

II=4744 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen
des Nationalrates XV. Gesetzgebungsperiode

DER BUNDESMINISTER
FÜR UNTERRICHT UND KUNST
GZ. 10.000/47-Parl/82

Wien, am 16. Dezember 1982

2168 /AB

1982 -12- 22

zu 2176 J

An die
Parlamentsdirektion

Parlament
1017 W i e n

Die schriftliche parlamentarische Anfrage Nr. 2176/J-NR/82, betreffend drogensüchtige Schüler, die die Abgeordneten PETER und Genossen am 25. Oktober 1982 an mich richteten, beehre ich mich wie folgt zu beantworten:

ad 1)

Bereits lange vor Inkrafttreten der Suchtgiftgesetznovelle 1980 hat das Bundesministerium für Unterricht und Kunst der Drogenproblematik seine Aufmerksamkeit gewidmet. Dies geht aus den Erlässen Zahlen 500.535-10/70, sowie 303.910-MED/70 hervor (Beilage 1).

Seit Inkrafttreten der Suchtgiftgesetznovelle gibt es beim Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz eine Evidenzstelle, die über Zahlenmaterial verfügt. (Suchtgiftüberwachungsstelle des Bundesministeriums für Gesundheit und Umweltschutz, Abteilung II/10); siehe auch Beilage 2.

ad 2)

Seitens des Bundesministeriums für Unterricht und Kunst kann keine Aussage getroffen werden, wieviele der erkannten Fälle von Drogensucht einer vollständigen Heilung zugeführt werden konnten.

ad 3)

Um sachgemäße Entscheidungen treffen zu können wurden Direktoren und Lehrer über die rechtlichen und humanwissenschaftlichen Aspekte der Drogenproblematik informiert. Gleichzeitig sollte damit ihre Bereitschaft für vorbeugende und helfende Maßnahmen geweckt werden. Dieses Handeln soll zwar nicht gleichartig, wohl aber gleichsinnig sein, um Unklarheiten bei allen aktiv und passiv Beteiligten zu vermeiden und die notwendigen Maßnahmen transparent zu machen. Da aber tief verwurzelte Einstellungen, Vorurteile, Ängste und persönliche Betroffenheit durch bloße Information nicht verändert werden können, ist eine Fortbildung in diesem Bereich nur durch Handlungslernen ("erlebendes Lernen") möglich. Die zu informierenden Direktoren, Lehrer und Eltern müssen motiviert werden, ihre Gedanken, Bedenken sowie ihre Sicht des Problems an- und auszusprechen, damit aufgrund des erarbeiteten Konsens gleichsinniges Handeln möglich wird. Besonders effizient erwies sich diese Information in jenen Bundesländern, in denen gemeinsam mit der Schulaufsicht von Experten der Medizin, Exekutive, Schulpsychologie und Jugendberatung die Ziele und das inhaltliche Vorgehen bei der Information der Direktoren und Lehrer festgelegt wurde. Die Früchte dieser Zusammenarbeit erntete man in konkreten Ernstfällen, da aufgrund des persönlichen Kennens und Vertrauens bei Bekanntwerden eines Falles von Drogenmißbrauch in der Schule schnell und unbürokratisch gehandelt und geholfen werden konnte.

Da hinter jeder Drogensucht immer ein Persönlichkeitsproblem steht, wurden alle Schüler- und Bildungsberater an AHS, BBS und HS im Rahmen ihrer laufenden Weiterbildung mit allen im Zusammenhang mit Drogenmißbrauch und Drogenprävention auftretenden schulischen und persönlichen Problem vertraut gemacht.

ad 4)

Um vor allem den schulärztlichen Dienst auf seine, durch die Suchtgiftgesetznovelle 1980 bedingten, neuen, schwierigen Aufgaben vorzubereiten, wurde die Schulärzte-Fortbildungstagung 1981 unter das Generalthema "Suchtmittelmißbrauch - ein schulärztliches und pädagogisches Problem" gestellt. Die Referate dieser Tagung

- 3 -

wurden der Wichtigkeit des Themas entsprechend in den Pädagogischen Mitteilungen - Beilage zum Verordnungsblatt der Bundesministerien für Unterricht und Kunst sowie Wissenschaft und Forschung, Jahrgang 1981, Stück 10 veröffentlicht und damit weitesten Kreisen zugänglich gemacht. (Programm und Pädagogische Mitteilung: Beilage 3)

Darüberhinaus wurden in allen Landesschulratsbereichen zusätzlich schulärztliche Fortbildungsveranstaltungen zur selben Thematik abgehalten.

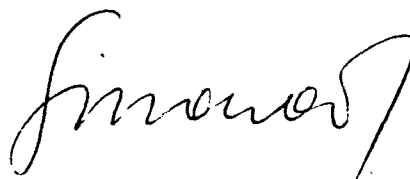
Was den Schulunterricht betrifft, so zeigen Erfahrungen aus dem Ausland aber auch aus der Präventivarbeit in Österreich, daß der ursprünglich aufklärend gedachte Unterricht wenig sinnvoll ist, da er die Neugier weckt und in "Auflehnung gegen die Welt der Erwachsenen und ihrer Werte" abweichendes Verhalten eher stimuliert. Eine Vorbeugung mit Hilfe spektakulärer Filme oder anderer drastischer Darbietungen wirkt keineswegs immunisierend, sondern erreicht eher das Gegenteil des Gewünschten. Die "Aufklärung" durch Abschreckung versagt, weil der Drogenkonsument und sein Milieu als etwas Exotisches, Geheimnisvolles und Mystisches aufgebaut wurde und im Sinne eines "Abenteuers" und eines "Grenzerlebnisses" für den Jugendlichen attraktiv wirkt.

Die kognitive Aufklärung als Form der Drogenprophylaxe muß als gescheitert betrachtet werden. Drogenvorbeugung bedarf eines umfassenden Konzeptes der Erziehung, bei dem die derzeitige gesellschaftliche Situation sowie die Einstellung und das Verhalten der Erwachsenen zu legalen und illegalen Suchtmitteln ebenso berücksichtigt werden muß, wie die entwicklungspsychologisch vorgegebenen Krisensituationen des Jugendlichen. Wirksame Vorbeugung sollte sich daher nicht auf der Wissensebene, sondern auf der Beziehungsebene vollziehen. Sie soll in einer zutiefst menschlichen Kommunikation die Gefühle des Jugendlichen ansprechen und Hilfen zur Persönlichkeitsentwicklung bieten. Das Bundesministerium für Unterricht und Kunst ist daher bemüht, Impulse

- 4 -

zur Realisierung verschiedener Formen des "sozialen Lernens" zu setzen, um so die Persönlichkeitsentfaltung des Jugendlichen zu fördern. Drogenprävention sollte somit nicht Information über Drogen und Drogengefährdung zum Inhalt haben, sondern Hilfe zur Problem- und Konfliktbewältigung durch menschliche Bewegung anbieten. Durch diese Bemühungen sollen dem Jugendlichen positive Lebenseinstellungen vermittelt werden, die ihm helfen, positive Lebensinhalte zu internalisieren und Lebensfreude zu verwirklichen.

Beilagen

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Finow', written in a cursive style.

BUNDESMINISTERIUM FÜR UNTERRICHT
1014 Wien, Minoritenplatz 5

Beilage 1

Zl. 500.535 - 10/70.

Gesundheitsgefährdung durch
Rauschgifte, Abwehrmaßnahmen.

An alle
L a n d e s s c h u l r ä t e
an die
Direktionen der Zentrallehr-
anstalten

Die Landesschulräte werden ersucht, die ihnen unterstehenden Direktionen aller öffentlichen und privaten Schulen, ausgenommen die Volks- und Sonderschulen, von nachstehendem Erlaß in Kenntnis zu setzen:

"Drogensucht führt ebenso wie die Alkoholsucht zu gesundheitlicher Gefährdung und zu sozialem Abstieg. Der Süchtige verliert sein Verantwortungsbewußtsein und seine Leistungsfähigkeit läßt nach. Sein ganzes Dasein dreht sich nur um die Beschaffung der notwendigen Suchtmittel und in seiner Abhängigkeit von diesen schreckt er auch vor Übergriffen auf fremdes Eigentum und vor anderen kriminellen Handlungen nicht zurück. Der Süchtige vernachlässigt seine Pflichten und seine Familie, deshalb ist die Familie dabei meist der Hauptleidtragende. Der Süchtige ist nicht in der Lage, sich selbst aus seinem Teufelskreis zu lösen. Deshalb ist es falsch, wenn Familienmitglieder und Kollegen des Süchtigen diese Krankheit verbergen, denn die Katastrophe kommt auf jeden Fall. Im Rahmen des gesetzlichen Erziehungsauftrages kommt durch die Zunahme von Drogenmißbrauch und Suchtentwicklung auch unter der Schülerschaft der Schule die Aufgabe zu, Gegenmaßnahmen zu treffen.

Hiezu wird verfügt:

1. Um einen vollständigen Überblick über die Situation zu gewinnen, sind alle bekanntgewordenen Fälle von Drogenmißbrauch, jedoch ohne Nennung der Namen der Betroffenen, dem Bundesministerium für Unterricht im Instanzenwege zu melden. Die Berichte sollen den Zeitraum vom

Beginn des Schuljahres 1968/69 bis zum Berichtsdatum erfassen und bis Ende April 1970 vorgelegt werden. Sie sollen insbesondere folgende Angaben enthalten:

Anzahl der Fälle,

Alter und Geschlecht,

Art und Herkunft der Droge,

Anwendungsart (Tablette, Injektion, Inhalation, Rauchen),

von der Schule getroffene Maßnahmen (pädagogische, medizinische Maßnahmen etc.).

Auch das bloße Vorhandensein (Besitz, Angebot, Handel etc.) von Rauschgiften und ähnlichen Drogen, sowie allenfalls bekannte Bezugsquellen hierfür (Kaffeehäuser, Bahnhöfe etc.) bzw. entsprechende Anhaltspunkte wären zu erwähnen.

2. Erkennungsmerkmale eines möglichen Drogenmißbrauches:

Vorausgeschickt wird, daß die im folgenden beschriebenen Symptome durchaus auch andere, harmlose Ursachen haben können; daher ist vor Maßnahmen jeglicher Art unbedingt der Schularzt einzuschalten.

Psychische Symptome:

Nachlassen in der Schulleistung durch Störungen der Aufmerksamkeit und Konzentration,

Zurückgehen der Verlässlichkeit und Pünktlichkeit,

Schläfrigkeit und Apathie oder Erregbarkeit,

Reizbarkeit, Fahrigkeit, hektisches Benehmen.

Körperliche Symptome:

Motorische Unruhe oder Hemmung, abnorme Blässe oder Röte des Gesichtes,

Zittern der Hände,

schläfriger Gesichtsausdruck, enge Pupillen.

Sonstige Anhaltspunkte:

Stichstellen der Haut (Injektionen).

- 3 -

3. Abschließend und generell wird noch einmal darauf hingewiesen, daß das frühzeitige Erkennen von Drogenmißbrauch von größter Wichtigkeit ist, da durch rechtzeitig einsetzende Beratung und Behandlung Gewohnheit, Gewöhnung und echte Sucht und damit irreparable Schäden an Körper und Geist verhindert werden können. Das Wohl des Schülers erfordert aber auch, ihn nicht vor der Klasse, vor Mitschülern oder dem Lehrerkollegium bloßzustellen, sondern behutsam und unter Beachtung der jeweiligen Umstände der Beratung und Behandlung zuzuführen.
4. Auf einen Artikel in der Märzausgabe 1970 der Pädagogischen Mitteilungen (Drogenmißbrauch und Suchtgefährdung im Jugendalter) wird verwiesen."

Wien, am 12. Februar 1970

Für den Bundesminister:

Dr. K ö v e s i

Für die Richtigkeit
der Ausfertigung:

Trcek

Beilage 2

BUNDESMINISTERIUM FÜR
GESUNDHEIT UND UMWELTSCHUTZ

Zl. II-51.551/14-7/81

28. April 1981

An alle öffentlichen und
privaten Schulen im Sinne
des Schulorganisationsgesetzes
sowie alle sonstigen Privatschulen

Betr.: Durchführung der Suchtgiftgesetz-
novelle 1980 durch die Schulen

Die Suchtgiftgesetznovelle 1980, BGBl. Nr. 319, normiert in § 10
Abs. 1, wie im Fall von Suchtgiftmißbrauch in Schulen vorzugehen ist.

Die nachstehenden Ausführungen sollen den Schulen die für eine er-
folgreiche Durchführung des § 10 Abs. 1 Suchtgiftgesetz 1951 notwendigen
Hinweise geben.

I.

§ 10 Abs. 1 SGG lautet:

" Ist auf Grund bestimmter Tatsachen anzunehmen, daß ein Schüler Sucht-
gift mißbraucht, so hat ihn der Leiter der Schule einer schulärztlichen
Untersuchung zuzuführen. Wird durch diese die Annahme bestätigt, ohne
daß eine entsprechende ärztliche Behandlung sichergestellt ist, oder
wird vom Schüler oder vom Erziehungsberechtigten die schulärztliche
Untersuchung verweigert, so hat der Leiter der Schule davon die Bezirks-
verwaltungsbehörde zu verständigen. Schulen im Sinne dieser Bestimmungen
sind die öffentlichen und privaten Schulen im Sinne des Schulorganisa-
tionsgesetzes, BGBl. Nr. 242/1962, die öffentlichen land- und forstwirt-
schaftlichen Schulen sowie alle sonstigen Privatschulen".

Der Bericht des Ausschusses für Gesundheit und Umweltschutz (420 d.B.
XV. GP) führt zu § 10 Abs. 1 folgendes aus:

"§ 10 verpflichtet die Leiter von Schulen, Schüler, bei denen ein Sucht-
giftmißbrauch anzunehmen ist, der schulärztlichen Untersuchung zuzuführen.

- 2 -

Wird die Annahme durch die Untersuchung bestätigt, und ist eine ärztliche Behandlung nicht sichergestellt, so muß der Leiter der Schule die Gesundheitsbehörde verständigen. Das gleiche gilt, wenn Schüler oder Erziehungsberechtigter eine schulärztliche Untersuchung nicht zulassen."

II.

Wie ist nunmehr im Bereich der Schule im einzelnen vorzugehen:

1. Es muß auf Grund bestimmter Tatsachen anzunehmen sein, daß ein Schüler Suchtgift mißbraucht. Unter bestimmten Tatsachen sind Umstände zu verstehen, die den Verdacht des Suchtgiftmißbrauches nahelegen, wie z.B. auffälliges Verhalten, Einstichstellen, verdächtige Gebrauchsgegenstände oder Substanzen etc..

2. Wird eine verdächtige Substanz sichergestellt und ist dem Schularzt oder Schulleiter deren Erkennung als Suchtgift nicht möglich, so ist, sofern im Bereich des jeweiligen Bundeslandes keine geeignete Untersuchungsstelle zur Verfügung steht, vom Schulleiter die gesamte Menge der verdächtigen Substanz zur qualitativen und quantitativen Analyse an die Bundesanstalt für chemische und pharmazeutische Untersuchungen, Zimmermannsgasse 3, 1091 Wien, Postfach 6 einzusenden. Bei Benützung des Postweges dürfen derartige Substanzen nur als eingeschriebene Pakete versendet werden.

3. Ist auf Grund der in Punkt 1 erwähnten Tatsachen anzunehmen, daß ein Schüler Suchtgift mißbraucht, so hat der Schulleiter den Schüler ehestmöglich der Untersuchung durch den Schularzt zuzuführen. Von der Vorladung zum Schularzt sind unverzüglich und möglichst vor der Untersuchung auch die Eltern oder Erziehungsberechtigten des Schülers zu verständigen.

4. Wird vom Schüler oder von seinem Erziehungsberechtigten die schulärztliche Untersuchung verweigert, so hat der Leiter der Schule diesen Fall der Bezirksverwaltungsbehörde (Amtsarzt) zu melden, welche dann entsprechend § 9 SGG vorzugehen hat.

- 3 -

5. Bestätigt die schulärztliche Untersuchung die Annahme eines Suchtgiftmißbrauches durch einen bestimmten Schüler, so hat der Schulleiter zu prüfen, ob eine entsprechende Behandlung sichergestellt ist. Für die Durchführung einer "entsprechenden Behandlung" kommen vor allem in Frage:

- a) Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie (Psychiatrie und Neurologie);
- b) andere Ärzte, die sich besondere Kenntnisse auf dem Gebiet der Behandlung von Süchtigen angeeignet haben und daher der Bezirksverwaltungsbehörde als mit Fragen des Suchtgiftmißbrauches hinreichend vertraute Ärzte bekannt sind. Diesbezügliche Adressen sind bei der Bezirksverwaltungsbehörde (Amtsarzt) zu erfragen;
- c) Ärzte, die einer anerkannten Einrichtung oder Vereinigung zur Beratung und Betreuung von Suchtgiftmißbrauchern zur Verfügung stehen, und deren Adressen ebenfalls bei der Bezirksverwaltungsbehörde zu erfragen sind.

6. Die Sicherstellung der entsprechenden Behandlung wird in Analogie zur Vorgangsweise beim sogenannten "Überwachungsschüler" dadurch zu überprüfen sein, daß der Schüler in regelmäßigen Abständen (etwa 1x monatlich) eine Bestätigung über den Verlauf der Behandlung durch den Arzt beibringt. Der Abschluß der Behandlung ist gleichfalls durch eine entsprechende Bestätigung des Arztes der Schule mitzuteilen.

Im einzelnen wird dem Schulleiter folgende Vorgangsweise empfohlen: Stellt der Schularzt die Notwendigkeit einer Behandlung fest, so sollen der Schulleiter und der Schularzt über die weiteren zu ergreifenden Maßnahmen ein Gespräch mit den Erziehungsberechtigten und dem betroffenen Schüler führen, in welchem vor allem darauf hingewiesen wird, an welche Ärzte sich der Schüler wenden kann. Zweckmäßig erscheint auch eine Kontaktnahme des Schularztes mit dem in Aussicht genommenen behandelnden Arzt. Dem Schüler bzw. Erziehungsberechtigten ist eine angemessene kurze Frist (etwa 2 Wochen), innerhalb welcher er sich der Behandlung zu unterziehen hat, einzuräumen. Danach ist dem Schulleiter eine Bestätigung über den erfolgten Behandlungsbeginn vorzulegen. Die weiteren Bestätigungen über die weitere Behandlung sind unaufgefordert zu den vereinbarten Zeiten

- 4 -

(etwa 1x monatlich) beizubringen. Der Schüler ist darauf hinzuweisen, daß die Nichtbehandlung bzw. eine ohne triftigen Grund erfolgte Behandlungsunterbrechung die Verständigung der Bezirksverwaltungsbehörde zur Folge hat.

7. Bestätigungen gemäß Punkt 6 gelten als nicht gebührenpflichtige Mitteilungen, sofern sie ausdrücklich an die betreffende Schule (den Schulleiter) adressiert sind.

Für den Bundesminister:

K r a s s n i g

Für die Richtigkeit
der Ausfertigung:

Haller

BUNDESMINISTERIUM FÜR UNTERRICHT
UND KUNST

10.14 Wien, Minoritenplatz 5

Zl. 303.910-MED/70

Drogenmißbrauch von Schülern
Ergebnis der Ersterhebung -
weitere Maßnahmen.

An alle
L a n d e s s c h u l r ä t e
und Direktionen der Zentral-
lehranstalten

Das Bundesministerium für Unterricht und Kunst bringt einen zusammenfassenden Bericht über in Schulen bekanntgewordene Fälle von Drogenmißbrauch zur Kenntnis. Der vorliegende Bericht dient lediglich zur internen Information.

Es wird dazu bemerkt, daß diese Zahlen nicht als realistisch zu betrachten sind, da auf Grund verschiedener anderer Informationen die tatsächlichen Zahlen weit höher liegen dürften.

Um dieser Entwicklung entgegenzuwirken, sind seitens der Schule weiterhin Abwehrmaßnahmen zu treffen.

Es wird verfügt:

1. Alle Schuldirektionen sind - wie bereits im vergangenen Schuljahr - anzuweisen, bekanntgewordene Fälle von Drogenmißbrauch, jedoch ohne Nennung der Namen der Betroffenen, dem Bundesministerium für Unterricht und Kunst im Instanzwege zu melden. Die Meldungen sollen in gleicher Weise erfolgen wie im Vorjahr. Die Berichte von den Zentrallehranstalten sind bis Ende Mai des Schuljahres 1970/71 direkt dem Bundesministerium für Unterricht und Kunst zu übersenden.

Die Landesschulräte werden ersucht, im eigenen Wirkungsbereich - unter Heranziehung des

-2-

Fachreferenten für den schulärztlichen Dienst - die Meldungen zentral zu erfassen und bis 31. Mai 1971 dem Bundesministerium für Unterricht und Kunst vorzulegen.

2. Die Landesschulräte werden ersucht, auf Landesebene mit den Landessanitätsbehörden Kontakt zu pflegen und die Landessanitätsdirektoren des betreffenden Bundeslandes über Fälle von Drogenmißbrauch in Schulen zu informieren.
3. Im Unterrichtsgeschehen sind die Schüler über die gesundheitsgefährdenden Folgen des Drogenmißbrauches zu informieren und es wird empfohlen, auch die Schulärzte für diese Aufklärungsarbeit heranzuziehen.
4. Bei Disziplinarfällen soll die Beratung und Betreuung der Schüler, allenfalls die Einleitung einer fachärztlichen Behandlung, in den Vordergrund gestellt werden. In jedem Falle sind die Eltern zu informieren.

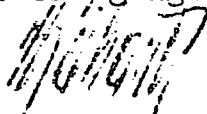
Beilagen

Wien, am 7. August 1970

Für den Bundesminister :

Dr. SCHÖBER

Für die Richtigkeit
der Ausfertigung:



Sonderdruck

PÄDAGOGISCHE MITTEILUNGEN

Beilage zum Verordnungsblatt des Bundesministeriums für Unterricht, Jahrg. 1970, Stück 3

Drogenmißbrauch und Suchtgefährdung im Jugendalter

Von Dr. Bruno Schober

Die beunruhigende Zunahme der Publikationen über Suchtmittel in Wochenzeitschriften und in der Tagespresse sowie die ständig wachsende Zahl der Suchtgefährdeten und Süchtigen, besonders im Jugendalter, fordert auch die Schule zur Initiative auf.

Bei der Tagung der österreichischen Nervenärzte im Juni 1968 wurde noch empfohlen, die Öffentlichkeitsarbeit und die Information der Massenmedien sollte gerade auf dem Sektor der Sucht sehr vorsichtig, sehr gezielt und eher unterschwellig erfolgen.

Wenn aber in den letzten Monaten durch die Tagespresse und durch Wochenzeitschriften eine Informationsflut auch an die Jugendlichen herantritt, kann man das Suchtproblem im Jugendalter in der Schule nicht mehr durch Schweigen umgehen.

Vor den Gefährdungen echter Süchtigkeit vermag nur eine in früher Kindheit einsetzende Prophylaxe zu bewahren. Der junge Mensch darf nicht alleingelassen und ungewappnet dem Angebot des Konsums ausgeliefert sein. Lieber zu früh als zu spät handeln.

Was ist Sucht?

Sucht ist immer auch Ausdruck mangelnder Lebens- und Umweltbewältigung. Sucht bedeutet ein Suchen nach einem Ausweg aus einer individuellen Notsituation. Mit Hilfe äußerer Mittel wird dem drängenden Verlangen nach Beseitigung einer seelischen Ungleichgewichtssituation nachgegeben. Jede Richtung menschlicher Interessen kann süchtig machen. Es ist gleichgültig, ob es sich um pharmakologische Süchtigkeit (Nikotin, Alkohol, Rauschgifte, Schlaftabletten, Transquilizer), Fähigkeitssüchtige (Tanz-, Spiel- oder Geschwindigkeitssucht) oder sexuelle Süchte handelt.

Dort, wo der Mensch nicht mehr Beherrscher seiner Triebe, sondern ihr getriebener Sklave ist, wo die Freiheit der Willensentscheidung aufgehoben ist, wo ein Objekt dauernde destruktive Gewalt über die Person erlangt, liegt echte Sucht vor.

Es besteht eine Diskrepanz zwischen Willenskraft und Verlangen. Es besteht ein Fehlbezug zur äußeren Realität. Entweder primär angelegt oder sekundär als Folge ungünstiger Umwelteinwirkungen. Gewohnheit führt über die Gewöhnung zur Süchtigkeit. Ein bestimmtes Agens muß hinzukommen. Als Grundmuster können aufgezählt werden: Reifungskrisen, seelische Unbehautheit, dauerndes Mißverhältnis zwischen Anspruch und Leistung, Überfordertsein im physischen und psychischen Bereich.

Die süchtigen Fehlhandlungen beruhen auf zwei menschlichen Grundphänomenen:

1. Aus der Tendenz, die Realität zu korrigieren oder zu vergessen.
2. Aus dem Verlangen nach Wiederholung einmal erlebter Lust.

Selbst wenn es in der Persönlichkeit des Süchtigen bestimmte Persönlichkeitszüge gibt, die den Menschen für die Süchtigkeit anfällig machen, führen diese allein noch nicht zur Sucht. Eine Sucht entsteht erst dann, wenn die entsprechende Droge erreichbar ist. Die Erreichbarkeit hängt wiederum mit der Einstellung der betreffenden Gesellschaft zur betreffenden Substanz zusammen. Der Süchtige ist ein Kranker. Seine Heilbarkeit oder sein Untergang hängt von der Einstellung seines Milieus ab. Wenn wir verhütend oder heilend eingreifen wollen, müssen wir alle Zusammenhänge kennen.

Deshalb seien hier ergänzend die Selbstzerstörungstendenzen des Neurotikers erwähnt, der wegen seiner Schuldgefühle auf Selbstbestrafung drängt. Der Psychopath hingegen kann seine Aggressionen nicht genügend nach außen freisetzen und wendet sie gegen sich selbst an.

Der Suchtweg eines jungen Menschen ist von seinem Grundcharakter, seiner Lebensgeschichte, also auch von der persönlichen und allgemeinen Umgebungssituation abhängig. Somit kann ein Suchtweg, den ein Jugendlicher einschlägt, auch von seiner Klassengemeinschaft, in der Schule beeinflusst werden.

2

Vier Richtungen der süchtigen Fehlentwicklung sind möglich:

1. Die süchtige Triebentartung („Don Juanismus“, Perversion).
2. Die medikamentöse Beraubung. Beruhigung, Entspannung, Anregung
3. Die alkoholische Berausung und damit Minderung von Unlustgefühlen der Umgebung gegenüber.
4. Das maßlose Rauchen.

Durch die kulturelle Umwelt wird die Richtung der süchtigen Fehlentwicklung wesentlich beeinflusst. Vor allem die Massenmedien stiften durch Sensationsmeldungen und Werbesendungen zu Alkohol, Nikotin, Sex, Rauschgift, Spiel- und Geschwindigkeitssucht an.

Wenn wir im Erziehungs- und Bildungsauftrag der Schule dem begegnen wollen, müssen wir im Rahmen einer orientierten Gesundheitserziehung die Kenntnisse über die Wirkung des Alkohols, Nikotins und der nicht ärztlich verordneten Drogen im Unterrichtsplan der Volks- und höheren Schulen aufnehmen.

Man kann nur etwas bekämpfen, das man kennt.

In Zusammenarbeit mit dem Bundesministerium für soziale Verwaltung wurde anlässlich der Verteilung eines Flugblattes mit dem Titel „Erfolgsgeneration oder?“ ein Merkblatt an alle weiterführenden Schulen ausgeschickt, in welchem über Alkohol, Nikotin und Suchtmittel Kurzinformationen gegeben wurden. In diesem Merkblatt wurde auch zur methodischen Frage kurz Stellung genommen, wie man etwa einen Aufklärungsvortrag mit dem Titel „Sucht, Droge und Genußmittel“ halten könne. Es wurde vorgeschlagen, den Titel „Gesundheit läßt sich erzeugen“ zu wählen.

Der Kampf gegen Arzneimißbrauch und die daraus resultierende Sucht darf sozusagen nicht frontal geführt werden, sondern bedarf eines anderen Ansatzes.

Die heutigen Informationen sollen dazu dienen, unter Ausklammerung des Alkoholismus und des Rauchers als Schmalspursüchtigen speziell die Fragen des Rauschgiftes — der geheimen Verführer — zu behandeln.

Seit dem Jahre 1966 erreichen die Informationswellen über die Rauschgifte den Höhepunkt. Österreich wurde davon nicht verschont.

Wir können heute nicht mit Ziffern dienen, wieviel Jugendliche in österreichischen Schulen

Rauschgifte regelmäßig oder nur einmal genommen haben. Wir können aber auch nicht darauf warten, bis wir ein Zahlenmaterial über die Rauschgiftschäden veröffentlichen können. Alle Vorsorgemaßnahmen würden zu spät kommen, wenn wir hinter der Entwicklung zurückbleiben.

Wir sollen uns aber auch keine übertriebenen Sorgen machen. Viele Reportagen in den Zeitungen sind übertrieben. Diese Reportagen sind ein fester Bestandteil der Entartungserscheinungen einer gewissen Publizistik. Es ist heute sehr modern, Tabus zu zerbrechen, zu provozieren und zu schockieren.

Eine strenge Reglementierung und eine weitgehende Beschränkung des Verkehrs mit Rausch- und Suchtstoffen stellen die besten sozialhygienischen Erfolge dar. Darüber hinaus muß aber die Öffentlichkeit an der Eindämmung und Verhütung des illegalen Rauschgiftkonsums unter den Jugendlichen mitwirken. Die Gefährdungssituation kann man nicht leugnen. Die Jugend braucht das aufklärende Wort des Erwachsenen. Die Mitarbeit der Schule ist unbedingt erforderlich.

Das Bild des jugendlichen Süchtigen hat sich in letzter Zeit verändert. Die Jugendlichen nehmen nicht mehr Drogen mit aggressiver Enthemmungswirkung ein. Sie beschaffen sich Opiate und Haschisch, um in einer passiven, oralgenießeriischen Weise sich der Welt, der harten Realität zu entziehen. Dies kommt auch in ihrer Reiselust zum Ausdruck. Es sind nicht mehr aggressive Halbstarke, sondern lediglich zu Sitzstreiks neigende Hippies.

Das äußere Symbol ist die ungepflegte Haartracht, das Gammelerphänomen. Ihre Passivität demonstrieren sie durch Trägheit und theatralische Langweile.

Dieser Einstellung entspricht das von dem amerikanischen LSD-Apostel Timothy Leary als Vitamin der Seele und Prinzip mystischer Offenbarungen gepriesene LSD, die „Atombombe der Seele“.

In Amerika erlebt zurzeit „gras“, das ist der Ausdruck für Haschisch oder Marihuana, einen ähnlichen „boom“ wie der Alkohol zur Zeit der Prohibition.

Die Folge des Abusus ist eine seelische und körperliche Depravation. Es entstehen asoziale Personen. Daher muß der Staat präventiv, kurativ und palliativ eingreifen.

Es sei ein kurz gefaßter Überblick über diejenigen Gifte und ihre Wirkungen gegeben, welche bei Mißbrauch zu einer mehr oder weniger starken Abhängigkeit des Körpers von den Noxen führen. Vorerst sei noch eine De-

Definition der Charakteristika eines Suchtmittels gegeben:

1. Sie erzeugen eine Euphorie.
2. Die Dosis muß immer weiter gesteigert werden, um die entsprechende Wirkung zu erzielen.
3. Körperliche und psychische Abstinenzerscheinungen treten auf.

Jemand ist süchtig, wenn er nicht aufhören kann, ein Suchtmittel zu nehmen.

Die Weltgesundheitsorganisation hat folgende Kriterien zur Einteilung eines Medikamentes in die Gruppe der suchterzeugenden Mittel festgelegt:

1. Psychische Gewöhnung. Unbezwingbares Verlangen, das Mittel zu beschaffen und es in immer steigenden Dosen einzunehmen.
2. Pharmakologische Gewöhnung. Zwangstendenz zur Erhöhung der Dosierung infolge zunehmender Toleranz.
3. Physische wie auch psychische Abhängigkeit von der Wirkung des suchterzeugenden Mittels (Drogenabhängigkeit).
4. Nachteilige Wirkung auf Personen und Umwelt des Süchtigen.

Die Rauschgifte kann man in vier Gruppen einteilen:

- I. Sedierende und stimulierende Euphorika.
- II. Psychomimetika.
- III. Stimulantia.
- IV. Inebriantia.

L. SEDIERENDE UND STIMULIERENDE EUPHORIKA:

Opium:

Rohopium ist der eingetrocknete Milchsaft aus der Kapsel des Schlafmohns. Es handelt sich um eine dunkelbraune bittere Masse. Opium enthält an Suchtgiften: Morphin, Codein und Thebain. Opium ist eines der ältesten bekannten Suchtgifte. In der Medizin wird Opium wegen seiner beruhigenden, schmerzstillenden und schlaf-erregenden Wirkung angewendet. Weiters bei unstillbarem Durchfall zur Darmruhigstellung. Die Gesamtalkaloide des Opiums enthalten das pharmazeutische Präparat Pantopon.

Im Orient wird Opium in einer speziellen Opiumpfeife geraucht, bis zu zehn Gramm täglich. In einigen Ländern wird Opium auch gegessen.

Wirkung:

Der Opiumraucher verfällt in einen Schlaf, in welchem die Phantasie besondere Bilder hervor-

zaubert. Das Erwachen ist weniger schön. Ein Depressionszustand ist meist die Folge der Vergiftung. Der Europäer wird in wenigen Jahren durch das Opiumrauchen ruiniert. Auch nach dem Opiumessen wird ein kurzer rauschartiger Zustand erzeugt. Es dauert nicht lange, und die Gier nach dem Gift beherrscht den Menschen. Das Gefühl für soziale Verpflichtungen schwindet. Als Folge der chronischen Intoxikation stellen sich körperliche Schäden ein.

Folgen:

Schnelle Gewöhnung, nach kurzer Zeit Sucht. Ständiger Gebrauch führt zu Charakterveränderungen. Organische Leiden treten auf. Durch Lähmung des Darmes kommt es zu Verdauungsstörungen. Starke Abmagerung.

Morphin und morphinhaltige Präparate:

Morphin ist eine farblose Flüssigkeit und wird durch Isolierung aus dem Opium gewonnen. Morphin kann auch synthetisch hergestellt werden. Morphin wird in der Medizin durch Injektionen unter die Haut zur Lähmung der Schmerzempfindung verwendet. Bei Menschen mit defekter seelischer Anlage wird bereits durch wenige Injektionen eine Euphorie ausgelöst. Für haltlose Naturen sind dies Beweggründe, dem ersten Rausch bald andere folgen zu lassen. Die Euphorieperiode bietet dem Morphinisten angenehme Sensationen auf dem Gebiet des Gemüts- und Stimmungslebens. Ist einmal die eigentliche Sucht aufgetreten, ist das eigene Herauslösen aus den Krallen des Giftes nicht mehr möglich.

Folgen:

Schnelle Gewöhnung und Steigerung der Dosis. Seelische und körperliche Abhängigkeit (Sucht). Dauernder Gebrauch führt zu Charakterveränderungen, Verminderung der Intelligenz, Wahnideen und echten Geisteskrankheiten. Häufig stellt die Beschaffung des Giftes das Motiv für die ungesetzlichen Handlungen dar. Solche vollkommen asozial gewordenen Elemente geben zu den erschütterndsten menschlichen Katastrophen Veranlassung. Das Ende des Bildes hört mit dem absoluten körperlichen Verfall auf. Eine Entwöhnung ist sehr schwierig. Die Rückfallsquote nach erfolgreicher Entziehungskur ist mit 50% außerordentlich hoch.

Codein, Paracodein:

Codein wird als Zusatz in schmerzstillenden und hustenreizstillenden Mitteln verwendet.

Heroin:

Die hauptsächlichsten Sensationen nach dem Einnehmen des Rauschgiftes sind: Nachlassen des Spannungsgefühls und gesteigertes Selbstvertrauen. Ist die Sucht ausgebildet, so zwingen

4

die mit dem sinkenden Heroin Spiegel beginnenden Abstinenzerscheinungen zu erneuter Giftaufnahme. Heroin führt zu Feigheit, Frechheit und Unverschämtheit. Beim Heroinisten tritt eine moralische Demenz, eine Charakterveränderung im Sinne einer schweren sozialen und ethischen Depravation ein. Völliger körperlicher Verfall ist das Ende.

Folgen:

Die Suchtgiftgefahr ist außerordentlich groß. Schon fünf Injektionen können zur Sucht führen. Nach Abklingen des Rausches kommt es zu Unruhe, Unsicherheit, Schweißausbrüchen. Nach Jahren tritt völliger körperlicher Verfall ein. Eine Entziehung ist möglich, aber um vieles schwieriger als bei Morphiumsüchtigen.

Synthetische, schmerzstillende Mittel:

Von dieser Gruppe ist das Präparat Dolantin zu erwähnen, das wegen seiner analgetischen und spasmolytischen Effekte in der Medizin verwendet wird. Dolantinsucht ist beobachtet worden. Der Dolantinmißbrauch führt zu Krämpfen, Unruhen, Verwirrenheitszuständen. Die Zahl der Fehlgeburten bei süchtigen Müttern ist hoch.

Rauschpfeffer (Kawa-Kawa):

Von den Südseeinsulanern wird der Rauschpfeffer als berauschendes Getränk verwendet. Bei wiederholter Aufnahme wird Sucht mit körperlichen Schäden beobachtet.

Kokain:

Kokain ist ein weißes Pulver und wird aus den Blättern des Kokastrauches gewonnen. In Peru war im Reiche der Inkas die Verwendung der Droge ausschließlich kultischen Zwecken vorbehalten. In der Medizin wird Kokain zur Anästhesierung in der Augenheilkunde verwendet.

Gebrauch:

Kauen der Blätter, Schnupfen in reiner Form als weißes Pulver.

Wirkung:

Bei den ersten Versuchen reagiert der Körper mit Herzankfällen und Kältegefühl. Erst bei wiederholter Anwendung kommt es zu einem Rauschgefühl. Die moralischen Hemmungen fallen weg.

Folgen:

Schnelle Gewöhnung und Dosissteigerung. Bald tritt durch die Sucht geistiger Verfall ein. Das Ende der Sucht bildet der Wahnsinn mit Größen- und Verfolgungsideen. Die Entwöhnung dauert lange Zeit.

II. PSYCHOMIMETIKA:

Diese Stoffe rufen bei vollem Wachsein eine Art Traumwelt hervor. Das psychische Erlebnis kann jedoch auch mit Bewußtseinstrübungen verbunden sein. Man bezeichnet diese Stoffe auch als Halluzinose-Nachahmer. Es handelt sich hier um Naturstoffe sowie um synthetische Präparate, die besonders in der psychiatrischen Forschung Interesse gefunden haben, weil man sich gewisse Einblicke in die Genese der endogenen Geisteskrankheiten erhoffte.

Meskalin:

Meskalin wird aus dem mexikanischen Kaktus gewonnen. Früher von den mexikanischen Indianern zu Rauschzwecken verwendet.

Gebrauch:

Meskalin wird gekaut oder in Pulverform geschluckt.

Wirkung:

Verlust des Zeitsinnes. Optische Halluzinationen. Vision farbiger Bilder und Gestalten. Körperliche Symptome: Atemnot, Schweißausbrüche, Schwindelgefühl.

Folgen:

Kein direktes Suchtgift. Bei ständigem Genuß treten aber Psychosen und Leberschäden auf.

Indischer Hanf (Haschisch) und andere Hanfsorten (Marihuana):

Das Harz des im Nahen Osten angebauten Hanfes wird Haschisch genannt, die Blätter und Blüten des mexikanischen Hanfes dagegen Marihuana. Als Faserpflanzen (*Cannabis indica* und *Cannabis sativa*) sind sie Träger eines ölhaltigen Samens. Die weiblichen Pflanzen entwickeln, sobald sie zum Blühen kommen, an den Sproßspitzen Drüsenhaare, deren Epidermis durch den vorhandenen Überdruck platzt und ein Harz austreten läßt. Der Hanfgebrauch ist uralte. Schon Herodot berichtet darüber. Haschisch wird in Form dunkelbrauner Platten, kleinerer Plättchen und in Pulverform in den Handel gebracht. Ebenso werden auch die getrockneten Blätter, Blüten und Stengel des Hanfes (Marihuana) gehandelt.

Gebrauch:

Haschisch wird am häufigsten mit Tabak gemischt und inhaliert, auch in Flüssigkeiten getrunken oder mit Süßigkeiten gegessen.

Wirkung:

Die Märchen aus Tausend und einer Nacht dürften zum Teil in ihrer Entstehung vom Gebrauch dieses Rauschgiftes abzuleiten sein, da es

besonders im Nahen Osten seit alten Zeiten im Gebrauch steht. Bei kleineren Dosen entstehen Träume und Halluzinationen (fliegende Teppiche). Das erste Zeichen, daß das Gift zu wirken beginnt, ist ein dumpfes Ahnungs- und Beklommenheitsgefühl. Die Aktivität schwindet, und das Gefühl der Ohnmacht und Angst kann Platz greifen. Bilderreihen längstvergänger Erlebnisse treten auf. Diese Bilder erregen zunächst Interesse, zuweilen Genuß, schließlich, wenn es kein Abwenden von ihnen gibt, Ermüdung und Pein. Oft entwickeln sich optische Visionen. Die Farben werden heller, die Gegenstände schöner. Die Situation kann für den Berauschten von so bezwingender Heiterkeit werden, daß er minutenlang zu nichts anderem fähig ist als Lachen. Die gesamte Motorik ist verändert. Beim Orientalen verbindet die Intoxikation erotisch gefärbte Träume, die bei dem Europäer fehlen. Das Bewußtsein ist getrübt, Merk- und Auffassungsfähigkeit erschwert, die Stimmungslage im allgemeinen euphorisch. Die Art der Rauschensationen hängt von der persönlichen Anlage des Berauschten ab.

Die körperlichen Symptome der Haschischvergiftung bestehen in quälendem Durstgefühl, Trockenheit in der Kehle, Husten, nach höheren Dosen Übelkeit, Schwindel und Erbrechen. In manchen Fällen führt die Haschischvergiftung zu Angst und Aggressivität. Die regelmäßige Aufnahme des Giftes kann zur Sucht und auf die Dauer zu schweren psychischen Schäden führen. Psychomotorische Unruhe und manische Zustände können über eine zunehmende Verblödung zu einer unheilbaren Demenz überleiten. Daueraufenthalt im Irrenhaus kann das Ende sein. Die Nachkommenschaft der Opfer des Haschisch ist unterwertig und erbbelastet.

Haschisch ist zu jenen Rauschgiften zu rechnen, die manchmal zu kriminellen Delikten verleiten, vielleicht aus gewissen, noch nach dem Rauschhaftenden Sinnestäuschungen heraus.

Folgen:

Es kommt zur Abhängigkeit vom Rauschgift. Eine Entziehung gelingt, doch führt eine Rückkehr in das gewohnte Milieu zu Rezidiven. Die besondere Gefahr der Haschischraucher liegt darin, daß sie bald nach stärkeren Rauschgiften wie Heroin verlangen.

In Illustrierten und auch in Fachzeitschriften wird oft die Meinung vertreten, daß Haschisch weniger gefährlich sei als Nikotin und Alkohol. Ärztlicherseits muß dieser Meinung entgegengetreten werden.

Nachtschattengewächse:

In diese Gruppe zählen Stoffe, die man im Mittelalter den Hexensalben und Liebestränken beisetzte. Diese Stoffe enthalten in der Regel

Atropin. Über die Wirkungen berichten die Geschichten der Hexen und ihre Teufelsritte auf dem Bocksberg. Zu den Nachtschattengewächsen gehört auch die Kartoffel. Es sind Fälle bekannt geworden, daß Schüler Kartoffelschalen auskochen und Extrakte in die Venen spritzen. Mit größter Wahrscheinlichkeit handelt es sich dabei nur um eine dumme Unsitte. Weiters sind Fälle bekannt geworden, daß Schüler Bananenschalenextrakte auskochen und in die Vene spritzen bzw. Bananenschalen rösten und deren Dämpfe einatmen. Bei den Bananenschalen dürfte es sich um den chemischen Wirkstoff Serotonin handeln.

Rauschpilze:

Die Giftstoffe des roten Fliegenpilzes werden in Ostsibirien zu Rauschzwecken verwendet.

In Südmexiko verwendeten Indios einen Pilz für kultische Zwecke. Der chemische Wirkstoff dieses Pilzes ist Psilocybin. Dieser chemische Stoff wird in der Psychotherapie angewendet. Dieser chemische Stoff wirkt ähnlich wie Lysergsäurediäthylamid.

LSD (d-Lysergsäurediäthylamid):

LSD ist ein halbsynthetisches Derivat der natürlichen, in den Mutterkornalkaloiden vorkommenden d-Lysergsäure.

Gebrauch:

Als wasserklare Flüssigkeit auf Zuckerstücken, auf Löschpapier oder in Kapselform geschluckt.

Wirkung:

Nach etwa einer halben Stunde nach der Einnahme treten die ersten Symptome auf. Der Höhepunkt wird nach zwei Stunden erreicht. Zunächst ist Unwohlsein, Brechreiz, Kopfschmerz und Schwindelgefühl zu beobachten. Später treten farbige Halluzinationen auf. Keine Idee wird zu Ende gedacht. Es tritt ein Gefühl auf, als würde sich der Geist vom Körper trennen. Das Urteilsvermögen läßt nach. Die körperlichen Symptome wie Kribbeln in Händen und Füßen, Müdigkeit und Schläffheit schlagen öfters in Depressionen um.

LSD ist nur illegal im Handel. Eine von Amerika ausgehende Propaganda hat das LSD zu trauriger Berühmtheit gebracht. Vorher wurde LSD nur in der Medizin verwendet und war deshalb eine interessante Substanz, als man mit LSD künstlich kurzdauernde Geisteskrankheiten und ähnliche Zustände hervorrufen konnte und hoffte, damit Einblick in das Krankheitsgeschehen zu erhalten.

6

Folgen:

LSD hat die Potenz eines Suchtgiftes. Im LSD-Rausch entsteht oft das Gefühl der Unverwundbarkeit. Todesfälle im LSD-Rausch sind zu beobachten. Eine Schädigung der Erbanlagen ist möglich.

III. STIMULANTIA.**Kath-Tee:**

Die Wirkung ist stärker als die des Coffeins, aber wesentlich geringer als die des Pervitins.

Weckamine:

Es handelt sich hier um künstlich hergestellte Anregungsmittel wie Pervitin, Preludin, Bencedrin und Abmagerungsmittel wie zum Beispiel Adipex. Der Gebrauch dieser Stoffe erfolgt in Form von Tabletten bzw. Injektionen.

Wirkung:

Steigerung der Arbeitskraft und Minderung der Arbeitsunlust (Doping). Zunahme der Konzentrationsfähigkeit, Abbau von Hemmungen, Unterdrückung des Hungergefühls, Erhöhung der erotischen Empfindsamkeit und des sexuellen Verlangens.

Folgen:

Bei längerem Gebrauch kommt es zur Sucht. Eine Gewöhnung tritt schnell ein und die Dosis wird gesteigert. Es sind Fälle bekannt, wo über 100 Tabletten pro Tag eingenommen werden. Unruhe und Schlaflosigkeit sind die Folge. Halluzinationen und Verfolgungswahn treten mit Erregungszuständen auf. Eine Entziehung ist nur in der Klinik möglich. Die Rückfallsquote beträgt bis zu 70%.

Einige dieser Stoffe sind als sogenannte Appetitzügler im Handel.

IV. INEBRIANTIA.

Unter Inebriantia werden Stoffe verstanden, welche zur Trunkenheit (ebrietas) führen. Auch

der Alkohol gehört in diese Stoffklasse, wird aber hier nicht abgehandelt. In diese Gruppe müssen eingereiht werden: Äther, Benzin, Chloroform, Trichloräthylen, Aceton, Toluol und Xylol. Die Inhalation der genannten Stoffe verursacht Euphorie und rauschartige Gewöhnung mit psychotischen Durchgangssyndromen. Bei chronischer Vergiftung zeigen sich Schnervenschädigungen, Nervenentzündungen, Herzerkrankungen, Bluterkrankungen, Hirnleistungsschwäche und Gedächtnisstörungen. Es sind Fälle bekanntgeworden, daß in Österreich Schüler Dämpfe von Tischlerleim einatmen. Dabei kann es sich wohl nur um eine Unsitte handeln, da pharmakologisch kein Effekt erzielt wird. Aus Schweden sind allerdings Fälle bekannt, daß Jugendliche toluolhaltige Materialien des Malerhandwerkes einatmen (thinner-sniffing). Aus Amerika sind Fälle bekannt, wo Schüler acetone-, toluol- und xylolhaltige Leime zum Einatmen benutzen.

Über die mißbräuchliche Anwendung von Schlafmitteln, Abführmitteln und Genußmittel (Alkohol, Tabak — der Raucher ist ein Schmal-spursüchtiger —, Purindrogen) wird hier nicht berichtet.

Schlußbemerkung:

Die Bevölkerung, besonders Ärzte, Lehrer, Eltern und Jugendliche, sollten über die Gefahren des Drogenmißbrauches aufgeklärt werden. Speziell auf die Gefahren des Haschischmißbrauches muß hingewiesen werden.

Den gelegentlich Haschisch mißbrauchenden Jugendlichen stehen die Schulärzte als Helfer und Berater zur Verfügung. Die Jugendlichen müssen sich ohne Angst vor Strafverfolgung beraten lassen können.

Es muß darauf hingewiesen werden, daß selbst bei gründlicher Behandlung, wenn im jugendlichen Alter bereits Drogenabhängigkeit eingetreten ist, die Prognose ungünstig ist. Es ist deshalb unverantwortlich, die Gefahren des Haschischmißbrauches zu bagatellisieren.

Beilage 3

TAGUNGSPROGRAMM

ZEIT: 28. MAI BIS 31. MAI 1981
ORT: BUNDESINSTITUT FÜR
 ERWACHSENENBILDUNG
 ST. WOLFGANG / STROBL
TEILNEHMER: ca. 100 PERSONEN
THEMA: SUCHTMITTELMISSBRAUCH
 EIN SCHULARZTLICHES
 UND PÄDAGOGISCHES
 PROBLEM

Donnerstag, 28. Mai 1981

Bis 17.00 Eintreffen der Teilnehmer
 im Bundesinstitut für
 Erwachsenenbildung
 Beziehen der Quartiere
 18.00 Begrüßung der Teilnehmer
 18.30 Abendessen

Freitag, 29. Mai 1981

8.30– 9.00 Suchtmittelmißbrauch – ein gesund-
 heitspolitisches Problem
 Rat Dr. Michael H a a s
 9.00– 9.45 Suchtmittelmißbrauch aus der Sicht
 des Arztes (physische und psychische
 Gesundheitsschädigung)
 Prof. Dr. K r y s p i n - E x n e r
 10.30–10.45 Suchtmittelmißbrauch aus der Sicht
 des Pädagogen
 Min.-Rat Dr. B u r d i s
 11.00–11.45 Suchtmittelmißbrauch aus der Sicht
 des Juristen
 Rat Dr. L i t z k a
 11.45–13.30 Mittagspause

13.30–14.15 Möglichkeiten der Erkennung von
 Suchtmitteln
 Prof. Dr. M a c h a t a

14.30–15.30 Podiumsdiskussion
 Referatsdiskussion

19.00 Abendessen

Samstag, 30. Mai 1981

8.30– 9.15 Möglichkeiten der Bekämpfung des
 Suchtmittelmißbrauch aus der Sicht
 der Gesundheitsverwaltung
 Primarius Dr. M a d e r

9.30–10.15 Möglichkeiten der Vorbeugung gegen
 Suchtmittelmißbrauch aus der Sicht
 der Pädagogen
 Prof. Hofrat Dr. B ö c k

10.30–11.15 Möglichkeiten der Bekämpfung des
 Suchtmittelmißbrauches aus der Sicht
 der Exekutive
 Rat Mag. Werner K e u t h

11.30–13.30 Mittagspause

13.30–14.15 Anwendung des Suchtgiftgesetzes in
 der Strafgerichtsbarkeit
 Staatsanwalt Dr. K o r s c h e

14.30–15.30 Podiumsdiskussion
 Referatsdiskussion

19.00 Abendessen

Sonntag, 31. Mai 1981

Frühstück und Verabschiedung
 Heimreise

**SCHULÄRZTE-
FORTBILDUNGSTAGUNG
1981**

**in der Zeit vom 28. Mai bis 31. Mai 1981
im Bundesinstitut für Erwachsenenbildung
St. Wolfgang / Strobl**



**Bundesministerium für Unterricht und Kunst
im Einvernehmen mit dem
Bundesministerium für Gesundheit u. Umweltschutz**

PÄDAGOGISCHE MITTEILUNGEN

Beilage zum Verordnungsblatt der Bundesministerien für Unterricht und Kunst sowie Wissenschaft und Forschung, Jahrgang 1981, Stück 10

INHALT:

- Suchtmittelmissbrauch — ein schulärztliches und pädagogisches Problem
 Dr. Michael Haas: Suchtmittelmissbrauch — ein gesundheitspolitisches Problem
 Dr. Kornelius Kryspin-Exner: Medizinische Aspekte des Drogenmissbrauchs
 Dr. Heribert Burdis: Suchtmittelmissbrauch aus der Sicht des Pädagogen
 Dr. Gerhard Litzka: Suchtmittelmissbrauch aus der Sicht des Juristen
 Dr. Gottfried Machata: Möglichkeiten der Erkennung von Suchtmitteln
 Dr. Rudolf Mader: Möglichkeiten der Bekämpfung des Suchtmittelmissbrauchs aus der Sicht der Gesundheitsverwaltung
 Dr. Walter Böck: Möglichkeiten der Vorbeugung gegen Suchtmittelmissbrauch aus der Sicht des Pädagogen
 Mag. Werner Keuth: Möglichkeiten der Bekämpfung des Suchtmittelmissbrauchs aus der Sicht der Exekutive
 Dr. Adolf Korsche: Anwendung des Suchtgiftgesetzes in der Strafgerichtsbarkeit

SUCHTMITTELMISSBRAUCH — EIN SCHUL- ÄRZTLICHES UND PÄDAGOGISCHES PROBLEM

Vorbemerkung

Vom 28. bis 31. Mai 1981 fand im Bundesinstitut für Erwachsenenbildung St. Wolfgang die Schulärzte-Fortbildungstagung 1981 statt. Auf dieser Tagung wurden die folgenden Referate in der Reihenfolge des Abdrucks in dieser Nummer der Pädagogischen Mitteilungen gehalten; die von den Referenten vorgelegten Manuskripte wurden nur geringfügig redigiert. Das Referat von Dr. Gerhard Litzka ist auch in „Recht der Schule (RdS 1/81)“, MANZ'sche Verlags- und Universitätsbuchhandlung, erschienen.

Bei der Eröffnung der Tagung führte der Leiter der Abteilung Medizinischer Dienst im Bundesministerium für Unterricht und Kunst, MR Dr. Heinrich Schwarz, in seiner Begrüßungsansprache aus:

„Bei vielen Zusammenkünften der Schulärzte war es unser Bestreben, das Wissen über aktuelle Fragen der medizinischen Betreuung der Schuljugend in gemeinsamen Gesprächen zu erweitern. Standespolitische Fragen wurden dabei, durchaus legitim, ebenfalls erörtert.

Seit 1979 widmen wir uns bei diesen Tagungen jeweils einem aktuellen Problem und versuchen, es von verschiedenen Seiten zu beleuchten, wobei gehofft wird, daß durch eben diese multidisziplinäre Betrachtungsweise die Aufmerksamkeit und das Verständnis der Schulärzte auch für außerhalb der Medizin gelegene Probleme geweckt werden. Wir haben aber zu diesen unseren Tagungen immer wieder Pädagogen eingeladen und dürfen daher

auch von diesen Aufgeschlossenheit für unsere medizinische Anliegen erwarten.

Die diesjährige Schulärztetagung wird sich mit dem Problem des Suchtmittelmissbrauchs befassen. Namhafte Ärzte, Pädagogen und Juristen werden aus ihrer Sicht zu einem Phänomen Stellung nehmen, dem die ältere Generation ziemlich fassungs- und ratlos gegenübersteht. Daß dieses Phänomen des Suchtmittelmissbrauchs aber hohe und höchste Aktualität besitzt, bezweifelt wohl niemand von uns! Daher glaube ich, daß wir mit der Thematik unserer Tagung dem aktuellen Bedürfnis entsprechen. Dies umso mehr, als im September 1980 eine Suchtgiftgesetz-Novelle in Kraft getreten ist, die dem Schularzt eine bedeutende Funktion im Kampf gegen Suchtmittelmissbrauch zugewiesen hat. Eine Durchführungsverordnung zu diesem Gesetz, vom Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Unterricht und Kunst erlassen, ist noch druckwarm; sie erläutert und interpretiert die Aufgaben der Schule und des Schularztes und wird natürlich auch Gegenstand unserer Diskussion sein.

Sie werden manches über Verwaltungsvorschriften, strafbare Tatbestände, pädagogische Notwendigkeiten und ärztliche Maßnahmen hören. Vergessen Sie aber nicht, daß der Mensch sich nicht in ein Schema pressen läßt, daß sich hinter jedem Süchtigen eine persönliche Tragödie verbirgt, daß der Süchtige Anspruch auf individuelle Betreuung hat. Und diese individuelle Betreuung ist es, die vorzugsweise wir Ärzte gewähren können. Um diese höchst humanitäre, persönliche Hinwendung zu einem Kranken möchte ich Sie bitten!“

Suchtmittelmissbrauch — ein gesundheitspolitisches Problem

Von Dr. Michael Haas

Ich möchte mein Thema wörtlich nehmen und mich auf Gesundheitspolitik im Zusammenhang mit Suchtmittelmissbrauch sowie auf die Probleme, die sich für die Gesundheitsverwaltung daraus ergeben, beschränken. Wenn ich in der Folge von Suchtgiften oder Drogen spreche, so meine ich sowohl die der Suchtgiftgesetzgebung unterstellten Substanzen als auch den Bereich der psychotropen Substanzen, insgesamt also alle Drogen, die eine Abhängigkeit gemäß den sechs bekanntesten Abhängigkeitsformen bewirken können (Morphin-, Kokain-, Cannabis-, Halluzinogen-, Amphetamin- und Barbituratyp).

Welche Aufgaben und Möglichkeiten bieten sich der Gesundheitsverwaltung zur Bewältigung der Drogenproblematik vom Standpunkt der internationalen Fachmeinung, die insbesondere bei W. P. von Wartburg hervorragend zusammengestellt ist („Drogenmissbrauch und Gesetzgeber“, 1974, Birkhäuser Verlag Basel und Stuttgart)?

Nach Ansicht der WHO muß das Ziel jeder gesetzlichen und administrativen Drogenmissbrauchsbekämpfung darin bestehen, die Herstellung, Distribution und den Gebrauch einer Droge zu überwachen und im Interesse der öffentlichen Gesundheit sowie zur Verhütung von Drogenmissbrauch auf medizinische und wissenschaftliche Zwecke zu beschränken. Dieser Grundsatz ist in beiden maßgebenden internationalen Konventionen (Einzige Suchtgiftkonvention und Konvention über die psychotropen Substanzen) verankert.

Im Sinne der WHO-Empfehlung beschränken sich somit die Maßnahmen vor allem auf die Steuerung des Angebotes:

Diesbezügliche Mittel sind:

1. Die Kontrolle der Herstellung und Verteilung im allgemeinen durch die Registrierungs- und im besonderen durch die Bewilligungspflicht nach dem Suchtgiftgesetz, durch genaue Buchhaltung und Vormerkspflicht vom Großhandel bis zum Detailvertrieb, durch genaue Überwachung der Apotheken, Ärzte und Spitäler.
2. Die Kontrolle der Erhältlichkeit von Drogen insbesondere durch die Beschränkung der Abgabe auf bestimmte Abgabestellen und durch die Einführung einer verstärkten Rezeptpflicht. (Die besonderen Voraussetzungen für die Ausstellung eines Suchtgiftrezeptes finden sich in der Suchtgiftverordnung, insbesondere das Erfordernis eines eigenen Rezeptformulars).

Im Lichte der von der Suchtgiftüberwachungsstelle durchgeführten genauen Kontrolle muß gene-

rell aber festgehalten werden, daß der legale Suchtgiftgebrauch in Österreich, dh. der Gebrauch legal hergestellter Suchtgifte und legal verteilter Suchtgift in Österreich kein Problem darstellt, zumindest vom Standpunkt der Gesundheitsverwaltung.

Als besonders wesentliche und aktuelle Forderung hat sich in der letzten Zeit aber die nach einer Kontrolle der Nachfrage herausgestellt bzw. nach einer Verminderung der Nachfrage. Ohne eine geschickte Beeinflussung der Nachfrage wird sich nämlich Drogenmissbrauch selbst bei genauer Kontrolle des Angebotes kaum wesentlich verändern lassen. Das gleichzeitige Einwirken auf Angebot und Nachfrage scheint eine wesentliche Voraussetzung für den Erfolg sämtlicher verwaltungsbehördlicher Kontrollbemühungen zu sein. Dies dürfte insbesondere für Drogen mit medizinischer Verwendung zutreffen, da die Gefahr deren Mißbrauchs nicht so sehr in der Steigerung der chemisch-pharmazeutischen Produktion, sondern mehr in der zunehmenden Nachfrage durch weite Bevölkerungskreise liegt.

Welche administrative Möglichkeiten stehen zur Verfügung, um die Nachfrage bei der mißbräuchlichen Verwendung von Drogen zu beeinflussen? Sinnvolles Mittel hiezu scheint erstens eine entsprechende Kontrolle und Beschränkung der Werbung, wobei es in der Natur der bei Drogen gegebenen Rezeptpflicht liegt, daß jegliche Anpreisung beim Publikum generell verboten sein muß. Es erhebt sich dabei die Frage, ob grundsätzlich und inwieweit eine behördliche Vorzensur des an die medizinischen Berufe gerichteten Werbe- und Informationsmaterials gefordert werden soll. Diese Frage ist in den verschiedenen Ländern unterschiedlich gelöst worden. In Österreich muß jedenfalls der für Ärzte und Patienten bestimmte Beipacktext gemäß der Spezialitätenordnung anlässlich der Registrierung praktisch mit zugelassen werden. Nach dem Entwurf für ein neues Arzneimittelgesetz unterliegen Fachinformation und Patienteninformation einer eigenen Bewilligung durch die Gesundheitsbehörde.

Ein wesentliches Mittel zur Verringerung der Nachfrage stellt zweitens die bereits erwähnte Rezeptpflicht dar. Mit der Unterstellung einer Droge unter die Rezeptpflicht wird grundsätzlich bezweckt, deren Gebrauch auf ausschließlich medizinische Zwecke zu beschränken. Je nach den vorherrschenden Umständen ist der Begriff medizinische Zwecke allerdings nicht immer klar und eindeutig. In manchen Ländern gilt die ärztliche Verabreichung von Drogen an Abhängige zur Verhütung von Abstinenzsymptomen als medizinischer Zweck, während andere Staaten dies in Abrede

stellen. So wurde beispielsweise kritisiert, daß ein staatlich unkontrolliertes Verschreibungsrecht des Arztes, wie es in England bestand, dazu geführt habe, daß große Mengen gefährlicher Drogen an Patienten verordnet worden seien. Durch diesen Umstand sei in der Folge eine steigende Nachfrage entstanden. Von verschiedenen Seiten wird auch argumentiert, daß die Freiheit des Arztes in der Verschreibung von Drogen an Abhängige eingeschränkt werden müsse. Insbesondere mit dem Aufkommen der Methadonprogramme hat diese Frage in der letzten Zeit wieder Aktualität gewonnen. In Österreich und in der BRD steht man allerdings nach wie vor der Methadonbehandlung negativ gegenüber. Nach Ansicht von Fachleuten kommt dieses Programm als Ausdruck der Resignation maximal für jene wenigen Drogenpatienten in Frage, bei denen eine Heilung wirklich aussichtslos ist, das wäre in Österreich nur eine so geringe Anzahl von Personen, daß der Nachteil einer Stimulierung des Mißbrauches und einer wachsenden Nachfrage nach dieser Droge wohl schwerer ins Gewicht fällt als der angebliche Vorteil der Methadonbehandlung.

Als drittes Mittel der Steuerung bzw. Verringerung der Nachfrage möchte ich hier nennen das Verbot des nicht autorisierten Konsums und Besitzes von Drogen. Der Grund für eine Verankerung des Verbotes ist wohl die Meinung, daß durch eine Stigmatisierung der Droge und die Brandmarkung des Gebrauchs der einzelne von Drogenexperimenten abgehalten werde; insbesondere durch den Einsatz des Strafrechtes soll dieses Verbot wirkungsvoller festgelegt werden.

Ein viertes wesentliches Mittel für die Verringerung der Nachfrage sind Aufklärung und Erziehung. Gerade diesen Punkten muß vom Standpunkt des Gesundheitsministeriums vor allem im Lichte der Ereignisse der letzten Jahre ein besonderes Augenmerk gezollt werden. Ich werde mich darüber etwas später noch weiter verbreitern. Vorerst möchte ich aber über die Grundprinzipien sprechen, die die nun erwähnten administrativen Mittel der Kontrolle beherrschen sollten. Ich möchte auch hier wieder vier Grundprinzipien anführen, und zwar erstens das Prinzip der Verhältnismäßigkeit.

Angesichts der hohen Wertschätzung des Rechtsgutes Gesundheit ist man oft versucht, vom Staat jeden Eingriff zu fordern, von dem man sich, unbeschweren der damit verbundenen Kosten, eine Verbesserung des Gesundheitsschutzes verspricht. Eine administrative Überreglementation könnte aber sich ungewollt zum Nachteil der gesamten gesundheitlichen Situation der Bevölkerung auswirken. Es war wohl dies auch der Grund, warum Österreich bis jetzt der Psychotropenkonvention noch nicht beigetreten ist. Gerade bei diesen Substanzen würde ihre spezielle Kontrolle einen sehr großen administrativen Aufwand bedingen, der praktisch undurchführbar wäre und vor allem des-

halb von Mißerfolg begleitet, weil bei diesen Substanzen ihre medizinische Verwendung weit verbreitet ist und außerdem bei Unter-Kontrollstellen gewisser Substanzen sofort wieder andere Substanzen diese ersetzen würden. Auch aus rechtlichen Erwägungen sollten Eingriffe in freiheitliche Rechtsgüter zum Schutz der öffentlichen Gesundheit nur dann erfolgen, wenn sie in einem sinnvollen Verhältnis zu den verfolgten Gesundheitsschutzinteressen stehen. Diese Forderung bedingt wohl, daß man gerade bei psychotropen Substanzen nicht international gleiche und konforme Regelungen treffen sollte, sondern hier die Drogenpolitik eher den nationalen Gegebenheiten anpassen sollte.

Der zweite Grundsatz, der die Verwaltung leiten sollte, ist der der Flexibilität. Der Gefährdungsquotient individueller Drogen ist Folge neuer Forschungsergebnisse und veränderter Risikofaktoren ständig Verschiebungen und Veränderungen unterworfen. Derartige Änderungen bedingen jedoch auch stets eine Anpassung der Kontrollmaßnahmen. Drogen mit erhöhtem Gefährdungsquotienten gehören im Interesse eines optimalen Gesundheitsschutzes unter eine entsprechend strengere Administrativkontrolle, Drogen mit niedriger gewordenem Gefährdungsquotienten sollten eine Erleichterung in ihrer Kontrolle erfahren. In Österreich ist diesem Grundsatz der Flexibilität in der Suchtgifverordnung wohl dadurch hervorragend Rechnung getragen, daß der Gesundheitsminister, was vielleicht wenig bekannt ist, die Ermächtigung hat, neue Drogen sofort durch Verwaltungsänderung unter die Kontrolle zu stellen. Dies ist zB in der letzten Verwaltungsänderung bei der Substanz Pentazocin (die im Foral enthalten ist) geschehen.

Ein dritter Grundsatz bei der administrativen Kontrolle des Drogenmißbrauchs besteht darin, daß die vorhandenen Mittel optimal eingesetzt werden, dh. auf jene Gebiete konzentriert, wo die mißbrauchsbedingten Probleme der öffentlichen Gesundheit am größten sind und wo gleichzeitig am meisten Erfolg zu erwarten ist. Dieses Prinzip kann man als Konzentrationsprinzip bezeichnen. Es setzt dieses Prinzip voraus, daß die zuständigen Stellen hinreichend über die momentanen Risikofaktoren der einzelnen mißbrauchten Drogen orientiert sind. Sie brauchen daher Daten, welche Auskunft geben über die Prävalenz und die Inzidenz des Mißbrauchs individueller Drogen, sowie über das Ausmaß und den Schweregrad des daraus resultierenden Schadens für den einzelnen, für Dritte oder für die Gesellschaft. Als erfolgreiches Beispiel einer Anwendung des Konzentrationsprinzips durch Gesetzgeber und Behörden wird hier des öfteren der Erfolg Japans bei der Bekämpfung ihrer Drogenmißbrauchsepidemie nach dem 2. Weltkrieg zitiert, da die Japaner ihren Angriff auf ein einziges Ziel, nämlich die Amphetamine, konzentrierten und ihre Munition nicht durch Breitsseiten auf jeden

Drogenmißbrauch verschwendeten. Ähnliches ist auch in den USA geschehen.

Als weiteres und viertes Prinzip ist schließlich anzuführen, daß alle administrativen Kontrollmaßnahmen auch ergänzt werden müssen durch die Gesellschaft. Wohl vermag der Staat durch eine sachgerechte administrative Belastung und Steuerung von Angebot und Nachfrage auf dem Drogensektor auf das Entstehen und die Verbreitung des Drogenmißbrauchs gewissen Einfluß auszuüben. Am deutlichsten sind diese Erfolge auch auf dem Gebiet der Kontrolle der Drogenabhängigkeit vom Morphintypus zu sehen. Doch ihre optimale Wirkung werden staatliche Kontrollmaßnahmen nur dann entfalten, wenn sie durch entsprechende Vorkehrungen von privater Seite ergänzt werden, dh. wenn alle am Drogenverkehr beteiligten Parteien in die Mitverantwortung miteingebunden werden. Der Hersteller darf sich nicht nur verpflichtet fühlen, die gesetzlichen Kontrollmaßnahmen vorschriftsmäßig einzuhalten, sondern seine Verantwortung für die Auswirkungen der von ihm produzierten Drogen sollte ihn überdies veranlassen, auch ohne direkte gesetzliche Verpflichtung alle ihm zumutbaren Vorkehrungen zu treffen, die im Interesse eines sachgerechten Drogenverkehrs und Drogenkonsums wünschenswert sind. Dazu gehören Aufklärungs- und Erziehungsmaßnahmen für den Umgang mit Drogen, das selbstständige Überprüfen der Legitimität von belieferten Kunden, die innerbetriebliche Überwachung aller Drogentransaktionen zur Verhütung des Abgleitens von Ware in den Schwarzmarkt sowie die Hilfeleistung medizinischer und anderer Natur beim Auftreten von gesundheitsgefährdenden Mißbrauchsfällen. Dieses Prinzip der Mitverantwortung gilt sowohl für die Hersteller als auch für die Tätigkeit der medizinischen Berufe und der Apotheker. Eine Zurückhaltung in der Verordnung von Drogen, deren Mißbrauch zu öffentlichen Gesundheitsproblemen führen kann, sowie die Einhaltung hoher ethischer Standards bei der Abgabe von Drogen im allgemeinen können wesentlich zur Verhinderung von Mißbrauch beitragen. Ärzte und Apotheker als die wichtigsten Berufsgattungen sollten eine aktive Selbstkontrolle und ein persönliches Engagement in Fragen des Drogenmißbrauchs zeigen. Darüber hinaus wird es aber auch notwendig sein, daß sich eine zunehmende Anzahl von nicht offiziellen gesellschaftlichen Institutionen, seien es gemeinnützige Vereine und Verbände, Schulen und Universitäten, Elternverbände und kirchliche Gruppierungen, mit den verschiedenen Problemen des Drogenmißbrauchs befassen.

Zum Schluß meiner Ausführungen über die theoretischen Möglichkeiten der Gesundheitsverwaltung zur Einschränkung des Drogenmißbrauchs möchte ich vielleicht die wichtigste nennen, nämlich die Beeinflussung des Gesetzgebers oder die Beeinflussung der Rechtslage in Richtung einer

richtigen Auswahl und Klassifizierung von Drogen, die unter die Suchtmittelkontrolle zu stellen sind. Für die Gesundheitsverwaltung Österreichs ist es besonders wichtig, weil ja, wie ich schon erwähnt habe, das SGG die Ermächtigung beinhaltet, neue psychotrope Substanzen oder Suchtgifte durch Verordnung den Kontrollbestimmungen zu unterstellen. Grundsätzlich können ja nicht alle Drogen, bei denen ein Mißbrauch möglich scheint, unter die staatliche Kontrolle gestellt werden.

Welche Elemente bieten sich nun als Grundlage an für die Entscheidung ob ein Suchtgift unter die Kontrolle gestellt werden soll: Das erste für die Kontrollentscheidung wesentliche Element ist die Gefährdung der öffentlichen Gesundheit. Ein Expertenkomitee der WHO dazu: „Es gibt viele Drogen, die, wenn sie eingenommen werden, bei einigen Personen für sie befriedigende oder anziehende Reaktionen auslösen, sodaß sie diese Droge bis zum Mißbrauch oder zur Abhängigkeit weiter konsumieren. Kein Problem der öffentlichen Gesundheit besteht jedoch, wenn solche Mißbräuche oder Abhängigkeiten aller Wahrscheinlichkeit nach oder bekanntermaßen in der Bevölkerung nur sporadisch oder selten vorkommen, wenn wenig Gefahr einer Ausbreitung besteht und wenn die unerwünschten Wirkungen erwartungsgemäß oder bekanntermaßen auf den einzelnen Konsumenten beschränkt bleiben.“ Das WHO-Expertenkomitee hielt diesbezüglich fest, daß unter solchen Voraussetzungen die besten Vorkehrungen nicht in gesetzlicher Kontrolle, sondern in der Sicherstellung hinreichender Information und ärztlicher Behandlung der gefährdeten oder geschädigten Einzelpersonen besteht. Anders, fährt das WHO-Expertenkomitee fort, verhalte es sich beim Bestehen eines Problems der öffentlichen Gesundheit, welches wie folgt positiv charakterisiert wird:

„Ein Problem der öffentlichen Gesundheit besteht jedoch dann, wenn die Drogenabhängigkeit mit Verhaltens- oder anderen Wirkungen einhergeht, welche die zwischenmenschlichen Beziehungen der Konsumenten auf unerwünschte Art beeinflussen und auch für Dritte unerwünschte physische, soziale oder ökonomische Folgen entstehen lassen, sowie wenn das Problem in der Bevölkerung schon verbreitet ist oder eine große Wahrscheinlichkeit für eine solche Verbreitung besteht. In solchen Fällen“, so schließt der Bericht, „habe die Gesellschaft ihre Verantwortung wahrzunehmen und zu entscheiden, ob die in Frage stehende Droge unter die gesetzliche Kontrolle zu stellen sei oder nicht.“ Eine Analyse dieser kompetenten Umschreibung durch das WHO-Expertenkomitee zeigt deutlich, daß folgende Kriterien für die Annahme des Bestehens eines drogenbedingten Problems der öffentlichen Gesundheit als ausschlaggebend betrachtet werden:

1. das Ausmaß und die Häufigkeit der Mißbrauchsfälle,

2. der Schweregrad der Beeinträchtigung durch den Mißbrauch,
3. die Intensität der Drittwirkung und der sozialen Kosten.

Für die Beurteilung des Ausmaßes und der Häufigkeit der Mißbrauchsfälle sind insbesondere die Kriterien der Prävalenz und der Inzidenz maßgebend. Die Prävalenz ergibt sich aus der statistischen Erfassung aller beobachteten Mißbrauchsfälle. Sie wird je nach Umständen um die erfahrungsgemäß bestehende Dunkelziffer erhöht werden müssen, um ein einigermaßen realitätskonformes Bild der Anzahl der Mißbrauchsfälle in Zeitabschnitten zu erhalten. Bei der Inzidenz handelt es sich um das Verhältnis von Mißbrauch zu Gebrauch einer zur Diskussion stehenden Droge. Die Ermittlung dieser Verhältniszahl ist notwendig, um die pro Zeiteinheit erfaßte absolute Mißbrauchshäufigkeit auch proportional richtig im Vergleich zur sachgemäßen Verwendung der entsprechenden Droge zu sehen. Die Frage der Inzidenz ist also besonders wichtig, wenn es sich um eine Droge mit breiter medizinischer Indikation handelt. Als Beispiel können vielleicht die Stoffe Dextropropoxyphen (enthalten ua. im „Normospas“) und Pentazozin (enthalten im „Fortral“) gelten, von denen schon seit längerem bekannt ist, daß sie in einem gewissen Umfang mißbraucht werden. Bei beiden Stoffen hat die WHO vor zirka zehn Jahren gesagt, daß sie wirksame und nützliche Mittel für die klinische Medizin sind. Die Prävalenz und Inzidenz ihres Mißbrauchs scheinen so niedrig, daß sie kein Problem der öffentlichen Gesundheit darstellen. Das WHO-Komitee hat damals beschlossen, daß die Lage noch zu keiner Empfehlung von spezieller Kontrolle Anlaß gibt. In der Zwischenzeit hat sich bezüglich Dextropropoxyphen die Meinung geändert, und es wurde zB bei der vorletzten Tagung der Suchtgiftkommission beschlossen, Dextropropoxyphen dem Anhang II der Suchtgiftkonvention zu unterstellen. Bei der letzten Tagung kamen doch wieder gewisse Zweifel auf, und man kam überein, nunmehr Dextropropoxyphen bzw. Zubereitungen auch den erleichterten Bestimmungen des Anhang III zu unterstellen. Bei Pentazozin hat sich international die Meinung noch nicht durchgesetzt, daß hier das Mißbrauchspotential groß genug sei, um der Kontrolle unterstellt zu werden. Der in einer entsprechenden Notifikation Österreichs an die UN zum Ausdruck gebrachten Ansicht über die Zweckmäßigkeit der Unterstellung von Pentazozin unter die Suchtgiftkontrolle wurde zwar bei den diesjährigen Beratungen der Suchtgiftkommission vorerst mit überzeugender Mehrheit zugestimmt, letztlich hat die Kommission aber über Betreiben eines Mitgliedsstaates in dieser Frage einen Aufschub beschlossen. Eines verdient jedoch festgehalten zu werden, daß, um das Ausmaß und die Häufigkeit der Mißbrauchsfälle bzw. die Prävalenz und die Inzidenz von Drogenmißbrauch genau festzuhalten, eine

vermehrte statistische Information unumgänglich ist.

Neben dem ersten Element der Gefährdung der öffentlichen Gesundheit ist als zweites Element für den Kontrollentscheid der medizinische und soziale Nutzen von Drogen zu nennen. Dabei ist abzuwiegen:

1. der Grad des Risikos für die öffentliche Gesundheit bei Mißbrauch einerseits,
2. der Nutzen der Droge bei medizinischem Gebrauch andererseits.

Die Bewertung des medizinischen Nutzeffektes ist nach dem heutigen Stand der Wissenschaft relativ leicht möglich. Wichtige Parameter hierfür sind die Indikationsbreite, die therapeutische Sicherheit und Wirksamkeit, das Ausmaß der medizinischen Verwendung und die Qualifikation durch die wissenschaftliche Fachliteratur. Zum Unterschied hierzu ist der soziale Nutzen des Drogengebrauches mangels des Vorliegens entsprechender Studien noch nicht so leicht zu erfassen. Es müßten hierzu jene spezifischen Gegebenheiten erforscht werden, welche auch vom Mißbraucher als positive Umstände gewertet werden, die ihn zu seinem Verhalten veranlassen. Die Möglichkeit momentaner Flucht vor der Realität, das zeitweilige Vergessen des Alltags, das Empfinden von innerer Gelöstheit, Lust und Freude sowie alle anderen individuell geschätzten Werte, die oft als ätiologische Faktoren zu einem nicht medizinischen Drogengebrauch führen, müßten ebenfalls in Gesamtzusammenhang bemessen werden können. Es gibt aber heute kein System und keine Methodik, welche entsprechende Gewinnrisikoberechnungen möglich machen würden.

Als dritten und vielleicht nicht unwesentlichsten Punkt möchte ich nun das dritte Element für eine Aufnahme von Drogen in die Kontrollliste erwähnen, nämlich politische Gründe und die internationalen Vertragszwänge. Politische Erwägungen spielen überhaupt bei der Suchtgiftgesetzgebung eine gewisse Rolle und natürlich auch bei der Klassifikation von Drogen. Es kann Umstände geben, welche trotz erwiesenen Problems der öffentlichen Gesundheit gegen eine strenge gesetzliche Kontrolle der betreffenden Droge sprechen. Andererseits können politische Momente bestehen, die nach einer Kontrolle verlangen, obwohl noch keine sicheren Anzeichen der Gefährdung der öffentlichen Gesundheit vorliegen. Zu diesen Momenten, die nicht mehr in den Bereich der sachlichen Auseinandersetzung bei der Entscheidungsvorbereitung gehören, sondern Teil der politischen Entscheidung sind, gehören Fragen der Opportunität, der Durchsetzbarkeit und der Wirksamkeit von gesetzlichen und administrativen Kontrollmaßnahmen, voraussichtliche Kosten-Nutzen-Rechnungen verschiedenartiger möglicher Kontrollen ua. mehr. In einer einfachen, dem sozialen Rechtsstaat verpflichteten Formel ausgedrückt, sollte der Gesetzgeber daher

auf dem Gebiet des Gesundheitsschutzes Kontrollmaßnahmen nur beschließen, wenn sie zugleich notwendig und nützlich sind. Nun nach den allgemeinen politischen Erwägungen im besonderen zu den internationalen Verpflichtungen von Österreich. Österreich ist ja nach längerem Zögern im Jahre 1978 der Einigen Suchtgiftkonvention beigetreten, welche die zahlreichen vorher bestehenden internationalen Suchtgiftabkommen zusammenfaßt, und ist an diese Konvention gebunden. Nun ist es im Interesse der internationalen Solidarität sicherlich wünschenswert und sinnvoll, daß gewisse besonders gefährliche Drogen nach möglichst einheitlichen Kriterien universell unter Kontrolle gestellt werden. Wann immer ein internationales Drogenmißbrauchsproblem auftritt, sollte ein Konsens über die Intensität der minimalen erforderlichen Kontrollmaßnahmen unter den interessierten Staaten erreicht werden. Die Entscheidung erfolgt allerdings in einem relativ kleinen Gremium, welches sich aus meist überwiegend pharmakologisch orientierten Experten verschiedenster Nationen zusammensetzt. Manchmal werden dort hinsichtlich psychotroper Stoffe auch Beschlüsse im Sinne einer antizipativen Kontrolle von Stoffen zum Schutz der Entwicklungsländer getroffen, die noch nicht so ein wirksames Kontrollsystem wie die Industriestaaten besitzen. Es mag die Tatsache, daß der nationale Gesetzgeber an die Beschlüsse derartiger internationaler Organe zwingend gebunden ist, ein Grund gewesen sein, daß in der Konvention, betreffend die psychotropen Substanzen, dem Grundsatz der Flexibilität und dem Bedürfnis nach vermehrter Eigenständigkeit des nationalen Gesetzgebers im Kontrollentscheid bereits in einem gewissen Umfang Rechnung getragen wurde. Diese Konvention sieht wohl grundsätzlich auch strenge Kontrollmaßnahmen für die einzelnen psychotropen Substanzen vor, doch gibt es eine Reihe von Ausnahmemöglichkeiten, die letztlich, wenn sie alle angewendet würden, die Konvention in ihrer Wirkung sogar wieder aufheben könnten. Aus diesem Grund ist wohl auch wieder eine Entwicklung festzustellen, die es von den einzelnen beitretenden Staaten verlangt, daß diese nach Möglichkeit die in der Konvention vorgesehenen Maßnahmen erfüllen und die darin vorgesehenen Ausnahmemöglichkeiten nicht zu sehr in Anspruch nehmen. Sicherlich gilt auch hier wieder, ein gesundes Mittelmaß zwischen dem Anliegen des Gesundheitsschutzes und der sozialen Notwendigkeit zu finden.

Im Zusammenhang mit der Unterstellung von Drogen unter die Kontrolle ergibt sich auch das Problem der Klassifizierung dieser Drogen:

Es gibt Drogen, die ein relativ großes Risiko für die öffentliche Gesundheit darstellen und solche, denen ein vergleichsweise geringeres Gefährdungspotential innewohnt. Der internationale und nationale Gesetzgeber sollte diesem Umstand dadurch Rechnung tragen, daß er eine Reihe verschieden

starker Kontrollmaßnahmen vorsieht, die selektiv nur insoweit zur Anwendung gebracht werden, als es die Bedürfnisse des öffentlichen Gesundheitsschutzes erfordern. Dieser Gedanke ist in der internationalen Einigen Suchtgiftkonvention durch die Zuteilung aller Drogen in eine Anzahl von Listen, die nach ihrer Gefährlichkeit abgestuft sind, verankert. Rechtspolitisch könnte meiner Ansicht nach die Abstufung nach der Gefährlichkeit auch in den Anhängen zur SGVO noch besser zum Ausdruck kommen.

Im Rahmen des Problems der Klassifikation von Drogen möchte ich hier nur auf die Substanz Methaqualon eingehen:

Diese Substanz ist ein Chinazolinderivat, ein nicht barbiturathaltiges Beruhigungsmittel, welches oft in der Geriatrie Verwendung findet, und zwar vor allem in dem Medikament „Mozambin“. Es wirkt an sich beruhigend, zeigt aber als Nebenwirkung Erregungszustände, insbesondere bei hoher Dosierung in Verbindung mit Alkohol. In Verbindung mit Alkohol kann diese Substanz auch ein Aphrodisiakum darstellen, und wird daher auch von manchen Autoren als „Heroin for lovers“ bezeichnet. Methaqualon wurde vor zwei Jahren bereits der Liste II der Konvention über die psychotropen Substanzen unterstellt, dh. einer relativ strengen Kontrolle. Nun ist Österreich der psychotropen Konvention vor allem deshalb bisher nicht beigetreten, weil bei einer vertragstreuen Erfüllung dieser Konvention, der erforderliche Verwaltungsaufwand im Hinblick auch auf die Aspekte des Gesundheitsschutzes zu groß erscheint. Österreich hat aber den internationalen Organen immer zu verstehen gegeben, daß wir der psychotropen Konvention insofern Rechnung tragen, als wir grundsätzlich alle Stoffe der Anhänge I und II dieser Konvention der österreichischen Suchtgiftgesetzgebung unterstellen. Die erste Ausnahme in diesem Bereich ist nun das Methaqualon, eine Substanz, die vor allem in den Entwicklungsländern mißbräuchlich verwendet wird. Der Oberste Sanitätsrat wurde bereits einmal mit dieser Frage beschäftigt und hat eine Aufnahme von Methaqualon in die Suchtgiftliste aus medizinischen Erwägungen abgelehnt. Im Lichte der letzten internationalen Entwicklung und der Angriffe, denen Österreich voraussichtlich ausgesetzt sein wird, wird der OSR in der nächsten Zeit wieder mit dieser Frage befaßt werden. Ich möchte in diesem Zusammenhang insbesondere auf die bei seiner ersten Beratung ausgesprochene Empfehlung des OSR zurückkommen, nämlich vorerst einmal zu überprüfen, in welchen Fällen Methaqualon in Österreich mißbräuchlich verwendet wird, und diese Empfehlung auch an die hier versammelten Schulärzte in ihrer Eigenschaft als praktische Ärzte weitergeben. Berichten sie uns bitte über jeden Methaqualonmißbrauch, der ihnen auffällt.

Lassen Sie mich am Schluß meiner Ausführungen noch auf den eingangs erwähnten wichtigen Punkt bei der Verhinderung der Nachfrage nach Drogen eingehen, nämlich auf die Prävention im allgemeinen bzw. auf Aufklärung, Erziehung und Behandlung. Über die einzelnen Wirkungsweisen der primären, sekundären und tertiären Information wird Ihnen, glaube ich, Herr Primarius Dr. Mader noch berichten. Ich darf nur erwähnen, daß durch die Suchtgiftgesetznovelle 1980 das Gesundheitsministerium auch verhalten worden ist, Maßnahmen auf dem Sektor Aufklärung und Erziehung zu treffen, und daß wir derzeit zwei Projekte vorbereiten, die hoffentlich im Herbst dieses Jahres schon zum Tragen kommen. Grundsätzliche Postulate bei Aufklärung und Erziehung sind ja die, daß die Aufklärung primär sachlich orientiert, die Erziehung in erster Linie wertorientiert erfolgen muß. Vom Standpunkt des Ministeriums zielt Aufklärung auch dahin ab, daß allen interessierten Personengruppen die erforderlichen Informationen in sachlicher und nüchterner Weise zur Verfügung gestellt werden können. Erziehungsarbeit beinhaltet hingegen stets das Beeinflussen im Sinne einer bestimmten Zielsetzung, die nach den individuellen Wertvorstellungen des Erziehers verschieden sein kann. Hier sollten jedenfalls alle interessierten Gruppen an der Festsetzung von entsprechenden Erziehungszielen mitarbeiten. Absolute Zielsetzungen scheinen angesichts der gesellschaftlichen, umweltspezifischen und technologischen Entwicklungen der heutigen Zeit vielleicht verfehlt zu sein. Zielvorstellungen werden zwar stets die Verminderung des Drogenmißbrauches zum Inhalt haben, sie müssen sich aber am Ziel eines optimalen Gesundheitsschutzes orientieren und je nach den Adressaten und Zielgruppen unterschiedlich und flexibel ausgerichtet sein. Wenngleich aufgrund der internationalen Erfahrungen den Maßnahmen von Aufklärung und Erziehung oft nur ein relativer Wert zukommt, da gewisse Jugendliche dazu verleitet werden, aufgrund dieser Informationen Selbstversuche zu unternehmen, scheinen Aufklärung und Erziehung doch deshalb sehr wichtig zu sein, weil durch die in den letzten Jahren potentiell zugenommene Berichterstattung in den Massenmedien und leider auch durch mancherorts zu verzeichnende unsachliche und dramatisierende Aufklärungsaktionen es notwendig erscheint, hier ein Gegengewicht im Sinne einer sachlichen und gesundheitserzieherischen Haltung zu setzen. Alle in Aufklärung und Erziehung eingebundenen und tätigen Kreise sollten sich auch darüber im klaren sein, daß das beste Vorgehen gegenüber Drogenmißbrauch letztlich darin besteht, die Ursachen dieses Phänomens zu beseitigen. Wichtig erscheint hier die Schaffung von sinnvollen Alternativen. Diese können in der Schaffung neuer Verantwortung und Aufgaben für Drogenabhängige bestehen, es wäre allerdings auch sinnvoll, wenn alle beteiligten Kreise im Wege einer verantwortungsvollen Sozialpolitik versuchen wür-

den, den Drogenmißbrauch zu einem unattraktiven Verhalten werden zu lassen. Einzelne Risikogruppen der Bevölkerung, die zu einem Drogenmißbrauch neigen, sollten frühzeitig bereits in den demokratischen Willensbildungsprozeß einbezogen werden. Auf diese Weise könnte gerade bei Jugendlichen eine vergrößerte Identifizierung mit Ziel und Aufgaben des Staates erreicht werden, was wiederum indirekt zu einer Verminderung des protestbezogenen Drogenmißbrauches führen könnte.

Nun zur therapeutischen Behandlung von Drogenabhängigen, die ja für die Gesundheitsbehörden derzeit das größte praktische Problem darstellt.

Der Drogenmißbrauch ist hinsichtlich der medizinischen Behandlungsmaßnahmen wohl durch eine fast unüberblickbare Vielfalt von Zielsetzungen gekennzeichnet. Diese reichen vom Ideal völliger Drogenabstinenz über die Eliminierung oder Linderung unerwünschter psychischer oder somatischer Symptome eines Drogenmißbrauches bis zur bewußten Substitution einer vorhandenen Drogenabhängigkeit durch eine andere oft sozial akzeptablere Droge, wobei letzterer Weg in Österreich abgelehnt wird. Wünschenswert ist es sicher, daß jede therapeutische Intervention vorerst klarlegt, welche Ziele sie zu erreichen versucht und erreichen vermag. Dies aus zwei Gründen: einerseits wird es möglich, die Effektivität der Behandlung im Anschluß an die Durchführung zu messen, andererseits erlaubt erst die Kenntnis der genauen Ziele, im Vergleich zu anderen therapeutischen Maßnahmen, die Festlegung sinnvoller Prioritäten zur Erreichung eines optimalen öffentlichen Gesundheitsschutzes. Ich möchte mich hier über die medizinischen Behandlungsmöglichkeiten aus persönlicher Nichtzuständigkeit nicht weiter verbreitern, nur allenfalls noch erwähnen, daß bei der Behandlung auch die Probleme der Zwangsbehandlung oder einer absoluten Freiheit der Behandlung aufgetreten sind. Die Suchtgiftgesetznovelle 1980 sieht ja eine Verpflichtung zur Behandlung vor, bietet aber keine rechtliche Grundlage für eine zwangsweise Behandlung, die unserer Ansicht nach auch kaum zum Ziel führen wird.

Was die Institutionalisierung von Zentren der Behandlungsmöglichkeiten betrifft, so sind wir nach wie vor in einer relativ ungünstigen Lage. Das angestrebte Ziel von 200 stationären Betten ist auch in der Planung noch nicht erreicht. Zusätzlich zu den enormen Kosten derartiger Einrichtungen sind in letzter Zeit ja auch die Probleme entsprechender negativer Bürgerinitiativen aufgetreten. Die Drogenstation Mödling hat sich nunmehr endgültig etablieren können, nicht zuletzt auch durch ein Zusammenfinden aller verantwortlichen Kreise unter Einschluß des damaligen Gesundheitsministers Dr. Salcher und auch des nunmehrigen Gesundheitsministers Dr. Steyrer. Allerdings scheinen diese Schwierigkeiten auch bei der Errichtung

60

neuer Drogenstationen wieder aufzutreten. So waren zB entsprechende Bürgerinitiativen bei dem Ankauf und der Einrichtung einer Drogenstation in Oberösterreich zu verzeichnen, diese soll nun doch im Juni 1981 in Betrieb gehen. Die selben Probleme finden sich jetzt in der Steiermark bei dem Projekt der steirischen Landesregierung in der Nähe von Gleisdorf. Weitere Ausbaupläne bestehen in Salzburg, Kärnten, in Tirol und Vorarlberg. Auch Wien plant, insbesondere nach dem Abgang der Drogenstation von Kalksburg nach Mödling, am Gelände des psychiatrischen Krankenhauses Steinhof die Errichtung einer kleineren Drogenstation. Es ist zu hoffen, daß mit der finanziellen Unterstützung sowohl der die Hauptlast tragenden Ländern als auch des Bundes und unter Überwindung der genannten Schwierigkeiten diese Ausbaupläne auch verwirklicht werden können.

Vielleicht noch ein paar Worte zur idealen Bettenzahl in Drogenstationen. Während diese bis vor kurzem — vor allem aus ökonomischen Erwägungen — mit maximal 40 Betten angenommen wurde, scheint nunmehr die Zahl von maximal 20 bis 25 Betten die wünschenswerte Größe zur Erreichung der Behandlungsziele zu sein. Nach den, dem Ministerium vorliegenden, derzeitigen Ausbauplänen der Länder ist für die nächste Zeit die Schaffung von insgesamt zirka 120 Betten für ganz Österreich vorgesehen.

Ein gesundheitspolitisches Problem, daß zwar vordergründig zu einem strafrechtlichen Problem gezählt werden muß, stellt auch die Frage der geringen Menge dar. Dieser Begriff hat ja den Begriff der Wochenration, der seit 1971 in der

Suchtgiftgesetzgebung verankert war, durch die Suchtgiftgesetznovelle 1980 abgelöst. Wenngleich die Beurteilung der geringen Menge in erster Linie dem Staatsanwalt im Hinblick auf eine Anklageerhebung bzw. auch dem Gericht im Hinblick auf eine allfällige Aussetzung des Strafverfahrens obliegt, so sind doch auch die Gesundheitsbehörde bzw. der Amtsarzt und vielleicht auch der Schularzt mit dem Problem der geringen Menge in einer gewissen Weise konfrontiert.

Es hat sich jedenfalls auf Ersuchen des Justizministeriums der beim Gesundheitsministerium bestehende Alkohol- und Suchtmittelbeirat mit der Frage der geringen Menge beschäftigt und wird diese Frage voraussichtlich noch im Juni abschließen. Näheres über die derzeitigen Werte der „geringen Menge“ wird Ihnen aber Herr Prof. Machata berichten.

Zum Abschluß vielleicht noch einige Worte zur Suchtgiftgesetznovelle 1980.

Diese versucht ja den Grundsatz „Behandlung statt Strafe“, der bereits durch die SGG-Novelle 1971 und die damals beschlossenen §§ 9 a und 9 b im Suchtgiftrecht verankert war, weiter auszubauen. Diesbezüglich wird Ihnen Rat Dr. Litzka auch Näheres berichten.

Insbesondere auch auf der Ebene der Schule soll diesem Grundsatz nunmehr Rechnung getragen werden. Die näheren Einzelheiten dieser Regelung finden sich in dem gemeinsam mit dem Bundesministerium für Unterricht und Kunst herausgegebenen Erlaß des Bundesministeriums für Gesundheit und Umweltschutz vom 28. April 1981.

Medizinische Aspekte des Drogenmißbrauches

Von Dr. Kornelius Kryspin-Exner

Jede nicht ärztlich verordnete Verwendung einer psychotropen Substanz, die unter besondere gesetzliche Bestimmungen gestellt ist, bzw. jede Einnahme einer Substanz, die aus dem illegalen Handel stammt, muß als Mißbrauch bezeichnet werden. Auch jede Verwendung psychotroper Substanzen, die als Medikamente im Handel sind, in überhöhter Dosis bzw. ohne ärztliche Verschreibung, ist dem Mißbrauch zuzuordnen. Der Mißbrauch von Drogen ist also der zweckentfremdete Gebrauch von auf die Psyche wirkenden Substanzen, die gesetzlich verbotene Drogen darstellen oder als rezeptpflichtige Medikamente der ärztlichen Kontrolle unterliegen. Nicht jeder Mißbrauch ist eine Drogenabhängigkeit (Sucht), aber in allen Fällen geht der Mißbrauch der Drogenabhängigkeit voraus.

Unter Abhängigkeit (Sucht) ist das periodische oder kontinuierliche zwanghafte Bedürfnis zur Einnahme eines Suchtmittels ohne Rücksicht auf persönliche Gefährdung oder Nachteile zu verstehen.

Abhängigkeit ist in allen Fällen zuerst eine rein psychologische, bei manchen Drogen stellt sich sehr rasch auch eine körperliche Abhängigkeit ein.

Um dem Phänomen des Drogenmißbrauches gerecht zu werden, ist es von großer Bedeutung, zwischen Mißbrauch und Abhängigkeit klar zu unterscheiden. Nicht jeder Mißbrauch führt zwangsläufig zur Sucht, und es gibt auch kein Suchtmittel, das sofort eine Abhängigkeit erzeugt. Noch immer sind die Fälle von Drogenmißbrauch häufiger als die Fälle von Drogenabhängigkeit. Nur ein gewisser Prozentsatz der Jugendlichen, die Drogenmißbrauch betreiben, werden von diesen Drogen auch abhängig. Aus medizinischer Sicht stellen die Drogenabhängigen ein ganz andersartiges Problem dar als die Drogenmißbraucher. Nach dem derzeitigen Stand des Wissens sind zur Entstehung der Abhängigkeit viele Faktoren maßgeblich. Das Problem ist äußerst vielschichtig und der medizinische Aspekt nur ein Teil des Faktorenbündels,

das für die Entstehung einer Drogenabhängigkeit verantwortlich gemacht werden kann. Neben der Persönlichkeitsstruktur der Betroffenen sind auch Umweltbedingungen im engeren und weiteren Sinn als Kausalfaktoren anzusehen. Nie darf die Tatsache übersehen werden, daß die Droge durch den illegalen Handel, durch die tradierte Drogenideologie und Drogentendenz an die Jugendlichen herangetragen wird, daß also eine Exposition gegenüber der Droge besteht.

Für die Entwicklung einer Abhängigkeit beim einzelnen Individuum ist neben vielen rein soziologisch zu beurteilenden Faktoren auch die Persönlichkeitsstruktur des Betroffenen maßgeblich. Alle Untersuchungen über die Persönlichkeitsstruktur Drogenabhängiger krankten daran, daß sie nicht prospektiv, sondern retrospektiv die Persönlichkeitsstruktur beurteilen. Aber alle Untersuchungen haben gezeigt, daß zwischen den nichtdrogenkonsumierenden gleichaltrigen Bevölkerungsgruppen, denjenigen Jugendlichen, die Drogenmißbrauch betreiben und den Drogenabhängigen beträchtliche Unterschiede in der Persönlichkeitsstruktur bestehen. Die Drogenabhängigkeit ist ein irrationales, selbstzerstörerisches, zwanghaftes Verhalten. Die wichtigste psychische Veränderung, deren Ursache bis heute nicht ganz geklärt ist, ist das Auftreten eines Verhaltens, das einen starken psychischen Drang zur Weiter- und Wiedereinnahme der Droge beinhaltet. Diese psychische Abhängigkeit von der Drogenwirkung ist offensichtlich korreliert mit einer primär stärkeren psychischen Auffälligkeit der Persönlichkeit, tritt aber ebenfalls — wenn auch in einem geringeren Prozentsatz von Fällen — bei Personen auf, die keine Auffälligkeiten ihrer Persönlichkeit zeigen. Diese psychische Einengung auf die Fortsetzung der Drogeneinnahme ist nur dem Menschen zu eigen und im Tierversuch kaum reproduzierbar. Wir müssen uns der Tatsache bewußt sein, daß die Zahl derjenigen, die abhängig werden, im Vergleich zur Zahl derjenigen, die einer Exposition ausgesetzt sind, noch immer relativ gering ist. Die Frage lautet also korrekterweise nicht, ob unsere Jugend gefährdet ist, sondern ausschließlich, welche Teile unserer Jugend, die eine gewisse Disposition zur Abhängigkeit haben, gefährdet sind. Die Entwicklung einer Abhängigkeit von psychotropen Substanzen scheint eine atypische Antwort des Individuums auf die Einverleibung einer solchen psychotropen Droge zu sein. Während amerikanische Autoren schätzen, daß nur einer von fünfzig Exponierten abhängig wird, gehen andere Schätzungen bis zum Verhältnis 1 : 10. Diese Schätzungen zeigen, daß offensichtlich nur ein Teil derjenigen Jugendlichen, die Drogen gelegentlich oder mehrfach mißbrauchen, von diesen Substanzen abhängig wird. Dabei ist das eigentliche Agens, das zu einer epidemischen Ausbreitung führt, nicht die Droge, wie man oft zu Unrecht annimmt, sondern das Drogenverhalten, die Tendenzbindung an die Droge bzw. die Bin-

dung an eine Gruppe, die Drogentendenzen zeigt. Die Weiterverbreitung des Drogenmißbrauchsmusters geschieht nicht so sehr durch die Weitergabe der Droge und deren Eigenwirkung, sondern durch die Weckung des Interesses an den Drogenproblemen, des Interesses für die Drogenwirkung bzw. durch Bindung an drogenmißbrauchende Gruppen. Es kann nicht bestritten werden, daß Drogenabhängige durch die Weitergabe dieser Tendenzen eine beträchtliche Gefahr für andere noch nicht von Drogenmißbrauch betroffene Gruppen darstellen. Eine eigene Untersuchung hat gezeigt, daß der weitaus überwiegende Teil der Jugendlichen durch Freunde und Bekannte die ersten Drogenerfahrungen macht und nicht durch Kontakt mit Drogenhändlern. Nur 12,7% aller Befragten haben die ersten Drogen durch Händler erhalten, immerhin 8,2% durch Rezept als ärztliche Verschreibung bzw. aus der Hausapotheke, während 79,1% aller befragten Jugendlichen von Freunden und Bekannten mit den Drogen versorgt wurden. Die Untersuchung von Alarcón in England hat gezeigt, daß sich die Drogenabhängigkeit ähnlich der Gesetzmäßigkeit einer Epidemie ausbreitet.

Die psychische Fehlhaltung gegenüber der Droge und der Anschluß an eine spezifische Gruppe (auch „Peer-Group“ genannt) scheinen für die Aufrechterhaltung des psychologischen Drogenverlangens die hauptsächlich maßgeblichen Faktoren zu sein. Gelingt es durch Therapiemethoden nicht, dieses psychologische Drogenverlangen zu unterbrechen, so wird die Abhängigkeit weiter fortbestehen und bis zu einem deletären Endstadium führen. Selbst Dole, der die Methadon-Ersatztherapie propagiert, meint, daß durch Methadon süchtiges Verhalten aufrechterhalten wird und, wenn man die Methadon-Gabe unterbricht, ein hoher Prozentsatz zu Opiaten zurückkehren wird, ein schwerer Alkoholismus sich entwickelt oder die Menschen in anderer Weise zugrunde gehen werden.

Welche intraindividuellen Faktoren könnten nun für die Entstehung einer Abhängigkeit maßgeblich sein? Eigene Untersuchungen (bei Hackenberg) haben gezeigt, daß in 60% aller Fälle von Drogenabhängigkeit eine Belastung in der Familienanamnese mit psychiatrischen Störungen oder sozialen Auffälligkeiten festzustellen ist. Bei 32% der drogenabhängigen Jugendlichen war eine Belastung mit Fällen von Sucht in der Familie nachweisbar. 24,1% der Jugendlichen zeigten schon vor Ingangkommen der Drogenabhängigkeit beträchtliche psychische Auffälligkeiten. Diese Zahlen zeigen, daß die Belastung in verschiedenen Bereichen bei Drogenabhängigen wesentlich höher ist als bei der Durchschnittsbevölkerung, erklären aber nicht die Entstehung der Abhängigkeit in jedem Fall. Wir wissen aus zahlreichen Untersuchungen, daß das Risiko für Jugendliche, die Schulschwierigkeiten oder Schwierigkeiten am Arbeitsplatz haben oder

Schwierigkeiten haben, in Gruppen akzeptiert zu werden, relativ hoch ist. Die jungen Menschen, die Drogen injizieren, sind eine stärker abweichende Gruppe, als die mit Halluzinogenen und Cannabis experimentieren. Die Probleme in der Kindheit oder in der Familie sind bei denjenigen, die abhängig werden, viel deutlicher ausgeprägt als bei der übrigen Bevölkerung. Die Gruppe der Abhängigen hat auch früh Erfahrungen mit Nikotin und Alkohol. Eigene Untersuchungen konnten zeigen, daß in Hinblick auf den Nikotin- und Alkoholkonsum sich die Gruppe der Drogenabhängigen deutlich von der Gruppe der nichtdrogenmißbrauchenden Jugendlichen unterscheidet. Die Einstellung der Eltern zum Alkoholkonsum, zum Nikotinmißbrauch und zur Medikamenteneinnahme scheint maßgeblich für die Entstehung der Drogenabhängigkeit zu sein. Die Gruppe der Drogenabhängigen ist frusturationsintoleranter, weist mehr Arbeitsunterbrechungen und mehr Schulschwierigkeiten auf; die Kerngruppe der Abhängigen zeigt primär stärkere Charakterabnormitäten. Aber alle diese Befunde charakterisieren nur die gesamte Gruppe und beziehen sich nicht auf das einzelne Individuum. Der psychischen Auffälligkeit scheint also nur die Rolle eines Teilkausal-faktors zuzukommen. Auch ist die Empfindlichkeit gegenüber der Drogenexposition in verschiedenen Lebensaltern offensichtlich verschieden, was eine Erklärung für die kleine Zahl von Fällen gibt, die eine Spontanremission der Abhängigkeit im höheren Lebensalter aufweisen.

Eine beträchtliche Störung des Eltern-Kind-Verhältnisses, von der man annehmen kann, daß sie sich zumindest bei einem hohen Prozentsatz später in psychischen Auffälligkeiten auswirkt, findet sich in etwa 60 bis 85% aller Fälle von Drogenabhängigkeit. Rüdiger und Täschner kommen zu dem Schluß, daß eine nicht intakte Eltern-Kind-Beziehung für den Dauerkonsumenten weit mehr im Vordergrund des Problembewußtseins steht als für den Gelegenheits- bzw. Nichtkonsumenten. Tiefgreifende Störungen der frühkindlichen Beziehung zu den Eltern führen zur Unmöglichkeit der Ausreifung der Persönlichkeit. Die Jugendlichen sind aufgrund falscher Erziehungsmethoden zur Übernahme langfristiger Ziele und zu hinreichender Frustrationstoleranz nicht in der Lage. Aber auch hier gilt die schon früher gemachte Aussage, daß sich nur bei einem Teil der Drogenabhängigen solche Fehler im Erziehungsstil finden, die offensichtlich dann mit einer psychischen Auffälligkeit der Betroffenen verbunden sind.

Bei Betrachtung der psychischen Ursachen muß eine weitere Beobachtung berücksichtigt werden, nämlich der frühe Beginn der Drogeneinnahme bzw. der Drogenabhängigkeit. In unserem Krankengut haben Mädchen im Durchschnittsalter von 14,7 und Burschen im Durchschnittsalter von 16,5 Jahren erstmalig Drogen zu sich genommen. Wir

wissen, daß sich die Pubertäts- und Postpubertätsphase durch eine Labilität des Verhaltens und der Leistung auszeichnet, eine Umbauphase mit seelischem Strukturwandel ist und daß Disharmonie und Unausgeglichenheit typisch für dieses Lebensalter sind. Es ist anzunehmen, daß bei Disponierten sich diese Pubertätssyndrome noch stärker manifestieren und vielleicht auch zum Teil für die Entstehung der Drogenabhängigkeit verantwortlich gemacht werden können.

Alle Untersuchungen stimmen darin überein, daß bei Abhängigen eine vom Drogenkonsumenten und vom Nichtkonsumenten deutlich verschiedene Persönlichkeitsstruktur vorliegt. Ohne eine diagnostische Zuordnung zu treffen, werden die Persönlichkeiten als mit Ich-Konflikten behaftet, spannungsintolerant, mit fehlender Realitätsanpassung, dem Lustprinzip und dem Realitätsprinzip lebend, beschrieben. Vorwiegend scheint eine konstitutionell bedingte Schwäche der affektiven Zensuren und Steuerungsmechanismen vorzukommen. Ebenso wurde die allgemeine Labilität der körperlichen und seelischen Funktionen beobachtet. Emotionale Labilität wurde bei allen Süchtigen übereinstimmend von fast allen Untersuchern festgestellt. H o b i hat die emotionale Labilität, psychosomatische Symptome und ein konfliktbehaftetes Sozialverhalten als Bedingungen zur Entstehung einer Abhängigkeit beschrieben. Trotzdem muß festgehalten werden, daß nur ein Teil der Personen, die diese Persönlichkeitszüge aufweisen, auch tatsächlich abhängig werden und daß dann andere umweltbedingte Faktoren für die Entstehung verantwortlich gemacht werden müssen. Versucht man eine Ordnung dieser einzelnen Persönlichkeitszüge zu Krankheitseinheiten, so findet sich ein beträchtlicher Prozentsatz von Abhängigen, bei denen eine solche Zuordnung nicht vorgenommen werden kann. Ferner finden sich Neurosen von einem Schweregrad, die schon primär auch ohne Drogenkomplikation behandlungsbedürftig gewesen wären und eine große Gruppe von primär abnormen Persönlichkeiten.

Bei der Suche nach Persönlichkeitsstörungen, die für die Entstehung der Abhängigkeit maßgeblich sein könnten, muß man sich immer die Frage stellen, ob nicht retrospektive Untersuchungen Faktoren einschließen, die auf die chronische Intoxikation zurückgeführt werden müssen. Neurotische Reaktionen, depressiv-ängstliche Verstimmungen, die Entkernung der Persönlichkeit durch Verflachung der Gesinnung und des Gewissens, Abstumpfung des Pflicht- und Verantwortlichkeitsgefühls, Unaufrichtigkeit, Unzuverlässigkeit, Vereinsamung und Verwahrlosung und soziales Absinken sind uns als Folge der Abhängigkeit seit langem bekannt und müssen noch nicht ursprüngliche Persönlichkeitszüge sein. Daher sollten psychiatrische Diagnosen in Anbetracht des jugendlichen Alters bei Drogenabhängigen nur mit äußerster Vorsicht gestellt wer-

den. Sicher ist aber der Befund, daß sich bei jugendlichen Drogenabhängigen durchschnittlich gewichtigere Störungen der Persönlichkeitsstruktur finden als bei nichtdrogenkonsumierenden Vergleichspopulationen.

Die medizinischen Folgeerscheinungen der Drogenabhängigkeit sind äußerst schwerwiegend. Betrachtet man diese Folgeerscheinungen in ihrer Vielschichtigkeit, so wird es klar, warum die Therapie der Drogenabhängigkeit auf so große Schwierigkeiten stößt:

1. Drogenabhängigkeit entwickelt sich im frühen Lebensalter und führt daher zu einem Entwicklungsdefizit und Erfahrungsverlust, der sich während der Reifezeit besonders schwerwiegend auswirken muß.
2. Die Drogenabhängigkeit entwickelt sich in der Form einer Drogenkarriere stufenförmig vom harmloseren zum gefährlicheren Suchtmittel. Die Beimischung des gebräuchlichen Suchtmittels Alkohol wird immer häufiger; 70% der von uns untersuchten Jugendlichen haben gelegentlich auch Alkohol mißbraucht. Nur 73% des Kollektivs mißbrauchten Haschisch als Einstiegsdroge. Viele Jugendliche verwenden gebräuchliche Medikamente (Schlafmittel, sei es barbitursäurehaltig oder barbitursäurefrei bzw. Tranquilizer). Der Stimulantienmißbrauch führt rasch zu psychotischen Exazerbationen, in Bildern, die von der akuten Schizophrenie im Querschnitt nicht unterschieden werden können. Die Halluzinogene wieder führen zu psychotischen Exazerbationen, die sich auch noch lange Zeit nach der letzten Einnahme als sogenannte Flash-backs oder Echophänomene neuerlich zumindest in rudimentärer Form manifestieren können, wobei der Mechanismus dieser Phänomene ungeklärt ist. Nach Untersuchungen an einem Kollektiv von Drogenabhängigen beträgt die durchschnittliche Zeitdauer zwischen erstem Gebrauch weicher Drogen und erstem Gebrauch harter Drogen 2,7 Jahre. Im Vergleich zur Alkoholabhängigkeit entwickelt sich die Drogenabhängigkeit verhältnismäßig rasch zu einem schweren chronischen Stadium. Während der Alkohol und gebräuchliche Sedativa und Schlafmittel bei längerem Mißbrauch zu organischen Psychosyndromen führen, die eine beträchtliche Rückbildungszeit benötigen, bewirkt das gefährliche Heroin relativ rasch eine schwere körperliche Abhängigkeit und führt dann zu den bekannten Folgeerscheinungen. Gerade dieses Prinzip der Polytoxikomanie scheint zu einer schweren Beeinträchtigung der Persönlichkeit zu führen, weil durch lange Zeit Substanzen mit zum Teil gegensätzlicher Wirkung mißbraucht werden. Vom neuropsychologischen Standpunkt werden verschiedene

Lokalisationen bzw. biochemische Systeme gleichzeitig betroffen.

3. Fortgesetzte Drogeneinnahme führt zu zunehmender Passivität, was aus der Eigenwirkung der Droge zu erklären ist, und zum bekannten Amotivationsyndrom.
4. Beträchtliche psychoreaktive Veränderungen kommen dadurch zustande, daß die Konfliktbewältigung nur mehr unter Drogeneinwirkung erfolgen kann und eine für den Betroffenen fühlbare totale psychologische Abhängigkeit von der Droge besteht. Damit wird ein Erlernen von Bewältigungsmechanismen in dem Lebensalter, in dem diese erlernt werden sollten, unmöglich.
5. Die meist sehr negative und von Unverständnis gekennzeichnete Haltung der Umgebung und die Verschlechterung der Sozialbezüge müssen reaktiv zu einer Veränderung des psychischen Verhaltens des drogenabhängigen Jugendlichen führen, wobei mißtrauisches und aggressives Verhalten daraus resultieren müssen.
6. Wenn früher oder später alle Sozialbezüge unterbrochen werden, erfolgt eine ausschließliche Einbindung in die Drogengruppe, wobei alle Teilnehmer etwa das gleiche Drogenverhalten aufweisen. Dadurch wird, aufgrund lerntheoretischer Überlegungen, das Drogenverhalten immer mehr verstärkt und so konditioniert, daß es auch in der Abstinenzphase in der Regel nicht oder erst sehr spät aufgegeben werden kann. Wie die Jugendlichen übereinstimmend berichten, ist es fast unmöglich, die Stärke der Bindung an die Drogengruppe in der späteren therapeutisch erzeugten Abstinenz durch irgendeine Gruppenbindung zu ersetzen.
7. Alle diese reaktiven Veränderungen der Persönlichkeit addieren sich zu der in den meisten Fällen schon vorher vorhandenen konfliktuösen Persönlichkeitsstruktur des Drogenabhängigen.
8. Alle diese Defizite und Verbiegungen der Persönlichkeit dauern auch in der Abstinenzphase noch sehr lange an. Ob es zu neuropsychologischen Veränderungen kommt, die den Drogenkonsum überdauern, ist bislang nicht bewiesen, doch sind Beeinträchtigungen der Feinstruktur gewisser Systeme (limbisches System) zumindest theoretisch denkbar und damit eine Veränderung des Antriebs-, Motivations- und Stimmungssystems für längere Zeit.

Die Drogenabhängigkeit ist daher ein sehr ernst zu nehmender und tragischer Eingriff in die Persönlichkeit eines Jugendlichen, mit Erscheinungen, die wir in ihrem Schweregrad heute wahrscheinlich noch gar nicht vollständig beurteilen können. Sicher aber ist, daß diese Veränderungen den Dro-

64

genabhängigen in einem besonders empfindlichen Lebensalter treffen.

Neben diesen schweren psychischen Veränderungen während des Verlaufes der Drogenabhängigkeit, die wahrscheinlich in der Phase der Drogenabstinenz noch andauern, sind körperliche Komplikationen oft sehr schwerwiegend. Bei der Heroinabhängigkeit sind die Jugendlichen durch die Überdosierung mit Atemdepression, akutem Lungenödem bzw. akuter Herzrhythmusstörung gefährdet. Seltener kommt es zur Endocarditis, zur infektiösen Hepatitis, aber auch zu neurologischen Komplikationen, zu Tetanus, Nierenfunktionsstörungen, septischer Arthritis, Lungenabszessen und Pneumonie. Stimulanzienmißbrauch kann zu plötzlichem Herztod, zu akuten Herzrhythmusstörungen, zu Hypertonie, zu zerebrovasculären Komplikationen und zu zahlreichen infektiös bedingten

Komplikationen führen, um nur einige Beispiele anzuführen.

Die Drogenabhängigkeit ist also, wenn sie auch nicht rein durch medizinisch zu beurteilende Faktoren bedingt ist, sowohl vom psychiatrischen Standpunkt als auch vom organmedizinischen Standpunkt eine schwerwiegende Erkrankung. Die medizinische Erfahrung zeigt, daß langdauernde psychische Veränderungen und schwere körperliche, sogar tödliche Komplikationen im Verlauf der Drogenabhängigkeit zu erwarten sind. In Anbetracht des Schweregrades dieses Phänomens aus medizinischer Sicht sind die therapeutischen Vorkerungen heute noch viel zu wenig umfangreich. Rechtzeitiges therapeutisches Eingreifen ist die einzige Möglichkeit, die von uns als gesetzmäßig erkannten Komplikationen zu verhindern.

Suchtmittelmißbrauch aus der Sicht des Pädagogen

Von Dr. Heribert Burdis

Die Diagnose und Behandlung Drogenabhängiger ist primär Aufgabe der Medizin, die Flucht junger Menschen in die Scheinwelt der Droge ein sozial-psychologisches und gesellschaftliches Problem. Für den illegalen Handel und den Suchtgiftmisbrauch sind Sicherheitsbehörden und Gerichte zuständig. Welche Rolle und welche Aufgaben soll und kann die Schule in diesem Bereich übernehmen?

Allen, denen Jugend und Schule ein echtes Anliegen ist, wird bang, wenn die Gesellschaft alle akut auftretenden Probleme der Schule aufbürdet. Wer soll in Hinkunft unterrichten, wer den Schülern die für das Leben notwendigen Fertigkeiten, Fähigkeiten und Haltungen vermitteln, wenn man der Schule immer wieder neue Aufgaben zuteilt, wozu doch die Zeit für das Notwendigste nicht mehr reicht? Als Erzieher wissen wir, daß man nie von anderen verlangen soll, was man selbst zu leisten nicht gewillt oder nicht imstande ist!

Aber Österreich ist schon lange von einem Transitland zu einem Umschlagplatz und Absatzmarkt der Drogenszene geworden. 1980 stieg die Zahl der nach dem Suchtgiftgesetz angezeigten um nicht weniger als 61% — von fast 3 000 auf 4 800 Drogenkonsumenten. Der kürzlich von Univ.-Prof. Dr. Stacher veröffentlichte Wiener Drogenbericht 1980 bestätigt, daß der Trend zu den harten Drogen weiter anhält. Wenn bereits Anfänger fixen, scheint somit eine Barriere bereits gefallen, die Angst vor dem möglichen Tod. Wenn weiters das Durchschnittsalter der Süchtigen ständig abnimmt, wenn bereits Zwölf- bis Vierzehnjährige mit Hilfe des Suchtgiftes der Realität zu entfliehen suchen, können Pädagogen nicht mehr abseits stehen und untätig zusehen.

Und wie reagierte bisher die Schule?

Als 1970/71 Schularzte, Schulbehörden und Lehrer zum ersten Mal mit diesem Problem konfrontiert wurden, haben Lehrer die damals relativ seltenen Fälle häufig verdrängt und verschwiegen, nach dem Motto: „Es kann nicht sein, was nicht sein darf.“ Eine verständliche Reaktion, wenn man bei jungen Menschen, die einem anvertraut sind, merkt, daß sich Komplikationen mit unabsehbaren Folgen für den betroffenen Schüler anbahnen, und daß das Prestige der Schule und der eigenen Person gefährdet ist.

Zu Beginn der Drogenwelle (1978/79) konnte es noch einerseits passieren, daß bekanntgewordene Rauschgiftfälle in der Schule eine Schockwirkung auslösten, und ein aufgedeckter Handel eines süchtigen Schülers mit illegalen Drogen gegenüber der Öffentlichkeit verschwiegen wurde, weil man um den Ruf und das Ansehen der Schule fürchtete. Andererseits kam es vor, daß ein einmaliger „Probierer“, der sich unter dem Druck und Zwang seiner Gruppe einen ihm unbekanntem „harmlosen Stoff“ nach langer Weigerung — aufgrund einer „Mutprobe“ — oral aufzwingen ließ, sofort aus der Schule ausgeschlossen wurde, weil dieser Vorfall als Schande für die Schule angesehen wurde und man den Anfängen wehren muß. Diese starke Identifikation mancher Direktoren oder Lehrer mit der Erziehungseffizienz ihrer Schule hatte zu völlig entgegengesetzten und in beiden Fällen verständlichen, aber nicht ganz sachgemäßen Entscheidungen geführt.

Es ist somit notwendig, Unsicherheiten, Vorurteile und widersprüchliche Meinungen bei Schulbehörden, Lehrern, Erziehern und Eltern abzubauen

und das Wissen um die Möglichkeiten der Hilfestellung zu vertiefen.

Voraussetzung dafür ist, daß sich Pädagogen ebenso wie Ärzte, Juristen, Sicherheitsbeamte und Sozialarbeiter, die mit der Drogenszene in Berührung kommen, eine Sichtweise der Suchtgiftproblematik zu eigen machen, die ein gedeihliches, zielgerichtetes und somit erfolgversprechendes Arbeiten ermöglicht. Das heißt, sie müssen sich zusammensetzen und zusammenstreiten. Eine wirkungsvolle Kooperation mit den anderen Gruppen ist nur möglich, wenn jeder neben der klaren eigenen Einstellung, sich gleichzeitig mit den Ansichten und Sichtweisen der anderen Gruppen auseinandersetzt. Jeder sollte sich bemühen, den anderen zu verstehen und den Konsens zu suchen.

In Oberösterreich wurden aufgrund einer Initiative des Landesreferenten für Schulpsychologie, Hofrat Dr. W. Böck, Ende 1979 Maßnahmen zur Drogenvorbeugung in die Wege geleitet. Gemeinsam mit der Schulaufsicht wurden von den zuständigen Experten der Medizin, Sicherheitsbehörde, Exekutive, Jugendberatung, Drogenberatung und Schulpsychologie Konzepte erarbeitet und zum Großteil bereits verwirklicht.

Auch das Stufenmodell, das Dr. Winkler mit Unterstützung Dr. Pernhaupts und Dr. Keuths, für die berufsbildenden mittleren und höheren Schulen erstellte, fußt auf dieser Zusammenarbeit.

Die Früchte dieser Kooperation erntet man im konkreten Ernstfall, wo aufgrund des persönlichen Kennens und Vertrauens schnell und unbürokratisch gehandelt und geholfen werden kann.

Nur durch dieses Zusammenwirken haben wir — zumindest langfristig gesehen — eine kleine Chance, diese Geißel wenigstens einzudämmen; wobei nicht zuletzt die Angst der Gesellschaft vor einer Ausweitung des Drogenmißbrauchs die Ursache für die Mobilisierung aller Ressourcen ist. Um Sicherheit im Rahmen der Schule zu gewährleisten, muß das, was getan wird, einem durchgängigen Prinzip folgen.

Bevor Probleme der Therapie und Prophylaxe diskutiert werden, müssen für den medizinischen, gesundheitspolitischen, gesellschaftlichen, psychologischen und pädagogischen Bereich Diagnosen erstellt und aufeinander abgestimmt werden.

Welche Zielvorstellungen und welche Aufgaben haben Ärzte, Juristen, Sicherheitsbeamte, Drogenberater und Pädagogen, und was bringt deren Absichten aus dem Lot? Wie sehen wir jeder von uns die Jugend, die Familie, die Schule und die Gesellschaft? Welche Überlegungen, Erfahrungen und Erkenntnisse bedingen unsere Anschauungen? Was bewirkt der Drogenmißbrauch und welche Symptome signalisieren die Gefahr? Die Antworten

sollen uns helfen, möglichst rechtzeitig Hilfe anbieten zu können.

- Welche körperlichen und psychischen Erscheinungen sind für den Arzt ein Alarmsignal?
- Was bringt das rechtliche Gefüge aus dem Lot? Gibt es Möglichkeiten, aufgrund bestimmter Anzeichen so rechtzeitig einzugreifen, daß die infolge der hohen Beschaffungskosten sich zwangsläufig ergebenden kriminellen Handlungen, wie selbst dealen, Diebstahl, Einbruch, Raub und Prostitution verhindert werden können?
- Welche Auswirkungen zeigen sich in der Schule und verhindern die Zielerreichung?

Um diese Folgen und damit gleichzeitig auch die Erkennung des Drogenabusus für den Bereich der Pädagogik einsichtig zu machen, ist es notwendig, kurz die Absichten der Schule zu skizzieren.

Aufgabe der Schule ist,

1. die Ausstattung des Schülers mit jenen Kenntnissen und Fertigkeiten, die er zur Lebensbewältigung benötigt (Qualifikation);
2. die Vermittlung der Fähigkeit mit anderen zu leben; die Weitergabe der faktisch wirksamen, tradierten Normen und Weltbilder (Sozialisation) und
3. die Stimulierung der Persönlichkeitsentfaltung und Selbstverwirklichung und damit die Fähigkeit, in unregelmäßigen Situationen individuelle Entscheidungen treffen zu können (Identitätsfindung).

In welcher Weise wird nun diese systematische Vorbereitung der kommenden Generation auf das Leben in der Gesellschaft durch Suchtgiftmißbrauch gestört?

ad. 1. Störung der schulischen Lernprozesse

Genauso wie bei den körperlichen Symptomen und bei den gesundheitlichen Schäden — die in dieser Darstellung bewußt ausgeklammert werden — können die in der Schule beobachteten Folgen des Drogenmißbrauchs auch auf andere Ursachen zurückzuführen sein. Dadurch wird eine annähernd sichere Erkennung der Suchtgiftkonsumenten für den Lehrer wesentlich erschwert.

Vorerst wirken drogenkonsumierende Schüler in der Schule ganz normal und kommen anfangs auch mit. Diese Kinder sind eher ruhig und angepaßter. Erst in der Folge fallen sie durch Unkonzentriertheit und Geistesabwesenheit auf; sie leiden an Wortfindungsstörungen, einer Verschwommenheit des Denkens und Gedächtnishemmungen. Pünktlichkeit und Verlässlichkeit werden für sie zu Fremdwörtern. Bei leichteren Fällen von Haschischkonsum bleibt der Schüler sozial integriert und einigermaßen leistungsfähig. Manche Jugendliche wissen genau, daß sie diese oder jene

Menge eines bestimmten Stoffes schon am Samstag konsumieren müssen, um am Montag zum Unterricht wieder „clean“ zu sein. Zweifelsfrei gehören Konzentrationsmangel und ein allgemeines Nachlassen der Antriebskraft zu den Langzeitfolgen von Cannabis. Die hierbei ebenso wie bei Halluzinogenen auftretende Gleichgültigkeit führt zur Vernachlässigung der Schulpflichten und Aufgaben. Langsame Sprechweise oder auch übertriebener, heiter-kindlicher Redefluß, Apathie, Willensschwäche, die Unfähigkeit sich anzustrengen, durchzuhalten und Frustrationen zu erdulden sollten den Lehrer nachdenklich machen.

Was bisher zählte (Familie, Schule, Sport usw.) wird sekundär, der Freundeskreis wird gewechselt, das Äußere sowie persönliche Belange werden vernachlässigt.

Durch die Antriebsminderung fehlt jede Motivation, sich für Ziele einzusetzen. Daher sollen Stimulantia, Weckamine und Appetitzügler nicht nur zur Bekämpfung des Babyspecks bei vierzehn-, fünfzehnjährigen Mädchen dienen, sondern Müdigkeit, Hemmungen und die Angst vor Prüfungen vertreiben. Ähnlich wie beim Alkohol entsteht das subjektive Gefühl der „Leistungssteigerung“ und der „erhöhten Wachheit“, was aber in der Folge zu Desinteresse und Abnahme der Leistungsfähigkeit führt. Eine Erhebung in Oberösterreich zeigte, daß ein großer Teil der Eltern Drogensüchtiger regelmäßig Schlaf- oder Beruhigungsmittel nimmt. Die auftretende Passivität und das Amotivationsyndrom wurden von Univ.-Prof. Dr. K r y s p i n - E x n e r beschrieben.

Charakteristisch ist, daß diese Schüler, die bisher kaum die Schule versäumten, plötzlich sehr häufig wegen „Krankheit“ fehlen. Mit dem Nachlassen der logischen Denkfähigkeit treten vor allem in Mathematik Lernschwierigkeiten auf; plötzlich gibt es schlechte Noten. Der Verlust der Leistungsfähigkeit führt zum Schulabbruch. AHS-Schüler finden wir nach einigen Jahren häufig in der Berufsschule. Aber dieses Schulversagen wird, wie alles, nur oberflächlich empfunden. Im Drogenrausch wendet man sich den eigentlichen, „tiefsinnigen“ Problemen zu.

Für den Lehrer ist es äußerst schwer, drogenkonsumierende Schüler frühzeitig zu erkennen, um rechtzeitig Hilfe anzubieten. Die Jugendlichen halten gegenüber jedem Außenseiter dicht. Häufig müssen Direktionen und Lehrkörper zugeben, daß die vermutete Drogenreinheit ihrer Schule eine absolute Fehleinschätzung war. Wenn ein Lehrer den Schüler nicht so gut kennt, um Wesensveränderungen wahrzunehmen, kann nur das zufällige Auffinden von Stoff, einschlägigen Geräten, die mit dem Drogenmißbrauch in Zusammenhang stehen, oder von Einstichstellen Hinweise liefern. Um diese Einstichstellen zu verbergen, sticht man bereits unter der Zunge, in den Bart, zwischen den Zehen

oder Fingernägeln, sodaß sie selbst dem Turnlehrer nicht auffallen. Eines aber sollte unbedingt vermieden werden, daß es zu einer krampfhaften Jagd nach Verdächtigen kommt.

ad. 2. Die Störungen der Sozialisation entstehen beim Hineinwachsen des jungen Menschen in die Gesellschaft. Ebenso wie in den anderen Bereichen zeigt sich hier deutlich, daß jedes Verhalten Ursache und Wirkung zugleich ist, und daß wir es nicht mit monokausalen, einseitigen Zusammenhängen zu tun haben. Durch Drogenmißbrauch geht der Kontakt zur Sozietät verloren, aber ebenso suchen Jugendliche mit einem gestörten Verhältnis zur Umwelt, aufgrund fehlender echter Kommunikation, das Gemeinschaftserlebnis anderswo. Es handelt sich somit um eine Wechselwirkung.

Nach Löschenkohl (1971) sind es drei Grundmotive, die den Griff zur Droge bedingen: Sozialisationsmotiv, Leistungskompensation und der Wunsch nach künstlicher Veränderung der eigenen Persönlichkeit und Umwelt.

Anfangs steht der Wunsch nach Gesellschaft Gleichgesinnter stark im Vordergrund: „Wir haben die ganze Nacht große weltanschauliche Probleme diskutiert.“ „Man hat viel geredet, jeder war jedem gut Freund.“ Mit dem Übergang zu harten Drogen verändert sich dieses Verhalten: „Beim Opium, da büßen die ihren Charakter ein da hat es angefangen, daß jeder jeden betrügt . . .“

Das Sozialisationsmotiv ist also nur zu Beginn des Drogenkonsums primär treibend.

95% aller süchtigen Jugendlichen dieser Gruppe haben die Schule verlassen oder die Lehre abgebrochen. Diese Mißerfolgserlebnisse in Schule und Beruf werden von den Jugendlichen durch Prahlerei mit „Rekorden“ beim Drogenkonsum kompensiert. Diese Rekorde vermehren nicht mehr das Lustgefühl, sondern heben nur das „Selbstwertgefühl“ und die eigene soziale Stellung in der Drogengemeinschaft, denn „wer mehr nimmt ist besser“. Wird die Persönlichkeit „künstlich“ mit Hilfe der Droge verändert, ändert sich auch der subjektive Eindruck von der Umwelt.

„Ich wollte nur, daß alles anders wird, gleich wie, nur anders.“ „Man findet Ruhe und Vertrauen hat keine Angst mehr . . . , man sieht die Welt anders.“

Aber wovor flüchten diese Jugendlichen? Weshalb sind sie nicht imstande, mit der Realität fertig zu werden? Warum sind sie unfähig, Gemeinschaft in ihrer Umgebung zu verwirklichen?

In Löschenkohls Stichprobe waren bei keinem einzigen süchtigen Jugendlichen die Familienverhältnisse intakt. Nur bei 13,4% der befragten Burschen lebten die Eltern noch zusammen. Diese „broken-home-situation“ findet sich im Durch-

schnitt bei mehr als 50% der Fälle (Bschor, 1971, Löschenkohl, 1971, Jasinsky, 1971, Schwarz, 1971, Leuner, 1972, Wanke, 1972, Keup, 1973, Dittrich, 1976 usw.). Diese strukturelle Unvollständigkeit der Familie (Tod eines Elternteiles, Scheidung ua.), ja sogar das Fehlen der Vaterfigur, das nach Keup von ausschlaggebender Bedeutung ist, genügt allein nicht. Wenn in dieser Rumpffamilie Liebe und Geborgenheit geboten wird, kann vieles kompensiert werden. Entscheidend ist, die Störung der emotionalen Beziehungen in der Familie und das Fehlen einer echten (intimen) Bezugsperson (funktional unvollständige Familie). Der Familienatmosphäre kommt also die größte Bedeutung zu (vgl. Wetz, 1972, Normann, 1972, Gostmzyk, 1973, Schulz, 1974, Schenk, 1975 uva.). Für Pernhaupt (Drogenstation Wien) ist aufgrund seiner Untersuchung die Familie „Frost“ die eigentliche Einstiegsdroge. Naderer (Universität Linz) spricht von einer „Attrappen-Familie“, in der die Eltern sich nach außen glücklich geben, ihre Pflichten formal erfüllen, jedoch keine Zuneigung und kein Verständnis für den anderen aufbringen. Kryspin-Exner fand bei 60 bis 85% aller Fälle von Drogenabhängigkeit eine beträchtliche Störung des Mutter-Kind-Verhältnisses. Diese nicht intakte Eltern-Kind-Bindung ist für die Entstehungsbedingungen der Persönlichkeitsstruktur des Süchtigen entscheidend. Von Rene Spitz, 1974, Eriksen, 1970 und aus vielen anderen Untersuchungen wissen wir, daß die frühkindliche Beziehung zwischen Mutter und Kind für die spätere Persönlichkeitsentwicklung entscheidend ist (Liebesentzug, bei bester körperlicher, hygienischer Pflege, führt bis zum Marasmus). Der Aufbau der persönlichen Beziehungen zwischen Mutter und Kind in der Stillzeit (ohne Nahrungsaufnahme ist die Existenz gefährdet) und der Hautkontakt (Gefühl der Geborgenheit) sind äußerst wichtig. Erfährt das Kind in den ersten Lebensjahren nicht das Gefühl der Geborgenheit und des Kontinuierlichen in seiner ersten Beziehung, so entsteht der Grundkonflikt zwischen Vertrauen und Mißtrauen. Die materielle Versorgung allein erzieht einen hilflos-abhängigen, passiven Menschen, der nie „erwachsen“ wird, und der an seine lieblose Umgebung überhöhte Forderungen stellt. Dieses ewige Kind hat nie warten gelernt, kann seine Bedürfnisse nicht um eines höheren Zieles wegen aufschieben und ist zu einer dauernden, tragfähigen menschlichen Beziehung nicht fähig. Menschen werden beliebig ausgetauscht, wie einst das Spielzeug. Wenn Kindern die personale, herzliche, menschliche Zuwendung fehlt, lernen sie nur dem eigenen Ich zu leben; denn sie lernten nie aus Liebe zur Mutter auf etwas zu verzichten oder mit Hilfe dieser Liebe Enttäuschungen zu ertragen. Die Auseinandersetzung mit dem Kind kostet Zeit und Mühe. Viele Eltern Drogenabhängiger fanden nie Zeit, sie kauften sich mit einem Spielzeug, einer

Kinokarte oder später einem Moped los. In diesen sogenannten „guten Familien“ war dies bequemer, als einen Abend mit dem Kind zu lernen und zu spielen oder sonntags einen Ausflug zu machen. Diese oberflächlich konsumierende Art ist der beste Nährboden für die Droge. Als Motiv für den Einstieg gibt man dann Neugier, künstlerische Bewußtseinerweiterung, Schulangst und Schulstreß oder falsche Freunde an; denn „daheim hat das Kind immer alles gehabt, da hat nichts gefehlt, alles war in Ordnung!“ — War es das wirklich?

Neben der lieblosen Versorgung und den Krisen in der Ehe der Eltern kann vor allem eine ambivalente Erziehung zu schweren Störungen der Persönlichkeitsentwicklung führen. Bei dieser Schaukelerziehung reagiert ein Elternteil mit Härte, der andere erzieht verwöhnend. Meist ruft die Mutter bei Schwierigkeiten nach der Autorität des Vaters. Wenn dieser die strafende Funktion ausübt, spielt die Mutter Vermittlerin und tröstet insgeheim. Dh. für den Lerntheoretiker, sie verstärkt das Kind für die böse Tat positiv, sodaß dieses letztlich nicht mehr weiß, wie es sich eigentlich verhalten soll. Somit liegt eine Erziehung zur Neurose vor. Eine Untersuchung von Czermak und Pernhaupt bestätigt, daß „inkonsequente Erziehung und Gefühlsarmut der Eltern Meilensteine in der Entwicklung eines Drogenabhängigen sind. Dabei kommt dem schädigenden Einfluß des Vaters, der keinen Anteil am Familienleben hat und in der Erziehung lediglich eine strafende Rolle übernimmt, der größte Einfluß zu.“

Durch eine ambivalente Erziehung und die nachgiebige Schwäche eines Elternteiles wird die Identifikation erschwert. Dadurch werden beim Süchtigen „die hemmenden, kontrollierenden Funktionen des Über-Ichs abgeschwächt“ (Lowenfeld, 1970) und die Triebkontrolle weitgehend unmöglich. Diese Kinder, die nie ein liebevolles, aber deutliches „Nein!“ erlebten, lernten nie auf etwas zu verzichten, ihre Frustrationstoleranz ist äußerst gering. Diese Unfähigkeit, Versagungen zu ertragen, verlangt eine sofortige Bedürfnisbefriedigung. Belastungen werden nicht ausgehalten. Das Lustprinzip herrscht vor. Für Lürssen (1974) wird der Drogenmißbrauch zu einem mißglückten Versuch der Selbsttherapie.

Die Bedeutung der Erziehungspraktiken für die Persönlichkeitsentwicklung wird auch von Schraml (1972) nachgewiesen. Bei Eltern der Drogenkonsumenten lassen sich zwei entgegengesetzte Erziehungsstile beobachten: Eine laissez-faire oder eine extrem autoritäre Erziehung. Die Schuld an diesem Erziehungsverhalten trifft allerdings nicht nur die Eltern. Denn autoritäre und antiautoritäre Erziehungsmethoden gelten als überholt und sozial-integrative werden kaum bewältigt. Nicht zuletzt deshalb, weil echte Autorität mit „autoritär“ verwechselt wird.

Dieser bereits beschriebene Stil des Sich-Freikaufens von der Erziehung durch unverhältnismäßiges Taschengeld, Nachgiebigkeit und Gewährenlassen bewirkt eine völlig unrealistische Einstellung und eine unzureichende Vorbereitung auf manche Härten des Lebens (vgl. a. Bauer, 1972, Sollmann, 1972 ua.). Nach De Jong (1978) geben 75% der jugendlichen Drogenabhängigen ungerechtfertigte Bestrafung in Form von Schlägen und ständige Drohungen bei sonstigem völligen Desinteresse als Erziehungsform ihres Vaters an.

Es wundert uns daher nicht, wenn diese Heranwachsenden Verständnis und Zusammenhalt bei Gleichaltrigen suchen. Stand am Beginn der Abhängigkeitsentwicklung mangelnde Geborgenheit und fehlende Zuwendung in der Familie, wird nun die „peer-group“¹⁾ zur Ersatzfamilie. Hat der Jugendliche in seiner Gruppe durch Imitationslernen anhand eines Vorbildes, eines „Modells“ anderer Gruppenangehöriger mit dem Drogenkonsum und dessen Wirkung Bekanntschaft gemacht (vgl. Bandura, 1963) und wird der auftretende Zustand — oder zumindest die Anerkennung durch die Gruppe — als positive Reaktion empfunden, tritt also eine Belohnung ein (lerntheoretisch eine positive Verstärkung), so erhöht sich die Wiederholungswahrscheinlichkeit; der Jugendliche greift zur Droge. Und wenn sie dann in der Disco, im Beatkeller tanzen, dann verstehen sie, daß diese Typen, die sie so „toll“ finden, ohne Drogenrausch die Welt nicht ertragen können. Greift man aber die Leitbilder der Jugend an, wird die Botschaft a priori nicht angenommen. Letztlich erschwert auch die in bestimmten Künstlerkreisen bestehende Verharmlosung des Drogenkonsums (psychedelische Welle — Bewußtseinsweiterung) dem Jugendlichen die richtige Einstellung zur Droge. Die Vermischung mit fernöstlichen Mythologien, der Aufbau eines exotischen Milieus und das Geheimnisvolle und Verbotene wirken attraktiv und haben eine zusätzliche Anziehungskraft. Man flüchtet aus der Welt in eine Subkultur, die sich als echte Lebensalternative und als Abenteuer anzubieten scheint.

„Ich hab' gehört, sieben sollen tödlich sein. Und ich hab selber sechs Nembutal auf einmal genommen ...“ „Das war ein Grenzerlebnis ... ich bin durch die Hölle gegangen!“

Mit derartigen Experimenten läßt man sich als „Held“ feiern.

Methoden, die mit Abschreckung arbeiten, haben aufgrund dieser Einstellung kaum Aussicht auf Erfolg.

Brunmayr (1980) schreibt in seiner OÖ-Studie: „Die Angst vor der Strafe schweift die Konsumenten, auch die zufälligen, einmaligen Konsu-

umenten, stark als Gruppe zusammen. Das führt dazu, daß jeder immer wieder innerhalb der Gruppe zum Wiederkonsum verleitet wird, weil damit die Gefahr des ‚Verpfeifens‘ klein gehalten werden kann.“

Dieser totale Bruch mit der Erwachsenengeneration führt zur Einengung in der Subkultur. Daher sollten die Erwachsenen das Gespräch und die Kontakte mit den Jugendlichen unbedingt aufrechterhalten und bedenken: Gemeinsames Lernen kann mit einer Hasch-Party in einer Privatwohnung und ein Treffen im Jugendkeller mit Tabletten- und Hasch-Konsum verbunden sein. Bei Nüchtigungen außerhalb des eigenen Heimes sollten sich die Eltern gegenseitig verständigen.

„Modellernen“ und Nachahmung können labile, unsichere Jugendliche zur Droge verführen. W. Spiel (1979) glaubt, daß Stimulation und Verführung eine bedeutende Rolle spielen. Bestimmte Konsumartikel können hinaufstilisiert werden. Weil es einfach „in“ ist, wird es von allen Gleichaltrigen konsumiert. Pernhaupt ist überzeugt, daß es keine Drogenfamilie ohne Modell gibt.

Die Erhöhung des Selbstwertgefühls in der Ätiologie des Rauchens ist eine geläufige vorwissenschaftliche Erfahrung. Kinder mit der Zigarette in der Hand fühlen sich plötzlich erwachsen. Und es fragt sich, ob der exorbitante Anstieg der in der Öffentlichkeit rauchenden Mädchen nicht ein Versuch ist, auf falsche Weise ein Emanzipationsbedürfnis abzureagieren.

Aber nach einiger Zeit zeigt sich in diesen Gruppen, daß die Droge zum Aufbau einer dauerhaften Gemeinschaft nicht taugt. Echte Kommunikation hat der Abhängige aber nie gelernt. Wenn die Gruppe auseinanderfällt, ist der jugendliche Drogenkonsument mit seinen inzwischen vermehrten Schwierigkeiten wieder allein. Er kann sie nicht bewältigen und flüchtet, wie er es inzwischen gelernt hat, wieder in die Droge. Pernhaupt nennt Isolation als ein Persönlichkeitsmerkmal des Suchtgiftabhängigen. 50% der Süchtigen brechen die Behandlung nach ein bis zwei Monaten ab, weil sie die Gemeinschaft nicht mehr wollen, weil sie sich nicht integrieren lassen.

In der Schule erleben wir oft, daß die Empörung der Eltern und ihr Widerstand gegen ein Gespräch bzw. gegen eine Behandlung größer ist, als bei den Gefährdeten oder Süchtigen selbst. Aus allen Wolken gefallen, halten sie alles für eine Diffamierung ihres Kindes. Carlhoff (1980) sieht darin eine Bestätigung der Theorie, daß „der Drogenpatient nur das schwächste Glied innerhalb einer kranken Familie ist. Manche Jugendliche bitten in solchen Situationen die Eltern händeringend um etwas mehr menschlichen Kontakt. Diese sind aber dazu infolge der eigenen Schwierigkeiten nicht in der Lage und verstecken ihre Schuldgefühle hinter finanzieller Verwöhnung. Damit soll aber nicht

¹⁾ „peer-group“ = Bezugsgruppe eines Individuums, die aus Personen gleichen Alters, gleicher oder ähnlicher Interessenslage und ähnlicher sozialer Herkunft besteht.

behauptet werden, daß sich Drogensucht nur aus der familiären Konstellation ableiten läßt“.

Wormer und Schreiber (1973) fanden in ihrer Studie, daß die Motivation zum Drogenkonsum teilweise dadurch entstehen kann, daß die Jugendlichen durch das Prestigestreben der Eltern zu einer Ausbildung gedrängt werden, die sie überfordert, was zu Mißerfolgslebnissen führt. Laut Schwarz (1971) gaben nicht weniger als 36% der starken Haschischraucher ein „schlechtes Verhältnis zur Schule“ an, im Vergleich von nur 4% bei den Abstinente. Besonders arg wird es nach Reuband (1976), wenn das Lehrerverhalten als eine deutliche Geringschätzung des Schülers wahrgenommen wird und wenn der Umgangston verletzend und nicht altersgemäß ist. Es kann nicht oft genug betont werden, daß wir nicht Schuldige suchen, sondern uns um eine Diagnose für die Therapie und Prophylaxe bemühen wollen. Aber ist es uns Pädagogen gelungen, den richtigen Weg für das Hineinwachsen der jungen Generation in die Gesellschaft zu finden? Gingen nicht manche gesellschaftliche Veränderungen so rasch vor sich, daß man nicht Zeit hatte, neue, adäquate Wege zu suchen?

Groddeck meint, daß die nachwachsende Generation jetzt lernen muß, in formalisierten Organisationen zu leben, dh. das subjektive Handeln nach einer übergeordneten Regel einer neuen Rationalität zu strukturieren und aktuelle individuelle Bedürfnisse und Interessen zu unterdrücken oder auf informellem Wege zu realisieren. — Ohne Hilfe der Erwachsenen scheint dies der Jugend nur schwer zu gelingen.

Was nennen die konsumierenden Jugendlichen selbst als Ursache? 57,1% geben auf Befragung Neugier als Motiv an, 13,5% Vergessen von Problemen, 9,3% Lustgewinn und Musik intensiver erleben, 4,2% Steigerung der Antriebskraft und 3,6% taten es, „weil es andere auch taten“.

Diese Motive aber sind vordergründig; dies zeigen auch die stark schwankenden Angaben anderer Erhebungen. Aus dem Zusammenhang der Untersuchung ergibt es sich, daß vielmehr Kommunikationsstörungen im sozialen Nahbereich (zB innerhalb der Familie und in der Schule) mit ein Grund für den Griff zum Rauschmittel waren.

ad. 3. Störungen der Ich-Identität, Persönlichkeitsentfaltung und Selbstverwirklichung

Die Identifikation des Drogenabhängigen leidet unter den Folgeerscheinungen der Sucht, da der Abhängige nicht derselbe bleibt. Die auftretenden Persönlichkeitsstörungen und die Einengung der Entscheidungsfähigkeit machen es ihm fast unmöglich, ohne Hilfe von außen aus der Szene auszusteigen.

In Krisenzeiten ist die Anfälligkeit besonders groß.

Daher erfolgt der erste Griff zur Droge oft in der Pubertät (Ich-Findung, zirka 12. bis 15. Lebensjahr) oder in der Zeit der philosophischen Krise (Welt-Problem, Frage nach dem Sinn des Lebens, zirka 16. bis 18. Lebensjahr).

Glaubt der Jugendliche mit 14 Jahren: „Mit mir ist nichts los!“, sagt er mit 17: „Mit der Welt ist nichts los!“ Erschwert wird diese Persönlichkeitsfindung

- durch die Akzeleration, die neben dem größeren Längenwachstum eine Vorverlegung der sexuellen Reife mit sich bringt, bei gleichzeitiger Retardation, also einem Hinauszögern der geistig-seelischen-gemüthlichen Reife und
- durch einen größeren Freiraum für die Jugendlichen, durch Abbau von Tabus und Autoritäten. Dies ist an sich nichts Negatives, bringt aber, wenn nicht gleichzeitig eine intensivere Erziehung zur Persönlichkeit einsetzt, große Probleme mit sich.

Denn erst auf festen Gewohnheiten kann Neues aufgebaut werden, mitgeschaffene Ordnungen sind nichts Zwanghaftes, sie geben nur Sicherheit. Heute sind nicht nur Eltern und Erzieher verunsichert, sondern ebenso die Jugendlichen. Der Ablösungsprozeß von der Familie erfolgt früher und rascher, das Ich ist aber noch keineswegs ausreichend stabilisiert. In diesem Zustand der Unsicherheit greift man eher zur Droge.

Untersuchungen über Persönlichkeitsstörungen von Drogenabhängigen zeigen, daß bei diesen Suchtgiftgefährdeten ein unvollendeter Reifungsprozeß sozial und psychisch gestört wurde. Der Freiburger Arzt und Biochemiker Friedrich (1980) ist von einem engen Zusammenhang zwischen den genannten Entwicklungskrisen und der Drogensucht überzeugt: „Erziehung sollte Unabhängigkeit und Selbständigkeit, also die volle Ausreifung der Persönlichkeit zum Ziele haben. Man darf vom Kind nicht jede Schwierigkeit fernhalten oder ihm jede Kleinigkeit befehlend vorschreiben. Denn beides verhindert das Zustandekommen eines stabilen Selbstvertrauens, führt zu einem passiv-konsumierenden Verhalten, verhindert die Ausbildung einer genügenden Frustrationstoleranz und läßt die Fähigkeit zu verantwortlicher Konfliktbewältigung verkümmern. In den mit seelischer Isolierung verbundenen narzißtischen Krisen der Pubertät führt das dann zu scheinbar „leichten“ Ersatzbefriedigungen, von denen die Droge eine besonders gefährliche ist.“ Gleiches gilt für die Adoleszenz. Pernhaupt, in der Mödlinger Drogenstation mit der Wirklichkeit konfrontiert, meint: „Der autoritäre Erzieher hat ausgespielt (und das mit Recht), aber die Jugend sucht Väter, an denen sie Halt und Orientierung finden kann. Da es diese

nicht immer gibt, verfallen viele den gefährlichen Gaukeleien professioneller Verführer, wie Sektenoberhäuptern, oder sie binden sich an die Scheinwelt der bewußtseinsverändernden Droge, die ihre Opfer nicht mehr los läßt.“

Oft scheint es, daß die schon im Kindergarten an „Konsumhaltung“ geschulten Jugendlichen die „gespannte“ Atmosphäre zu Hause oder in der Schule keineswegs schätzen und der affektiven Konfrontation scheinbar ausweichen. Aber in Wahrheit lechzen sie fast gierig nach spannungsreichen Realkontakten, da sie ja nur in der Begegnung mit dem Erwachsenen in unsere Gesellschaft hineinwachsen können. In einer Begegnung, in der der Reifere dem Jugendlichen Verständnis, Wertschätzung und Wärme entgegenbringt, aber seinen eigenen festen Standpunkt behält. Diese Jugendlichen, die selber im Prozeß der Personwerdung mitten drinnen stehen, verlangen nach Menschen, die ein „Gesicht“ haben und mit denen es sich lohnt, sich zusammenzurufen. Die Erwachsenen von heute entsprechen nur selten diesen Forderungen. Wir müßten uns entschließen, die wesentlichen Rollen der Erwachsenen wieder zu besetzen: Die Rolle des Vaters, des Mannes, der als echte Autorität den jungen Menschen wachsen macht, seinen Bestand vermehrt (was die eigentliche Bedeutung von auctoritas ist). Persönlichkeit vermehren heißt, dem Jugendlichen soviel Freiheit als möglich und soviel Führung als notwendig angedeihen zu lassen. Je größer das Verantwortungsbewußtsein des Schülers, desto mehr Freiheit kann gewährt werden; ist Selbstverantwortung und Reife noch unzureichend entwickelt, bedarf es der Führung.

Die Jungen wünschen sich einen Lehrer, der nicht mehr wie in den Flegeljahren ein „Kerl“ zu sein braucht, sondern ein Mensch sein soll, der ein eigenes Urteil wagt, das aus dem Herzen kommt und alles neu werden läßt.

Drogenvorbeugung im Primärstadium heißt also, dem Jugendlichen helfen, sich eine persönliche Wertorientierung zum Leben und zur Gemeinschaft anzueignen. Wenn auch die Sinnfrage von jedem einzelnen Schüler subjektiv gelöst werden muß, kann der Lehrer Impulse und Orientierungshilfen geben. Vor allem aber soll das Erleben der Sinnhaftigkeit des Seins in der persönlichen Haltung und im Verhalten des Lehrers sichtbar und spürbar werden, damit dem Schüler anhand dieser Identifikationsmöglichkeit eine Neuorientierung seines Lebens gelingt.

Gemäß der Durchführungsverordnung zur Suchtgiftgesetznovelle 1980 obliegt dem Schularzt die Durchführung der Untersuchung und die verordnungsmäßig festgelegte bzw. empfohlene Information, Meldung, Verweisung und Beratung. Aber die Erwartungen der Gesellschaft und der Schule an den Schularzt sind weit größer. Im Sinne der modernen Ganzheitsmedizin kann er den Men-

schen und seine Umwelt nicht ausklammern. Als kompetenter Fachmann sollte der Schularzt nicht nur die notwendigen Veranlassungen für den kranken Schüler treffen, sondern aufgrund seiner Erfahrung mitteilen, Fehlreaktionen der Schule oder der Eltern nach Möglichkeit zu vermeiden und versuchen, das Verständnis und das richtige Verhalten der Umwelt (Elternhaus, Schule usw.) zu stimulieren. Denn aggressive Vorwürfe, eine mitleidvolle Unterstützung oder gar die Mithilfe bei der Verschleierung der Drogenabhängigkeit sind keine Hilfe, sondern der Anfang vom Ende. Erziehung seitens einer einzigen Instanz ist oft weniger wirksam als eine gleichartige Information durch die gesamte Umwelt. Eine gleichartige, vorgelebte Haltung hilft dem Jugendlichen am ehesten, sich wieder zu stabilisieren.

Zusammenfassung:

Strukturiert man die in der Schule sichtbar werdenden Folgen des Drogenmißbrauchs aus den Bereichen Qualifikation, Sozialisation und Identifikation, ergeben sich aus der Fülle der Einzelvariablen — neben der nicht beeinflussbaren genetischen Komponente — vor allem die Faktoren Umwelt und Persönlichkeit. Wie sich gezeigt hat, handelt es sich dabei aber nicht um eine Summe von einzelnen Variablen, sondern um einander gegenseitig beeinflussende Größen, die letztlich das Suchtverhalten bewirken. Die Faktoren sind nicht scharf abgrenzbar, da ja auch zwischen Person und Umwelt eine Wechselwirkung besteht. Lewin (1936) definiert Verhalten (V) als Funktion (f) von Personen (P) und Umwelt (U).

$$V = f(P, U)$$

Zum besseren Verständnis eines verhaltenstheoretischen Ansatzes könnte man die Umweltvariable „Verfügbarkeit der Droge“ (D) als eigenen Faktor spezifizieren und erhält so eine Trias der Entstehungsfaktoren der Drogenabhängigkeit (Ladewig et al. 1971, Feuerlein 1974).

$$V = f(P, U, D)$$

Dieses „Drei-Faktoren-Modell“ süchtigen Verhaltens wurde auch von der Arbeitsgemeinschaft „Arzt und Lehrer“ in der BRD als Basis für ihre Vorbeugungsarbeit gewählt.

P = Persönlichkeit

U = Umwelt

D = Droge

Dieses Modell veranschaulicht uns, daß es wohl notwendig ist, Ursache und Wirkung zu ergründen, um Zusammenhänge zu erkennen und weiteres Fehlverhalten zu vermeiden. Aber es zeigt sich, daß jedes Verhalten Ursache und Wirkung zugleich ist; Aktion und Reaktion werden zur Interaktion, es besteht eine Wechselwirkung.

Somit kann und darf man nicht sagen:

- die Familie ist schuld; denn unter welchen Bedingungen findet Erziehung heute statt? Unzählige sind die geheimen Miterzieher: Reizüberflutung durch Fernsehen, „Kilometerfressen“ usw., Konsumdenken, Streß, Entideologisierung usw.;
- die Jugend ist schuld; denn sie hat sich die Lebenssituation in der sie steht nicht selbst geschaffen. Eine Krankheit unserer Zeit scheint die stärkere Polarisierung zu sein: Pluralität versus zu wenig Toleranz; Großkollektive versus Isolation des Einzelnen; überkommene starre Normen versus Normenkonfusion, denn mehr und mehr ist man geneigt, augenblickliche Bedürfnisse des Menschen zum Maß aller Dinge zu machen; mehr Freiheitsraum versus größere Einschränkung (Der Freiheitsbereich sollte bewußt als eine Möglichkeit selbstverantwortlicher Entscheidung gesehen werden.) usw.;
- die Gesellschaft ist schuld; denn die Gesellschaft sind wir, die Jugend, die Familie, das was vor uns war und nach uns sein wird, und zwischen allen gibt es Wechselwirkungen. Entstand nicht manche Ungereimtheit aus Angst vor dem Verlust des Wohlstandes, ja aus Angst vor dem Zusammenbruch unseres Systems.

Suchen wir also nicht nach vermeintlichen Schuldigen, es handelt sich um komplexe, multivariable Interdependenzen! Was wir brauchen sind Menschen, die bereit sind zu helfen.

Aus dem Dargestellten ist zu entnehmen, daß eine Drogenprävention ohne Mitarbeit der Familie nicht allzu erfolgreich sein wird. Aber ist es dem Arzt und dem Lehrer möglich, in die Familie hineinzuwirken? Andererseits ist eine Übereinstimmung zwischen Eltern und Lehrer in Fragen der Erziehung für die Drogenvorbeugung noch wichtiger, als eine Übereinstimmung hinsichtlich der notwendigen Maßnahmen bei auftretenden Krisenfällen. Ein großer Teil der Öffentlichkeit steht Sucht- giftgefährdeten und Drogenabhängigen sehr negativ gegenüber. Um wirksame helfende und vorbeugende Maßnahmen zu ermöglichen, ist es somit wichtig, Meinungen, Ängste und Gefühle von Eltern, Direktoren und Lehrern zu verstehen und sie mit den humanwissenschaftlichen und rechtlichen Aspekten des Drogenproblems und mit der Sichtweise der Fachleute vertraut zu machen. Erfahrungen sind Eindrücke, Begegnungen und Wertungen, die jeder selbst machen muß. Um eventuell notwendig werdende Einstellungsänderungen im Selbstverständnis und im Geistig-Seelischen vollziehen zu können, muß sich der Mensch verstehen, geschätzt und angenommen fühlen. Nur wenn sein Selbstwertgefühl gestärkt wird und er sich anerkannt fühlt, ist es ihm möglich, Irrtümer oder

Fehler einzugestehen oder zumindest die Sichtweise anderer in ihren Intentionen zu verstehen. Das gilt für Eltern und Erzieher ebenso wie für Gefährdete und Abhängige. Denn der Süchtige ist ein Mensch, der aus mangelnder Zuwendung, Wertschätzung und Anerkennung seitens seiner Umwelt nicht einen sicheren, eigenen Standpunkt gewinnen, also nicht stark werden konnte und der daher in eine Scheinwelt flüchtet.

Nun kann die laufende Betreuung Gefährdeter, zB von Haschischkonsumenten, die psychisch nicht abhängig sind, sicher nicht Aufgabe der Schule sein. Aber vielleicht ist es notwendig, daß Schularzt, Schulpsychologe und Beratungslehrer den Schüler und seine Eltern so lange als Führungsfall betreuen, bis zwischen dem Jugendlichen und dem Team der nächsten Beratungsstelle ein Vertrauensverhältnis aufgebaut wurde. Der Abhängige muß sowieso zur Entzugstherapie und Rehabilitation und somit von der Schule weg. Dem Lehrer und Direktor aber stellt sich die Entscheidungsfrage: Hilfestellung für den Gefährdeten oder Schutz der Gemeinschaft? Elternhaus und Schule sind bemüht, dem Kind, dem Jugendlichen zu helfen und ihm keinen Schaden zuzufügen. Ein Ausschluß aus der Schule erreicht aber fast immer das Gegenteil. Es ist häufig ein endgültiger Stoß in die Drogenszene; denn um eine Resozialisierung zu ermöglichen, braucht der Jugendliche die Geborgenheit der Familie und die Anerkennung der Gruppe. Natürlich fürchten Direktion und Lehrer den negativen Einfluß auf andere Schüler dieser sehr eng begrenzten Sozietät Klasse, denn die Ansteckungsgefahr ist besonders bei labilen Jugendlichen zweifellos gegeben. Die meisten zuständigen Fachärzte betonen zwar, daß es bei Drogen keine Ansteckung gibt. Aber wer sagt uns, daß ein von seiner Lebensgeschichte und Persönlichkeitsstruktur gefährdeter Schüler nicht „clean“ bleibt, wenn die Droge nicht in seine Griffnähe kommt. In diesem Fall kann aus dem Verführten ein Abhängiger werden. Im akademischen Gespräch, in der Theorie sind alle gutwillig. Die Praxis ist härter, denn die Angst vor der Verantwortung ist groß. Nur nach genauer Analyse des Einzelfalles wird man entscheiden können, ob der Schüler

- noch im Klassenverband verbleiben kann; dem Probierer aus Neugier oder unter Gruppendruck kann man sicher eine Chance geben;
- ob man ihm an einer Nachbarschule noch eine Chance bieten kann; Versetzungen können sich positiv auswirken, da der Schüler von der Drogenszene weg kommen kann. Immer wieder beklagen sich Jugendliche, die aussteigen wollen, daß bekannte Dealer sie bedrängen;
- oder ob die Gefährdung so groß ist, daß der Schüler in keiner Schule mehr gehalten werden kann und somit der Ausschluß ausgesprochen werden muß.

72

Wer aussteigen will, der sollte unterstützt werden,

- damit er keinen Kontakt mehr mit der Drogenszene bekommt;
- damit Eltern Verständnis für seine Probleme aufbringen;
- damit er versuchen kann, weiter zu lernen, damit er besser integriert wird und eine Stütze für seine Persönlichkeitsentfaltung erhält.

Jeder Mensch muß sich mit seiner Umwelt auseinandersetzen; jede Störung dieser Beziehung zerstört mehr und mehr die Lebensfreude. Überall dort, wo zwischen einem Menschen und seiner Umwelt eine Disharmonie besteht, entsteht eine

Neurose. Die Sucht ist eine dieser Erscheinungsformen.

Die Hilfe wird so schwierig, weil Süchtige ihr Leiden so gut wie möglich zu verheimlichen suchen. Sie bagatellisieren alles und verweigern die Annahme jeglicher Hilfe. Diese Unfähigkeit, sich mit der Realität des Lebens auseinanderzusetzen, diese passive und selbstzerstörende Lebenshaltung muß gesetzmäßig mit der Zerstörung des Betroffenen enden. Nur wenn wir frühzeitig die Symptome erkennen ist es noch möglich, Beziehung zwischen einem Menschen und seiner Umwelt zu harmonisieren. Das ist zwar nicht einfach, aber es geht in diesen Fällen um ein Leben. Versuchen wir daher alles, um die Süchtigkeit rechtzeitig zu korrigieren; denn was als Modetorheit begann, ist zu einer ernstesten Bedrohung unserer Zukunft geworden.

Suchtmittelmißbrauch aus der Sicht des Juristen

Von Dr. Gerhard Litzka

Das Suchtgiftgesetz aus dem Jahre 1951 hat durch die Suchtgiftgesetznovelle 1980 tiefgreifende Änderungen erfahren. Durch die folgenden Ausführungen sollen einerseits bestehende Unklarheiten ausgeräumt und soll Mißverständnissen vorgebeugt werden, andererseits soll den Anwesenden ein Überblick über die mit den einzelnen Bestimmungen der Novelle verbundenen Vorstellungen des Gesetzgebers vermittelt werden. Wenn Ihnen bei Durchsicht der Suchtgiftgesetznovelle einiges neu, manches aber gewissermaßen als „alter Hut“ erschienen ist, spricht das nicht unbedingt gegen die betreffende Bestimmung, sondern entspricht dem gewollten Prinzip, all jene Grundgedanken zu übernehmen, von denen der Gesetzgeber nach Abwägung aller Argumente meinte, daß sie es wert seien, übernommen zu werden.

Rückblick

Die ursprüngliche Reaktion des österreichischen Gesetzgebers auf die verschiedenen Formen des Suchtgiftmißbrauches war ausschließlich strafrechtlicher Natur. Das Suchtgiftgesetz 1951 sieht für die Produktion, Ein- und Ausfuhr und das Inverkehrsetzen von Suchtgift in solchen Mengen, daß daraus in größerer Ausdehnung eine Gefahr für das Leben oder die Gesundheit von Menschen entstehen kann, Freiheitsstrafen bis zu zehn Jahren, bei qualifiziertem Rückfall bis zu fünfzehn Jahren und darüber hinaus sehr hohe Geld- und Wertersatzstrafen vor. Auch bei geringeren Zuwiderhandlungen können empfindliche Geld- oder Freiheitsstrafen verhängt werden.

Österreich gehört nach wie vor zu den Ländern, die den Besitz und Erwerb von Suchtgiften jeder Art und auch in den kleinsten Mengen mit Gerichtsstrafe bedrohen. Im Hinblick auf diese

Strafrohungen und in Anbetracht der durch das neue Strafgesetzbuch geschaffenen Möglichkeit der Unterbringung entwöhnungsbedürftiger Rechtsbrecher und gefährlicher Rückfallstäter in eigens dafür geschaffenen Anstalten hat der Gesetzgeber im Zuge der Beratungen zur Suchtgiftgesetznovelle 1980 zum Ausdruck gebracht, daß die derzeit geltenden Sanktionsmöglichkeiten ausreichen.

Am Beginn der Rauschgiftwelle hat der österreichische Gesetzgeber durch die Suchtgiftgesetznovelle 1971 sowohl Strafbestimmungen verschärft als auch neue Strafbestimmungen geschaffen. So wurde die öffentliche Propaganda für den Mißbrauch von Suchtgiften mit einer eigenen Strafbestimmung bedroht. Gleichzeitig wurden die Strafdrohungen für die gewerbsmäßige Begehung bestimmter Vergehen verschärft; ebenso für den Fall, daß eine Person, die das 21. Lebensjahr vollendet hat, durch die Tat einer Person unter 21 Jahren vorsätzlich den Verbrauch eines Suchtgiftes ermöglicht. Die Verantwortlichen erkannten damals aber auch, daß dem steigenden Suchtgiftmißbrauch mit Strafen allein nicht zielführend begegnet werden konnte. Durch die sogenannte Wochenrationsbestimmung des § 9 a wurde dem Grundgedanken „Heilen statt Strafen“ erstmals Rechnung getragen und Süchtigen die Chance geboten, straffrei zu bleiben, wenn sie sich einer ärztlichen Behandlung unterzogen.

Kritik und Mißverständnisse

Ogleich die Richtigkeit dieses Gedankens von Fachleuten kaum jemals ernsthaft angezweifelt, sondern sogar hervorgehoben wurde, setzte gerade bei dieser Bestimmung die in mancher Hinsicht nicht unberechtigte Kritik ein. Die Möglichkeit der bedingten Verfahrenseinstellung konnte die in sie

gesetzten Erwartungen schon deshalb nicht erfüllen, weil sie oft als Anrecht ohne Gegenleistung mißverstanden und vielmehr als „Hintertür“ für Suchtgifthändler (Dealer) betrachtet wurde. Außerdem war die ärztliche Betreuung nicht ausreichend gewährleistet und die Kommunikation zwischen den zuständigen staatlichen Stellen funktionierte nicht so, wie sie sollte.

Die Meinung weiter Kreise der Bevölkerung zum Thema „Wochenrationsbestimmung“ hat gezeigt, daß man nicht oft genug vor den katastrophalen Folgen einer mißverständlichen Auslegung durch die Medien warnen kann. Es ist geradezu unzumutbar, von einem Jugendlichen, der durch die Zeitungen über die Zulässigkeit (!) des Besitzes und Erwerbes von Suchtgift permanent falsch informiert wird, zu verlangen, er hätte sich eben den Gesetzestext beschaffen oder sonst besser informieren sollen. So wertvoll eine kritische Information durch die Medien sein kann, so groß müßte die Verantwortung derer sein, die sich der Breitenwirkung einer derart sachlich nicht fundierten und irreführenden Aussage bewußt sind.

Lösungsvorschläge

Ihren Höhepunkt fand die Diskussion in der Österreichischen Suchtgiftenquete 1979, bei der sich zahlreiche Fachleute des In- und Auslandes bemühten, Maximen für ein realistisches Konzept der Bekämpfung des Drogenmißbrauches zu erarbeiten. Im Vordergrund standen folgende Erkenntnisse:

- Erweiterung des Verständnisses der Bevölkerung für die Problematik der Drogenszene sowie verbesserte und gezielte Aufklärung besonders im Erziehungsbereich.
- Ausweitung des medizinischen und sozialen Behandlungs- und Betreuungsangebots für Süchtige auch auf private Institutionen und Selbsthilfegruppen. Aufbau eines mittel- bis langfristigen Entzugs-, Behandlungs- und Nachbetreuungsprogramms, das die Betroffenen erst in jene psychische Verfassung bringen soll, in der sie mit der Umwelt wieder kommunizieren können.
- Vorrang der Prävention, Rehabilitation und Resozialisierung vor der Repression als Ausfluß der Erkenntnis, daß Strafen allein am wenigsten geeignet sind, Süchtige zur Umkehr zu bewegen und in der Regel nur zusätzliche Barrieren schaffen, die die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Behandlung der Betroffenen in vielen Fällen zunichte machen.
- Abgehen von der längst überholten Klischeevorstellung, wie etwa der scharfen Trennung zwischen krankem Süchtigen und kriminellem Händler oder dem Aberglauben, man könne Süchtige durch bloßes „Einsperren“ — abgesehen vom durchaus möglichen kör-

perlichen Entzug — auch psychisch entwöhnen.

- Maßnahmen zur Beseitigung besonderer Hemmnisse bei der gesellschaftlichen Wiedereingliederung Süchtiger und Übernahme von Behandlungskosten durch den Staat.
- Verbesserung der Möglichkeiten der Bekämpfung des organisierten Suchtgifthandels auf nationaler und internationaler Ebene durch verstärkte Zusammenarbeit und wirksamere Fahndungsmethoden.

Diese Erkenntnisse entsprechen etwa dem, was die überwiegende Zahl der Fachleute — besonders von Staaten mit wesentlich intensiverer und längerer Erfahrung bei der Bekämpfung des Suchtgiftmißbrauches — als Richtlinie für eine wirksame und vernünftige Drogenpolitik befürworten.

Unmittelbar nach der Suchtgiftenquete 1979 hatte die FPÖ einen Initiativantrag eingebracht, mit dem die Beseitigung der seinerzeitigen §§ 9 a und 9 b des Suchtgiftgesetzes und die Sistierung der Geltung des § 25 StPO (Verwendung des agent provocateur) im Vollzugsbereich des Suchtgiftgesetzes vorgeschlagen wurden. Begründet wurde dieser Antrag mit der Mißbrauchsmöglichkeit der sogenannten Wochenrationsbestimmung durch Suchtgifthändler und mit dem Bedürfnis, Fahndungsmaßnahmen im Bereich der Suchtgiftkriminalität zu erweitern.

Bereits unter dem Eindruck der Ergebnisse der Suchtgiftenquete 1979 brachte die ÖVP im Februar 1980 einen Initiativantrag ein, in dem neben einer allgemeinen Untersuchungs- und Behandlungspflicht Süchtiger vorgeschlagen wurde, die Eltern und sonstigen Erziehungsberechtigten sowie Schulen und Militärbehörden in das System der Wahrnehmung von Suchtkrankheiten und das Zuführen der Suchtkranken zur Behandlung einzubinden. Darüber hinaus sollte an die Stelle der seinerzeitigen §§ 9 a und 9 b Suchtgiftgesetz eine Regelung treten, wonach in Fällen eines geringfügigen Verstoßes nach dem Suchtgiftgesetz von § 42 StGB („Mangelnde Strafwürdigkeit der Tat“) unter der Bedingung Gebrauch gemacht werden kann, daß sich der Angezeigte einer ärztlichen Untersuchung bzw. Behandlung oder Kontrolle unterzieht. Während der erste Gedanke in die Suchtgiftgesetznovelle 1980 weitgehend Eingang gefunden hat, war dies bei den zuletzt genannten kriminalpolitischen Vorschlägen nicht der Fall. § 42 StGB stellt nämlich ua. darauf ab, daß „die Tat keine oder nur unbedeutende Folgen nach sich gezogen hat“. Von den Fällen des Erstkontaktes abgesehen, hätte gerade bei Gewöhnung an Suchtgift, wo eine Behandlung notwendig ist, von den Justizbehörden kaum die Ansicht vertreten werden können, der Suchtgiftkonsum hätte keine oder nur unbedeutende Folgen gehabt.

Die neue Rechtslage

Kernstück der am 1. September des Vorjahres in Kraft getretenen Suchtgiftgesetznovelle 1980 sind, die in den §§ 8 bis 11 enthaltenen Neuerungen auf gesundheitspolitischem Gebiet. Jedermann, der Suchtgift mißbraucht, ist demnach verpflichtet, sich durch einen mit Fragen des Suchtgiftmißbrauches vertrauten Arzt untersuchen zu lassen und sich gegebenenfalls einer notwendigen, nach den Umständen möglichen und zweckmäßigen ärztlichen Behandlung oder sozialen Betreuung zu unterziehen. Zu diesem Zweck sollen die Bezirksverwaltungsbehörden als Gesundheitsbehörden verstärkt eingeschaltet und zu ihrer Unterstützung neben geeigneten Ärzten auch Sozialarbeiter sowie eigens anerkannte Einrichtungen und Vereinigungen, die sich auf Beratung und Betreuung spezialisiert haben, herangezogen werden. Gleichzeitig bilden diese Bestimmungen die Grundlage für die Errichtung eines möglichst perfektionierten Frühwarnsystems und der Zuführung der Betroffenen zur Behandlung. In dieses System sind außer den Betroffenen auch noch die Eltern und Erziehungsberechtigten Minderjähriger, die Schulen und die Militärbehörden eingebunden.

Zu den §§ 8 und 9:

Für Personen, die Suchtgift mißbrauchen, sieht § 8 die Pflicht vor, sich einer ärztlichen Behandlung oder Überwachung zu unterziehen. Daß nur mögliche Behandlungen und Überwachungen in Betracht kommen, liegt auf der Hand. Der Versuch eindeutig aussichtsloser Behandlungen wäre wohl schon im Hinblick auf die Unmöglichkeit eines Erfolges unzumutbar. Unzumutbarkeit wird etwa dann anzunehmen sein, wenn die Behandlung im besonderen Fall mit außergewöhnlichen Belastungen für den Suchtkranken verbunden wäre, zB wenn er einen Beruf aufgeben müßte und keine Chance mehr hätte, ins Berufsleben zurückzufinden oder wegen psychischer und körperlicher Besonderheiten die allein aussichtsreiche stationäre Behandlung für den Betroffenen qualvoll wäre. Bei ambulanter Behandlung oder bloßer Überwachung ist kaum je Unzumutbarkeit anzunehmen. Auch Unannehmlichkeiten und Unbequemlichkeiten genügen sicher nicht zur Annahme der Unzumutbarkeit.

Wenn das Suchtgiftgesetz nunmehr auch die Eltern und sonstigen Erziehungsberechtigten verpflichtet, im Rahmen der Pflege und Erziehung für eine mögliche und zumutbare ärztliche Behandlung oder Überwachung zu sorgen, so stellt es diese Verpflichtung den Elternpflichten im Sinne der §§ 144, 146 und 166 ABGB gleich. Kommen die Eltern oder anderen Erziehungsberechtigten dieser Verpflichtung ohne hinreichenden Grund nicht nach, so gefährden sie durch ihr Verhalten das Wohl des Minderjährigen. In diesem Fall kann jedermann, zB auch die Gesundheitsbehörde, die Hilfe des Gerichtes nach § 176 ABGB anrufen. Das Gericht wäre in

einem solchen Fall in der Lage, je nach den Umständen den Eltern oder anderen Erziehungsberechtigten die mit der Pflege und Erziehung zusammenhängenden Rechte ganz oder zum Teil zu entziehen oder eine allenfalls nötige Einwilligung oder Zustimmung zur Behandlung zu erwirken.

Die Behandlungspflicht ist im § 9 Abs. 2 je nach dem Ergebnis der ärztlichen Untersuchung unterschiedlich geregelt. Ist dabei zutage getreten, daß der Untersuchte „dem Mißbrauch von Suchtgift ergeben“ (vgl. § 22 StG) und wegen der Gewöhnung an Suchtgift eine ärztliche Behandlung unentbehrlich, möglich und zumutbar ist, so hat die Bezirksverwaltungsbehörde die Entwöhnungsbehandlung anzuordnen und deren Durchführung sicherzustellen und zu überwachen. Ist hingegen zwar auch ein Suchtgiftmißbrauch, aber noch keine Sucht hervorgekommen, so hat die Bezirksverwaltungsbehörde eine mögliche und zumutbare ärztliche Behandlung und Überwachung anzuordnen, wenn der Betroffene zustimmt und im Fall seiner Minderjährigkeit auch eine Zustimmung des Erziehungsberechtigten vorliegt.

Die Verpflichtung, sich wegen Suchtgiftmißbrauchs einer ärztlichen Behandlung oder Überwachung des Gesundheitszustandes zu unterziehen, ist sanktionslos. Insbesondere stellt die Weigerung der Betroffenen keine strafbare Handlung dar, zumal die §§ 8 bis 10 auch in den Strafbestimmungen des § 24 nicht angeführt sind. Da aber Suchtgiftmißbrauch in aller Regel ein deliktisches Verhalten ist und auf eine Bestrafung im Sinne der §§ 16 bis 19 nur im Hinblick auf ein entsprechendes Verhalten des Beschuldigten verzichtet werden kann, verliert der sich Weigernde die Anwartschaft auf Straflosigkeit. Das Suchtgiftgesetz sieht weder eine unmittelbare Erzwingbarkeit der ärztlichen Behandlung vor, noch stehen die den Betroffenen umgebenden Personen und Angehörigen von Institutionen bei der Befolgung der sie treffenden Pflichten unter Strafdrohung. Der Erfolg eines solchen „Spitzelwesens“ und der Aufbau einer Atmosphäre des Mißtrauens in dem im Regelfall ohnehin schon von Spannungen und Vertrauensmangel belasteten familiären Umfeld wäre außerdem zu bezweifeln.

Die Schule

Ergibt sich in einer Schule der konkrete Verdacht des Suchtgiftmißbrauches eines Schülers, so ist der Leiter der Schule nach § 10 verpflichtet, diesen einer schulärztlichen Untersuchung zuzuführen. Erweist sich dieser Verdacht als unbegründet oder ist eine Behandlung bereits sichergestellt, so hat es dabei sein Bewenden. Wird der Verdacht durch die Untersuchung jedoch bestätigt und ist eine ärztliche Behandlung nicht sichergestellt, so muß der Leiter der Schule die Bezirksverwaltungsbehörde verständigen. Das gleiche gilt, wenn der Schüler oder Erziehungsberechtigte eine schulärztliche Untersuchung von vornherein nicht zulassen.

Ist bei festgestelltem Suchtgiftmißbrauch eine ärztliche Behandlung noch nicht sichergestellt, sollte dem Schüler unter Einbindung des Erziehungsberechtigten eine angemessene Frist gesetzt werden, innerhalb der sich der Schüler einer ärztlichen Behandlung zu unterziehen und deren Sicherstellung der Schule nachzuweisen hat. Wird der Nachweis der Sicherstellung nicht rechtzeitig erbracht, wäre die Bezirksverwaltungsbehörde zu verständigen. Sofern es sich nur um Besitz oder Erwerb von Suchtgift durch einen Schüler handelt, ist — im Unterschied zur seinerzeitigen Rechtslage — von einer über die Einschaltung der Gesundheitsbehörde hinausgehenden Strafanzeige bei der Sicherheitsbehörde abzusehen. Selbstverständlich ist der Anzeigepflicht nach § 84 StPO dann nachzukommen, wenn sich herausstellt, daß jemand seine Mitschüler gefährdet, indem er an sie Suchtgift abgibt.

Keinesfalls geht es in der Schule jedoch darum, den Lehrer zum verlängerten Arm der Sicherheitsbehörde umzufunktionieren. Er soll dem Gestrauchelten vielmehr ein Vertrauter sein, an den sich der Schüler um Rat und Hilfe wenden kann. Abzulehnen wäre auch ein mehr oder weniger freiwilliges „Abschieben“ von einer Schule zur anderen, welches der Schule wenig nützen und dem Schüler nur schaden würde. Jene, die Hilfe benötigen, fallenzulassen, würde in vielen Fällen eine Verstärkung gerade jener Probleme bedeuten, deretwegen die betreffenden Schüler zum Suchtgift gegriffen haben. Im konkreten Fall wird es zunächst notwendig sein, in einem Kontaktgespräch zwischen Schulleiter, Arzt, Eltern und Schüler die nächsten Schritte abzustimmen. Dabei geht es weniger darum, selbständige und endgültige Entscheidungen zu treffen, sondern Schüler und Eltern dazu zu bewegen, gemeinsam eine kompetente Suchtgiftberatungsstelle aufzusuchen und über die bestehenden Betreuungseinrichtungen zu informieren. Sind der Schüler oder die Eltern zu einer solchen Vorgangsweise nicht bereit, sollten sie über die Möglichkeit einer strafgerichtlichen Verurteilung aufgeklärt werden.

Der Arzt

Stellt ein Arzt Suchtgiftmißbrauch fest, so nimmt er zugleich auch den Verdacht einer strafbaren Handlung wahr. Nach der österreichischen Strafprozeßordnung hat jedermann das Recht, strafbare Handlungen anzuzeigen. Eine Pflicht zur Anzeige betrifft im allgemeinen nur bestimmte Dienststellen und Personen.

Jeder Arzt unterliegt der Anzeigepflicht nach § 10 a des Ärztegesetzes. Danach hat ein Arzt, der in Ausübung seines Berufes Anzeichen dafür feststellt, daß der Tod oder eine schwere Körperverletzung eines Menschen durch fremdes Verschulden herbeigeführt worden ist oder daß ein Unmündiger, Jugendlicher oder Wehrloser durch Quälen oder Vernachlässigen am Körper verletzt oder an

der Gesundheit geschädigt worden ist, unverzüglich der Sicherheitsbehörde die Anzeige darüber zu erstatten.

Eine weitergehende Anzeigepflicht trifft beamtete Ärzte, zB Amts- und Schulärzte. Nehmen sie in Ausübung dieses ihres Berufes strafbare Handlungen welcher Art immer wahr, so obliegt ihnen als Amtsträger die Anzeigeerstattung nach § 84 StPO. Für die Fälle des Suchtgiftmißbrauchs brachte die Suchtgiftgesetznovelle 1980 hinsichtlich der Anzeigeerstattung allerdings gewisse Besonderheiten.

Daran, daß ein frei praktizierender Arzt nicht gezwungen ist, Fälle eines Suchtgiftmißbrauchs anzuzeigen, hat sich nichts geändert. Ein Anzeigerecht hat er zwar wie jedermann, die Anzeige eines Patienten wäre aber wohl nur dann vertretbar, wenn sie das einzige Mittel scheint, eine unheilvolle Entwicklung zu stoppen.

Hinsichtlich der beamteten Ärzte hat die Novelle keine Erweiterung, sondern in gewissem Sinn sogar eine Einschränkung der Pflicht zur Erstattung von Strafanzeigen, gebracht. Ein Schularzt, der Suchtgiftmißbrauch feststellt, hat sich nämlich, wie bereits ausgeführt, bloß mit dem Leiter der Schule ins Einvernehmen zu setzen. Ist in solchen Fällen die ärztliche Behandlung des Schülers sichergestellt, so kann die Sache sowohl vom Schularzt wie vom Schulleiter her auf sich beruhen gelassen werden. Lediglich dann, wenn das nicht der Fall ist oder die schulärztliche Untersuchung überhaupt verweigert wird, hat der Leiter der Schule — nicht der Schularzt — davon die Bezirksverwaltungsbehörde zu verständigen.

Heilen statt Strafen

Die kriminalpolitischen Neuerungen der Suchtgiftgesetznovelle 1980 finden sich in den §§ 17 ff. Nach wie vor ist Besitz und Erwerb von Suchtgiften jeder Art und auch in den kleinsten Mengen mit Gerichtsstrafe bedroht. Dieser Grundsatz soll beibehalten werden, jedoch im Sinne der bei der Österreichischen Suchtgiftenquete 1979 gewonnenen Erkenntnisse zugleich der Grundsatz „Behandlung statt Strafe“ gewahrt und sichergestellt werden, daß diese Behandlung erfolgreich sein kann. Die §§ 17 ff. ermöglichen die vorläufige Anzeigezurücklegung bzw. Einstellung des Strafverfahrens wegen unerlaubten Erwerbes oder Besitzes von bloß geringen Mengen Suchtgift für den eigenen Gebrauch unter der Voraussetzung, daß sich der Angezeigte freiwillig einer ärztlichen Behandlung oder Überwachung unterzieht oder, soweit das zweckmäßig ist, durch einen Bewährungshelfer oder eine anerkannte Einrichtung oder Vereinigung betreuen läßt. Mit dieser Möglichkeit soll besonders jungen Menschen, die nur zu oft aus Leichtsinne oder Neugierde zum Suchtgift greifen, die Chance geboten werden, das ihnen drohende

Strafübel durch die Befolgung der ihnen erteilten Auflagen abzuwenden. Auch hier handelt es sich nicht um einen grundsätzlichen und auch nicht um einen endgültigen Verzicht auf Strafbarkeit, sondern nur um einen auf Probe. Das Strafverfahren ist nämlich wieder einzuleiten oder fortzusetzen, wenn der Angezeigte innerhalb von zwei Jahren eine weitere strafbare Handlung nach dem Suchtgiftgesetz begeht oder sich der ärztlichen Behandlung oder Überwachung oder dem Einfluß des Bewährungshelfers oder der anerkannten Einrichtung oder Vereinigung beharrlich entzieht.

Wenn im Suchtgiftgesetz von der Freiwilligkeit des Suchtgiftmißbrauchenden die Rede ist, sich einer ärztlichen Behandlung oder Betreuung zu unterziehen, so muß einschränkend klargestellt werden, daß bei aller Freiwilligkeit über dem Betroffenen immer das „Damoklesschwert“ einer nachfolgenden strafgerichtlichen Verurteilung schwebt, wenn er die vom Gesetz für seine Straflosgigkeit vorausgesetzten Bedingungen nicht erfüllt. Man kann das auch als konstruktiven Zwang bezeichnen, der den Therapieerfolg zwar nicht verbessert, aber immerhin eine Fremdmotivation darstellt, damit der Betroffene in die Therapie geht. Jeder unmittelbare Zwang dagegen würde den Therapieerfolg von vornherein zunichte machen und ist daher abzulehnen. Erst die kriminalpolitischen Neuerungen der §§ 17 ff. vermitteln somit jenes Maß an Freiwilligkeit einerseits und mittelbarem Zwang andererseits, das die Willensbildung der Betroffenen im vorgelagerten Aktionsbereich der gesundheitspolitischen Neuerungen (§§ 8 bis 11) entscheidend mitbestimmt.

Wiedereingliederung in die Gesellschaft

Besonderes Gewicht kommt jenen Neuerungen zu, die den Süchtigen die Wiedereingliederung in die Gesellschaft erleichtern sollen. Dazu gehören neben der Subventionierung bestehender und noch zu schaffender privater Beratungs- und Betreuungseinrichtungen und Vereinigungen die Übernahme der Behandlungskosten der oft mittellosen Drogenabhängigen und die Beschränkung der — für die Wiedereingliederung in den Arbeitsprozeß oft ruinösen — Auskunft aus dem Strafregister bei bloß geringfügigen Verurteilungen nach dem Suchtgiftgesetz.

Für die Einschaltung der Bewährungshilfe und anerkannter Einrichtungen oder Vereinigungen in den Betreuungsprozeß sprechen die praktischen Erfahrungen beim Umgang mit Suchtgifttätern. Ausgangspunkt von Privatinitiativen ist die Erkenntnis, daß der Staat nicht alles machen kann und auch gar nicht alles machen soll. Insbesondere, wenn es sich um so vielschichtige und diffizile soziale Probleme wie den Drogenmißbrauch han-

delt. Privatinitiativen sollen in sinnvoller Kooperation mit Vereinigungen der öffentlichen Hand agieren, deren Maßnahmen ergänzen und unterstützen. Solche Institutionen haben den Vorteil, daß sie von dem Betreuten nicht als verkapptes Organ der mit der Aufklärung und Verfolgung strafbarer Handlungen befaßten staatlichen Stellen empfunden werden. Dieser Umstand erleichtert entscheidend den Aufbau eines Vertrauensverhältnisses zwischen Probanden und Betreuendem, ohne das die Arbeit des Sozialarbeiters von vornherein zum Scheitern verurteilt ist.

Zusammenarbeit und Aufklärung

Auf administrativem Gebiet wurden durch den Ausbau einer zentralen Suchtgiftüberwachungsstelle im Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz die Voraussetzungen für ein funktionstaugliches Informations- und Kontrollsystem geschaffen, das nicht nur geeignet ist, den mit der Vollziehung des Suchtgiftgesetzes befaßten Behörden die nötigen Informationen rasch zu liefern, sondern auch den sogenannten Dealern die Möglichkeit nehmen wird, sich mit Erfolg auf die Bestimmungen der §§ 17 ff. zu berufen. Auch die vom Gesundheitsausschuß befürworteten neuen und wirksameren Fahndungsmethoden haben ebenso wie die verstärkten sicherheitsbehördlichen Kontakte bei der Verbrechensbekämpfung gerade in letzter Zeit zur Aufdeckung bedeutender internationaler Händlerorganisationen geführt.

Die durch die Suchtgiftgesetznovelle 1980 eröffneten Möglichkeiten stellen zwar keine Patentlösung dar, sie sind aber sicher ein brauchbares Instrumentarium in der Hand der Verantwortlichen. Dabei sollte nicht vergessen werden, daß damit nur die Symptome, nicht aber die psychosozialen Ursachen des Suchtgiftmißbrauches bekämpft werden können. Auch bei voller Ausnutzung des Gebotenen muß vor überspannten Erwartungen ebenso wie vor Mißverständnissen gewarnt werden. So werden die von den Sicherheitsbehörden verwendeten neuen Fahndungsmethoden — wenn sie die in sie gesetzten Erwartungen erfüllen — die Kriminalstatistik belasten. Ein aus diesem Grund bewirktes Ansteigen der aufgedeckten Verbrechensfälle könnte durchaus mißverstanden und mit dem Ruf nach mehr und strengeren Strafen quittiert werden. Ein vermehrter Einsatz des Strafrechts jedoch, zu Zwecken, die es nur beschränkt zu erfüllen vermag, droht in der Regel das ganze Gesetz und seine Institutionen in Mißkredit zu bringen und würde daher einen Rückschritt bedeuten. Es geht nicht darum, Strafen abzuschaffen und durch tolerante Haltung allein zu ersetzen, sondern dem Behandlungs- und Betreuungsgedanken den Vorrang dort einzuräumen, wo er einfach wirksamer ist.

Möglichkeiten der Erkennung von Suchtmitteln

Von Dr. Gottfried Machata

Das chemische Laboratorium des Institutes für gerichtliche Medizin bearbeitet die Suchtgiftfälle aus dem Bereich Wien und Umgebung, in den auch der Flughafen Schwechat eingeschlossen ist. Für die Beurteilung von Suchtgiftdelikten ist die Gesetzeslage ausschlaggebend, wobei insbesondere auf die entsprechenden Paragraphen der Suchtgiftnovelle 1980 Rücksicht genommen werden muß. Während die gut bewährten Mengenangaben für den Begriff des „Grenzwertes“ nach § 6 des alten SGG bzw. des jetzigen § 12 SGG beibehalten werden konnten, ist durch die Einführung des Begriffes „geringe Menge“ nach § 17 SGG eine schwerwiegende Änderung erfolgt. Nochmals muß in diesem Zusammenhang bei nicht leicht quantifizierbaren Suchtgiftqualitäten auf den Begriff der „mittleren Qualität“ hingewiesen werden, wobei diese mittlere Qualität für die einzelnen Suchtgifte zu definieren und zu bestimmen ist. Ausgehend von der Einzeldosis (dies kann sowohl ein Trip als auch eine pharmazeutische Einzelgabe sein) kann unter Berücksichtigung der Gefährlichkeit der Substanz, einer voraussehbaren Anfälligkeit, Gewöhnung und der Möglichkeit einer Abhängigkeit der Begriff der „geringen Menge“ in einem gewissen Rahmen festgelegt werden.

Während bei pharmazeutischen Spezialitäten im allgemeinen genügend Zahlenmaterial über Dosierung und Wirkung vorliegt, ist dies bei natürlich vorkommenden oder halbsynthetischen Substanzen, wie Opium, Heroin oder Hanfzubereitungen, nur in gewissem Umfang möglich.

Es soll deshalb bei diesen Ausführungen das größte Gewicht auf die analytische Bewertung der vorher angeführten Substanzen gelegt werden, um eine Beurteilung bei Suchtgiftdelikten zu erleichtern. Neben der eigentlichen Untersuchung von Suchtgiften, die mit modernen chemisch-analytischen Verfahren sehr schnell und mit großer Aussagekraft vorgenommen werden kann, ist in den meisten Fällen auch der Nachweis des Mißbrauches zu führen, das heißt der Nachweis im biologischen Material. Und dies kann bei hochwirksamen Sub-

stanzen oft zu großen Schwierigkeiten führen, wenn man bedenkt, daß Konzentrationsbereiche von Mikro- und Nanogrammen zu erfassen sind. Werden derartige Untersuchungen routinemäßig bei der Überwachung Süchtiger in den Entzugstationen angewandt, so ergibt sich — bedenkt man die Kosten — zwangsläufig die Frage der Relation zum Erfolg. Sicher ist diese Frage für den Naturwissenschaftler leicht zu stellen und aus medizinischer Sicht schwer zu beantworten. Für eine Drogenstation in Amerika rechnet man für einen Süchtigen, der zur Entwöhnung etwa sechs Wochen aufgenommen wird, allein drei Personen an medizinischem Personal und Analysenkosten von 50 Dollar pro Tag für die Kontrolle in einem gesonderten Labor. Ohne Kontrolle jedoch erscheint eine Behandlung sinnlos und als eine Vergeudung öffentlicher Mittel.

Aus verschiedenen Gründen erscheint daher das Bestreben der größtmöglichen Unterbindung des Suchtgifthandels als eine primäre Forderung, die vor allem auch effektiver möglich ist als jede andere Maßnahme. Die riesigen Gewinnspannen beim illegalen Handel von Suchtgift sind immer mehr die Triebkraft für die starke Verbreitung, und auch der Detailhandel, wie zum Beispiel durch Reisende, hat eine nicht unerhebliche Bedeutung erlangt. Dazu gehört auch die Kontrolle des Suchtgiftmißbrauches, die für die Rechtsfolgen von größter Wichtigkeit ist. Damit ist das Interesse für den Nachweis sowohl in Substanz als auch in biologischem Material vorhanden. Der Öffentlichkeit muß jedoch auch deutlich gemacht werden, daß für diese analytischen Verfahren große Erfahrung, sehr teure Geräte und ein hoher Personalaufwand nötig sind, der von der Allgemeinheit zu tragen ist.

Die steigende Anzahl von Suchtgiftdelikten und Suchtgifttoten (56 im Jahre 1980) lassen erkennen, daß die Gefahr immer größer wird und rasche Maßnahmen nötig sind. Daß diesem Problem von kriminalistischer und naturwissenschaftlicher Seite allein jedoch nicht beizukommen sein wird, muß allen Verantwortlichen klar gemacht werden.

Möglichkeiten der Bekämpfung des Suchtmittelmißbrauchs aus der Sicht der Gesundheitsverwaltung

Von Dr. Rudolf Maier

Seit nunmehr 15 Jahren ist das Drogenphänomen der Jugendlichen und Heranwachsenden in Österreich bekannt. Seit dieser Zeit ist es zu einem, an Intensität wechselnden, aber letztlich stetigen

Anstieg in der zahlenmäßigen Ausbreitung dieser für uns bis dahin unbekannteren Abhängigkeitsformen gekommen. Aber schon seit Jahrtausenden haben chemische Substanzen, die die Psyche des

Menschen beeinflussen, oft bei ganzen Populationen eine nicht unbeträchtliche Bedeutung. Die gemeinsame Basis dieser Einbeziehung psychotroper Substanzen in das Leben ist die Tendenz zur Realitätsflucht. Dennoch sind die Ursachen von Abhängigkeitsprozessen mannigfaltig, was deren Erforschung wesentlich erschwert. Es ist nicht einfach, so verschiedene Komponenten, wie historische, soziologische, psychologische, medizinische, pharmakologische und auch ideologische Betrachtungsweisen, unter einen Nenner zu bringen. Hinzu kommt, daß häufig die gleiche Substanz bei verschiedenen Persönlichkeiten, unter verschiedenen äußeren Bedingungen und soziologischen Strukturen unterschiedliche Erscheinungsformen aufweisen kann. Besonders erschwerend im Hinblick geforderter Maßnahmen zur Bekämpfung des Suchtmittelmissbrauchs ist aber die Tatsache, daß eine scharfe Abgrenzung zwischen süchtigem Verhalten und dem sogenannten Normalverhalten häufig nicht möglich ist. Sogar die von der WHO erstellte Definition von Abhängigkeit gibt der Zu- und Einordnung von Abhängigkeitsprozessen breiten Spielraum.

Bei Abhängigkeit unterscheidet die WHO physische und psychische Abhängigkeit. Erstere wird definiert als das schwer bezwingbare Verlangen nach periodisch oder ständig wiederholter Einnahme der Droge, um Unlustgefühle zu verschleichen oder lustvolle Befriedigung zu erlangen, wobei versucht wird, sich die Substanz mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln zu verschaffen. Physische Abhängigkeit definiert die WHO als einen Anpassungszustand, der sich in ernststen Störungen somatischer Natur äußert, wenn die Mitteldosis vermindert, die Droge abgesetzt oder ihre Wirkung durch die Verabreichung eines spezifischen Antagonisten modifiziert wird.

Noch unübersichtlicher wird aber die Situation, wenn man auf den Unterschied zwischen Abhängigkeit und Mißbrauch hinweist, wobei Mißbrauch von der WHO als die einmalige, mehrmalige oder ständige Verwendung jeder Art von Drogen ohne medizinische Indikation bzw. in übermäßiger Dosierung definiert wird. Auch die Grenzen zwischen Mißbrauch und Abhängigkeit sind häufig fließend, dennoch erscheint die Unterscheidung im Hinblick zu ergreifender Maßnahmen nicht unwesentlich.

Die an dieser Stelle zu besprechenden Möglichkeiten der Bekämpfung der Drogenszene, die ja Abhängigkeitsformen und Mißbrauch einschließen, müssen von der eigentlichen Prävention bis zur Rehabilitation reichen, wobei die genannte Reihenfolge auch der Priorität entspricht. Dem Rechnung tragend hat man in jüngster Zeit die Ausdrücke primäre, sekundäre und tertiäre Prävention eingeführt.

Unter primärer Prävention versteht man die Verhinderung einer Erkrankung von vornherein. Zwei-

tellos ist dies der schwierigste und ungeklärteste Teil sämtlicher präventiver Maßnahmen und ist vorwiegend mit dem Schlagwort „Aufklärung“ verknüpft.

Im Rahmen der sekundären Prävention sollen durch geeignete Maßnahmen der Früherkennung und Frühbehandlung beginnende oder bestehende Erkrankungen rechtzeitig erfaßt und behandelt werden.

Bei der tertiären Prävention handelt es sich um die eigentlichen Rehabilitationsmaßnahmen, mit dem Ziel, weitere Schäden zu verhindern, die als Folge einer schon bestehenden, mehr oder weniger stark ausgeprägten Erkrankung auftreten. Die tertiäre Prävention reicht also von der akuten Versorgung bis zur Nachbetreuung.

1. Primäre Prävention:

Seit Jahren diskutieren Experten der ganzen Welt über die Möglichkeiten sinnvoller und zielführender primärer präventiver Maßnahmen, ohne daß bisher auch nur annähernd ein erfolgversprechendes Konzept erstellt werden konnte (Beispiel USA).

In Österreich wurde das Drogenproblem besonders in den letzten zwei Jahren über die Massen medialisiert und von politischen Gruppen und Massenmedien aus unterschiedlichen Gründen und vorwiegend in Form von sensationellen Berichten verwendet. In Gesprächen mit Drogenabhängigen scheint übereinstimmend die Meinung auf, daß dadurch noch nie soviel Werbung für die Drogenszene gemacht wurde als bisher. Der ständige Ruf nach Aufklärung findet auch bei zahlreichen Experten wenig Anklang. Man ist sich über die Effizienz von Aufklärung nicht im klaren, und es wird häufig die Meinung vertreten, daß diese nicht nur nichts nütze, sondern sogar schade. Unterstrichen wird das durch zahlreiche Beispiele in der Literatur. So ergab eine kanadische Studie, daß mehrmalige Unterrichtseinheiten über Drogen zwar das Wissen der Schüler um sie vergrößert, nicht jedoch Änderungen in der Einstellung zum Drogengebrauch bewirkt. Eine Schweizer Untersuchung testete die Wirksamkeit eines Vortrages gegen den Drogenmißbrauch: während vor dem Vortrag 55% der Befragten Gymnasiasten angaben, einmal eine Droge probieren zu wollen, waren es nach dem Vortrag 64%. Nur allzu leicht kann Aufklärung lediglich Neugierde erwecken oder zu Trotz- und Oppositionshaltung gegenüber der Erwachsenenwelt führen. Strafandrohung, Gleichsetzung einzelner Suchtmittel in eine Gefährlichkeitskategorie sowie der vielfach moralisierende Ton einzelner Aufklärungsaktionen werden als ungerecht empfunden.

Drogenabhängigkeit hat eine multifaktorielle Genese. Sie ist das Resultat einer gestörten Persönlichkeitsentwicklung und hat ihre Wurzeln im

gesellschaftlichen Bereich. Die familiäre Situation zeichnet sich häufig durch den frühen Verlust einer Bezugsperson, insbesondere des Vaters, aus. Ein zerrüttetes Elternhaus findet sich in der Mehrzahl der Fälle. Lediglich ein Drittel der im Anton-Proksch-Institut aufgenommenen drogenabhängigen Jugendlichen stammen aus normalen Familienverhältnissen, wobei diese wiederum oft nur scheinbar nach außen hin günstig sind. Drogenkonsum ist letztlich das Ergebnis einer langen Entwicklung und ist als eine von zahlreichen Verhaltensauffälligkeiten zu werten. Die Pubertät mit allen in ihr auftretenden Schwierigkeiten in der Findung der Identität ist dann meist der entscheidende Auslöser für eine Drogenkarriere. Eine familiäre Belastung in Form eines häufig auftretenden Alkohol- und Medikamentenmißbrauchs ist häufig in Familien von Drogenabhängigen zu finden. Die allgemeine Tablettenfreudigkeit unserer Gesellschaft kann ebenfalls schon frühzeitig ähnliche Verhaltensmuster bei unseren Jugendlichen prägen. Im Bereich der Primär-Prävention hat sich heute die Auffassung durchgesetzt, daß man gesundheitsgefährdete Verhaltensweisen, wie Nikotin-, Alkohol- und Drogenmißbrauch, nicht isoliert behandeln sollte, sondern eine integrative Betrachtungsweise, die die Gesamtlebensführung miteinschließt, im Vordergrund stehen müßte. Primär-Prävention ist demnach Gesundheitserziehung, die den Gesichtspunkt der Gesundheit und nicht den der Krankheit zum Inhalt hat.

Primär-Prävention beabsichtigt die Förderung günstiger Bedingungen für psychische und physische Gesundheit bzw. versucht, ungünstige hintanzuhalten. Sie ist gerichtet

- an den einzelnen und soll ihm Verhaltensweisen vermitteln, die es ihm ermöglichen, Probleme zu erkennen und zu bewältigen und mit Anforderungen der Umwelt kompetent umzugehen;
- an die Gesellschaft mit der Aufgabe, schädigende Bedingungen möglichst zu reduzieren, die in Familie, Schule, Arbeits- und allgemeiner Umwelt liegen und als Risikofaktoren erkannt wurden. Insofern können präventive Maßnahmen nicht allein von der Gesundheitsbehörde geleistet werden. Hier ist ein Zusammenwirken verschiedener Einrichtungen, die maßgeblich auf gesellschaftliche Bedingungen Einfluß nehmen, notwendig.

Primär-Prävention als Gesundheitserziehung schließt nicht nur das Wissen um gesundheitsgerechtes Verhalten ein, angestrebt wird die Bildung eines „Gesundheitsgewissens“. Gesundheit ist nicht nur als individuelles Glück, sondern als Wert an sich zu betrachten, der durch entsprechende Lebensführung länger seine Geltung behält und bei Verlust zu einer empfindlichen Einschränkung der Lebensbedingungen führen kann. In diesem Zusammenhang ist auch die Kehrseite des „Rechtes auf

Gesundheit“ zu diskutieren, die nicht ohne „Pflicht zur Gesundheit“ gesehen werden sollte. Gesundheit als soziale Verpflichtung, als Verantwortung des einzelnen für sich und die anderen, ist das angestrebte Bildungsziel, da heute — vorwiegend in der Jugend — die Meinung verbreitet ist: „Was ich mit meinem Körper mache, ist meine private Angelegenheit“.

Doch nicht nur individuelles Fehlverhalten führt zu Gefährdung und Krankheit, sondern im steigenden Ausmaß auch Lebens- und Umweltbedingungen. Risikofaktoren, die in psychosozialen, soziokulturellen und allgemein schädlichen Umweutursachen begründet liegen, müssen zur Kenntniss gebracht werden.

Insofern ist Primär-Prävention in erster Linie pädagogisch ausgerichtet, ihre Inhalte werden durch Erzieher, Lehrer, in Kindergarten, Schule, Jugendgruppen, Medien usw. zu vermitteln sein. Besonders aber die Eltern als erste und wichtigste Sozialisationsinstanz sind Adressaten und Vermittler. Eltern sollten über die Auswirkungen ihres Erziehungsverhaltens Bescheid wissen. Langzeitprogramme sollten nicht nur über Erziehungsfragen informieren, sondern auch Kenntnis über das eigene Konsumverhalten, das letztlich zum Suchtverhalten führen kann, vermitteln.

2. Sekundäre Prävention:

Die sekundäre Prävention — also die Früherkennung und Frühbehandlung — ist ein nicht minder schwieriger Arbeitsbereich. Mit der Materie vertraute Bezugspersonen sollten an strategisch wichtigen Punkten eingesetzt werden. Es wird daher zunächst Aufgabe der Gesundheitsverwaltung sein, solche Bezugspersonen, wie Erzieher, Lehrer, Sozialarbeiter, Ärzte, insbesondere Schul-, Militär- und Amtsärzte, aber auch Richter auszubilden, bzw. mit gezielten Informationen zu versehen. Allein wenn man die Palette von Anzeichen eines Drogenmißbrauches betrachtet, ist es verständlich, daß sie eher zu Beunruhigung und Verwirrung besorgter Eltern führen kann. Gerötete Augen, Reizhusten, Zurückziehen vom familiären Geschehen, Unkonzentriertheit, starkes Schlafbedürfnis, Durchfall und Schwitzen können bekanntlich auch andere Ursachen haben. Im Rahmen der sekundären Prävention sollten aber auch die Betroffenen selbst angesprochen und ihnen Einrichtungen zur Beratung und Betreuung im ausreichenden Maße angeboten werden.

3. Tertiäre Prävention:

Bei der tertiären Prävention geht es um die eigentliche Rehabilitation bereits Kranker, ausgehend vom körperlichen Entzug bis zur Nachbetreuung zur Vermeidung von Rückfällen. Zwar konnten für diese Bereiche in den letzten Jahren wohl am meisten Erfahrungen gesammelt werden, doch ist die Situation in Österreich nach wie vor unbe-

friedigend. Zunächst wird man mit der Tatsache konfrontiert, daß nur ein geringer Prozentsatz — man rechnet 5 bis maximal 10% — der Drogenabhängigen zu einer Entwöhnung bereit ist. Es wird also notwendig sein, Maßnahmen zur Verbesserung der Behandlungsbereitschaft zu ergreifen. Der Einsatz von „Street-workers“ hat bisher nicht die erwarteten Ergebnisse gebracht. Die Auswirkungen der Suchtgiftgesetznovelle bleiben abzuwarten. Es ist jedoch fraglich, ob der Druck, den ein Richter auf einen drogenabhängigen Delinquenten ausüben kann, indem er ihm Behandlung oder Gefängnis zur Wahl stellt, ohne freiwillige Mitarbeit der Betroffenen zu Erfolg führen wird.

Für die zur Entwöhnung motivierten Drogenabhängigen sollte ein Therapieangebot zur Verfügung stehen, das nicht mit Zwangsmaßnahmen identifiziert wird. Alle Erfahrungen haben gezeigt, daß eine erfolversprechende Rehabilitation, die auf eine absolute Drogenfreiheit ausgerichtet ist, vorwiegend durch eine stationäre Langzeittherapie erreicht werden kann. Die Vermehrung der Bettenanzahl zur Langzeittherapie wird laufend gefordert; über die tatsächlich erforderliche Anzahl dieser Betten gibt es jedoch keine Untersuchungen. Eine Zahl 200 bis 300 für die in ganz Österreich notwendigen Betten wird in diesem Zusammenhang immer genannt. Nach unseren Erkenntnissen scheint diese Zahl jedoch eher zu hoch gegriffen. Mit der seit 1. Juli 1980 in Vorderbrühl bei Mödling in Betrieb genommenen, 40 Betten umfassenden Drogenstation des Anton-Proksch-Instituts konnte zumindest bisher der Bedarf für den österreichischen Raum weitgehend abgedeckt werden. Derzeit gibt es für Patienten, die sich zu einer Langzeittherapie bereit erklären, in diesem Raum keine Wartezeiten. Lediglich für den körperlichen Entzug, der fast ausschließlich in psychiatrischen Kliniken oder psychiatrischen Krankenhäusern durchgeführt wird — was keinesfalls notwendig wäre und offensichtlich zahlreiche Drogenabhängige von dem Schritt zur Entwöhnung abhält — bestehen Engpässe. Die Einrichtung von 2 bis 3 Betten auf internen Abteilungen in Schwerpunktkrankenhäusern wäre wohl am geeignetsten, hier Abhilfe zu schaffen.

Ein vollständiges Therapieangebot soll neben der Entgiftung und Langzeitbehandlung auch eine mittelfristige Behandlungsmöglichkeit beinhalten. Eine solche, derzeit in Österreich noch nicht bestehende Einrichtung, soll für jene Patienten zur Verfügung

stehen, die sich in einer extremen psychischen und physischen Krisensituation befinden, eine Langzeittherapie jedoch ablehnen. Bei diesen Fällen wird man von der völligen Heilung — ein Vorgehen, das auch bei anderen Erkrankungen der Medizin nicht immer gefordert werden kann — absehen müssen. Die Rehabilitation kann nicht immer von irgendwelchen Idealvorstellungen ausgehen, sondern muß sich an den zu behandelnden Personen messen. In einigen wenigen Fällen wird man daher auch durch eine ambulante Therapie die soziale Integration des Drogenabhängigen und sein subjektives Wohlbefinden ohne Droge erreichen können. Diese ambulante Therapie sollte aber vorwiegend in spezialisierten Einrichtungen erfolgen. Frei praktizierende Ärzte sind an der Behandlung Suchtkranker wenig interessiert, auch fehlt es meist an der dazu erforderlichen Fachkenntnis.

In jedem ernstzunehmenden Behandlungskonzept stellt die ambulante Nachbetreuung den vielleicht wichtigsten Abschnitt dar. Ungenügende oder gar fehlende Nachbetreuung stellt den gesamten Rehabilitationserfolg in Frage. Neben Beratungsstellen sind vor allem Übergangwohnheime und Wohngemeinschaften für die Nachbetreuung am besten geeignet. Obwohl ein so wesentlicher Bestandteil in der Rehabilitation Suchtkranker, wurde die Nachbetreuung bisher von der Gesundheitsverwaltung weitgehend vernachlässigt. Hier wäre ein rasches Eingreifen erforderlich, wobei der dazu notwendige materielle Aufwand in Relation zum Erfolg eher gering ist.

Vielfach scheidet die Rehabilitation Drogenabhängiger aber nicht an den finanziellen Voraussetzungen, sondern am Mangel an qualifiziertem ausgebildetem Personal. Die Schaffung von entsprechenden Ausbildungsmöglichkeiten wäre ebenfalls Aufgabe der Gesundheitsverwaltung.

Ich habe Ihnen nun eine Reihe von Aufgabenbereichen, die in die Kompetenzen der Gesundheitsverwaltung in Zusammenhang mit der Bekämpfung des Suchtmittelmissbrauches fallen, aufgezählt. Gerade Sie als Schulärzte können aber wesentliche Beiträge zu diesem Kampf liefern, die sich von der primären bis zur tertiären Prävention erstrecken. Voraussetzung dafür ist richtige und ausreichende Information über Risiko- und Gefährdungsfaktoren, Kenntnisse über Suchtverhalten, über Behandlungseinrichtungen, Vor- und Nachsorge und Rückfallsgefährdung.

Möglichkeiten der Vorbeugung gegen Suchtmittelmissbrauch aus der Sicht des Pädagogen

Von Dr. Walter Böck

Dem Pädagogen in mir liegt der Beitrag zu einer gedeihlichen Entwicklung der Schüler am Herzen, dem langjährigen Schulpsychologen geht es um die

richtige Sicht der Problematik. Nach dem Prinzip, daß das Ganze mehr ist als die Summe seiner Teile, suche ich nicht mehr nach Ursachenketten, sondern

versuche zu erfassen, was zwischen den Menschen vorgeht. Das bringt eine neue Auffassung menschlicher Probleme (Watzlawik: Interaktion, S. 12).

Auf diesem erkenntnistheoretischen Hintergrund wollen meine Ausführungen eine gedankliche Brücke zwischen dem Arzt, dem Lehrer und den Eltern sowie den Schülern aufbauen helfen.

1. Allgemeines zum Drogenproblem in der Schule

- 1.1 Oft wird im Zusammenhang mit dem Drogenproblem zuerst nach Zahlen gefragt. Sie sind interessant, sollen aber nicht einziges Motiv für unser Bemühen sein. 1980 hat Brunmayr aufgrund einer Erhebung an 14- bis 19jährigen in Oberösterreich folgende Richtwerte ermittelt: Anhand von Kriterien zur Einstellung der jungen Menschen zum Leben und zur Umwelt können 8 bis 9% als gefährdet, dh. anfällig für Drogenkonsum angesehen werden; etwa 4% hatten schon Kontakt zu illegalen Drogen; echte Erfahrung (im Sinne mehrmaligen Konsums) dürften zirka 2% haben, und Abhängige von schweren Drogen gibt es etwa 1%. Daß sich die Schüler aller Schultypen, die Grundschule vielleicht ausgenommen, mit den Drogen als reizvollen Stoffen, aber auch mit dem Problem des Konsums und Mißbrauchs rege befassen, kommt sicher wesentlich häufiger vor, als dies viele Pädagogen wahrhaben wollen.

Was uns letztlich beunruhigt, sind nicht Zahlen, sondern das Offenbarwerden unserer ungesunden Lebenssituation.

1.2 Die Sichtweise der Drogenproblematik.

Alles bisher Gesagte einbeziehend, muß sich gerade der Pädagoge davor hüten, auf Ursachensuche in der Vergangenheit gefährdeter Jugendlicher und deren Eltern zu gehen, denn damit erhält er bestenfalls eine Erklärung, die ihm umso richtiger erscheint, je plausibler er sie findet. Helfen wird ihm dies wenig. In letzter Zeit konnte ich verstärkt feststellen, daß psychologische Erklärungen die Sichtweise der Eltern, der Lehrer, aber auch der jungen Menschen kaum mehr verändern können. Vor 20 bis 25 Jahren war dies auf diese Weise noch viel eher möglich.

„Warum“ ein Mensch tut, was er tut, muß aus dem Kontext der Beziehungen, welche er anknüpft und unterhält, beantwortet werden. Der Schwerpunkt der Betrachtung liegt nicht mehr im Individuum und seinen Eigenheiten, sondern in den habituellen und systematischen Verhaltensmustern, die im Umgang mit den Mitmenschen entstehen (Watzlawik, S. 62).

Die Wirkung der Beziehungen zwischen Persönlichkeit, sozialem Milieu und Droge wird allgemein als wichtiger Betrachtungshinweis angesehen. Wichtig ist aber auch, den Blick auf die Situation, die der Jugendliche bewältigen muß — die wir bewältigen müssen — und auf die Beziehungen, die daraus zwischen jung und alt entstehen, zu richten. Deshalb fällt es gerade der älteren Generation oft so schwer, sich beim Betrachten der Drogenproblematik „mitzusehen“.

2. Auftrag und Möglichkeiten des Lehrers

- 2.1 Vor allem soll er sich kritisch fragen, ob sein Hauptinteresse unbemerkt nicht doch zu sehr auf der Wissensebene liegt, weil er die Drogen mit ihren Wirkungen als „faszinierenden Unterrichtsstoff“ sieht und er daher zuwenig auf den pädagogischen Auftrag achtet.

Weiters soll sich der Lehrer vom Drang befreien, irgend etwas zu tun, etwa Aufklärung mit Abschreckung durch einen Vortrag, durch einen Film, das Austeilen einer Broschüre, die unterrichtsmäßige Behandlung, wenn er sich nicht vorher mit Kollegen und Fachleuten über die nötige Vor- und Nachbereitung beraten hat. Die Alternative zu solchen „Maßnahmen“ ist nicht das Totschweigen der Gefahren, sondern das Schaffen von Voraussetzungen für konkretes vorbeugendes Tun.

- 2.2 Dies erfordert den Erwerb von solidem Wissen um die Drogen und Rauschmittel sowie ihre Gefährlichkeit. Gleichzeitig ist die Reflexion der eigenen Haltung zum Konsum und Mißbrauch legaler und illegaler Drogen und die Bildung einer pädagogischen Einstellung notwendig. Untrennbar damit verknüpft ist die bewußte Erfahrung von der Sinnhaftigkeit im eigenen Leben des Pädagogen und von seinen persönlichen Werthaltungen. Nur dann kann der Lehrer den Schülern, ohne zu moralisieren, ohne sie zu manipulieren und ohne sich ständig als Vorbild hinzustellen, dabei helfen, eigene Wertvorstellungen klären und entwickeln zu können. Dieses Wirken ist in jedem Unterrichtsfach möglich.

2.3 Vorbeugungsaufgaben im einzelnen

Die Absicht, sich durch Vorbeugung das schwierigere Heilen zu ersparen, gab es zu allen Zeiten. Vorbeugungsmaßnahmen sollten auf ein explizit definiertes Ziel hin erfolgen, das anhand überprüfbarer Kriterien festgelegt ist. Ein Beitrag zur Eingrenzung des Präventionszieles ist die hierarchische Gliederung in

- primäre Prävention: sie soll das Auftreten verhindern;
- sekundäre Prävention: sie soll die Weiterentwicklung der Krise verhindern;
- tertiäre Prävention: sie soll die Folgen von Störungen verhindern.

Die Anwendung dieser drei Präventionsstufen auf die Vorbeugungsarbeit des Lehrers wäre noch weiter auszuführen:

Ziel der ersten Stufe ist es, die Gefahr, daß Schüler zu Drogen greifen, zu verringern.

Ziel der zweiten Stufe ist, den Jugendlichen mit einer problematischen (negativen) Einstellung zum Leben und mit der Tendenz, Drogen als Problemlöser bzw. Glücksbringer anzusehen, zu helfen, eine Beziehung, die von Hoffnung und Zuversicht getragen ist, aufzubauen.

Ziel der dritten Stufe ist, im Fall des dringenden Verdachts oder des erwiesenen Mißbrauchs nicht in Panik zu geraten oder zu resignieren. Vielmehr sollten die gesetzlich vorgeschriebenen Wege überlegt, eingeschlagen und die bestehenden Einrichtungen der Hilfe, zu denen ja auch der Schularzt zählt, genutzt werden.

Schließlich soll jede Aktivität vorbeugender Art im Kollegenkreis besprochen werden, damit Einzelaktionen — auch wenn sie noch so gut gemeint sind — nicht Verwirrung hervorrufen. Dem Direktor kommt eine äußerst wichtige und oft schwierige Koordinations- und Entscheidungsaufgabe zu.

Vermieden sollte auf alle Fälle das werden, was ich schon an Schulen mit bemühten Lehrern gefunden habe, daß Aktionen in den Schulen gegen den Drogenkonsum und Drogenmißbrauch mit völlig verschiedenen Zielrichtungen und methodisch oft wenig überlegt verlaufen. Wenn aber eine der Hilfen Orientierung für jeden jungen Menschen heißen soll, so muß Verwirrung vermieden werden. Diese Gleichsinnigkeit in der pädagogischen Bearbeitung der Drogenproblematik ist in meinen Augen Voraussetzung dafür, daß wir im schulischen Bereich bei der Gratwanderung des Vorbeugens das Gleichgewicht einigermaßen erhalten können.

3. Spezielle Aktivitäten zur Drogenvorbeugung in oberösterreichischen Schulen

3.1 Motive

Schon Anfang der siebziger Jahre führten die Verbreitung des „Schnüffeln“ verschiedener Substanzen und der Verdacht von Drogenkonsum bei Schülern zur Konsultation des Schulpsychologischen Dienstes. Die Zunahme der Anfragen, die Teilnahme an Enqueten und Gespräche mit Sozialarbeitern, Ärzten und Beamten der Exekutive sowie die unterschiedlichen Ansichten der Lehrer zum Drogenproblem, weiters sehr verschiedenartige Aufklärungsveranstaltungen lösten in mir Gedanken über ein Vorbeugungskonzept aus. Mir schien eine gleichsinnige Aktivität mit Langzeitwir-

kung auf der Wissens- und Einstellungsebene hinsichtlich der Drogengefährdung von Schülern vonnöten.

3.2. Das Konzept und seine Verwirklichung

Unter Mitwirkung der oben erwähnten Experten erstellten die oberösterreichischen Schulpsychologen mit Zustimmung des Herrn Landeshauptmannes Programm und Arbeitspapiere für ein zweitägiges Ausbildungsseminar. Da sich immer wieder Mißverständnisse über Rolle und Aufgaben des Beratungslehrers ergeben haben, sei klargestellt, was der Beratungslehrer nicht sein soll: nicht sogenannter Drogenschwerpunktlehrer (im Sinne eines Spezialisten), nicht sogenannter Vertrauenslehrer (jeder Schüler bestimmt den Lehrer seines Vertrauens selbst), nicht generell Informator für Schüler und nicht Therapeut für Drogenkonsumenten.

Von Mai bis Dezember 1980 wurden knapp 300 Beratungslehrer in diesen Seminaren ausgebildet, um selbst Wissen und Einstellung zur Problematik der Drogengefährdung zu erwerben und zu erarbeiten, auf welche Weise die Seminarerfahrung als Impuls an die Kollegen der eigenen Schule weitergegeben werden kann.

3.3 Rückmeldungen

Schriftliche Kurzberichte, die wir von den Beratungslehrern erbeten hatten, zeigen folgendes:

5 966 oberösterreichische Lehrer an Hauptschulen, allgemeinbildenden höheren Schulen und berufsbildenden Schulen wurden auf der Wissensebene über das Problem der Drogengefährdung und über Möglichkeiten der Vorbeugung in der Schule informiert und sehr oft zum erstenmal offiziell konfrontiert.

Interesse und Intensität des gedanklichen Engagements waren bei etwa drei Viertel der Lehrer groß. Es zeigten sich aber auch Skepsis der Bedeutsamkeit des Problems und dem pädagogischen Auftrag gegenüber. Ein kleiner Anteil der Adressaten wehrte die Befassung mit der Drogenproblematik ab. Zahlenangaben könnten hier zu Verzerrungen führen und unterbleiben daher.

640 Lehrer zeigten ihre Bereitschaft zu besonderem Engagement durch Mitarbeit an Gruppenübungen zu den Fragen des Sinnes und Wertes im persönlichen Leben und zur pädagogischen Aktivität auf der ersten Vorbeugungsstufe.

Allgemein wird der Wunsch nach Erfahrungstreffen, Weiterbildung und Unterstützung geäußert.

Die begonnene Aktivität in den Schulen Oberösterreichs soll in weiteren Impulsen fortgeführt werden, und ich bitte auch die Damen und Herren Schulärzte um ihr helfendes Wirken innerhalb der Lehrerschaft im aufgezeigten Sinne.

Unsere Jugend ist sehr undurchschaubaren Gefahren ausgesetzt, vor denen wir sie oft nicht bewahren können. Werden wir nicht müde, sie mit besten Kräften zu stärken, damit sie viele dieser Gefahren besteht.

Verwendete Literatur

- Aktion Jugendschutz, Landesarbeitsstelle Baden Württemberg (Hg.): Drogenmißbrauch.
- Brunmayr, E.: Sekten- und drogengefährdete Jugend in Oberösterreich (hgg. vom Amt der ö. Landesregierung, Jugendbetreuung); 1980.

Bundesministerium für Inneres (Hg.): Drogenmißbrauch — Hölle statt heiler Welt.

Carlhoff, H.-W.: Drogenkompendium für Lehrer und Eltern. Verlag Quelle und Meyer 1980.

Keut, W. u. Pernhaupt, G.: Suchtgift in der Schule? (hgg. von Bundespolizeidirektion Wien).

Mader, R. u. Strotzka, H.: Drogenpolitik zwischen Therapie und Strafe. Verlag Jugend und Volk.

Reicher, M.: Wie erkenne ich, daß mein Kind Kontakt zu Drogen hat? Verein KIT, Dr. Paul Lechleitner, 6200 Innsbruck, Landhaus.

Simon, S. u. Olds, S.: Familientraining. Verlag J. Pfeiffer, München 1979.

Watzlawick, P. u. Weakland, J.: Interaktion, Verlag Huber 1980.

Möglichkeiten der Bekämpfung des Suchtmittelmißbrauchs aus der Sicht der Exekutive

Von Mag. Werner Keuth

Die Bekämpfung der Suchtgiftkriminalität hat im Rahmen der polizeilichen Tätigkeiten in den vergangenen zehn Jahren immer größere Bedeutung gewonnen. Neben der Gewaltkriminalität, dem Problem der Bekämpfung des internationalen Terrorismus und der ständig wachsenden Flut der Eigentumskriminalität ist der Suchtgifthandel und -mißbrauch zu einem zentralen Aufgabenbereich der Exekutive geworden.

Die internationale Verflechtung in Verbindung mit einem organisierten Verbrechen zwingt die Polizeibehörden in den Ländern des Nahen und Mittleren Ostens, Europas und den Vereinigten Staaten zu einer intensiven Zusammenarbeit, zu ständigem Informationsaustausch und nicht zuletzt zur Anwendung unkonventioneller Vorgangsweisen bei der Bekämpfung dieser weltumspannenden Kriminalitätsform.

Hiebei gehen die Maßnahmen der Behörden in mehrere Richtungen. Polizei, Gendarmerie und Zollbehörden sind bemüht, alle zielführenden Maßnahmen zu setzen, den Zustrom von Suchtgiften in das Inland nach Kräften zu unterbinden.

Gleichzeitig ist es aber Aufgabe der Exekutive, durch ständige Überwachungsmaßnahmen eine Beunruhigung und Verunsicherung der örtlichen Szene zu erreichen und eine Kontrolle über eine möglichst große Zahl von Suchtgiftkonsumenten aufrecht zu erhalten. Wie bereits in den abgehaltenen Referaten ausgeführt wurde, macht sich auch der Besitzer, Hersteller oder Importeur geringer Mengen Suchtgiftes grundsätzlich strafbar.

Die folgende Darstellung der Entwicklung der Suchtgiftkriminalität in Österreich ist aber in engem Konnex mit der internationalen Lage zu beurteilen.

Die Zahl der in Österreich nach dem Suchtgiftgesetz angezeigten Personen steigt seit 1976 laufend an. Waren es 1976 2 211 Personen, welche zur Anzeige gelangten, so stieg diese Zahl 1977 auf 2 409, 1978 auf 2 981 und 1979 auf 3 326. 1980 waren es rund 4 900. Dies entspricht einer Steigerungsrate von 47%. Hievon wurden 22% der Verdächtigen wegen Verbrechenstatbestandes (Suchtgifthandel in größerer Menge) und 78% wegen Vergehenstatbeständen (Besitz, Erwerb, Herstellung oder Handel mit geringer Menge) zur Anzeige gebracht. Die Steigerungsraten schwankten zwischen 7% und 175% innerhalb der einzelnen Bundesländer. Diese verschiedenen hohen Steigerungsraten sind jedoch im wesentlichen auf personelle Maßnahmen innerhalb der örtlichen Organisationseinheiten zurückzuführen.

Eine soziologische Schichtung der Täterschaft ist kaum mehr möglich. Auffallend ist jedoch, daß rund 51% der Angezeigten im Jahre 1979 keiner Beschäftigung nachgingen.

Die Zahl der ausländischen Straftäter schwankt naturgemäß, sie liegt jedoch im Schnitt bei 7,5%. Mehr als 51% der ausländischen Straftäter hatten jedoch den Tatbestand des Verbrechens gegen die Volksgesundheit zu verantworten, wohingegen bei den Inländern lediglich 18% bzw. 22% (1979 bzw. 1980) ein solches Verbrechen zu verantworten hat-

ten. 1979 waren 16,6% Jugendliche (14 bis 18 Jahre) 23,2% im Alter zwischen 18 und 20 Jahren, 42,6% im Alter zwischen 20 und 25 Jahren, 16,3% im Alter zwischen 25 und 40 Jahren und 1,3% im Alter über 40 Jahren.

Wie schon in den Jahren zuvor erfolgte die überwiegende Zahl der Anzeigen wegen Mißbrauches von Cannabisprodukten, gefolgt von den Opiaten, hier insbesondere Heroin. An dritter Stelle folgen LSD, Medikamente und Kokain.

Auch international gesehen werden die Cannabisprodukte in den weitaus größten Mengen gehandelt und geschmuggelt. Cannabiskraut (Marihuana, Gras) gelangt vorwiegend aus den zentralafrikanischen Gebieten nach Europa. Daneben wird aber immer wieder Marihuana aus Kolumbien und Jamaika in großen Mengen in die USA verfrachtet und gelangt von dort auf dem Luftwege nach Mitteleuropa. Großtransporte erfolgen in der Regel auf dem Seewege. Informationen der US-Behörden zufolge, ist eine Kontrolle des Zustromes aus diesen Ländern kaum möglich, dennoch werden an der Südküste der USA monatlich mehr als 100 Tonnen Cannabiskraut sichergestellt. Allein im letzten Quartal 1980 wurden zB in Brüssel in einer Luftfracht aus Zaire 700 kg Marihuana und in Großbritannien an Bord eines Schiffes aus Lagos 1 175 kg sichergestellt. In Österreich wurden 1979 rund 953 kg und im Jahr 1980 zirka 142,5 kg Cannabiskraut sichergestellt. In der BRD waren es 1980 rund 46 kg.

Cannabisharz gelangt vorwiegend aus Afghanistan, Pakistan, Nepal und Indien, dem Libanon, der Türkei und Marokko nach Europa. Neben der BRD stellt Dänemark ein bevorzugtes Absatzgebiet dar. In Österreich wird das Cannabisharz (Haschisch) im wesentlichen auf der Landroute in Großtransporten oder in geringerer Menge auf dem Luftwege importiert. Bei uns wurden 1979 rund 1,5 Tonnen dieses Produktes sichergestellt. 1980 waren es lediglich 217 kg, hingegen in der BRD 1 240 kg. Der Rückgang der Sicherstellungen in Österreich ist zweifellos auf die Erfolge des Vorjahres, die daraus resultierende Verlagerung der Landroute und entsprechende scharfe Grenzkontrollen zurückzuführen, welche es der Täterschaft ratsam scheinen ließen, Großtransporte nicht mehr über Österreich zu senden. Der Rückgang der sichergestellten Cannabisharzmengen läßt jedoch keinesfalls den Schluß zu, daß der Konsum von Haschisch nachgelassen hätte.

Beim Cannabiskonzentrat liegt Österreich bei der Zahl der Sicherstellungen mit der BRD gleichauf. In Österreich wurden 1980 45,5 kg, in der BRD 44,8 kg sichergestellt. Das sogenannte Haschischöl kommt aus den gleichen Ländern wie das Cannabisharz und ist im übrigen die einzig bekannte Methode, durch welche eine fabrikmäßig hergestellte Zigarette zum Joint umfunktioniert wer-

den kann. Der Handel mit Cannabisprodukten stellt für die internationale Täterschaft aufgrund der hohen Gewinnspannen ein durchaus interessantes Geschäft dar, wenn man in Kalkulation zieht, daß zB Cannabiskraut in Afrika um 50 S pro Kilogramm gekauft und zu einem Preis von bis zu 20 000 S pro Kilogramm in Österreich abgesetzt werden kann. Cannabisharz kostet im Einkauf zwischen 750 und 6 000 S pro Kilogramm und erbringt beim Verkauf einen Erlös von 28 000 bis 40 000 S.

Einige Worte zum Problem Cannabis als Einstiegsdroge: Obwohl rein pharmakologisch eine Einstiegswirkung der Cannabisprodukte nicht nachweisbar ist, gibt es statistisch gesehen kaum einen Hartdrogenkonsumenten, der nicht zu Anfang seiner Karriere Cannabisprodukte konsumiert hätte.

Interessant scheint auch die prozentuelle Verteilung der wegen Konsums von Cannabisprodukten bzw. Heroin angezeigten Personen bezogen auf ihr Lebensalter:

Alter	14—18	18—20	20—25	25—40	40—
Cannabis	77,76	53,71	45,69	38,07	2,63
Heroin	9,91	16,41	23,91	27,13	2,63

Aus der obigen Aufstellung scheint hervorzugehen, daß zwar ein großer Teil der jugendlichen Cannabiskonsumenten im Verlaufe ihres weiteren Lebens aus der Drogenszene aussteigen dürfte. Wie groß aber der Prozentsatz jener Personen ist, die in der Folge zu Opiaten (Heroin) umsteigen, kann nicht abgeschätzt werden.

Im Bereiche der Opiate kann seit Jahren festgestellt werden, daß zunehmend mehr Opiate, insbesondere aber Heroin in unser Land gebracht und auch hier konsumiert werden. Österreich ist von einem überwiegenden Transitland zu einem nicht unbedeutenden Konsumentenland geworden. Besonders alarmierend ist der Umstand, daß immer mehr jugendliche Einsteiger ohne vorherige Haschischerfahrung Heroin konsumieren. Die wesentlichsten Herkunftsländer für die Opiate sind Iran, Pakistan, Afghanistan, die Länder des sogenannten „Goldenen Dreiecks“ Laos, Burma, Thailand und letztlich Mexiko. Die Türkei und der Libanon sind in diesem Zusammenhang nicht mehr von jener Bedeutung, welche sie in früheren Jahren hatten.

In diesem Zusammenhang scheint eine Aktivität der Vereinten Nationen von besonderer Bedeutung, welche auf dem Gedanken basierte, in der Türkei die illegale Mohnproduktion aufzukaufen. Dies führte zunächst zu einer Vergrößerung der Anbauflächen, und es war daher notwendig, landwirtschaftliche Umschulungsprogramme einzuführen. In der Türkei waren diese Programme erfolgreich; es werden gleichartige Projekte auch in anderen asiatischen Ländern durchgeführt. Ob und

wann diese zu einem Erfolg führen, kann derzeit nicht abgeschätzt werden. Die besondere Schwierigkeit liegt insbesondere darin, daß die Opiumanbaugebiete in schwer zugänglichen Gebieten der genannten Länder, zum Teil in grenznahen Räumen gelegen sind. Es handelt sich um Stammesfürstentümer, die der Zentralmacht kaum zugänglich sind, und der Opiumanbau ist dort seit Jahrhunderten Tradition.

Nicht zuletzt deswegen, weil der Schlafmohn dreimal wirtschaftlich verwertet werden kann, sind auch merkantile Überlegungen der Produzenten zu beachten. Bei der Opiumgewinnung verbleibt die Mohnkapsel auf dem Halm, sodaß nach der Opiumgewinnung der Mohn gedroschen und zu Fett verarbeitet neuerlich ein gewisses Einkommen ermöglicht. Das verbleibende Mohnstroh enthält noch geringe Mengen Morphin und kann neuerlich verwertet werden. Auch in Österreich gehört es zu bekannten Praktiken von Süchtigen, frei erwerbliches Mohnstroh auszukochen und den so gewonnenen Opiumtee zu injizieren.

Österreich liegt an der klassischen Südostroute, welche von Iran, Pakistan, Afghanistan ausgehend über die Türkei durch Bulgarien oder Griechenland nach Jugoslawien führt und hier an unsere Südgrenze stößt. Eine bedeutende Nebenlinie führt allerdings nach Italien. Daneben gibt es auch eine sogenannte Nordostroute, dh. daß es üblich ist, mit Schmuggelware per Flugzeug nach Moskau zu reisen, um von dort eventuell auch über Ungarn oder die ČSSR nach Österreich einzureisen.

Österreich wird zu mehr als 90% mit Heroin aus dem nah- und mittelöstlichen Bereich versorgt. Die Länder des „Goldenen Dreiecks“ sind derzeit von geringerer Bedeutung, doch lassen hervorragende Ernten von Opiummohn in diesen Gebieten erwarten, daß aus diesen Ländern in der nächsten Zeit wieder größere Heroinmengen nach Europa gebracht werden. Die Bedeutung der Länder Iran, Pakistan, Afghanistan für die Heroinproduktion ergibt sich schon aus dem Umstand, daß die geschätzte illegale Opiumproduktion des Jahres 1979 mit 1 700 Tonnen beziffert wurde. Geheime Heroinlabors arbeiten aber nicht nur in diesen Ländern, der Türkei und dem Libanon, sondern auch in Süd-, Mittel- und Norditalien und Südfrankreich. In diesem Zusammenhang scheint auch die 1980 an der Grenzstelle Gradina/Dimitrovgrad sichergestellte Menge von rund 350 kg Heroin von besonderer Bedeutung.

Bekanntlich handelt es sich bei Essigsäureanhydrid um ein wesentliches Produkt zur Herstellung von Heroin. Die geschätzte Weltproduktion liegt bei 1,5 Millionen Tonnen, und es wird geschätzt, daß etwa 1% dieser Menge in die illegale Heroinproduktion fließt. Durch Kennzeichnung des Essigsäureanhydrids wird nun versucht, die gehei-

men Wege dieser Substanz zu den Labors zu verfolgen. Man hofft damit, wesentliche Erkenntnisse zur Aushebung dieser Labors zu gewinnen. Intensive Grenzkontrollen in allen betroffenen Ländern und die Einführung eines allgemeinen Visumzwanges für türkische Staatsbürger, welche bisher den Handel mit Opiaten in ihren Händen hatten, führten bereits zu einer Verlagerung der Suchtgiftrouten. Auch Österreich versucht, durch fliegende Einsatzgruppen, welche aus Zoll- und Polizeiorganen bestehen, zu einer ständigen Verunsicherung der Händler beizutragen. Dennoch ist die Zunahme der Heroinsicherstellungsmengen in den letzten Jahren auffallend: 1979 waren es 10 kg, 1980 12,6 kg, 1981 bis rund 30 kg.

Wie schon zu Anfang gesagt, ist die ständige Kontrolle über einschlägige Lokale, welche als Treffpunkte für Süchtige und Händler fungieren, von besonderer Bedeutung. Es werden im wesentlichen zwei Methoden zur Bekämpfung dieser Suchtgifttreffpunkte gewählt:

1. Razzien durch uniformierte Beamte unter Einsatz von Suchtgiftspürhunden;
2. Kriminalbeamtenstreifen durch Beamte in Zivil, bei welchen das Schwergewicht liegen sollte.

Der Einsatz von Suchtgiftspürhunden ist insbesondere auch ein wesentliches Mittel der Bekämpfung des Suchtgifthandels an den Grenzen und am Flughafen.

Darüber hinaus verfügt Österreich nunmehr auch über eine Gruppe von verdeckten Erhebungsbeamten, welche durch Anwendung besonderer Erhebungsmethoden Erkenntnisse über die Konstruktion einer örtlichen Szene, aber auch über international auffällige Suchtgifthändler, Suchtgiftrouten usw. gewinnen können.

Da der Konsument von Suchtgiften einen zum Teil beachtlichen Geldbedarf aufweist, liegt es nahe, daß Abhängige zu verschiedenen Formen der Kriminalität greifen, um sich in den Besitz von Suchtgiften oder Barmitteln zu setzen. Wir unterscheiden die Formen der direkten und indirekten Beschaffungskriminalität und die sogenannte Folgekriminalität. Unter direkter Beschaffungskriminalität versteht man Einbruchsdiebstähle in Apotheken, den Diebstahl von Rezepten und Rezeptfälschungen, aber auch (in den letzten Jahren zunehmend) Gewaltkriminalität unter Süchtigen zur Beschaffung von Suchtgiften. Bei den Delikten der indirekten Beschaffungskriminalität steht die Prostitution, die Ausübung der gewerbsmäßigen gleichgeschlechtlichen Unzucht und alle Formen von Eigentumsdelikten wie Familiendiebstahl, Ladendiebstahl, Scheck- und Kreditbetrug und anderes im Vordergrund.

Zusammenfassend muß gesagt werden, daß seitens der Exekutive alle Anstrengungen unternom-

men werden, um durch die oben dargestellten Maßnahmen und Methoden den Zustrom und die Ausbreitung von Suchtgiften, soweit dies möglich ist, zu verhindern. Es ist aber klar, daß in einem liberalen, demokratischen System etwa Grenzkontrollen und andere Maßnahmen nur unter Wahrung unserer Rechtsgrundsätze durchgeführt werden können. Von Bedeutung ist der Umstand, daß Österreich als Fremdenverkehrsland jährlich rund 200 Millionen Grenzübertritte zu verzeichnen hat.

Man muß sich auch darüber im klaren sein, daß mit dem Mittel der Repression allein einem so vielschichtigen Problem, wie dem Mißbrauch von Suchtgiften, nicht beikommen werden kann. Nur wenn sich alle maßgeblichen Institutionen in einer Kette von Vorbeugung und Beratung, Eindämmung des Zustromes und Behinderung der Weitergabe von Suchtgift und Angebot entsprechender therapeutischer Einrichtungen zur Heilung vereinigen, besteht die Aussicht zum Erfolg.

Anhang

Von den Sicherheitsbehörden nach dem Suchtgiftgesetz zur Anzeige gebrachte Personen

Bundesländer	1978	1979	Zu- bzw. Abnahme a) total b) in Prozenten
Burgenland	195	201	a) + 6 b) + 3
Kärnten	201	316	a) + 115 b) + 57,2
Niederösterreich	361	312	a) - 49 b) - 13,6
Oberösterreich	529	627	a) + 98 b) + 18,59
Salzburg	280	285	a) + 5 b) + 1,8
Steiermark	242	221	a) - 21 b) - 9,5
Tirol	207	156	a) - 51 b) - 24,6
Vorarlberg	111	203	a) + 92 b) + 82,9
Wien	855	1 005	a) + 150 b) + 14,9
Gesamt	2 981	3 326	a) + 345 b) + 11,57

Aufgliederung in den Bundesländern (Altersgruppen Männer, Frauen, Gesamt)

Bundesland	14—18 Jahre			18—20 Jahre			20—25 Jahre			25—40 Jahre			über 40 Jahre			Männl. Ges.	Weibl. Ges.	Ges.
	m	w	Ges.	m	w	Ges.	m	w	Ges.	m	w	Ges.	m	w	Ges.			
Burgenland	30	12	42	35	7	42	83	8	91	21	3	24	2	0	2	171	30	201
Kärnten	47	25	72	91	8	99	102	11	113	28	3	31	1	0	1	269	47	316
Niederösterreich	56	18	74	72	11	83	103	9	112	35	6	41	2	0	2	268	44	312
Oberösterreich	77	26	103	98	36	134	260	36	296	84	6	90	3	1	4	522	105	627
Salzburg	19	20	39	62	16	78	105	13	118	34	3	37	12	1	13	232	53	285
Steiermark	20	9	29	31	10	41	88	12	100	42	5	47	3	1	4	184	37	221
Tirol	17	5	22	33	9	42	66	8	74	18	0	18	0	0	0	134	22	156
Vorarlberg	30	9	39	50	5	55	84	10	94	13	2	15	0	0	0	177	26	203
Wien	75	56	131	156	43	199	345	73	418	211	28	239	14	4	18	801	204	1 005
Gesamt	371	180	551	628	145	773	1 236	180	1 416	486	56	542	37	7	44	2 758	568	3 326
	16,6%			23,2%			42,6%			16,3%			1,3%					

Anwendung des Suchtgiftgesetzes in der Strafgerichtsbarkeit

Von Dr. Adolf Korsche

1. Einleitung

Als mit der Führung des Sonderreferates für Suchtgiftstrafsachen bei der Staatsanwaltschaft Wien seit neun Jahren befaßter Staatsanwalt werde ich über die „Anwendung des Suchtgiftgesetzes in der Strafgerichtsbarkeit“ referieren. Da ich mit Tätern befaßt bin, die schon älter als 18 Jahre alt sind, werde ich mich mit den Besonderheiten der Strafgerichtsbarkeit in Jugendstrafsachen (14- bis 18jährige Täter) nicht auseinandersetzen. Auch spezifische Probleme der Schulärzte werden nicht Gegenstand meines Referates sein. Ich hoffe jedoch, daß trotzdem eine kurze Beleuchtung der Tätigkeit und Probleme eines Staatsanwaltes in Suchtgiftstrafsachen auch für Sie von Interesse und Bedeutung ist.

2. Gesetzliche Grundlagen zur Bekämpfung der Suchtgiftkriminalität

- 2.1. Die wichtigste Grundlage zur strafgerichtlichen Ahndung der Suchtgiftkriminalität im engeren Sinne stellt das Suchtgiftgesetz (SGG) 1951, BGBl. 234, in der Fassung der Suchtgiftgesetznovellen 1971, BGBl. 271, des Strafrechtsanpassungsgesetzes 1974, BGBl. 422, sowie der Suchtgiftgesetznovellen 1977, BGBl. 1978/532, und 1980, BGBl. 319, dar. Gerichtlich strafbare Tatbestände sind nach den §§ 12, 13 und 16 des SGG gegeben. Nach § 12 SGG wird die schwerste Erscheinungsform der Suchtgiftkriminalität, nämlich die Einfuhr, Ausfuhr oder die Inverkehrsetzung großer Suchtgiftmengen pönalisiert.

§ 12 (1) SGG: „Wer vorsätzlich den bestehenden Vorschriften zuwider ein Suchtgift in solchen Mengen erzeugt, einführt, ausführt oder in Verkehr setzt, daß daraus in größerer Ausdehnung eine Gefahr für das Leben oder die Gesundheit von Menschen entstehen kann... wird mit Freiheitsstrafen von einem bis fünf Jahren, bei erschwerenden Umständen aber... mit Freiheitsstrafe bis zu zehn Jahren bestraft.“

Nach diesen Gesetzesbestimmungen werden also diejenigen Personen bestraft, die größere Suchtgiftmengen nach Österreich einführen (oder ausführen) oder in Verkehr setzen. Zur Erfüllung dieses Tatbestandes muß in objektiver Richtung dem Täter eine so große Suchtgiftmenge anzulasten sein, daß daraus „in größerer Ausdehnung eine Gefahr für das Leben oder die Gesundheit von Menschen entstehen kann“, dh. dem Täter muß nachweisbar sein, eine solche große Suchtgiftmenge eingeführt, ausgeführt, weitergegeben bzw. dies versucht

zu haben (objektive Komponente). Darüber hinaus muß dieser Umstand vom Vorsatz des Täters umfaßt sein (subjektive Komponente).

Der Eintritt eines Schadens oder eine konkrete Gefährdung eines oder mehrerer Personen ist nicht vorausgesetzt, es handelt sich um ein sogenanntes „abstraktes Gefährdungsdelikt“. Nicht erforderlich für die Tatbildmäßigkeit ist der Umstand, daß der Täter in gewinnstüchtiger Absicht handelt. Immer wieder bereitet in der strafgerichtlichen Praxis die Frage Schwierigkeiten, wann eine nach § 12 SGG relevante Suchtgiftmenge vorliegt, mit anderen Worten, bei welcher Suchtgiftmenge nun die untere Grenzmenge zur Annahme dieses Tatbestandes anzusetzen ist. Hierzu ist auf eine erst vor kurzem in Richterzeitung 1981, Nummer 3 veröffentlichte Publikation der Univ.-Prof. Machata und Maurer „Mengenstufen von Suchtgift nach der Suchtgiftgesetznovelle 1980“ zu verweisen. Univ.-Prof. Maurer hat schon im Jahre 1973 zu diesem Thema in der gleichen Zeitschrift (Seite 43) eine Publikation veröffentlicht. Da seinerzeit die strafgerichtliche Praxis die von Maurer angenommenen Grenzwerte nahezu lückenlos übernommen hat, ist anzunehmen, daß dies auch hinsichtlich der nunmehr von Machata und Maurer errechneten Grenzwerte der Fall sein wird. Danach betragen zum Beispiel die unteren Grenzmengen bei Suchtgiften mittlerer Qualität:

Morphin 1,5 Gramm
 Heroin 0,3 Gramm
 Codein 7,5 Gramm
 LSD 0,01 Gramm
 Cocain 10 Gramm
 Cannabiskraut (0,2% THC Gehalt) 1 000 Gramm
 Cannabiskraut (2% THC Gehalt) 100 Gramm
 LSD Trips zirka 100 Trips.

In diesem Zusammenhang ist darauf zu verweisen, daß die seit 1. Oktober 1979 auch als Suchtgifte zu behandelnden Mittel Fortral und Captagon bisher in der strafgerichtlichen Praxis in Richtung § 12 SGG keine Rolle gespielt haben. Aus dieser Aufstellung können Sie unter anderem auch die Gefährlichkeit der sogenannten „harten Drogen“ erkennen — so wird strafrechtlich eine Menge von zirka 100 g Cannabisharz (Haschisch) ihrer Gefährlichkeit nach einer Menge von zirka 0,3 g Heroin gleichgesetzt.

Das Delikt nach § 12 (1) SGG ist — wie erwähnt — mit einer Strafe von einem bis fünf Jahren, bei erschwerenden Umständen mit

Freiheitsstrafe bis zu zehn Jahren bedroht. Nebenbei kann das Gericht auch eine Geldstrafe verhängen, die sichergestellten Suchtgifte und Erlöse sind für verfallen zu erklären. In prozessualer Hinsicht ist zu erwähnen, daß eine Anklage nach § 12 SGG immer vor einem Gerichtshof (Landesgericht, Kreisgericht, Jugendgerichtshof) in Form eines Schöffengerichtes verhandelt wird.

Wird die Bestimmung des § 12 (1) SGG zur Bestrafung der sogenannten schweren Suchtgiftkriminalität (Händler, Transporteure usw.) herangezogen, wird die minderschwere Suchtgiftkriminalität (Suchtgiftkonsum, Weitergabe geringer Suchtgiftmengen) nach der Bestimmung des § 16 SGG geahndet.

Nach § 16 (1) SGG wird ua. der unberechtigte Erwerb und Besitz von Suchtgiften, die unberechtigte Weitergabe von Suchtgiften an andere Personen und die Weitergabe von Suchtgiften durch Ärzte an andere Personen ohne medizinische Indikation bestraft. Das Vergehen nach § 16 (1) SGG ist subsidiär zu dem Tatbestand des § 12 (1) SGG, dh. § 16 (1) SGG kommt in den Fällen nicht zur Anwendung, in denen § 12 (1) SGG zur Anwendung kommt. Wer zum Beispiel Suchtgift in so großen Mengen erwirbt und weitergibt, bzw. dies versucht, daß eine Gemeingefahr nach § 12 (1) SGG gegeben ist, wird wegen dieses Sachverhaltes § 12 (1) SGG und nicht zusätzlich auch noch § 16 SGG zu verantworten haben. Nach § 16 (1) SGG wird sohin in der Regel der Suchtgiftkonsument bestraft, der unberechtigt für seinen Bedarf Suchtgift erwirbt und allenfalls geringe Suchtgiftmengen an andere Personen weitergibt. Dieser Vergehenstatbestand ist mit Freiheitsstrafe bis zu 6 Monaten oder einer Geldstrafe bedroht, das diesbezügliche Strafverfahren wird vor dem Bezirksgericht durchgeführt. Unter gewissen Voraussetzungen — gewerbsmäßige Begehung; Überlassen von Suchtgiften durch Personen, die älter als 21 Jahre sind, an Personen, die jünger als 21 Jahre sind; Eintritt von Verletzungs- oder Todesfolgen durch Suchtgiftweitergabe — kann eine höhere Freiheitsstrafe verhängt werden, in diesem Fall obliegt die Durchführung des Strafverfahrens wieder dem Gerichtshof. Zur Abgrenzung der erwähnten Tatbestände nach § 12 (1) SGG und § 16 (1) SGG in der Praxis wird zunächst auf die Menge an Suchtgiften abzustellen sein, die der Täter zu verantworten hat (Prüfung, ob Grenzmenge nach § 12 SGG erreicht ist — andernfalls nur § 16 SGG), darüber hinaus ist subjektiv zu prüfen, ob dem Täter ein Gefährdungsvorsatz nach § 12 SGG anzulasten ist (Prüfung der subjektiven Tatseite — verneinendenfalls nur § 16 SGG). Sind also im Einzelfall nicht

die objektiven und subjektiven Tatbestandsmerkmale nach § 12 SGG gegeben, wird dem Täter nur das mit geringerer Strafe bedrohte Vergehen nach § 16 SGG anzulasten sein. Zur Veranschaulichung ein Beispiel aus der Praxis: A. führt aus dem Ausland 500 Gramm Haschisch nach Österreich ein und wird im Inland mit dieser Suchtgiftmenge betreten. A. behauptet unwiderlegbar, er habe sich mit diesem Suchtgift einen Vorrat nur für sich selbst für einige Zeit schaffen wollen, er habe an niemand anderen davon etwas weitergegeben und dies auch nie beabsichtigt. In diesem Fall wird der Täter wohl nur § 16 (1) Ziffer 2 SGG zu verantworten haben — das Verbrechen nach § 12 SGG wird ihm nicht anzulasten sein, da er diesen Tatbestand nur in objektiver Richtung (siehe oben: Grenzmenge 100 g), nicht aber in subjektiver Richtung (kein Gefährdungsvorsatz!) erfüllt hat.

Unter gewissen Voraussetzungen kann der Täter, der nur gegen § 16 (1) Ziffer 2 SGG und keine andere Bestimmung des SGG verstoßen hat, gemäß §§ 17 ff SGG straflos sein. Mit dieser, die Tendenz „Heilen statt Strafen“ zum Ausdruck bringenden Bestimmung hat sich schon der Vortragende aus dem Bundesministerium für Justiz eingehend befaßt.

- 2.2. Die strafgerichtliche Praxis hat sich auch mit Delikten zu befassen, die zwar nicht als strafbare Handlungen nach dem SGG, sondern als allgemeine, nach dem StGB strafbare Handlungen anzusehen sind, jedoch mit der Rauschgiftsucht in unmittelbarem und direktem Zusammenhang stehen — man spricht in diesem Zusammenhang von der „Beschaffungskriminalität“, der „Begleitkriminalität“ und der „Folgekriminalität“.

Zur erstgenannten Deliktsgruppe sind gerichtlich strafbare Handlungen zu zählen, die begangen werden, um sich direkt unberechtigt Suchtgifte zu beschaffen: Einbruchsdiebstähle in Apotheken, Fälschung ärztlicher Suchtgiftrezepte, Diebstahl oder Raub von Drogen. Die Anzahl dieser Delikte hängt davon ab, wie leicht (oder schwer) es den betreffenden Personen ist, sich auf andere Weise Suchtgifte am illegalen Markt zu beschaffen. Ist der Markt gesättigt — dh. sind Suchtgifte am illegalen Markt leicht und in ausreichendem Maße zu erwerben — sinkt die Anzahl der geschilderten allgemeinen Delikte und umgekehrt. Im Raume Wien ist zB. derzeit der illegale Suchtgiftmarkt — bedauerlicherweise — so gut bestückt, daß dadurch die Anzahl der geschilderten zur Suchtgiftbeschaffungskriminalität zu zählenden Straftaten rückläufig ist. Zum Teil aber ist die Ursache dieser Tendenz auch darin zu erblicken, daß durch diverse Vorkehrungen durch Gesetze und Verordnungen

(besonderer Schutz der in Apotheken usw. verwahrten Suchtgifte; Sondervorschriften für Suchtgiftrezepte) die Begehung solcher Delikte erschwert wurde. In diesem Zusammenhang ist auf eine festzustellende Brutalisierung der Beschaffungskriminalität zu verweisen, so ist ein bestürzendes Ansteigen von Raubüberfällen durch Süchtige auf andere Süchtige in der Absicht, Suchtgifte oder Geld zu rauben, festzustellen, vor einiger Zeit wurde in dieser Absicht in Wien sogar ein Mord verübt. Die Behandlung solcher Delikte in der strafgerichtlichen Praxis wird oft dadurch erschwert, daß die Opfer solcher Delikte meist selbst rauschgiftsüchtig und nicht sonderlich daran interessiert sind, die Behörden bei der Sachverhaltsfeststellung zu unterstützen, da sie ja selbst eine Verfolgung wegen ihres Suchtgiftkonsums befürchten müssen. Zur „Suchtgiftbegleitkriminalität“ zählen vor allem Eigentumsdelikte, die in der Absicht begangen werden, sich Geld zu verschaffen, um damit illegal Suchtgifte zu erwerben. Aus der Praxis sind in diesem Zusammenhang Diebstähle jedweder Art (Ladendiebstähle, Diebstähle zum Nachteil von Verwandten und Bekannten usw.) und sehr häufig Scheckbetrügereien festzustellen — suchtgiftabhängige Personen zeigen sich in auffallend großer Zahl sehr gewandt bei Fälschung von Urkunden (Rezepte, Schecks usw.).

Eine geringe, aber doch nicht zu unterschätzende Rolle spielen Delikte, die unter starkem Suchtgifteinfluß (Drogenrausch) begangen werden („Folgekriminalität“). Zu dieser Deliktsgruppe werden auf den ersten Blick als sinnlose Handlungen anzusehende Gewaltanriffe auf wildfremde Personen auf offener Straße usw. zu zählen sein.

Alle diese zur Beschaffungs-, Begleit- und Folgekriminalität zu zählenden strafbaren Handlungen werden nach dem jeweiligen Tatbestand des StGB von den Gerichten geahndet. Abschließend ist in diesem Zusammenhang auch auf eine von den jeweiligen Tätern als besondere Unbilligkeit empfundene Erscheinung der Strafgerichtspraxis zu verweisen — unter gewissen Voraussetzungen wird nämlich der Täter, der Suchtgifte illegal nach Österreich einführt, nicht nur deshalb nach dem SGG, sondern zusätzlich noch wegen Schmuggel nach dem FinStrG bestraft, da er eine eingangsabgabepflichtige Ware (nämlich das eingeführte Suchtgift) bei der Einreise nach Österreich nicht entsprechend zollrechtlich deklariert hat.

- 2.3. Die Frage nach den Gründen der Straffälligkeit entspricht der nach dem Grund, warum eine Person suchtgiftabhängig wird. Diese Frage zu beantworten fällt primär nicht in das

Gebiet des Strafrechtes, sondern in das der Psychologen und Ärzte, und es bestehen meines Wissens keine sicheren Kriterien zur Beantwortung dieser Frage. Die praktischen Erfahrungen bei Ausübung meines Berufes haben ergeben, daß die wegen Verstoß gegen das SGG angeklagten Personen die Frage nach dem ersten Anlaß ihres Suchtgiftkonsums meist mit „aus Neugierde, ich wollte wissen, wie dies ist“ beantworten. Offenbar können alle gut gemeinten Aufklärungsaktionen über die Gefährlichkeit der Suchtgifte nicht verhindern, daß Jugendliche aus „Neugierde“ sich dem Suchtgift zuwenden. Nach meinen Erfahrungen erscheinen besonders gefährdet Jugendliche zu sein, deren Elternhaus oder Familienleben nicht intakt ist, die schon in anderer Richtung kriminell wurden oder aufgrund irgendwelcher charakterlicher oder sonstiger Besonderheiten sich von ihrer Umwelt unterscheiden oder von dieser nicht vollwertig genommen werden. Im übrigen kann ich leider keine sicheren Gründe für das Entstehen der Rauschgiftsucht nennen.

3. Anwendung des SGG in der Strafgerichtsbarkeit

- 3.1. Meine diesbezüglichen Ausführungen stützen sich auf eine langjährige Praxis als Sachbearbeiter von Suchtgiftdelikten bei der Staatsanwaltschaft Wien, doch können sie — vielleicht unter Bedachtnahme auf bestimmte regionale Besonderheiten — sicher als allgemein gültige Ausführungen über die Tätigkeit der Staatsanwälte in ganz Österreich in solchen Strafsachen gewertet werden. So wie seit vielen Jahren bei der Staatsanwaltschaft Wien sind in der Folge meines Wissens bei allen österreichischen Staatsanwaltschaften Sonderreferate für Suchtgiftstrafsachen im engeren und weiteren Sinn geschaffen worden. Dadurch ist ein einheitliches Vorgehen der Anklagebehörde in diesen oft umfangreichen und schwierigen Strafsachen gewährleistet. Auch erweist sich dabei als Vorteil die Kenntnis der Namen und Eigenschaften von Tätern, die — infolge bedauerlichen Rückfalles — durch immer wieder neue einschlägige Straffälligkeit von den Sicherheitsbehörden angezeigt werden. Da auch bei den Polizei-, Gendarmerie- und Finanzstrafbehörden jeweils eigens geschulte Sonderreferenten mit der Behandlung von Suchtgiftstrafsachen betraut sind, ergab die Schaffung eines Sonderreferates bei der Staatsanwaltschaft bald eine vermehrte Intensivierung der persönlichen Kontakte mit den betreffenden Beamten der genannten anderen Behörden, was in vielen Fällen zu einer raschen und unbürokratischen Erledigung führte. Bei Bearbeitung der Strafsachen hat der Staatsanwalt im wesentlichen unter

Bedachtnahme auf die Bestimmungen der in Betracht kommenden Gesetzesstellen so wie bei allen anderen Anzeigen nach dem StGB vorzugehen. Der Staatsanwalt hat den Sachverhalt zu prüfen, nötigenfalls weitere Erhebungen durch die Sicherheitsbehörden oder den Untersuchungsrichter zu beantragen, allenfalls bei Anzeigen nach § 16 (1) Ziffer 2 SGG zu prüfen, ob die Voraussetzungen zur Verfahrenseinstellung nach § 17 SGG vorliegen, und nach Sachverhaltsklärung — wenn nicht mit Einstellung des Verfahrens vorzugehen ist — bei dem zuständigen Gericht Anklage zu erheben. Die diesbezügliche Tätigkeit ist auch dadurch gekennzeichnet, daß im Vergleich zu sonstigen Strafsachen überdurchschnittlich viele Personen sich in Suchtgiftverfahren in Untersuchungshaft befinden, denn es ist meist zu befürchten, daß suchtgiftabhängige Personen, die strafbare Handlungen nach dem SGG oder StGB setzen, weitere derartige Delikte begehen oder versuchen werden, durch Flucht sich dem Verfahren zu entziehen.

- 3.2. Wie schon aus den entsprechenden Statistiken der Sicherheitsbehörden zu ersehen ist, ist in den letzten Jahren ein stetes Ansteigen der (aufgeklärten) Suchtgiftdelikte festzustellen und macht sich dies naturgemäß auch beim Anfall solcher Strafverfahren bei Staatsanwaltschaft und Gericht bemerkbar. Die stete Vermehrung des mit der Aufklärung von Suchtgiftdelikten befaßten Personals der Sicherheitsbehörden führte zu einer vermehrten Aufklärung von Suchtgiftdelikten und einer vermehrten Anzeigerstattung an die Staatsanwaltschaft. Einige Zahlen sollen dies für den Bereich der Staatsanwaltschaft Wien veranschaulichen:

Bei der Staatsanwaltschaft Wien fielen folgende Anzeigen wegen Verstoß gegen das SGG (oder damit zusammenhängender Delikte) unter Ausschluß der Anzeigen an, die lediglich die Zuständigkeit der Bezirksgerichte begründende Tatbestände (insbesondere § 16 SGG) enthielten:

1974: 195
 1975: 221
 1976: 248
 1977: 279
 1978: 348
 1979: 370
 1980: 619
 1981 (bis 30. März): 219

Daraus ist zu ersehen, daß vor allem in den letzten Jahren von einem bestürzenden Ansteigen solcher Delikte gesprochen werden kann. Diese Tendenz steht durchaus im Einklang mit dem diesbezüglichen von den

Sicherheitsbehörden veröffentlichten Zahlenmaterial. Den Sicherheitsberichten des Bundesministeriums für Inneres (Republik Österreich) war zu entnehmen, daß in Österreich insgesamt 1977 2 409 Personen, 1978 2 981 Personen und 1979 3 326 Personen wegen Verstoßes gegen das SGG angezeigt wurden. Zu den oben genannten Zahlen ist nachzutragen, daß in den letzten Jahren den Suchtgiftstrafsachen in besonders vermehrtem Ausmaß die „harte Droge“ Heroin zugrunde lag, deren Gefährlichkeit hinlänglich bekannt ist. Als erschwerend ist auch das Ansteigen der Anzahl der Strafanzeigen wegen des Todes suchtgiftabhängiger Personen durch Suchtgiftmißbrauch zu bezeichnen.

- 3.3 Die Sachverhaltsfeststellung in Suchtgiftstrafverfahren ist schwierig, da meist objektive Beweise fehlen und die Anklage sich in vielen Fällen auf Anschuldigungen von Belastungszeugen oder Geständnissen der Angeklagten vor den Sicherheitsbehörden stützt, welche in den Hauptverhandlungen meist in lügenhafter Weise widerrufen werden. Dennoch ist in Strafverfahren nach dem SGG (oder damit zusammenhängender Delikte) die Anzahl der freisprechenden Urteile sehr gering. Ich werde noch darauf zu sprechen kommen, daß im Falle eines Schuldspruches nach § 12 SGG sehr selten mit einer bedingten Strafnachsicht zu rechnen ist, und es werden meiner Meinung nach — im Vergleich zu sonstigen strafbaren Handlungen — in Strafverfahren nach dem SGG relativ strengere Strafen als in Verfahren wegen sonstiger strafbarer Handlungen verhängt. Auch bei Strafverbüßung wird solchen Tätern weitaus weniger als in anderen Verfahren die Vergünstigung einer vorzeitigen bedingten Entlassung aus der Strafhaft eingeräumt.

Die Berichterstattung in den Medien über Strafprozesse befaßt sich relativ oft mit Suchtgiftprozessen. Breiteren Raum bei dieser Berichterstattung wird vornehmlich Strafsachen gewidmet, die durch die große Zahl der den Tätern anzulastenden Suchtgiftmengen, die besonders auffallende Art des Transportes oder aber einem tödlichen Ende einer Suchtgiftstraffälligkeit gekennzeichnet sind.

In diesem Zusammenhang seien kurz einige typische Straffälle der letzten Jahre in Wien erwähnt:

1. Die erste Strafsache einer gewerbsmäßigen Bandenbildung zwecks Schmuggel und Transport großer Suchtgiftmengen fiel im Jahre 1976 an. Nachdem 18 Personen wegen Schmuggels und Verkauf mehrerer 100 Kilogramm Haschisch angezeigt wurden, wurde in der Folge ein Großteil der

angezeigten Personen zu Freiheitsstrafen bis zu drei Jahren verurteilt.

2. Zu mehrjährigen Freiheitsstrafen wurde eine Gruppe malaysischer Staatsangehöriger verurteilt, die, als Großfamilie getarnt, Anfang 1979 auf dem Luftwege nach Österreich einreiste, wobei in unverfänglich wirkenden Gegenständen, wie Kinderspielzeug (zB Teddybären usw.), große Heroinmengen verborgen waren.
3. Vor zirka einem Jahr erregte eine Suchtgiftstrafsache mit tragischem Ausgang größeres Aufsehen. Diese ereignete sich in sogenannten gehobenen Gesellschaftsschichten und führte zum Tod eines 16jährigen Mädchens, welches nahezu Erstkonsumentin war und eine ihr von „Freunden“ verabreichte Heroininjektion nicht überlebte. Die Täter wurden zu Freiheitsstrafen von 8 Monaten unbedingt, bzw. 6 Monaten bedingt verurteilt.
4. Schließlich möchte ich noch auf eine vor einigen Monaten angefallene bedeutende Suchtgiftstrafsache verweisen. In einem PKW von Ausländern wurden in einem Versteck 16 Kilogramm Heroin entdeckt. Dies war die größte Heroin sicherstellung in Österreich überhaupt, ich darf in diesem Zusammenhang nur darauf verweisen, daß im gesamten Jahre 1979 in Wien insgesamt nur etwas mehr als 4 Kilogramm Heroin sichergestellt wurden. In erster Instanz wurden die Täter zu 9 bzw. 8 Jahren Freiheitsstrafe verurteilt, dies sind die höchsten Strafen überhaupt, die in Österreich je nach dem SGG verhängt wurden. Dieses Urteil ist jedoch noch nicht rechtskräftig.

4. Erkenntnisse und Prognosen aus der Sicht des Staatsanwaltes.

An dieser Stelle wäre zunächst darauf zu verweisen, daß meiner Meinung nach die strafgesetzlichen Instrumente zur Bekämpfung der Suchtgiftkriminalität in Österreich von der Gesetzeslage her gesehen als ausreichend zu bezeichnen sind. Es bestehen danach alle Möglichkeiten, um den Grunderfordernissen — Heilung der Ersttäter und besserungsfähigen Täter einerseits, Bestrafung der Rückfalltäter und besserungsunfähigen oder -unwilligen Täter andererseits — Rechnung zu tragen. Meine Schilderung einzelner Fälle aus der Praxis läßt erkennen, daß die gesetzlichen Strafrahmen ausreichen, dh. eine oft geforderte Erhöhung der Strafgrenzen meiner Meinung nach in Österreich nicht geboten erscheint. Prof. Arthur Kreuzer hat in seiner Abhandlung „Das Drogenproblem aus kriminologischer und kriminalpolitischer Sicht“ ausge-

führt, daß eine Verschärfung der Strafdrohungen bei Drogendelikten kaum zum erwünschten Erfolg führt, und als Beispiel zitiert, daß im Jahre 1973 im Staate New York eine Verschärfung der Strafgesetze von der Praxis nicht nachvollzogen wurde und zu keinerlei Linderung des Drogenproblems geführt hat.

Aus den Erkenntnissen, die ich aus der Strafgerichtspraxis gezogen habe, ergibt sich, daß Ersttäter, die noch nicht allzutief der Sucht verfallen sind und bei denen noch Therapiechancen bestehen, unter Umständen eine Chance haben, nach Durchführung eines Strafverfahrens, allenfalls nach Verbüßung einer Strafe, zu einer Wiedereingliederung in die Gesellschaft und einem suchtgiftfreien Leben zu gelangen. Die überaus große, mir bekannt gewordene Anzahl der anderen, insbesondere der Rückfalltäter, die nach Bestrafung und Strafverbüßung, oft auch nach Unterbringung in einer Anstalt für entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher nach § 22 StGB einmal oder öfters rückfällig wurden, indem sie oft wenige Tage nach Entlassung aus der Strafhaft sogleich wieder sich in die Suchtgiftszene begaben und wieder in einschlägiger Richtung straffällig werden, läßt keinen allzugroßen Optimismus aufkommen. Einerseits erscheint auf illegalem Weg mehr Suchtgift nach Österreich zu gelangen und hier konsumiert zu werden als je zuvor, andererseits steigen die Suchtgiftdelikte stark an. Wie diese Entwicklung, deren Ausgang nicht abzusehen ist, in den Griff zu bekommen ist, erscheint fraglich. Der Staatsanwalt und andere mit der Strafgerichtsbarkeit befaßte Personen können zur Eindämmung dieser Gefahr für die Volksgesundheit im wahrsten Sinne des Wortes wenig beitragen — sie können nur auf strenge Bestrafung der Schwerekriminalität in diesem Belange dringen, hinsichtlich der minderschweren Suchtgiftkriminalität bietet, wie erwähnt, die Bestimmung des § 17 SGG eine Handhabe, den Täter ohne Bestrafung von der Sucht zu lösen. Obgleich die therapeutischen Möglichkeiten des Strafvollzuges als gering zu bezeichnen sind, spielt der Strafvollzug in der Strafgerichtsbarkeit bei Drogendelikten eine bedeutende Rolle und wird sie sicherlich noch längere Zeit spielen. Abgesehen von geringfügigen Suchtgiftdelikten unbescholtener Personen werden insbesondere bei Delikten nach § 12 SGG aus spezial- und aus generalpräventiven Gründen weitaus mehr unbedingte Strafen als bei sonstigen Delikten verhängt. Ja, man kann sogar davon sprechen, daß bei Verbrechen nach § 12 SGG eine bedingte Strafnachsicht eine Ausnahme darstellt. Vielleicht werden — manche ziehen Parallelen zur Krebsbekämpfung — spätere Generationen bessere Rezepte als den Straf-

vollzug bei schwerwiegenden Drogendelikten kennen, uns ist dies nicht beschieden. In diesem Zusammenhang darf ich abschließend aus der Sicht des Staatsanwaltes auch an die Schulärzteschaft appellieren, den Verdacht von Suchtgiftdelikten in den Schulen (Konsum, Weitergabe von Suchtgiften usw.) nicht etwa mit Rücksicht auf den „guten Ruf“ der Schule zu bagatellisieren, sondern sogleich der

Schulleitung zur weiteren Veranlassung (insbesondere im Sinne des § 10 Absatz 1 SGG) zur Kenntnis zu bringen, denn vielleicht könnte gerade dadurch eine aufkeimende Sucht noch unter Kontrolle gebracht werden, bevor aus dem Schüler ein leider als verloren zu bezeichnender, immer wieder bei den Strafgerichten in Erscheinung tretender Rückfälltäter wird.

Joseph Strelka

Stefan Zweig *

Freier Geist der Menschlichkeit

*Ein Österreich-Thema aus dem Bundesverlag

Format: 12,5 × 20,5 cm

168 Seiten, zahlreiche Abbildungen

S 198,—

Diese Monographie ist die erste wirklich kritische und literaturwissenschaftlich fundierte Wertung und Würdigung von Stefan Zweigs Gesamtwerk. Die verschiedenen Phasen von Zweigs geistiger und literarischer Entfaltung werden dargestellt: die Anfänge, der künstlerische Durchbruch, die Novellen und literarischen Biographien seiner Reifezeit, die Biographie „Erasmus“ als Höhepunkt seines Schaffens und zuletzt die Werke seines englischen und amerikanischen Exils.

Der geschichtliche Hintergrund, das politische Geschehen ist vor allem dort einbezogen, wo seine Herausforderungen und Gefährdungen den Dichter zu wesentlichen Reaktionen seiner persönlichen Haltung und seines Schreibens veranlaßt haben.

Ohne Retuschen und ohne Beschönigung wird mit großem Einfühlungsvermögen die Entwicklung seiner Eigenart beschrieben. Grundsätzlich wird in dieser erstmaligen kritischen Übersicht das Zeitüberdauernde, das Werk Stefan Zweigs herausgestellt.

Zum Autor

Prof. Dr. Joseph Strelka, geboren 1927 in Wiener Neustadt, ist seit 1971 Professor für deutsche und vergleichende Literaturwissenschaft an der State University of New York at Albany, Gastprofessor an der Universität Augsburg und an der University of the Witwatersrand in Johannesburg. Mitglied des Internationalen PEN-Clubs und anderer internationaler Vereinigungen.



Bundesverlag