

Gesetzliche Bestimmungen zur Bekämpfung der Rauschgiftsucht und deren Reformbedürftigkeit*.

Von

VICTOR MÜLLER-HESS.

Die Rauschgiftsucht stellt ein Problem dar, das immer wieder in den Blickpunkt des öffentlichen Interesses rückt. Leider ist es heute selbst dem Fachmann nicht möglich, sich ein klares Bild von der Verbreitung und den jeweiligen Verhütungsmaßnahmen der Rauschgiftsucht im heutigen Deutschland zu machen. Statistiken existieren höchstens in einzelnen Ländern des Bundesstaates, ohne daß eine Gewähr für deren Vollständigkeit gegeben ist. Die Zahl der Süchtigen im ganzen Bundesgebiet ist demnach unbekannt. Es ist aber auf keinen Fall angängig, etwa daraus schließen zu wollen, daß der Rauschgiftsucht keine wesentliche Bedeutung mehr zukomme, eine Ansicht, die gerade in der letzten Zeit nicht so selten geäußert wurde. Eine derartige Einstellung verkennt völlig die Gefahren der Rauschgiftsucht, die nach dem letzten Kriege, genau wie nach 1918, wieder in steigendem Maße zugenommen hat.

Die Suchtbekämpfung ist ebenso ein öffentliches Anliegen wie etwa die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Der einzelne Rauschgiftsüchtige bildet einen Ansteckungsherd, den einzudämmen sowohl im Interesse des Einzelnen als auch der Allgemeinheit liegt. Denn wir müssen davon ausgehen, daß der Rauschgiftsüchtige ein Kranker ist, der als solcher behandelt werden muß und der Kompetenz des Arztes untersteht. Diese Auffassung stieß noch vor Jahrzehnten auf erheblichen Widerstand, ist aber heute weitgehend akzeptiert worden. Ebenso wie zahlreiche andere Kranke, die einer psychiatrischen Behandlung und Betreuung bedürfen, hat der Rauschgiftsüchtige oft keine Einsicht in das Bedenkliche seines Zustandes. Er wird sich also in der Regel nicht freiwillig in die ärztliche Behandlung begeben und verfällt infolgedessen immer tiefer in geistigen und körperlichen Abbau, gefährdet damit seine eigene berufliche Existenz und zieht oft noch andere Personen, insbesondere nahe Angehörige, in Mitleidenschaft (Proselytenmacherei). Er belastet dadurch auch die Gemeinschaft in bedenklichem Ausmaße. In allen Kulturstaaten besteht daher das Bestreben — soweit noch nicht vorhanden —, Gesetze zu schaffen, die es ermöglichen, auch den nicht straffällig gewordenen Süchtigen gegen seinen Willen der Behandlung zuzuführen. Denn der schwer Süchtige ist

* Vortrag gelegentlich der Tagung der Deutschen Gesellschaft für gerichtliche und soziale Medizin in Berlin (August 1951).

meist nicht in der Lage, seinen Zustand beurteilen zu können und rechtlich wirksame Willenserklärungen abzugeben.

Nur in wenigen Ländern des Bundesgebietes sind heute noch Gesetze vorhanden, die auch eine Unterbringung des nicht straffällig gewordenen Süchtigen ermöglichen. In Berlin und dem größten Teil des Bundesgebietes fehlen sie bedauerlicherweise. Uns stehen lediglich die Maßnahmen der zwangsweisen Unterbringung zur Verfügung, wenn der Süchtige gegen die Strafgesetze oder das Opiumgesetz und seine Ausführungsverordnungen verstoßen hat. Allerdings hat das Opiumgesetz infolge der sorgfältigen Ausarbeitung und der späteren reichsgerichtlichen Entscheidungen, die dem Gesetz in seiner Kompetenz noch für manche Sonderfälle Gültigkeit verliehen hat, für den schwer Süchtigen kaum eine Möglichkeit offengelassen, dem Konflikt mit dem Gesetz zu entgehen. Leider hat sich diese Situation in den letzten Jahren nach Einführung neuer suchterzeugender synthetischer Analgetica grundlegend geändert. Während früher Morphin und die Opiumalkaloide an erster Stelle standen, dann die halbsynthetischen Morphinderivate und schließlich Dolantin als das erste synthetische Analgeticum noch dem Opiumgesetz unterstellt wurden, sind die Opiate gerade im Laufe des letzten Jahres, jedenfalls hier in Berlin, durch die neuesten auch zur Sucht führenden Analgetica ersetzt worden, deren Anwendung keiner gesetzlichen Beschränkung unterliegt. Die Statistik des hiesigen Institutes zeigt diesen Wechsel sehr eindrucksvoll (s. später).

An dieser Stelle möchte ich kurz auf das hier in Berlin einheitlich durchgeführte Verfahren der Unterbringung straffällig gewordener Süchtiger eingehen: Die Beamten der Zentralstelle für Rauschgiftvergehen bei dem Polizeipräsidium nehmen, sobald jemand in Verdacht kommt, als Süchtiger strafbare Handlungen (Rezeptfälschungen usw.) begangen zu haben, sofort die Ermittlungen (Apothekenkontrolle, Vernehmungen) auf und führen dann den Betreffenden dem hiesigen Institut zur Untersuchung auf das Vorliegen einer Rauschgiftsucht vor. Die Berechtigung zu diesen Maßnahmen ergibt sich aus dem § 163 StPO:

„Die Behörden und Beamten des Polizei- und Sicherheitsdienstes haben strafbare Handlungen zu erforschen und alle keinen Aufschub gestattenden Anordnungen zu treffen, um die Verdunkelung der Sache zu verhüten....“

Bestätigt sich der Verdacht der Rauschgiftsucht, so pflege ich die Voraussetzungen des § 51 Abs. 1 oder 2 StGB. zu bejahen. Ich habe jedoch nie, wie LANGELÜDDEKE in seinem Lehrbuch zitiert, den Standpunkt vertreten, daß bei Süchtigen generell die Voraussetzungen des § 51 Abs. 1 zutreffen (soviel ich weiß, auch BÜRGER-PRINZ, der mit mir zusammen genannt wird, nicht). Ich halte die Anwendung des § 51 nur bei denjenigen strafbaren Handlungen für gegeben, die nachweislich zur unmittelbaren Beschaffung des für den Süchtigen „unent-

behrlichen“ Suchtmittels begangen wurden. Vorwiegend handelt es sich um Rezeptfälschungen und -diebstähle, Urkundenfälschung, unter Umständen auch Eigentumsdelikte, durch deren Erlös das Suchtmittel beschafft wird. Für alle anderen strafbaren Handlungen kann derselbe Süchtige strafrechtlich voll verantwortlich sein.

Die Anwendung des § 51 Abs. 1 StGB. kommt auch nicht etwa deshalb bei einem Süchtigen in Frage, weil er nicht die Fähigkeit besitzt, das Unerlaubte der Tat einzusehen, sondern, weil er nicht nach dieser Einsicht zu handeln vermag. Die Bindung an das Suchtmittel („Gifthunger“) ist so zwingend, daß trotz des Erhaltenbleibens der intellektuellen Seite der Persönlichkeit, soweit es gilt, das Suchtmittel zu beschaffen, eine so starke Willensschwäche eintritt, daß diese einer Geistesschwäche auf charakterlichem Gebiet im Sinne des Gesetzes gleichkommt. Das gleiche gilt bei Anwendung des § 51 Abs. 2 StGB. im Sinne der Erheblichkeit. Wann die Voraussetzungen des § 51 Abs. 1 und wann die des Abs. 2 StGB. vorliegen, hängt jeweils von der Schwere und der Dauer des bestehenden Suchtzustandes sowie der Beurteilung des Einzelfalles ab.

Gleichzeitig sind natürlich die Voraussetzungen des § 42 b StGB. vom ärztlichen Standpunkt aus unbedingt gegeben, wenn der § 51 Abs. 1 oder 2 StGB. bejaht wird. Hier in Berlin begegnen wir, nachdem beim Schöffengericht eine besondere Abteilung für Suchtvergehen geschaffen worden ist, mit dieser Beurteilung auch keinen Schwierigkeiten mehr. Die Unterbringung erfolgt, bis auf Ausnahmen, in der Heil- und Pflegeanstalt der Stadt.

Die sofortige Einweisung des Süchtigen, der innerhalb 24 Std dem Vernehmungsrichter vorgeführt werden muß, wird durch richterlichen Beschluß gemäß § 126 a StPO. erreicht:

„Sind dringende Gründe für die Annahme vorhanden, daß jemand eine mit Strafe bedrohte Handlung im Zustand der Zurechnungsunfähigkeit oder der verminderten Zurechnungsfähigkeit begangen hat und daß seine Unterbringung in einer Heil- oder Pflegeanstalt angeordnet werden wird, so kann das Gericht durch Unterbringungsbefehl seine einstweilige Unterbringung anordnen, wenn die öffentliche Sicherheit es erfordert.“...

In der Zeit vom 10. 10. 49 (Übernahme des Institutes der Freien Universität) bis zum 10. 7. 51 befanden sich in Kontrolle des hiesigen Institutes oder wurden neu untersucht: 282 Personen, bei denen der Verdacht auf das Vorliegen einer Rauschgiftsucht bestand. Einer Entziehungskur zugeführt wurden davon 226 Personen. In 66 Fällen konnte die Sucht nicht nachgewiesen werden oder es waren infolge Fehlens strafbarer Handlungen gesetzliche Maßnahmen nicht anwendbar.

Von den untergebrachten 226 Süchtigen waren 133 Männer und 93 Frauen. Den Heilberufen gehörten an: 75 Männer (davon 66 Ärzte), 49 Frauen (davon 14 Ärztinnen).

Als Suchtmittel wurden benutzt:

Nur Morphin oder Derivate	83
Nur Pervitin	21
Nur Dolantin	15
Verschiedene Mittel gleichzeitig oder nacheinander . .	107

Von diesen 107 Personen nahmen:

Polamidon	22
Cliradon	5

Art der Zuführung:

Nur Injektionen	119
Injektion und per os	65
Nur per os	40

Ursache der Sucht:

Weitgehend psychisch bedingt	66
Geringere körperliche Beschwerden	43
Angebliche Gallenblasen- oder Nierenerkrankungen .	43
Vorübergehende schwere Krankheiten	23
Kriegsverletzungen	20
Verleitung durch einen Partner	20

Art der Beschaffung:

Rezeptfälschung oder Diebstähle	82
Fremdverschreibung und aus Praxisbeständen	75
Konsultierung mehrerer Ärzte oder Erschleichung . .	46
Schwarzhandel	23

Entziehungskuren:

Erstmalig gerichtlich angeordnet	118
Zwei und mehrere Kuren	108

Vergleichsweise waren nach der letzten aus ganz Deutschland vorhandenen Statistik aus dem Jahre 1942 (KOSMEHL) von 1931—1942 insgesamt 4100 süchtige Rechtsbrecher erfaßt. Davon nahmen

2384 Morphin	254 Eukodal
469 Dicodid	108 Dolantin
465 Cocain	84 Pervitin
260 Opium	

Im Jahre 1942 waren in ganz Deutschland gesetzlich untergebracht 765 Personen, davon 544 Männer, 212 Frauen, darunter waren 200 Ärzte (wieviel Personen aus Heilberufen, ist nicht angegeben).

Unsere Beobachtungen bestätigen wieder, wie sehr das Entstehen der Sucht von der Möglichkeit der Beschaffung der Suchtmittel abhängt. Auch bei uns stellen — wie bereits in früheren Veröffentlichungen hervorgehoben wurde — die Angehörigen der Heilberufe über die Hälfte der Süchtigen. Darin liegt eine besondere Gefahr der Verbreitung. Wie jeder Süchtige, so verliert der im Heilberuf Tätige mit zunehmender Schwere der Suchterkrankung an ethischem und moralischem Empfinden. Der süchtige Arzt wird in seiner Berufsausübung lässig. Ebenso wie er sich selbst leichtfertig mit verschmutzter, unsteriler Spritze seine

Suchtmittel appliziert, wird er unkritisch in der Verabreichung von zur Sucht führenden Medikamenten an seine Patienten. Es darf in diesem Zusammenhang auch nicht verkannt werden, daß gerade unter den Ärzten die sensitiven, unter dem Pflegepersonal die selbstunsicheren und hysterischen, von der Norm abweichenden Persönlichkeiten nicht selten sind, so daß die Disposition zur Sucht mindestens in der gleichen Weise wie bei der übrigen Bevölkerung gegeben ist. Ein solcher Süchtiger — ganz gleich, welchem Berufsstande er angehört — hat mehr oder weniger bewußt das Gefühl, im wesentlichen Lebenssituationen versagt zu haben. Dieses oft recht unklare Schuldgefühl erzeugt nicht selten den Wunsch, in dieser mißlichen Lage nicht allein zu sein. Wie es ja allgemein so zu sein pflegt, daß der Fehlende dann am leichtesten über seinen Mißgriff hinwegkommt, wenn er feststellen kann, daß Andere den gleichen Fehler begehen. So verringert sich auch bei dem Süchtigen das Schuldgefühl dann, wenn er andere in ähnlicher Art abgleiten sieht. Diese Motive sind natürlich nicht bei allen Süchtigen von maßgebender Bedeutung, müssen aber berücksichtigt werden. Mit Recht ist immer wieder darauf hingewiesen worden, daß charakterlich reife und ausgeglichene Menschen nur selten süchtig werden, sondern die disharmonischen und infantilen, die sog. Psychopathen, das Hauptkontingent der Süchtigen stellen. Es sei nur hingewiesen auf: Die ständig konfliktgeladenen, die willensschwachen, geltungsbedürftigen, leicht erregbaren, schnell erschöpften, selbstunsicheren, entschlußunfähigen, stimmungslabilen und depressiven Persönlichkeiten. Diese konstitutionellen Faktoren wirken sich dann besonders unheilvoll aus, wenn ungünstige Milieuverhältnisse hinzukommen. Immer wieder erleben wir bei unseren Süchtigen, daß Konflikte seelischer Art, Verlust von Familie, Beruf oder Heimat, wirtschaftliche Not den letzten Anstoß zur Entstehung einer Sucht bei entsprechender Disposition gaben. Oft brauchen es aber auch durchaus keine überwältigenden äußeren Belastungen zu sein, die bei diesen Persönlichkeiten das Gefühl des Nicht-mehr-Weiterkönnens hervorrufen. Machen nun solche Menschen zufällig oder durch andere verleitet die Erfahrung, daß es in gewissen Grenzen gelingt, auf pharmakologischem Wege der Realität, den tatsächlichen oder nur vermeintlichen Schwierigkeiten des Lebens, auszuweichen, so ist der erste Schritt zum Entstehen der Sucht getan. Die nächste verhängnisvolle Stufe ist in den meisten Fällen die erstmalige Anwendung der Injektionsspritze. Jetzt ist der Gewöhnungsvorgang nicht nur im Hinblick auf das Pharmakon gegeben, sondern auch auf die Zuführung selbst, nämlich die Injektion. Damit beginnt aber auch die schwierige und immer wieder umstrittene Frage, was wir überhaupt unter Sucht zu verstehen haben. Vom pharmakologischen Standpunkt aus gesehen handelt es sich bei der Gewöhnung um eine Art cellulärer

Immunität, die im Organismus zustande kommt und zum Zwang der Dosissteigerung führt. Die Erfahrung lehrt jedoch, daß es einzelne Menschen gibt, die sich in absolut süchtiger Abhängigkeit von Rauschgiften befinden, ohne die Dosis wesentlich steigern zu müssen. Mir selbst sind mehrere Fälle bekannt. Als weiteres Kriterium der Sucht würde und wird noch heute das Auftreten einer Euphorie nach Zuführung des Mittels angesehen. Wir haben immer wieder feststellen können, daß eine Euphorie im wahren Sinne dieses Wortes nur von einer begrenzten Anzahl Süchtiger verspürt wird. Eine weit größere Zahl erstrebt durch die Zuführung des Mittels nur, etwa eine Reaktionslage zu erreichen, die bei einem ausgeglichenen und gefestigten Menschen normalerweise gegeben ist (Status quo). Auch hinsichtlich der Abstinenzerscheinungen beim Absetzen des Mittels, die früher allgemein zum Beweis eines Suchtzustandes herangezogen wurden, haben wir umlernen müssen. Gerade bei den neuen synthetischen Mitteln erleben wir selbst bei schwerer Sucht nur leichtere Entziehungserscheinungen, die allerdings subjektiv sehr quälend, aber kaum lebensbedrohend sind. Selbst bei den klassischen Rauschgiften wie z. B. Morphium sind jedoch die schweren objektiven Entziehungserscheinungen selten geworden, sie können außerdem bei dem gleichen Patienten bei erneuter Rückfälligkeit jeweils stark schwanken. Diese verschiedenartigen Beobachtungen lassen sich wohl nur dadurch erklären, daß nicht nur das physiologische Geschehen, sondern die erlebnismäßige, die psychische Komponente eine erhebliche Rolle spielt. Ob tatsächlich eine Sucht vorliegt, läßt sich daher bei nicht so eklatanten Fällen nur auf Grund eingehender Untersuchung des einzelnen Patienten bei hinreichender Erfahrung auf diesem Gebiete entscheiden.

Wenn man die Entstehungsgeschichte der Suchtmittel kurz überblickt, so sieht man, daß in früheren Jahrhunderten nur eine recht begrenzte Anzahl bekannt war. Zu den wichtigsten gehören das Opium und das Haschisch. Durch die Entwicklung der modernen Pharmakologie wurden in unserem Jahrhundert eine Reihe von Opiumderivaten gewonnen, die als Suchtmittel weite Verbreitung fanden. Heute kommen die synthetischen Analgetica und die Weckamine hinzu, die sich laufend vermehren und an Gefährlichkeit der Suchtbildung den Opiaten nicht nachstehen. Daß in einem Lande das Heroin, im anderen das Haschisch oder die Cocablätter und schließlich in hochzivilisierten Ländern die synthetischen Analgetica und die Weckamine als Rauschgifte vorherrschen, ergibt sich aus der jeweiligen Tradition. Diese Tradition hängt in den einzelnen Ländern und bei den verschiedenen Völkern weitgehend von dem Vorhandensein der Suchtmittel und ihrer Zugänglichkeit ab. Daß in China als dem Lande des Mohnanbaues das Opium zum Suchtmittel wurde, in Peru dagegen die Cocapflanze und in Indien

das Haschisch ist aus der Verbreitung infolge günstiger klimatischer Anbaubedingungen durchaus einleuchtend. Wenn aber in manchen Staaten, insbesondere in den Großstädten der USA., etwa das Heroin eine besondere Verbreitung erlangt hat, so kann dies nur durch kommerzielle Interessen internationaler Rauschgifthändler oder aber durch unentschuld bare Mißgriffe von Ärzten erklärt werden. So wird z. B. auch in Finnland (nach FISCHER) Heroin als Hustenmittel und Analgeticum speziell bei Lungentuberkulose angewandt, weil es in seiner länger anhaltenden Wirkung für die Ärzte bequemer ist als ungefährlichere Ersatzmittel. Diese Tendenz wird durch die Krankenkassen noch unterstützt, da Heroin billiger ist als z. B. Codein. So wurden in Finnland 190 kg jährlich eingeführt (bei nur 3,7 Mill. Einwohnern), vergleichsweise in der Schweiz 2 kg (4,2 Mill. Einwohnern). Eine ähnliche Entwicklung sehen wir in Italien.

Heute sind die Indikationen zur Anwendung stark wirkender Betäubungsmittel klar abgrenzbar. Jedes Land hat die Möglichkeit, Unterlagen darüber zu beschaffen, wieviel Opiate jährlich benötigt werden. Diese statistischen Unterlagen sind — wie schon erwähnt — in manchen Ländern nur mangelhaft, stellen aber die eigentliche Grundlage für die internationalen Maßnahmen zur Bekämpfung des illegalen Rauschgifthandels dar. Daß dabei nationale, ökonomische Interessen mitspielen und oft die internationale Zusammenarbeit erschweren, ist klar. Dennoch trat bereits im Jahre 1909 in Shanghai die erste Konferenz zur Bekämpfung der Rauschgiftsucht zusammen. Die rechtlichen Grundlagen und Präventivmaßnahmen wurden in den internationalen Opiumkonventionen geschaffen, erstmalig 1912 im Haag, nach dem I. Weltkriege in den Jahren 1925, 1931 und 1936 in Genf. Bemerkenswert ist, daß auch Stoffe erfaßt wurden, die ohne schon selbst ein Rauschgift darzustellen, als Ausgangspunkt zur Produktion dienen können. Dadurch, daß dem Rauschgift delikt im Jahre 1936 der Charakter eines Auslieferungsdelikt es im Interesse internationaler Rechtshilfe verliehen wurde, erfolgte ein weiterer wichtiger Schritt zur Bekämpfung der Rauschgiftsuchten.

Die UN hat die Tradition des Völkerbundes fortgesetzt und unterhält eine ständige Commission on Narcotics in Genf. Durch intensive Vorarbeiten dieser internationalen Kontrollstelle wurde schließlich das UN-Protokoll vom 8. 10. 48 (Paris) möglich, das genau festlegt, welche Mittel als suchterzeugend unter internationale Kontrolle zu stellen sind. Bemerkenswerterweise wurde Methadon (Polamidon) als neues synthetisches Mittel auch in diese Liste aufgenommen.

Diese internationalen Maßnahmen können jedoch nur dann voll wirksam werden, wenn jeder einzelne Staat in dem ihm möglichen Rahmen dazu beisteuert. In diesem Zusammenhang sei nur eine kurze

Statistik angeführt, in welcher die Erfolge der deutschen Opiumgesetzgebung eklatant in Erscheinung treten:

<i>Morphin</i> verbrauch	1926	. . . . .	1600 kg
	1941	. . . . .	400 kg
<i>Opium</i> verbrauch	1929	. . . . .	2900 kg
	1941	. . . . .	1200 kg
<i>Heroin</i> verbrauch	1925	. . . . .	40 kg
	1941	. . . . .	1 kg
<i>Cocain</i> verbrauch	1925	. . . . .	450 kg
	1941	. . . . .	50 kg

Das bedeutet eine Senkung des Morphinverbrauches um 75%, des Opiumverbrauches um 40% (KOSMEHL)

Bei der erfolgreichen Durchführung dieser Gesetze tragen die Ärzte, Apotheker und die übrigen Personen der Heilberufe die Hauptverantwortung. Schon während ihrer Ausbildung müssen insbesondere die Ärzte zur größten Sorgfalt im Umgang mit Betäubungsmitteln erzogen werden. Sowohl im Rahmen der ärztlichen Rechts- und Standeskunde als auch in den Vorlesungen der Pharmakologie darf keine Gelegenheit versäumt werden, die Studierenden mit der Natur der einzelnen Suchtmittel bekanntzumachen und ausführlich die einschlägigen gesetzlichen Paragraphen der Betäubungsmittelverordnung und ihrer Ausführungsbestimmungen zu erörtern. In den klinischen Vorlesungen, insbesondere der Psychiatrie, muß eingehend über die Suchtkrankheiten mit Demonstration derartiger Kranker berichtet und dem angehenden Arzt oder Apotheker eindringlich die Gefahr, nicht nur theoretisch, vor Augen geführt werden. Das ärztliche Ethos ist hier im besonderen Maße zu fordern und dem angehenden Arzt einzuprägen. Denn die korrekte Führung eines Morphiumbuches, sowohl in der freien Praxis als auch auf jeder einzelnen Station der Krankenhäuser (nicht nur Krankenhausapotheken) stellt wohl eine erhebliche Schranke gegen Mißbrauch und Fahrlässigkeit im Verordnen dar, ist aber nicht allein entscheidend, wenn nicht auch die ärztliche Einsicht in die Notwendigkeit dieser Kontrollmaßnahmen vorhanden ist. Gerade die Krankenhäuser bilden leider noch heute wegen der oft mangelnden Aufsicht eine große Gefahr für die jungen Ärzte, die nunmehr auch mit einer leichtfertigen Einstellung ihre eigene Praxis beginnen.

In einer früheren Veröffentlichung mit WIETHOLD zusammen (Jahreskurse f. ärztl. Fortbildg) habe ich diejenigen Ärzte, die gegen das Opiumgesetz verstoßen, auf Grund unserer Erfahrungen in 6 Gruppen eingeteilt. Diese Einteilung hat auch heute nicht an Gültigkeit verloren.

I. Ärzte, die aus Unachtsamkeit, Arbeitsüberlastung, aus einfachem Versehen oder mangelnder Beherrschung der Gesetze gegen die Verschreibungsverordnung verstoßen.

II. Vergehen gegen das Opiumgesetz aus Unkenntnis der Suchtkrankheiten und Unterschätzung ihrer Gefährlichkeit.

III. Verstöße gegen das Gesetz aus Leichtgläubigkeit, Gutmütigkeit und Nachgiebigkeit.

IV. Grob leichtfertiges und fahrlässiges Verhalten.

V. Handeln aus Gewinnsucht.

VI. Selbst süchtige Ärzte.

Leider gehören auch nicht selten Apotheker zu der V. Gruppe, die aus reiner Gewinnsucht den Süchtigen den weiteren Mißbrauch mit dem jeweils benötigten Medikament ermöglichen.

Es darf auch nicht unerwähnt bleiben, daß ein nicht verantwortungsbewußt handelnder Arzt unter Umständen mit einem Verfahren wegen Körperverletzung rechnen muß, wie bereits vom R. G. entschieden wurde.

Trotzdem ist immer wieder zu betonen, daß der Arzt in seinem ärztlichen Handeln nicht beschränkt ist, wenn er sich an die Richtlinien des Danziger Ärztetages aus dem Jahre 1928 hält, in denen die Indikationen für die Verabreichung von Betäubungsmitteln festgelegt sind. Das heißt im wesentlichen, daß Suchtmittel nur dann verabreicht werden dürfen, wenn die bestehenden Schmerzen durch kein anderes Medikament auf ein erträgliches Maß gebracht oder beseitigt werden können (Krebs, Tbc. usw.). Man sollte es sich auch zum Grundsatz machen, nicht immer sofort zur Spritze zu greifen, wenn ein Mittel auch oral oder rectal gegeben werden kann.

Natürlich ist die Situation für einen gewissenhaften Arzt, wenn er von einem Süchtigen konsultiert wird, oft sehr schwierig. Jedoch dürfte die Feststellung der Sucht auch einem Nichtfachmann bei gründlicher Untersuchung möglich sein. Der schwer Süchtige ist durch eine ganze Reihe von Verhaltensweisen so deutlich gekennzeichnet, daß er jedem Arzt auffallen müßte. Neben der Erhebung des psychischen Befundes ist vor allem die Untersuchung auf Einstichstellen und das Vorhandensein subcutaner Infiltrate von Wichtigkeit. Durch eine chemische Untersuchung des Urins, wie sie in dem hiesigen Institut immer durchgeführt wird, sollte die Diagnose erhärtet werden. Auch die neuen synthetischen Analgetica können bereits durch Identitätsreaktionen eindeutig chemisch nachgewiesen werden.

Leider erleben wir häufig, daß gerade die Einstichstellen von den untersuchenden Ärzten, wenn sich ein Süchtiger als angeblich Kranker einfindet, übersehen werden. Nicht selten wurde sogar von uns bekannten Süchtigen während eines Krankenhausaufenthaltes weiter gespritzt, ohne daß dies von Ärzten oder Pflegepersonal bemerkt wurde.

Jeder Arzt sollte wissen, daß Selbstentziehungskuren nicht möglich sind. Ich habe jedenfalls noch keinen tatsächlich Süchtigen erlebt, dem dieses mit Erfolg gelungen wäre. Der Arzt muß daher alles daransetzen,

den Patienten dahingehend zu beeinflussen, daß er sich freiwillig einer Entziehungskur unterzieht. Geht der Patient auf diesen Rat nicht ein, so dürfen die betreffenden Suchtmittel höchstens 1—2 Tage zur Überbrückung von eventuell vorhandenen Abstinenzerscheinungen und zur Regelung der persönlichen Angelegenheiten weiter verabfolgt oder verordnet werden. Würde jeder Arzt so handeln, so müßte sich der Patient notgedrungen zur Entziehungskur begeben. Bedauerlicherweise ist nach 1945 die Meldepflicht süchtiger Patienten aufgehoben worden, so daß der Arzt den Suchtkranken mehr oder weniger seinem Schicksal überlassen muß, wenn er nicht erreicht; daß dieser sich freiwillig in Behandlung einer geschlossenen Anstalt gibt.

Die erste Entziehungskur sollte — und hier befinde ich mich in Übereinstimmung mit einer ganzen Reihe von Psychiatern — mindestens 6 Monate dauern. Gerade bei erstmalig Suchtkranken ist eine längere energische und wirksame Entziehungskur besonders wichtig. Es läßt sich in der Behandlung Süchtiger nicht vermeiden, mit einer gewissen Härte vorzugehen, hängt doch vom Erfolg der ersten Kur sehr viel ab. Kurze Entziehungskuren, wie sie in einzelnen geschäftstüchtigen Sanatorien vorgenommen werden, sind zu verwerfen, und bei der Kenntnis, die wir im Laufe der Jahre von der Rauschgiftsucht und ihren Folgen gewonnen haben, unverantwortlich. Es erfolgt dabei nur eine Entgiftung. Eine Festigung des Kranken, wie sie nur durch eine planmäßige Arbeitstherapie und geeignete seelische Behandlung von genügend langer Dauer zu gewinnen ist, wird bei den Kurzkuren keineswegs erreicht. Wenn er später geheilt ist, wird ein charakterlich noch nicht depravierter Suchtkranker für die ergriffenen energischen Maßnahmen einsichtig und dankbar sein.

Nach der deutschen Gesetzgebung werden die Süchtigen meistens gemäß § 42b StGB. in Heil- und Pflegeanstalten untergebracht. Schwierig gestaltet sich die Frage dann, wenn das Gericht die Gefährdung der öffentlichen Sicherheit bei einem Süchtigen für nicht gegeben erachtet. Mit Recht weist EWALD darauf hin, daß diese Frage vom Standpunkt des Juristen aus äußerst umstritten sein kann. Der § 42c StGB. aber, in dem die „Gefährdung der öffentlichen Sicherheit“ nicht als Voraussetzung für eine Unterbringung erforderlich ist, kann in der heutigen Fassung nur neben der Strafe in Anwendung kommen, also nur wenn der § 51 Abs. 2 StGB. bejaht wird. Ich kann mich daher dem Vorschlag von EWALD nur anschließen, den § 42c StGB. dahingehend abzuändern:

„So ordnet das Gericht im Falle der völligen Zurechnungsunfähigkeit (§ 51 Abs. 1 StGB.) die Unterbringung in einer Erziehungsanstalt und bei verminderter Zurechnungsfähigkeit (§ 51 Abs. 2 StGB.) eine solche neben der Strafe an“ (zit. nach EWALD).

In Berlin kennen wir — wie ich bereits ausführte — diese Schwierigkeiten allerdings nicht.

In Österreich und der Schweiz ist die Einweisung in eine spezielle Entziehungsanstalt, also nicht in eine Heil- und Pflegeanstalt, erforderlich.

In der Schweiz pflegt häufig die Entmündigung der Einweisung voranzugehen. Nach der deutschen Gesetzgebung stellt die Entmündigung ein so langwieriges Verfahren dar, ist zudem nach der heutigen Fassung des § 6 BGB. nicht auf Grund des Vorhandenseins der Sucht, sondern nur wegen der zu beweisenden Geistesschwäche auszusprechen, so daß dieser Weg praktisch kaum in Betracht kommt. Dieser Schwierigkeit könnte man dadurch begegnen, daß der Abs. 3 des § 6 BGB., der sich zur Zeit nur auf die Trunksucht erstreckt, auch auf die Rauschgiftsucht erweitert würde.

Ein besonderes Problem stellen die rückfälligen Suchtkranken dar. Denn der Rückfall als solcher beweist schon, daß es sich hier um eine labile Persönlichkeit handelt. An gesetzlichen Maßnahmen pflegt in diesen Fällen die Anwendung des § 330a StGB. in Betracht gezogen zu werden, falls der Süchtige zum zweiten Male mit dem Gesetz in Konflikt geraten ist. Man geht dabei von der Voraussetzung aus, daß der Süchtige seine eigene Situation auf Grund der bereits einmal durchgeführten Entziehungskur kennt und insbesondere weiß, wie gefährlich die Applikation von Rauschgiften für ihn ist. Man ist dehalb in manchen Fällen bei Abwägung aller rückfallbedingenden Faktoren berechtigt, die Anwendung des § 330a StGB. zu bejahen. Die Entziehung würde in diesen Fällen in den Krankenabteilungen der Untersuchungsgefängnisse durchgeführt werden müssen, unter Umständen bei nicht genügend langer Strafe noch in einer Heil- und Pflegeanstalt fortzusetzen sein. Tritt die Rückfälligkeit schon innerhalb des Zeitraumes der bedingten Entlassung gemäß § 42h StGB. ein, so genügt die Aufhebung des Beschlusses der bedingten Entlassung, um den Süchtigen erneut einer Anstaltsbehandlung zuzuführen:

„Die Entlassung des Untergebrachten gilt nur als bedingte Aussetzung der Unterbringung. Das Gericht kann den Untergebrachten bei der Entlassung besondere Pflichten auferlegen und solche Anordnungen auch nachträglich treffen oder ändern. Zeigt der Entlassene durch sein Verhalten in der Freiheit, daß der Zweck der Maßregel seine erneute Unterbringung erfordert und ist die Vollstreckung der Maßregel noch nicht verjährt, so widerruft das Gericht die Entlassung.“

Die Dauer der bedingten Entlassung wird in der Regel auf 2 Jahre befristet. Von der Möglichkeit der Auflagenerteilung machen wir hier in Berlin weitgehend Gebrauch. So ist der bedingt Entlassene verpflichtet, sich jederzeit dem hiesigen Institut zu Kontrolluntersuchungen zur Verfügung zu stellen. Längere Abwesenheit oder Aufenthalts-

wechsel müssen sofort bekanntgegeben werden. Die wichtigste Auflage ist allerdings, daß keine Suchtmittel genommen werden dürfen, die im einzelnen in der Auflage benannt sind. In dieses Verbot haben wir auch die neuen synthetischen stark wirkenden Analgetica (Polamidon, Cliradon¹) mit einbezogen, so daß wir die Möglichkeit haben, wenigstens bei den bedingt entlassenen ehemals Süchtigen einen Mißbrauch dieser Mittel zu unterbinden.

Außer der Unterbringung eines straffällig gewordenen Süchtigen durch richterlichen Beschluß und späteres Gerichtsurteil ist noch die Möglichkeit für Zwangsbehandlung auf Grund des § 15 des Polizeiverwaltungsgesetzes gegeben. In Praxis ist jedoch mit diesem Paragraphen nur wenig anzufangen, da bewiesen werden muß, daß der Süchtige gemeingefährlich ist. Wenn ein Amtsarzt tatsächlich einen Süchtigen auf Grund des § 15 Pol.Verw.Ges. in eine geschlossene Anstalt einweist, pflegen meist unmittelbar nachher Beschwerden gegen diese Unterbringung nicht nur von dem Süchtigen selbst, sondern oft auch von seinen Angehörigen, eingereicht zu werden. Es ist daher zu prüfen, ob die Einweisung auf Grund der Forderung dieses Paragraphen wirklich gerechtfertigt ist. Da die meisten Süchtigen, die man als gemeingefährlich bezeichnen kann, naturgemäß gleichzeitig straffällig werden, der § 15 Pol.Verw.Ges. jedoch nur bei Nichtstraffälligen in Anwendung kommt, ist dies nur sehr selten, so daß sich die Durchführung einer ausreichend langen Entziehungskur meist nicht herbeiführen läßt.

Für süchtige Ärzte kommen noch eine Reihe spezieller, aus der früheren Reichsärzteordnung abzuleitende Maßnahmen in Betracht. Nach § 3 kann die Bestallung versagt werden, so daß schon süchtig gewordene Medizinstudenten zu eliminieren sind. Nach § 5 kann die Bestallung entzogen werden. Am häufigsten wird jedoch vom § 7 Gebrauch gemacht, nach dem die Bestallung auf eine bestimmte Zeit ruhen kann.

Außerdem möchte ich darauf hinweisen, daß auch das Strafgesetzbuch in dem § 421 eine Handhabe bietet, bis zu einer Dauer von höchstens 5 Jahren die Ausübung des Berufes zu untersagen, wenn jemand wegen eines Verbrechens oder Vergehens, das er unter Mißbrauch seines Berufes oder Gewerbes oder unter grober Verletzung der ihm kraft seines Berufes oder Gewerbes obliegenden Pflichten begangen hat, zu einer Freiheitsstrafe von mindestens 3 Monaten Dauer verurteilt wurde. Von diesem Paragraphen ist bisher meines Wissens nur in einigen Ländern des Bundesstaates (Süddeutschland) Gebrauch gemacht worden. Erwähnenswert ist noch, daß der § 145c StGB. eine Gefängnisstrafe bis zu 2 Jahren auswirft, wenn jemand einen Beruf

¹ Nach der Drucklegung auch Dromoran.

oder ein Gewerbe ausübt oder ausüben läßt, solange ihm dies nach § 421 untersagt ist.

Im Jahre 1932 wurde bereits von mir vorgeschlagen, einen Morphinpaß für alle diejenigen Kranken auszustellen, denen auf Grund ihres Leidens Betäubungsmittel verordnet werden dürfen. Dadurch würde die Stellung des praktizierenden Arztes sehr erleichtert werden. Dieser Vorschlag wurde allerdings nicht realisiert. Wie die Entwicklung gezeigt hat, ist diese Forderung nach genereller Einführung von Morphinpässen bzw. Morphiumschecks auch heute noch sehr vordringlich. Denn damit wäre gerade denjenigen Patienten gedient, die als Schwerverrannte zum erhöhten Verbrauch von suchtmachenden Analgetica gezwungen sind. Ein solcher Kranker könnte sich dann ohne weiteres ausweisen, und der Arzt weiß, wie er sich zu verhalten hat.

Im Jahre 1942 wurde die Bestimmung getroffen, daß jeder erfaßte betäubungsmittelbedürftige Kranke mittels Ausweises an einen bestimmten Arzt und eine bestimmte Apotheke gebunden wurde. Hier in Berlin halten wir uns noch heute an diese Vorschrift, wenn wir uns zugeführten suchtvverdächtigen Personen auf Grund eines schweren Leidens den Gebrauch von Medikamenten, die unter das Opiumgesetz fallen, zubilligen.

Wenn diese Kontrollmaßnahme nicht besteht, so befindet sich der Arzt, zu dem etwa ein Patient mit vorgetäuschten Gallenkoliken kommt und Hilfe fordert, in einer sehr mißlichen Situation. Verweigert der Arzt die Verabfolgung eines starken Betäubungs- bzw. schmerzstillenden Mittels, so macht er sich unter Umständen einer pflichtwidrigen Unterlassung schuldig, wenn tatsächlich ein ernster Zustand vorliegt. Vermag jedoch der Patient derartige Schmerzzustände so realistisch vorzutäuschen, daß die diagnostischen Zweifel auf seiten des Arztes unterdrückt werden, so begünstigt er die Unterhaltung einer eventuell bestehenden Sucht.

In diesem Zusammenhang müßte auch unbedingt ein Verbot gefordert werden, daß Ärzte zum persönlichen Gebrauch und demjenigen ihrer nächsten Angehörigen keine unter das Opiumgesetz fallenden Medikamente verschreiben dürfen, sondern sich, wenn ihrer Meinung nach eine Indikation vorliegt, in die Behandlung eines Kollegen begeben müssen. Durch eine solche Forderung würde die Entstehung einer Sucht bei einer nicht geringen Anzahl von Ärzten verhindert werden können.

Leider können sich diese Vorschläge und Erwägungen nicht auf diejenigen neuen synthetischen Analgetica erstrecken, die in den letzten Jahren durch die pharmazeutische Industrie unter Einschaltung einer großzügigen Reklame und der Ankündigung einer nichtbestehenden Suchtgefahr in den Handel gebracht worden sind. Hier ist insbesondere

das Polamidon zu nennen (im Auslande unter dem Namen Methadon bekannt), dessen Gefährlichkeit hinsichtlich einer Suchtbildung wir gerade in dem hiesigen Institut seit dem Jahre 1950 in steigendem Maße feststellen konnten. Dieses Mittel wurde zunächst sogar ohne Rezept abgegeben und war daher den uns zur Kontrolle unterstehenden ehemals süchtigen Patienten ohne weiteres zugänglich. (Über unsere Erfahrungen mit Polamidon wird in einem gesonderten Vortrag von Erl. Dr. MÜHLAU berichtet werden.) Auch das Cliradon wurde bereits von einigen unseren Patienten indikationslos verwendet. Es wäre umgehend zu fordern, daß alle neuen synthetischen Analgetica, die eine Sucht hervorrufen können, ebenfalls dem Opiumgesetz unterstellt werden.

Kurz möchte ich noch die ebenfalls unter das Opiumgesetz fallenden Weckamine, insbesondere das Pervitin, erwähnen. Diese Weckamine sind der internationalen Kontrolle nicht unterworfen. Dagegen wurde in Deutschland im Jahre 1941 die Einbeziehung in das Opiumgesetz erreicht, nachdem gerade Pervitin unkritisch und in großem Ausmaße Zugang in fast alle Bevölkerungsschichten gefunden hatte, da bekannt geworden war, daß durch den Genuß eine vorübergehende Leistungssteigerung erreicht werden konnte. Wie sich bald herausstellte, beruhte diese erhöhte Leistungsfähigkeit auf einer Selbsttäuschung, sobald Pervitin laufend genommen wurde. Leider geriet eine nicht geringe Zahl von Personen dann in völlige Abhängigkeit dieses Mittels und benötigte immer größere Mengen, um die vermeintliche Leistungsfähigkeit auf dem gleichen Stande zu halten. Wir kennen Patienten, die schließlich bis zu 100 Tabletten täglich einnahmen. Da durch dieses Mittel auch eine auffallende motorische Antriebssteigerung hervorgerufen und die Ermüdungsgrenze künstlich heraufgesetzt wird, ist bekannt, daß Pervitinsüchtige Personen, z. B. als Autofahrer im Straßenverkehr, eine besondere Gefahr darstellen. Es kann keinem Zweifel unterliegen, daß auch die Pervitinsucht erhebliche Bedeutung hat und schließlich genau so wie die Betäubungsmittelsucht eine durchgreifende Entziehungskur erforderlich macht, obgleich die Wirkungsweise und die Pharmakologie des Pervitins von den Betäubungsmitteln abweicht. Auch der Pervitinsüchtige verliert alle Hemmungen und riskiert strafbare Handlungen, um weiter in den Besitz des Mittels zu gelangen.

Zum Abschluß meiner Ausführungen möchte ich darauf hinweisen, daß zur Zeit das Problem der Suchtbekämpfung außerordentlich akut ist. Die heute noch bestehenden gesetzlichen Lücken in einer staatlichen Bekämpfung der Suchtkrankheiten müßten unbedingt durch einheitliche gesetzliche Maßnahmen bzw. Verordnungen ausgeglichen werden. Wie auch die internationalen Bemühungen zeigen, muß ein erhöhtes Augenmerk auf die Prophylaxe gerichtet werden. Dies kann

nur durch eine einheitliche und verständnisvolle Zusammenarbeit von Ärzten, Juristen, Sozialhygienikern und den zuständigen Gesundheitsbehörden geschehen.

Es fehlt uns heute sehr, daß man sich nicht entschlossen hat, zugleich mit dem Opiumgesetz eine gesetzliche Formulierung zu schaffen, nach der es möglich sein würde, die Rauschgiftsüchtigen einer Heilung in besonders autorisierten Kliniken oder Anstalten unter sorgfältiger nachgehender Fürsorge und Betreuung zuzuführen, bevor sie straffällig werden.

Außerdem möchte ich die schon häufig, auch von mir wiederholt, aufgestellte Forderung an dieser Stelle nochmals aussprechen, daß mehrfach rückfällig gewordene Süchtige, die für den Staat und die Allgemeinheit eine große Belastung bedeuten, auf Grund eines neu zu schaffenden Gesetzes (etwa im Sinne des § 20a in Verbindung mit 42c StGB.) einer dauernden Verwahrung zugeführt werden können.

Literatur beim Verfasser.

Prof. Dr. VICTOR MÜLLER-HESS, Berlin-Dahlem, Hittorfstr. 18.
