

Heroinabhängigkeit, Behandlung und Politik in Kanada – Geschichte, Gegenwart und Perspektiven für einen Heroinverschreibungs-Versuch

Benedikt Fischer

Heroin in Kanada – der geschichtliche Kontext

Heroin suchte als Problem in Kanada erstmals in den Nachkriegsjahren, also vor einem halben Jahrhundert und damit wesentlich früher als in Europa auf. Zunächst von den Gesundheits- und Polizeibehörden nicht sonderlich ernst genommen, wurde injizierbares Heroin schnell zur Sensationsdroge auf den Schwarzmärkten der großen Städte in den fünfziger Jahren und etablierte sich neben Cannabis und Kokain als neuer „Teufelsstoff“ (Solomon und Green 1988; Giffen et al. 1991). Mit der Ausbreitung des illegalen Heroinkonsums hatten es die Drogenstrafverfolgungsbehörden in Vancouver und dann in Montreal und Toronto zum ersten Mal auf breitem Feld mit Spritzen und Nadeln, aber auch mit einer neuen Süchtigenpopulation zu tun. Diese war erstmals nicht von ethnischen Minderheiten dominiert, sondern bestand hauptsächlich aus weißen Männern, die nicht mehr so einfach in das Raster der ethnischen Moraldelinquenten passten. Die Zahl der Heroinsüchtigen in den kanadischen Metropolen stieg Mitte des Jahrhunderts schnell in die Tausende, und das Stereotyp des kriminellen „street junkies“ manifestierte sich in den Medien und in der Öffentlichkeit (Giffen et al. 1991).

Die generelle Suchtpolitik und -interventionssideologie dieser Zeit in Kanada war primär von zwei kontrahierenden Ansätzen bestimmt: Auf der einen Seite verstand das konventionelle „kriminelle Paradigma“ den Drogensüchtigen immer noch vornehmlich als unmoralischen und gewillt devianten Verbrecher, wohingegen auf der anderen Seite das aufkommende „medizinische Paradigma“ den Abhängigen vornehmlich als körperlich oder mental kranken Menschen sah, der von Kräften jenseits menschlicher Kontrolle getrieben war (Fischer, im Druck; Solomon 1977). In diesem Kontext diskutierten Politiker, Drogenstrafverfolgung und sogar Sucht-Mediziner in den Nachkriegsjahren ernsthaft die Etablierung von Strafinternierungslagern für Süchtige, in denen diese auf unbegrenzte Dauer bis zur Abstinenz zwangsbehandelt werden sollten. Zur gleichen Zeit jedoch sondierten einige desillusionierte Ärzte und Psychologen, die mit der Erfolgsrate der verfügbaren konventionellen Suchtbehandlungsmethoden zunehmend unzufrieden waren, zum ersten Mal die Möglichkeit von Betäubungsmittel-Abgabekliniken (Solomon and Green 1988). Sowohl die USA als auch Großbritannien hatten ja vor dem Krieg bereits mit Opiat-Abgabeprogrammen experimentiert, und Kanadas Gesundheitssystem war weiterhin stark von beiden Ländern beeinflusst (Smart 1983). Die grundsätzliche Idee hinter dem Vorschlag der Verschreibungskliniken war – damals wie heute – schlichtweg, den Opiatsüchtigen saubere Drogen als eine Art Arznei zu verabreichen und damit die Gesundheit des Süchtigen zu stabilisieren sowie weitere Devianz und gesellschaftliche Probleme zu vermeiden. Sogar hohe kanadische Regierungsoffizielle sprachen sich in den fünfziger Jahren

öffentlich für die Einrichtung solcher Betäubungsmittel-Abgabeprogramme im Zuge der wachsenden Problemsituation aus, jedoch setzte sich im Endeffekt der Vorschlag der Opiat-kliniken gegen den bestehenden beträchtlichen Widerstand aus politischen, medizinischen und vor allem aus den einflussreichen Polizeikreisen nicht durch. Die simplifizierende Vorstellung von „Staat gibt Drogen an Süchtige“ war schon damals eine schwer zu überspringende Imagehürde. Stattdessen brachte der kanadische Staat immer mehr Ressourcen in die Drogenstrafverfolgung ein, und jede größere Stadt hatte bald ihre wohlbekannte „heroin scene“ (Giffen et al. 1991; Fischer, im Druck).

Das neue kanadische Drogenkontrollgesetz, das nach langen Beratungen schließlich im Jahre 1961 verabschiedet wurde, enthielt zwar noch einen Paragraphen, der unbegrenzte Zwangsbehandlung für Süchtige als „Strafersatz“ vorsah; dieser Absatz wurde aber nie offiziell verkündet und daher nie als Gesetz wirksam – die Strafverfolgung hatte sich als der zentrale und mächtige Baustein staatlicher Suchtpolitik fest etabliert. Allerdings enthielt das neue Gesetz auch eine fast unbemerkte und lange weitgehend unbenutzte Klausel, die es Ärzten erlaubte, Betäubungsmittel an alle Patienten – also im Zweifelsfalle auch an Drogenabhängige – zu verschreiben, wo dies als „in der Behandlung einer medizinischen Kondition notwendig“ erachtet war (Smart 1983).

Aufstieg und Fall der Methadonbehandlung

Die Geschichte der Opiatverschreibung in Form von Methadonbehandlung in Kanada begann vergleichsweise früh und unscheinbar. Im Jahre 1959 erhielt der Arzt Robert Halliday in Vancouver von den Bundesgesundheitsbehörden die Genehmigung, für einen Versuch mit einer kleinen Gruppe Heroinabhängiger das bis dahin recht unbekannt synthetische Oral-Opiat Methadon für Detoxifikations- und Entzugszwecke zu verwenden. Doch Hallidays Behandlungsansatz evolvierte schnell von bloßer Kurzzeit-Detoxifikation zu längerfristiger Substitutionsbehandlung. Zu Anfang der sechziger Jahre begann Halliday, psycho-soziale Behandlung zur bloßen Opiatverschreibung zu addieren, sagte sich von „Abstinenz“ als Behandlungsziel der Methadontherapie explizit los, verglich Methadonverschreibung mit dem Konzept der Insulinbehandlung für Diabetiker und propagierte die Methadonbehandlung als vielversprechende und wirksame Therapie für Heroinabhängige (Halliday 1963; siehe auch Paulus und Halliday 1967). Kurz gesagt, Halliday führte damit quasi durch die Hintertür ein, was dem gescheiterten Vorschlag der Opiat-Abgabekliniken einige Jahre vorher verwehrt geblieben war, und er tat all dies – was in internationalen Kreisen annähernd unbekannt und unbeachtet ist – zeitlich klar vor Dole and Nyswanders ersten Methadonexperimenten in den USA (Dole und Nyswander 1965).

Das erste kanadische Methadon-Substitutionsprogramm war damit etabliert, und das Suchtbehandlungsfeld sah hierin schnell die Möglichkeit eines Durchbruchs gegen die massiven Folgeschäden der Heroinabhängigkeit. Im Jahre 1964 – dem-selben Jahr, in dem Dole and Nyswander schließlich ihre Methadonversuche in New York starteten – richtete Ontarios Addiction Research Foundation (ARF) bereits ihr erstes Methadonprogramm ein (Archibald 1990). Ebenfalls in diesem Jahr führte die ARF eine Suchtbehandlungs-Konferenz durch, auf der man erste Methadonbehandlungs-Richtlinien entwarf sowie ebenfalls empfahl, Behandlungsdaten zu sammeln und Methadonverschreibung vornehmlich in Kliniken und nicht durch Privatärzte zu praktizieren. In

den folgenden Jahren begannen ungefähr zwei Dutzend weitere Substitutionsprogramme im ganzen Land ihre Arbeit, und die Zahl der Methadon verschreibenden Ärzte sowie der Patienten wuchs beständig bis zum Ende der Sechziger-Dekade.

Im Jahre 1972, nach vier Jahren intensiver Forschung, unterstrich eine großan-gelegte kanadische Bundeskommission zum Drogensuchtproblem unter der Leitung des angesehenen Richters Gerald Le Dain die primäre Wichtigkeit und Effektivität der Methadonbehandlung als „beste und erfolgreichste Waffe, die wir gegen die Heroinsucht haben“ (Le Dain 1972). Die Kommission forderte die Regierung auf, Methadon-Behandlungsplätze für alle therapiewilligen Süchtigen verfügbar zu machen, und hoffte so, bis zur Hälfte der zu diesem Zeitpunkt geschätzten 30.000 Heroinsüchtigen in Kanada behandeln zu können (ibid.).

Doch nur kurze Zeit, bevor der Le Dain-Bericht von der Presse lief, gab es plötzlich die ersten Anzeichen für einen tiefgreifenden Richtungswechsel in der kanadischen Methadon-Behandlungspolitik. Drogenpolizei, konservative Mediziner sowie Gesundheitsbürokraten sahen die bis dahin liberalen Behandlungspraktiken und die weitläufige Verfügbarkeit von Methadonprogrammen als die primäre Ursache für eine Reihe von Todesfällen, Überverschreibung und „double doctoring“ so-wie die angeblich beträchtliche Präsenz von Methadon auf den Drogenschwarz-märkten, und sie drängten deshalb die Gesundheitsbehörden in konzertierter Aktion auf fundamentale Behandlungsrestriktionen (Bishop 1971). Die Regierung beschloss auf Empfehlung einer Expertenkommission, zusammengesetzt vornehmlich aus konservativen Medizinern und Drogenstrafverfolgungsvertretern, rasch restriktive Behandlungsvorschriften. Diese limitierten Methadonbehandlung auf Spezialkliniken und Ärzte mit einer von den Bundes-Drogenkontrollbehörden zu erwerbenden speziellen Lizenz, beschränkten Methadonabgabe auf Langzeitabhängige, auf Verabreichung in oraler und nicht-rezeptierbarer Form und sahen massive Kontrollen von Verschreibern, Patienten und Behandlungspraktiken vor (vgl. Fischer, im Druck; Peachy and Franklin 1985).

Diese erheblichen und einschneidenden Behandlungsrestriktionen, noch im Jahre 1972 im kanadischen Drogenkontrollgesetz verankert, zeigten schnell immense Effekte in der Behandlungspraxis: Innerhalb weniger Jahre verschwand die Methadonbehandlung annähernd von der Bildfläche der kanadischen Suchtbehandlung, und nurmehr 560 von den ursprünglich 1.700 Suchtpatienten waren Anfang der achtziger Jahre in den wenigen übrig gebliebenen Programmen verblieben. Die Zahl der Ärzte, die aktiv Methadonbehandlung betrieben, sank im gleichen Zeitraum ebenfalls um zwei Drittel (vgl. Fischer, im Druck).

Die Gegenwart: Das Heroinproblem eskaliert

Die allermeisten der Empfehlungen der Le Dain-Kommission – einschließlich der Vorschläge zur Opiatverschreibungspolitik – blieben in den Folgejahren in der drogenpolitischen Praxis ignoriert, und im Allgemeinen wurde es zunächst um das Heroinproblem in Kanada recht still. Die siebziger Jahre waren vornehmlich von Diskussionen um Cannabispolitik dominiert, und die achtziger Jahre gehörten der angeblichen Kokain- und Crack-Epidemie. Doch plötzlich „entdeckte“ man in den neunziger Jahren das Heroinproblem wieder, und die Alarmglocken begannen zu läuten, als klar wurde, dass die

offensichtlichen gesellschaftlichen Schäden und Probleme der Heroinsucht in Kanada im Begriff waren, dramatisch zu eskalieren.

Die Zahl der Heroinsüchtigen im Land (mit einer Gesamteinwohnerschaft von 28 Millionen) war zwar nur leicht auf einen Level von wissenschaftlich geschätzten 40.000-90.000 gestiegen (vgl. Fischer und Rehm 1997; Smart 1983), doch die Umstände und Schadenseffekte der Heroinsucht hatten sich drastisch verschlimmert. Die Westküsten-Provinz British Columbia machte zu Beginn der neunziger Jahre Furore, als die Zahl der Todesfälle aufgrund von Heroin-Überdosis rasch von einigen Dutzend auf ein paar Hundert anstieg und im Jahre 1995 im Durchschnitt ein Leben pro Tag kostete (Millar 1998; Cain 1994). Heroin-Überdosis, so stellte ein ernüchternder Bericht des Chef-Gerichtsmediziners British Columbias fest, bildete sich dort zur häufigsten Todesursache unter allen Männern in der Altersgruppe zwischen 18 und 34 Jahren heraus (Cain 1994). Dieser Rekord wurde erst im vergangenen Jahr (1998) wieder bestätigt. Für ganz Kanada insgesamt wurden circa 1.000 Herointote für das Jahr 1996 geschätzt.

Heroin aus Asien, über Vancouver, aber auch Montreal und Toronto nach Nordamerika eingebracht, wurde so billig und rein wie nie zuvor angeboten. Doch während der schnelle Tod durch Überdosis heftige Schlagzeilen machte, holte der langsame Tod unter den Heroinsüchtigen im Land in der vergangenen Dekade ebenfalls rapide auf. Während HIV-Infektionsraten in Vancouver und anderen kanadischen Städten zu Anfang der neunziger Jahre noch unter der Fünf-Prozent-Marke lagen – und damit zum Teil unter vergleichbaren europäischen Werten – und Hepatitisraten ebenfalls vergleichsweise niedrig waren (Remis und Sutherland 1993; Smart 1991), schnellten diese Werte in den Süchtigenpopulationen plötzlich dramatisch nach oben. Aktuelle Zahlen beziffern HIV-Infektionsraten in den IV-Konsumenten-Populationen in vielen kanadischen Städten zwischen 25 und 40 Prozent (wobei Toronto immer noch deutlich unter dieser Marke zu liegen scheint, ohne dass die Gründe dafür überzeugend klar erkennbar sind; Hankins et al. 1997; Bruneau et al. 1997; Millson, Myers and Calzavara 1998). Aus Vancouver wurde kürzlich eine HIV-Sero-Konversionsrate von 18,6 pro 100 Personen-Jahre unter Injektionskonsumenten berichtet, die einen traurigen Rekord in der westlichen Welt darstellt (Strathdee et al. 1997). Aktuelle Hepatitis-C-Prävalenz-Raten werden mit 60 bis 90 Prozent benannt (ibid.). Obwohl in den meisten kanadischen Städten Spritzenaustauschstellen zur Verfügung stehen, bleiben deren Austauschraten deutlich unter denen von vergleichbaren europäischen Zentren zurück (siehe Fischer 1995), und restriktive Austauschpraktiken und Zugangsprobleme stellen weiterhin massive Barrieren für eine bessere Ausnutzung dieser Infektionsprophylaxe-Programme dar (Nadelmann et al. 1997).

Eine Studie des Autors und Kollegen mit einer Kohorte von 114 unbehandelten Heroinsüchtigen in Toronto zeigte, dass die große Mehrzahl der Probanden täglich mehrfach Opiate injizierte, aber auch eine bunte Vielzahl anderer Suchtstoffe (v.a. Kokain und Benzodiazepine) konsumierte und erheblichen Infektions- und Gesundheitsrisiken (v.a. durch fortgesetztes „needle sharing“, aber auch riskante Injektionspraktiken) ausgesetzt war. Die Mehrzahl der Probanden berichtete über akute physische and mentale Gesundheitsprobleme, für die oft keine medizinische Hilfe ersucht wurde. Die meisten der Probanden waren arbeitslos, ohne festen Wohnsitz und gaben pro Tag ca. \$ 120 für Schwarzmarkt-Drogen aus. Primäre Einkommensquellen waren Sozialhilfezahlungen und kriminelle Aktivitäten; im Durchschnitt beging jeder der Probanden jeden zweiten Tag ein Besitzvergehen, und

die Mehrzahl stand auf verschiedenen Ebenen mit dem kanadischen Strafverfolgungssystem im Konflikt: Ungefähr die Hälfte war allein in den letzten zwölf Monaten vor Zeitpunkt des Interviews verhaftet worden und hatte Zeit in einer Strafanstalt verbracht (vgl. Fischer et al., im Druck). Eine „cost of illness“-Analyse der Daten dieser Kohorte in Bezug auf Sozialproduktivitäts- (Gesamtanteil: 15,2 %), Gesundheitssystem- (9,5 %), Viktimisierungs- und Strafverfolgungskosten (75,7 %) schlussfolgerte, dass jeder unbehandelte Süchtige unter den gegenwärtigen Kontrollbedingungen die kanadische Gesellschaft ca. \$ 49.000 pro Jahr kostet (vgl. Wall, Rehm, Fischer et al., eingereicht). Doch im Kontext dieser Katastrophe in der öffentlichen Gesundheitslage und Lebenssituation von Heroinabhängigen in Kanada hatte sich auch die Lage im Behandlungsbereich in den vergangenen Jahren etwas gewandelt. Zwischen 1985 und 1995 steigerte sich die Zahl der Methadon-Behandlungsplätze im Land, trotz uneingeschränkt restriktiver Behandlungsrichtlinien, wieder leicht auf einen Gesamtstand von circa 3.000. Dies war zwar eine relative Verbesserung, stellte Kanada aber trotzdem immer noch ins quantitative Schlussfeld derjenigen westlichen Länder, in denen Methadonbehandlung Mitte der neunziger Jahre legal war und praktiziert wurde (vgl. Fischer und Rehm 1997). Vor circa vier Jahren verfügten die kanadischen Bundesgesundheitsbehörden dann aber überraschend, die administrative Hoheit über Methadonbehandlung an die Provinzen abzugeben, was daraufhin zu vereinfachten Lizenzierungs- und Behandlungsrichtlinien zunächst in den Provinzen British Columbia und Ontario und dann in anderen Gebieten führte (Fischer, im Druck). Insbesondere wurden die Anforderungen für eine Methadon-Behandlungs-lizenz erheblich erleichtert, die Limitierungen auf Patientenzahlen und Methadon-dosierungen wurden eliminiert und Behandlungsvorschriften flexibilisiert. Darüber hinaus begann man aktiv, niedergelassene Ärzte in das Methadon-Behandlungssystem zu rekrutieren und einzugliedern (vgl. Brands; Brands und Marsh, im Druck). Die Folge: Innerhalb der letzten fünf Jahre hat sich die Zahl der Methadon-Behandlungsplätze in Kanada erheblich auf circa 12.000 Plätze erhöht, womit nun zwischen 15 und 20 Prozent der geschätzten Heroinsüchtigen-Population des Landes in Methadon-Behandlungsprogrammen sind; die Zahl der Ärzte, die Methadonbehandlung anbieten, hat sich in diesem Zeitraum ebenfalls um fast ein Fünffaches vermehrt (vgl. Fischer, im Druck).

Nüchterne Realität: Die Grenzen der Methadonbehandlung

Doch trotz der in jüngster Zeit massiven Ausweitung des Methadon-Behandlungsangebots sind die Grenzen dieses Interventionsansatzes in seiner Praxis im kanadischen Kontext eindrücklich klar und drastisch erkennbar. In einigen Gebieten Ontarios – vor allem im Stadtgebiet Torontos – besteht inzwischen ein Überangebot an Methadonplätzen; das heißt, das Behandlungsangebot übertrifft die tatsächliche Nachfrage, obwohl sich ja immer noch die weitläufige Mehrheit der Heroinabhängigen nicht in Behandlung befindet. Viele private Methadonkliniken werben inzwischen sogar mit aggressiven kommerziellen Taktiken für „Klienten“, ohne dass dies die Behandeltenraten offensichtlich steigern würde (Fischer, im Druck). Die Toronto-Kohortenstudie mit unbehandelten Opiatkonsumenten zeigte, dass viele Langzeitsüchtige mehrere abgebrochene Methadon-Therapieversuche hinter sich haben und die Mehrzahl der Probanden Methadonbehandlung aus verschiedenen Gründen als eine nicht akzeptable Behandlungsoption schlichtweg ablehnt oder nur sehr widerwillig in Betracht ziehen würde (Fischer et al., im Druck).

Selbst die Le Dain-Kommission erkannte bereits vor einem Vierteljahrhundert, dass ausreichend vorhandene Methadonplätze im Idealfall vielleicht gerade die Hälfte einer gegebenen Heroinabhängigen-Population in Behandlung anziehen würden (Le Dain 1972). Diese klar begrenzte Akzeptanz und Effektivität der Methadonbehandlung auf Populationsebene ist ja ebenfalls weithin in der internationalen Literatur dokumentiert sowie in verschiedenen europäischen Behandlungssystemen in der Praxis sichtbar (Nadelmann et al. 1997). Wie zahlreiche nordamerikanische und europäische Studien gezeigt haben, beträgt die Langzeit-Retentionsrate der Opiatabhängigen, die sich tatsächlich in Methadonbehandlung begeben haben, gerade einmal 30 % bis 50 %; im Durchschnitt verlieren solche Programme ein Drittel ihrer Patienten innerhalb der ersten zwölf Monate und ein weiteres Drittel in den folgenden zwölf Monaten (vgl. Bertschy 1995; DHHS 1995; Ball und Ross 1991).

Die Methadonbehandlung weist aber zudem aus der Patientenperspektive einige fundamentale Schwächen auf, die sich als elementar negativ auf ihre Fähigkeit auswirken, vielen ihrer opiatabhängigen Patienten eine auf Dauer zufriedenstellende und effektive Substitutionsbehandlung zu liefern. Zu diesen Schwächen gehören, wie gerade – spezifisch für den kanadischen Kontext – eine Fokusgruppenstudie mit Opiatabhängigen in und außerhalb von Methadonbehandlung in mehreren kanadischen Städten empirisch gezeigt und unterlegt hat:

- die teilweise als sehr unangenehm, synthetisch und mit negativen Nebenwirkungen besetzt empfundene Pharmakologie des Methadons;

- die Wichtigkeit der individuellen und sozialen Injektionsrituale, -psychologie, und -empfindungen, die in der Oral-Opiattherapie fehlen;

- der überwältigende Bedarf, sich wegen der fehlenden Euphorieeffekte des Methadons weiterhin illegale „Enhancer“-Drogen auf dem Straßenmarkt besorgen zu müssen;

- die rigorose Kontrollstruktur, die Anforderungen und Inflexibilität von klinischen Methadonprogrammen, die wirkliche soziale Reintegration und Normalisierung oft eher behindern als fördern;

- die empfundene mangelnde Empathie, Einfühlungskraft und Glaubwürdigkeit von Ärzten und Therapeuten in vielen Methadonprogrammen (vgl. Fischer, Chin und Kuo, im Entwurf).

Reality Check: Das Argument und Parameter für einen kanadischen Heroinverschreibungs-Versuch

In Anbetracht der dramatischen Schadens- und Kostensituation durch unbehandelte Opiatabhängigkeit und der drastisch begrenzten praktischen Effektivität der Methadonbehandlung ist in den letzten Jahren immer klarer geworden, dass innovative Wege und Interventionen in Kanada gefunden werden müssen, um diese Situation zum Besseren zu wenden. Insbesondere müssen Behandlungsinterventionen für schwerbehandelbare Opiatabhängige eingerichtet werden, die diese die Behandlung annehmen lassen, dort auch halten sowie die gewünschten Gesundheits- und Sozialverbesserungen erzielen. In diesem Kontext ist aus den genannten Gründen in den vergangenen Jahren – auch motiviert durch die prominenten Versuche in der Schweiz und den Niederlanden sowie entsprechende Pläne anderswo in Europa und Australien – in Kanada immer lauter und massiver die

Dringlichkeit eines Heroin-verschreibungs-Experiments diskutiert worden, um festzustellen, inwieweit diese Behandlungsmodalität den genannten Anforderungen gerecht werden könnte.

Und diese Idee ist ja, wie im historischen Überblick gezeigt, nicht neu, hat aber noch weitere Präzedenzfälle: Sowohl in ihrem „Behandlungsbericht“ (1972) als auch in ihrem „Schlussbericht“ (1973) forderte bereits die Le Dain-Kommission, angesichts der offensichtlichen Grenzen der Methadonbehandlung ein wissenschaftliches Heroinverschreibungs-Experiment speziell als „letzte Option“ („last resort“) für schwerbehandelbare Opiatabhängige durchzuführen (vgl. Fischer und Rehm 1997). Heroinverschreibung sollte als „Übergangslösung in einzelnen schweren Fällen praktiziert werden, wenn alle anderen Behandlungsinterventionen ... versagt haben, um den Abhängigen aus dem illegalen Drogenkonsum-Dasein loszulösen“ (Le Dain 1972). Das Experiment sollte unter streng medizinischer und wissenschaftlicher Aufsicht implementiert werden und bei positiven Ergebnissen für Schwerst-behandelbare in das reguläre Behandlungssystem eingegliedert werden. Auch diese Empfehlung war in den Folgediskussionen weitgehend ignoriert worden.

Doch in der Zwischenzeit ist die Bandbreite der Stimmen und Experten, die einen Heroinabgabe-Versuch in Kanada fordern, beträchtlich angewachsen. Innerhalb der zurückliegenden drei Jahre haben sich vereinzelt Bundespolitiker, die Vereinigung der provinziellen Gesundheitsbeauftragten Kanadas, eine Bundeskommission zum Thema Drogensucht und AIDS, die kanadischen Bundesmediziner- und Bundespsychiatervereinigungen sowie eine lange Liste von Wissenschaftlern und sogar vereinzelt Polizeivertreter für ein solches Experiment explizit ausgesprochen (siehe Millar 1998; Fischer und Rehm 1997; de Burger 1997; Hankins et al. 1997). Das größte Suchtforschungs- und -therapiekrankenhaus des Landes, das Centre for Addiction and Mental Health (CAMH) in Toronto, hat vor einem Jahr eine offizielle Position eingenommen, die solch einen Versuch ausdrücklich fordert (CAMH 1998).

Doch die kanadischen Anstrengungen für einen Heroinverschreibungs-Versuch sind nicht auf bloße Rhetorik begrenzt. Vor ungefähr einem Jahr fand sich in New York im Kontext eines internationalen Expertentreffens eine nordamerikanische Arbeitsgruppe aus circa zwei Dutzend amerikanischen und kanadischen Forschern und Medizinern aus leitenden Institutionen im Suchtbereich zusammen, die sich über den dringenden Bedarf für einen wissenschaftlichen Heroinverschreibungs-Versuch in Nordamerika einig waren. Die Mitglieder der „NAOMI“-Initiative („North American Opiate Medications Initiative“) verständigten sich im September 1998 darauf, einen Protokollentwurf für einen kontrollierten Multi-site-Heroinverschreibungs-Versuch in ausgewählten kanadischen und amerikanischen Städten zu entwickeln. Die Arbeitsgruppe, auf kanadischer Seite unter der Federführung des CAMH sowie unter Mitarbeit von Universitäten und Krankenhäusern in Toronto, Vancouver und Montreal, auf amerikanischer Seite unter der Leitung der John Hopkins School of Public Health (Baltimore) und der New York Academy of Medicine, arbeitet auf einen Protokollentwurf für einen kontrollierten wissenschaftlichen Versuch hin, der noch im Laufe dieses Jahres einer ersten wissenschaftlichen und ethischen Begutachtung unterzogen werden soll.

Die Grundidee des NAOMI-Protokollentwurfs ist es, einen kontrollierten klinischen Versuch in circa sechs nordamerikanischen Versuchslokationen durchzuführen, der die Behandlungseffektivität von heroинunterstützter Behandlung mit Methadonbehandlung – bei allerdings weitgehend identischer psychosozialer Intervention – für schwerbehandelbare Langzeitsüchtige vergleicht. Probanden –

vorge-sehen sind circa einhundert pro Versuchslokation – sollen in eine der beiden Behandlungsmodalitäten randomisiert und zunächst über ein Jahr im jeweiligen Behandlungsarm behandelt werden. Die vorgeschlagene Effektivitätsevaluation wird durch eine unabhängige Forschungsstudie durchgeführt, die die notwendigen Daten durch Interviews, medizinische Untersuchungen sowie Justizdaten von allen Versuchs-probanden (einschließlich derjenigen, die aus dem Versuch vorzeitig ausscheiden) regelmäßig erheben wird. Als primäre Ergebnismessindikatoren werden Behandlungsretention und ein Indexkatalog von Gesundheits-, Sozial- und Drogenkonsum-Indikatoren operationalisiert; weitere sekundäre Ergebnisindikatoren sollen unter anderem eine Cost-Effectiveness-Analyse beinhalten.

Doch während die Vorstellung eines Heroinabgabe-Versuchs in Nordamerika noch sehr fiktional klingen mag, sind zumindest die formalen Hürden in Kanada für ein solches Vorhaben gar nicht so abschreckend hoch. Die geltenden Gesetze erlauben den Bundesgesundheitsbehörden grundsätzlich die Genehmigung eines Heroinverschreibungs-Versuches, nach entsprechender positiver wissenschaftlicher und ethischer Begutachtung, innerhalb der internationalen Drogenkontrollverträge. Die bestehenden Regulationen verlangen auf dieser Basis nur eine Ausnahme-genehmigung von den kanadischen Drogenstrafgesetzen für die beteiligten Ärzte und medizinischen Institutionen.

Obwohl die NAOMI-Initiative momentan als eine wissenschaftliche und medizini-sche Initiative lanciert ist, wird die Entscheidung, ob es in Kanada einen Heroinverschreibungs-Versuch geben wird oder nicht, letztendlich eine fundamental politische sein. Die kanadischen Bundesbehörden sowie Bundesgesundheitsminister Allan Rock, in den letzten Monaten mehrfach in den Medien auf das Szenario eines solchen Vorschlags für einen Heroinversuch angesprochen, halten sich derzeit bedeckt in einer Position, die weder explizite Zustimmung noch klare Ablehnung zeigt. In einem Brief verwies der Bundesgesundheitsminister kürzlich auf die Tat-sache, dass die „Effektivität von Heroinverschreibung für die Behandlung von Schwersüchtigen nicht wissenschaftlich erwiesen“ sei, wohingegen diese Evidenz für „Methadonbehandlung klar erbracht“ sei (Brief, January 14, 1999). Der Minister wies aber gleichzeitig darauf hin, dass das Rahmenwerk für eine wissenschaftliche Begutachtung eines Heroinverschreibungs-Versuchsantrages durchaus besteht und in Anspruch genommen werden kann. In einer Parlamentsdebatte – auf Anregung der sozialdemokratischen Abgeordneten Libby Davies, die einen Innenstadtwahlkreis Vancouvers im Bundesparlament vertritt – bezogen im Mai dieses Jahres die ver-schiedenen Parteifraktionen dann auch die zu erwartenden Positionen zur politischen Forderung nach staatlicher Heroinverschreibung – je konservativer, desto klarer war das „Nein“.

Doch natürlich regt sich auch schon anderswo heftige Opposition gegen den kontroversen Vorschlag für einen kanadischen Heroinversuch; konservative Mediziner – von denen einige die Möglichkeit der Unterminierung einer derzeit recht profitablen Methadon-Behandlungsindustrie sehen – sowie Vertreter verschiedener Drogenstrafverfolgungsbehörden haben klar gemacht, dass man von der Initiative gar nichts hält und auch konkret gegen ihre Durchführung kämpfen wird. Es ist offensichtlich: Auch (oder gerade) in Nordamerika geht es bei der Diskussion von Heroinverschreibungs-Versuchen nicht ausschließlich darum, wie man einige hundert Schwersüchtige am effektivsten behandelt, sondern, viel fundamentaler, ob das klassische Paradigma des „Drogenproblems“ als Devianz-,

Rechts- und Moral-problem letztendlich auf dem Weg ins kommende Jahrhundert von einem pragmatischen und gesundheitspolitischen Ansatz ersetzt wird.

Die Entscheidung, ob ein Heroinversuch in Kanada stattfinden wird oder nicht, wird letztendlich zum einen von politischen Strategieentscheidungen, zum anderen von der Reaktion der Öffentlichkeit (von der es momentan noch kein klares Bild gibt) auf solch einen kontroversen Vorschlag, vor allem aber auch in der Praxis von Finanzierungsfragen entschieden werden. Anders als in den verschiedenen europäischen Heroin-Versuchsprojekten scheint es unwahrscheinlich, dass, selbst wenn von offiziellen Stellen positiv begutachtet, die kanadische Regierung einen solchen – naturgemäß sehr aufwendigen und teuren – Versuch direkt bezahlen würde. Das Vorhaben müsste daher zum allergrößten Teil aus wissenschaftlichen Drittmittel-Forschungsgeldern finanziert werden, und der „Mut“ der entsprechenden Forschungsorganisationen, solch einen kontroversen und politisierten Projektantrag – der natürlich mindestens ebenso durchschlagende politische wie wissenschaftliche Symbolkraft hätte – gut zu heißen und zu unterstützen, wird erst im Realtest erfassbar sein.

Schlussbemerkungen

Trotz aller praktischen und politischen Bedenken scheint eines festzustehen: Wenn schon für die Le Dain-Kommission vor über einem Vierteljahrhundert die Zeit für einen Heroinversuch reif schien, um die „dramatischen sozialen Kosten“ der Heroinsucht in Kanada zu senken, dann sind solche Voraussetzungen heute akuter und dringlicher denn je gegeben. Schlimmer als momentan kann die Schadens- und Kostensituation in Bezug auf die Heroinsuchtproblematik fast nicht mehr werden. In Vancouver geht man inzwischen auf der Basis wissenschaftlicher Berechnungen sogar davon aus, dass sich die HIV-Epidemie unter den i.v.-Drogenkonsumenten von selbst totlaufen wird, wenn nicht bald effektive Interventionsmaßnahmen ins Feld gebracht werden. Ein Heroinversuch offeriert daher das Potential, zumindest definitiv und auf wissenschaftlicher Basis zu erheben, ob Heroinverschreibungs-Programme im kanadischen Kontext dazu beitragen können, die umfassende Problematik für die besonders hartnäckige und schwierige Population von schwerbehandelbaren Langzeit-Heroinkonsumenten zu verringern. Dies muss mit der Absicht geschehen, nicht Alternativen für, sondern ergänzende Behandlungsformen zur Methadonbehandlung in Anerkennung ihrer klaren Grenzen zu finden. Ein solcher Schritt würde ebenfalls dazu beitragen, Kanadas Mitstreiterrolle in der Entwicklung innovativer Opiatsucht-Behandlungsformen – die mit der Pionierarbeit im Bereich der Methadonbehandlung vor vierzig Jahren begann – zu erhalten beziehungsweise wieder zu etablieren. Darüber hinaus kommt Kanada, auch mit seiner gegenüber den USA sozialeren und europäischeren, liberal-pragmatischeren Ausrichtung, gerade im so ideologisierten Suchtbehandlungsbereich in Nordamerika eine wichtige potentielle Schlüssel- und Vorreiterrolle über die Landesgrenzen hinaus zu, die in diesem Bereich durch entschiedenes und rationales Handeln wichtige Akzente setzen könnte. Daher scheint die Schlussfolgerung im Angesicht der momentanen Situation klar: Kanada braucht einen Heroinverschreibungs-Versuch.

Literatur

- Archibald, D. H. (1990). *A Voyage of Discovery*. Toronto: Addiction Research Foundation.
- Ball, J. und Ross, A. (1991). *The Effectiveness of Methadone Maintenance Treatment: Patients, Programs, Services and Outcomes*. Springer-Verlag: New York.
- Bertschy, G. (1995). Methadone Maintenance Treatment: An Update. *General Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 245:114-124.
- Bishop, J. W. (1971). Methadone and the care of the narcotic addict: Report of a Special Joint Committee of C.M.A. and the D.N.H.W. Food and Drug Directorate. *Canadian Medical Association*, 105:1193-1201.
- Brands, J., Brands, B., & Marsh, D. (im Druck). *The Expansion of Methadone Prescribing in Ontario, 1996-97*. *Addiction Research*.
- Bruneau, J., Lamothe, F., Franco, E., et al. (1997). High Rates of HIV Infection among Injection Drug Users Participating in Needle Exchange Programs in Montreal: Results of a Cohort Study. *American Journal of Epidemiology*, 146(12):992-1002.
- Cain, V. (1994). *Report of the Task Force into Illicit Narcotic Overdose Deaths in British Columbia*. Burnaby: Office of the Chief Coroner, Province of British Columbia.
- Centre for Addiction and Mental Health (1998). *Heroin Prescription Trials for Opiate Addicts (Position Paper)*. Toronto: CAMH.
- De Burger, R. (1997). Heroin substitution in Canada: A necessary public health intervention. *Canadian Journal of Public Health*, 88(6):365-366.
- Department of Health and Human Services (1995). *Methadone Treatment – Translating Research into Policy*. Bethesda: DHHS/NIDA
- Dole, V. und Nyswander, M. (1965). A medical treatment for diacetylmorphine (heroin) addiction. *JAMA*, 193(8):80-84.
- Fischer, B. (1995). Drugs, Communities and „Harm Reduction“ in Germany – The New Relevance of „Public Health“ Principles in Local Responses. *Journal of Public Health Policy*, 16(4), 389-411.
- Fischer, B. (im Druck). Prescriptions, power and politics: the turbulent history of methadone maintenance in Canada. *Journal of Public Health Policy*.
- Fischer, B., Chin, A. and Kuo, I. (im Entwurf). *Attitudes and Experiences of Injection Opiate Users with respect to Opiate Prescription Treatment: Results from a Canadian Focus Group Study*. Toronto: CAMH.
- Fischer, B., Medved, W., Rehm, J. & Gliksman, L. (im Druck). *Profile of illicit and un-treated opiate users in Toronto, Canada*. *Addiction Research*.
- Fischer, B. und Rehm, J. (1997). The Case for a Heroin Substitution Treatment Trial in Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 88(6), 367-370.
- Giffen, J., Endicott, S. und Lambert, S. (1991). *Panic and Indifference – The Politics of Canada's Drug Laws*. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse.
- Grund, J.-P. (1993). *Drug Use as a Social Ritual*. Amsterdam: Functionality, Symbolism and Determinants of Self-regulation. Rotterdam: IVO.

- Halliday, R. (1963). Management of the Narcotic Addict. *British Columbia Medical Journal*, 5, 412-414.
- Hankins, C. et al. (1997). HIV, AIDS and Injection Drug Use A National Action Plan. Ottawa: Health Canada.
- Le Dain Commission. (1972). Treatment Report. Ottawa: Information Canada.
- Le Dain Commission. (1973). Final Report. Ottawa: Information Canada.
- Millar, J. S. (1998). HIV, Hepatitis, and Injection Drug Use in British Columbia: Pay Now or Pay Later? British Columbia: Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors.
- Millson, P., Myers, T., Calzavara, L., et al. (1998). Prevalence of HIV and Other Bloodborne Viruses and Associated Risk Behaviors in Ontario Injection Drug Users (IDU). Publication of the HIV Social, Behavioural and Epidemiological Studies Unit, Faculty of Medicine, University of Toronto.
- Nadelmann, E., McNeely, J. & Drucker, E. (1997). International Perspectives. In J. H. Lowinson, P. Ruiz, R., Millman, B. & Langrod, J. G. (Eds.), *Substance Abuse: A Comprehensive Textbook*. Baltimore, MD.: Williams & Wilkins.
- Paulus, I. & Halliday, R. (1967). Rehabilitation and the Narcotic Addict: Results of a Comparative Methadone Withdrawal Program. *Canadian Medical Association Journal*, 96, 655-659.
- Peachey, J. E. & Franklin, T. (1985). Methadone treatment of opiate dependence in Canada. *British Journal of Addiction*, 80, 291-299.
- Remis, R., Millson, P. and Major, C. (1997). The HIV Epidemic among Injection Drug Users in Ontario: The Situation in 1997. Report to the Ontario Ministry of Health. Toronto: University of Toronto.
- Remis, R. und Sutherland, W. (1993). The Epidemiology of HIV and AIDS in Canada: Current Perspectives and Future Needs. *Canadian Journal of Public Health*, 84(S1):34-38.
- Smart, R. (1991). AIDS and Drug Abuse in Canada: Current Status and Information Needs. *Journal of Drug Issues*, 21(1):73-82.
- Smart, R. (1983). *Forbidden Highs: The Nature, Treatment, and Prevention of Illicit Drug Abuse*. Toronto: Addiction Research Foundation.
- Solomon, R. (1977). The evolution of non-medical opiate use in Canada – Part II: 1930-70. *Drug Forum*, 6(1), 1-25.
- Solomon, R. und Green, M. (1988). The first century: The history of non-medical opiate use and control policies in Canada, 1870-1970. In J. C. Blackwell & P. G. Erickson (Eds.), *Illicit Drugs in Canada: A Risky Business* (pp. 88-116). Toronto: Nelson Canada.
- Strathdee, S., Patrick, D., Currie, S., Cornelisse, P., Rekart, M., Montaner, J., Schechter, M., O'Shaughnessy, M. (1997). Needle exchange is not enough: Lessons from the Vancouver injecting drug use study. *AIDS*, 11:F59-F65.
- Wall, R., Rehm, J., Fischer, B., Brands, B., Medved, W., Stewart, J., Blake, J. (eingereicht). The Social Cost of Un-treated Opiate Use. *Journal of Health Economics*.