

**III - 160** der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen  
des Nationalrates XV. Gesetzgebungsperiode

1982 -10- 15

BERICHT  
DER BUNDESREGIERUNG ÜBER DIE AUSWIRKUNGEN DER  
SUCHTGIFTGESETZNOVELLE 1980

Inhaltsübersicht

	Seite
0. Einleitung	4
0.1. Gegenstand des Berichtes	4
0.2. Erhebungsbehelfe	5
1. Die Suchtgiftkriminalität in Österreich	6
1.1. Vorbemerkung	6
1.2. Angezeigte Personen	8
1.3. Verurteilte Personen	9
1.4. Verhängte Strafen	10
2. Vorläufige Anzeigezurücklegung und Ver- fahreneinstellung nach den §§ 17, 19 SGG	14
3. Einleitung oder Fortsetzung des Strafverfahrens § 20 SGG	14
4. Verpflichtung zur ärztlichen Behandlung oder Betreuung nach § 9	14
5. Weigerung der Betroffenen nach § 9, sich einer ärztlichen Behandlung oder Betreuung zu unter- ziehen	15
6. Die Entwicklung der Todesfälle wegen Suchtgift- mißbrauch	15
7. Die für Österreich bedeutsamen internationalen Entwicklungen in der Suchtbekämpfung	18
7.1. Vorbemerkung	18
7.2. Anträge auf Erweiterung der Suchtgiftvor- schriften	18
7.3. Vorschläge des UN-Suchtgiftfonds und der UN- Suchtgiftkommission	20
7.4. Internationaler Suchtgifthandel	24

-2-

	Seite
8. Die Aufklärungskampagne des Bundesministeriums für Gesundheit und Umweltschutz	25
8.1. Aufklärungsmaterialien für die Bevölkerung und Multiplikatoren	25
8.2. Schulungsmaßnahmen für mit Suchtgiftfragen befaßte Berufsgruppen	27
9. Die Entwicklung des Personalstandes der mit der Bekämpfung der Suchtgiftkriminalität befaßten Exekutivorgane	31
10. Die praktischen Erfahrungen mit den durch die Suchtgiftgesetznovelle 1980 neu eingeführten Maßnahmen	32
10.1. Die praktischen Erfahrungen der Exekutivbehörden, insbesondere hinsichtlich der verdeckten Fahndung	32
10.2. Praktische Erfahrungen der Justizbehörden	33
10.3. Praktische Erfahrungen der Gesundheitsbehörden	35
10.3.1. Die Tätigkeit der anerkannten Einrichtungen	36
10.3.1.1. Der formale Rahmen des Berichtes	36
10.3.1.1.1. Erläuterungen zur Datenbasis	37
10.3.1.1.2. Kurzfassung der wichtigsten Ergebnisse	38
10.3.1.2. Die Tätigkeit der ambulanten Einrichtungen	39
10.3.1.2.1. Sozialdaten der Zugänge	40
10.3.1.2.2. Die abgeschlossenen Betreuungsfälle	47
10.3.1.2.3. Die getroffenen Maßnahmen	50
10.3.1.3. Die Tätigkeit der stationären Einrichtungen	51
10.3.1.4. Schlußfolgerungen	56
10.3.2. Praktische Erfahrungen der Bezirksgesundheitsbehörden und der anerkannten Einrichtungen	58
10.3.3. Erfahrungen aus den Meldungen der Bezirksverwaltungsbehörden	63

	Seite
11. Anregungen für legislative Maßnahmen	67
11.1. Möglichst parallele Erledigung von geringen Suchtgiftstrafsachen und Finanzvergehen	67
11.2. Verhängung angemessener Vermögensstrafen	68
11.3. Modifizierung der Förderungsbestimmungen	69
11.4. Verbesserung des ärztlichen Vertrauensverhältnisses	69
Anhang	71

## C. EINLEITUNG

### 0.1. Gegenstand des Berichtes

Das Suchtgiftgesetz 1951 wurde insgesamt viermal novelliert, zuletzt durch die Suchtgiftgesetznovelle 1980, BGBl. 319, die größtenteils am 1. September 1980 in Kraft getreten ist. Mit EntschlieÙung vom 3. Juli 1980 (E 26-NR/XV. GP) hat der Nationalrat die Bundesregierung ersucht, zwei Jahre nach Inkrafttreten der am gleichen Tag verabschiedeten Suchtgiftgesetznovelle 1980, einen umfassenden Bericht zu erstatten über:

1. die Suchtgiftkriminalität in Österreich, insbesondere über die Zahl und das Alter der angezeigten, angeklagten und verurteilten Personen, die begangenen Delikte und die verhängten Strafen;
2. die Fälle, in denen Anzeigen gemäß dem § 17 Suchtgiftgesetz vom Staatsanwalt zurückgelegt bzw. Verfahren vom Gericht gemäß dem § 19 Suchtgiftgesetz eingestellt wurden;
3. die Fälle, in denen es gemäß dem § 20 Suchtgiftgesetz zu einer neuerlichen Einleitung oder Fortsetzung des Verfahrens kam;
4. die Fälle, in denen von der Bezirksverwaltungsbehörde gemäß dem § 9 Abs. 2 Suchtgiftgesetz die Verpflichtung zur ärztlichen Behandlung oder Betreuung von Süchtigen ausgesprochen wurde;
5. die Fälle, in denen sich die gemäß dem § 9 Abs. 2 Suchtgiftgesetz Betroffenen weigerten, sich einer ärztlichen Behandlung oder Betreuung zu unterziehen;

6. die Entwicklung der Todesfälle wegen Suchtgiftmißbrauchs;
7. die für Österreich bedeutsamen internationalen Entwicklungen in der Suchtbekämpfung;
8. die vom Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz vorzunehmende Aufklärungskampagne;
9. die Entwicklung des Personalstandes der mit der Bekämpfung der Suchtgiftkriminalität befaßten Exekutivorgane;
10. die praktischen Erfahrungen mit den durch die Suchtgiftgesetznovelle 1980 neu eingeführten Maßnahmen, insbesondere mit der verdeckten Fahndung zur Bekämpfung der Suchtgiftkriminalität und zur Heilung Süchtiger;
11. allfällige Anregungen, neue legislative Maßnahmen zur Bekämpfung des Suchtgiftmißbrauchs zu setzen.

#### 0.2. Erhebungsbehelfe

Für die Beurteilung der Suchtgiftkriminalität in Österreich stehen die vom Bundesministerium für Inneres, Abt. II/8 (Zentralstelle für die Bekämpfung der Suchtgiftkriminalität) erhobenen Anzeigedaten zur Verfügung, für deren Erfassung die strafrechtliche Beurteilung durch die Sicherheitsbehörden im Zeitpunkt der Anzeigerstattung an die Justizbehörden maßgebend ist. Die von den Strafgerichten rechtskräftig verurteilten Personen werden in der "Gerichtlichen Kriminalstatistik" (Verur-

-6-

teiltenstatistik) des Österreichischen Statistischen Zentralamtes ausgewiesen. Ihre Grundlage ist der Stand des Strafregisters, das von der Bundespolizeidirektion Wien geführt wird.

Neben diesen "traditionellen" Erhebungsbehelfen stehen nunmehr auch die von der Suchtgiftüberwachungsstelle im Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz gesammelten Daten der Mitteilungen und Meldungen von Gesundheits-, Sicherheits- und Justizbehörden zur Verfügung. Die Daten der Suchtgiftüberwachungsstelle werden für die Beantwortung der in der EntschlieÙung gestellten Fragen auch dort verwendet, wo die vorhandenen Anzeigen- und Verurteiltenstatistiken über den Berichtszeitraum keine Auskunft geben.

Zusätzlich zu diesen Erhebungsbehelfen standen Statistiken über die anerkannten Einrichtungen zur Verfügung und Ergebnisse einer Befragung der Bezirksverwaltungsbehörden und der anerkannten Einrichtungen über ihre praktischen Erfahrungen mit der Suchtgiftgesetznovelle 1980.

Erst die Gesamtheit dieser verschiedenen statistischen Daten ermöglicht eine fundierte Aussage über die Auswirkungen der Suchtgiftgesetznovelle.

## 1. DIE SUCHTGIFTKRIMINALITÄT IN ÖSTERREICH

### 1.1. Vorbemerkung

Für die letzten Monate des Jahres 1980 haben sich aus der Sicht des Innenressorts keine Auswirkungen der Suchtgiftgesetznovelle 1980 gezeigt.

Aus den objektivierbaren Fakten - Jahresstatistiken, Zahl der Anzeigen und Sicherstellungen usw. - geht eindeutig hervor, daß der steigende Trend der Suchtgiftkriminalität auch 1980 und 1981 anhielt. Eine vorsichtige Beurteilung der Anzeigenentwicklung im 1. Halbjahr 1982 deutet darauf hin, daß sich die bisher steigende Tendenz nicht fortgesetzt hat, ja sogar - zumindest derzeit - einen fallenden Trend aufweist.

Die am meisten verwendeten Drogen sind weiterhin Cannabis-Produkte; vor allem Cannabis-Harz (Haschisch) wird konsumiert, wogegen Cannabis-Konzentrat (Haschisch-Öl) von geringerer Bedeutung ist. Heroin hat seinen Platz als am zweitstärksten konsumierte Droge beibehalten. Das dzt. auf dem illegalen Markt angebotene Suchtgift weist einen relativ hohen Reinheitsgrad auf und ist, wie die übrigen Drogen auch, reichlich vorhanden. Kokain hat weiterhin keinen bedeutenden Stellenwert erreicht. Es ist immer noch als "Nobeldroge" anzusehen, die vor allem in kleineren, in sich geschlossenen Kreisen Verwendung findet. Dennoch ist ein Zunehmen auch dieser Droge festzustellen. LSD tritt wieder stärker in Erscheinung. Die gegenüber dem Jahr 1980 erfolgten größeren Sicherstellungen von LSD-Trips dürften jedoch als Ergebnis verstärkter Tätigkeit der Sicherheitsexekutive durch den Einsatz der Einsatzgruppe zur Bekämpfung der Suchtgiftkriminalität zu erklären sein.

Die örtlichen Bereiche des Suchtgifthandels und -konsums haben sich soweit nivelliert, daß im Hinblick auf die Drogenszene kaum Unterschiede zwischen den Städten und dem ländlichen Raum bestehen.

Bei der direkten Beschaffungskriminalität haben sich keine wesentlichen Änderungen ergeben. Allerdings haben



-8-

Einbrüche in Apotheken, ärztliche Ordinationen und Krankenanstalten wieder etwas zugenommen: erfahrungsgemäß sind sie jedoch aufgrund der verschärften Sicherheitsvorkehrungen weniger erfolgreich. Die indirekte Beschaffungskriminalität zu erfassen, ist weiterhin nicht möglich. Sie ist nur schwer erkennbar und daher statistisch kaum darzustellen.

### 1.2. Angezeigte Personen

Wegen Verstoßes gegen das Suchtgiftgesetz angezeigte Personen, aufgegliedert nach Vergehen und Verbrechen sowie nach einzelnen Suchtgiftarten:

	<u>1979</u>	<u>1980</u>	<u>1981</u>	<u>1982</u> I. Halbjahr
<u>Gesamtanzeigen</u>	3.326	4.900	5.804	2.247
-"- gemäß § 12 SGG	731	1.101	1.347	469
-"- gemäß § 16 SGG	2.595	3.799	4.457	1.778
Roh-Opium	60	47	45	
Opium-Tinktur	33	24	8	
Morphin	254	192	119	
Morphin-Base	24	5	16	
Morphin-Tabletten	4	16	2	
Heroin	1.108	1.838	2.116	
Kokain	59	77	95	
LSD	202	350	396	
suchtgifth. Medikamente	205	207	57	
synth. Narkotika	37	22	11	
Codein	3	0	2	
Cannabisprodukte	2.710	4.162	4.788	

Die Summe der Anzeigen bei den verschiedenen Suchtgiftarten ist höher als die Zahl der Gesamtanzeigen, da eine Reihe von Personen wegen Besitzes bzw. Mißbrauches mehrerer Suchtgiftarten zur Anzeige gebracht wurde.

Wegen Verstoßes gegen das Suchtgiftgesetz angezeigte Personen, aufgegliedert nach Altersgruppen und Geschlecht:

	<u>14-18</u>	<u>18-20</u>	<u>20-25</u>	<u>25-40</u>	über <u>40</u>	<u>männl.</u>	<u>weibl.</u>	<u>unbek.Täter</u>
<u>1979:</u>	551	773	1.416	542	44	2.758	568	-
<u>1980:</u>	769	1.134	2.161	802	34	3.936	964	-
<u>1981:</u>	745	1.238	2.500	1.241	55	4.695	1.084	25

Dem steigenden Trend der Suchtgiftkriminalität folgend, erhöhte sich bei den einzelnen Altersgruppen, ebenso wie bei Männern und Frauen, die Zahl der zur Anzeige gebrachten Personen in einer gleichmäßigen Linie. Innerhalb der einzelnen Altersgruppen waren keine Verschiebungen zu erkennen. Hieraus kann geschlossen werden, daß der natürliche Abgang von Süchtigen durch einen entsprechenden großen Neuzugang ausgeglichen wird.

### 1.3. Verurteilte Personen

Bei den Verurteilungen nach dem Suchtgiftgesetz zeigt sich auf Grund der Zahlen der Gerichtlichen Kriminalstatistik des Österreichischen Statistischen Zentralamtes für die Jahre 1979 bis 1981 folgende Entwicklung:

<u>rechtskräftig</u> <u>Verurteilte</u>	<u>1979</u>	<u>1980</u>	<u>1981</u>
insgesamt:	967	1.288	1.798
nach § 12 (§ 6)	203	301	409
nach § 16 (§ 9)	762	985	1.386
nach § 14 (§ 8)	2	2	3

Während die Anzeigenkurve im Jahr 1980 besonders stark (+ 47,3 %) angestiegen ist und sich 1981 wieder verflacht hat (+ 18,4 %), haben die Verurteilungen im Jahr 1980 um 33,2 % und 1981 um weitere 39,6 % zugenommen.

Der Anteil der nach dem Suchtgiftgesetz verurteilten Jugendlichen ist in den letzten Jahren laufend gesunken

- 10 -

(1975: 18,5 %; 1976: 14,4 %; 1977: 13 %; 1978: 9,8 %). Dieser Trend wird durch die bei der Suchtgiftüberwachungsstelle einlaufenden Meldungen weiter bestätigt. Der mit 76 % weitaus größte Teil der Verurteilten des Jahres 1981 gehört der Altersgruppe der 21- bis 29-Jährigen an, 14 % der Verurteilten waren jünger und nur 10 % älter.

#### 1.4. Verhängte Strafen

Um einen Überblick über die gerichtliche Strafpraxis zu erhalten, muß für das Jahr 1981 auf die Mitteilungen und Meldungen der Justizbehörden an die Suchtgiftüberwachungsstelle im Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz und zum Vergleich früherer Jahre auf die Zahlen der Gerichtlichen Kriminalstatistik für das Jahr 1978 zurückgegriffen werden. Der Vergleich der im Jahr 1981 verhängten Strafen mit jenen des Jahres 1978 zeigt etwa folgendes Bild:

	<u>1978</u>	<u>1981</u>
<u>Geldstrafen und Freiheitsstrafen (100 %)</u>		
Geldstrafen	53 %	41 %
Freiheitsstrafen	47 %	59 %
<u>Geldstrafen allein (100 %)</u>		
bedingt	12 %	11 %
unbedingt	88 %	89 %
<u>Freiheitsstrafen allein (100 %)</u>		
bedingt	51 %	47 %
unbedingt	49 %	53 %

Während sich das Verhältnis der nach dem Suchtgiftgesetz bedingt oder unbedingt verhängten Strafen

-11-

im Vergleich der Jahre 1978/1981 nur unwesentlich verändert hat, ist ein starkes Ansteigen der Freiheitsstrafen gegenüber den Geldstrafen festzustellen. Dieser hohe Anteil der Freiheitsstrafen ist auch im Zusammenhang damit zu sehen, daß der Anteil der verhängten Freiheitsstrafen im Bereich der Gesamtkriminalität nur rund 25 % beträgt.

Eine Verschärfung der Strafpraxis der Gerichte in schweren Fällen von Suchtgifthandel ergibt sich auch aus dem Anteil der nach § 12 (§ 6) SGG zu mehr als einem Jahr Freiheitsstrafe unbedingt verurteilten Suchtgifthändler an der Gesamtzahl der nach dieser Bestimmung verurteilten Personen. Grundlage des Vergleiches sind auch hier die Angaben der Gerichtlichen Kriminalstatistik für das Jahr 1978 und jene der Suchtgiftüberwachungsstelle für das Jahr 1981.

Nach § 12 (§ 6) SGG Verurteilte (100 %)

Anteil der zu unbedingten Freiheitsstrafen Verurteilten

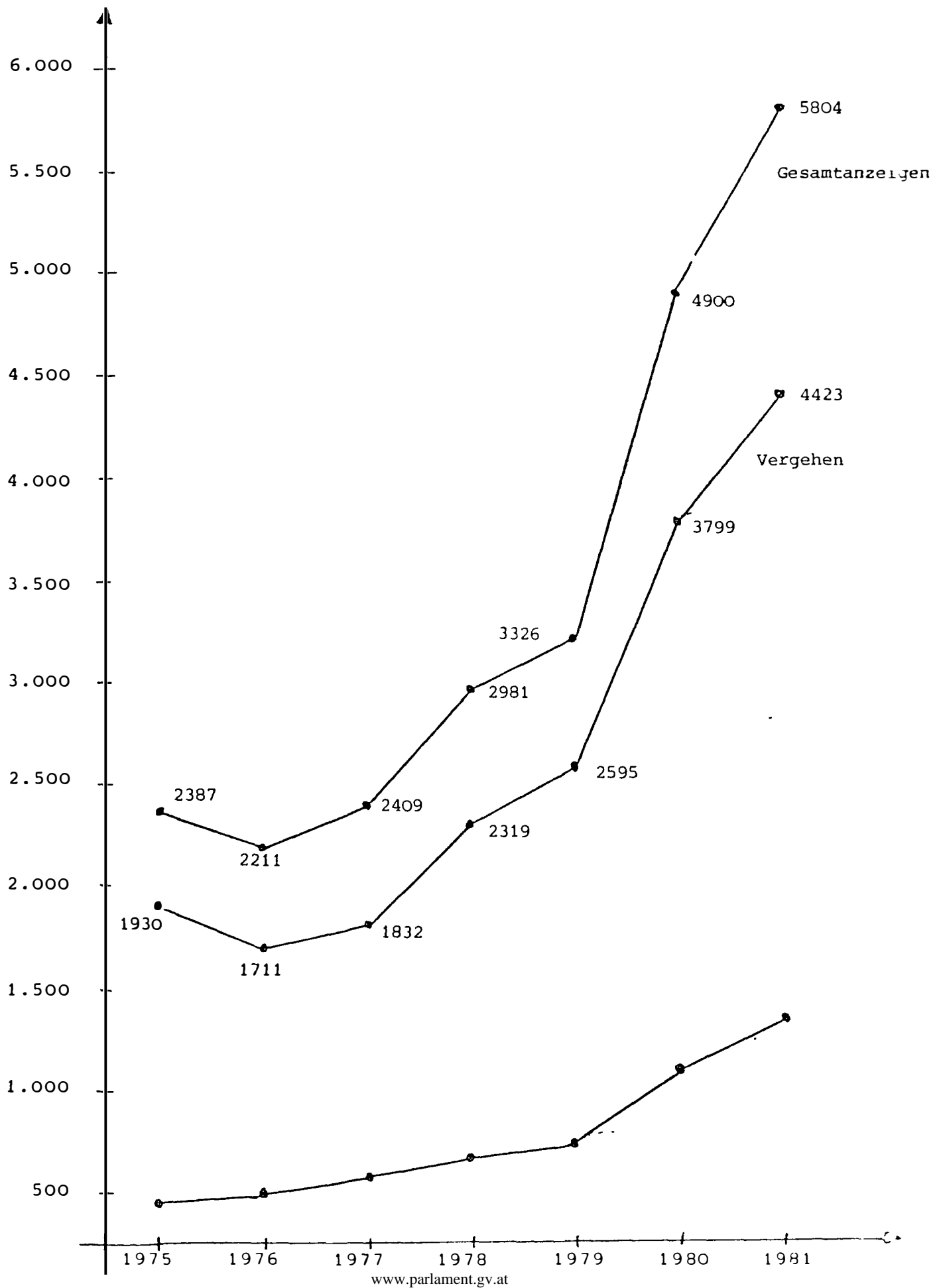
	<u>1978</u>	<u>1981</u>
über 1 bis 3 Jahre	25 %	40 %
über 3 bis 5 Jahre	3 %	6 %
über 5 Jahre	0,5 %	0,5 %

Bei Beurteilung des tatsächlichen Strafausmaßes ist davon auszugehen, daß sehr häufig auch die Ersatzfreiheitsstrafe für die oft zusätzlich verhängte Geldstrafe - mangels Einbringlichkeit - vollzogen wird. Die Ersatzfreiheitsstrafe für die Geldstrafe und die - nach dem Suchtgiftgesetz und dem Finanzstrafgesetz kumulativ verhängte - Wert- und Verfallersatzstrafe ist in der

-12-

Gerichtlichen Kriminalstatistik nicht berücksichtigt. Den Zahlen der Suchtgiftüberwachungsstelle ist jedoch zu entnehmen, daß bei mehr als 70 % der Verurteilungen nach § 12 SGG zusätzlich eine Ersatzfreiheitsstrafe verhängt wird. Über die Höhe der im Jahr 1981 verhängten zusätzlichen Geldstrafen gibt die nachstehende Übersicht Aufschluß:

<u>zusätzliche Geldstrafe (100 %)</u>	<u>1981</u>
bis 10.000,--	23 %
10.000,-- bis 50.000,--	46 %
50.000,-- bis 100.000,--	20 %
100.000,-- bis 500.000,--	7 %
über 500.000,--	4 %

NACH DEM SUCHTGIFTGESETZERSTATTETE ANZEIGEN

- 14 -

## 2. VORLÄUFIGE ANZEIGEZURÜCKLEGUNG UND VERFAHRENS- EINSTELLUNG NACH DEN §§ 17, 19 SGG

Für das Jahr 1980 wurden der Suchtgiftüberwachungsstelle rund 300 vorläufige Anzeigezurücklegungen und Verfahrenseinstellungen nach dem (alten) § 9a SGG und den §§ 17, 19 SGG gemeldet. Im Jahr 1981 ist die Zahl der gemeldeten Fälle auf 1.259 gestiegen. Dieser auffallende Anstieg ist sowohl auf die vermehrte Anwendung der einschlägigen Bestimmungen als auch auf das mit der Suchtgiftgesetznovelle 1980 geschaffene verbesserte Informationssystem zurückzuführen.

## 3. EINLEITUNG ODER FORTSETZUNG DES STRAFVERFAHRENS NACH § 20 SGG

Im Jahr 1981 wurde der Suchtgiftüberwachungsstelle in 6 Fällen von der Einleitung oder Fortsetzung des (vorläufig eingestellten) Strafverfahrens nach § 20 SGG Mitteilung gemacht. Allein im ersten Halbjahr 1982 wurden bereits 15 Fälle nach § 20 SGG gemeldet. Für die geringe Zahl des Jahres 1981 und den nachfolgenden Anstieg war insbesondere maßgebend, daß die zweijährige Probezeit nach den §§ 17, 19 SGG im Hinblick auf das Wirksamwerden dieser Bestimmungen am 1. September 1980 noch nicht abgelaufen und der Überwachungszeitraum daher relativ kurz war.

## 4. VERPFLICHTUNG ZUR ÄRZTLICHEN BEHANDLUNG ODER BETREUUNG NACH § 9

Insgesamt wurden im Berichtszeitraum vom 1.9.1980 bis 30.6.1982 der Suchtgiftüberwachungsstelle 1.191 Meldungen

über ein Tätigwerden der Bezirksverwaltungsbehörden nach § 9 Abs. 2 bekanntgegeben. Davon wurden in 280 Fällen eine ärztliche Behandlung oder Betreuung angeordnet.

In 219 Fällen wurde nach § 9 Abs. 3 eine Beratung oder Betreuung durch eine anerkannte Einrichtung ausgesprochen. (Eine Statistik über alle Maßnahmen der Bezirksverwaltungsbehörde findet sich unter Punkt 10.3.3.)

5. WEIGERUNG DER BETROFFENEN NACH § 9 ABS. 2, SICH EINER ARZTLICHEN BEHANDLUNG ODER BETREUUNG ZU UNTERZIEHEN

In 32 Fällen verweigerten die Betroffenen ihre Zustimmung zu einer ärztlichen Behandlung oder Betreuung.

6. DIE ENTWICKLUNG DER TODESFÄLLE WEGEN SUCHTGIFTMIßBRAUCHES

Beginnend mit dem Jahr 1976 zeigt die Entwicklung der in ursächlichem Zusammenhang mit Suchtgiftmißbrauch stehenden Todesfälle eine gleichmäßig steigende Tendenz, die etwa der jeweiligen Zunahme der wegen Verstöße gegen das Suchtgiftgesetz angezeigten Personen entspricht:

<u>1976</u> :	13	(4)*	<u>1980</u> :	57	(5)
<u>1977</u> :	15	(3)	<u>1981</u> :	34	(5)
<u>1978</u> :	23	(4)	bis 30.6. <u>1982</u> :	14	(0)
<u>1979</u> :	30	(4)			

\*Die Klammerwerte geben die Zahl der im Ausland verstorbenen österreichischen Staatsangehörigen an.

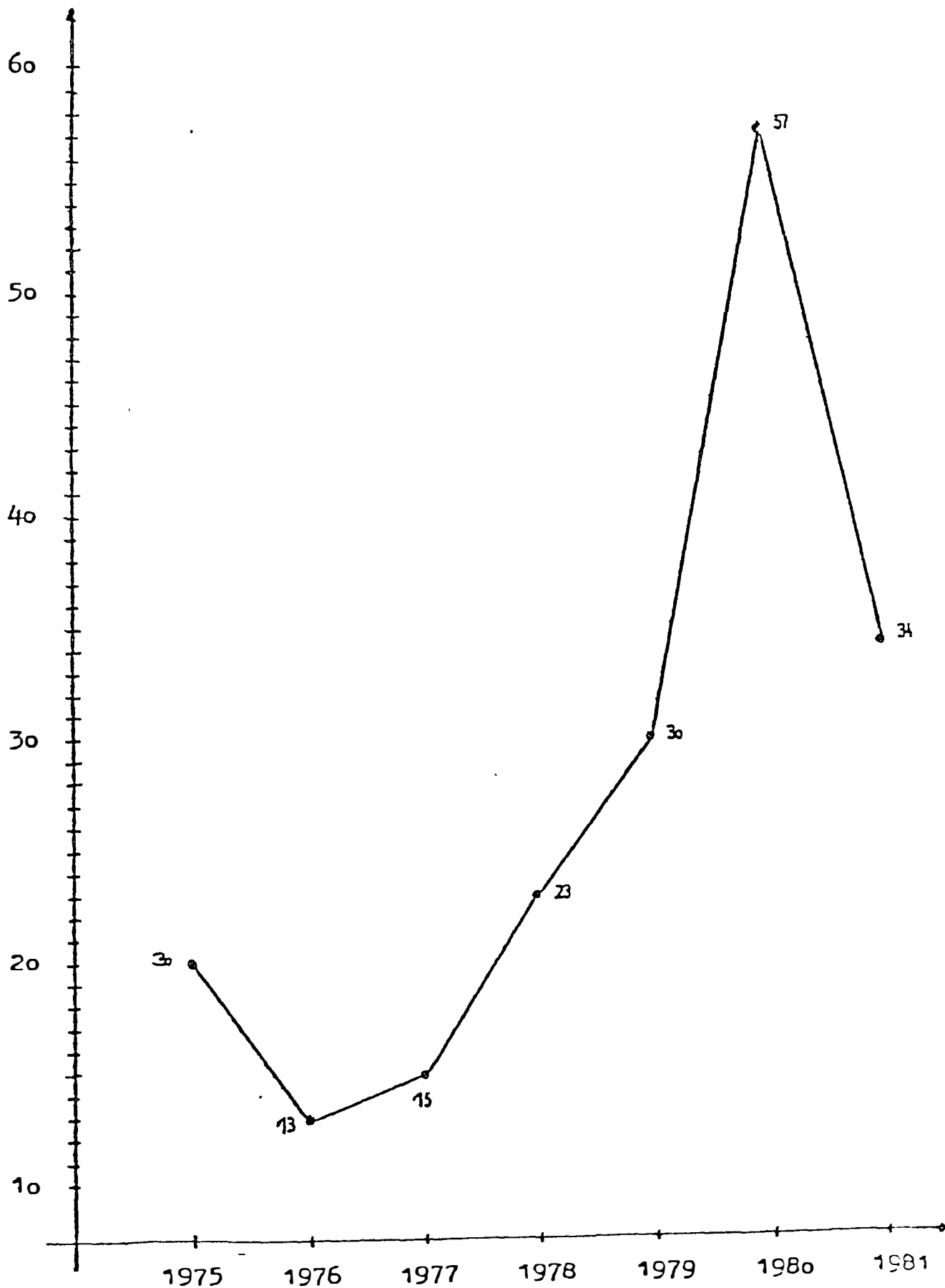


- 16 -

Das Jahr 1980 stellt insoferne eine Ausnahme der gleichmäßig steigenden Tendenz dar, als damals gegenüber 1979 ein Ansteigen der Todesfälle um etwa 90 % zu verzeichnen war. Zurückgeführt wird diese Erscheinung auf das verstärkte Angebot an hochprozentigem Heroin. Der außergewöhnliche Reinheitsgrad dürfte dazu geführt haben, daß Süchtige infolge Unkenntnis des reinen Heroins unwissend überstarke Dosen für ihren Gebrauch zubereiteten und dies dann zum Tode führte.

Im Jahr 1981 gingen die Todesfälle von 57 auf 34 Personen, d.h. um 68,4 % zurück: für das Jahr 1982 scheint sich ein weiterer Rückgang abzuzeichnen.

ENTWICKLUNG DER IN URSÄCHLICHEM ZUSAMMENHANG  
MIT SUCHTGIFTMISßBRAUCH STEHENDEN TODESFÄLLE



- 18 -

## 7. DIE FÜR ÖSTERREICH BEDEUTSAMEN INTERNATIONALEN ENTWICKLUNGEN IN DER SUCHTBEKÄMPFUNG

### 7.1. Vorbemerkung

Vorab erscheint auf internationaler Ebene die Tatsache von wesentlicher Bedeutung, daß im Zuge der Übersiedlung von Einheiten der Vereinten Nationen nach Wien seit Herbst 1979 auch die UN-Abteilung für Suchtgifte und psychotrope Substanzen sowie der UN-Fonds zur Bekämpfung des Suchtgiftmißbrauches ihren Sitz in Wien haben. Das bedeutet, daß auch die wichtigsten Exekutivorgane zur Durchführung der internationalen Suchtgiftkonventionen, nämlich die UN-Suchtgiftkommission und der UN-Suchtgiftkontrollrat, zu ihren regelmäßigen Tagungen nunmehr in der österreichischen Bundeshauptstadt zusammentreten. Aufgrund dieser Tatsache können diese Tagungen nunmehr auch von den mit der Bekämpfung des Suchtgiftmißbrauches befaßten Ressorts besser beschickt werden als früher.

Da die Beratungen und Beschlußfassungen dieser Tagungen wohl am besten die internationale Entwicklung widerspiegeln, wird im folgenden eine Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse der in der Zeit vom 2. bis 8. Feber 1982 in Wien durchgeführten 7. Sondertagung der Internationalen Suchtgiftkommission gegeben.

### 7.2. Anträge auf Erweiterung der Suchtgiftvorschriften

Der Bericht des Internationalen Suchtgiftkontrollrates für das Jahr 1981 verzeichnet eine nach wie vor zunehmende Verschlechterung der Suchtgiftsituation auf der ganzen Welt, so insbesondere eine nach wie vor bestehende massive legale und illegale Überproduktion von

-19-

Opium, eine Zunahme der geheimen Heroinlaboratorien und der Kokainproduktion bzw. des Kokainhandels. Weiters ist nach diesem Bericht festzustellen, daß diverse psychotrope Substanzen, insbesondere Methaqualone, Amphetamine und Barbiturate in großen Mengen von legalen in den illegalen Handel abgezweigt werden.

Zur chemischen Substanz Methaqualon wäre aus österreichischer Sicht anzumerken, daß diese Substanz bis vor kurzem in Europa unterschiedlichen Beschränkungen unterworfen war und zum Teil auch noch ist. Methaqualon stellt aber in Kanada und den Vereinigten Staaten das Ausgangsprodukt zur illegalen Herstellung von Methaqualontabletten dar, die als Suchtgifte mißbräuchliche Verwendung finden. Methaqualon wurde daher vor ca. 2 Jahren durch Beschluß der Suchtgiftkommission den Bestimmungen der internationalen Konvention über psychotrope Substanzen unterstellt und ist aufgrund dieses internationalen Vertrages, welchem Österreich bisher noch nicht beigetreten ist, in verschiedenen Staaten sogar verboten. Um die illegale Einfuhr dieses Stoffes zu erschweren, hat auch die BRD im Jahr 1981 Methaqualon dem Betäubungsmittelgesetz unterstellt. Das Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz wird daher in der bevorstehenden Novellierung der Suchtgiftverordnung 1979 diesen Stoff unter die Suchtgiftbestimmungen stellen. Im Zusammenhang mit der Klassifizierung von suchtgifthaligen oder psychotropen Substanzen sei hier noch erwähnt, daß die Stoffe der Benzodiazepine (denen z.B. das Valium zuzuordnen ist) im Mittelpunkt langer und kontroversieller Diskussionen

-20-

der einzelnen Delegierten standen. Eine - von einigen Staaten beantragte - Entscheidung, zwölf Substanzen unter die (erleichterten) Bestimmungen des Anhanges IV der Konvention über psychotrope Substanzen zu stellen, wurde allerdings bei dieser Tagung noch nicht getroffen.

Im Rahmen der Diskussionen und Beschlußfassungen über die Aufnahme neuer Suchtstoffe in die internationalen Suchtgiftkonventionen hat Österreich bereits im Jahr 1981 vorgeschlagen, den Suchtstoff Pentazocin, enthalten im Medikament "Fortral", der internationalen Suchtgiftkontrolle zu unterstellen. Dieser Vorschlag wurde von der Suchtgiftkommission nicht berücksichtigt, doch haben sich eine Reihe von Staaten (so Argentinien, Kanada, Ägypten, Frankreich, Türkei, Pakistan, Jugoslawien, Italien, UdSSR und Ungarn) ebenso wie Österreich für eine internationale Kontrolle dieses stark suchtbildenden Stoffes sowie für eine weitere Prüfung der Frage durch die fachlich zuständige Weltgesundheitsorganisation ausgesprochen. Durch die Suchtgiftverordnung 1979, BGBl.Nr. 390, hat der Bundesminister für Gesundheit und Umweltschutz diese Substanz den österreichischen Suchtgiftvorschriften unterworfen.

### 7.3 Vorschläge des UN-Suchtgiftfonds und der UN-Suchtgiftkommission

Der Exekutivdirektor des UN-Fonds zur Bekämpfung des Suchtgiftmißbrauches wies in seinem Jahresbericht insbesondere auf folgende 4 Gebiete hin, denen in Zukunft erhöhtes Augenmerk zu widmen wäre:

- a) Reduzierung bzw. Beseitigung des Angebotes an Opium durch Anbau von Ersatzprodukten und Schaffung von Alternativeinkommen für die mohnanbauende Bevölkerung.
- b) Bekämpfung des Anbaues von Koka-Pflanzen und des Handels mit Kokain.
- c) Bereitstellung von finanziellen Mitteln auf internationaler bzw. bilateraler Ebene, um den Cannabisanbau und den Handel mit Cannabisprodukten einzuschränken.
- d) Bekämpfung der illegalen Verbreitung psychotroper Substanzen.

Im Zusammenhang mit dem UN-Suchtgiftfonds wäre auch zu erwähnen, daß das Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz die Tätigkeit dieses auf freiwilligen Beitragsleistungen der UN-Mitgliedsstaaten beruhenden Fonds in den letzten Jahren nach Maßgabe seiner budgetären Möglichkeiten finanziell unterstützt und auch für das Jahr 1982 einen Betrag von S 1.000.000,-- an die Vereinten Nationen überwiesen hat. Derzeit werden die Möglichkeiten der Intensivierung der Zusammenarbeit zwischen den zuständigen österreichischen Stellen und dem UN-Suchtgiftfonds näher überprüft, wobei anzumerken ist, daß bereits bisher gute Beziehungen und Kontakte zwischen den österreichischen Stellen und den in Wien situierten internationalen Organen zur Bekämpfung des Suchtgiftmißbrauches etabliert wurden.

Es erscheint insbesondere aus der Sicht der österreichischen Gesundheitsverwaltung von erheblicher Bedeutung, daß in die Tagesordnung der internationalen Suchtgiftkommission vom Feber 1982 zum ersten Mal ausdrücklich das Thema "Entwicklung von Maßnahmen der Prävention und Behandlung, um die illegale Nachfrage nach Suchtgiften einzuschränken" aufgenommen wurde.

-22-

Auf der Grundlage eines zu diesem Tagesordnungspunkt versendeten Fragebogens stellte die Suchtgiftkommission fest, daß sich folgende Kriterien als wirksam für die Reduzierung der illegale Nachfrage nach Drogen erwiesen haben:

- Eine wirksame Behandlung muß sich auf die Motivation des Einzelnen stützen, sowie auf eine realistische Einschätzung seiner Fähigkeit, in kürzerer oder längerer Zeit eine drogenfreie Existenz zu erreichen.
- Behandlungsmaßnahmen müssen im höchstmöglichen Ausmaß auf die Individualität des Einzelnen Bedacht nehmen.
- Im Hinblick auf den Mangel an ausgebildeten Betreuern sind alle vorhandenen, insbesondere auch die von freiwilligen Quellen stammenden, sachlichen Möglichkeiten zu nützen.
- Zwischen "Probierern" oder gelegentlichen Drogenmißbrauchern und solchen mit einer langen Suchtvergangenheit ist eine klare Unterscheidung zu treffen.
- Entgiftung, die allein nicht genügt, muß im Zusammenhang mit weitergefaßten Maßnahmen (insbesondere Behandlung, Betreuung, Rehabilitation, Nachbetreuung und soziale Reintegration) durchgeführt werden. Solche weiteren Maßnahmen beinhalten insbesondere auch die Teilnahme von Angehörigen der "Peergroups" bzw. der Familien und lokalen Gemeinschaften.
- Zur Verdrängung von Subkulturen sollten positive Maßnahmen gesetzt werden.
- Jede Planung von Behandlungs- und Betreuungsprogrammen muß sich auf eine genaue Einschätzung der gegebenen "Drogenmißbrauchsszene" stützen.
- Zu Beginn eines jeden Behandlungsprogramms sollte bereits ein Mechanismus der Auswertung eingebaut werden.

- Die Indikatoren dieser Evaluierung sollten zusätzlich zum Erfolg der Erreichung der Drogenfreiheit auch das Ausmaß berücksichtigen, in dem der Betreffende seinen Arbeitsplatz behielt, sich krimineller Aktivitäten enthielt und an Erziehungs-, Arbeits- oder sonstigen Programmen seiner Gemeinschaft teilnahm.

Aufgrund der Beratungen zu diesem Tagesordnungspunkt ergaben sich für die Kommission folgende Schlußfolgerungen hinsichtlich zu treffender Maßnahmen:

- a) Fortgesetzte Kontrolle von Suchtgiften und psychotropen Substanzen, um die Erhältlichkeit dieser Drogen zu reduzieren.
- b) Einbeziehung freiwilliger Organisationen auf allen Ebenen.
- c) Verbreitung genauer und sachlicher Informationen zum Drogenproblem.
- d) Auf Grundlage dieser genauen sachlichen Informationen Entwicklung von geeigneten Programmen für die entsprechenden Zielgruppen.
- e) Gleichzeitige Evaluierung der Wirksamkeit aller Präventionsprogramme.
- f) Einbeziehung der Gemeinschaft, unter besonderer Berücksichtigung der Familienmitglieder, der Schulen, Jugendführer, Sozialarbeiter und anderer Personen, die für die Jugend von Einfluß sind.
- g) Einbeziehung von Drogenerziehungsprogrammen für die Jugend in einem möglichst weiten Rahmen aller Erziehungsmaßnahmen.
- h) Betonung der Notwendigkeit eines sachlichen Medikamentengebrauchs, zusätzlich zu den erforderlichen Informationen über die Gefahren des Medikamentenmißbrauchs.
- i) Erzeugung einer positiven Einstellung in der Jugend, um von der Verherrlichung des Drogenmißbrauches wegzuführen und eine verstärkte positive Einbeziehung der Jugend in die Gemeinschaft, in der sie lebt, zu gewährleisten.



-24-

Aus österreichischer gesundheitsbehördlicher Sicht waren in diesem Zusammenhang auch die Ergebnisse eines UN-Seminars von Interesse, das im November 1981 in Wien durchgeführt wurde und als Thema die Schaffung regionaler und nationaler Pilotprojekte zur Mobilisierung von Ressourcen der Gemeinschaft zur Prävention und Verminderung des Drogenmißbrauches hatte. An diesem Seminar haben über Veranlassung des Bundesministeriums für Gesundheit und Umweltschutz Vertreter dreier österreichischer Bundesländer teilgenommen. Insbesondere in Oberösterreich besteht die Wahrscheinlichkeit, ein derartiges regionales Projekt (auf Bezirksebene) durchzuführen.

#### 7.4. Internationaler Suchtgifthandel

Über die internationale Entwicklung bei der Bekämpfung des Suchtgiftmißbrauches ist zu berichten, daß Österreich als Teilstück jener internationalen Staßenzüge, die von der Türkei über Griechenland bzw. Bulgarien, Jugoslawien, Italien und Österreich nach der Bundesrepublik Deutschland und dem Nordwesten Europas führen, seine Bedeutung für den internationalen Suchtgiftschmuggel beibehalten hat. Da an den Grenzen lückenlose Kontrollen nicht durchgeführt werden können, ist das Risiko für Schmuggler und ihre Fahrzeuge, entdeckt zu werden, gering. Die Menge der nach Österreich illegal transportierten Suchtgiftmengen dürfte daher nach wie vor beachtliche Größenordnungen aufweisen.

## 8. DIE AUFKLÄRUNGSKAMPAGNE DES BUNDESMINISTERIUMS FÜR GESUNDHEIT UND UMWELTSCHUTZ

### 8.1. Aufklärungsmaterialien für die Bevölkerung

Im Jahr 1981 hat der Bundesminister für Gesundheit und Umweltschutz eine Reihe namhafter Drogenexperten mit der Erstellung einer 3-teiligen Aufklärungsbroschüre über das Drogenproblem beauftragt, um sowohl die Allgemeinheit, als auch ausgewählte Zielgruppen (Eltern, Ärzte, Juristen, Lehrer und Sozialarbeiter) über die Ursachen und Gefahren sowie die Beratungs- und Therapiemöglichkeiten bei Suchtgiftmißbrauch und -abhängigkeit zu informieren.

Diese Aufklärungsbroschüre ist im Dezember 1981 in drei Bänden

(Band 1: "Drogen, Sucht und Therapie",

Auflage: 100.000 Stk.

Band 2: "Drogen, Sucht und Eltern",

Auflage: 50.000 Stk.

Band 3: "Drogen, Sucht und die Gesellschaft",

Auflage: 50.000 Stk.)

erschienen. Mit diesen Broschüren werden eine sachliche Darstellung der Suchtgiftproblematik sowie Möglichkeiten zur Verhütung bzw. Verhaltensstrategien der angesprochenen Zielgruppen gegenüber Mißbrauchern und Abhängigen angeboten. Infolge der großen Nachfrage wurde im Mai 1982 bereits eine 2. Auflage erforderlich.

Ebenfalls im Dezember 1981 wurde über Auftrag des Bundesministers für Gesundheit und Umweltschutz eine Tonbildschau mit dem Titel "Bedrohung Droge" hergestellt, die insbesondere Jugendliche und Eltern über

-26-

Ursachen und Wesen des Drogenmißbrauches informiert und die Möglichkeiten der Therapie realistisch darstellt. Diese Produktion wurde sowohl als Tonbildschau als auch in einer Filmversion allen Ämtern der Landesregierungen zur Verfügung gestellt und kann auch im Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz selbst sowie in den dem Bundesministerium für Unterricht und Kunst unterstehenden Verleihstellen von Interessenten ausgeliehen werden. Mit Bescheid des Bundesministeriums für Unterricht und Kunst vom 28. April 1982 wurde die Tonbildschau für den Unterrichtsgebrauch an allen Schulen für geeignet erklärt. Zur Tonbildschau wurde in einer Auflage von vorerst 100.000 Stück eine Begleitbroschüre hergestellt, die in Bild und Text die wichtigsten Aussagen zusammenfaßt, um einen verstärkten Eindruck vom Inhalt der Tonbildschau zu gewährleisten.

Um auch den emotionalen Einstellungsbereich anzusprechen, wurden für Jugendliche Materialien mit Appellfunktionen geschaffen: ein Aufkleber "Drogen? Nein, danke!" sowie Ansteckknöpfe und T-Shirts mit dem gleichen Aufdruck.

Weiters wurden 10 Fernsehspots à 30 Sekunden produziert, die das Thema "Flucht in die Droge? Wie beginnt sie?" behandeln. Sie zeigen mögliche Ursachen auf, die zu Mißbrauchsverhalten und Abhängigkeit von Suchtgiften, aber auch von Alkohol und Psychopharmaka führen können. Zum selben Thema wurden auch 10 Rundfunkspots in gleicher Länge hergestellt, in denen Ausschnitte von Originalinterviews mit Suchtmittelabhängigen, die sich in Therapie befinden, wiedergegeben werden. Die Spots wurden im Juli 1982 vom ORF zum 1. Mal ausgestrahlt, weitere Einschalttermine, auch in den österreichischen Kinos, sind geplant.

Den genannten und geplanten weiteren Maßnahmen zur Aufklärung über Drogenmißbrauch liegen folgende Erkenntnisse der neueren Forschung über die Effektivität aufklärender Aktivitäten zugrunde: Die Informationen über Suchtgiftwirkungen sind bei Jugendlichen möglichst gering zu halten, da sie meist nur Neugierverhalten stimulieren. Nicht die Drogen sollen im Vordergrund stehen, sondern die möglichen Einstellungen zur Droge. Die Ursachen des Suchtgiftmißbrauches sind verstärkt zu betonen und seine Untauglichkeit als Mittel der Realitätsflucht. Die Hervorstreichung des besonderen Charakters von Suchtgiftmißbrauch ist zu vermeiden. Er besitzt keinerlei Exklusivität, sondern ist im Kontext mit Mißbrauch und Abhängigkeit von anderen psychoaktiven Substanzen zu sehen.

Im Sinne dieser Erkenntnis hat das Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz auch keine auffällige Inseratenkampagne in den großen Tageszeitungen gestartet. Es war aber bestrebt, in zielgruppenorientierten Publikationen auf die durch das Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz herausgegebenen Aufklärungsmaterialien aufmerksam zu machen.

#### 8.2. Schulungsmaßnahmen für mit Suchtgiftfragen befaßte Berufsgruppen

Durch die Suchtgiftgesetznovelle 1980, insbesondere den darin noch stärker als bisher verankerten Gedanken "Behandlung besser als Strafe" sind den Bezirksverwaltungsbehörden, insbesondere Amtsärzten verstärkt wichtige Agenden zugefallen. Wenngleich die Amtsärzte auch bereits bis zum Jahr 1980 aufgrund der alten §§ 9a und 9b des Suchtgiftgesetzes (Verpflichtung zur Fest-

-28-

stellung, ob eine ärztliche Behandlung oder Kontrolle des Gesundheitszustandes von Süchtigen erforderlich ist) zu einem guten Teil mit der Drogenproblematik vertraut waren, war die Suchtgiftgesetznovelle auch Anlaß, die einschlägige Schulung der Amtsärzte erheblich zu verstärken. So war der im April 1981 veranstaltete Fortbildungskurs für Amtsärzte zur Gänze der Drogenproblematik gewidmet. Auch die folgenden amtsärztlichen Fortbildungskurse haben sich mit verschiedenen Aspekten der Drogenabhängigkeit befaßt.

In diesem Zusammenhang sei noch auf die wichtige Rolle der niedergelassenen Ärzte (insbesondere als Gutachter im Sinne des Suchtgiftgesetzes) hingewiesen, und das Bemühen des Bundesministeriums für Gesundheit und Umweltschutz, die von der Ärzteschaft initiierten Fortbildungsbemühungen auf diesem Gebiet entsprechend zu unterstützen. Dieser Aufgabe nachkommend, wurden von Bundesminister Dr. Steyrer zwei Symposien veranstaltet, an denen über 500 Ärzte aus Wien, Niederösterreich und Burgenland teilgenommen haben. Es ist beabsichtigt, auch in Zukunft die Aufklärung der Ärzte durch das Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz weiterhin so weit wie möglich zu unterstützen.

Mit Erlaß vom 28. April 1982 hat das Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz mittels Richtlinien Fragen der Durchführung des Suchtgiftgesetzes im Schulbereich im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Unterricht und Kunst geregelt. Da durch die Suchtgiftgesetznovelle auch den Schulärzten neue wesentliche Aufgaben zugekommen sind, wurden diese im Rahmen einer vom Bundesministerium für Unterricht und Kunst zusammen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und Umwelt-

-29-

schutz im Jahr 1981 in Strobl veranstalteten Fortbildungstagung geschult. Ferner sei darauf verwiesen, daß die Schulen und Schulbehörden dem Drogenproblem seit einigen Jahren erhöhte Aufmerksamkeit widmen und die entsprechenden Aufklärungsbemühungen im Schulbereich durch die Suchtgiftgesetznovelle 1980 noch verstärkt wurden. Das Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz ist bestrebt, auch diese schulischen Aufklärungsmaßnahmen entweder durch die Entsendung von Experten oder durch die Bereitstellung entsprechender Aufklärungsmaterialien zu unterstützen. So wurden je drei Exemplare der eingangs erwähnten Aufklärungsbroschüren des Bundesministeriums für Gesundheit und Umweltschutz mit Erlaß des Unterrichtsressorts an alle Schulen mit Schülern ab der 5. Schulstufe und die Bundeskovikte zur Information der Lehrer, Erzieher und Elternvereine verteilt.

Überdies haben die Schulbehörden vor allem im Rahmen ihres schulpsychologischen Dienstes in allen Bundesländern eine umfassende Aufklärungs- und Vorbeugungskampagne gegen den Drogenmißbrauch durch die Abhaltung entsprechender Informationsveranstaltungen und Seminare durchgeführt. Eine ausführliche Darstellung dieser Bemühungen im Schulbereich würde den Rahmen des gegenständlichen Berichtes überschreiten. Es sei hier nur darauf hingewiesen, daß nunmehr an allen Hauptschulen (über 10 Klassen) und an allen allgemein bildenden höheren Schulen Schülerberater, bzw. an allen berufsbildenden mittleren und höheren Schulen Bildungsberater installiert worden sind, das sind besonders mit der Drogenproblematik vertraute Lehrer, die allen Schülern der betreffenden Schulen bei den im Zusammenhang mit dem Drogenproblem auftretenden schulischen oder persönlichen Problemen zur Verfügung stehen.

-30-

Im Hochschulbereich weist das Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung im Rahmen des Studentenberatungsdienstes an allen Universitätsorten besonders auf die Notwendigkeit der Beratung und Betreuung von suchtgiftabhängigen oder suchtgiftgefährdeten Studenten im Sinne des § 10 Abs.1 SGG hin und hat im Zuge seiner entsprechenden Aufklärungsbemühungen auch die eingangs genannten Drogenbroschüren des Bundesministeriums für Gesundheit und Umweltschutz an allen Universitäten, Hochschulen und nachgeordneten Dienststellen zur Verteilung gebracht.

Da vom Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz in Auftrag gegebene Untersuchungen ergeben haben, daß der Konsum von Rauschmitteln auch bei Berufsschülern bzw. bei Lehrlingen in den letzten Jahren zugenommen hat, hat das Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz auch die Ausarbeitung eines Drogenerziehungsprojektes für diese Zielgruppen finanziell gefördert. Dieses Programm wird derzeit als "Drogenerziehungsprogramm Moosham" in Gewerkschaftsheimen für erholungsbedürftige Lehrlinge zum Einsatz gebracht. Das österreichische Bundesheer wird das Konzept dieser Drogenerziehung übernehmen und in die Grundausbildung von Grundwehrdienern integrieren. Vorerst sind im Bereich des Bundesheeres Seminare mit Multiplikatoren (Angehörige der Landesverteidigungsakademie, Militärakademie, der Heeresunteroffizierschule und der Waffenschulen) geplant, um Informationen zum Thema "Drogen" zu vermitteln und Offiziere und Unteroffiziere für die spätere selbständige Durchführung eines Drogenprogrammes vorzubereiten. Außerdem ist im Bundesministerium für Landesverteidigung ein Erlaß

-31-

in Vorbereitung, der die Beurteilung der Dienstfähigkeit von Wehrpflichtigen bei Vorliegen von Suchtgiftmißbrauch zum Inhalt hat und eine Regelung der sich aus der Suchtgiftgesetznovelle ergebenden Meldepflichten vorsieht.

9. DIE ENTWICKLUNG DES PERSONALSTANDES DER MIT DER BEKÄMPFUNG DER SUCHTGIFTKRIMINALITÄT BEFASSTEN EXEKUTIVORGANE

Mit Stichtag 1.1.1981 waren bei der im Bundesministerium für Inneres eingerichteten Zentralstelle für die Bekämpfung der Suchtgiftkriminalität 6, bei den Bundespolizeibehörden 67 und bei den Gendarmeriedienststellen 44, sohin insgesamt 117 Exekutivbeamte ausschließlich mit der Bekämpfung der Suchtgiftkriminalität befaßt. Mit der Installierung der Einsatzgruppe für die Bekämpfung der Suchtgiftkriminalität (EBS) am 1.7.1981 wurde die Gesamtzahl der Suchtgiftbekämpfungsbeamten um 40 erhöht.

Bei der Bundespolizei stehen derzeit 32 und bei der Bundesgendarmerie 13, also insgesamt 45 Suchtgiftspürhunde in Verwendung. Diese Diensthunde sind im Aufspüren von Cannabis-Produkten und von Heroin ausgebildet. Weitere 10 bzw. 3 Hunde stehen in Ausbildung.

An technischen Hilfsmitteln stehen den Beamten neben verschiedenen Geräten für Observationszwecke ausreichend Suchtgiftbestecke und Untersuchungsmittel zur Verfügung.



- 32 -

## 10. DIE PRAKTISCHEN ERFAHRUNGEN MIT DEN DURCH DIE SUCHTGIFT- GESETZNOVELLE 1980 NEU EINGEFÜHRTEN MASSNAHMEN

- 10.1. Die praktischen Erfahrungen der Exekutivbehörden,  
insbesondere hinsichtlich der verdeckten Fahndung  
Über Auftrag des Bundesministers für Inneres wurde 1981 die Einsatzgruppe zur Bekämpfung der Suchtgiftkriminalität (EBS) geschaffen, die am 1.7.1981 operativ wurde. Unter Leitung der Zentralstelle für die Bekämpfung der Suchtgiftkriminalität im Bundesministerium für Inneres stehen 40 Beamte, die sich aus den Reihen der Bundesgendarmerie und Bundespolizei rekrutieren, im Einsatz.

Primäre Aufgabe der EBS ist die verdeckte Fahndung. Im Bericht des Ausschusses für Gesundheit und Umweltschutz (420 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates XV.GP) anlässlich der Schaffung der Suchtgiftgesetznovelle 1980 vom 25.6.1980 ist ausdrücklich festgehalten, daß die "verdeckte Fahndung" zur Bekämpfung der Suchtgiftkriminalität eingesetzt werden kann. Die im Zuge dieser Fahndungsmaßnahmen gewonnenen Erkenntnisse werden an die jeweils örtlich zuständige Sicherheitsdienststelle weitergegeben, die ihrerseits die erforderlichen exekutiven Maßnahmen setzt.

Die Erfolge der EBS haben die in sie gesetzten Erwartungen bei weitem übertroffen. Im Jahre 1981 konnten aufgrund der von den Beamten der EBS erarbeiteten Hinweise 280 Festnahmen durchgeführt, 21 kg Heroin, 16 kg Cannabis-Produkte und ca. 1.000 LSD-Trips sichergestellt werden. 1982 führte ihre Erhebungstätigkeit bisher zu 110 Festnahmen und Sicherstellungen von 3,2 kg Heroin, 4,5 kg Cannabis-Produkten, 400 Gramm Morphin und 500 Gramm Kokain.

Neben Erfolgen auf dem Gebiete der Bekämpfung der Suchtgiftkriminalität stellten sich auch Erfolge ein, die andere Formen der Kriminalität betrafen: Einbruchsdiebstähle in Waffengeschäfte, Juweliergeschäfte und andere (darunter eine Amtshandlung mit Aufklärung von 68 Diebstählen und Einbruchsdiebstählen in Tirol mit einer Schadenssumme von 2,3 Millionen Schilling) wurden geklärt.

#### 10.2. Praktische Erfahrungen der Justizbehörden

Am 6. November 1981 fand im Bundesministerium für Justiz eine Suchtgiftreferententagung statt, bei der die bisherigen Erfahrungen mit der Anwendung des Suchtgiftgesetzes und der durch die Suchtgiftgesetznovelle 1980 geschaffenen neuen Rechtslage behandelt wurden. An der Tagung nahmen neben den Suchtgiftreferenten der Staatsanwaltschaften auch Vertreter der Sicherheits- und Gesundheitsbehörden, der Beratungs- und Betreuungseinrichtungen sowie Vertreter der Wissenschaft teil. Die Tagung brachte im wesentlichen folgende Ergebnisse:

Die Möglichkeit der vorläufigen Anzeigezurücklegung bzw. Verfahrenseinstellung nach den §§ 17, 19 SGG wird einhellig befürwortet und deren vermehrte Anwendung als wesentlicher Fortschritt gegenüber der früheren Rechtslage empfunden. Die Zusammenarbeit zwischen Justiz-, Gesundheitsbehörden und Betreuungseinrichtungen funktioniert allgemein gut und wird durch persönliche Kontakte sowie regelmäßige Besprechungen gefördert.

- 34 -

Im Bereich des Strafvollzuges wurden mit der Einrichtung der Sonderanstalt Favoriten die Voraussetzungen für die Unterbringung entwöhnungsbedürftiger Rechtsbrecher nach § 22 StGB geschaffen. In dieser Anstalt können rund 80 Straftäter, deren starke Rückfallneigung auf ihre Trunksucht oder ihre Gewöhnung an Suchtgift zurückzuführen ist, aufgenommen werden. Zu einer wesentlichen Verbesserung der Erfolgchancen der Behandlung trägt die nach der Entlassung durchgeführte medizinische und soziale Nachbetreuung bei.

Die Erweiterung des Anwendungsbereiches der Bewährungshilfe durch die Suchtgiftgesetznovelle 1980 hat dazu geführt, daß der Bewährungshilfe neben der traditionellen Betreuung von Verurteilten in steigendem Maße auch Betreuungsfälle nach den §§ 17, 19 SGG übertragen werden. Standen Ende 1980 bloß 5 Personen nach den §§ 17, 19 SGG in Betreuung, so waren es Ende 1981 bereits 23 und zum Stichtag 30.6.1982 35 Personen.

Besonders bewährt hat sich die Konzentration von Suchtgiftstrafsachen in Spezialreferaten bei Staatsanwaltschaften und Gerichten. Diese Maßnahme und das mit der Suchtgiftüberwachungsstelle neu geschaffene Informationssystem nimmt sogenannten Dealern in der Regel die Möglichkeit, sich glaubhaft und mit Erfolg als bloße Suchtgiftkonsumenten auszugeben.

Die bestehenden Strafobergrenzen werden als ausreichend empfunden. Hiezu ist auch auf die Darstellung der gerichtlichen Strafpraxis in Suchtgiftsachen (1.4.) hinzuweisen.

Bei der Suchtgiftreferententagung wurde auf die Schwierigkeiten hingewiesen, die sich für die Durchführung von Betreuungs- und Behandlungsmaßnahmen nach der Suchtgiftgesetznovelle 1980 aus der gleichzeitigen Anwendung des Finanzstrafgesetzes ergeben. Die durch die Suchtgiftgesetznovelle 1980 geschaffene Grundlage für eine verstärkte Berücksichtigung der medizinischen und sozialen Dimension des Suchtgiftproblems wird durch die nachfolgende Verhängung zusätzlicher Finanzstrafen oft zerstört. Erweisen sich diese als uneinbringlich, so kommt es zum Vollzug der dafür vorgesehenen Ersatzfreiheitsstrafe.

Diese Erfahrungen decken sich mit den Wahrnehmungen der Oberlandesgerichte, Oberstaatsanwälte und der Generalprokuratur über den Gang der Strafrechtspflege.

### 10.3. Praktische Erfahrungen der Gesundheitsbehörden

Durch die Suchtgiftgesetznovelle wurde die Grundlage für eine verbesserte Zusammenarbeit von Bezirksverwaltungsbehörden (Amtsärzten), Staatsanwaltschaften, Gerichten und anerkannten Einrichtungen zur Beratung und Betreuung von Personen in Hinblick auf Suchtgiftmißbrauch geschaffen. Die Gesundheitsbehörden und anerkannten Einrichtungen haben neue Aufgaben erhalten.

In der Praxis hat sich gezeigt, daß die Kooperation zwischen den drei Institutionen - Staatsanwaltschaft, Gesundheitsbehörde, anerkannte Einrichtung - ein reibungsloses Vorgehen im Sinne der Suchtgiftgesetznovelle ermöglichte und die Tätigkeiten einer Institution jeweils der Unterstützung der anderen

- 36 -

bedurfte. Über Art und Ausmaß dieser Kooperation gibt der vorliegende Bericht Aufschluß: er informiert aber auch über Probleme, die sich durch die Kooperation für Gesundheitsbehörden und anerkannte Einrichtungen ergeben.

Da eine wesentliche Neuerung der Suchtgiftgesetz-novelle die Tätigkeit der anerkannten Einrichtungen betrifft, soll im folgenden zuerst ein Bericht über deren Arbeit vorgelegt werden. Im Anschluß daran werden die praktischen Erfahrungen der Bezirksgesundheitsbehörden und der anerkannten Einrichtungen dargestellt, die durch das Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Umweltschutz erhoben wurden, soweit es die Ergebnisse des bisher vorgelegten Zwischenberichtes erlauben.

Zum Abschluß sollen die in der Suchtgiftüberwachungsstelle des Bundesministeriums für Gesundheit und Umweltschutz festgehaltenen Daten aus den Meldungen der Bezirksverwaltungsbehörden über Anzahl und Art des Suchtgiftmißbrauches sowie der erfolgten Maßnahmen im Gesundheitsbereich diesen Erfahrungsbericht vervollständigen.

### 10.3.1. Die Tätigkeit der anerkannten Einrichtungen

#### 10.3.1.1. Der formale Rahmen des Berichtes

Durch die Verordnung des Bundesministers für Gesundheit und Umweltschutz vom 14. September 1981, BGB1.Nr. 435, wurden nach einem im Wege der Gesund-

heitsbehörden durchgeführten Prüfungsverfahren 18 private Einrichtungen bzw. Vereinigungen als anerkannt kundgemacht. Durch diese Verordnung gelten ferner 18 Beratungsstellen der Gebietskörperschaften (Länder und Gemeinden) sowie 5 Krankenanstalten als anerkannte Einrichtungen im Sinne des Suchtgiftgesetzes. Insgesamt haben für das Jahr 1981 23 Einrichtungen bzw. deren Rechtsträger um die Gewährung von Zuschüssen gemäß § 22 SGG angesucht. Vom Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz wurden hierfür Fördermittel in der Höhe von S 8,642.000,-- vergeben. Da die Zuerkennung der Förderungen mit der Auflage verbunden war, Aufzeichnungen über die Klientel im Sinne einer Sozialstatistik nach den vom Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz vorgegebenen Richtlinien zu führen, war es dem Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz möglich, erstmals einen Bericht über die Tätigkeit der Einrichtungen zu erarbeiten.

Das allgemeine Ziel dieser Dokumentation war die Erfassung von Organisationsformen und Aufgabenbereichen der Einrichtungen in der Betreuung von Suchtgiftgefährdeten und -abhängigen sowie die Erhebung allenfalls vorliegender Probleme. Die Erfüllung des Gesetzesauftrages zur umfassenden Aufklärung der Bevölkerung über Fragen des Suchtgiftmißbrauches und dessen Heilungsmöglichkeiten erfordert eine entsprechende Kenntnis von Bedarf und Angebot.

#### 10.3.1.1.1. Erläuterungen zur Datenbasis

Nur 4 Einrichtungen waren aus Personalmangel 1981 noch nicht in der Lage, ihre Aufzeichnungen auf die erforderliche Systematik umzustellen. Diese geringe Ein-

-38-

schränkung der Datenbasis ändert nichts am repräsentativen Charakter der vorliegenden Ergebnisse: sie spiegeln die soziale und drogenspezifische Situation der Suchtgiftmißbraucher wider und geben Aufschluß über die Tätigkeit der Einrichtungen. (Eine Liste der Einrichtungen findet sich im Anhang).

#### 10.3.1.1.2. Kurzfassung der wichtigsten Ergebnisse

Nicht alle Einrichtungen haben gleiche Organisationsformen. Daraus resultieren z.T. auch unterschiedliche Aufgaben. Ein sicher gravierender Unterschied liegt in der ambulanten oder stationären Betreuungsform. Er rechtfertigt die getrennte Behandlung im vorliegenden Bericht.

Die unterschiedlichen Aufgabenvorstellungen werden auch an der Selektion der betreuten Klientel deutlich. So gibt es Einrichtungen, die ausschließlich Personen mit Suchtgiftproblematik betreuen, andere übernehmen auch Personen mit Alkohol- und Medikamentenmißbrauch und ein geringer Teil betreut zusätzlich Personen mit psychosozialen Problemen. Ein weiteres Selektionskriterium ist der Aufnahmemodus. Für die Arbeit der Einrichtung scheint es nicht ohne Bedeutung zu sein, ob sie neben der freiwilligen Klientel auch Zuweisungsfälle (z.B. nach § 9 und 17) aufnimmt. Auf die damit zusammenhängenden Probleme wird später noch eingegangen.

- 1981 haben 2.249 Personen ambulante und 304 Personen stationäre Einrichtungen aufgesucht, davon waren cirka 2/3 männlich und 1/3 weiblich. Altersmäßig ist die Gruppe der 20- bis 24-Jährigen am stärksten vertreten.

- Insgesamt wurden 1981 7.290 Maßnahmen durchgeführt, da pro Klient meist mehrere Maßnahmen erforderlich waren. Daneben führten die Mitarbeiter der Einrichtungen eine Reihe von Aufklärungsveranstaltungen durch, wie Vorträge in Schulen, Jugendgruppen, bei Mütterunden, in Elternvereinen etc.
- Etwas mehr als die Hälfte der Personen sind Haschisch- bzw. Halluzinogenmißbraucher: in den stationären Einrichtungen sind die Abhängigen durchwegs polytoxikoman.
- Die berufliche Perspektive ist aufgrund mangelnder Qualifikation schlecht, ein hoher Prozentsatz der Personen ist arbeitslos.
- Die Abbruchquote ist beträchtlich, allerdings auch der Prozentsatz der Wiederaufnahmen.
- Neben der Suchtgiftproblematik sind bei fast allen Personen zusätzliche behandlungsbedürftige psychische Probleme zu beobachten.
- Die Justiz-, Sicherheits- und Gesundheitsbehörden kooperieren eng mit ambulanten Einrichtungen. Insgesamt waren die Hälfte der betreuten Fälle Zuweisungen (Bezirkshauptmannschaft, Gericht, Schule); die Einrichtungen erfüllen somit eine wichtige Aufgabe bei der Vollziehung der Suchtgiftgesetznovelle.

#### 10.3.1.2. Die Tätigkeit der ambulanten Einrichtungen

Insgesamt haben im Jahr 1981 2.249 Personen die im Bericht berücksichtigten Einrichtungen frequentiert. Davon waren 1.708 Personen (76 %) Zugänge und 541 (24 %) weiterbetreute Behandlungsfälle aus dem Jahr 1980. Von den Zugängen suchten 67 % 1981 zum ersten Mal die anerkannten Einrichtungen auf, während 33 % Wiederaufnahmen waren (damit sind Personen gemeint, die bereits irgendeinmal zu einem früheren Zeitpunkt die Einrichtung aufgesucht hatten).

Bei 30 % aller Fälle wurden Bezugspersonen mitbetreut, d.h. Eltern oder Partner wurden in die Beratung oder Behandlung miteinbezogen.



-40-

### 10.3.1.2.1. Sozialdaten der Zugänge (Neu- und Wieder- aufnahmen)

Um in Hinkunft Trendänderungen in den Sozialdaten und im Suchtgiftmißbrauch feststellen zu können, werden für die Sozialdaten nur die Zugänge berücksichtigt. Die hier angegebenen Prozentsätze beziehen sich somit auf 1.708 Personen.

#### Die Personen und deren Symptomatik

Tab. 1: Altersverteilung (alle Daten in Prozent)

14	14-15	16-17	18-19	20-24	25-29	30-39	39	Gesamt %
1	2	8	13	48	23	4	1	100*

Die Altersverteilung zeigt eine deutliche Verschiebung in Richtung höheres Alter, die bei den über 30-Jährigen plötzlich abbricht. Obwohl die "Drogenszene" in Österreich noch relativ jung ist, kann dieser Knick damit nicht völlig erklärt werden. Er geht aber konform mit den ausländischen Erfahrungen, die gleichfalls ab dem 30. Lebensjahr eine deutliche Reduzierung der Suchtgiftklientel festgestellt haben. Ein Grund dafür mag auch in der Mortalitätsrate vor allem der Heroinabhängigen und Politoxikomanen (Personen, die verschiedene Rauschmittel mißbrauchen) liegen; von Fachleuten wird jedoch die Vermutung geäußert, daß mit steigendem Alter und zunehmender Anpassung an die Gesellschaft der Suchtgiftmißbrauch eingeschränkt oder aufgegeben wird. Dies scheint vor allem bei Haschisch- oder Halluzinogenmißbrauchern plausibel. Einige andere steigen hingegen vermutlich auf Alkohol und Medikamente um.

---

\* Alle Werte sind auf- oder abgerundet, wodurch sich Rundungsabweichungen ergeben können (99 bzw. 101 %)

Der Anteil der 14- bis 17-Jährigen am Klientel beträgt derzeit 11 %. Dies entspricht annähernd dem Prozentsatz dieser Altersgruppe aus der Anzeigenstatistik und der Statistik der Suchtgiftüberwachungsstelle.

Die Daten über den Anlaß der Kontaktaufnahme zeigen, daß das Anliegen, Jugendliche möglichst frühzeitig und freiwillig in die Beratungsstellen zu bringen, noch vermehrter Anstrengung durch die Beratungsstellen bedarf.

Tab. 2: Anlaß der Kontaktaufnahme

aus eigenem Wunsch	Wunsch Eltern/Partner	Anordnung Schule	Anordnung BH	Anordnung Gericht StA	Streetwork	Sonst	Gesamt %
23	14	2	37	10	4	10	100

So ist der Prozentsatz, der aus eigenem Antrieb eine Beratungsstelle aufsucht, mit 23 % eher gering. Fast die Hälfte der Fälle kommt, weil sie unter Zwang steht (Anordnungen), wobei der geringe Prozentsatz der Anordnung durch die Schule doch einigermaßen überrascht. Streetwork als Möglichkeit, an Suchtgiftmißbraucher in der "Szene" heranzukommen und sie zum Besuch einer Einrichtung zu motivieren, spielt gleichfalls eine geringe Rolle, während Ärzte und Krankenhäuser, die unter anderem im Bereich "Sonstiges" kategorisiert wurden, eine bessere Rekrutierungshilfe darstellen.

Im allgemeinen wird der Aufnahmemodus der Klienten durch die Einrichtung bestimmt. So gibt es Einrichtungen, die prinzipiell nur Freiwillige (= aus eigenem Wunsch) aufnehmen und Einrichtungen, wo sowohl Freiwillige als auch Zuweisungen (Anordnung durch Schule, BH, StA und Gericht) betreut werden; in manchen Einrichtungen überwiegen letztere.

Es scheint sich die Tendenz abzuzeichnen, daß Einrichtungen der Behörde oder Einrichtungen, die amtsärztliche Funktionen übernehmen, von Freiwilligen eher gemieden werden. Hier entstehen für viele Ein-

- 42 -

richtungen Konflikte: einerseits sollen sie im Sinn der Suchtgiftgesetzgebung eine wichtige Funktion übernehmen, indem sie die Zielvorstellung Therapie besser als Strafe mitemöglichen. Dies sollte jedoch nach dem Selbstverständnis der Einrichtungen nicht so ausgelegt werden, daß ihre therapeutische Arbeit von außen durch Kontrollbedürfnisse geprägt wird. Dadurch ist nicht nur eine Einengung des therapeutischen Spielraumes zu befürchten, es könne zudem der Eindruck erweckt werden, daß die Einrichtungen zum verlängerten Arm von Justiz- und Sicherheitsbehörden werden, ein Aspekt, der Freiwillige abschreckt. (Diese Befürchtungen wurden anlässlich einer vom Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung durchgeführten Umfrage geäußert, über deren Ergebnisse später noch berichtet wird.)

Da die Motivation der Klienten zur Behandlung die primäre Voraussetzung für erfolgreiche therapeutische Intervention ist und diese bei Zuweisungsfällen oft fehlt, ist die therapeutische Arbeit mit letzteren oft unbefriedigend. Hinzu kommt, daß viele Einrichtungen über Mitarbeitermangel klagen. Es ist verständlich, daß das ohnedies knappe Arbeitspotential lieber auf "hoffnungsvolle" Fälle als auf die Alibibetreuung Therapieunwilliger aufgewendet wird.

Den hier aufgezeigten Zwiespalt wird man in einer für alle Beteiligten akzeptablen Form lösen müssen.

Zusammenfassend ist festzuhalten, daß Suchtgiftkonsumenten noch nicht im erwünschten Ausmaß aus eigenem Antrieb Beratungsstellen aufsuchen. Die Gründe dafür sind vielfältig: Suchtgiftkonsum, speziell von Cannabis-

produkten, wird von vielen Jugendlichen nicht als behandlungswürdiges Symptom empfunden. Außerdem fehlt vielfach die Selbsteinsicht in eine beginnende Abhängigkeitsproblematik. Und manche fürchten, daß der freiwillige Besuch von Beratungseinrichtungen Nachteile bringt (Anzeige oder Meldung). Auch die oben erläuterte Problematik mag zum Teil dafür verantwortlich sein.

Tab.3: Alter und Geschlecht

Alter	14-15	16-17	18-19	20-24	25-29	30-39	39	Gesamt
männlich	1	4	7	36	18	3	1	70
weiblich	1	4	6	12	5	1	1	30

Die Tabelle ergibt demnach ein Verhältnis von 7 männlichen zu 3 weiblichen Personen. Auf die einzelnen Altersgruppen verteilt, zeigen sich größere Schwankungen. Bei den jüngeren Jahrgängen fallen die Unterschiede zwischen Burschen und Mädchen kaum ins Gewicht, mit steigendem Alter wird die Differenz immer größer, um dann wieder abzunehmen. Dieses Phänomen ist schwierig zu interpretieren. Vielleicht ermöglicht die nach Geschlecht und Suchtmitteltyp vorgenommene Differenzierung eine Erklärung.

Tab. 4a: Nach Geschlecht bevorzugter Suchtmitteltyp

	Haschisch/ Halluzinogene	Opiate/ Heroin	Medika- mente	Alkohol	keine Drogen	Gesamt %
Burschen	56	25	9	7	3	100 %
Mädchen	43	34	14	3	6	100 %

- 44 -

Madchen greifen etwas mehr als Burschen zu "härteren" Drogen und sie sind auch eher durch polytoxikomanes Verhalten gefährdet wie Tab. 4b zeigt.

Tab. 4b: Nach Geschlecht bevorzugter Suchtmitteltyp aufgeschlüsselt nach Einfach- und Mehrfachmißbrauch

	Haschisch/ Halluzinogene	Opiate/ Heroin	Medika- mente	Alkohol	
allein	80	47	32	28	Burschen
in Komb.	20	53	68	72	
allein	77	41	30	72	Mädchen
in Komb.	23	59	70	28	

Opiate und Medikamente werden von Mädchen in etwas größerem Ausmaß in Kombination mit anderen Rauschmitteln genommen, während bei Burschen der Alkohol bei polytoxikomanem Verhalten im Vordergrund steht.

Möglicherweise greifen die Mädchen früher als Burschen zu härteren Drogen, werden dadurch früher auffällig oder gelangen früher zur Einsicht, daß sie Hilfe brauchen.

Betrachtet man die Anteile der Suchtmitteltypen insgesamt, so zeigt Tab. 5a, daß Haschisch bzw. Halluzinogene mit 52 % am häufigsten mißbraucht werden, gefolgt von Opiaten/Heroin bei 28 % der Fälle.

Tab. 5a: Anteile der Suchtmitteltypen insgesamt

Haschisch/ Halluzinogene	Opiate/ Heroin	Medika- mente	Alkohol	keine Drogen	Gesamt %
52	28	10	6	4	100

Tab. 5b: Einfach- und Mehrfachkonsum auf den jeweiligen Suchtmitteltyp bezogen

	Haschisch/ Halluzinogene	Opiate/ Heroin	Medikamente	Alkohol
allein	79	45	31	36
in Kombi- nation	21	55	69	64
Gesamt	100	100	100	100

Bezieht man den Einfach- oder Mehrfachkonsum auf den jeweiligen Suchtmitteltyp als Leitdroge so ist polytoxikomanes Verhalten bei Haschisch/bzw. Halluzinogenmißbrauchern mit 21 % am geringsten und am häufigsten bei Personen, die Medikamente oder Alkohol mißbrauchen. Insgesamt beträgt das Verhältnis von Einfach- und Mehrfachmißbrauchern zueinander rund 6:4.

Tab.6: Familienstand

ledig	verheiratet	geschieden/ getrennt	verwitwet	unbekannt	Gesamt %
81	8	4	1	6	100

Der Anteil der ledigen Klienten ist mit 81 % nicht allein durch die Altersverteilung zu erklären. Der Schluß liegt nahe, daß Rauschmittelkonsum zu Beziehungsschwierigkeiten führt oder Beziehungsdefizite Rauschmittelmißbrauch verursachen.

-46-

Tab. 7: Schulbildung (jeweils die zuletzt besuchte Schule)

	Sonder- schule	Pflicht- schule	weiterfüh- rende Schule	Universität/ Hochschule	unbekannt	Gesamt %
derzeit	0	1	8	2	-	11
abge- schlossen	1	55	5	0	-	61
abge- brochen	0	1	8	0	-	9
unbekannt	0	0	0		19	19
Gesamt	1	57	21	2	19	100

Den höchsten Prozentsatz stellen Absolventen der Pflichtschulen mit 57 %, gefolgt von jenen weiterführender Schulen mit 21 %. 9 % haben ihre Schulbildung vorzeitig abgebrochen, und zwar vorwiegend Schüler weiterführender Schulen.

Tab. 8: Berufsgruppe

Schüler/ Student	Lehrling	Angest./ Beamte	Facharb.	ungel. Arbeiter	Selbst. Freiber.	Haus- frau	sonst. unbek.	Gesamt %
11	6	14	12	23	2	1	31	100

Tab. 9: Derzeitige Berufsausübung

regel- mäßig	unregel- mäßig	Rentner Invalide	arbeitslos	unbekannt	Gesamt %
39	20	1	17	23	100

Ungelernte Arbeiter sind mit 23 % sehr häufig. Die gegenwärtige Berufssituation ist bei vielen ungünstig: 37 % sind arbeitslos oder arbeiten unregelmäßig.

Tab. 10: Sonstige Symptomatik und Drogensymptomatik  
(Mehrfachnennungen möglich, Summe größer als 1.708)

	mit Drogensymptomatik	ohne Drogensymptomatik	Gesamt %
Schule/Beruf	17	0	17
Kommunikation Partner/ Sexualität	21	1	22
Eltern-Kind-Konflikte	27	1	28
Depressionen/ Ängste, Suizid	13	1	14
Verwahrlosung	10	0	10
andere	6	0	6
keine	3	0	3
Gesamt	97	3	100

Nicht alle Personen, die eine anerkannte Einrichtung aufsuchten, taten dies, weil sie Drogen nahmen. 3 % kamen, weil sie in den oben angegebenen Bereichen Schwierigkeiten hatten und Hilfe suchten.

Insgesamt wurden bei den 1.708 Klienten 2.780 andere therapiebedürftige Probleme angegeben. D.h.: fast alle Klienten sind über ihre Drogensymptomatik hinaus mit zusätzlichen psychischen Problemen belastet. Eltern-Kind-Konflikte und Beziehungsstörungen werden dabei am häufigsten genannt.

#### 10.3.1.2.2. Die abgeschlossenen Betreuungsfälle

Bei 716 Klienten wurde im Berichtsjahr die Betreuung beendet, das waren 32 % von der Gesamtzahl der Betreuten (Zugänge plus der aus dem Vorjahr übernommenen Fälle).



- 48 -

Tab. 11: Aufschlüsselung der abgeschlossenen Klienten nach Behandlung und Grund des Abschlusses

	Dauer in Monaten							Gesamt %
	1	2-4	5-7	8-12	13-18	19-24	24	
planmäßige Beendigung	7	4	6	7	4	1	3	32
Abbruch d. Klient	14	10	7	7	1	1	2	42
Abbruch d. Einrichtung	2	7	3	2	1	0	1	16
Weitervermittlung	2	4	3	0	0	0	0	9
Gesamt	25	25	19	16	6	2	6	100

Der Anteil der Abbrecher ist mit 42 % sehr hoch, wobei die Abbruchhäufigkeit am Beginn der Betreuung am größten ist. Man sollte daraus aber nicht den Schluß ziehen, daß der Klient damit für alle Zeiten der Beratungsstelle fernbleibt: erfahrungsgemäß benötigen viele Rauschmittelabhängige mehrere "Versuche", ehe sie für eine intensive Betreuung bereit sind (siehe auch den Prozentsatz der Wiederaufnahmen unter 10.3.1.2.).

Der Abbruch der Betreuung durch die Einrichtung ist mit 16 % relativ hoch, wobei mehr als die Hälfte der Abbrüche innerhalb der ersten 4 Monate stattfinden. Bei den Einzelauswertungen zeigen sich hier zwischen den Einrichtungen große Divergenzen: es gibt Einrichtungen ohne Abbrüche und solche mit hohen Abbruchzahlen. Auch im Hinblick auf die planmäßige Beendigung sind die Unterschiede erheblich. Sie schwanken zwischen 4 % und 42 %. Hier wäre bei einigen Einrichtungen eine Reflexion über ihre Arbeitsweisen und Zielvorstellungen erforderlich.

Tab. 12: Grund des Abschlusses auf den jeweiligen Suchtmitteltyp bezogen

	planmäßig	Abbruch/ Klient	Abbruch/ Einrichtung	Weiterver- mittlung	Gesamt %
Haschisch/ Halluzino- gene	32	42	26	0	100
Opiate/ Heroin	17	41	13	29	100
Medika- mente	36	47	14	3	100
Alkohol	63	24	1	12	100
Polytoxiko- manie +	19	61	4	16	100

+ Anmerkung: wurde von einer Einrichtung getrennt ausgewiesen und mußte, um die Statistik vergleichbar zu halten, aufgenommen werden.

Bei Haschisch/Halluzinogenmißbrauchern wird die Betreuung fast doppelt so oft planmäßig beendet wie bei Opiat/Heroinmißbrauchern. Hingegen werden letztere häufig an stationäre Langzeittherapien weitervermittelt.

Die hohe Abbruchquote durch die Einrichtungen beim Haschisch/Halluzinogentyp findet nicht nur in der fehlenden körperlichen und nur selten auftretenden psychischen Abhängigkeit ihre Erklärung. Die Haschisch- und Halluzinogenmißbraucher fühlen sich in der Regel nicht therapiebedürftig und sind es wohl oft auch nicht (siehe hierzu die Ausführungen unter 10.3.2.). Außerdem ist anzunehmen, daß ein nicht unbeträchtlicher Anteil dieses Typs auf behördliche Anordnung erscheint; die Bereitschaft zur Therapie kann hier wohl nicht vorausgesetzt werden. Ihre mangelnde Motivation einerseits und die nötige intensive Betreuungsarbeit bei schwer abhängigen Suchtkranken andererseits machen die hohen Abbruchquoten verständlich.

-50-

### 10.3.1.2.3. Die getroffenen Maßnahmen

Die Betreuungsmaßnahmen werden von den Einrichtungen auf den jeweiligen Fall abgestellt. In manchen Einrichtungen fehlen noch entsprechend ausgebildete Berater, um Einzel- oder Gruppentherapie durchführen zu können.

Tab.13: Anzahl der Maßnahmen in den Einrichtungen

Beratung	Beratung Eltern/ Sonstige	Einzel- therapie bzw. -ge- spräche	Gruppen- therapie bzw. -ge- spräche	Vermitt- lung	Nach- sorge	Arbeits- platz/ Wohnung	Gesamt %
35	17	31	5	4	4	4	100

Insgesamt waren 7.290 (=100 %) Maßnahmen notwendig, da pro Klient oft mehrere Leistungen erbracht werden mußten. Das Beratungsgespräch steht unter diesen Maßnahmen mit 35 % an der Spitze, gefolgt von der Einzeltherapie mit 31 %. Der Prozentsatz der Gruppenarbeit ist gering, obwohl sie nicht nur eine bewährte therapeutische Technik, sondern auch eine zeitlich- und personell-ökonomische Betreuungsform ist. Eine Erklärung für die geringe Gruppenarbeit könnte sein, daß dem Klientel eine wesentliche Voraussetzung zur Gruppenarbeit fehlt: die Einhaltung von fixierten Terminen.

Viele Einrichtungen nehmen neben ihren Betreuungsaufgaben noch andere Agenden wahr: sie betreuen Häftlinge in Strafanstalten, machen Haus- und Klinikbesuche, halten Vorträge und Diskussionsveranstaltungen in Schulen, bei Jugendgruppen, in Mütterrunden, führen Kontaktgespräche mit Lehrern und Ärzten und stehen in Verbindung mit Berufsberatung, Arbeitsamt, Finanzamt, dem Schulpsychologischen Dienst sowie Gerichten und Polizei.

### 10.3.1.3. Die Tätigkeit der stationären Einrichtungen

Die Arbeit der stationären Einrichtungen wird statistisch getrennt ausgewiesen, da deren Klientel in einigen Bereichen Unterschiede zu jener in den ambulanten Einrichtungen zeigt. Insgesamt wurden 1981 304 Personen in Mittel- und Langzeittherapie aufgenommen. Bei dieser Zahl ist zu berücksichtigen, daß mehrere Personen doppelt aufscheinen, so z.B. jene 73 Personen, die zuerst zur Entgiftung und Motivationsweckung im Krankenhaus Neunkirchen waren und dort statistisch dokumentiert und anschließend in der Therapiestation Mödling nochmals gezählt wurden.

Die 255 Zugänge (84 %) rekrutierten sich aus 70 % Neuaufnahmen und 30 % Wiederaufnahmen. Aus dem Vorjahr wurden 16 % ins laufende Jahr übernommen. Bei 68 % wurde die Betreuung im Berichtszeitraum beendet.

Eine Mitbetreuung von Bezugspersonen fand nur in 8 % der Fälle statt.

Annähernd 2/3 der Patienten waren Burschen. Die Geschlechterverteilung ist demnach ähnlich wie in den ambulanten Einrichtungen.

Tab. 14: Alters- und Geschlechterverteilung in Prozent

	14	14-15	16-17	18-19	20-24	25-29	30-39	39	Gesamt
männl.	0	0	1	2	33	21	6	0	63
weibl.	0	0	3	5	19	9	1	0	37
	0	0	4	7	52	30	7	0	100 %

- 52 -

Jüngere Mädchen scheinen früher als altersgleiche Burschen eine stationäre Therapie anzustreben, sie dürften demnach doch früher krankheitseinsichtig sein oder ertragen den Zustand der Abhängigkeit mit allen damit verbundenen Begleiterscheinungen weniger lange als Burschen. Nur 29 Personen (11 %) sind allein von einem Rauschmittel abhängig, hier überwiegend Mädchen. Die Mehrzahl der Patienten nimmt fast alle Rauschmittel in Kombination.

Tab. 15: Familienstand

ledig	verheiratet	gesch./getr.	verwitwet	unbekannt	Gesamt
67	19	13	1	0	100 %

Der Anteil der Geschiedenen liegt mit 13 % deutlich höher als der im altersentsprechenden Durchschnitt der Bevölkerung.

Tab. 16: Schulbildung (jeweils die zuletzt besuchte Schule)

	Sonderschule	Pflichtschule	weiterführende Schule	Univ.	Lehre	Gesamt %
derzeit	0	0	2	0	8	10
abgeschl.	0	26	12	1	0	39
abgebrochen	0	2	22	8	19	51
Gesamt	0	28	36	9	27	100

Die Statistik der abgeschlossenen Schulbildung bestätigt die Annahme, daß vorwiegend Jugendliche mit gehobener Schulbildung eine Langzeittherapie besuchen. Erschreckend hoch ist der Prozentsatz der Schulabbrecher. Entsprechend ungünstig war auch die Berufssituation vor Beginn der Therapie wie Tabelle 17 zeigt.

Tab. 17: Derzeitige Berufsausübung

regelmäßig	unregelmäßig	Krankenstand	arbeitslos	unbekannt	Gesamt %
23	25	5	34	13	100

Nur 23 Prozent waren regelmäßig berufstätig. Der Anteil der Arbeitslosen ist genau doppelt so hoch wie bei der ambulanten Klientel.

Tab. 18: Berufsgruppe

Schüler/Student	Lehrling	Angest./Beamter	Facharb.	ungel. Arb.	Selbst. Freiber.	Hausfrau	sonst.	Ges. %
11	6	19	15	39	3	3	4	100

Den höchsten Prozentsatz stellt die Gruppe der ungelernten Arbeiter.

Die berufliche Zukunft sieht demnach für den Großteil der Langzeittherapiepatienten äußerst trist aus: in Zeiten wirtschaftlicher Rezession ist mangelnde Berufsqualifikation geradezu eine Garantie für Arbeitslosigkeit. Arbeitslosigkeit in jungen Jahren deformiert die Zukunftsperspektiven und mangelnde Zukunftsperspektiven sind eine der Ursachen für Suchtgiftmißbrauch. Um diesen Kreislauf zu durchbrechen, wird es unumgänglich sein, neben der Therapie auch Möglichkeiten für eine berufliche Nachschulung anzubieten.

-54-

Tab. 19: Sonstige Symptomatik

Schule/ Beruf	Kommunikation Partn./Sexualität	Eltern-Kind- Konflikte	Depressionen Ängste/Suizid	Verwahr- losung	andere	Ges %
14	25	21	24	12	4	100

Die Patienten in stationärer Behandlung leiden gleichfalls in beträchtlichem Ausmaß an zusätzlichen seelischen Problemen. So bestanden bei den 255 Zugängen neben der Drogensymptomatik noch 596 andere therapiebedürftige Symptome. Im Vergleich zu den ambulant betreuten Fällen drückt hier die Kategorie Depressionen/Ängste/Suizid eine beträchtliche zusätzliche psychische Problematik der Klientel aus.

Tab. 20: Anlaß der Kontaktaufnahme

aus eigenem Antrieb	Wunsch Eltern/ Partner	Anordnung Schule	Anordnung BH	Anordnung Gericht	Street- work	Sonst.	Ges %
65	9	0	0	3	17	,6	100

Fast 2/3 der Patienten beginnt die Therapie aus eigenem Antrieb und 17 % werden durch Streetwork motiviert. Daß bei der stationären Klientel Anordnung durch Gericht oder BH fast keine Rolle spielen, ist durch die Bedingung der Freiwilligkeit aus therapeutischer Sicht zu erklären.

Tab. 21: Aufschlüsselung der abgeschlossenen Betreuungsfälle in stationären Therapieeinrichtungen nach Behandlungsdauer und Grund des Abschlusses

	Dauer in Monaten					Gesamt %
	1	2-4	5-7	8-12	12	
planmäßige Beendigung	15	2	5	5	6	33
Abbruch durch Klient	34	12	4	1	0	51
Abbruch durch Einrichtung	9	4	1	0	0	14
Weitervermittlung	2	0	0	0	0	2
Gesamt	60	18	10	6	6	100

Die Hälfte der Patienten bricht die Therapie vorzeitig ab, wobei die Abbruchquoten in den Anfangsmonaten am höchsten sind. Am Beginn der Behandlung greift auch die Einrichtung vermehrt zur Sanktion des Abbruches, vor allem aus diszipliniären Gründen. Planmäßig beendet werden 33 % der Therapien, dies entspricht fast genau dem Prozentsatz der ambulanten Einrichtungen.

Zusammenfassend ist festzustellen, daß die in stationärer Behandlung gewesene Personengruppe im Durchschnitt älter ist als die ambulante, durchwegs polytoxikomanes Suchtverhalten zeigt und zusätzlich an gravierenden psychischen Problemen leidet. Die beruflichen Zukunftsperspektiven sind für viele nicht vorhanden: hohe Schulabbruchquoten verursachen unqualifizierte Berufstätigkeit und Arbeitslosigkeit. Die Erkenntnis der beruflichen Hoffnungslosigkeit könnte eine mögliche Erklärung für die hohen Rückfallquoten sein.



#### 10.3.1.4. Schlußfolgerungen

Der vorliegende Bericht gibt nicht nur Aufschluß über die Arbeitsleistung der anerkannten Einrichtungen und über das dort betreute Klientel. Die Koordinations- und Aufklärungstätigkeit des Bundesministeriums für Gesundheit und Umweltschutz auf dem Gebiet des Suchtgiftmißbrauches und dessen Betreuungs- und Behandlungsmöglichkeiten kann sich aufgrund der Daten erstmals auch auf konkrete Sachverhalte stützen. So erscheint es z.B. notwendig, die Rahmenbedingungen für den Behandlungsabbruch durch die Einrichtungen zu diskutieren bzw. festzulegen, wie im Falle von durch Bezirksverwaltungsbehörden oder Gericht angeordneten Maßnahmen vorgegangen werden soll. Gerade weil den Einrichtungen so große Bedeutung bei der Vollziehung der Suchtgiftgesetznovelle zukommt, sollten die Bedingungen ihrer Arbeit mit den behördlich zugewiesenen Personen offen gelegt werden. Ziel dieses Vorgehens ist nicht die Schaffung nivellierter Einrichtungen und Bedingungen, im Gegenteil, das Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz bejaht ausdrücklich ein pluralistisches Angebot von Organisationsformen und Arbeitsweisen. Eine Transparenz dieser Arbeitsweisen ist jedoch wünschenswert.

Ein zweites, sehr wichtiges Anliegen konnte durch die Datensammlung gleichfalls verwirklicht werden. Erstmals verfügt das Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz auch über eine repräsentative Kenntnis der Sozialstruktur der Klientel von Beratungs- und Betreuungseinrichtungen. Diese Kenntnis ist eine wesentliche Voraussetzung für gesundheits- und sozialpolitische Maßnahmen. Zwei Ergebnisse sind hier von besonderer Bedeutung:

- a) Die Mehrheit der Klientel zeigt neben ihrer Suchtgiftproblematik eine Reihe von psychischen Problemen oder Störungen, und ein nicht unbeträchtlicher Teil ist poly-

toxikoman. Es wird daher zu überlegen sein, ob die finanzielle Förderung von anerkannten Einrichtungen weiterhin so eng definiert werden soll. Derzeit wird eine Förderung nur dann gewährt, wenn die Klientel ausschließlich oder überwiegend aus Suchtgiftmißbrauchern besteht. Wenn man von der Voraussetzung ausgeht, daß psychische und soziale Probleme allgemein Rauschmittelmißbrauch begünstigen, wobei es oft vom Zufall abhängt, ob Suchtgifte oder Medikamente bzw. Alkohol mißbraucht werden, wäre es wohl günstiger, den Rahmen etwas weiter zu stecken. Eine ganzheitliche Betrachtung des Rauschmittelproblems mit seiner vielfach vorliegenden Hintergrundproblematik durch die Einrichtungen vergrößert vielleicht deren Attraktivität für Jugendliche, weil sie ihnen das Gefühl gibt, nicht nur ausschließlich als Suchtgiftfall betrachtet zu werden.

- b) Die berufliche Perspektivenlosigkeit vieler Suchtgiftmißbraucher und -abhängiger erfordert neben dem therapeutischen Bemühen einen gleichwertigen Versuch in der beruflichen Rehabilitation. Für die große Anzahl der Schulabbrecher und der ungelernten Arbeiter müssen Möglichkeiten gefunden werden, deren Berufsausbildung zu vervollständigen.

### 10.3.2. Praktische Erfahrungen der Bezirksgesundheitsbehörden und der anerkannten Einrichtungen

Mit Förderung des Bundesministeriums für Gesundheit und Umweltschutz hat das Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung im Frühjahr 1982 eine Studie über die Auswirkungen der Suchtgiftgesetznovelle 1980 durchgeführt. Von besonderem Interesse für das Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz waren die Erfahrungen der Bezirksgesundheitsbehörden bzw. die Probleme, die sich im Zusammenhang mit der Novelle für die Amtsärzte ergaben. Die bisher vorliegenden Teilergebnisse der Studie wiesen auf regionale Versorgungslücken in Hinblick auf die fachliche Ausbildung in Suchtgiftangelegenheiten hin. Rund die Hälfte der Amtsärzte vermißte die Verfügbarkeit von auf die Suchtgiftproblematik spezialisierten Ärzten. Entsprechende Kooperationsmöglichkeiten werden von den Amtsärzten deshalb gewünscht, weil zwar die Mehrheit der Amtsärzte die anamnestischen und klinischen Untersuchungen zur Abklärung der Süchtigkeit und Behandlungsbedürftigkeit selbst durchführen, für psychiatrische Gutachten und Harntests aber auf Spezialisten bzw. spezialisierte Einrichtungen zurückgreifen.

Die Hälfte der Amtsärzte war der Meinung, daß die vorhandenen Beratungs- und Behandlungseinrichtungen ausreichen. In bezug auf stationäre Einrichtungen wurde das Fehlen von geschlossenen Einrichtungen beklagt, in denen Suchtgiftabhängige intensive therapeutische Betreuung erfahren sowie der Mangel an halbstationären Übergangseinrichtungen. Bei den ambulanten Einrichtungen mangle es vor allem an Nachbetreuungseinrichtungen und der nachgehenden Fürsorge mit Kontakten zur Familie.

Die Durchsetzung der Untersuchungspflicht scheint gut zu funktionieren. Fast die Hälfte der Amtsärzte findet mit einer schriftlichen Vorladung das Auslangen. Genügt dies nicht, so erfolgt in der Regel eine schrittweise Verstärkung des Druckes, an deren Ende die Vorführung durch die Exekutive steht. Nicht zustandegewordene Untersuchungen beruhen meist auf unzeitigem Aufenthalt oder vorübergehendem Aufenthalt in psychiatrischen oder Strafanstalten.

Seit der Suchtgiftgesetznovelle wird den Gesundheitsbehörden Suchtgiftmißbrauch primär durch Sicherheitsbehörden und Staatsanwaltschaften bekannt. An der Meldepraxis wird insgesamt wenig Kritik geübt. Unzufriedenheit herrscht bei einigen nur in bezug auf die Sicherheitsbehörden: die Meldungen erfolgen manchmal erst lange nach dem Ereignis. Desgleichen stellt für den Amtsarzt die polizeiliche Meldung nicht bewiesenen und medizinisch nicht beweisbaren Suchtgiftmißbrauches ein Problem dar.

Insgesamt erscheint den Amtsärzten die ärztliche Behandlung der ihnen bekanntgewordenen Suchtgiftmißbraucher nur in einem sehr geringen (durchschnittlich 10 % der Fälle) Ausmaß nötig. Wenn Behandlungsbedürftigkeit vorliegt, betrachten die Amtsärzte auch den weitaus größten Teil ihrer Klientel als behandelbar. Als Merkmale für die Aussichtslosigkeit einer Behandlung werden mehrmalige erfolglose Entzugsbehandlungen, mangelnde Behandlungsmotivation, chronischer Mißbrauch und Politoxikomanie am häufigsten beschrieben. Der mehrmalige Rückfall von Suchtgiftabhängigen ist für die Mehrheit der Amtsärzte jedenfalls kein Grund für die Einführung einer legalen Ersatzdrogenversorgung (z.B. durch Methadon).

Als Verletzung von Behandlungsaufgaben (bei § 17-Fällen), die eine Meldung an die Staatsanwaltschaft nach sich ziehen, werden von den Amtsärzten mehrheitlich der Abbruch der Be-

-60-

handlung und neuerliche Suchtgifteinnahme (Rückfall) genannt. Dabei wird die Erfüllung der Behandlungsaufgaben vom Großteil der Amtsärzte selbst überprüft, indem sie den Suchtgiftkonsumenten entweder durch eigene Untersuchungen direkt kontrollieren oder eine Vorlage des Behandlungsnachweises fordern.

Zwei Drittel der Amtsärzte sind der Meinung, daß die Strafdrohung eine förderliche Auswirkung auf Behandlungsbereitschaft und Behandlung habe, wobei die Motivationswirkung jedoch teilweise auf jene Personen eingeschränkt wird, die am Beginn ihrer Suchtgiftkarriere stehen. Immerhin ein Drittel der Amtsärzte ist der Ansicht, daß echte Behandlungswilligkeit unabhängig von Sanktionsdrohungen entstehe, ein Teil davon meint, daß die Strafdrohung nur Scheinbereitschaft zur Behandlung fördere.

Für einen nicht unerheblichen Teil der Amtsärzte scheint die Meldepflicht nach § 84 StPO einen Konflikt zwischen ärztlichem und behördlichem Auftrag zu induzieren, wenn ihnen Suchtgiftkonsumenten auf andere Weise als durch die Justizbehörden bekannt werden. Hierzu einige wörtliche Zitate: "Es besteht nach wie vor der Konflikt zwischen Amtstätigkeit und ärztlichem Beruf. Es müssen in jedem Fall die Vor- und Nachteile abgewogen werden". "Wir stehen am Standpunkt der ärztlichen Schweigepflicht und sehen einen Widerspruch zur Durchführung einer Beratung und Betreuung, da sonst die Freiwilligkeit in Frage gestellt wäre." "Die Gesundheitsbehörde hat in erster Linie ärztliche Aufgaben zu erfüllen bzw. einzuleiten." Die Mehrheit der Amtsärzte erstattet dennoch Meldung, wenngleich vorwiegend unter selektiven Gesichtspunkten (z.B. bei § 17-Fällen).

Da die Bezirksgesundheitsbehörden die Anlauf- und Verwaltungsstelle der strafrechtlich kontrollierten Suchtgiftkonsumenten sind, war die Erhebung der Vorgangsweisen und all-

fälliger Probleme für das Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz von Wichtigkeit. Die Ergebnisse erbrachten ein in vielen Punkten übereinstimmendes Bild. Ein bemerkenswerter Befund war jedenfalls die mehrheitliche Feststellung, daß die Behandlungs- und Betreuungsbedürftigkeit bei der Mehrzahl der Klienten nicht gegeben sei. Gestützt wird diese Aussage durch gleichlautende Einschätzungen der anerkannten Einrichtungen, die gleichfalls im Rahmen dieser Studie zu verschiedenen Themenkreisen - hauptsächlich in bezug auf die Zuweisungsfälle - befragt wurden. Demnach wurde mehrheitlich von den Einrichtungen festgestellt, daß die zugewiesene Klientel vorwiegend Konsumenten "weicher Drogen" seien und öfter als "Probierer" einzustufen sind, während das Klientel der Freiwilligen fast ausschließlich alkaloidabhängig und zumeist mit großen psychosozialen und gesundheitlichen Problemen belastet ist.

Weitere Ergebnisse waren, daß die Einrichtungen sich nicht als Instrument der Kontrolle betrachten wollen, sondern therapeutische Zielsetzungen verfolgen. Von einigen Einrichtungen wird daher konsequenterweise auch die Betreuung von Zuweisungen abgelehnt. Mit einiger Berechtigung wird vermutet, daß jene Einrichtungen, die in erster Linie Kontrollfunktionen wahrnehmen, die Bedürfnisse der Klienten nicht im notwendigen Ausmaß wahrnehmen können und damit auch ihre therapeutischen Erfolge schmälern.

Das Beharren auf therapeutischen Zielsetzungen bringt mit sich, daß die meisten Einrichtungen ihren Klienten Anonymität zusichern. Dies ist auch bei einigen Einrichtungen der Behörde der Fall. Von diesen wird in diesem Zusammenhang auch die Anzeigepflicht nach § 84 StPO als problematisch und einer Lösung bedürftig dargestellt.

-62-

In der Art der Behandlung bzw. Betreuung wird vor den meisten Einrichtungen kein Unterschied zwischen zugewiesenen und freiwilligen Klienten gemacht. Nur wenige richten ihre Maßnahmen völlig nach den Anforderungen der Gesundheitsbehörden aus. Die überwiegende Mehrheit versucht, die abgeschlossene Betreuung von Zuweisungsfällen aktiv der zuweisenden Stelle zu melden, wobei eine nicht unbeträchtliche Zahl die Kontakte zu den Klienten nur reduziert aber nicht völlig abbricht.

Zuletzt ist noch zu bemerken, daß ein Drittel der Amtsärzte und die Mehrheit der anerkannten Einrichtungen eine unterschiedliche Behandlung von Cannabisprodukten und Opiumderivaten durch den Gesetzgeber begrüßen würde.

Zum Abschluß noch einige Anmerkungen zum Bedarf an anerkannten Einrichtungen, insbesondere stationärer Natur:

Wenngleich dieser Bedarf aufgrund der auch saisonbedingten unterschiedlichen Behandlungsmotivation von Drogenabhängigen starken Schwankungen unterworfen ist, scheint ein regional abgestimmter Ausbau der vorhandenen Einrichtungen, vor allem von Übergangswohnheimen, nach wie vor erforderlich. Leider ist in diesem Zusammenhang zu bemerken, daß - ähnlich wie im Jahre 1980 in Mödling - sowohl der Ausbau bereits bestehender Behandlungsstätten als auch die Schaffung neuer Einrichtungen durch negative Bürgerinitiativen oder mangels Zustimmung der Lokalbehörden behindert wird. Das Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz hat durch seine sachbezogenen Aufklärungsaktionen der letzten Zeit versucht, den Krankheitsaspekt und daraus resultierend die Heilungsbedürftigkeit der Drogenabhängigen vermehrt ins Bewußtsein der Öffentlichkeit zu rücken. Es wird aber an der Mitarbeit

aller mit dem Drogenproblem befaßten Kreise und der maßgebenden Schichten der Bevölkerung liegen, diesem Bewußtsein mehr als bisher zum Durchbruch zu verhelfen.

#### 10.3.3. Erfahrungen aus den Meldungen der Bezirksverwaltungsbehörden

Durch die Suchtgiftgesetznovelle hat sich das Aufgabengebiet der im Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz geführten Suchtgiftüberwachungsstelle wesentlich erweitert. Dies erforderte eine Neuorganisation der Datenspeicherung (Umstellung auf EDV). Dadurch wurde eine ökonomische Erfassung aller seit der Novelle eingegangenen Meldungen und die rasche Erfüllung der Auskunftspflicht der Suchtgiftüberwachungsstelle an die im Gesetz vorgesehenen Stellen möglich.

Das nunmehr vorliegende Datenmaterial resultiert aus den personenbezogenen Meldungen bei Verstößen gegen die suchtgiftgesetzlichen Bestimmungen (Justiz- und Gesundheitsbereich). Obwohl der Umfang der Meldungen einiger Bezirksverwaltungsbehörden noch Lücken aufweist, lassen die vorliegenden Daten eine differenzierte Analyse des Suchtgiftgeschehens aus gesundheitsbehördlicher Sicht zu.

Insgesamt wurden der Suchtgiftüberwachungsstelle im Zeitraum vom 1.9.1980 bis 30.6.1982 2.525 Personen wegen Suchtgiftmißbrauch gemeldet. Die Angaben über die durch diese Personen mißbrauchten Substanzen sind - durch politoxikomanes Verhalten bedingt - wesentlich höher, ihre Fallzahl betrug 3.123. In 81 % der bekannt gewordenen Fälle wurde Cannabis-konsum angeführt. Zum Teil zusätzlich dazu wurde in 26 % der Fälle Heroin-, in 11 % LSD-, in 4 % Opium- und 1,5 % Kokainmißbrauch angegeben.



-64-

Tabelle 1 gibt die von den Gesundheitsbehörden angeordneten Maßnahmen nach der Art des Tätigwerdens wieder. Die Zahl dieser Maßnahmen ist etwas größer als die Personenzahl, da bei einigen Personen mehr als eine Maßnahme angeordnet bzw. nötig wurde.

Die Daten zeigen, daß die Bezirksverwaltungsbehörden insgesamt häufiger aufgrund von § 17-Fällen (1.460) tätig wurden als aufgrund des § 9 (1.191). Das Verhältnis der angeordneten ärztlichen Behandlung oder Betreuung bzw. der Beratung oder Betreuung durch eine anerkannte Einrichtung ist aber in beiden Fällen etwa gleich. Demnach fassen viele Bezirksverwaltungsbehörden in der Praxis eine Meldung nach § 17 als Verpflichtung auf, gemäß § 9 Abs. 2 und 3 tätig zu werden.

Ein gravierender Unterschied zeigt sich dort, wo eine Anordnung daran scheiterte, weil die Ladung nicht befolgt oder nicht zustellbar war. Letzteres wurde bei § 17-Fällen fast fünfmal häufiger beobachtet: ein Indiz für die geringere Behandlungsmotivation dieser Personen.

Obwohl eine direkte Inbezugsetzung der angeordneten Maßnahmen mit den verwendeten Suchtgiften nicht möglich ist, da die Anzahl der angegebenen Suchtgifte aufgrund politoxikomanen Verhaltens mancher Personen wesentlich größer ist und diese daher unter verschiedenen Suchtgiftarten mehrmals registriert wurden, ergeben prozentuelle Vergleiche folgendes Bild: bei den Cannabismißbrauchern wird doppelt so oft auf "Bedarf keiner ärztlichen Behandlung oder Betreuung" entschieden als bei den Opiatmißbrauchern. Auf eine ärztliche Behandlung bzw. Betreuung wird bei letzteren hingegen

- 65 -

**Tab. 1: Angeordnete Maßnahmen aufgeschlüsselt nach Art des Tätigwerdens**

Angeordnete Maßnahmen	Tätigwerden aufgrund						
	eigene Wahrnehmung	Schule	Bundesheer	Sicherheitsbehörde	StA., Gericht § 17	Sonst. Wahrnehmungen	Sonstiges
Ärztliche Behandlung	0	0	1	39	110	19	14
Ärztliche Überwachung	2	0	8	150	142	20	21
Betreuung/Beratung durch Einrichtung	1	0	4	179	261	35	0
Betreuung durch Bewährungshelfer	0	0	0	1	0	0	0
Bedarf keiner ärztlichen Behandlung/Überwachung	0	1	13	460	525	81	0
Bedarf keiner ärztlichen Behandlung oder Betreuung durch Einrichtung	0	0	0	0	1	0	0
Entwöhnungsbehandlung ambulant	0	0	1	15	7	2	7
Entwöhnungsbehandlung stationär	1	0	0	16	38	2	1
Anordnung nicht möglich:							
a) med. offenkundig aussichtslos	0	0	0	2	2	0	0
b) keine Therapieeinrichtung vorhanden	0	0	0	0	1	0	0
c) Ladung nicht befolgt/nicht zustellbar	0	0	1	46	283	13	0
Keine Anordnung (Sonstiges)	0	1	0	35	51	6	0
Anordnung nicht zumutbar	0	0	0	0	1	0	0
ärztliche Überwachung, Beratung, Behandlung, Sozialhelfer	0	0	0	3	4	1	0
Verweigerung der Zustimmung	0	0	1	29	34	2	0
Gesamt	2.694	4	2	29	975	1460	43

-66-

weitaus öfter entschieden als bei allen anderen. Die Anordnung, sich einer Beratung oder Betreuung durch eine anerkannte Einrichtung zu unterziehen, wird bei Mißbrauch von verbotenen Stimulantien und Halluzinogenen öfter ausgesprochen als bei Cannabis und Opiaten.

Tabelle 2 informiert über das Alter und Geschlecht der gemeldeten Personen sowie über die Zahl der Nennungen der in diesen Altersgruppen gleichzeitig mißbrauchten verschiedenen Suchtgifte.

Tab. 2: Alter und Geschlecht der gemeldeten Personen sowie Anzahl der Mißbrauchsfälle bezogen auf die unterschiedlichen Suchtgifte

Alter	männlich	weiblich	gesamt	Mißbrauchsfälle
bis 14	1	-	1	4
15 und 16	8	22	30	33
17 und 18	125	92	217	269
19 und 20	323	154	477	595
21 bis 24	865	203	1.068	1.379
25 bis 29	479	98	577	668
30 bis 35	107	21	128	148
36 bis 40	16	3	19	19
41 und mehr	7	1	8	8
Gesamt	1.931	594	2.525	3.123

24 % der gemeldeten Personen waren weiblichen und 76 % männlichen Geschlechts. Relativ am häufigsten wurden die Bezirksverwaltungsbehörden bei der Altersgruppe der 21- bis 24-Jährigen tätig: in dieser Altersgruppe wird auch politoxikomanes Verhalten - ablesbar an der Zahl der mißbrauchten Suchtgifte - am häufigsten registriert. Eine Ausnahmeerscheinung ist das noch nicht 14-jährige Kind bei dem

Kontakte mit Heroin, Morphin, LSD und Cannabis registriert wurden. Es wurde einer ärztlichen Behandlung zugeführt.

Die Neuerungen der Suchtgiftgesetznovelle konnten sicher nicht sofort zum Zeitpunkt ihres Inkrafttretens ihre volle Wirkung entfalten. Wie bei allen komplexen Gesetzesmaterien, die ein Zusammenspiel mehrerer Kräfte erfordern, bedurfte es einiger Zeit, um die erforderlichen, organisatorischen Maßnahmen in die Wege zu leiten und das nötige Instrumentarium zu schaffen.

Die vorliegenden Berichte und Daten aus dem Gesundheitsbereich sind daher als eine erste Bestandsaufnahme der verschiedenen Tätigkeitsgebiete im gesundheitlichen Bereich zu verstehen und geben ein Zustandsbild der derzeitigen Situation. Die Auswirkungen der Suchtgiftgesetznovelle werden sich in den künftigen Jahren besser ablesen lassen, wenn vergleichende Analysen aufgrund der weiterzuführenden Statistiken möglich sind. Das Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz wird die zukünftigen Entwicklungen mit der gebotenen Aufmerksamkeit verfolgen, um gesundheitspolitisch relevanten Veränderungen, die eine Reaktion erfordern, rechtzeitig begegnen zu können.

## 11. ANREGUNGEN FÜR LEGISTISCHE MASSNAHMEN

### 11.1. Möglichst parallele Erledigung von geringen Suchtgiftstrafsachen und Finanzvergehen

Es wird allgemein als unbefriedigend angesehen, daß zwar die bei der Justiz anhängigen Verfahren wegen geringfügiger Suchtgiftdelikte von Suchtgiftkonsumenten bedingt eingestellt werden können, um eine ärztliche Überwachung oder Behandlung zu ermöglichen, die Verfahren wegen der damit verbundenen Finanzvergehen durchgeführt und die Täter bestraft werden müssen, was vielfach die Bemühungen der Gesundheits-

-68-

behörden und anderer in derselben Richtung tätigen Einrichtungen vereitelt oder gefährdet. Hier könnten eine Ausschaltung von Doppelzuständigkeiten oder eine großzügige Anwendung des § 25 Finanzstrafgesetz (Absehen von der Strafe, Verwarnung, mangelnde Strafwürdigkeit der Tat) Abhilfe schaffen. Von § 25 Finanzstrafgesetz sollte zumindest dann Gebrauch gemacht werden, wenn von Staatsanwaltschaften oder Gerichten nach den §§ 17, 19 SGG vorgegangen wird.

#### 11.2. Verhängung angemessener Vermögensstrafen

Uneinbringliche schwere Vermögensstrafen, die nach § 22 Finanzstrafgesetz neben langen Freiheitsstrafen verhängt werden, sind in mehrfacher Hinsicht problematisch. Sie bewirken eine nachträgliche Verlängerung der Strafhaft, die der Verurteilte meist nur als Folge seiner Mittellosigkeit ansieht. Es kommt auch vor, daß Verurteilte vor Strafantritt - um einer solchen Haftverlängerung zu entgehen - versuchen, die verhängte Geldstrafe durch Suchtgifthandel und neuerliche Einfuhr von Suchtgift zu finanzieren. Um diesen gesundheits- und finanzpolitisch, vor allem aber kriminalpolitisch unerwünschten Nebeneffekt zu vermeiden, könnten die Gerichte im Wege einer Änderung des § 22 Finanzstrafgesetz ermächtigt werden, im Einzelfall zu entscheiden, ob und wie weit eine Vermögensabschöpfung im Hinblick auf ein Suchtgiftdelikt am Platz ist (vgl. § 20 Abs. 3 StGB).

In ähnlicher Weise scheint es auch nicht unbedenklich, daß die Verfallersatzstrafe nach § 12 Abs. 4 SGG zwingend vorgeschrieben ist. Gewiß soll nicht der Rechtsbrecher, der das Suchtgift bereits nutzbringend verwendet hat, gegenüber einem bevorzugt werden, der es noch in Händen hat. Es kommt

jedoch immer wieder vor, daß der Rechtsbrecher das Suchtgift nicht mehr in Händen hat, ohne daß er es mit Gewinn weiterveräußerte. Wie weit eine Vermögensabschöpfung im Hinblick auf ein Suchtgift delikt am Platz ist, sollte daher von Fall zu Fall entschieden und dem Gericht die Möglichkeit eröffnet werden, im gegebenen Fall von einer Verfallsersatzstrafe Abstand zu nehmen.

### 11.3. Modifizierung der Förderungsbestimmungen

Die im § 22 Abs. 2 SGG geregelte gemeinsame Förderung von anerkannten Einrichtungen durch Bund und andere Gebietskörperschaften hat sich im Prinzip bewährt.

Im Interesse einer weiteren Intensivierung der Betreuungstätigkeit und der Schaffung dringend benötigter Einrichtungen wäre es zu begrüßen, wenn im § 22 Abs. 2 SGG zwar der derzeit geltende Grundsatz einer gleichen Zuschußleistung durch den Bund und andere Gebietskörperschaften beibehalten wird, dem Bund aber die Möglichkeit eingeräumt wird, unter Berücksichtigung des besonderen Bedarfes an derartigen Einrichtungen und nach Maßgabe der zur Verfügung stehenden Mittel im Einzelfall auch Förderungen zu gewähren, ohne daß gleichhohe Zuschüsse aus Mitteln anderer Gebietskörperschaften erfolgen.

### 11.4. Verbesserung des ärztlichen Vertrauensverhältnisses

Wie dem Erfahrungsbericht der Bezirksgesundheitsbehörden und der anerkannten Einrichtungen zu entnehmen ist, wirft die Meldepflicht nach § 84 StPO für viele Amtsärzte Probleme auf. In all jenen Fällen, in denen ihnen Suchtgiftkonsumenten ausschließlich auf andere Weise als durch Justiz- und Sicherheitsbehörden (z.B. durch den Betroffenen selbst

- 70 -

oder nahe Angehörige) bekannt werden, geraten sie in einen Rollenkonflikt zwischen Amtstätigkeit (Anzeigepflicht) und ärztlichem Beruf (Schweigepflicht). Dieser Konflikt tritt auch bei den Mitarbeitern anerkannter Einrichtungen auf, wenn deren Rechtsträger Behörden sind. Dieses Problem sollte einer legislativen Lösung zugeführt werden.

Folgende anerkannte Einrichtungen wurden im Bericht berücksichtigt:

1. Burgenländischer Verband zur Fürsorge und Rehabilitation psychisch Behinderter
2. Beratungsstelle für Suchtgefahren des Kärntner Caritasverbandes für Wohlfahrtspflege und Fürsorge
3. Beratungsstelle des Landes Kärnten (Sozialambulatorium)
4. Beratungsstelle der Stadt Klagenfurt
5. Anton-Proksch-Institut, Drogenstation Mödling
6. Caritas St. Pölten
7. Entgiftungsstation des A.ö. Krankenhauses Neunkirchen
8. Drogenberatungsstellen des Landes Niederösterreich in Mistelbach und Gänserndorf
9. Verein "Pro Mente Infirmis" (Drogenstation Erlenhof) Oberösterreich
10. Jugendberatungsstelle "Circle Wels"
11. Drogenberatungsstellen des Landes Oberösterreich in Braunau und Rohrbach
12. Jugendberatungsstelle "Point", Linz
13. "Rettet das Kind" - Landesverband Salzburg, Drogenberatungsstelle "Jugendhilfsdienst"
14. Suchtgiftberatungsstelle des Amtes der Salzburger Landesregierung
15. Verein für psychische und soziale Lebensberatung in Judenburg
16. Suchtgiftberatungsstelle des Amtes der Steiermärkischen Landesregierung
17. Verein "KIT", Therapiezentrum Steinach, Tirol
18. Drogenstation des Krankenhauses Stiftung Maria Ebene, Vorarlberg
19. Zentralstelle für Suchtkrankenhilfe des Kuratoriums für psychosoziale Dienste, Wien
20. Dialog, Hilfs- und Beratungsstelle für Suchtgiftgefährdete und ihre Angehörigen, Wien