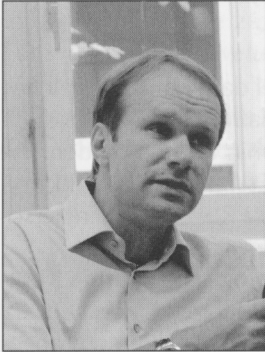


Interview mit Martin Hošek

aus: Schmid, Otto; Müller, Thomas. 2008. Heroin - Von der Droge zum Medikament. Eine Chronik Der Heroingestützten Behandlung in Basel von 1994 - 2008. Lengerich: Pabst Science Publishers. S. 168 - 174



■ Angaben über Ihre Person und zu Ihrer Rolle zum beschriebenen Zeitpunkt und heute:

1990 machte ich mein Lizentiat in Sozialarbeit an der Universität Fribourg mit den Nebenfächern Psychopathologie und Tiefenpsychologie sowie Theologie. Damals arbeitete ich studienbegleitend auf der Amtsvormundschaft. Im selben Jahr wurde ich von der Stiftung „le Tremplin“ in Fribourg, welche stationäre Angebote, aber auch eine ambulante Beratungsstelle im Drogenbereich anbietet, angestellt. Nebst meiner Beratertätigkeit, Einzel- und Familientherapien arbeitete ich zusätzlich an einigen weiteren Projekten mit. So haben wir zum Beispiel die Notschlafstelle in Fribourg eingerichtet. Dieses Projekt wurde mit einer

Anschubfinanzierung des Bundesamtes für Gesundheit (BAG), welches sich ab 1991 im Rahmen der Vier-Säulen-Politik auch für Angebote in der Überlebenshilfe engagierte, ermöglicht. Im Rahmen dieser Tätigkeit wurde ich mit den Strukturen der Suchthilfe vertraut. Aufgrund der finanziellen Beteiligung des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) mussten wir später einen Abschlussbericht über die Notschlafstelle einreichen und in einem Kapitel des Berichtes haben wir weitergehende Empfehlungen für Maßnahmen abgegeben. Unserer Meinung nach brauchte es vor allem zwei Dinge: erstens eine Wohngemeinschaft oder betreute Wohngruppe für Menschen, die substituiert werden, und zweitens das Angebot von nichtmedizinalisierten Entzügen. Dieser Bericht ging in Kopie an den Kanton Fribourg. Ohne dass wir in der Folge noch irgendetwas dazu getan hätten, wurde mein Anstellungsträger „le Tremplin“ vom Kanton beauftragt, eine Wohngruppe für Methadonsubstituierte zu gründen, und es wurde eine Projektgruppe „Entzug“ gebildet. Dies war meine erste Begegnung mit der Vier-Säulen-Politik vom Feld her und ein sehr gutes Erlebnis. Es zeigte mir auch auf, wie Gedanken und Ansätze ankommen und ihren Weg machen.

Später hat sich der Kanton Fribourg auch an PROVE (Projekt für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln) beteiligt. In diesem Projekt namens „Promi“ wurden jedoch lediglich ca. 35 Personen mit Methadon behandelt, weshalb auch nur mäßige Erfolge erzielt wurden. Jedoch war das damals das Maximum dessen, was politisch im Kanton Fribourg möglich war. Damals war ich Mitglied des VSD (Verband Suchtfachleute Deutschschweiz) und habe sehr viel Hoffnung in die heroingestützte Behandlung gesetzt. Vom Verband aus waren wir damals jedoch skeptisch, ob diese Behandlungsform mit solch restriktiven Bedingungen, mit welchem die HeGeBe (heroingestützte Behandlung) aufgeleitet war, überhaupt einen Erfolg erzielen könne. Der VSD erstellte diesbezüglich eine Pressemitteilung mit dem Titel „Zum Scheitern verurteilt?“, worin beschrieben wurde, was an der Studienordnung aus deren Sicht nicht gut war und dass der Eindruck entstehe, die

Studienanordnung wäre vom Beginn an so ausgelegt worden, dass es sicher schiefgehen müsse.

In diese Jahre fiel auch der Abstimmungskampf um die Initiative „Jugend ohne Drogen“ im Herbst 1997. Ich habe in der Folge als Mitglied des kantonalen Abstimmungskomitees die Auseinandersetzungen geführt und mitgefiebert, was im Rest der Schweiz geschah. Zum Bundesamt für Gesundheit (BAG) kam ich nicht ganz wie die Jungfrau zum Kind. Bereits seit 1995 fand ich, dass das Bundesamt für Gesundheit (BAG) und insbesondere die für die heroingestützte Behandlung zuständige Abteilung gute Arbeit leistet. Erst 1999 ergab sich jedoch für mich die Gelegenheit, eine Stelle zu erhalten, die den Namen „Heroingestützte Behandlung, Unterstützung und Betreuung“ trug. Hauptbestandteil war es, bei den damals 19 Zentren für heroingestützte Behandlung einerseits zu kontrollieren, ob die Vorgaben eingehalten wurden, sie andererseits aber auch zu coachen, sich über Probleme auszutauschen, das Projekt „Qualitätsentwicklung“ zu initiieren, Weiterbildungen anzubieten und weitere Funktionen zum Beispiel in der Forschungsbetreuung wahrzunehmen. Diese Stelle besetzte ich fast sechs Jahre lang und konnte in dieser Zeit auch doktoreieren. Nach Abschluss begann ich ein neues Projekt, welches die Optimierung der Substitutionsbehandlungen in der Schweiz begleiten sollte. Wir profitierten dabei von den Erfahrungen mit HeGeBe, jedoch in einem ganz anderen Feld und mit anderen Möglichkeiten und Schwierigkeiten. Bei HeGeBe hat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) eine gewisse Verfügungsbefugnis, bei der Behandlung mit Buprenorphin, Subutex® und Methadon ist die Situation anders, hier sind die Kantone hoheitlich zuständig. Hier muss man mit Überzeugen und mit „guten Worten“ und Anreizen arbeiten, was eine ganz andere Dynamik mit sich bringt. Jedoch ist es sehr spannend zu sehen, was dort möglich ist.

■ **Wie haben Sie HeGeBe wahrgenommen, bevor Sie zum Bundesamt für Gesundheit dazugestoßen sind?**

An und für sich als etwas, das zu „zaudernd“ angegangen wurde. Ich gehörte zu jenen, die der Meinung waren, die heroingestützte Behandlung müsse unbedingt eingeführt werden und sei nötig. Die Bedingungen der Forschungsanlage von 1994 bis 1996 waren so restriktiv, dass wir aus der Behandlungspraxis heraus den Eindruck hatten, es würde mit „angezogener Handbremse“ angefahren. Heute sehe ich es etwas anders, da ich eine bessere Einsicht in die Angelegenheit habe. Heute habe ich den Eindruck, dass die Beteiligten damals bei all den politischen Widerständen und was die Gesetzesauslegung anging, an die Grenze des Machbaren gegangen sind.

■ **Seit dem Jahr 1999 sind Sie als wissenschaftlicher Mitarbeiter des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) beschäftigt. Was genau waren oder sind die aktuellen wissenschaftlichen Fragestellungen des BAG im Bezug auf HeGeBe?**

Als ich im Bundesamt für Gesundheit (BAG) zu arbeiten begonnen habe, war die große PROVE-Kohortenstudie bereits abgeschlossen. Es ging nun darum, die Ergebnisse zu publizieren und auch zu konsolidieren. Kaum hatte ich damit angefangen, kam der Bericht der Expertengruppe der WHO (World Health Organization), in dem einige Dinge an der Studie kritisiert wurden, unter anderem auch die Datenauswertung. 2001 publizierte Jürgen Rehm, damals bereits im ISGF (Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung) beschäftigt, in der Fachzeitschrift The Lancet einen Artikel, in welchem die Ergebnisse von PROVE mit anderen statistischen Methoden noch einmal analysiert wurden. Es ging dabei darum aufzuzeigen, wie sich die Resultate verhalten, wenn man andere als von der WHO

kritisierte Methoden verwendet. Die positiven Resultate der Kohortenstudie wurden bestätigt.

Natürlich wurden auch spezifische Teilbereiche der Behandlung untersucht. Eine Überraschung – jedenfalls für mich – war, dass so viele Menschen zusätzlich zur Drogenabhängigkeit auch eine psychische Krankheit hatten. Man forschte also über die Komorbidität und machte sich Gedanken darüber, woran diese Leute wirklich leiden und welche vernünftige Behandlung im Rahmen von HeGeBe möglich wäre.

Weiter musste man die Mortalität immer im Auge behalten. Ein Befürchtung war, dass die Patienten in HeGeBe „wegsterben“ würden, da sie ja weiterhin konsumieren würden. Das ist jedoch nicht eingetreten, die Mortalität war und ist sehr niedrig.

Ein Problem, das natürlich auch qualitätsrelevant im Hinblick auf die Resultate der Behandlung war, war der Konsum von weiteren Substanzen. Es gab diesbezüglich einige Publikationen, insbesondere über den Beikonsum von Kokain.

Zum Thema Langzeitbehandlung stellte man sich die Frage, wie lange eine Behandlung dauern soll. Hier zeigten einige Resultate, dass nach zwei Jahren Behandlungsdauer der Anteil jener, die bei einem Austritt einen positiven Übertritt haben, zunimmt. Gleichzeitig muss man nach elf Jahren HeGeBe sagen, dass 20 % der Personen, die 1994 die Behandlung angefangen haben, noch immer in Behandlung sind – das ist noch immer ein Thema. Im Augenblick beschäftigt uns die Erforschung von oralen, nicht invasiven Formen von Heroin. Die Studie über die Herointabletten ist abgeschlossen und wir warten, ob die Resultate dazu führen, dass die Tabletten als Medikament registriert werden können.

■ Was genau waren die Hauptkritikpunkte der WHO an HeGeBe?

Das war hauptsächlich das Fehlen der Vergleichsgruppe und dass man keine Randomisierung vorgenommen hatte. Die Randomisierung war zu Beginn der Studie vorhanden, jedoch wandelte man die Morphin- und Methadonplätze sehr bald in Heroinplätze um, da bei den anderen beiden Substanzen Nebenwirkungen auftraten, die sehr gravierend waren.

Weiter wurde die Datenauswertung bemängelt und vor allem der Vorwurf erhoben, dass man aufgrund der Forschungsanlage nicht genau wisse, ob nun das Heroin oder die Begleitbehandlung und -betreuung gewirkt habe. Die positiven Wirkungen der Behandlungen konnten nicht attribuiert werden.

Das Problem mit der Randomisierung wurde seither von der in Holland durchgeführten Heroinstudie geklärt. Dort kam man zu ähnlichen Resultaten wie bei PROVE. Was die Frage der Attribution der Resultate angeht, habe ich mit meiner Dissertation einen Versuch der Klärung unternommen. Weiter wurde das in einer größeren und methodisch anspruchsvolleren Anordnung in der Heroinstudie in Deutschland berücksichtigt. Dort stellte man fest, dass sowohl die Substanz Heroin als auch die Begleitbetreuung positive Resultate erzeugen. In Deutschland wurde ein achtarmiger Versuch durchgeführt, bei welchem zwei verschiedene psychosoziale Interventionsformen gegeneinander verglichen wurden. Was an diesem Konzept etwas schwierig war, war, dass der Vergleich mit unbehandelten Heroinabhängigen fehlte. Jedoch erhielt die Hälfte der Personen, die aus dem Methadonprogramm kamen, nur Methadon und bildete so eine Art Vergleichsgruppe. Der Unterschied bei dieser Gruppe war die intensivere psychosoziale Betreuung während der Heroinstudie. Die Resultate zeigten deutlich, dass es diesen Patienten sehr viel besser ging als im vorherigen Methadonprogramm ohne strukturierte psychosoziale Betreuung. Weiter wurde beobachtet, dass es auch jenen Heroinpatienten, die nur ganz wenig oder keine Betreuung in Anspruch nahmen, besser ging als jenen mit Methadon, was die bes-

sere Wirkung der Substanz Heroin bei dieser Gruppe von Patienten bestätigte. So konnte mittlerweile gut nachgewiesen werden, dass sowohl die Substanz als auch die Begleitbetreuung ihren Teil zu den positiven Resultaten beitragen.

■ **Was waren aus wissenschaftlicher Sicht die größten Probleme bei HeGeBe bzw. bei der wissenschaftlichen Aufbereitung der Daten/Fakten?**

Ein Problem für das Forschungsinstitut bestand darin, die Daten rechtzeitig zu bearbeiten. Es war eine Geduldsarbeit, die Institutionen immer wieder um diese Daten zu bitten. Die größte Herausforderung in diesem Dreieck aus Forschung, Praxis (den Behandlungszentren) und Bundesamt für Gesundheit (BAG) war meiner Meinung nach, einen produktiven Austausch aufrechtzuerhalten. Die Praxis musste von der Forschung so ernst genommen werden, dass sie motiviert blieb, die Daten zu liefern, und die Forschungsverantwortlichen mussten danach die Resultate so zurückspeisen, dass sie für die Praxis nützlich waren. In diesem Spannungsfeld war es die Aufgabe des Bundesamtes für Gesundheit (BAG), regulierend einzuwirken. Auch im Rahmen der Qualitätsentwicklung HeGeBe, deren Leiter ich war, ging es darum, diese Forschungsergebnisse in die Praxis zurückzubringen und sie für die Behandlungszentren nutzbar zu machen. Wenn an Peer-Teaching-Tagungen spürbar wurde, dass dieser Kreislauf funktionierte, waren das jeweils sehr schöne Erlebnisse. Allerdings gab es manchmal auch gegenseitiges Unverständnis und zuweilen mangelte es an der Bereitschaft, sich auf die andere Sphäre einzulassen.

■ **Sie haben 2003 an der philosophischen Fakultät Zürich eine Doktorarbeit mit dem Titel „Psychosoziale Betreuung von schwer Drogenabhängigen: Beitrag der sozialen Arbeit zum Ergebnis der heroingestützten Behandlung“, geschrieben. Dieser Arbeit zufolge leistet die psychosoziale Betreuung einen wesentlichen Beitrag zum Erfolg von HeGeBe. Wurde dieser von Anfang an eine so hohe Gewichtung zugestanden bzw. wie reagierte die Medizin auf diesen Anspruch?**

Der Forschungsleiter von PROVE, Ambros Uchtenhagen hatte sich als Sozialmediziner bereits vor PROVE mit psychosozialen Belangen beschäftigt. Man kann sicher behaupten, dass der psychosozialen Betreuung von Anfang an eine große Rolle beigemessen wurde. In seinen Schlussempfehlungen hat Uchtenhagen 1997 im Abschlussbericht geschrieben, dass er in einem strikt geregelten Setting mit medizinischer und sozialer Begleitbehandlung die Weiterführung der Heroinerschreibung empfehlen könne. Diese Begleitbehandlung war also von Anfang an eingeschlossen und hat sich bewährt.

Als ich 1999 ins Bundesamt für Gesundheit (BAG) gekommen bin, bearbeite ich die ersten Institutionsbewilligungen, in welchen die Auflage bestand, dass pro Patient 1.7 Stellenprozente psychosoziale Betreuung und gleich viel ärztliche Betreuung vorhanden sein muss. Dies war auf einer normativen Ebene die Verankerung der Erkenntnis, dass es das ganze „Paket“ benötigt.

Im Rahmen meiner Doktorarbeit wollte ich nun auch herausfinden, wer wie viel von dieser Arbeit leistet und wo man eine Wirksamkeit sieht und wo nicht. Von medizinischer Seite kamen hier keine Widerstände. Es wurde nicht in Frage gestellt, ob die psychosoziale Betreuung etwas bewirke. Was ich nicht herausfinden und belegen konnte, ist, inwiefern die ärztlichen Konsultationen wirkungsvoll sind. Das kann allerdings sehr wohl mit methodischen Problemen in Zusammenhang stehen, da ärztliche Betreuung weniger häufig ist. Da bräuchte es einfach größere Stichproben, bis etwas statistisch Signifikantes aufgezeigt werden könnte. Das Resultat der Arbeit, die ich machen durfte, war, dass HeGeBe ein gu-

tes Beispiel für interdisziplinäre Zusammenarbeit ist, und dies wird so nicht mehr in Frage gestellt, was mich sehr freut.

■ **Im Rahmen Ihrer Tätigkeit im Bundesamt für Gesundheit (BAG) konnten Sie die verschiedenen HeGeBe-Zentren der Schweiz besuchen und kennen lernen. Was waren oder sind die größten Unterschiede zwischen den Zentren und gibt es etwas, das Ihnen speziell in Basel aufgefallen ist?**

Am Anfang, also für mich 1999, hatte man den Eindruck, dass diese Zentren sehr unterschiedliche Philosophien hatten. Man muss sich vergewärtigen, dass die Substitutionsbehandlung in vielen anderen Ländern als Schadensminderung verstanden wird. Die Schweiz ist eines der wenigen Länder, die die Substitution in die Säule Therapie stellt. Diese verschiedenen Ausrichtungen hat man in den HeGeBe-Zentren 1999 gespürt. Es gab jene Zentren, die eine Schadensminderungstradition und jene, die schergewichtig eher eine medizinische, psychosoziale oder sozialarbeiterische Ausrichtung hatten. Diese Vielfalt ist zum Glück auch heute noch nicht ganz verschwunden. Aufgrund der Verordnung über die ärztliche Verschreibung von Heroin, des im Jahr 2000 erschienenen Handbuches sowie der Zentrumsbesuche, die damals Nicole Stutzmann und ich durchgeführt haben, beobachtete ich eine allmähliche Annäherung des Selbstverständnisses der Zentren, was aber auf keinen Fall als Uniformisierung verstanden werden soll. Diese Entwicklung ging aber nicht von selbst vor sich. Da musste man sich erst behaupten mit einer Verordnung, in der vieles reglementiert und eingeschränkt wurde. Diese Verordnung wie auch das Handbuch sind zum größten Teil evidenzbasiert und haben nichts mit nutzloser Bürokratie zu tun. Die Akzeptanz stellte sich denn auch im Laufe der Zeit ein.

Das Janus in Basel hat in den letzten acht Jahren eine enorme Entwicklung durchgemacht. Als ich im Sommer 1999 das erste Mal nach Basel kam, hatte ich den Eindruck eines Zentrums, wo die Verantwortlichen – wie soll ich sagen – etwas auf einsamem Posten zu kämpfen schienen. Durch die Integration des Janus in die Klinik gab es dann einen „Ruck“. Einerseits war da der personelle Wechsel, Otto Schmid und Marcus F. Kuntze haben die Abteilungsleitung übernommen und ich hatte den Eindruck, dass dies eine Bewegung ins ganze Projekt brachte. Es war für mich enorm interessant, zu sehen, was zwei Personen in leitender Position, die sich gut verstehen, ausrichten und in Gang bringen können. Das Zweite war die Eingliederung des Projektes als Abteilung in die Klinik, das Einbinden in die Strukturen und das damit verbundene Profitierenkönnen vom Know-how der restlichen Klinik. Ich habe das Janus vor einem Jahr das letzte Mal gesehen und es ist für mich eines der großen Zentren in der Schweiz, das ein gutes Gleichgewicht zwischen individueller Betreuung und Effizienz an den Tag legt.

■ **Mitte 2003 wurde der dringliche Bundesbeschluss über die Verschreibung von Heroin bis 2009 verlängert. Inwiefern war das Bundesamt für Gesundheit (BAG) in die politische Meinungsbildung involviert bzw. hat das BAG von sich aus Schritte eingeleitet, um eine Mehrheit für die Verlängerung zu gewinnen?**

Die Meinungen im Parlament waren größtenteils bereits gemacht. Es war noch nicht lange her, seit die offenen Drogenszenen unter anderem auch dank der heroingestützten Behandlung als einer flankierenden Maßnahme geschlossen werden konnten, so dass es dort wenig Überzeugungsarbeit brauchte. Die Forschungsergebnisse haben auch für sich gesprochen. Im Rahmen der Botschaft haben wir den Bundesrat und er das Parlament informiert.

■ **Wie beurteilen Sie die heutige Situation der Drogenpolitik in der Schweiz und wie schätzen Sie den Erfolg der heroingestützten Behandlung ein?**

Die Drogenpolitik in der Schweiz ist heute sicher weniger offensiv und proaktiv, als sie das in den 1990er-Jahren gewesen ist. Es gibt hoffnungsfrohe Anzeichen und es gibt Besorgnis Erregendes. Sorgen macht mir die Gefahr, dass mit dem weniger sichtbaren Drogenproblem diese Politik langsam verschwinden und man sie vergessen würde, obschon es auch heute weiter Drogenabhängige gibt und diese unsere Hilfe brauchen. Es gibt aber andererseits Anzeichen, dass man das Prinzip der 4 Säulen Prävention, Schadensminderung, Therapie und Repression auch auf andere Suchtprobleme anwenden kann und will. Der Bericht von „psychoaktiv.ch“, der eidgenössischen Drogenkommission geht in diese Richtung. Das vermehrte Zusammengehen von Prävention und Behandlung könnte zu Synergieeffekten führen, die für alle nützlich sind. Ein hoffnungsvolles Signal diesbezüglich ist zum Beispiel der Zusammenschluss des Schweizerischen Fachverbandes Alkohol- und Suchtfachleute (A+S) und des Verbandes der Sucht- und Drogenfachleute Deutschschweiz (VSD) zum Fachverband Sucht, der die beiden Aspekte illegale und legale Suchtmittel umfasst. Insgesamt ist die Drogenproblematik aber nicht mehr so stark in den Schlagzeilen der Tagesaktualität wie noch vor zehn Jahren.

Der Erfolg der heroingestützten Behandlung ist, dass die Patienten weiterhin leben und dass sie eine Perspektive haben, die sie vermutlich ohne HeGeBe nicht mehr hätten. Ein zweiter Punkt ist die Zerstörung des Rufes von Heroin als Rebellendroge. Durch die heroingestützte Behandlung wurde Heroin zu einer Verliererdroge, die man in der Klinik beziehen muss. Dieser Umstand ist mit Rebellentum wenig vereinbar. Es gibt Anzeichen dafür, dass dies einen präventiven Effekt hat. Wesentlich weniger Jugendliche als noch vor 15 Jahren steigen heute in den Heroinkonsum ein, was ein sehr positives Signal ist.

■ **Was, schätzen Sie, könnten in Zukunft die größten Probleme oder Herausforderungen von HeGeBe sein?**

Laut einer Studie, die Carlos Nordt und Rudolf Stohler im *The Lancet* veröffentlicht haben, nimmt die Zahl der Heroinabhängigen im Kanton Zürich um 4 % pro Jahr ab. Für die heroingestützte Behandlung heißt dies, dass zurzeit wohl nicht mit stark zunehmenden Patientenzahlen zu rechnen ist.

Ein Problem sehe ich in der Therapiedauer. Früher war die Haltung, dass man gut behandelt hat, wenn die Patienten möglichst lange bleiben. Heute hat man den Eindruck, dass die Patienten stehen bleiben, und man fragt sich, was es denn sonst noch gäbe. Die größte Herausforderung ist es, sinnvolle Alternativen anzubieten. Darin ist die ganze Frage der sozialen Integration enthalten, die nicht nur die HeGeBe-Patienten betrifft, sondern der sich eine Gesellschaft, die sich die letzten Jahre auch von der Vollbeschäftigung verabschieden musste, als Ganzes stellen muss. Was machen wir mit Patienten, die dauernd vom Arbeits- und Beschäftigungsmarkt ausgeschlossen sind? Wie kann man diesen eine sinnvolle Alternative bieten? Es geht darum Alternativen anzubieten, bei denen diese Menschen einer Beschäftigung nachgehen können, die ihnen angepasst ist, und sie so vielleicht sogar einen Teil ihres Geldes selbst erwirtschaften könnten. Vor allem aber sollten sie weiterhin soziale Kontakte pflegen und mehr tun können, als um die eigenen Probleme zu kreisen. Die Frage einer sinnvollen Integration im Hinblick auf die lange Therapiedauer ist der eine Problemkreis. Der andere ist die Integration der Behandlung ins Suchthilfenetz oder in die Psychiatrie. Am Anfang, dafür ist das Janus ein sehr gutes Beispiel, waren die HeGeBe-Zentren Institutionen, die niemand richtig bei sich im Haus haben wollte. Mittlerweile sieht man, dass man mit HeGeBe-Patienten wie mit anderen Psychia-

trierpatienten oder Menschen mit sozialen Problemen umgehen kann. Die Integration der Zentren schreitet fort, jedoch ist sie noch nicht abgeschlossen.

■ **Nochmals zurück zum Artikel von Rudolf Stohler: Er sagt ja, dass es in ein paar Jahren keine Heroinabhängigen mehr geben wird. Schätzen Sie das ähnlich ein?**

Zukunftsperspektiven sind sehr schwierig zu stellen. Die Indikatoren, die wir zur Verfügung haben, zum Beispiel die Verzeigungen, die Anzahl Substitutionsbehandlungen mit Methadon, die Anzahl neuer Methadonbehandlungen oder das Alter der Patienten weisen bisher alle in die Richtung, dass es tatsächlich weniger neue Heroinabhängige gibt.

■ **Wie schätzen Sie die künftige Rolle des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) im Bezug auf die heroingestützte Behandlung ein? Braucht es das BAG in zehn Jahren noch? Wird Diaphin® in Zukunft von Hausärzten verschrieben?**

Im Augenblick steht die Revision des Betäubungsmittelgesetzes an. Eine Änderung der Verschreibungspraxis oder der Kontrollinstanz ist darin nicht vorgesehen. Ich glaube, dass weiterhin die tragende Rolle einer Bundesinstanz nötig ist. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) hat hier eine Kompetenz aufgebaut und ist dafür prädestiniert. Einige Details werden überprüft werden müssen. Die heroingestützte Behandlung wird gegenüber den Methadonbehandlungen eine Sonderrolle beibehalten. Unsere Idee ist es, allenfalls die Reglementierung im Heroinbereich ganz leicht zu reduzieren und dafür bei den Methadon- oder Buprenorphinbehandlungen etwas mehr eine Art zentrale Funktion wahrnehmen zu können.

■ **Thomas Zeltner sagte an der nationalen Kokain- und Designerdrogenkonferenz 2004, dass das Bundesamt für Gesundheit (BAG) zurzeit keinen Handlungsbedarf, was die Kokainverschreibung anbelangt, sieht. Ist diese Meinung des BAG nach wie vor vorhanden?**

Ja, diese Haltung besteht nach wie vor. Man kann nicht einfach davon ausgehen, dass etwas, das bei der einen Substanz gewisse Erfolge gebracht hat, bei anderen Substanzen dasselbe bringen würde. Die bisherigen wissenschaftlichen Erkenntnisse mit der Abgabe von Kokain deuten darauf hin, dass die positiven Wirkungen der Heroinverschreibung dort nicht eintreten würden.

■ **Entspricht die heutige heroingestützte Behandlung Ihrer Vision einer solchen Behandlungsform oder haben Sie eine andere Vorstellung davon?**

Sie entspricht meiner Vision von einer Menschenwürde, die auch für Menschen, die nicht in der Lage sind, auf den Heroinkonsum zu verzichten, gelten soll. So gesehen ist sie nach wie vor wichtig. Meine Vision ist zudem, dass man den Patienten nicht nur das Heroin und die Betreuung, sondern dass man ihnen auch die Möglichkeit gibt, ein für sie sinnvolles Leben zu führen. Das würde heißen, dem Aspekt der Beschäftigung, der sinnvollen Gestaltung der Zeit, noch mehr Gewicht und auch die nötigen finanziellen Mittel beizumessen.

■ **Beurteilen Sie die schweizerische Drogenpolitik in einem Wort**

- vor 20 Jahren: inexistent
- heute: diskret
- in 20 Jahren: integriert (hoffentlich)