

98.015

**Botschaft  
zu einem Bundesbeschluss  
über die ärztliche Verschreibung von Heroin**

vom 18. Februar 1998

---

Sehr geehrte Herren Präsidenten,  
sehr geehrte Damen und Herren,

mit unserer Botschaft unterbreiten wir Ihnen den Entwurf zu einem dringlichen Bundesbeschluss über die ärztliche Verschreibung von Heroin mit dem Antrag auf Zustimmung.

Wir versichern Sie, sehr geehrte Herren Präsidenten, sehr geehrte Damen und Herren, unserer vorzüglichen Hochachtung.

18. Februar 1998

Im Namen des Schweizerischen Bundesrates

Der Bundespräsident: Cotti

Der Bundeskanzler: Couchepin

---

## Übersicht

*Am 2. Februar 1991 hat der Bundesrat ein Massnahmenpaket zur Verminderung der Drogenprobleme und zur Verbesserung der Lebensbedingungen Drogenabhängiger beschlossen, vor allem auch um die zunehmenden gesundheitlichen und sozialen Probleme von Drogenabhängigen und deren Kontaktpersonen durch übertragbare Krankheiten und Verelendung zu bekämpfen. Als weitere Massnahme wurde am 21. Oktober 1992 die Verordnung über die Förderung der wissenschaftlichen Begleitforschung zur Drogenprävention und zur Verbesserung der Lebensbedingungen Drogenabhängiger (SR 812.121.5; AS 1992 2213; nachgenannt: PROVE-Verordnung) verabschiedet.*

*Die PROVE-Verordnung regelt die wissenschaftliche Forschung von Massnahmen zur Drogenprävention, zur Verbesserung der Gesundheits- und Lebenssituation Drogenabhängiger, zu ihrer Wiedereingliederung in die Gesellschaft sowie zur Senkung der Beschaffungskriminalität. Die Forschung soll wissenschaftlich abgestützte Entscheidungsgrundlagen für Präventions- und Betreuungsmassnahmen zur Verminderung der Drogenprobleme liefern. Dabei gilt als oberstes Ziel der Massnahmen die Drogenabstinenz des Individuums. 1994 wurde der wissenschaftliche Versuch gestartet, der zuletzt 18 Projekte mit 800 Behandlungsplätzen mit Verschreibung von Heroin, 100 mit Morphin und 100 mit intravenös verabreichtem Methadon umfasste. Im Februar 1996 entschied der Bundesrat, dass bei Personen, für welche eine Behandlung unter Einschluss von Heroin indiziert war, die Behandlungsmöglichkeit bis zum 31. Dezember 1998 verlängert werden kann.*

*Ab dem 30. Juni 1996 konnten keine neuen Personen mehr für die Behandlung mit Heroin in die Projekte aufgenommen werden. Der Bundesrat stellte weitere Entscheidungen nach Vorliegen des Abschlussberichtes der Forschungsbeauftragten in Aussicht. Die Resultate der Versuche mit der ärztlichen Verschreibung von Betäubungsmitteln liegen vor und sind am 10. Juli 1997 veröffentlicht worden. Sie zeigen, dass die heroingestützte Behandlung für eine beschränkte Zielgruppe von Personen mit einer langjährigen, chronifizierten Heroinabhängigkeit, mehreren gescheiterten Therapieversuchen und deutlichen gesundheitlichen und sozialen Defiziten eine sinnvolle Ergänzung der Therapiepalette ist. Des Weiteren weisen sie auf noch offene Forschungsfragen hin.*

*Mit der Ablehnung der Volksinitiative «Jugend ohne Drogen» haben Volk und Stände ihre Unterstützung für die bisherige bundesrätliche Drogenpolitik einschliesslich der Weiterführung der bestehenden Projekte zum Ausdruck gebracht. Der Bundesrat hat aufgrund der Forschungsergebnisse sowie dieses Abstimmungsergebnisses am 15. Dezember 1997 die PROVE-Verordnung angepasst, um die Aufnahme weiterer schwer Drogenabhängiger im Rahmen der bisher gültigen Höchstzahl sicherzustellen und die wissenschaftlichen Grundlagen zu komplettieren. Ausserdem wurde die PROVE-Verordnung bis zum Inkrafttreten des Bundesbeschlusses, längstens jedoch bis zum 31. Dezember 2000 verlängert.*

*Die Einführung der ärztlichen Verschreibung von Heroin als anerkannte Therapie erfordert die Schaffung einer gesetzlichen Grundlage. Vorliegender Entwurf zu einem dringlichen befristeten Bundesbeschluss soll den gesetzlichen Rahmen für die heroingestützte Behandlung schwer Drogenabhängiger schaffen.*

---

# Botschaft

- 1**            **Allgemeiner Teil**
- 11**          **Ausgangslage**
- 111**        **Einleitung**

Zur Therapie von schwerer Heroinabhängigkeit stehen heute verschiedene Methoden zur Verfügung. Keine der angewandten Methoden weist allerdings für sich allein eine längerfristige Erfolgsquote von mehr als 50 Prozent auf, und keine der Therapiemethoden ist bedeutend erfolgreicher als eine andere. Für jeden Abhängigen ist deshalb individuell die für ihn erfolgversprechende Therapie zu suchen. Für einen kleinen Teil von langjährigen Drogenabhängigen zeigte das bisherige Therapieangebot (abstinenzorientierte Therapien und Methadon-Programme) wenig Erfolg. Aufgrund dieser Erkenntnisse wurden weitere Therapiemodelle erprobt, um insbesondere solche Abhängige zu erreichen und für ein Therapieprogramm zu gewinnen. 1992 hat der Bundesrat dem wissenschaftlichen Versuch mit der ärztlichen Verschreibung von injizierbarem Heroin, Morphin und Methadon in einer medizinisch-therapeutischen Einbettung zur psychosozialen Stabilisierung zugestimmt.

## **112            Die ärztliche Verschreibung von Heroin im Rahmen der bundesrätlichen Drogenpolitik**

Die Drogenpolitik des Bundes beruht auf dem Betäubungsmittelgesetz vom 3. Oktober 1951<sup>1</sup>, welches sich seinerseits auf die in den internationalen Übereinkommen festgelegten Grundsätze stützt. Ausgehend von diesen Grundlagen hat der Bundesrat ein drogenpolitisches Konzept entwickelt, das sich auf die folgenden vier Säulen abstützt:

- Prävention
- Therapie
- Überlebenshilfe
- Repression

Das Forschungsprojekt mit der ärztlichen Verschreibung von Betäubungsmitteln – insbesondere von Heroin – ist im 4-Säulen-Modell des Bundes unter der Therapie-säule einzugliedern. Die Versuche zur ärztlichen Heroinverschreibung waren definiert als wissenschaftliches Forschungsprojekt mit dem Ziel, die therapeutische Heroinverschreibung auf Machbarkeit und Erfolg zu prüfen. Sie verfolgen das Ziel, diejenigen Drogenabhängigen zu erreichen, die durch alle therapeutischen und sozialen Netze gefallen sind.

## **113            Rechtliche Aspekte der ärztlichen Verschreibung von Heroin**

Das BetmG stellt die Basis für den Kampf gegen den illegalen Drogenmissbrauch in der Schweiz dar. Es regelt den Gebrauch von Betäubungsmitteln zu medizinischen

<sup>1</sup> BetmG; SR 812.121

Zwecken und verbietet Produktion, Handel, Besitz und Konsum von Betäubungsmitteln für eine nicht-medizinische Verwendung. Die Projekte zur ärztlichen Verschreibung von Betäubungsmitteln (abgekürzt: PROVE) und die entsprechende Verordnung über die Förderung der wissenschaftlichen Begleitforschung zur Drogenprävention und Verbesserung der Lebensbedingungen Drogenabhängiger vom 21. Oktober 1992 stützen sich auf die Artikel 8 Absatz 5, 15c und 30 des Betäubungsmittelgesetzes.

Im Gegensatz zu anderen Opiaten wie Methadon oder Morphin sind gemäss Artikel 8 Absatz 1 Buchstabe b BetmG bei Diazetylmorphin, d.h. Heroin, der Anbau, die Einfuhr, die Herstellung oder das Inverkehrbringen im Grundsatz verboten. Diese unterschiedliche Behandlung von Heroin – trotz ähnlicher Wirkung<sup>2</sup> – ist unter anderem dadurch zu erklären, dass der Gesetzgeber anlässlich der Gesetzesrevision von 1975 sich kaum eine breitere medizinische Anwendung vorstellen konnte<sup>3</sup>. Dennoch räumte er mit Artikel 8 Absatz 5 BetmG dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) die Möglichkeit ein, Ausnahmegewilligungen zur Verwendung von Heroin im eng umgrenzten Rahmen zu erteilen.

Die Versuche mit Heroin bedurften einer Ausnahmegewilligung des BAG gemäss Artikel 8 Absatz 5 BetmG. Sie wurden individuell für die teilnehmenden Ärzte und Ärztinnen und wie auch die Probanden und Probandinnen ausgestellt (Art. 12 Abs. 2 der PROVE-Verordnung). Für die Verschreibung von Methadon und Morphin sind die Kantone gemäss Artikel 15a Absatz 5 BetmG Bewilligungsinstanz. Die Projekte und Versuche wurden vom Bund nur mit Einverständnis des betroffenen Kantons unterstützt. Zudem war die Zustimmung der jeweiligen kantonalen medizinisch-ethischen Kommission einzuholen (Art. 8 der PROVE-Verordnung). Dies ist eine der Voraussetzungen der weltweit anerkannten Normen für klinische Versuche, die zum Schutze von Probanden und Probandinnen vorgesehen sind und entsprechend berücksichtigt werden mussten (Good Clinical Practice [GCP]).

## 114 Vergleich mit Methadon und Morphin

### *Rechtliche Aspekte*

Wie Morphin kann Methadon als Betäubungsmittel<sup>4</sup> zu medizinischen Zwecken an ambulante Patientinnen und Patienten aufgrund eines amtlichen Betäubungsmittel-Rezeptformulars verschrieben werden; Verbrauch und Verkehr werden streng kontrolliert<sup>5</sup>. Zur Behandlung Drogenabhängiger mit Methadon und Morphin ist zusätzlich jeweils eine Bewilligung gemäss Artikel 15a Absatz 5 BetmG von den Kantonen einzuholen. Die übrigen rechtlichen Grundlagen, Indikationskriterien und formalen Voraussetzungen an die verschreibenden Ärzte zur Substitutionsbehandlung

<sup>2</sup> Vergleiche dazu den Bericht der Subkommission «Drogenfragen» der Eidgenössischen Betäubungsmittelkommission über Aspekte der Drogensituation und Drogenpolitik in der Schweiz, Juni 1989, Bundesamt für Gesundheit S. 39ff.

<sup>3</sup> BBl 1973 I 1363; vergleiche dazu auch StenBull NR 1974 S. 1460f. und StenBull StR 1973 S. 698

<sup>4</sup> Vgl. Verordnung vom 12. Dezember 1996 des BAG über die Betäubungsmittel und psychotropen Stoffe, Anhang a SR 812.121.2

<sup>5</sup> Artikel 43 der Verordnung über die Betäubungsmittel und die psychotropen Stoffe SR 812.121.1; AS 1996 1679

sind dementsprechend heterogen<sup>6</sup>. Das Eidgenössische Departement des Innern hat in seiner Verordnung über die Vergütungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung<sup>7</sup> allgemeine Voraussetzungen an eine Methadonbehandlung zur Leistungspflicht festgehalten<sup>8</sup>.

### *Pharmazeutische Aspekte*

Morphin wird industriell aus Mohnstroh (sog. Schlafmohn, Papaver Somniferum L.) gewonnen. Es zählt deshalb zur Klasse der sogenannten Opiate. Heroin wird aus Morphin hergestellt und zwar mit einem Syntheseschritt, der sogenannten Diacetylierung. Methadon wird rein synthetisch hergestellt. Zusammen mit Morphin zählt es zur Klasse der sogenannten narkotischen Analgetica (stark wirkende Schmerzmittel) und wird deshalb normalerweise zur Bekämpfung starker Schmerzen eingesetzt. Auch Heroin zählt zu dieser Klasse. Es wird aber nur in England zur Schmerzbehandlung eingesetzt.

Seit vielen Jahren wird Methadon in oralen Formen (und neuerdings auch Morphin und andere Stoffe wie Buprenorphin) zur Substitution von Drogenabhängigen eingesetzt. Regelmässig gegeben verhindert es, dass ein Drogenabhängiger auf Entzug kommt und unter den für ihn sehr unangenehmen Entzugssymptomen leidet. Methadon wirkt auf Grund seiner höheren Halbwertszeit länger als etwa Heroin oder Morphin. Es muss daher nur einmal täglich verabreicht werden, um Entzugssymptome zu verhindern. Oral eingenommen erzeugt es im Gegensatz zum parenteral applizierten (gespritzten) Heroin keinen sogenannten «Flash». Aber auch Methadon macht stark abhängig. Sein Entzug dauert sogar länger als derjenige von Heroin.

In den Versuchen zur ärztlichen Verschreibung von Betäubungsmitteln wurde ein weiteres mögliches Einsatzgebiet die Anwendung dieser Stoffe in injizierbarer (beim Heroin auch in rauchbarer) Form zur Behandlung von Drogenabhängigen geprüft. Die Forschungsergebnisse zeigten, dass Morphin und Methadon i.v. gegenüber Heroin von den Patientinnen und Patienten wesentlich schlechter akzeptiert werden und Nebenwirkungen häufiger auftreten<sup>9</sup>.

## **115                    Definition Zielgruppe «Schwerabhängige»,                              zahlenmässige Schätzung**

Als Schwerabhängige gelten Personen, die einen langjährigen Konsum von Heroin – und häufig auch anderen Betäubungsmitteln – aufweisen und die bereits mehrere erfolglose Therapieversuche hinter sich haben. Gesundheitszustand, Lebensstil und Verhalten sind häufig durch die Beschaffung und den Konsum von Drogen geprägt. Die Folgen sind: Obdachlosigkeit, Prostitution, Beschaffungskriminalität und soziale Verwahrlosung.

<sup>6</sup> Vgl. zum Ganzen: Methadonbericht der Eidgenössischen Betäubungsmittelkommission, Arbeitsgruppe Methadon der Subkommission Drogenfragen, dritte Auflage, Bundesamt für Gesundheit, Bern, Dezember 1995 S. 32ff.

<sup>7</sup> KLV; SR 832.112.31; AS 1995 4964

<sup>8</sup> Anhang 1 Punkt 8 Psychiatrie zur KLV

<sup>9</sup> Vergleiche dazu: Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln, Synthesebericht der Forschungsbeauftragten, Ambros Uchtenhagen, Felix Gutzwiller, Anja Dobler-Mikola (Hrsg.), Institut für Suchtforschung und Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich, Juni 1997 (nachgehend zitiert: «Synthesebericht») S. 36, 39 und 42

Die zahlenmässige Grösse dieser Gruppe von Schwerabhängigen 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 10 Prozent der geschätzten 30 000 regelmässig harte Drogen Konsumierenden in der Schweiz für diese Behandlung in Frage kommt. Aufgrund einer klaren medizinischen Indikation, festgelegter Teilnahmebedingungen und Auflagen an die behandelnden Institutionen in der Ausführungsverordnung kann jedoch die Anzahl der behandelten Personen gesteuert und eine enge Kontrolle sichergestellt werden. Nach wie vor bleibt die heroingestützte Behandlung eine Therapie zweiter Wahl neben Methadonprogrammen und stationären Behandlungen.

## 116 Aktuelle Behandlungsmöglichkeiten und Erfolgsquoten

In der Schweiz sind heute ungefähr 30 000 Personen von sogenannten harten Drogen wie Heroin und Kokain abhängig. Für sie stehen circa 14 000 orale Methadonprogramme und circa 1750 stationäre Behandlungsplätze<sup>10</sup> zur Verfügung<sup>11</sup>. Ein Teil der Abhängigen kann mit den momentan zur Verfügung stehenden Therapiemöglichkeiten nicht erreicht werden. Häufig können gerade die gesellschaftlich am wenigsten integrierten Menschen, welche die schwerwiegendsten gesundheitlichen Probleme auf sich vereinigen, keiner Behandlung zugeführt werden.

Ein direkter, umfassender Vergleich der verschiedenen Therapieformen ist aufgrund der unterschiedlichen angesprochenen Patientenkreise, der zum Teil heterogenen Ausgestaltung (Methadonprogramme) und des unterschiedlichen Umfeldes zur Zeit noch nicht möglich und stellt Gegenstand weiterer wissenschaftlicher Evaluationen dar. Eine Gegenüberstellung der Ergebnisse von PROVE mit den übrigen Behandlungsergebnissen zeigt auf, dass die heroingestützte Behandlung eine höhere Haltequote aufweist:

- Der dritte Methadonbericht<sup>12</sup> weist darauf hin, dass Methadonbehandlungen vor allem für neue Gruppen von Drogenkonsumierenden (junge Folienrauchende, sozial gut integrierte Personen) notwendig geworden sind, die sich nicht oder noch nicht für eine stationäre Abstinenztherapie eignen. Aufgrund wissenschaftlicher Studien<sup>13</sup> lässt sich aussagen, dass von den Patientinnen und Patienten, die zwei Jahre in Methadonbehandlung waren, 42 Prozent abstinent von illegalen Drogen (Urinbefunde), 22 Prozent teilweise abstinent und 35 Prozent rückfällig geworden sind.
- Gemäss dem Tätigkeitsbericht und der Jahresstatistik des Forschungsverbundes stationärer Suchttherapien (FOS<sup>14</sup>) hat für das Jahr 1995 fast die Hälfte der Pa-

<sup>10</sup> Zu den stationären Behandlungsplätze zählen Institutionen für den körperlichen Entzug, Übergangsstationen, therapeutische Wohngemeinschaften und Angebote zur Wiedereingliederung

<sup>11</sup> Die Zahlen beziehen sich für die Methadonbehandlungen auf das Jahr 1995 (letzte verfügbare Daten), für die stationären Behandlungsplätze auf den Stand Januar 1997

<sup>12</sup> Methadonbericht, Suchtmittelersatz in der Behandlung Heroinabhängiger in der Schweiz, 3. Auflage, Bundesamt für Gesundheit, Dezember 1995, S. 10

<sup>13</sup> Anja Dobler-Mikola «Wie unterscheiden sich MethadonbezüglerInnen und TherapieabsolventInnen im Verlauf – eine Auswertung zweier Längsschnitt-Stichproben», Institut für Suchtforschung Zürich, 1996

<sup>14</sup> FOS-Bericht, 1996, S. 6 und S. 137, Tabelle E11.1

tientinnen und Patienten vor dem Eintritt in eine stationäre Einrichtung an einer Substitutionsbehandlung teilgenommen. 2200 Patientinnen und Patienten haben 1995 eine stationäre Therapie begonnen, 30 Prozent brachen sie nach wenigen Wochen ab. 70 Prozent schlossen die Therapie ab. Davon waren ein Jahr danach noch 70 Prozent «clean», die restlichen 30 Prozent wurden später wieder rückfällig.

- Im Vergleich dazu zeigen die aus dem bisherigen Verlauf der PROVE-Versuche erhaltenen wissenschaftlichen Daten auf, dass die heroingestützte Behandlung eine Haltequote von 69 Prozent nach 18 Monaten<sup>15</sup> aufweist, und dies bei einem schwierigen Patientensegment mit ausgeprägten psychosozialen Defiziten.

## 117 **Kosten der heutigen Behandlungsmöglichkeiten im Vergleich zu ihrem Erfolg**

Aufgrund verschiedener Quellen<sup>16</sup> betragen die Kosten pro Patientin bzw. Patient bei Therapieangeboten im Drogenbereich geschätzt für das Jahr 1996:

- in Akutspitälern stationär Hospitalisierte      Bis Fr. 600.-/Tag
- in psychiatrischen Kliniken Hospitalisierte      Fr. 280.- bis Fr. 700.-/Tag  
(je nach Intensität ihrer Betreuung)
- in ambulanter Betreuung      Fr. 8.-/Tag  
(Drogenberatungsstellen)
- in stationären, drogenspezifischen Einrichtungen (körperlicher Entzug, Therapie, Wiedereingliederung)      Fr. 200.- bis Fr. 600.-/Tag
- in Methadonbehandlung (medizinische Betreuung, psychosoziale Betreuung, Kosten für Substanz)      Fr. 15.- bis Fr. 30.-/Tag
- Versuche mit der heroingestützten Behandlung (medizinische Betreuung, psychosoziale Betreuung, Kosten für Substanz)      Fr. 51.-/Tag

Auch wenn für einen aussagekräftigen Kostenvergleich neben den Tagesansätzen auch die Behandlungsdauer mitberücksichtigt werden müsste, so vermittelt obige Zusammenstellung doch Anhaltspunkte, um ähnliche Behandlungsformen miteinander zu vergleichen.

### *Volkswirtschaftliche Aspekte*

Die Studie zur gesamtwirtschaftlichen Bewertung der PROVE-Versuche im Sinne einer Kosten-Nutzen-Analyse<sup>17</sup> belegt: Den Versuchskosten von 51.20 Franken steht ein Gesamtnutzen von 95.50 Franken pro Patient/Patientin und Tag gegenüber. Der grösste Teilnutzen fällt mit 72.10 Franken (75,5%) im Bereich Legalverhalten

<sup>15</sup> Synthesebericht S. 58, Tabelle 16

<sup>16</sup> Bericht der Expertenkommission für die Revision des Betäubungsmittelgesetzes vom 3. Oktober 1951; Bundesamt für Gesundheit, Februar 1996, S. 24; Angaben des Verbandes Schweizerischer Krankenanstalten, Angaben der Kantone, Umfragen bei Einrichtungen durch das BAG

<sup>17</sup> Sozioökonomische Bewertung der Versuche zur ärztlichen Verschreibung von Betäubungsmitteln: Schlussbericht der Health Econ AG, 1997, S. 117

an. Beachtlich ist auch der Teilnutzen im Bereich der gesundheitlichen Situation mit 17.10 Franken (17,9%), wogegen die Teilnutzen in den Bereichen der Produktivität mit 3.90 Franken (4,1%) und Wohnen von 2.40 Franken (2,05%) aus gesamtwirtschaftlicher Sicht weniger bedeutsam ausfallen. Die für die Durchführung der Versuche anfallenden Kosten werden durch den in deren Gefolge erzielten Nutzen kompensiert bzw. sogar überkompensiert. Im Vergleich zu einer Nichtbehandlung ergibt sich somit ein Netto-Nutzen von 44.30 Franken pro Patient und Tag.

Eine ärztliche Indikationsstellung für die Behandlung Drogenabhängiger ist immer erforderlich und individuell abzuklären. Die Kosten allein dürfen nicht den Ausschlag für die Wahl einer Behandlung geben.

## **12            Versuche für die ärztliche Verschreibung               von Betäubungsmitteln**

### **121          Zusammenfassung der Ergebnisse               des Gesamtversuchsplans<sup>18</sup>**

Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Versuche zur ärztlichen Verschreibung von Betäubungsmitteln unter Einbezug von Heroin lassen sich wie folgt zusammenfassen:

#### *Positive Ergebnisse:*

- Die Versuche sind unter dem im Gesamtversuchsplan festgelegten Rahmen machbar und haben weder zu besonderen Sicherheitsrisiken Anlass gegeben, noch sind durch die Behandlung verursachte Todesfälle zu beklagen.
- Der Konsum illegaler Drogen der Probanden und Probandinnen geht ausser bei Cannabis deutlich zurück.<sup>19</sup>
- 19 Prozent aller eingetretenen Personen haben sich innert 22 Monaten in eine andere Behandlung begeben (abstinenzorientierte, Methadon-Behandlung, usw.)<sup>20</sup>
- Der psychische und physische Gesundheitszustand der behandelten Personen hat sich gebessert.
- Die Wohn- und Arbeitssituation hat sich verbessert.
- Das Delinquenzverhalten ist massiv zurückgegangen.<sup>21</sup>
- Die Patienten und Patientinnen wurden selbst weniger häufig Opfer krimineller Handlungen.

#### *Negative Ergebnisse:*

- Der Konsumrückgang in bezug auf Alkohol, Tabak und Beruhigungsmittel ist unbefriedigend.
- Die Loslösung von der Drogenszene und der Aufbau neuer Beziehungen braucht mehr Zeit als erwartet.

<sup>18</sup> Synthesebericht, S. 9

<sup>19</sup> Synthesebericht, S. 69 ff.

<sup>20</sup> Synthesebericht, S. 87

<sup>21</sup> Synthesebericht, S. 78 ff.

Aufgrund der bisherigen wissenschaftlichen Ergebnisse kommen die Forschungsbeauftragten Ambros Uchtenhagen, Felix Gutzwiller und Anja Dobler-Mikola zur folgenden Empfehlung:

Aus den vorstehenden Schlussfolgerungen geht hervor, dass eine restriktiv gehandhabte, auf die beschriebene Zielgruppe ausgerichtete Weiterführung der heroingestützten Behandlung empfohlen werden kann, und zwar in entsprechend ausgerüsteten und kontrollierten Polikliniken, die den genannten Rahmenbedingungen genügen.<sup>22</sup>

Die Versuchsteilnehmenden werden wissenschaftlich weiter begleitet, um die sich längerfristig ergebenden Resultate dieser Therapieform erfassen zu können.

## 122            **Vergleiche mit Erfahrungen im Ausland**

Bei den Projekten im Ausland ist zwischen solchen zu unterscheiden, bei denen die Verschreibung von Betäubungsmitteln nicht einer strengen wissenschaftlichen Kontrolle unterzogen war (wie dies z.B. bei dem immer wieder zitierten schwedischen Modell der Fall war), und solchen Zentren, denen diese Kontrolle auferlegt wurde.<sup>23</sup> Die Erfahrungen verschiedener zum Teil noch laufender Projekte in England sind mit den schweizerischen vergleichbar, allerdings liegen hierzu nur Evaluationsberichte für kleine Zahlen vor. Bei der Morphinverschreibung in Holland traten – wie auch in der Schweiz – Nebenreaktionen auf. Die so substituierten Patientinnen und Patienten waren allerdings nicht heroin-, sondern morphinabhängig. Somit stellt die Schweizer Forschung die erste umfassende wissenschaftliche Studie zur Abklärung der Brauchbarkeit von Heroin als Substitut in einer Drogentherapie dar.

## 123            **Internationale Beurteilung**

### *Europa*

Die europäische Drogenpolitik wird in der sogenannten Pompidougruppe des Europarates koordiniert. Die Pompidougruppe hat im Mai 1997 im norwegischen Tromsø eine Ministerkonferenz abgehalten und dabei eine Schlusserklärung und ein Arbeitsprogramm 1997–2000 verabschiedet. Im Punkt XII der Schlusserklärung<sup>24</sup> wird die Wichtigkeit anerkannt, kontrollierte Studien zur Testung neuer und innovativer Ansätze in den Bereichen Therapie, Betreuung und Wiedereingliederung von Drogenabhängigen weiterzuführen und die Ergebnisse wissenschaftlich zu evaluieren. Diese Aussage bezieht sich unter anderem auch auf die schweizerischen Verschreibungsversuche. Delegationen aus über zwanzig Ländern haben die Verschreibungsprojekte besucht und mit den Verantwortlichen Gespräche über die Schweizer Drogenpolitik geführt.

Am 24. September 1997 hat sich das holländische Parlament ebenfalls für Versuche zur ärztlichen Verschreibung von Betäubungsmitteln ausgesprochen: Im Frühjahr 1998 wird anhand einer klinischen Studie in ein bis zwei Polikliniken in einer ersten Phase spritzbares und rauchbares Heroin an 50 schwer drogenabhängige Personen

<sup>22</sup> Synthesebericht, S. 9

<sup>23</sup> Annie Mino: Wissenschaftliche Literaturanalyse der kontrollierten Heroin- oder Morphinabgabe; Psychiatrische Universitätsklinik Genf; EDMZ, Bern 1990

<sup>24</sup> Conseil de l'Europe, Conférence ministérielle, 15–16 mai 1997 (Tromsø, Norvège): *Projet de déclaration politique et programme de travail*

verschrieben. Nach einer Versuchsdauer von drei Monaten und einer ersten wissenschaftlichen Auswertung wird das Parlament über eine allfällige Ausweitung der Versuche auf 750 Personen in sieben Polikliniken/Städten entscheiden.

#### *UNO, WHO*

Das internationale Betäubungsmittel-Kontrollorgan (International Narcotics Control Board [INCB]) hat der Einfuhr des benötigten Heroins zugestimmt. Zuhanden der Betäubungsmittelkommission der UNO (Commission on Narcotic Drugs [CND]) prüfte eine Gruppe von dreizehn internationalen Experten aus verschiedenen wissenschaftlichen Fachgebieten im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization [WHO]) das Forschungsvorhaben. Die WHO-Experten haben bisher die Forschungsdokumentation und einige der Polikliniken in Augenschein genommen. Sie äusserten sich positiv zum Forschungsdesign, halten die Studie für *sinnvoll und durchführbar und sind überzeugt, dass sie wichtige wissenschaftliche Informationen liefert*. Die WHO-Expertengruppe wird die Bedeutung der Forschungsergebnisse für die internationale Gemeinschaft kommentieren. Das Erscheinen des entsprechenden Schlussberichts ist gemäss Information der WHO für Anfang 1999 geplant.

#### **13 Bericht der Expertenkommission für die Revision des BetmG (Kommission Schild)**

#### **131 Empfehlung der Expertenkommission für die Revision des BetmG**

Das Eidgenössische Departement des Innern setzte im November 1994 eine Expertenkommission unter dem Vorsitz von Regierungsrat Jörg Schild ein mit dem Auftrag, bis Ende 1995 einen Bericht zur Revision des Betäubungsmittelgesetzes vom 3. Oktober 1951 zu erarbeiten. Neben anderen Revisionspostulaten war die Regelung der ärztlichen Verschreibung von Betäubungsmitteln zu prüfen.

Die Kommission Schild gab in ihrem Bericht<sup>25</sup> u.a. die Empfehlung ab, dass bei einem positiven Ausgang der Versuche die ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln als sinnvolle Ergänzung des heutigen Therapieangebotes in die Therapiepalette aufzunehmen sei.

#### **132 Ergebnis des Vernehmlassungsverfahrens zum Bericht Schild**

Mit Beschluss vom 19. April 1996 hat der Bundesrat das Eidgenössische Departement des Innern ermächtigt, ein Vernehmlassungsverfahren zum Bericht der Kommission Schild durchzuführen. Die Mehrheit der Antworten stand der Empfehlung der Experten zur ärztlichen Verschreibung von Heroin grundsätzlich positiv gegenüber<sup>26</sup>.

<sup>25</sup> Bericht der Expertenkommission für die Revision des Betäubungsmittelgesetzes vom 3. Oktober 1995; Bundesamt für Gesundheit, Februar 1996

<sup>26</sup> Bericht über die Ergebnisse des Vernehmlassungsverfahrens zum Bericht der Expertenkommission für die Revision des Betäubungsmittelgesetzes (Kommission Schild), Bundesamt für Gesundheit, Bern, Dezember 1996

16 Kantone (neun hatten nicht geantwortet; BL war dafür, möchte die Änderung aber im Heilmittelgesetz) waren für eine entsprechende Revision des BetmG. Von den Bundesratsparteien waren die CVP, die FDP und die SP dafür. Die SVP hatte sich bis dahin noch nicht definitiv geäußert.

Die Mehrheit der im Drogenbereich tätigen Organisationen unterstützte die Empfehlung der Kommission Schild.

### 133 Vergleich mit früheren Vernehmlassungen zum Thema

Aus den Antworten, die anlässlich des Vernehmlassungsverfahrens zum Bericht der Subkommission «Drogenfragen» der Eidgenössischen Betäubungsmittelkommission über die «Aspekte der Drogensituation und Drogenpolitik in der Schweiz» vom Juni 1989<sup>27</sup> eingingen, geht klar hervor, dass die Kantone und Parteien damals einer ärztlichen Heroïnverschreibung grösstenteils skeptisch bis klar ablehnend gegenüberstanden. Im Gegensatz zu ihrer Haltung von 1989 unterstützen heute die Kantone AG, AR, FR, GE, GL, GR, SZ und ZH, bei den Parteien die CVP, FDP und unter Vorbehalt die SVP die ärztliche Heroïnverschreibung. Die Tendenz zu diesem Meinungsumschwung zeichnete sich bereits im Bericht vom April 1992 über die Ergebnisse des Vernehmlassungsverfahrens zur Verordnung über die Förderung der wissenschaftlichen Begleitforschung ab<sup>28</sup>.

### 14 Ergebnisse des Vernehmlassungsverfahrens zum Bundesbeschluss

Vorliegender Entwurf wurde vom Bundesrat am 19. Dezember 1997 in die Vernehmlassung gegeben. Da die Vorlage in der Frühjahrssession 1998 bei den eidgenössischen Räten angemeldet werden sollte, wurde anstelle eines schriftlichen Vernehmlassungsverfahrens am 15. Januar 1998 eine konferenzielle Anhörung der Kantone, Parteien und interessierten Organisationen durchgeführt<sup>29</sup>. Bis zu diesem Termin konnte auch schriftlich Stellung genommen werden. Die Vernehmlassung zeigte folgende Ergebnisse:

#### *Kantone*

16 Kantone (AG, BL, BS, FR, GE, LU, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, TG, TI, UR, ZG) stimmten der Vorlage vollumfänglich zu. Sechs Kantone sind einverstanden mit Vorbehalten. Für zwei Kantone sind die Rahmenbedingungen zu eng: Ländliche Regionen seien benachteiligt (GR) und die Verschreibung durch Hausärzte würde ausgeschlossen (BE). Zwei Kantone ist die Vorlage eher zu offen formuliert; sie unterstützen ausdrücklich die Beschränkung der Verschreibung auf Polikliniken

<sup>27</sup> Bericht der Subkommission «Drogenfragen» der Eidgenössischen Betäubungsmittelkommission über die «Aspekte der Drogensituation und Drogenpolitik in der Schweiz», Bundesamt für Gesundheit, vom Juni 1989

<sup>28</sup> Bericht über die Ergebnisse des Vernehmlassungsverfahrens zur Verordnung über die Förderung der wissenschaftlichen Begleitforschung zur Drogenprävention und Verbesserung der Lebensbedingungen Drogenabhängiger, Bundesamt für Gesundheit, vom April 1992

<sup>29</sup> Betreffend das Verfahren bemängelten zwei Kantone und zwei Parteien die kurzen Fristen und den Verzicht auf eine ordentliche Vernehmlassung.

(ZH) oder schlagen die Festlegung einer Patientenhöchstzahl vor (VS). Ausserdem dürfe sich der Bund nicht finanziell zurückziehen, bevor die Kostenübernahme geklärt bzw. das Betäubungsmittelgesetz revidiert sei (BE, NE, VS, ZH). Ein Kanton (VD) sieht das Geschäft nicht als dringlich an. AI beanstandet die Vernehmlassungsfrist, die zu kurz waren, um Stellung zu nehmen.

Drei Kantone haben sich zum Vorentwurf nicht geäussert (AR, GL, JU). Anlässlich der Vernehmlassung zum Bericht der Expertenkommission für die Revision des Betäubungsmittelgesetzes (Bericht «Schild») hatten AR und GL sich grundsätzlich positiv zur ärztlichen Verschreibung von Betäubungsmitteln geäussert. JU hatte eine Stellungnahme zu diesem Bericht abgegeben, nicht aber zur Verschreibung von Heroin.

### *Parteien*

Die vier politischen Parteien CVP, FDP, GP und SP sind vorbehaltlos mit dem Entwurf einverstanden; die SVP mit dem Vorbehalt, dass eine Patientenhöchstzahl festgelegt, die wissenschaftliche Begleitung verlängert und der enge Rahmen beibehalten werden. Vier Parteien (EDU, EVP, LPS, SD) lehnen die heroingestützte Behandlung grundsätzlich ab.

### *Interessierte Organisationen*

Von 16 Fachverbänden und -organisationen erteilen neun vollumfängliche Zustimmung. Einverstanden mit Vorbehalten zeigen sich vier Fachverbände bzw. -organisationen (u.a. die Verbindung Schweizer Ärzte, das Konkordat der Schweiz. Krankenkassen, Schweiz. Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme), und drei lehnen den Vorentwurf ab.

## **15            Parlamentarische Vorstösse**

Folgende parlamentarische Vorstösse sind zum Thema der ärztlichen Verschreibung von Heroin eingereicht worden:

- 92.3116     Motion Onken vom 18. März 1992, Revision des Betäubungsmittelgesetzes, vom Ständerat als Postulat an den Bundesrat überwiesen am 8. Oktober 1992. Die Motion verlangte vom Bundesrat, seine bisherige restriktive Haltung zu überprüfen und weist u.a. darauf hin, dass bezügl. der betreuten, ärztlich kontrollierten Abgabe von Drogen ein dringender, ausgewiesener Handlungsbedarf bestehe.
- 94.3434     Postulat Fehr vom 6. Oktober 1994: Studie zur Langzeitentwicklung von Drogentherapie, vom Nationalrat als Postulat überwiesen am 16. Dezember 1994.
- 94.437     Parlamentarische Initiative Tschäppät vom 15. Dezember 1994, Revision des Betäubungsmittelgesetzes, zur Zeit noch in parlamentarischer Beratung, verlangt die Möglichkeit der Therapie bei schwer Abhängigen, einschliesslich der ärztlich kontrollierten Abgabe von Medikamenten, insbesondere von Heroin, soweit dies medizinisch indiziert ist, sowie die Straflosigkeit des Drogenkonsums.

- 95.3026 Interpellation Schweingruber vom 30. Januar 1995: Heroin-Abgabe in Gefängnissen; kantonale Anfragen, vom Nationalrat erledigt am 16. Oktober 1995.
- 95.3238 Interpellation Cottier vom 7. Mai 1995: Fragen zu Ausweitung und Auswertung der Drogenversuche, vom Ständerat erledigt am 11. Dezember 1995
- 95.3324 Interpellation Schmied Walter vom 23. Juni 1995: Fragen v.a. bezügl. Kosten der kontrollierten Drogenabgabe und bezügl. Betreuung der Patientinnen und Patienten nach Beendigung der Versuche; vom Nationalrat erledigt am 21. Dezember 1995
- 96.3064 Interpellation Schenk vom 13. März 1996: Auswertung der Drogenabgabe, vom Nationalrat erledigt am 3. Dezember 1996.

Die noch hängigen Vorstösse wie die Motion Onken und die Parlamentarische Initiative Tschäppät fordern neben der Ermöglichung der ärztlich kontrollierten Drogenabgabe die Entkriminalisierung des Konsums. Vorliegende Revision erfüllt deren Forderungen nur teilweise; weshalb die Motion Onken nicht als erledigt abgeschrieben werden kann.

## **2            Ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln**

### **21           Ziel und Rahmenbedingungen der zukünftigen heroingestützten Behandlung**

#### **211          Ziel**

Das längerfristige Ziel jedes Behandlungsangebotes ist die Drogenabstinenz. Mittels der ärztlichen Verschreibung von Heroin sollen schwer Drogenabhängige in die Gesundheitsversorgung – Integration ins Therapienetz als Schritt zurück in die Gesellschaft – 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.

#### **212          Zielgruppe**

Das Angebot der heroingestützten Behandlung richtet sich an diejenigen Drogenabhängigen, welche mit den bisher zur Verfügung stehenden Behandlungsmethoden nicht erreicht werden konnten:

- Heroinabhängige, die durch ihre Lebensumstände und ihr Verhalten (Beschaffungskriminalität, Prostitution, Obdachlosigkeit etc.) bereits sozial desintegriert sind und durch bestehende Angebote (Entzug oder orale Methadon-Behandlung) nicht erreicht werden können;
- Heroinabhängige in einem oralen Methadonprogramm, die durch die bisherige Behandlung nicht zu stabilisieren waren (Beikonsum anderer Suchtmittel) und/oder sich durch wiederholten illegalen Drogenkonsum der Gefahr der Kriminalität aussetzen oder bereits kriminell sind;

- Heroinabhängige, die sozial noch integriert sind, mehr oder weniger stabile Wohn- und Arbeitsverhältnisse aufweisen, aber durch ihre Drogensucht unmittelbar gefährdet sind, diese zu verlieren, aus ihrem sozialen Netz zu fallen drohen und die mit einem anderen Behandlungsprogramm (Methadon, stationär) nicht zu stabilisieren sind.

Es gibt zwei Eintrittspforten in eine heroingestützte Behandlung: Erstens kann ein *Eintritt – quasi «von der Gasse» – durch eine bereits vorhandene Verwahrlosung*, d.h. schlechte physische und/oder psychische Verfassung begründet werden. Zweitens besteht die Übertrittsmöglichkeit von einem anderen Therapieprogramm, das den Patienten/die Patientin nicht zu stabilisieren vermochte, in die heroingestützte Behandlung.

## 213 Die heroingestützte Behandlung

Im Folgenden ist ein allgemeiner Zielkatalog angeführt, welcher für die Anbieter-Institutionen einer heroingestützten Behandlung verbindlich ist, und der eine erste Grundlage für das Controlling liefert:

- Erreichen der Zielgruppe / Integration in die heroingestützte Behandlung
- Erhalten (noch) vorhandener Ressourcen im somatischen Bereich
- Erhalten (noch) vorhandener Ressourcen im psychischen Bereich
- Erhalten (noch) vorhandener Ressourcen im sozialen Bereich
- Verbessern des physischen Gesundheitszustandes
- Verbessern des psychischen Gesundheitszustandes
- Verbessern der sozialen Integration und des Delinquenzverhaltens
- Vermindern von Risikoverhalten (HIV- und Hepatitis-Prävention)
- Fördern von gesundheitsrelevantem Verhalten
- Fördern der sozialen Kompetenz und der persönlichen Autonomie
- Übertritt in eine andere Therapieform
- Einleiten des Prozesses hin zur Drogenabstinenz

Diese allgemeinen Ziele müssen sowohl nach verschiedenen Patientengruppen wie auch hinsichtlich der beruflichen Zuständigkeiten weiter definiert werden. Ein ebenso wichtiges Ziel ist es, die betreffenden Patientinnen und Patienten bei der Wahrung bzw. Wiederherstellung ihrer individuellen Selbstachtung zu unterstützen.

### *Indikationen und Behandlungskriterien*

Bei Beginn jeder Heroinvverschreibung findet eine ausführliche medizinische (psychiatrisch und somatisch) und soziale Indikationsstellung statt. Eine interdisziplinäre Indikationskonferenz erstellt eine mehrschichtige Diagnose und entscheidet über die Aufnahme ins Programm. Aufgrund intensiver und ausführlicher Abklärungen und Anamnesen in den verschiedenen Bereichen wird ein individueller Behandlungsplan mit überprüfbaren Zielen formuliert.

### *Behandlungsbeginn*

Damit eine Aufnahme in die heroingestützte Behandlung möglich ist, müssen:

- a. die Heroinabhängigkeit seit mindestens zwei Jahren bestehen;
- b. die Patientin/der Patient mindestens 20 Jahre alt sein;

- c. mindestens zwei abgebrochene Behandlungsversuche mit einer anderen anerkannten ambulanten oder stationären Behandlungsmethode; sowie
- d. Defizite im medizinischen, psychologischen und/oder sozialen Bereich, die auf den Drogenkonsum zurückzuführen sind, vorhanden sein.

Beim Vorliegen weiterer schwerer körperlicher oder psychischer Krankheiten, bei denen eine Entzugs- oder Rehabilitationsbehandlung mit anderen Therapiemethoden nicht in Frage kommt, kann eine Indikation für die Aufnahme in die heroingestützte Behandlung ausnahmsweise auch ohne Vorliegen von Punkt b, c oder d gestellt werden.

Jede in die Behandlung aufgenommene Person erklärt schriftlich ihr Einverständnis mit ihren behandlungsspezifischen Rechten und Pflichten.

### *Bewilligung*

Dem Antrag ist die kantonale Bewilligung gemäss Artikel 14 Absatz 1 BetmG sowie Artikel 15a Absatz 5 BetmG beizulegen. Die ärztliche Verschreibung von Heroin bedarf der Ausnahmebewilligung gemäss Artikel 8 Absatz 6 BetmG. Die Bewilligungen werden individuell pro Arzt und Patient ausgestellt.

### *Betreuungsangebot*

Das Gewährleisten der Zielerreichung erfordert eine umfassende Betreuungsstruktur. Dazu gehören im Einzelnen:

- Kontrollierte Abgabe von ärztlich verschriebenem Heroin und evtl. anderen Medikamenten;
- Behandeln von Krankheiten, sowohl somatischer wie psychiatrischer Art;
- Betreuen von chronisch Kranken;
- Leisten von Sozial- und Sachhilfe (Sozialarbeit).

Werden einzelne Dienstleistungsangebote extern verlagert, muss der Betrieb die Koordination sicherstellen.

### *Anforderungen an die betriebliche Infrastruktur*

- Personal:  
Der Personalschlüssel wird durch die Funktionsverteilung definiert. Grundsätzlich muss die professionelle Versorgung in den Bereichen Medizin/Abgabe, psychosoziale Betreuung und Sachhilfe gewährleistet sein.
- Sicherheit:  
Die Sicherheit der Patientinnen und Patienten, des Personals sowie der Substanzen ist mit einem entsprechenden Dispositiv als Bestandteil des Betriebskonzepts zu gewährleisten. Dieses Konzept wird in Zusammenarbeit mit den zuständigen Polizeibehörden erarbeitet.
- Qualitätssicherung und Controlling:  
Die heroingestützte Behandlung süchtiger Menschen muss klaren und verbindlichen Qualitätskriterien genügen. Dies wird auch im Krankenversicherungsgesetz (KVG) als Voraussetzung für eine Finanzierung der Behandlung vorgeschrieben. Es werden deshalb Qualitätskriterien – welche Aspekte der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität berücksichtigen – festgesetzt und ein effizientes Controlling installiert. Ferner werden die Qualifikationsanforderungen an das Personal der verschiedenen Arbeitsbereiche klar definiert und mit entsprechen-

der Aus- und Weiterbildung dafür gesorgt, dass die Anforderungen auch erfüllt werden. Eine regelmässig durchgeführte Evaluation sorgt dafür, dass die Qualitätskriterien eingehalten und mögliche Probleme sofort erkannt werden.

– **Konzept:**

Ein detailliertes Betriebskonzept ist erforderlich, welches im wesentlichen die *dargestellten Punkte beinhaltet und anhand der individuellen Institutionsstrukturen konkretisiert werden soll*. Ein detaillierter und langfristiger Finanzierungsplan, klare Datenschutzregelungen, eine transparente Hausordnung, ein Raumdispositiv, ein Sicherheits- und ein Notfalldispositiv, ein die jeweilige Trägerschaft einschliessendes Organigramm sowie die Darstellung der geplanten Einbettung in das regionale institutionelle Umfeld (Vernetzung) sind *weitere Bestandteile eines solchen Betriebskonzepts*.

Das Konzept untersteht der Bewilligungspflicht durch kantonale und nationale Instanzen (Qualitätssicherung), muss öffentlich einsehbar und transparent abgefasst sein und während des Programmbetriebs regelmässig überarbeitet werden.

## 22                    **Perspektiven**

### 221                   **Der Weg aus der heroingestützten Behandlung**

Es gibt verschiedene Wege aus der heroingestützten Behandlung:

- Die Schlussresultate der PROVE-Versuche halten fest, dass Übertritte in eine Abstinenzbehandlung nach durchschnittlich 320 Tagen stattfinden.
- Übertritte in eine Methadonsubstitution erfolgen nach durchschnittlich 241 Tagen.
- Von den insgesamt 1035 am Projekt beteiligten Drogenabhängigen sind 230 nach sechs bis 22 Monaten Beobachtungszeit in eine andere Therapie übergetreten, davon haben sich 83 Personen für eine Abstinenzbehandlung entschieden.<sup>30</sup>

In Zukunft soll vermehrt Gewicht auf die schrittweise Übernahme von Eigenverantwortung (Resozialisierung) gelegt werden. Zur Erreichung dieses Behandlungszieles sind erweiterte therapeutische Möglichkeiten im Sinne eines Stufenprogrammes mit angepassten Rahmenbedingungen nötig. In diesem Zusammenhang sind auch neue dezentrale Betreuungsstrukturen zu prüfen. Damit soll insbesondere den *unterschiedlichen regionalen Verhältnissen Rechnung getragen werden*. Die Einführung eines solchen Stufenprogrammes muss jedoch wissenschaftlich erforscht und evaluiert werden. Eine generelle Verschreibung von Heroin durch Hausärzte bleibt vorläufig ausgeschlossen, da eine umfassende interdisziplinäre Betreuung sowie eine enge Kontrolle durch Bund und Kanton gewährleistet sein müssen.

### 222                   **Einbettung in die bestehende Therapiepalette**

Der vorliegende Beschlussentwurf sieht vor, die gesetzliche Grundlage für die Aufnahme der heroingestützten Behandlung als neue Therapieform in die bestehende Palette zu ermöglichen. Ziel ist die Vernetzung und Integration mit den bereits be-

<sup>30</sup> Synthesebericht, S. 6

stehenden Behandlungsangeboten, um zukünftig noch differenziertere Betreuungs-  
möglichkeiten für schwer Drogenabhängige anbieten zu können.

### **3 Erläuterungen zum Beschlusssentwurf**

#### **31 Einleitung**

Der vorliegende Entwurf folgt der Empfehlung der Kommission Schild insoweit, als die Einführung der ärztlichen Verschreibung von Heroin als neue Therapieform möglichst schnell erfolgen und deshalb gegenüber den anderen Revisionsempfehlungen für das BetmG vorgezogen werden soll. Der Bundesrat soll die Rahmenbedingungen für die ärztliche Verschreibung von Heroin festlegen, wobei Heroin grundsätzlich ein verbotener Stoff bleiben soll. Nur im Hinblick auf die begrenzte therapeutische Anwendung in hierfür geeigneten Institutionen sind der Anbau, die Einfuhr, die Herstellung und das Inverkehrbringen von Heroin zulässig. Artikel 8 BetmG wird dementsprechend um zwei neue Absätze ergänzt. Ein neuer Artikel 8a BetmG trägt den Anforderungen des Datenschutzes bei der heroingestützten Behandlung Rechnung.

#### **32 Lockerung des grundsätzlichen Heroinverbotes für die ärztliche Verschreibung von Heroin (Ziff. I, Art. 8 Abs. 6)**

Das grundsätzliche Verbot von Heroin durch Artikel 8 Absatz 1 BetmG ist angesichts des durch die Versuche nachgewiesenen medizinischen Potentials etwas zu lockern. Der Gesetzgeber soll dem BAG ausdrücklich die Ermächtigung erteilen, die medizinische Anwendung von Heroin zur Behandlung Drogenabhängiger zu ermöglichen unter den erforschten, engen Rahmenbedingungen, die vom Bundesrat geregelt werden. Heroin bleibt als abhängigkeiterzeugender Stoff ausserhalb dieser Ausnahme weiterhin ein verbotenes Betäubungsmittel, auf das die übrigen Bestimmungen des Betäubungsmittelgesetzes uneingeschränkt anwendbar sind. Die abhängigkeiterzeugende Wirkung von Heroin wird durch diese Änderung weder verharmlost noch relativiert.

Das Verbot von Artikel 8 wird insofern gelockert, indem in Absatz 6 deutlich gemacht wird, dass Anbau, Einfuhr, Herstellung und Inverkehrbringen von Stoffen nach Absatz 1 Buchstabe b zulässig und demzufolge für eine klar begrenzte medizinische Anwendung zur heroingestützten Behandlung in hierfür geeigneten Institutionen nicht rechtswidrig sind, obschon das Verbot in Absatz 1 grundsätzlich bestehen bleibt. Nur in diesem Rahmen ist Heroin ein verschreibbares Betäubungsmittel wie z. B. Methadon. Das BAG stellt sicher, dass der Heroinverkehr unter hinreichenden Sicherheitsvorkehrungen zum Zwecke der Behandlung von drogenabhängigen Personen ablaufen wird. Eine strikte Einhaltung der Aufnahmekriterien (Indikationen), Durchsetzung der Qualitätsanforderungen und Kontrolle der Anforderungen an die betriebliche Infrastruktur garantieren, dass die vorgegebenen Rahmenbedingungen für die heroingestützte Behandlung eingehalten werden.

Für die Durchführung von heroingestützten Behandlungen sind zwei Arten von Bewilligungen erforderlich. Zum einen bedürfen geeignete Institutionen, namentlich Polikliniken und ärztliche Dienste in Gefängnissen, einer Bewilligung. Diese müs-

sen über die erforderliche Betreuungskapazität und langjährige Erfahrung, Kompetenz und Seriosität in der Substitutionsbehandlung mit oralem Methadon verfügen. Mit dem Wort «namentlich» wird verdeutlicht, dass die Aufzählung nicht abschliessend ist. Auch private Einrichtungen, welche sämtliche beschriebenen Voraussetzungen erfüllen, können ausnahmsweise eine Bewilligung erhalten. Jedoch wird mit der Erwähnung von Polikliniken und ärztlichen Diensten von Gefängnissen veranschaulicht, dass Hausärzte nicht unter den Begriff einer «geeigneten Institution» subsumiert werden können. Wie bis anhin werden zusätzlich Einzelbewilligungen für die Patienten und Patientinnen in heroingestützten Behandlungen vom BAG an die zuständigen Ärzte und Ärztinnen erteilt.

Artikel 8 Absatz 5 BetmG bleibt unverändert bestehen. Heroin soll für andere Verwendungszwecke und wie bis anhin auch zugunsten nicht betäubungsmittelabhängiger Personen erforscht und beschränkt medizinisch angewendet werden können (inkl. Verwendung zu Bekämpfungsmassnahmen wie beispielsweise in der Drogenfahndung).

### 33 **Rahmenbedingungen der ärztlichen Verschreibung von Heroin** (Ziff. I, Art. 8 Abs. 7)

Dieser neue Absatz delegiert dem Bundesrat die Kompetenz, die Anwendungsgrundsätze von Heroin und seinen Salzen zur Behandlung von drogenabhängigen Personen auf Verordnungsebene zu regeln. Die formell-gesetzliche Definition der Zielgruppe im zweiten Satz des Absatzes schränkt den Kreis der behandelbaren Personen ein. Somit entspricht die Zielgruppe für die heroingestützte Behandlung derjenigen der wissenschaftlichen Versuche. Eine Ausweitung der medizinischen Indikation ist ohne Gesetzesänderung nicht möglich. Die Ausführungsverordnung hält demgemäss strikte Rahmenbedingungen zur heroingestützten Behandlung fest.

Der Bundesrat bleibt somit dafür verantwortlich, dass die heroingestützte Behandlung im Rahmen des Versuchsplans für PROVE bleibt und der politischen Kontrolle nicht entgleitet. Dies steht im Einklang sowohl mit dem hohen Suchtpotential und der Schwarzmarktattraktivität des Heroins als auch mit der internationalen Verantwortung des Bundes, alle Kontrollmassnahmen hinsichtlich der besonderen Eigenschaften von Heroin zu treffen (vgl. Art. 2 Abs. 5 des Einheitsübereinkommens über die Betäubungsmittel von 1961<sup>31</sup>).

Die neuen Absätze 6 und 7 von Artikel 8 BetmG ändern an der Kompetenzaufteilung zwischen Bund und Kantonen in den Artikeln 15a–c BetmG grundsätzlich nichts. Die Kantone bleiben gemäss Artikel 15a Absätze 2 und 5 BetmG für die Behandlung von betäubungsmittelabhängigen Personen verantwortlich. Bei der Ausgestaltung der heroingestützten Behandlung haben sie jedoch die Rahmenbedingungen des Bundesrates einzuhalten.

Die in Absatz 7 verwendeten Begriffe sind folgendermassen zu verstehen:

«(...) bei denen andere Behandlungsmethoden versagt haben»: Die Heroinverschreibung wird als Therapie zweiter Wahl umschrieben.

<sup>31</sup> SR 0.812.121.0; AS 1970 801

Das «Versagen» anderer Behandlungsformen umfasst: Erfolgs- und Haltequote, bzw. Rückfall in die Abhängigkeit, fehlende gesundheitliche und soziale Stabilisierung.

Der «Gesundheitszustand» der abhängigen Person muss ganzheitlich erfasst werden. Zu betrachten ist sowohl der somatische, psychische wie auch soziale Zustand.

Das «Zulassen» regelt die Aufnahme in die heroingestützte Behandlung bei Vorliegen einer Ausnahmeindikation und obliegt der Kompetenz des Arztes bzw. der Ärztin (vgl. Behandlungsbeginn).

## 34                    **Datenschutz** (Ziff. I, Art. 8a)

Gemäss dem Bundesgesetz über den Datenschutz (DSG; SR 235.1), das seit dem 1. Juli 1993 in Kraft und ab dem 1. Juli 1998 uneingeschränkt anwendbar ist, dürfen Bundesorgane besonders schützenswerte Personendaten und Persönlichkeitsprofile grundsätzlich nur bearbeiten, wenn es ein formelles Gesetz ausdrücklich vorsieht. Krankengeschichten im allgemeinen sowie die Kenntnis über die Teilnahme bestimmter Personen an einer heroingestützten Behandlung im besonderen stellen besonders schützenswerte Daten dar, da sie über die Gesundheit der Betroffenen Auskunft geben. Sobald es der Zweck erlaubt, werden diese Daten nur anonymisiert verwendet (Art. 22 Abs. 1 Bst. a DSG).

Die formellgesetzlichen Grundlagen haben mit hinreichender Bestimmtheit namentlich über Zweck und Umfang der Datenbearbeitung, die verwendeten Mittel sowie die zur Datenbearbeitung befugten Behörden Auskunft zu geben.

In der schriftlichen Einverständniserklärung zu Beginn der heroingestützten Behandlung wird regelmässig eine ausdrückliche, vorgängige Einwilligung zur Bearbeitung von Patientendaten eingeholt.

Zur Erteilung der Ausnahmebewilligungen gemäss Artikel 8 Absatz 6, zur Kontrolle des Heroinverkehrs (Heroinabgabestellen und -bezüger/-bezügerinnen) sowie zu Qualitätssicherung und Controlling der heroingestützten Behandlungen ist es für das BAG unabdingbar, Daten über Patientinnen und Patienten wie auch über die behandelnden Ärztinnen und Ärzte bearbeiten zu können. Mit Artikel 8a wird dem Grundsatz der formellgesetzlichen Grundlage und einer restriktiven Anwendung der Ausnahmeregelung von Artikel 17 Absatz 2 Buchstabe c DSG Rechnung getragen. Allgemein ist dem Datenschutz gerade bei der heroingestützten Behandlung unter dem Aspekt einer sozialen Stigmatisierung Drogensüchtiger durch Schaffung dieser hinreichenden Rechtsgrundlage erhöhte Aufmerksamkeit zu schenken.

Laut Artikel 3 Buchstabe h des Datenschutzgesetzes 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 wahrnehmen<sup>32</sup>. Soweit die Institutionen, in denen die heroingestützte Behandlung durchgeführt wird, kantonale Behörden darstellen, unterliegen sie den entsprechenden kantonalen Datenschutzbestimmungen. Artikel 8a bezieht

32    BBl 1988 II 445

sich somit einzig auf das BAG als Kontroll- und Oberaufsichtsbehörde der heroingestützten Behandlung und berührt die kantonale Kompetenz im Datenschutz nicht.

### 35 **Dringlichkeits- und Referendumsklausel** (Ziff. II)

Am 28. September 1997 wurde über die Volksinitiative «Jugend ohne Drogen» abgestimmt, die eine restriktive, ausschliesslich auf Abstinenz orientierte Drogenpolitik verlangte und explizit die Unterbindung der ärztlichen Verschreibung von Heroin forderte. Nach der Abstimmung steht eindeutig fest, dass das Volk die ärztliche Verschreibung von Heroin als sinnvolle Massnahme im Rahmen der bundesrätlichen 4-Säulen-Politik anerkennt und unterstützt.

Wie die Vernehmlassung zum Bericht Schild gezeigt hat, plädieren die Befürworter der ärztlichen Verschreibung von Heroin für eine möglichst schnelle gesetzliche Verankerung bei positivem Ausgang der Versuche.

Eine Teilrevision des BetmG, beschränkt auf die ärztliche Verschreibung von Heroin, wird aufgrund der vorgängigen Referendumsfrist die Einführung der heroingestützten Behandlung als neue Therapieform verzögern. Die Diskussionen im Parlament um einen Gegenvorschlag zu «Jugend ohne Drogen» und die damit verbundene Verschiebung des Abstimmungstermins haben zu einer unerwartet langen Zeitphase zwischen dem Stopp für die Aufnahme von Patientinnen und Patienten, dem Schlussbericht der Begleitforschung zu den Versuchen und dem politischen Entscheid zum weiteren Vorgehen bezüglich Heroinverschreibung geführt.

Da die Volksinitiative «Jugend ohne Drogen» u.a. direkt gegen die ärztliche Verschreibung von Heroin gerichtet war, ist mit der Abstimmung der Volkswille hierzu materiell schon zum Ausdruck gebracht. Die deutliche Ablehnung der Initiative rechtfertigt es, ein beschleunigtes Rechtsetzungsverfahren zu ergreifen. Die Möglichkeit des nachträglichen Referendums wahrt die Volksrechte hinreichend.

Der Beschluss soll bis zur Revision des Betäubungsmittelgesetzes, längstens jedoch auf sechs Jahre befristet werden. Weitere Empfehlungen der Expertenkommission Schild zur Revision sind umstritten (Cannabisregelung, Strafbefreiung des Konsums und der entsprechenden Vorbereitungshandlungen), und bei verschiedenen Postulaten sind Lösungen erst ansatzweise vorhanden. Mit einer Revision soll eine kohärente Gesetzesvorlage unter Verankerung der 4-Säulen-Politik präsentiert werden – auch im Hinblick auf die Schaffung eines Suchthilfe/-präventionsgesetzes. Zudem können vor einer definitiven gesetzlichen Regelung der ärztlichen Verschreibung von Heroin bestehende Forschungsfragen vertieft und neue angegangen werden. Vergleiche mit ausländischen Projekten können miteinbezogen werden.

Befristete Erlasse, die rechtsetzende Normen enthalten, sind nach Artikel 6 des Geschäftsverkehrsgesetzes in die Form des allgemeinverbindlichen Bundesbeschlusses zu kleiden. Wie bereits erwähnt, stellt vorliegender Entwurf eine Übergangslösung dar, die bis zum Inkrafttreten einer Revision des Betäubungsmittelgesetzes gilt und dereinst in dieses integriert werden soll. Die Regelung soll deshalb in der Rechtsform eines allgemeinverbindlichen Bundesbeschlusses erlassen werden.

## 4 Personelle und finanzielle Auswirkungen der ärztlichen Verschreibung von Heroin

### 41 Für den Bund

Die Arbeiten für die Registrierung von Heroin als Medikament bei der Interkantonalen Kontrollstelle für Heilmittel (IKS) dürften ca. zwei Jahre in Anspruch nehmen (1998 und 1999). Zusätzlich sollen verschiedene im Synthesebericht erwähnten offenen Fragen wissenschaftlich abgeklärt werden. Daher entstehen 1999 einmalige Kosten von 1,5 Millionen Franken. Dieser Betrag setzt sich hälftig zusammen aus den für die Forschung anfallenden Kosten und den Aufwendungen für die Registrierung von Heroin.

Dazu kommen die Beiträge an die Projekte und die im BAG anfallenden Kosten von total 2,5 Millionen Franken für das Jahr 1999 und die Folgejahre bis 2002. Die Beiträge des BAG an die Projekte können nach Inkrafttreten des dringlichen Bundesbeschlusses und nach der Registrierung von Heroin bei der IKS kontinuierlich abgebaut werden. Den Trägern der Projekte muss allerdings eine Übergangsfrist von maximal drei Jahren zugestanden werden, um eine vom Bund unabhängige finanzielle Basis zu schaffen. Der aufgrund des Bundesbeschlusses notwendige Kreditbedarf von insgesamt 4 Millionen Franken im Jahre 1999 und von 2,5 Millionen Franken für die Jahre 2000 bis 2002 ist im geltenden Finanzplan nicht enthalten. Bei der Budgetierung 1999 ist dieser notwendige Finanzbedarf zu berücksichtigen.

Für die Weiter- und Überführung der Projekte kann das BAG das dafür nötige Personal im Sinne von Artikel 2 Buchstabe b der Verordnung vom 9. Dezember 1996 über den öffentlich-rechtlichen Arbeitsvertrag in der allgemeinen Bundesverwaltung (SR 172.221.104.6) über den im BAG-Budget eingestellten Sachkredit befristet rekrutieren.

### 42 Für Kantone und Gemeinden

Die Kosten der Projekte von rund 20 000 Franken pro Patient und Patientin und Jahr wurden bis anhin folgendermassen auf die verschiedenen Träger aufgeteilt:

	(Fr. pro Patient / Jahr)
- Bund	2500.-
- Krankenkassen	5200.-
- Patient/Patientin	5500.-
- Kanton/Gemeinde/private Trägerschaft	6800.-

Die Höhe der Krankenkassenbeiträge war während des Versuchs wiederholten Änderungen unterzogen und konnte nicht generell geregelt werden. Die einzelnen Projekte haben mit den Krankenkassen Pauschalbeträge ausgehandelt, die sich durchschnittlich in der obgenannten Höhe bewegen. Die Beteiligung von Kantonen, Gemeinden sowie privaten Organisationen variierte ebenfalls von Projekt zu Projekt.

Im üblichen Verfahren ist zu prüfen, ob die heroingestützte Behandlung als Pflichtleistung der Krankenkassen gemäss Artikel 25 Absatz 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) anerkannt werden kann, wofür die Voraussetzungen der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit zu erfüllen sind (vgl. Art. 32 Abs. 1 KVG). Erst nach Registrierung durch die IKS und Prüfung dieser Kriterien durch die Eidgenössische Kommission für allgemeine Leistungen kann das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) die heroingestützte

Behandlung als Pflichtleistung vorsehen. Dadurch würden sich die Kosten für Bund, Kantone und Gemeinden reduzieren. Ausserdem muss geprüft werden, inwieweit und unter welchen Voraussetzungen die Sozialhilfe zur Kostenübernahme (insbesondere für die psychosoziale Betreuung) herangezogen werden kann.

## 5 **Legislaturplanung**

Die Revision des Betäubungsmittelgesetzes ist als Richtliniengeschäft in der Legislaturplanung 1995–1999 enthalten<sup>33</sup>. Sie soll gestützt auf die Vorschläge der Expertenkommission unter Berücksichtigung der Diskussion zu den Volksinitiativen «Jugend ohne Drogen» und «DroLeg» erfolgen<sup>34</sup>.

Mit Ablehnung der Volksinitiative «Jugend ohne Drogen» kann die gesetzliche Regelung für den Teilbereich der ärztlichen Verschreibung von Heroin entsprechend der Empfehlung der Kommission Schild vorgezogen werden. Die Abstimmung zur Initiative «DroLeg» hat keine direkten Auswirkungen auf die Vorlage. Sowohl Annahme als auch Ablehnung von «DroLeg» lassen die Weiterführung der heroingestützten Behandlung zu.

## 6 **Weitere Rechtsetzungsvorhaben**

### 61 **Ausführungsverordnung des Bundesrates zur ärztlichen Verschreibung von Heroin**

Gestützt auf den neuen Artikel 8 Absatz 7 wird der Bundesrat die Rahmenbedingungen der heroingestützten Behandlung in einer Verordnung festlegen. Darin werden die nötigen Vorgaben für die Praxis der Heroinverschreibung gemacht. Kurzfristig soll eine Verbesserung des Gesundheitszustandes erreicht und eine weitere Verelendung verhindert werden. Langfristiges Ziel bleibt die Drogenabstinenz. Die heroingestützte Behandlung soll Abhängigen offenstehen, die durch andere therapeutische Angebote nicht erreicht oder stabilisiert werden konnten, die verelendet und sozial desintegriert oder unmittelbar davon bedroht sind. Die Behandlung umfasst eine interdisziplinäre Betreuung in den Bereichen Somatik, Psychiatrie und sozialer Arbeit, welche innerhalb ambulanter Institutionen gewährleistet werden kann. Teilbereiche dieser 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. Nach einer sorgfältigen medizinischen (somatisch und psychiatrisch) und sozialen Indikationsstellung wird ein individueller Behandlungsplan mit Behandlungszielen festgelegt, der periodisch überprüft und neuen Zielen angepasst wird, unter Einbezug der Möglichkeit einer Überführung in andere Therapieformen.

Auf regelmässigen Sichtkonsum darf bei der heroingestützten Behandlung zur Kontrolle der Abhängigkeit und Toleranz der behandelten Person nie ganz verzichtet werden. Das BAG übt die Oberaufsicht über die Institutionen und die Qualitätssicherung der Behandlung aus, sorgt für die Weiterbildung des Fachpersonals und die weitere Forschung. Gemäss Absatz 6 ist das BAG für die Regelung der Heroinein-

<sup>33</sup> BBl 1996 II 354 Anhang I

<sup>34</sup> BBl 1996 II 320

fuhr und -verarbeitung zuständig, womit Kontroll- und Distributionskompetenz für Heroin in der Hand einer einzelnen Behörde liegt. Die Kantone bleiben als hauptsächliche Träger der Behandlungsstellen Bewilligungsinstanz für die geeigneten Institutionen und die behandelnden Ärzte.

Zudem soll in der Ausführungsverordnung eine jährliche Berichterstattung des Bundesrates durch das EDI statuiert werden. Das EDI wird über die folgenden Punkte Bericht erstatten:

- 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).

## 62 Revision des Betäubungsmittelgesetzes

Die Expertenkommission «Schild» empfiehlt in ihrem Bericht<sup>35</sup>, die 4-Säulen-Politik weiterzuentwickeln. Zu diesem Zweck seien verschiedene Änderungen an der bestehenden Gesetzgebung vorzunehmen. Hauptpostulate, welche neben der ärztlichen Verschreibung von Heroin eine Revision des Betäubungsmittelgesetzes betreffen, sind folgende:

- Aufhebung der Strafbarkeit des Konsums;
- Förderung der Forschung;
- mehr Kompetenzen für den Bund in der Qualitätskontrolle;
- angemessener Ausbau des Jugendschutzes;
- Vereinheitlichung von Präventionsstrategien;
- Neuverteilung der finanziellen Lasten zwischen Bund, Kantonen und Gemeinden.

Einige dieser Postulate werden schon umgesetzt oder sind in der Planung des EDI vorgesehen. Eine bessere Koordination der Drogenpolitik und eine Verbesserung der Qualität bei den Therapieangeboten werden einerseits durch den nationalen Drogenausschuss in Angriff genommen und sind andererseits Prioritäten des BAG bei seinen Massnahmen zur Verminderung der Drogenprobleme. Die Vernehmlassung zum Bericht Schild hat gezeigt, dass es wichtige Meinungsunterschiede zwischen den Befragten betreffend Aufhebung der Strafbarkeit des Konsums von Betäubungsmitteln und der Cannabisfrage gibt.

Eine weitere Empfehlung der Kommission Schild betrifft den Erlass eines eidgenössischen Suchthilfegesetzes, das suchtmittelunabhängig Regelungen zu allen vier Säulen der bundesrätlichen Drogenpolitik umfasst. Damit geht sie weiter als die vom Parlament überwiesene Motion der CVP-Fraktion<sup>36</sup>, welche ein auf die Säule Prävention beschränktes Suchtpräventionsgesetz fordert.

Zu obgenannten Empfehlungen sowie zu den entsprechenden parlamentarischen Vorstössen der CVP-Fraktion und der ständerätlichen Kommission für soziale Si-

<sup>35</sup> Bericht der Expertenkommission für die Revision des Betäubungsmittelgesetzes vom 3. Oktober 1951; Bundesamt für Gesundheit, Februar 1996

<sup>36</sup> (93.3673; Suchtpräventionsgesetz)

cherheit und Gesundheit (Postulat 95.3077; Drogenpolitik) sind Vorschläge für eine Revision des Betäubungsmittelgesetzes sowie eines allenfalls neuen Gesetzes zur Hilfe bei Suchtverhalten in Prüfung. Dabei soll die Kohärenz in der Drogenpolitik gewährleistet und eine Abstimmung mit den zukünftigen Produkte-Gesetzen (Heilmittelgesetz, Chemikaliengesetz) garantiert werden.

## 7 Verhältnis zum internationalen Recht

Die internationalen Übereinkommen haben zum Ziel, den illegalen Gebrauch von Betäubungsmitteln zu unterbinden. Die Verschreibung von Betäubungsmitteln auf legalem Wege in Form von medizinischen Therapien richtet sich nach den Grundsätzen des jeweiligen nationalen Rechts.

Das Einheitsübereinkommen über die Betäubungsmittel von 1961<sup>37</sup> weist in verschiedenen Artikeln darauf hin, dass der legale Verwendungsbereich von Betäubungsmitteln auf den medizinischen und wissenschaftlichen Zweck beschränkt sein soll<sup>38</sup>. Heroin, das als Betäubungsmittel in der Tabelle IV des Übereinkommens aufgeführt ist, verlangt gemäss Artikel 2 Absatz 5 Buchstabe a «alle besonderen Kontrollmassnahmen, die sie (die Vertragsparteien) im Hinblick auf die besonders gefährlichen Eigenschaften dieser Betäubungsmittel für erforderlich halten». Der erste Satz von Buchstabe b desselben Artikels und Absatzes präzisiert, dass «die Vertragsparteien, wenn sie der Meinung sind, dass dies im Hinblick auf die in ihrem Staate herrschenden Verhältnisse das geeignetste Mittel ist, um die Volksgesundheit zu schützen, die Gewinnung, Herstellung oder die Verwendung dieser Betäubungsmittel sowie den Handel damit zu verbieten». Das Übereinkommen fordert demnach kein striktes Verbot von Heroin. So ist in Grossbritannien Heroin als verschreibungsfähiges Betäubungsmittel zur Schmerzbekämpfung zugelassen.

Das grundsätzliche Verbot von Heroin zum Schutze der Volksgesundheit wird den Anforderungen des Übereinkommens gerecht. Für den Ausnahmefall der Behandlung von schwerer Drogenabhängigkeit haben die wissenschaftlichen Versuche bewiesen, dass in diesem Bereich ein absolutes Heroinverbot nicht ein geeignetes Mittel zum Schutze der Volksgesundheit darstellt. Gemäss Artikel 2 Absatz 5 Buchstabe b Satz 2 des Übereinkommens sind für die medizinische und wissenschaftliche Forschung benötigte Mengen von Betäubungsmitteln ausdrücklich vom generellen Verbot der Gewinnung, der Herstellung, der Ein- und Ausfuhr, des Besitzes oder der Verwendung ausgenommen. Diese Ausnahme erstreckt sich nicht nur auf das wissenschaftliche Versuchsstadium mit diesen Stoffen, sondern auch auf die medizinische Anwendung. In diesem Zusammenhang ist auch Artikel 38 des Einheitsübereinkommens zu erwähnen, der die Behandlung, Pflege und Wiedereingliederung Betäubungsmittelsüchtiger vorsieht. Die Verwendung von Heroin zu diesem Zweck wird durch das Übereinkommen nicht ausgeschlossen.

Die Änderung des Artikels 38 des Einheitsübereinkommens durch das Zusatzprotokoll von 1972 hat diesbezüglich keine grundsätzliche Änderung gebracht. Die übrigen internationalen Übereinkommen (das Übereinkommen von 1971 über die psychotropen Substanzen und das von der Schweiz bisher nicht ratifizierte Übereinkommen von 1988 gegen den unerlaubten Verkehr mit Betäubungsmitteln und psy-

<sup>37</sup> SR 0.812.121.0; AS 1970 801

<sup>38</sup> Abs. 7 der Präambel; Art. 1 Abs. 1 Bst. x, Abs. 2; Art. 4 Bst. c; Art. 19 Abs. 1 Bst. a; Art. 21 Abs. 1 Bst. a; Art. 30 Abs. 1 Bst. c

chotropen Stoffen) berührten die versuchsweise ärztliche Verschreibung von Heroin nicht. Sie schränken ebenfalls die durch das nationale Recht erlaubte, medizinische Anwendung von Heroin nicht ein.

## 8                    Verfassungsmässigkeit

Die Vorlage stützt sich wie das Betäubungsmittelgesetz auf die Artikel 69 und 69<sup>b1</sup> der Bundesverfassung (BV) und wirft keine neuen Fragen bezüglich der verfassungsmässigen Grundlage auf.

Artikel 69 BV gibt dem Bund die Befugnis, zur Bekämpfung übertragbarer, stark verbreiteter oder bösartiger Krankheiten von Mensch und Tier gesetzliche Bestimmungen zu erlassen. Suchtkrankheiten zählen gemäss internationalen Klassifikationsschematas zu den psychischen Krankheiten. Toxikomanie wurde dementsprechend schon bei Verabschiedung des Betäubungsmittelgesetzes von Bundesrat und Bundesversammlung als bösartige Krankheit im Sinne von Artikel 69 BV betrachtet<sup>39</sup>. Anliegen des Bundesbeschlusses ist es, die heroingestützte Behandlung als weitere Massnahme zur Therapie schwer Drogensüchtiger anzubieten. Der Begriff der Krankheitsbekämpfung umfasst ebenfalls die wirksame Verhütung eines weiteren oder wiederholten Gesundheitsschadens, wodurch auch die Aspekte der Überlebenshilfe und Wiedereingliederung, die durch die heroingestützte Behandlung ebenfalls mitberücksichtigt werden, verfassungsrechtlich gedeckt sind.

Der vorliegende Beschluss bewegt sich demgemäss im verfassungsrechtlichen Rahmen.

9552

# Bundesbeschluss über die ärztliche Verschreibung von Heroin

Entwurf

vom

---

*Die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft,  
nach Einsicht in die Botschaft des Bundesrates vom 18. Februar 1998<sup>1</sup>,  
beschliesst:*

## I

Das Betäubungsmittelgesetz vom 3. Oktober 1951<sup>2</sup> wird wie folgt geändert:

### *Art. 8 Abs. 6 und 7 (neu)*

<sup>6</sup> Das Bundesamt für Gesundheit kann im weiteren für den Anbau, die Einfuhr, die Herstellung und das Inverkehrbringen von Stoffen nach Absatz 1 Buchstabe b Ausnahmebewilligungen erteilen, um die Behandlung von betäubungsmittelabhängigen Personen in geeigneten Institutionen, wie namentlich Polikliniken und durch ärztliche Dienste in Gefängnissen zu ermöglichen.

<sup>7</sup> 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, bei denen andere Behandlungsformen versagt haben oder deren Gesundheitszustand andere Behandlungsformen nicht zulässt.

### *Art. 8a*

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> Es gewährleistet durch technische und organisatorische Massnahmen den Datenschutz.

## II

<sup>1</sup> Dieser Beschluss ist allgemeinverbindlich.

<sup>2</sup> Er wird nach Artikel 89<sup>bis</sup> Absatz 1 der Bundesverfassung als dringlich erklärt und untersteht nach Artikel 89<sup>bis</sup> Absatz 2 der Bundesverfassung dem fakultativen Referendum.

<sup>3</sup> Er tritt am Tag nach der Verabschiedung in Kraft und gilt bis zum Inkrafttreten der Revision des Betäubungsmittelgesetzes, längstens jedoch bis zum 31. Dezember 2004.

9552

<sup>1</sup> BBl 1998 1607  
<sup>2</sup> SR 812.121

1632

## **Botschaft zu einem Bundesbeschluss über die ärztliche Verschreibung von Heroin vom 18. Februar 1998**

In	Bundesblatt
Dans	Feuille fédérale
In	Foglio federale
Jahr	1998
Année	
Anno	
Band	2
Volume	
Volume	
Heft	14
Cahier	
Numero	
Geschäftsnummer	98.015
Numéro d'affaire	
Numero dell'oggetto	
Datum	14.04.1998
Date	
Data	
Seite	1607-1632
Page	
Pagina	
Ref. No	10 054 618

Das Dokument wurde durch das Schweizerische Bundesarchiv digitalisiert.

Le document a été digitalisé par les Archives Fédérales Suisses.

Il documento è stato digitalizzato dell'Archivio federale svizzero.