unterliegt, zumindest teilweise, schon vor und während der Resorption den ersten Abbauschritten.



¹ Von Dr. med. Andreas Moldovanyi,
Leitender Arzt der Zentren Lifeline und
Crossline in Zürich



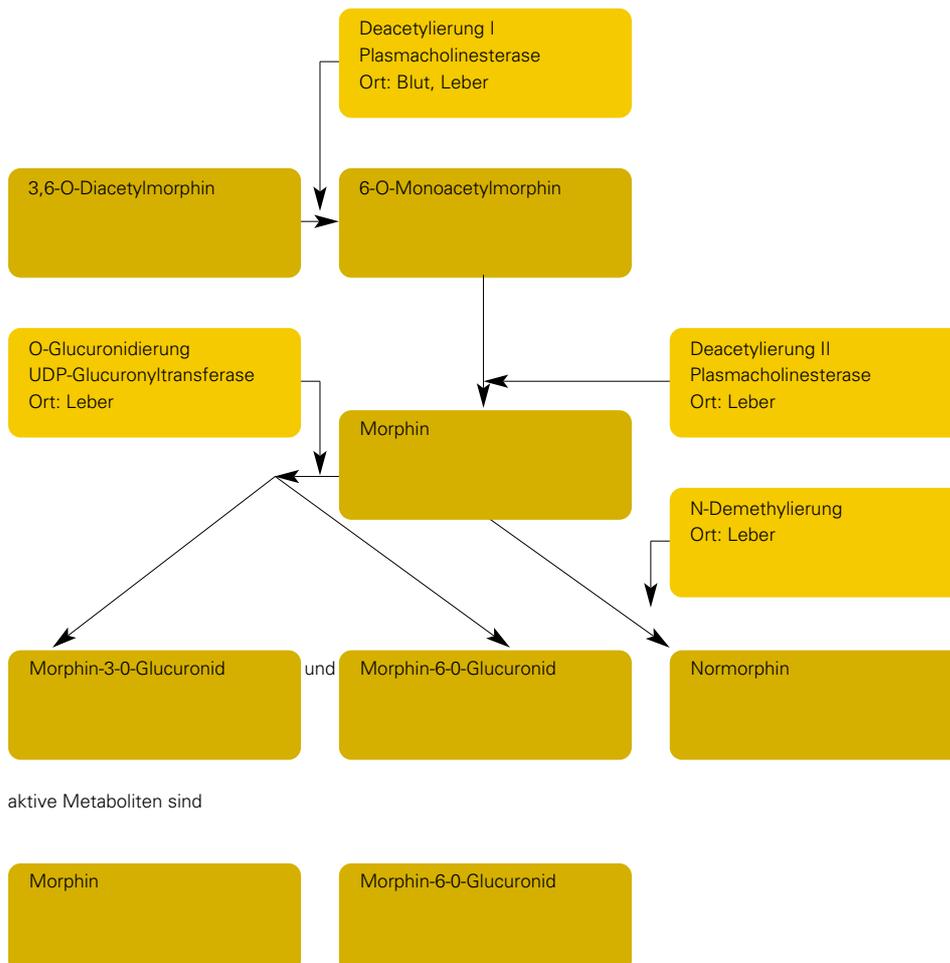
8 Pharmakologie und Verschreibung von Diacetylmorphin

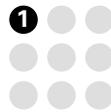
DAM-Form	Resorptionsdauer	Maximale Opiat-Serumkonzentration	maximale Wirkung nach	DAM-Bioverfügbarkeit	Opiatbioverfügbarkeit
Immediate Release Tabletten	3 h	1 h	30 Min	0%	20–40 %
Slow release Tabletten	12 h	0.5–4 h	2–3 h	0%	20–40 %
Injektionslösung intravenös	–	sofort	10 Min	100%	100 %

Die galenischen Formen im Vergleich. Die einzelnen Zahlen gelten als Anhaltspunkte und basieren nicht auf pharmakokinetischen Studien sondern grösstenteils auf empirischen Erfahrungen und auf Zahlen aus dem Bericht von Prof. Brenneisen (1997) sowie auf Morphin-Präparaten. Da DAM die Blut-Hirnschranke schneller passiert als Morphin, ist auch eine schnellere Resorption im Gastrointestinaltrakt denkbar.



Nach der Einnahme wird DAM sehr schnell metabolisiert. So ist bei enteraler Applikation bis zum Erreichen der Opiatrezeptoren möglicherweise der grösste Teil bereits zu Morphin metabolisiert. Einerseits ist DAM instabil und unterliegt einer spontanen Hydrolyse, andererseits vergeht eine gewisse Zeit, bis die Resorption erfolgt ist. Diacetylmorphin ist deutlich lipophiler als Monoacetylmorphin oder Morphin und dürfte die Blut-Hirnschranke daher am schnellsten passieren.





8 Pharmakologie und Verschreibung von Diacetylmorphin

DAM wird durch Plasmacholinesterasen im Blut und Lebercholinesterasen innert weniger Minuten (2–30) zu 6-MAM (Monoacetylmorphin) und zu Morphin deacetyliert. Nach Glucuronidierung in der Leber wird das Morphin schliesslich in glucuronidierter Form vor allem renal (90%), aber auch hepatisch (10%) ausgeschieden. Von der hepatisch ausgeschiedenen Fraktion kann ein kleiner Teil im Darm hydrolysiert und als Morphin über den enterohepatischen Kreislauf resorbiert werden. In Spuren mündet der Abbau durch Demethylierung in Normorphin. Morphin-6-0-Glucuronid erwies sich im Tierversuch bezüglich Analgesie als doppelt so wirksam wie Morphin, direkt intracerebroventrikulär appliziert sogar hundertmal so stark.

Die Plasmabindung von DAM beträgt 40%, das Verteilungsvolumen 25–40 Liter, die Clearance des Blutes 30.8 ± 2.1 ml/KgKG*min.

DAM und dessen Metaboliten erscheinen in der Muttermilch und passieren die Plazentarschranke.

Die Ausscheidung erfolgt zu 42–70% renal. Im Urin lässt sich der grösste Teil des Diacetylmorphins als glucuronidiertes Morphin, v.a. als Morphin-3-0-Glucuronid nachweisen. Ausserdem sind auch Morphin und Normorphin sowie Monoacetylmorphin (nur kurze Zeit nach intravenöser Applikation) nachweisbar. Die Abbauprodukte sind 2–4 Tage nachweisbar, wobei auch längere Zeiten beobachtet wurden.

Achtung: Bei Niereninsuffizienz kann es zu einer Kumulation von aktiven Morphin-Glucuroniden kommen.

Merke: Strassenheroin enthält in praktisch allen Fällen Acetylcodein, wodurch im Urin Acetylcodein und dessen Metabolit Codein nachweisbar sind. Dies ist bei dem in den Polikliniken abgegebenen DAM nicht der Fall. Bevor aus Urinproben falsche Schlüsse gezogen werden, muss jedoch eine verschriebene Einnahme von codeinhaltigen Präparaten ausgeschlossen werden.

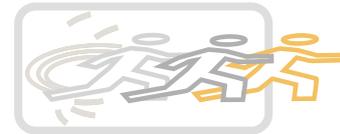
3. Galenische Formen

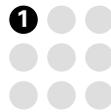
■ DAM-HCl-IR-Tabletten (Immediate Release)

Diese Tabletten beginnen bereits im Mund zu zerfallen und werden im Magen vollständig aufgelöst. Wegen der starken Bitterkeit müssen die Tabletten sofort geschluckt werden (dies vermindert zusätzlich das Schmuggelrisiko). Die Resorptionsdauer ist deutlich kürzer als bei den Retardtabletten. Das Wirkungsmaximum liegt bei 30–60 Minuten. Obwohl kein «Flash-Erlebnis» auftritt, wird von vielen Patienten ein gut spürbares Anfluten beschrieben. Der Vorteil von DAM-IR Tabletten liegt in der einfachen Handhabung und, betreffend Nebenwirkungen und Folgen, in der risikoarmen Applikationsart. Bei Sichteinnahme ist das «Schmuggel»-Risiko geringer als bei den Retardtabletten, bei einer allfälligen Mitgabe ist das Risiko für eine zweckentfremdete Applikation jedoch sicher recht hoch. DAM-IR-Tabletten sind zur Zeit mit 200 und 100 mg des Wirkstoffes erhältlich, beide sind teilbar.

■ DAM-HCl-SR Tabletten (Slow-Release- oder Retardtabletten)

Durch Einbettung in eine Tabletten-Retardmatrix erfolgt die Freisetzung von DAM zeitlich verzögert, was sich gegenüber immediate-release Tabletten in einer längeren Resorptions- und Wirkungsdauer äussert. Nach einer ersten Phase einer rascheren Freisetzung, bewirkt durch das saure Milieu im Magen, kommt es zu einem Wirkungsmaximum 1–2 Stunden nach Einnahme. Ein «Flash-Erlebnis»





8 Pharmakologie und Verschreibung von Diacetylmorphin

bleibt aus, stattdessen ist ein langsames Anfluten spürbar. Theoretisch ist es möglich durch eine Einnahme zweimal pro Tag eine relativ konstante Serumkonzentration von Opiaten zu erreichen. Dies wird nicht zuletzt auch durch die Rückresorption von Morphin über den enterohepatischen Kreislauf ermöglicht. Betreffend Nebenwirkungen handelt es sich wohl um die risikoärmste Applikationsart. Die Herstellung dieser Tabletten ist zur Zeit aufgrund geringer Herstellungsmengen relativ teuer. Die Tabletten lösen sich im Mund nicht auf und lassen sich, ohne Vorsichtsmassnahmen leichter «schmuggeln» als DAM-IR-Tabletten. Das DAM lässt sich theoretisch herauslösen und steht dann frei zur zweckentfremdeten Applikation (Injektion, rauchen, sniffen, «Cocktail» mit Kokain, Verkauf...).

■ DAM-Injektionslösung

Die Injektionslösung ist in den HeGeBe-Behandlungszentren die am meisten verschriebene galenische Form von DAM. Im Gegensatz zu «Strassenheroin» handelt es sich um reines DAM also ohne Beisein von Acetylcodein und Streckmitteln. Durch die von allen galenischen Formen am besten untersuchte Pharmakokinetik handelt es sich im Prinzip um eine gut steuerbare Form. Durch das extrem rasche Anfluten mit 100%-iger systemischer Bioverfügbarkeit bewirkt es ein ausgeprägtes «Flasherlebnis», aber auch mehr Nebenwirkungen als oral eingenommenes DAM. Bei möglichem Nebenkonsum wird es sogar sehr unberechenbar. DAM-Lösung liesse sich prinzipiell, wie Morphin-Lösung intravenös, subcutan und intramuskulär applizieren. Da es sich hierbei jedoch um eine 10%-ige HCl-Lösung handelt (i. Ggs. zur 1%-igen Morphin-Lösung resp. DAM-Lösung, wie sie in der Schmerzbehandlung angewandt wird), kann eine subkutane und/oder intramuskuläre Injektion auf Dauer, wegen der Hypertonizität, zu Gewebnekrosen führen. Klinisch manifestieren sich diese in Form von Verhärtungen, daher ist die Injektionslösung ausschliesslich zur intravenösen Applikation bestimmt.

■ Andere galenische Formen

Die in den ersten Jahren in einigen Polikliniken verschriebenen heroinhaltigen Zigaretten auf Waldmeisterbasis (sog. Reefers oder Sugarretten) wurden mittlerweile aus der Verordnungsliste gestrichen. Wegen des niedrigen Wirkungsgrades, verglühten oder verflüchtigten sich doch rund 90% des in den Zigaretten enthaltenen DAM, war eine grosse Zahl vor Ort konsumierter und mitgegebener Zigaretten mit allen damit verbundenen Nachteilen erforderlich.

Andere galenische Formen resp. Applikationsmöglichkeiten wie DAM-Pulverinhalationsaerosol und DAM-Flüssiginhalationsaerosol seien hier nur erwähnt, da für eine breitere Anwendung bisher keine geeigneten Apparaturen entwickelt wurden. Ebenso zeigten DAM-Suppositorien gegenüber Tabletten keine Vorteile.

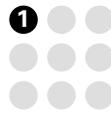
Vollständigkeitshalber seien noch die rückenmarksnahen Applikationsmöglichkeiten erwähnt: die intraspinale, die intrathekale sowie Dauerkanülen für Einzelverabreichungen von Injektionslösungen oder Dauerverabreichungen über Pumpen. Diese Möglichkeiten wurden bisher ausschliesslich zur Schmerzbehandlung bei Tumor- und Herzinfarktpatienten angewandt.

4. Wirkungen und Nebenwirkungen von Diacetylmorphin

■ Vorbemerkungen

Die Grenzen zwischen der von den Patienten erwünschten Wirkung («Flash», «Wonneschauer»), der von den Therapeuten angestrebten Wirkung (Stillen des Opiathungers) sowie den Nebenwirkungen (ins-





8 Pharmakologie und Verschreibung von Diacetylmorphin

besondere die Intoxikation) sind fließend. DAM hat keine definierte therapeutische Breite, sondern die ist aufgrund der Toleranzentwicklung individuell. Die Wirkungen und Nebenwirkungen sind dosisabhängig und können bei Toleranzentwicklung ändern.

Über die Häufigkeit der unten aufgelisteten Nebenwirkungen gibt es in der Literatur nur wenige Zahlen. Die meisten Nebenwirkungen, die regelmässig auftreten sind eher harmloser Art (z.B. Opstipation, Mundtrockenheit). Einige der aufgeführten Nebenwirkungen treten exquisit selten auf, viele von Ihnen wurden nur in Zusammenhang mit illegal konsumiertem Heroin beschrieben. Bei einer Beobachtungszeit von über 6 Jahren und einer Behandlung von bisher über 1700 PatientInnen, wurden die meisten der unten aufgeführten Nebenwirkungen nicht beobachtet. Trotzdem werden sie im Sinne der Vollständigkeit und der Sensibilisierung der verschreibenden Ärzte und Ärztinnen und des Behandlungspersonals aufgeführt.

Die Quantität und Qualität von Wirkungen und Nebenwirkungen sind teilweise mit dem Grad der Opiatgewöhnung korreliert, d.h. sie nehmen an Häufigkeit und Intensität ab. Dieser Effekt wird insbesondere bei regelmässiger Applikation und konstanter Dosierung, wie dies in den Behandlungszentren der Fall ist, erwartet. Illegaler Heroinkonsum hingegen ist charakterisiert durch einen ständigen Wechsel von Entzugs- und Intoxikationsphasen, durch das Hinzukommen von Acetylcodein, einer Fülle von Streckmitteln sowie durch die Beimischung zusätzlicher psychotroper Substanzen, wodurch das Auftreten schwerer Nebenwirkungen begünstigt werden kann.

■ Wirkungen

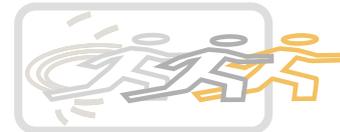
Euphorie, Analgesie, beruhigender Effekt, unspezifische antipsychotische Wirkung, Anxiolyse, antitussiver Effekt. Verhinderung von Entzugssymptomen bei Opiatgewöhnung.

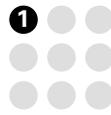
■ Nebenwirkungen

Die am häufigsten beobachteten Nebenwirkungen entsprechen den klassischen Opiatnebenwirkungen, nämlich Opstipation, Nausea und histaminvermittelte Nebenwirkungen sowie Sedation, insbesondere bei Beikonsum sedierender Substanzen. An schwereren Nebenwirkungen wurden epileptiforme Anfälle, Thrombocytopenie, Bewusstlosigkeit, Arrhythmie und orthostatischer Kollaps gemeldet. Im Sinne einer systematischen Aufzählung, unabhängig von der Häufigkeit, konnte beobachtet werden:

Zentrales Nervensystem: Sedation, Nausea, Erbrechen, Kopfschmerzen, Schwindel, Miosis (was bei vorhandener Hyperopie zu einer Sehkraftverschlechterung führen kann), Libidoverminderung, Konzentrationsstörungen, Verschlechterung der kognitiven Funktionen und der Reaktionsfähigkeit, EEG-Veränderungen, Atemdepression (mit Verminderung der Atemfrequenz und des Atemzugvolumens und konsekutiver Hypoxämie), Störung der Appetitregulation. Vegetatives Nervensystem, Gastrointestinal- und Urogenital-System: Schwitzen, Opstipation, erhöhter Druck in Ductus Choledochus und Gallenblase, Mundtrockenheit, Harnretention, Effekte auf die Leber- und Nierenfunktion, Sexualfunktionsstörung

Histaminvermittelte Nebenwirkungen: Pruritus, Urtikaria, Gesichtsrötung, lokalisierte oder generalisierte Rötung, Schwellungen der Extremitäten, Schwellung des Gesichtes (Quincke-Oedem).





8 Pharmakologie und Verschreibung von Diacetylmorphin

Herz-Kreislauf-System und Respirationstrakt: Bradykardie, Extrasystolen, Hypotonie, Synkope, periphere Vasokonstriktion, Lungenödem, Bronchokonstriktion, Status asthmaticus.

Weitere Nebenwirkungen: Veränderung des Immunsystems, Muskelhypotonie, Änderung der Kerntemperatur (Hypo- oder Hyperthermie), Zungenverfärbung, diverse endokrinologische Veränderungen (Gonaden- und Stressachse, ADH), Toleranzentwicklung, psychische und physische Abhängigkeit.

Ferner wurden in der Literatur mit Heroinkonsum assoziierte Störungen beschrieben: Leukencephalopathie, epileptische Anfälle, cerebrale Ischämie, spinale Myelopathie, Myoklonie, periphere Plexo- und Neuropathie, nichttraumatische Rhabdomyolyse, Cardiomyopathie, Myokardinfarkt, Thrombocytopenie.

■ Intoxikation

Bewusstseinstäubung, Koma, Apnoe, schwere Hypoxämie, (diese Nebenwirkungen können sekundär zu traumatischer Rhabdomyolyse, Druckneuropathie mit Muskelparesen, hypoxämischen Organschädigungen führen), Lungenödem, Herz-Kreislaufstillstand, Exitus. Pathognomonisch sind eine ausgeprägte Miosis und eine prallgefüllte Harnblase.

Bei nicht opiatgewöhnten Menschen liegt die potentiell tödliche Dosis von Diacetylmorphin bei 30 mg bei intravenöser und 100 mg bei peroraler Applikation.

■ Entzugssymptomatik

Gähnen, Unruhe, Craving, Tremor, Schüttelfrost, Schwitzen, Nasenlaufen, Muskelverkrampfungen, Schmerzzustände, Nausea, Erbrechen, Diarrhoe, Angstzustände, erhöhte Körpertemperatur, Inappetenz, Schlafstörungen, Tachykardie, arterielle Hypertonie.

Die Entzugssymptome beginnen ca. 6 Stunden nach der letzten Applikation und dauern bis zu einer Woche an.

■ Interaktionen

Potenzierende Wirkung auf die sedierende und muskelrelaxierende Wirkung von Muskelrelaxantien. Die gleichzeitige Anwendung von Hypnotika und einigen Neuroleptika kann zu einer starken Zunahme der Sedation und der Atemdepression führen.

Interaktionen sind auch bei einigen Medikamenten zur antiretroviralen Therapie bekannt (s.u.).

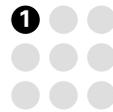
Anwendungseinschränkungen und Vorsichtsmassnahmen

Die Verschreibung von DAM ist kontraindiziert bei: Überempfindlichkeit auf DAM.

Vorsicht ist geboten bei: Niereninsuffizienz, Leberinsuffizienz, respiratorischen Erkrankungen, hirnorganischen Erkrankungen resp. bei Hirntraumata. Über den Einsatz bei schwangeren Frauen und stillenden Müttern sowie über allfällige teratogene Effekte liegen erst wenige Angaben vor, ebenso über mögliche Spätfolgen bei den betroffenen Kindern.

Eine Substitutionstherapie sollte auf keinen Fall mit einer antidepressiven Therapie mittels MAO-Hemmern, z.B. Moclobemid kombiniert werden.



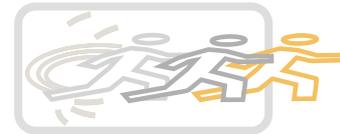


8 Pharmakologie und Verschreibung von Diacetylmorphin

Unter Therapie mit Diacetylmorphin dürfen keine Motorfahrzeuge geführt werden. Von einer Arbeit über Boden sowie an gefährlichen Maschinen sollte ebenfalls abgeraten werden.

Bei gewissen Grunderkrankungen, wie cardialen Reizleitungsstörungen, genuiner oder posttraumatischer Epilepsie, Hypothyreose, Nebenniereninsuffizienz und anderen, ist abzuklären, ob der Nutzen der Behandlung die möglichen Risiken überwiegt.

Bei Nebenkonsum von Alkohol, Benzodiazepinen, Methaqualon, Barbituraten, GHB und anderen zentral sedierenden Substanzen sind entsprechende Vorsichtsmassnahmen zu treffen.

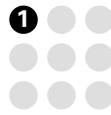


5. Indikationen

Hauptindikation für die Verschreibung von Diacetylmorphin ist eine opiatgestützte Behandlung von Opiatabhängigen. Wenige Opiatabhängige geben an, «Strassenheroin» zur Behandlung von Schmerzen zu konsumieren, die Opiatabhängigkeit sei infolge starker Schmerzen, zum Beispiel nach langer Hospitalisation nach Polytrauma entstanden und Heroin sei das einzige Mittel gewesen, das nach Entlassung geholfen habe.

Für die verschiedenen, zur Zeit verfügbaren galenischen Formen bestehen folgende Indikationen:

galenische Form	Applikationsart	Indikation	mögliche Indikation
DAM-Lösung:	Intravenös	Patienten mit intravenösem Opiatkonsum	
DAM-IR-Tabletten	peroral	primäre und sekundäre Snorter und Chaser Patienten, die im Programm intravenös konsumieren und eine risikoärmere Applikationsart wünschen. Patienten, die im Programm intravenös konsumieren und aus medizinischen Gründen nicht injizieren dürfen	
DAM-SR-Tabletten		Erzeugung einer Basiss Serumkonzentration von Opiaten Entzugssymptome zwischen den Abgabezeiten Alternative für Methadon bei Patienten mit stark beschleunigtem Methadonabbau	Adjuvante Therapie bei schizophrenen Psychosen in Verbindung mit Opiatabhängigkeit Adjuvante Schlafmedikation in Verbindung mit Opiatabhängigkeit



8 Pharmakologie und Verschreibung von Diacetylmorphin

6. Erwägungen bei zusätzlich verordneten Medikamenten

Verschiedene Medikamente haben Interaktionen mit DAM oder führen zu einer Zunahme von Nebenwirkungen. Deshalb sollte eine differenzierte Auswahl von Substanzen aus der jeweiligen Wirkungsgruppe unter Berücksichtigung der Nebenwirkungen vorgenommen werden. Hier die Wichtigsten:

■ **Antidepressiva:** Vor allem trizyklische Antidepressiva können cardiale Reizleitungsstörungen, eine Erniedrigung der Krampfschwelle, oder eine Veränderung der Schilddrüsenhormone auslösen. Im Zweifelsfall ist eine EKG-/EEG-Untersuchung und die Kontrolle der Schilddrüsenparameter empfehlenswert. Einige SSRI, zum Beispiel Fluoxetin (Fluctine®) und Fluvoxamin (Floxyfral®) können den Abbau von Methadon beeinflussen, dies ist bei einer Umstellung auf Methadon oder einer Comedikation mit Methadon zu berücksichtigen.

■ **Neuroleptika:** Hier sind ebenfalls EEG-Veränderungen mit einer Erniedrigung der Krampfschwelle zu berücksichtigen (zum Beispiel bei Clozapin (Leponex®). Ferner können Neuroleptika ebenfalls stark sedierend wirken. Im Zweifel ist die eine EEG-Untersuchung empfehlenswert.

HAART (hochaktive antiretrovirale Therapie): Mit 50% Erniedrigung soll Ritonavir (Norvir®) einen ausgeprägten Effekt auf die Serumkonzentration von DAM haben. Auf der anderen Seite wurde auch eine erhöhte Permeabilität der Bluthirnschranke beschrieben. Interaktionen mit anderen antiretroviralen Substanzen sind alle mit einem Fragezeichen versehen. Nevirapin (Viramune®), Ritonavir (Norvir®) können ausgeprägte Serumkonzentrationserniedrigung von Methadon verursachen, bei den ersten beiden ist eine Dosisanpassung um bis zu 45% notwendig. (Angaben der HIV-Sprechstunde, Universitäts-Spital Zürich).

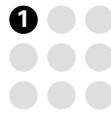
■ **Benzodiazepine:** In der Regel bewähren sich Benzodiazepine, die im Drogenmilieu unbekannt oder wenig verbreitet sind. Ausserdem sollten Benzodiazepine mit langsamerer Resorption und längeren Halbwertszeiten, zum Beispiel Diazepam (Valium®), Clonazepam (Rivotril®), Prazepam (Demetrin®), Clobazamum (Urbanyl®) bevorzugt werden. Erfolgt die Einnahme der verschriebenen Benzodiazepine gleichzeitig mit oder unmittelbar nach der DAM-Verabreichung kann eine kumulierte Sedation vermindert werden.

■ **Antiepileptika:** Barbiturate erweisen sich wegen des sedierenden Effektes häufig als problematisch. Falls eine Dauerbehandlung mit Barbituraten oder Benzodiazepinen zur Behandlung einer Epilepsie medizinisch unabdingbar ist, muss der/die PatientIn beobachtet und gegebenenfalls eine Dosisanpassung von DAM vorgenommen werden.

7. Vorgehen bei Intoxikation

Korrekte Lagerung, Sicherstellung der Atmung, ggf. Beatmung und Sauerstoffzufuhr, Applikation von Naloxon (je 2 Ampullen intramuskulär und intravenös), weitere Überwachung. Ausschluss Lungenödem. Ausschluss Mischintoxikation (zum Beispiel Alkohol oder Benzodiazepine). Ausschluss einer Intoxikation in suizidaler Absicht. Selten ist auch eine kardiopulmonale Reanimation notwendig. Bei Bedarf Hospitalisation (somatische und/oder psychiatrische Indikation).



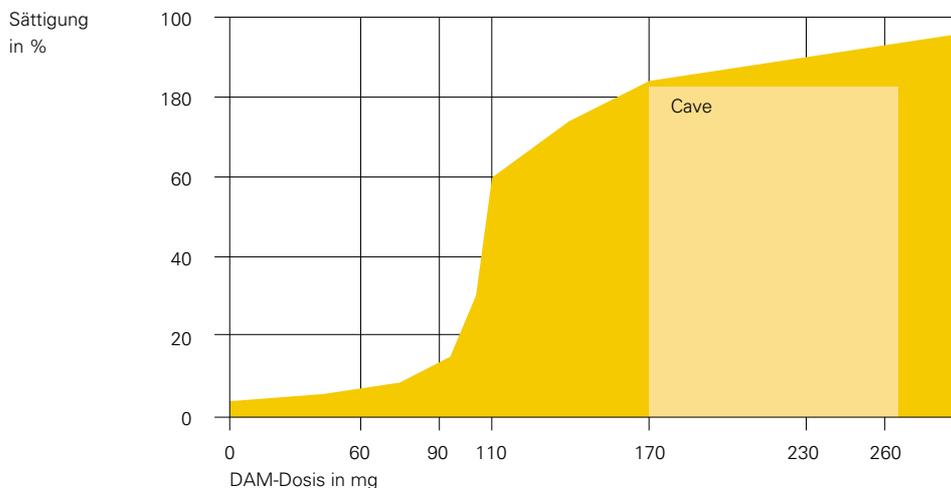
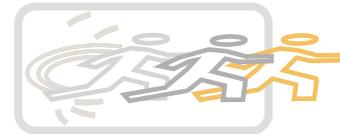


8 Pharmakologie und Verschreibung von Diacetylmorphin

8. Dosierung von Diacetylmorphin

Für die Dosierung von DAM zur Substitutionsbehandlung bei Abhängigen gibt es keine Richtlinien. Im Laufe der Jahre entwickelten die verschiedenen HeGeBe-Polikliniken eigene Schemata zur Aufdosierung, Erhaltungsdosierung sowie zur Umrechnung von DAM in Methadon. Bei der Aufdosierung zu Beginn einer Behandlung soll immer von einer sicheren Dosis ausgegangen werden.

Der Sättigungsgrad der Opiatrezeptoren ist zur DAM-Dosis nicht linear korreliert (s. Diagramm 1). Im mittleren Bereich bewirken schon kleine Dosisänderungen grosse Schwankungen im Sättigungsgrad. In diesen Bereich fallen eine starke Wirkung (Analgesie und "Flash") aber auch starke Nebenwirkungen (Sedation und Atemdepression). Die im Diagramm eingetragenen Dosen sind hypothetisch. Je nach Prädisposition und Grad der Opiatgewöhnung ver-



schiebt sich die Kurve nach rechts oder nach links.

Abhängigkeit der Rezeptorenbesetzung von der DAM-Dosis.

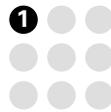
Das Rechteck markiert die Zone der gefährlichen Überschneidung von Wirkung und Nebenwirkung. Die Dosierungen sind lediglich ein Beispiel. Aufgrund von unterschiedlichen Konstitutionstypen, Erkrankungen und Interaktionen können Links- und Rechtsverschiebungen der Kurve auftreten.

Die Aufdosierung kann zwar vorausverordnet werden, jedoch muss ein täglicher Austausch mit den Patienten zur Beurteilung von Wirkung und Nebenwirkung stattfinden. Sowohl die Patienten als auch das Personal (nach Rücksprache mit einem Arzt) können die weitere Aufdosierung bei genügender Wirkung, bei Nebenwirkungen oder Intoxikation jederzeit aufheben. Eine vorsichtige Aufdosierung bei neu eingetretenen Patienten oder nach längerer Abwesenheit kann eine übermässige Sedierung oder Nebenwirkungen (insb. histaminvermittelte Nebenwirkungen) verhindern oder zumindest vermindern.

In der Aufdosierungsphase muss, mindestens während den ersten Tagen, ein/e Arzt/Ärztin anwesend sein, der Beginn der Behandlung erfolgt also mit Vorteil zu Wochenbeginn. Ausserdem müssen die Patienten bei den ersten Applikationen mindestens 30 Minuten zur Beobachtung in der Poliklinik bleiben.

Die folgenden Aufdosierungsschemata entsprechen einem möglichen Beispiel und werden so seit Jahren in den Polikliniken Lifeline und Crossline angewandt. Es gibt daneben auch andere Modelle (zum Beispiel nach Seidenberg).

Heroingestützte Behandlung August 2000



8 Pharmakologie und Verschreibung von Diacetylmorphin

8.1 Dosierung von DAM-Lösung

Aufdosierung bei Patienten, die nicht aus einer methadongestützten Behandlung kommen:

Tag 1	30 (ev. 15) - 30 - 30 mg	i.v.
Tag 2	40 - 40 - 40 mg	i.v.
Tag 3	50 - 50 - 50 mg	i.v.
Tag 8	100 - 100 - 100 mg	i.v.
Tag 9	100 - 100 - 100 mg	i.v. (Aufdosierungspause)
Tag 10	110 - 110 - 110 mg	i.v.
Tag 14	150 - 150 - 150 mg	i.v.
ab Tag 15	nach Absprache	
	300 - 300 - 300 mg	i.v. (maximale Dosierung)

Zur Verhinderung von Entzugssymptomen mit konsekutivem Konsum von Strassendrogen kann zu Beginn der Aufdosierung zusätzlich Methadon, Initialdosis 30 mg p.o., verordnet und bei Bedarf in 10 Miligrammschritten erhöht werden. Können oder wollen Patienten nur zweimal pro Tage in die Poliklinik kommen, gilt das gleiche Schema, in solchen Fällen ist die zusätzliche Verordnung von Methadon noch empfehlenswerter.

Die Aufdosierung muss/kann auf Wunsch der Patienten, bei Unverträglichkeit oder Bewusstseinstörung jederzeit gestoppt oder verzögert werden.

■ Aufdosierung bei Patienten, die aus einer methadongestützten Behandlung kommen:

Es gilt das gleiche Schema wie für Patienten, die nicht aus einem Substitutionsprogramm kommen. Sofern die regelmässige Einnahme von Methadon bestätigt ist, kann am ersten Tag die vorherige Methadondosis übernommen und gegebenenfalls auf zwei Einzeldosen aufgeteilt werden (unter Berücksichtigung der Wünsche der Patienten). Ab dem dritten Tag kann die Methadondosis alle 3 Tage um 10 mg reduziert werden. Der Abbau kann jederzeit sistiert werden, unter Umständen ist es sinnvoll, eine Reservedosis von 10- 40 mg zu verordnen.

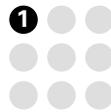
■ Erhaltungsdosis:

Nach der Aufdosierungsphase kann die letzte Dosierung als Erhaltungsdosierung übernommen werden. Für das weitere Vorgehen bei Dosisänderungen gibt es vielfältige Möglichkeiten. In den Polikliniken Lifeline und Crossline der Stadt Zürich wird folgendes Modell angewandt: Die fest verordnete Dosierung kann auf Antrag der Patienten wöchentlich geändert werden. Von Patienten geäusserte Wünsche nach höherer Dosierung werden unter Miteinbezug der Beobachtungen des Personals betreffend Wirkung und Nebenwirkungen in den Wochenrapporten besprochen, die Verordnung darf nur durch einen Arzt erfolgen. Mit der Zeit können auch intradiene Dosischwankungen eingeplant und verordnet werden.

Bei einem Wechsel der Erscheinungsfrequenz, zum Beispiel Reduktion von dreimal auf zweimal pro Tag, gibt es prinzipiell 3 Möglichkeiten:

- Ersatzloses Streichen der betreffenden Dosis
- Schrittweises Umverteilen eines Teiles der ausgefallenen Dosierung
- Zusätzliche Verordnung eines längerwirksamen Opioids (Methadon, DAM-SR).





8 Pharmakologie und Verschreibung von Diacetylmorphin

8.2 Aufdosierung mit DAM-IR-Tabletten

■ Schnelle Aufdosierung:

Patienten, die aus einer methadongestützten Behandlung kommen und eine definierte Methadondosis regelmässig einnehmen, die also opioidgewöhnt sind, können nach folgendem Schema aufdosiert werden:

Tag 1	100 - 100 - 100 mg po
Tag 2 u. 3	200 - 200 - 200 mg po
Tag 4	300 - 300 - 300 mg po
Tag 5 u. 6	400 - 400 - 400 mg po
Tag 7	500 - 500 - 500 mg po
Tag 8 u. 9	600 - 600 - 600 mg po
Tag 10	700 - 700 - 700 mg po
Tag 11	800 - 800 - 800 mg po

Mit den neuen, teilbaren Tabletten zu 100 mg DAM kann die Aufdosierung auch feiner erfolgen. Häufig ist auch eine mehrtägige Pause empfehlenswert.

■ Langsame Aufdosierung:

Patienten, die nicht in einem Methadonprogramm sind, oder bei denen eine regelmässige Einnahme nicht überprüfbar ist, die also potentiell nicht opioidgewöhnt sind, können nach folgendem Schema aufdosiert werden:

Tag 1 u. 2	100 - 100 - 100 mg po
Tag 3 u. 4	200 - 200 - 200 mg po
Tag 5 u. 6	300 - 300 - 300 mg po
Tag 7 u. 8	400 - 400 - 400 mg po
Tag 9 u. 10	500 - 500 - 500 mg po
Tag 11 u. 12	600 - 600 - 600 mg po
Tag 13 u. 14	700 - 700 - 700 mg po
Tag 15 u. 16	800 - 800 - 800 mg po

■ Erhaltungsdosis

Die letzte Dosierung der Aufdosierungsphase kann direkt in eine Erhaltungsdosierung übergeführt werden. Auch hier sind Umverteilungen und intradiene Dosisschwankungen möglich.

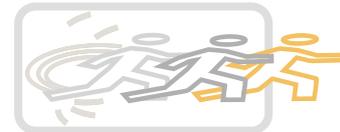
■ Kombination von DAM-Lösung mit DAM-SR-Tabletten

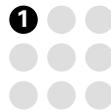
Erfüllen Patienten die Voraussetzung für die Verordnung von DAM Retard-Tabletten oder besteht eine dringende medizinische Indikation, können diese unter einer (vorübergehenden) Reduktion der entsprechenden Dosis von DAM-Lsg oder DAM-IR-Tabletten verschrieben werden.

Beispiel:

Verordnung vor Kombination:

DAM-Lsg: 140-160-150 mg i.v.
Umstellungsphase:
DAM-Lsg: 140-160-120 mg i.v.
DAM-SR-Tbl: 0-0-100 mg p.o.
Schlussdosierung:
DAM-Lsg: 140-160-150 mg i.v.
DAM-SR-Tbl: 0-0-100 mg p.o.





8 Pharmakologie und Verschreibung von Diacetylmorphin

8.3 Kombination DAM mit Methadon

Trotz einer gewissen Stigmatisierung der Substanz Methadon unter den Drogenabhängigen sollte eine Kombination mit Methadon aus folgenden Gründen angestrebt werden:

- verringerte Gefahr von unerwünschten Nebenwirkungen
- erleichterte Umstellung auf Methadon bei Abwesenheit
- erleichterte Umstellung bei Übertritt in ein Methadonprogramm
- eventuell Verringerung von Craving nach Nebenkonsum von Strassendrogen
- erhöhte Mobilität der Patienten
- günstiger Preis

Für die Einnahme von Methadon gibt es diverse Möglichkeiten: Einmaldosierung, aufgeteilte Dosierung, Reservedosierung, Sichteinnahme oder Mitgabe.



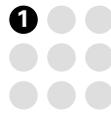
10. Die Umstellung DAM-Methadon und Methadon-DAM

In den Polikliniken Lifeline und Crossline der Stadt Zürich wurde die Erfahrung gemacht, dass ein Wechsel von Diacetylmorphin zu Methadon, zumindest was die Dosierung betrifft, meist problemlos erfolgte. Allfällige Unzufriedenheiten rührten in der Regel vom Wechsel der Anflutungszeiten und von der Ablehnung von Methadon als Substanz her. Patienten, die aus disziplinarischen Gründen vorübergehend ganz oder teilweise auf Methadon umgestellt werden, tolerieren die Umstellung meist schlechter als jene, bei denen die Umstellung wegen einer Ferienabwesenheit erfolgt. Wichtige Voraussetzung für eine Umstellung oder einen befristeten Ersatz sind Kenntnisse über die Äquivalenzdosierungen der verschiedenen Substanzen respektive über die galenischen Formen.

Je nachdem aus welchen Gründen und in welche Richtung ein Wechsel erfolgt, müssen verschiedene Faktoren berücksichtigt werden, um eine akzidentelle Überdosierung zu vermeiden. Kommt ein/e PatientIn zum Beispiel aus den Ferien zurück, ist immer potentiell damit zu rechnen, dass zwischenzeitlich ein geplanter oder unfreiwilliger Entzug stattgefunden hat, (durch Beschlagnahmung, Diebstahl, Verlust, Verkauf des Methadons, Gefängnis, oder Spitalaufenthalt usw oder eine Mitgabeverweigerung seitens des Behandlungszentrums, wenn zum Beispiel die Feriendestination ein Land ist, in das eine Einfuhr von Methadon nicht gestattet ist). Das heisst, ein möglicher Toleranzverlust mit schwerer Intoxikation bei sofortiger Wiederaufnahme der gleichen Dosis wie vor der Abwesenheit könnte die Folge sein.

■ Äquivalenzdosis

Für die Umstellung von Methadon auf DAM und umgekehrt drängt sich die Einführung eines Umrechnungsfaktors auf. Anzustreben ist eine Kontinuität der durchschnittlichen Besetzung der Opiatrezeptoren durch Opiate/Opioide, um Entzugssymptome und damit einerseits einen Nebenkonsum illegaler Drogen und andererseits eine Überdosierung durch Kumulation zu vermeiden. Bei der Umrechnung ist ferner die Opiatbioverfügbarkeit der einzelnen galenischen Formen zu berücksichtigen. Hierbei wird von einer Bioverfügbarkeit von 100% bei der DAM-Injektionslösung ausgegangen unabhängig ob intravenös, subkutan oder intramuskulär appliziert. Ausgegangen wird stets von der anzustrebenden, wirksamen Opiatdosis. Dies ergibt für die unterschiedlichen galenischen Formen von Diacetylmorphin folgende Tabelle:



8 Pharmakologie und Verschreibung von Diacetylmorphin

galenische Form	Applikationsart	Bioverfügbarkeit der Opiate (%)	applizierte Dosis	Wirkungsdosis
DAM-Lösung	intravenös	100	10 mg	10 mg
DAM-IR	peroral	30	10 mg	3 mg
DAM-SR	peroral	30	10 mg	3 mg

Bioverfügbarkeit von DAM

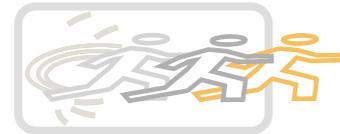
Hinweis: Bei der Umverordnung unter den einzelnen galenischen Formen respektive Applikationsarten ist der Wechsel der Anflutungsgeschwindigkeit und das damit veränderte Nebenwirkungsprofil zu berücksichtigen (s.u.).

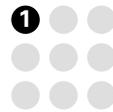
■ Umrechnung nach Seidenberg und Honegger

Seidenberg & Honegger führten 1997 zur Umrechnung zwischen zwei Opioiden mit Methadon als Referenzwert das Methadon-Aequivalent (MQ) für die Umrechnung von Einzeldosen und das Methadon-Tages-Aequivalent (MTQ) für die Umrechnung einer Tagesdosis ein. Dieses Modell sei hier als eine der Möglichkeiten kurz zusammengefasst. Basierend auf diesem Modell wurden im Laufe der Behandlungserfahrung individuelle, poliklinikspezifische Modelle entwickelt. Diese Aequivalente berücksichtigen die «entzugsverhindernde opioide Sättigung» und nicht die Substitution der Anflutung respektive des «Flash». Seidenberg & Honegger gingen davon aus, dass DAM und Methadon im Einzelkonsum bezüglich «entzugsverhindernder opioider Sättigung» etwa gleich stark wirken. Weiter gingen sie davon aus, dass DAM wie auch Morphin intravenös dreimal pro Tag, Morphin-SR zweimal und Methadon peroral und intravenös einmal pro Tag eingenommen werden muss. Aufgrund der Tatsache, dass zum Beispiel Heroin dreimal pro Tag konsumiert werden muss und die «entzugsverhindernde» Einzeldosis zwischen DAM und Methadon gleich ist, folgerten sie, dass der MTQ-Faktor für DAM-intravenös annäherungsweise den Wert 3 zugeordnet bekommt. Gleichzeitig postulierten sie, dass MTQ und MQ-Faktoren unverändert auch für Applikationsfrequenzen von zwei- oder viermal täglich angewendet werden können. Aus dieser Standard-Verordnungsform und diesen Annahmen wurden dann die Aequivalenzdosis-Richtwerte und die MTQ-Faktoren errechnet und tabellarisch zusammengefasst.

1 mg schluckbares Methadon pro Tag entspricht	1	MTQ
1 mg injizierbares Methadon pro Tag entspricht	1	MTQ
1 mg Injizierbares Methadon für Einzelkonsum entspricht	1	MTQ
100 mg Methadon pro Tag entsprechen	100	MTQ
100 mg Methadon für Einzelkonsum entsprechen aber auch	100	MTQ
3 mg injizierbares DAM pro Tag entsprechen	1	MTQ
1 mg injizierbares DAM für Einzelkonsum entspricht	1	MQ
4.5 mg injizierbares Morphin pro Tag entsprechen	1	MTQ
1.5 mg injizierbares Morphin pro Tagentsprechen	1	MQ
9 mg DAM p.o. pro Tag entsprechen	1	MTQ
3 mg DAM p.o. für Einzelkonsum entsprechen	1	MQ
4.5 mg DAM-SR p.o. für Einzelkonsum entsprechen	1	MQ

Aequivalenzdosis-Richtwerte für die entzugsverhindernde, opioide Sättigungswirkung nach Seidenberg & Honegger. Die Tabelle entstand noch vor Einführung der oralen DAM-Formen und enthielt die rauchbare Form. Die Tabelle wurde aktualisiert indem die rauchbare DAM-Form weggelassen und durch die perorale ergänzt wurde (abgesetzter Teil der Tabelle). Die Morphin-Tabletten wurden ebenfalls aus der Tabelle gestrichen.





8 Pharmakologie und Verschreibung von Diacetylmorphin

Die Angaben beim oralen DAM basieren auf folgende Annahmen: Opiatbioverfügbarkeit DAM oral vs i.v. =33%, Konsumfrequenz DAM i.v. 3mal täglich, DAM-IR-Tbl 3mal täglich, DAM-SR-Tbl 2mal täglich.

Bei Morphintabletten kann von den gleichen Zahlen wie bei den DAM-Tabletten ausgegangen werden,

	MTQ-Faktor	DAM i.v.	DAM-p.o.	Methadon p.o.
Methadon i.v.				
DAM i.v.	3		0.33	0.33 0.33
DAM-p.o.	9	0.33		0.11 0.11
Methadon p.o.	1	3	9	1
Methadon i.v.	1	3	9	1

Umrechnungstabelle für die Tagesdosen nach Seidenberg & Honegger. Die Faktoren für Morphinpräparate wurden entfernt sowie die rauchbare durch die orale Form ersetzt.

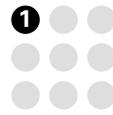
Die Umrechnungstabelle von Seidenberg birgt den Nachteil einer linearen Umrechnung, so dass sehr rasch Spitzendosierungen von Methadon erreicht werden.

■ Feste Umrechnungstabelle DAM-Methadon

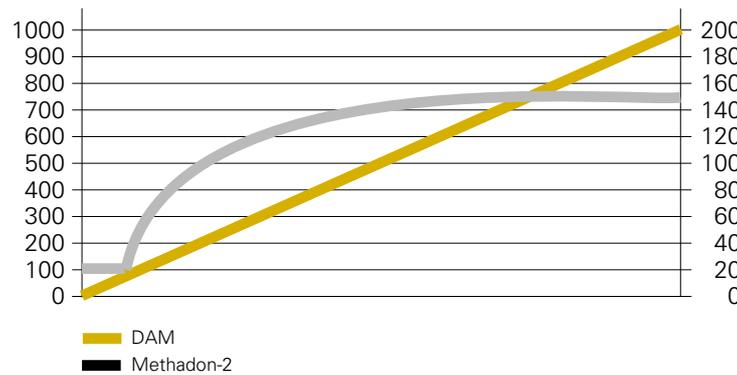
Ausgehend davon, dass 150 mg Methadon, bei normaler Resorption und normaler Abbaugeschwindigkeit wohl eine nahezu vollständige Sättigung der Rezeptoren bewirken, kann man im höheren Dosisbereich einen flacheren Anstieg wählen. Diagramm 2 illustriert die Annahme, dass die Umrechnung nicht linear korreliert. In Tabelle 8 lässt sich die Umrechnungsdosis Methadon aus der bioverfügbaren Gesamtdosis von DAM ablesen. Methadon aus einer allfälligen Basismedikation kann, bis zum Erreichen des Höchstwertes (150 mg) hinzugezählt werden. In den hohen Dosisbereichen empfiehlt sich eine Umstellung einige Tage vor einer allfälligen Abwesenheit. So kann eine kleine Zusatzdosis verordnet und diese täglich um 10 mg abgebaut werden. Oftmals sind so die Ängste der Patienten kleiner.

Beispiel: Pat X geht für eine Woche in die Ferien. Seine DAM-Gesamtdosis beträgt 1000 mg DAM/Tag. Die Umrechnungsdosis beträgt 150 mg Methadon/Tag. Es besteht nun die Möglichkeit, gem. untenstehender Tabelle, mit der Umstellung 3 Tage vor Abreise zu beginnen, dem Patienten unter Sicht eine höhere Dosis, zum Beispiel 180 mg zu verabreichen und diese täglich um 10 mg zu reduzieren.





8 Pharmakologie und Verschreibung von Diacetylmorphin



Umrechnung DAM-Methadon: nicht linearer Anstieg der Methadonäquivalenzdosis

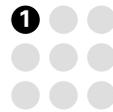
Ausgehend von diesen Annahmen und den langjährigen Erfahrungen wurde in den Polikliniken Lifeline und Crossline eine Umrechnungstabelle ausgearbeitet, laufend verfeinert und mit gutem Erfolg angewandt. Sie soll hier als Beispiel dienen. Die Anwendung einer solchen Tabelle verschafft auch gegenüber den Patienten Klarheit. In einigen anderen Polikliniken wird nach der Tabelle von Seidenberg und Honegger umgerechnet.

DAM-Dosis pro Tag	Methadon-dosis	DAM-Dosis	Methadon-dosis	DAM-Dosis	Methadon-dosis
20	20	341-360	100	681-700	135
21-40	20	361-380	105	701-720	140
41-60	20	381-400	105	721-740	140
61-80	25	401-420	110	741-760	140
81-100	30	421-440	110	761-780	145
101-120	35	441-460	110	781-800	145
121-140	40	461-480	115	801-820	150
141-160	50	481-500	115	821-840	150
161-180	60	501-520	120	841-860	150
181-200	65	521-540	120	861-880	150 (160)
201-220	70	541-560	120	881-900	150 (160)
221-240	75	561-580	125	901-920	150 (160)
241-260	80	581-600	125	921-940	150 (170)
261-280	80	601-620	130	941-960	150 (170)
281-300	85	621-640	130	961-980	150 (170)
301-320	90	641-660	130	981-1000	150 (180)
321-340	95	661-680	135	>1000	150 (180)

Umrechnungstabelle DAM-Methadon. Die Werte im Hochdosisbereich entsprechen der Zieldosis und der Dosis (in Klammern), von der ein Abbau in 1-3 Tagen auf 150 mg erfolgen kann.

Um bei einer schrittweisen Umstellung eine Überdosierung zu verhindern, muss bei jedem Zwischenschritt wieder von der ursprünglichen Dosierung ausgegangen werden.





8 Pharmakologie und Verschreibung von Diacetylmorphin

Beispiel 1: Patient X mit einer bioverfügbaren Dosis von 720 mg möchte täglich 60 mg DAM abbauen, die abgebaute Dosis durch Methadon ersetzen und schliesslich nur noch Methadon einnehmen

	DAM-Total	Differenz	Umrechnungs- dosis aus Differenz	kumulierte Differenz	Umrechnungs- dosis aus kumulierter Differenz
Ausgangsdosierung	720				
Tag 1	660	60	20	60	20
Tag 2	600	60	40	120	35
Tag 3	540	60	60	180	60
Tag 4	480	60	80	240	75
Tag 5	420	60	100	300	85
Tag 6	360	60	120	360	100
Tag 7	300	60	140	420	110
Tag 8	240	60	150	480	115
Tag 9	180	60	150	540	120
Tag 10	120	60	150	600	125
Tag 11	60	60	150	660	130
Zieldosierung	0	60	150	720	140



Beispiel 2: Umrechnung aus einer üblichen Dosierung mit Umrechnungswert < 150 mg Methadon.

	Morgen	Mittag	Abend	Dosistotal	Bioverfü- bares Total	Methadon
DAM-Lsg i.v.	170	150	170	490	490	
DAM-IR-p.o.	0	0	0			
DAM-SR-p.o.	0	0	100	100	30	
					DAM-Sub- total 520 ¹	120 ²
Methadon p.o.	0	0	20			20
					Methadon Total 140	
					Mitgabedosis 140	

¹ Total der Bioverfügbaren Dosis

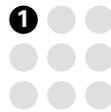
² Umrechnungsdosis aus Tabelle

Beispiel 3: Umrechnung aus einer üblichen Dosierung mit Umrechnungswert > 150 mg Methadon. In diesem Fall kann direkt eine Umstellung auf 150 mg Methadon erfolgen oder aber eine vorgängige Umstellung mit Abbau.

	Morgen	Mittag	Abend	Dosistotal	Bioverfü- bares Total	Methadon
DAM-Lsg i.v.	270	270	270	810	810	
DAM-IR-p.o.	0	0	0			
DAM-SR-p.o.	100	0	200	300	90	
					DAM-Sub- total 900 ¹	150/160 ²
Methadon p.o.	0	0	20			0
					Methadon Total 150/160	
					Mitgabedosis 150	

¹ Total der Bioverfügbaren Dosis

² Umrechnungsdosis aus Tabelle



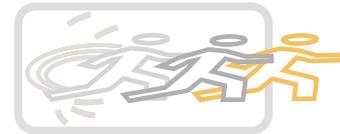
8 Pharmakologie und Verschreibung von Diacetylmorphin

■ Umstellung von Methadon auf DAM

Die Umstellung von Methadon auf DAM erfolgt prinzipiell gleich wie oben beschrieben. Zieldosis nach der Umstellung ist in der Regel jene, wie sie vor der Abwesenheit verordnet worden war. Wie oben bereits erwähnt, ist das Hauptrisiko bei der Umstellung eine akzidentelle Überdosierung. Zu berücksichtigen ist vor der Umstellung neben den Auskünften auch immer der Zustand des/der PatientIn (gesundheitlicher Zustand, Intoxikation):

1. Methadon wurde mitgegeben, die Einnahme erfolgte unter Sicht und ist bestätigt (zum Beispiel Spital, Gefängnis, betreute Reise, andere Poliklinik)
2. Methadon wurde mitgegeben, die Einnahme erfolgte aber selbständig (Ferien, auswärtige Arbeit...)
3. Methadon wurde nicht mitgegeben (Ferien in einem Land ohne Einfuhrgenehmigung, nicht geplante Abwesenheit...)

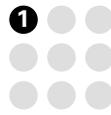
Im ersten Fall kann die Umstellung ohne weitere Probleme erfolgen. Bei einer Umstellung auf spritzbares DAM muss von einer Entwöhnung vom raschen Anfluten ausgegangen werden. Riskiert wird eine übermässige Sedation oder eine Histaminreaktion. Es ist deshalb notwendig, eine schrittweise Aufdosierung vorzunehmen. Die Dosissteigerungen können auch innerhalb eines Tages erfolgen (i.Ggs. zur herkömmlichen Aufdosierung). Die Erstdosierung soll bei ca. einem Drittel der Zieldosierung liegen jedoch 70 mg nicht überschreiten.



Beispiel: Patient x kommt nach 10 Tagen Spitalaufenthalt zurück.

Verordnung vor Abwesenheit	Morgen	Mittag	Abend	Bioverfügbare DAM-Dosis	Methadon Umrechnungsdosis
DAM-Lsg i.v.	170	150	170	490	
DAM-SR p.o.			200	60	
Methadon			20		140
Abwesenheitsverordnung					
Methadon p.o.			140		
Aufdosierung 1. Tag					
DAM-Lsg i.v.	60	80	110	250	
DAM-SR p.o.			200	60	90
Methadon	30		20		
Aufdosierung 2. Tag					
DAM-Lsg i.v.	130	150	170	450	
DAM-SR p.o.			200	60	120
Methadon			20		
Ab. 3. Tag wieder ursprüngliche Verordnung					

Im zweiten Fall muss die Opiatgewöhnung vor dem ersten Konsum überprüft werden. Dies kann durch eine aufgeteilte erste Dosierung geschehen. Ist die Gewöhnung bewiesen, kann die weitere Aufdosierung wie im ersten Fall erfolgen, ansonsten wie im dritten. Im dritten Fall muss primär zwingend von einer Opiatentwöhnung ausgegangen werden. Die Aufdosierung erfolgt wie bei einem Neueintritt ohne vorgängige Substitutionstherapie. Im Laufe der Aufdosierung ist es durch genaues Beobachten unter Umständen möglich, auch eine schnellere Gangart zu wählen und Dosiserhöhungen auch innerhalb eines Tages zu verordnen.

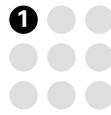


8 Pharmakologie und Verschreibung von Diacetylmorphin

11 Referenzen

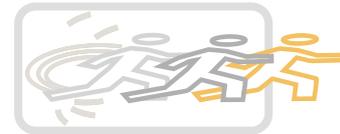
1. Brenneisen R et al: Analytik, Galenik, Pharmakodynamik und Pharmakokinetik von Diacetylmorphin. Bern, 1997.
2. Bundeli P: Die hochdosierte Heroin-Injektion: spezielle pharmakologische, klinisch-chemische, physiologische und analytisch-toxikologische Fragestellungen im Rahmen der Versuche zur ärztlich kontrollierten Verschreibung von Betäubungsmitteln. Diss. med. Bern, 1998
3. Elliot HW, Parker KD, Wright JA et al: Actions and metabolism of heroin administered by continuous intravenous infusion to man. Clin Pharmacol Ther 1971; 12: 806-814.
4. Fishmann AJ: Thrombocytopenia and heroin (letter). Ann Intern Med 1981; 94: 280-281.
5. Geistlich S: Bericht zu Schwangerschaftsverlauf und Entzugssymptomen Neugeborener in der diversifizierten Opiatabgabe. Diss. med. Zürich, 1997.
6. Gilman AG, Hardman JG, Limbird LE, Molinoff PB, Ruddon RW: Goodman and Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics; Ninth Edition; McGraw-Hill, NY
7. Gyr E: Heroin-Retardtabletten, -Kapseln und -Suppositorien: in vitro und in vivo-Studien. Diss. med. Bern, 1998.
8. Hug I: Epileptiforme Störungen bei opiatabhängigen Patienten unter intravenöser Substitutionstherapie mit Heroin, Morphin und Methadon. Diss. med. Basel, 1997.
9. Inturrisi CE, Max MB, Foley KM et al: The pharmacokinetics of heroin in patients with chronic pain. N Engl J Med 1984; 310: 1213-1217.
10. Inturrisi CE, Schultz M, Shin S et al: Evidence from opiate binding studies that heroin acts through its metabolites. Life Sci 1983; 33:773.
11. Jasinski DR, Preston KL: Comparison of intravenously administered methadone, morphine, and heroin. Drug Alcohol Depend 1986; 17: 301-310.
12. Jayawardena B, Hill DJ: Myoclonic spasms after epidural diamorphine infusion. Anaesthesia 1991; 46: 473-474.
13. Kaiko RF, Wallenstein SL, Rogers AG et al: Analgesic and mood effects of heroin and morphine in cancer patients with postoperative pain. N Engl J Med 1981; 304: 1501-1505.
14. Martin WR, Sloan JW: Neuropharmacology and neurochemistry of subjective effects, analgesia, tolerance, and dependence produced by narcotic analgesics. In Handbook of Experimental Pharmacology; Vol 45/1, Drug Addiction 1: Morphine, Sedativ/Hypnotic and Alcohol Dependence. Springer-Verlag, Berlin, 1977, pp 43-158.
15. Lockridge O, Mottershaw-Jackson N, Eckerson HW et al: Hydrolysis of diacetylmorphine (heroin) by human serum cholinesterase. J Pharmacol Exp Ther 1980; 215: 1-8.
16. Osborne R, Joel S, Trew D, Slevin ML: The analgesic activity of morphine-6-glucuronide. Lancet 1988; 1: 828.

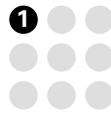




8 Pharmakologie und Verschreibung von Diacetylmorphin

17. Paul D, Standifer KM, Inturrisi CE, Pasternak GW: Pharmacological characterization of morphine-6b-glucuronide, a very potent morphine metabolite. *J Pharmacol Exp Ther* 1989; 251: 477-483.
18. Robinson SL, Rowbotham DJ, Smith G: Morphine compared with diamorphine. A comparison of dose requirements and side effects after hip surgery. *Anaesthesia* 1991; 46: 538-540.
19. Sawynok J: The therapeutic use of heroin: a review of the pharmacological literature. *Can J Physiol Pharmacol* 1986; 64: 1-6.
20. Seidenberg A, Honegger U: Methadon, Heroin und andere Opiode. Verlag Hans Huber, Bern 1998.
21. Staritz M: Pharmacology of the sphincter of Odi. *Endoscopy* 1988; 20 (suppl 1) 171-174.
22. Turner D: Diamorphine toxicity. *Anaesthesia* 1992; 47: 168-169.
23. Twycross RG: Choice of strong analgesic in terminal cancer: diamorphine or morphine? *Pain* 1977; 3: 93-104.
24. Twycross RG: Clinical experience with diamorphine in advanced malignant disease. *Int J Clin Pharmacol* 1974; 9: 184-198.
25. Twycross RG: Morphine and diamorphine in the terminally ill patient. *Acta Anaesth Scand* 1982; 74 (suppl): 128-134.
26. Wallenstein SW, Houde RW, Portenoy R et al: Clinical analgesic assay of repeated and single dose of heroin and hydromorphone. *Pain* 1990; 41: 5-13.
27. Williams FM: Clinical significance of esterases in man. *Clin Pharmacokinet* 1985; 10: 392-403.





9 Verschreibung und Mitgabe von nicht injizierbarem Heroin

Art. 8 VO Verabreichung des Heroins

¹ Die Verabreichung des Heroins hat grundsätzlich innerhalb der Institution nach Artikel 9 unter Sichtkontrolle des Behandlungspersonals zu erfolgen.

² Einzelne Dosen von nicht injizierbarem Heroin dürfen Patienten und Patientinnen mitgegeben werden, sofern sich ihr Gesundheitszustand stabilisiert hat, ihre soziale Integration (insbesondere Wohnsituation und Beschäftigung) fortgeschritten ist, sie sich von der Drogenszene fernhalten und die Verabreichung sämtlicher Dosen in der Institution die weitere soziale Rehabilitation massgeblich negativ beeinflussen würde.

³ Mitgaben von nicht injizierbaren Substanzen sind vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) für die einzelnen Patientinnen und Patienten zu bewilligen.

⁴ Mitgaben können ausschliesslich Patienten und Patientinnen gewährt werden, die in der Regel während sechs Monaten in einer ununterbrochenen heroingestützten Behandlung stehen. In begründeten Ausnahmefällen kann das BAG diese Dauer herabsetzen, jedoch nicht unter drei Monate.

⁵ Die mitgegebene Menge der nicht injizierbaren Substanzen darf eine Tagesdosis nicht überschreiten. Allenfalls weitergehende Mitgaberegulungen sind im Rahmen von wissenschaftlichen Studien zu prüfen.

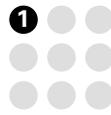
⁶ Für die Verschreibung und Mitgabe von Heroin erlässt das BAG entsprechende Weisungen und Empfehlungen. Die kantonalen Bestimmungen zur Verschreibung und Mitgabe von Morphium und Methadon und der übrigen Betäubungsmittel bleiben vorbehalten. Sie gelten sinngemäss für Heroin, wo nichts anderes bestimmt ist.

Erläuterung:

Die Mitgabe von nicht-injizierbarem Heroin kann eine therapeutische Notwendigkeit darstellen, um die schrittweise Rückübertragung der Eigenverantwortung und die Integration in eine individuelle Tagesstruktur zu ermöglichen. Mitgaben sind nur bei Patientinnen und Patienten möglich, bei denen die Gefahren der Überdosierung oder des Schwarzmarktverkaufs unwahrscheinlich sind. Die Mitgabe von injizierbarem Heroin ist aufgrund mangelhafter Kontroll- und Sicherheitsmöglichkeiten ausgeschlossen.

Die Mitgabe ist bewilligungspflichtig und kann erst beantragt werden, wenn der Patient oder die Patientin bereits 6 Monate (in Ausnahmefällen 3 Monate) in Behandlung ist. Sie muss von den verschreibungsberechtigten Ärztinnen und Ärzten und von den für die psychosoziale Betreuung zuständigen Personen für jede einzelne Patientin und jeden einzelnen Patienten mit dem entsprechenden Formular über den Kantonsarzt (Visum) beim BAG beantragt werden. Die Mitgabe darf eine Tagesdosis nicht überschreiten.





9 Verschreibung und Mitgabe von nicht injizierbarem Heroin

Eine Mitgabe kann nur erfolgen, wenn eine Notwendigkeit vorhanden ist (Erwerbstätigkeit, Ausbildung, Kinderbetreuung). Die Abhängigkeit von der mitgegebenen Dosis muss einmal monatlich durch Sichtkonsum nachgewiesen werden.

Die Mitgabe von nicht injizierbarem Heroin muss eine Ausnahme bleiben. Es ist deshalb bei jedem Patienten und bei jeder Patientin zu prüfen, ob nicht eine Substitution mit oralem Methadon statt einer Mitgabe möglich ist.

Um einem Patienten bzw. einer Patientin eine Mitgabe bis maximal einer Tagesdosis zu ermöglichen, müssen alle untenstehenden Punkte erfüllt sein.

1. Stabilisierung des Gesundheitszustands
2. Fortgeschrittene soziale Integration (nachgewiesene Erwerbstätigkeit, Ausbildung und/oder Betreuungsaufgaben)
3. Massgebliche negative Beeinflussung der sozialen Rehabilitation ohne Mitgabe
4. Kein illegaler Szenenkontakt
5. Minimale Missbrauchsgefahr
6. Behandlungsdauer mindestens 6 Monate (in Ausnahmefällen 3 Monate)

zu 2:

Ein bestehendes Arbeitsverhältnis muss dem Behandlungszentrum mit einem gültigen Arbeitsvertrag, Lohnbelegen oder Arbeitsplänen, Schulbesuch mit einer Bestätigung der Schulleitung dokumentiert werden. Die Anfahrtswege vom Wohnort des Patienten bzw. der Patientin zum Arbeits- resp. Schulort und zum Behandlungszentrum sind dabei für die Patient/innen unzumutbar lang oder die Arbeits- und Betreuungszeiten verunmöglichen eine mehrmals tägliche Anwesenheit im Behandlungszentrum. Patient/innen, die Kinder zu betreuen haben, was eine mehrmals tägliche Anwesenheit im Behandlungszentrum verunmöglicht, müssen dies belegen können.

zu 3:

Eine massgebliche Beeinträchtigung ist gegeben, wenn eine Arbeitsstelle oder eine Ausbildung wegen dem mehrmaligen Erscheinen im Behandlungszentrum nicht angetreten werden könnte oder aufgegeben werden müsste oder das Familienleben unzumutbar negativ beeinflusst würde.

zu 4:

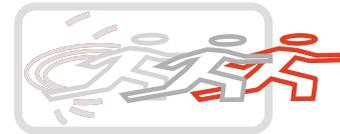
Für eine Mitgabebewilligung des BAG muss in den letzten beiden Monaten vor Beginn der Mitgabe je eine Urinprobe durchgeführt worden sein. Beide müssen negativ auf Kokain sein.

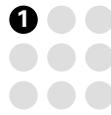
Während der Mitgabe ist monatlich mindestens eine Urinprobe durchzuführen. Bei einer positiven Urinprobe auf Kokain ist der/die Patient/Patientin zu einem Gespräch einzuladen und zu warnen. Bei einer Wiederholung ist die Mitgabe unverzüglich einzustellen.

Die Urinproben werden nicht zum Voraus angekündigt und durch das Personal kontrolliert.

zu 5:

Um die benötigte Tagesdosis regelmässig zu kontrollieren und eine missbräuchliche Verwendung nach Möglichkeit auszuschliessen, muss einmal im Monat eine Tagesdosis unter Sicht eingenommen werden.





9 Verschreibung und Mitgabe von nicht injizierbarem Heroin

Indikatoren für minimale Missbrauchsgefahr sind Zuverlässigkeit, Vertrauenswürdigkeit und ein stabiles Konsummuster, kein illegaler Konsum von Benzodiazepinen und Metaqualon sowie kein übermässiger Alkoholkonsum. Der/die Patient/in erscheint regelmässig zur Abgabe und zu den vereinbarten Gesprächsterminen. Die Verordnung der DAM Dosis ist stabil oder abnehmend.

Sind die obgenannten Voraussetzungen für eine Mitgabe nicht mehr erfüllt, muss die Mitgabe eingestellt und das BAG informiert werden. Das BAG hebt dann die Bewilligung formal auf.

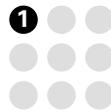
Alle Behandlungszentren müssen eine Sanktionenordnung für den Fall von Regelbrüchen etablieren. Die Patienten und Patientinnen sind darüber unterrichtet. (Siehe auch Kapitel 2.11)

Die Erfüllung der Kriterien für die Mitgabe muss in der Krankengeschichte bzw. im Behandlungsplan dokumentiert sein. Anlässlich der Besuche des BAG in den Behandlungszentren muss die Einhaltung der Kriterien und damit die Rechtfertigung der Mitgaben überprüft werden können.

Mitgaben dürfen auch im Krankheitsfall ausschliesslich an den betreffenden Patienten bzw. die betreffende Patientin ausgehändigt werden.

Die Bewilligung des BAG kann durch dieses aufgehoben werden oder läuft spätestens zusammen mit der ordentlichen, auf zwei Jahre befristeten Patientenbewilligung aus. Mit Antrag auf Verlängerung der Patientenbewilligung muss entsprechend auch ein neues Gesuch um Mitgabe über den Kantonsarzt gestellt werden.





9 Verschreibung und Mitgabe von nicht injizierbarem Heroin

DAM-Tabletten, insbesondere die Retard-Tabletten, bergen eine gewisse Verführbarkeit zum «Schmuggel»¹. Daher sollten die Indikationen sehr sorgfältig gestellt und gewisse Vorsichtsmassnahmen getroffen werden.

Folgende Massnahmen können das Risiko für eine zweckentfremdete Verwendung von DAM-Tabletten deutlich vermindern:

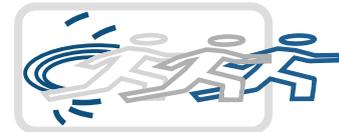
Verschreibung von DAM-SR-Tabletten erst nach einer gewissen Behandlungszeit (ausser bei dringenden Indikationen), wenn ersichtlich ist, dass die Gefahr einer missbräuchlichen Verwendung sehr gering ist.

Massnahmen bei der Abgabe:

- Beobachtung des Verhaltens und des klinischen Zustandes durch das Abgabeteam
- Regelmässige Überprüfung der Dosierung durch Beobachtung und Gespräche
- Regelmässige Gespräche über die Konsequenzen eines Missbrauchs (individuell und für die Zukunft dieser Behandlungsform)
- Sichtkontakt in der Abgabe ohne Unterbruch gewährleisten
- längerer Verbleib in der Abgabestelle der Personen mit oralem Konsum
- Abgabe nur zu Randzeiten oder getrennte Abgabe (i.v. und p.o.) wenn möglich
- Bei gemischter Applikationsform die verschiedenen Formen nicht gleichzeitig abgeben (zuerst p.o., dann i.v.)
- Wasser in durchsichtigen Gläsern bereitstellen
- Stichprobeweise unangekündigte Mundkontrollen
- bei Vollversammlungen auf die politischen und individuellen Konsequenzen bei Missbrauch von Mitgaben aufmerksam machen (soziale Kontrolle)
- schriftliche Hinweise über die Konsequenzen eines Missbrauchs (individuell und für die Zukunft dieser Behandlungsform)

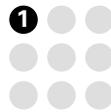
Mitgabe von Tabletten:

- Bei intravenös Konsumierenden empfiehlt sich, vorgängig zu einer Mitgabe eine 2-monatige Sichteinnahme von Tabletten statt der Injektion, um beurteilen zu können ob der/die PatientIn den Verzicht auf die Injektion gut toleriert.



¹ Gründe für «Schmuggel»:

- rel. hoher Schwarzmarktwert
- Möglichkeit zu Tauschhandel mit Kokain
- Anlegen eines "Notvorrates"
- Sammeln für Suizid
- Andere, in der Poliklinik nicht vorgesehene Applikationsart
- Erhöhung der Opiatbioverfügbarkeit bei parenteralem Konsum
- DAM-Tabletten lassen sich leicht auflösen, respektive das DAM aus den Retard-Tabletten herauslösen



10 Beikonsum und schwere Mehrfachabhängigkeit

Grundhaltungen in der Behandlung von Beikonsum

■ Das gesamte Team einer heroingestützten Behandlungsstelle muss in die spezielle Problematik von Beikonsum und Mehrfachabhängigkeit eingeführt sein und regelmässig intern weitergebildet werden.

■ Es müssen einfache, klare, bekannte und nachvollziehbare Regeln und Konsequenzen schriftlich vorhanden sein, die das Vorgehen festlegen, wenn ein Patient intoxikiert zur Abgabe erscheint. Kompetenzen und Verantwortung für Dosisreduktionen und andere Massnahmen im Zusammenhang mit Beikonsum müssen innerhalb einer Behandlungsstelle schriftlich geregelt sein.

Allgemeines diagnostisches Vorgehen

■ Als Basis für die Behandlung von Störungen durch den Gebrauch von Substanzen muss im Rahmen des Aufnahmeverfahrens und kontinuierlich während der Behandlung eine auf objektiver und subjektiver Information beruhende, sorgfältige Diagnostik des Substanzgebrauchs durchgeführt werden.

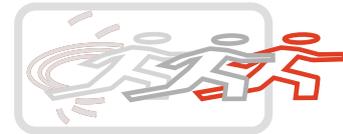
■ Die anamnestische Erhebung umfasst insbesondere den vergangenen und gegenwärtigen Substanzgebrauch sowie die Entstehungsbedingungen und aufrechterhaltenden Faktoren.

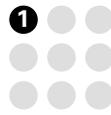
■ Weitere psychische Störungen müssen diagnostiziert werden, gegebenenfalls unter Zuhilfenahme von geeigneten standardisierten diagnostischen Instrumenten (z.B. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV SKID, Beck Depressions-Inventar BDI, Symptom check list SCL-90R mit patientenspezifischer Auswertung, etc.).

■ Weitere relevante gesundheitliche und soziale Störungen müssen ebenfalls eruiert und behandelt werden.

■ Vor Eintritt wird bei allen Patienten/innen eine Urinprobe mindestens auf Opiate, Kokain und Benzodiazepine getestet.

■ Eine systematische Dokumentation des aktuellen Beikonsums, allfälliger Intoxikationen und erhobener Untersuchungsbefunde erfolgt in der Krankengeschichte, im Pflegekardex oder in elektronischer Form im Rahmen des Abgabe-Computerprogramms.





10 Beikonsum und schwere Mehrfachabhängigkeit

Allgemeine Strategien und Interventionen im Umgang mit Beikonsum

■ Den Beikonsum aufrechterhaltende Faktoren (psychische Krankheiten, besondere Belastungen, soziale Stressoren, etc.) müssen diagnostiziert und behandelt werden.

■ Psychische, somatische und soziale Folgeschäden des Drogenkonsums sind im multidisziplinären Team durch klar bezeichnete Bezugspersonen gezielt und vernetzt zu behandeln.

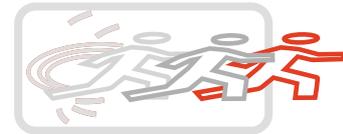
■ Beikonsum soll zwar keinen Ausschlussgrund aus der heroingestützten Behandlung darstellen. Grenzen bestehen aber insbesondere bei akuten Intoxikationen im Rahmen der unmittelbaren Abgabesituation, und zwar wegen der additiven sedativen Nebenwirkungen der involvierten Substanzen. Hier hat die unmittelbare pharmakologische Sicherheit Priorität. Solche Situationen müssen nach Möglichkeit bereits vor der Abgabe von Heroin erkannt werden, und die Dosierung muss reduziert oder verweigert werden.

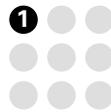
Therapeutische Haltungen im Umgang mit Sedativamissbrauch

■ Im Behandlungskonzept oder in entsprechenden Richtlinien einer Behandlungsstelle muss klar ausgewiesen sein und begründet werden, welche Haltung eine Behandlungsstelle in Bezug auf den Umgang mit Sedativa einnimmt (siehe unten S. 62).

Nachweis von Alkoholmissbrauch

■ Eine individuelle Atemalkoholmessung (AAM) in der Abgabe muss unmittelbar vor jedem Heroin-Bezug möglich sein, sei es bei klinischem Verdacht auf Alkoholintoxikation, sei es im Rahmen einer festen Verordnung. Zu diesem Zweck muss in jeder Behandlungsstelle ein entsprechendes Gerät vorhanden sein. Die Geräte müssen periodisch gewartet und neu geeicht werden. Ein verbindliches Protokoll für das Vorgehen bei erhöhten Alkoholwerten muss schriftlich vorliegen.





10 Beikonsum und schwere Mehrfachabhängigkeit

■ Beikonsum ist grundsätzlich kein Ausschlussgrund aus der heroingestützten Behandlung (Einschränkung siehe oben S. 54). Ziel ist vielmehr, auch Heroinabhängige mit zusätzlichem Gebrauch von einzelnen Substanzen oder zusätzlicher schwerer Mehrfachabhängigkeit in eine heroingestützte Behandlung zu integrieren oder sie in der Behandlung zu behalten.

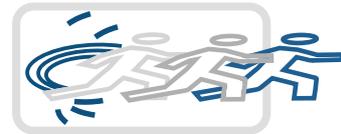
■ Im Rahmen eines Behandlungsplanungsprozesses soll mit dem Patienten/der Patientin eine gemeinsame Problemdefinition gefunden und ein auf die individuelle Situation zugeschnittener Behandlungsplan erstellt werden, der auch Aussagen zur Behandlung von Beikonsum enthält. Innerhalb klarer konzeptueller Rahmenbedingungen soll dabei eine individuelle und flexible Handhabung des therapeutischen Vorgehens möglich sein.

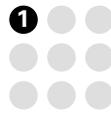
■ Zwecks Koordination, respektive Übernahme der Behandlung, sollte immer mit verschreibenden Hausärzten Kontakt aufgenommen werden.

■ Dem Patienten/der Patientin soll jederzeit die Möglichkeit eines stationären Benzodiazepinentzugs angeboten werden können.

■ Einen wichtigen Stellenwert hat die gezielte Pharmakotherapie von psychischen Begleitsymptomen und -störungen. Insbesondere psychotische Symptome und affektive Störungen müssen unabhängig ihrer Ursache lege artis mit Neuroleptika, Antidepressiva und «mood stabilizers» behandelt werden.

■ Bei einer zusätzlich zur Heroinabhängigkeit diagnostizierten schweren Mehrfachabhängigkeit stellt die dauerhafte therapeutische Anbindung in HeGeBe mit täglichem Bezug und damit täglichem Kontakt zum Hilfesystem das primäre Ziel dar.





10 Beikonsum und schwere Mehrfachabhängigkeit¹

1. Einleitung

Patienten/-innen der heroingestützten Behandlung zeigen bei Eintritt im Vergleich zu Drogenpatienten/-innen in andern Behandlungssettings tendenziell mehr und multiplern zusätzlichen Substanzgebrauch.

So haben bei Eintritt in die heroingestützte Behandlung 85% einen gelegentlichen oder regelmässigen Konsum von Kokain, meist intravenös. Bei Eintritt in eine stationäre Therapie ist dies nur bei 69% der Fall, vor Eintritt in eine Methadonbehandlung bei 70%. Benzodiazepine werden von HeGeBe-Patienten/-innen vor Eintritt in 53% der Fälle dazu konsumiert, bei Patienten/-innen, die in eine stationäre Therapie eintreten, in 24% der Fälle. 34% der HeGeBe-Patienten/-innen haben bei Eintritt einen täglichen Alkoholkonsum. Der Konsum multipler Substanzen ist also bei den meisten Patienten/-innen der heroingestützten Behandlung integrierter Teil ihrer Drogenabhängigkeit.

Vom zusätzlichen Gebrauch einzelner Substanzen durch Patienten/-innen der HeGeBe abzugrenzen ist gemäss ICD-10 die «Störung durch multiplen Substanzgebrauch F19.xx», die eigentliche schwere Mehrfachabhängigkeit im engeren Sinne, welche gemäss den diagnostischen Leitlinien nur kodiert werden soll, «...wenn die Substanzaufnahme chaotisch und wahllos verläuft.» Im folgenden Text wird diese Unterscheidung zwischen einerseits schädlichem Beikonsum von weiteren (Einzel-)Substanzen zusätzlich zum Konsum von Heroin und andererseits schwerer Mehrfachabhängigkeit im engeren Sinne eingehalten.

Der Beikonsum von Cannabis und Tabak wurde in der weiter unten erwähnten Umfrage von den Behandelnden kaum je erwähnt und im vorliegenden Text nicht berücksichtigt.

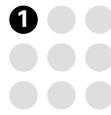
2. Material und Methoden

Um einen Überblick über die Behandlungsansätze und Interventionen im Umgang mit Konsum von zusätzlichen psychotropen Substanzen zu erhalten, initiierte die Qualitätskommission HeGeBe des Bundesamtes für Gesundheit BAG im August 2001 eine Umfrage bei allen schweizerischen HeGeBe-Behandlungsstellen. 15 von 19 Zentren nahmen teil. 9 mal beantwortete die ärztliche Leitung, 2 mal die nichtärztliche Leitung und 4 mal beide zusammen die 20 offenen Fragen. Die gewonnen Erkenntnisse wurden anschliessend an einer gemeinsamen peer-teaching-Tagung der Qualitätskommission HeGeBe und des BAG im Januar 2002 vorgestellt und unter den leitenden Ärzten/-innen und Stellenleitenden der Behandlungsstellen diskutiert. In der Qualitätskommission HeGeBe wurden im Folgenden die Haltungen, Behandlungsansätze, Methoden und Interventionen systematisch zusammengestellt und unter Berücksichtigung des Standpunkte der Mitglieder der Qualitätskommission HeGeBe zu vorliegender Darstellung der aktuellen Praxis mit Therapieempfehlungen und Richtlinien verdichtet. Die Ausführungen basieren auf der ersten Version des entsprechenden Kapitels im HeGeBe Handbuch (Autoren: André Seidenberg & Ärztliche Arbeitsgruppe der PROVE 1997).

Bei der Darstellung der aktuellen Praxis im Umgang mit Beikonsum wurde angesichts der Fülle der verfügbaren Interventionen, Methoden und Verfahren darauf verzichtet, diese im einzelnen detailliert darzustellen, insbesondere wenn es sich um Standardelemente aus der Abhängigkeitsbehandlung handelt, die anderswo schon beschrieben wurden.



¹ Autorenschaft: Qualitätskommission HeGeBe, Christoph Bürki



10 Beikonsum und schwere Mehrfachabhängigkeit

3. Grundhaltungen in der Behandlung von Beikonsum

Die folgenden zentralen Grundsätze und Grundeinstellungen lassen sich in der erwähnten Umfrage zum Thema Beikonsum in der heroingestützten Behandlung festhalten:

■ Im Zentrum steht das umfassende Wohl des Patienten/der Patientin.

■ Beikonsum ist grundsätzlich kein Ausschlussgrund aus der heroingestützten Behandlung. Ziel ist vielmehr, auch Heroinabhängige mit zusätzlichem Gebrauch von einzelnen Substanzen oder zusätzlicher schwerer Mehrfachabhängigkeit in eine heroingestützte Behandlung zu integrieren oder sie in der Behandlung zu behalten.

■ Beikonsum erfüllt in der subjektiven Erlebniswelt des Patienten/-innen immer einen Zweck. Beikonsum ist also immer ein ernstzunehmender Hinweis für weitere dahinter liegende psychische oder soziale Störungen, welche erfasst und behandelt werden sollen. Dazu müssen entsprechende fachliche Kompetenzen (Psychiatrie, Sozialarbeit) innerhalb der Behandlungszentren vorhanden sein.

■ Das gesamte Behandlungsteam einer heroingestützten Behandlungsstelle muss in die spezielle Problematik von Beikonsum und Mehrfachabhängigkeit eingeführt sein und regelmässig intern weitergebildet werden.

■ In der Behandlungsplanung und -durchführung sind interdisziplinäres Vorgehen, sorgfältige Absprachen und zwischen verschiedenen Berufsgruppen ausgehandelte Grundhaltungen zentral.

■ Motivierende und positiv verstärkende Ansätze sind effizient und sind Sanktionen vorzuziehen.

■ Es ist von Vorteil, wenn alle an der Behandlung direkt Beteiligten in motivierender Gesprächsführung ausgebildet sind.

■ Es müssen einfache, klare, bekannte und nachvollziehbare Regeln und Konsequenzen schriftlich vorhanden sein, die das Vorgehen festlegen, wenn ein Patient intoxikiert zur Abgabe erscheint. Kompetenzen und Verantwortung für Dosisreduktionen und andere Massnahmen im Zusammenhang mit Beikonsum müssen innerhalb einer Behandlungsstelle schriftlich geregelt sein.

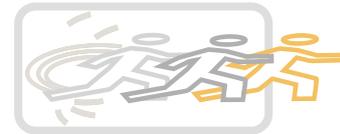
■ Bezüglich Beikonsum sollen realistische Behandlungsziele formuliert und individuelle, an den vorhandenen Ressourcen orientierte Lösungswege innerhalb des gegebenen Rahmens angestrebt werden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Behandlung von Beikonsum (wie auch die Behandlung der Opiatabhängigkeit) langfristig angelegt ist und dass Erfolge unter Umständen erst nach Jahren sichtbar werden. Damit bleiben auch die Frustrationen bei den Behandelnden in Grenzen, welche im Zusammenhang mit Mehrfachabhängigkeit sonst gross werden und zu burn-out-Phänomenen beitragen können.

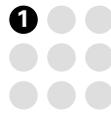
4. Allgemeines

4.1 Allgemeines diagnostisches Vorgehen

■ Als Basis für die Behandlung von Störungen durch den Gebrauch von Substanzen muss eine auf objektiver und subjektiver Information beruhende, sorgfältige Diagnostik des Substanzgebrauchs stattfinden. Sie findet im Rahmen des Aufnahmeverfahrens und kontinuierlich während der Behandlung statt.

■ Die anamnestiche Erhebung umfasst insbesondere den vergangenen und gegenwärtigen Substanzgebrauch sowie die Entstehungsbedingungen und aufrechterhaltenden Faktoren.





10 Beikonsum und schwere Mehrfachabhängigkeit

■ Allfällige weitere psychische Störungen müssen diagnostiziert werden, gegebenenfalls unter Zuhilfenahme von geeigneten standardisierten diagnostischen Instrumenten (z.B. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV SKID, Beck Depressions-Inventar BDI, Symptom check list SCL-90R mit patientenspezifischer Auswertung, etc.).

■ Alle relevanten gesundheitlichen und sozialen Störungen müssen ebenfalls eruiert und nach Möglichkeit behandelt werden.

■ Vor Eintritt wird bei allen Patienten/-innen eine Urinprobe mindestens auf Opiate, Kokain und Benzodiazepine getestet.

■ Eine systematische Dokumentation des aktuellen Beikonsums, allfälliger Intoxikationen und erhobener Untersuchungsbefunde erfolgt in der Krankengeschichte, im Pflegekardex oder in elektronischer Form im Rahmen des Abgabe-Computerprogramms.

Unter Umständen kann ein Fragebogen, in dem der Patient/die Patientin seinen Konsum bei Eintritt und im Verlauf der Behandlung regelmässig standardisiert selbst deklariert, hilfreich sein.

4.2 Zielsetzungen im Umgang mit schädigendem Beikonsum

In einer Hierarchie von möglichen Zielen orientiert sich auch in der HeGeBe die Behandlung und Betreuung von Drogenabhängigen zunächst am Prinzip der Minimierung der Schäden: Therapeutische Massnahmen und Interventionen sollten immer zuerst auf die Minimierung von Risiken und Schäden, welche durch einen anhaltenden Substanzkonsum drohen, ausgerichtet sein.

Darauf aufbauend, muss der Erhalt oder die Verbesserung der psychischen, somatischen und sozialen Gesundheit angestrebt werden. Auf den Beikonsum bezogen soll ein weiter gehendes Ziel der heroingestützten Behandlung die bessere Kontrolle und die Reduktion von schädigendem Beikonsum sein. Für einige, aber nicht für alle, ist das Erreichen einer Abstinenz bezüglich Beikonsum möglich, und stellt ein realistisches Behandlungsziel dar.

Mögliche konkrete Zwischenziele der Behandlung können sein:

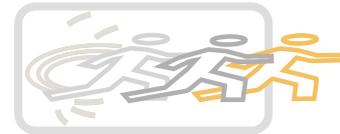
- Reduktion der Anzahl konsumierter Substanzen und der Konsumfrequenz
- Wechsel zu risikoärmeren Applikationsmustern
- Kontrollierter Substanzgebrauch (Substitution)
- Ambulante und/oder stationäre Teilentzugsbehandlungen.

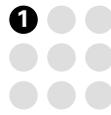
Grundsätzlich ist das Ziel jeder Drogenbehandlung immer das Erreichen einer bestmöglichen Lebensqualität. Dies ist auch wichtig, wenn die Kontrolle des Beikonsums nur schlecht gelingt. In extremen Einzelfällen, z.B. bei dramatischen Verläufen und massiven Komorbiditäten ist deshalb eine palliative Behandlung das höchstmögliche Behandlungsziel.

4.3 Allgemeine Strategien und Interventionen im Umgang mit Beikonsum

■ Den Beikonsum aufrechterhaltende Faktoren (psychische Krankheiten, besondere Belastungen, soziale Stressoren, etc.) müssen diagnostiziert und behandelt werden.

■ Psychische, somatische und soziale Folgeschäden des Drogenkonsums sind im multidisziplinären Team durch klar bezeichnete Bezugspersonen gezielt und vernetzt zu behandeln.





10 Beikonsum und schwere Mehrfachabhängigkeit

Im Rahmen eines Behandlungsplanungsprozesses muss mit den Patienten/-innen eine gemeinsame Problemdefinition gefunden und ein auf die individuelle Situation zugeschnittener Behandlungsplan erstellt werden, der auch Aussagen zur Behandlung von Beikonsum enthält. Innerhalb klarer konzeptueller Rahmenbedingungen soll dabei eine individuelle und flexible Handhabung des therapeutischen Vorgehens möglich sein.

Beikonsum soll zwar kein Ausschlussgrund aus der heroingestützten Behandlung darstellen. Grenzen bestehen aber insbesondere bei akuten Intoxikationen im Rahmen der unmittelbaren Abgabesituation wegen der additiven sedativen Nebenwirkungen der involvierten Substanzen. Hier hat die unmittelbare pharmakologische Sicherheit Priorität. Solche Situationen müssen nach Möglichkeit bereits vor der Abgabe von Heroin erkannt werden, und die Dosierung muss reduziert oder verweigert werden.

Motivierende Gesprächsführung und Entwicklung von Veränderungsmotivation unter Berücksichtigung der jeweiligen Veränderungsphasen sind zentrale Instrumente im therapeutischen Umgang mit schädigendem Beikonsum.

Das Protokollieren des Beikonsums durch den Patienten/die Patientin, z.B. mittels Tagebucheinträgen, Einträgen in verschlüsselter Form in die persönliche Agenda oder Ausfüllen eines spezifischen Protokolls ist ein bewährtes Therapieinstrument aus der kognitiven Verhaltenstherapie. Sie dient der Steigerung von Selbstwahrnehmung und Selbstwirksamkeit, der Verlaufsbeobachtung, aber auch dem Erkennen von Mustern und letztlich der Verhaltensänderung.

Ein stationärer Teilentzug unter Beibehaltung der Opiatmedikation (evtl. Ersatz von DAM durch Methadon während der Hospitalisation) ist eine therapeutische Option und muss dem Patienten/der Patientin angeboten werden können.

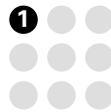
Bei massiver Selbstgefährdung kann die Weiterführung der heroingestützten Behandlung aus Sicherheitsgründen auch von einem stationären Teilentzug abhängig gemacht werden. Es bestehen aber unterschiedliche Erfahrungen mit diesem Vorgehen.

In einem schweizerischen HeGeBe Zentrum wird eine bereits vorhandene Tagesstruktur als Voraussetzung für eine Aufnahme gefordert.

In einem weiteren HeGeBe Zentrum sind gute Erfahrungen mit einem Belohnungssystem gemacht worden: 3 negative Urinproben hintereinander auf Kokain oder Benzodiazepine werden mit einem Gutschein von Fr. 10.– belohnt.

In einem weiteren HeGeBe Zentrum werden negative Urinproben durch Bevorzugung im Rahmen der Abgabe (Bezug in einer zeitlich und örtlich privilegierten Abgabestelle) belohnt.





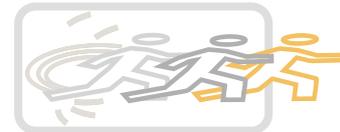
10 Beikonsum und schwere Mehrfachabhängigkeit

5. Sedativa und Hypnotika

5.1 Eigenschaften und Wirkung von Benzodiazepinen

Benzodiazepin-Bindungsstellen («Benzodiazepin-Rezeptoren») finden sich im ganzen ZNS, vor allem aber im Stirnhirn, Hippocampus und Kleinhirn. Die Benzodiazepin-Wirkungen sind:

- Anxiolyse
- Sedation (bei höheren Dosierungen)
- Zentrale Muskelrelaxation (schlaffe Haltemuskulatur; Extremfall Einknicken im Stehen)
- Hemmung der epileptischen Krampfanfälligkeit (antikrampfend)
- Amnesie: Hemmung des Übergangs vom Kurzzeit- ins Langzeitgedächtnis im Hippocampus
- Atemdepression im Hirnstamm (in Kombination mit Opioiden, Alkohol und anderen Suchtmitteln)



Benzodiazepine werden eingenommen um ein- und durchzuschlafen zu können, gegen psychische und körperliche Angstsymptome, gegen Spannungen und Unruhe. Einige Benzodiazepine wie Diazepam und Clonazepam werden als Antiepileptica bei allen Formen von Epilepsie, vor allem aber beim Status epilepticus (intravenös) verwendet.

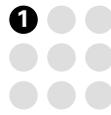
Sogar ausgeprägte Benzodiazepinintoxikationen können bei Patienten/-innen leicht übersehen werden. Die Patienten/-innen nicken möglicherweise ein, sind aber oft durch so geringe Reize weckbar, dass das Ausmass der dämpfenden Effekte (vor allem im Hinblick auf Abgabe einer Opioiddosis) unterschätzt werden kann. Beim Wecken sind gewisse Patienten/-innen desorientiert, leicht erregbar oder gar aggressiv.

Nach längerer Anwendung tritt eine Toleranzbildung mit verminderter Wirkung bei gleich bleibender Dosierung auf. Nach Absetzen können Entzugserscheinungen pendelförmig, wie ein «Rebound-Effekt», auftreten: Symptome oder Beschwerden, welche durch Benzodiazepine unterdrückt werden, treten noch unangenehmer in Erscheinung (Unruhe, Schlaflosigkeit, Angstsymptome). Die epileptische Krampfbereitschaft wird durch den Benzodiazepinentzug erhöht.

Generischer Name	Markenname	Übliche therapeutische Dosis	Halbwertszeit	Verwendung
Diazepam	Valium® Stesolid® Paceum®	2–10mg	2 Tage	Anxiolyticum, Sedativum, Antiepilepticum, Muskelrelaxans
Flunitrazepam	Rohypnol®	1–2 mg	1½ Tage	Hypnoticum
Triazolam	Halcion®	0.125–0.25 mg	2–5 Stunden	Hypnoticum
Oxazepam	Seresta®	15–50 (200) mg	6–12 Stunden	Anxiolyticum, Sedativum
Clonazepam	Rivotril®	1–2 mg / Tag	4–10 Tage	Antiepilepticum
Flumazenil	Anexate®	0.3–1 mg i.v.	ca. 1 Stunde!	Antidot, Antagonist

Drogenabhängige verwenden Benzodiazepine aus denselben Gründen wie andere Menschen. Die Bereitschaft, Missstimmungen pharmakologisch zu bewältigen, ist aber bei Drogenabhängigen oft erhöht (6). Zusätzliche Gründe liegen in den unangenehmen Begleitumständen des Opioid- und Kokainkonsums:

- Opioidentzugsbeschwerden (Unruhe, Schlaflosigkeit, Angst) können durch Benzodiazepine teilweise gemildert werden.
- Durch steady-state-Konsum von Opioiden (vor allem beim oralen Methadon) treten besonders oft Schlafstörungen auf.
- Die unangenehmen Wirkungsphasen des Kokainkonsums (Unruhe, Schlaflosigkeit, Paranoia, ängstlich-depressive Erschöpfung) können durch Benzodiazepine gemildert werden.
- Der amnestische und sedierende Benzodiazepine-Effekt («Scheibe») wird als «Antidepressivum» eingesetzt: »Vergessen ist das Einzige, das noch hilft«.
- Mittels Benzodiazepinen wird versucht, die Euphorie («Flash») zu potenzieren.



10 Beikonsum und schwere Mehrfachabhängigkeit

Bei der Verordnung von Benzodiazepinen an Drogenabhängige ist besondere Sorgfalt und Zurückhaltung angebracht, da Opiode zusammen mit Benzodiazepinen potenziert atemdepressiv wirken. Es besteht keine Kreuztoleranz. Bei plötzlichen Todesfällen bei Drogenabhängigen sind oft nicht nur Opioid-Überdosierungen sondern auch Benzodiazepine (und Alkohol) todesursächlich.

Von Opioidabhängigen sollten als Antiepileptica benutzte Benzodiazepine (z.B. Rivotril®) bei nachgewiesener und kontrolliert behandelter Epilepsie weiterhin eingenommen werden. Allfällige Dosisreduktionen sollen schrittweise und nicht abrupt erfolgen, insbesondere, da die Krampfschwelle durch Heroin möglicherweise gesenkt wird. Rasches Absetzen kann epileptische Anfälle provozieren. Allenfalls kann die Dosis ausgeschlichen und durch ein anderes Antiepileptikum ersetzt werden.

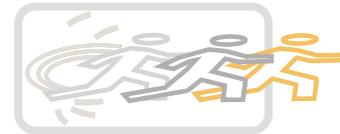
Bei Schlafstörungen unter Opioiden soll immer nach Alkoholkonsum gefragt werden, welcher häufig mitursächlich ist. Durch Dosisanpassungen der Opiode können Schlafstörungen gelegentlich vermindert werden. Punkto Schlafmedikation ist bei Patienten/-innen in opioidgestützter Behandlung besonders grosse Zurückhaltung zu empfehlen. Fast immer ist eine Dauermedikation die Folge. Sedierende Antidepressiva und niedrigpotente Neuroleptika sind Benzodiazepinen dabei allenfalls vorzuziehen.

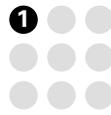
Die meisten Benzodiazepine werden in der Leber durch Demethylierung und Hydroxylierung verstoffwechselt. Diese Metaboliten (Abbauprodukte) sind aber häufig selbst noch lange wirksam (z.B. Halbwertszeit von Desmethyldiazepam: bis 3 Tage!) bevor sie durch Glukuronierung inaktiviert und von der Niere ausgeschieden werden.

5.2 Eigenschaften und Wirkung von Toquilone® comp.

Toquilone® compositum enthält als Hauptwirkstoff Methaqualon und zusätzlich Diphenhydramin, ein sedierendes Antihistaminikum. Toquilone® wurde 1965 in der Schweiz als Schlafmittel eingeführt. In den meisten Ländern der Welt ist es heute verboten oder als Betäubungsmittel klassifiziert. Epidemische Ausmasse des Konsums finden sich vor allem in Südafrika. Toquilone® wird seit einigen Jahren in der Schweiz vermehrt von Drogenabhängigen geschluckt und geraucht. Es untersteht der gleichen verschärften Bewilligungspflicht wie die Benzodiazepine, die Verschreibung an Betäubungsmittelabhängige ist also bewilligungspflichtig (Kantonsarzt). Seit der Einführung der Bewilligungspflicht für die Abgabe von Benzodiazepinen an Betäubungsmittelabhängige in der Schweiz ist Toquilone zu einem wichtigen, auf dem Schwarzmarkt gehandelten Medikament geworden. Seit 1994 werden zum Beispiel auch am Toxikologischen Informationszentrum Zwischenfälle mit Toquilone® wieder häufiger gemeldet.

Methaqualon wird rasch aus dem Magen-Darm-Trakt resorbiert. Die Halbwertszeit im Blut beträgt 10-40 Stunden. Die Metabolisierung findet in der Leber statt, die Ausscheidung erfolgt über die Niere und zu einem kleineren Teil über die Galle. In Einzelfällen kann schon nach Einnahme von wenigen Tabletten ein Bewusstseinsverlust auftreten. Weitere mögliche Intoxikationssymptome sind (paradoxe) Erregungszustände mit Hypermotorik und Hyperreflexie, Erbrechen (Gefahr der Aspiration), Halluzinationen, Blutdruckveränderungen und EKG-Störungen. Nach Einnahme von grösseren Mengen können zusätzlich Krämpfe und Atemstörungen auftreten. Tödliche Verläufe durch Herzkreislauf- und Atemversagen wurden beschrieben. Nach chronischer Einnahme und abruptem Absetzen können





10 Beikonsum und schwere Mehrfachabhängigkeit

schwere Entzugssymptome wie Delirium tremens und Krampfanfälle auftreten. Nach längerer Anwendung sind polineuritische Symptome (Parästhesien) beobachtet worden.

Die Wirkung und Giftigkeit der Inhalation von Methaqualondämpfen ist weniger gut bekannt. Man muss aber annehmen, dass die Vergiftung ähnlich verläuft wie nach oraler Einnahme, allenfalls wäre eine beschleunigte Aufnahme über die Lunge und damit ein rascheres Einsetzen der Vergiftungssymptome denkbar. Dies dürfte die Gefährlichkeit der Substanz eher noch erhöhen.

5.3 Nachweis von Sedativamissbrauch

Urinuntersuchungen auf Benzodiazepine (und allenfalls auf Methaqualon) werden im Rahmen des allgemeinen Screenings oder bei klinischen Indizien durchgeführt. Für spezielle Situationen und Fragestellungen ist die weitere Differenzierung von Benzodiazepinen in der Urinuntersuchung angezeigt.

Den wichtigsten Anhaltspunkt für einen schädigenden Beikonsum von Sedativa ergibt neben der direkten Befragung vor allem der klinische Eindruck («verladen») sowie die Verträglichkeit der verabreichten Heroin-Medikation. Zur zuverlässigen Erfassung und Dokumentation dieser beiden Aspekte hat sich ein auf der Beobachtung von mehreren verschiedenen klinischen Merkmalen beruhender, einfach anzuwendender score, der sogenannte «V-Score» oder «Vigilanz-Score» bewährt.

5.4 Therapeutische Haltungen im Umgang mit Sedativamissbrauch

Es bestehen grundsätzlich zwei Haltungen in den HeGeBe-Behandlungsstellen über mögliche Behandlungsziele und –wege im Umgang mit Sedativa:

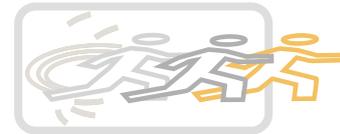
Haltung A wird von der Mehrheit der Zentren geteilt. Die Überführung eines illegalen, unkontrollierten in einen legalen, kontrollierten Konsum ist dabei anzustreben. Sedativa werden deshalb analog anderen Substitutionsbehandlungen verschrieben und kontrolliert abgegeben. Anschliessend wird soweit als möglich die Dosis langsam abgebaut, dies kann aber unter Umständen Monate oder Jahre dauern.

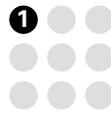
Haltung B wird von einer Minderheit der Zentren angewandt. Hier ist eine heroingestützte Behandlung mit dem gleichzeitigen Konsum von Sedativa grundsätzlich nicht vereinbar. Das einzige als realistisch betrachtete Behandlungsziel ist hier deshalb die Abstinenz von Sedativa. Dies ist für den einzelnen Patienten/die einzelne Patientin zumutbar und machbar, weshalb nötigenfalls ein Teilentzug stationär oder ambulant als Bedingung für Weiterführung der HeGeBe verlangt wird.

Im Behandlungskonzept oder in entsprechenden Richtlinien einer Behandlungsstelle muss klar ausgewiesen sein und begründet werden, welche Haltung eine Behandlungsstelle in Bezug auf den Umgang mit Sedativa einnimmt.

5.5 Strategien und Interventionen bei Sedativamissbrauch

Zwecks Koordination, respektive Übernahme der Behandlung, sollte immer mit verschreibenden Hausärzten Kontakt aufgenommen werden.





10 Beikonsum und schwere Mehrfachabhängigkeit

Den Patienten/-innen soll jederzeit die Möglichkeit eines stationären Benzodiazepinanzugs angeboten werden können.

Bei Sedativamissbrauch sollte immer vor und nach der Injektion die Vigilanz gemessen und dokumentiert werden z.B. mittels des V-scores. Mit dem V-score lassen sich allenfalls auch weitere spezifische Interventionen verbinden, z.B. vertiefte Gespräche, verlängerte Beobachtungszeiten, Dosisreduktionen, Dosisaufteilung, etc.

Die Verschreibung und kontrollierte Abgabe mit langsamer Reduktion der Dosis von Benzodiazepinen stellt eine anerkannte Methode zur Behandlung einer Benzodiazepineabhängigkeit dar. Ganz konkret werden in den schweizerischen HeGeBe-Zentren die folgenden Verfahren angewandt:

A. Verschreibung der Originalsubstanz im Behandlungszentrum:

Die Originalsubstanz, z.B. Rohypnol® wird kontrolliert in ausreichender Dosierung (z.B. bis der Patient keinen illegalen Zusatzkonsum mehr hat) abgegeben.

B. Verschreibung einer analogen Substanz im Behandlungszentrum (Substitution):

Geeignet sind lang wirkende, langsam anflutende Substanzen, die auf dem Schwarzmarkt wenig bekannt sind. So kann z.B. Rohypnol® mit Diazepam (z.B. Paceum®) im Verhältnis 1mg/10mg ersetzt werden.

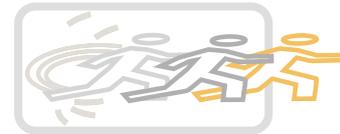
Sowohl bei A wie bei B werden sinnvollerweise ca. 1/3 bis 2/3 abends als Hypnotikum mitgegeben. Der Rest wird unter Sicht in mehreren Schichten in der Behandlungsstelle eingenommen. Die Einnahme der Benzodiazepine sollte jeweils nach dem letzten Opiatbezug einer Schicht erfolgen. Der Abbau der Benzodiazepin-Dosis erfolgt langsam, z.B. um 0.5mg Rohypnol oder 2-5 mg Diazepam pro 2-4 Wochen oder langsamer.

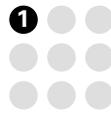
Allenfalls ist zuerst ein Behandlungsversuch mit Variante B möglich, gefolgt von einem Behandlungsversuch mit Variante A bei Misserfolg.

C. Keine Verschreibung: Wenige HeGeBe Zentren in der Schweiz stellen sich auf den Standpunkt, dass die gleichzeitige Medikation mit Heroin und Benzodiazepinen grundsätzlich unvereinbar ist, weshalb keine Benzodiazepinverschreibung angeboten wird. Bei Persistenz des Benzodiazepinkonsums wird der Ausschluss aus der HeGeBe angedroht und erwogen.

Inwieweit Toquilone® compositum bei einer entsprechenden Abhängigkeit ebenfalls kontrolliert abgegeben und abgebaut werden soll, wird von den Behandlungszentren unterschiedlich gehandhabt. Da der Entzug von Methaqualon potentiell schwere gesundheitliche Risiken (Delirium, Krampfanfälle) mit sich bringt, sollte er nur unter einer medikamentösen Abschirmung, mit Vorteil stationär, erfolgen.

Ein wichtiges komplementäres Angebot bei Benzodiazepinmissbrauch, ist das Erlernen einer Entspannungstechnik, z.B. progressives Muskelentspannen nach Jacobson (5), welches individuell oder in Gruppen erlernt werden kann.





10 Beikonsum und schwere Mehrfachabhängigkeit

6. Alkohol

6.1 Eigenschaften und Wirkung von Alkohol

Alkohol wird von Drogenabhängigen unter anderem wegen seiner anxiolytischen, sedativen, antidepressiven und amnestischen Wirkung eingenommen. Diese Effekte werden zum Beispiel zur Überwindung der unangenehmen, dysphorischen «crash»-Phase nach Kokainkonsum eingesetzt. Zur Überbrückung, wenn kein Heroin erhältlich ist, wird Alkohol ebenfalls verwendet. Zur kurzfristigen Bekämpfung von affektiven Symptomen bei einer psychiatrischen Störung wird Alkohol nicht nur von Drogenabhängigen eingesetzt. Alkohol wird ferner im sozialen Kontext oft als Enthemmungsmittel genommen. Schliesslich wird auch versucht, mittels Alkohol die Euphorie («Flash») zu potenzieren.

Alkoholkonsum verstärkt gewisse Nebenwirkungen von Opioiden:

- Sedation
- Nausea und Erbrechen
- Colon-irritabile-artige, wässrig-bröcklige Entleerungen durch Motilitätsstörungen im Dickdarm
- Schlafstörungen vor allem als Durchschlafstörungen, Albträume

Alkoholkonsum kann auch Leberfunktionsstörungen bei chronischer Hepatitis beschleunigen und verstärken. Alkohol ist bei plötzlichen Todesfällen von Opioidabhängigen oft todesursächlich mitbeteiligt: Alkohol verstärkt die Atemdepression und Erbrochenes kann im Koma zum Ersticken führen.

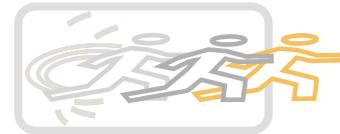
6.2 Nachweis von Alkoholmissbrauch

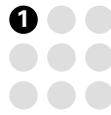
Das Screening mit einem für die Allgemeinpraxis entwickelten Fragebogen wie dem AUDIT-Fragebogen kann eine sinnvolle Ergänzung der klinischen Befragung und Untersuchung darstellen.

Alkoholspezifische Laborparameter (Gamma-GT, LAP, CDT, MCV, rotes Blutbild) und spezifische Zeichen und Hinweise in Somatostatus und Anamnese können zusätzliche Hinweise geben.

Eine individuelle Atemalkoholmessung (AAM) in der Abgabe muss unmittelbar vor jedem Diaphin®-Bezug möglich sein, sei es bei klinischem Verdacht auf Alkoholintoxikation, sei es im Rahmen einer festen Verordnung. Zu diesem Zweck muss in jeder Behandlungsstelle ein entsprechendes Gerät vorhanden sein. Geräte müssen periodisch gewartet und neu geeicht werden. Ein verbindliches Protokoll für das Vorgehen bei erhöhten Alkoholwerten muss schriftlich vorliegen.

In mehreren der schweizerischen HeGeBe-Zentren wird eine zweiwöchige Initialphase mit täglichen Atemalkoholmessungen durchgeführt. Anschliessend wird der Patient bezüglich dem Ausmass der vorhandenen Alkoholproblematik einer Risikogruppe zugeteilt.





10 Beikonsum und schwere Mehrfachabhängigkeit

6.3 Therapieziele bei Alkoholmissbrauch

Kontrollierter Alkoholkonsum hat sich als ein mögliches Behandlungsziel in der Alkoholologie etabliert.

Kontrollierter Alkoholkonsum kann auch für Patienten/-innen der heroingestützten Behandlung ein realistisches Ziel sein, für andere ist Alkoholabstinenz wegen ausgeprägten somatischen Komorbiditäten indiziert.

Die folgenden Mengenbeschränkungen zu einem verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol werden von verschiedenen Organisationen vorgeschlagen (SE= Standardeinheit, siehe unten):

■ Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) schlägt gegenwärtig täglich 20g Reinalkohol (= 1 SE) bei Frauen und 30-40g (= 1.5 - 2 SE) bei Männern als Obergrenzen für (vermutlich) nicht schädigenden Alkoholkonsum vor.

■ Das US-amerikanische National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) setzt die unschädliche Tagesmenge an Alkohol wesentlich niedriger an: ca. 12g (= 0.6 SE) bei Frauen sowie Menschen über 65 Jahren, ca. 24g (= 1.2 SE) bei Männern.

■ Die Britische Ärztevereinigung (British Medical Association, BMA) sprach 1995 Empfehlungen für wöchentliche Höchstmengen aus und bemisst diese auf 112g Alkohol bei Frauen (= 5.6 SE) und 168g bei Männern (= 8.4 SE). Außerdem werden 1-2 abstinente Tage pro Woche empfohlen, so dass man eine nicht schädigende maximale Tagesmenge von etwa 20g (= 1 SE) bei Frauen und 30g bei Männern (= 1.5 SE) annehmen darf.

Eine Standardeinheit (SE) enthält 20 Gramm reinen Alkohol. Diese Menge ist enthalten in 0,5 Liter Bier (5% vol. Alkohol) oder 0,2 Liter Wein (12,5%) oder ca. 3 einfachen Schnäpsen (40%) zu je 2 cl.

Alle drei Verbände sind sich darin einig, körperlich Vorgeschädigten, Schwangeren und «trockenen» Alkoholabhängigen völlige Abstinenz von Alkohol zu empfehlen. Bei Patienten/-innen der HeGeBe, welche an einer chronischen Hepatitis B oder C leiden, wäre also eine völlige Abstinenz von Alkohol anzustreben.

6.4 Strategien und Interventionen bei Alkoholmissbrauch

Die regelmässige Atemalkoholmessung (AAM) auch ohne direkte Sanktion hat sich als wirksame Intervention zur Reduktion des Beikonsums von Alkohol in den HeGeBe-Zentren erwiesen.

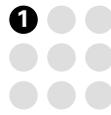
Im Weiteren hat sich die Einführung von klaren Grenzwerten bei einer Atemalkoholmessung bewährt, und zwar generell für alle Patienten/-innen eines Zentrums wie auch individuell für jeden Patienten/jede Patientin im Rahmen der Behandlungsplanung.

Eine Möglichkeit, wenn ein Patient den Grenzwert überschreitet, besteht in der partiellen oder vollständigen Verweigerung der Heroin-Dosis, und dem Ersatz mit einer äquivalente Menge Methadon, z.B. gemäss Äquivalenztabelle in diesem Handbuch, Kapitel 1.8. Eine weitere Möglichkeit stellt zum Beispiel die Aufteilung der Heroin-Dosis auf mehrere (meist zwei) kleinere Einzeldosen mit einem Sicherheitsabstand von z.B. 30 Minuten dar.

In einer Behandlungsstelle wird zum Beispiel bei einer Atemalkoholmessung über 0.8 ‰ die Heroin-Dosis gestrichen, und dafür die halbe Äquivalenzdosis Methadon abgegeben.

In einer andern Behandlungsstelle wird zwischen 0.8 ‰ und 1.2 ‰ die Heroin-Dosis halbiert, und äquivalent mit Methadon ersetzt. Benzodiazepine werden ebenfalls um 50% reduziert. Zwischen 1.2 ‰ wird 1.5 ‰ wird Heroin vollständig mit Methadon ersetzt, über 1.5 ‰ wird nichts mehr abgegeben.





10 Beikonsum und schwere Mehrfachabhängigkeit

In einer weiteren Behandlungsstelle wird zwischen 0.8‰ und 1.2‰ Heroin mit Methadon ersetzt, ab 1.2 ‰ ist kein Bezug mehr möglich.

Es gibt verschiedenste Modelle, Philosophien und Grenzwerte. Wichtig ist festzuhalten, dass insgesamt alle bis heute angewandten Modelle und Grenzen als sicher eingestuft werden können. Zur Behandlung einer komorbiden Alkoholabhängigkeit steht die ganze Palette der Behandlungsmöglichkeiten aus der Alkoholologie zur Verfügung. Eine umfassende Darlegung der Behandlungsmöglichkeiten würde den Rahmen dieser Darstellung sprengen.

Im Folgenden einige Aspekte aus der Praxis:

■ Zur Aufrechterhaltung einer Alkoholabstinenz kann unter anderem die Medikation mit Acamprosat (Campral®, 300 mg Tbl.) angewendet werden. Acamprosat scheint das Verlangen nach Alkohol durch Einwirkung auf GABA-erge Systeme zu dämpfen. Nach einer 5-tägigen Alkoholabstinenz wird eine 6 bis 12 Monate dauernde Verordnung von 2 g / Tag empfohlen.

■ Disulfiram (Antabus®) kann bei motivierbaren, alkoholabhängigen und lebergesunden Opiatabhängigen eingesetzt werden. Vor dem Beginn der ambulanten Antabusbehandlung ist ein stationärer Teilentzug vom Alkohol notwendig. Nach Möglichkeit soll schon im Spital mit den ersten Antabus®-Dosierungen begonnen werden. Antabus® kann täglich im Rahmen der HeGeBe sichtkontrolliert eingenommen werden.

■ Ein 10-Schritte-Programm zur Erlernung des kontrollierten Trinkens steht in manualisierter Form zur Verfügung (14-16). Es kann auch in Gruppen angewandt werden.

7. Kokain

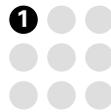
7.1 Eigenschaften und Wirkung von Kokain

Kokain wirkt lokalanästhetisch und senkt die Erregungsschwelle von elektrisch erregbaren Zellmembranen im Herzmuskel, aber auch in vielen zentralen und peripheren Nervenzellen. Kokain entleert die präsynaptischen Katecholaminspeicher durch Hemmung der Wiederaufnahme. Kokain stimuliert die mesolimbische Dopaminbahn und verursacht eine Erhöhung des Dopamins im Nukleus accumbens; die Kokainwirkung ist so eng mit dem Belohnungssystem der Grosshirnbasis verknüpft. Kokain verursacht eine allgemeine sympathische Übererregung und verstärkt insbesondere die Noradrenalinwirkung. Nach Absetzen eines anhaltenden Kokainkonsums bleiben viele neuronale und neurochemische Adaptationen über lange Zeit nachweisbar und könnten an den Rückfällen bei Kokainabhängigkeit beteiligt sein.

Die zentralnervösen Wirkungsphasen von Kokain werden in drei Abschnitte geteilt:

1. In einer ersten Phase erzeugt Kokain ein rauschendes Stärke- und Glücksgefühl. Manche Kokainkonsumenten können vermeintlich besser hören und sehen; und sie sehen Dinge und Zusammenhänge, welche sonst nicht zu sehen wären.
2. Dies kann sich in einer zweiten Phase gegen sie selbst wenden; sie fühlen sich bedrängt und gar verfolgt und sie wissen nicht wohin und können auch nicht einfach mit Schlafen abschalten. Im Kokainexzess werden die unangenehmen Wirkungen der zweiten Phase durch jede erneute Konsumation für eine kurze und immer kürzere Zeit aufgehoben.
3. In einer dritten Phase kann die Stimmung in regungslose Hoffnungslosigkeit umschlagen. Spätestens in diesem depressiven Moment nehmen viele erneut eine Kokaindosis.





10 Beikonsum und schwere Mehrfachabhängigkeit

Die zweite und erst recht die dritte Phase wird von schluckenden Kokainkonsumenten gar nie und von Kokainsniffern selten erlebt. Durch die kurz wirkenden Konsumformen Kokain-Spritzen oder -Rauchen sind jedoch auch psychische Probleme und Kontrollverluste häufiger.

Bei anhaltend exzessivem Gebrauch treten immer mehr Halluzinationen mit meist bedrohlichem Inhalt auf. Kokainexzesse werden spätestens durch mehr oder weniger gefährliche, mehr oder weniger psychotische, paranoide Zustände beendet. Die meisten Kokainisten finden selbst aus dieser Psychose heraus; manchmal werden aber erst polizeiliche Interventionen, psychiatrische Hilfe oder schwere körperliche Krankheiten, Verletzungen und selten sogar Tod durch Gewalt diese Kokainpsychosen. Die Wahrnehmung von Verfolgung, von Zwängen des Schwarzmarktes und Gewalt bei der Beschaffung durch Delikte und Prostitution verstärken die aggressiv-paranoiden Tendenzen.

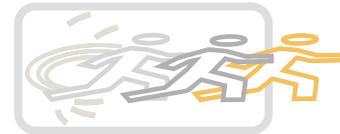
Viele Kokainraucher und i.v.-Kokaingebraucher müssen wegen des raschen Wirkablaufs mehr oder weniger gefährliche Kompensationsstrategien entwickeln. Einige Kokainisten dämpfen die agitiert-depressiven Symptome mit Alkohol und Benzodiazepinen oder unterdrücken sie mit Heroin. Viele i.v. Drogenkonsumenten mischen Kokain mit Heroin zum «Cocktail». Damit neutralisieren sich viele der gegensätzlichen Nebenwirkungen von Kokain/Heroin (Agitation/Sedation; Atemanregung/Atemdepression; etc.). Euphorische Effekte potenzieren sich dabei. Ferner werden die folgenden depressiven Phasen durch das mitinjizierte, länger wirkende Heroin abgefangen.

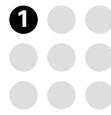
Das rasche Anfluten am Wirkorgan durch Spritzen oder Rauchen ist wesentliche Voraussetzung für die körperlichen Schäden durch Kokain. Deshalb ist auch beim Kokain die Form des Konsums eine wichtige Gefahrenquelle. Auch bei Kokain ist i.v.-Konsum am gefährlichsten.

Arteriospasmen und Hypertonie beim Spritzen oder Rauchen werden als Ursache vieler körperlicher Schäden durch Kokainkonsum vermutet. Herzinfarkte, Schlaganfälle und periphere Kreislaufschäden durch Kokain sind aber nicht sehr häufig. Beim Rauchen oder Spritzen kann das plötzliche Anfluten von Kokain zu gefährlichen Herzrhythmusstörungen und Herzstillstand führen. Rhabdomyolyse (Zerstörung von Muskelzellen) nach Kokaininjektionen oder Kokainrauchen ist ursächlich nicht geklärt. Bei langjährigen intravenösen (politoxikomanen) Kokainkonsumenten wird ein diffuses hirnorganisches Syndrom vermutet, welches durch multipelste kleinste Infarzierungen zustande kommen könnte.

Kokain kann epileptische Krampfanfälle auslösen. Auf der Drogenszene beobachtete Krampfanfälle haben aber häufig zusätzlich andere Gründe: Opiode, Alkohol- /Benzodiazepinentzug oder Hirnschäden durch AIDS.

Kokain begünstigt Juckreiz. Nach Injektionen werden die Stichstellen von den Kokain Injizierenden häufig unsinnigerweise gerieben. Dadurch entsteht eine Gewebereizung und sogar ohne paravenöse Infiltrate werden Eiterherde auf diese Weise gefördert. Beim Spritzen von Kokain wird Insektenwahn mit Halluzinationen von aus der Haut kriechenden «(Kokain)-Käfern» und »-Würmern» durch die juckenden Stichstellen, also durch reale Afferenzen, begünstigt. Durch andauerndes Kratzen und erst recht durch Mutilationen mit Nadeln und Messern entstehen auf der paranoiden Suche nach den halluzinierten Parasiten Geschwüre und durch deren Vereiterung die impetigo contagiosa («Schleppeteiter»). Septische Folgekrankheiten können gefährlich und unter Umständen tödlich verlaufen.





10 Beikonsum und schwere Mehrfachabhängigkeit

Mütterlicher Kokainkonsum kann möglicherweise im ersten Schwangerschaftsdrittel eine Embryopathie verursachen. Mangelgeburten, Frühgeburten, erhöhte Krankheitsanfälligkeit und erhöhte Sterblichkeit der Kinder werden meist auch durch mütterlichen Tabakkonsum und weitere Substanzen verursacht. Infarkte der Plazenta bewirken eine Minderversorgung des werdenden Kindes im letzten Schwangerschaftsdrittel; zusätzlich wird aber während des mütterlichen Konsums auch durch Verengung der kindlichen Gefässe die Blutversorgung des Gehirns beeinträchtigt, und die Drogen wirken auch direkt am kindlichen Zentralnervensystem. Schlechte Ernährung und Infektionen sind für die Neugeborenen von Drogenkonsumentinnen wichtigste Risiken und Belastungen aus den mütterlichen Lebensumständen. Kokain verursacht also sowohl durch die Substanzwirkung selbst wie auch durch die Umstände des Konsums und des Lebensstils Schäden. Im Vergleich zum mütterlichen Kokainkonsum scheint aber beispielsweise Nikotinkonsum während der Schwangerschaft ein mindestens zweimal grösseres Risiko zu bergen.



7.2 Nachweis von Kokainmissbrauch

Aus der Anamnese und dem somatischen Status ergeben sich oft deutliche Hinweise für Kokainmissbrauch.

Aufmerksame Verlaufsbeobachtung, insbesondere Veränderungen im Auftreten, in der Motorik, im Allgemeinzustand, etc. stellen wichtige Hinweise für die Diagnose einer Störung durch Kokaingebrauch dar.

Regelmässige Urinuntersuchungen im Rahmen eines allgemeinen screenings werden in allen HeGeBe-Behandlungsstellen durchgeführt. Die Häufigkeit variiert jedoch stark. Oft werden zusätzliche angemeldete oder unangemeldete Urinproben bei spezifischem klinischem Verdacht auf Beikonsum angeordnet. Urinproben ergeben sowohl für die Einzelperson wie auch für die gesamte Patientenpopulation einer Behandlungsstelle Hinweise auf Kokainmissbrauch.

Urinproben sind aber teuer, anfällig für Manipulation und decken nur einen relativ kurzen Zeitraum diagnostisch ab. Sie ersetzen in aller Regel nicht die direkte Exploration im Gespräch, welche allerdings nur zu ehrlichen Angaben führt, wenn der Patient/die Patientin keine negativen Konsequenzen durch die Offenlegung seines Beikonsums zu befürchten hat.

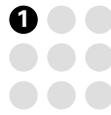
7.3 Therapieziele bei Kokainmissbrauch

Gemäss den Resultaten der PROVE Begleitforschung stieg der Anteil der kokainabstinenten Patienten/-innen innerhalb der ersten 18 Monate nach Beginn einer heroingestützten Behandlung von 15% auf 41% (1).

Für viele Patienten/-innen ist Kokainabstinenz also im Verlaufe einer heroingestützten Behandlung ein erreichbares Ziel.

7.4 Strategien und Interventionen bei Kokainmissbrauch

Alleine durch die Einbindung in die heroingestützte Behandlung lässt sich in den ersten 18 Monaten bei vielen Patienten/-innen eine Sättigung oder deutliche Reduktion des Kokainkonsums erreichen (1). Wieso dies so ist, lässt sich nicht mit Sicherheit sagen. Unspezifische Effekte durch die Einbindung in eine Behandlung spielen sicherlich eine Rolle, spezifische Effekte des verabreichten Heroins möglicherweise auch. Da heutzutage die weitaus grösste Zahl der Drogenkonsumenten vor Eintritt in die HeGeBe «Cocktails» konsumiert, das heisst eine Mischung aus Heroin und Kokain, ist es möglicherweise durch die gezielte Verabreichung der einen Substanz



10 Beikonsum und schwere Mehrfachabhängigkeit

(Heroin) für den Patienten/die Patientin einfacher möglich, auf die andere Substanz (Kokain) zu verzichten.

Einen wichtigen Stellenwert hat die gezielte Pharmakotherapie von psychischen Begleitsymptomen und –störungen: Insbesondere psychotische Symptome und affektive Störungen müssen unabhängig ihrer Ursache lege artis mit Neuroleptika, Antidepressiva und «mood stabilizers» behandelt werden.

Eine ausreichende Opiatdosierung trägt dazu bei, den Kokainhunger zu dämpfen.

Ein Behandlungszentrum berichtet über besondere, für Kokainkonsumenten/-innen reservierte Abgabe- und Behandlungszeiten, während denen durch Kokain bedingte Gesundheitsprobleme pflegerisch angegangen werden, und wo mit motivierender Gesprächsführung gearbeitet wird.

Verschiedentlich wird versucht, Kokainkonsumenten in spezifische Gruppen zu integrieren, in denen entweder allgemein themenzentriert gearbeitet wird, oder spezifische (manualisierte) kognitiv-verhaltenstherapeutische Gruppentherapie angewendet wird.

Ohrakupunktur nach dem NADA-Protokoll wird in den USA und zunehmend in Europa auch bei Kokainabhängigkeit eingesetzt. Die Erfolge in kontrollierten Studien sind wenig Erfolg versprechend.

In den schweizerischen HeGeBe-Zentren wird Akupunktur nur ganz vereinzelt versuchsweise eingesetzt.

8. Schwere Mehrfachabhängigkeit

8.1 Diagnostisches Vorgehen bei schwerer Mehrfachabhängigkeit

Diagnostisch wichtig ist der differenzierte Nachweis der involvierten Substanzen. Dies geschieht anamnestisch, klinisch, durch Atemalkoholmessung und durch Urinscreenings. Oft lässt sich nur im Verlauf ein deutliches Muster und der Zusammenhang zwischen den einzelnen Substanzen zeigen.

8.2 Therapieziele bei schwerer Mehrfachabhängigkeit

Bei einer zusätzlich zur Heroinabhängigkeit diagnostizierten schweren Mehrfachabhängigkeit stellt die dauerhafte therapeutische Anbindung in HeGeBe mit täglichem Bezug und damit täglichem Kontakt zum Hilfesystem das primäre Ziel dar.

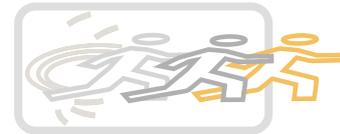
Damit kann die medizinische und soziale Grundversorgung einigermaßen gewährleistet werden. Insbesondere besteht die Möglichkeit, bei Krisen und medizinischen Notfällen rasch intervenieren zu können.

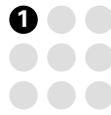
Weiterreichende Ziele sind, wenn überhaupt, oft erst längerfristig erreichbar.

8.3 Strategien und Interventionen bei schwerer Mehrfachabhängigkeit

Besonders bei instabilen, zusätzlich zu ihrer Heroinabhängigkeit schwer Mehrfachabhängigen, zeigt sich manchmal ein Zielkonflikt bezüglich der optimalen Dosierung des verschriebenen pharmazeutischen Heroins: Einerseits sollte die Dosierung genug hoch sein, damit der Patient nicht Opiatentzugssymptome entwickelt und dadurch noch mehr chaotisch illegal dazukonsumiert, andererseits sollte die Dosierung sorgfältig erfolgen und eher tief ausfallen, damit das Risiko einer gefährlichen Potenzierung der sedierenden und atemdepressiven Wirkung der involvierten Substanzen mit nachfolgender Überdosierung klein bleibt.

Dosisreduktionen oder –modifikationen des verschriebenen Heroins sind bei zusätzlichem chaotischem Beikonsum also grundsätzlich oft nötig, im Einzelfall aber heikel und nicht ungefährlich.





10 Beikonsum und schwere Mehrfachabhängigkeit

Oft müssen sich die Behandelnden in solchen Fällen auf eine langfristige, auf minimale Ziele ausgerichtete Begleitung beschränken. Ein freiwilliger stationärer Teilentzug mit anschliessender Wiederaufnahme in die HeGeBe kann im Einzelfall sinnvoll sein. Manchmal ist eine fürsorgliche Freiheitsentziehung mit stationärem Teilentzug die einzige Möglichkeit, eine weitere Eskalation zu stoppen.

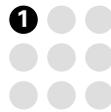
9. Grenzen der vorliegenden Behandlungsempfehlungen und Informationen

Wie die im August 2001 durchgeführte Umfrage bei den Behandlungsstellen zeigte, sind die Behandlungsansätze und -philosophien, die sich seit 1994 entwickelt haben, in den verschiedenen HeGeBe-Zentren in der Schweiz in manchen Bereichen uneinheitlich. Da es sich weltweit immer noch um eine sehr exklusive Behandlung handelt, bestehen auch kaum fundierte wissenschaftliche Daten, die sich gemäss den Prinzipien der «evidence based medicine» in solide Behandlungsempfehlungen umsetzen liessen. Mehr Forschung zu praktischen Behandlungsfragen im Zusammenhang mit Beikonsum in heroingestützter Behandlung ist also dringend nötig.

Ausserdem sind die vorhandene Infrastruktur und das Know-how in den Zentren unterschiedlich. Spezifische Fachkompetenzen (z.B. in Psychiatrie, Psychotherapie, Suchttherapie, motivierende Gesprächsführung, Gruppentherapie, etc.) fehlen teilweise, oder gehen mit jedem Personalwechsel verloren und müssen anschliessend über Monate oder Jahre neu aufgebaut werden.

Gerade deshalb sind schriftlich festgehaltene manualisierte Verfahren als Leitlinien für die Praxis von besonderer Wichtigkeit. Die vorliegenden Empfehlungen und Informationen sind ein entscheidender Schritt in diese Richtung.





10 Beikonsum und schwere Mehrfachabhängigkeit

10. Referenzen

Alcoveb. 2002. <http://www.alcoveb.com>

Babor TF, et al. AUDIT - Alcohol Use Disorders Identification Test. World Health Organisation WHO; 1992.

Bada HS, Das A, Bauer CR, Shankaran S, Lester B, Wright LL et al. Gestational cocaine exposure and intrauterine growth: maternal life-style study. *Obstet.Gynecol.* 2002;100(5 Pt 1):916-24.

Beck, Wright, Liese, Newman. Kognitive Therapie der Sucht. Psychologie Verlags Union, Weinheim; 1997.

Bhana A, Parry CD, Myers B, Pluddemann A, Morojele NK, Flisher AJ. The South African Community Epidemiology Network on Drug Use (SACENDU) project, phases 1-8-cannabis and Mandrax. *S.Afr.Med.J* 2002;92(7):542-7.

Bleich A, Gelkopf M, Schmidt V, Hayward R, Bodner G, Adelson M. Correlates of benzodiazepine abuse in methadone maintenance treatment. A 1 year prospective study in an Israeli clinic. *Addiction* 1999;94(10):1533-40.

Brady KT, Lydiard RB, Malcolm R, Ballenger JC. Cocaine-induced psychosis. *J Clin.Psychiatry* 1991;52(12):509-12.

Bürki Ch. V-score, Version 2.01. 2002. zu beziehen beim Autor: <mailto:christoph.buerki@koda.ch>

Caroll Kathleen M. A Cognitive-Behavioral Approach: Treating Cocaine Addiction. Rockville, Maryland; 1998.
<http://www.drugabuse.gov/TXManuals/CBT/CBT1.html>

Cotton P. Smoking cigarettes may do developing fetus more harm than ingesting cocaine, some experts say. *JAMA* 1994;271(8):576-7.

Feuerlein, Wilhelm, Küfner, Heinrich, Soyka, Michael. Alkoholismus, Mißbrauch und Abhängigkeit. Entstehung, Folgen, Therapie. 5., überarb. u. erw. Auflage. Stuttgart/New York; 1998.

Forth W, Henschler D, Rummel W. Allgemeine und spezielle Pharmakotherapie und Toxikologie, 5. Auflage. Mannheim/Wien/Zürich; 1987.

Gawin FH, Kleber HD. Abstinence symptomatology and psychiatric diagnosis in cocaine abusers. Clinical observations. *Arch.Gen.Psychiatry* 1986;43(2):107-13.

Gieringer D. How many crack babies? *The Drugs Policy Letter* 1990;11(2):4-6.

Green RM, Kelly KM, Gabrielsen T, Levine SR, Vanderzant C. Multiple intracerebral hemorrhages after smoking »crack« cocaine. *Stroke* 1990;21(6):957-62.

Gutierrez-Cebollada J, de la TR, Ortuno J, Garces JM, Cami J. Psychotropic drug consumption and other factors associated with heroin overdose. *Drug Alcohol Depend.* 1994;35(2):169-74.

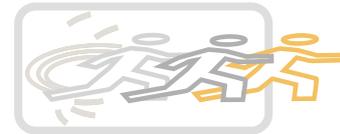
Herz A. Opioid reward mechanisms: a key role in drug abuse? *Can.J Physiol Pharmacol.* 1998;76(3):252-8.

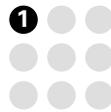
Hume RF, Jr., Gingras JL, Martin LS, Hertzberg BS, O'Donnell K, Killam AP. Ultrasound diagnosis of fetal anomalies associated with in utero cocaine exposure: further support for cocaine-induced vascular disruption teratogenesis. *Fetal Diagn.Ther.* 1994;9(4):239-45.

Isner JM, Chokshi SK. Cardiac complications of cocaine abuse. *Annu.Rev.Med.* 1991;42:133-8.

Körkel J, Projektgruppe kT. 10-Schritte-Programm zum selbstständigen Erlernen des kontrollierten Trinkens. GK Quest Akademie GmbH ; 2001. Zu beziehen bei: www.kontrolliertes-trinken.de

Körkel J. Welche Ziele sind in der Behandlung von i.v. Drogenabhängigen ethisch vertretbar? In: Bellmann GUJCh&WBH, editor. Mehr als abhängig? Versuche mit Methadon und Heroin. Weinheim; 1999. p. 188-207.





10 Beikonsum und schwere Mehrfachabhängigkeit

Kruse G, Schmalz U, Körkel J. Alkoholabhängigkeit erkennen und behandeln. Mit literarischen Beispielen. 2. Auflage. Bonn; 2001.

Kuhar MJ, Pilotte NS. Neurochemical changes in cocaine withdrawal. Trends Pharmacol.Sci. 1996;17(7):260-4.

Margolin A, Kleber HD, Avants SK, Konefal J, Gawin F, Stark E et al. Acupuncture for the treatment of cocaine addiction: a randomized controlled trial. JAMA 2002;287(1):55-63.

Miller, William R., Rollnik, Stephen. Motivierende Gesprächsführung. Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen. Freiburg i. Breisgau; 1999.

Pascual-Leone A, Dhuna A, Altafullah I, Anderson DC. Cocaine-induced seizures. Neurology 1990;40(3 Pt 1):404-7.

Schaaf Susanne, et al. Der Forschungsverbund stationäre Suchttherapie FOS im Jahr, 2001 (Tätigkeitsbericht und Jahresstatistik). Zürich; 2002.

Schweizerisches Toxikologisches Informationszentrum. Wussten Sie das? Toquilone®: Gefahr bei Missbrauch und Überdosierung. 2002. http://www.toxi.ch/ger/news_992602973_24780.html

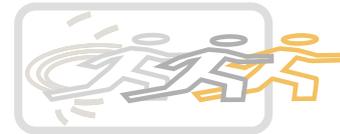
Sprauve ME, Lindsay MK, Herbert S, Graves W. Adverse perinatal outcome in parturients who use crack cocaine. Obstet.Gynecol. 1997;89(5 Pt 1):674-8.

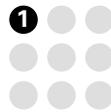
Spunt BJ, Goldstein PJ, Bellucci PA, Miller T. Drug relationships in violence among methadone maintenance treatment clients. Adv.Alcohol Subst.Abuse 1990;9(3-4):81-99.

Uchtenhagen A., et al. Betäubungsmittelverschreibung an Heroinabhängige. Basel; 2000.

Weisshorn R, Wappler F, Fiege M, Gerbershagen M, Schulte Am EJ. [In-vitro-effects of cocaine in skeletal muscle specimens of patients susceptible to malignant hyperthermia]. Anesthesiol. Intensivmed.Notfallmed.Schmerzther. 2002;37(3):138-43.

Wojak JC, Flamm ES. Intracranial hemorrhage and cocaine use. Stroke 1987;18(4):712-5.





11 Patienten und Patientinnen mit Komorbidität¹

■ Komorbidität ist bei den PatientInnen ein häufig beobachtetes Phänomen. Diese Störungen müssen erkannt werden, damit eine adäquate Behandlung eingeleitet werden kann.

■ Das Erkennen dieser Störungen verlangt nach in psychiatrischen Fragestellungen ausgebildeten Ärzten. Die Zusammenarbeit mit Fachärzten aus der Psychiatrie muss gewährleistet sein.

■ Die Ursachen und Zusammenhänge von Abhängigkeit und anderen psychiatrischen Krankheitsbildern müssen bekannt sein.

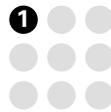
■ Eine umfassende Abklärung ist Voraussetzung für eine Beurteilung und Diagnose sowie eine individuelle Behandlungsplanung.

■ Jeder/jede Patient/Patientin wird nach gängigen psychiatrischen Standards abgeklärt.

■ Die Behandlung von Patienten und Patientinnen mit komorbiden Störungen findet in einem interdisziplinären Feld statt. Eine Zusammenarbeit dieser verschiedenen Involvierten ist zwingend notwendig. In der Behandlung kommen

- klinisch-psychiatrische
 - psychologisch-psychotherapeutische
 - sozialarbeiterisch-sozialpädagogische
 - medizinisch-pflegerische
- Instrumente zum Einsatz.





11 Patienten und Patientinnen mit Komorbidität¹

1 Ausgangslage

Neben der Sucht, somatischen und sozialen Problemstellungen befinden sich unter den Patienten/Patientinnen in den Zentren zur ärztlichen Verschreibung von Heroin eine beträchtliche Zahl von psychiatrischen Störungsbildern. Man spricht hier auch von Komorbidität oder Dualdiagnosen. Je nach theoretischem Hintergrund werden diese Begriffe etwas unterschiedlich verwendet. Von Komorbidität spricht man, wenn gleichzeitig oder nebeneinander verschiedene psychische Leiden auftreten. Dualdiagnosen sind eine Form der Komorbidität. Der Begriff der Dualdiagnose wird heute für das gleichzeitige Auftreten einer Sucht und eines anderen psychischen Leidens verwendet.

Um diese Patienten/Patientinnen adäquat behandeln zu können, müssen komorbide Störungen erkannt und diagnostiziert werden und die Prinzipien der Behandlung müssen bekannt sein.

Das Erkennen von mit Suchtmittelkonsum einhergehenden psychiatrischen Störungsbildern ist anspruchsvoll und besondere Erfahrung und Kenntnisse ist Voraussetzung. Dabei sind verschiedene Aspekte wichtig:

Schwierigkeiten der Diagnostik von mit Suchtmittelkonsum einhergehenden psychiatrischen Störungsbildern:

1. Psychische Befindlichkeiten werden durch den Konsum von psychoaktiven Substanzen beeinflusst. Eine saubere Erfassung der psychischen Phänomene ist dadurch erschwert.
2. Psychische Störungen können durch akuten oder chronischen Konsum von psychoaktiven Substanzen ausgelöst werden.
3. Vorbestehende psychische Störungen können durch den Konsum von psychoaktiven Substanzen beeinflusst werden.
4. die psychische Entwicklung wird durch den Konsum von psychoaktiven Substanzen in der Adoleszenz verändert oder gar verhindert.
5. Verschiedene psychische Störungsbilder werden erst nach Stabilisierung der sozialen und somatischen Situation sichtbar.
6. Immer wiederkehrende Entzugerscheinungen zum Beispiel bei chronischem Benzodiazepinkonsum können psychiatrische Störungsbilder imitieren (zum Beispiel emotionale Instabilität, Frustrationsintoleranz, Gereiztheit, usw.).
7. Agieren als wichtiges psychisches Phänomen muss als solches erkannt und beurteilt werden können.

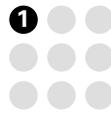
Grundsätzlich wird eine saubere Diagnostik erschwert durch unterschiedliche Ansätze in der Gewichtung psychischer Phänomene und durch eine unterschiedliche Tradition der Beurteilung und Behandlung von Suchtphänomenen und damit einhergehenden psychischen Auffälligkeiten.

In der Zwischenzeit liegen weltweit unzählige Untersuchungen zur Komorbidität vor. In der grossen epidemiologic catchment area study (ECA) aus den USA (1990) wurde bei 53% aller Süchtigen eine Doppeldiagnose gefunden. Je nach Suchtmittel wurde ein unterschiedlicher Grad an zusätzlicher psychiatrischer Erkrankung diagnostiziert (Alkohol 36,6%, Marihuana 50,1%, Kokain 76,1%, Opiate 65,2%, Barbiturate 74,7%, Amphetamine 62,9%, Halluzinogene 69,2%). R. Steer (NL) fand in Untersuchungen mit dem SCL-90 bei Heroinabhängigen in den USA wie in den Niederlanden bei 87 resp.



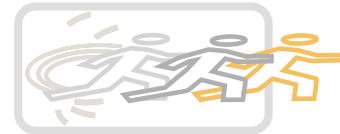
¹ von Dr. med. Toni Berthel, Leiter des Behandlungszentrums Ikarus, Winterthur

siehe Kapitel 1.5, Behandlungsplanung



11 Patienten und Patientinnen mit Komorbidität

86% ein spezielles Profil mit ängstlich-depressiven, paranoiden, feindseligen Mustern. An der Universität Basel wurden 110 Patienten im Methadonprogramm auf komorbide Störungen untersucht, davon fanden sich nur bei 24,8% keine zusätzliche psychiatrische Diagnose (45,5% Persönlichkeitsstörungen (F 6), 24,5% depressive Störungen (F 3), 13,6% schizophrene Störungen (F 2), 4,5% Angst (F 4), 2,7% Essstörungen (F 5).) In den Heroinschreibungsprojekten PROVE fanden sich in einer Untersuchung in 3 Projekten bei 13,8% keine psychiatrische Diagnose (F 0), 5,2 % (F 2), 7,1% (F 3), 17,9% (F 4), 4,1% (F 6), 51,6%.



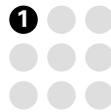
2 Ursachen von komorbiden Störungsbildern

Es ist in der Zwischenzeit allgemein anerkannt, dass sich Sucht aus dem Zusammenwirken von Drogen/Drogenwirkung, Persönlichkeit und Umwelteinflüssen entwickelt. Es gibt verschiedene Ansätze, wie die Entwicklung von komorbiden Störungsbildern erklärt werden könnte.

Der Zusammenhang zwischen Abhängigkeitserkrankung und anderen psychiatrischen Krankheiten:

1. Die zwei Erkrankungen treten unabhängig und zufälligerweise beim gleichen Patienten auf.
2. Die Substanzabhängigkeit löst eine psychiatrische Erkrankung aus.
3. Die psychiatrische Erkrankung erhöht das Risiko, an einer stofflichen Abhängigkeit zu erkranken.
4. Die stoffliche Abhängigkeit kann als ein Selbstheilungsversuch bei vorliegender psychiatrischer Erkrankung verstanden werden.
5. Die psychiatrische Erkrankung und die stoffliche Abhängigkeit beeinflussen sich gegenseitig im Sinne einer positiven Rückkopplung.
6. Ein dritter gemeinsamer Faktor prädestiniert sowohl zu einer psychiatrischen Erkrankung wie auch zur stofflichen Abhängigkeit.
7. Die Doppeldiagnose stellt ein eigenständiges Erkrankungsbild dar, innerhalb dessen nicht zwischen stofflicher Abhängigkeit und psychiatrischer Erkrankung differenziert werden kann.

Beobachtungen in den Zentren zur heroingestützten Behandlung zeigen eine hohe Zahl von Menschen mit Persönlichkeitsstörungen. Die Persönlichkeit, wie Persönlichkeitsstörungen, entwickeln sich auf dem Boden a) biophysikalischer Gegebenheiten, b) von im Verlauf der seelischen Entwicklung erfahrener Umwelt- und Entwicklungsbedingungen und c) damit einhergehenden Förderungen oder Traumen sowie d) des Prozesses der Adoleszenz, mit Individuation und Sozialisation. Besonders die mit Persönlichkeitsstörungen einhergehenden Beziehungsstörungen erschweren eine Behandlung der Suchtproblematik und die Integration oder Reintegration dieser Menschen in gesellschaftliche Strukturen. Das heisst, die Behandlung gestaltet sich als sehr schwierig, nicht primär wegen der Suchtproblematik, sondern wegen der mit den Persönlichkeitsstörungen einhergehenden Symptome wie Agieren, Spalten, Entwertungen, usw. Eine saubere umfassende Diagnostik ist deshalb für die Erarbeitung eines effizienten Behandlungsplanes unbedingt notwendig. Da eine Behandlung auf jeden/jede Patienten/Patientin zugeschnitten werden muss, muss jeder/jede Patient/Patientin umfassend abgeklärt, breit beurteilt und Defizite wie Ressourcen müssen in die Behandlung miteinbezogen werden.



11 Patienten und Patientinnen mit Komorbidität

3 Abklärung, Beurteilung, Drogentherapie

Eine umfassende Abklärung ist die Basis jeder Beurteilung, Diagnose und individuellen Behandlungsplanung. Gleichzeitig verhindert eine breite Abklärung eine allfällige Stigmatisierung. Eine Abklärung muss umfassen:

1. Das Präsentiersymptom
2. Die Persönlichkeit
3. Psychodynamische Zusammenhänge
4. Die somatische Situation
5. Die soziale Situation
6. Die Familiensituation
7. Den adoleszenten Entwicklungsstandard
8. Persönliche und soziale Ressourcen

Diese Abklärung ist Teil eines interdisziplinären Abklärungsprozesses und damit die Basis für eine umfassende Diagnostik.

Eine Diagnose wird gestellt durch:

1. Eine saubere klinisch-psychiatrische Abklärung
2. Verlaufsbeobachtungen
3. Erfassung der Lebensgeschichte mit besonderen Ereignissen, Traumatisierungen, Ressourcen, usw.
4. Adoleszenter Entwicklungsverlauf, Entwicklungsbedingungen, Entwicklungsstand und dadurch die Erkennung verschütteter Entwicklungspotentiale
5. Den Einsatz verschiedener standardisierter Abklärungsinstrumente (Fragebogen, usw.)

Als standardisierte Instrumente werden zur Zeit diskutiert und teilweise schon verwendet:

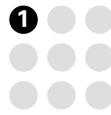
- Addiction Severity Index (ASI)
- CIM-10 Symptom Check-List (CIM-10 SCL)
- Beck Depression Inventory (BDI)
- Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI)
- Symptom Check-List-90-Revised (SCL-90-R)

Für die Diagnose von Persönlichkeitsstörungen sind allfällig einsetzbare Fragebogen erst in Diskussion. Hier ist die klinisch psychiatrische Diagnostik nach ICD-10 oder DSM-IV sinnvoll.

4 Behandlung

Die Behandlung von Patienten/Patientinnen mit komorbiden Störungen findet in einem interdisziplinären Feld statt. Dabei kommen klinisch-psychiatrische, psychologisch-psychotherapeutische, sozialarbeiterisch-sozialpädagogische und medizinisch-pflegerische Instrumente zum Einsatz. Damit eine Behandlung möglich ist, müssen die verschiedenen in diesem Feld Tätigen zusammenarbeiten. Eine gute Koordination zwischen den verschiedenen Involvierten ist Voraussetzung für die Behandlung. Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit ermöglicht eine umfassende Behandlung und ist die Basis für eine Gesundung komorbider PatientenInnen.





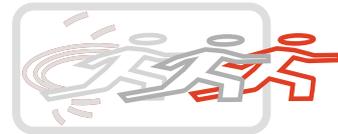
12 Weiterführung der Behandlung bei Hospitalisation oder Gefängnisaufenthalt

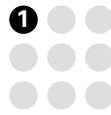
Artikel 18 VO Die Institutionsbewilligung

² Zur erforderlichen Weiterführung der heroingestützten Behandlung bei Hospitalisation eines Patienten oder einer Patientin oder bei Verbüßung einer Freiheitsstrafe von maximal 30 Tagen kann der Klinik bzw. dem ärztlichen Dienst der Strafvollzugsanstalt in begründeten Ausnahmefällen eine auf diese Zeit befristete Bewilligung ohne Erfüllung der Voraussetzungen nach Absatz 1 Buchstaben b und d erteilt werden.

Erläuterung:

Absatz 2 gilt für Sonderfälle. Bsp.: Eine behandelte Person wurde ins Gefängnis oder zur stationären, medizinischen Behandlung in eine Klinik eingewiesen. Die betroffene verantwortliche Medizinalperson der Klinik bzw. des ärztlichen Dienstes der Strafvollzugsanstalt kann bei medizinischer Notwendigkeit anstelle des Institutionsarztes das Heroin ebenfalls verschreiben. Ein abruptes, möglicherweise die Compliance gefährdendes Absetzen der Heroinbehandlung kann damit verhindert werden.





12 Weiterführung der Behandlung bei Hospitalisation oder Gefängnisaufenthalt

Grundlagen

Bei Spitaleinlieferung soll auf Methadon umgestellt werden. Heroin kann weiter verschrieben werden, wenn es wichtige therapeutische Gründe dafür gibt.

In diesem Fall muss der zuständige Arzt der HeGeBe-Institution in Absprache mit dem behandelnden Spitalarzt eine Hospitalisationsbewilligung beim BAG einholen. Die kantonalen Behörden müssen mit der Heroinverschreibung im Spital einverstanden sein und das Antragsformular für die Hospitalisationsbewilligung mit unterzeichnen. (siehe auch Kapitel 4, Bewilligungswesen)

Mit der Hospitalisationsbewilligung wird der behandlungsleitende Arzt des Spitals zur Verschreibung des Heroins an den Patienten berechtigt und ihm wird die Verantwortung für die Heroinbehandlung zugewiesen.

Instruktion der Medizinalpersonen im Spital

Der behandelnde Arzt im Spital wird vor Beginn der heroingestützten Behandlung vom zuständigen Fachpersonal der HeGeBe-Institutionen instruiert. Insbesondere muss er darüber informiert werden, wie hoch die bisher verschriebene Dosis war und welche Interaktionen und Nebenwirkungen bei Heroin auftreten können.

Die HeGeBe-Institution muss im Spital auch eine kurze Unterweisung über die Handhabung der Heroinampullen und Heroin-tabletten (Dosierung, Lagerung, Stabilität, Sicherheit) durchführen. Die Abgabe eines ergänzenden Merkblatts wäre von Nutzen.

Heroinlogistik und Betäubungsmittelkontrolle bei Hospitalisationen

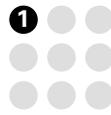
Der behandlungsleitende Arzt des Spitals (Bewilligungsinhaber) verschreibt das Heroin für den Patienten. Im Spital muss eine Abrechnung über die an den Patienten getätigten Abgaben geführt werden. Dabei muss in jeweils individueller Absprache geklärt werden, wer für die Lagerung des Heroins im Spital und für die spitalinterne Kontrolle des Heroins zuständig ist, die Spitalapotheke oder die Station.

Die HeGeBe-Institutionen liefern das Heroin für ihre hospitalisierten Patienten an das behandelnde Spital und nehmen das nach Ende der Behandlung übriggebliebene Heroin wieder zurück. Für jeden Herointransfer muss ein Lieferschein ausgestellt werden, der vom Empfänger unterzeichnet wird.

Die HeGeBe-Institutionen sind zuständig und verantwortlich für die ganze mit der Hospitalisation verbundene Heroinlogistik und machen eine Gesamtabrechnung für das während der Hospitalisation verwendete Heroin. Heroin, das nicht mehr verwendbar ist, liefern sie zur Entsorgung an die Behörden (BAG oder Kanton). Derartige Lieferungen zur Entsorgung müssen mit dem amtlichen Meldeformular für Betäubungsmittellieferungen an das BAG gemeldet werden.



Diese Richtlinien gelten analog für Gefängnisaufenthalte. Allerdings wurde von dieser Möglichkeit bis heute noch nie Gebrauch gemacht.



13 Zeitliche Struktur des Behandlungsplans

Behandlungsphasen

Auf der Grundlage der bereits an anderen Orten des HeGeBe Handbuchs (vgl. Kapitel 1.4. Behandlungsziele, Kapitel 1.5. Behandlungsplanung und Kapitel 1.7. Behandlungsdokumentation) skizzierten zeitlichen Gliederung der Behandlung werden drei – sich teilweise überlappende - Phasen vorgeschlagen:

Phase 1

Eintritt – max. sechs Monate: Einstellung auf Heroin, Haltephase und Abklärung/Diagnostik (als Schwerpunkt)

Das wichtigste Therapieziel dieser Phase ist die Einbindung der Patienten/-innen in ein therapeutisches Angebot. HeGeBe-Patienten/-innen sind per Zugangskriterium bislang im herkömmlichen medizinischen und psychosozialen Versorgungssystem gescheitert und weisen schwere substanzbedingte Beeinträchtigungen auf. Für die (Wieder-) Eingliederung spielen der Aufbau einer Tagesstruktur sowie die Bedarfsabklärung, einschliesslich einer umfangreichen Diagnostik, eine wichtige Rolle. Zudem sollten in dieser Phase soziale Grundbedürfnisse (Wohnung etc.) gestillt werden.

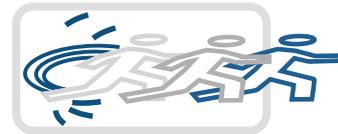
Phase 2

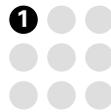
Sechs – 24 Monate: Behandlung von komorbiden Störungen und Verbesserung sozialer Schwierigkeiten (als Schwerpunkt)

In dieser Phase soll intensiv an der psychischen und somatischen Komorbidität sowie an sozialen Problemen gearbeitet werden. Folgende Bereiche sollten nach Indikation und Möglichkeit mit auf wissenschaftlicher Evidenz basierenden Interventionen (gegebenenfalls Therapiemodulen) bearbeitet werden:

- Prävention/Therapie von HIV und von Hepatitisinfektionen u.ä.
- Adäquate Therapie von psychischer Komorbidität
- Interventionen gegen den Beikonsum
- Intensive Bearbeitung von andauernden sozialen Problemen wie Verschuldung oder Arbeitslosigkeit
- Adäquate Therapie somatischer Erkrankungen

Die konkrete Betreuung richtet sich nach einem individuell zu erstellenden Therapieplan. Dabei ist es wichtig, die Motivation zur Teilnahme bzw. zum Verbleib in den jeweiligen Modulen mittels geeigneter Verfahren (z.B. motivierende Gesprächsführung, siehe S. 76) gezielt zu fördern. Die jeweiligen Interventionen können im Zentrum selber oder in Verbindung mit anderen lokalen Anbietern organisiert werden. Wichtig ist, dass auf wissenschaftlicher Evidenz basierende Verfahren, die zu allen angesprochenen Bereichen existieren, zur Anwendung kommen.





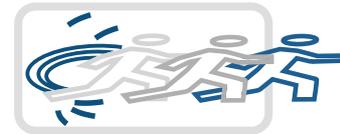
13 Zeitliche Struktur des Behandlungsplans

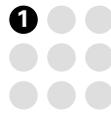
Phase 3

Nach 24 Monaten und dann in 12-monatigen Abständen: Bilanz und Erstellung weiterer Therapiepläne (inkl. der Fortführung der o.g. Schwerpunkte)

Nach 24 Monaten soll nochmals eine intensive Klärung des status quo mit standardisierter Diagnostik vorgenommen werden. Auf der Grundlage einer Fallkonzeption werden auf das Individuum zugeschnittene Interventionen erwogen, die zum Übertritt in ein anderes Substitutions- oder abstinentorientiertes Therapieprogramm führen, beziehungsweise eine erfolgreiche Weiterführung der HeGeBe ermöglichen. Insbesondere sollen Therapiemöglichkeiten geschaffen werden, die zur Förderung von Änderungsmotivation geeignet sind. Hierzu stehen u. a. Strategien der Motivierenden Gesprächsführung und z.B. die Einbindung in gemeindenahere Angebote zur Verfügung.

Auf der Basis der vorliegenden klinischen Erfahrungen mit heroingestützten Behandlungen in der Schweiz kann eine kleine Untergruppe von Patienten/-innen definiert werden, die in der konkreten Behandlung besondere Aufmerksamkeit bezüglich einer «nicht zu langen» (ca. zwei- bis dreijährigen) Verweildauer verdient. Diese Patienten leiden an keiner schwerwiegenden psychiatrischen oder somatischen (komorbiden) Störung. Sie sind nur von Opiaten abhängig und haben ein strukturiertes Konsumverhalten bezüglich anderer psychotroper Substanzen. Ihnen bieten sich sowohl berufliche, als auch private Lebensziele, die sie motiviert und mit guten persönlichen Ressourcen verwirklichen können. Sie sind eher jünger (unter dreissig Altersjahren). Möglicherweise befinden sich gerade in dieser Untergruppe die Patienten/-innen, die sich gut an die Behandlungseinrichtungen anpassen können. Bei diesen Patienten/-innen ist eine erhöhte Aufmerksamkeit und gegebenenfalls ein gezieltes Hinwirken auf eine Beendigung der HeGeBe empfehlenswert.





13 Zeitliche Struktur des Behandlungsplans¹

Einleitung

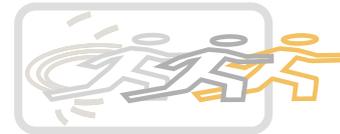
Bei den HeGeBe-Patienten/-innen handelt es sich per definitionem um eine stark vorgeschädigte Gruppe von chronisch Drogenabhängigen. Sie haben zahlreiche gescheiterte Therapieversuche hinter sich und weisen bereits beim Eintritt chronische gesundheitliche und soziale Defizite auf. Die mittlere Dauer der Drogenabhängigkeit bei Eintritt beträgt über 10 Jahre. Vor diesem Hintergrund zu erwarten, dass HeGeBe diese Menschen geradewegs und innerhalb weniger Monate in die Abstinenz führt, wäre unrealistisch. Therapeutische (Teil-)Ziele können oft nur mit grossem Aufwand und viel Geduld erreicht werden. HeGeBe erfordert von Betreuenden wie Behandelten einen langen Atem. Dieser Text verdeutlicht einerseits die Merkmale, die eine/-n Patienten/-in (nach den Regeln der Erfahrung) zu einem/-r Langzeitpatienten/-in machen, und er gibt den Fachleuten andererseits Empfehlungen für eine zeitliche Strukturierung der Therapie an die Hand. Die Qualitätskommission HeGeBe hat sich mit diesem Thema eingehend auseinandergesetzt und sie hat Beiträge zu Händen der Verfasser geliefert.

Hintergrund

Den Empfehlungen liegen die verschiedenen Erfahrungen innerhalb der Arbeitsgruppe, sowie eine im Jahr 2002 eigens bei allen HeGeBe-Zentren zu diesem Thema durchgeführte Umfrage und deren Auswertung (Rücklauf 17 von 21; 81%) zugrunde. In den Empfehlungen wird versucht, Therapieziele in Abhängigkeit vom zeitlichen Verlauf der HeGeBe zu geben (Behandlungsphasen). Dazu werden entsprechende Entscheidungskriterien zur differenziellen Indikation definiert.

Ebenso wie in anderen Studien zeigte sich in einer Untersuchung der Langzeitverläufe in und nach der heroingestützten Therapie, dass die Länge der Therapie für den Behandlungserfolg entscheidend sein kann². So findet sich auch in den Analysen von Schulte et al. (unveröffentlicht, zitiert nach ISF 2001) ein positiver Zusammenhang zwischen der Therapiedauer und dem Erreichen der Behandlungsziele. In den Vergleichen zwischen Patienten mit einem positiven und solchen mit einem negativen Therapieverlauf (nähere Angaben a.a.O.) wies die Behandlungsdauer von vier bis fünf Jahren signifikante Unterschiede zwischen diesen Gruppen auf. Das bedeutet, dass eine hohe Anfangsmotivation alleine für eine erfolgreiche Behandlung nicht ausreicht. Vielmehr scheint ein «genügend langer» Verbleib in der HeGeBe tendenziell vorteilhaft zu sein, wobei aktuell keine präziseren wissenschaftlich begründeten Angaben hierzu vorliegen.

Nach neuester Schätzung beträgt die durchschnittliche Behandlungsdauer in der HeGeBe rund vier Jahre (Gschwend et al., unveröffentlicht, zitiert nach ISF 2001). Darin eingerechnet sind sowohl Personen, die noch in Behandlung stehen, als auch ausgetretene Patienten/-innen. Bei methadongestützten Behandlungen gilt heute allgemein, dass bei manchen Patienten/-innen eine Langzeitbehandlung erforderlich ist, die auch sicher durchgeführt werden kann³. Hser et al. (2001) kommen nach einer Langzeitkatamnese von Opioidabhängigen ebenfalls zum Schluss, dass diese Störung durch den Gebrauch psychotroper Substanzen für viele Betroffene ein lebenslanger Zustand mit damit verbundenen schweren gesundheitlichen und sozialen Konsequenzen ist⁴. Die Autoren (op. cit.) folgern daraus, dass Therapieangebote im Rahmen von Substitutionsbehandlungen tendenziell eher auf eine Verbesserung der Lebenssituation hinarbeiten sollten, als auf eine lebenslange Abstinenz.

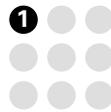


¹ Verfasser (Mitglieder der Arbeitsgruppe): Marcus Kuntze, Franz Moggi, Jürgen Rehm, Kurt Rufer, Ariane Schweizer

² Zitiert nach Gschwend, Güttinger, Rehm: Forschungsbericht aus dem ISF (Nr. 132, 2001)

³ Bertschy G: Methadone maintenance treatment: An update. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 245:114-24, 1995

⁴ Hser YI et al.: A 33-year follow-up of narcotics addicts. Arch Gen Psychiatry 58(5):503-8, 2001



13 Zeitliche Struktur des Behandlungsplans

Beschreibung von Behandlungsphasen

Auf der Grundlage der bereits an anderen Orten des HeGeBe Handbuchs (vgl. Kapitel 4 «Behandlungsziele», Kapitel 5 «Behandlungsplanung» und Kapitel 7 «Behandlungsdokumentation») skizzierten zeitlichen Gliederung der Behandlung werden drei – sich teilweise überlappende - Phasen vorgeschlagen, die zunächst vorläufig sind und heuristischen Zwecken dienen. Sie müssen evaluiert werden und beanspruchen keine absolute Verbindlichkeit. In Anlehnung an die Beiträge der Therapiezentren aufgrund der o.g. Umfrage werden folgende Behandlungsphasen unterschieden:

Phase 1

Eintritt – max. sechs Monate: Einstellung auf Heroin, Haltephase und Abklärung/Diagnostik (als Schwerpunkt)

Das wichtigste Therapieziel dieser Phase ist die Einbindung der Patienten/-innen in ein therapeutisches Angebot. HeGeBe-Patienten/-innen sind per Zugangskriterium bislang im herkömmlichen medizinischen und psychosozialen Versorgungssystem gescheitert und weisen schwere substanzbedingte Beeinträchtigungen auf. Für die (Wieder-) Eingliederung spielen der Aufbau einer Tagesstruktur sowie die Bedarfsabklärung, einschliesslich einer umfangreichen Diagnostik, eine wichtige Rolle. Zudem sollten in dieser Phase soziale Grundbedürfnisse (Wohnung etc.) gestillt werden.

Phase 2

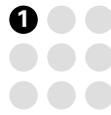
Sechs – 24 Monate: Behandlung von komorbiden Störungen und Verbesserung sozialer Schwierigkeiten (als Schwerpunkt)

In dieser Phase soll intensiv an der psychischen und somatischen Komorbidität sowie an sozialen Problemen gearbeitet werden. Folgende Bereiche sollten nach Indikation und Möglichkeit mit auf wissenschaftlicher Evidenz basierenden Interventionen (gegebenenfalls Therapiemodulen) bearbeitet werden:

- Prävention/Therapie von HIV und von Hepatitisinfektionen u.ä.
- Adäquate Therapie von psychischer Komorbidität
- Interventionen gegen den Beikonsum
- Intensive Bearbeitung von andauernden sozialen Problemen wie Verschuldung oder Arbeitslosigkeit
- Adäquate Therapie somatischer Erkrankungen

Die konkrete Betreuung richtet sich nach einem individuell zu erstellenden Therapieplan. Dabei ist es wichtig, die Motivation zur Teilnahme bzw. zum Verbleib in den jeweiligen Modulen mittels geeigneter Verfahren (z.B. motivierende Gesprächsführung, s.u.) gezielt zu fördern. Die jeweiligen Interventionen können im Zentrum selber oder in Verbindung mit anderen lokalen Anbietern organisiert werden. Wichtig ist, dass auf wissenschaftlicher Evidenz basierende Verfahren, die zu allen angesprochenen Bereichen existieren, zur Anwendung kommen.





13 Zeitliche Struktur des Behandlungsplans

Phase 3

Nach 24 Monaten und dann in 12-monatigen Abständen: Bilanz und Erstellung weiterer Therapiepläne (inkl. der Fortführung der o.g. Schwerpunkte)

Nach 24 Monaten soll nochmals eine intensive Klärung des status quo mit standardisierter Diagnostik vorgenommen werden. Auf der Grundlage einer Fallkonzeption werden auf das Individuum zugeschnittene Interventionen erwogen, die zum Übertritt in ein anderes Substitutions- oder abstinenzorientiertes Therapieprogramm führen, beziehungsweise eine erfolgreiche Weiterführung der HeGeBe ermöglichen. Insbesondere sollen Therapiemöglichkeiten geschaffen werden, die zur Förderung von Änderungsmotivation geeignet sind. Hierzu stehen u. a. Strategien der Motivierenden Gesprächsführung (Miller, Rollnick 1999¹) und z.B. die Einbindung in gemeindenahe Angebote zur Verfügung.

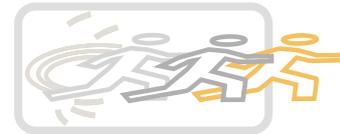
Zur Erläuterung der Motivationsphasen:

In Anlehnung an das transtheoretische Modell der Veränderungsphasen von Prochaska und Mitarbeitern² lassen sich fünf Motivationsphasen beschreiben: In der Vorbesinnungsphase besteht kein Problembewusstsein und keine Absicht zur Verhaltensänderung. In der Besinnungsphase besteht ein Problembewusstsein und die Vor- und Nachteile einer Verhaltensänderung werden abgewogen. Es besteht jedoch noch keine Bereitschaft, eine Entscheidung zur Verhaltensänderung zu fällen. In der Vorbereitungsphase wird die Entscheidung zur Verhaltensänderung getroffen und dazu erste Schritte unternommen (z.B. Reduktion des Konsums psychotroper Substanzen). In der Handlungsphase wird Zeit und Energie zur Veränderung der Umgebung und des Verhaltens aufgewendet, um die angestrebten Ziele zu erreichen. In der Aufrechterhaltungsphase werden zur Stabilisierung der Verhaltensänderungen Methoden der Rückfallprävention genutzt.

Es hat sich empirisch gezeigt, dass Therapieprogramme, die ihre Interventionen auf die Motivationsphasen abstimmen (Motivierende Gesprächsführung), bessere Behandlungsergebnisse aufweisen als Programme, die diese Phasen nicht berücksichtigen. Beispielsweise ist ein non-konfrontatives, Probleme klärendes Vorgehen in den ersten beiden Phasen, jedoch nicht in den nachfolgenden Phasen erfolgversprechend. In letzteren sind eher problemlösende Interventionen indiziert.

Typen von Behandlungsverläufen

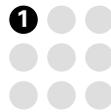
Als Folge regelmässiger Standortbestimmungen kann sich eine Einteilung in vier Typen von Behandlungsverläufen ergeben. Auch diese ist zunächst vorläufig und dient heuristischen Zwecken. Sie muss evaluiert werden und beansprucht keine absolute Verbindlichkeit. Typ I beschreibt dabei den in Bezug auf das Therapieziel vier³ (dauerhafter Verzicht auf Opiatkonsum) erwünschten Behandlungsverlauf, der jedoch erfahrungsgemäss nur bei einem kleinen Teilsegment der Betroffenen erreicht werden kann (ca. 5-10%). Die nächsten beiden Typen entsprechen Patienten/-innen, für die eine HeGeBe als notwendige langfristige Therapie eingeschätzt wird (Typ II) bzw. sich während des Verlaufs als notwendig erwiesen hat (Typ III), was erfahrungsgemäss für einen Grossteil der HeGeBe-Patienten zutrifft. Typ IV beschreibt den unerwünschten Behandlungsverlauf.



¹ Miller, W.R., Rollnick, S.: Motivierende Gesprächsführung, Freiburg i.Brsg.: Lambertus, 1999

² Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. & Norcross, J.C.: In search of how people change. Applications to addictive behaviors. Am Psychol, 47: 1102-1114, 1992.

³ Vgl. Verordnung über die ärztliche Verschreibung von Heroin vom 8. März 1999



13 Zeitliche Struktur des Behandlungsplans

Typ I: Der Übertritt in ein Methadon gestütztes (oder ein alternatives Opiat/Opioid nutzendes) oder abstinenzorientiertes Therapieprogramm wird vorbereitet und erfolgreich abgeschlossen. Dabei werden die erreichten psychosozialen und medizinischen Fortschritte erhalten und ausgebaut.

Typ II: Ein Übertritt wird als kontraindiziert beurteilt, weil die Wahrscheinlichkeit einer deutlichen Verschlechterung des Zustandes gross ist. Der Patient verbleibt in der HeGeBe und wird regelmässig diagnostisch abgeklärt (alle 12 Monate).

Typ III: Der Übertritt in ein Methadon gestütztes (oder ein alternatives Opiat/Opioid nutzendes) oder abstinenzorientiertes Therapieprogramm scheitert und der Patient tritt wieder in die HeGeBe ein (Wiedereintritt) und wird regelmässig mit der gleichen Diagnostik abgeklärt (alle 12 Monate).

Typ IV: Der Übertritt in ein Methadon gestütztes (oder ein alternatives Opiat/Opioid nutzendes) oder abstinenzorientiertes Therapieprogramm scheitert beziehungsweise erweist sich als unmöglich und der Patient kehrt wieder in der «Drogenszene».

Ergebnisse der Umfrage

Aufgrund der im Jahre 2002 bei den HeGeBe-Zentren durchgeführten eingangs erwähnten Umfrage ist es möglich, die Merkmale derjenigen Patienten/-innen zu benennen, die eine längere Behandlung beanspruchen.

Psychische Merkmale

Doppeldiagnosen (schwere psychische Störungen, einschliesslich Persönlichkeitsstörungen), langjährige und schwere Substanzabhängigkeit, mehrfacher Substanzgebrauch («Polytoxikomanie», «Beikonsum»), kaum Perspektiven in Bezug auf Lebensziele, geringe Motivation, wenig persönliche Ressourcen (z.B. geringe Belastbarkeit, neuropsychologische Defizite)

Somatische Merkmale

Schwere körperliche Erkrankungen, chronische Infektionen, (z.B. AIDS)

Soziale Merkmale

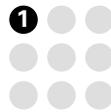
Mittleres Alter (ca. Mitte dreissigstes bis Ende vierzigstes Altersjahr), stabile Wohnsituation, IV-Rente, ungenügende Tagesstruktur, Isolation, Langzeitarbeitslosigkeit oder auch geschützte Arbeitssituation, wenig soziale Ressourcen (z.B. keine Bezugspersonen)

Diverses

Von einigen antwortenden Zentren wird zusätzlich ein besonderes Patienten/-innenverhalten beschrieben: Als Patienten/-innen mit längerer Verweildauer werden auch diejenigen bezeichnet, die sich gut an die Strukturen des jeweiligen Zentrums anpassen können und lange bleiben, obwohl sie psychisch, somatisch und sozial relativ unauffällig sind.

In statistischen Analysen der bis heute vorliegenden Daten der HeGeBe-Zentren spielt das Lebensalter die entscheidende Rolle: je älter, desto höher die Wahrscheinlichkeit, länger in einer HeGeBe zu verbleiben. Die anderen Einflussfaktoren (z.B. Dauer der Drogenabhängigkeit) sind oft mit Alter korreliert und eine statistische Trennung ist nicht zu interpretieren.



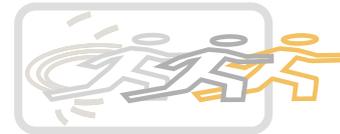


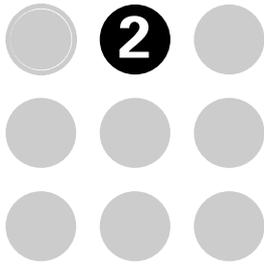
13 Zeitliche Struktur des Behandlungsplans

Auf der Basis der vorliegenden klinischen Erfahrungen mit heroingestützten Behandlungen in der Schweiz kann eine kleine Untergruppe von Patienten/-innen definiert werden, die in der konkreten Behandlung besondere Aufmerksamkeit bezüglich einer «nicht zu langen» (ca. zwei bis drei Jahre) Verweildauer verdient. Diese Patienten leiden an keiner schwerwiegenden psychiatrischen oder somatischen (komorbiden) Störung. Sie sind nur von Opiaten abhängig und haben ein strukturiertes Konsumverhalten bezüglich anderer psychotroper Substanzen. Ihnen bieten sich sowohl berufliche, als auch private Lebensziele, die sie motiviert und mit guten persönlichen Ressourcen verwirklichen können. Sie sind eher jünger (unter dreissig Altersjahre). Möglicherweise befinden sich gerade in dieser Untergruppe die Patienten/innen, die sich gut an die Behandlungseinrichtungen anpassen können. Bei diesen Patienten/innen ist eine erhöhte Aufmerksamkeit und gegebenenfalls ein gezieltes Hinwirken auf eine Beendigung der HeGeBe empfehlenswert.

Schlussbemerkung

Die dargelegten Merkmale der zeitlichen Struktur von HeGeBe verstehen sich als Richtschnur bei der Bewältigung der Herausforderung, in jeder Phase den bestmöglichen Therapiefortschritt zu erzielen. Dabei soll jede/r Patient/in individuell beurteilt werden. Dazu sind weitere diagnostische Hilfestellungen und Prozeduren zu entwickeln, die die Konsequenzen einer solchen Beurteilung optimieren.



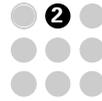


BETRIEBLICHE ORGANISATION



	1 Betriebs- und Behandlungskonzept	1
	2 Anforderungen an die Infrastruktur	2
	3 Personelle Anforderungen	4
	4 Funktionenzuordnung	6
	5 Notfalldispositiv	12
	6 Sicherheitsdispositiv	14
	7 Heroinlogistik	16
	8 Betäubungsmittelkontrolle	17
	9 Datenschutz	22
	10 Haftpflichtversicherung	27
	11 Sanktionen	28
	12 Hausordnung	32
	13 Öffnungszeiten	35
	14 Meldung von aussergewöhnlichen Ereignissen	36
	15 Qualitätsentwicklung (QE) und Know-how-Transfer	38





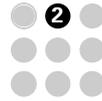
1 Betriebs- und Behandlungskonzept

Art. 8 Absatz 6 BetmG
Ausnahmebewilligungen zur Behandlung von drogenabhängigen Personen mit Stoffen nach Absatz 1 Buchstabe b können ausschliesslich an hierfür spezialisierte Institutionen erteilt werden.

Art. 15 VO Betriebs- und Behandlungskonzept
¹ Die Institution erstellt ein detailliertes Betriebskonzept, welches namentlich Aufschluss gibt über Trägerschaft, Institutionsleitung, Verantwortlichkeiten, personelle Ressourcen, Lokalität, Anzahl der Behandlungsplätze, Sicherheit, Datenschutz, Finanzierung und organisatorische Einbettung in das regionale Netz der Suchthilfeinstitutionen.
² Ein Behandlungskonzept hält die Grundsätze der Behandlung, die Verantwortlichkeiten und die Art und Weise der Zusammenarbeit der beteiligten Fachpersonen sowie deren Weiterbildung fest.
³ Wesentliche Änderungen beim Betriebs- und Behandlungskonzept sind dem BAG sofort mitzuteilen.
⁴ Interessierten ist ihrer Betroffenheit entsprechend Einsicht in das Betriebs- und Behandlungskonzept zu gewähren.

Erläuterung

Während die Inhalte des Behandlungskonzepts hauptsächlich im Kapitel 1 abgehandelt wurden, erläutern die nachfolgenden Titel die wichtigsten Themen, die in einem Betriebskonzept und in einem institutionseigenen Organisationshandbuch aufgeführt werden sollten.



2 Anforderungen an die Infrastruktur

Art. 9 VO Die Institution

Geeignet zur heroingestützten Behandlung sind Institutionen, die:

(...)

- d. Räumlichkeiten an geeigneter Lage und mit geeigneter Infrastruktur haben; und
- e. die Sicherheit des Heroinverkehrs und die Qualitätssicherung gewährleisten.

Erläuterung

Eine geeignete Infrastruktur erfüllt die Grundsätze der Zweckmässigkeit, der Sicherheit, der Freundlichkeit und der Differenz zur Gasse.

Gebäude

- Eingangstüre mit Schliessvorrichtung, die den Zutritt unbefugter Personen verhindert
- bei Glasfronten: Verdunkelung/Sichtschutz gegen aussen
- Genügende (der Grösse des Zentrums entsprechende) Anzahl Toiletten für Patienten/-innen und Personal

Lagerraum der Betäubungsmittel

- Siehe 6 Sicherheitsdispositiv

Abgaberaum

- Personenschutz (Alarmknopf direkt zu Polizei oder Securitas)
- Notfallset ist vorhanden und griffbereit (Ambubeutel usw.)

Aufenthaltsraum

- Gut überblick- und einsehbar (Verhindern von Deal, frühzeitiges Erkennen von Aggressivität usw.)

Injektionsraum

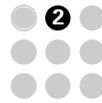
- Maximal 10 Plätze
- Sichtkontrolle des Konsums durch das Personal

Behandlungszimmer für ärztliche Versorgung (mind. 1)

Besprechungszimmer für Einzel- und Gruppengespräche (mind. 1)

EDV/Kommunikation

- PC im Abgaberaum
- Software für Betäubungsmittelkontrolle und Erfassung der Patientenbezüge
- Ein Faxgerät, an einem für Aussenstehende nicht einsehbaren Ort aufgestellt (Übermittlung vertraulicher Patientendaten), muss vorhanden sein



2 Anforderungen an die Infrastruktur

Ausserdem ist es von Vorteil, bei der Suche und der Einrichtung der Infrastruktur folgende Punkte zu beachten:

Gebäude

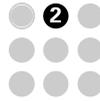
- Helle, saubere, freundliche und gepflegte Atmosphäre (keine Reproduktion der «Gasse»)
- Akzeptanz durch Nachbarschaft (offen und vor Betriebsbeginn informieren, zum Beispiel Tag der offenen Tür, Fragestunde mit zuständigem/-r Politiker/-in in den Räumlichkeiten usw.)

Besprechungszimmer

- Das Besprechungszimmer für Einzel- und Gruppengespräche sollte kein Durchgangs- oder Archivraum sein (Diskretion und Vertraulichkeit)

EDV

- Zur Vereinfachung des Informationsaustauschs sollte die EDV-Anlage über einen Internet-Anschluss und E-Mail verfügen



3 Personelle Anforderungen

Art. 3 VO Interdisziplinarität

¹ Die heroingestützte Behandlung umfasst eine somatische, psychiatrische und soziale Betreuung.

² Die Institutionsleitung sorgt für die Kooperation und Koordination mit und unter den beteiligten Fachpersonen.
(...)

Art. 11 VO Behandlungspersonal

¹ Zum Behandlungspersonal gehören mindestens:

- ein Arzt oder eine Ärztin, der oder die für die medizinische Leitung verantwortlich und nach den Artikeln 9 und 10 des Gesetzes verschreibungsberechtigt ist;
- eine für die psychosoziale Betreuung verantwortliche Fachperson;
- zwei für die Pflege der Patienten und Patientinnen und die Abgabe der verschriebenen Betäubungs- und Arzneimittel zuständige Personen.

² In allen Behandlungs- und Betreuungsbereichen muss ausreichend fachlich qualifiziertes Personal zur Verfügung stehen.

³ Eine Fachperson kann zwei Betreuungsbereiche übernehmen, falls sie hierfür ausgebildet ist und ihre Betreuungskapazitäten dies zulassen.
(...)

Art. 13 Aus- und Weiterbildung

¹ Die Mehrheit der Fachpersonen hat eine ausreichende Berufserfahrung mit der Behandlung und Betreuung Drogenabhängiger nachzuweisen.

² Das Personal hat sich regelmässig weiterzubilden und wird vom BAG über die einschlägigen Forschungsergebnisse und entsprechenden Behandlungsempfehlungen informiert.

Alle Mitarbeiter/innen zeigen sich zur interdisziplinären Zusammenarbeit bereit, können ihre Fachkompetenz ausweisen und haben mehrheitlich Erfahrung in der Suchtarbeit.

Pflege-/Abgabepersonal

Bei bis zu 5 Patienten/-innen gleichzeitig im Injektionsraum sind minimal zwei Angestellte pro Schicht anwesend, wovon mindestens eine medizinische Fachperson.

Bei mehr als 5 (bis max. 10) Patienten/-innen gleichzeitig im Injektionsraum sind drei Angestellte pro Schicht notwendig.

Ärztliches Personal

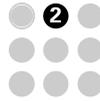
Schlüssel: 1 Patient/in = 1,7 Stellenprozente

Die Stellvertretung der leitenden Ärztin bzw. des leitenden Arztes ist geregelt.

Soziale Arbeit

Schlüssel: 1 Patient/in = 1,7 Stellenprozente

Für Leitung, Organisation und Personalentwicklung sowie für die Administration und das Sekretariat sind ebenfalls genügend Stellenprozente vorzusehen.



3 Personelle Anforderungen

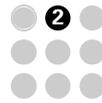
Die Richtlinien garantieren minimale Behandlungsstandards und lassen trotzdem genug Spielraum für die verschiedenartige Prägung der Zentren. Behandlungsstellen, die zum Beispiel über in der psychosozialen Betreuung weitergebildetes Abgabepersonal, das laut Konzept auch Betreuungsaufgaben übernimmt, verfügen, sind nicht dazu verpflichtet, das Planstellensoll «Soziale Arbeit» vollumfänglich mit zusätzlichen Sozialarbeitern/-innen zu besetzen.

Psychiatrisch ausgerichtete Zentren werden das Plansoll an ärztlichem Personal wohl eher übersteigen, was das Soll an sozialer Arbeit vermindern kann, da der Psychiater/die Psychiaterin ja auch therapeutische Aufgaben wahrnimmt. Zentren hingegen, die sich medizinisch vornehmlich um die Somatik kümmern, werden das Pflichtsoll bei den Ärzten eventuell nicht ganz erfüllen, dafür aber mehr Sozialarbeitende anstellen.

Das Prinzip der Interdisziplinarität muss gewahrt bleiben. Die jeweilige Ausformung und die Schwergewichte können den Erfordernissen der Patienten und den institutionellen Gegebenheiten entsprechend angepasst und umgesetzt werden.

Das BAG bietet für Stellenleitende und für das Behandlungspersonal regelmässig Weiterbildungen an. Die Behandlungszentren sowie die Gremien der Stellenleitenden und der Ärzte/-innen können diesbezügliche Bedürfnisse bei der Weiterbildungskommission deponieren. Das BAG weist die Zentren auch auf relevante anderweitig angebotene Kurse hin.

Die Steuerung der Fort- und Weiterbildung des Personals ist eine Führungsaufgabe und liegt im Verantwortungsbereich der Stellenleitenden.



4 Funktionenzuordnung

Die Entscheidungsbefugnisse und Mitsprachemöglichkeiten innerhalb der Betriebsorganisation der Zentren für heroingestützte Behandlung sollen in schriftlicher Form verbindlich festgehalten werden. Ein Instrument hierzu ist die Funktionenzuordnungstabelle (s. Beispiel unten). Dabei ist insbesondere Folgendes zu beachten:

■ Entscheidungen

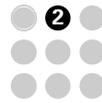
Grundsätzlich soll bei Entscheidungen ein breit abgestützter Konsens angestrebt werden. Wo dies aus zeitlichen oder inhaltlichen Gründen nicht möglich oder nicht angezeigt ist, soll die laut Betriebskonzept dazu berechnigte Leitungsperson verantwortlich und verbindlich entscheiden. Entscheidungen und Entscheidungsprozesse sollten möglichst transparent kommuniziert werden und einsehbar sein.

■ Informationsfluss

Um einen sinnvollen Informationsfluss und auch die Mitsprachemöglichkeiten gemäss Funktionenzuordnung zu gewährleisten, müssen entsprechende patienten- und organisationsbezogene Kommunikationsgefässe vorhanden sein.

■ Für neue Zentren

Es wird empfohlen, die Funktionenzuordnung bereits während der Aufbauphase eines neuen Behandlungszentrums für heroingestützte Behandlungen zu erstellen. Diese sollte von den Verantwortlichen der drei Behandlungsbereiche zusammen mit der Institutionsleitung erarbeitet werden und allen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen bei ihrer Anstellung bekannt gemacht werden.



4 Funktionenzuordnung

In den Institutionen für heroingestützte Behandlungen bestehen unterschiedliche Organisationsformen, welche einen grossen Einfluss auf die Aufteilung der Kompetenzen und Verantwortungen der verschiedenen Berufsgruppen haben. Die Trägerschaft entscheidet grundsätzlich über die Behandlungs- und Betriebskonzepte. Der Betriebsleiter oder die Betriebsleiterin trägt die Verantwortlichkeit für die allgemeine Organisation der Behandlungsstelle und, gemäss Stellenbeschreibung, für die Tätigkeit der Mitarbeiter/innen, die unter seiner/ihrer Verantwortung handeln (vgl. Organisationshaftung, schweizerisches Staatshaftungsrecht). Für die medizinischen Behandlungen bestimmt die Trägerschaft einen Arzt oder eine Ärztin der bzw. die die medizinische Verantwortung wahrnimmt. Die Aufgabengebiete der anderen Mitarbeiter/innen variieren abhängig von der gewählten Organisationsstruktur.

■ Grundsätzliches zur Zusammenarbeit

In der betroffenen Patienten/-innenpopulation kommen häufig äusserst komplexe Störungsbilder vor, die sich auf die unmittelbaren, alltäglichen und zwischenmenschlichen Interaktionen auswirken. Auch aus diesem Grund ist im Rahmen der heroingestützten Behandlung die Etablierung einer klaren Kommunikationsstruktur und -kultur innerhalb der pluridisziplinären Behandlung angezeigt.

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit wird durch Klarheit über die jeweilige professionelle Funktion und eine möglichst genaue gegenseitige Abgrenzung der Tätigkeitsfelder sowie der damit verbundenen Kompetenzen und Verantwortlichkeiten wesentlich vereinfacht. Diese können in einer Funktionenzuordnungstabelle festgeschrieben werden (s. unten).

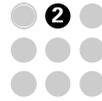
Andererseits ist in einer professionellen interdisziplinären Zusammenarbeit mit einer Klientel, die aufgrund ihrer spezifischen Pathologie zum Ausspielen einzelner Behandlungsakteure gegen andere neigt, nicht primär die gegenseitige Abgrenzung wichtig, sondern vielmehr

- enge, gut koordinierte Zusammenarbeit mit intensiver Kommunikation in entsprechenden Gefässen,
- gegenseitiger Respekt, Gelassenheit und Vertrauen bei divergierenden Wahrnehmungen und bei Konflikten,
- der Wille zur Transparenz,
- die Bereitschaft, Konflikte immer auch als Ausdruck der speziellen Situation oder psychischen Struktur eines Patienten oder einer Patientin zu sehen,
- gegenseitige Wertschätzung,
- der Wille zu Kompromissen, zum Erarbeiten von gemeinsamen Lösungen, hinter denen alle stehen können.

Eine qualifizierte Supervision erleichtert die Integrationsprozesse in der interdisziplinären Behandlung.

■ Therapeutische Verantwortung

Während sich bei Führungsbereichen wie Finanzen, Personalfragen, Öffentlichkeitsarbeit usw. die Verantwortlichkeiten sehr präzise einer Person oder Instanz zuordnen lassen, gliedert sich der therapeutische Bereich in die somatische, die psychiatrische und die soziale Betreuung und wird von verschiedenen Fachleuten bestritten. Wichtig dabei ist, wie bereits erwähnt, die Wahrung der Interdisziplinarität. Die strategische Leitung (Vorstand, Trägerschaft) hat deshalb die Kooperation und Koordination mit und unter den beteiligten Fachpersonen sicherzustellen und eine



4 Funktionenzuordnung

Person zu bezeichnen, die bei Uneinigkeit verbindlich entscheidet.

■ Funktionenzuordnung

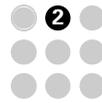
Da die strukturelle Einbettung und Ausgestaltung der Zentren sehr unterschiedlich ist und die Beschreibung der Verantwortlichkeiten diesen Umständen gerecht werden muss, ist es unmöglich, eine für alle Behandlungszentren gleichermassen gültige Funktionenzuordnung zu erstellen.

Bevor die Funktionenzuordnung erstellt wird, gilt es, folgende Punkte zu klären:

- Betrieb
- Finanzen
- Personalfragen
- Behandlungskonzept
- Öffentlichkeitsarbeit

Es folgt als Beispiel eine Muster-Funktionenzuordnung, die den jeweiligen Gegebenheiten vor Ort angepasst oder den spezifischen Erfordernissen entsprechend ergänzt werden kann.





4 Funktionenzuordnung

Beispiel einer Funktionenzuordnung

Betriebsorganisation

	Trägerschaft	Betriebsleitung	Ärztliche Leitung	Assistenzarzt /-ärztin	Soziale Arbeit	Pflege-, Abgabepersonal
Betriebsabläufe		Grundsätze, Entscheidung, Planung, Initiative Initiative, Planung, Entscheidung	Grundsätze	Initiative, Ausführung, Mitsprache	Initiative, Ausführung, Mitsprache	Initiative, Ausführung, Mitsprache
Infrastruktur	Grundsätze	Planung, Entscheidung Grundsätze,	Mitsprache			
Logistik Abgabebetrieb		Kontrolle, Entscheidung, Grundsätze		Initiative, Mitsprache		Initiative, Planung, Ausführung, Mitsprache
Hygiene		Grundsätze,	Grundsätze, Entscheidung	Initiative		Initiative, Planung, Ausführung, Mitsprache
Hausordnung	Entscheidung	Initiative, Ausführung Initiative,	Grundsätze	Initiative, Planung, Ausführung, Mitsprache	Initiative, Planung, Ausführung, Mitsprache	Initiative, Planung, Ausführung, Mitsprache
Controlling	Grundsätze, Entscheidung	Planung, Ausführung Entscheidung	Initiative, Planung, Ausführung	Planung, Ausführung	Planung, Ausführung	Planung, Ausführung
Öffentlichkeitsarbeit	Grundsätze	g, Ausführung, Anordnung Grundsätze,	Ausführung, Mitsprache, Initiative	Initiative, Ausführung	Initiative, Ausführung	Initiative, Ausführung
Informationsgefäße		Planung	Grundsätze	Ausführung, Mitsprache, Initiative	Ausführung, Mitsprache, Initiative	Ausführung, Mitsprache, Initiative

Legende der Tätigkeiten

Initiative
Wer ergreift die Initiative? Wer schlägt vor?

Planung
Wer plant, analysiert und bereitet zur Entscheidung vor?

Entscheidung
Wer entscheidet im Rahmen der bestehenden Regeln, wählt zwischen Alternativen, genehmigt, lehnt ab?

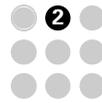
Grundsätze
Wer entscheidet über Grundsatzfragen, Richtlinien, Reglemente, grundsätzliche Neuerungen?

Mitsprache
Wer hat Mitsprache? Wer muss angehört werden?

Anordnung
Wer ordnet an, veranlasst, setzt durch?

Ausführung
Wer erledigt? Wer führt aus?

Kontrolle
Wer kontrolliert die Qualität, die Ausführung, die Termine, das Ergebnis?



4 Funktionenzuordnung

Finanzen

	Trägerschaft	Betriebsleitung	Ärztliche Leitung	Assistenzarzt /-ärztin	Soziale Arbeit	Pflege-, Abgabepersonal
Budget erstellen	Grundsätze	Initiative, Planung, Ausführung				
Budget einhalten	Kontrolle	Initiative, Planung, Ausführung				
Finanzplanung	Grundsätze, Kontrolle	Mitsprache, Ausführung, Initiative				
Fremdfinanzierung KK, Sozialdienste und Selbstzahler/innen	Grundsätze	Kontrolle	Grundsätze	Ausführung	Ausführung, Planung	

Personal

	Trägerschaft	Betriebsleitung	Ärztliche Leitung	Assistenzarzt /-ärztin	Soziale Arbeit	Pflege-, Abgabepersonal
Anstellung/Entlassung Medizin (Ärzte/-innen)	Grundsätze, Entscheidung	Mitsprache	Grundsätze, Entscheidung			
Anstellung/Entlassung Pflege	Grundsätze	Entscheidung		Mitsprache		Mitsprache
Anstellung/Entlassung Sozialarbeit	Grundsätze	Entscheidung			Mitsprache	
Anstellung/Entlassung Sekretariat	Grundsätze	Entscheidung				
Stellenbeschreibungen	Grundsätze	Initiative, Planung, Ausführung	Grundsätze	Initiative, Mitsprache	Initiative, Mitsprache	Initiative, Mitsprache
Weiterbildungen	Grundsätze	Entscheidung, Planung	Entscheidung, Planung	Ausführung, Mitsprache, Initiative, Planung	Ausführung, Mitsprache, Initiative, Planung	Ausführung, Mitsprache, Initiative, Planung

Legende der Tätigkeiten

Initiative
Wer ergreift die Initiative? Wer schlägt vor?

Planung
Wer plant, analysiert und bereitet zur Entscheidung vor?

Entscheidung
Wer entscheidet im Rahmen der bestehenden Regeln, wählt zwischen Alternativen, genehmigt, lehnt ab?

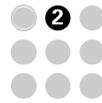
Grundsätze
Wer entscheidet über Grundsatzfragen, Richtlinien, Reglemente, grundsätzliche Neuerungen?

Mitsprache
Wer hat Mitsprache? Wer muss angehört werden?

Anordnung
Wer ordnet an, veranlasst, setzt durch?

Ausführung
Wer erledigt? Wer führt aus?

Kontrolle
Wer kontrolliert die Qualität, die Ausführung, die Termine, das Ergebnis?



4 Funktionenzuordnung

Betreuung/Behandlung

	Trägerschaft	Betriebsleitung	Ärztliche Leitung	Assistenzarzt /-ärztin	Soziale Arbeit	Pflege-, Abgabepersonal
Indikationen	Grundsätze		Entscheidung	Ausführung, Mitsprache	Ausführung, Mitsprache	Ausführung, Mitsprache
Psychotherapie			Grundsätze	Entscheidung, Ausführung	Ausführung, Initiative	Ausführung, Initiative
Bewilligungsverfahren Patienten			Anordnung	Ausführung		
Verschreibung Betäubungsmittel und Medikamente			Grundsätze	Entscheidung, Ausführung		Mitsprache
Betäubungsmittel-Buchhaltung			Grundsätze, Kontrolle			Ausführung, Initiative, Planung
Soziale Arbeit		Grundsätze	Grundsätze	Initiative	Entscheidung, Ausführung Initiative	Initiative
Behandlungsplanung		Grundsätze	Grundsätze	Ausführung, Initiative, Entscheidung	Ausführung, Initiative, Mitsprache	Ausführung, Initiative, Mitsprache
Krisenintervention			Grundsätze	Entscheidung, Anordnung, Ausführung	Initiative, Planung, Ausführung	Initiative, Planung Ausführung
Prävention		Grundsätze	Grundsätze	Initiative, Ausführung, Entscheidung		Initiative, Ausführung, Entscheidung
Patient/-innen-dokumentation			Grundsätze	Kontrolle, Ausführung, Initiative, Planung	Ausführung, Initiative, Planung	Ausführung, Initiative, Planung
Betreuungskonzept	Grundsätze	Entscheidung, Planung, Initiative	Grundsätze	Initiative, Planung Ausführung, Mitsprache	Initiative, Planung Ausführung, Mitsprache	Initiative, Planung Ausführung, Mitsprache
Abgabekonzept			Grundsätze	Initiative		Ausführung, Mitsprache, Initiative, Planung

In dieser Tabelle wurde das Sekretariat nicht berücksichtigt. Es führt in der Regel in den erwähnten Bereichen Anordnungen aus.

Legende der Tätigkeiten

Initiative
Wer ergreift die Initiative? Wer schlägt vor?

Planung
Wer plant, analysiert und bereitet zur Entscheidung vor?

Entscheidung
Wer entscheidet im Rahmen der bestehenden Regeln, wählt zwischen Alternativen, genehmigt, lehnt ab?

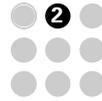
Grundsätze
Wer entscheidet über Grundsatzfragen, Richtlinien, Reglemente, grundsätzliche Neuerungen?

Mitsprache
Wer hat Mitsprache? Wer muss angehört werden?

Anordnung
Wer ordnet an, veranlasst, setzt durch?

Ausführung
Wer erledigt? Wer führt aus?

Kontrolle
Wer kontrolliert die Qualität, die Ausführung, die Termine, das Ergebnis?

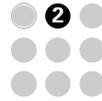


5 Notfalldispositiv

Die personellen, organisatorischen und materiellen Voraussetzungen für ein adäquates Reagieren auf medizinische Notfälle in den Zentren müssen vorhanden sein:

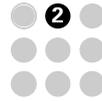
- Das Abgabepersonal muss für medizinische Notfälle geschult sein. Die Kurse in Wiederbelebungsmaßnahmen sind periodisch zu wiederholen, um das Wissen à jour zu halten.
- Es besteht ein schriftliches Notfalldispositiv, das festhält, wie sich das Personal in Notfallsituationen zu verhalten hat.

Das für das Einleiten von Wiederbelebungsmaßnahmen notwendige Material (Ambu-Beutel, Morphinantagonisten wie Narcan usw.) muss an einem für das Abgabepersonal (aber nicht für die Patienten/-innen) jederzeit erreichbaren Ort gelagert werden. Es muss regelmässig auf seine Funktionsfähigkeit und Vollständigkeit überprüft werden.



5 Notfalldispositiv

Notfälle wie Bewusstseinsverlust und Atemstillstand während der Abgabe nach der Applikation des Heroins sind selten, kommen aber zuweilen vor, besonders wenn vorgängig andere Substanzen wie Alkohol, Benzodiazepine oder Strassenheroin konsumiert wurden. Zunächst gilt es deshalb, medizinischen Notfällen durch geeignete Massnahmen vorzubeugen. Regelmässige Gespräche über das Beikonsumverhalten verbunden mit periodischen Urinalysen helfen, gefährdete Patienten zu eruieren. Der Beikonsum sollte mit therapeutischen Mitteln reduziert bzw. – wenn immer möglich – eliminiert werden (siehe Kapitel 1.11). Systematische Atemluftmessungen (Alkohol) empfehlen sich vor der Abgabe bei gefährdeten Patientinnen und Patienten, um Notfallsituationen zu verhindern. Alkoholisierte Patientinnen und Patienten sollen während der laufenden Abgabe kein oder weniger Heroin als sonst üblich applizieren.



6 Sicherheitsdispositiv

Art. 14 der VO Sicherheit

¹ Die Betäubungsmittel müssen getrennt von allen anderen Waren und unter Verschluss in einem Tresor in einem Raum gelagert werden, der für diesen Zweck amtlich zugelassen wurde. Beim Auftreten von Sicherheitsproblemen können die Kantone zusätzliche Sicherungsmassnahmen vorschreiben.

² Die Institution erarbeitet für die Sicherheit der Patientinnen und Patienten sowie des Behandlungspersonals ein Dispositiv mit Einbezug der zuständigen örtlichen Polizeibehörden.

■ Das Sicherheitsdispositiv muss in enger Zusammenarbeit mit den lokalen Polizeibehörden erarbeitet werden.

■ Nach der Umsetzung der aufgeführten Massnahmen und Vorgaben müssen sie von der Polizei vor Ort überprüft werden.

■ Das Sicherheitsdispositiv ist regelmässig auf seine Wirksamkeit zu überprüfen und nötigenfalls anzupassen.

■ Jede HeGeBe-Institution bestimmt unter Berücksichtigung von Artikel 9 BetmG eine Medizinalperson (Arzt/Ärztin bzw. Pharmazeut/Pharmazeutin), welche die volle Verantwortung für den Verkehr mit den Betäubungsmitteln trägt.

■ Der Umgang mit Heroin (verbotener Stoff) erfordert eine Ausnahmegenehmigung des BAG, in der die Verantwortlichkeit dem Bewilligungsinhaber/der Bewilligungsinhaberin explizit zugewiesen wird (s. Kapitel 4, Bewilligungswesen). Der Bewilligungsinhaber/die Bewilligungsinhaberin ist gegenüber dem BAG für das Sicherheitsdispositiv verantwortlich.

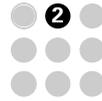
■ Die verantwortlichen Personen legen die zu der Erfüllung der Aufgaben nötigen Abläufe schriftlich fest (Beispiel: das Vorgehen bei der Abgabe, das Vorgehen beim Zugriff auf den Tresor und die dazu berechtigten Personen usw.).

■ Eine Delegation von Tätigkeiten und Kompetenzen im Zusammenhang mit der Handhabung von Betäubungsmitteln muss schriftlich formuliert werden. Die delegierende Person trägt weiterhin die Oberverantwortung für die delegierten Tätigkeiten. Die entsprechenden Dokumente sollen von der Person, welche die Oberverantwortung innehat, und von derjenigen Person, an die Tätigkeiten delegiert wurden, unterzeichnet werden. Sie sind ein Bestandteil des Sicherheitsdispositivs.

■ Die Betäubungsmittel müssen in einem Tresor und getrennt von anderen Waren aufbewahrt werden.

■ Der Raum, in dem der Tresor steht, muss durch eine Alarmanlage gesichert sein. Im Falle eines Einbruchs muss die Polizei durch die Alarmanlage automatisch informiert werden.

■ Ein schriftlich formuliertes Notfallkonzept für das Verhalten bei einem Überfall muss erstellt werden.



6 Sicherheitsdispositiv

Es ist empfehlenswert, sich mit anderen HeGeBe-Institutionen in Verbindung zu setzen und deren Erfahrungen in Sicherheitsfragen zu berücksichtigen.

Die Betäubungsmittel sollten aus Gründen der Übersichtlichkeit möglichst nur an einem Lagerort aufbewahrt werden.

■ Standort des Tresors

- Der Tresor für die Betäubungsmittel soll sich in einem Raum befinden, zu dem Patientinnen und Patienten keinen Zugang haben (er sollte von den Patientinnen und Patienten nicht eingesehen werden können). Die Patientinnen und Patienten sollen so weit möglich nicht wissen, wo die Betäubungsmittel gelagert sind und welche Sicherheitsvorkehrungen getroffen wurden.
- Die Betäubungsmittel, welche dem Tresor zur Vorbereitung der Abgabe entnommen werden, sollen, falls dies machbar ist, nicht durch Korridore oder Räume getragen werden, die auch von Patientinnen und Patienten benutzt werden. Andernfalls ist dafür zu sorgen, dass die Betäubungsmittel zu einem Zeitpunkt geholt und gebracht werden, während dessen die Patientinnen und Patienten keinen Zugang zu den betroffenen Lokalitäten haben.
- Der Raum mit dem Tresor soll genügend gross sein.

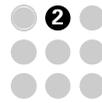
■ Zugang zum Tresor

- Es wäre ideal, wenn der Tresor durch ein Codesystem gesichert würde, welches die Identifikation derjenigen Personen erlaubt, die den Tresor öffnen. Systeme, welche die letzten paar Zugriffe nach Zeitpunkt und Person registrieren, sind in der Anschaffung nicht wesentlich teurer als Systeme ohne diese Möglichkeit.
- Nur diejenigen Personen, deren Aufgabe die Handhabung von Betäubungsmitteln beinhaltet, sollen Zugriff zum Tresor haben.
- Der Tresor muss ausser bei der Entnahme oder Einlagerung von Betäubungsmitteln geschlossen sein.

■ Qualitätssicherung

Die praktische Umsetzung sämtlicher Sicherheitsvorkehrungen und deren regelmässige Kontrollen sollen durch Protokolle festgehalten werden:

- Was wurde gemacht beziehungsweise kontrolliert?
- Wann?
- Von wem?
- Welche Probleme/Lücken wurden festgestellt? Massnahmen, die zu deren Behebung ergriffen werden sollen, festlegen und Frist bis zur spätesten Umsetzung dieser Massnahmen bestimmen.



7 Heroinlogistik

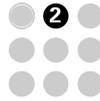
Art. 8 Abs. 6 BetmG

Das Bundesamt für Gesundheit kann im Weiteren für den Anbau, die Einfuhr, die Herstellung und das Inverkehrbringen von Stoffen nach Absatz 1 Buchstabe b Ausnahmegewilligungen erteilen. Ausnahmegewilligungen zur Behandlung von drogenabhängigen Personen mit Stoffen nach Absatz 1 Buchstabe b können ausschliesslich an hierfür spezialisierte Institutionen erteilt werden.

Art. 16 Abs. 1 Buchstabe b VO

Es (das BAG) erteilt Bewilligungen für die Beschaffung, Aufbereitung und das Inverkehrbringen des zur Behandlung benötigten Heroins.

Für sämtliche Fragen bezüglich der Beschaffung des zur Behandlung benötigten Diacetylmorphins (Heroins) haben sich die Zentren direkt an das BAG zu wenden. Aus Sicherheitsgründen gibt es zu dieser Thematik keine schriftlichen Unterlagen.



8 Betäubungsmittelkontrolle

Art. 14 VO Sicherheit

³ Die für die Kontrolle der Betäubungsmittel verantwortliche Medizinalperson muss sich jederzeit über Bezug und Verwendung der verschriebenen Substanzen gegenüber den Bewilligungsbehörden ausweisen können.

Art. 16 VO Zuständigkeit des BAG

¹ Das BAG hat folgende Aufgaben:

- c. Es übt die Aufsicht über die Institutionen durch regelmässige Kontrollen in enger Zusammenarbeit mit der zuständigen kantonalen Behörde aus.
- d. Es gibt den Institutionen Empfehlungen und erlässt Weisungen namentlich zur Koordination und zur Qualitätssicherung der heroingestützten Behandlung.

Verordnung über die Betäubungsmittel und die psychotropen Stoffe (Betäubungsmittelverordnung, BetmV) vom 29. Mai 1996

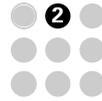
Art. 67 Aufbewahrung der Dokumente und Datenträger

¹ Die Belege und Daten über den Verkehr mit Betäubungsmitteln sind zehn Jahre lang aufzubewahren.

Art. 71 Beschlagnahmung, Verwertung, Entsorgung

² Veränderte oder verfallene Betäubungsmittel sind von der zuständigen kantonalen Behörde auf geeignete Weise zu entsorgen.

³ Die fachgerechte Entsorgung von Betäubungsmitteln hat unter Aufsicht von zwei durch das Bundesamt oder durch die zuständige kantonale Behörde bezeichneten Personen zu erfolgen. Das Datum der Entsorgung der Betäubungsmittel, ihre genaue Bezeichnung, ihre Herkunft und die Mengen müssen in einem Protokoll über die Entsorgung festgehalten werden. Das Protokoll ist von den an der Entsorgung beteiligten Personen zu unterzeichnen. Dem Eigentümer der entsorgten Betäubungsmittel wird zu seiner Entlastung eine Bestätigung der Entsorgung zugestellt.



8 Betäubungsmittelkontrolle

Vorgehen bei der Betäubungsmittelkontrolle

Für jede Arzneiform, für jede Dosierung und jedes verwendete Präparat, das ein Betäubungsmittel enthält, muss ein Dokument erstellt werden, in dem jede einzelne Transaktion eingetragen wird. Das Dokument kann eine schriftliche Form haben oder per EDV geführt werden.

Folgende Daten müssen festgehalten werden:

- a. Beschaffung (Eingänge): Bezeichnung der Lieferanten, Angabe der jeweiligen Lieferdaten und der jeweils gelieferten Mengen
- b. Abgabe (Ausgänge): Nennung der Patienten/-innen, Angabe der Abgabedaten und der jeweils abgegebenen Mengen für jede einzelne Abgabe
- c. Eventuelle Verluste, Rücksendungen und Entsorgungen (Ausgänge): Gleiches Vorgehen wie bei den Abgaben, jedoch entsprechende Bezeichnung der jeweiligen Transaktion

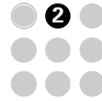
Vorschriften für eventuelle Verluste, Rücksendungen und Entsorgungen – Vorgehen und Meldepflicht:

■ Betäubungsmittel, deren Verfalldatum abgelaufen ist oder die aus anderen Gründen nicht mehr verwendet werden dürfen (zum Beispiel Verunreinigung), müssen zur Entsorgung an die zuständigen Behörden gesendet werden (Kantonsapotheker/innen bzw. BAG) – keine Vernichtung durch die HeGeBe-Institution selbst.

■ Jede derartige Sendung ist dem BAG mit dem amtlichen Meldeformular bekannt zu geben, welches beim Kantonsapotheker bzw. bei der Kantonsapothekerin bezogen werden kann.

Monatliche Meldungen der HeGeBe-Institutionen über die Verwendung des Heroins zuhanden des BAG, Abteilung Pharmazie, Sektion Kontrolle und Bewilligungen:

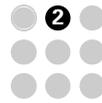
Jeden Monat muss ein Auszug aus den Aufzeichnungen über die Verwendung des Heroins ans BAG, Abteilung Pharmazie, Sektion Kontrolle und Bewilligungen, gesendet werden.



8 Betäubungsmittelkontrolle

Grundlagen der Betäubungsmittelkontrolle – konkretes Vorgehen:

1. Informationen einholen (beim BAG, Abteilung Pharmazie, Sektion Kontrolle und Bewilligungen, und bei HeGeBe-Institutionen, die schon Erfahrung haben), zum Beispiel über Inhalt und Form der internen Betäubungsmittelkontrolle, über den Einsatz von EDV, Software usw.
2. Planung der Tätigkeiten und Bestimmung der dafür zuständigen Personen: Organigramm erstellen, Aufbau- und Ablauforganisation schriftlich festlegen.
3. Eine eventuelle Delegation von Tätigkeiten und Kompetenzen durch die Inhaber/innen einer Bewilligung des BAG zur Beschaffung, Lagerung und Verschreibung von Heroin. Die Bewilligungsinhaber/innen tragen weiterhin die Oberverantwortung für die delegierten Tätigkeiten (s. Kapitel 2.6, Sicherheitsdispositiv).
4. Einrichten eines geeigneten EDV-Systems zur Aufzeichnung der Daten über den Betäubungsmittelverkehr.
5. Durchführen von regelmässigen internen Kontrollen (mindestens 1-mal pro Woche): Vergleich des effektiven Bestandes (Lagerkontrolle) und des Saldos aus den Aufzeichnungen über den Betäubungsmittelverkehr.
6. Sicherstellen, dass die Anweisungen der verantwortlichen Personen umgesetzt werden: Die Bewilligungsinhaber/innen sollten unangekündigte Stichproben vornehmen und diese mit einem kurzen Protokoll dokumentieren (Datum der Kontrolle, was wurde kontrolliert, wie war das Ergebnis).



8 Betäubungsmittelkontrolle

Die Daten über den Verkehr mit den Betäubungsmitteln können in gleicher Art wie bei einer Finanzbuchhaltung erfasst werden. Zur Illustration werden im Folgenden zwei konkrete Beispiele dargestellt:

Beispiel 1: Heroin – Arzneiform Tabletten retard – Dosierung 200 mg

Heroin – Tabletten SR – 200 mg				
Datum	1 Erläuterung der Transaktion	Eingang (Stück)	Ausgang (Stück)	Saldo (Stück)
11. Jan 1999	Beschaffung von Firma ABC	200		200
12. Jan 1999	Herr Muster		2	198
12. Jan 1999	Frau Y		1	197
12. Jan 1999	Frau Z		2	195
12. Jan 1999	Herr Muster		1	194
12. Jan 1999	Herr X		1	193
13. Jan 1999	Beschaffung von Firma ABC	100		293
13. Jan 1999	Retour an Firma ABC		50	243
13. Jan 1999	Frau Y		1	242
13. Jan 1999	Frau Z		2	240
13. Jan 1999	Herr Muster		2	138
13. Jan 1999	Verlust		1	137
13. Jan 1999	Herr Muster		2	135

usw.

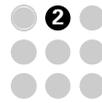
Handelt es sich bei der Arzneiform um Tabletten, sollen die Aufzeichnungen in Stück geführt werden.

Beispiel 2: Heroin – injizierbar

Heroin injizierbar				
Datum	1 Erläuterung der Transaktion	Eingang (mg)	Ausgang (mg)	Saldo (mg)
11. Jan 1999	Beschaffung von Firma XYZ	300 000		300 000
12. Jan 1999	Herr Beta		250	299 750
12. Jan 1999	Frau Alpha		330	299 420
12. Jan 1999	Frau Gamma		350	299 070
12. Jan 1999	Herr Muster		150	298 920
12. Jan 1999	Herr Delta		400	298 520
13. Jan 1999	Herr Muster		150	298 370
13. Jan 1999	Zur Entsorgung an Kantonsapotheker geliefert (verunreinigt)		10 000	288 370
13. Jan 1999	Frau Alpha		330	288 040
13. Jan 1999	Herr Delta		400	287 640
13. Jan 1999	Frau Gamma		350	287 290
13. Jan 1999	Verlust (verschüttet)		800	286 490
13. Jan 1999	Herr Beta		250	286 240

usw.

Handelt es sich bei der Arzneiform um injizierbares Heroin, sollen die Aufzeichnungen in Milligramm geführt werden.



8 Betäubungsmittelkontrolle

Kontrolle der HeGeBe-Institutionen durch die Behörden:

Nach Artikel 16 Absatz 1 Buchstabe c der Verordnung über die ärztliche Verschreibung von Heroin vom 8. März 1999 übt das BAG die Kontrolle in enger Zusammenarbeit mit der zuständigen kantonalen Behörde aus.

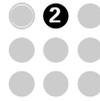
Das BAG (Abteilung Pharmazie, Sektion Kontrolle und Bewilligungen) ist zuständig für die Kontrolle des Heroins

Die Kantone (Kantonsapotheker/innen) sind zuständig für die Kontrolle der anderen Betäubungsmittel

Im Folgenden ist ein Beispiel für die monatlich an das BAG zu liefernden Daten aufgeführt:

	Bestand Tresor am Monatsanfang (in mg)	Beschaffungen des Monats (in mg)	Verluste, Retouren, Entsorgungen des Monats (in mg)	Summe Abgaben des Monats (in mg)	Saldo am Monatsende (in mg)	Bestand Tresor am Monatsende (in mg)	Differenz zwischen Saldo und Bestand (in mg)
Heroin injizierbar	320 000	600 000	11 700	468 000	440 300	440 100	200
Heroin Tabletten in 100 mg	12 000	10 000	0	9000	13 000	13 000	0
Heroin Tabletten in 200 mg	42 000	240 000	0	189 000	93 000	93 000	0
Arzneiform XYZ							

Für diese Monatsbilanzen sollen alle Aufzeichnungen in Milligramm geführt werden.



9 Datenschutz

Art. 23 VO Datenschutz

¹ Die für die Bewilligungserteilung erforderlichen Personendaten (Name, Adresse, Geburtsdatum, Heimatort sowie Angaben über die Erfüllung der Aufnahmekriterien) werden von den Institutionen über die zuständige kantonale Behörde an das BAG gemeldet.

² Das BAG nimmt zur Kontrolle der Behandlungsqualität im Sinne von Artikel 16 Absatz 1 Buchstaben c und d Einsicht in die Krankengeschichten und Behandlungspläne der Patienten und Patientinnen oder beauftragt Dritte damit unter Auferlegung der Schweigepflicht.

³ Sämtliche Bearbeitungen von Personendaten zu Forschungs- und Evaluationszwecken sind dem Bundesgesetz über den Datenschutz³ unterstellt. Sie sind anonymisiert durchzuführen.

Erläuterung

Alle an der Durchführung der Behandlung Beteiligten haben die Bestimmungen zum Daten- und Personenschutz streng zu befolgen. Massgebend sind die Bestimmungen des Datenschutzgesetzes, Artikel 8a des Betäubungsmittelgesetzes sowie oben erwähnter Artikel 23 der Verordnung. Soweit die Zentren für heroingestützte Behandlung kantonale Behörden darstellen, unterliegen sie den kantonalen Datenschutzbestimmungen.

³ SR 235.1

9 Datenschutz

Vorliegende Abhandlung bezieht sich auf den Datenschutz in Institutionen für die heroingestützte Behandlung. Grundsätzlich gelten bezüglich des Datenschutzes in diesen Institutionen dieselben Regeln, wie sie der Datenschutzbeauftragte allgemein für den medizinischen Bereich zusammengetragen hat. Vorliegende Abhandlung ist somit als Ergänzung zu diesem Leitfaden zu betrachten (Leitfaden für die Bearbeitung von Personendaten im medizinischen Bereich des Eidgenössischen Datenschutzbeauftragten Nr. 6, 1997)¹. Die Abhandlung folgt dem Aufbau des Leitfadens und weist auf die spezifischen Regelungen oder besonders heikle Bereiche bei der heroingestützten Behandlung unter Nennung der entsprechenden Kapitel hin.

1 Einleitung

Krankengeschichten im Allgemeinen sowie die Kenntnis über die Teilnahme von Personen an einer heroingestützten Behandlung im Besonderen stellen besonders schützenswerte Daten dar, da sie über die Gesundheit der Betroffenen Auskunft geben. Dem Datenschutz wurde gerade bei der heroingestützten Behandlung unter dem Aspekt einer sozialen Stigmatisierung Drogenabhängiger durch Schaffung einer hinreichenden Rechtsgrundlage erhöhte Aufmerksamkeit geschenkt.

1.1 Welche Datenschutzbestimmungen finden auf Institutionen für die heroingestützte Behandlung Anwendung? (Leitfaden, I. Abschnitt, Kapitel 3)

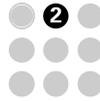
Neben dem Bundesgesetz über den Datenschutz (DSG; SR 235.1) sind allgemein für die heroingestützte Behandlung Artikel 8a BetmG des Bundesbeschlusses über die ärztliche Verschreibung von Heroin sowie Artikel 23 der entsprechenden Verordnung (VO; SR 812.121.6) massgeblich.

Laut Artikel 3 Buchstabe h DSG gelten als Bundesorgane Behörden und Dienststellen des Bundes sowie auch (natürliche und juristische) Personen, soweit sie mit öffentlichen Aufgaben des Bundes betraut sind. Hingegen sind Behörden der Kantone und Gemeinden auch dann nicht Organe des Bundes, wenn sie Bundesaufgaben wahrnehmen². Träger der Institution für die heroingestützte Behandlung können Kantone, Gemeinden oder auch private Organisationen sein (Artikel 10 Absatz 1 VO). Soweit die Institutionen, in denen die heroingestützte Behandlung durchgeführt wird, kantonale Behörden darstellen (zum Beispiel als Teil eines kantonalen Spitals), unterliegen sie deshalb den entsprechenden kantonalen Datenschutzbestimmungen.

Als öffentliche Aufgaben des Bundes gelten laut Bundesbeschluss die Erteilung von Bewilligungen zur heroingestützten Behandlung, sowie die Kontrolle der Anwendung des Heroins auf Personen, die die Aufnahmekriterien erfüllen (Artikel 8 Absatz 6–8 BetmG; Artikel 16 VO). Datenbearbeitungen, die zur Erfüllung dieser Aufgabe erfolgen, unterliegen demgemäss den Bestimmungen des DSG zur Bearbeitung von Personendaten durch Bundesorgane (Artikel 16–25 DSG). Private Institutionen werden insoweit wie Bundesorgane behandelt, als sie Personendaten für die Erfüllung dieser Bundesaufgaben bearbeiten.

¹ Der Leitfaden kann beim eidgenössischen Datenschutzbeauftragten, Feldeggweg 1, 3003 Bern, bestellt werden.

² Bundesblatt: BBl 1988 II 445



9 Datenschutz

1.2 Welchen Schweigepflichten unterliegen die Mitarbeiter/innen des BAG? (Leitfaden, 4. b)

Neben der beruflichen Schweigepflicht nach Art. 35 DSGVO sind die Mitarbeiter/innen des BAG gemäss Artikel 18 Absatz 2 BetrMG und Artikel 28 der Angestelltenordnung (SR 172.221.104) zur Verschwiegenheit verpflichtet. Die Geheimhaltungspflicht nach BetrMG ist im Sinne von Artikel 320 des Strafgesetzbuches zu verstehen und zeitlich unbeschränkt.

2 Das Verhältnis zwischen Behandlungspersonal und Patienten/-innen

2.1 Welche Daten müssen von den Institutionen bearbeitet werden? (Leitfaden, II. Abschnitt, Kapitel 1, Kapitel 5)

a) Personendaten:

Die Institutionen sind verpflichtet, individuell pro Patient/in folgende Unterlagen zu erstellen und zu bearbeiten:

1. Daten für die Erteilung der Patientenbewilligung:

Es handelt sich um Name, Adresse, Geburtsdatum, Heimatort sowie Angaben über die Erfüllung der Aufnahmekriterien, das heisst die Indikation und evtl. eine Begründung, weshalb eine Ausnahme von der Voraussetzung von mindestens zwei erfolglosen Behandlungsversuchen vorliegt. Diese Daten werden dem BAG gemeldet.

2. Behandlungsplan:

Der Behandlungsplan umfasst einen Zielkatalog und soll verbindlich auf Behandlungs- wie auch Patientenseite sein. Die Behandlungsziele werden mit den Patienten und Patientinnen detailliert besprochen und periodisch überprüft. Erzielte Teilerfolge und verbleibende Dauer der Behandlung sollten damit individuell abschätzbar werden. Er bildet eine Grundlage für das Controlling der Behandlungsqualität der Institution.

Das BAG kann Einsicht in die Behandlungspläne nehmen zur Überprüfung der Therapieverläufe.

3. Krankengeschichte:

Das BAG kann Einsicht in die Krankengeschichten nehmen zur Kontrolle der Behandlungsqualität (Artikel 23 Absatz 2 VO) und zur Überprüfung der Behandlungspläne.

b) Kontrolldaten über die Betäubungsmittel:

Die verschreibungsberechtigten Ärztinnen und Ärzte müssen sich jederzeit über Bezug und Verwendung der verschriebenen Substanzen gegenüber den Bewilligungsbehörden (Heroin: BAG; Methadon, Morphin u. a.: kantonale Behörde) ausweisen können (Artikel 14 VO).

Bei diesen Daten handelt es sich nicht um Personendaten. Sie unterliegen deshalb nicht den Bestimmungen des DSGVO.

2.2 Welche Daten werden vom BAG bearbeitet?

Das BAG erteilt die Bewilligung, wenn die Aufnahmekriterien erfüllt sind, die medizinische Leitung der Institution die Aufnahme beantragt und die zuständige kantonale Behörde oder die Institutionsleitung keine Einwände vorbringen (Artikel 20 VO).

Die Daten werden von der medizinischen Leitung der Institutionen

9 Datenschutz

über die zuständige kantonale Behörde (das heisst in der Regel via Kantonsärztin/-arzt) an das BAG übermittelt und gelangen auf dem gleichen Weg wieder an die Institution zurück.

Die zuständige kantonale Behörde benötigt die Daten zur Prüfung, ob der Patient/die Patientin nicht gleichzeitig schon an einem anderen Substitutionsprogramm teilnimmt. Diese Prüfung kann nicht durch das BAG vorgenommen werden, da für die Kontrolle der Betäubungsmittel im Innern der Schweiz und die Verschreibungen von beispielsweise Methadon und Morphin grundsätzlich die Kantone zuständig sind.

Das BAG erstellt einen jährlichen Bericht zu Händen des Bundesrates über folgende Punkte:

- die Anzahl der Patientinnen und Patienten sowie der jährlichen Ein- und Austritte, Übertritt in andere Programme, Drop out);
- Langzeitverlauf der Patientinnen und Patienten;
- Art und Modalitäten der Verschreibung von Heroin (Quantität, galenische Formen);
- Besondere Vorkommnisse (Nebenwirkungen der Therapie, Einbrüche, Schwarzmarktfunde etc).

2.3 Die Einverständniserklärung (Leitfaden, II. Abschnitt, Kapitel 2. a)

Die Einwilligung zur Datenbearbeitung muss ausdrücklich (durch Schriftlichkeit erfüllt), freiwillig und in Kenntnis der sich daraus ergebenden Konsequenzen erfolgen. Die betroffene Person muss vorgängig mindestens über ihre Rechte, über Inhalt und Zweck der Datenbearbeitung aufgeklärt worden sein. Sie muss somit wissen, wer welche Daten wozu bearbeitet. Der Grundsatz der Transparenz und Vorhersehbarkeit ist damit berücksichtigt.

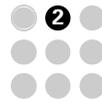
Die Einverständniserklärung gewährleistet, dass diese Grundsätze im Rahmen der allgemeinen Aufklärungs- und Informationspflicht gegenüber Patientinnen und Patienten im Sinne eines «Informed consent» eingehalten und spezifische Rechte und Pflichten bezüglich der heroingestützten Behandlung klar festgehalten und erläutert werden. Hierzu gehören auch die Information über die Bearbeitung und Verwendung der Patientendaten durch die Institution und die Behörden, die Entbindung vom Berufs- bzw. Arztgeheimnis von früheren oder gegenwärtig behandelnden Medizinalpersonen. Werden weitere persönliche Daten von Patienten/-innen benötigt oder weitergegeben, ist vorgängig deren Ermächtigung einzuholen.

2.4 Datensicherheit (Leitfaden, II. Abschnitt, Kapitel 6)

Zum Datenschutz im weiteren Sinne gehört auch die Datensicherheit, das heisst angemessene technische und organisatorische Massnahmen, damit nur Berechtigte Zugang zu den Personendaten haben und keine unbefugten Bearbeitungen passieren.

Die Bewilligungsdaten werden via kantonale Behörde an das BAG per Fax weitergeleitet. Vom Gesichtspunkt des Datenschutzes ist diese Übermittlungsart nicht ideal, ermöglicht aber eine schnelle Weiterleitung. Zum Fax der zuständigen Abteilung des BAG haben keine externen Personen Zugang (vgl. Leitfaden S. 30, Bekanntgabekontrolle).

Gemäss der Datensicherheit von Krankengeschichten und Behandlungsplänen wird auf den Leitfaden, II. Abschnitt, Kapitel 6,



**BETRIEBLICHE
ORGANISATION**

RICHTLINIEN

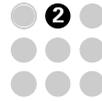
EMPFEHLUNGEN

INFORMATION

9 Datenschutz

verwiesen. Handelt es sich um kantonale Institutionen, sind die kantonalen Datenschutzbestimmungen massgeblich.





10 Haftpflichtversicherung

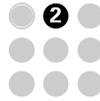
Analog zu anderen ambulanten Polikliniken sollte jedes Behandlungszentrum sicherstellen, dass für die Institution eine Betriebs- und Ärzte-Haftpflichtversicherung mit genügender Schadensdeckung abgeschlossen wird.

Darüber hinaus schliesst das BAG für die Patientinnen und Patienten der heroingestützten Behandlung zurzeit noch eine so genannte Probandenversicherung ab. Damit sind sämtliche Patientinnen und Patienten bei Gesundheitsschäden (Personenschäden), die als Folge der heroingestützten Behandlung auftreten, namentlich wegen Arzneimitteln, experimentellen Umständen und Massnahmen, die sich am Körper des Behandelten schädigend auswirken, versichert. Ebenfalls versichert sind Personen- und Sachschäden, die durch eigene Handlungen des Behandelten, die zum Behandlungsprogramm oder zur Abgabe gehören, hervorgerufen werden.

Von dieser Versicherung ausgeschlossen sind:

- Gesundheitsschädigungen und Verschlimmerungen des bestehenden Gesundheitszustandes, die auch ohne Teilnahme an der heroingestützten Behandlung eingetreten wären oder fortbeständen;
- genetische Schäden;
- Gesundheitsschädigungen, soweit sie eingetreten sind, weil der/die Behandelte den ausdrücklichen Anweisungen der Personen, die mit der Durchführung der heroingestützten Behandlung beauftragt sind, zuwidergehandelt hat;
- Ansprüche an den Versicherungsnehmer (BAG), die über den oben genannten Umfang der Versicherung hinausgehen.

Beim Eintreten eines Ereignisses, das die Probandenversicherung betreffen könnte, hat das Behandlungszentrum umgehend die für die Unterstützung und Betreuung zuständige Person beim BAG zu verständigen, damit geprüft werden kann, ob eine Schadensmeldung an die Versicherung angezeigt ist.



11 Sanktionen

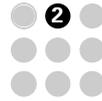
Art. 22 VO Entzug der Patientenbewilligung

Das BAG kann dem Patienten oder der Patientin die Bewilligung zur heroingestützten Behandlung entziehen:

- a. bei Konsum illegaler Betäubungsmittel in der Institution;
- b. bei Weitergabe oder Verkauf bezogener Betäubungsmittel;
- c. bei Drohungen oder Gewalt gegen Mitglieder des Behandlungspersonals oder gegen andere Personen innerhalb der Institution;
- d. bei grundsätzlicher oder fortgesetzter Verweigerung der die Heroinverschreibung begleitenden Behandlung oder Betreuung.
- e. wenn die gemäss Einverständniserklärung vereinbarten Bedingungen nicht mehr erfüllt werden.

Erläuterung

Der Entzug der Bewilligung bezeichnet den unfreiwilligen Ausschluss eines Patienten oder einer Patientin aus der heroingestützten Behandlung und stellt eine administrative Sanktion bei groben Verstössen gegen die Behandlungsordnung dar. Die Feststellung der Ausschlussgründe obliegt der Institution, die vor allem in den Fällen von c, d und e direkt betroffen ist; hingegen wird für den definitiven Ausschluss selbst ein Entscheid der Bewilligungsbehörde (BAG) benötigt, bei dem insbesondere die Einhaltung der verfassungsmässigen Rechte wie das rechtliche Gehör und die Verhältnismässigkeit überprüft werden. Der Ausschluss aus der Behandlung soll in der Regel die Ultima Ratio sein; bei Missbräuchen mit den bezogenen Substanzen kann er jedoch auch unmittelbar, unabhängig der strafrechtlichen Folgen gemäss BetmG, erfolgen. Die Patientinnen und Patienten werden bei der Aufnahme über diese Pflichten und Folgen informiert und haben ihr Einverständnis erklärt (Artikel 6 der Verordnung und Kapitel 1.3 des Handbuchs).



11 Sanktionen

■ Haus- und Sanktionsordnung

Für alle Beteiligten muss klar ersichtlich und verständlich sein, wann, wie und von wem eine Sanktion ergriffen wird. Vorgehen und Instanzen müssen jederzeit für die Behandelten und Behandelnden bekannt und abfragbar sein. Deshalb ist eine verbindliche Haus- und Sanktionsordnung Vorschrift (s. Kapitel 2.12). In der allgemeinen Einverständniserklärung muss auf die Sanktionsregelung hingewiesen werden.

Folgende Vergehen müssen generell als schwerwiegend behandelt und hinsichtlich eines möglichen Ausschlusses beurteilt werden:

- Gewalt gegenüber Mitpatienten/-innen und Mitarbeitenden
- Gewaltandrohung
- Sachbeschädigung
- Dealen mit Drogen und ähnlichen Substanzen in den Behandlungsräumen
- Diebstahl, Schmuggel und Verkauf von Betäubungsmitteln

Bei den erwähnten Vergehen ist eine Sofortmassnahme (zum Beispiel in Form einer Heroinsperre¹) bis zum Zeitpunkt der Beurteilung durch eine bezeichnete Sanktionsinstanz zu treffen.

Befristete Ausschlüsse als Sanktionsmassnahme können bis zu drei Monaten vom Behandlungszentrum selbst ausgesprochen werden. Längere Behandlungsunterbrüche kommen faktisch einem definitiven Ausschluss gleich und bedürfen eines Entzugs der Patientenbewilligung durch das BAG².

■ Sanktionen bei Diebstahl, Schmuggel und Verkauf von Betäubungsmitteln

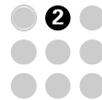
Bei erwiesenem Schmuggel, Diebstahl oder Verkauf von Betäubungsmitteln ist eine sofortige Heroinsperre auszusprechen. Im Wiederholungsfall ist der Patient oder die Patientin für mindestens drei Monate aus der Behandlung auszuschliessen. Der/die Patient/in wird darauf hingewiesen, dass er nach Ablauf der Frist einen Antrag auf Wiederaufnahme stellen kann. Ausserdem macht sich der Patient/die Patientin damit nach Art. 19 BetmG strafbar. Das entsprechende Verhalten kann bei Anzeige auch strafrechtliche Konsequenzen nach sich ziehen.

■ Bei unklarem Verhalten/Verdacht auf Schmuggel von Betäubungsmitteln

Sofortige Verwarnung und Gespräch, bei dem darauf hingewiesen wird, dass Schmuggel zu einer Sperre und zu einem Ausschluss aus der Behandlung führen kann. Bei Patienten/-innen mit peroralem Konsum von Heroin muss darauf hingewiesen werden, dass die Tablettenabgabe bei weiterem verdächtigem Verhalten gestoppt wird.

¹ Die Heroinsperre ist eine Strafmassnahme, bei der das Heroin für eine bestimmte Dauer ganz oder teilweise durch Methadon ersetzt wird. Diese Sanktion ist nicht zu verwechseln mit dem Reduzieren, Ersetzen oder Absetzen des Heroins aus medizinischen Sicherheitsgründen (zum Beispiel übermässiger Beikonsum).

² Artikel 22 VO



11 Sanktionen

In den bestehenden Zentren für heroingestützte Behandlungen werden in ganz unterschiedlicher Weise Massnahmen ergriffen, und zwar als Einflussversuche mit verschiedenen Zielsetzungen wie

- der Aufrechterhaltung eines geordneten Betriebes und der Betriebsakzeptanz im Umfeld des Behandlungszentrums,
- zur Durchsetzung von Behandlungsvereinbarungen,
- als Erziehungsmassnahmen sowie
- zur Verhinderung von Notsituationen.

Selten wird für die Patienten/-innen eine klar ersichtliche Unterscheidung gemacht, ob es sich um eine Bestrafung oder um eine erzieherische Massnahme oder aber um eine Massnahme zum Schutz von Klientel und Personal handelt. Alle Massnahmen haben in der Wahrnehmung der Patienten/-innen demzufolge eher den Charakter einer Bestrafung.

Bei den Strafmassnahmen, den Sanktionen, existieren klare Unterschiede im Ausmass, in den sanktionswürdigen «Vergehen», den Formen und der Kompetenzregelung. In einigen Behandlungszentren existieren elaborierte Stufen- und/oder Punktesysteme, in anderen finden sich einige Massnahmen als Bestandteil der Hausordnung.

Die Heroinsperre, der Ausschluss vom Heroinkonsum und der wahlweise Ersatz des Heroins durch Methadon werden in den HeGeBe-Zentren von der Androhung bis zum gänzlichen Ausschluss von der Behandlung als Sanktionsmittel gebraucht.

1 Generelle Überlegungen

Sanktionen sind Strafmassnahmen und damit ein Machtinstrument. Ihre Anwendung sollte darum wohlüberlegt und begründet sein. Sie dienen grundsätzlich der Aufrechterhaltung von Werten und Normen, die für das Funktionieren und Überleben einer Gemeinschaft notwendig sind. Werden sie zur Durchsetzung von darüber hinausgehenden Ansprüchen eingesetzt, so steht immer die Gefahr des Machtmissbrauchs im Raum.

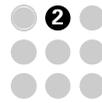
Strafmassnahmen sind umso wirksamer, je stärker durch sie die Befriedigung dominanter Bedürfnisse betroffen sind. Charakteristisch ist, dass sie alleine durch ihre Androhung wirken sollen. Es stellt sich deshalb auch immer die Frage der Verhältnismässigkeit.

Richtlinien und Empfehlungen für den Einsatz von Sanktionen in einer medizinischen Behandlung müssen speziellen ethischen Anforderungen genügen, indem Patienten/-innen und Behandelnde vor Machtmissbrauch und Willkür weitgehend geschützt werden. Nicht zuletzt sollen sie von den Behandlungszentren nicht unterlaufen werden dürfen, um sich auf dem Dienstleistungsmarkt Wettbewerbsvorteile zu sichern.

2 Rahmenbedingungen von Sanktionen

Grundsätzlich können drei Situationen unterschieden werden, in denen Konsequenzen in Form von Sanktionen denkbar sind:

1. Situationen, in denen eine sofortige Konsequenz ausgesprochen werden muss.
2. Situationen, in der die Konsequenz aufgeschoben werden kann.
3. Eine Mischform der beiden ersten (zum Beispiel Heroinsperre)



11 Sanktionen

mit nachträglicher Beurteilung der Dauer).

Im ersten Fall ist es wichtig, dass für gewisse «Vergehen» die sofortige Konsequenz (Sanktion) im Voraus bekannt ist, das heisst, Behandelnde und Behandelte müssen im Voraus wissen, wie bestimmte Situationen gehandhabt werden.

Vergehen und Geschehnisse, die keine sofortige Konsequenz bedingen, können und sollen später in aller Ruhe beurteilt und sanktioniert werden.

In allen Fällen soll mit einer transparenten Vorgehensweise gewährleistet sein, dass Willkür und übertriebene Konsequenzen in spannungsgeladenen Konfliktsituationen vermieden werden.

2.1 Sanktionsgremium/Sanktionskompetenz

In den vorgängig beschriebenen Situationen 1 und 3 muss das unmittelbar beteiligte Teammitglied wissen, wie vorzugehen ist, und es hat deshalb die alleinige Kompetenz für die Inkraftsetzung der allseits bekannten Sanktion.

Im zweiten Fall hingegen (es dürfte sich dabei vor allem um Auseinandersetzungssituationen handeln, die individuell verschieden beurteilt werden können) soll eine allen bekannte Sanktionsinstanz (zum Beispiel das Behandlungsteam als Ganzes) zu einem definierten späteren Zeitpunkt eine Beurteilung vornehmen und eine Massnahme treffen. Alle Beteiligten müssen wissen, dass die Situation eine Konsequenz haben kann oder haben wird.

2.3 Spezialfall Beikonsum

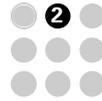
Die Einführung von Sanktionen, insbesondere die Sperrung von Heroin, als generelle Massnahmen im Falle von Beikonsum ist fragwürdig, da es ethisch kaum vertretbar ist, die heroingestützte Behandlung generell vom Beikonsum abhängig zu machen und damit das Wohlverhalten eines süchtigen Menschen an seinem Nebekonsum zu messen.

2.4. Vorschläge alternativer Sanktionen

Alternative Massnahmen in einer derartigen Behandlung können folgende sein:

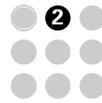
- Zurückstufungen (in Stufenprogrammen)
- Schriftliche Stellungnahmen
- Andere (kürzere oder verschobene) Konsumationszeiten

Als Alternative zu Sanktionen sind auch Wiedergutmachungen zu erwähnen, die in vielfältiger Form zwischen «Täter/in» und Sanktionsinstanz ausgehandelt werden können, mit dem Ziel der Beziehungsaufrechterhaltung.



12 Hausordnung

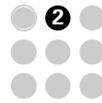
Eine verbindliche Hausordnung ist Vorschrift. Sie gehört zu den Patienteninformationen, die dem an der Behandlung Interessierten vor Behandlungsantritt abgegeben werden. Ausserdem muss die Hausordnung Sanktionen bei Nichteinhaltung der verfügten Regeln beinhalten (s. Kapitel 2.11). Eine nur dem Personal zugängliche Version der Hausordnung muss unzweifelhaft Klarheit über die Kompetenzen des Personals zu den verschiedenen Sanktionen schaffen.



12 Hausordnung¹

Hausregel	Sanktion bei Überschreiten	Sanktionskompetenz
Gewalt gegenüber Personal ist verboten	Minimal: Verweis Maximal: Ausschluss. Wiederaufnahme nur nach individueller Prüfung und Einverständnis aller Beteiligten, frühestens nach 3 Monaten	A C
Jegliche Mitnahme von spritzbaren Betäubungsmitteln aus der Abgabestelle ist verboten	Erstes Mal: mindestens 1 Woche Sperre Wiederholungsfall: Ausschluss	B C
Der Konsum von mitgebrachten Rauschmitteln (Drogen, Alkohol, Medikamente) im KODA-1 ist verboten und kann zum Ausschluss führen	Injizierbare Stoffe: Beim 1. Mal bis 1 Woche Beim 2. Mal bis 2 Wochen (Wiederholungen ausnahmsweise Ausschluss) Medikamente und Alkohol: Beim 1. Mal bis 3 Tage Beim 2. Mal bis 1 Woche	B B
Diebstahl und Einbruch in den Räumlichkeiten des KODA führen zum Ausschluss	Einbruch: Ausschluss Diebstahl: Anzeige bei Polizei und evtl. Stoffsperr	C B
Keine verbale Bedrohung des Personals	Verweis bis Heroinsperre oder Ausschluss	A - C
Keine gewalttätige Auseinandersetzungen untereinander	Heroinsperre von mindestens 24 Stunden	A/B
Anweisungen des Personals müssen befolgt werden	Sanktionen können von Verwarnung über Heroinsperren bis zum Ausschluss führen	A/B/C
Keine Sachbeschädigung	Beschädigtes Material wird ersetzt Heroinsperre nach Ermessen	B A/B
Kein Deal im Haus (inkl. Cannabis, Medikamente, Alkohol)	Mindestens 1 Tag Stoffsperr Im Wiederholungsfall mindestens 1 Woche Heroinsperre Bei Verdacht wird gefilzt und alle gefundene Substanzen (Drogen, Medikamente, Alkohol) werden konfisziert	A/B B A
Mitbringen von Drogen, Alkohol und Medikamenten in die Räumlichkeiten des KODA-1 ist verboten	Gefundene Ware wird konfisziert.	A
Keine Hehlerei, keine Verkaufsgeschäfte	Ware wird konfisziert. Im Wiederholungsfall Stoffsperr	A/B
Kein Waffentragen	Waffen werden konfisziert. Im Wiederholungsfall Stoffsperr	A/B
Der Aufenthalt in KODA-1-Räumlichkeiten ist nur für KODA-1-Patienten/-innen erlaubt. Ausnahmen nach Rücksprache	Nichtberechtigte Personen werden weggewiesen	Alle
Das Trinken von Kaffee ist nur in den beiden Aufenthaltsräumen erlaubt (kein Hinausgehen auf den Korridor und vor das Haus)	Reagieren, ansprechen	Alle
Liftfahren im KODA-1 ist verboten	Sanktion 30 Min. Abgabesperre	A

¹ Beispiel einer Haus- und Umgebungsordnung eines Behandlungszentrums in einer grossen Stadt (Koda-1 in Bern):



12 Hausordnung

Hausregel	Sanktion bei Überschreiten	Sanktionskompetenz
Velos müssen auf dem Veloabstellplatz vis-à-vis des KODA-1 an der Mattenhofstrasse abgestellt werden. Keine Velos auf Parkplätzen und an der Hausmauer abstellen	Reagieren, ansprechen	Alle
Das Konsumieren von Drogen, Alkohol und Medikamenten und der Deal von Drogen und Medikamenten vor dem Haus und in der unmittelbaren Umgebung ist verboten und wird sanktioniert	Mindestens 1 Tag Stoffsperr Im Wiederholungsfall mindestens 1 Woche Stoffsperr	A/B B
Hunde dürfen nicht in den KODA-1-Betrieb! Das Anbinden von Hunden vor dem Haus und in der unmittelbaren Umgebung ist nicht erlaubt	Sanktion: 30 Min. Abgabesperr	A
Das Aussteigen im Anhalteverbot vor dem Haus ist nicht gestattet	Reagieren, ansprechen	Alle
Der Zugang zum KODA-1 erfolgt über das öffentliche Trottoir. Keine Abkürzung über den Vorplatz der Ladengeschäfte	Reagieren, ansprechen Sanktion: 30 Min. Abgabesperr	Alle A
Das KODA-1 muss auf direktem Weg verlassen werden. Das Herumsitzen und Herumstehen vor dem KODA-1 und in der Umgebung ist verboten. Kein Herumstehen vor dem KODA-1 vor Abgabebeginn. Warten im Aufenthaltsraum möglich jeweils ¼ Std. vor Abgabebeginn: Montag-Freitag 06.45, 11.30, 16.30 Uhr / Wochenende 8.45, 16.45	Sanktion: 30 Min. Abgabesperr	A
Kein Herumlärmen inner- und ausserhalb des Hauses	Reagieren, ansprechen	Alle

Sanktionskompetenz

Leichte Sanktionen

A Stoffsperr bis 1 Tag oder bis zum nächsten Tagesrapport durch Abgabepersonal

Mittelschwere Sanktionen

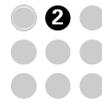
B Stoffsperrn über 1 Tag bzw. nächster Tagesrapport (Wochenende)
Sanktionierung im Tagesrapport/wenn möglich Bezugspersonensystem

Schwere Sanktionen

C Ausschluss aus Programm
Entscheid durch Fachbereichsleitung/Oberarzt

Grundsatz

Für alle «Vergehen» gilt eine Verjährungsfrist von einem halben Jahr. Das heisst ein Wiederholungsfall muss innerhalb von 6 Monaten seit dem ersten Vergehen stattfinden.



13 Öffnungszeiten

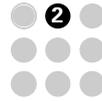
Wegen der im Vergleich zum Methadon relativ kurzen Wirkung von Heroin ist es angezeigt, dass die Patientinnen und Patienten (zumal am Anfang der Behandlung) die Gelegenheit für drei Applikationen pro Tag erhalten. Dabei sollen die Öffnungszeiten so gelegt werden, dass Arbeitende morgens vor und abends nach der Arbeit erscheinen können.

Auch an Wochenden und an Feiertagen muss die Abgabe sichergestellt werden.

Die Öffnungszeiten sind lang genug zu gestalten, um weder Stress noch Hektik während der Abgabe aufkommen zu lassen, und gleichzeitig kurz genug, damit sich im Umfeld der Abgabestelle keine temporäre Kleinszene bildet.

Für stabilisierte Patienten und Patientinnen ist es im Laufe der Behandlung eventuell möglich, die Mittagsabgabe durch die Mitgabe von DAM in Tablettenform oder durch Methadon zu ersetzen.

Medizinische Konsultationen und psychoziale Beratungen und Therapien werden vorteilhafterweise ausserhalb der Abgabezeiten angesetzt.

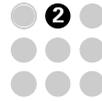


14 Meldung von aussergewöhnlichen Ereignissen

Die heroingestützte Behandlung ist eine noch junge Therapieform. Nebenwirkungen und andere aussergewöhnliche Ereignisse müssen genau dokumentiert werden, damit die Patientensicherheit jederzeit gewährleistet werden kann. Deshalb sind unerwünschte Ereignisse und Arzneimittelwirkungen durch die verantwortlichen Ärzte/-innen der Behandlungszentren mittels standardisiertem Formular (zu beziehen beim ISF, s. unten) zu erfassen und vorab per Fax und anschliessend per Brief an die Meldestelle HeGeBe weiterzuleiten. Die Meldung erfolgt unter Angabe der Probandennummer. Der Meldestelle werden keine Probandennamen mitgeteilt.

Folgende unerwünschten Ereignisse sind der Meldestelle HeGeBe (Begleitevaluation HeGeBe, Konradstrasse 32, 8005 Zürich, Tel. 01/273 40 24, Fax 01/273 40 64) unverzüglich zu melden (vgl. Merkblatt der Meldestelle):

- Schwere Krankheiten
- Serokonversionen (virale Hepatitis und HIV)
- Schwangerschaften und Aborte
- Todesfälle
- Schwere Intoxikationen (zum Beispiel wenn Beatmung und/oder Spitaleinweisung nötig)
- Epileptische Anfälle
- Spitaleinweisungen wegen Krankheit/Unfall
- Alle lebensbedrohlichen Situationen
- Ereignisse, welche bleibende Schäden hinterlassen können (zum Beispiel Stichverletzung)
- Arzneimittelwirkungen: normalerweise behandlungsbedürftige Zwischenfälle und Befindlichkeitsstörungen (Blutdruckkrisen, anaphylaktische Reaktionen usw.)
- Substanzbezogene Probleme wie:
 - Löslichkeit (zum Beispiel Kristallbildung)
 - Verfärbung
 - Verpackungsfehler



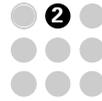
14 Meldung von aussergewöhnlichen Ereignissen

Im Auftrag des BAG führt das Institut für Suchtforschung ISF (Begleitevaluation HeGeBe, Konradstrasse 32, 8005 Zürich, Tel. 01/273 40 24, Fax 01/273 40 64) die Meldestelle für unerwünschte Ereignisse und Arzneimittelwirkungen innerhalb der heroingestützten Behandlung (Kurzform: Meldestelle HeGeBe).

Die Meldestelle HeGeBe hat die Meldungen von unerwünschten Ereignissen und Arzneimittelwirkungen entgegenzunehmen und zu sichten. Bei Bedarf hat die Meldestelle zusätzliche Abklärungen vorzunehmen. Die Meldestelle informiert vierteljährlich das Bundesamt für Gesundheit und die Safety Assurance Group HeGeBe in schriftlicher Form über alle aufgetretenen unerwünschten Ereignisse. Bei unerwarteten schwerwiegenden Ereignissen sind zusätzliche Meldungen zu machen. Ausserdem werden die Zentren für heroingestützte Behandlung halbjährlich über die eingegangenen Meldungen informiert.

Die Meldungen werden bei Eingang nach Probandennummer registriert und in das Datenverarbeitungsprogramm eingelesen. Der Verantwortliche der Meldestelle HeGeBe überprüft und beurteilt die eingetroffenen Meldungen täglich und führt gegebenenfalls Nachbefragungen durch (Spezialbogen). Die im Datenverarbeitungssystem registrierten Angaben werden durch den Verantwortlichen auf Plausibilität geprüft.

Die meldenden Behandlungszentren erhalten innerhalb von zwei Werktagen eine standardisierte Rückmeldung im Sinne einer Eingangsbestätigung.



15 Qualitätsentwicklung (QE) und Know-how-Transfer

Art. 16 Zuständigkeit des BAG

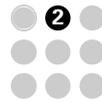
1 Das BAG hat folgende Aufgaben:

(...)

d. Es gibt den Institutionen Empfehlungen und erlässt Weisungen namentlich zur Koordination und zur Qualitätssicherung der heroingestützten Behandlung.

Erläuterung

Im Bereich der heroingestützten Behandlung besteht eine gesetzliche Verpflichtung zur Durchführung von qualitätssichernden und qualitätsentwickelnden Massnahmen. Diese können mit Hilfe von Koordination, durch den Erlass von Empfehlungen oder von Weisungen umgesetzt werden.

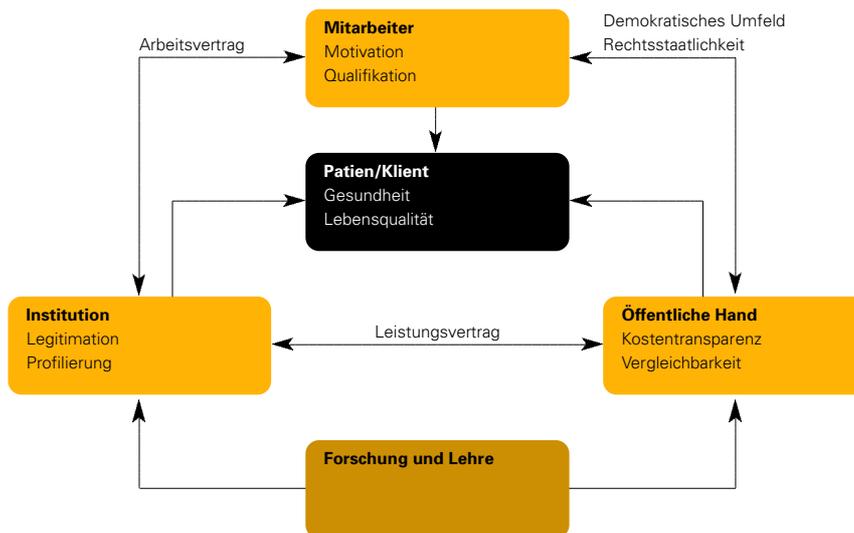


15 Qualitätsentwicklung (QE) und Know-how-Transfer

Spannungsfeld Qualitätsentwicklung (QE) und Qualitätssicherung

Die Qualitätsdiskussion, die vor einigen Jahren den Gesundheitsbereich erfasst hat, betrifft auch die Drogenhilfe. Qualitätssichernde Massnahmen in den Institutionen sind sowohl aus Gründen der Selbstvergewisserung gegen innen wie auch aus Gründen der Legitimation gegen aussen notwendig. Die Begründungen für qualitätssichernde und qualitätsentwickelnde Massnahmen setzen demgemäss auf verschiedenen Ebenen an. Qualitätssicherung (QS) und QE müssen ihre Legitimation aus Verbesserungsmassnahmen auf den folgenden Ebenen beziehen:

1. Klient/Patient
2. Mitarbeiter/innen der Drogenhilfeeinrichtung
3. das Zentrum für heroingestützte Behandlung
4. die öffentliche Hand

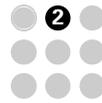


Qualitätsziele

1. Verbesserung der Dienstleistungen für den Patienten

Die heroingestützte Behandlung schweizerischer Prägung ist eine relativ junge Therapieform. Sie ist deshalb trotz ihrer sehr guten Resultate noch entwicklungsfähig und -bedürftig. Nach den ersten sechs Jahren tritt immer klarer zu Tage, dass die Patienten/-innen dieser Behandlung keine homogene Einheit bilden, sondern dass verschiedene Patientengruppen unterschieden werden müssen. So leidet beispielsweise ein nicht unbeträchtlicher Teil der Patienten/-innen laut den bisherigen Ergebnissen der Begleitforschung an psychischen Störungen.¹ Qualitative Verbesserungen für dieses Patientensegment bedeuten: Entwicklung von neuen und Adaptation von bestehenden diagnostischen Instrumenten sowie Entwicklung, Erprobung und Verankerung von Interventions- und Behandlungsstrategien bei Suchtpatienten/-innen mit Komorbidität. Die Diagnostik soll sich aber nicht auf die psychischen Begleiterkrankungen beschränken. Umfassende und praxisrelevante Abklärungen von Ressourcen und Potenzialen der Patienten/-innen helfen den Zentren, eine individuell angepasste Behandlung anzubieten, die den/die Patienten/-in weder überfordert noch länger als notwendig in der Behandlung festhält. So wird dem Umstand Rechnung getragen, dass auch unter den Patienten und

¹ vgl. Uchtenhagen, A., et al.: «Prescription of Narcotics for Heroin Addicts. Main Results of the Swiss National Cohort Study.» Basel: Karger, 1999, S. 46



15 Qualitätsentwicklung (QE) und Know-how-Transfer

Patientinnen, welche die Einschlusskriterien HeGeBe erfüllen, eine auf rationalen Kriterien beruhende Aufteilung in verschiedene Patientensegmente vorgenommen werden kann.

2. Burn-out-Prävention bei den Mitarbeitenden
Angestellte in helfenden Berufen und besonders im Suchthilfebereich sind verstärkt den Risiken des Burn-out-Syndroms, der emotionalen Erschöpfung, ausgesetzt.¹ QS und QE helfen, die eigene Arbeit in einen rational bewertbaren Rahmen zu stellen und durch die Bewertbarkeit das Risiko des «beruflichen Ausbrennens» geringer zu halten. QS- und QE-Massnahmen sollen darüber hinaus auch zu einer strategischen Planung der Förderung der Mitarbeitenden durch Weiterbildung führen. Mit dieser und mit anderen Massnahmen können die Motivation und die Widerstandsfähigkeit der Suchtfachleute erhalten und gestärkt werden.

3. Bessere Steuerung der Betriebe
QS- und QE-Massnahmen umfassen üblicherweise die standardisierte Erfassung von Ergebnisvariablen sowie von Variablen zur Struktur- und Prozessqualität (s. Definitionen). Den Leitungen der Zentren für heroingestützte Behandlung werden so Werkzeuge für eine noch bessere Steuerung ihrer Betriebe in die Hand gegeben.

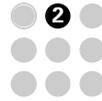
4. Argumentationsgrundlage für die fachliche Diskussion und Legitimation
Gemäss anerkannten Kriterien und Methoden erfasste und sauber durchgeführte Erhebungen liefern den Einrichtungen Argumente für die finanzielle und politische Legitimation gegenüber Kostenträgern und der Öffentlichkeit. Die im Zuge der Haushaltskürzungen im Sozial- und Gesundheitsbereich immer wichtiger werdende Frage der Legitimation der heroingestützten Behandlung als Langzeittherapie kann auf dieser Grundlage erfolgreicher angegangen werden.

5. Standards im Drogenhilfebereich
Qualitätsstandards im Drogenhilfebereich (vgl. oben) sind von grosser Bedeutung, weil sie erst das gegenseitige Lernen der Drogenhilfeeinrichtungen voneinander ermöglichen. Zahlreiche Diskussionen über Qualität scheitern leider immer noch daran, dass die Gesprächspartner/innen von ganz verschiedenen Qualitätsbegriffen ausgehen. Das Festsetzen gemeinsamer Standards erspart das immer wieder neue Aushandeln und Identifizieren der gegenseitigen Positionen.

6. Vergleichbarkeit mit schweizerischen und internationalen Behandlungsstandards
Die heroingestützte Behandlung als Verknüpfung von intensiver und auf die individuellen Bedürfnisse angepasster psychosozialer und medizinischer Betreuung sowie der Substitutionstherapie mit Heroin ist in ihrer heutigen Form (noch) einmalig.² Allerdings versuchen mittlerweile auch andere europäische Länder diesen Weg (Niederlande, Deutschland). Die Behandlung wird weiterentwickelt werden. Ausserdem bestehen Schnittstellen zu den Substitutionstherapien im Allgemeinen sowie zur ambulanten psychosozialen und psychiatrischen Suchtbehandlung. Die Erfassung der Behandlung mit international vergleichbaren Standards erleichtert zukünftige fachliche Auseinandersetzungen und lässt somit die Möglichkeit offen, auch im internationalen Kontext weiterhin effizienter voneinander zu lernen. Die Zusammenarbeit mit QuaTheDA (s. unten) ist in diesem Zusammenhang ebenfalls von

¹ vgl. Missel, Peter; Braukmann, Walter (Hrsg.): «Burn-out in der Suchttherapie». Göttingen 1995, (S. 12ff.)

² Es wurden zwar in der Vergangenheit immer wieder Anläufe zur Substitution von Heroinabhängigen mit der Originalsubstanz unternommen. Dies war beispielsweise in New York zu Beginn des 20. Jahrhunderts der Fall. Im Zuge der allgemeinen Prohibitionspolitik wurde die «New York Heroin Clinic» im Jahre 1920 geschlossen (vgl. Musto, David F., 1987, S.156–163). In Grossbritannien, wo diese Möglichkeit grundsätzlich besteht, ist die Substitution mit Heroin nicht mehr sehr verbreitet (vgl. Department of Health, 1999, S. 55–57). Frühere grössere Projekte konzentrierten sich auf die Heroinabgabe als solche und es bestand die Tendenz, den psychosozialen Status lediglich in



**BETRIEBLICHE
ORGANISATION**

RICHTLINIEN

EMPFEHLUNGEN

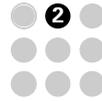
INFORMATION

15 Qualitätsentwicklung (QE) und Know-how-Transfer

grosser Bedeutung, weil dadurch die Vergleichbarkeit im schweizerischen Kontext sichergestellt wird.



¹ Die vordringliche Aufgabe von QuaTheDA (Qualität Therapien Drogen Alkohol) ist es, ein Qualitätsmanagementsystem für die stationären Therapieeinrichtungen bereitzustellen. Die Prinzipien, auf denen es aufbaut, sollen aber nicht nur für die stationäre Therapie anwendbar sein, sondern auch für die ambulante Therapie mit Heroin und Methadon und andere Bereiche. Diese Grundprinzipien, die angewendet werden, um Qualität zu definieren, werden in einen generellen konzeptionellen Rahmen aufgenommen, der für alle Interventionsbereiche der Suchtarbeit gelten wird. Der Qualitätsentwicklungsprozess HeGeBe versteht sich als Teil dieses Ganzen, obschon es hier vorerst nicht darum geht, ein Qualitätsmanagementsystem aufzubauen, sondern die Qualität durch gezielte Massnahmen zu fördern und zu erhalten.



15 Qualitätsentwicklung (QE) und Know-how-Transfer

Arbeitsachsen

1. Handbuch

Das im Frühling 2000 erscheinende Handbuch hält den Wissensstand in Sachen heroingestützter Behandlung fest. Es enthält verbindliche Richtlinien sowie Empfehlungen und Informationen. Es ist ein offenes System, das nach Bedarf ergänzt werden soll. Die auf der Ebene des nationalen Programms der heroingestützten Behandlung relevanten Prozesse werden darin definiert.

2. Denkschema QuaTheDA¹

Die Koordination der Qualitätsentwicklung im Bereich HeGeBe mit dem im Aufbau begriffenen und vornehmlich an der Definition von Prozessen orientierten Qualitätsmanagementsystem im Suchthilfereich des Bundesamtes für Gesundheit (QuaTheDA) wird gewährleistet.

3. Voneinander lernen (Know-how-Transfer)

Eine Kultur des Qualitätsbewusstseins und der offenen Kommunikation über Fragen der Qualität unter den Zentrenverantwortlichen soll initiiert und gefördert werden. Es geht um ein vergleichendes Beurteilen und Lernen voneinander (Peer-Teaching) mit dem Ziel der Definition von Standards und Zielkriterien.

4. Rückkoppelung und Feedback

Das Bundesamt für Gesundheit setzt sich darüber hinaus dafür ein, dass die qualitätsrelevanten Informationen aus Forschung und Verwaltung schnell an die Zentren zurückvermittelt werden, um diesen so die Steuerung der Behandlung und ihrer Behandlungsinstitutionen zu erleichtern.

Umsetzung

1. Erfassungsinstrument

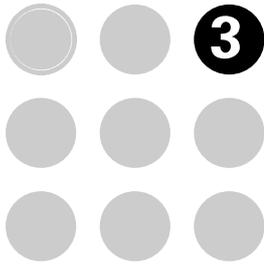
Es wird ein griffiges, zukunftsfähiges und praxisorientiertes statistisches Instrument zur Erfassung der Behandlungsqualität entwickelt, erprobt und eingesetzt. Dabei soll die Vergleichbarkeit mit dem gesamten Suchttherapiebereich sowohl national als auch international gewährleistet werden (Mitarbeit bei der künftigen harmonisierten Suchthilfestatistik «act-info»).

2. Peer-Teaching

An Tagungen für Zentrenverantwortliche und Behandelnde soll das Bewusstsein für Qualität vergrößert und der bereits erwähnte vergleichende Austausch zwischen den Zentren intensiviert und wach gehalten werden.

3. Newsletter

Das BAG gibt regelmässig einen Newsletter heraus (in schriftlicher oder elektronischer Form), worin es die Zentren u. a. über



ROLLE UND AUFGABEN DES BAG

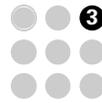
RICHTLINIEN

EMPFEHLUNGEN

INFORMATION

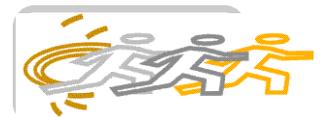
—	1 Auftrag und Aufgaben des BAG	1
—	2 Organisation und Zuständigkeiten im BAG	4
—	3 Mandate und Zusammensetzung der HeGeBe-Gremien	5





1 Auftrag und Aufgaben des BAG

Gemäss heute gültigem Betäubungsmittelgesetz ist es die Aufgabe der Kantone, für Betreuung und Therapie von drogenabhängigen Menschen zu sorgen. Die Rolle des Bundes ist es, die Kantone in ihrer Aufgabe zu unterstützen. Da Heroin (Diacetylmorphin, DAM) nach wie vor unter die verbotenen Substanzen fällt, liegt die Regelung der Rahmenbedingungen bei der heroingestützten Behandlung jedoch im Kompetenzbereich des Bundes. Im dringlichen Bundesbeschluss über die ärztliche Verschreibung von Heroin und in der entsprechenden Ausführungsverordnung wird dem BAG ausdrücklich die Ermächtigung erteilt, die medizinische Anwendung von Heroin zur Behandlung Drogenabhängiger zu ermöglichen. Das BAG stellt im Weiteren sicher, dass der Heroinverkehr unter hinreichenden Sicherheitsvorkehrungen abläuft. Eine strikte Einhaltung der Aufnahmekriterien, die Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsanforderungen sowie die Kontrolle der Anforderungen an die betriebliche Infrastruktur durch die zuständigen Stellen im BAG garantieren, dass die vorgegebenen Rahmenbedingungen für die heroingestützte Behandlung eingehalten werden.



Die Oberaufsicht und Kontrolle über die heroingestützte Behandlung ist Aufgabe des Bundes (BAG). Insbesondere haben alle Institutionen, welche Heroin verschreiben, einen jährlichen Bericht zuhanden der zuständigen Zentralstelle auf Bundesebene (BAG) einzureichen.

Der Bund (BAG) ist somit zuständig für die Bereiche:

- Erteilen der Bewilligungen für Institutionen (Betriebsebene), Arzt/Ärztin und Patienten/-innen (in Zusammenarbeit mit den zuständigen kantonalen Behörden, Kantonsärzten/-innen);
- Heroinlogistik: Bewilligungen für die Beschaffung, Aufarbeitung und das Inverkehrbringen des zur Behandlung benötigten Heroins (Diacetylmorphin, DAM);
- Erlass von Empfehlungen und verbindlichen Richtlinien zur Durchführung der Behandlung, zur Koordination des Angebots und zur Qualitätssicherung der heroingestützten Behandlung;
- Regelmässige Kontrollen der Institutionen in Bezug auf die Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben und Richtlinien des BAG
- Förderung und Unterstützung der Weiterbildung des Fachpersonals;
- Aufträge zur bzw. Unterstützung der Forschung im Zusammenhang mit der heroingestützten Behandlung;
- Jährlicher Bericht zuhanden des Bundesrats;
- Internationale Zusammenarbeit.

Die Kantone sind demgegenüber zuständig für:

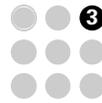
- Implementierung und Koordination der heroingestützten Behandlung im kantonalen Suchthilfeangebot;
- kantonale Bewilligungen nach Artikel 14 Absatz 1 und 15a Absatz 5 BetmG (Verordnung über die ärztliche Verschreibung von Heroin Artikel 18).

■ Qualitätssicherung/-förderung

Die heroingestützte Behandlung muss klaren und verbindlichen Qualitätskriterien genügen. In Zusammenarbeit mit den Mitarbeitenden der Behandlungszentren hat das BAG zu verschiedenen Themen Richtlinien und Empfehlungen für die heroingestützte Behandlung erarbeitet oder wird sie noch erarbeiten. Die Implementierung dieser Richtlinien dient einerseits der Standardisierung, andererseits der Förderung und Sicherung der Behandlungsqualität.

1 Auftrag und Aufgaben des BAG





1 Auftrag und Aufgaben des BAG

Gleichzeitig werden die Behandlungsergebnisse fortlaufend erfasst und ausgewertet. Damit können die Behandlungsrichtlinien permanent überprüft und sofort an die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse angepasst werden. Ein effizientes Controlling seitens des BAG unterstützt diesen Prozess.

Im Weiteren werden die Qualifikationsanforderungen an das Personal in der Ausführungsverordnung über die heroingestützte Behandlung definiert.

■ Fort- und Weiterbildung

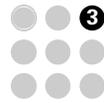
Eine wichtige Aufgabe des Bundes im Zusammenhang mit der heroingestützten Behandlung ist die Förderung und Unterstützung der fachspezifischen Weiterbildung des in diesem Bereich tätigen Personals. Das BAG organisiert zu diesem Zweck jährlich eine zweitägige Weiterbildungsveranstaltung, welche den spezifischen Anforderungen und Aspekten und der interdisziplinären Betreuungsform in der heroingestützten Behandlung gerecht wird. Ausserdem finanziert es Supervision in den Zentren. Die Supervisoren werden verpflichtet, kurze Fragebogen über Inhalte ihrer Arbeit in den Behandlungszentren zu beantworten. Dies gibt Auskunft darüber, welche Probleme im Vordergrund stehen und welcher eventuelle Weiterbildungsbedarf daraus geschlossen werden kann.

Die durch das BAG finanzierten Weiterbildungsaktivitäten sollen der Kompetenzerhöhung der Mitarbeiter/-innen dienen, und zwar vorwiegend jener Kompetenzen, die darauf zielen, die Veränderungsprozesse der Patient/-innen zu unterstützen. Darunter versteht man die individuell geplanten Schritte der Patient/-innen, ihre Situation – gemäss Behandlungsplan – zu verbessern, sei es nun in Richtung Abstinenz oder auch der Stabilisierung der aktuellen Situation gemäss ihren Ressourcen. Die Weiterbildungsaktivitäten leisten einen Beitrag zur Qualitätsverbesserung der Institutionen.

Eine Weiterbildungskommission (WBK), die sich 2-mal jährlich unter der Leitung des BAG-Weiterbildungsbeauftragten trifft, bestehend aus Vertretern der Behandlungszentren, je ein/e aus den Berufsgruppen Medizin, Sozialarbeit, Pflege und Psychologie, sowie ein/e Stellenleitende/r und die im BAG für die Unterstützung und Betreuung der Zentren zuständige Person, bestimmt jährlich Themenschwerpunkte.

Neben diesen spezifisch auf die heroingestützte Behandlung zugeschnittenen Fort- und Weiterbildungsaktivitäten ist das BAG in Zusammenarbeit mit externen Partnern/-innen bestrebt, die fachliche Aus- und Weiterbildung im Suchthilfebereich generell zu fördern. So engagiert es sich namentlich in der Programmförderung «Weiterbildung im Suchtbereich», in deren Rahmen die Entwicklung von Weiterbildungsmodulen für verschiedene involvierte Berufsgruppen finanzielle Unterstützung erfährt. Projektvorschläge für solche Module können von privaten und öffentlichen Institutionen eingereicht werden, welche diese dann in Zusammenarbeit mit entsprechenden Partnern/-innen auch anbieten. Massgeblich beteiligt sind bisher primär verschiedene Fachhochschulen, universitäre Abteilungen bzw. Kliniken sowie das Institut für Suchtforschung, Zürich. Auch diese Angebote sind offen für die Mitarbeitenden in der heroingestützten Behandlung.



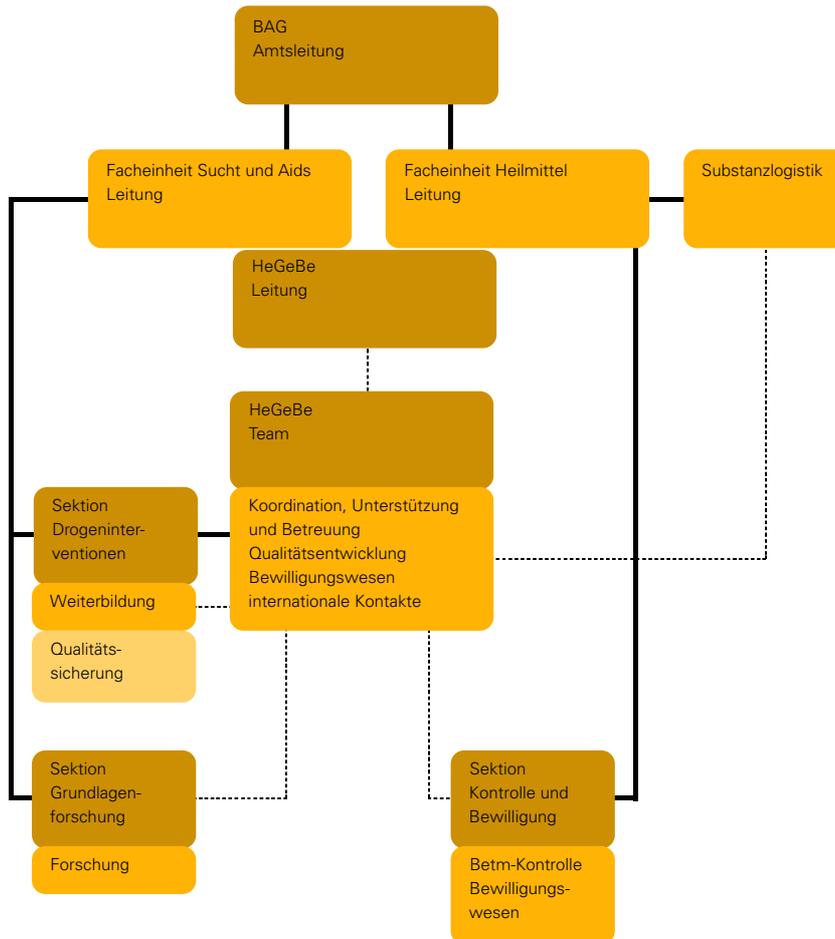


RICHTLINIEN

EMPFEHLUNGEN

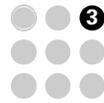
INFORMATION

2 Organisation und Zuständigkeiten im BAG



— Hierarchische Unterstellung
- - - Zusammenarbeit, Informationsaustausch, Berichterstattung

Die Adressen und Funktionen der zuständigen Mitarbeitenden des BAG finden sich im Kapitel 8



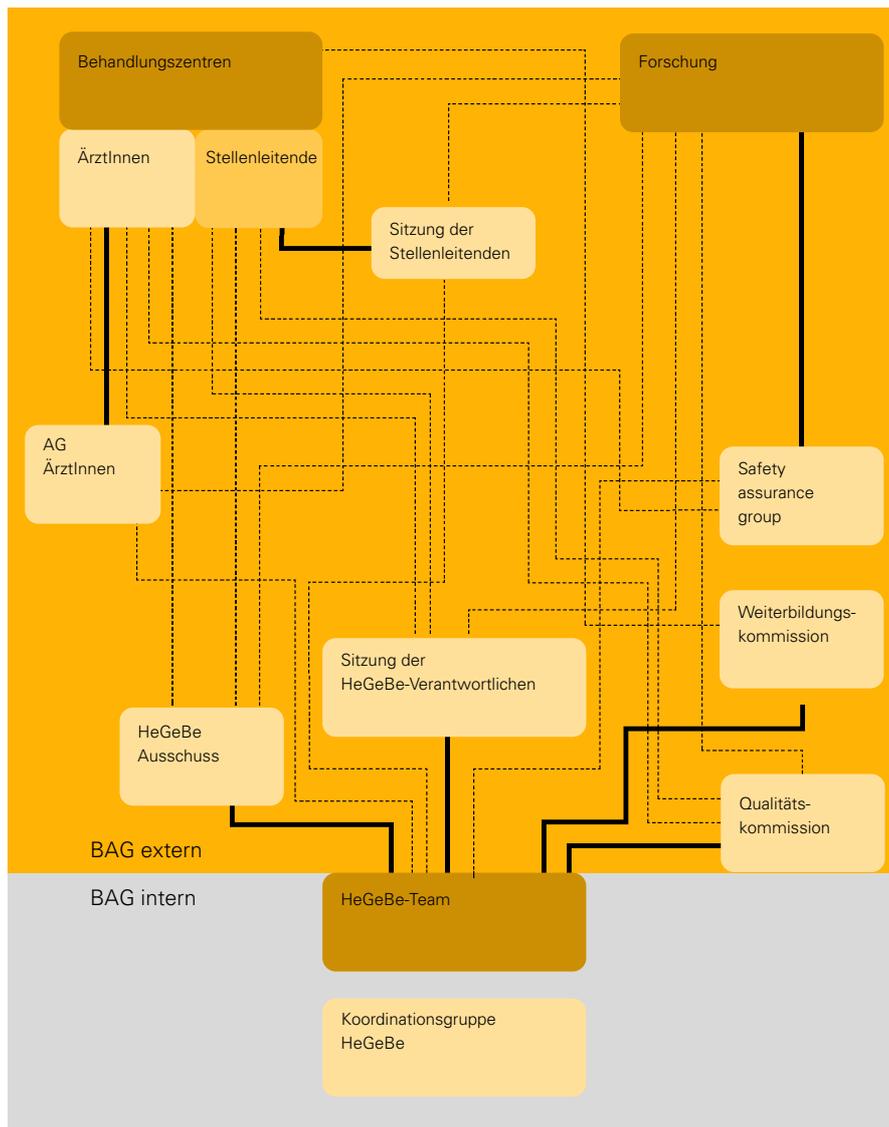
ROLLE UND AUFGABEN DES BAG

RICHTLINIEN

EMPFEHLUNGEN

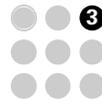
INFORMATION

3 Mandate und Zusammensetzung der HeGeBe-Gremien



— Vorsitz
- - - - - Einsitz





3 Mandate und Zusammensetzung der HeGeBe-Gremien

1 Koordinationsgruppe HeGeBe BAG

Zusammensetzung

Personen des BAG, die an der Steuerung der heroingestützten Behandlung beteiligt sind.

Vorsitz: Sektion Drogeninterventionen, Koordination HeGeBe

Sektion Drogeninterventionen, Bereich Weiterbildung

Sektion Grundlagen und Forschung

Sektion Kontrolle und Bewilligungen (Betäubungsmittelkontrolle)

Beauftragte für Substanzlogistik

Ziele

- Gewährleistung des Informationsaustausches und Sicherstellen einer optimalen Koordination zwischen HeGeBe und den weiteren an der Steuerung beteiligten Stellen
- Unter Einbezug sämtlicher an der Steuerung beteiligten Stellen eine effiziente Entscheidungsfindung sicherstellen
- Bündelung des Know-hows zur Optimierung der Aufgabenerledigung HeGeBe
- Mitgestaltung/Kennntnisnahme der Aufsichtstätigkeit des BAG

Aufgaben

- Informationsaustausch und Diskussion
- Rollenklärung/-prüfung der an der Steuerung beteiligten Stellen
- Koordination und Planung der anfallenden Aufgaben
- Definition spezifischer Arbeitsabläufe
- Vorbereitung von Entscheidungen für die Leitung
- Diskussion von Empfehlungen zu Händen der Behandlungszentren
- Diskussion von auftretenden fachlichen Fragestellungen
- Kenntnisnahme und Valorisierung der Ergebnisse der Kontrolltätigkeit des BAG
- Periodische Standortbestimmung

Häufigkeit: 6-mal pro Jahr, ad hoc bei Bedarf

2 Sitzung der HeGeBe-Verantwortlichen

Zusammensetzung

Vorsitz: BAG, Sektion Drogeninterventionen, Bereich HeGeBe

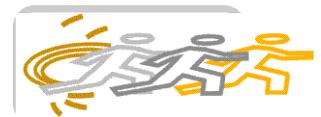
Weitere Fachleute aus dem BAG

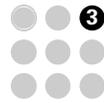
1–2 Vertretende aus jedem Projekt (üblicherweise die Stellenleitenden und die ärztliche Leitung)

Beauftragte Forschungsinstitute, Beauftragte Substanzlogistik

Ziele

- Optimierung der Zusammenarbeit, des Informationsaustausches und der Koordination zwischen den Institutionen und dem BAG
- Erkennen von Bedürfnissen der Behandlungszentren betreffend Zusammenarbeit mit dem BAG und der Forschung, Organisation der Abläufe und Weiterbildung der Mitarbeitenden
- Erkennen von Handlungsbedarf auf Bundesebene
- Unter Einbezug sämtlicher Betroffenen eine zielgerichtete, breit abgestützte und effiziente Entscheidungsfindung sicherstellen
- Bündelung des Know-hows zur optimalen Lösung anfallender Probleme





3 Mandate und Zusammensetzung der HeGeBe-Gremien

Aufgaben

- Informationsaustausch
- Koordination der gemeinsamen Arbeit
- Diskussion von fachlichen Problemen
- Lösungsfindung
- Einsetzung von Arbeitsgruppen
- Abklärung der Bedürfnisse und des Bedarfs der Behandlungszentren
- Vernehmlassung zu Richtlinien, gesetzgeberischen Erlassen, Weisungen
- Diskussion und Koordination von Weiterbildungsfragen

Häufigkeit: 4–5-mal pro Jahr

3 HeGeBe-Ausschuss

Zusammensetzung

Vorsitz: BAG, Sektion Drogeninterventionen, Bereich HeGeBe

Vertretung des BAG (je nach Thema)

Vertretung der Forschung (je nach Thema)

2 Stellenleiter/innen

2 Personen aus der ärztlichen Leitung

Ziele

- Gewährleistung eines optimalen Informationsaustausches und einer optimalen Koordination zwischen dem BAG, der Forschung und den Behandlungszentren
- Bündelung des Know-hows für die Optimierung der Aufgaben-erledigung und Entscheidungsfindung

Aufgaben

- Informationsaustausch
- Koordination und Diskussion der anfallenden Aufgaben
- Unterstützung des BAG in fachlichen und prozessorientierten Fragen

■ Periodische Standortbestimmungen und Entwicklung von Strategien

■ Einsetzung von Ad-hoc-Arbeitsgruppen zu spezifischen Themen

■ Reflektierung der Tätigkeit des BAG (Spiegelgruppe)

Häufigkeit

5-mal pro Jahr, mit Vorteil jeweils rund zwei Wochen vor der Sitzung der HeGeBe-Verantwortlichen

4 Sitzung der Stellenleitenden

Zusammensetzung

Die Stellenleitenden der Behandlungszentren

Vertretung des BAG (nach Bedarf)

Vertretung der Forschung (nach Bedarf)

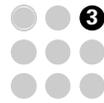
Auftrag

- Diskussion von Führungs- und Managementfragen
- Erfahrungsaustausch
- Weiterentwicklung der heroingestützten Behandlung
- Erarbeitung von Stellungnahmen zu Handen des BAG oder der Forschung
- Vorbereitung der Sitzungen der HeGeBe-Verantwortlichen

Häufigkeit

4–5-mal mal pro Jahr; vor der Sitzung der HeGeBe-Verantwortlichen





ROLLE UND AUFGABEN DES BAG

RICHTLINIEN

EMPFEHLUNGEN

INFORMATION

3 Mandate und Zusammensetzung der HeGeBe-Gremien

5 AG Ärzte/-innen

Zusammensetzung

Die leitenden Ärzte der Behandlungszentren
Vertretung der Forschung (nach Bedarf)
Vertretung des BAG (nach Bedarf)

Auftrag

- Diskussion von medizinischen und therapeutischen Fragestellungen
- Erarbeitung von Lösungen
- Organisation von Weiterbildungsangeboten
- Erfahrungsaustausch
- Weiterentwicklung der heroingestützten Behandlung als Therapieinstrument
- Erarbeitung von Stellungnahmen zu Handen der Forschung oder des BAG
- Vorbereitung der Sitzung der HeGeBe-Verantwortlichen

Häufigkeit

4–5-mal pro Jahr, vor der Sitzung der HeGeBe-Verantwortlichen

6 Interdisziplinäre Arbeitsgruppen HeGeBe

Werden ad hoc eingesetzt zur Erarbeitung von Stellungnahmen und Empfehlungen zu übergreifenden, behandlungsrelevanten Grundsatzthemen.

7 Qualitätskommission (ab Mitte 2000)

Zusammensetzung

- Vorsitz: BAG
- Vertretung des ISF
- Vertreter der öffentlichen Geldgeber (Kanton/Stadt)
- Stellenleitende und Ärzte/-innen aus den Behandlungszentren
- Qualitätsentwicklungsberater/in

Maximal 10 Mitglieder

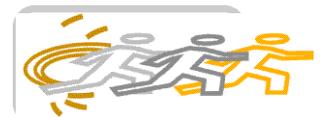
Ziele

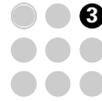
- Optimierung der Behandlung
- Entwickeln und Dokumentieren einer Qualitätspolitik
- Breite Abstützung der Qualitätsstandards in der Behandlung
- Optimale Koordination und Vernetzung mit den anderen Angeboten im Suchtbereich
- Bündelung und Weitervermittlung des Know-hows

Aufgaben, Tätigkeit

- Diskussion und Bewertung des Therapieerfolgs (Outcome Research)
- Planung und Steuerung der qualitätsentwickelnden Massnahmen im Bereich HeGeBe

Häufigkeit: nach Bedarf, mindestens 4-mal pro Jahr





3 Mandate und Zusammensetzung der HeGeBe-Gremien

8 Safety Assurance Group

Zusammensetzung

- Vertreter/innen der Sucht- und Substanzforschung
- Ärztliche Vertretung der Behandlungszentren
- Vertretung BAG, Sektion Grundlagen und Forschung und HeGeBe

insgesamt 10–12 Mitglieder

Ziele

- Sicherheit der Patienten/-innen der heroingestützten Behandlung gewährleisten

Aufgaben

- Beratung des BAG im Hinblick auf potentielle oder vorhandene Gefährdungen der Patienten/innen HeGeBe

Häufigkeit: 3-mal pro Jahr, häufiger bei Bedarf

9 Weiterbildungskommission

Zusammensetzung

- Vorsitz: Weiterbildungsverantwortlicher Sektion Drogeninterventionen, BAG
- BAG-Vertreter HeGeBe Unterstützung und Betreuung
- je eine Vertretung der Stellenleitenden, des Bereichs Abgabe/Pflege, der Ärzteschaft, der sozialen Arbeit und der Psychologie aus den HeGeBe-Zentren

insgesamt 6–7 Mitglieder

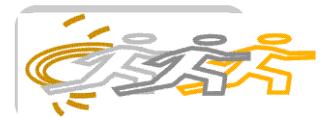
Ziel

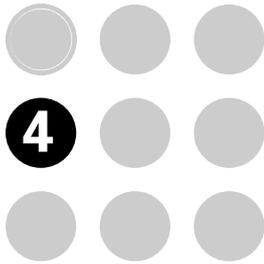
- Organisation einer optimalen und bedarfsgerechten Weiterbildung für die Angestellten der HeGeBe-Zentren

Aufgaben

- Sammlung der Bedürfnisse und Erfassung des Bedarfs in Sachen Weiterbildung
- Erstellung eines Weiterbildungsprogramms
- Information anlässlich der HeGeBe-Verantwortlichen-Sitzungen
- Organisation und Umsetzung des definitiven Programms

Häufigkeit: 2-mal pro Jahr





BEWILLIGUNGS- WESEN

RICHTLINIEN

EMPFEHLUNGEN

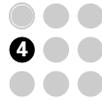
INFORMATION



- 1 Institutionsbewilligung
- 2 Arztbewilligung
- 3 Patientenbewilligung

- 1
- 3
- 5





1 Institutionsbewilligung

Art. 8 Abs. 6 BetmG (DBB)

Ausnahmebewilligungen zur Behandlung von drogenabhängigen Personen mit Stoffen nach Absatz 1 Buchstabe b können ausschliesslich an hierfür spezialisierte Institutionen erteilt werden.

Art. 18 VO Die Institutionsbewilligung

¹ Das BAG kann Institutionen für die heroingestützte Behandlung eine Bewilligung erteilen, wenn:

- a. die kantonale Bewilligung nach Artikel 14 Absatz 1 des Gesetzes erteilt wurde;**
- b. das Betriebs- und Behandlungskonzept (Artikel 15) vom Kanton, in dem die Institution liegt, genehmigt wurde;**
- c. mindestens ein Arzt oder eine Ärztin über eine Bewilligung nach Artikel 19 verfügt;**
die übrigen Voraussetzungen zur heroingestützten Behandlung sowie die Anforderungen an die beteiligten Fachpersonen und die Institution im Sinne dieser Verordnung erfüllt sind.

(...)

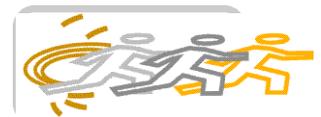
³ Die Institutionsbewilligung ist zwei Jahre gültig. Sie wird erneuert, soweit die Voraussetzungen einer Bewilligungserteilung weiterhin erfüllt sind.

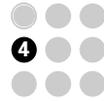
Voraussetzungen für eine Erteilung der Institutionsbewilligung sind eine kantonale Genehmigung des Behandlungskonzeptes sowie eine kantonale Bewilligung gemäss Artikel 14 Absatz 1 BetmG. Ohne Genehmigung des betroffenen Kantons ist die Durchführung der heroingestützten Behandlung auf dessen Gebiet nicht möglich. Durch den Entzug der kantonalen Genehmigung wird die Institutionsbewilligung selbst ebenfalls hinfällig, da eine Voraussetzung für die Erteilung wegfällt.

Die Institution muss ständig über eine behandlungsbeteiligte, qualifizierte Arztperson als Verschreibungsberechtigte verfügen.

Vorgehen

Nachfolgend wird der Prozess, der zum Erlangen einer Institutionsbewilligung zu absolvieren ist, dargestellt. Zwischen der Bedarfsabklärung und der Erteilung der Institutionsbewilligung vergehen erfahrungsgemäss sechs bis zwölf Monate.



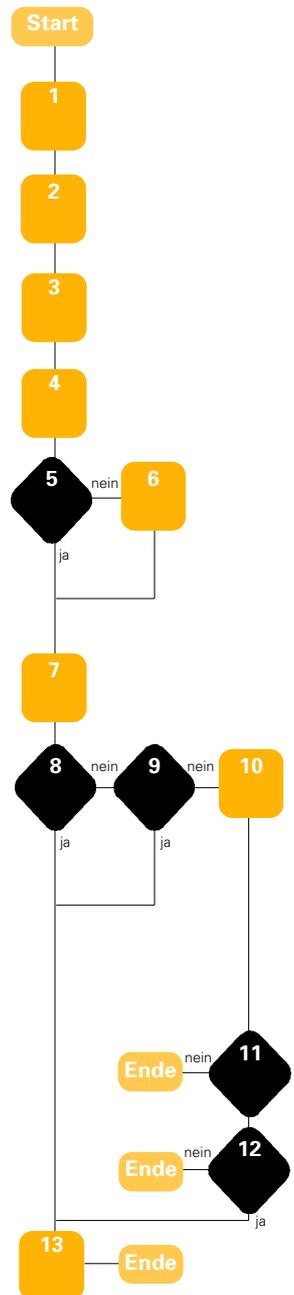


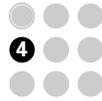
1 Institutionsbewilligung

Ablaufschema Institutionsbewilligung heroingestützte Behandlung

Tätigkeit Erläuterung	Verantwortlichkeit	Input < / Output >
		> Bedarfserhebung für die HeGeBe
1. Bedarfsabklärung Region	Projektverantwortliche/r und Trägerschaft	
2. Betriebs- und Behandlungskonzept erstellen	Projektverantwortliche/r und Trägerschaft	< Artikel 15 VO > Konzept
3. Raumsuche	Projektverantwortliche/r	> Miet- oder Kaufvertrag
4. Bewilligung von Standortkanton einholen	Projektverantwortliche/r und Trägerschaft	> Kantonale Bewilligung nach Artikel 14 Absatz 1 BetmG
5. Arztbewilligung vorhanden?	Projektverantwortliche/r	
6. Arztbewilligung einholen (siehe Ablaufschema Arztbewilligung HeGeBe)	Arzt/Ärztin	
7. Institutionsbewilligung HeGeBe beantragen	Trägerschaft	> Gesuchsschreiben mit Unterlagen an BAG
8. Voraussetzungen nach Artikel 18 erfüllt?	BAG	< VO Artikel 18
9. Bewilligung unter Auflagen möglich?		
10. Ablehnung des Gesuchs	BAG	> Verfügung mit Rechtsmittelbelehrung
11. Beschwerde gegen Verfügung?	Trägerschaft	> Beschwerdeschrift
12. Beschwerde Gutgeheissen?	Eidg. Departement des Innern	> Entscheid EDI
13. Erteilung Institutionsbewilligung	BAG	> Institutionsbewilligung

Ablaufplan





2 Arztbewilligung

Art. 19 VO Die Arztbewilligung

¹ Das BAG erteilt Ärzten und Ärztinnen eine Bewilligung zur Verschreibung von Heroin, wenn sie:

- a. nach Artikel 9 des Gesetzes zur Abgabe von Betäubungsmitteln befugt sind;**
- b. über Erfahrung in der Behandlung von schwer Heroinabhängigen verfügen.**

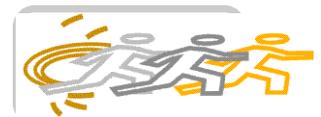
² Die Arztbewilligung ist zwei Jahre gültig. Sie wird erneuert, soweit die Voraussetzungen einer Bewilligungserteilung weiterhin erfüllt sind.

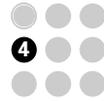
Der verschreibungsberechtigte Arzt bzw. die verschreibungsberechtigte Ärztin trägt innerhalb des Behandlungspersonals eine besondere Verantwortung, da ohne sie die ärztliche Heroinverschreibung nicht durchgeführt werden darf. Sie benötigt deshalb eine spezielle Bewilligung, deren Vorhandensein Voraussetzung für die Einrichtung einer entsprechenden Institution bildet. Die Arztbewilligung ist ausschliesslich im Rahmen der ärztlichen Tätigkeit innerhalb einer für die heroingestützte Behandlung zugelassenen Institution gültig. Pro Behandlungszentrum wird im Normalfall nur eine Arztbewilligung ausgestellt.

Eine Voraussetzung für die Arztbewilligung stellt die Erfüllung der Bedingungen von Artikel 9 BetmG dar. Gemäss Artikel 12 BetmG können die Kantone die Befugnisse nach Artikel 9 für bestimmte Zeit oder dauernd entziehen, wenn die Medizinalperson betäubungsmittelabhängig ist oder eine Widerhandlung nach den Artikeln 19–22 BetmG begangen hat. Falls ein Kanton eine entsprechende Verfügung erlässt, fällt eine Bewilligungsvoraussetzung von Artikel 19 dahin, weshalb die Arztbewilligung entzogen werden kann. Die grundsätzlich kantonale Kompetenz über die Befugnisse der Medizinalpersonen für die Verschreibung von Betäubungsmitteln bleibt damit beim Heroin ebenfalls gewahrt.

Vorgehen

Das nachfolgende Schema ist als Leitfaden für das Gesuch um eine Arztbewilligung HeGeBe beim BAG zu verstehen.





**BEWILLIGUNGS-
WESEN**

RICHTLINIEN

EMPFEHLUNGEN

INFORMATION

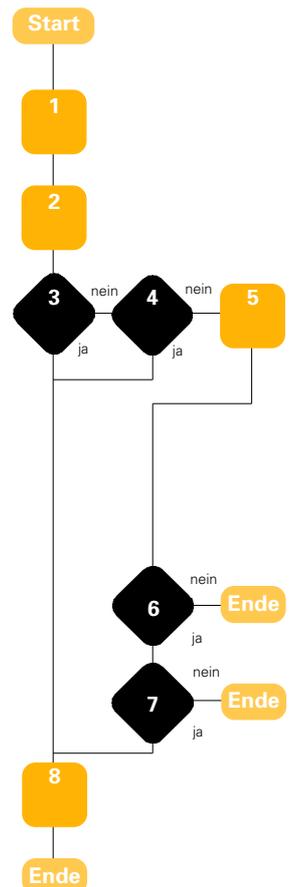
2 Arztbewilligung

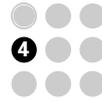
Ablaufschema Arztbewilligung heroingestützte Behandlung



Tätigkeit Erläuterung	Verantwortlichkeit	Input < / Output >
1. Rekrutierung ärztliche Leitung	Betriebsleitung oder Trägerschaft	< VO Artikel 19
2. Gesuch Arztbewilligung HeGeBe an BAG	Arzt/Ärztin	< Curriculum < Kantonale Bewilligung zur Abgabe von Betäubungsmitteln
3. Voraussetzungen nach Artikel 19 VO erfüllt?	BAG	< VO Artikel 19
4. Bewilligungserteilung unter Auflagen möglich?	BAG	
5. Ablehnung des Gesuchs um Arztbewilligung?	BAG	> Verfügung mit Rechtsmittelbelehrung
6. Beschwerde gegen Verfügung?	Arzt/Ärztin	> Beschwerdeschrift
7. Beschwerde gutgeheissen?	Eidg. Departement des Innern	> Entscheid EDI
8. Erteilung Arztbewilligung	BAG	> Arztbewilligung

Ablaufplan





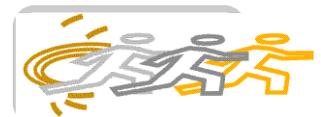
3 Patientenbewilligung

a) Gesuch um Aufnahme in die Behandlung

Art. 20 VO Die Patientenbewilligung

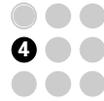
¹ Das BAG erteilt einem Patienten oder einer Patientin eine Bewilligung zur heroingestützten Behandlung in einer bewilligten Institution, wenn:

- a. die Aufnahmekriterien nach Artikel 4 erfüllt sind;**
- b. die medizinische Leitung die Aufnahme beantragt;**
- c. die nach Artikel 15a Absatz 5 des Gesetzes zuständige kantonale Behörde oder die Institutionsleitung keine Einwände vorbringen.**



Die medizinische Leitung beantragt nach erfolgter medizinischer und sozialer Indikationsstellung die Aufnahme mit dem entsprechenden Formular beim BAG. Es hat diese zu überprüfen und erteilt die Bewilligung bei Vorliegen sämtlicher Voraussetzungen. Die Patientenbewilligung gilt nur innerhalb einer bewilligten Institution. Sowohl die zuständige kantonale Behörde als auch die Institutionsleitung können begründete Einwände gegen eine Aufnahme vorbringen (zum Beispiel wenn der Patient gleichzeitig an einem Methadonprogramm teilnimmt).

Es kann vorkommen, dass ein Patient oder eine Patientin sich im benachbarten Kanton einer heroingestützten Behandlung zu unterziehen wünscht, da zum Beispiel in ihrem/seinem Wohnkanton keine Institution besteht, welche die heroingestützte Behandlung durchführt. Unter zuständiger kantonaler Behörde ist in diesen Fällen somit der Wohnsitzkanton des Patienten bzw. der Patientin als auch derjenige der Institution gemeint. In einem solchen Fall wird die Zustimmung beider zuständigen kantonalen Behörden notwendig sein (in der Regel der Kantonsarzt des Wohnkantons der Patientin/des Patienten und der Kantonsarzt des benachbarten Kantons).



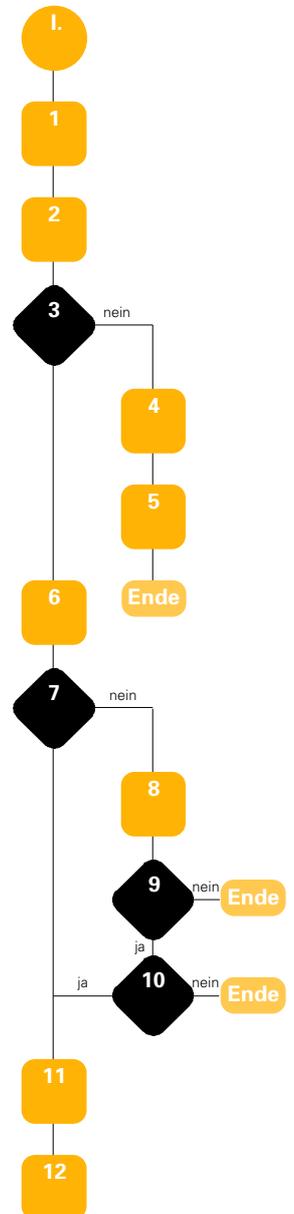
3 Patientenbewilligung

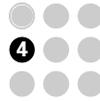
Schematische Darstellung des Aufnahmeprozederes (ohne Gesuchstellung an BAG)



Tätigkeit Erläuterung	Verantwortlichkeit	Input < / Output >
I. Siehe Ablaufschema Aufnahme von Patienten/-innen und HeGeBe (Kapitel 1.3)		
1. Gesuch ausfüllen und unterschreiben	Arzt/Ärztin	< Formular Gesuch um Patientenbewilligung zur HeGeBe
2. Formular an Kantonsarzt faxen	Arzt/Ärztin	
3. Einverständnis Kantonsarzt		
4. Formular mit Begründung an Behandlungszentrum zurückfaxen	Kantonsarzt	< Faxmitteilung
5. Absage an Patient/in	Arzt/Ärztin	
6. Formular an BAG faxen	Kantonsarzt	
7. Kann Bewilligung erteilt werden?	BAG	
8. Mitteilung an Patient/in (mit Kopie an Behandlungszentrum)	BAG	> Verfügung mit Rechtsmittelbelehrung
9. Beschwerde gegen Verfügung?	Patient	Beschwerdeschrift
10. Beschwerde gutgeheissen?	Eidgenössisches Departement des Innern	Entscheid EDI
11. Bewilligungserteilung	BAG	> Patienten/-innenbewilligung (Erteilung max. 3 Werktage nach 6.
12. Behandlungsbeginn	BAG	

Ablaufplan





**BEWILLIGUNGS-
WESEN**

RICHTLINIEN

EMPFEHLUNGEN

INFORMATION

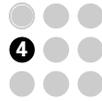
3 Patientenbewilligung

Das BAG gewährleistet den Behandlungszentren die Bearbeitung des Gesuchs um Patientenbewilligung innerhalb von drei Arbeitstagen nach Eintreffen des Gesuchs. Das Behandlungszentrum wird sofort per Fax benachrichtigt.

Damit ausserdem die Patientenbewilligung an den richtigen Adressaten gelangt und der Datenschutz gewährleistet bleibt, wird die Originalbewilligung per Post, zusammen mit einer Kopie, an die Behandlungszentren geschickt. Bei der Aushändigung der Originalbewilligung an den Patienten muss dieser zugleich die Empfangsbestätigung auf der Kopie der Bewilligung unterschreiben. Die unterschriebene Kopie soll im Patientendossier in den Zentren aufbewahrt werden und auf Verlangen dem BAG vorgezeigt werden.



Gesuch für die Aufnahme eines Patienten



3 Patientenbewilligung

b) Hospitalisation

Art. 18 VO Die Institutionsbewilligung

² Zur erforderlichen Weiterführung der heroingestützten Behandlung bei Hospitalisation eines Patienten oder einer Patientin oder bei Verbüßung einer Freiheitsstrafe von maximal 30 Tagen kann der Klinik bzw. dem ärztlichen Dienst der Strafvollzugsanstalt in begründeten Ausnahmefällen eine auf diese Zeit befristete Bewilligung ohne Erfüllung der Voraussetzungen nach Absatz 1 Buchstaben b und d erteilt werden.

Die Weiterführung der heroingestützten Behandlung bei Spitalaufenthalt ist in jedem Fall auf dem entsprechenden Gesuchsformular zu begründen. Sie wird vom BAG nur dann bewilligt, wenn die Substitution mit anderen Substanzen kontraindiziert ist. Die entsprechenden Rubriken auf dem Formular müssen deshalb in jedem Fall ausgefüllt werden. Das Einverständnis des Kantonsarztes ist auch hier erforderlich.

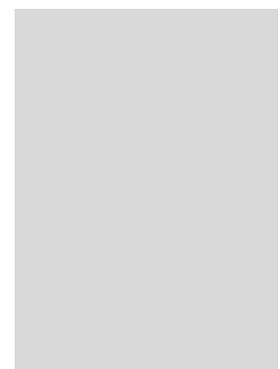
Bei folgenden beiden Sonderfällen kann die Heroinapplikation während einer Hospitalisation für eine kurze Übergangszeit (maximal drei Tage) vom verschreibungsberechtigten Arzt im Behandlungszentrum direkt veranlasst werden. Der unten stehende Ablauf ist dabei strikte einzuhalten. Anders lautende kantonale Regelungen bleiben vorbehalten.

1. Notfallmässige Hospitalisationen

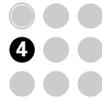
Die Entscheidung, ob es sich um eine notfallmässige Hospitalisation handelt, liegt in der Kompetenz des Arztes/der Ärztin des HeGeBe-Zentrums.

Der behandelnde Arzt/die behandelnde Ärztin des HeGeBe-Zentrums veranlasst die Hospitalisation und die Weiterführung der Heroinmedikation und meldet gleichzeitig schriftlich per Fax dem BAG (Formular) diese Hospitalisation mit der Angabe des Grundes für die Fortführung der Heroinabgabe. Er/sie bestätigt, dass die entsprechende Klinik und die zuständige kantonale Behörde mit der Heroinverschreibung während der Hospitalisation einverstanden sind und dass er/sie weiterhin die Verantwortung für die Heroinverschreibung (insbesondere für die Dosierung) behält. Auf diesem Schriftstück muss der behandelnde Klinikarzt/die behandelnde Klinikärztin sowie seine/ihre Faxnummer erwähnt werden. Das BAG faxt daraufhin eine provisorische Bewilligung an die Klinik, die damit während maximal dreier Tage dem betreffenden Patienten/der betreffenden Patientin Heroin verabreichen darf.

Nachträglich wird das gleiche Vorgehen wie bei der geplanten Hospitalisation durchlaufen, wodurch die Klinik berechtigt wird, über drei Tage hinaus und bis zum Ende der Hospitalisation Heroin zu



Formular: Gesuch um Weiterführung der ärztlich kontrollierten Heroinverschreibung bei Hospitalisation.



3 Patientenbewilligung

2. Notfallmässige Hospitalisation an Wochenenden und an Feiertagen

Das Vorgehen ist analog zu 1. Allerdings hat der HeGeBe-Arzt/die HeGeBe-Ärztin in diesem Fall die Befugnis, die Verabreichung von Heroin in der Klinik per sofort zu veranlassen. Die Faxbestätigung muss dem BAG in jedem Fall am Montag früh respektive am auf den Feiertag folgenden Morgen vor 9 Uhr vorliegen. Die Dreitagesfrist zur Absolvierung des üblichen Prozedere beginnt mit der Übermittlung der provisorischen Faxbewilligung des BAG an die Klinik.



c) Gefängnisaufenthalt

Analog zur Hospitalisation kann auch bei kurzen Gefängnisstrafen von maximal 30 Tagen die Weiterführung der Heroinschreibung beim BAG mit einem entsprechenden Formular beantragt werden. Auch hier gilt wie bei der Hospitalisation die Bedingung, dass die Substitution mit anderen Substanzen kontraindiziert sein muss. In der Praxis wird diese Möglichkeit allerdings sehr selten benutzt. Inhaftierungen von heroinsüchtigen Patienten werden vornehmlich in der Strafanstalt Schöngrün SO, die selbst ein Zentrum für heroingestützte Behandlungen betreibt, durchgeführt.

d) Mitgabe

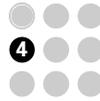
Die Mitgabe von nicht injizierbarem Heroin ist an strenge Auflagen gebunden (siehe Kapitel 1.9)

Bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen kann die Mitgabe mit dem dafür vorgesehenen Formular beim BAG beantragt werden. Für die Bearbeitung des Gesuchs benötigt das BAG im Normalfall drei Arbeitstage.

Formular: Gesuch um Weiterführung der ärztlich kontrollierten Heroinschreibung bei Hospitalisation.

Formular: Gesuch um Weiterführung der ärztlich kontrollierten Heroinschreibung bei Verbüssung einer Freiheitsstrafe von maximal 30

Formular: Gesuch um Mitgabe von nicht injizierbarem Heroin



3 Patientenbewilligung

e) Die Erneuerung der Patientenbewilligung

Art. 20 VO Die Patientenbewilligung

² Die Patientenbewilligung ist zwei Jahre gültig. Sie kann in begründeten Fällen jeweils für ein Jahr erneuert werden.

³ Anträge auf Erneuerung müssen eine Dokumentation des bisherigen Behandlungsverlaufs sowie die neuen Behandlungsziele enthalten.



Siehe auch Kapitel 1.7 Behandlungsdokumentation

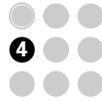
Gemäss Artikel 20 Absatz 2 der Verordnung über die ärztliche Verschreibung von Heroin sind die Patientenbewilligungen auf zwei Jahre beschränkt. Für die Erneuerung der Bewilligung kann das Behandlungszentrum einen Antrag stellen, welcher eine Behandlungsdokumentation enthält (Artikel 20 Absatz 3).

Die Behandlungszentren werden vom BAG laufend informiert, bei welchen Patienten/-innen ein Antrag auf Erneuerung innerhalb des laufenden Quartals gestellt werden muss.

Um den Zentren die Antragstellung und dem BAG die Bearbeitung und Auswertung der Gesuche zu erleichtern, wurde in enger Zusammenarbeit mit Vertretern der Behandlungszentren ein standardisiertes Antragsformular entworfen. Das Formular entspricht den Anforderungen der Verordnung und soll den Zentren auch zur Überprüfung ihrer therapeutischen und sozialpädagogischen Arbeit dienen.

Die Behandlungsplanung mit vierteljährlicher Überprüfung der Behandlungsziele (Artikel 7 VO) dient als Grundlage für eine effiziente und sorgfältige Erledigung dieser Aufgabe.

Formular: Antrag auf Erneuerung der Patientenbewilligung



3 Patientenbewilligung

f) Übertritt in ein anderes HeGeBe-Zentrum

Die Handhabung von Übertritten einer Patientin/eines Patienten von einem Zentrum in ein anderes erfordert eine besondere Regelung. Die drei verschiedenen Varianten werden nachstehend erläutert.

■ Definitiver Übertritt mit oder ohne Kantonswechsel
Vorgehen

Das Behandlungszentrum, aus dem der Patient/die Patientin austritt, meldet dies dem BAG mit dem entsprechenden Vermerk auf dem Gesuchsformular (unten rechts: Behandlungsübertritt...). Das Behandlungszentrum, in dem der Patient/die Patientin seine/ihre Behandlung fortzusetzen wünscht, reicht beim BAG ein Gesuch um Patientenbewilligung ein. Damit der Übergang auf den zwischen den Zentren vereinbarten Tag klappt, muss das Gesuch mindestens drei Tage vor dem gewünschtem Aufnahme- bzw. Übertrittstermin beim BAG eintreffen.

Begründung

Die Patientenbewilligung wird jeweils für ein bestimmtes Behandlungszentrum ausgestellt. Dieses Verfahren stellt überdies sicher, dass die Patientenzahlen bei den Zentren, den Kantonsärzten und beim BAG jederzeit übereinstimmen.

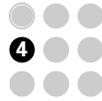
■ Temporärer Übertritt ohne Kantonswechsel (zum Beispiel für temporäre Arbeitseinsätze, Ferien, Verwandtenbesuche usw.)
Vorgehen

Die beiden Zentren regeln den temporären Übertritt untereinander mit Visum des Kantonsarztes. Das BAG wird informiert.

■ Temporärer Übertritt mit Kantonswechsel
Vorgehen

Die beiden Zentren regeln den temporären Übertritt untereinander mit Visum der beiden betroffenen Kantonsärzte. Das BAG wird informiert.





3 Patientenbewilligung

g) Austritt

Art. 21 VO Erlöschen der Patientenbewilligung

- a. mit Ablauf der Gültigkeitsdauer;**
- b. auf Verlangen des Patienten;**
- c. bei Behandlungsende.**

Bei Behandlungsabschluss ist auf dem Formular «Gesuch um Patientenbewilligung zur heroingestützten Behandlung» das Kästchen unten links auszufüllen. Das Formular muss dem BAG anschliessend per Post oder Fax retourniert werden.



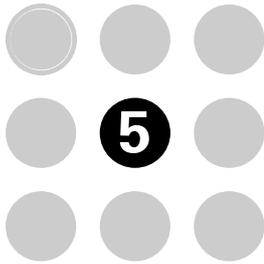
h) Entzug der Patientenbewilligung

Art. 22 VO Entzug der Patientenbewilligung

Das BAG kann dem Patienten oder der Patientin die Bewilligung zur heroingestützten Behandlung entziehen:

- a. bei Konsum illegaler Betäubungsmittel in der Institution;**
- b. bei Weitergabe oder Verkauf bezogener Betäubungsmittel;**
- c. bei Drohungen oder Gewalt gegen Mitglieder des Behandlungspersonals oder gegen andere Personen innerhalb der Institution;**
- d. bei grundsätzlicher oder fortgesetzter Verweigerung der die Heroinverschreibung begleitenden Behandlung oder Betreuung;**
- e. wenn die gemäss Einverständniserklärung vereinbarten Bedingungen nicht mehr erfüllt werden.**

Auf Antrag des Behandlungszentrums kann das BAG Patienten/-innen, die einen der oben genannten Tatbestände erfüllen, die Patientenbewilligung entziehen.



GESETZLICHE GRUNDLAGEN

RICHTLINIEN

EMPFEHLUNGEN

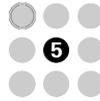
INFORMATION



- 1 Bundesbeschluss
über die ärztliche Verschreibung von Heroin
- 2 Verordnung
über die ärztliche Verschreibung von Heroin

- 1
- 2





1 Bundesbeschluss über die ärztliche Verschreibung von Heroin

vom 9. Oktober 1998

Die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft, nach Einsicht in die Botschaft des Bundesrates vom 18. Februar 1998¹, beschliesst:

I

Das Betäubungsmittelgesetz vom 3. Oktober 1951² wird wie folgt geändert:

Art. 8 Abs. 6–8

⁶ Das Bundesamt für Gesundheit kann im Weiteren für den Anbau, die Einfuhr, die Herstellung und das Inverkehrbringen von Stoffen nach Absatz 1 Buchstabe b Ausnahmegewilligungen erteilen. Ausnahmegewilligungen zur Behandlung von drogenabhängigen Personen mit Stoffen nach Absatz 1 Buchstabe b können ausschliesslich an hierfür spezialisierte Institutionen erteilt werden.

⁷ Der Bundesrat regelt die Voraussetzungen für die Behandlung von Menschen mit Stoffen nach Absatz 1 Buchstabe b. Er sorgt insbesondere dafür, dass diese Stoffe nur bei Personen angewendet werden, die

- a. mindestens 18 Jahre alt sind;
- b. seit mindestens zwei Jahren heroinabhängig sind;
- c. mindestens zwei Behandlungsversuche mit einer anderen anerkannten ambulanten oder stationären Behandlungsmethode abgebrochen haben, oder deren Gesundheitszustand andere Behandlungsformen nicht zulässt; und
- d. Defizite im medizinischen, psychologischen oder sozialen Bereich aufweisen, die auf den Drogenkonsum zurückzuführen sind.

⁸ Der Bundesrat legt die periodische Überprüfung der Therapieverläufe fest, namentlich auch im Hinblick auf das Ziel der Drogenabstinenz.

Art. 8a

¹ Das Bundesamt für Gesundheit ist berechtigt, personenbezogene Daten zur Überprüfung der Voraussetzungen und des Verlaufs der Behandlung nach Artikel 8 Absätze 6 und 7 zu bearbeiten.

² Es gewährleistet durch technische und organisatorische Massnahmen den Datenschutz. Verschreibung von Heroin. BB AS 1998

II

¹ Dieser Beschluss ist allgemeinverbindlich.

² Er wird nach Artikel 89^{bis} Absatz 1 der Bundesverfassung als dringlich erklärt und untersteht nach Artikel 89^{bis} Absatz 2 der Bundesverfassung dem fakultativen Referendum.

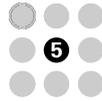
³ Er tritt am Tag nach der Verabschiedung in Kraft und gilt bis zum Inkrafttreten der Revision des Betäubungsmittelgesetzes vom 3. Oktober 1951, längstens jedoch bis zum 31. Dezember 2004.

Ständerat, 9. Oktober 1998
Der Präsident: Zimmerli
Der Sekretär: Lanz

Nationalrat, 9. Oktober 1998
Der Präsident: Leuenberger
Der Protokollführer: Anliker

¹ BBl 1998 1607
² SR 812.121





2 Verordnung über die ärztliche Verschreibung von Heroin

vom 8. März 1999

Der Schweizerische Bundesrat,
gestützt auf die Artikel 8 Absätze 6–8, 8a, 9 und 14 Absatz 1 des
Betäubungsmittelgesetzes vom 3. Oktober 1951¹ (Gesetz),
verordnet:

1. Abschnitt: Allgemeine Bestimmungen

Art. 1 Zweck

¹ Mit der heroingestützten Behandlung von schwer heroinabhängigen Personen werden folgende Ziele verfolgt:

- a. eine anhaltende therapeutische Einbindung;
- b. die Verbesserung des physischen oder psychischen Gesundheitszustandes;
- c. die Verbesserung der sozialen Integration (Arbeitsfähigkeit, Distanzierung von der Drogenszene, Abbau deliktischen Verhaltens);
- d. der dauerhafte Verzicht auf Opiatkonsum.

² Die heroingestützte Behandlung bildet eine Ergänzung der Therapie für schwer heroinabhängige Personen, bei denen andere Behandlungsformen versagt haben oder deren Gesundheitszustand andere Behandlungsformen nicht zulässt.

Art. 2 Begriffe

¹ Als heroingestützte Behandlung gilt die Verschreibung von Heroin an schwer Heroinabhängige innerhalb von Institutionen nach Artikel 9 im Rahmen einer umfassenden, interdisziplinären Behandlung.

² Der Gesundheitszustand umfasst ganzheitlich den somatischen und psychischen Zustand sowie die soziale Situation des Patienten oder der Patientin.

³ Als schwer heroinabhängig gilt, wer für eine Abhängigkeitsdiagnose nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten der WHO vom Dezember 1990² (International Classification of Diseases and Health-related Classifications, ICD-10) die Kriterien nach den Ziffern 4 (körperliches Entzugssyndrom) und 5 (Toleranzentwicklung) und noch mindestens zwei weitere Kriterien erfüllt.

2. Abschnitt: Die heroingestützte Behandlung

Art. 3 Interdisziplinarität

¹ Die heroingestützte Behandlung umfasst eine somatische, psychiatrische und soziale Betreuung.

² Die Institutionsleitung sorgt für die Kooperation und Koordination mit und unter den beteiligten Fachpersonen.

Art. 4 Aufnahmekriterien

¹ Zur Aufnahme in die heroingestützte Behandlung muss der Patient oder die Patientin:

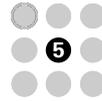
- a. mindestens 18 Jahre alt sein;
- b. seit mindestens zwei Jahren schwer heroinabhängig sein;
- c. mindestens zwei Behandlungsversuche mit einer anderen anerkannten ambulanten oder stationären Methode abgebrochen oder erfolglos absolviert haben;
und
- d. Defizite im somatischen, psychischen oder sozialen Bereich aufweisen, die auf den Drogenkonsum zurückzuführen sind.

SR 812.121.6

¹ SR 812.121

² Der Text dieser Klassifikation kann beim Bundesamt für Gesundheit, 3003 Bern, eingesehen werden. Eine Textausgabe kann bei der Weltgesundheitsorganisation, Division of Publishing, Language, and Library Services, Headquarters, 1211 Genf 27, gegen Verrechnung bezogen werden.





2 Verordnung über die ärztliche Verschreibung von Heroin

² In begründeten Ausnahmefällen, insbesondere bei schweren physischen oder psychischen Erkrankungen, die eine Behandlung mit anderen Methoden nicht zulassen, kann eine Aufnahme in die heroingestützte Behandlung auch ohne Vorliegen der Voraussetzung von Absatz 1 Buchstabe c erfolgen.

Art. 5 Indikation

¹ Nach umfassender Untersuchung des Gesundheitszustandes des Patienten oder der Patientin stellen die für die jeweiligen Behandlungsbereiche verantwortlichen Fachpersonen die medizinische und soziale Indikation.

² Sie entscheiden gemeinsam über die Aufnahme der Patientin oder des Patienten. Bei Uneinigkeit entscheidet die im Betriebskonzept bezeichnete Stelle.

³ Die für die medizinische Leitung verantwortliche Person stellt das Gesuch zur Erteilung einer Patientenbewilligung nach Artikel 20.

Art. 6 Einverständniserklärung

¹ Bei Aufnahme in die Behandlung bestätigt der Patient oder die Patientin schriftlich, über den Ablauf der Behandlung, die entsprechenden Rechte und Pflichten sowie über die Folgen bei deren Verletzung ausführlich informiert worden zu sein.

² Die Patientinnen und Patienten haben sich insbesondere zu verpflichten, auf das Führen von Motorfahrzeugen während der heroingestützten Behandlung zu verzichten.

Art. 7 Behandlungsplan

¹ Mittels eines interdisziplinär erarbeiteten Behandlungsplanes werden die individuellen Ziele des Patienten oder der Patientin in den verschiedenen Betreuungsbereichen festgelegt.

² Das Behandlungspersonal überprüft vierteljährlich die Behandlungsziele und passt sie bei Bedarf neu an.

³ Bei der Überprüfung werden namentlich die Erfolgsaussichten hinsichtlich einer Überführung in eine andere Behandlungsform wie ein Methadonprogramm oder eine abstinenzorientierte Therapie beurteilt.

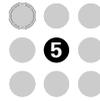
Art. 8 Verabreichung des Heroins

¹ Die Verabreichung des Heroins hat grundsätzlich innerhalb der Institution nach Artikel 9 unter Sichtkontrolle des Behandlungspersonals zu erfolgen.

² Einzelne Dosen von nicht injizierbarem Heroin dürfen Patienten und Patientinnen mitgegeben werden, sofern sich ihr Gesundheitszustand stabilisiert hat, ihre soziale Integration (insbesondere Wohnsituation und Beschäftigung) fortgeschritten ist, sie sich von der Drogenszene fernhalten und die Verabreichung sämtlicher Dosen in der Institution die weitere soziale Rehabilitation massgeblich negativ beeinflussen würde.

³ Mitgaben von nicht injizierbaren Substanzen sind vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) für die einzelnen Patientinnen und Patienten zu bewilligen.





2 Verordnung über die ärztliche Verschreibung von Heroin

⁴ Mitgaben können ausschliesslich Patienten und Patientinnen gewährt werden, die in der Regel während sechs Monaten in einer ununterbrochenen heroingestützten Behandlung stehen. In begründeten Ausnahmefällen kann das BAG diese Dauer herabsetzen, jedoch nicht unter drei Monate.

⁵ Die mitgegebene Menge der nicht injizierbaren Substanzen darf eine Tagesdosis nicht überschreiten. Allenfalls weitergehende Mitgaberegulungen sind im Rahmen von wissenschaftlichen Studien zu prüfen.

⁶ Für die Verschreibung und Mitgabe von Heroin erlässt das BAG entsprechende Weisungen und Empfehlungen. Die kantonalen Bestimmungen zur Verschreibung und Mitgabe von Morphin und Methadon und der übrigen Betäubungsmittel bleiben vorbehalten. Sie gelten sinngemäss für Heroin, wo nichts anderes bestimmt ist.



3. Abschnitt: Die Institution für die heroingestützte Behandlung Art. 9 Die Institution

Geeignet zur heroingestützten Behandlung sind Institutionen, die:

- eine interdisziplinäre Behandlung und Betreuung im Sinne von Artikel 3 gewährleisten;
- die fachliche Kompetenz von Medizinal- und anderen Fachpersonen gewährleisten;
- über ausreichendes Behandlungs- und Betreuungspersonal verfügen;
- Räumlichkeiten an geeigneter Lage und mit geeigneter Infrastruktur haben; und
- die Sicherheit des Heroinverkehrs und die Qualitätssicherung gewährleisten.

Art. 10 Trägerschaft und Leitung

¹ Träger der Institution sind Kantone, Gemeinden oder private Organisationen.

² Die Trägerschaft ist für die Gesamtleitung der Institution verantwortlich, namentlich die zur Durchführung der heroingestützten Behandlung notwendige Organisation, personelle Besetzung und Infrastruktur sowie deren Finanzierung.

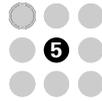
³ Die institutionelle Gesamtleitung hat gegenüber Fachpersonen bei Entscheiden im Rahmen von Behandlungen kein Weisungsrecht.

Art. 11 Behandlungspersonal

¹ Zum Behandlungspersonal gehören mindestens:

- ein Arzt oder eine Ärztin, der oder die für die medizinische Leitung verantwortlich und nach den Artikeln 9 und 10 des Gesetzes verschreibungsberechtigt ist;
- eine für die psychosoziale Betreuung verantwortliche Fachperson;
- zwei für die Pflege der Patienten und Patientinnen und die Abgabe der verschriebenen Betäubungs- und Arzneimittel zuständige Personen.

² In allen Behandlungs- und Betreuungsbereichen muss ausreichend fachlich qualifiziertes Personal zur Verfügung



2 Verordnung über die ärztliche Verschreibung von Heroin

stehen.

³ Eine Fachperson kann zwei Betreuungsbereiche übernehmen, falls sie hierfür ausgebildet ist und ihre Betreuungskapazitäten dies zulassen.

Art. 12 Delegation

¹ Einzelne Behandlungs- und Betreuungsbereiche können in begründeten Ausnahmefällen an externe, qualifizierte Personen oder Institutionen delegiert werden, soweit eine koordinierte interdisziplinäre Betreuung gewährleistet bleibt.

² Die Delegation bedarf der Bewilligung durch das BAG.

³ Die Abgabe und Verschreibung von Heroin nach Artikel 8 kann nicht delegiert werden.

Art. 13 Aus- und Weiterbildung

¹ Die Mehrheit der Fachpersonen hat eine ausreichende Berufserfahrung mit der Behandlung und Betreuung Drogenabhängiger nachzuweisen.

² Das Personal hat sich regelmässig weiterzubilden und wird vom BAG über die einschlägigen Forschungsergebnisse und entsprechenden Behandlungsempfehlungen informiert.

Art. 14 Sicherheit

¹ Die Betäubungsmittel müssen getrennt von allen anderen Waren und unter Verschluss in einem Tresor in einem Raum gelagert werden, der für diesen Zweck amtlich zugelassen wurde. Beim Auftreten von Sicherheitsproblemen können die Kantone zusätzliche Sicherungsmassnahmen vorschreiben.

² Die Institution erarbeitet für die Sicherheit der Patientinnen und Patienten sowie des Behandlungspersonals ein Dispositiv mit Einbezug der zuständigen örtlichen Polizeibehörden.

³ Die für die Kontrolle der Betäubungsmittel verantwortliche Medizinalperson muss sich jederzeit über Bezug und Verwendung der verschriebenen Substanzen gegenüber den Bewilligungsbehörden ausweisen können.

Art. 15 Betriebs- und Behandlungskonzept

¹ Die Institution erstellt ein detailliertes Betriebskonzept, welches namentlich Aufschluss gibt über Trägerschaft, Institutionsleitung, Verantwortlichkeiten, personelle Ressourcen, Lokalität, Anzahl der Behandlungsplätze, Sicherheit, Datenschutz, Finanzierung und organisatorische Einbettung in das regionale Netz der Suchthilfeinstitutionen.

² Ein Behandlungskonzept hält die Grundsätze der Behandlung, die Verantwortlichkeiten und die Art und Weise der Zusammenarbeit der beteiligten Fachpersonen sowie deren Weiterbildung fest.

³ Wesentliche Änderungen beim Betriebs- und Behandlungskonzept sind dem BAG sofort mitzuteilen.

⁴ Interessierten ist ihrer Betroffenheit entsprechend Einsicht in das Betriebs- und Behandlungskonzept zu gewähren.

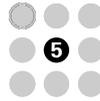
4. Abschnitt: Bewilligungen

Art. 16 Zuständigkeit des BAG

¹ Das BAG hat folgende Aufgaben:

a. Es erteilt die Institutions-, Arzt- und





2 Verordnung über die ärztliche Verschreibung von Heroin

Patientenbewilligungen.

- b. Es erteilt Bewilligungen für die Beschaffung, Aufbereitung und das Inverkehrbringen des zur Behandlung benötigten Heroins.
 - c. Es übt die Aufsicht über die Institutionen durch regelmässige Kontrollen in enger Zusammenarbeit mit der zuständigen kantonalen Behörde aus.
 - d. Es gibt den Institutionen Empfehlungen und erlässt Weisungen namentlich zur Koordination und zur Qualitätssicherung der heroingestützten Behandlung.
 - e. Es fördert und unterstützt die Weiterbildung des Fachpersonals.
 - f. Es fördert und unterstützt die Erforschung weiterer Fragen im Zusammenhang mit der heroingestützten Behandlung.
 - g. Es erstattet dem Eidgenössischen Departement des Inneren zuhanden des Bundesrates jährlich Bericht.
- ² Das BAG kann die Institutionen mit Betriebsbeiträgen unterstützen.



Art. 17 Allgemeine Bestimmungen

Sämtliche Bewilligungen gelten als Ausnahmbewilligungen im Sinne von Artikel 8 Absätze 6 und 7 des Gesetzes. Es besteht kein Anspruch auf Erteilung oder Erneuerung einer Bewilligung.

Art. 18 Die Institutionsbewilligung

¹ Das BAG kann Institutionen für die heroingestützte Behandlung eine Bewilligung erteilen, wenn:

- a. die kantonale Bewilligung nach Artikel 14 Absatz 1 des Gesetzes erteilt wurde;
- b. das Betriebs- und Behandlungskonzept (Art. 15) vom Kanton, in dem die Institution liegt, genehmigt wurde;
- c. mindestens ein Arzt oder eine Ärztin über eine Bewilligung nach Artikel 19 verfügt;
- d. die übrigen Voraussetzungen zur heroingestützten Behandlung sowie die Anforderungen an die beteiligten Fachpersonen und die Institution im Sinne dieser Verordnung erfüllt sind.

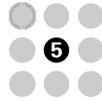
² Zur erforderlichen Weiterführung der heroingestützten Behandlung bei Hospitalisation eines Patienten oder einer Patientin oder bei Verbüßung einer Freiheitsstrafe von maximal 30 Tagen kann der Klinik bzw. dem ärztlichen Dienst der Strafvollzugsanstalt in begründeten Ausnahmefällen eine auf diese Zeit befristete Bewilligung ohne Erfüllung der Voraussetzungen nach Absatz 1 Buchstaben b und d erteilt werden.

³ Die Institutionsbewilligung ist zwei Jahre gültig. Sie wird erneuert, sofern die Voraussetzungen einer Bewilligungserteilung weiterhin erfüllt sind.

Art. 19 Die Arztbewilligung

¹ Das BAG erteilt Ärzten und Ärztinnen eine Bewilligung zur Verschreibung von Heroin, wenn sie:

- a. nach Artikel 9 des Gesetzes zur Abgabe von Betäubungsmitteln befugt sind;



2 Verordnung über die ärztliche Verschreibung von Heroin

b. über Erfahrung in der Behandlung von schwer Heroinabhängigen verfügen.

² Die Arztbewilligung ist zwei Jahre gültig. Sie wird erneuert, sofern die Voraussetzungen einer Bewilligungserteilung weiterhin erfüllt sind.

Art. 20 Die Patientenbewilligung

¹ Das BAG erteilt einem Patienten oder einer Patientin eine Bewilligung zur heroingestützten Behandlung in einer bewilligten Institution, wenn:

- a. die Aufnahmekriterien nach Artikel 4 erfüllt sind;
- b. die medizinische Leitung die Aufnahme beantragt;
- c. die nach Artikel 15a Absatz 5 des Gesetzes zuständige kantonale Behörde oder die Institutionsleitung keine Einwände vorbringen.

² Die Patientenbewilligung ist zwei Jahre gültig. Sie kann in begründeten Fällen jeweils für ein Jahr erneuert werden.

³ Anträge auf Erneuerung müssen eine Dokumentation des bisherigen Behandlungsverlaufs sowie die neuen Behandlungsziele enthalten.

Art. 21 Erlöschen der Patientenbewilligung

Die Patientenbewilligung erlischt:

- a. mit Ablauf der Gültigkeitsdauer;
- b. auf Verlangen des Patienten;
- c. bei Behandlungsende.

Art. 22 Entzug der Patientenbewilligung

Das BAG kann dem Patienten oder der Patientin die Bewilligung zur heroingestützten Behandlung entziehen:

- a. bei Konsum illegaler Betäubungsmittel in der Institution;
- b. bei Weitergabe oder Verkauf bezogener Betäubungsmittel;
- c. bei Drohungen oder Gewalt gegen Mitglieder des Behandlungspersonals oder gegen andere Personen innerhalb der Institution;
- d. bei grundsätzlicher oder fortgesetzter Verweigerung der die Heroinverschreibung begleitenden Behandlung oder Betreuung.
- e. wenn die gemäss Einverständniserklärung vereinbarten Bedingungen nicht mehr erfüllt werden.

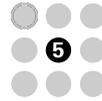
5. Abschnitt: Datenschutz

Art. 23

¹ Die für die Bewilligungserteilung erforderlichen Personendaten (Name, Adresse, Geburtsdatum, Heimatort sowie Angaben über die Erfüllung der Aufnahmekriterien) werden von den Institutionen über die zuständige kantonale Behörde an das BAG gemeldet.

² Das BAG nimmt zur Kontrolle der Behandlungsqualität im Sinne von Artikel 16 Absatz 1 Buchstaben c und d Einsicht in die Krankengeschichten und Behandlungspläne der Patienten





GESETZLICHE
GRUNDLAGEN

RICHTLINIEN

EMPFEHLUNGEN

INFORMATION

2 Verordnung über die ärztliche Verschreibung von Heroin

und Patientinnen oder beauftragt Dritte damit unter Auferlegung der Schweigepflicht.

³ Sämtliche Bearbeitungen von Personendaten zu Forschungs- und Evaluationszwecken sind dem Bundesgesetz über den Datenschutz³ unterstellt. Sie sind anonymisiert durchzuführen.

6. Abschnitt: Schlussbestimmungen

Art. 24 Übergangsbestimmung

Die beim Inkrafttreten dieser Verordnung bestehenden Bewilligungen für Versuche mit der ärztlichen Verschreibung von Heroin gelten bis zum Ablauf ihrer Frist, längstens jedoch bis zum 31. Dezember 1999.

Art. 25 Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt am 1. April 1999 in Kraft.

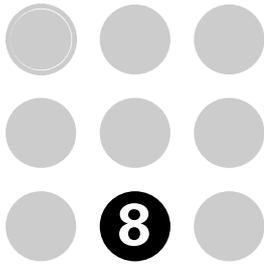
8. März 1999 Im Namen des Schweizerischen Bundesrates

Die Bundespräsidentin: Ruth Dreifuss

Der Bundeskanzler: François Couchepin



³ SR 235.1



ADRESSEN

RICHTLINIEN

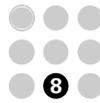
EMPFEHLUNGEN

INFORMATION



Wichtige Adressen und Ansprechpersonen im BAG





ADRESSEN

RICHTLINIEN

EMPFEHLUNGEN

INFORMATION

Wichtige Adressen und Ansprechpersonen im BAG

Bundesamt für Gesundheit (BAG)
Facheinheit Sucht & Aids
HeGeBe/Sekretariat
Herr Christoph Schneider
3003 Bern
(Büro: Hessesstrasse 27E
3097 Liebefeld/Bern)
Tel. 031 323 88 22 Fax 031 323 87 89
E-Mail christoph.schneider@bag.admin.ch

Bundesamt für Gesundheit (BAG)
Facheinheit Sucht & Aids
HeGeBe/Koordination
Frau Nicole Stutzmann
3003 Bern
(Büro: Hessesstrasse 27E
3097 Liebefeld/Bern)
Tel. 031 323 88 34 Fax 031 323 87 89
E-Mail nicole.stutzmann@bag.admin.ch

Bundesamt für Gesundheit (BAG)
Facheinheit Sucht & Aids
HeGeBe/Unterstützung und Betreuung
Herr Martin Hosek
3003 Bern
(Büro: Hessesstrasse 27E
3097 Liebefeld/Bern)
Tel. 031 323 88 23 Fax 031 323 87 89
E-Mail martin.hosek@bag.admin.ch

Bundesamt für Gesundheit (BAG)
Facheinheit Sucht & Aids
HeGeBe/Bewilligungen
Herr Christoph Hämmann
3003 Bern
(Büro: Hessesstrasse 27E
3097 Liebefeld/Bern)
Tel. 031 323 88 24 Fax 031 323 89 39
E-Mail christoph.haemmann@bag.admin.ch

Bundesamt für Gesundheit (BAG)
Facheinheit Sucht & Aids
Weiterbildungsbeauftragter
Herr René Stamm
3003 Bern
(Büro: Hessesstrasse 27E
3097 Liebefeld/Bern)
Tel. 031 323 87 83
E-Mail rene.stamm@bag.admin.ch

Bundesamt für Gesundheit (BAG)
Facheinheit Sucht & Aids
Forschungskoordination
Frau Dr. Margret Rihs-Middel
3003 Bern
(Büro: Hessesstrasse 27E
3097 Liebefeld/Bern)
Tel. 031 323 87 65
E-Mail margret.rihs@bag.admin.ch

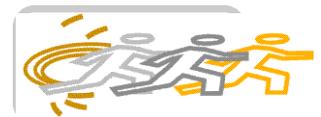
Bundesamt für Gesundheit (BAG)
Facheinheit Heilmittel
Sektion Betäubungsmittel, Leitung
Herr Laurent Medioni
3003 Bern
(Büro: Hessesstrasse 27E
3097 Liebefeld/Bern)
Tel. 031 324 91 90
E-Mail laurent.medioni@bag.admin.ch

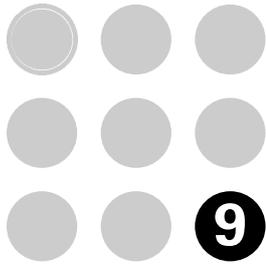
Bundesamt für Gesundheit (BAG)
Facheinheit Sucht & Aids
Sektion Drogeninterventionen, Leitung
Herr Philippe Lehmann
3003 Bern
(Büro: Hessesstrasse 27E
3097 Liebefeld/Bern)
Tel. 031 323 87 14
E-Mail philippe.lehmann@bag.admin.ch

Bundesamt für Gesundheit (BAG)
Facheinheit Sucht & Aids, Leitung
Herr Ueli Locher, Vizedirektor
3003 Bern
(Büro: Hessesstrasse 27E
3097 Liebefeld/Bern)
Tel. 031 324 92 34
E-Mail ueli.locher@bag.admin.ch

Bundesamt für Gesundheit (BAG)
Facheinheit Heilmittel, Leitung
Herr Paul J. Dietschy, Vizedirektor
3003 Bern
(Büro: Schwarzenburgstrasse 165
3097 Liebefeld/Bern)
Tel. 031 324 91 99
E-Mail paul.dietschy@bag.admin.ch

Bundesamt für Gesundheit (BAG)
Direktion
Herr Prof. Dr. Thomas Zeltner, Direktor
3003 Bern
(Büro: Schwarzenburgstrasse 165
3097 Liebefeld/Bern)
Tel. 031 322 95 01
E-Mail thomas.zeltner@bag.admin.ch





LITERATUR- VERZEICHNIS

RICHTLINIEN

EMPFEHLUNGEN

INFORMATION



In dieser Liste ist sämtliche dem BAG bekannte Literatur im Zusammenhang mit der heroingestützten Behandlung aufgeführt.

Grundlagenpapiere des vorliegenden Handbuchs

Balsiger, D., Jezek, H., Raschle, R., Vontobel, U. (1998): Sanktionen – Richtlinien und Empfehlungen. Bundesamt für Gesundheit, Bern

Berthel, T., Gerber, P., Gugger, B., Heim, R., Kick, U. (1998): Individuelle Behandlungsplanung in der heroingestützten Behandlung – Empfehlungen und Richtlinien. Bundesamt für Gesundheit, Bern

Berthel, T., Zimmer, A. (1998): Gruppenaktivitäten in den Behandlungszentren zur heroingestützten Behandlung von Schwerstsüchtigen – Empfehlungen und Richtlinien. Bundesamt für Gesundheit, Bern

Bürki, C., Schädeli, L., Schnider, H., Schweizer, A. (1998): Funktionendiagramm – Empfehlungen. Bundesamt für Gesundheit, Bern

Föhn, F., Caspar-Frey, I., Schneider, K., Knus, B. (1997): Sicherung von spezifischem Know-how in der heroingestützten Behandlung – Richtlinien und Empfehlungen. Bundesamt für Gesundheit, Bern

Gugger, B., Tena, S., Voellmy, A., Weibel, U. (1998): Umgang mit Polytoxikomanie in der opioidgestützten Behandlung – Empfehlungen. Bundesamt für Gesundheit, Bern

Hochstrasser, B., Weiss, S., Utiger, U., Lehmann, P., Mangold, H., Berthel, T., Cruceli, S., Vontobel, U., Gerber, R., Gurtner, R., Stamm, R., Bühler, R., Gerber, P. (1998): Grundlagenpapier für ein Modell der heroingestützten Behandlung – Richtlinien und Empfehlungen. Bundesamt für Gesundheit, Bern

Hug, I., Kuti, K., Niggli, J., Weichert, M., Gurtner, R., Gerber, P. (1998): Aufnahme-procedure in Zentren für heroingestützte Behandlungen – Richtlinien und Empfehlungen. Bundesamt für Gesundheit, Bern

Ruesch, K., Ryser, A., Sonderegger, P., Teichman, D., Waldvogel, R. (1998): Mitgabe von nicht injizierbaren Betäubungsmitteln – Richtlinien und Empfehlungen. Bundesamt für Gesundheit, Bern

Seidenberg A., Affentranger, P, Berthel, T., Hämmig, R., Hediger, S., Hug, I., Nölke, F., Olgati, M., Warwitz, B., Weiss, S. (1997): Opiodgestützte Behandlungen – Richtlinien und Behandlungsempfehlungen für die ambulante medizinische Betreuung bei der ärztlichen Verschreibung von Betäubungsmitteln (PROVE). Bundesamt für Gesundheit, Bern

Nationale und internationale Literatur zum Thema

Aebi, M. (1999). La validité des indicateurs de la criminalité – les sondages de délinquance autoreportée face aux données de police et du casier judiciaire dans le cadre de l'évaluation des essais suisses de prescription d'héroïne. Institut de criminologie, Lausanne.

Aebi, M., Ribeaud, D., Killias, M. (1998). Heroin Prescription and Criminal Involvement: Results from the Evaluation of the Swiss Heroin Prescription Projects. European Harm Reduction Conference, Utrecht, the Netherlands.

Arnold, B., Bürge, I., Camenisch, V., Carnibella, R., Cruceli, S., Lehmann, P. (1997). Soziale Arbeit in den PROVE-Projekten. Erfahrungen und Empfehlungen. Zweite überarbeitete Fassung. Projekt KODA-1, Sozialdienst, Bern.

Assemblea federale della Confederazione svizzera (1951). Legge federale sugli



stupefacienti del 3 ottobre 1951, Berna.

Assemblea federale della Confederazione svizzera (1975). Legge federale sugli stupefacienti e sulle sostanze psicotrope (Legge sugli stupefacienti, LStup) del 3 ottobre 1951. Modifica del 20 marzo 1975; Art. 15a cpv. 3; Art. 15c cpv. 1 e 3, Berna.

Assemblea federale della Confederazione svizzera (1998). Decreto federale concernente la prescrizione medica di eroina del 9 ottobre 1998, Berna.

Assemblée fédérale de la Confédération suisse (1951). Loi fédérale sur les stupéfiants du 3 octobre 1951, Berne.

Assemblée fédérale de la Confédération suisse (1975). Loi fédérale sur les stupéfiants et les substances psychotropes (Loi sur les stupéfiants, LStup) du 3 octobre 1951. Modifications du 20 mars 1975; Art. 15a 3^e al; Art. 15c 1^{er} et 3e al., Berne.

Assemblée fédérale de la Confédération suisse (1998). Arrêté fédéral sur la prescription médicale d'héroïne du 9 octobre 1998, Berne.

Baechtold, A. (1997). Harm Reduction im Strafvollzug. In: Bauhofer, S., Bolle, P., Dittmann, V. Hrsg. Drogenpolitik – Beharrung oder Wende. Politique de la drogue – continuation ou alternance. Rüegger: Chur / Zürich.

Bammer, G., Dobler-Mikola, A., Fleming, P. M., Strang J., Uchtenhagen, A. (1999). The Heroin Prescribing Debate, Integrating Science and Policies. *Science* 21; 284(5418) (1277–1278).

Bardeleben, U., Stohler, R., Kury, P., Voser, B., Ladewig, D. (1996). Delinquenzverhalten unter den Teilnehmern des Basler Heroinverschreibungsprojektes. Sucht und Recht. Kongress, Zürich.

Battegay, R. (1972). Prophylaxe. In: Battegay, R. Vom Hintergrund der Süchte (2. Auflage). Blaukreuz-Verlag, Bern.

Battegay, R. (1993). Prophylaxe. In: Battegay, R. Vom Hintergrund der Süchte. 5. Auflage. Blaukreuz-Verlag, Bern.

Battersby, M. (1992). "Horse trading": prescribing injectable opiates to opiate addicts. A descriptive study. *Drug and Alcohol Review* (II), 35–42.

Baud, D. (1996). KODA – 1. Irrweg oder Ausweg? Schule für Gesundheits- und Krankenpflege, Schwerpunkt Psychiatrie (SGKP) an den Universitären Psychiatrischen Diensten (UPD), Bern.

Bauhofer, S., Bolle, P.-H., Dittmann, V. (1997). Drogenpolitik – Beharrung oder Wende. Politique de la drogue – continuation ou alternance. Schweizerische Arbeitsgruppe für Kriminologie. Groupe suisse de travail de criminologie. Verlag Rüegger AG, Chur / Zürich.

Bernasconi, D. (1993). Ökonomische Ansätze zur Ausgestaltung der Drogenpolitik in der Schweiz. Bericht zuhanden des Bundesamtes für Gesundheitswesen. 2. Fassung, Kronbühl.

Bernasconi, D. (1993). Ökonomische Ansätze zur Ausgestaltung der Drogenpolitik in der Schweiz. Dissertation der Hochschule St. Gallen für Wirtschafts-, Rechts- und Sozialwissenschaften zur Erlangung der Würde eines Doktors der Wirtschaftswissenschaften. Difo-Druck GmbH, Bamberg.

Berthel, T. (1997). Zielgruppe. Unveröffentlicht. Projekt Ikarus, Winterthur.

Berthel, T., Schädeli, L. (1998). Projekt Ikarus, Winterthur. Jahresbericht 1997.



Boller, B. (1998). The Medical Prescription of Opiates and the Swiss Press. Institute of Journalism and Communications Research, University of Fribourg/Switzerland, Fribourg.

Boller, B., Coray, R. (1997). Die ärztlich kontrollierte Drogenverschreibung. Einführung. Die Drogenverschreibungsversuche im Spiegel der Presse (1993–1996). Diskursstrategien. Schlussfolgerungen. In: Widmer, J., Boller, B., Coray, R. Hrsg. Drogen im Spannungsfeld der Öffentlichkeit. Logik der Medien und Institutionen. Helbling & Lichtenhahn, Basel.

Bossy, C., Estermann, T., Frey, C., Hählen, F., Hämmig, R., Koepfler, G., Schaub, M., Seidenberg, A., Steck, T., Venzin, V. (1991). Randomisierter Versuch der diversifizierten Drogenverschreibung und Drogenabgabe. Polykopie. Verein Schweizerischer Drogenfachleute VSD, Arbeitsgruppe DDD.

Bourquin, D., Bundeli, P., Lehmann, Th., Brenneisen, R. (1999). Monitoring of intravenously administered diacetylmorphine and its metabolites in plasma by high-performance liquid chromatography with diode-array and atmospheric pressure ionization mass spectrometric detection. Submitted.

Bourquin, D., Lehmann, T., Hämmig, R., Bühler, M., Brenneisen, R. (1997). High-performance liquid chromatographic monitoring of intravenously administered diacetylmorphine and morphine and their metabolites in human plasma. Journal of Chromatography B 694, 233–238.

Bourquin, D., von Wattenwyl, B., Lehmann, T., Brenneisen, R., Hämmig, R., Bühler, M. (1995). Plasma Profile after Intravenous Administration of 200 mg Diacetylmorphine HCl (Heroin Maintenance Program). Abstract and Poster. Society of Forensic Toxicologists, Baltimore.

Bourquin, D., von Wattenwyl, B., Lehmann, T., Brenneisen, R., Hämmig, R., Bühler, M. (1996). Plasma Profile after Intravenous Administration of 200 mg Diacetylmorphine HCl (Heroin Maintenance Program). Journal of Analytical Toxicology.

Brenneisen, R., Bourquin, D., Bundeli, P., Gugger, B., Gyr, E., Lehmann, T., Speich, A., Stalder, A., Vonlanthen, D. (1997). Analytik, Galenik, Pharmakodynamik und Pharmakokinetik von Diacetylmorphin (Heroin): Invitro- und In vivo-Versuche mit verschiedenen galenischen Applikationsformen. In: Rihs-Middel, M., and Lotti, H. Suchtforschung des BAG – Recherches de l'OFSP en matière de dépendances 1993–1996. Bundesamt für Gesundheit, Bern.

Brenneisen, R., Bourquin, D., Bundeli, P., Gugger, B., Gyr, E., Lehmann, T., Speich, A., Stalder, A., Vonlanthen, D. (1997). Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Analytik, Galenik, Pharmakodynamik und Pharmakokinetik von Diacetylmorphin (Heroin): Invitro- und In vivo-Versuche mit verschiedenen galenischen Applikationsformen. Schlussbericht. Pharmazeutisches Institut und Departement Klinische Forschung der Universität Bern, Bern.

Brenneisen, R., Bundeli, P., Kintz, P., Ludes, B. (1997). Lack of dose-concentration in hair relationship in a controlled heroin maintenance program. Proceedings of the Congress of the Society of Forensic Toxicologists (SOFT). Abstract, Salt Lake City.

Brenneisen, R., Gyr, E., Hug, I., Bourquin, D., Lehmann, T., Vonlanthen, D. (1998). Pharmacodynamics and pharmacokinetics of intravenously, orally and rectally administered diacetylmorphine hydrochloride in opioid addicts within a heroin maintenance program – a 2-patients pilote study.

Brenneisen, R., Lehmann, T., Vonlanthen, D. (1998). 6-Acetylcodeine as a Urine Marker to Differentiate the Use of Street Heroin and Pharmaceutical Heroin. Proceedings of the Congress of the Society of Forensic Toxicologists (SOFT) and the International Associa-





tion of Forensic Toxicologists (TIAFT), Albuquerque. Abstract.

Brun, S., Dobler-Mikola, A., Kaufmann, B., Lezzi, S., Steffen, T., Uchtenhagen, A. (1999). Ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln – Forschungsfragen zur Begleitbehandlung. Institut für Suchtforschung, Zürich.

Bundeli, P. (1999). Intravenöse Heroin-Applikationen – spezielle pharmakologische, klinisch-chemische, physiologische und analytisch-toxikologische Fragestellungen im Rahmen der Versuche zur ärztlich kontrollierten Verschreibung von Betäubungsmitteln. Dissertation unter der Leitung von Prof. Dr. R. Brenneisen. Universität Bern, Bern.

Bundesamt für Gesundheit (1993). Ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Überlebenshilfe für Drogenkonsumentinnen und Drogenkonsumenten. Medienorientierung. 24. Juni 1993, Restaurant «Bürgerhaus» in Bern.

Bundesamt für Gesundheit (1993). Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Gesamtversuchsplan und Ausführungsbestimmungen. Bundesamt für Gesundheitswesen und die Forschungsbeauftragten für die Begleitforschung, Bern.

Bundesamt für Gesundheit (1995). Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Gesamtversuchsplan und Ausführungsbestimmungen. Überarbeitete Fassung vom 24. Mai 1995. Bundesamt für Gesundheitswesen und die Forschungsbeauftragten für die Begleitforschung, Bern.

Bundesamt für Gesundheit (1997). Die schweizerische Drogenpolitik (Factsheet).

Bundesamt für Gesundheit (1998). Daten und Fakten zur Drogenpolitik des Bundes. Dokumentation.

Bundesamt für Gesundheit (1998). Leitbild. BAG, Bern.

Bundesamt für Gesundheit (1999). Die schweizerische Drogenpolitik – Strategie der vier Säulen (mit spezieller Berücksichtigung der ärztlichen Verschreibung von Heroin). Bundesamt für Gesundheit, Bern.

Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (1951). Bundesgesetz über die Betäubungsmittel vom 3. Oktober 1951, Bern.

Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (1975). Bundesgesetz über die Betäubungsmittel und die psychotropen Stoffe (Betäubungsmittelgesetz, BetmG) vom 3. Oktober 1951. Änderung vom 20. März 1975; Art.15a Abs 3 und Art. 15c Abs. 1 und 3, Bern.

Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (1998). Bundesbeschluss über die ärztliche Verschreibung von Heroin vom 9. Oktober 1998, Bern.

Bürki, C. (1998). Neue Ansätze in der Behandlung Drogenabhängiger. Kontrollierte Drogenverschreibung und Drogenabgabe in der Schweiz. In: Bürki, C., Lehmann, K., Radewangen, C., Wegehaupt-Schlund, H., Wieland, N. Drogen und Jugendhilfe. Kontrollierte Heroinabgabe: Ein neues Aufgabenfeld für die Sozialarbeit. Evangelischer Erziehungsverband e.V. (EREV), Bundesverband evangelischer Einrichtungen und Dienste, Hannover.

Bürki, C., Lehmann, K., Radewangen, C., Wegehaupt-Schlund, H., Wieland, N. (1998). Drogen und Jugendhilfe. Kontrollierte Heroinabgabe: Ein neues Aufgabenfeld für die Sozialarbeit. Evangelischer Erziehungsverband e.V. (EREV), Bundesverband evangelischer Einrichtungen und Dienste, Hannover.

Cattacin, S., Lucas, B., Vetter, S. (1999). Drogenpolitische Modelle: eine vergleichende Analyse sechs europäischer Realitäten. Seismo, Zürich.



Cesoni, M. L. (1996). Usage des stupéfiants. Georg, Genève.

Charles, I. (1993). Projekt DDD – F. Versuch der diversifizierten Drogenverschreibung und Drogenabgabe an sich prostituierende, drogenabhängige Frauen in Zürich. Qualitativ-empirische Voruntersuchung zu den Möglichkeiten und Grenzen einer ärztlich kontrollierten Drogenabgabe. ARUD. Arbeitsgemeinschaft für risikoarmen Umgang mit Drogen: Zürich.

Charles, I., Seidenberg, A. (1993). Kurzbeschrieb DDD – F. Versuch der diversifizierten Drogenverschreibung und Drogenabgabe an sich prostituierende drogenabhängige Frauen in Zürich. ARUD, Arbeitsgemeinschaft für risikoarmen Umgang mit Drogen: Zürich.

Coda, P. (1996). Valutazione dei trattamenti ambulatoriali con metadone in Ticino. Rapporto finale. Istituto di medicina sociale e preventiva dell'Università di Basilea: Basilea.

Commission fédérale des stupéfiants, Groupe de travail Méthadone de la sous-commission «Drogue» (1995). Rapport sur la méthadone. Utilisation d'un succédané opiacé dans le traitement des héroïnomanes en Suisse (troisième édition). Office fédéral de la santé publique: Berne.

Conseil fédéral suisse (1991). Décision sur les mesures fédérales pour réduire les problèmes de la drogue du 20 février 1991. Berne.

Conseil fédéral suisse (1992). Ordonnance sur l'évaluation de projets visant à prévenir la toxicomanie et à améliorer les conditions de vie des toxicomanes du 21 octobre 1992. Berne.

Conseil fédéral suisse (1996). Ordonnance sur l'évaluation de projets visant à prévenir la toxicomanie et à améliorer les conditions de vie des toxicomanes. Modification du 21 février 1996. Berne.

Conseil fédéral suisse (1997). Ordonnance sur l'évaluation de projets visant à prévenir la toxicomanie et à améliorer les conditions de vie des toxicomanes. Modification du 15 décembre 1997. Berne.

Conseil fédéral suisse (1999). Ordonnance sur la prescription médicale d'héroïne du 8 mars 1999. Berne.

Consiglio federale svizzero (1992). Ordinanza sulla promozione della ricerca scientifica concomitante con la prevenzione della tossicomania e con il miglioramento delle condizioni di vita dei tossicodipendenti del 21 ottobre 1992. Berna.

Consiglio federale svizzero (1996). Ordinanza sulla promozione della ricerca scientifica concomitante con la prevenzione della tossicomania e con il miglioramento delle condizioni di vita dei tossicodipendenti. Modifica del 21 febbraio 1996. Berna.

Consiglio federale svizzero (1997). Ordinanza sulla promozione della ricerca scientifica concomitante con la prevenzione della tossicomania e con il miglioramento delle condizioni di vita dei tossicodipendenti. Modifica del 15 dicembre 1997. Berna.

Consiglio federale svizzero (1999). Ordinanza concernente la prescrizione medica di eroina dell'8 marzo 1999. Berna.

Dauwalder, J.-P., Cattaneo, A., Poncioni-Derigo, R. (1997). Etude comparative des programmes méthadone en Suisse romande. Rapport final. E.C.P.M.: Genève.

Dazord, A., Astolfi, F., Guisti, P., Rebetez, M.-C., Mino, A., Terra, J.-L., Brochier, C. (1998). Quality of Life Assessment in Psychiatry: The Subjective Quality of Life Profile (SQLP) –



First Results of a New Instrument. Community Mental Health Journal 34(5).

Dazord, A., Broers, B., Giner, F., Mino, A. (1998). Qualité de la vie de patients toxicomanes ayant une prise en charge comportant une prescription contrôlée d'héroïne. Annales Médico-Psychologiques.

Dazord, A., Mino, A., Page, D., Broers, B. (1998). Patients on methadone maintenance treatment in Geneva. Eur Psychiatry (13), 235–241.

Del Rio, M., Mino, A., Perneger, T. (1997). Predictors of patient retention in a newly established methadone maintenance treatment programme. Addiction 10(92), 1353–1360.

Delacoux, R., Mino, A. (1996). Prise en charge des mères toxicomanes héroïnomanes en cure de méthadone. Management of heroin-addicted mothers in methadone maintenance treatment. Arch Public Health (54), 69–76.

Diamantis, I., Bassetti, St., Erb, P., Ladewig, D., Gyr, K., Battegay, M. (1997). High Prevalence and Coinfection Rate of Hepatitis B and C Infections in intravenous Drug Addicts. Journal of Hepatology (26), 794–797.

Dobler-Mikola, A. (1995). Heroinabgabe und Überlebenshilfe. Seminar «Medien und Drogensucht». Fribourg.

Dobler-Mikola, A. (1996). Substitution in Switzerland. Experiences and Empirical Results. II European Conference of Specialists in Drug Abuse, Paris.

Dobler-Mikola, A. (1996). Swiss Experience with Substitution of Heroin and Methadone. Cost A & Workshop «Comparing the differences», Oslo.

Dobler-Mikola, A. (1997). Medical Prescription of Narcotics: international results. EASAR conference, NL-Zandvoort.

Dobler-Mikola, A. (1998). Fachtagung «Illegale Drogen». Landesstelle gegen die Suchtgefahren für Schleswig-Holstein e.V., Kiel.

Dobler-Mikola, A. (1998). Heroinabgabe. Information in Schaffhausen.

Dobler-Mikola, A. (1998). Mehr als abhängig? Versuche mit Methadon und Heroin. Ambulanz für integrierte Drogenhilfe, in Zusammenarbeit mit der Clearingstelle für Substitution der Ärztekammer Berlin. Berlin.

Dobler-Mikola, A. (1998). The Swiss Heroin Trial. Myths and Realities. Seminar of National Centre for Research into the Prevention of Drug Abuse. Perth, Australia.

Dobler-Mikola, A., Blättler, R., Pfeifer, S. (1996). Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Erfahrungen aus dem zweiten Zwischenbericht. XIV. Kongress der Schweizerischen Gesellschaft für Soziologie, St.Gallen.

Dobler-Mikola, A., Degkwitz, P. (1998). Effects of interventions in the addiction field from social science perspective, with the example of the heroin prescription programme. Abstract am Kongress «Addiction concepts and their impact on prevention and treatment», vom 24.–26. August 1998. Universität Zürich, Zürich.

Dobler-Mikola, A., Degkwitz, P. (1998). Wirkungsmechanismen von Intervention im Suchtbereich aus sozialwissenschaftlicher Sicht am Beispiel der Heroinverschreibung. Abstract am Kongress «Suchtkonzepte und ihre Konsequenzen für Prävention und Behandlung», vom 24.–26. August 1998. Universität Zürich: Zürich.

Dobler-Mikola, A., Hättich, A., Uchtenhagen, A., & Gutzwiller, F. (1992). Instrumentarium zur Evaluierung von Pilotprojekten mit diversifizierter Suchtmittelverschreibung.



Zuhanden der Expertengruppe Evaluation der Pilotprojekte. Zürich.

Dobler-Mikola, A., Pfeifer, S., Müller, V., Uchtenhagen, A. (1998). Methadon- und heroinunterstützte Behandlung Opiatabhängiger im Vergleich. Institut für Suchtforschung: Zürich.

Dobler-Mikola, A., Schaaf, S., Wettach, R. (1996). Therapieerfolg – was verstehen wir darunter? VI. Symposium des Forschungsverbundes stationäre Suchttherapie, 29. Juni 1995. Hrsg.: Koordinationsstelle des FOS (KOFOS). Institut für Suchtforschung: Zürich.

Dobler-Mikola, A., Steffen, T. (1997). Ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. PROVE. VSD – Fort- und Weiterbildungsveranstaltung, Olten.

Dobler-Mikola, A., Uchtenhagen, A., Gutzwiller, F., Blättler, R. (1994). Social characteristics of participants in Swiss multicenter opiate trials at time of entry. Universität Zürich (Psychiatrische Universitätsklinik Sektor West, Sozialpsychiatrie, Institut für Sozial- und Präventivmedizin): Zürich.

Dobler-Mikola, A., Uchtenhagen, A., Gutzwiller, F., Blättler, R. (1995). Social characteristics of participants in Swiss multicenter opiate trials at time of entry. Research design and preliminary results. VI International Conference on the Reduction of Drug-Related Harm, Florenz.

Dobler-Mikola, A., Wettach, H. U. R., Uchtenhagen, A. (1998). Stellenwert stationärer Langzeittherapien für Suchtverlauf und soziale Integration Drogenabhängiger. Synthesebericht. Institut für Suchtforschung: Zürich.

Egloff, P., Schnider, H. (1998). Jahresbericht 1997 der Versuche der ärztlichen Verschreibung von Betäubungsmitteln in der SUPRAX 2, Biel. SUPRAX 2, Kontrollierte Drogenverschreibung und Drogenabgabe in der Stadt Biel: Biel.

Eidgenössische Betäubungsmittelkommission, Arbeitsgruppe Methadon der Subkommission Drogenfragen (1995). Methadonbericht. Suchtmittelersatz in der Behandlung Heroinabhängiger in der Schweiz (dritte Auflage). Bundesamt für Gesundheit: Bern.

Equipe du PEPS (1997). Rapport final 96. Programme expérimental de prescription de stupéfiants, Genève, février 97. Hôpitaux Universitaires de Genève: Genève.

External Evaluation Panel, Ali, R., Auriacombe, M., Casas, M., Cottler, L., Farrell, M., Kleiber, D., Kreuzer, A., Ogborne, A., Rehm, J., Ward, P. (1999). Report of the External Panel on the Evaluation of the Swiss Scientific Studies of Medically Prescribed Narcotics to Drug Addicts. World Health Organization: Geneva.

Fahrenkrug, H. (1997). Politik – illegale Drogen. In: Müller, B., Meyer, M., Gmel, G. Alkohol, Tabak und illegale Drogen in der Schweiz, 1994–1996. Schweizerische Fachstelle für Alkohol und andere Drogenprobleme: Lausanne.

Falcato, L., Dobler-Mikola, A., Uchtenhagen, A., Olgati, M. (1995). Methadonbehandlungen im Kanton Zürich, 1991–1995. Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Sektor West, und zentrale sozialpsychiatrische Dienste: Zürich.

Falcato, L., Liechti, F., Stohler, R., Rössler, W. (1998). Die Versorgungsstruktur. Angebot und Nachfrage im Stadt-Land Vergleich. Resultate aus der Begleitforschung der Methadonbehandlungen im Kanton Zürich, Nr. 4. Sozialpsychiatrische Forschungsgruppe der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich: Zürich.

Falcato, L., Zimmer Höfler, D., Eichenberger, A., Olgati, M. (1996). Eintritte und Behandlungsdauer – Modalitäten im 4-Jahre-Verlauf. Resultate aus der Begleitforschung



der Methadonbehandlungen im Kanton Zürich, Nr. 1. Sozialpsychiatrische Forschungsgruppe der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich: Zürich.

Fattinger, K., Kullak-Ublick, G., Meier-Abt, P. J. R. K. (1999). Phase I Study on the Pharmacokinetics of Diacetylmorphine in Patients Participating at the PROVE Project. University of Zurich: Zürich.

Feldman, N., Mino, A. (1994). Les traitements à la méthadone à Genève. Annales Médecine Interne (145 (suppl. 3)), 31–33.

Fischer, B., Rehm, J. (1997). The Case for a Heroin Substitution Treatment Trial in Canada. Canadian Journal of Public Health 88(6), 367–370.

Föhn, F., Hendry, P., Fabian, I., Roos Stalder, T., Lütolf, M., Von Arx, R. (1998). Drop-in. Ärztlich kontrollierte Verschreibung von Betäubungsmitteln. Jahresbericht vom 1. Januar 1997 bis 31. Dezember 1997. Psychiatriezentrum Luzern Stadt des Kantons Luzern: Luzern.

Frei, A. (1996). Analysepläne zum Schlussbericht PROVE: Sozioökonomische Bewertung der Versuche zur ärztlichen Verschreibung von Betäubungsmitteln. Unpubliziert. Health Econ, Basel.

Frei, A., Greiner, R. (1999). Wirtschaftlichkeitsanalyse von Methadonbehandlungen und stationären Therapieeinrichtungen: Machbarkeitsstudie. Health Econ: Basel.

Frei, A., Greiner, R. (2000). Kostenanalyse der heroingestützten Behandlung unter Routinebedingungen. Health Econ: Basel.

Frei, A., Greiner, R., Mehnert, A., Dinkel, R. (1997). Socioeconomic Evaluation of the Trials for the Medical Prescription of Opiates. Health Econ: Basel.

Frei, A., Greiner, R., Mehnert, A., Dinkel, R. (1997). Sozioökonomische Bewertung der Versuche zur ärztlichen Verschreibung von Betäubungsmitteln. Health Econ: Basel.

Frei, A., Steffen, Th., Gasser, M., Kümmerle, U., Stierli, M., Dobler-Mikola, A., Gutzwiller, F., Uchtenhagen, A., Forschungsteam PROVE (1998). Gesundheitsökonomische Bewertung der Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln (PROVE). Sozial- und Präventivmedizin 43(4), 185–194. Birkhäuser: Basel, Boston, Berlin.

Garcia-Sevilla, J. (1997). Marked decrease of immunolabelled 68 kDa neurofilament proteins in brains of opiate addicts. Neuro Report (8), 1561–1570.

Gasser, M. (1998). Analyse der medizinischen Behandlungsbedürftigkeit von HIV-positiven Drogenabhängigen während der Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln (PROVE). Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde der Medizinischen Fakultät der Universität Zürich. Arbeit unter der Leitung von Dr. med. Th. Steffen. Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich, Institut für Suchtforschung: Zürich.

Geistlich, S. (1993). Betreuungskonzept Projekt DDD – F (Diversifizierte Drogenverschreibung und Drogenabgabe an drogenabhängige Frauen). AruD, Arbeitsgemeinschaft für risikoarmen Umgang mit Drogen: Zürich.

Geistlich, S. (1996). Schwangerschaftsverlauf und Entzugssymptome Neugeborener von Methadonpatientinnen und von Patientinnen unter Morphinsubstitution. Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde der Medizinischen Fakultät der Universität Zürich. Arbeit unter der Leitung von Dr. med. U. Lauper und Dr. med. K. von Siebental. Universitätsspital Zürich, Departement für Frauenheilkunde, und Arbeitsgemeinschaft für



risikoarmen Umgang mit Drogen (AruD): Zürich.

Geistlich, S. (1997). Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Bericht zu Schwangerschaftsverlauf und Entzugssymptomen Neugeborener in der diversifizierten Opiatabgabe. Arbeitsgemeinschaft für risikoarmen Umgang mit Drogen (AruD). Institut für Suchtforschung: Zürich.

Gervasoni, J.P., Dubois-Arber, F., Benninghoff, F., Spencer, B., Devos, T., Paccaud, F. (1996). Evaluation der Massnahmen des Bundes zur Verminderung. Zweiter zusammenfassender Bericht 1990–1996. Institut universitaire de médecine sociale et préventive: Lausanne.

Grob, P. J. (1993). The Needle Park in Zurich. The Story and the Lesson to Be Learned. European Journal on Criminal Policy and Research 1, 48–61.

Gschwend, P., Steffen, T., Christen, St., Seidenberg, A., Blättler, R., Gutzwiller, F. (1998). (Nicht autorisierte Version.) Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Verschreibung und Dosierung der Betäubungsmittel. Abschlussbericht der Forschungsbeauftragten. Ambros Uchtenhagen, Felix Gutzwiller, Anja Dobler-Mikola, Thomas Steffen (Hrsg.). Institut für Suchtforschung in Verbindung mit der Universität Zürich, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich: Zürich.

Gutzwiller, F., Steffen, T. (2000). Cost-Benefit Analysis of Heroin Maintenance Treatment. Karger: Basel.

Gyr, E. (1998). Heroin-Retardtabletten, -Kapseln und -Suppositorien. Invitro- und In vivo-Studien zur ärztlich kontrollierten Verschreibung von Betäubungsmitteln. Dissertation unter der Leitung von Prof. Dr. R. Brenneisen. Universität Bern: Bern.

Gyr, E., Bourquin, D., Lehmann, T., Brenneisen, R., Hug, I. (1997). Pharmacokinetics and Pharmacodynamics of Orally Administered Diacetylmorphine Hydrochloride. Journal of Analytical Toxicology.

Gyr, E., Bourquin, D., Thomas, E., Lehmann, E., Brenneisen, R., Hug, I. (1997). Pharmacokinetics and Pharmacodynamics of Orally Administered Diacetylmorphine Hydrochloride. Proceedings of the Congress of the Society of Forensic Toxicologists, Denver.

Hämmig, R. (1995). Harm Reduction in Bern: From Outreach to Heroin Maintenance. Bulletin of the New York Academy of Medicine 72(2), 371–379.

Hämmig, R. (1996). KODA-1 in Bern: Medical Aspects. 7th International Conference on the Reduction of Drug Related Harm, Hobart, Australia.

Hämmig, R. (1996). The Swiss experience. NIAD Bulletin Secundaire Preventie (4), 4–5. Middelengebruik.

Hämmig, R. (1997). KODA-1 in Bern: Medical Aspects. In: Bammer, G. Ed. International Perspectives on the Prescription of Heroin to Dependent Users: A collection of papers from the United Kingdom, Switzerland, the Netherlands and Australia. Feasibility Research into the Controlled Availability of Opioids Stage 2. Working Paper Number 14. NCEPH Working Paper 52. National Centre for Epidemiology and Population Health. The Australian National University. Australian Institute of Criminology.

Haller, P. (1996). Verbesserung der medizinischen Versorgung Opiatabhängiger durch die ärztlich kontrollierte Abgabe von Heroin. Inauguraldissertation aus der Medizinischen Universitäts-Poliklinik, Departement für Innere Medizin, Kantonsspital Basel.



Hasler, G. (1998). Opiatabhängigkeit und Mutterschaft. Projektbeschreibung für eine medizinische Dissertation. Unveröffentlicht.

Hämmig, R. (1985). Giftscheinmodell für die Abgabe von Heroin (Skizze). VSD / Arbeitsgruppe BetmG-Revision.

Hämmig, R. (1990). Verschreibungsprogramme – ein Diskussionsbeitrag. Drogalkohol 14(3), 190–196. ISPA-Press: Lausanne.

Hämmig, R. (1991). Das Liverpooler Modell. In: Böker, W., Nelles, J., Fuhrer, A. Drogenpolitik wohin? Sachverhalte, Entwicklungen, Handlungsvorschläge. Publikation der Akademischen Kommission der Universität Bern. Verlag Paul Haupt: Bern, Stuttgart, Wien.

Hämmig, R. (1991). Dem BAG für seine Dokumentation zur Verfügung gestellte, gesammelte Korrespondenz zu Kokain in den DDD-Projekten, Unterlagen und aktueller Kommentar (1998) / Literaturangabe zu/über ein innovatives Kokainprojekt.

Hämmig, R. (1991). Vom VSD angeregter randomisierter Versuch der diversifizierten Drogenverschreibung und Drogenabgabe vom Januar 1991, mit unveröffentlichten Ergänzungen und Reaktionen, ebenfalls aus dem Jahr 1991. Zur Dokumentation dem BAG zur Verfügung gestellt von R. Hämmig.

Hämmig, R. (1992). Das sogenannte Liverpooler Modell: eine Einführung. streetcorner 5(1), 3–6.

Hämmig, R. (1992). Heroinverschreibung – an wen soll sie sich richten? Schweizerische Ärztezeitung 73(48), 1869–1870. Hans Huber: Bern.

Hämmig, R. (1994). Aids und Drogen im ambulanten niedrigschwelligen Bereich und Erfahrungen in der Heroin-Vergabe an Drogenabhängige. Abstract am 5. Deutschen Aids-Kongress vom 24.–26. November 1994 in Hannover. Aids-Forschung 9(11), 595 (170). München.

Hämmig, R. (1994). Aids und Drogen im ambulanten, niedrigschwelligen Bereich und Erfahrungen in der Heroin-Vergabe an Drogenabhängige (Abstract). Aids-Forschung 9(11).

Hämmig, R. (1995). DDD (diversifizierte Drogenverschreibung und Drogenabgabe) – Programme in der Schweiz unter besonderer Berücksichtigung des KODA-1 -Projektes in Bern (Stand 5.10.94). In: akzept and INDRO e.V. Drogen ohne Grenzen. Entwicklungen und Probleme akzeptierender Drogenpolitik und Drogenhilfe in Europa am Beispiel Deutschland / Niederlande. VWB-Verlag für Wissenschaft und Bildung: Berlin.

Hämmig, R. (1996). Heroinverschreibung und Aids (Stand Dezember 1995). In: Jäger, J. Hrsg. Aids und HIV-Infektionen. Diagnostik, Klinik, Behandlung. Handbuch und Atlas für Klinik und Praxis. ecomed: Landsberg a.d.L.

Hämmig, R. (1996). Was passiert eigentlich, wenn der Stoff wirkt? Drogen Magazin 22(6), 11–14.

Hämmig, R. (1997). Bringt die Heroinverschreibung eine Minderung des mit dem Drogenkonsum verbundenen Schadens («Reduction of Drug-related Harm»)? In: Jäger, J. Hrsg. Aids. Neue Perspektiven. Therapeutische Erwartungen. Die Realität 1997. Aids und HIV-Infektionen in Klinik und Praxis, Monografierreihe Band 6. ecomed: Landsberg a.d.L.

Hämmig, R. (1998). Heroinverschreibung und Aids (Stand Dezember 1995). In: Jäger, J. Hrsg. Aids und HIV-Infektionen. Diagnostik, Klinik, Behandlung. Handbuch und Atlas für Klinik und Praxis. ecomed: Landsberg a.d.L.



Hämmig, R. (1998). La délivrance de l'héroïne par prescription médicale en Suisse. In: De Ruyver, R., De Somere, P., Vermeulen, G., Noirfalise, A., Figiel, C. Het Drugbeleid in België: Actuele Ontwikkelingen / La politique en matière de drogues en Belgique: développements actuels. Maklu: Antwerpen-Apeldoorn.

Hämmig, R. (1998). Schweizer Heroïnverschreibung an Abhängige. Aus der Sicht eines an der Entwicklung Beteiligten. In: Liggerstorfer, R., Rättsch, C., Tschudin, A. Die berauschte Schweiz. Nachtschatten Verlag: Solothurn.

Hämmig, R., Tschacher, W. (1996). Effects of high-dose heroin vs. morphine in intravenous drug users: a randomised double-blind crossover study. Unpublished work.

Hänni, C. (1998). Im Spannungsfeld zwischen Arzneimittel und Rauschgift. Zur Geschichte der Betäubungsmittelgesetzgebung in der Schweiz. SGGP/SSHP: Bern.

Hochstrasser, B., Caspar Frey J. (1998). Projektbericht 1997 zuhanden des Bundesamtes für Gesundheit. Poliklinik für diversifizierte Betäubungsmittelbehandlungen, Bezirk Horgen. Stiftung SIP, Stiftung für Soziale Integration und Prävention.

Huber, W., Frey, F. (1998). Kontrollierte Heroïnabgabe. Eine Stellungnahme des Aebi-Hus/Maison Blanche, Leubringen. EXTRA. Stiftung Drogenhilfe, Aebi-Hus/Maison Blanche, CH-2533 Leubringen.

Hug, I. (1997). Epileptiforme Störungen bei opiatabhängigen Patienten unter intravenöser Substitutionstherapie mit Heroïn, Morphin und Methadon. Medizinische Dissertation unter der Leitung von Prof. Dr. med. D. Ladewig. Psychiatrische Universitätsklinik Basel: Basel.

Hug, I., Stohler, R. (1997). Psychiatrische Fragestellungen in den PROVE-Projekten. Unveröffentlicht. Psychiatrische Universitätsklinik Basel, Basel.

Hug, I., Stohler, R., Ladewig, D., Müller-Spahn, F., Hock, D. (1997). Cortical hemoglobin oxygenation after intravenous opioid application. Unpublished.

Hug, I., Stohler, R., Ladewig, D., Müller-Spahn, F., Hock, D. (1997). Pilotstudie zur kortikalen Hämoglobin-Oxygenierung während der Applikation von Opiaten mit Hilfe der Nah-infrarot-Spektroskopie. Psychiatrische Universitätsklinik Basel, Basel.

International Narcotics Control Board (1997). Report of the International Narcotics Control Board for 1996. United Nations: New York.

International Narcotics Control Board (1998). Report of the International Narcotics Control Board for 1997. United Nations: New York.

International Narcotics Control Board (1999). Report of the International Narcotics Control Board for 1998. United Nations: New York.

Jost, K. (1996). Die Nase im Wind. Drogenmagazin 22(5).

Karger, T., Bowley, M. (1997). Behandlung von Suchtmittelabhängigkeit im schweizerischen Strafvollzug. 2. Teilbericht: Inventarisierung der Hilfs- und Behandlungsangebote für Suchtmittelabhängige sowie Inventarisierung und Evaluation der Massnahmen zur HIV-Prävention und weiterer Infektionsprophylaxe in den Anstalten des Straf-, Massnahmen- und Untersuchungshaftvollzugs der Schweiz. Institut für Suchtforschung: Zürich.

Kaufmann, B., Dobler-Mikola, A. (1996). Analysepläne zum Schlussbericht PROVE: Opiatabgabe im Strafvollzug – KOST. Unveröffentlicht. Institut für Suchtforschung, Zürich.



Kaufmann, B., Dobler-Mikola, A. (1996). Kontrollierte Opiatabgabe in der Strafanstalt Oberschöngrün – Forschungsplan und erste Erfahrungen. Symposium on Harm Reduction, Bern.

Kaufmann, B., Dobler-Mikola, A. (1996). Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Die kontrollierte Opiatabgabe in der Strafanstalt Oberschöngrün: Forschungsplan und erste Ergebnisse. Ein Sonderbericht im Rahmen des zweiten Zwischenberichts der Forschungsbeauftragten. Sozialpsychiatrischer Dienst der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich: Zürich.

Kaufmann, B., Dobler-Mikola, A. (1997). Die kontrollierte Opiatabgabe in der Strafanstalt Oberschöngrün – Forschungsplan und erste Zwischenergebnisse. In: Nelles, J., Fuhrer, A. Eds. Harm Reduction in Prison – Risikominderung im Gefängnis. Peter Lang: Bern.

Kieser, U. (1997). Bericht zur sozialversicherungsrechtlichen Stellung von Probanden und Probandinnen in der Heroinabgabe. Unveröffentlicht.

Killias, M. (1994). Wie lässt sich die Wirkung der Drogenabgabe auf die Delinquenz messen? Zur Reliabilität und Validität von Instrumenten der Delinquenzmessung bei Drogenabhängigen. Bulletin de criminologie 20(2), 61–79.

Killias, M. (1997). Zusammenfassung der Untersuchung über die Auswirkungen der Heroin-Verschreibung auf die Delinquenz von Drogenabhängigen. Besuch von Herrn Bundesminister Seehofer, Expertendiskussion, Hotel Schweizerhof, Zürich. Institut de police scientifique et de criminologie de l'Université de Lausanne: Lausanne.

Killias, M. (1998). Fighting Evils or Preventing Harm: Switzerland's Drug Policy as Test of Situational Crime Policies? School of Forensic Science and Criminology, University of Lausanne, Switzerland, submitted.

Killias, M. (1998). La prevenzione del crimine mediante la somministrazione controllata di eroina ai tossicodipendenti (riassunto). Università degli Studi di Genova, Sezione di Criminologia e Psichiatria Forense. Seminari su «Nuove Strategie di Prevenzione in Criminologia».

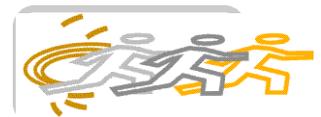
Killias, M. (1998). Zusammenfassung der Untersuchung über die Auswirkungen der Heroin-Verschreibung auf die Delinquenz der behandelten Drogenabhängigen. Tagung der Hanns-Seidel-Stiftung eV «Kampf gegen Sucht und Drogen – Polizeiliche Prävention und Repression». Arvena-Park-Hotel, Nürnberg.

Killias, M., Aebi, M., Ribeaud, D. (1998). Effects of Heroin Prescription on Police Contacts among Drug Addicts. School of Forensic Science and Criminology, University of Lausanne, Switzerland, submitted.

Killias, M., Grapendaal, M. (1997). Entkriminalisierung des Drogenkonsums oder Einschränkung der Strafverfolgungspflicht? Diskussionsvorschlag zur Vermeidung einer sterilen Debatte – unter Berücksichtigung des niederländischen Modells. Schweizerische Zeitschrift für Strafrecht 115(1), 95–109. Stämpfli Verlag AG: Bern.

Killias, M., Rabasa, J. (1996). Analysepläne zum Schlussbericht PROVE: «L'impact des essais suisses avec prescription médicale de stupéfiants sur la criminalité des sujets traités». Non publié / unveröffentlicht. Faculté de Droit, Institut de Police Scientifique et de Criminologie de l'Université de Lausanne.

Killias, M., Rabasa, J. (1996). Questionnaire A «Toxicomanie et criminalité», liste de



fréquences. 402 individus. Non publié. Faculté de Droit, Institut de Police Scientifique et de Criminologie de l'Université de Lausanne: Lausanne.

Killias, M., Rabasa, J. (1997). Does Heroin Prescription Reduce Crime? Results from the Evaluation of the Swiss Heroin Prescription Projects. Summary of the final report. Institut de Police Scientifique et de Criminologie de l'Université de Lausanne: Lausanne.

Killias, M., Rabasa, J. (1997). La prescription médicale d'opiacés comme mesure de la prévention de la criminalité. Quelques résultats des essais suisses. In: Bauhofer, S., Bolle, P., Dittmann, V. Hrsg. Drogenpolitik – Beharrung oder Wende. Politique de la drogue – continuation ou alternance. Verlag Rüegger: Chur / Zürich.

Killias, M., Rabasa, J. (1997). Less Crime in the Cities Through Heroin Prescription? Preliminary Results from the Evaluation of the Swiss Heroin Prescription Projects. The Howard Journal of Criminal Justice 36(4), 424–429. Blackwell Publishers for The Howard League: Oxford, UK / Malden MA, USA.

Killias, M., Rabasa, J. (1997). Rapport final sur les effets de la prescription de stupéfiants sur la délinquance des toxicomanes. Etabli sur la base de données autoreportées, policières et du casier judiciaire. Institut de Police Scientifique et de Criminologie de l'Université de Lausanne: Lausanne.

Killias, M., Rabasa, J. (1997). Schlussbericht zu den Auswirkungen der Verschreibung von Betäubungsmitteln auf die Delinquenz von Drogenabhängigen. Ermittelt anhand von Selbstangaben, Polizei- und Strafregisterdaten. Institut de Police Scientifique et de Criminologie de l'Université de Lausanne: Lausanne.

Killias, M., Rabasa, J. (1998). Auswirkungen der Heroin-Verschreibung auf die Delinquenz Drogenabhängiger. Ergebnisse der Versuche in der Schweiz. Sonderdruck. Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform 81(1), 1–16. Carl Heymanns Verlag: Köln.

Killias, M., Rabasa, J. (1998). Does Heroin Prescription Reduce Crime? Results from the Evaluation of the Swiss Heroin Prescription Projects. Studies on Crime and Crime Prevention 7(1), 127–133.

Killias, M., Ribeaud, D. (1998). Causes and Consequences of Drug Use among Juveniles in an International Perspective. School of Forensic Science and Criminology, University of Lausanne, Switzerland, submitted.

Killias, M., Ribeaud, D., Aebi, M. (1998). Drogenabhängige als Opfer von Straftaten: Was bewirkt die Verschreibung von Heroin? Institut de Police Scientifique et de Criminologie, Universität Lausanne, submitted.

Killias, M., Ribeaud, D., Aebi, M. (1998). Randomized Experiments in Switzerland: Community Service and Heroin Prescription. Symposium on Experiments in Criminal Justice Organized by the Zentrum für interdisziplinäre Forschung, University of Bielefeld, Germany.

Killias, M., Ribeaud, D., Aebi, M. (1999). Drogenabhängige als Opfer von Straftaten? Was bewirkt die Verschreibung von Heroin? In: Uchtenhagen, A. Handbuch der Drogenmedizin. Urban & Schwarzenberg: München.

Killias, M., Uchtenhagen, A. (1995). Méthodologie de l'évaluation des essais suisses avec prescription médicale d'opiacés sous l'angle de la délinquance: L'accès sous contrôle médical à l'héroïne réduit-il la délinquance des toxicomanes? Kriminologisches Bulletin de Criminologie (2), 33–48.

Kintz, P., Brenneisen, R., Bundeli, P., Mangin, P. (1997). Sweat testing for heroin and metabolites in a heroin maintenance program. Clinical Chemistry 43(5), 736–739.



Kintz, P., Bundeli, P., Brenneisen, R., Ludes, B. (1998). Dose-Concentration Relationships in Hair from Subjects in a Controlled Heroin-Maintenance Program. *Journal of Analytical Toxicology* (22), 231–236.

Kintz, P., Jamey, C., Cirimele, V., Brenneisen, R., Ludes, B. (1998). Evaluation of Acetylcodeine as a Specific Marker of Illicit Heroin in Human Hair. *Journal of Analytical Toxicology* 22, 425–429.

Kintz, P., Mangin, P., Brenneisen, R., Bundeli, P. (1997). Sweat testing for heroin and metabolites in a heroin maintenance program. *Journal of Analytical Toxicology* (21), 78.

Klär, I. I. (1994). Die Validität und Reliabilität von Studien zur Delinquenz bei Drogenkonsumenten. Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Strafrecht: Freiburg i. Br.

Klingemann, H. (1996). Drug treatment in Switzerland: harm reduction, decentralization and community response. *Addiction* 91(5), 723–736.

Klingemann, H. (1998). Harm Reduction and Abstinence: Swiss Drug Policy at a Time of Transition. In: Klingemann, H., Hunt, G. Eds. *Drug Treatment Systems in an International Perspective*. Sage Publications: Thousand Oaks / London / New Delhi.

Kranich Schneiter, C., Schmid, P., Seidenberg, A. (1994). Amsterdamer Morphiumprojekt: Fragen und Gesprächsprotokoll (Anhang 15). In: Kranich Schneiter, C., Schmid, P., Seidenberg, A. DDD – F. Diversifizierte Drogenverschreibung und Drogenabgabe an drogenabhängige Frauen in Zürich in der AruD-Poliklinik ZokL2. 1. Bericht über die Zeit vom 29. November 1993 bis 31. Mai 1994. Arbeitsgemeinschaft für risikoarmen Umgang mit Drogen, AruD: Zürich.

Kranich Schneiter, C., Schmid, P., Seidenberg, A. (1994). DDD – F. Diversifizierte Drogenverschreibung und Drogenabgabe an drogenabhängige Frauen in Zürich in der AruD-Poliklinik ZokL2. 1. Bericht über die Zeit vom 29. November 1993 bis 31. Mai 1994. . Arbeitsgemeinschaft für risikoarmen Umgang mit Drogen, AruD: Zürich.

Kranich Schneiter, C., Schmid, P., Seidenberg, A. (1994). Merkblatt. Ärztlich kontrollierte Drogenabgabe für Frauen (DDD – F). Anhang 1. In: Kranich Schneiter, C., Schmid, P., Seidenberg, A. DDD – F. Diversifizierte Drogenverschreibung und Drogenabgabe an drogenabhängige Frauen in Zürich in der AruD-Poliklinik ZokL2. 1. Bericht über die Zeit vom 29. November 1993 bis 31. Mai 1994. Arbeitsgemeinschaft für risikoarmen Umgang mit Drogen, AruD: Zürich.

Kranich Schneiter, C., Schmid, P., Seidenberg, A. (1995). DDD – F. Diversifizierte Drogenverschreibung und Drogenabgabe an drogenabhängige Frauen in Zürich in der AruD-Poliklinik ZokL2. 2. Bericht über das 2. Halbjahr 1994. Arbeitsgemeinschaft für risikoarmen Umgang mit Drogen, AruD: Zürich.

Kraushaar, B., Lieberherr, E. (1996). *Drogenland in Mafiahand*. Werd Verlag: Zürich.

Kury, P., Hug, I., Ladewig, D., Rohr, H., Gyr, K. (1996). Projekt JANUS. Opiatverschreibung Basel-Stadt. 3. Zwischenbericht, Juli bis Dezember 1995. Projekt JANUS, Psychiatrische Universitätsklinik (PUK): Basel.

Kübler, D. (1998). *Politique de la drogue dans les villes suisses entre ordre et santé – analyse de conflits de mise en œuvre*. Université de Lausanne, Faculté des sciences sociales et politiques: Lausanne.

Kümmerle, U. (1998). *Analyse des medizinischen Behandlungsbedarfs in den Versuchen*



für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln unter besonderer Berücksichtigung der sozialen Situation. Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde der Medizinischen Fakultät der Universität Zürich. Arbeit unter der Leitung von Dr. med. Th. Steffen. Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich, Institut für Suchtforschung: Zürich.

Ladewig, D. (1997). Betäubungsmittelkonsum – Beobachtungen eines Psychiaters zu Ausgrenzung und Integration. In: Bauhofer, S., Bolle, P.-H., Dittmann, V. Hrsg. Drogenpolitik – Beharrung oder Wende. Politique de la drogue – continuation ou alternance. Schweizerische Arbeitsgruppe für Kriminologie. Groupe Suisse de Travail de Criminologie. Verlag Rüegger AG: Chur / Zürich.

Ladewig, D., Hug, I., Kury, P., Gyr, N., Rohr, H (1996). Opiatverschreibung Basel-Stadt JANUS. Schlussbericht, November 1994 bis Dezember 1996. Projekt JANUS, Psychiatrische Universitätsklinik (PUK): Basel.

Ladewig, D., Hug, I., Ruesch, K. (1998). Opiatverschreibung Basel-Stadt, JANUS. Jahresbericht 1997. Psychiatrische Universitätsklinik (PUK): Basel.

Ladewig, D., Petitjean, S., Stohler, S. (1997). Vergleichende Untersuchung über die Wirksamkeit von Buprenorphin und Methadon in der Behandlung der Opiatabhängigkeit. Multicenter-Studie Schweiz. In: Rihs-Middel, M., Lotti, H. Suchtforschung des BAG – Recherches de l'OFSP en matière de dépendances 1993–1996. Bundesamt für Gesundheit: Bern.

Ladewig, D. G. U. P. S. (25119). Forschungsprojekt zur Untersuchung der kognitiv-psychemotorischen Funktionstüchtigkeit Opiatabhängiger in einer ärztlich kontrollierten Behandlung mit Diacetylmorphin (DAM). Psychiatrische Universitätsklinik Basel, Fachbereich für Abhängigkeitserkrankungen in Zusammenarbeit mit der Abteilung Klinische Psychologie: Basel.

Leuenberger, M. (1979). Motion Leuenberger vom 14. Dezember 1979. Drogenpolitik. Politique en matière de stupéfiants.

Lichtensteiger, W. (1997). Immunotoxizität von Opiaten. Bericht zuhanden des Bundesamtes für Gesundheit, Bern. Unveröffentlicht. Institut für Pharmakologie der Universität Zürich.

Lieberherr, E. (1998). Das erste Plädoyer für eine Heroinabgabe. In: Liggenstorfer, R., Rättsch, C., and Tschudin, A. Die berauschte Schweiz. Nachtschatten Verlag: Solothurn.

Liechti, F., Falcato, L., Olgati, M., Rössler, W. (1997). Methadon-Erstbehandlungen im 5-Jahre-Verlauf. Eintrittsmerkmale der Patientinnen und Patienten. Resultate aus der Begleitforschung der Methadonbehandlungen im Kanton Zürich, Nr. 2. Sozialpsychiatrische Forschungsgruppe der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich: Zürich.

Liechti, F., Falcato, L., Olgati, M., Rössler, W. (1998). Zugang zum Behandlungsangebot. Funktion von Einrichtungstypen im Behandlungssystem. Resultate aus der Begleitforschung der Methadonbehandlungen im Kanton Zürich, Nr. 3. Sozialpsychiatrische Forschungsgruppe der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich: Zürich.

Lindemeyer, H., Rafeld, A., Steiner, V., Moeckli, Ch. U. (1999). Arbeit und Wohnen für Menschen im Umfeld illegaler Drogen. SAH: Fribourg.

Locher, U. (1994). Heroin prescription in Zurich. ECDP Newsletter (2), 5.



Mangin, P., Staub, Chr., Mino, A., Marset, M. (1999). Evaluation de l'acétylcodéine (ACOD) comme marqueur de consommation d'héroïne illégale: étude basée sur l'héroïne et les cheveux. Université de Genève, HUG: Genève.

Mangold, H. (1997). Suchthilfe Region Solothurn. Gekom GmbH: Solothurn.

Mangold, H. (1998). Bericht zur Betäubungsmittelabgabe im Kanton Solothurn 1997. Betäubungsmittelabgabe Kanton Solothurn: Solothurn.

Marks, G., Responsables du PROMI (1995). Traitements de substitution à l'héroïne. Conférence avec le D^r Geoffrey Marks, médecin au NHS Trust à Cheltenham (Angleterre). Le Tremplin (Unité spécialisée en toxicomanie) et Centre Psychosocial du canton de Fribourg: Fribourg.

Marks, J. A., Übersetzung: Haeckel, U., Redaktionelle Bearbeitung: Hämmig, R. B. (1990). Staatlich abgegebene Drogen: eine absurde Politik? Sogenannte goldene Blätter von J. A. Marks. Mit einer Einführung (von R. B. Hämmig) über das sogenannte Liverpooler Modell. Polykopia.

Marlatt, A. G. (1998). Harm Reduction: Pragmatic Strategies for Managing High Risk Behavior. The Guilford Press: New York.

Marset, M., Becciolini-Lebas, E. (1997). Programme expérimental de prescription de stupéfiants, Genève. Rapport d'activité 1997. Hôpitaux Universitaires de Genève: Genève.

Meier Kressig, M. (1996). Analysepläne zum Schlussbericht PROVE: Analyseplan «Machbarkeit der Projekte». Unpubliziert. Institut für Suchtforschung. Zürich.

Metrebian, N., Shanahan, W., Wells, B., Stimson, G. V. (1998). Feasibility of prescribing injectable heroin and methadone to opiate-dependent drug users: associated health gains and harm reductions. Medical Journal of Australia 168(12), 596-600.

Meyer, B. (1996). Ernährungszustand von Drogenabhängigen des KODA-1-Projektes oder: Wäre die ernährungsberaterische Betreuung von Drogenabhängigen nicht schon längst ein Muss? Diplomarbeit. Schule für ErnährungsberaterInnen, Bern.

Mino, A. (1987). La méthadone. Interventions n° hors série. Paris.

Mino, A. (1988). Problèmes posés et modalités de réponses à Genève et en Suisse. In: Charles-Nicolas, A. Sida et toxicomanie. Répondre. Editions Frison Roche: Paris.

Mino, A. (1989). Enfant et jeune femme toxicomane. In: Pasini, W. Le fœtus et son entourage. Ed. Médecine et Hygiène.

Mino, A. (1989). Problèmes posés et modalités de réponses à Genève et en Suisse. In: Charles-Nicolas, A. Sida et toxicomanie. Répondre. Editions Frison Roche: Paris.

Mino, A. (1990). Analyse scientifique de la littérature sur la remise contrôlée d'héroïne ou de morphine. Expertise rédigée à la demande de l'Office fédéral de la santé publique. Office fédéral de la santé publique: Berne.

Mino, A. (1991). Wissenschaftliche Literaturanalyse der kontrollierten Heroin- und Morphinabgabe. Expertise im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheitswesen Bern. Deutsche Zusammenfassung (der französischen Originalausgabe) von Dr. med. Claude Bossy. Bundesamt für Gesundheit: Bern.

Mino, A. (1992). La réduction des risques. Journal du Sida (45). Paris.

Mino, A. (1993). Dix ans d'expérience dans le champ des toxicomanies. In: Romeo, L.



Viaggiatori del tempo. Piccole Cartografie. Edizioni Alice: Como.

Mino, A. (1993). Evolution de la politique de soins en matière de toxicomanie: la réduction des risques. *Psychotropes* 8(3), 9–23.

Mino, A. (1994). Drug Policy in Geneva. *International Journal of Drug Policy* 5(4), 246–248.

Mino, A. (1994). Les nouvelles politiques de la drogue: exemple genevois. *Psychiatrie de l'enfant*. XXXVII(2), 577–600.

Mino, A. (1994). Les nouvelles politiques de la drogue: exemple genevois. *PRAXIS Revue suisse de médecine* 83(34), 950–956.

Mino, A. (1995). Evolución de un pensamiento – experiencias personales y algunos datos cifrados. In: Casas, M., Gutierrez, M., San, M. *Avances en Drogodependencias*. (Coll. Ediciones en neurociencias.) Citran: Barcelona.

Mino, A. (1995). Les maintenances à la méthadone. *Information Psychiatrique* (3), 237–246.

Mino, A. (1995). Les maintenances à la méthadone. *Médecine et Hygiène* (53), 471–480.

Mino, A. (1995). Substitution. *Journal du Sida* (n° hors série).

Mino, A. (1996). Historia y situación actual de los programas de mantenimiento con opiáceos: heroína, metadona, morfina, etc. In: Centro Provincial de Drogodependencias de Cadíz. III encuentro nacional sobre drogodependencias y su enfoque comunitario.

Mino, A. (1996). Letter to editor: Background to Geneva's Experimental Heroin Prescription Programme. *International Journal of Drug Policy* 7(4), 261–263.

Mino, A. (1997). La politique genevoise dans le cadre fédéral. Unpublished.

Mino, A. (1997). La politique genevoise des drogues. *Médecine et Hygiène* (55), 1435–1436.

Mino, A. (1997). Toxicomanie à l'héroïne: traitements de substitution et de la douleur. *Cahiers psychiatriques genevois* (23).

Mino, A. (1998). Commentaires concernant l'article: «Marked decrease of immunolabelled 68 kDa neurofilament proteins in brains of opiate addicts», par J. A. Garcia-Sevilla et coll., *NeuroReport* 8 (1997) 1561–1570. Unpublished.

Mino, A., Arsever, S. (1994). Analisis científico de la literatura sobre la prescripción controlada de heroína o de morfina. Edición Citran: Barcelona.

Mino, A., Arsever, S. (1996). Les mensonges qui tuent les drogués. (Coll. J'accuse), Calmann-Lévy: Paris.

Mino, A. Del Rio, M. (1991). Marginalisation médico-légale – toxicomanie – méthadone. *Médecine et Hygiène* (49), 2488–2493.

Mino, A., Dumont, P., Bousquet, A., Broers, B. (1999). Analyse d'un programme public de méthadone sur deux ans. In: Rihs, M., Lotti, H. Eds. *Recherches de l'OFSP en matière de dépendances 1993–1996*. Bundesamt für Gesundheit (BAG): Bern.

Mino, A., Giner, F. (1996). Rapport intermédiaire. Programme expérimental de prescription de stupéfiants P.E.P.S., Genève, du 15.9.95 au 17.5.1996. Hôpitaux Universitaires de Genève: Genève.

Mino, A., Page, D. (1997). Historique des projets de prescription expérimentale de stupéfiants sous contrôle médical en Suisse. In: Touzeau, D., Jacquot, C. Les traitements de substitution pour les usagers de drogues. Ed. Arnette, Pharmascopie, soins et thérapies: Paris.

Mino, A., Page, D., Dumont, P., Broers, B. (1998). Treatment failure and methadone dose in a public methadone maintenance treatment programme in Geneva. *Drug and Alcohol Dependence* (50), 233–239.

Mino, A., Page, D., Krokhar, M. (1996). Stratégies cognitivo-comportementales et toxicodépendances (héroïnomanie, cocaïnomanie). *Thérapie comportementale et cognitive* 6(2), 65–69.

Moldovanyi, A., Ladewig, D., Affentranger, P., Natsch, C., Stohler, R. (1996). Morphine Maintenance Treatment of Opioid-Dependent Outpatients. *European Addiction Research* 2(4), 208–212. S. Karger: Basel.

Mühlhausen, A., Davatz, F., Schmid, P., Weiss, S. (1998). DDD – F. Diversifizierte Drogenverschreibung und Drogenabgabe an drogenabhängige Frauen in der Poliklinik ZokL2. Jahresbericht 1997. AruD, Arbeitsgemeinschaft für risikoarmen Umgang mit Drogen: Zürich.

Mühlhausen, A., Schmid, P. (1997). DDD – F. Diversifizierte Drogenverschreibung und Drogenabgabe an drogenabhängige Frauen in Zürich in der AruD-Poliklinik ZokL2. Provisorischer Abschlussbericht. AruD, Arbeitsgemeinschaft für risikoarmen Umgang mit Drogen: Zürich.

Nadelmann, E. (1995). Beyond Needle Park. The Swiss Maintenance Trial. *The Drug Policy Letter* (27), 12–14.

Nelles, J., Dobler-Mikola, A., Kaufmann, B. (1997). Provision of syringes and prescription of heroin in prison: The Swiss experience in the prisons of Hindelbank and Oberschönggrün. In: Nelles, J., Fuhrer, A. Harm Reduction in Prison / Risikominderung im Gefängnis. Strategies against Drugs, Aids and Risk Behavior / Strategien gegen Drogen, Aids und Risikoverhalten. Peter Lang AG, European Academic Publishers: Bern.

Nelles, J., Fuhrer, A. (1997). Harm Reduction in Prison / Risikominderung im Gefängnis. Strategies against Drugs, Aids and Risk Behavior / Strategien gegen Drogen, Aids und Risikoverhalten. Peter Lang AG, European Academic Publishers: Bern.

Nigg, L. (1995). Projekt der diversifizierten Drogenverschreibung und Drogenabgabe an drogenabhängige Frauen in Zürich. Vortrag am Kongress über geschlechtsspezifische Aspekte von Sucht und Prävalenz, Verlauf und Behandlung. Hamburg.

Nigg, L. (1998). DDD – F. Ein opioidgestütztes Behandlungsprogramm für Frauen. Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde der Medizinischen Fakultät der Universität Zürich. Arbeit unter der Leitung von Frau dipl. soz. A. Dobler-Mikola, Dr. med. A. Seidenberg und Prof. Dr. med. F. Gutzwiller. Universität Zürich. Institut für Sozial- und Präventivmedizin: Zürich.

Œuvray, K., Juvet, P. (1995). PROMI (Projet fribourgeois de méthadone injectable). La méthadone injectable? Experiences et bilan. Conférence à Bulle du 11 mai 1995 (salle polyvalente de l'école primaire). Unité spécialisée en toxicomanie Le Tremplin et le Centre Psychosocial: Fribourg.

Office fédéral de la santé publique (1991). Conférence nationale sur la drogue. Dispensation de drogues dures sous contrôle. Avis de droit donné par l'Office fédéral de la justice sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique.



Office fédéral de la santé publique (1993). Prescription médicale de stupéfiants. Aide à la survie pour les consommatrices et consommateurs de drogues. Information des médias. 24 juin 1993, Restaurant «Bürgerhaus», Berne.

Office fédéral de la santé publique (1995). Essais concernant la prescription de stupéfiants sous contrôle médical. Plan global de recherche et conditions d'application. Version remaniée du 24 mai 1995. Office fédéral de la santé publique et chargés de l'évaluation: Berne.

Office fédéral de la santé publique (1997). La politique de la Suisse en matière de drogue (Factsheet).

Office fédéral de la santé publique (1998). Politique de la Confédération Suisse en matière de drogue; des chiffres et des faits. Documentation.

Perneger, T., Giner, F., Del Rio, M., Mino, A. (1998). Randomised trial of heroin maintenance programme for addicts who fail in conventional drug treatments. *BMJ* 317, 13–18. London.

Petitjean, S., Ladewig, D., Stohler, S. (1998). 3. Evaluationsbericht der Substitutionsbehandlungen Opiatabhängiger im Kanton Basel-Stadt; Dezember 1998. Forschungsgruppe Bereich Abhängigkeitserkrankungen, Psychiatrische Universitätsklinik Basel: Basel.

Probst, G., Raub, S., Romhardt, K. (1999). Wissen managen: Wie Unternehmen ihre wertvollste Ressource optimal nutzen. Frankfurter Allgemeine, Gabler: Frankfurt.

Radewangen, C. (1998). Kontrollierte Heroinabgabe: Ein Element in der Therapie Schwerstabhängiger und ein Arbeitsfeld für die Sozialarbeit. In: Bürki, C., Lehmann, K., Radewangen, C., Wegehaupt-Schlund, H., Wieland, N. Drogen und Jugendhilfe. Kontrollierte Heroinabgabe: Ein neues Aufgabenfeld für die Sozialarbeit. Evangelischer Erziehungsverband e.V. (EREV), Bundesverband evangelischer Einrichtungen und Dienste: Hannover.

Reuter, P., MacCoun, R. (1998). Heroin Maintenance: Is a U.S. Experiment Needed? Paper prepared for conference «One Hundred Years of Heroin», Yale Medical School, September 1998. Published in «Beyond the Drug War: Learning from Other Places, Other Times and Other Vices». Cambridge University Press: Cambridge.

Rihs-Middel, M., Affentranger, P. (1994). Status Report on the Medical Prescription of Narcotics. Swiss Federal Office of Public Health: Bern.

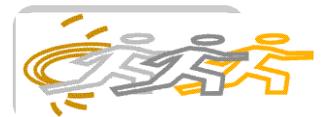
Rihs-Middel, M., Affentranger, P. (1995). Statusbericht über das Projekt «Ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln in der Schweiz». Bundesamt für Gesundheit: Bern.

Rihs-Middel, M., Eppler, E. (1999). Suchtforschung des BAG 1996 – 1998. Bundesamt für Gesundheit: Bern.

Rihs-Middel, M., Lotti, H., Stamm, R., Clerc, J. (1995). La prescription de stupéfiants sous contrôle médical. Recueil d'études et d'expériences. Editions médecine et hygiène: Genève.

Rihs-Middel, M., Lotti, H., Stamm, R., Clerc, J. (1996). Ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Wissenschaftliche Grundlagen und praktische Erfahrungen. Huber: Bern.

Rihs-Middel, M., Lotti, H., Stamm, R., Clerc, J. (1997). The Medical Prescription of Narcotics. Scientific Foundations and Practical Experiences. Hogrefe & Huber Publishers:



Seattle / Toronto / Göttingen / Bern.

Rihs-Middel, M., Seidenberg, A. (1999). Die heroingestützte Behandlung in der Schweiz: Band II: Praktische Umsetzung. Hans Huber Verlag: Bern.

Rihs, M., (1994). Medical prescription of narcotics in Switzerland. Basic issues and research plan. European Journal on Criminal Policy and Research 2(4), 69–83.

Rihs, M., Affentranger, P. (1995). Statusbericht über das Projekt «Ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln in der Schweiz». Schriftenreihe Jugendpolitik, Band IX. SPD-Partei Vorstand: Bonn.

Ronco, C., Berger Hoins, C., Arnold, J., Lanz, A. (1999). Drogenszenen, Struktur und Wandel von Drogenszenen in der Schweiz im Anschluss an die Aufhebung der offenen Drogenszene «Letten» in Zürich. In: Rihs-Middel, M., Eppler, E. Suchtforschung des BAG- 1996–1998. Bundesamt für Gesundheit: Bern.

Rossier-Affolter, R. (1996). Kostenanalyse über das «PROjekt zur ärztlichen Verschreibung von Betäubungsmitteln (PROVE)». Unveröffentlicht.

Ryser, H. (1999). Analyse der Todesfälle in den Versuchen für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Institut für Suchtforschung in Verbindung mit der Universität Zürich, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich: Zürich.

Schaefer, C., Haener, M. (1998). Kontrollierte Opiatabgabe in der Strafanstalt (KOST). Jahresbericht 1997. Kanton Solothurn, Strafanstalt Solothurn: Solothurn Oberschöngrün.

Schläpfer, T., Noss, R., Wielepp, J., Hämmig, R., Kinser, J., Brenneisen, R., Pearlson, G., Fisch, H. (1998). Regional cerebral blood flow changes after acute heroin administration. 37th Annual Meeting of the American College of Neuropsychopharmacology, Puerto Rico (Abstract).

Schweizerische Gesellschaft für Prävention im Gesundheitswesen, Gutzwiller, F., Stähli, R., Somogyi, P. (1997). Ziele zur Gesundheitspolitik für die Schweiz. Sozial- und Präventivmedizin 42 (Suppl.1), 1–80.

Schweizerischer Bundesrat (1991). Bundesratsbeschluss über Massnahmen des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme vom 20. Februar 1991. Bern.

Schweizerischer Bundesrat (1992). Beschlüsse des Bundesrates zur Umsetzung seiner Drogenpolitik. EDI-Pressemitteilung. Mai 1992. Beilage: Bericht über die Vernehmlassung, Presserohstoff. Eidg. Departement des Innern, Presse- und Informationsdienst: Bern.

Schweizerischer Bundesrat (1992). Verordnung über die Förderung der wissenschaftlichen Begleitforschung zur Drogenprävention und Verbesserung der Lebensbedingungen Drogenabhängiger vom 21. Oktober 1992. Bern.

Schweizerischer Bundesrat (1996). Verordnung über die Förderung der wissenschaftlichen Begleitforschung zur Drogenprävention und Verbesserung der Lebensbedingungen Drogenabhängiger. Änderung vom 21. Februar 1996. Bern.

Schweizerischer Bundesrat (1997). Verordnung über die Förderung der wissenschaftlichen Begleitforschung zur Drogenprävention und Verbesserung der Lebensbedingungen Drogenabhängiger. Änderung vom 15. Dezember 1997. Bern.

Schweizerischer Bundesrat (1999). Verordnung über die ärztliche Verschreibung von Heroin vom 8. März 1999. Bern.

Seidenberg, A. (1986). Enthaltbarkeit kann nicht mehr oberstes Therapieziel sein.



Soziale Medizin 13(12), 5–12. Ropress Zürich: Zürich.

Seidenberg, A. (1995). DDD – F. Diversifizierte Drogenverschreibung und Drogenabgabe an drogenabhängige Frauen in Zürich in der AruD-Poliklinik ZokL2. 3. Bericht über das 1. Halbjahr des 2. Betriebsjahres 1995. AruD: Zürich.

Seidenberg, A. (1995). Einige klinisch-pharmakologische Überlegungen zur diversifizierten Drogenverschreibung und Drogenabgabe (DDD). AruD: Zürich.

Seidenberg, A. (1995). Meinungen von Patientinnen (Anhang 5). In: Seidenberg, A. DDD – F. Diversifizierte Drogenverschreibung und Drogenabgabe an drogenabhängige Frauen in Zürich in der AruD-Poliklinik ZokL2. 3. Bericht über das 1. Halbjahr des 2. Betriebsjahres 1995.

Seidenberg, A. (1995). Verringert sich Delinquenz bei kontrollierter Opiatabgabe? Polizeiliche Feststellungen bei 55 Patienten/-innen mit betäubungsmittelgestützten Behandlungen in der Poliklinik ZokL2. Kriminologisches Bulletin de Criminologie 21(2), 49–60.

Seidenberg, A. (1996). DDD – F. Diversifizierte Drogenverschreibung und Drogenabgabe an drogenabhängige Frauen in Zürich in der AruD-Poliklinik ZokL2. 4. Bericht über das 2. Halbjahr des 2. Betriebsjahres 1995 und die ersten Monate 1996. AruD: Zürich.

Seidenberg, A. (1997). Maximalwirkung, Flash und Äquivalenzdosen bei für Opiode toleranten und semitoleranten Patienten. Unpubliziertes Arbeitsdokument. PROVE.

Seidenberg, A. (1997). Prinzipien der sicheren Opioidverordnung: Theorie eines pharmakokinetischen Dosierungsmodells und die computerisierte diversifizierte Drogenverschreibung und Drogenabgabe CDDD, PROVE.

Seidenberg, A., Honegger, U. (1998). Metadona, heroína y otros opioides – Manual médico para un tratamiento ambulatorio de mantenimiento con opioides. Traducción al español de Palma Sánchez, de Moya Rodriguez, Ángela Maldonado García y Francisco García Hurtado.

Seidenberg, A., Honegger, U. (1998). Methadon, Heroin und andere Opiode. Medizinisches Manual für die ambulante opioidgestützte Behandlung. Hans Huber: Bern.

Seidenberg, A., Kranich, C. (1989). Rekurs an den Regierungsrat des Kantons Zürich dagegen, dass dem Gesuch von A. Seidenberg, betäubungsmittelabhängigen Opiatkonsumenten Morphium verschreiben zu dürfen, durch die Gesundheitsdirektion nicht entsprochen wurde.

Seidenberg, A., Peng, M., Custer, R. (1999). Prinzipien der sicheren Opioidverordnung: Theorie eines pharmakokinetischen Dosierungsmodells und die computerisierte diversifizierte Drogenverschreibung und Drogenabgabe CDDD. In: Rihs-Middel, M., Seidenberg, A., (Hrsg.). Ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln: Praktische Umsetzung und erste Ergebnisse, PROVE Band 2, Bundesamt für Gesundheit. Hans Huber: submitted.

Speich, A. (1998). Heroin-Flüssiginhalation und Heroin-Pulverinhalation. In-vitro- und In-vivo-Studien im Rahmen der Versuche zur ärztlich kontrollierten Verschreibung von Betäubungsmitteln. Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde der Pharmazie der Medizinischen Fakultät der Universität Bern. Arbeit unter der Leitung von Prof. Dr. R. Brenneisen. Universität Bern: Bern.

Stalder, A. (1997). Heroin-Zigaretten, In-vitro- und In-vivo-Rauchstudien. Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde der Pharmazie der Medizinischen Fakultät der Universität Bern. Arbeit unter der Leitung von Prof. Dr. R. Brenneisen. Universität Bern: Bern.



Stalder, A., Lehmann, T., Bourquin, D., Brenneisen, R., Hämmig, R. (1997). In Vitro and In Vivo Smoking Experiments with Diacetylmorphine Cigarettes. Proceedings of the Congress of the Society of Forensic Toxicologists (SOFT), Denver. Abstract. Journal of Analytical Toxicology 21(93).

Steffen, T. (1998). Die HIV- und Hepatitis-Behandlung im Rahmen des Projektes für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln (PROVE). Workshop, Universität Hamburg. September.

Steffen, T. (1998). Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Fachtagung der Universität Innsbruck. März.

Steffen, T., Christen, St., Blättler, R., Gutzwiller, F. PROVE-Team (1999). Infectious Diseases and Public Health: Risk taking behaviour during participation in the Swiss programme for a Medical Prescription of Narcotics. Journal of Substance Use and Misuse.

Steffen, T., Christen, St., Gutzwiller, F., PROVE Team (1998). Programme for a medical prescription of narcotics: Infectious diseases and public health international workshop. Queen's University, Belfast. June.

Steffen, T., Gasser, M., Gutzwiller, F. (1998). Die medizinische Behandlungssituation von HIV-positiven, i.v. Drogenabhängigen in den Versuchen für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln (PROVE). Schweizerische Jahrestagung für Innere Medizin, Lausanne. Posterpräsentation.

Steffen, T., Kaufmann, B., Blättler, R., Dobler-Mikola, A., Gutzwiller, F., Uchtenhagen, A. (1999). Die heroingestützte Behandlung von Opiatabhängigen – bisherige und aktuelle Forschungsschwerpunkte. Das Gesundheitswesen 61.

Steffen, T., Uchtenhagen, A., Gutzwiller, F., Dobler-Mikola, A., PROVE Team (1998). Reduction of addictive and risk taking behavior during participation in a medically controlled heroin prescription program. 12th World Aids Conference, Geneva. June 28 to July 3.

Steffen, Th. (1996). Analysepläne zum Schlussbericht des medizinischen Bereichs PROVE. Institut für Suchtforschung. Zürich.

Steffen, Th. (1996). Analysepläne zum Schlussbericht des pharmakologischen PROVE. Institut für Suchtforschung. Zürich.

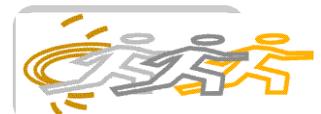
Steffen, Th. (1998). Die infektiologische Situation bei intravenös Drogenabhängigen in den Versuchen für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln (PROVE) unter besonderer Berücksichtigung von Public-Health-Aspekten. Universitäten Basel, Bern und Zürich: Basel.

Stohler, R., Hug, I., Knoll, B., Mohler, B., Ladewig, D. (1996). Erste Erfahrungen mit Entzugsbehandlungen von Teilnehmern und Teilnehmerinnen des diversifizierten Opiatverschreibungsprojekts Janus in Basel. First Experiences with Withdrawal Treatments of Participants in the Diversified Opiate-Prescription Project Janus in Basel. Schweizerische Rundschau für Medizin (Praxis) 85(48), 1537–1541.

Stohler, R., Hug, I., Kocher, R., Ladewig, D. (1996). EEG, EMG and ECG alterations during and after intravenous injection of opioids. Third Swiss Poster Meeting on Basic and Clinical Neuroscience. Bern, Inselspital.

Strang, J., Gossop, M. E. (1994). Heroin addiction and drug policy. The British system. Oxford University Press: London.

Subkommission «Drogenfragen» der Eidgenössischen Betäubungsmittelkommission



(1989). Aspekte der Drogensituation und Drogenpolitik in der Schweiz. Bundesamt für Gesundheitswesen: Bern.

Swiss Federal Office of Public Health (1996). The Swiss Strategy against Illicit Drug Abuse (Factsheet).

Swiss Federal Office of Public Health (1999). The Swiss drug policy – a fourfold approach (with special consideration of the medical prescription of narcotics). Swiss Federal Office of Public Health: Bern.

Swiss Narcotic Substances Commission, Methadone Working Group of the Sub-Commission on Drug Issues (1996). Swiss Methadone Report. Narcotic Substitution in the Treatment of Heroin Addicts in Switzerland (3rd edition). Swiss Federal Office of Public Health / Addiction Research Foundation: Bern.

Team MSH 1 (1998). Projekt MSH 1 – kontrollierte Betäubungsmittelabgabe St. Gallen. Jahresschlussbericht 1997. Trägerschaft: Stiftung «Hilfe für Drogenabhängige». St. Gallen.

Thome, F., Broers, B., Junet, C., Déglon, J. J., Bourquin, M., Mino, A., Perrin, L., Hirschel, B. (1995). Le déclin d'une épidémie: le VIH parmi les toxicomanes à Genève, 1988–1994. *La Presse Médicale* 24(24), 1099–1102.

Thüller, N., Lewis, M. Q. H. (1998). Methadonbehandlungen. *Forschung und Praxis im Kanton Bern*. Schweiz. Gesellschaft für Gesundheitspolitik SGGP/SSPS: Muri, Schweiz.

Tschacher, W. (1996). Auswertungsbericht. Projekt ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Statistische Auswertung der Doppelblind-Crossover-Studie in Bern (Heroin vs. Morphin i.v.). Unveröffentlicht.

Tschacher, W. (1997). Analysepläne zum Schlussbericht PROVE: 1. Bericht zu Doppelblindversuchen. Universitäre Psychiatrische Dienste Bern, Direktion Mitte/West. Unveröffentlicht.

Uchtenhagen, A. (1994). Diversifizierte Verschreibung von Betäubungsmitteln an Heroinabhängige: Grundlagen, Versuchsplan, Begleitforschung. *Schweizerische Rundschau für Medizin Praxis* (34), 931–936.

Uchtenhagen, A. (1994). Pilotprojekte zur diversifizierten Verschreibung von Betäubungsmitteln an Heroinabhängige in der Schweiz. In: Ladewig, D. Hrsg. Aspekte der aktuellen Drogenpolitik, Auswertung von Methadonbehandlungen in der Schweiz. Projekte zur Überlebenshilfe und diversifizierten Opiatabgabe, Gruppentherapie. *Drogen und Alkohol* Nr. 7. ISPA-Press: Lausanne.

Uchtenhagen, A. (1994). Verschreibung von Betäubungsmitteln an Heroinabhängige. Ziele und Programm der Pilotversuche in der Schweiz. *Sucht* (5), 342–349.

Uchtenhagen, A. (1995). Harm reduction: the case of Switzerland. *European Addiction Research* (1), 86–91.

Uchtenhagen, A. (1996). Program for a Medical Prescription of Narcotics. Second Interim Report of the Research Team. Abridged Version. Institut für Suchtforschung in Verbindung mit der Universität Zürich, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich: Zürich.

Uchtenhagen, A. (1998). Programme for a Medical Prescription of Narcotics: Summary of the Synthesis Report (July 1997). In: Nadelmann, E. *Heroin Maintenance Treatment. Research Summary*. The Lindesmith Center: New York, San Francisco.

Uchtenhagen, A. (1998). Treatment and treatment evaluation in the field of drug abuse in



Switzerland. Country report. Addiction Research Institute, University of Zurich: Zurich.

Uchtenhagen, A., Dobler-Mikola, A., Gutzwiller, F. (1993). Ärztlich kontrollierte Verschreibung von Betäubungsmitteln: Grundlagen, Forschungsplan, erste Erfahrungen. Beitrag im Weiterbildungsseminar für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den schweizerischen Heroinabgabeversuchen, Thun.

Uchtenhagen, A., Dobler-Mikola, A., Gutzwiller, F. (1995). Medically controlled diversified prescription of narcotics: a Swiss national project. Referat an der IV. International Conference on the Reduction of Drug Related Harm, Florenz.

Uchtenhagen, A., Dobler-Mikola, A., Gutzwiller, F. (1996). Medical prescription of narcotics. Background and intermediate results of a Swiss national project. *European Addiction Research* 2(4), 201–207.

Uchtenhagen, A., Dobler-Mikola, A., & Gutzwiller, F. (1996). Medically controlled prescription of narcotics: a swiss national projekt. *The International Journal of Drug Policy* 7(1), 28–33.

Uchtenhagen, A., Dobler-Mikola, A., Hättich, A., Gutzwiller, F. (1992). Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Gesamtversuchsplan. Unveröffentlicht. Uchtenhagen, A., Dobler-Mikola, A., Steffen, T., Gutzwiller, F., Blättler, R., Pfeifer, S. (1999). Prescription of Narcotics for Heroin Addicts – Main Results of the Swiss National Cohort Study. Karger: Basel.

Uchtenhagen, A., Gutzwiller, F., Dobler-Mikola, A. (1994). Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Gesamtversuchsplan und Ausführungsbestimmungen. In: Stiftung für Sozialtherapie (Hrsg.). *Vernetzung von Forschung und Praxis in der Suchttherapie. Drogalkohol 3.*

Uchtenhagen, A., Gutzwiller, F., Dobler-Mikola, A. (1994). Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Studienprotokoll der Begleitevaluation. Sozialpsychiatrischer Dienst der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich: Zürich.

Uchtenhagen, A., Gutzwiller, F., Dobler-Mikola, A. (1997). Esperimenti concernenti la prescrizione medica di stupefacenti. Rapporto conclusivo degli incaricati alla ricerca. Riassunto del rapporto di sintesi. Institut für Suchtforschung / Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich: Zürich.

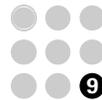
Uchtenhagen, A., Gutzwiller, F., Dobler-Mikola, A. (1997). Essais de prescription médicale de stupéfiants. Rapport final des mandataires de la recherche. Rapport de synthèse. Institut für Suchtforschung / Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich: Zürich.

Uchtenhagen, A., Gutzwiller, F., Dobler-Mikola, A. (1997). Essais de prescription médicale de stupéfiants. Rapport final des mandataires de la recherche. Résumé du rapport de synthèse. Institut für Suchtforschung / Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich: Zürich.

Uchtenhagen, A., Gutzwiller, F., Dobler-Mikola, A. (1997). Programme for a Medical Prescription of Narcotics. Final Report of the Research Representatives. Summary of the Synthesis Report. Addiction Research Institute / Institute for Social and Preventive Medicine of the University of Zurich: Zürich.

Uchtenhagen, A., Gutzwiller, F., Dobler-Mikola, A. (1997). Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Abschlussbericht der Forschungsbeauftragten. Synthesebericht. Institut für Suchtforschung / Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich: Zürich.





Uchtenhagen, A., Gutzwiller, F., Dobler-Mikola, A. (1997). Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Abschlussbericht der Forschungsbeauftragten. Zusammenfassung des Syntheseberichts. Institut für Suchtforschung / Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich: Zürich.

Uchtenhagen, A., Gutzwiller, F., Dobler-Mikola, A. (1998). Programme for a Medical Prescription of Narcotics. Final Report of the Research Representatives. Synthesis Report. Institut für Suchtforschung / Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich: Zürich.

Uchtenhagen, A., Gutzwiller, F., Dobler-Mikola, A. (1998). Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Gesamtversuchsplan und Ausführungsbestimmungen. In: Stiftung für Sozialtherapie (Hrsg.). Vernetzung von Forschung und Praxis in der Suchttherapie. Drogalkohol 3.

Uchtenhagen, A., Gutzwiller, F., Dobler-Mikola, A., Blättler, R. (1995). Essais de prescription médicale de stupéfiants: rapport intermédiaire des mandataires de la recherche. Version abrégée. Institut für Suchtforschung in Verbindung mit der Universität Zürich, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich: Zürich.

Uchtenhagen, A., Gutzwiller, F., Dobler-Mikola, A., Blättler, R. (1995). Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Zwischenbericht der Forschungsbeauftragten. Institut für Suchtforschung in Verbindung mit der Universität Zürich, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich: Zürich.

Uchtenhagen, A., Gutzwiller, F., Dobler-Mikola, A., Blättler, R. (1996). Essais de prescription médicale de stupéfiants: deuxième rapport intermédiaire des mandataires de la recherche. Version abrégée. Institut für Suchtforschung in Verbindung mit der Universität Zürich, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich: Zürich.

Uchtenhagen, A., Gutzwiller, F., Dobler-Mikola, A., Blättler, R. (1996). Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Zweiter Zwischenbericht der Forschungsbeauftragten. Institut für Suchtforschung in Verbindung mit der Universität Zürich, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich: Zürich.

Uchtenhagen, A., Gutzwiller, F., Dobler-Mikola, A., Blättler, R. (1996). Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Zweiter Zwischenbericht der Forschungsbeauftragten. Kurzfassung. Institut für Suchtforschung in Verbindung mit der Universität Zürich, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich: Zürich.

Uchtenhagen, A., Gutzwiller, F., Dobler-Mikola, A., Blättler, R. (1996). Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Zwischenbericht der Forschungsbeauftragten. Kurzversion. Institut für Suchtforschung in Verbindung mit der Universität Zürich, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich: Zürich.

Uchtenhagen, A., Gutzwiller, F., Dobler-Mikola, A., Hättich, A. (1993). Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Gesamtversuchsplan und Ausführungsbestimmungen. Sozialpsychiatrischer Dienst der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich, Bundesamt für Gesundheitswesen: Zürich.

Uchtenhagen, A., Gutzwiller, F., Dobler-Mikola, A., Hättich, A. (1994). Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Internes Dokument Nr. 1. Instruktionsmaterial zur Begleitevaluation. Sozialpsychiatrischer Dienst der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich: Zürich.

Uchtenhagen, A., Gutzwiller, F., Dobler-Mikola, A., Rihs-Middel, M. (1995). Essais concernant la prescription de stupéfiants sous contrôle médical. Plan global de recherche



et conditions d'application. Office fédéral de la santé publique: Bern.

Uchtenhagen, A., Gutzwiller, F., Dobler-Mikola, A., Rihs-Middel, M. (1995). Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Gesamtversuchsplan und Ausführungsbestimmungen. Bundesamt für Gesundheitswesen: Bern.

Uchtenhagen, A., Gutzwiller, F., Dobler-Mikola, A., Steffen, T. (1997). Programme for a medical prescription of narcotics. A synthesis of results. *European Addiction Research* 3(4), 160–163.

Uehlinger, C. Hauser, C. (1998). Allergic Reactions with Injectable Methadone (in press). *American Journal of Psychiatry*.

Uehlinger, C., Cœuvray, K., Vienny, A., Waldvogel, D. (1998). Injecting Frequencies in an Intravenous Methadone Maintenance Program. 60th Congress of the College on Problems of Drug Dependence, Phoenix, Arizona (Poster).

Ufficio federale della sanità pubblica (1997). La politica della Confederazione in materia di droga (Factsheet).

Ufficio federale della sanità pubblica (1998). Dati e fatti sulla politica della Confederazione in materia di droga. Documentazione.

Utiger, U., Vontobel, U., Eastus, C. (1997). Richtlinien und Empfehlungen für die Abgabe der Drogenverschreibungsstellen. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. Unveröffentlicht.

Vienny, A. H. (1993). L'utilisation de la méthadone injectable dans un encadrement pluridisciplinaire. Projet du canton de Fribourg. Le Tremplin (Unité spécialisée en toxicomanie) et Centre Psychosocial du canton de Fribourg: Fribourg.

Vienny, A. H. (1995). Eléments d'une évaluation intermédiaire portant sur l'impact de PROMI auprès des participants. Annexe 2 au rapport du projet fribourgeois méthadone injectable PROMI de décembre 1995. Le Tremplin (Unité spécialisée en toxicomanie) et Centre Psychosocial du canton de Fribourg: Fribourg.

Vienny, A. H. (1995). Méthadone injectable dans le cadre du projet fédéral PROVE. Description et tendance de l'essai fribourgeois. Annexe 1 au rapport du projet fribourgeois méthadone injectable PROMI de décembre 1995. Le Tremplin (Unité spécialisée en toxicomanie) et Centre Psychosocial du canton de Fribourg: Fribourg.

Vienny, A. H. (1995). Rapport. Projet fribourgeois méthadone injectable PROMI. Décembre 1995. Le Tremplin (Unité spécialisée en toxicomanie) et Centre Psychosocial du canton de Fribourg: Fribourg.

Vienny, A. H. (1995). Rapport. Projet fribourgeois méthadone injectable PROMI. Septembre 1995. Le Tremplin (Unité spécialisée en toxicomanie) et Centre Psychosocial du canton de Fribourg: Fribourg.

Vienny, A. H. (1996). PROMI. Projet fribourgeois méthadone injectable. Visite du groupe des experts de l'Organisation Mondiale de la Santé du 14 mai 1996. Non publié. Le Tremplin (Unité spécialisée en toxicomanie) et Centre Psychosocial du canton de Fribourg: Fribourg.

Vienny, A. H. (1996). Rapport final. Projet fribourgeois méthadone injectable PROMI (décembre 1996). Le Tremplin (Unité spécialisée en toxicomanie) et Centre Psychosocial du canton de Fribourg: Fribourg.



Vienny, A. H. (1996). Rapport. Projet fribourgeois méthadone injectable PROMI (juillet 1996). Le Tremplin (Unité spécialisée en toxicomanie) et Centre Psychosocial du canton de Fribourg: Fribourg.

Vontobel, U., Locher, U., Schmid, R., Hämmig, R., Kury, P., Affentranger, P., Markert, M., Feller, M., Gerber, R. (1996). Diversifizierte ärztliche Drogenverschreibung: Stufenprogramm. Unveröffentlicht. Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern. Bern.

VSD (1985). Protokolle der Arbeitsgruppe BetmG-Revision des Vereins Schweizerischer Drogenfachleute (VSD). VSD / Arbeitsgruppe BetmG-Revision.

VSD (1989). Protokoll der Fachgruppe Justiz des Vereins Schweizerischer Drogenfachleute (VSD) zur Opiatabgabe.

VSD (1991). Randomisierter Versuch der diversifizierten Drogenverschreibung und Drogenabgabe. Bericht der Arbeitsgruppe Diversifizierte Drogenverschreibung und Drogenabgabe des Vereins Schweizerischer Drogenfachleute VSD. Unveröffentlicht.

Waldvogel, R. (1998). – Nur für internen Gebrauch bestimmt! – Projekt Lifeline/Crossline. Ein wissenschaftlicher Versuch mit der Verschreibung von Betäubungsmitteln. Schlussbericht für die Pilotphase vom 1. Januar bis 31. Dezember 1997. Ambulante Drogenhilfe, Sozialdepartement der Stadt Zürich. Zürich.

Weber, C., Cœuvray, K., Cœuvray, B., Uehlinger, C. (1996). Methadone injectable dans le cadre du projet fédéral PROVE. Description et tendance de l'essai fribourgeois. 50^e congrès de la Société suisse de psychiatrie à Berne (Poster).

Weichelt, M. (1998). Projekt ZOPA. Jahresbericht 1997. Projekt ZOPA, Zug: Zug.

Wielepp, J., Noss, R., Bundeli, P., Kinser, J., Hämmig, R., Brenneisen, R., Schläpfer, T. (1998). Differential cerebral blood flow changes associated with rush and euphoria after i. v. heroin administration. Vortrags-Abstract. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Nuklearmedizin, Leipzig.

Zarotti, G. (1992). Erhaltungsprogramme für Drogenabhängige in Grossbritannien. Sozialamt der Stadt Zürich: Zürich.

Zeltner, T. (1999). Der Bericht der von der WHO eingesetzten Expertengruppe über die Schweizer Versuche mit der Ärztlichen Verschreibung von Heroin aus der Sicht des Bundesamtes für Gesundheit. Bundesamt für Gesundheit: Bern.

Zeltner, T., Swiss Federal Office of Public Health (1998). The Swiss Heroin Prescription Program as Part of Swiss Drug Policy. (ONDCP Mc Caffrey's Visit to Zurich, Switzerland, July 15, 1998). Bern.

