

**Antwort
der Bundesregierung**

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Schlottmann, Kroll-Schlüter,
Frau Augustin, Götzer, Sauer (Stuttgart), Dolata, Werner (Ulm), Link (Diepholz)
und der Fraktion der CDU/CSU sowie der Abgeordneten Eimer (Fürth), Frau Dr.
Segall, Frau Dr. Adam-Schwaetzer, Kohn, Frau Seiler-Albring, Cronenberg
(Arnsberg) und der Fraktion der FDP**

— Drucksache 10/5246 —

Methadon-Behandlung Drogenabhängiger

Der Parlamentarische Staatssekretär beim Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit hat mit Schreiben vom 10. April 1986 namens der Bundesregierung die Kleine Anfrage wie folgt beantwortet:

1. Teilt die Bundesregierung die Auffassung und Besorgnis, die der Ständige Arbeitskreis der Drogenbeauftragten in zwei Voten zur Abgabe von Methadon niedergelegt hat, und was beabsichtigt sie zur Durchsetzung dieser Vorstellungen zu tun?

Die Bundesregierung teilt in vollem Umfange die Auffassung, die der Ständige Arbeitskreis der Drogenbeauftragten des Bundes und der Länder in mehreren Voten niedergelegt hat. Sie erinnert daran, daß sich die strikt ablehnende Einstellung erst durch Erfahrungen entwickelt hat, die einerseits durch den Zugewinn an Erkenntnissen über die therapeutischen Möglichkeiten auch bei scheinbar nicht therapiefähigen Abhängigen gewonnen wurden und die andererseits mit Methadon-Programmen auch in der Bundesrepublik Deutschland gemacht wurden. Der Arbeitskreis hat in seinem Bericht vom November 1972 niedergelegt, daß der Substitution von Opiaten durch Methadon mit äußerster Zurückhaltung zu begegnen sei. In ganz seltenen Fällen, wie in therapieresistenten Endzuständen, könnten sie als Alternative gesehen werden, unter der Voraussetzung, daß methodisch strenge Kautelen Anwendung finden. Über das in Hannover durchgeführte

ambulante Methadon-Programm war er unterrichtet. Dieses Therapieprogramm für Schwerstopiabkömmlinge (vgl. Petzold, H., Drogen-Therapie, Modelle – Methoden – Erfahrungen, Paderborn 1974) entsprach in seiner Anlage den sehr restriktiven Vorstellungen des Arbeitskreises. 1975 wurde dieses Programm eingestellt, nachdem die gesetzten Ziele nicht erreicht werden konnten und sich die Einsicht durchgesetzt hatte, „daß drogenfreie Langzeitprogramme für einen erheblich größeren Anteil von Drogenabhängigen in Frage kommen“, als zu Beginn vermutet worden war (vgl. Niedersächsisches Ärzteblatt 1978 S. 289 ff.).

Die Bundesregierung vertritt die ablehnende Auffassung des Arbeitskreises offensiv. Sie hat deshalb z. B. die Bundesärztekammer schriftlich ersucht, die Voten des Arbeitskreises zu unterstützen; dies ist auch durch die Landesärztekammern z. B. von Nordrhein und dem Saarland durch Abdruck in ihren Mitteilungsblättern erfolgt. Die Bundesregierung wird sich weiterhin darum bemühen, die Grundproblematik zu verdeutlichen, daß

- der Widerspruch nicht aufzulösen ist, der darin besteht, angeblich zur Therapie unfähige Abhängige einer Methadon-Behandlung unterziehen zu wollen,
- es erhebliche ethische Probleme gibt, die nicht nur darin bestehen, wer darüber entscheidet, ob ein Abhängiger als therapieunfähig anzusehen ist und folglich die übliche Therapie eingestellt werden darf, sondern auch darin, daß diese Kranken durch die Verabfolgung eines stark wirksamen Betäubungsmittels veranlaßt werden, sich Regeln und Bedingungen zu unterziehen, die sie sonst nicht akzeptieren würden,
- es somit auch erhebliche rechtliche Bedenken gibt, da nicht nur die Freizügigkeit eingeschränkt wird, weil Methadon stets nur an einem Ort und zu immer derselben Zeit ausgegeben wird, sondern auch andere Grundrechte berührt sind,
- es erhebliche zusätzliche Gefährdungen gibt, da Methadon ein hohes Maß an Unverträglichkeit zu anderen Stoffen und Zubereitungen hat, insbesondere zu Beruhigungs-, Schmerz- und Schlafmitteln sowie zu alkoholischen Getränken, und es durch Unkenntnis oder Fahrlässigkeit zu Summierungseffekten mit tödlichem Ausgang kommen kann, wie dies auch von ausländischen Programmen bekannt war und auch in einem Bericht des Bundesministers des Innern vom Februar 1980 festgehalten worden ist. Dabei ist dort angemerkt, daß auffällig viele Methadon-Todesfälle mit einem illegalem Konsum verbunden sind, der sich eines illegalen, parallel zu legalen Methadon-Programmen entstehenden Methadon-Marktes bedient.

Der Bundesregierung ist nicht bekannt, daß aus den Kreisen derjenigen, die beruflich mit der Behandlung Drogenabhängiger befaßt sind, auch nicht aus deren Beruf- und Standesorganisationen oder den einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften, Methadon-Programme gefordert oder auch nur unterstützt werden. Auch vor diesem Hintergrund fühlt sich die Bundesregie-

rung berechtigt, im politischen Raum etwaigen Forderungen nach Methadon-Programmen entgegenzuwirken.

2. Hält die Bundesregierung die Verschreibung von Methadon und ähnlichen Ersatzdrogen an drogenabhängige Patienten in ambulanter Behandlung durch niedergelassene Ärzte für zulässig?

Das Betäubungsmittel Methadon ist in der Bundesrepublik Deutschland nicht verschreibungsfähig; ein etwa doppelt so wirksames, nach dem Betäubungsmittelgesetz verschreibungsfähiges Opioid ist das Schmerzmittel Levomethadon, das unter der Bezeichnung L-Polamidon als Tropfen, Tablette oder Injektionslösung im Verkehr ist.

Die Bundesregierung hält die Verschreibung von Levomethadon und ähnlichen Ersatzmitteln für drogenabhängige Patienten aus Gründen ihrer Drogenabhängigkeit für medizinisch kontraindiziert und insoweit für rechtlich unzulässig. Dies gilt nicht nur für Betäubungsmittel, sondern auch für Ersatzmittel, die nicht auf einem besonderen Betäubungsmittelrezept verschrieben werden müssen.

Die rechtliche Beurteilung der Bundesregierung ergibt sich aus den betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften. Diese gestatten dem Arzt die Verschreibung von Betäubungsmitteln nur dann, wenn ihre Anwendung am oder im menschlichen Körper begründet ist. Diese Regelung gilt gleichermaßen für niedergelassene Ärzte und Ärzte in Kliniken. Nach den wiederholten einschlägigen Verlautbarungen des Deutschen Ärztetages und der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft ist die Verschreibung von Medikamenten mit Abhängigkeitspotential an Drogenabhängige grundsätzlich ärztlich nicht begründet, weil eine solche Verschreibung lediglich das Mittel austauscht, aber nicht die bestehende Sucht behandelt. Eine solche ärztlich gebotene Behandlung der Sucht stellt weder die fortgesetzte Verschreibung von Betäubungsmitteln zum Zwecke der Linderung von Entzugsfolgen noch die wohlmeinende ambulante „Überbrückungshilfe“ bis zum Beginn einer angeblichen stationären Drogentherapie dar. Die erwähnten Verlautbarungen fordern die Ärzteschaft daher auf, bei bestehenden oder vorgetäuschten körperlichen oder seelischen Entzugssyndromen keine Betäubungsmittel oder sonstigen Ersatzmittel mit Abhängigkeitspotential zu verschreiben.

Bei ihrer rechtlichen Bewertung stützt sich die Bundesregierung somit auf die allgemein oder weitaus überwiegend anerkannten Regeln der ärztlichen Wissenschaft. Entsprechend hat auch die Rechtsprechung in vielen Einzelfällen die Verschreibung von Levomethadon und anderen Ersatzdrogen als Verstoß gegen die betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften eingestuft. Dem steht nicht entgegen, daß es auch bei Drogenabhängigen Notfälle geben kann, in denen z. B. zur Abwendung einer akuten Lebensgefahr kurzfristig die Verabreichung eines Betäubungsmittels ärztlich begründet ist.

3. Wie beurteilt sie das Suchtpotential dieser Droge?

Nach vorherrschender wissenschaftlicher Bewertung muß das Suchtpotential von Methadon dem der anderen Opiate wie Heroin, Morphin oder Codein gleichgesetzt werden; lediglich Wirkungsweise und Verweildauer im Körper unterscheiden sich. Damit wird das Suchtpotential von Methadon sehr hoch eingeschätzt.

Der Entzug von Methadon dauert – nach der einschlägigen Literatur – länger und erfordert mehr klinische Fachkenntnisse. Damit ist eine Methadon-Abhängigkeit letztlich schwerer zu behandeln als eine solche von Heroin.

4. Welche Ersatzdrogen außer Methadon werden nach Kenntnis der Bundesregierung heute von Ärzten Süchtigen verabreicht?

Die Bundesregierung hat Anlaß anzunehmen, daß es eher eine Ausnahme ist – etwa im Rahmen des ärztlichen Notdienstes –, daß Drogenabhängige von Ärzten ambulant behandelt oder versorgt werden. Allerdings gibt es einzelne Ärzte, die ganz gezielt an Drogenabhängige Medikamente zur Linderung von Entzugsscheinungen abgeben. Dabei handelt es sich zumeist um codeinhaltige Arzneispezialitäten, die verschreibungspflichtig sind; gelegentlich werden auch Psychopharmaka, Schlaf- und Schmerzmittel verschrieben. Die Bundesregierung ist bemüht, über das Arzneimittelinstitut des Bundesgesundheitsamtes durch ein sogenanntes Frühwarnsystem rechtzeitig Kenntnis von solchen Arzneispezialitäten zu bekommen, die als „Ersatzdrogen“ möglicherweise an Drogenabhängige abgegeben werden. Die Bundesregierung begrüßt es, daß regional auch von Ärztekammern ähnliche Verschreibungsbeobachtungen durchgeführt werden.

5. Rechtfertigen es der theoretische und praktische Stand der Therapie Drogenabhängiger in der Bundesrepublik Deutschland, Drogenersatz-Behandlungen zu erproben?

Nach den vorliegenden Erfahrungen muß die Bundesregierung davon ausgehen, daß die theoretischen und praktischen Möglichkeiten zur Therapie Drogenabhängiger in der Bundesrepublik Deutschland die Erprobung sog. Drogenersatz-Behandlungen nicht rechtfertigen. Durch die Veränderung der Klientel mit einem ständig wachsenden Anteil älterer Drogenabhängiger stehen die Therapieeinrichtungen schon seit geraumer Zeit vor neuen Anforderungen, denen sie aber offenbar weitgehend entsprechen können. Der Bundesregierung liegen keine Informationen darüber vor, daß sich etwa durch den höheren Anteil dieser Klienten mit teilweise langer „Drogenkarriere“, zumeist mehreren Therapieabbrüchen, einer hohen Kriminalitätsbelastung und den sich dar-

aus ergebenden körperlichen, psychischen und sozialen Folgen, die Abbruchquoten zunehmend erhöht hätten. Ihr liegen auch keine Informationen darüber vor, daß die Sozialleistungsträger bei dieser Klientel in zunehmendem Umfange die Kostenübernahme für erneut beantragte Therapien verweigern. Dennoch gibt es offenbar therapieunwillige Abhängige, die von der Sozialhilfe unterhalten werden und ständig wieder in krankheitsbedingte kriminelle Verstrickungen geraten und die letztlich den Anstoß dazu gegeben haben, daß die Diskussion um Ersatzdrogen-Programme wiederbelebt wurde. Wenn die von den Drogenbeauftragten vertretene Auffassung richtig ist, daß auch solche Abhängige noch therapeutischer Hilfe zugänglich sind, dann darf nach Auffassung der Bundesregierung auf diese therapeutische Chance nicht verzichtet werden. Dies aber wäre bei Methadon-Erhaltungsprogrammen gegeben, die nicht als Behandlungen angesehen werden dürfen.

Reduzierungsprogramme mit Hilfe von Methadon sind nach Auffassung der Bundesregierung nur für eine Teilgruppe dieser Klientel mit Voraussetzungen vorstellbar, die geradezu bestätigen, daß sie auch einer Therapie ohne Methadon zugänglich sein müßten.

Nach den Erfahrungen aus den USA haben in Methadon-Programmen solche Klienten gute Chancen, die sich zwar in einem höheren Alter befinden, aber eine niedrigere Kriminalitätsbelastung aufweisen, geringe psychische Probleme haben, im Berufsleben stehen und in einer sie stützenden Familie leben. Mit Ausnahme des höheren Lebensalters weist die Problemgruppe, die in der Bundesrepublik Deutschland für Drogenersatz-Programme vorgesehen ist, keines dieser Merkmale auf.

6. Hält es die Bundesregierung für zulässig, angeblich therapieresistenten Süchtigen, die wiederholt strafbare Handlungen begangen haben, ein suchtbildendes Mittel kostenfrei zu verabfolgen, damit sich diese bestimmten Maßnahmen unterziehen, die als Therapie ausgegeben werden und denen sie sich ohne Erlangung dieses Mittels nicht unterziehen würden?

Die Frage stellt sicherlich nicht darauf ab, ob es rechtlich zulässig ist, ein Arzneimittel außerhalb des ausgewiesenen Indikationsgebietes zu verwenden, sondern darauf, ob es vertretbar ist oder evtl. sogar ethisch bedenklich, wenn die Wirkung eines Betäubungsmittels benutzt wird, um Patienten zu bestimmten Handlungen zu veranlassen. Die Bundesregierung hat in diesem Sinne Zweifel daran, ob es „zulässig“ ist, Drogenabhängige durch die kostenfreie Abgabe eines ebenfalls suchtbildenden Mittels in ein Programm einzubinden, dessen therapeutischer Wert von ihr sehr skeptisch gesehen und eher bestritten wird. Sie würde deshalb darauf drängen, daß derartige Programme, die beim heutigen Stand gesicherter wissenschaftlicher Erkenntnisse noch im weitesten Sinne als Forschung anzusehen wären, durch die dafür zuständigen Ethik-Kommissionen begutachtet würden. Dabei wäre zwischen sogenannten Erhaltungsprogrammen und Reduk-

tionsprogrammen zu unterscheiden. Letztlich aber bleiben grund-sätzliche Bedenken darüber, ob es erforderlich ist, Drogenabhän-gige weiterhin einem stark wirksamen Betäubungsmittel auszu-setzen. Insoweit wird auf die Bedenken verwiesen, die in der Antwort auf Frage 1 zum Ausdruck gebracht worden sind.

Die Bundesregierung hält die Anwendung eines Arzneimittels mit betäubender Wirkung und in der Absicht, bestimmte Handlungen zu erreichen oder zu vermeiden, nur dann für vertretbar, wenn die damit abzuwendende (evtl. suicidale) Gefahr größer ist als die schon gegebene Gefährdung.

Nach wie vor tritt die Bundesregierung dafür ein, daß ein Abhän-giger letztlich nur dann erfolgreich rehabilitiert ist, wenn er dro-genfrei, d. h. auch ohne Substitutionsmittel lebt, wenn er sozial integriert ist, d. h. seinen sozialen Verpflichtungen nachkommen kann und nicht mehr straffällig wird. Die Bundesregierung ist sich bewußt, daß diese drei Therapieziele oft nicht gleichzeitig erreicht werden und daß das Erreichen eines dieser drei Ziele im Einzelfall einen Teilerfolg darstellen kann. Sie ist sich ferner bewußt, daß bei diesem umfassenden Therapieziel individuelle Gesichtspunkte (ein Leben unabhängig von Betäubungsmitteln) und soziale Gesichtspunkte (z. B. Schutz der Gesellschaft vor Beschaf-fungskriminalität) miteinander streiten. Sie ist der Auffassung, daß in einigen ausländischen Ersatzdrogen-Programmen Ord-nungsgesichtspunkte eine große Rolle spielen und der Wunsch des Individuums nach Unabhängigkeit von Drogen zu wenig Berücksichtigung findet, wenn sich auch Beobachter bei schnel-len Besuchen im Ausland von solchen Programmen beeindrucken lassen mögen.

7. Die Drogenbeauftragten vertreten zumindest mehrheitlich die Auf-fassung, daß trotz wiederholter Therapieabbrüche die Therapier-barkeit von Süchtigen nicht vollständig erlischt.

Ist die Bundesregierung bereit, gemeinsam mit den Ländern darauf hinzuwirken, daß man die Anerkennungskriterien für Therapieein-richtungen, die straffällig gewordene Drogenabhängige behandeln wollen, deren Strafe zum Zwecke der Therapie ausgesetzt worden ist, in geeigneter Form ergänzt und ihre Einhaltung überwacht?

Für die Durchführung des Betäubungsmittelgesetzes und die Anerkennung von Einrichtungen zur Behandlung straffälliger Drogenabhängiger sind die Länder zuständig. Die Bundesregie-rung wird daher die Frage, ob die Anerkennungskriterien für die in der Frage genannten Einrichtungen geändert oder diese Ein-richtungen selbst einer regelmäßigen „Qualitätskontrolle“ unter-zogen werden können, als Beratungsgegenstand in den Ständi-gen Arbeitskreis der Drogenbeauftragten des Bundes und der Länder einbringen.

8. Ist die Bundesregierung bereit, gemeinsam mit den Bundesländern oder den Trägern entsprechender Therapieeinrichtungen modell-

haft neue Einrichtungen zur Therapie straffällig gewordener Drogenabhängiger zu erproben, die eine Anschlußtherapie nach Therapieabbrüchen durchführen können, insbesondere auch in Form ambulanter und teilstationärer Angebote, und gibt es schon jetzt Ansätze und Erfahrungen für derartige Einrichtungen, auf die zurückgegriffen werden kann?

Die Bundesregierung ist grundsätzlich bereit, gemeinsam mit den Bundesländern und den freien Trägern modellhaft neue Formen der Therapie Drogenabhängiger zu erproben. Dies gilt für den stationären Bereich der Langzeitbehandlung in Einrichtungen, die bereit sind, Anschlußbehandlungen nach Therapieabbrüchen zu ermöglichen; es gilt für teilstationäre Einrichtungen nach Art von Tages- oder Nachtkliniken, die neu entwickelt werden müßten, und es gilt für ganztägige ambulante Behandlungen. Für den Bereich der ambulanten Therapie auch von straffälligen Drogenabhängigen hat sie bereits Vorarbeiten geleistet.

Ein Forschungsvorhaben „Ambulante Behandlung von Drogenabhängigen“ wird 1987 abgeschlossen werden. Ziel dieses Vorhabens war es, die bislang offene Frage zu klären, ob ambulante Behandlungsprogramme überhaupt sinnvoll und möglich sind, ggf. für welche Klientengruppen. Erfäßt werden Abhängige, die zum ersten Mal eine Behandlung suchen, solche, die eine Auflage nach § 35 BtMG hatten, aber nicht in stationäre Einrichtungen gehen wollten, und solche Abhängige, die mehrfach stationäre Therapien abgebrochen hatten. Erste Teilergebnisse lassen den Eindruck entstehen, daß derart alternative Therapieangebote durchaus wirksam und sinnvoll sein können.

Unabhängig davon führen einige Drogenberatungsstellen Entwöhnungsbehandlungen ambulant bei solchen Klienten durch, die z. B. wegen ihres Alters nicht in eine stationäre Einrichtung passen, oder bei solchen, die eine stationäre Behandlung ablehnen. Die Bundesregierung ist bereit, auch solche Einrichtungen in ein modellhaft zu förderndes Programm aufzunehmen, um deren Ergebnisse mit verwerten zu können.

Im Bereich der stationären Therapie müssen sowohl die Zugangs-voraussetzungen als auch der übliche Therapieablauf überdacht werden, zumindest bei solchen Einrichtungen, die bereit sind, Anschlußbehandlungen nach Therapieabbrüchen durchzuführen und medizinisch noch nicht voll stabilisierte Klienten nach deren Entgiftungsbehandlung frühzeitig aufzunehmen. Dabei sind Kombinationen von stationären und teilstationären Einrichtungen vorstellbar.

Im Rahmen seines Programms „Aufsuchende Sozialarbeit“ hat der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit als eine von zwei Zielgruppen Drogenabhängige mit wiederholten Therapieabbrüchen erfaßt, um deren Bedürfnislage festzustellen. Es steht zu erwarten, daß sich auch hier Hinweise auf modifizierte therapeutische Angebote ergeben werden.

Bei der Entwicklung alternativer therapeutischer Ansätze berücksichtigt die Bundesregierung die Ergebnisse der „Hammer Studie“, der zufolge die Bereitschaft, Drogenfreiheit zu erreichen, nicht unbedingt als Voraussetzung therapeutischer Hilfen anzu-

sehen ist, vielmehr die Motivation für ein drogenfreies Leben auch Bestandteil einer darauf angelegten Therapie sein kann.

9. Wie beurteilt die Bundesregierung die Haltung der Kostenträger von Therapien, zunehmend nur noch medizinische Behandlungsformen zu finanzieren, hinsichtlich des tatsächlichen Therapieerfolges?

Die Bundesregierung ist der Auffassung, daß im Grundsatz das seit Jahren entwickelte System einer abgestuften Behandlung und Betreuung Drogenabhängiger zu einer wesentlichen Verbesserung der Heilerfolge geführt hat. Hierbei folgt der körperlichen Entgiftung und Sanierung die psychische Entziehung in einer lang dauernden Entwöhnungsbehandlung als ersten Abschnitt der sich anschließenden Rehabilitation. Die Bundesregierung erinnert daran, daß bei der bis 1970 allein üblichen psychiatrischen Fachbehandlung unwidersprochen eine Rückfallquote von 98 % angenommen wurde. Erst durch das verzahnte Behandlungs- und Betreuungsprogramm, bei dem die ärztliche Heilbehandlung einmündet in eine psycho-soziale Fachbetreuung mit dem Ziel der Nachreifung und Stabilisierung der Lebenstüchtigkeit, ist eine Erfolgsquote möglich geworden, die heute mit mindestens 30 % angenommen werden darf und die um wenigstens weitere 20 % höher liegt, nimmt man die Teilerfolge mit gelegentlichen Rückfällen oder wiederholter Therapie hinzu.

Drogenabhängige sind den psychisch Kranken zuzurechnen. Für diese gilt heute ganz allgemein, daß eine angemessene Behandlung – abgesehen von wenigen Fallgruppen – nur im Team bestehend aus Arzt, Psychologen, Sozialarbeiter, Beschäftigungstherapeuten und anderen erfolgreich durchgeführt werden kann. Auch hier überwiegt in der zeitlichen Abfolge der Behandlung zunächst die vom Arzt zu leistende Heilbehandlung; diese wird dann nach und nach ergänzt und bis zum Bereich der beruflichen Rehabilitation nahezu vollständig durch die Tätigkeit anderer Berufsgruppen und andere Betreuungsformen abgelöst.

Die Bundesregierung sieht derzeit keinen Grund, diese Strukturen prinzipiell zu verändern, wohl aber darüber nachzudenken, ob nicht die Grundstrukturen der Behandlung Abhängiger nach Art „schulmedizinischer Regeln“ gestrafft und überschaubarer gemacht werden sollten. In diesem Zusammenhang ist auch zu prüfen, ob insgesamt oder in besonderen Einrichtungen die medizinische Betreuung im Hinblick auf die zusätzlich aufgetretene Gefährdung Drogenabhängiger ausgebaut und intensiviert werden muß. Auf diesen Sachzusammenhang sind nach Kenntnis der Bundesregierung die in der Frage angesprochenen Überlegungen von Kostenträgern begrenzt.

10. Wie sind die Erfahrungen des Auslandes mit Drogenersatz-Programmen und mit der Abgabe von Methadon durch niedergelassene Ärzte zu bewerten?

Die Erfahrungen des Auslandes mit Drogenersatz-Programmen können nur in dem Maße für die Verhältnisse in der Bundesrepublik Deutschland bewertet werden, in dem die Ausgangssituationen vergleichbar sind. Wenn in den USA schon vor mehr als 15 Jahren derartige Programme eingerichtet worden waren, dann muß man wissen, daß dabei bestimmte ordnungspolitische Überlegungen und die mangelnde Verfügbarkeit adäquater drogenfreier Behandlungsverfahren mitbestimmend waren. Eine vergleichbare Situation ist bei uns nicht gegeben. Wenn für die Schweiz festgestellt wird, daß am 1. September 1983 bei einem geschätzten Bestand von 6 000 bis 10 000 Heroinfixern etwa 1 200 in Methadon-Programmen waren, dann spricht alle ärztliche Erfahrung dagegen, daß es sich bei ihnen ausschließlich um Drogenabhängige handelt, bei denen andere Therapien keine Aussicht auf Erfolg versprechen. Wenn, wie in den Niederlanden, von ungefähr 40 Einrichtungen Methadon-Programme durchgeführt werden, von denen 20 nicht auf Entwöhnung ausgerichtete sog. Erhaltungsprogramme sind, dann wird verständlich, weshalb auch von niedergelassenen Ärzten Methadon an Drogenabhängige abgegeben wird. Die Erfahrungen mit derart unterschiedlich begründeten und auch angelegten Methadon-Programmen des Auslandes sind unterschiedlich, teilweise auch widersprüchlich. Derartige Programme mögen für die Situation in den Ländern, in denen sie entwickelt worden sind, nützlich oder eine verständliche Reaktion auf die gegebenen Verhältnisse sein; die Bundesregierung sieht sich jedoch nicht in der Lage anzugeben, unter welchen Bedingungen und auf Grund welcher Konzeption ggf. Methadon-Programme hilfreich sein könnten.

