

Die Rechte des Drogenabhängigen und die Pflichten seiner Helfer

Autor(en): **Kurz, Thomas**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Die Kette : Schweizerisches Magazin für Drogenfragen**

Band (Jahr): **14 (1987)**

Heft 2

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-799816>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Die Rechte des Drogenabhängigen und die Pflichten seiner Helfer

von Thomas Kurz, Drop In Zürich

Drogentherapie – Garantiepflicht – fürsorgerische Freiheitsentziehung

Beim „Recht auf Therapie“ und der „Pflicht zur Hilfeleistung“ ist die Frage der objektiven Behandlungsbedürftigkeit zentral. In der Tat glaube ich, dass die Abhängigen, mit denen es die hier vertretenen Institutionen zu tun haben, sowohl auf der somatischen wie auf der psychischen Ebene erheblich behandlungsbedürftig sind.

Zur somatischen Ebene:

Viele Abhängige vernachlässigen ihre körperliche Gesundheit

- Sie ernähren sich schlecht und leiden an Mangelkrankheiten.
- Sie missachten Erfordernisse der Hygiene und der Körperpflege und leiden häufig an parasitären Erkrankungen wie z.B. Skabies.
- Sie pflegen Wunden nicht und leiden an Entzündungen und Abszessen.
- Sie lassen Krankheiten überhaupt nicht oder nur unvollständig behandeln und leiden an verschleppten Infektionskrankheiten und chronifizierten Folgezuständen.

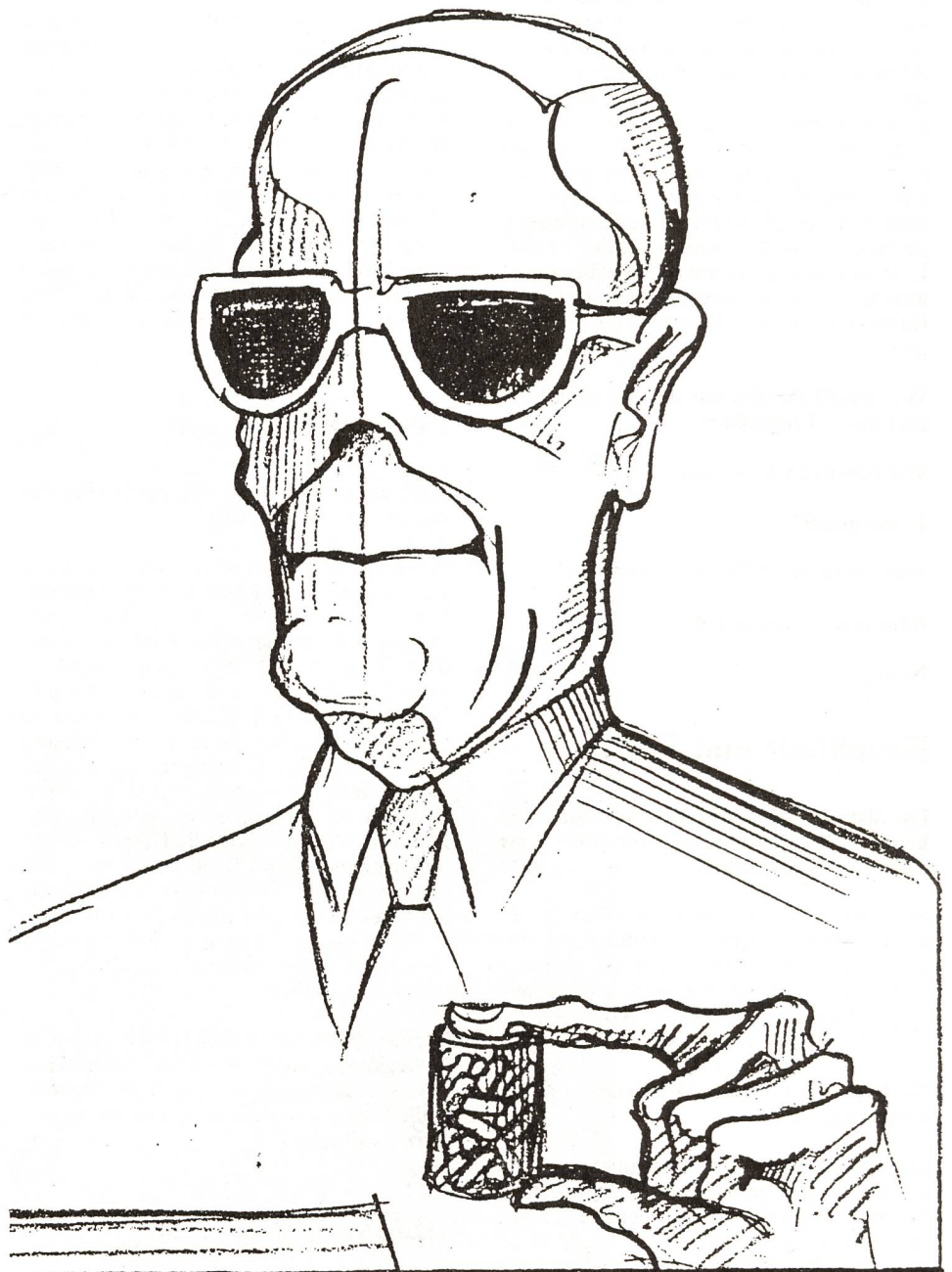
Diese Formen körperlicher Verwahrlosung sind oft die Folge der durch Drogen hervorgerufenen Betäubung. Im Speziellen nehmen missbräuchlich verwendete Analgetika die Schmerzen, die den Nicht-Drogenabhängigen zum Arzt führen. Die Applikation des Spritzens und die Beschaffungsprostitution ziehen bekanntlich mit AIDS und Hepatitis zusätzliche, neue und in ihrer Bedrohlichkeit kaum mehr überbietbare Krankheitsrisiken nach sich.

Zur psychischen Ebene:

Zahlreiche Abhängige sind auch auf psychischer Ebene behandlungsbedürftig. Dies wird im Rahmen von Methadonbehandlungen besonders sichtbar, weil die Kontinuität der Abgabe uns Einblick in die psychischen Prozesse und die Befindlichkeit des Abhängigen ermöglicht.

Drogenabhängige und Methadon-Bezügern geht es, wie anderen Menschen auch, manchmal besser und manchmal schlechter. Sie machen Fortschritte, und sie machen Rückschritte, sie sind ängstlich oder depressiv und konsumieren in solchen Zeiten besonders viel und besonders wahllos Drogen. Sie gefährden damit ihre Gesundheit und mit Unfällen und Verletzungen ihre körperliche Unver-

Wer in unserer Gesellschaft krank und behandlungsbedürftig ist, hat ein Recht auf ärztliche Hilfe, und die Medizin hat die Pflicht zur Hilfeleistung. Ich betrachte dies analog zur sogenannten Garantienpflicht, aus welcher sich die Bestrafung der Unterlassung einer ärztlichen Hilfeleistung herleitet. Handelt es sich zudem um psychisch schwierige Menschen, so ist es Aufgabe der Medizin, und in unserem Fall der Drogenhilfe, das Behandlungsangebot so zu gestalten, dass es die behandlungsbedürftige Klientel erreicht. Ein solcher Auftrag ergibt sich auch aus Art. 397a ZGB zur fürsorgerischen Freiheitsentziehung. Der Artikel sieht eine Zwangsinternierung psychisch Kranker nur dann vor, wenn dem Betroffenen die „nötige persönliche Fürsorge nicht anders erwiesen werden kann“.



Halbgötter in Weiss: Misstrauen gegen Ärzte ungerechtfertigt?

schrtheit bis hin zu Selbstverstümmelungen und lebensbedrohlichen Zuständen. Manchmal sind sie offen suizidal mit direkten oder versteckten Andeutungen, und manchmal nehmen sie sich dann wirklich das Leben. Andere verlieren teilweise oder ganz den Bezug zur Realität und werden, wie man sagt, psychotisch. Sofern Familienmitglieder oder Freunde nicht eine intensive Betreuung rund um die Uhr gewährleisten können, stellt sich in all diesen Fällen die Frage einer vorübergehenden psychiatrischen Hospitalisierung bis der schwer regressive Zustand abklingt.

Solches ereignet sich natürlich auch ohne das Begleitsymptom der Drogenabhängigkeit. Spezifisch für Abhängige sind im

hölzli in den Anfangsmonaten dieses Jahres von rund 400 Betten knapp fünf mit Drogenabhängigen. Die für den Grossteil des Stadtgebietes zuständige Klinik bleibt damit massiv unter dem Kontingent von 15 Plätzen, welches die Gesundheitsdirektion für Drogenabhängige vorsieht. Diese Lage erinnert mich an die Situation der Entzugsbehandlungen vor 1982. Das Drop-in und weitere Kreise hatten jahrelang versucht, die medizinischen Abteilungen der somatischen Spitäler für Entzugsbehandlungen zu gewinnen. Den Drogenabhängigen standen damals in Zürich ca. 5 Entzugsbetten gegenüber, und es hiess, dies würde genügen, da Abhängige ohnehin nicht entzugswillig wären. Die Erfolglosigkeit unserer Bemü-

weise im Zusammenhang mit der Hepatitis-Infektion. Durch Aids hat diese Frage eine erschreckende Virulenz erfahren, eine Virulenz, die eine radikal andere Einschätzung der körperlichen Gesundheit des Drogenabhängigen nach sich zieht. Die vitale Bedrohung der Abhängigen verschiebt meines Erachtens die Prioritäten eindeutig zugunsten ihrer medizinisch-somatischen Versorgung; und zwar, weil Fragen der Gesundheit und des Gesundbleibens auch bei noch HIV-Negativen ein anderes Gewicht erhalten haben. Nehmen in dieser Situation die psychotherapeutisch oder sozialpädagogisch orientierten ambulanten und stationären Institutionen die körperliche Gesundheit der Abhängigen nicht ernst, verlieren sie

Wie bringt man Drogenabhängige zum Arzt und zur nötigen Behandlung? Durch AIDS hat diese Frage eine erschreckende Virulenz erfahren.

Wesentlichen nur zwei Punkte, die sich aus dem Umstand ergeben, dass eine Hospitalisation beim Drogenabhängigen mit wenigen Ausnahmen immer auch Entzug bedeutet: Zum einen ist die Provokation einer Entzugskrise bei einem ohnehin schwer regredierten und suizidalen Abhängigen ein sehr risikoreiches Unterfangen und daher eher kontraindiziert. Vor allem aber setzt dieses Junktim von Hospitalisation und Entzug eine meist unüberwindbare Schwelle. Der Patient ist unter dem Entzugszwang nicht freiwillig ins Spital zu bringen. Dies führt verhängnisvollerweise dazu, dass Regressionen meist erst dann zum Stillstand kommen, wenn bereits Schädigungen eingetreten sind, wenn eine erhebliche Gefahr für Leib und Leben des Patienten besteht und somit die Voraussetzung dafür gegeben ist, dass er auch ohne sein Einverständnis hospitalisiert werden kann (und von den Kliniken überhaupt aufgenommen wird). Ich glaube, dass zahlreiche Abhängige bereits in einer früheren Phase der regressiven Entwicklung für einen vorübergehenden Spitalaufenthalt zu gewinnen wären, wenn dieser nicht gleichzeitig eine Entzugsbehandlung bedeuten würde. Die somit früher verhinderte Schädigung somatischer und psychischer Gesundheit und Integrität wäre sinnvoll und ein Segen für die Patienten, auch wenn sie vorderhand abhängig bleiben.

hungen führte 1981 dazu, dass wir unter Inkaufnahme der Ghettoisierung eine spezielle Entzugsstation für Drogenabhängige verlangten. Die Idee wurde 1982 in Bombach und Frankental realisiert. Sie hat sich bewährt, und die Entzugssituation hat sich erheblich verändert.

Ich habe einleitend aufzuzeigen versucht, dass wir heute in Zürich eine grosse Anzahl somatisch und psychisch behandlungsbedürftiger Drogenabhängiger haben, die nicht adäquat gepflegt und behandelt werden, weil die vorhandenen Angebote sie nicht erreichen. Die zentrale These meines Referates beinhaltet: Es ist Pflicht und Aufgabe der Drogenhilfe und der Medizin, ihre Behandlungsangebote an ihre Klientel heranzutragen, wenn diese die bestehenden Normalangebote nicht nutzen können. Die Aufgabe ergibt sich aus der eingangs erwähnten objektiven Behandlungsbedürftigkeit. Ist ein Mensch somatisch oder psychisch behandlungsbedürftig, so gilt nach meiner Meinung für Drogenhelfer und Medizinalpersonal dasselbe wie für alle Bürger, wenn sie beispielsweise einem Verletzten begegnen: Sie sind zur Hilfeleistung verpflichtet. Für den Bürger endet die Garantenpflicht natürlich an der Grenze seiner Kompetenz. Drogenhilfe und Medizin können sich allerdings nicht so schnell auf diese Grenze berufen. Ich meine also, dass Drogenhilfe und Medizin angesichts

ihre therapeutische Glaubwürdigkeit.

Um die Frage zu beantworten, wie Drogenabhängige zum Arzt und zur notwendigen Behandlung zu bringen sind, müssen die spezifischen Probleme aufgezeigt werden. Ich möchte zwei Hauptprobleme darstellen und daraus zwei Lösungsvorschläge ableiten:

Das eine Problem betrifft die schlechte bis überhaupt fehlende Compliance des Patienten, d.h. seine Zuverlässigkeit, ärztliche Ratschläge zu befolgen, Termine einzuhalten und Medikamente einzunehmen. Die Compliance ist bei vielen Abhängigen bereits für einfache Behandlungsprozeduren wie die regelmässige Einnahme eines Antibiotikums oder die regelmässige Auswechslung eines Wundverbandes zu schlecht. Die Lösung dieser Schwierigkeit sehe ich speziell auf ambulanter Ebene, indem man die somatische Medizin unmittelbar in die Behandlungs- und Betreuungsinstitutionen integriert. Wir haben im Drop-in Zürich zu Beginn dieses Jahres einen allgemein-medizinischen Dienst für Drogenabhängige eingerichtet. Es hat sich gezeigt, dass Drogenabhängige durchaus zur Behandlung ihrer Krankheiten bereit sind, wenn diese vor Ort stattfindet.

An dieser Stelle ist auch zu erwähnen, dass nach heutigem Wissensstand eine Erkrankung an AIDS nicht unbedingt zu einer langfristigen Hospitalisation führen

Ich glaube, dass zahlreiche Abhängige in der früheren Phase der regressiven Entwicklung für einen vorübergehenden Spitalaufenthalt zu gewinnen wären, wenn dieser nicht gleichzeitig eine Entzugsbehandlung bedeuten würde.

Methadonbezüger erhalten nunmehr in einigen psychiatrischen Kliniken, so z.B. im Burghölzli, während eines Spitalaufenthaltes das Methadon. In der Tat wären Akutstationen von guten psychiatrischen Kliniken geeignet für die Behandlung der eben beschriebenen Zustände. Trotzdem kommt es selten zu stationären psychiatrischen Notfallbehandlungen. Während 1985/86 allein der SPD mit rund 620 Fixern Kontakt hatte, belegte das Burg-

der zunehmenden Behandlungsbedürftigkeit der Drogenabhängigen und im Sinne der Garantenpflicht beauftragt sind, neue Behandlungsangebote und -institutionen zu entwickeln.

Wir bringt man Drogenabhängige zum Arzt und zur nötigen Behandlung?

Diese Frage wurde bereits vor der Bedrohung durch AIDS diskutiert, beispiels-

muss, da diese Krankheit schubweise, mit symptomfreien Intervallen, verläuft. In vielen Fällen kann nach präziser Diagnostik die eigentliche Behandlung ambulant erfolgen, sofern die Compliance gesichert ist. Eine abhängigennahe Allgemeinmedizin speziell für die auf uns zukommende Behandlung der AIDS-erkrankten Drogenabhängigen ist von grosser Bedeutung.

Das zweite für Drogenabhängige spezifische Hindernis vor der adäquaten medizinischen Behandlung liegt meines Erachtens in ihren defizitären Wohn- und Beziehungsverhältnissen begründet. Ich sagte soeben, dass bei Aids die Behandlung in vielen Fällen ambulant erfolgen könnte, wenn die Compliance gesichert wäre. Hier müssen noch zusätzliche Bedingungen angeknüpft werden: wenn der Kranke ein Dach über dem Kopf, ein warmes Bett und Bekannte hat, die ihn be-

Diese Bettenstation sollte nach unserer Vorstellung bei Methadonerhaltung Patienten aufnehmen, die nicht im üblichen Sinn hospitalisationsbedürftig sind, aber somatisch krank. Wir denken an banale Infektionskrankheiten wie Grippe und Angina, aber auch an Lungenentzündungen, an die erwähnten Mangelkrankheiten und parasitären Erkrankungen. Daneben könnte sie der Behandlung von Infektionen auf dem Hintergrund einer Immunschwäche dienen, wie sie in Zukunft

tät, Fremdgefährlichkeit oder Behandlungsbedürftigkeit. Diese Patienten kommen nicht zwangsläufig in einen Zustand der Verkommenheit, der mit der Menschenwürde nicht mehr vereinbar wäre – um eine Formulierung von Oberrichter Spühler zu verwenden. Vor allem aber: Diesen Menschen kann die nötige persönliche Fürsorge anders als durch eine Zwangsinternierung erbracht werden. Ein solcher Eingriff wäre deshalb unverhältnismässig, ganz abgesehen von der

Diese Bettenstation sollte nach unserer Vorstellung bei Methadonerhaltung Patienten aufnehmen, die nicht im üblichen Sinn hospitalisationsbedürftig sind, aber somatisch krank.

treuen. Während die erkrankten homosexuellen AIDS-Patienten meistens über ein intaktes und zuverlässiges Beziehungsnetz verfügen, hat der Drogenabhängige oft das Dach einer Notschlafstelle über dem Kopf, und er muss das warme Bett tagsüber verlassen, obwohl er krank ist. Auch ausserhalb der Notschlafstellen sind die Wohn- und Beziehungsverhält-

zahlreich auf uns zukommen werden. Im weitern könnte die Station bei Methadonerhaltung auch die beschriebenen psychisch regredierten Drogenabhängigen vorübergehend aufnehmen (z.B. Nachbehandlung nach Überdosen). Diese somatisch-psychiatrische Doppelaufgabe drängt sich auch deshalb auf, weil die hier beschriebene somatisch behandlungsbe-

nach wie vor ungeklärten Frage, welche somatische und psychiatrische Zwangsbehandlung im Rahmen der fürsorgerischen Freiheitsentziehung überhaupt statthaft wäre. Bekanntlich bezieht sich diese Rechtsgrundlage nur auf das Einweisungsverfahren, und in der Regel fehlen konkrete Behandlungsrichtlinien.

Die vitale Bedrohung der Abhängigen verschiebt meines Erachtens die Prioritäten eindeutig zugunsten ihrer medizinisch-somatischen Versorgung.

nisse sowie die Not der Drogenbeschaffung für einen Genesungsprozess absolut ungeeignet. Drogenabhängige fallen also, wenn sie krank werden, zwischen die Stühle der miserablen Wohn- und Betreuungssituation und die Bänke der hochspezialisierten stationären Medizin.

Nach langer Überlegung sind wir zum Schluss gekommen, dass für solche Drogenabhängige eine eigene stationäre Institution mit beispielsweise zwölf Betten geschaffen werden sollte.

dürftige Klientel weitgehend mit derjenigen identisch ist, die unter miserablen Wohn- und Betreuungsverhältnissen lebt, und die auch psychisch schwer regrediert.

Abschliessend möchte ich klar festhalten, dass die fürsorgerische Freiheitsentziehung aus verschiedenen Gründen keine Alternative zu den hier vorgeschlagenen Angeboten darstellt. Bei den hier ins Auge gefassten Zustandsbildern handelt es sich meistens nicht um schwere Suizidali-

Vortrag, gehalten am Drogenzyklus Zürich im Herbst 86. Überarbeitet und gekürzt von Käthi Bieri

Indikationen für Drop-In-Bettenstation

Medizinische:

Akute Infektion bei pflegerischer Unterversorgung
Antibiotische Behandlung bei schlechter Compliance
Abszessbehandlung bei schlechter Compliance
Chirurgische Wundbehandlungen
Akute febrile Zustände
Lungenentzündung
TB

Psychiatrische:

Akute Krisen von Methadonbezügern und Drogenabhängigen
Beobachtung fraglicher Suizidalität
Angst- und Panikzustände
Präpsychotische Zustände
Fragliche Vergiftungen
Unklare Fälle zur Beobachtung (z.B. Epilepsie)
Alkohol-, Barbiturat und BD-Entzug bei Methadonbezügern
Stationäre Abklärung für Methadon bei unklaren und dringlichen Fällen
Stationäre Einstellung auf ärztlich verordnete Zusatzmedikamente (Antidepressiva, Neuroleptika, Antiepileptika)