

Imago Homininis

BAND VII/Nr. 4 • 2000 • PREIS ATS 120

EDITORIAL 249

AUS AKTUELLEM ANLASS

- A. SONNENFELD *Wann kann ein Mensch mit moralischer Gewissheit als tot angesehen werden?* 251
W. RELLA *Entwicklung und Wirkmechanismen der sog. „Pille danach“* 254
IMABE-Ethik Kommission: *Erklärung zur therapeutischen Klonung von Menschen* 256

FOCUS

N. AUNER, E. CECH

Drogen 259

SCHWERPUNKT Drogen

G. FANTACCI, M.G. KOCH

Drogenbekämpfung – Schweiz als Vorbild? 267

A. DAVID

Drogenkonzepte in einer Großstadt 285

F. BYDLINSKI

Zur erzieherischen Funktion des Rechts 295

S.O.M.

Fallbeispiel 305

FALL

Patientenvertrauen und Scheinbehandlung .. 307

F. KUMMER *Kommentar zum Fall* 308

NACHRICHTEN 311

*EU-Bericht • Geriatrie • Demographie
Palliativmedizin • Arzt-Patient Beziehung
Forschung • In-vitro Fertilisation • Mifegyne*

ZEITSCHRIFTENSPIEGEL 313

BUCHBESPRECHUNGEN 316

IMPRESSUM 326



DVR: 002987(017)

Das Titelbild zeigt die „Skizze zum Gesicht des Adam“ aus der Sixtinischen Kapelle von Michelangelo (seitenverkehrt).

Imago Hominis

Herausgeber

Johannes BONELLI
Enrique H. PRAT DE LA RIBA

Schriftleitung

Notburga AUNER

Wissenschaftlicher Beirat

Klaus ABBREDERIS (Innere Medizin, Dornbirn)
Robert DUDCZAK (Innere Medizin, Wien)
Gabriele EISENRING (Privatrecht, Rom)
Titus GAUDERNAK (Unfallchirurgie, Wien)
Martin GLÖCKLER (Chirurgie, Wien)
Elisabeth HASELAUER (Soziologie, Wien)
Oswald JAHN (Arbeitsmedizin, Wien)
Reinhold KNOLL (Soziologie, Wien)
Friedrich KUMMER (Innere Medizin, Wien)
Wolfgang MARKTL (Physiologie, Wien)
Theo MAYER-MALY (Bürgerl. Recht, Salzburg)
Gottfried ROTH (Neurologie, Wien)
Kurt SCHMOLLER (Strafrecht, Salzburg)
Franz SEITELBERGER (Neuropathologie, Wien)

Das *IMABE-Institut für medizinische Anthropologie und Bioethik* hat die Aufgabe, die Medizin in Forschung und Praxis unter dem besonderen Aspekt der Würde des Menschen auf der Grundlage des christlichen Weltbildes zu betreiben bzw. zu fördern. Das *IMABE-Institut* veranstaltet Symposien, Seminare und Vorträge über Themen, die sich mit bioethischen und medizinisch-anthropologischen Fragen beschäftigen und fördert den Dialog mit Experten aus den Bereichen Medizin, Philosophie, Psychologie, Rechtswissenschaft, Demographie, Soziologie und Theologie, um so aktuelle medizinische Probleme interdisziplinär zu durchleuchten.

Das Phänomen der Abhängigkeit von Alkohol und im besonderen von Drogen ist im 20. Jahrhundert zunehmend ein gesellschaftspolitisches Problem geworden. Einerseits geraten viele junge Menschen in die Spirale der Sucht, brechen mit allen Wertordnungen und landen schließlich in einer verheerenden Isolation. Andererseits blüht das Geschäft mit dem Süchtigen. Händler und Mittelsmänner bereichern sich schamlos an der verzweiferten Ausweglosigkeit der Betroffenen. Die Umsätze am Schwarzmarkt haben gigantische Summen erreicht.

Die Gründe für diesen Trend sind mehrfache. Sicherlich muss angenommen werden, dass ein Zusammentreffen mehrerer Faktoren im Spiel ist. In unserer liberalen Gesellschaft, in der der Individualismus hochgepriesen und verehrt wird, neigt man dazu, jede Option den Menschen freizustellen. Auch die des schrankenlosen Konsumismus, selbst dann, wenn sie erwiesenermaßen gesellschaftszerrüttend sind. Alkoholismus, Drogensucht, aber auch Euthanasie, Abtreibung, Promiskuität und Kindesmissbrauch sind die immanenten Folgen einer Gesellschaft, die nur mehr die Gesetze der Wirtschaft anerkennt. Durch einen falsch verstandenen Freiheitsbegriff – einer überzogenen Autonomie – ist die Gesellschaft nicht mehr in der Lage, ihre eigenen Mitglieder vor dem Verderben zu schützen.

Die betroffenen Familien von Drogenabhängigen, das soziale Umfeld und auch die Mediziner stehen dieser Situation mit offensichtlicher Hilflosigkeit gegenüber. Sucht wird ja hinlänglich als Krankheit verstanden: diese Sichtweise nimmt der Problematik die Schärfe und kann zum Teil eine Begründung liefern. Dem Arzt ist aber klar, dass seine Heilkunst – die des schnellen Rezeptierens und guten Zuredens – bei der Suchtkrankheit nichts erreicht. Der Suchtkranke ist viel-

leicht zu einem Gespräch bereit, für gute Ratschläge offen, es hilft aber meist nichts. Eine Selbsthilfegruppe von Betroffenen und Angehörigen ist nach langen Beratungen und vielen Sitzungen zum Schluss gekommen, dass es sich wohl mehr um einen „Lebensstil“, als um eine Krankheit im eigentlichen Sinn handelt. Der Süchtige lebt in einer anderen Ordnung. Das Argument, er schade sich und seiner Gesundheit, ist ihm nicht zugänglich. Wer einen Süchtigen von seiner Last befreien will, muss es verstehen, ihm neue Wege und Alternativen aufzuzeigen, die notwendigerweise andere Wertordnungen enthalten. Der Süchtige braucht Hilfe um sich wiederzufinden, er muss sich seiner Willenskraft bewusst werden, die Einstellung zum eigenen Körper und der Gesundheit in eine Bejahung verwandeln.

Die Frage ist aber: Woher kann eine Gesellschaft, in der so viele Mitglieder der Drogenabhängigkeit verfallen, die moralische Kraft nehmen, um diese gefährdeten Menschen zurückzugewinnen? Die Zunahme der oben erwähnten Phänomene – Alkoholismus, Drogensucht, Abtreibung, Scheidung usw. ... – sind Indikatoren einer sozialen Zersetzung, vor allem aber Folgen dieser Zersetzung und einer ihr innewohnenden Sinnleere. Der Versuch, nur die Folgen zu therapieren, ohne auf die Ursachen einzuwirken, ist unzureichend. Vielleicht wird damit erreicht, dass der eine oder andere Drogenabhängige von seiner Sucht befreit und nicht rückfällig wird. Bei den meisten wird nur eine kurze Abstinenz erreicht. Mit einem Wort: die Gesellschaft muss sich zuerst moralisch regenerieren, um ihren kranken Mitgliedern wirklich helfen zu können und um zu verhindern, dass weitere Mitglieder, die bestimmte Risikofaktoren aufweisen, erkranken. So lange das Übel nicht an der Wurzel angefasst wird, werden die Programme, so notwendig und erfolgreich sie auch

sein mögen, nur „Oberflächenkosmetik“ betreiben.

Sehr unterschiedliche Stellungnahmen kommen im Imago Hominis 4/00, das das Jubiläumsjahr 2000 abschließt, zu Wort. Der Drogenbeauftragte der Stadt Wien, Dr. DAVID stellt sein Konzept vor. Die Autoren FANTACCI und KOCH stellen die unterschiedlichen politischen Programme einiger Länder in ein kritisches Licht. Aus einer ganz anderen Perspektive versucht Prof. BYDLINSKI die Frage des Einflusses

des Gesetzes auf die Gewissensbildung zu erläutern, die in der Drogenproblematik heute eine große gesellschaftspolitische Relevanz hat. Im Focus gibt es einen kurzen Abriss über Abhängigkeit und Drogen im allgemeinen.

Das Jahr geht zu Ende, der Übergang ins neue Millennium „überstanden“ ... Allen Lesern ein gesegnetes Weihnachtsfest!

Die Herausgeber

Wann kann ein Mensch mit moralischer Gewissheit als tot angesehen werden?

Alfred SONNENFELD

In der öffentlichen Diskussion ist es bisher umstritten gewesen, ob das Hirntod-Kriterium zur eindeutigen Feststellung des Todes mit dem Lehramt der Katholischen Kirche vereinbar sei. Die klärenden Worte, die der Papst anlässlich eines Internationalen Kongresses zu Fragen der Organverpflanzungen am 29. August 2000 an Wissenschaftler aller Welt richtete, legen dies jedoch nahe¹. Seine Ausführungen decken sich dabei im Wesentlichen mit dem neuen in Deutschland geltenden Transplantationsgesetz.

Am 1.12.1997 trat in Deutschland das „Gesetz über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen“ vom 5.11.1997 in Kraft. Die Bestimmungen dieses Gesetzes können unter dem Begriff der „erweiterten Zustimmungslösung“ zusammengefasst werden. Eine Organentnahme kann erfolgen, wenn die Einwilligung des Organspenders vorliegt oder wenn Verwandte ersten und zweiten Grades, Ehegatten, Verlobte und Personen, die dem Spender in besonderer persönlicher Verbundenheit offenkundig nahestehen, Auskunft über die Meinung des Spenders zu Lebzeiten gegeben haben. Modelle, die eine Entnahme unter Notstandsgesichtspunkten rechtfertigen oder die eine Entnahme dann zulassen, wenn kein Widerspruch vorliegt, sind unerlaubt².

Im zweiten Abschnitt legt das Deutsche Transplantationsgesetz die Voraussetzungen fest, unter denen Organentnahmen bei Verstorbenen zulässig sind. Der Hirntod gilt als sicheres Zeichen für den eingetretenen Tod eines Menschen. Die Kriterien für den Hirntod stellen die Hauptstreitpunkte im Ringen um das Transplantationsgesetz dar. Sie schienen einigen Kritikern nicht sicher genug zu sein. „Hirntote Patienten seien irreversibel Sterben-

de, als solche aber noch Lebende“, so wurde von einigen behauptet. Für die Befürworter der „engen Zustimmungslösung“ stellt der Hirntod kein sicheres Todeszeichen dar. Eine Organentnahme würde damit eine Tötung bedeuten. Zugleich erkennen die Vertreter der „engen Zustimmungslösung“ aber an, dass die Patienten über das sogenannte „Rest-Leben“ zu Lebzeiten verfügen können. Die *ex-ante*-Einwilligung des Organspenders ist somit unabdingbare Voraussetzung für eine Organentnahme³.

JOHANNES PAUL II. hebt bei seiner Ansprache die ethische Bedeutung hervor, „unentgeltlich einen Teil des eigenen Körpers für die Genesung und das Wohlbefinden eines anderen zur Verfügung zu stellen. Eine Geste, die eine wahre Tat der Liebe ist“. „Jedes Verfahren, das zur Kommerzialisierung menschlicher Organe führt oder sie als Tausch- oder als Handelsware betrachtet, gilt als unmoralisch, weil der menschliche Leib als Objekt gebraucht wird und ist deshalb unerlaubt“ (JOHANNES PAUL II., 29.8.2000).

Bevor der Papst die Hauptfrage der eindeutigen Feststellung des Todes aufgreift, geht er zunächst auf das einzigartige Ereignis des Todes als „Auflösung des integrierten Ganzen“ ein. „Der Tod resultiert aus der Trennung des geistigen Lebensprinzips (oder der Seele) von der leiblichen Wirklichkeit der Person. Der in dieser ursprünglichen Bedeutung verstandene Tod der menschlichen Person ist ein Ereignis, das durch keine empirische Methode identifiziert werden kann“ (JOHANNES PAUL II., 29.8.2000).

Der Arzt kann nicht sagen: „In diesem Moment tritt der Tod ein“, wohl aber: „Der Tod ist bereits eingetreten“. Den Tod in seiner existentiellen Dimension zu definieren, fällt der Phi-

losophie und Theologie zu; den Tod als bereits eingetretenen Ist-Zustand festzustellen, obliegt der Medizin. Arzt und Philosoph meinen zwei verschiedene Dinge, wenn sie vom Tod sprechen. Beide Gesichtspunkte widersprechen sich nicht; sie ergänzen einander⁴. Hirntod und Personaltod sind aufeinander bezogen, aber nicht identisch. Ein solches Verhältnis stellt auch nicht einen kausalen Zusammenhang zwischen den beiden Realitäten fest, da sie zu verschiedenen Ebenen gehören: der medizinischen und philosophischen. Korrelation besteht darin, dass sich psychische und seelische Phänomene bestimmten Mechanismen zuordnen lassen, die sich im Gehirn abspielen, also an ein materielles Substrat gebunden sind. Die Frage nach dem Verhältnis von Leib und Seele wird nicht mehr nur Gegenstand philosophischer Diskurse, sondern auch ein zentrales Thema der Hirnforschung⁵. Akzeptiert man, dass das Gehirn eine unerlässliche Rolle bei der Hervorbringung unserer Vorstellungsbilder spielt, dann könnten wir uns einen logischen Zusammenhang zwischen der modernen Hirnforschung und der geisteswissenschaftlichen Position vorstellen. Diese Brücke erlaubt uns, ein Verhältnis zwischen der empirischen und der begrifflichen Position über den Tod zu vertreten; es ermöglicht uns, mit *moralischer Gewissheit* von der einen auf die andere Position zu schließen. Anders gewendet: nach der exakten Feststellung aller notwendigen und ausreichenden Hirntod-Kriterien können wir mit *moralischer Gewissheit* schließen, dass die Person tot ist. Leib und Seele haben sich bereits getrennt. Der Leib bildet dann nicht mehr eine abgeschlossene Ganzheit, deren Lebensdynamik integrativen Selbstgestaltungscharakter hätte. Der Leib ist als solcher ein physiologischer Organverbund, bei dem bestenfalls eine Ordnung von außen, nicht aber eine Ordnung von innen heraus besteht⁶.

Man könnte einwenden, die Medizin könne lediglich eine Teilansicht über den Tod vermitteln. Aber es ist dennoch eine reale Teilansicht,

die durch den Zustand *ex post* gekennzeichnet ist. Die Medizin kann den Tod als bereits eingetretenes Ereignis feststellen. Der Tod wird damit von ihr nicht definiert, wohl aber beschrieben und damit dokumentiert. Todesfeststellung und Todesdefinition sind zwei verschiedene Dinge, die in Korrelation zueinander stehen. Todesdefinition im medizinischen Sprachgebrauch meint bestimmte Kriterien, die den Tod konstatieren. Der zuweilen gebrauchte, verwirrende Ausdruck: „Neudefinierung des Todes“ bezieht sich auf neue, gegebenenfalls sichere Kriterien, um fehlerlos den Zustand des *exitus letalis* zu dokumentieren. Damit ist nicht der Tod in seinem Wesen „per ärztlichen Beschluss“ verändert worden. Der Tod bleibt immer derselbe, sowohl unter den klassischen, als auch unter den neuen Kriterien. Insofern ist es irreführend, wenn einige Autoren den Hirntod nur für bestimmte Ausnahmesituationen anerkennen wollen, nämlich, wenn ein Gerät zu Reanimationszwecken abgeschaltet wird oder eine Organtransplantation bevorsteht. Ansonsten orientiert man sich weiterhin nach den klassischen Todeskriterien wie Stillstand von Atmung und Kreislauf. Diese unterschiedliche Todesbeschreibung wäre sowohl für die ärztliche Praxis wie auch für die Rechtswissenschaft ein unerträglicher Zustand und hat auch in der Öffentlichkeit zu einer verständlichen Unruhe beigetragen.

Wie seine Vorgänger überlässt es der Papst den Ärzten die Hauptfrage: „Wann kann ein Mensch mit absoluter Sicherheit als tot angesehen werden?“⁶. Bereits in der Ansprache vom Jahre 1989 sagte JOHANNES PAUL II.: „Die Wissenschaftler, die Forscher und die Gelehrten müssen ihre Forschungen und Studien weiterführen, um den genauen Zeitpunkt und das unabwiesbare Zeichen des Todes so genau wie möglich festzustellen“⁷.

In der mehrfach erwähnten Ansprache vom 29. August 2000 erklärt der Papst: „Hier kann darauf hingewiesen werden, dass das heute angewandte Kriterium zur Feststellung des Todes,

nämlich das völlige und endgültige Aussetzen jeder Hirntätigkeit, nicht im Gegensatz zu den wesentlichen Elementen einer vernunftgemäßen Anthropologie steht, wenn es exakt Anwendung findet. Daher kann der für die Feststellung des Todes verantwortliche Arzt dieses Kriterium in jedem Einzelfall als Grundlage benutzen, um jenen Gewissheitsgrad in der ethischen Beurteilung zu erlangen, den die Morallehre als „moralische Gewissheit“ bezeichnet. Diese moralische Gewissheit gilt als notwendige und ausreichende Grundlage für eine aus ethischer Sicht korrekte Handlungsweise. Nur wenn diese Gewissheit besteht und die Einwilligungserklärung (Patientenverfügung) des Spenders oder seines rechtmäßigen Vertreters bereits vorliegt, ist es moralisch vertretbar, die technischen Maßnahmen zum Entnehmen von zur Transplantation bestimmten Organen einzuleiten.“

In der Morallehre versteht man unter moralischer Gewissheit jene Erkenntnisklarheit, bei der Zweifel ausgeschlossen sind. Demzufolge bedeutet, den Hirntod mit *moralischer Gewissheit* festzustellen, dass alle geforderten Hirntod-Kriterien erfüllt sein müssen. Nur dann gilt der Hirntod als der Tod des Menschen.

Damit ist klargestellt, dass ein Arzt, der sich so verhält, ethisch einwandfrei handelt.

Referenzen

1. Vgl. JOHANNES PAUL II., *Handel mit menschlichen Organen verletzt die Menschenwürde. Ansprache von JOHANNES PAUL II. am 29. August*, in: L'Osservatore Romano (deutsche Ausgabe) vom 15. September 2000.
2. Vgl. KÜHN, H.Ch., *Das neue deutsche Transplantationsgesetz*, in: *Medizinrecht*, 10 (1998) S. 455-461.
3. Vgl. Ebda: S. 456.
4. Vgl. SONNENFELD, A., *Wer oder was ist tot beim Hirntod? Der Hirntod in ethischer Perspektive*, in: *Forum Katholische Theologie*, 1 (1994) S. 30-59.
5. Vgl. SINGER, W., *Ignorabimus? - Ignoramus*, in: *Frankfurter Allgemeine Zeitung* vom 23. September 2000, S. 52 und vom gleichen Autor: *Wahrnehmen, Erinnern, Vergessen*, in: *Frankfurter Allgemeinen Zeitung* vom 28. September 2000, S. 10.
6. Vgl. BONELLI, J., *Leben-Sterben-Tod*, in: SCHWARZ, M., BONELLI, J., *Der Status des Hirntoten*, Wien (1995) S. 90-91.
7. Vgl. JOHANNES PAUL II., *Ai partecipanti all'incontro promosso dalla Pontificia Accademia delle Scienze sulla Determinazione del momento della morte*, in: *Insegnamenti di GIOVANNI PAOLO II*, XII, 2, Vaticana (1991) S. 1528.

Dr.theol. Dr.med. Alfred SONNENFELD
Lehrbeauftragter für Ethik in der Medizin
Möckernstraße 68
D - 10965 Berlin

Entwicklung und Wirkmechanismen der sogenannten „Pille danach“

Walter RELLA

Geschichtliche Entwicklung

Schon bald nach Einführung der oralen hormonalen Kontrazeption entstand der Wunsch nach einer postcoital anwendbaren hormonalen Möglichkeit der Schwangerschaftsverhinderung, da hiedurch auch ungeplanter und ungeschützter Geschlechtsverkehr folgenlos ermöglicht würde. Primäres Ziel ist in diesem Fall nicht die Unterdrückung der Ovulation und somit Verhinderung der Empfängnis, sondern die Verhinderung der Einnistung eines durch den Geschlechtsakt möglicherweise bereits erschaffenen menschlichen Keimes. Dieser Eingriff wird in der Literatur hormonale Interzeption im Unterschied zur hormonalen Kontrazeption genannt und die zur Rede stehenden Mittel heißen „postcoitale Interzeptiva“, „morning after pill“ oder „Pille danach“.

Die ersten, Ende der 60-er Jahre entwickelten Präparate enthielten ausschließlich eine hohe Dosis von künstlichen oder natürlichen Östrogenen. Sie waren in ihrer Wirkung sehr sicher, mussten aber postcoital 5 Tage lang eingenommen werden und führten regelmäßig zu Übelkeit und Erbrechen, sowie zu Zwischenblutungen oder einer verzögerten Menstruation. Außerdem beobachtete man eine relative Zunahme ektopischer Schwangerschaften. Wegen dieser Unannehmlichkeiten begann man in den 70-er Jahren mit dem Einsatz von Östrogen-Progestagen-Kombinationen. Bewährt hatte sich eine Formel von 1 mg dl-NG und 0,1 mg EE2. Das entspricht etwa der fünffachen Dosis eines heute üblichen Kontrazeptivums. Bei, im Vergleich zu Östrogen, gleich guter Wirkung bot ein solches Präparat den Vorteil einer nur zweimaligen Einnahme (12h bis maximal 72h postcoital) mit entsprechend geringeren Nebenwirkungen und einer eher früher einsetzen-

den Menstruation, was den Frauen die Phase ängstlicher Erwartung verkürzte. In den letzten 10 Jahren ging die Entwicklung der Pille dahin, die Östrogendosis zu reduzieren, da Östrogene am meisten für Nebenwirkungen und Komplikationen der Pille verantwortlich waren. Aus diesem Grund war es bisher auch ein Risiko, die „Pille danach“ mehr als einmal (d.h. 2 Dosen) während eines Zyklus anzuwenden. Entsprechend war man bemüht, ein postcoitales Interzeptivum zu entwickeln, welches ohne Östrogen auskam. Obwohl eine reine Gestagenpille (0,75 mg Levonorgestrel) unter dem Namen Postinor® in Ungarn und Südamerika bereits seit 20 Jahren als Postkoitalpille in Verwendung ist, wurde bei uns erst vor kurzem ein derartiges Präparat mit demselben Inhaltsstoff (0,75mg LNG) unter dem Markennamen Vikela® zugelassen. Es ist postcoital zweimal einzunehmen, und zwar die erste Dosis innerhalb 24h und die zweite Dosis 12-24h danach. Unter dieser Voraussetzung können 95% der zu erwartenden Schwangerschaften verhindert werden. Bei späterer Einnahme bis zu 72h nach stattgefundenem Verkehr sinkt die Verhinderungsrate bis auf 58%. Obwohl vom Hersteller nicht empfohlen, kann dieses Interzeptivum auch mehrmals im Zyklus angewendet werden, da nur „unbedeutende“ Nebenwirkungen (Zyklusstörungen, Übelkeit) zu erwarten sind.

Wirkungsmechanismus

Im Beipackzettel von Vikela® steht hierzu: „Der genaue Wirkmechanismus ist nicht bekannt. Bei der verwendeten Dosierung dürfte Levonorgestrel die Ovulation unterbinden und dadurch eine Befruchtung verhindern, wenn der

Geschlechtsverkehr kurz vor der Ovulation stattgefunden hat, also zu jenem Zeitpunkt, zu dem die Wahrscheinlichkeit einer Befruchtung am größten ist. Möglicherweise verhindert es auch die Nidation. Es wirkt jedoch nicht, wenn die Einnistung bereits begonnen hat.“ Diese Einschätzung erscheint nicht ganz korrekt. Man kennt den Wirkmechanismus der postcoitalen Gestagenpille sehr genau.

Die höchste Empfängnisbereitschaft besteht am Tag des LH-Peaks. Wird Vikela bis 2 Tage vor dem Peak eingenommen, so wird der Eisprung sehr wahrscheinlich verhindert. Demnach wirkt Vikela als Kontrazeptivum, wenn die sexuelle Vereinigung bis 3 Tage vor dem LH-Peak (dh. in der Regel bis zum 8. Zyklustag) stattgefunden hat. Danach verschwindet der kontrazeptive Effekt und man kann zum Zeitpunkt der höchsten Fruchtbarkeit daher nicht mehr mit einem solchen rechnen. Ähnliches gilt für die durch das Progestagen Vikela® beeinträchtigte Kapazitätion (Reifung) der Spermien: sie kommt zu spät. In den meisten Fällen, in welchen eine Schwangerschaft zu erwarten ist, wird sie deshalb nicht durch Kontrazeption, sondern durch Interzeption verhindert werden.

Was versteht man unter Interzeption? Man versteht darunter alle Ereignisse, welche zwischen Konzeption und Nidation zu einer Verhinderung der Schwangerschaft führen. Dies geschieht auf 2 Ebenen: auf der Ebene des Endometriums und auf der des Corpus luteum. Am Endmetrium verdrängt das Progestagen auf Grund seiner weitaus höheren Bindungsaffinität das natürliche Progesteron von seinen Rezeptoren. Das natürliche Wechselspiel von E2- und P-Rezeptoren, welches die Sekretionsphase aufbaut und unterhält, wird damit unterbunden. Da die Halbwertszeit von LNG 5 Tage beträgt, ist dieser Effekt anhaltend, sodass ein inaktives Endometrium resultiert, in welchem sich der Keimling nicht verankern kann und keine Nahrung findet. Auf der Ebene des Corpus luteum führt die hohe Dosis an Progestagen zu einer vorzeitigen Alterung und Involution. Es kommt daher zu einer durch das Progesta-

gen verursachten Corpus luteum Insuffizienz, welche zu einer verfrühten Abbruchblutung führt, sobald die Wirkung von LNG abgeklungen ist. Die vorzeitige Blutung und eine gleichzeitig durch das künstliche Gestagen bewirkte Verzögerung der Tubenmotilität und des Eitransports führen dazu, dass der verspätete Keim das verfrüht abgestoßene Endometrium nicht mehr erreicht, um sich dort einzunisten, selbst dann, wenn es dafür noch empfänglich gewesen wäre. Allenfalls kann es auch hier zu ektopischen Schwangerschaften kommen.

Ethische Bewertung

Aus den obigen Ausführungen geht hervor, dass die „verlässliche“ Wirkweise der Pille auf zwei unterschiedliche Effekte zurückzuführen ist. Wenn die Pilleneinnahme hinreichende Zeit vor dem zu erwartenden Eisprung erfolgt, so wird dieser mit großer Wahrscheinlichkeit unterbunden. Der herangereifte Follikel springt nicht, das bedeutet, dass keine reife Eizelle vorhanden ist, die befruchtet werden könnte. Hat hingegen der Eisprung aber schon stattgefunden, bevor die Pilleneinnahme erfolgt, dann kommt es durch Vikela® zum Wachstumsstop der Gebärmutter-schleimhaut und in der Folge zur Abbruchblutung. Das bedeutet, dass die Eizelle, die möglicherweise befruchtet wurde, keine Möglichkeit hat, sich im Uterus einzunisten. Demnach wirkt die Pille im zweiten Fall als „Frühabortivum“. Auch wenn man davon ausgehen kann, dass nicht in allen Fällen der Einnahme die Ovulation kurz bevorsteht oder bereits stattgefunden hat, so muss man doch annehmen, dass Vikela® in einer beträchtlichen Zahl der Fälle als frühabtreibendes Mittel wirkt. Und daher ist ihre Verwendung ethisch nicht zu rechtfertigen.

*Dr. Walter RELLA, Arzt für Allgemeinmedizin
Z. Hölzl Straße 2
A - 2640 Gloggnitz*

IMABE-Ethikkommission:

Erklärung zur Ankündigung der britischen Regierung, die therapeutische Klonung von Menschen zu erlauben.

Die Ethikkommission des Institutes für medizinische Anthropologie und Bioethik (IMABE) bedauert die Ankündigung der Britischen Regierung vom 16. August 2000, im Herbst dem Parlament eine Änderung von „The Human Fertilisation and Embryology Act 1990“ vorzulegen, durch die die Zulassung von Versuchen mit Embryonen auf die sogenannte therapeutische Klonung ausgedehnt wird. Diese Änderung würde dem Gesetz, das bereits im krassen Widerspruch zur Würde des Menschen steht, einen weiteren Verstoß gegen das Lebensrecht hinzufügen, weil sie die Erzeugung und Tötung von Embryonen weiter liberalisiert.

Der Ankündigung ist die Veröffentlichung eines Berichts der offiziell eingesetzten vierzehnköpfigen Expertengruppe vorausgegangen, die sich vehement dafür ausgesprochen hat. Die Experten versichern, dass ihre Empfehlung keinen Dammbbruch bedeutet, weil die entsprechenden Forschungsprojekte genau und streng kontrolliert werden, damit aus der therapeutischen nicht eine reproduktive Klonung werden kann. Es wird tatsächlich zu keinem Dammbbruch mehr kommen, weil der Damm bereits vor 10 Jahren gebrochen wurde. Mit dem Gesetz von 1990 wurde eine Forschung mit und an Embryonen innerhalb der ersten 14 Lebenstage unter gewissen Bedingungen bereits erlaubt. Auch damals hat der Gesetzgeber alle Einwände mit dem Hinweis abgetan, dass alles genau und streng kontrolliert wird.

Regierung und Experten präsentieren ihren Vorstoß als eine an sich minimale gesetzliche Korrektur: 1990 war die Klonung nicht aktuell und deshalb wurde ihre Zulassung im Gesetz nicht verankert. Dies soll jetzt nachgeholt werden. Die Regierung dürfte die Argumente der Experten übernommen haben: Erstens können

ethische Bedenken gegen die therapeutische Klonung nicht geltend gemacht werden, weil diese gleichermaßen auch für das bereits bestehende Gesetz zutreffen. Zweitens werden diese Bedenken bei einer Abwägung gegen den möglichen zukünftigen Nutzen kaum mehr ins Gewicht fallen. Diese These kann nur jemand nachvollziehen, der bereit ist, den Etikettenschwindel mitzumachen, der dem Gesetz von 1990 zugrunde lag: nämlich einen menschlichen Embryo bis zum 14. Lebenstag willkürlich als Präembryo zu bezeichnen, um ihm damit de facto sein Lebensrecht abzuspochen. Es entbehrt nicht des Zynismus, die Verantwortung für den jetzigen Schritt dem damaligen Gesetzgeber (1990) anzulasten. Damit erklärt die Regierung stillschweigend ihre eigene ethische Inkompetenz. Politische Verantwortung würde die angesprochenen ethischen Bedenken von Neuem prüfen und die Mängel des damaligen Gesetzes korrigieren lassen.

Die Experten legen im Bericht die biologischen Fakten und Zusammenhänge richtig dar, indem sie den langen Weg, den die Stammzellenforschung noch zurückzulegen hat, beschreiben, bevor sie zu den verheißungsvollen heilenden Anwendungen am Menschen kommen kann. Ebenso richtig ist die Darlegung der sechs theoretischen Möglichkeiten, Stammzellen zu gewinnen. Drei davon wären ethisch unbedenklich, weil sie im Gegensatz zu den drei anderen nicht mit der Erzeugung und Tötung von Embryonen einhergehen. Diese werden allerdings nicht in Erwägung gezogen, weil sie nach der Einschätzung der Experten geringere Erfolgsaussichten haben als die „Embryonen verbrauchenden“ Möglichkeiten. Hier zeigt sich neuerdings die große ethische Schwäche der Argumentation: die größere Erfolgsaus-

sicht, die nicht einmal als gesichert gelten kann, weil sich die Gegenhypothese als ebenso richtig erweisen könnte, genügt anscheinend, um einen Menschen zunächst zu erzeugen, ihn zur Gänze zu instrumentalisieren und ihn nach 14 Tagen wieder zu töten. Diese utilitaristische und radikal-relativistische Argumentation ist beängstigend, weil sie vor nichts halt machen wird: eine Gesellschaft, die es zulässt, dass menschliches Leben in einer Güterabwägung zur Disposition gestellt wird, ist menschenverachtend und begibt sich in den ethischen Bankrott.

Bedrückend ist auch die im Bericht zugegebene Zahl der in Großbritannien zwischen August 1990 und März 1998 bereits in der Forschung

„verbrauchten“ Embryonen: 118 wurden exklusiv für Forschungszwecke „erzeugt“. Außerdem wurden 48.000 bei der In-vitro-Fertilisation übriggebliebene Embryonen verwendet.

Zu Recht hat die Ankündigung ebenso wie die Argumentation der Expertengruppe, der nur ein Ethiker angehört hat, eine weltweite Welle der Entrüstung ausgelöst. Sollte dieser Vorschlag die Zustimmung des Parlaments finden, wird ein weiterer wirksamer Schritt auf dem furchterregenden Weg des Abbaus der rechtlichen Grundlagen eines menschenwürdigen Lebensschutzes gesetzt, der im 20. Jahrhundert begonnen hat.

Wien, 25. August 2000

FOCUS

Drogen

Notburga AUNER, Edel CECH

ZUSAMMENFASSUNG

Das Phänomen des illegalen Drogenkonsums ist in den westlichen Ländern seit Jahrzehnten ein gesellschaftspolitisches Problem. Eine anfängliche Toleranzphase, in der sich der Organismus stabil an eine bestimmte Quantität von Drogen anpasst und kompensiert, führt sehr häufig in die Phase der physischen und psychischen Abhängigkeit über. Die sittliche Beurteilung des Drogenkonsums greift auf das Integritätsprinzip zurück, demzufolge der Mensch sich nicht ohne ausreichenden Grund körperlich oder geistig Schäden zufügen darf. Der Genuss von Drogen führt fast unweigerlich zur schweren Schädigung der Gesundheit und manchmal sogar bis zum Tod.

Schlüsselwörter: Drogenabhängigkeit, Wirkweisen von Drogen, Therapiekonzepte, Selbstzerstörung

ABSTRACT

The phenomenon of illegal drug use has been a socio-political problem in the western countries for decades. An initial tolerance phase in which the body adapts to a certain quantity of drugs frequently leads to a phase of physical and psychological dependence. The moral judgment of drug use leans on the principle of integration, according to which no human being may harm himself physically or mentally without a medical reason. In almost any case the use of drugs inevitably leads to severe health damage and even to death in some cases.

Keywords: drug addiction, drug effects, therapy concepts, self-destruction

Anschrift der Autoren: Dr. Notburga AUNER, Landstraßer Hauptstraße 4/13, A - 1030 Wien
Mag. Edel CECH, YOU!Magazine, 29963 Mulholland Hwy.,
USA - Agoura Hills, 91301CA

Einleitung

Weltweit konsumieren geschätzte 200 Millionen Menschen – zumindest zeitweilig (mindestens einmal pro Jahr) – illegale Drogen. In den USA hat das Ausmaß des Drogenmissbrauchs – insbesondere des Kokainkonsums – in der Mitte der 80er Jahre seinen Höhepunkt erreicht und ist jetzt wieder rückläufig. Dieser Erfolg kam allerdings nicht von ungefähr.

In Österreich ist die Zahl der Drogentoten seit Beginn der 90er Jahre rasant gestiegen (1989 waren es 83, 1994 aber bereits 250 Drogentote; erst in den Folgejahren war wieder ein Rückgang zu bemerken, 172 im Jahre 1997).¹ Die meisten Drogentoten in Österreich stehen mit dem Konsum von Heroin in Verbindung.

Die höchsten Zuwachsraten im letzten Jahrzehnt – sowohl in Österreich als auch in Europa – betrafen den Gebrauch von synthetischen Drogen, insbesondere Ecstasy (MDMA) und Amphetaminen.

Die sozialen Kosten des Drogenmissbrauchs sind erschreckend hoch. Ein Großteil der Todesfälle durch absichtliche Gewalttaten und ein hoher Prozentsatz an Todesfällen durch unabsichtliche Gewalttaten (Autounfälle, Brände, Ertrinken) stehen in Verbindung mit Rauschgift.

Auch AIDS und Hepatitis breiten sich schnell unter Drogensüchtigen aus.

Drogenmissbrauch am Arbeitsplatz bedeutet hohe Personalfluktuationsraten. Drogen zeichnen verantwortlich für Bandenkriege, korrupte Wirtschaftsunternehmen, Angst, Unsicherheit auf der Straße, von den vielen zerrütteten Familien ganz zu schweigen.

Der Begriff Droge ist ein Lehnwort des französischen „drogue“, was so viel bedeutet wie „trockener, tierischer oder pflanzlicher Rohstoff“. Das deutsche Wörterbuch weist für den Begriff Droge folgende Erklärung auf: „pflanzlicher, tierischer oder mineralischer Rohstoff für Heilmittel, Stimulanzien oder Gewürze“ sowie „Rauschgift: harte, weiche“.²

Man kann „legale“ und „illegale“ Drogen unterscheiden. Zu den „legalen“ Drogen zählen Alkohol, Nikotin und verschiedene Medikamente sowie Gase. Wegen ihrer stimulierenden Wirkung sollen hier auch Koffein und Thein genannt werden. Unter die „illegalen“ Drogen fallen Opiate, Kokain, Halluzinogene, Cannabisprodukte (z.B. Marihuana, Haschisch), synthetische Drogen und nicht verordnete Medikamente.

Haschisch und Marihuana, gefolgt von Amphetaminen und Amphetaminderivaten (z.B. Ecstasy) und Kokain sind die am weitesten verbreiteten illegalen Substanzen in Österreich und Europa. Die Anzahl der Heroinkonsumenten ist im Vergleich dazu relativ gering. Dennoch ist Heroin in Europa die Problem- droge Nummer 1. Heroin ist für die meisten Fälle in den Drogenambulanzen und Drogentherapien und für die meisten Drogentoten verantwortlich. Drei Viertel aller drogenbedingten Behandlungen in Therapieeinrichtungen in Europa sind auf Heroinkonsum zurückzuführen.

Die Wirkweise der Drogen und die Drogenabhängigkeit

Was die Wirkungsweise der einzelnen Drogenarten betrifft, haben LSD, und in einem geringeren Maße auch die Cannabisprodukte (Haschisch und Marihuana) halluzinogene Wirkungen. Heroin und Morphin wirken stark dämpfend bis euphorisierend; Kokain sowie Amphetamin wirken aufputschend, ebenso Ecstasy und diverse Designerdrugs; die letzteren Substanzen haben darüber hinaus auch noch halluzinogene und diverse andere Wirkungen.

Aufgrund der Vielschichtigkeit der Drogenwirkungen auf Körper und Psyche kommt es auch zu zahlreichen körperlichen und psychischen Reaktionen. Einige davon seien hier angeführt: Schädigung des Gehirns (und damit Einschränkung der Wahrnehmung, der Lernfähigkeit und Aufmerksamkeit), Schädigung der

Atemwege, des Immunsystems, des Hormonsystems; im psychischen Bereich kommt es zu Depressionen, Gleichgültigkeit, Interesselosigkeit, Angstzuständen und Verfolgungswahn.

Drogen verändern Strukturen oder Funktionen im lebenden Organismus, wobei sich diese Veränderungen insbesondere in den Sinnesempfindungen, in der Stimmungslage, im Bewusstsein oder in anderen psychischen Bereichen bemerkbar machen.

Das im Zusammenhang mit dem übermäßigen Gebrauch der Drogen verwendete Wort „Sucht“ ist mehrdeutig. Auf Vorschlag der WHO ist man auf den Begriff der „Abhängigkeit“ (drug dependence) übergegangen. Der Begriff kennzeichnet einen psychischen und gegebenenfalls auch physischen Zustand, der sich aus der Wechselwirkung zwischen Individuum und Droge ergeben kann. Damit sind in der Regel 3 Phänomene verknüpft: Toleranz, Entwicklung einer körperlichen Abhängigkeit, Entwicklung einer psychischen Abhängigkeit.³

a) Toleranz

Die wiederholte und dauernde Anwendung einer Droge führt zu einer stabilen Anpassung, die ihre Wirkungen ausgleicht und dem Organismus eine reguläre Funktion ermöglicht. Dadurch verliert die Droge allmählich ihre Wirksamkeit oder wirkt im Laufe der Zeit nur bei Dosierungen, die höher sind als die anfänglichen. Der Organismus reagiert auf die Wirkung einer Substanz kompensatorisch, er gleicht aus. Deshalb muss es zur Dosissteigerung kommen, um die gewünschte Wirkung zu erreichen. Wenn die Verabreichung ausbleibt, kommt es dann zu einer sog. Abstinenzkrise, da die physiologischen Anpassungen überschießen und nicht mehr durch die Droge ausgeglichen werden. Es kommt zur Abhängigkeit.

Drogenabhängigkeit wird definiert als „ein übermäßiges Verlangen nach dem suchtvorschendenden Stoff mit einer Tendenz zur Erhö-

hung der Dosis, verbunden mit psychischer und körperlicher Abhängigkeit.“⁴

b) Psychische Abhängigkeit

Die psychische Abhängigkeit äußert sich in einem massiven Verlangen nach ständiger oder episodischer Zufuhr eines Suchtstoffes („Gier“). Sie kann sich langsam (z.B. Beruhigungsmittel, Alkohol) oder relativ schnell (z.B. Kokain, Opiate, morphinhaltige Schmerzmittel) entwickeln. Ein häufiges Phänomen der psychischen Abhängigkeit ist das Auftreten von mehr oder minder schweren Depressionen und Suizidgedanken beim Absetzen der Droge (insbesondere bei Kokain und bei den Amphetaminen, und z.T. auch bei Ecstasy).

Je schneller eine Substanz zum Gehirn gelangt, desto größer ist die Euphorie und umso wahrscheinlicher ist die Entstehung einer Abhängigkeit.

Es gibt Berichte, denen zufolge der Konsum von Kokain, intranasal eingenommen, in einigen Fällen bis zu 3 Jahren mehr oder minder kontrollierbar blieb, während Kokain, geraucht, im Regelfall schon nach wenigen Monaten abhängig macht. Intravenöser Drogenkonsum ist meistens die schnellste süchtigmachende Methode. Drogenkonsumenten steigen im Regelfall erst nach einiger Zeit auf intravenöse Administration um.

c) Physische Abhängigkeit

Die physische Abhängigkeit ist durch Entzugerscheinungen (Abstinenzsymptome) nach Absetzen oder auch nur Dosisreduktion charakterisiert. Diese Entzugssymptome sind Ausdruck des regulatorischen Anpassungsprozesses. Es handelt sich bei den Entzugerscheinungen hauptsächlich um Schmerzen an den Gliedmaßen, Krämpfe, Schüttelfrost, etc. Die Entzugerscheinungen verschwinden nach (ausreichender) erneuter Dosierung aus der glei-

chen (oder ähnlichen) Suchtstoffklasse. Die physische Abhängigkeit ist zu erwarten bei Opioiden (als Rauschdrogen oder Schmerzmittel), Barbituraten (früher häufig gebraucht als Schlafmittel), barbituratähnlichen Substanzen und Benzodiazepinen (z.B. Valium und andere Beruhigungsmittel, moderne Schlafmittel, die ein im Vergleich zu den Barbituraten geringeres Suchtpotential aufweisen). Das Ausmaß der Entzugserscheinungen hängt von der Droge, der Höhe der Dosis und der Dauer der Exposition ab. Selbst kleine Dosen, ausreichend lang eingenommen, können körperlich abhängig machen.

Einige Drogen und ihre Wirkungen

1. Cannabis

Der Konsum von Cannabis nimmt bei den Jugendlichen rasant zu. In Österreich hat sich die Zahl der Fälle an Cannabis-Missbrauch vervierfacht (von 3.901 bekannten Fällen im Jahr 1989 auf 16.376 im Jahr 1998).⁵

Aus der Cannabispflanze (Hanfpflanze) werden Marihuana (getrocknete Blätter) und Haschisch (gepresstes Harz der Blüten) gewonnen. Je nach Herkunft und Sorte gibt es große Unterschiede im Rauschgiftgehalt.

Durch gezielte Züchtung enthält Marihuana heute bis zu 10 mal mehr rauscherzeugendes Tetrahydrocannabinol (THC) als vor 20 Jahren.⁶ Desto größer ist dadurch auch das potentielle Ausmaß der Gesundheitsschädigung.

Cannabis besteht aus über 360 verschiedenen chemischen Substanzen, von denen THC die wichtigste Drogensubstanz ist. Es wird im Fettgewebe eingelagert und bleibt daher viel länger im menschlichen Körper als Alkohol. Nach einer einzigen Haschischzigarette dauert es bis zu einer Woche, üblicherweise 3 bis 4 Tage, bis die Hälfte des THC abgebaut ist. Der vollständige Abbau dieses Schadstoffes braucht etwa

einen Monat. Das bedeutet, dass oft auch Wochenendkonsumenten nie wirklich drogenfrei sind.

THC bindet sich besonders an Rezeptoren im Gehirn, und zwar in jenen Bereichen, die für Wahrnehmungs- und Erkennungsprozesse, am Gedächtnis, an der Gemütsverfassung, an höheren intellektuellen und motorischen Funktionen beteiligt sind. Störungen im Denkvermögen, der Aufmerksamkeit und dem Kurzzeitgedächtnis beeinträchtigen die Schulausbildung oder das Berufsleben. Häufige Folgeerscheinungen sind auch Nachlässigkeit und Gleichgültigkeit beim Erledigen gestellter Aufgaben bzw. im sozialen Umfeld (Passivität und Gleichgültigkeit in Familien-, Freundschaftsbeziehungen, in der Freizeitgestaltung etc.). Insbesondere die Bewältigung komplexer Aufgabenstellungen kann durch den langfristigen Gebrauch von Cannabis beeinträchtigt werden.

Cannabiskonsum beeinflusst häufig auch noch das Immunsystem, die Lunge (das Bronchialsystem). Darüber hinaus können auch das Herz, sowie hormonproduzierende- und Fortpflanzungsorgane in Mitleidenschaft gezogen werden.

2. Heroin

Heroin wird aus Schlafmohn gewonnen und ist ein Rauschgift, das in kurzer Zeit zu schwerer Abhängigkeit führt. Der Süchtige benötigt immer häufiger, immer größere Mengen davon. Ansonsten treten unangenehme Entzugssymptome auf.

Heroin entfaltet seine Wirkung an den Opiatrezeptoren, den natürlichen Bindungsstellen für körpereigene Substanzen (Endorphinen). Da diese Rezeptoren im menschlichen Körper in großer Zahl und an vielen Organen vorhanden sind, kommt es zu zahlreichen verheerenden Folgeschäden. Dazu zählen Herabsetzung der Schmerzempfindung, Appetitmangel und Gewichtsabnahme, Lungenschäden, Nachtblindheit, chronische Verstopfung, Schwä-

chung des Immunsystems, Frühgeburten, heroinsüchtige Neugeborene, Herabsetzung des Reaktionsvermögens (Gefahr für den Straßenverkehr!) und Lähmung des Atemzentrums, was zum Tod durch Ersticken führen kann.

Auf psychischer Ebene kommt es zu schweren Schädigungen der Persönlichkeit durch die alles dominierenden Suchtmechanismen („Persönlichkeitszerfall“). Heroinsüchtige verlieren das Verantwortungsgefühl für sich und andere. Sie kapseln sich ab und beschränken sich immer mehr auf oberflächliche Kontakte im Drogenmilieu. Folgen davon sind Schul- und Lehrabbruch, Stellenverlust, Verlust der Fähigkeit, den gelernten Beruf auszuüben und schließlich Arbeitsunfähigkeit. Natürliche Hemmschwellen bauen sich ab. Angehörige und Bekannte werden belogen und bestohlen. Aufgrund des Abbaus aller Hemmschwellen werden kriminelle Handlungen und Prostitution zur Geldbeschaffung möglich. Je länger der Drogenkonsum dauert, desto schwieriger wird der Ausstieg aus der Sucht. Tod im Jugendalter, sowie Selbstmord sind häufig Folgen der Heroinabhängigkeit.

3. „Freizeitdroge“ Kokain

Kokain ist nach wie vor eine Droge der oberen Mittelklasse, obgleich der Konsum zunehmend auch in untere Gesellschaftsschichten hineinreicht, und in Europa bereits mehr verbreitet ist als Heroin (allerdings immer noch deutlich weniger als in den USA). Es ist vielfach eine Freizeitdroge, die mit risikoreichem Verhalten einhergeht (gefährliche Sportarten, schnelle Autos, häufiger Wechsel von Partnern etc.), aber auch eine gängige Droge in der Medien- und Unterhaltungsbranche wie im Finanzsektor. Der Konsum ist in all diesen Bereichen relativ stabil. Daneben findet sich Kokain häufig bei Prostituierten. Im klassischen Drogenmilieu ist Kokain zumeist bloß eine Zweitdroge. Die Wachstumsraten liegen am ehesten bei jungen Erwachsenen der „Ecstasy“-Generation, die nun auch mit Kokain zu experimentieren beginnen.

Die durch Kokain ausgelösten psychischen Effekte gleichen einer Kombination der Wirkungen von Stimulantien und Halluzinogenen: Betäubung von Hunger und Müdigkeit, Glücksgefühl, Vorstellung übermenschlicher Stärke, optisch-, akustisch-taktile Halluzinationen sind die Folge. Die Wirkung ist meist kurz und mündet häufig in Angst und Neigung zu Aggressionen.⁷

4. Missbrauch von Schnüffelstoffen

Die Gefahr der Schnüffelstoffe ist in Europa noch wenig bekannt, in den USA sieht man darin ein wesentliches Problem der Jugendlichen (jährlich mehrere hundert Todesfälle): Schnüffelstoffe werden oft schon ab dem Alter von 6 Jahren ausprobiert, der chronische Gebrauch tritt dann meist erst im Jugendlichenalter auf. Fast alle Substanzen, welche zum Schnüffeln verwendet werden, wirken narkoseähnlich und bewirken eine Verlangsamung der Körper- und Gehirnfunktionen. Die Wirkung umfassen eine Palette von mäßiggradiger Stimulation, Hemmungsverlust, Betäubung bis zum Verlust des Bewusstseins. Das Inhalieren jeder Substanz kann aber auch zum plötzlichen Schnüffeltod führen. Die Folgen des Schnüffeln reichen von Reizung der Schleimhäute, Übelkeit, Appetitverlust, Reizbarkeit und Schwindelzuständen bis zum Verlust des Kurzzeitgedächtnisses, Denkschwäche, verwaschene Sprache, Nystagmus, Tremor, Seh- und Hörstörungen. Das große Problem besteht darin, dass Schnüffelstoffe überall vorhanden, legal und leicht erhältlich sind und darüber hinaus auch billig sind. Die Anzahl der Substanzen ist unermesslich groß, über 1000 Produkte können zum Schnüffeln missbraucht werden. Vornehmlich werden folgende Produkte verwendet: Klebstoffe, Spraydosen (Lacksprays, Haarsprays, Raumsprays, etc.), Lösungsmittel und Gas (Nagellackentferner, Lackverdünner, Benzin, Feuerzeuggas, Fleckenentferner), Anästhetika und medizinische Präparate (Lachgas, Chloroform, Wundbenzin, Desinfektionsmittel, etc.).

Therapieschwerpunkte in der Suchtbehandlung

Prävention, Therapie und Rehabilitation der verschiedenen Suchtformen haben je nach persönlichen und institutionellen Faktoren spezielle Schwerpunkte. Das gemeinsame Konzept schließt folgende Schritte ein:⁸

1. Therapievorbereitung (meist ambulant) mit dem Ziel der Beratung, Motivation, Diagnose, Vorbereitung auf die Behandlung etc.

2. Entgiftungsbehandlung (stationär) mit dem Ziel der körperlichen Entgiftung, Diagnose und Therapie somatischer Begleiterscheinungen, erste psychotherapeutische Maßnahmen.

3. Entwöhnungsbehandlung (meist stationär) mit dem Ziel der Therapie psychischer Störungen, Rückfallvorsorge und dem Aufbau von Alternativen in wichtigen Lebensbereichen.

4. Nachsorgebehandlung (ambulant, teilweise stationär) mit dem Ziel der Krisenbewältigung im Alltag, evtl. Weiterbehandlung.

Wirkliche und dauerhafte Hilfe erhalten Drogensüchtige in den auf Abstinenz basierenden therapeutischen Einrichtungen. Die Erfolgszahlen der verschiedenen Therapieinstitutionen unterscheiden sich nicht wesentlich. Mit einer abstinenten Therapie kann rund 50 bis 60% der Drogensüchtigen nachhaltig geholfen werden, obgleich vielfach mehrere Entzüge und Therapien erforderlich sind, bis ein fortwährender Erfolg eintritt. Im Durchschnitt bleibt ein Drittel der ehemaligen Süchtigen stabil und drogenfrei. Ein weiteres Drittel ist zwar stabil, hat aber gelegentlich einen Rückfall. Ein Drittel der Behandelten nimmt den Drogenkonsum wieder auf.⁹

Die Abbruch- und Rückfallrate ist hoch. Die Drogensucht ist jedoch kein unabänderliches Schicksal, dem der Betroffene hilflos ausgeliefert ist.¹⁰

Therapeutische Maßnahmen sollten nicht erst ergriffen werden, wenn jemand heroinder oder kokainsüchtig ist. Früherfassung von Ju-

gendlichen, die beginnen, Drogen wie Cannabis zu konsumieren, und frühzeitige abstinenzorientierte Behandlung und Betreuung sollten in jedem Land zur Regel werden.

Methadon wird den Heroinsüchtigen als Ersatzstoff abgegeben. Es handelt sich um ein synthetisches Opiat, das fast 24 Stunden wirkt. Deshalb genügt die Einnahme einer einmaligen Tagesdosis. Das Medikament besetzt die Opiatrezeptoren im Gehirn und verhindert somit das Verlangen nach Opiaten. Einerseits fördert das Methadonprogramm die Stabilität des Drogenabhängigen, was die Loslösung von der „Drogenszene“ begünstigt. Auch das Problem der Beschaffung der Droge und die damit verbundene Geldsorge wird beseitigt, da diese Droge in Drogenberatungsstellen zu deutlich niedrigeren Kosten als der Heroin-Schwarzmarktpreis erhältlich ist. Es gibt auch Gegner des Methadonprogrammes, die diesen Weg ablehnen, da Methadon ebenfalls Sucht hervorruft. Außerdem wird die Motivation der Süchtigen zum Ausstieg geschwächt. Methadon-Programme haben nur Sinn, wenn sie in gut kontrolliertem Rahmen erfolgen und Abstinenz zum Ziel haben.¹¹

Ethische Überlegungen

Zur sittlichen Beurteilung des Drogenkonsums muss das Integritätsprinzip herangezogen werden, demzufolge der Mensch sich nicht ohne ausreichenden Grund zeitweilig, nachhaltig oder endgültig eine körperliche oder geistige Funktion, die von seiner Natur her zur Erhaltung vorgesehen ist (z.B. Betäubung, Verstümmelung), beeinträchtigen darf. Das Totalitätsprinzip bietet aber einen Ausgleich dazu, d.h. es liefert einen Grund, um das Integritätsprinzip außer Kraft zu setzen: Der Mensch darf einen Teil schädigen, wenn er dadurch die Ganzheit (Totalität) rettet; so kann manchmal die Entfernung lebensbedrohend

infizierter Organe zur Lebensrettung ethisch statthaft sein. Ebenso ist es natürlich erlaubt, Drogen als Schmerzmittel einzunehmen, wenn dies infolge einer schweren Erkrankung unerlässlich wird. Die Einnahme von Drogensubstanzen mit dem Zweck der Linderung von schweren Schmerzen führt in der Regel nicht zur Abhängigkeit und unterliegt naturgemäß anderen sittlichen Kriterien.

Schlussbemerkungen

1. Drogenkonsum ist immer eine Art der Selbstzerstörung und ein Aufgeben der menschlichen Würde.

2. Selbstzerstörung und Aufgeben seiner Würde beeinträchtigen nicht nur das körperliche und seelische Wohlergehen, sondern engen den Menschen in seiner Fähigkeit zu Gemeinschaft und Hingabe ein. Indem der Mensch beginnt, Drogen zu nehmen, beginnt ein Zerstörungsprozess des Familienlebens (Missbrauch des Vertrauens, Entfremdung, Diebstahl, Schande, psychische Belastung etc.), und die Zersetzung der Familie wirkt sich unweigerlich auf ihr gesellschaftliches Umfeld aus.

3. Die Drogenproblematik darf nicht auf eine individual-ethische Problematik reduziert bleiben. Manchmal werden Menschen durch die Brutalität der Gesellschaft an den Rand gedrängt und entdecken im Drogenkonsum eine Art Trost. Es ist nicht damit getan, Drogenkonsum zu verbieten und die Drogenproduktion einzudämmen. Vielmehr soll das Drogenphänomen auch dazu führen, dass die Gesellschaft über die sozialen Ursachen der Entstehung des

Phänomens nachdenkt und Konsequenzen zieht.

Der Genuss von Drogen führt fast unweigerlich zu schweren Schädigungen der Gesundheit und des menschlichen Lebens. An sich ist es nicht zulässig, ohne ausreichenden Grund absichtlich sein Leben zeitweilig oder endgültig zu beeinträchtigen. Beispielsweise ist eine Betäubung oder Verstümmelung, ohne auf einen medizinischen Grund zurückgreifen zu können, vom ethischen Standpunkt aus nicht zu rechtfertigen. Drogensucht führt aber, wie bereits erläutert, in den allermeisten Fällen zu Persönlichkeitszerfall, Charakterlosigkeit und in der Folge zu ernsthaften Organschäden, sogar bis zum Tod.

Referenzen

1. Österreichisches Innenministerium.
2. DUDEN, *Deutsches Universalwörterbuch*, Mannheim: Bibliographisches Institut & F.A. Brockhaus AG, 1989: 366.
3. FORTH, HEUSCHLER, RUNEL, STARKE, *Pharmakologie und Toxikologie*, 7. Auflage 1996.
4. GRIGOLEI H., WENIG M., ZIEGLER H., *Handbuch Sucht*, Asgard: Sankt Augustin, 1989: 5.
5. UNDCP, *Annual Reports Questionnaire*, Österr. Innenministerium.
6. Aus dem Faltblatt „Cannabis“, hrsg. von den „Schweizer Ärzten gegen Drogen“, Zürich 1999.
7. FORTH, HEUSCHLER, RUNEL, STARKE, *Pharmakologie und Toxikologie*, 7. Auflage 1996.
8. Modifiziert nach BÜHRINGER 1981, in: ESER A., VON LUTEROTTI M. et al. (Hrsg.), *Lexikon Medizin - Ethik - Recht*, Freiburg im Breisgau: Herder, 1989: 1124.
9. ibidem.
10. VUILLEUMIER, J.-P., *Drogensucht ist kein Schicksal*, Zeit-Fragen 1999,5: 11.
11. Aus dem Faltblatt „Heroin“, s.o.

SCHWERPUNKT

Drogenbekämpfung – Schweiz als Vorbild? Perspektiven der vergleichenden Epidemiologie

G. FANTACCI, M. G. KOCH

ZUSAMMENFASSUNG

Weltweit wird auf das Modell Schweiz in der Drogenpolitik hingewiesen. Für Aufsehen hat insbesondere das Projekt der Heroinabgabe an Schwerstdrogensüchtige gesorgt. Wie sieht die Drogenpolitik in der Schweiz aus, wieviele Drogensüchtige gibt es? Könnte der Drogenmarkt durch die Heroinabgabe verkleinert werden? Könnte den Schwerstsüchtigen geholfen werden? Die Autoren stellen anhand des offiziellen Zahlenmaterials und auf Grund eines Vergleichs mit Europa, Schweden und den USA fest, dass der schweizerische Weg nicht erfolgreich ist. Die permissive Drogenpolitik der Schweiz führte zu einer Ausweitung des Drogenkonsums, insbesondere unter den Jugendlichen. Damit wurde die Klientel für die nächsten Jahrzehnte geschaffen. Es finden sich keine Indikatoren (Verzeigungen gegen das Betäubungsmittelgesetz, Menge sichergestellter Drogen), die auf eine Verkleinerung der Drogenszene hinweisen. Die Zahl der Drogentoten nimmt mit der Tolerierung der offenen Drogenszenen zu und sinkt mit deren polizeilicher Bekämpfung.

Schlüsselwörter: Heroinabgabe, Drogenpolitik, AIDS, Epidemiologie

ABSTRACT

The Swiss model and its drug policy is being referred to globally. The heroin trial project for heavy drug addicts has caused a stir. What does the drug policy look like in Switzerland, how many drug addicts are there? Could drug trafficking be reduced by the heroin trial? Could the heavily drug addicts be helped? The authors realise, according to the official figures and on account of a comparison with Europe, Sweden and the USA, that the Swiss way is not successful. The permissive Swiss drug policy led to an escalation of drug consumption, particularly with young people. This way the clientele was made for the next decades. No indications are being found (convictions against drug law, amount of drug seizures), which would point to a reduction of the drug scene. The figure of drug deaths increases with the tolerance of open drug scenes and decreases with the drug scene combated by the police.

Keywords: Heroin trial, drug policy, AIDS, epidemiology

*Anschrift der Autoren: Dr. Giovanni FANTACCI, Spezialarzt FMH für Allgemeinmedizin
Präsident AIDS-Aufklärung Schweiz, Postfach 3176, CH - 8033 Zürich
Dr. M.G. KOCH, Epidemiologe, Karlsborg/Schweden*

Einleitung

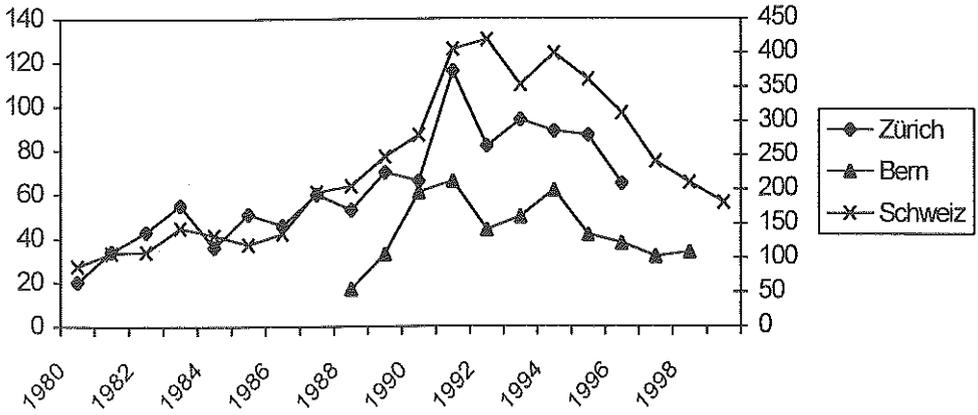
Seit den achtziger Jahren wurden in der Schweiz aus Kreisen politischer Parteien, von Regierungsmitgliedern, privaten Vereinen und Einzelpersonen verschiedenste Forderungen aufgestellt, wie etwa Strafbefreiung für den Konsum von Cannabis oder von Heroin an Süchtige, bis hin zur Forderung nach einer Legalisierung aller Drogen.¹ Gemeinsamer Nenner all dieser Forderungen ist die irriige Annahme, dass die Drogenprobleme durch die Art des Konsums und dessen Bekämpfung (Kriminalisierung/Sanktionsdrohung) und nicht durch die Substanz selbst verursacht würden.² In erstaunlich offenen Worten beschrieb der Direktor des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) Prof. T. ZELTNER 1999 seine Zielrichtung anlässlich der Diskussion um die Revision des Betäubungsmittelgesetzes von 1975, bei der es um die Drogenkriminalisierung geht (ein anderes Wort für Drogenfreigabe): Er bezeichnet die holländische Drogenpolitik mit dem Opportunitätsprinzip (Strafmaß und Strafverfolgung sind eine Ermessensfrage des Richters) als ein Vorbild für die Schweiz. Sodann würden nicht mehr die Substanz, sondern der Mensch und sein Suchtverhalten ins Zentrum gerückt; die Haltung des Staates gegenüber den Drogenkonsumierenden müsse überdacht und der Umgang mit Hanfprodukten in neue Bahnen gelenkt werden.³

Die Drogensituation in der Schweiz

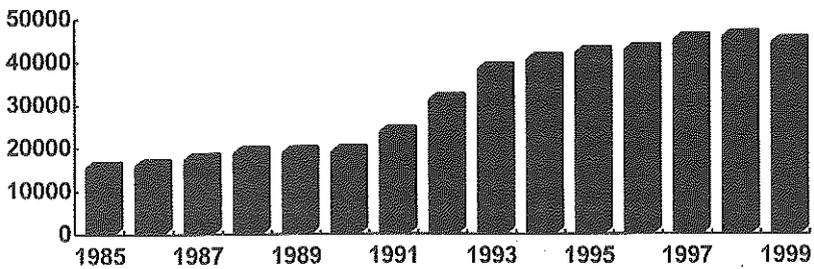
Die Schweiz hat 7 Millionen Einwohner. In der Schweiz wird die Zahl der Personen, die täglich harte Drogen (hauptsächlich Heroin und Kokain) konsumieren, vom BAG auf ca. 30.000 geschätzt. Der Anteil der Drogenabhängigen in der Schweiz ist höher als in allen umliegenden Ländern. In der Schweiz stellte man während des Bestehens der offenen Drogenszenen in Zürich (Platzspitz bzw. Bahnhof Letten) und Bern (Kocher-Park) ein deutliches Ansteigen der Todesfälle fest. Nachdem der Bundes-

rat die Heroinabgabe bewilligt hatte, wurden die offenen Drogenszenen stark bekämpft, parallel dazu ging die Anzahl der Drogentoten zurück. Interessant ist auch der kurzzeitige Abfall der Zahl der Drogentoten im Kanton Zürich in der Zeit zwischen Platzspitz-Schließung und Wiedereröffnung der offenen Drogenszene auf dem Bahnhof Letten. Die Zahl der Drogentoten verharrt heute immer noch auf einem hohen Niveau. Durch die Schließung der offenen Drogenszenen nahm die Attraktivität dieser Szenen und damit der Anteil ausländischer Drogensüchtiger ab. In Bern, wo die offene Szene länger bestand als in Zürich, stieg die Zahl der Drogentoten noch einmal an, bevor sie mit der Schließung der offenen Szene zurückging. Der größte Teil der Drogentodesfälle ist durch eine Heroin-Überdosierung bedingt. Nicht eingerechnet sind Todesfälle durch Unfälle unter Drogeneinfluss, Selbstmord, Aidserkrankungen, von Hepatitis B und C. Die effektivste Maßnahme, um die Zahl der Drogentoten zu vermindern, war die Schließung der offenen Drogenszene, wo in jeder gewünschten Menge preisgünstig Drogen erhältlich waren.

Die Zahl der Drogentoten ist die schlimmste Folge des illegalen Drogenkonsums und gibt nur beschränkt Hinweise auf die Größe der Drogenszene in der Schweiz (vgl. Grafik 1). Die Zahl der Drogentoten ist im Vergleich zu den achtziger Jahren auf einem hohen Niveau stabil. Die Anzeigen gegen das Betäubungsmittelgesetz nehmen jedes Jahr zu und weisen auf einen weiterhin wachsenden Drogenmarkt hin. Berücksichtigen muss man, dass die Drogendelikte in den letzten Jahren nicht mehr so stark verfolgt werden. In den verschiedenen Kantonen der Schweiz ist die Strafverfolgung unterschiedlich strikt. Ein deutlicher Anstieg der Anzeigen ist seit der Tolerierung von offenen Drogenszenen feststellbar. 1999 wurde ein starker Anstieg von Anzeigen gegen Erstkonsumenten festgestellt von 12.627 auf 16.278 (+29%).



Grafik 1: Zahl der Drogentoten in der Schweiz (rechte Skala), Zürich und Bern (linke Skala)⁴



Grafik 2: Zahl der Anzeigen wegen Vergehen gegen das Betäubungsmittelgesetz⁵

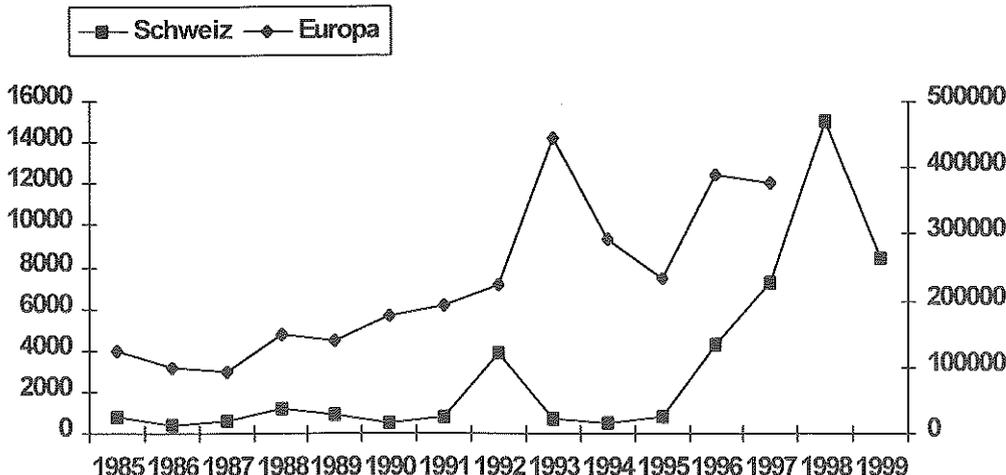
Weitere Hinweise auf die Grösse der Drogenszene in der Schweiz geben die Mengen von sichergestellttem Cannabis, Kokain und Heroin.

Sicherstellung von Cannabisprodukten in der Schweiz im Vergleich zu Europa⁶

Cannabisprodukte machen mengenmässig nach wie vor den Löwenanteil an illegaler Drogenherstellung und Konsum aus. Marokko bleibt grösster Hersteller und Exporteur mit ca. 76% der Haschisch-Mengen. Man nimmt an, dass 400 Tonnen Haschisch jährlich aus diesem Land nach Europa kommen. Daneben lieferten südafrikanische Staaten 1997 eine Menge von 175 Tonnen. In der Schweiz nehmen im Gegensatz zum übrigen Westeuropa die sichergestellten Mengen seit 1996 massiv zu. Dies dürfte sicherlich mit der Ausweitung des Konsums bei Jugendlichen zusammenhängen, mitbedingt durch die öffentliche Verharmlosung von Haschisch. In der schweizerischen Gesundheitsbefragung

von 1997 wurde gegenüber 1992 eine Zunahme des Konsums von Cannabis von 16 auf 26% bei 15-39-jährigen festgestellt (Die Betroffenen haben es mindestens einmal „probiert“). Die Zahl der regelmäßigen Konsumenten hat in den Altersgruppen der 15-19-jährigen (von 6,5% auf 11,2%) und der 20-24-jährigen (von 7,6% auf 13,5%) markant zugenommen.⁷ Hier wird die spätere Konsumentenklintel für harte Drogen rekrutiert. Die Schweiz hat sich damit Probleme für die nächsten Jahrzehnte geschaffen.

Seit 1997 ist die Schweiz zum Selbstversorger mit Cannabis geworden. In der Schweiz befinden sich nach Angaben des Bundesamtes für Polizeiwesen die grössten Hanfanbauflächen Europas. 1998 begann der Export von Hanfsaatgut und -pflanzen sowie illegaler schweizerischer Cannabisprodukte. Der Verkauf geschieht über insgesamt 135 Hanfläden in der ganzen Schweiz in Form von sogenannten „Duftkissen“. Die Schweiz ist daran, die Niederlande in ihrer Funktion als Drogenexportland einzuholen.



Grafik 3: Sicherstellung von Cannabisprodukten in der Schweiz im Vergleich zu Europa

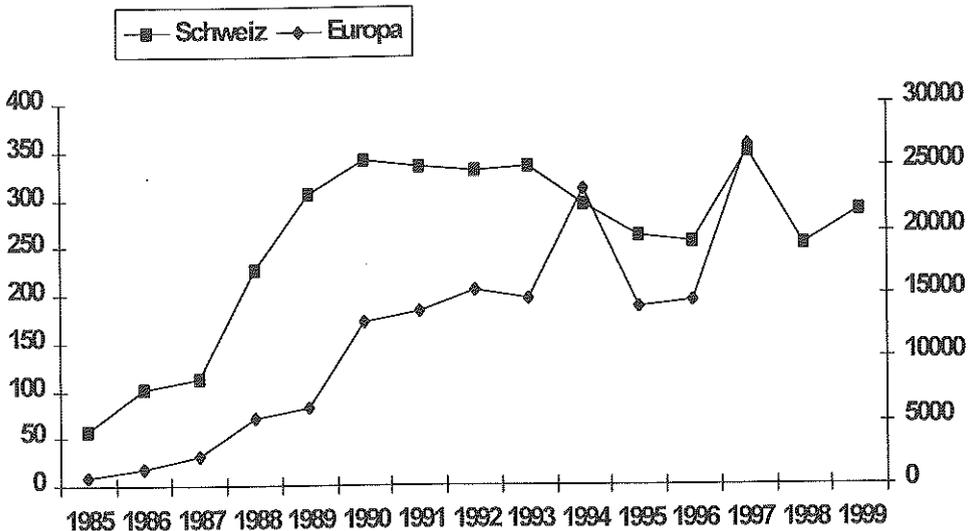
Für alle Grafiken gilt: Jeweils links die Skala für die Schweiz und rechts für Europa, die Angaben erfolgen in Kilogramm.

Sicherstellungen von Kokain in der Schweiz im Vergleich zu Europa

Das Kokain kommt vor allem aus Südamerika. Auch beim Kokain haben die sichergestellten Mengen zugenommen, sowohl in der Schweiz als auch in Europa. Das Kokain kommt über die

kanroute) von der Türkei aus nach Westeuropa gelangt, neuerdings auch über die Ukraine und Südrussland. In der Schweiz schwanken die sichergestellten Mengen stark. Das hängt damit zusammen, dass in Einzelfällen sehr große Mengen beschlagnahmt werden.

Der Drogenmarkt in der Schweiz ist im Vergleich zum übrigen Europa weiterhin am Wachsen, sichtbar ist dies eindeutig bei Cannabis, weniger ausgeprägt aber auch bei Heroin und Kokain. Europa hat auf hohem Niveau ein



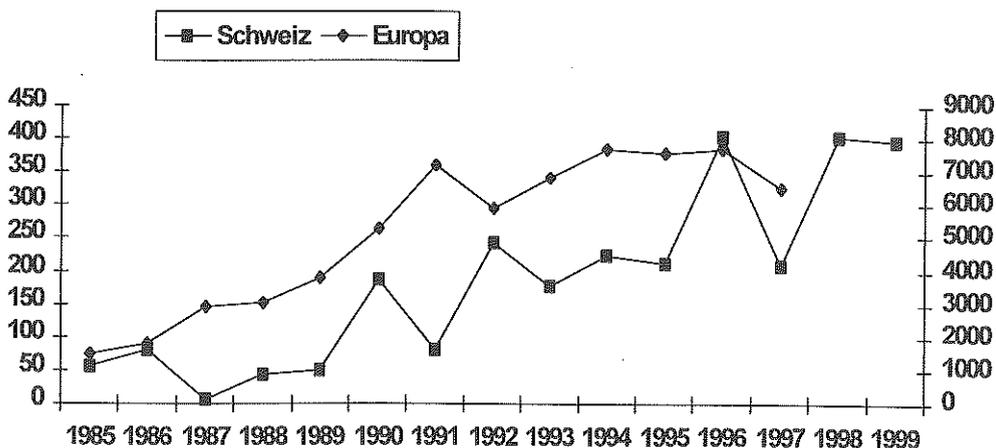
Grafik4: Sicherstellung von Kokain in der Schweiz im Vergleich zu Europa
Jeweils links die Skala für die Schweiz und rechts für Europa, die Angaben erfolgen in Kilogramm.

Karibik, Lagos und über Nordafrika (als Crack) nach Europa, teilweise auf dem Luftweg.

Sicherstellung von Heroin in der Schweiz im Vergleich zu Europa

Bei den sichergestellten Mengen ist eine zunehmend bessere Qualität feststellbar. Südwestasiatisches Heroin dominiert den Markt in Europa, wobei es meistens auf dem Landweg (Bal-

Plateau erreicht, während dieses Plateau bei der Schweiz noch nicht sichtbar wird. Die Zunahme des Drogenkonsums wird auch in der oben erwähnten Gesundheitsbefragung von Jugendlichen und bei der weiterhin zunehmenden Zahl von Anzeigen gegen das Betäubungsmittelgesetz deutlich, insbesondere bei den Verzeigungen von Erstkonsumenten. Alle Zeichen deuten auf eine Ausweitung des Drogenkonsums mit allen seinen schädigenden Folgen hin.



Grafik 5: Sicherstellung von Heroin in der Schweiz im Vergleich zu Europa

Die schweizerische Drogenpolitik

Die Schweiz ist folgenden internationalen Abkommen beigetreten: dem „Einheitsübereinkommen über die Betäubungsmittel“ von 1961 („Single Convention on Narcotic Drugs“), dem Psychotropenabkommen von 1971 („Convention on Psychotropic Substances“) und dem Zusatzprotokoll von 1972. Noch nicht beigetreten ist die Schweiz dem UN-Übereinkommen „Gegen den illegalen Handel mit Betäubungsmitteln und psychotropen Stoffen“ von 1988 („Convention against Illicit Trafficking in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances“).

Die internationale Drogenkontrolle (Suchtstoffkontrollrat der UNO in Wien INCB) entstand aus den verheerenden Erfahrungen einiger Länder mit psychotropen Drogen. Die erste internationale Drogenkonvention von 1912 wurde auf dem Hintergrund von schweren sozialen und volksgesundheitlichen Konsequenzen des weitverbreiteten Rauchens von Opium im 19. Jahrhundert in China erlassen.

Die Single Convention on Narcotic Drugs von 1961 dient als „Verfassung“ der internatio-

nal Drogenkontrolle. Sie ist gesetzlich verpflichtend für 150 Länder. In der Präambel heißt es, dass „Drogensucht ein ernsthaftes Unglück für das Individuum bedeutet und verbunden ist mit großen sozialen und wirtschaftlichen Gefahren für die Menschheit“ und dass alle an die Konvention gebundenen Länder „die Pflicht haben, dieses Übel zu verhindern und zu bekämpfen“.⁸

Im folgenden soll die offizielle schweizerische Drogenpolitik aufgrund ihrer Selbstdarstellungen und des vom BAG selbst herausgegebenen Zahlenmaterials dargestellt werden. Die Schweiz, bzw. das zuständige BAG betreibt seit 1990 in der Drogenbekämpfung eine sogenannte Vier-Säulen-Politik:

1. Prävention,
2. Therapie und Rehabilitation/Wiedereingliederung,
3. Schadensbegrenzung und Überlebenshilfe,
4. Repression und Kontrolle.

Die meisten Länder verfolgen in der Drogenbekämpfung eher eine Drei-Säulen-Politik von Prävention, Therapie und Repression.⁹

Zu den einzelnen Säulen

1. Prävention

Für die Prävention gibt die Schweiz jährlich 30-35 Millionen Franken aus. Das BAG geht davon aus, dass Abschreckung längerfristig kein wirkungsvolles Mittel ist. In den landesweiten Kampagnen des BAG wird mit folgenden Slogans gegen die Drogensucht gekämpft: „Miteinander reden kann Drogenprobleme verhindern“, „Vertrauen statt verbieten kann Drogenprobleme verhindern“ oder „Die meisten Drogensüchtigen schaffen den Ausstieg“. Keine dieser Behauptungen ist belegt. Vieles spricht stark dagegen. Dass die Prävention auf der Basis so vager und z.T. unrichtiger Annahmen nicht funktioniert, wird an der massiven Ausweitung des Haschischkonsums unter Jugendlichen deutlich.

2. Therapie und Rehabilitierung/Wiedereingliederung

Zu Therapie und Rehabilitierung bzw. Wiedereingliederung gehören alle Maßnahmen des Drogenentzugs, die stationäre Rehabilitation und die Methadonabgabe. Zur Therapie zählt das BAG aber auch die ärztlich kontrollierte Heroinabgabe. Bis dahin kostete die Heroinabgabe 12 Millionen Franken. In der Schweiz werden rund 15.000 Methadonbezieher gezählt.

3. Schadensbegrenzung und Überlebenshilfe

Die Schweiz gibt jährlich 120 bis 200 Millionen Franken für die Schadensverminderung/Überlebenshilfe aus: Dazu gehören die Spritzenabgabe, Gassenzimmer und Fixerräume, begleitetes Wohnen, niederschwellige Methadonprogramme, Gassenküche etc. In niedrigschwelligen Einrichtungen wurden im Zeitraum 1993 bis 1994 in der Schweiz täglich ungefähr 20.000 Spritzen abgegeben.

4. Repression und Kontrolle

Zur Repression gehören die Verfolgung des Drogenhandels, Zollkontrollen und die Beschlagnahme von illegalen Drogen. Die Schweiz

ist durch den Beitritt zu internationalen Abkommen zu bestimmten polizeilichen Maßnahmen verpflichtet. Die Anzahl der Verstöße gegen das geltende Betäubungsmittelgesetz ist immer noch im Ansteigen begriffen. Nach Angaben des BAG kosten die verschiedenen Maßnahmen jährlich 500 Millionen Franken.

Die ärztliche Heroinverschreibung

Zur 2. Säule, Therapie, zählt das BAG neuerdings auch das umstrittenste Element der schweizerischen Drogenpolitik: die ärztliche Heroinverschreibung. Im Mai 1992 wurde unter politischem Druck ein Heroinabgabeprojekt mit wissenschaftlicher Begleitforschung bewilligt. Dieses Projekt wurde im Dezember 1993 gestartet und war auf eine Versuchsperiode von drei Jahren begrenzt. Die Versuche sollten an maximal 800 Drogensüchtigen durchgeführt werden. Im Juni 1997 wurde ein erster Abschlussbericht veröffentlicht. Von ärztlicher und von internationaler Seite wurde von Anfang an massive Kritik an den Heroinabgaberversuchen geübt.

Bei Beginn der Heroinabgabe war im Gesamtversuchsplan des BAG die Drogenabstinentz als Hauptziel festgelegt. An diesem Kriterium muss auch der Erfolg des Programmes gemessen werden, auch wenn es später fallengelassen wurde und nur noch von der „Machbarkeit“ die Rede ist. Die Ergebnisse der Untersuchungen wurden nicht in wissenschaftlichen Zeitschriften publiziert, sondern über die Medien der Öffentlichkeit und der Fachwelt bekannt gemacht. Über sie erfolgte auch der Druck auf die Politiker zur Zustimmung. Die Auswerter und die Auftraggeber der Versuche waren die gleichen Personen, was die Unabhängigkeit der Ergebnisse sehr in Frage stellt.

Bis heute wurde nur ein Teil der Zahlen ausgewertet. Das Hauptaugenmerk liegt dabei auf der Untersuchung von Merkmalen der Versuchsteilnehmer (z.B. Suchtverhalten, Gesund-

heitszustand, soziale Verhältnisse) bei Eintritt und im Verlauf der Studie. Mit den Versuchen sollten langjährige chronische Heroinabhängige anvisiert werden, die zahlreiche gescheiterte Therapieversuche hinter sich haben. Diesen sogenannten „Schwerstabhängigen“, die angeblich durch die Maschen aller Hilfsangebote gefallen sind, könne nur durch die Abgabe von Heroin geholfen werden. Bedingungen für eine Aufnahme in das Projekt war das Erreichen des 20. Lebensjahres sowie eine schwere Opiatabhängigkeit seit mindestens zwei Jahren, täglicher Heroinkonsum, mindestens zwei gescheiterte Therapieversuche, schlechter psychischer Zustand und Zeichen sozialer Desintegration.

Der anerkannte Standard, um die Wirksamkeit einer Behandlungsmethode in der modernen Medizin nachzuweisen, ist ein wiederholbarer, kontrollierter und randomisierter Versuch (doppelblind), der zeigt, dass eine vorgesehene Behandlung einer anderen, vergleichbaren Behandlung signifikant überlegen ist. Falls kontrollierte, randomisierte Untersuchungen nicht durchgeführt werden können, hängt der Nachweis therapeutischer Wirksamkeit einer Behandlung von sogenannten „beobachtenden“ Studien ab. In solchen Studien werden die Ergebnisse von Patientengruppen verglichen, welche zwischen Behandlungsalternativen selber ausgewählt haben.

Die wichtigsten publizierten Ergebnisse

Insgesamt sind 1.146 Personen ins Heroinprogramm aufgenommen worden. 111 Personen wurden aber von der Bewertung ausgeschlossen, weil sie rasch wieder austraten oder die Daten nicht vollständig vorlagen. Die oben erwähnten Einschlusskriterien wurden überhaupt nicht eingehalten. Zum Zeitpunkt des Eintritts hatten 49% noch keine stationäre Therapie durchgemacht, und weitere 26% hatten nur einen einzigen Therapieversuch in ihrer Behandlungsgeschichte zu verzeichnen. 11% hatten noch nie, weitere 65% nur 1- bis 5

mal einen körperlichen Entzug gemacht. 9% hatten noch nie an einem Substitutionsprogramm teilgenommen und weitere 37% nur einmal. Insgesamt hatten diese Gruppen das bestehende Therapieangebot denkbar schlecht genutzt, besonders wenn man berücksichtigt, dass die Heroinabhängigkeit im Durchschnitt seit 10 Jahren bestand. Erstaunlich ist auch der relativ gute Gesundheitszustand bei Eintritt, der bei immerhin 79% der Probanden als sehr gut oder gut bewertet wurde. Auch die Bewertung des Ernährungszustandes mit 80% als gut oder sehr gut ist erstaunlich. Der psychische Zustand wird bei 60% als sehr gut oder gut bezeichnet und nur bei 2% der Teilnehmer als sehr schlecht. Dass es sich bei diesen Teilnehmern ausschliesslich um „Schwerstabhängige“ gehandelt haben soll, muss nach all dem stark bezweifelt werden. Bemerkenswert ist, dass 61% der Heroinbezieher vorher in einem Methadonprogramm betreut wurden.

Von 1146 in den Versuch aufgenommenen Patienten sind bis Versuchsende 350 (30,5%) ausgeschieden. Ergebnisse liegen erst für eine Teilgruppe von 385 Teilnehmern vor. Aus dieser Kohorte sind 128 Patienten (33,2%) ausgeschieden. Von diesen 128 Patienten sind 16% in eine abstinenzorientierte Behandlung eingetreten und 39% in ein Methadonprogramm. Umgerechnet auf die Gesamtzahl von 385 Teilnehmern bedeutete das eine vorläufige Erfolgsquote von 5,2%, gemessen am Hauptziel der Abstinenz.¹⁰

Eine Auswertung im zweiten Zwischenbericht zeigt, dass eine langjährige Abhängigkeitsdauer, täglicher Kokainkonsum und ein positiver HIV-Status Risikofaktoren für einen frühen Austritt darstellen. Dies zeigt, dass diese sogenannten Schwerstabhängigen, also die eigentliche Zielgruppe des Versuches, offensichtlich schlecht erreicht wurde. In vergleichenden Untersuchungen therapeutischer Behandlungsmethoden der Drogensucht wird immer wieder auf die Bedeutung der frühen Intervention hingewiesen – um eine Chronifizierung zu ver-

hindern – und es wird klar abstinenzorientierten Methoden stets der Vorzug gegeben.¹¹

Die WHO hat deutliche Kritik gegen die Versuche geäußert¹²

Aus dem Evaluationsbericht¹³ über die Schweizer Heroinabgabeveruche durch 23 von der WHO eingesetzte Experten lässt sich viel Kritik herauslesen:

1. Den Experten liefert die Schweizer Studie keinen Beweis dafür, dass Heroin erfolgreicher wäre als Methadon (Seite 11). Sie verweisen auf den Bericht des „1998 WHO 30th Expert Committee“, gemäß dem die erfolgreichste Therapie der Opiatsucht mit lang wirkenden oralen Opioidagonisten wie Methadon erreicht wird und die Gefahr besteht, dass die Heroinabgabe den Wert der streng kontrollierten Methadontherapie mindert (Seiten 9 - 10).

2. Die Experten weisen auf methodologische Mängel der Studie hin, so etwa, dass nicht geprüft werden könne, ob die Verbesserung im Gesundheitszustand und den sozialen Funktionen die Folge der Heroinabgabe oder des ganzen Behandlungsprogrammes sei (Seite 11). Auch das Fehlen standardisierter Protokolle wurde beanstandet (Seite 5).

3. Im Bericht wird kritisiert, dass es sich bei den Angaben über die Verbesserung der Wohn- und Arbeitssituation, der sozialen Kontakte, des kriminellen Verhaltens und der Reduktion des Beikonsums von Heroin und anderen Drogen um Selbstangaben der Klientel ohne unabhängige externe Auswerter und ohne Überprüfung handelte (Seite 1) und dass die Haltequote, die als besonderer Erfolg betont wird, nicht größer ist als in den Anfangsberichten über die Methadonsubstitution (Seite 8).

4. Der Bericht weist auf Seite 12 darauf hin, dass die Studie keine Beurteilung der Kosteneffektivität und der Indikation der Heroinabgabe erlaubt.

5. Der Bericht zweifelt an der Übertragbarkeit der Studienresultate auf andere Länder

(Seite 11) und fordert wissenschaftlich rigorose Evaluationen von Substitutionsbehandlungen und randomisierte, kontrollierte klinische Studien zur Bewertung der begleitenden Behandlungsmaßnahmen.

6. Ein Parameter für die Problemschwere hat sich im Verlauf der „Behandlung“ mit Heroin offenkundig verschlechtert. Die Gesamtmortalität unter den Teilnehmern der Studie lag mit fast 3% deutlich über dem europäischen Schnitt (etwa 2%). In Großbritannien¹⁴ hat man zeigen können, dass eine pragmatische Suchttherapie die Mortalität von 1,9% (1967-1976) auf rund 1% (1984-1993) hat senken können (Seite 7).

Das Suchtstoffkontrollrat in Wien (International Narcotics Control Board, INCB) hat wiederholt die schweizerische Drogenpolitik kritisiert

In seinem am 24. Februar 1998 erschienenen Bericht für 1997 kritisiert der INCB die schweizerische Drogenpolitik mit deutlichen Worten: „Der Rat äußerte seine Bedenken zu einem Element der Schweizer Drogenpolitik, nämlich dem Projekt der Heroinverteilung an Süchtige. Er empfahl, den Wert der wissenschaftlichen Begleitforschung und die Ergebnisse dieses Experiments durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) überprüfen zu lassen.“¹⁵

Der INCB hält 1999 in einer Pressemitteilung auf die von der WHO geäußerte Kritik folgendes fest: „Die Schweizer Studien waren nicht in der Lage zu untersuchen, ob die Verbesserungen des gesundheitlichen Zustandes oder des sozialen Verhaltens der einzelnen Teilnehmer durch die Heroinverschreibung selbst bedingt oder ob sie die Folge des umfassenden Behandlungsprogrammes waren. (...) Die Schweizer Versuche schlagen vor, dass Heroin für solche Patienten in Frage kommt, welche wiederholt in Methadonprogrammen gescheitert sind. Die Studie hat jedoch keine überzeu-

genden Beweise erbracht – auch für wiederholt in Methadonprogrammen Gescheiterte –, dass die medizinische Verschreibung von Heroin allgemein zu besseren Resultaten führt als eine fortgesetzte methadongestützte Behandlung.“¹⁶

Drogenpolitik in anderen Ländern

Die Drogenpolitik der USA und der nationale Rauschgiftbekämpfungsplan

Das Drogenproblem wird in den USA ernstgenommen; es werden große Geldmittel zur Bekämpfung bereitgestellt, mehr als in jeder anderen Nation der Welt.¹⁷ Diese Politik zeigt auch ihre Erfolge: Seit 1985 ist ein deutlicher Rückgang des Drogenkonsums feststellbar. Damals hatten ungefähr 12 Prozent der Gesamtbevölkerung aktiv mit illegalen Drogen zu tun. Bis 1990 sank diese Zahl bis auf etwa 7 Prozent und blieb dort für einige Jahre ungefähr konstant. Von dieser Abnahme des Drogenkonsums blieben jedoch die chronisch Abhängigen unberührt. Der Kokainkonsum sank von 5,7 Millionen Konsumenten (1985) auf 1,5 Millionen (1997), also um fast 75%. Auch beim Marihuana-Konsum zeigte sich ein markanter Rückgang, von 23,8 Millionen Konsumenten (1979) auf 11,1 Millionen (1997), also um 50%. Seit der Clinton-Ära hat die Bekämpfung des Drogenproblems wieder nachgelassen. So kam es unter den Jugendlichen erneut zu einem starken Anstieg des Marihuana-Konsums. Auch der Heroin- und Methamphetaminkonsum sind wieder im Steigen begriffen.

In Umfragen wurde deutlich, wie sich eine Veränderung in der Einstellung gegenüber den Drogen direkt auf den Drogenkonsum auswirkt. Die oberste Linie (Vierecke) der folgenden Grafik zeigt den Prozentsatz junger Menschen, die in Umfragen angeben, dass sie Drogenkonsum missbilligen. Nach 1990 beginnt

diese Linie zu sinken: Die Missbilligung des Konsums beginnt nachzulassen. Die Mittellinie (Dreiecke) zeigt die Einschätzung des Risikos, das heißt, ob junge Menschen glauben, dass Drogenkonsum für sie ein Gesundheitsrisiko darstellt. Diese Linie beginnt nach 1991 zu sinken. Die untere Linie zeigt den Prozentsatz junger Menschen, die innerhalb des letzten Monats Marihuana konsumiert haben. Diese Linie beginnt 1992 markant anzusteigen. Hier wird deutlich: Die Schwächung einer ablehnenden Einstellung gegenüber Drogen unter jungen Menschen scheint direkt zu einer 1992 beginnenden markanten Zunahme des Marihuana-Konsums geführt zu haben, und zwar zu einer Zunahme um über 100% bei einem Absinken der Risikoeinschätzung und Missbilligung um nur 10-20%. Das Wissen um die Gefährlichkeit schützt also vor dem Drogenmissbrauch.

In den USA existiert ein nationaler Rauschgiftbekämpfungsplan, der fünf Ziele verfolgt:

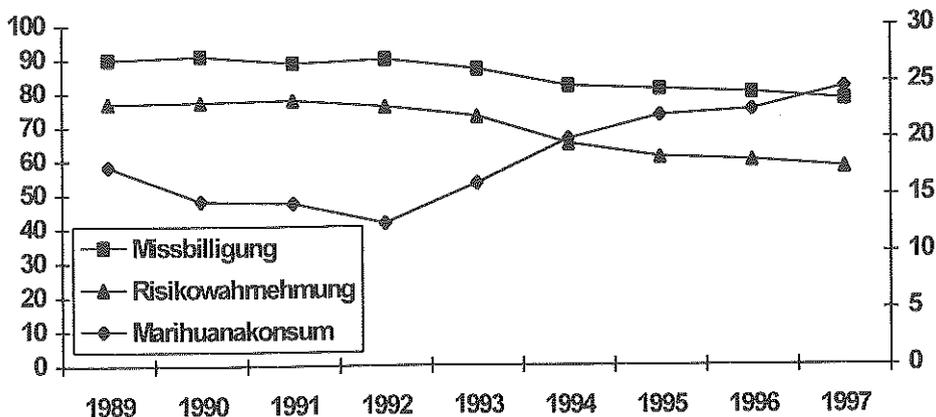
1. den Drogenkonsum der Jugendlichen zu verringern,
2. Kriminalität und Gewalt im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum zu reduzieren,
3. Gesundheits- und Sozialkosten im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum zu senken,
4. Amerikas Grenzen gegen Drogen zu sichern und
5. ausländische und einheimische Lieferquellen zu reduzieren.

Von den bereitgestellten Geldern zur Rauschgiftbekämpfung nehmen die Ausgaben für die Nachfragereduktion und die Strafverfolgung im Inland den Hauptteil ein. Eine entscheidende Änderung in der Drogenpolitik in den USA stellte dar, dass man von einer jeweils einjährigen Planung zu einer langfristigen Strategie, einem Zehnjahresplan überging. In den achtziger Jahren war ein klarer Konsens gegen den Drogenkonsum in allen Bevölkerungsschichten vorhanden. Dass das möglich war, muss im Zusammenhang mit einer gewaltigen landeswei-

ten Medienkampagne unter dem Motto „Partnerschaft für ein drogenfreies Amerika“ gesehen werden. Diese Kampagne wurde jedoch nicht kontinuierlich weitergeführt. Eine klare Einstellung gegen Drogen wurde ebenfalls ab-

weil die Begleitforschung alarmierende Ergebnisse zeigte.¹⁸

Diese Erfahrungen mit der partiellen Freigabe von Drogen wurden gut dokumentiert. In Stockholm machte der Psychiater und Polizei-



Grafik 6: Marihuanagebrauch in den USA. Linke Skala: Missbilligung und Risikowahrnehmung, rechte Skala: Marihuanakonsum

geschwächt durch die Behauptung in der Presse, Drogenpräventionsprogramme würden nicht funktionieren. Wie in Europa wird zunehmend Marihuana als Medizin in Betracht gezogen und Hanf als Feldfrucht propagiert.

Erfolge mit einer restriktiven Drogenpolitik – das Beispiel Schweden

Schweden ist von seiner Tradition her überhaupt nicht bekannt für eine restriktive Vorgehensweise. Im Gegenteil: Die Schweden zeigen üblicherweise in vielen gesellschaftlichen Bereichen eine liberale und „progressive“ Haltung. Gleichzeitig sind sie jedoch auch Pragmatiker, bereit, aus gemachten Erfahrungen Konsequenzen zu ziehen. So fand in der Zeit von 1965 bis 1967 in Schweden ein Drogenlegalisierungsversuch statt. Schon nach kurzer Zeit brach man das Experiment wieder ab,

arzt Nils BEJEROT konsequente Untersuchungen aller Inhaftierten auf Einstichmarken und verfolgte ungewöhnlich akribisch die Folgen des Freigabeexperimentes. Man sah innerhalb von nur 12 Monaten eine Verdoppelung der injizierenden Süchtigen (Morphium und Amphetamin). Viel wichtiger aber für die Dynamik der späteren Entwicklung der Drogenproblematik in Schweden war folgendes: Unter den 15-19-jährigen stieg der Anteil der Fixer von 3,6 auf 33% an (+ 820%). Auch die Kriminalität der Drogenabhängigen nahm in diesen Jahren markant zu: Dies galt insbesondere für die brutale Straßensriminalität (Körperverletzung, Raubüberfall, Nötigung), aber auch für Verkehrsunfälle unter Drogeneinfluss und sogar für Betrugsdelikte.

Anstatt der eigentlich vorgesehenen Mengen von 10.000 „Normaldosen“ monatlich – das hätten ca. 240.000 in diesen zwei Jahren ausmachen sollen – hatte man nach dieser Zeit

4.000.000 Dosen Amphetamine und 600.000 Dosen Morphin erreicht, d.h. die zwanzigfache Menge. Dieser Verschreibungsmissbrauch einiger Ärzte hatte für sie nach strafrechtlichen Untersuchungen den Approbationsentzug zur Folge. Politisch bewirkten diese verheerenden Erfahrungen einen Konsens quer durch alle Parteien, dass man Restriktivität als sinnvolle und notwendige Vorgehensweise bei der Bekämpfung des Drogenkonsums erkannte. Nach Todesfällen unter Journalisten und ihren Kindern zog auch die Presse dabei mit.

In den letzten 20 Jahren sank der Anteil der unter 25jährigen Süchtigen von 37 auf 10 Prozent. Diese Tendenz wird durch den Anteil von Teenagern bei den Drogentoten bestätigt: Er nahm von 1975 bis 1993 von 6% auf 1% ab.

Aids und Drogensucht

Die WHO und die UNO schätzen, dass bis Ende 1998 weltweit 48,7 Millionen Menschen mit HIV infiziert wurden; 12,9 Millionen Menschen sind an Aids erkrankt, von denen 11,7 Millionen bereits gestorben sind. Die HIV-Epidemie ist von außerordentlich heterogener und dynamischer Natur. Sie beinhaltet eine Vielzahl von Subepidemien in unterschiedlichen Regionen und Bevölkerungsgruppen, jede mit ihren eigenen spezifischen epidemiologischen Charakteristika.

In Europa und Nordamerika waren zu Beginn der Epidemie in den siebziger und achtziger Jahren zuerst Homosexuelle betroffen, kurz danach breitete sich das HIV besonders stark und schnell unter Drogenabhängigen aus, während das Virus nur langsam in die heterosexuelle Bevölkerung eindrang.

Weltweit kommt dem HIV-Übertragungsweg durch Spritzentausch bei iv-Drogenabhängigen eine untergeordnete Bedeutung zu (etwa 5% aller HIV-Übertragungen). In den Industrieländern¹⁹ spielt dieser Übertragungsmodus hingegen eine wichtige Rolle. Hier bilden die iv-Drogenabhängigen unter den Aidskran-

ken die größte Gruppe: Schweiz 36%, Italien 60%, Spanien 66%, Deutschland 64%. Die Ansteckung mit HIV bei Drogenabhängigen geschieht nicht nur durch Spritzentausch, sondern auch über sexuelle Kontakte. Im Drogenrausch gehen die Betroffenen häufig anonyme, flüchtige und ungeschützte Sexualkontakte mit hohem HIV-Ansteckungsrisiko ein. Insbesondere der Konsum von Kokain, Crack und Amphetaminen (wahrscheinlich auch Ecstasy) führt zu hektischer sexueller Aktivität.

Untersuchungen in den USA und England²⁰ ergaben, dass 60 und mehr Prozent der Personen, die durch heterosexuellen Kontakt angesteckt wurden, Drogensüchtige und/oder deren Partner sind. Mindestens 40% der iv-Drogenabhängigen stehen in einer sexuellen Beziehung zu einer Person, die keine Drogen nimmt. Die Partner von Drogenabhängigen weisen ein hohes Risiko auf, mit HIV angesteckt zu werden. Das Schweizer BAG schätzte, dass bei Drogenabhängigen der Prozentsatz HIV-Infizierter 25 bis 80mal höher ist als in der Allgemeinbevölkerung. Sexuelle Beziehungen zwischen Drogensüchtigen und ihren Partnern sind zum Beispiel in den USA, Schottland, Italien und Spanien einer der wichtigsten Übertragungswege zwischen der Gruppe mit risikoreichem Verhalten und der übrigen Bevölkerung.

Die amerikanische Gesundheitsbehörde CDC veröffentlichte 1995 eindrucksvolle Untersuchungsergebnisse über HIV-Risikoverhalten von männlichen iv-Drogenabhängigen. In verschiedenen amerikanischen Großstädten wurden insgesamt 1820 männliche Drogenabhängige interviewt und nach 30 Tagen ein zweites Mal befragt. Beinahe alle (1697, 93% von 1820) erschienen zum zweiten Interview. Alle berichteten, dass sie in diesen 30 Tagen Drogen gespritzt hatten. 18% (297) der männlichen Drogenabhängigen hatten in den vorangegangenen 30 Tagen homosexuelle Kontakte gehabt. Von den 297 Drogenabhängigen hatten 95% mehr als einen Sexualpartner, im Durchschnitt 3,8 Sexualpartner in diesen 30 Tagen. Von diesen 297 mit homosexuellen Sexual-

kontakten hatten 267 (90%) auch mit einer oder mehreren Frauen Geschlechtsverkehr. 148 (50%) von den 297 gaben an, einen festen Partner zu haben, der bei 110 (74%) weiblich war. Lediglich 12% derjenigen mit einem festen weiblichen Partner benutzten in diesen 30 Tagen Kondome beim Geschlechtsverkehr. Beinahe alle (282, 95%) hatten Analverkehr, 71% von ihnen mit Männern und Frauen und 18% nur mit Männern. Von 297 Männern, die Sexualkontakte mit Männern hatten, tauschten 86% (250) Spritzen.²¹ Man sieht deutlich, dass diese Risikogruppe als „effektiver“ Virusverbreiter fungiert.

Schweden kann auch im HIV-Bereich mit günstigeren Zahlen aufwarten als die Schweiz.²² Es hat anders als die Schweiz klassische seuchenprophylaktische Maßnahmen wie z. B. die „partner notification“ eingesetzt. Schweden hat keine Spritzentauschprogramme und keine flächendeckende Methadonabgabe. In der Drogenpolitik hält das Land an seinem restriktiven Weg mit Frühintervention und konsequenter Therapie der bereits Drogensüchtigen fest. Mit all diesen Maßnahmen erreichte Schweden eine deutliche Senkung der HIV-Infektionszahlen. Die Zahlen der jährlich neuentdeckten HIV-Infektionen bei Drogensüchtigen haben sich in Schweden im Vergleich zur Schweiz folgendermaßen entwickelt (siehe Tabelle 1).

Die Schweiz hat 7 Millionen Einwohner, Schweden 8,9 Millionen, also vergleichbar viele. In der Schweiz gibt es mehr Fixer mit voll entwickeltem Krankheitsbild als Schweden überhaupt an infizierten Drogensüchtigen kennt (688, davon 115 mit Aids – nur etwa 6% der Schweizer Fälle). Dabei ist Schweden das

größte und von HIV und Drogen noch am stärksten betroffene Land Skandinaviens. Im Jahre 1995 hat man in Schweden nur 19 neue HIV-Infektionen (und 27 neue Aidsfälle) unter den Drogensüchtigen gefunden, in der Schweiz hingegen hat man seit 1991 jedes Jahr etwa 250 bis 300 neue Aidsfälle bei Fixern registriert – jährlich also mehr als doppelt so viele, wie insgesamt in Schweden bekannt sind!

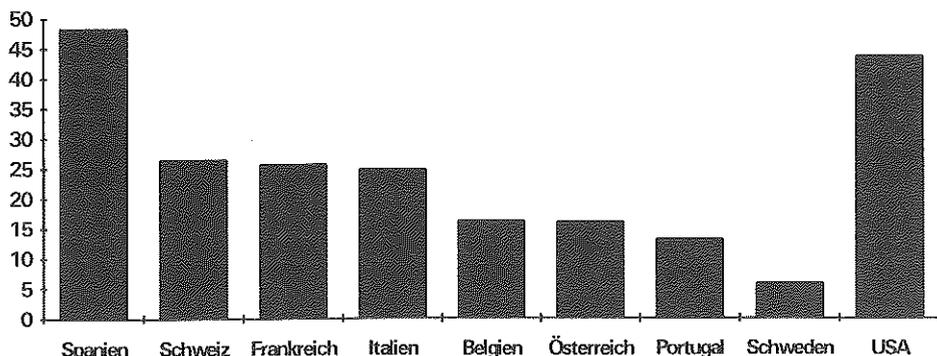
In der folgenden Grafik sieht man die vermutete HIV-Prävalenz 1994²³ in Europa und den USA (geschätzte Zahl HIV-infizierter Personen pro 10.000 erwachsene Einwohner). Die Schweiz hat verglichen mit den umgebenden Ländern eine hohe HIV-Durchseuchung, was nicht für eine effektive Seuchenkontrolle spricht.

Die katholische Kirche zum Drogenproblem

Das katholische Lehramt²⁴ hat sich in dieser Frage bereits häufig und eindeutig geäußert. Bereits Papst PAUL VI. sagte 1972: „Es ist unerlässlich, die öffentliche Meinung durch klare und genaue Informationen über die Natur und die wirklichen und tödlichen Konsequenzen der Drogen gegen jene Missverständnisse zu mobilisieren, die über deren behauptete Unschädlichkeit und deren wohltuende Einflüsse zirkulieren.“²⁵ JOHANNES PAUL II. sprach 1984 zu Mitgliedern therapeutischer Gemeinschaften. Nachdem er den Text von PAUL VI. zitiert hatte, fügte er mit eigenen Worten hinzu: „Es wurde vor allem die Möglichkeit der Wiedereingliederung und der Befreiung von der schweren Sklaverei versucht, und es ist wichtig, dass dies mit

	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
(S) HIV+	142	205	98	45	45	43	31	27	25	28	19
(S) Aids	0	0	0	5	5	7	20	18	33	26	27
(CH) Aids	7	11	47	99	178	183	255	252	287	293	296
(CH) HIV+	287	286	252	403	361	266	204	187	165	118	99

Tabelle 1



Grafik 7: Vergleich der HIV-Prävalenzen im Jahre 1994 in verschiedenen europäischen Ländern und den USA

Methoden erreicht wurde, die rigoros jede Konzession an legale oder illegale Drogen ausschließen.“ In einer klaren Art und Weise sagte er weiter: „Die Droge kann man nicht mit der Droge besiegen. Die Droge ist ein Übel, und dem Übel kann man nicht mit Nachgiebigkeit begegnen. Die Legalisierung, auch die teilweise Legalisierung – abgesehen davon, dass sie indiskutabel ist, weil sie gegen geltendes Recht verstößt-, zeigt auch nicht die Resultate, die ihr Ziel waren. Diese Erfahrung ist allgemein bekannt.“ Am Schluss stellte er die drei anerkannten Pfeiler einer wirksamen Drogenbekämpfung dar, wenn auch in summarischer Weise: „Prävention, Repression, Rehabilitation: Das sind die Hauptpunkte in einem Programm, das im Lichte der menschlichen Würde erarbeitet wurde. Dieses Programm unterstützt die Beziehungen zwischen den Völkern und hat das Vertrauen und die Unterstützung der Kirche“.²⁶ Den ethischen Standpunkt zum Drogen- und Alkoholkonsum beleuchtete er vor Teilnehmern eines Drogenkongresses: „Sicher, es gibt einen klaren Unterschied zwischen dem Konsum einer Droge und dem Konsum von Alkohol: Während ein gemäßigter Konsum von Alkohol nicht gegen moralische Gebote verstößt und man nur den Missbrauch verdammen

muss, so ist der Drogenkonsum immer illegitim, weil er einen ungerechtfertigten und irrationalen Verzicht auf das Denken, Wollen und Handeln als freie Person beinhaltet. (...) Drogenabhängigkeit und Alkoholismus richten sich gegen das Leben. Man kann weder von einer ‚Freiheit, Drogen zu nehmen‘ sprechen noch vom ‚Recht auf Drogen‘, denn der Mensch hat nicht das Recht, sich selbst Schaden zuzufügen, noch kann und darf er der persönlichen Würde entsagen, die ihm von Gott gegeben ist!“²⁷

Schlussfolgerungen

Die Schweiz wird oft als Land genannt, das in der Drogenbekämpfung „neue“ Wege geht. Dabei wird häufig auf die Heroinabgabe hingewiesen. Erfahrungen mit der ärztlichen Drogenabgabe hatte in den sechziger Jahren bereits Schweden (1965-1967) gemacht, davor England (1959-1964) und die USA (1914-1923).²⁸ Nach verheerenden Auswirkungen haben alle drei Länder die Versuche abgebrochen. Die Schweiz hat die Zahl der Drogenbezieher von Anfang an so beschränkt, dass die Folgen nicht ganz so offensichtlich wie in Schweden wurden. Die

wissenschaftliche Überprüfung zeigt keine überzeugenden Ergebnisse. Das anfängliche Ziel der Abstinenz wurde wegen offensichtlichem Versagen aufgegeben. Es wurde nur noch von "Machbarkeit" gesprochen. Um zu zeigen, dass eine Drogenabgabe machbar ist, braucht es keine wissenschaftlichen Studien. Das ist selbstverständlich. Die Heroinabgabe hat in der Schweiz dazu geführt, dass abstinenzorientierte Programme zunehmend unter Druck kommen und ihre Plätze nicht mehr füllen können. Die Motivation zum Drogenausstieg hat deutlich abgenommen. Die Schweiz ist daran, sich langjährige, staatlich subventionierte Drogensüchtige zu schaffen. Die persönlichkeitszersetzende und suchterzeugende Wirkung von Heroin besteht unabhängig davon, ob das Heroin vom Schwarzmarkt oder vom Arzt stammt. Der Staat fördert selbstschädigendes Verhalten, dem er eigentlich entgegenwirken müsste. An globalen Parametern gemessen ist der Drogenmarkt in der Schweiz immer noch im Wachsen, die beschlagnahmten Mengen an Cannabis, Kokain und Heroin nehmen zu, ebenso die Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz. Die Heroinabgabe hat hierauf keinen signifikanten Effekt. Einzig die Zahl der Drogentoten ist rückläufig, allerdings auf hohem Niveau. Dies kann eindeutig auf die Schließung der offenen Drogenszenen zurückgeführt werden. Dass die Duldung von offenen Szenen ein Fehler war, geben inzwischen auch die Drogenliberalisierer zu.²⁹ Es gilt auch im Drogenbereich, dass Risikovermeidung stets besser ist als Risikoverminderung, also Harm avoidance statt Harm reduction.

Der Vergleich der Schweizer mit der schwedischen und der US-amerikanischen Drogenpolitik zeigt unmissverständlich, dass eine ausgedehnte Freigabe und Abgabe von Drogen durch den Staat weder zum vorgegebenen Ziel der Abnahme des Drogenkonsums noch zu einer Verringerung der Kriminalität führt. Wenn es möglich war, einen breiten Konsens bezüglich der konsequenten Bekämpfung des Dro-

genkonsums herzustellen, wirkte sich das direkt in einer deutlichen Abnahme des Konsums aus. Sobald dieser Konsens z.B. durch die Einwirkung der Medien aufgeweicht wurde und die Jugendlichen wieder weniger vor den Gefahren der Drogen gewarnt wurden, nahm die Anzahl der Drogenkonsumenten direkt zu. Dies ist in Europa wie in den USA an verschiedenen Beispielen immer wieder zu beobachten. Während die USA bei den Ausgaben zur Bekämpfung des Drogenproblems das Schwergewicht auf die Bereiche der Prävention und Strafverfolgung legen, gibt die Schweiz viermal so viel Geld für Schadensbegrenzung und Überlebenshilfe aus als für die Prävention – und zwar trotz jahrelang offenkundig ausbleibendem Erfolg. Bedenklich ist die Situation in der Schweiz ebenfalls bezüglich HIV und AIDS. Vor allem der Vergleich mit den Zahlen in Schweden ebenfalls sehr ernüchternd aus. Dabei ist ein Hauptziel der Spritzenabgabe in der Schweiz, die HIV-Infektionen wesentlich zu verringern. Die wissenschaftliche Begleitforschung zeigt jedoch auch hier eine andere Realität: Schweden ohne Spritzenabgabeprogramme und mit nur 486 Methadonpatienten (3% der methadonplätze in der Schweiz) hat viel grösseren Erfolg bei der Bekämpfung der HIV-Verbreitung.

Die Ergebnisse verschiedener Wege in der Bekämpfung des Drogenelends liegen also klar auf dem Tisch. Trotzdem will die Schweiz selbst ihren Irrweg gehen und scheint auch nicht aus den verheerenden Auswirkungen, die sich jetzt schon zeigen, zu lernen. Dabei bestätigt sich nur ein weiteres Mal, dass eine Liberalisierung und Legalisierung der Drogen gar nicht zu einer Verringerung des Drogenproblems führen kann. Ganz zu schweigen davon, was mit den Generationen von jungen Menschen passiert, die für Illusionen geopfert wurden und irreversible körperliche und geistige Schäden davontragen. Wer übernimmt dafür die Verantwortung? Wer erklärt den Familien der Drogenabhängigen den Sinn dieser Sozial-

experimente, die ihnen unsägliches Leid gebracht haben?

Das Drogenproblem ist ein schwerwiegendes gesundheitliches Problem; schon Alkohol und Nikotin haben erhebliche schädigende Auswirkungen. Auffällig ist, dass Jugendliche in erhöhtem Maße anfällig sind für den Suchtmittelmissbrauch. Das Drogenproblem in seiner heutigen Form ist erst seit den sechziger Jahren bekannt. Eine ganze Subkultur aus falsch verstandenen Selbstverwirklichungsideen und einem übersteigerten Individualismus hat diese Entwicklung gefördert. Letztlich ist die Jugend gefährdet, weil sie auf ihrer Suche nach einem Lebensziel und Lebenssinn in einer labilen Gemütsverfassung ist. In dieser Phase kann der Jugendliche leicht auf Abwege gelangen. Die Verfügbarkeit der Drogen ist heute derartig groß, dass jeder Jugendliche sich leicht Suchtmittel beschaffen kann. Die Drogensucht wirkt sich verheerend auf die Persönlichkeitsentwicklung aus, sie verleitet auch zu kriminellen und gewalttätigen Handlungen. Am deutlichsten ist dies bei Kokain. Der Missbrauch auch sog. 'leichter' Drogen hat schwerwiegende Folgen, zu denen das bekannte amotivationale Syndrom bei chronischem Cannabisgebrauch gehört, sowie Depressionen nach wiederholtem Ecstasykonsum. Der Drogenhandel ist international organisiert und in Händen von skrupellosen Verbrechern, die große Summen in die Ausbreitung der Drogensucht investieren und das Mehrfache daran verdienen.

Die pragmatische Drogenbekämpfung orientiert sich an der Drei-Säulen-Politik von Prävention, Therapie und Repression. Diese differenzierte Mehrfachstrategie, zu der das entschlossene Verfolgen des Handels und das Eindämmen des Konsums in Übereinstimmung mit den internationalen Vereinbarungen und die Hilfeleistung an die Süchtigen zur Drogenfreiheit gehören, ist das eine. Aufklärung und Prävention für den Teil der Jugend, der noch nicht süchtig ist, ist das andere. Die schädigenden Wirkungen, die alle Rauschdrogen im menschlichen Körper zei-

gen, und ihre Konsequenzen für die Persönlichkeitsentwicklung des Menschen und für sein soziales Umfeld begründen die Abstinenzforderung. Die starke suchterzeugende Wirkung dieser Drogen verbietet jegliche verharmlosende oder gar propagandistische Darstellung der Drogenwirkungen, die zu gefährlichen Experimenten verleiten könnte. Eine genaue, sachgerechte Aufklärung über die körperlichen und psychischen Auswirkungen der Drogen ist also für die Prävention *conditio sine qua non*. Die Reduktion der Nachfrage kann mit geeigneten Präventionsprogrammen geschehen, wie dies die Beispiele von Schweden, den USA und anderen restriktiven Staaten (Norwegen, Finnland, Island, Japan, Singapur) eindrucksvoll zeigen. Deutlich wird auch, dass ein Nachlassen dieser Bemühungen zu einem sofortigen Wiederanstieg des Missbrauchs führt. Die Prävention und der Kampf gegen die Drogen kann gewonnen werden, jedoch nur mit vereinten Kräften und entschlossenem Handeln. Jegliches Zögern, jede Bagatellisierung der Drogensucht führt zu einer erneuten Ausweitung des Problems. Drogen verändern das Bewusstsein, machen schutzlos, dann apathisch, darum sind sie so gefährlich. Daneben ist die Frühintervention bei bereits Drogensüchtigen wichtig, damit eine Chronifizierung verhindert werden kann. Problematisch an den suchterlängernden Maßnahmen der sogenannten Überlebenshilfe ist gerade das Belassen des Süchtigen in seiner Sucht. Legal verabreichtes Heroin führt genauso zu einer Suchterlängerung wie Methadon und andere Ersatzdrogen. Vor- und Nachteile der Interventionen im Drogenbereich müssen im Hinblick auf ihre Auswirkungen genau abgewogen werden.

Der Mensch hat die Fähigkeit, selbst zu entscheiden. Drogen verringern diese Fähigkeit. In eindrucksvollen Worten beschreibt das die bekannte Schweizer Philosophin Jeanne HERSCH: „Die Droge negiert die Menschenrechte, indem sie leugnet, dass man letztlich nicht von einem Arzt die Erlaubnis bekommt, sondern vom eigenen Gewissen. Weil der Mensch verantwort-

lich entscheiden kann - und da er kann, soll er hat er die Pflicht, ein entscheidendes Wesen zu sein. Das ist, was wir nicht loswerden können. Diese Verbindung gilt seit dem Tag, an dem der Mensch geschaffen wurde.³⁰

Der große Toxikologe Gabriel NAHAS (New York, Paris) zeigt anhand neuester Forschung auf, wie recht sie hat: Gerade jene Strukturen des Gehirns werden von den Drogen zerstört, die unsere Entscheidungsfreiheit - und damit die Würde des Menschen und seine Verantwortungsfähigkeit - begründen.³¹ Indem der Abhängige der Droge verfällt, tritt er dieses fundamentalste aller Menschenrechte, seine eigenen Handlungen kontrollieren zu können, an die Droge ab.

Referenzen

1. 1987 wurden unter dem Eindruck der HIV-Epidemie die Methadonprogramme unter der Leitung von Prof. AMBROS UCHTENHAGEN, dem Direktor des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, weit geöffnet. Seither kann jeder niedergelassene Arzt eine Bewilligung zur Methadonabgabe bekommen. Die Zahl der Methadonbezieher nahm danach stark zu: Von anfangs einigen Hundert auf 1992 bereits mit über 10.000 und 1995 gegen 15.000 Methadonbezieher. Im Oktober 1988 stellte Prof. Hans KIND (Psychiater) in einem Interview mit der Familienzeitschrift „Schweizer Illustrierte“ die Behauptung auf, Heroin sei nicht gesundheitsschädigend. Deshalb forderte er Straffreiheit für den Drogenkonsum. Zum Jahreswechsel 1988/1989 wurde auf dem Platzspitz mit Billigung des Stadtrates ein öffentlicher Fixerraum in einem Zelt mit einer dazugehörigen Infrastruktur für Spritzenabgabe, Verpflegung und Übernachtung installiert. Wurden im Dezember 1988 noch ca. 240 Spritzen pro Tag gratis an Süchtige abgegeben, so waren es im Juli 1990 bereits bis zu 11.000 Spritzen täglich. Bis 1991 wurden die Zustände auf dem Platzspitz unhaltbar. Das große Ausmaß des Elends, die starke Ausweitung des Drogenkonsums, die steigende Zahl der Drogentoten und die massive Zunahme der Kriminalität führten schliesslich dazu, dass die Stadt Zürich genötigt war, den Platzspitz zu räumen und hermetisch abzuziegeln. 1992 bildete sich unweit des Platzspitzes eine neue große Szene auf dem Areal des alten Bahnhofs Letten. Diese Drogenszene entfaltete ebenfalls eine massive Sogwirkung nicht nur auf Drogensüchtige, sondern auch auf Drogenhändler aus ganz Europa. In der Umgebung des Letten kam es in der Folge zu häufigen Gewalttätigkeiten und Schießereien. Gegenüber der Polizei, welche die Drogenszene eindäm-
- men wollte, kam es zu Bedrohungen und Erpressungen der Drogenmafia. Der Stadtrat war nicht willens, diese Auswüchse zu bekämpfen, sondern ‚hätschelte‘ mit seiner Politik die Drogenszene am Letten. Mit diesem offensichtlichen Elend wurde politisch Druck gemacht, um die Heroinabgabe in der Schweiz zu erzwingen. Nachdem der Bundesrat 1992 einer versuchsweisen Heroinabgabe zugestimmt hatte, wurde die offene Szene geräumt. Seither hat die Polizei den Auftrag, die Entstehung von offenen Szenen zu unterbinden. Was - nach Behauptung der Stadtregierung - jahrelang nicht möglich war, gelingt seither. Es haben sich keine größeren Szenen mehr gebildet. Die Drogenlegalisierungslobby hat mit der Heroinabgabe einen großen Schritt ‚vorwärts‘ gemacht.
2. Vgl. auch FANTACCI, G., KÖPPEL, H., *Drogen als Mittel der Gesellschaftsveränderung. II. Internationales Symposium gegen Drogen.*, Zürich (1999).
3. *Drogenkonsum entkriminalisieren - aber wie?* Neue Zürcher Zeitung vom 26. August 1999.
4. Für die Zahlen Schweiz: Schweizerische Betäubungsmittelstatistik, Bundesamt für Polizeiwesen, Kriminalpolizeiliche Zentralstelle in Bern. Für die Zahlen Kanton Zürich: Kriminalstatistik, Kantonspolizei Zürich. Für Kanton Bern: Bundesamt für Gesundheit, Bern.
5. Zahlen vom Bundesamt für Polizeiwesen, Kriminalpolizeiliche Zentralstelle in Bern.
6. Alle Zahlen zur Menge sichergestellter Drogen stammen von Interpol und vom Bundesamt für Polizeiwesen, Kriminalpolizeiliche Zentralstelle in Bern.
7. *Immer mehr Jugendliche greifen zu Zigarette oder Joint.*, In Spectra. Herausgegeben vom Bundesamt für Gesundheit Bern, Dezember (1998).
8. Vgl. auch HARTELIUS, J., *Die sozialen Konsequenzen des Drogenmissbrauchs. II. Internationales Symposium gegen Drogen*, Zürich (1999).
9. Ausführliche Angaben zur Drogenpolitik der Schweiz finden sich in: *Daten und Fakten zur Drogenpolitik des Bundes*. Herausgegeben vom Bundesamt für Gesundheit Bern, April (1997).
10. Die Zahlen und Ergebnisse stammen aus dem Abschlussbericht der Forschungsbeauftragten: *Synthesebericht*, Institut für Suchtforschung Zürich, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich, Juni (1997). Für eine ausführliche Darstellung der Kritik an der Heroinabgabe in der Schweiz empfiehlt sich die Broschüre von AESCHBACH, E., *Zum Abschlussbericht über die Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln*, erschienen auf deutsch, französisch und englisch, Zürich (1998).
11. HOVNANIAN, L., *The four stages of drug addiction (based on clinical experience with 5000 addicts)*, Bull. Acad. Nat. Med., 178; 6: 1029-37; discussion 1037-42, (1994) Jun. TÄSCHNER, K.L., *Are there new methods in therapy of drug dependency?*, Z. für Ärtzl. Fortb. (Jena), 90; 4: 315-20, (1996).

12. Eine Zusammenstellung der internationalen Kritik findet sich in der Broschüre *Internationale Kritik an Schweizer Heroinversuchen*, Zürich (1999). Sie enthält den WHO-Evaluationsbericht und die INCB-Berichte in deutscher Übersetzung.
13. ALI, R. et al., *Report of the External Panel on the Evaluation of the Swiss Scientific Studies of Medically Prescribed Narcotics to Drug Addicts*, World Health Organization, (1999).
14. *EMCDDA Review of scientific studies of mortality among drug users and feasibility study for a common methodology for monitoring overall and cause-specific mortality among drug users in member states of European Union*, (1998), unpublished.
15. *Report of the international narcotics control board for 1997*, Ziffer 366, United Nations, New York (1998).
16. Informationsdienst der Vereinten Nationen vom 19. Mai 1999.
17. Ausführlich ist die Drogenpolitik der USA dargestellt in SCHECTER, D., *Die Drogenpolitik der USA und der nationale Rauschgiftbekämpfungsplan. II. Internationales Symposium gegen Drogen*, Zürich (1999).
18. KOCH, M.G., *Bekämpfung der HIV-Verbreitung unter Drogensüchtigen. Schwedische Erfahrungen mit einem Lentiproblem*. Zürich (1997).
19. Vgl. auch APRIL, K., *Die HIV-Epidemie und die Drogen. II. Internationales Symposium gegen Drogen*, Zürich (1999).
20. Centers for Disease Control, *Update: Trends in Aids-Incidence, Deaths and Prevalence - United States 1996*, MMWR, (1997) 46: 165-73; FRANCE, A.J., SKIDMORE, C.A., ROBERTSON, J.R., *Heterosexual spread of human immunodeficiency virus in Edinburgh*, Br.Med.J. (1988) 296: 256-9.
21. Centers for Disease Control, *HIV Risk Practices of Male Injecting-Drug Users who have Sex with Men - Dallas, Denver and Long Beach, 1991-1994*, MMWR, (1995) 44: 767-8.
22. KOCH, M.G., *Bekämpfung der HIV-Verbreitung unter Drogensüchtigen. Schwedische Erfahrungen mit einem Lentiproblem*, Zürich (1997). Zahlen für die Schweiz vom Bundesamt für Gesundheit, Bern.
23. Zahlen von UNAids/WHO, Genf.
24. Vgl. auch MIRANDA, G., *Die katholische Kirche und das Drogenproblem. II. Internationales Symposium gegen Drogen*, Zürich (1999).
25. Lehre von PAUL VI., X 1972/1286.
26. An die therapeutischen Gemeinschaften. Rom, 7. September 1984.
27. An die Konferenz, organisiert durch das Pontificio Consiglio per la Pastorale degli Operatori Sanitari, Città del Vaticano. Rom, 25. November 1991.
28. Vgl. auch KOCH, M.G., *Heroin und andere Opiate im Umfeld psychotroper Drogen*, Zürich (1997).
29. Interview mit Bundesrätin Ruth DREIFUSS in „Welt am Sonntag“ vom 1. August 1999.
30. HERSCH, J., *Drogen negieren die Menschenrechte. Warum die Rauschgiftabgabe unmenschlich ist. II. Internationales Symposium gegen Drogen*, Zürich (1999).
31. NAHAS, G., *Cocaine, the Brain and Consciousness*. In Druck.

Drogenkonzepte in einer Großstadt

Alexander DAVID

ZUSAMMENFASSUNG

Großstädte stehen unter Druck, spezifische, regionale Drogenkonzepte zu entwickeln. In Wien wurde bereits 1991 ein Drogenkonzept entwickelt. Es beruht auf überparteilicher Zusammenarbeit und dem Grundsatz „Therapie statt Strafe“. Strafrechtliche Verfolgung von Drogenhändlern bei gleichzeitiger Entkriminalisierung von Konsumenten bedeutet nicht die Legalisierung von Drogen. Sucht wird als Krankheit definiert. Prävention, gesundheitsbezogene Maßnahmen, soziale Maßnahmen und Sicherheit ergänzen einander. Gesundheitsbezogene und soziale Maßnahmen werden in das medizinische und soziale Netz der Stadt integriert, um die Ausgrenzung von Drogenabhängigen zu verhindern. Die Handlungsfelder Suchtprävention, Beratung – Behandlung – Betreuung, Beschäftigung als soziale Integration und Prävention sowie das Thema Justiz und Sicherheit werden näher beschrieben.

Schlüsselwörter: Wiener Drogenkonzept, „Therapie statt Strafe“, Keine Legalisierung, Sucht als Krankheit

ABSTRACT

Larger cities are under the pressure of developing specific, regional drug concepts. In Vienna, a drug concept was developed in 1991. It is based on an all-party cooperation and on the statement „therapy instead of punishment“. Legal persecution of drug dealers combined with a decriminalization of drug users does not mean a legalization of drugs. Addiction is defined as illness. Prevention, health oriented measurements, social measurements and security complement each other. Health-oriented and social measurements are integrated in the medical and social city network in order to prevent a discrimination of drug addicts. The following areas of measurement are described in this article: prevention of addiction, counseling, treatment, care, employment as social integration and prevention, as well as justice and security.

Key words: Vienna drug concept, „therapy instead of punishment“, no legalization, addiction as illness.

Anschrift des Autors: Dr. Alexander DAVID, Drogenbeauftragter der Stadt Wien
Hegelgasse 8, A - 1010 Wien

Seit der Mitte des vorigen Jahrhunderts haben sich Drogenprobleme in fast allen Ländern der Erde entwickelt. Sie betreffen – je nach Gesetzeslage – vor allem jene Substanzen, die auch in Österreich nach dem Suchtmittelgesetz geregelt sind: Opiate, Kokain, Amphetamine, Halluzinogene, Cannabis. In manchen Ländern zählt auch Alkohol zu den vom Gesetz diskriminierten Drogen. Obwohl die gesundheitlichen Schäden – Erkrankungen, Invalidität und vorzeitiger Tod – die durch Nikotin verursacht werden, die Schäden der zuvor genannten Substanzen bei weitem übertreffen, wird dem Drogenproblem weltweit weit größere Aufmerksamkeit gewidmet. Es existiert eine Reihe internationaler Konventionen gegen Drogenhandel und Drogenmissbrauch, und in allen Ländern der Erde gibt es ein differenziertes Drogenstrafrecht. Ein wesentlicher Teil von Gefängnisinsassen ist heute wegen Suchtgiftdelikten weltweit in Haft. Auch in Österreich stehen Sorgen und Ängste im Zusammenhang mit Drogen fast an oberster Stelle bei entsprechenden Bevölkerungsumfragen.

Die Gründe für diese besondere Aufmerksamkeit, die Drogenproblemen zukommt, liegen in der engen Verbindung von Drogenhandel und organisierter Kriminalität, im schieren Umfang des geschätzten Gesamtwertes der heute weltweit gehandelten illegalen Drogen (400 bis 500 Milliarden US-Dollar pro Jahr)¹, in der häufigen Betroffenheit und Vulnerabilität von jungen Menschen, im raschen physischen Verfall der Konsumenten mancher dieser illegalen Drogen, in den auffälligen psychischen und sozialen Veränderungen dieser Konsumenten und nicht zuletzt im Scheitern der Betroffenen während der in allen Gesellschaften und Kulturen wichtigen Übergangszeit von der Adoleszenz zum Erwachsenen. Ein Scheitern bei dem Schritt in die Erwachsenenwelt wird seit alters her als besonders tragisch empfunden und löst Ängste, Schuldgefühle und Aggressionen aus. Im Vergleich dazu haben die durch Nikotin verursachten Schäden über lange Zeiträume

kaum psychische und soziale Folgen und werden erst in einem höheren Lebensalter manifest.

Drogenprobleme haben sich zuerst in Großstädten westlicher Industrieländer, die einen hohen Anteil an Arbeitslosen und sozial ausgegrenzten Slumbewohnern aufwiesen, gezeigt. In mehreren Wellen haben sich dann Heroin, Amphetamine, Cannabis, Halluzinogene und Kokain global ausgebreitet. Auch in Österreich waren zuerst die Städte vom Konsum illegaler Drogen betroffen. Auch heute noch sind Großstädte im Vergleich zu ihrer Bevölkerungszahl stärker betroffen als Kleinstädte oder Gemeinden. Das liegt an der Anonymität, die eine Großstadt bietet, an der leichteren Erreichbarkeit sowohl von illegalen Drogen als auch von therapeutischen Angeboten und an der Chance, hier auf legalem wie auch auf illegalem Weg als Betroffener zu Geld zu kommen.

Großstädte stehen deshalb unter einem besonderen Problemdruck und müssen sich eher den Herausforderungen einer dynamischen Entwicklung in diesem Bereich stellen. Sie müssen rascher auf Veränderungen reagieren und können es sich weniger leisten, ideologisch gefärbte Konzepte über pragmatische Lösungsansätze zu stellen. Im täglichen Umgang mit Drogenproblemen ist es eher möglich, untaugliche Modelle zu erkennen und sie durch praxisgerechte zu ersetzen.

An Hand des Wiener Drogenkonzeptes soll modellhaft der Umgang mit Drogenproblemen in einer Großstadt dargestellt werden. Wien hat als eine der ersten Städte Europas bereits 1991 ein umfassendes Drogenkonzept erstellt und 1999 neuen Erkenntnissen entsprechend weiterentwickelt.² An der Erstellung nahmen im Rahmen einer Drogenkommission Vertreter aller im Wiener Gemeinderat vertretenen Parteien teil, Vertreter der damit befassten Bundesministerien, Mitarbeiter einer Reihe von Wiener Magistratsabteilungen, der Schulen, der außerschulischen Jugendarbeit, der Sozialversicherungsträger, der Apothekerkammer, der Ärzte-

kammer sowie Mitarbeiter von Drogeneinrichtungen. Die Beratungen der Drogenkommission führten zu einer Versachlichung der Drogendebatte und zum Konsens, dass zur Lösung der Probleme gemeinsame Anstrengungen erforderlich sind. Das Ziel war, die befassten Bereiche aufeinander abzustimmen und zu koordinieren. Der gemeinsame Weg wurde als Grundlage der Qualität erfolgreicher Drogenarbeit definiert. Bis heute wird das Drogenkonzept in Wien durch eine breite überparteiliche Zusammenarbeit gefördert und hat zu einer pragmatischen Vorgangsweise geführt.

Das Wiener Drogenkonzept baut auf dem österreichischen Suchtmittelgesetz auf, insbesondere auf dem Grundsatz „Therapie statt Strafe“. Sucht bedeutet in jedem Fall individuelles, familiäres und gesellschaftliches Leid und erfordert Hilfe. Es gilt der Grundsatz der „integrierten Drogenpolitik“. Dieser Grundsatz entspricht der gesellschaftspolitischen Tradition in Wien, Randgruppen durch soziale Maßnahmen zu integrieren und ihre Ausgrenzung zu verhindern. Weiters geht es darum, die Beratung und Betreuung von Suchtkranken in das soziale und medizinische Netz der Stadt zu integrieren.

Oberstes Ziel der Wiener Drogenpolitik ist es, dass so wenige Menschen wie möglich Drogen konsumieren und dass jene, die davon nicht abzuhalten sind, so wenig Schaden wie möglich nehmen. Zur Bewältigung der komplexen Probleme im Zusammenhang mit Sucht und Drogen sind Strategien zu entwickeln, um den Schaden für die Gesellschaft so gering wie möglich zu halten.

Nicht jede Droge hat ein Suchtpotential oder macht direkt süchtig. Aber alle Drogen und Suchtmittel beeinträchtigen die körperliche oder psychische Gesundheit und bergen daher bestimmte Gefahren. Deshalb ist aus gesundheitspolitischer Sicht grundsätzlich der Konsum aller Suchtmittel und Drogen einschließlich der missbräuchlichen Verwendung von Medikamenten, Alkohol und Nikotin abzulehnen.

Das Wiener Drogenkonzept begegnet dem gesellschaftlichen Phänomen „Sucht und Drogen“ in seinen vielfältigen Ausprägungen und legt die notwendigen Rahmenbedingungen für die erforderlichen Maßnahmen fest. Eine zeitgemäße Gesetzgebung und differenzierte Kontrollmaßnahmen sind genauso wichtig wie unterschiedliche präventive, soziale und therapeutische Maßnahmen.

Hervorgehoben wird ein klares Bekenntnis zur Reduktion des Drogenangebots und der Nachfrage, zur Verfolgung und Bestrafung des organisierten Drogenhandels und zur Behandlung der Drogenabhängigen als Kranke. Bei Drogenkonsumenten hat die Beratung bzw. medizinisch-therapeutische Behandlung Vorrang vor der strafrechtlichen Verfolgung.

Dieser Grundgedanke – strafrechtliche Verfolgung von Drogenhändlern bei gleichzeitiger Entkriminalisierung von Konsumenten – bedeutet nicht die Legalisierung von Drogen.

Eine wirksame Suchtprävention ist ein zentrales Anliegen, wobei ein deutlicher Schwerpunkt bei der Auseinandersetzung mit den Ursachen von Sucht gesetzt wird.

Sucht stellt eine schwere körperliche, seelische und soziale Beeinträchtigung dar und wird als Krankheit definiert. Die Entstehung von Sucht hat viele Ursachen. Die Frage, warum ein Mensch süchtig wird und ein anderer nicht, ist wissenschaftlich noch nicht vollständig geklärt. Individuelle, familiäre und gesellschaftliche Einflüsse spielen dabei genauso eine Rolle, wie die chemisch-pharmakologischen Eigenschaften der jeweiligen Droge. Ein großer Teil der Drogenabhängigen hat zusätzliche psychische Erkrankungen. Zwischen Suchtkrankheit, sozialer Desintegration und Verelendung bestehen enge Zusammenhänge, wobei Sucht oft das Symptom einer tiefer gehenden Störung ist.

Die Suchtkrankheit hat unterschiedliche Verläufe. Deshalb sind in Beratung, Behandlung und Betreuung unterschiedliche Modelle notwendig. Eine Behandlungsform, die für ei-

nen Suchtkranken richtig ist, muss nicht auch für andere geeignet sein. Drogentherapeutische Maßnahmen sind nur dann erfolgreich, wenn sie von den Betroffenen angenommen werden.

Die Wiener Drogenpolitik ist als Querschnittspolitik gemeinsames Anliegen und integrierter Bestandteil sämtlicher Bereiche kommunalen Handelns. Sie baut auf vier Säulen auf:

1) Prävention

Suchtprävention ist Bestandteil einer umfassenden Gesundheitsförderung und schließt Fragen des Drogen-, Alkohol-, Nikotin- und Medikamentenmissbrauchs als gleichbedeutend mit ein. Sie erfordert eine ganzheitliche Sichtweise und muss im Rahmen eines pädagogischen Prozesses umgesetzt werden. Bildungs- und jugendpolitische Maßnahmen bilden dafür den notwendigen Handlungsrahmen. Suchtprävention darf nicht auf punktuelle Maßnahmen und Abschreckungsmethoden reduziert werden. Sie muss eine öffentliche Sensibilisierung erzielen und langfristig wirken.

2) Gesundheitsbezogene Maßnahmen

Um den unterschiedlichen Ursachen und Verlaufsformen der Suchtkrankheit gerecht zu werden, muss es ein breites Spektrum an Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen geben, die auf die individuelle Problematik eingehen. Wien setzt in der Behandlung und Betreuung Suchtkrankter auf Methodenvielfalt. Ambulante und stationäre Einrichtungen bilden mit abstinenzorientierten, substituierenden und suchtbegleitenden Therapieangeboten ein breites Netzwerk.

3) Soziale Maßnahmen

Zwischen Drogenkonsum, Suchterkrankung und der sozialen Situation der Betroffenen bestehen ursächliche Zusammenhänge. Daher ist die soziale Betreuung integrierter Bestandteil des Behandlungs- und Betreuungskonzeptes.

Maßnahmen zur Verhinderung von Verelendung und zur Sicherung der sozialen Grundbedürfnisse – wie z. B. Wohnen – und Maßnahmen zum Abschluss einer Berufsausbildung und zur Eingliederung in den Arbeitsmarkt haben einen hohen Stellenwert.

4) Sicherheit

Es gilt der Grundsatz Hilfe statt Strafe für die Drogenkonsumenten und Verfolgung und Strafe bei Drogenhandel. Der Schwerpunkt liegt dabei auf der Bekämpfung der organisierten Kriminalität und Geldwäsche, wobei die Sicherheit der Bevölkerung oberste Priorität hat. Ein umfassender Sicherheitsbegriff schließt Aspekte der objektiven Sicherheit und Maßnahmen zur Verbesserung des subjektiven Sicherheitsgefühls, der sozialen Verträglichkeit und der Konfliktregelung mit ein.

Es wurde eine Reihe von Zielen und deren Umsetzung in Handlungsfeldern definiert:

Gesundheit fördern – Suchtentwicklung verhindern

Ziel ist es, Probleme, die sowohl durch den Konsum von Drogen bedingt sind wie Suchtkrankheiten selbst gar nicht erst entstehen zu lassen. Die Prävention von Suchtkrankheiten ist als integrativer Bestandteil einer umfassenden Gesundheitsförderung und Persönlichkeitsförderung zu verstehen. Die Stärkung der sozialen Kompetenzen, des Selbstbewusstseins und der Fähigkeit zur Konfliktbewältigung sind wichtige Schutzfaktoren.

Suchtgefahren früh erkennen – rechtzeitig intervenieren

Ziel ist es, schon beginnenden Drogenkonsum, eine bestehende Suchtgefährdung oder eine beginnende Suchtentwicklung so früh wie möglich zu erkennen, um auch so früh wie möglich die

richtigen Interventionen setzen zu können. Das Vertrauen der Betroffenen in die Hilfsangebote ist so weit zu fördern, dass letztere schon zu einem frühen Zeitpunkt in Anspruch genommen werden. Dadurch ist es möglich, schädlichen und riskanten Drogenkonsum zu minimieren.

Kranke behandeln – Schaden begrenzen

Ziel ist es, Suchtkranke mit allen heute zur Verfügung stehenden Methoden zu behandeln, so wie dies auch bei anderen Erkrankungen selbstverständlich ist. Dort, wo eine Heilung nicht, noch nicht oder nur teilweise möglich ist, ist es das Ziel, die zusätzlichen Erkrankungen und Schäden, die durch Drogenkonsum entstehen, möglichst gering zu halten.

Hilfe und Beratung – angstfreies Klima für Konsumenten schaffen

Ziel ist es, Rahmenbedingungen zu schaffen, in denen Drogenkonsumenten Beratung und Hilfe ohne Angst vor nachteiligen Folgen in Anspruch nehmen können. Nur wenn die angebotene Hilfe die Betroffenen auch erreicht und von ihnen angenommen wird, kann sie wirksam sein. Solange jemand Sorge haben muss, seinen Arbeitsplatz, die Lehrstelle oder den Ausbildungsplatz zu verlieren oder strafrechtlich verfolgt zu werden, wenn er Beratung und Behandlung in Anspruch nehmen will, werden Hilfsangebote nicht ihre volle Wirksamkeit entwickeln können.

Beratung – Behandlung – Betreuung vernetzen

Die Anzahl und die Kapazität der Behandlungs- und Betreuungseinrichtungen sowie der nicht direkt auf das Problem Sucht und Drogen spezialisierten Stellen, die sich der Problematik annehmen, ist in den letzten Jahren gewachsen. Ziel ist ein effektives Netzwerk der Hilfseinrichtungen. Vor einer Kapazitätserweiterung ist der Schwerpunkt daher zunächst auf eine Verbesserung der Zusammenarbeit zu legen.

Die einzelnen Angebote müssen – z. B. durch mehr Verbindungsdienste – besser aufeinander abgestimmt werden.

Soziale Integration und Rehabilitation fördern

Ziel ist es, zu verhindern, dass Drogenkonsumenten und Suchtkranke ihre Ausbildung abbrechen, ihre Arbeitsfähigkeit verlieren, aus dem Arbeitsprozess ausscheiden und in eine Spirale der sozialen Ausgrenzung geraten. Die Behandlung und Betreuung von Suchtkranken kann nur dann erfolgreich verlaufen, wenn es gelingt, die soziale Integration und Rehabilitation der Betroffenen zu sichern.

Sicherheit gewährleisten

Ziel ist es, die öffentliche Ordnung und Sicherheit auch weiterhin auf hohem Niveau zu gewährleisten. Der umfassende Sicherheitsbegriff des Wiener Drogenkonzeptes bezieht neben klassischen sicherheitspolitischen Maßnahmen zur Eindämmung des Drogenproblems auch gesundheitspolitische und sozialpolitische Maßnahmen mit ein.

Im Folgenden werden einige der Handlungsfelder beschrieben, mit denen die Ziele des Drogenkonzeptes erreicht werden sollen.

Handlungsfeld Suchtprävention

Suchtprävention dient der Förderung und Erhaltung von Gesundheit, um zu verhindern, dass sich Sucht entwickelt und durch den Konsum von Drogen Probleme auftreten. Prävention heißt aber auch, dort, wo bereits Probleme bestehen, Schaden und Leid möglichst gering zu halten. Prävention ist als langfristiger pädagogischer Prozess zu verstehen, der nicht durch punktuelle Maßnahmen ersetzt werden kann. Drogenkonsum und Suchtentwicklung stehen oftmals in engem Zusammenhang mit

Pubertäts- und Adoleszenzproblemen. Die Förderung der Persönlichkeitsentwicklung und der Erwerb von gesunden Lebenskompetenzen, wie Selbstwertgefühl, Konflikt- und Kommunikationsfähigkeit, aber auch das Erlernen der Übernahme von Verantwortung für sich und seine Mitmenschen, spielen eine große Rolle. Suchtprävention heißt auch „Leben lernen“ und ist ein integrierter Bestandteil umfassender Gesundheitsförderung. Suchtprävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Kinder und Jugendliche stehen dabei im Mittelpunkt der Bemühungen. Kinder- und jugendgerechte Präventionskonzepte müssen die verschiedenen Faktoren, die zu einer Suchtentwicklung führen, berücksichtigen. Suchtprävention betrifft deshalb den gesamten Jugend- und Bildungsbereich. Dafür gibt es eine Vielfalt verschiedener Ansätze, Modelle und Methoden. Sie müssen den unterschiedlichen Lebenswelten, in denen die Jugendlichen aufwachsen, entsprechen und auch geschlechtsspezifische Aspekte berücksichtigen.

Die Vorbildwirkung der erwachsenen Bezugspersonen muss berücksichtigt werden. Ein wichtiger Bereich ist hier die Auseinandersetzung mit dem unkritischen Konsum von Medikamenten zur Stimmungsveränderung, Entspannung und Leistungssteigerung in weiten Teilen der Bevölkerung. Der leichtfertigen Abgabe von Psychopharmaka und „Leistungspillen“ an Kinder und Jugendliche ist entgegenzuwirken. Suchtprävention darf sich nicht auf Informationsweitergabe beschränken, sondern geht weit darüber hinaus. Punktuelle Information allein ist zu wenig, Abschreckung zumeist präventiv wirkungslos. Information muss integrierter Bestandteil eines umfassenden suchtpräventiven Lernprozesses sein.

Suchtprävention in der Schule ist als fächerübergreifendes Unterrichts- und Erziehungsprinzip Bestandteil der schulischen Gesundheitserziehung. Diese ist ein kontinuierlicher Prozess, der von der gesamten Schulgemeinschaft, vor allem aber von den Lehrern getragen werden muss. Es gilt, in der Schule eine Ver-

trauensbasis herzustellen, die es ermöglicht, über das Thema Sucht angstfrei zu sprechen.

In Wien leben über 300.000 Kinder und Jugendliche unter 19 Jahren.³ Das Drogenkonzept fördert daher die Aus- und Weiterbildung von qualifizierten Multiplikatoren als Schlüsselpersonen. Multiplikatoren sind in erster Linie Mitarbeiter aus den Bereichen Kindergartenpädagogik, Sozialpädagogik, Sozialarbeit, Jugendwohlfahrt und Freizeitpädagogik, Schule und Lehrlingsausbildung, Psychologie, Seelsorge, Krankenpflege und Medizin. Um den Erfahrungsaustausch, die Zusammenarbeit und die Abstimmung der Präventionsfachleute sicherzustellen, wurde das „Forum Suchtprävention Wien“ gegründet. Dieses bildet die Grundlage für das Netzwerk der Fachleute der Suchtprävention.

In den letzten Jahren wurden in Wien mehr als 1000 Lehrer für suchtpräventive Arbeit ausgebildet; darüber hinaus sind eine große Zahl von Präventionsprojekten an Wiener Schulen durchgeführt worden.⁴ Dabei werden im Jahr 2000 regionale Schwerpunkte, z. B. im 21. und 22. Wiener Gemeindebezirk, gesetzt. Durch diese Maßnahmen ist es gelungen, den Einstieg in riskanten Drogenkonsum bei Jugendlichen zu reduzieren. Waren bis vor etwa fünf Jahren noch ca. drei- bis vierhundert Jugendliche wegen riskanten Drogenkonsums und einer beginnenden bzw. manifesten Drogenabhängigkeit in verschiedenen Wiener Drogeneinrichtungen in Betreuung, so ist diese Zahl im Jahr 2000 auf etwa die Hälfte zurückgegangen.⁵

Handlungsfeld Beratung - Behandlung - Betreuung

Die Zahl der schwer Drogenabhängigen in Wien, die täglich und zwanghaft vor allem Opiate konsumieren, beträgt zwischen fünf- und sechstausend Personen. Dazu kommt eine ebenso große Gruppe von Drogenabhängigen, die Opiate wiederholt, aber nicht regelmäßig

konsumieren. Diese Zahlen konnten in den letzten Jahren konstant gehalten werden.⁶

Um den unterschiedlichen Ursachen und Verlaufsformen der Suchtkrankheit therapeutisch adäquat zu begegnen, ist ein breites und differenziertes Spektrum von Beratungs-, Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen erforderlich. Das grundsätzliche Ziel jeder Beratung, Behandlung und Betreuung ist die Heilung der Suchtkrankheit.

Sucht ist allerdings eine chronische Erkrankung und oft kann – wie bei anderen chronischen Erkrankungen auch – keine vollständige Heilung erreicht werden. Die Behandlung und Betreuung muss dann ein möglichst normales Leben mit der Krankheit zum Ziel haben. Sucht wird nicht als isoliertes Phänomen gesehen. Bereits davor liegende Ursachen und tiefer

liegende Störungen sind zu erkennen und ebenfalls zu behandeln.

Je früher beginnende Drogenprobleme, eine bestehende Suchtgefährdung oder eine beginnende Suchtentwicklung erkannt und je früher die richtigen Interventionen gesetzt werden, desto besser sind die Chancen auf Heilung und vollständige Rehabilitation. Deshalb wird ein Schwerpunkt auf Früherkennung und Frühintervention gelegt.

Die Betreuung kann als abstinentorientierte oder als substituierende (Verschreibung von Ersatzdrogen wie Methadon) Behandlung oder suchtbegleitend erfolgen.

Das Angebot für Behandlung und Therapie bildet ein Netzwerk, in dem die einzelnen Einrichtungen mit verschiedenen Betreuungskonzepten tätig sind:

Vorfelddarbit

niederschwellige
Drogenarbeit

ambulante Beratung

ambulante Betreuung

stationäre Behandlung

ambulante
Langzeitbehandlung

stationäre
Langzeitbehandlung

Rehabilitation

Viele Patienten durchlaufen etliche Behandlungsformen, bis die Therapie Erfolg hat. Deshalb muss die Entscheidung, welcher Patient welche Behandlung in Anspruch nehmen soll, auf eine objektive fachliche Grundlage gestellt werden.

Ein Teil der Probleme, die im Zusammenhang mit Sucht und Drogen stehen, bedarf kei-

ner Behandlung durch Drogenspezialisten. Dafür stehen auch die allgemeinen Hilfs- und Behandlungseinrichtungen des medizinischen, therapeutischen und sozialen Sektors für Betroffene offen. Suchtpatienten werden hier zunehmend genauso behandelt wie andere Patienten auch.

Drogeneinrichtungen haben die Funktion von Kompetenzzentren. Sie unterstützen ande-

re Einrichtungen mit ihrem Fachwissen und stehen gleichzeitig auch den Patienten zur Verfügung, die eine spezifische Betreuung benötigen.

In der niedrigschwelligen Drogenarbeit wird die Gruppe jener Personen, die sich in der Straßendrogenszene aufhalten, vor Ort betreut. Diese Gruppe ist klein, aber besonders gefährdet, in hohem Maß sozial desintegriert, gesundheitlich belastet und in der Öffentlichkeit besonders auffällig. Der direkte Kontakt zu den Klienten der Straßendrogenszene schafft eine Vertrauensbasis für die Inanspruchnahme von weiterführender Hilfe. Eine Eskalation in diesem Bereich und eine massive Verelendung der Suchtkranken konnte damit verhindert werden. Die niedrigschwelligen Maßnahmen bestehen aus ärztlicher Basisversorgung, Spritzenaustauschprogrammen, Prophylaxe von Infektionserkrankungen, Wasch- und Schlafmöglichkeiten sowie Tagesarbeitsplätzen.

Die Zahl der Drogenabhängigen, die der „Straßendrogenszene“ zuzurechnen sind, beträgt maximal 500 Personen.⁷ Der größte Teil dieser Personengruppe steht in Kontakt und in Betreuung durch Mitarbeiter des Vereines Wiener Sozialprojekte – eine Einrichtung, die mit niedrigschwelliger Drogenarbeit befasst ist. An den Plätzen der „offenen Drogenszene“ in Wien werden im Durchschnitt nicht mehr als etwa 30 drogenabhängige Personen gezählt. Die Situation an diesen Plätzen ist kontrolliert und steuerbar. Eine Entwicklung wie in Frankfurt mit etwa 1000 Personen, die sich an Plätzen der offenen Drogenszene aufhalten, bzw. Zürich, wo über 2000 Personen in der offenen Drogenszene täglich anzutreffen waren, konnte in Wien vermieden werden. Die Situation ist stabil und kontrollierbar, da ein Teil der Klienten aus niedrigschwelligen in höherschwellige Betreuungsmaßnahmen übergeführt werden kann.

In ambulanten Beratungs- und Betreuungseinrichtungen ist heute österreichweit die größte Zahl der Drogengefährdeten und -abhängigen und deren Angehörige in Behandlung und Betreuung. Neben abstinenzorientierter Behandlung wird vor allem Substitutionstherapie angeboten.

Etwa 4500 schwerstabhängige Drogenpatienten in Wien stehen heute in ambulanter Betreuung, 3000 davon in Substitutionsbehandlung.⁸ In Österreich werden heute insgesamt 4500 Drogenabhängige mit Substitutionsmedikamenten behandelt. Durch die Substitutionsbehandlung ist die Beschaffungskriminalität und Beschaffungsprostitution deutlich zurückgegangen. Viele Drogenabhängige sind durch diese Behandlungsform erstmals in ein längerfristiges, kontinuierliches Betreuungskonzept eingebunden worden. Die Meldungen über Aids-Infektionen bei Drogenabhängigen in Wien betragen pro Jahr unter 10 Personen.⁹

Die stationäre Behandlung ist in erster Linie abstinenzorientiert und umfasst Entzugsbehandlung und Entwöhnungsbehandlung. Es gibt Kurzzeit- und Langzeitmodelle, die sich an spezifische Zielgruppen richten.

In Wien sind etwa drei Viertel der schwerstabhängigen Drogenkonsumenten in einem Beratungs- oder Betreuungsverhältnis. Die hohe Akzeptanz der angebotenen Maßnahmen hat dazu geführt, dass sich keine größere Gruppe von besonders schwierigen, sozial deklassierten und vielfach vorbestraften Therapieverweigerern gebildet hat, die in vielen anderen Großstädten der Welt die Kontrolle und Steuerung der Drogenprobleme einer Region besonders schwierig gestalten, wenn nicht ganz unmöglich machen.

Handlungsfeld Beschäftigung als soziale Integration und Prävention

Die soziale Stellung in der Gesellschaft wird in hohem Maße durch Erwerbsarbeit definiert. Erwerbsarbeit stellt dadurch einen bedeutenden präventiven Faktor dar. Menschen ohne Arbeit sind wesentlich stärker suchtfähig. Die Bekämpfung von Arbeitslosigkeit hat grundlegende suchtpreventive Bedeutung. Der Ausgrenzung von Suchtkranken aus der Arbeitswelt ist aktiv entgegenzuwirken. Die Erhaltung und die Wiederherstellung der sozialen

Grundbedürfnisse – wie z. B. Wohnen – und der Arbeitsfähigkeit sind vorrangige Aufgaben in der Behandlung von Suchtkranken.

Die Entwicklung konkreter Maßnahmen beruht in Wien auf einer Zusammenarbeit mit dem Arbeitsmarktservice (AMS), dem Wiener ArbeitnehmerInnenförderungsfonds (WAFF) und den Vertretern von Arbeitgebern und Arbeitnehmern.

Eine Reihe von Drogeneinrichtungen ist mit der Durchführung entsprechender arbeitsmarktbezogener Betreuungsangebote befasst. Um Suchtkranken mit eingeschränkter Leistungsfähigkeit den Zugang zu einer Ausbildung oder die Möglichkeit zu einer sinnvollen Arbeit zu geben, sind spezifische arbeitsmarktpolitische Projekte notwendig. Im Rahmen von Projekten des zweiten Arbeitsmarktes können Betroffene in betreuten Ausbildungs- und Arbeitsverhältnissen ihre Arbeitsfähigkeit wiedererlangen. Die Chancen für schwerstabhängige Suchtkranke ohne Ausbildung auf Arbeit müssen allerdings realistisch eingeschätzt werden.

Handlungsfeld Justiz und Sicherheit

Das österreichische Suchtmittelgesetz bietet die Möglichkeit des Einsatzes gesundheitsbezogener Maßnahmen bei der vorläufigen Zurücklegung der Anzeige, bei der vorläufigen Einstellung des Strafverfahrens und beim Aufschub des Strafvollzuges. Die gesundheitsbezogenen Maßnahmen werden in Einrichtungen angeboten, die nach dem Suchtmittelgesetz anerkannt sind und haben sich als wirksameres Mittel zur Kontrolle der Probleme von Drogenabhängigen erwiesen, als Haftstrafen.

Objektiven Sicherheitsproblemen im Drogenbereich muss durch gezielte Maßnahmen der Polizei und Schwerpunkte der Sozialarbeit begegnet werden. Eine Konzentration der offenen Drogen-

szene auf bestimmte Plätze der Stadt führt zu einem überproportionalen Anstieg der Probleme vor Ort und ist daher zu verhindern. Verstöße gegen die allgemein gültigen Gesetze zur Aufrechterhaltung der öffentlichen Ordnung und Sicherheit sind grundsätzlich nicht tolerierbar.

Der Kooperation zwischen Sicherheitsbehörde und Sozialarbeit wird große Beachtung geschenkt. Auf der Grundlage von gemeinsamen Analysen der Sicherheitssituation in problematischen Bereichen werden spezifische Maßnahmen entworfen. Dadurch können entsprechende Richtlinien unter dem Gesichtspunkt eines breiten Sicherheitsbegriffs entwickelt werden. Aspekte der objektiven Sicherheit, der sozialen Verträglichkeit und der Konfliktregelung werden gleichermaßen berücksichtigt.

Referenzen:

1. *World Drug Report, United Nations International Drug Control Programme, 1997, S. 124*
2. *Wiener Drogenkonzept, Magistrat der Stadt Wien, 1991, Wiener Drogenkonzept 1999, Magistrat der Stadt Wien, 1999*
3. *Statistisches Jahrbuch der Stadt Wien*
4. *Persönliche Mitteilung von Mag. Paul KRAL, Direktor des Pädagogischen Institutes der Stadt Wien*
5. *Aus den Jahresberichten der Wiener Drogeneinrichtungen, persönliche Mitteilungen von Mitarbeitern dieser Drogeneinrichtungen*
6. *A. DAVID, Quantifizierung des Drogenproblems in Wien und die in Wien vorherrschenden Konsummuster, Protokoll der Wiener Drogenkommission, 1997*
7. *Jahresbericht 1999 der Straßensozialarbeit - Streetwork, Jahresbericht 1999 der Sozialmedizinischen Drogenberatungsstelle - Ganswirt, beide Verein Wiener Sozialprojekte, 1999*
8. *Jahresberichte der Wiener Drogeneinrichtungen, Substitutionsstatistik der Bezirksgesundheitsämter, Magistratsabteilung 15 - Gesundheitswesen, Wien, Mai 2000*
9. *Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Abt. VIII/D/2 1999, Gesundheitsbericht für Wien 1999*

Zur erzieherischen Funktion des Rechts

Franz BYDLINSKI

ZUSAMMENFASSUNG

Die erzieherische, also bewusstseinsbildende und ohne Zwang rechtskonformes Verhalten fördernde Funktion des Rechtes darf man gewiss nicht überschätzen. Realistische Messungen sind kaum möglich. Doch lassen sich ein Rechtssystem und die Sozietät, die es trägt, längerfristig nur unter exzeptionellen Umständen durch bloßen Zwang aufrechterhalten. In bedenklichem Ausmaß real wirksam scheint der Abbau der bewusstseinsbildenden Wirkungen von Recht und damit zugleich der rechtlichen Verantwortung durch Rechtsänderungen zu sein, die bloß durch einseitige Radikalideologien motiviert sind. Weitere Einbußen an der erzieherischen Funktion des Rechts sollte auf mehreren Ebenen entgegen gewirkt werden. Beim Drogenproblem ist die Parole „Heilen statt strafen“ eine falsche Alternative, weil missbilligende Reaktionen und therapeutische Bemühungen tunlichst aufeinander abgestimmt und kombiniert werden sollten.

Schlüsselwörter: Rechtssystem, Bewusstseinsbildung durch Recht, Drogenproblematik

ABSTRACT

The educational, the conscience-forming function of the law and the function that promotes unenforced legal behavior may certainly not be overestimated. Realistic measurements can hardly be set. However, in the long run, a legal system and a society carrying it, can forcefully be maintained only under exceptional conditions. The reduction of conscience-forming effects of the law and thus of legal responsibility by law alteration seems to be real to a serious extent, which is motivated by merely one-sided radical ideologies. Further reduction of the educational function of law should be opposed on several levels. Regarding the drug problem, the phrases „healing instead of punishing“ is to be regarded as a false alternative, because dissenting reactions and therapy efforts are to be thoroughly evaluated and combined.

Keywords: legal system, conscience-forming by law, drug problem

Anschrift des Autors: em.Univ.-Prof.Dr. Franz BYDLINSKI, Hohe Wand-Straße 46
A - 2344 Maria Enzersdorf

1) Reflexionen über die erzieherische Funktion des Rechts – mit der Drogenproblematik als vorgegebenem anschaulichem Beispiel – verlangen zunächst nach Klärung des Gemeinten. Den (außerhalb der Mathematik) vagen Funktionsbegriff wird man dahin explizieren können, dass er eine Gegebenheit (hier: das Recht) zu einer Aufgabe oder einem Zweck (einem gewünschten Zustand) und gleichzeitig zu einer Wirkung in Beziehung setzt. Soweit Zweck und Wirkung übereinstimmen, ist der erste verwirklicht; andernfalls bleibt er Verhaltenspostulat.

Eine „erzieherische“, also einstellungs- und letztlich verhaltensbeeinflussende Funktion des Rechts trifft sich zunächst mit dem allgemeinsten Sinn aller Normen, der Verhaltenssteuerung. (Damit wird die Existenz anderer Normtypen als der Verhaltensnormen keineswegs geleugnet. Sie lassen sich aber so verstehen, dass sie Vor- oder Teilfragen bei der Bildung oder Anwendung von Verhaltensnormen regeln, also ihre definitive Bedeutung im Kontext mit Verhaltensnormen erlangen.) Doch deutet die Hervorhebung des „erzieherischen“ Aspekts auf eine Verengung der Beeinflussungsmittel: den klassischen organisierten Zwang, das zentrale Merkmal des „positiven Rechts“ kann man im Zusammenhang mit der erzieherischen Funktion nicht meinen. Wer angesichts eines Polizisten oder einer „Radarfalle“ auf die vorgeschriebene Geschwindigkeit herunterbremst, tut dies zur aktuellen Vermeidung von Strafe, also von Zwang. Seine Einstellung und damit seine gesamten Verhaltenstendenzen bleiben unberührt. „Erzieherische“ Funktion deutet demgegenüber auf die innere Einstellung, auf eine, wie man heute gern sagt, gelungene „Bewusstseinsbildung“. Sie tritt überall dort in den Vordergrund, wo infolge der Schwierigkeiten von Tatsachenfeststellung und Beweis (oder aus welchen Gründen immer) aktueller Zwang mit hoher Wahrscheinlichkeit auch bei Rechtsverletzung nicht droht.

Andererseits muss rechtskonformes Verhalten, bei dem ersichtlich drohender Rechts-

zwang als Verhaltensmotiv nicht im Spiel ist, keineswegs stets eine edukative Wirkung des Rechts bezeugen. Das zeigt sich in allen Fällen, in denen ein Beteiligter in bewusster gänzlicher Rechtsunkenntnis einfach im Einklang mit seinen Vorstellungen handelt, oder in denen er einfach entsprechend seinen, von ihm als legitim betrachteten Interessen etwas tut oder unterlässt. Das kann in unbewusster und insofern zufälliger Übereinstimmung mit dem Recht geschehen. Auch hier ist freilich möglich, aber keineswegs sicher, dass die verhaltensleitenden Vorstellungen von dem, was sich gehört, oder von der Legitimität bestimmter eigener Interessen tatsächlich doch durch langfristig wirksame und längst bewusstseinsbildende Rechtsregeln mitgeprägt sind. Wenn die große Mehrheit der Menschen unter einigermaßen normalen (nicht extrem emotionalisierten) Umständen (ungeachtet einer offenbar wachsenden Minderheit von Randalierern und Gewalttätern) sich bemüht, körperliche Verletzungen anderer Menschen sowie Sachbeschädigungen tunlichst zu vermeiden, so schwerlich deshalb, weil sie die unzähligen Gesetzes- und Verordnungsparagraphen kennen und bewusst befolgen, die diese Vermeidung bezwecken. Primär wird dies vielmehr aus eigener Wertüberzeugung geschehen, die allerdings in bezug auf Person und Eigentum anderer Menschen durch den allgemeinen Rechtsgrundsatz „neminem laedere“ im Lauf seiner mehrtausendjährigen Geltung für den friedlichen Zustand innerhalb einer Rechtsgemeinschaft nachhaltig mitgeformt sein dürfte. Zu einer solchen mittelbaren und unbewussten Wirksamkeit dürften nur allgemeine Rechtsgrundsätze mit ihren generellen Werttendenzen fähig sein; nicht die gewaltigen Paragraphenmassen, die den Normadressaten notwendigerweise unbekannt sind und die ihre Bedeutung (unter unvermeidlicher juristischer Vermittlung) erst im ernstlichen Streitfall, nicht im Alltagsverhalten erlangen. Andere Beispiele für dasselbe Phänomen sind etwa der Grundsatz, dass Versprochenes gehalten wer-

den soll (Vertragstreue; *pacta sunt servanda*) sowie die familienrechtlichen und subsidiär die öffentlichen Fürsorgepflichten, mag ihrer selbstverständlichen Wirksamkeit auch durch das heute verbreitete bequeme „Unverantwortungsgefühl“ schon erheblicher Abbruch geschehen sein. Nur wenige richtungsweisende Rechtswerte sind für das durchschnittliche Mitglied der Rechtsgemeinschaft gedächtnismäßiger Speicherung oder gar selbstverständlicher „Verinnerlichung“ fähig, gewaltige Mengen an positiven Gesetzen jedenfalls nicht.

Von erzieherischer Wirkung des Rechts kann man nach dem Gesagten sinnvoll sprechen, wenn und soweit rechtskonformes Verhalten nicht durch aktuell drohenden Rechtszwang, sondern durch eine regelmäßig über Generationen entwickelte und weitergegebene bewussten- oder einstellungsbildende Kraft bestehender Rechtsnormen herbeigeführt wurde oder wenn dies doch nach Lage der Dinge nicht unwahrscheinlich erscheint. Mit der letztgenannten Erweiterung wird der häufigen Unaufklärbarkeit der genauen Verhaltensmotivation bzw. ihrer genetischen Entwicklung Rechnung getragen. Der prekäre Charakter dieses Erweiterungsbereiches kann dadurch zum Ausdruck gebracht werden, dass man z.B. von wahrscheinlicher edukativer Wirkung spricht.

Eine faktische Wirkungsquote mit teilweiser bloßer Wahrscheinlichkeitskomponente sollte der Jurist, wenn sie überhaupt annäherungsweise ohne völlig freihändige Schätzungen angegeben werden kann, jedenfalls nicht suchen. Seine letztlich normativen Fragestellungen verweisen ihn auch bei der erzieherischen Funktion auf die normative Komponente, also den Zweck bzw. die Aufgabe des Rechts, zum Zwecke der Verhaltensbeeinflussung auch erzieherisch zu wirken. Wie schwach immer die tatsächliche Wirkungsquote sein mag, so liegt doch normativ das Postulat ihrer Verbesserung oder wenigstens Nicht-Verschlechterung durch darauf ausgerichtete Maßnahmen nahe. Denn eine vergrößerte Wir-

kungsquote führt zur umfassenderen Rechtskonformität des Verhaltens ohne aktuellen Zwang und häufig in Übereinstimmung mit den eigenen, selbstverständlichen Überzeugungen der Normadressaten. Sie ist also aus Freiheits- und Zweckmäßigkeitgründen wünschenswert. Das gilt allerdings nur für den, der rechtskonformes Verhalten in der Rechtsgemeinschaft bevorzugt, also zumindest im großen und ganzen (nicht notwendig in allen Einzelheiten) dem aktuellen Recht inhaltlich einen positiven Wert zuschreibt.

2) Man sollte meinen, dass dies schon angesichts der gewaltminimierenden und damit personenschützenden Friedensfunktion wirksamen Rechts selbstverständlich ist; und zwar einfach angesichts der Alternative, die im Chaos und im „*bellum omnium contra omnes*“ besteht. Die leider unveränderte reale Möglichkeit normfreien Massenmordes belegen zeithistorisch in erschütternder Weise und im Makroformat die Exempel Libanon, Bosnien, Ruanda etc., aber darüber hinaus auch für ihre Dauer und für ihre geographische Sphäre alle die häufigen Ausbrüche unkontrollierter öffentlicher Gewalt oft aus wichtigsten Anlässen oder sogar überhaupt ohne erkennbaren Grund, die auch in grundsätzlich unter der Herrschaft des Rechts stehenden friedlichen Sozietäten immer wieder zu beobachten sind. Von Fußballspielen und Popkonzerten bis zu „Friedensmärschen“ oder Opernballdemonstrationen kann, in Verbindung mit ungezügelter Hass- und Neiderfüllung, beliebig austauschbaren „linken“ oder „rechten“ ideologischen Parolen des Klassen- oder Rassenhasses alles Beliebige als Anlass herhalten. Private Gewalt hat es, wie die Mord- und sonstigen Übeltaten zu allen Zeiten lehren, die aus erkennbaren egoistischen Motiven begangen wurden, immer gegeben. Sie konnten auch durch die bestbegründeten normativen Ordnungen zwar durch ihre Erziehungsfunktion und durch ihren Sanktionsdruck erheblich eingedämmt, nicht aber beseitigt werden. Das

widerlegt bereits zureichend banal-„realistische“, normfeindliche Meinungen, die eine Regelung bereits für wertlos halten (oder zu halten vorgeben), wenn sie nicht ausnahmslos befolgt oder gar zunehmend verletzt wird. Das letztere lässt sich häufig statistisch eindrucksvoll darstellen. Die Fälle hingegen, in denen Normen mit völliger, ganz unreflektierter Selbstverständlichkeit beachtet werden, in denen sich also ihre erzieherische Funktion besonders verwirklicht, lassen sich empirisch viel schwerer oder gar nicht erfassen, weil diese Wirkung den von ihr Betroffenen gar nicht bewusst zu sein braucht. Die entsprechenden Fälle treten allenfalls erst nach einem angeblich empirisch notwendigen Rückzug des Rechts von bisherigen normativen Positionen in Erscheinung, der bei entsprechend öffentlichkeitswirksamer Veranstaltung auch die erzieherische Funktion des bisherigen Rechtes sehr rasch in das Gegenteil verkehrt: Wegfall oder Reduktion der Strafbarkeit wird ja z.B. in der öffentlichen Meinung meist sogleich als rechtliche Zulässigkeit oder gar als Gewährung eines „Rechtes“ auf ein bestimmtes Verhalten interpretiert. Eine empirisch-statistische Kontrolle solcher Entwicklungen wird von ihren Befürwortern freilich in kritischen Bereichen oft strikt vermieden. Starke Auswirkungen sind aber stets zu vermuten, weil es erfahrungsgemäß viel leichter und rascher möglich ist, interne Wirkungen von Normen, die egoistisches Handeln im Interesse anderer beschränken, zu beseitigen, als sie aufzubauen. Statistische Hinweise auf unzureichende Wirksamkeit bestimmter Regelungen sind stets nur ein halbes Argument, solange nicht dargetan ist, dass die – öffentlichkeitswirksam vorgenommene – Beseitigung oder Aufweichung solcher Regelungen keinen zusätzlichen Anreiz in die negative Richtung schaffen wird. Prognostische Aussagen solcherart sind freilich, wenn sie überhaupt gemacht werden, von viel fragwürdiger Beschaffenheit als die empirische Erfassung geschehener Vorgänge und daher auch als rechts-

politisches Argument offenbar ziemlich beliebig einsetzbar. Für die von den Abtreibungsbefürwortern seinerzeit ausgedrückte Erwartung, durch die strafrechtliche Freigabe der Abtreibung im Rahmen der „Fristenlösung“ die Zahl der doch jedenfalls unerwünschten Abtreibungen reduzieren zu können, scheint die zwischenzeitliche langfristige Erfahrung jedenfalls nicht zu sprechen. Anderenfalls wäre das diesbezügliche statistische Material von diesen Verfechtern zweifellos gesammelt und veröffentlicht worden. Dies ist trotz der ihnen verfügbaren staatlich-hoheitlichen Möglichkeiten nicht geschehen.

Je nach den Launen des „Zeitgeistes“ stehen dem Abbau bestehender, normativ vielleicht durchaus wohl begründeter Beschränkungen des menschlichen Handlungsbeliebens mit Hilfe des Arguments ohnehin unzureichender Normwirksamkeit (etwa bei der Abtreibung, beim Ehebruch und in vielen rechtspolitischen Vorschlägen beim Drogenproblem) immer wieder auch Versuche gegenüber, normative Beschränkungen ohne besondere Rücksicht auf ihre erwartbare geringe unmittelbare Wirksamkeit aufzubauen oder zu verschärfen. Dabei wird nicht selten die Hoffnung auf langfristige entsprechende „Bewusstseinsbildung“, also gerade auf die edukative Funktion des Rechts, ausgesprochen. Öffentlichkeitswirksame Vorstöße dieser Art betreffen z.B. immer wieder die „Schwarzarbeit“, die Steuerhinterziehung und jüngst sogar die Aufgabenverteilung im sehr privaten Bereich der Hausarbeit. Signifikant ist besonders das Beispiel der Sicherheit im Straßenverkehr im Zusammenhang mit Alkoholisierung (übrigens seltsamerweise weit weniger im Zusammenhang mit Rauschgiftsucht). Verdeckt werden solche Widersprüche durch das stets unzureichende und ad hoc unterschiedlich betonte empirisch-statistische Material, auf dem Kausalbehauptungen oder Prognosen aufbauen oder aufbauen müssten. Seine Unzulänglichkeit ergibt sich schon daraus, dass sich gerade die stärksten Auswirkun-

gen längst völlig „verinnerlichter“ normativer Standards, wie erwähnt, dem Bewusstsein der Betroffenen selbst und daher weitgehend der empirischen Erfassung entziehen. Ein anständiger Mensch begeht z.B. keine Ladendiebstähle (wie er auch sonstige Diebstähle unterlässt), ohne an die Alternative und an das strafrechtliche Verbot überhaupt zu denken. Wie will man feststellen, wie weit es sich so verhält, wie weit Furcht vor Strafe oder öffentlichem Aufsehen wirkt und wie viele Befragte zwar verneinen, Ladendiebstähle zu begehen, aber dabei aus naheliegenden Gründen lügen? Bei der erhofften Bewusstseinsbildung (plus Abschreckung) wird dementsprechend auf prognostische Aussagen oft überhaupt verzichtet. Die empirische Grundlage etwa für die letztlich mit großer Intoleranz, die bis zum Vorwurf des Tötungsvorsatzes gegen Andersdenkende reichte, politisch durchgesetzte Forderung nach Senkung des zulässigen Promillegehaltes von 0,8 auf 0,5 bestand in leidenschaftlichen Verweisen auf die Unfallstatistik, die einen erheblichen und steigenden Prozentsatz von alkoholisierten Lenkern auswies, sowie in der Argumentation mit einigen besonders tragischen und daher der Öffentlichkeit bewussten einzelnen Unfällen. Dass diese Entwicklungen zu den langfristigen Auswirkungen des ständigen öffentlichen Kults des freien Beliebens ohne Verantwortung für sich und andere (weil doch „die Reichen“ oder die öffentliche Hand mit Selbstverständlichkeit die nachteiligen Folgen zu übernehmen hätten) gehören könnten, wurde nicht erwogen. Dann wäre ja auch guter Rat erkennbar teuer und bestenfalls langfristig durch eine Fülle von rechtlichen und erzieherischen Maßnahmen zu haben gewesen. Sehr einfach und mit großem politischem Getöse war dagegen die erwähnte Herabsetzung möglich. Erfolgsmeldungen für die erste Zeit danach, in der die polizeiliche Überwachung der neuen Grenze strikter war, wurden noch mit großer Genugtuung herumgereicht. Einige Zeit später waren diese Effekte wirkungslos verpufft. Wer

sich darüber zu wundern vorgibt, möge erwägen, wieso er glauben konnte, dass die Auswirkungen des Alkohols als Unfallsursache gerade aus dem Bereich zwischen 0,8 und 0,5 Promille resultierten, wenn doch die katastrophalen Anlassfälle in aller Regel von Autofahrern mit weit diese Grenzen überschreitendem Alkoholspiegel verschuldet wurden. Ähnliche Erfahrungen lassen sich mit gelegentlichen aufsehen-erregenden Aktionen gegen Schwarzarbeit oder Steuerhinterziehung machen.

Überzeugende empirische Untersuchungen bestätigen, dass die Möglichkeiten unmittelbarer und schon gar kurzfristiger Beeinflussung des Rechtsbewusstseins durch positive Gesetzgebung sehr beschränkt sind. Das gilt schon wegen der weitverbreiteten rechtlichen Ignoranz, die sich auch auf ganze und wichtige rechtliche Institute erstreckt, die für jedermann von Bedeutung sind. Die Gewährleistung des Verkäufers (und Werkunternehmers etc.) für Sachmängel, die schon seit den kurulischen Aedilen im alten Rom besteht, hat sich z.B. bis heute zum „Normalverbraucher“ noch nicht herumgesprochen; der meint vielmehr, es bedürfe für Mängelansprüche einer besonderen Garantiezusage. Auch die empirischen Grundlagen der Rechtswissenschaft, die weniger in kurzfristigen statistischen Erhebungen als vielmehr in der Beobachtung langfristiger rechtshistorischer Entwicklungen bestehen, geben keinen Grund zu besonderem Optimismus hinsichtlich des positiven Aufbaues edukativer Effekte durch Rechtssetzung. Deutlich ist hingegen der verkehrte erzieherische Effekt des Abbaus normativer Schranken und Verantwortlichkeiten, der die faktischen Gründe für entsprechende bedenkliche Verhaltenstendenzen relativ rasch verstärken kann. Man braucht nur an die Scheidungsstatistik nach Einführung der einvernehmlichen Ehescheidung zu denken.

3) Solche Befunde könnten zu völliger Skepsis gegenüber der erzieherischen Funktion des

Rechtes führen. Da aber offensichtlich die Zwangsfunktion des Rechtes für sich allein höchstens zeitweise in totalitaristischen Gewaltstaaten zur Aufrechterhaltung einer – in diesem Fall freilich in vielen Einzelheiten sehr bedenklichen – sozialen Ordnung ausreicht, müsste die ernstgenommene Skepsis eben diese Staatsvariante oder das Chaos einläuten. Geboten ist es daher vielmehr, alle Ansätze für eine verbesserte erzieherische Funktion des Rechts sorgfältig zu pflegen und insbesondere allen Anläufen für deren noch weiteren Abbau entgegenzuwirken. Diese Arbeit gleicht jener des Sisyphus, muss aber angesichts der genannten Alternativen dennoch in Angriff genommen werden. Sie ist Aufgabe jedermanns, der jene Alternativen ablehnt und bereit ist, intellektuell um die rational bestbegründeten Positionen zwischen ihnen zu ringen, sie insbesondere aber naturgemäß Aufgabe der Aufklärungsarbeit der Rechtswissenschaft.

Täuscht die juristische Erfahrung nicht, so gibt es beim Versuch, wenigstens die weitere Erosion der erzieherischen Funktion des Rechts und damit der Rechtsgesinnung zu stoppen oder doch zu verlangsamen, drei unterschiedliche Arbeitsfelder. Am schwierigsten dürfte es sein, vielfach bereits fest etablierten rechtsfeindlichen ideologischen Positionen in Politik und Medien entgegenzuwirken. Sie hängen damit zusammen, dass das ständige politische Getöse den damit übersättigten Normalbürger häufig nur erreicht, wenn kritische Punkte in extremer Übertreibung als Sensationen oder Überlebensfragen dargestellt werden. Das mag bis zu einem gewissen Grad unvermeidlich sein. Hier von Interesse ist aber, dass diese Übung insbesondere im Zusammenhang besonders einseitig-sendungsbewusster Ideologien auch auf Recht, Rechtliches und Rechtsbeflissene erstreckt wird. Das dumme Gerede von „formalrechtlichen“ Fragen bei allem, was der jeweilige Öffentlichkeitsbearbeiter nicht verstehen kann oder will, ist geradezu allgegenwärtig, unbekümmert darum, dass es vielleicht

gerade um besonders substanzielle Rechtsprobleme geht. Von den Ideologien aus, die zu allen wesentlichen Fragen des menschlichen Zusammenlebens vorweg eine bestimmte, durch die Fakten wenig beeinflussbare Meinung haben, ist aber darüber hinaus jede Gesetznorm, Gerichtsentscheidung oder rechtswissenschaftliche Untersuchung, die nicht voll auf ihrer Linie ist, ohne Rücksicht auf ihre wirkliche Qualität ein Beweis für den Klassencharakter, die volksfremde Beschaffenheit oder die freiheitsfeindliche Tendenz dieses gegenwärtigen Rechtswesens überhaupt (gar ein anderes gibt es nicht). Nach Bedarf kann solche rechtliche Antiwerbung durch entsprechend ausgewählte sozialwissenschaftliche oder philosophische Lehren gehobeneren Ansprüchen angepasst und durch ausschließliche Hervorhebung dafür geeigneter Einzelfälle plausibel gemacht werden. Es kann nicht ausbleiben, dass langfristige Bearbeitung solcher Art öffentlichkeitswirksam werden und die Achtung vor dem Recht, die dieses ungeachtet seiner Mängel verdient, massiv untergraben wird. Die allgemeine Rechtsgesinnung und damit die erzieherische Wirkung von Recht bleibt bei Wiederholung suggestiver Globalkritik auf der Strecke, auch soweit das Recht inhaltlich unbestritten und vielleicht sogar unbestreitbar ist. Der unkritische Zeitgenosse sieht, insbesondere wenn er sich für besonders kritisch hält, nicht einmal mehr die Banalität, dass es für alle Menschen langfristig gewiss besser ist, wenn es jedem verboten ist, andere zu verletzen, zu berauben oder zu betrügen, als wenn all dies jedermann freistünde. Er sieht weiters nicht, dass die Ergebnisse der wirtschaftlichen Aktivitäten, von denen alle Menschen und insbesondere auch die Empfänger von sozialen Transferleistungen leben, um so besser sind, je situationsangepasster und verlässlicher diese Abläufe geordnet sind, während das Einschlagen von Schaufenstern und das Anzünden von Autos unabhängig von den dabei deklamierten Parolen gerade gegenteilige Effekte hat und dass der Abbau indi-

vidueller Verantwortung einerseits persönlichkeitszerrüttend und andererseits belastend für die jeweils Betroffenen anderen wirkt. Verständnislosen Globalangriffen auf Recht und Rechtliches entgegenzutreten, dürfte heute die Hauptaufgabe beim Versuch einer Verbesserung der erzieherischen Funktion des Rechtes sein. Sachkundigen Auseinandersetzungen mit bestimmten rechtlichen Erscheinungen und sogar scharfer Kritik an ihnen mit sachlich stichhaltigen und systematisch verallgemeinerungsfähigen normativen Argumenten steht selbstverständlich nichts entgegen. Ihre Möglichkeit und Notwendigkeit muss vielmehr ebenso deutlich gemacht werden wie auch die Untauglichkeit banaler Polemik von Unkundigen und wie die ständige politische Übung, realitätsfremdes Wunschenken statt des Vergleichs realisierbarer Möglichkeiten als beliebig einsetzbaren Kritikmaßstab zu verwenden.

4) Unmittelbar im Rechtsbereich wirkt destabilisierend auf die Rechtsgesinnung und damit auf die erzieherische Funktion des Rechtes das ständige geschäftige „Herumbasteln“ an allen erdenklichen Teilmaterien des Rechts, das noch dazu von den Institutionen und Organisationen, die damit ihre Existenzberechtigung legitimieren wollen, in seiner Bedeutung öffentlich weit übertrieben wird. Wenn einige wenige Bestimmungen des Ehegesetzes oder des Konsumentenschutzgesetzes novelliert werden, so ist öffentlich stets nur vom „neuen Eherecht“ oder vom „neuen Konsumentenschutzgesetz“ die Rede, mögen die Änderungen auch relativ unbedeutend (aber vielleicht eben politisch „aufgeschaukelt“) gewesen sein. Zu den sichersten Mitteln, um Rechtsgesinnung und erzieherische Funktion des Rechtes zu untergraben, gehört die ständige Rechtsänderung eher um ihrer selbst willen, die den Eindruck völliger Beliebigkeit des Rechtsinhaltes (wie er ja sogar von manchen Rechtstheorien behauptet wird) erweckt und damit den Respekt vor dem gerade geltenden, aber eben ständig ohne

besondere Notwendigkeit zur anscheinend beliebigen Änderung anstehenden Recht herabsetzt, weil dieses zunehmend in all seinen Bestimmungen und Instituten als zufällig erscheint. Für jede Rechtsänderung lassen sich leicht objektive Bedürfnisse der sozialen Entwicklung reklamieren, kaum je aber in irgendeiner nachprüfbarer Weise feststellen, sodass häufig in Wahrheit die Eigenbedürfnisse der jeweils aktiven Ämter und Verbände maßgebend sein dürften. Es ist ein Glücksfall, wenn dabei gelegentlich z. B. auch eine – vor über dreissig Jahren! – aus rechtlichen Gründen als unbedingt notwendig und dringend herausgearbeitete Gesetzesänderung vorgenommen wird, wie jüngst bei der Novellierung des § 1328 ABGB über den schadensersatzrechtlichen Schutz der Geschlechtssphäre.

Keineswegs besser muss freilich das Produzieren tatsächlich häufig grundlegend geänderter Rechtskomplexe sein, wofür das Universitätsorganisationsrecht ein besonders abschreckendes Beispiel bietet. Entgegen allen großen Worten, mit denen jede diesbezügliche „Reform“ begleitet wurde und wird, sind stets vor allem Bürokratisierung und Qualitätsminderung vorangetrieben worden.

Im besprochenen Zusammenhang bestünde die Aufgabe darin, Rechtsänderungen auf das wirklich sachlich und normativ-systematisch Notwendige zu beschränken, übertriebene und den Eindruck völliger Beliebigkeit des Rechtsinhaltes erzeugende Darstellungen der jeweiligen „Reform“ zu unterlassen und vielmehr die Rechtsgesinnung und die erzieherische Funktion des Rechtes dadurch zu fördern, dass die weitgehende Kontinuität und – erforderlichenfalls – die vorsichtige und umfassend begründete Weiterentwicklung der leitenden Wertungsgrundsätze der verschiedenen Rechtsmaterien betont wird, die viel weniger wechselnd sind als die Einzelregeln, die Konkretisierungen für die jeweiligen realen Verhältnisse bringen, oft aber auch recht zufällig sind. Diese Einzelheiten sind dem rechtlichen Laien ohnehin unzugäng-

lich und daher für die edukative Wirkung des Rechts wenig relevant. Im Straßenverkehr wie im sonstigen menschlichen Zusammenleben ist z.B. die Sorgfalt gegenüber fremden Personen und fremdem Eigentum ein einprägsames, kontinuierlich geltendes und in dieser Geltung vermittelbares Leitprinzip unmittelbar für das wechselseitige Verhalten der jeweils an einer Situation Beteiligten, das infolge seiner evidenten Richtigkeit auch ohne konkret drohenden Rechtszwang wirken sollte und bei entsprechend deutlicher Vermittlung seiner Vernünftigkeit wirken könnte. Die unzähligen, zum Teil sehr präzisen Einzelvorschriften, die diesem Leitgedanken je für bestimmte Sachverhaltstypen dienen, sind dafür ungeeignet: man kennt sie nicht oder versteht sie als lästige Formalität.

Die Betonung der kontinuierlich wirksamen und grundlegenden Wertungen des Rechts, die rational begründbar, empirisch bewährt oder beides sind, vor den unüberblickbaren und rasch veränderlichen Einzelheiten ist also unumgänglich, wenn man die erzieherische Wirkung des Rechts fördern oder wenigstens ihren weiteren Abbau vermeiden will. In Verbindung damit sollten das ständige „Herumbasteln“ an allen erdenklichen Materien des Rechts aus bloßer politischer Geschäftigkeit und die öffentliche Übertreibung seiner Bedeutung vermieden werden, auch was die Einzelheiten betrifft. Die erzieherische Funktion des Rechtes lebt von seiner Beständigkeit.

5) Das dritte Aufgabenfeld betrifft vollends die Förderung der erzieherischen Funktion des Rechtes durch Erziehung zum Recht. Auch hier kann es in der arbeitsteiligen Sozietät nicht um die Vermittlung von Einzelheiten gehen, die selbst die juristischen Fachleute nur jeweils teilweise überblicken können. Die leitenden Grundsätze des Rechtes sind es, die weitgehend das heute so vielfach vermisste „Erziehungsziel“ darstellen können und sollen. Das gilt selbstverständlich auch, aber keineswegs nur für staats-

rechtliche Grundsätze wie Demokratie und Schutz der Menschenrechte, bei denen das jedenfalls der Deklamation nach schwerlich jemand bestreiten wird. Jedoch ist die Betonung einzelner isolierter Grundsätze stets der Gefahr ausgesetzt, dass sie unter Verkennung ihres Charakters als Optimierungs- und damit Abwägungsfaktoren zu alleiniger Maßgeblichkeit in irgendeinem einseitig vorgeprägten Sinn hochstilisiert werden, was z.B. auch bei so wichtigen Rechten wie der Meinungs- oder der Kunstfreiheit laufend absurde Behauptungen hervorbringt. Prinzipienmonismus führt zu fundamentalistischer Haltung, die gewiss nicht jene einer brauchbaren Rechtsordnung ist. Auch sonst ist die heute beliebte einseitige Betonung der Staatsverfassung, deren genereller Vorrang tatsächlich nur ein „formaler“ ist, ziemlich irreführend. Noch verfehlter ist die vielfach behauptete oder praktizierte Vorrangigkeit des öffentlichen Rechts der unmittelbaren Staatsbeteiligung, für die nicht einmal eine formale Höherrangigkeit geltend gemacht werden kann. Die Verwirrung durch Ignoranz und manche politische Tendenzen geht so weit, dass die meisten Menschen die privatrechtlichen Rechtsverhältnisse, in denen sie täglich zahllose Male beim Einkaufen, Wohnen, Arbeiten, bei Ortsveränderungen, in der Familie, im Verein, bei der Gestaltung der Freizeit, bei Schadensfällen im Straßenverkehr etc., etc. stehen, nach einschlägigen empirischen Untersuchungen überhaupt nicht als rechtlich relevante Beziehungen wahrnehmen! Dieser verzerrenden Verengung des Rechtlichen in der Wahrnehmung des Normalbürgers auf – regelmäßig besonders unangenehme – „staatsorganbeteiligte“ Ausnahmesituationen wäre entgegenzutreten. Dann wird es möglich sein, zentrale rechtliche Grundwertungen aus dem Nahbereich schon des heranwachsenden Menschen diesem erzieherisch mit Aussicht auf Erfolg zu vermitteln, wie das „neminem laedere“ in bezug auf andere Personen und fremde Sachen, das Einhalten von Versprechen, auf die sich andere verlassen, und generell die in

der Tat „goldene Regel“: Was du nicht willst, das man dir tut, das füg' auch keinem anderen zu. Die Vermittlung solcher alltagspraktisch zentraler Rechtswerte, nicht etwa bloß jene einzelner Verfassungsmaximen, wäre eine gewaltige Aufgabe für Eltern, professionelle Erzieher, verantwortungsbewusste Medien und ebensolche Menschen mit einer gewissen Vorbildfunktion. Mit dem umfassenden Erziehungsziel einer in ihren verschiedenen Anlagen harmonisch entwickelten, selbständigen Persönlichkeit steht das Rechtsbezogene keineswegs im Widerspruch, wenn man nur akzeptiert, dass eine solche Persönlichkeit, die alles andere als ein gewalttätiger, isolierter „Übermensch“ ist, den anderen dieselben Möglichkeiten konzederen muss, die sie für sich in Anspruch nimmt. Die wichtigsten, wertvollsten und ältesten Rechtsnormen, wie etwa das Mord- und das Täuschungsverbot oder die familiären Fürsorgepflichten, werden nicht deshalb häufig verletzt, weil an ihnen als normativem Verhaltensziel irgendetwas auszusetzen wäre. Solche zentrale rechtliche Wertungen sind gar nicht als Klassenrecht, als rassenfremd oder als freiheitsfeindlich denunzierbar, weil sie jedermann zugute kommen. Sie werden nur deshalb häufig verletzt, weil sie mit den minder erfreulichen menschlichen Anlagen wie Neid, Hass, Grausamkeit, Ruhm-, Hab- und Machtgier in Widerspruch stehen; mit Anlagen also, die jedermann in sich trägt und deren Domestizierung eine zentrale Aufgabe der Fremd- und der Selbsterziehung bildet. Das Recht, insbesondere in Gestalt der gut vermittelbaren zentralen Rechtswerte, leistet bei der Bewältigung dieser Aufgabe eine wertvolle Unterstützung – solange es nicht von einseitigen Ideologien denunziert und real durch politische Instrumentalisierung jener asozialen Züge der menschlichen Natur destruiert wird. Die vielfach dabei proklamierte oder als selbstverständlich vorausgesetzte Freiheit im Sinn der Befolgung jedes augenblicklichen Antriebs ohne Verantwortung für die Folgen des unkontrollierten eigenen Verhaltens, also zu La-

sten betroffener anderer, ist die Freiheit des Trittbrettfahrers. Ein darauf aufgebautes System kann allenfalls in politischen Visionen funktionieren; nicht aber in der Realität.

Erziehung zum Recht, genauer zu seinen Grundsätzen, deren Befolgung langfristig für alle Mitglieder der Sozietät bei rationaler Beurteilung ihrer allgemeinen Verletzung vorzuziehen ist, ist jedenfalls eine entscheidende Voraussetzung der Verbesserung der notwendigen erzieherischen Funktion des Rechts. In einem weiten Sinn bezieht sich das auch auf argumentative Einflussnahme auf erwachsene Rechtsgenossen. Die bloße Existenz und Anwendung von Recht ohne erzieherische Unterstützung oder gar die Beschränkung auf seine Zwangsfunktionen bleibt notwendig unzureichend gegenüber wachsender Gewaltbereitschaft, Rücksichtslosigkeit und ähnlichen Destruktionserscheinungen in der Sozietät.

6) Für die rechtliche Behandlung des Rauschgiftproblems folgt aus dem Gesagten: so gewiss pragmatische, auf empirischen Beobachtungen beruhende Überlegungen dabei sorgfältig beachtet werden müssen, so sehr wäre die schlichte „Entkriminalisierung“ des Missbrauchs (zunächst) „weicher“ Drogen das falsche Signal. Die deutliche öffentliche Missbilligung der willkürlichen Persönlichkeitszerrüttung durch alles Suchtgift, die stets auch zu Lasten der Nahestehenden und häufig auch zu Lasten der öffentlichen Hand geht, würde ja mit großer Publizität aufgegeben werden. Wie gering immer die rechtlichen Präventionswirkungen auf bereits intensiv Befallene sein mögen, wäre doch ein Erweiterungseffekt zu befürchten. Dem Gefährdeten, der verführerischen Anregungen bisher immerhin das naheliegende Argument entgegenhalten konnte, er wolle keine „Schereien“ mit der Polizei und dem Gericht haben, wäre diese Möglichkeit genommen. Ob ihm in der kritischen Situation sogleich ein tieferreichendes Anderes einfällt, ist keineswegs sicher. Eltern und Erziehern, deren Instrumentarium

an erzieherischen Einwirkungsmitteln, dem Zeitgeist entsprechend, ohnehin (auch rechtlich) ungeheuer verkümmert wurde, würde auch noch die Möglichkeit entsprechender Mahnungen genommen. Entsprechend den heutigen Gesetzmäßigkeiten der medialen und politischen Aktivitäten, die stets in den simplen Bahnen des „noch mehr von demselben“ verlaufen, würde sofort der Ruf nach „Freigabe“ mittlerer und alsbald harter Drogen folgen. Die verwerflichen Geschäfte der Drogenhändler, deren strenge Strafbarkeit glücklicherweise noch ziemlich unbestritten zu sein scheint, setzen notwendig einen gesicherten Abnehmerkreis voraus, der also mitverantwortlich ist für die künftige Verleitung bisher nicht Süchtiger.

Die dem oft entgegengehaltene Parole „Heilen statt Strafen“ ist als Antithese falsch, weil sie einen Gegensatz behauptet, den es so nicht gibt. Die möglichen rechtlichen Reaktionen sind elastisch genug, um, insbesondere in Gestalt von Therapieauflagen, vielmehr eine verstärkte Basis für die in der Tat sehr wünschens-

werten, wenn auch in ihren Erfolgsaussichten leider oft ebenfalls problematischen Behandlungsversuche darzustellen. Rechtliche Reaktionen und therapeutische Bemühungen sollten sorgfältig aufeinander abgestimmt werden. Was medizinisch und finanziell machbar ist, sollte zum Zwecke der Entwöhnung zweifellos geschehen. Eine öffentlichkeitswirksame Verharmlosung des Drogenproblems durch Beseitigung der rechtlichen Missbilligung des Missbrauchs ist hingegen alles andere als indiziert. Sie wäre ein radikaler Verzicht auf jede erzieherische Funktion des Rechtes auf einem besonders sensiblen Gebiet und zugleich ein weiterer Schritt dazu, wichtige Lebensgebiete praktisch weitgehend dem unregulierten Belieben von unterschiedlichen Experten und ihren jeweiligen politischen Stützen zu überlassen. Statt dessen sollte im hier angedeuteten Sinn an der Verbesserung der erzieherischen Funktion des Rechtes ganz generell gearbeitet werden, wie schwierig immer dies im allgemeinen und besonders auf dem angesprochenen Gebiet auch sein mag.

Fallbeispiel

Ein 59 Jahre alter Patient kommt in die Ordination eines Facharztes für Kardiologie und erzählt ihm folgende Krankengeschichte: er sei von Beruf Bauer, vor 5 Jahren habe er einen Herzinfarkt erlitten und den Hof an den Sohn übergeben. Er wurde damals auf Diät wegen Übergewicht und Hypercholesterinämie eingestellt. Medikamentös erhielt er einen β -Rezeptoren-Blocker und Molsidolat®. Der Blutdruck war damit gut eingestellt und er ist mit dieser Behandlung bis heuer beschwerdefrei gewesen. Er konnte am Hof mithelfen und auch schwerere Arbeiten ohne Probleme verrichten. Heuer hätte ihm nun der Hausarzt einen Rehabilitationsaufenthalt angeraten, gleichsam ein Generalservice, zu dem sich der Patient auch entschlossen hatte. Dort angekommen wurde er gleich zu Beginn vom kardiologischen Spezialisten medikamentös umgestellt: Molsidolat® wurde abgesetzt, mit dem Kommentar „dieses Medikament sei veraltet und nicht evidenzgesichert“. Dafür erhielt der Patient zusätzliche ein Statin und ein Aspirin sowie einen ACE-Hemmer. Daraufhin ging es ihm miserabel. Er bekam plötzlich Stenokardien bei nur geringfügiger Anstrengung, außerdem Übelkeit und Krämpfe in den Beinen. Er ging zum behandelnden Arzt des Rehabilitationszentrums und verlangte die alten Medikamente. Dies sei unmöglich, bekam er zur Antwort: Die nun verordnete Therapie sei weltweit der Standard und könne sein Leben retten. Die Nebenwirkungen müsse er in Kauf nehmen. Er soll froh sein, dass er nun stenokardische Beschwerden bekomme, da er auf diese Weise sein Belastungslimit feststellen könne. Wegen der Magenbeschwerden wird dem Patienten noch ein H₂-Blocker verordnet. Wieder zu Hause konnte der Patient plötzlich seine gewohnte Arbeit am

Hof nicht mehr verrichten. Er hatte noch einige Restbestände von Molsidolat® daheim, die er einnahm und worauf es ihm wieder besser ging. Nachdem nun diese Restbestände aufgebraucht waren, ging der Patient zu seinem Hausarzt und bat ihn um die alte medikamentöse Einstellung. Dieser freilich meinte, er könne nun dies nicht mehr verantworten, wo doch die Spezialisten anderes entschieden hätten und Molsidolat® verschreibe er ihm auch nicht, er möchte sich nicht noch einmal als veralteter Praktiker desavouieren lassen. Daraufhin ging der Patient zum nahegelegenen Internisten, der ähnlich reagierte wie der praktische Arzt. Zuletzt kam der Patient nun in die Ordination des Kardiologen mit der Frage, ob es wirklich lebensgefährlich sei, die Medikamente abzusetzen und die alte Therapie mit Molsidolat® und dem β -Rezeptoren-Blocker weiterzuführen. Der Kardiologe beruhigte den Patienten: Die zusätzlich verordneten Medikamente seien nur Vorsichtsmaßnahmen, von denen der Patient mit einer Wahrscheinlichkeit von 100:1 nicht profitieren würde. In Anbetracht der erheblichen Nebenwirkungen könne er daher ruhig darauf verzichten. Außerdem können ihm die Medikamente das Leben nicht retten oder den Herzinfarkt verhindern, sondern bestenfalls das Ereignis um einige Zeit hinausschieben. Der Patient bekam daraufhin wieder seine alte Medikation wieder verschrieben und war damit beschwerdefrei, belastbar und zufrieden.

Kommentar zum Fall

Dieses Beispiel ist ein klassischer Fall für die Frage, die sich der praktische Arzt immer wieder stellen muss: Wie soll die Erkenntnis wissen-

* In dieser Rubrik werden Studienergebnisse, die im Rahmen eines gemeinsamen Forschungsprojektes des IMABE - Instituts und der Gesellschaft für sinnorientierte Medizin unter der Leitung von Univ.Prof.Dr.Johannes BONELLI erarbeitet werden, publiziert. Dieses Projekt wird zum Teil vom Fonds Gesundes Österreich finanziert.

schaftlicher Daten sinnvoll am konkreten Einzelpatienten umgesetzt werden? Heute wird weltweit die sogenannte Evidence Based Medicine (EBM) eingefordert und die Ärzteschaft wird mit einer Unmenge von Daten konfrontiert, auf Grund derer dann eine ganz bestimmte Therapie mit einer Unbedingtheit gefordert wird, der sich der praktisch tätige Arzt kaum entziehen kann. Andererseits erscheint im Einzelfall eine ärztliche Maßnahme letztlich nur dann sinnvoll, wenn sie dem Patienten in seiner Gesamtheit hilft und nicht nur im Gesamtkollektiv als statistisch wirksam belegt ist. Der Arzt steht also heute oft vor dem Dilemma zwischen einer Art Defensivmedizin zur eigenen forensischen Absicherung für den gerichtlichen Ernstfall und dem Wohl des Patienten. Wissenschaftlich gesicherte Daten (EBM) sind allerdings zwar ein notwendiger, keinesfalls aber schon ein ausreichender Grund, um eine Therapie im Einzelfall zu beginnen. Wenn Nebenwirkungen auftreten wie im konkreten Beispiel oder wenn die Anzahl der eingenommenen Medikamente bereits so groß ist, dass ernsthaft an der nötigen Compliance des Patienten gezweifelt werden muss (bekanntlich nimmt die Compliance mit der Anzahl der eingenommenen Medikamente deutlich ab), muss der zu erwartende Nutzen einer Behandlung gegen die Nachteile abgewogen werden. Die Gefahr einer Medizin, die ausschließlich auf statistischer Signifikanz basiert, besteht gerade darin, Patienten nach Mehrheitsverhältnissen im Kollektiv zu behandeln, ohne seine individuellen Bedürfnisse zu berücksichtigen. Metaanalysen, Computerprogramme und pauschale Richtlinien von Konsens-Konferenzen sind starre, statistische Größen, deren Prinzip es ist, gerade vom individuellen Patienten abzusehen. Sie können zwar dem Arzt eine große Hilfe in Diagnose und Therapie sein, ihm aber niemals eine Therapieentscheidung aufzwingen oder ihm umgekehrt die Verantwortung für seine Entscheidung abnehmen. Die ärztliche Entscheidung resultiert immer aus einem dynamischen Prozess vielfältiger Überlegungen. Diese müssen neben der theoretischen Wirkung

(Effekt) auch die Zweckmäßigkeit (Wirksamkeit) einer Therapie und ihre Relevanz berücksichtigen und sie ins rechte Verhältnis zu den individuellen Bedürfnissen des Patienten setzen (Prinzip: Verhältnismäßigkeit). Erst dann kann beurteilt werden wie sinnvoll, d.h. hilfreich eine Behandlung für den konkreten Patienten letztlich wirklich ist. Sinnvoll erscheint eine Therapieempfehlung nur dann, wenn sie dem Patienten in seiner Gesamtheit nützt. Ärztliche Kunst besteht also gerade darin, aus einem Netzwerk vielfältiger objektiver und subjektiver Komponenten im partnerschaftlichen Dialog mit dem individuellen Patienten selbst die letztlich für ihn richtige und daher sinnvolle Entscheidung zu treffen. Ein Hauptproblem gerade in der Präventivmedizin besteht in der Tatsache, dass die (kardiovaskulären, onkologischen, usw.) Ereignisse nicht, wie oft behauptet wird, „verhindert“, sondern eben nur um einige Zeit (oft nur Monate) hinausgeschoben werden können.¹ Man fragt sich, ob uns Ärzten diese Tatsache wirklich immer so bewusst ist? Unserer Meinung nach sollte man in der Präventivmedizin mit den Ausdrücken „Leben retten“ oder „Ereignisse verhindern“ vorsichtiger umgehen, weil sie den wahren Sachverhalt verschleiern und Heilung vortäuschen, wo in Wirklichkeit nur eine relativ kurze Ereigniszögerung bzw. geringe Lebensverlängerung erreicht werden kann. Dieser Tatsache sollte bei der Darstellung von wissenschaftlichen Ergebnissen mehr Rechnung getragen werden.

Aus dieser Perspektive einer sinnorientierten Medizin hat der zu Rate gezogene Kardiologe richtig gehandelt, weil er zugunsten einer verbesserten Lebensqualität entschieden und eine möglicherweise etwas verkürzte Lebenserwartung in Kauf genommen hat.

Referenzen

1. BONELLI, J., PRAT, E. H., *Sinnorientierte Medizin (S.O.M.) Paradigmenwechsel in der Medizin: Von der Machbarkeit zur Sinnhaftigkeit – Medizin für den Einzelfall, Imago Hominis 1999, 3: 187-207*

Patientenvertrauen und Scheinbehandlung

Bei der 60jährigen Patientin ist seit 3 Jahren ein metastasierendes Mamma Karzinom bekannt. Durch die regelmäßige Einnahme der Antiöstrogene konnte eine Ausbreitung der Knochenmetastasen hintangehalten werden. Bei einer neuerlichen Nachsorgeuntersuchung klagt die Patientin jedoch über Müdigkeit, Gewichtsverlust und diffuse WS-Beschwerden. Bei den daraufhin durchgeführten Untersuchungen muss festgestellt werden, dass es doch zu einer Zunahme der Metastasen gekommen ist. So wird der Patientin eine Zytostatika-Therapie vorgeschlagen. Sie willigt ein und beteuert immer wieder, dass sie große Hoffnung hat, doch geheilt zu werden. Die Chemotherapiezyklen werden 2-tägig stationär durchgeführt, dazwischen liegt jeweils ein wöchentlicher Abstand. Auftretende Nebenwirkungen – Haarausfall, Übelkeit, Stomatitis und Zystitis – werden von ihr tapfer ertragen. Sie beteuert anlässlich der Visitingespräche immer wieder, dass sie großes Vertrauen in die Ärzte hat und diese Nebenwirkungen als notwendiges Übel gern auf sich nimmt, da sie nur so geheilt werden könne. Da sie gerade erst in Pension gegangen sei, wolle sie noch etwas von ihrem Leben haben, Reisen unternehmen, von der Welt etwas sehen. Familiär habe sie erst kürzlich ihre Eltern zu Grabe getragen, die kinderlose Ehe ist in den letzten Jahren zunehmend belastend, da ihr Mann vermehrt dem Alkohol zugesprochen hat. Wirklich gut versteht sie sich nur mit ihrer besten Freundin, die sie auch regelmäßig zu den Spitalsaufenthalten bringt und wieder abholt.

Die Ärzte und das Pflegepersonal haben bei keinem Gespräch mit ihr über eine mögliche Heilung gesprochen und sind im Gegenteil über den Fortschritt der Erkrankung und das blinde Vertrauen der Patientin erschüttert. In einem vorsichtig geführten Gespräch versucht der behandelnde Arzt die Patientin über den tatsächlichen Zustand aufzuklären und einen Behandlungsabbruch vorzuschlagen. Die Patientin akzeptiert den Vorschlag nicht. Sie missversteht die Andeutungen und unterstellt den Ärzten, dass man sie nicht weiter behandeln und abschieben wolle. Erst durch die Stationschwester wird eine kleine Aussöhnung in die Wege geleitet. Das behandelnde Team überlegt nun, die Angehörigen in die Problematik mit einzubeziehen. Als Gesprächspartner kommt der Ehemann nicht wirklich in Frage, weil er selbst seit Jahren Alkoholiker ist und noch nie zu Besuch gekommen ist. Die beste Freundin der Patientin wäre zwar ansprechbar, da sie aber nicht verwandt ist, scheuen die Ärzte davor zurück, sie einzubeziehen.

Die Ärzte entscheiden sich dafür, das Vertrauensverhältnis nicht zu trüben und die Behandlung fortzusetzen, so wie es die Patientin auch erbeten hatte. Durch die Dosisreduktion werden die Nebenwirkungen hintangehalten, allerdings verschlechtert sich der Zustand der Patientin zusehends. Schließlich verstirbt die Patientin bei eingeschränktem Bewusstsein durch die hoch dosierte Analgetika-Therapie, aber in ungetrübenem Vertrauen zu den Ärzten und dem Pflegepersonal.

Kommentar zum Fall:

Patientenvertrauen und Scheinbehandlung

Friedrich KUMMER

Hier geht es um eine 60-jährige Frau, die an einem metastasierenden Mammakarzinom leidet. Sie weiß um die Natur ihrer Erkrankung im wesentlichen Bescheid, dennoch scheint die Welt für sie nicht aus den Fugen zu geraten: Sie fühlt sich nämlich geborgen, und aus dieser Haltung erwächst die Hoffnung auf Heilung.

Die Gründe dafür sind durchsichtig:

1.) Sie hat den Erfolg der medikamentösen Therapie schon einmal an sich erfahren,

2.) sie rechnet fest mit einem weiteren Erfolg, auch wenn nunmehr die Nebenwirkungen der aggressiveren Therapie belastend sind,

3.) sie erfährt ihre Krankheit als etwas, das ihr anvertraut ist und sie unter allen Umständen bewältigen muss, um „noch etwas vom Leben zu haben“, in welchem ihr vieles vorenthalten worden war (keine Kinder, kein Glück in der Ehe, der Tod der Eltern).

Das alles führt dazu, dass sie im onkologischen Betreuungsteam eine tiefe menschliche Partnerschaft sucht und zu finden scheint. Selbst als sich ihre Situation subjektiv und objektiv verschlechtert, gerät ihr Weltbild nach außen nicht ins Wanken, weil sie sich unbewusst jede Verunsicherung verbietet. Die Auseinandersetzung mit einem nahen Tod scheut sie, weil sie dann mit etwas allein wäre, das vom Therapeutenteam nicht mehr gesteuert werden kann.

Hier tritt das **Problem der Aufklärungspflicht** zutage:

Muss der Therapeut Klarheit schaffen? Ist er zur Weiterführung einer eingreifenden Therapie überhaupt berechtigt, wenn diese fruchtlos bleiben muss, selbst im palliativen Ansatz? Gibt es Ausnahmen von der Aufklärungspflicht?

Tatsächlich stößt diese an ihre Grenzen, wo die Unaufgeklärtheit, der faktische Irrtum der Betroffenen keinen Schaden mit sich bringt. Es kann sogar eine Situation eintreten, bei der eine Aufklärung ein Oktroy, eine alleinige Handlung zum Selbstschutz des Therapeuten und damit einen Schaden für die Patienten bedeuten kann. Bei unserer Patientin trifft einiges zu: Sie hat eine vertraute Freundin, aber sonst keinen Anhang im Leben (sieht man vom alkoholkranken Mann ab), sie muss keine materiellen Dinge „ordnen“, durch ihren Tod entstehen keine zivilrechtlichen Probleme. Sie selbst hat eine große Neigung/Fähigkeit zur Verdrängung, gespeist durch eine Hoffnung, die ungewöhnlich tragfähig zu sein scheint. Sie wird nämlich gestützt – siehe oben! – durch gute Erfahrungen mit der Therapie und mit dem Behandlungsteam. Bezüglich der Wahrhaftigkeit und dem Respekt vor der Autonomie der Patientin wäre korrekt, sie aus ihrem realitätsfremden „System“ herauszureissen. Es wäre aber barbarisch, dies zu tun, ohne mehr als nur „best supportive care“ anbieten zu können. Dies scheint aber in dem Fall ziemlich aussichtslos. Die Einbeziehung des Gatten ist problematisch, da er wohl voll informiert worden ist, aber zu keiner weiteren, heiklen Involvierung herangezogen werden kann. Vor der Einbeziehung der Freundin scheuen die Ärzte zurecht zurück, da es einer Außenstehenden prinzipiell nicht zugemutet werden kann, hier als Surrogat für die (fehlende) Familie einzuspringen. Unter den gegebenen Umständen könnte wohl nur ein charismatischer Kommunikator das enorme Einfühlungsvermögen aufbringen, welches notwendig wäre, um von der Patientin die Einwilligung zur „best supportive care“ zu erlangen.

Dem allen stehen die glückhafte Vertrauensseligkeit (auch wenn „blind“), die offensichtlich nicht als Einschränkung empfundene Spitalsatmosphäre und die unbeugsame Hoffnung auf Heilung gegenüber.

Das therapeutische Dilemma

Dieses Dilemma bewegt sich zwischen der Überlegung des Behandlungsabbruchs, der Weiterführung der volldosierten Therapie und diversen Kompromissen wie Dosisreduktion, Scheinbehandlung und Behandlungspause.

Ein *Behandlungsabbruch* liefe auf Änderung des gesamten, notdürftig zurecht gezimmerten Weltbildes der Patientin hinaus. Diesbezügliche Andeutungen der Therapeuten werden missverstanden und als „Aufgaben“ oder Versuch der „Abschiebung“ interpretiert. Die blinde Hoffnung der Patientin gerät in akute Gefahr, sie müsste einer ebenso blinden Verzweiflung weichen. Eine mögliche Dispensation von der Behandlung wäre durch die Verlegung in ein Hospiz möglich – die Voraussetzungen wären erfüllt, wenn die Patientin mit der Einstellung der Chemotherapie einverstanden wäre, besteht doch die segensreiche Einrichtung der Hospize darin, den heimatlos gewordenen (ausbehandelten) Krebspatienten eine flexible Zuflucht zu gewähren, nicht aber durch Weiterführung der Tumortherapie. Nun ist im konkreten Fall im Spital selbst eine hospizartige Situation gegeben, die von den Behandlern zunehmend ambivalent betrachtet wird, von der Patientin aber ängstlich eingefordert wird.

Die *Weiterbehandlung* mit voller Dosis ist sehr problematisch, selbst wenn eine entfernte Möglichkeit des Ansprechens der Knochenmetastasen bestünde. Die Andeutung einer rapiden Verschlechterung lässt auf eine zunehmende Unverträglichkeit der Therapie schließen (Muskelschwund, Kachexie, Inappetenz, Polyneuropathie?). Eine Dosisreduktion unter die Wirksamkeitsgrenze kommt einer Scheinbe-

handlung gleich, wobei die Nebenwirkungen unter Umständen weniger reduziert werden als wünschenswert wäre. Die ist im gegenständlichen Fall glücklicherweise nicht eingetreten, doch sind sich die Behandler darüber offenbar im Klaren, dass das Spektrum an in Frage kommenden second-line-Therapeutika bereits erwogen und ausgeschieden worden war.

Es bleibt aber darüber hinaus noch eine Alternative zur Scheinbehandlung, und zwar die *Behandlungspause*. Diese lässt die einfache Argumentation zu, dass sich der Körper von der Chemotherapie erholen müsse, Aufbaumittel brauche und – unterstützt von gut geplanter analgetischer Therapie – sich wieder bewegen und kräftigen ließe. Diese Inhalte leuchten in der Regel den Patientinnen ein, insbesondere wenn sich dadurch eine gewisse konstruktive Betriebsamkeit um sie entfaltet im Sinne einer „maximalen Unterstützung“ (maximal supportive care). Sie besteht in keinen Alibi-handlungen, sondern akkordierten Aktionen wie Implantation eines Portacath-Systems für die parenterale Kalorienzufuhr, einem Morphin-Bypass, allenfalls in Biphosphonatmedikation gegen Metastasenschmerzen und/oder Hyperkalzämie. Es kann eine sanfte Physiotherapie betrieben werden (Lehnstuhl, Bewegungsübungen, Muskelkräftigung etc.)

Damit wird die „Behandlungspause“ zu einer re-kreativen Therapie, wobei die Befürchtungen des Aufgegeben- oder Abgeschoben-Werdens gar nicht aufkommen. Stellt sich – vielleicht wider Erwarten – eine Besserung ein, so ist sogar die Wiederaufnahme einer bei der Patientin schon erprobten und halbwegs verträglichen second-line-Therapie zu erwägen, sofern die Lebensqualität dadurch nicht wieder nachhaltig beeinträchtigt wird. Wenn sich aber der Allgemeinzustand der Natur der Krankheit zufolge rasch verschlechtert und/oder durch die erforderliche (hohe) Dauerdosierung von Morphinderivaten eine gewisse Einschränkung der Vigilanz in Kauf genommen werden muss, sind die Patienten leichter geneigt, den Wunsch

nach der eingeforderten Chemotherapie zu vergessen.

Schlussfolgerung

Das große Vertrauen und die großen Hoffnungen der Patientin lassen vermuten, dass das Therapeutenteam in der Vergangenheit kompetent, aber auch einfühlsam und menschlich korrekt agiert hat. Das Dilemma der Strategie in der Endphase des Krankheitsverlaufs muss aber ohne die aus Mitleid erfolgte drastische Dosisreduktion (Scheinbehandlung) auskommen. Eine solche Behandlung ist nicht ein fromme, sondern unter Umständen eine gefährliche Lüge, wenn die Nebenwirkungen der Therapie dennoch auftreten, die spezifisch erwünschte Wirkung aber längst nicht mehr zur Geltung

kommt. Als Alternative hat sich in solchen Situationen die konstruktive (re-kreative) Behandlungspause mit intensivierter, umfassender Versorgung (maximal supportive care) bewährt, bei deren Erfolg ohne Heuchelei die Hoffnung auf eine Weiterführung einer gut verträglichen second-line-Therapie genährt werden darf.

Bei allgemeiner Verschlechterung leitet die „Behandlungspause“ zur letzten Wegstrecke der Sterbebegleitung über, welche von Angehörigen und Therapeuten frei von Ambivalenz durchstanden werden kann. In dieser letzten Phase wird die Patientin, ohne Illusionen zu wecken, auf der Endstrecke ihres Lebensweges begleitet.

*Univ.Prof.Dr. Friedrich Kummer
Wilhelminenspital, 2. Medizinische Abteilung
Montlearstraße 37
A - 1171 Wien*

NACHRICHTEN

Demographie: Höchstalter der Menschen steigt

Die jüngst veröffentlichte Studie des Demographen John WILMOTH von der University of Berkeley, Kalifornien, ist drauf und dran einen Expertenstreit vom Zaun zu brechen. War bisher ein Teil der Wissenschaftler auf dem Gebiet der Lebensalterforschung noch überzeugt, dass es so etwas wie eine biologisch determinierte Altersobergrenze von 115 bis 120 Jahre gibt, so sprechen John WILMOTH's Daten und die seiner schwedischen Kollegen eine andere Sprache: Sie zeigen, dass etwa in Schweden das Höchstalter seit dem Jahr 1860 kontinuierlich von 101 auf 108 in den 90er Jahren des 20. Jahrhunderts anstieg – und dabei scheint es – entgegen anderer Theorien – keinerlei Anzeichen für einen Stop dieses Trends zu geben.

Generell ist ein Anstieg der Lebenserwartung festzustellen, v.a. auf Grund eines längeren Lebens des Einzelnen nach dem 70. Lebensjahr. Wichtige Faktoren, die diese Entwicklung begünstigen, sind natürlich die gute Wasserversorgung, verbesserte Hygiene und die Kontrolle von Infektionskrankheiten.

Um 1970 ist ein Entwicklungsschub festzustellen. WILMOTH führt ihn auf bahnbrechende Erkenntnisse in der Behandlung von Herzerkrankungen zurück.

Männer haben zwar eine geringere Lebenserwartung als Frauen (72:79 in den USA), im hohen Alter jedoch nivelliert sich dieser Unterschied auf weniger als 2 Jahre.

Heute gibt es etwa 2 Dutzend dokumentierte Fälle von Männern und Frauen über 110 Jahren.

University of California, 28. September 2000

Forschung: Ohne Rücksicht auf Dritte Welt

„Die internationale Forschung verhält sich oft unethisch und ist irrelevant, wenn es um die Bedürfnisse der Entwicklungsländer geht“, meint Prof. Solomon BENATAR von der University of Cape Town's Bioethics Center. Die globalen Ungleichheiten im Gesundheitsbereich werden einfach ignoriert.

Der Standard medizinischer Praxis und Forschung in den USA, wo die Hälfte der globalen Gesundheitsangaben jedes Jahr für nur 5 Prozent der Weltbevölkerung ausgegeben werden, kann unmöglich als Standard für die meisten anderen Länder angesehen werden. 90 Prozent aller medizinischen Forschungen konzentrieren sich auf Krankheiten, die nur 10 Prozent der Weltbevölkerung betreffen. Die Ethik bei internationalen Forschungen muss sich verstärken an die sozialen, politischen und ökonomischen Kräfte wenden, um sich tiefer im Kontext globaler Gesundheit zu verwurzeln.

BMJ, 28. September 2000

Mifegyne: In Deutschland zurückgezogen

Die angekündigte Einstellung des Vertriebs der Abtreibungspille „Mifegyne“ zum Jahresende ist von vielen Ärzten und Vertretern unterschiedlicher Gruppierungen begrüßt worden. Das sei ein richtiger Schritt, sagte der Pressesprecher der Bischofskonferenz, Rudolf HAMMERSCHMIDT. Die Firma „Femagen“ in Holzkirchen, die erst vor einem Jahr ausschließlich zum Zweck des Vertriebes von Mifegyne gegründet wurde, will als Lizenznehmer von „Mifegyne“ in Deutschland das

Produkt wegen einer zu geringen Zahl von Verordnungen vom Markt nehmen. Bei der Einführung von „Mifegyne“ in Deutschland vor Jahresfrist hatte es scharfe Kritik der katholischen Kirche gegeben. Unter anderem hatte Kölns Kardinal Joachim MEISNER die Zulassung als „schwarzen Tag für Deutschland“ bezeichnet.

Kathpress, 18. Oktober 2000

Arzt-Patient Beziehung: Mitsprache bei der Behandlung

Patienten akzeptieren den Therapievorschlag des Arztes dann ohne Mitsprache, wenn es sich um rein physische Erkrankungen handelt. Im Fall von psychiatrischen Erkrankungen oder Lebensstilfragen besteht aber sehr wohl das Bedürfnis, sich bei der Wahl der Behandlung persönlich zu äußern. 410 Patienten wurden im Rahmen einer Studie Videos vorgespielt, anhand derer sie sich für oder gegen eine Mitsprache entscheiden sollten: Es handelte sich um Beispiele aus der ärztlichen Praxis: ein blutendes Muttermal, eine gezerzte Wade, chronisch rheumatoide Arthritis, Depression und Rauchen. Die Patienten äußerten lediglich bei Nikotinabusus und bei Depression den Wunsch, die Behandlung mitzubestimmen. Besonders Personen von 61 Jahren oder darüber bevorzugten ärztlichen Rat ohne Wenn und Aber.

Patienten aus sozial höheren Schichten hingegen sprechen sich für mehr Mitsprache aus. Die Ergebnisse der Studie, so betonen die Autoren, seien jedoch keineswegs zu verabsolutieren.

BMJ, 5. Oktober 2000

In-Vitro Fertilisation: Gutgemeinte Eugenik

Das erste in-vitro gezeugte, „therapeutische“ Kind ist geboren. Adam N. wurde erzeugt, um seiner schwerkranken 6-jährigen Schwester das Leben zu retten. Das nordamerikanische Ehepaar NASH ist Träger einer Erbkrankheit (Falconi-Anämie), wobei ein 25% Risiko besteht, dass die Nachkommen daran erkranken. Ihre jetzt 6 Jahre alte Tochter Molly leidet an dieser Krankheit und wird aller Voraussicht nach kaum das Erwachsenenalter erreichen. Die einzige Heilungschance besteht in der Verpflanzung von Zellen ihres Bruders Adam, der am 29.08. d.J. geboren wurde. Man entnahm ihm Zellen der Nabelschnur und pflanzte sie seiner Schwester ein.

Die Geburt Adams ist das Ergebnis einer Auswahl. Man gewann in-vitro 15 Embryonen, von denen zwei gesund, und von der Gewebsverträglichkeit her gesehen, kompatibel waren. Einen davon pflanzte man ein. 5 weitere wurden tiefgefroren. Vorher hatte sich das Ehepaar NASH drei anderen Prozessen künstlicher Befruchtung, jedoch ohne Erfolg unterzogen. Wieviele Embryonen insgesamt in diesem Verfahren hergestellt wurden, steht nicht im Bericht.

Aceprenta 136/00, 11. Oktober 2000

Palliativmedizin: Erkenntnisse in der Pflege sterbender Patienten

Obwohl durch die Hospizbewegung und den Ausbau der palliativen Medizin Fortschritte in der Pflege von Sterbenskranken gemacht wurden, besteht dennoch immer eine große Kluft zwischen der Pflege, die gewünscht wird und jener, die sie erhalten. Linda L. EMANUEL, Professorin für Medizin an der Northwestern University Medical School et al. sammelten nun Daten persönlicher Erfahrun-

gen von fast 1000 Patienten, die nur mehr weniger als sechs Monate zu leben hatten. 50 Prozent der Befragten litten an Krebs, andere an Herz-erkrankungen, chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen etc. Eines der wichtigsten Ergebnisse der Studie ist laut EMANUEL die Tatsache, dass die Pflege eines sterbenskranken Menschen eine außergewöhnliche Chance zur persönlichen Vertiefung der Familienangehörigen und anderer Nahestehenden sein kann. Patienten, die einen guten Kontakt zu Ärzten und Schwestern hatten, hätten es leichter, den Tod als solchen anzunehmen und sich ihrer Familie verbunden zu fühlen.

Frauen und Angehörige von Minderheiten zeigten meist ein besseres Verhältnis zum klinischen Personal. Frauen und jüngere Patienten zeigten vermehrt Symptome von psychologischem Stress.

Spiritualität gab den Menschen ein Bewusstsein von Sinnhaftigkeit ihres Leidens. Jene Patienten, die ihren Tod annehmen konnten, zeigten auch ein ausgeprägteres spirituelles Bewusstsein.

Northwestern University, 4. Oktober 2000

Geriatric: Gewichtstraining verbessert Gesundheitszustand

Männer über 60 Jahren können ihre Kraft bis zu 80 Prozent durch Gewichtstraining steigern. Der Kraftzuwachs vollzieht sich dabei ähnlich wie bei 20 Jährigen. Zugelassen zu der dazu an der Ohio Universität durchgeführten Studie waren 18 Männer im Alter zwischen 60 und 75. Die Physiologen unter Leitung von Robert STARON, Professor für Anatomie am College of Osteopathic Medicine beobachteten zudem Verbesserungen im Muskeltonus, der aeroben Kapazität und im Cholesterinprofil. Das speziell konzipierte Arbeitsprogramm dauerte 16 Wochen. Die

Forscher konnten zudem auch positive Auswirkungen der Gewichtsreduktion auf das kardiovaskuläre System feststellen. Blutproben, entnommen vor und nach dem Training, zeigten günstigere Cholesterinprofile – z.B. einen Anstieg der HDL- und Abfall der LDL-Cholesterinspiegel. Die Studie belegt damit die positiven Auswirkungen von konstantem körperlichen Training für den allgemeinen Gesundheitszustand älterer Personen.

Ohio University, 28. September 2000

EU-Bericht: Strenge Grenzen für Stammzellen-Forschung

Die Ethik-Beratergruppe der Europäischen Kommission hat das sogenannte therapeutische Klonen als verfrüht abgelehnt. Der Wissenschaft stünden für ihre Forschungen alternative Quellen menschlicher Stammzellen zu Verfügung, beispielsweise könnten Stammzellen aus Erwachsene, aus Nabelschnurblut oder aus Embryonen gewonnen werden, die bei Reagenzglasbefruchtungen übrig geblieben seien, heißt es in einer in Paris veröffentlichten Empfehlung der Ethik-Beratergruppe. An die EU-Institutionen appelliert die von der Französin Noelle LENOIR geleitete Gruppe, die Forschung nach Alternativen zum therapeutischen Klonen stärker zu fördern. Nötig seien zudem strenge ethische Grenzen für die Stammzellen-Forschung, so die Ethik-Beratergruppe. Zu den Prinzipien, die dabei eingehalten werden müssen, zählten die Achtung der Menschenwürde, die Autonomie der betroffenen Personen, aber auch die Freiheit der Forschung. Die EU solle darauf achten, dass die bei der Forschung gewonnenen Erkenntnisse weit verbreitet und nicht aus kommerziellen Interessen zurückgehalten würden.

Kathpress, 15. November 2000

ZEITSCHRIFTENSPIEGEL

RdM RECHT DER MEDIZIN:
Wien, Zeitschrift in Deutsch
7. Jahrgang Heft 5, 2000

Editorial

Beiträge:
Reinhard RESCH: Ärztekammer
und Kollektivvertragsfähigkeit;
Bernhard EOCHEP/ Peter STEINER:
Arzthonorare von Privat- und Son-
derklassepatienten aus zivilrechtli-
cher Sicht.

THE JOURNAL OF MEDICI-
NE AND PHILOSOPHY.

Dordrecht / Boston/ London. Bi-
mestrale Zeitschrift in Englisch.
Vol 25 No.4, August 2000

Lisa RASMUSSEN: Morality, Religion
and Metaphysics: Diverse Visions
in Bioethics;

Alex John LONDON: The Ambigui-
ty and the Exigency: Clarifying
'Standard of Care' Arguments in
International Research;

Fred GIFFORD: FREEDMAN's 'Clini-
cal Equipoise' and 'Sliding-Scale
All-Dimensions-Considered
Equipoise';

Dennis COOLEY: Good Enough for
the Third World;

Mark LEVIN, Ira BIRNBAUM: Jewish
Bioethics?;

Grant DUNCAN: Mind-Body Dua-
lism and the Biopsychosocial Mo-
del of Pain: What Did DESCARTES
Really Say?

REVISTA CUADERNOS DE
BIOÉTICA. Santiago de Compo-
stela, Spanien

Quartalschrift in Spanisch
Vol. XI, N°. 42, 2ª 2000

Presentación:

Francisco J. PEÑA: La sanidad ambien-
tal y la lucha contra la contami-
nación.

Tema de estudio: Sanidad ambien-

tal, educación para la salud y ética:
- Díaz-Fierros TABERNERO, Díaz-
Fierros VIQUEIRA, Peña CASTINEIRA:
Problemas y perspectivas de la sani-
dad ambiental;

- Armando M. PÉREZ DE NUCCI:
Bioética y medio ambiente, el gran
desafío del siglo XXI : una experi-
encia docente;

- Jesús BALLESTROS: Derechos huma-
nos al medio ambiente;

- Mª Teresa BENÍTEZ: Clonación;

- Luis Miguel PASTOR: RU 486;

- Mª del Carmen AMARO CANO: La
invasión tecnológica en las ciencias
médicas y su repercusión ética en el
desarrollo sostenible;

- Alejandrina ARRATIA: Etica y Edu-
cación para la Salud;

- Alejandrina ARRATIA: Presencia de
conductas autoritarias en educa-
ción para la salud;

- Susana BALONCHARD, Sandra M. FE-
LIZIA: Bioética y la atención primaria
de salud en grupos minoritarios;

Colaboraciones:

- Guillermo PASCUAL Y BARLÉS:
Edad avanzada y limitación de re-
cursos;

- José Enrique MORA: La dignidad
de la persona humana en la juris-
prudencia constitucional española.

ETHICS & MEDICINE, USA,
London GB.

Quartalschrift in Englisch
Vol.16:3 2000

Clarke D. FORSYTHE, JD: Can Chri-
stians Be Effective in the Public Po-
licy Arena?;

Jeffrey L. NEWSWANGER, DO: To-
ward the Relief of Suffering and the
restoration of Person;

Alison ATKINSON, MB, ChB, DA:
Artificial Nutrition and Hydration
for Patients in Persistent Vegetative
State: Continuing Reflections;

Stephen SOTO DE MAYOR, PA-C,

BSc: Autonomy, Euthanasia, and
the Holy Spirit;

Robert W. EVANS, PhD: How Then
Should We Die?: California's
'Death With Dignity' Act;
Ann VOGEL, RN: Hope, Healing,
and Justice in the Abortion Debate.

HASTINGS CENTER REPORT.
New York, USA.

Bimestrale Zeitschrift in Englisch.
Volume 30 No. 5, 2000

Old World News: Richard H. NI-
COLSON: Intimations of Immortality;
Mary MIDGLEY: Biotechnology and
Monstrosity. Why We Should Pay
Attention to the "Yuk Factor";

Gregory E. KAEBNICK: On the
Sanctity of Nature;

Case Study: Lauren S. COBBS, Peter
A. CLARK, Margherita BRUSA: The
Million Dollar Question;

At law: Lawrence O. GOSTIN: Ma-
naged Care, Conflicts of Interest,
and Quality;

Perspective: Erika BLACKSHER: On
Ova Commerce;

John H. EVANS: A Sociological Ac-
count of the Growth of Principalism;

Godfrey B. TANGWA: The Tradition-
al African Perception of a Person.
Some Implications for Bioethics;

MEDICINA E MORALE

Bimestrale Zeitschrift in Italie-
nisch.

2000/4

Editoriale: Un manifesto di biopo-
litica: per una nuova democrazia

E. SGRECCIA, M. PENNACCHINI, M.B.
FISSO: I documenti della Chiesa sul-
la questione ambientale;

F. PASCUAL: PLATONE, maestro di
bioetica?;

A. BOMPIANI: L'elaborazione di 're-
gole' per le innovazioni biotecnolo-
giche. Proposte della Comunità eu-

ropea per un ordinario sviluppo delle biotecnologie;

Recensiones:

H. JONAS: Organismo e libertà. Verso una biologia filosofica (M.L. FURIOSI);

ANNUARIO FILOSOFICO

Halbjährliche Zeitschrift in Spanisch

XXXIII/1, 2000

María Jesús SOTO: Presentación; Estudios;

Rafael ALVIRA: Unidad y diversidad en el neoplatonismo cristiano;

Juan ARANA: Es la naturaleza un libro escrito en caracteres matemáticos;

John CLEARY: El papel de las matemáticas en la teología de Proclo;

Miguel Cruz HERNÁNDEZ: La Teología del Pseudo ARISTÓTELES (Kitab Utuluya li-Aristu) y la estructuración del neoplatonismo islámico;

Francisco G³-BAZÁN: Antecedentes, continuidad y proyecciones del neoplatonismo;

Giuseppe GIRGENTI: La metafísica de Porfirio como mediación entre la 'henología' platónica y la 'ontología' aristotélica;

Giovanni REALE: Fundamentos, estructura dinámico-relacional y caracteres esenciales de la metafísica de Plotino;

Notas:

Ángeles CARDONA: De Plotino a Dunque haya niebla;

Jesús de GARAY: La extrañeza de la inteligencia en Filón de Alejandría;

José Ignacio MURILLO: La unidad del ente: logra Plotino superar a Parménides?;

Carlos ORTIZ DE L.: Mathesis universalis en Proclo;

Carmen RAMÍREZ, Sara ESCOBAR: Diálogo, verdad y comunicación. Los neoplatonismos 'ocultos';

Pablo RODRÍGUEZ: Acerca del platonismo y de Platón mismo;

Ignacio YARZA: Anotaciones sobre la relación en Plotino;

Bibliografía

Reseñas:

AGUADO, G.: Trastorno específico

del lenguaje (Belén PASCUAL);

APEL, K.O.: Auseinandersetzungen in Erprobung des transzendental-pragmatischen Ansatzes (Carlos ORTIZ DE L.);

CASTILLA, B.: Noción de persona en Xabier ZUBIRI (Idoya ZORROZA);

GONZÁLEZ, M.: Voluntad de poder y arte (Eduardo MICHELENA);

GRANADA, M.A.: El umbral de la modernidad (María Jesús SOTO);

LARRE, O.L.: La filosofía natural de OCKHAM (Idoya ZORROZA);

LAUTH, R.: Descartes' Konzeption des Systems der Philosophie (Carlos ORTIZ DE L.);

LLANO, A.: Humanismo cívico (Genera CASTILLO)

MARÍAS, J.: La perspectiva cristiana (José A. GARCÍA C.)

MELENSO, T.: Dignidad humana y bioética (Ana Marta GONZÁLEZ)

SANGALLI, A.: The Importance of Being Fuzzy (Carlos ORTIZ DE L.);

XXXIII/2, 2000

María Jesús SOTO: Presentación; Estudios;

Jan A. AERTSEN: Filosofía cristiana: primacía del ser versus primacía del bien?;

Ysabel de ANDÍA: Neoplatonismo y cristianismo en Pseudo-Dionisio Areopagita;

Werner BEIERWALTES: El neoplatonismo de SCHELLING;

María BETTETINI: La medida del tiempo;

Juan Cruz: Emanación: un concepto neoplatónico en la metafísica de Tomás de AQUINO?;

W. Zeev HARVEY: Filosofía y poesía en Ibn GABIROL;

Agnieszka KIJEWKA: El fundamento del sistema de Eriúgena;

María Jesús SOTO: Causalidad, expresión y alteridad. Neoplatonismo y modernidad.

Notas:

Enrique ALARCÓN: Tomás de AQUINO y la metafísica perdida de ARISTÓTELES;

Cristina ARRANZ: La obra artística de Miguel ANGEL y su relación con

el movimiento neoplatónico del Renacimiento;

Giovanna CERESOLA: Resonancias neoplatónicas en la condena agostiniana de la fantasía;

Paulo FAITANIN: La huella de la enwsewz qeiaz de DIONISIO en la doctrina de la incomunicabilidad divina de Tomás de AQUINO;

Olga LARRE: La convergencia de rasgos de tradición agostiniana y aristotélico-verroista presentes en la elaboración de la doctrina del tempo de G. OCKHAM;

Eduardo LOSTAO: Reflexiones levinasianas acerca de la bondad, la libertad y la diferencia;

Carlos MATA: Neoplatonismo en la lírica del Siglo de ORO: dos sonetos del Conde de VILLAMEDIANA;

Alfonso PUIGARNAU: Neoplatonismo e iconografía en la Europa medieval;

Bibliografía

Reseñas:

ADAMS, E.W.: A Primer of Probability Logic (Carlos ORTIZ DE L.);

ARANGUREN, J.: El lugar del hombre en el universo (Idoya ZORROZA);

FRASCA-SPADA, M.: Space and the Self in HUME's 'Treatise' (Carlos ORTIZ DE L.);

GRONDIN, J.: Introducción a la hermenéutica filosófica (Lourdes FLAMARQUE);

KOLBE, U.: Renegaten Termine. 30 Versuche, die eigene Erfahrung zu behaupten (Carlos ORTIZ DE L.);

LIZARRAGA, P.: El arte, un asunto entre seres humanos (Oihana ROBADOR);

LORDA, J.L.: Para una idea cristiana del hombre (José A. GARCÍA C.)

LUENGO, J.: ZUBIRI y KANT (Idoya ZORROZA);

MARINA, J.A.: La selva del lenguaje (Marta MIRANDA)

SCHMIDT-BIGGEMANN, W.: Historische Umriss abendländischer Spiritualität in Antike, Mittelalter und Früher Neuzeit (Carlos ORTIZ DE L.);

STEIN, E.: La estructura de la persona humana (Idoya ZORROZA);

TOMÁS DE AQUINO: Exposición sobre el 'Libro de las Causas' (María Jesús SOTO);

- ETHICA
Innsbruck, Quartalsschrift in
Deutsch
8. Jahrgang Heft 3, 2000
Leitartikel:
Elmar WAIBL: Sind Werte willkürlich? Möglichkeiten und Grenzen rationaler Normbegründung – illustriert anhand von Marquis des SADES HOBBS-Kritik;
Hans J. MÜNK: Die Biodiversitätsproblematik als Prüfstein für Naturbewertungsverfahren;
Bernhard IRRGANG: Hermeneutik und Ethik;
Hans LENK: Zum Ethiknachlass Albert SCHWEITZERS. In memoriam Albert SCHWEITZER zum 125. Geburtstag 2000
Diskussionsforum:
Christoph REHMANN-SUTTER: M. HAUSKELLER: Auf der Suche nach dem Guten. Wege und Abwege der Ethik; Bücher und Schriften: Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik (K. WEBER)
Jörg BERGMANN, Thomas LUCKMANN (Hg.): Kommunikative Konstruktion von Moral. Bd. 1 und 2 (R. GEISEN);
Jean-Pierre WILS: Sterben: zur Ethik der Euthanasie (F. KELLER);
Antje KAPUST: Berührung ohne Berührung. Ethik und Ontologie bei MERLEAU-PONTY und LEVINAS (K. RÖTTGERS);
Herwig UNNERSTALL: Rechte zukünftiger Generationen (N.C. KARAFYLLIS);
Alberto BONDOLFI, Hans J. MÜNK (Hg.): Theologische Ethik heute: Antworten für eine humane Zukunft. Hans HALTER zum 60. Geburtstag (B. SCHMID);
Franz FURGER: Christliche Sozialethik in pluraler Gesellschaft (H. HALTER);
Angela SCHULZE: Werbung an der Grenze: Provokation in der Plakatwerbung der 50er bis 90er Jahre (Th. BOHRMANN);
Thomas MAAK, York LUNAU (Hg.): Weltwirtschaftsethik, Globalisierung auf dem Prüfstand der Lebensdienlichkeit (B. IRRGANG);

**DER GUTE TOD?
EUTHANASIE UND STERBEHILFE IN
GESCHICHTE UND GEGENWART**

Udo BENZENHÖFER

Verlag C.H.Beck, München 1999

272 Seiten

ISBN 3-406-42128-6

Dr. med Dr. phil Udo BENZENHÖFER ist Professor an der Abteilung „Medizingeschichte, Ethik und Theoriebildung in der Medizin“ der medizinischen Hochschule Hannover.

Euthanasie und Sterbehilfe sind aktuelle Themen, die mit einiger zeitlicher Verzögerung auch in Österreich für Diskussionsstoff sorgen.

Im vorliegenden Band stellt der Autor erstmalig im deutschsprachigen Raum die wichtigsten Positionen zu Sterbehilfe und Euthanasie von der Antike bis zur Gegenwart, von PLATON bis zur aktuellen Rechtsprechung, aus medizinischer, juristischer, philosophischer und religiöser Sicht vor.

Der Autor geht davon aus, dass man aus der Betrachtung historischer Positionen Gewinn für die aktuelle Diskussion ziehen kann.

In der Tat ist die Auseinandersetzung mit den unterschiedlichen Standpunkten zum Thema Euthanasie im Laufe der Geschichte, mit oft wiederkehrenden Argumenten und Denksätzen nicht nur historisch als interessant zu bewerten, sondern kann auch für die gegenständliche Bewußtseinsbildung sehr wertvoll sein.

Der Umgang mit schwerstgeschädigten Kindern bzw. mißgebildeten Neugeborenen hat im Laufe der Menschheitsgeschichte die Betroffenen immer wieder vor die entscheidende Frage nach dem Umgang und auch die medizinische Behandlung dieser Kinder gestellt.

Es ergibt sich aus der historischen Erfahrung dieses Buches, dass in der Vergangenheit, als die medizinisch technischen Gegebenheiten, die geringen Therapie-, und Versorgungsmöglichkeiten das Verhalten der Betroffenen, Eltern

und Ärzte meist auf die Wahl zwischen pflegerischer Betreuung und Tötung dieser Kinder reduziert werden mußte.

Infantizid wurde aber im Laufe der Menschheitsgeschichte immer wieder aus den selben Gründen oder Motiven zugelassen. Es waren dies sowohl ökonomische als auch soziale, religiöse und eugenische Gründe.

In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts waren vor allem die Gedanken des Sozialdarwinismus, der Rassenhygiene und der Eugenik ausschlaggebend für einen neuerlichen Diskurs über die Ausscheidung der Schwachen aus unserer Gesellschaft.

Im deutschsprachigen Raum waren Adolf JOST, Ernst HAECKEL, Karl BINDING und Alfred HOCH Wegbereiter für die Euthanasie des dritten Reichs.

Neben der historischen Abhandlung stellt der Autor auch kurz die Euthanasiepraktiken einzelner Länder vor, wobei er sich in einem Exkurs auch mit dem utilitaristischen Denken des australischen Ethikers Peter SINGER auseinandersetzt.

Klar wendet sich der Autor dann gegen die praktische Ethik SINGERS und weist diese entschieden zurück.

Der Autor sieht die größte ethische Herausforderung in der Frage nach der aktiven Freigabe der Sterbehilfe auf Verlangen, wie es etwa im niederländischen Modell verwirklicht wird

Wie viele Gegner der aktiven Euthanasie in Geschichte und Gegenwart vertritt auch Benzenhöfer die Ansicht, dass durch dieses tödliche Mitleid die Basis des Mitleids vernichtet wird.

Statt finaler Euthanasie sind nach Ansicht des Autors Zuwendung, Zuspruch, Pflege und Palliativversorgung Schwerkranker jene Lösungsmodelle, die der aktiven Euthanasie entgegengesetzt werden müssen, um diese zielführend zu vermeiden.

C. MARTENS

ANTROPOLOGIA DELL'AFFETTIVITÀ

Antonio MALO

Armando Editrice, Roma 1999

305 Seiten

ISBN 88-7144-700-x

Wenn immer es gilt, dass bestimmte Denkströmungen den Zugang zum vollen Selbstverständnis des Menschen und zum Glauben erschweren und sogar verhindern können, dann gilt das auch und besonders für Konzeptionen der menschlichen Affektivität und ihre Integration in die Person. Antonio MALO befasst sich in seinem Buch „Antropologia dell'affettività“ mit der nicht weiter reduzierbaren Urwirklichkeit menschlicher Affektivität, die in den letzten Jahrhunderten von christlichen Denkern bis auf Ausnahmen vernachlässigt wurde, während die klassischen Denker wie PLATON, ARISTOTELES, Thomas von AQUIN ihnen nicht nur periphere, sondern grundlegende Bedeutung beimaßen. So war etwa Thomas von AQUIN, den niemand irgendeiner Romantik anprangern würde, zutiefst überzeugt, dass keine „geistige“ und keine „geistliche“ Liebe, weder die aus wacher, willentlicher Wahl hervorgerufene „dilectio“ noch die auf Gnade gegründete „caritas“ zu einem lebendigen Akt werden könnten ohne die „passio amoris“. Nicht anders als PLATON ist THOMAS der Meinung, dass die Caritas – abgetrennt von dem vitalen Wurzelgrund der Passio amoris – als wahrhaft menschlicher Akt, weder in Gang kommen noch sich selbst lebendig durchhalten kann.

Der Autor bringt – mit strenger Sachlichkeit und kritischer Würdigung der Einsichten anderer Forscher – Ordnung in die komplexe Welt der Affektivität. Damit trägt er nicht wenig dazu bei, dem gelegentlich noch anzutreffenden schädlichen Vorurteil den Boden zu entziehen, Affektivität sei der Wissenschaft kaum zugänglich. Durch seine präzise Analyse gelingt es MALO, nicht bloß den schmalen Weg zwischen schwächlichem Sentimentalismus und weltfremdem Rationalismus aufzuzeigen,

sondern auch Auswege aus Aporien der modernen Naturwissenschaft, wie etwa der heutigen Hirnforschung aufzuzeigen (letztere pendelt zwischen einem psychophysischen Parallelismus und neuropsychologischer Programmierung hin und her).

Das Buch umfasst sechs Kapitel: Im ersten stellt MALO die Extrempositionen einer Theorie der Affektivität vor sowie die cartesische Konzeption und den Behaviorismus. Während der cartesische Dualismus eine Gespaltenheit des Menschen in Geist und Materie fest schreibt, die nur ‚despotisch‘ zusammengehalten werden kann, versucht der Behaviorismus die Einheit des Menschen durch naturalistische Reduktion auf die Physiologie herzustellen. Beide Positionen führen letzten Endes zu einer Auflösung des Phänomenes Affektivität. Im zweiten Kapitel erweist der Autor die – früher bestrittene – Gültigkeit der wissenschaftlichen Methode, die auf der inneren Erfahrung aufbaut und befestigt sie in kritischer Auseinandersetzung mit den Theorien von FREUD und anderen empirischen Psychologien. Die Analyse mündet im Begriff der Tendenzialität des menschlichen Seins, die man vielleicht mit Urbestrebungen oder „vernünftigem Drang“ übersetzen könnte; Tendenzialität, die die Quelle aller Affektivität ist. Im dritten Kapitel geht der Autor den geistigen Wurzeln des thomasischen Begriffes „appetitus“ bei PLATON und ARISTOTELES nach und erläutert seine zentralen Elemente in der Theorie des HL. THOMAS.

Im vierten Kapitel werden Instinkte und menschliche Tendenzen voneinander abgegrenzt und die Beziehung der Tendenzen zur Realität und die ureigenen Charakteristika der affektiven Phänomene werden erforscht. Die Beziehungen von Vernunft und Willen mit der Affektivität untersucht das fünfte Kapitel. Der Autor zeigt u.a., dass die Integration der Affektivität eine besondere Vervollkommnungshilfe für die Person darstellt und Affektivität keineswegs als bloßes Hindernis aufgefasst werden darf. Gerade durch den engen (aber keineswegs despoti-

schen) Zusammenhang von Willen und Affektivität wird der Zugang zur Wahrheit der Person ermöglicht, dem letzten Bezugspunkt für eine Integration der Affektivität in die Person. Das sechste Kapitel analysiert den Zusammenhang zwischen integrierter Affektivität und der Selbstschenkung der Person, die freilich jemanden voraussetzt, der die Schenkung entgegennimmt, d.h. es geht hier um eine Beziehung der Freundschaft. Der Mensch erweist sich als angelegt darauf, einer anderen Person zu „entsprechen“ und darin sein größtes Glück zu finden; hierin findet sich sozusagen die Tendenz aller Tendenzialität des Menschen „verortet“. Dem Autor ist ein grundlegendes Werk gelungen, was mit dem sehr bescheiden geratenen Einband im Kontrast steht. Die Lektüre ist nicht bloß für Fachleute empfehlenswert, sondern für jeden unerlässlich, dem es um ein gründliches Erkennen des Menschen geht, besonders hinsichtlich der Beziehung von Gefühlswelt und Vernunft. Hervorheben möchte ich, dass diese Studie tatsächlich die Probleme der aktuellsten Forschung betrifft (nicht ausschließlich wenn auch vor allem der Psychologie) und deren bestehende Widersprüche im Lichte philosophischer Anthropologie erhellte und in vielen Bereichen löst. Das zweite Kapitel mit seiner konstruktiven Kritik an FREUD und SKINNER lässt an Klarheit in der Aufdeckung systematischer Fehler nichts zu wünschen übrig. Es unterscheidet sich damit wohltuend von sonstigen Versuchen der Adaptation psychologischen Gedankengutes oder auch seiner Ablehnung zugunsten christlicher Verkündigung. MALO legt wichtige Grundlagen für eine offene Psychologie fest, die für die Entfaltung eines christlichen Menschenbildes in den Gegebenheiten der heutigen geistigen Welt unverzichtbar sind.

Der Autor gibt am Ende selbst eine großartige harmonische Zusammenfassung seiner Forschungsergebnisse, deren Tragweite man jedoch erst im Lichte der vorangehenden Kapitel ermessen kann, wo sie mit den Gegenpositionen kontrastiert sind. Nicht nur für Fachleute lohnt sich ihre Lektüre.

Neben den wissenschaftlichen Ergebnissen gelingt es dem Autor immer wieder, auf praktische Konsequenzen hinzuweisen, wenn er etwa sagt, dass eine gute Erziehung der Affektivität davon gekennzeichnet sein muss, von zwei Extremhaltungen Abstand zu halten: nämlich nur dann zu handeln, wenn man eine affektive Resonanz der Neigungstendenzen verspürt oder im Gegenteil, jeglichen Einfluss dieser Resonanz auf das Handeln zu leugnen.

Es ist dem Autor zu wünschen, dass sein Werk in verschiedene Sprachen übersetzt und so einem großen Leserkreis zugänglich werde.

H. BIENEK

**DAS GUTE UND DAS BÖSE
EIN FRANZÖSISCH-DEUTSCHER BRIEF-
WECHSEL**

André GLUCKSMANN:

Claassen Verlag, Hildesheim 1998

412 Seiten

ISBN 3-546-00134-6

André GLUCKSMANN, der in die Jahre gekommene ‚nouveau philosophe‘ der ersten Stunde und neben Alain FINKIELKRAUT einer der letzten europäischen Intellektuellen, die auch interventionistisch für die Einhaltung der Menschenrechte kämpfen, legt einen fiktiven Briefwechsel zwischen einem Deutschen und einem Franzosen in dreizehn Briefen vor, die sich auf das heutige sogenannte Kerneuropa beziehen.

Der Autor – erklärter Atheist – findet inzwischen nicht nur zustimmende Worte für Papst JOHANNES PAUL II. und im besonderen für dessen Sicht von der Funktion und Aufgabe der Philosophie in der jüngsten Enzyklika „fides et ratio“; er spricht in seiner allerletzten Publikation „Der dritte Tod Gottes“ (noch nicht auf deutsch erschienen) davon, dass Gott, nachdem er zum ersten Mal am Kreuz in Galiläa, zum zweiten Mal durch das antiklerikale Wüten im 19. Jahrhundert nun im 20. Jahrhundert zum

dritten Mal getötet wurde. Und zwar von seinen Feinden zwischen Verdun, Auschwitz, Kigali und Grosny.

„Das Gute und das Böse“ setzt bei den Gottesmördern des 19. Jahrhunderts ein. FICHTE, HEGEL, MARX, NIETZSCHE, aber auch WAGNER und BAKUNIN waren die radikalen Erneuerer einer Rationalität, die Mythen und Ideologien erzeugten, die von den bekannten Massenmördern des 20. Jahrhunderts ausgebeutet wurden.

„...HITLER bin ich“, lautet das einleitende Bekenntnis des jüdischen Autors, der die Katastrophe HITLER nicht so sehr in dem, was er gewollt und getan hat, bestehen sieht, sondern vielmehr darin, dass man es ihn tun ließ. So wie SOLSCHENIZYN erklärt, er hätte den „Archipel Gulag“ nicht verfassen können, wenn er nicht den Stalinismus in sich selbst erforscht und sich an den bolschewistischen Traum seiner eigenen Jugend erinnert hätte.

GLUCKSMANN, der an sich leidenschaftliche Europäer und zugleich skeptische Betrachter nationaler Regungen, befindet, dass die Widerstandskraft Europas sowie seine Glaubwürdigkeit an der Qualität des deutsch-französischen Dialoges zu messen sei. Und dieser Dialog macht Fortschritte, was den Magen (d.h. die Wirtschaft) betrifft. Was den Kopf angeht, zeigen die Röntgenbilder nichts.

Joseph ROVAN konstatierte etwa, dass in den Köpfen der Franzosen nach wie vor die Tatsache ausgeblendet wird, wonach Deutschland seit über dreissig Jahren Frankreichs politischer und militärischer Verbündeter ist. Und Alfred GROSSER sieht den Antigermanismus der Franzosen in der Weise funktionieren, dass er jedem Franzosen erlaubt, sich rückwirkend mit den Résistance-Widerstandskämpfern zu identifizieren, um so den aktuellen politischen Konflikten zu entgehen.

Dennoch ist für GLUCKSMANN das deutsch-französische Paar die stets notwendige, wenn auch nicht ausreichende *conditio sine qua non* für die Existenz Europas. Hier weiß sich der Freund der Musik Richard WAGNERS, der Phi-

losophie Martin HEIDEGGERS und der Politik Helmut KOHLS wiederum den Deutschen näher als seine Landsleute, die laut Meinungsumfragen einem rheinischen Gravitätszentrum ablehnend gegenüberstehen. (Die neue geistige Orientierung des deutschen Außenministers Joschka FISCHER hin zu PLATON ist evident, die von Hubert VÉDRINE zu WINSTON CHURCHILL noch nicht sehr.)

Europa als die „Heimat aller Farbtöpfe“ (NIETZSCHE) wirkt in seiner Vielfalt existenzieller Modelle gegenüber traditionellen Gesellschaften sonderbar ketzerisch, wo jeglicher mythologische Zement fehlt. Dagegen sprach Peter SLOTERDIJK jüngst in Wien beim Bundeskanzler vom zivilreligiösen Baldachin, den die 'EU 14' auch den Österreichern überstülpen wollen und scherte damit unverhohlen als erster Intellektueller Deutschlands in dieser Causa aus dem europäischen „Bon sens“ aus.

Der an Bedeutungen anspielungsreiche Briefwechsel seziert die Erinnerungsgeschichte der beiden Völker, wobei es – wie es die supponierte Freundschaft nun einmal aufnötigt – die Erinnerung auch voll von Selbstbeichtigungen ist. Der Franzose greift hiezu die Kolumnen der aus Polen stammenden Italienerin Barbara SPINELLI im „Osservatore Romano“ auf, die Papst JOHANNES PAUL II. zürnt, nicht Heinrich VON NAVARRA, sondern den mythischen Chlodwig gefeiert zu haben. Der freidenkerische Prinz, der den französischen Thron nach dem Blutbad der Bartholomäusnacht erklimmte, hat nicht nur eine Bekehrung zum Katholizismus vollzogen, er hat diesem auch ein tolerantes Gepräge gegeben.

Im selben Brief wird die Erinnerung an ein anderes Versagen – bereits in diesem *Siècle* – geweckt, das sich 1937 in Paris ereignete. Zur 300-Jahrfeier der Veröffentlichung des „Discours de la methode“ wurde mit großem Pomp ein DESCARTES-Kongress einberufen, an dem neben den intellektuellen Eminenzen aus aller Welt auch Martin HEIDEGGER sprach und die Franzosen zur „Aussprache“ aufforderte. Deutsche und Franzosen

sollten ihre „schwerste Aufgabe“ auf sich nehmen und die große Auseinandersetzung um die drohende Entwurzelung des Abendlandes führen. Dafür erntete er nur hochmütigen Spott von den cartesischen Rationalisten jenseits des Rheins.

Auf der anderen Seite das große Versäumnis der Deutschen nach 1945, deren „Unfähigkeit zu trauern“ (A. u. M. MITSCHERLICH) sie in eine – die Katastrophe verdrängende – Produktionswut führte, und damit den größten Wohlstand – historisch wie weltweit gesehen – einbrachte; das Entsetzen über die eigene Vergangenheit jedoch haben sie Gott sei Dank – so GLUCKSMANN – perpetuiert.

Das einleitende „...HITLER bin ich“ fördert schließlich fast zwingend eine Kampfansage an den gnostischen Manichäismus zutage und GLUCKSMANN weicht dieser Auseinandersetzung nicht aus, wenn er Hans JONAS' „Prinzip Verantwortung“ ins Visier nimmt. Im Eingeständnis des größten Respektes vor dem großen Gelehrten des gnostischen Denkens ortet er eine Naivität, die ihn betrübt.

Anstatt den „Gottesbegriff nach Auschwitz“ neu zu überdenken, wie es JONAS forderte, als er sogleich daranging, Seine Allmacht, Sein Allwissen und Seine absolute Güte im Licht des Desasters ein wenig herabsetzend zu modifizieren, sollte vielmehr der Blick auf die Idee des Menschen geschärft werden. Doch davon sei bei JONAS weit und breit nichts zu sehen.

„Das falsche ‚Prinzip Verantwortung‘ funktioniert eigentlich als Attest für eine Unschuld, das eine Intelligenzija verzweifelt erbittet, die einer zu unerbaulichen Geschichte ausgesetzt ist...Früher unterstellte Hegel, die deutsche Intelligenz denke das, was die anderen täten. Heute träumt diese Intelligenz von dem, was die anderen kaum zu denken wagen. Sie versorgt die Welt mit Prinzipien – ‚Hoffnung‘, ‚Verantwortung‘ – die zu verkünden der gesunde Menschenverstand normalerweise verbietet.“ (GLUCKSMANN, S.146)

Das Buch, das sich umstandslos in die große Tradition der französischen Stilistik und Es-

sayistik einreicht, gehört dennoch nicht zu den gelungensten des Autors. Zu schnell und manchmal auch zu kurzatmig geraten die assoziativen Gedankensprünge, obzwar sich der Ideenreichtum sowie der enzyklopädische Charakter des in diesem Band dargelegten europäischen Kulturwissens wahrlich imposant ausnimmt.

W. DONNER

BIOETHIK UND MENSCHENBILD BEI DEN JUDEN UND CHRISTEN

Wolfgang KRAUS (Hrsg.)

Neukirchener Verlagshaus, Neukirchen 1999

200 Seiten

ISBN 3-7887-1731-9

Das vorliegende Buch ist das Ergebnis eines interdisziplinären und internationalen Kongresses, der vom 19. bis 21. November 1997 vom Institut für Evangelische Theologie der Universität Koblenz veranstaltet wurde, „um die gegenwärtige Situation zu diskutieren, vor die die rasante Entwicklung in der Biomedizin Juden und Christen stellt.“ (S.2)

Gleich am Beginn der Einführung wird vor unklaren Berichterstattungen der Medien gewarnt, die durch vage Ausdrucksweisen und Euphemismen Anlass zu Irrtümern geben.

In vielen Einzelbeiträgen namhafter Wissenschaftler und Theologen werden jene Probleme angegangen, die sich aus den gegenwärtigen Erkenntnissen diverser Forschungen ergeben, um deren Lösung Juden und Christen gemeinsam ringen müssen, um der göttlichen Offenbarung gerecht zu werden.

Gott als der absolute Herr und der Mensch als sein Ebenbild sind die beiden Aspekte, die bei jeder Stellungnahme vorrangig berücksichtigt werden müssen. Da 1997 das geglückte „Dolly“-Experiment die Frage besonders dringlich machte, was denn der Mensch – trotz seines Könnens – auch dürfe, wurden beson-

ders die Themen Klonen, Genmanipulationen, Organtransplantationen, Pränataldiagnostik, Abtreibung, Euthanasie, u.v.m. aufgeworfen. Immer wieder wurde die von Gott gewollte Würde des Menschen angesprochen und die absolute Einhaltung der Werthierarchie eingefordert. Klare Begriffe und rechtliche Begrenzungen wurden urgiert. Jede neue Erkenntnis auf dem medizinisch-biologischen Sektor muss zunächst streng wissenschaftlich fundiert sein, um vorschnelle Phantastereien und unrealistische Zukunftsperspektiven auszuschließen. Dann muss jede Möglichkeit neuer Methoden der Heilung oder Lebensverbesserung auch darauf überprüft werden, ob die Verbesserung der Lebensqualität einen adäquaten Preis hat. Ganz besonders scharf müssen jene Experimente unter die Lupe genommen werden, die allzu leicht dazu führen, den Menschen, aber auch andere Kreaturen, zu unfreiwilligen Objekten einer Forschung zu machen, bei der die wissenschaftliche Neugier den zu erwartenden Nutzen übersteigt. Hier kommt auch das Problem der Pränataldiagnostik zur Sprache. Es muss den Eltern die völlige Freiheit eingeräumt werden, eine solche überhaupt durchführen zu lassen, könnte es doch sein, dass für manches Paar die Versuchung zur Abtreibung so groß würde, dass sie fürchten, diese nicht bestehen zu können. Dass Embryonenfreigabe für Forschungszwecke als Verbrechen abgelehnt werden muss, wird als selbstverständlich vorausgesetzt. Der unantastbaren – weil von Gott geschenkten – Freiheit der Individuen ist absoluter Vorrang einzuräumen. Deshalb wird in vielen Referaten die Frage aufgeworfen, wie die Rechte jener Personen gesichert werden können, die zeitweilig oder dauernd zu keiner freiwilligen Entscheidung fähig sind.

Ein ganz wichtiges weiteres Problem wird immer wieder angesprochen, nämlich die absolut sichere Feststellung des Todesintrittes, was bei Organtransplantationen von ungeheurer Bedeutung ist. Hier muss nach Überzeugung Fachkundiger noch nach weit sichereren Krite-

rien geforscht werden. Rechtliche und finanzielle Herausforderungen werden in vielen Beiträgen aufgezeigt, um auch hier zu sauberen Lösungen zu gelangen.

Die Beiträge dieses Kongresses weisen auch darauf hin, dass in einem Land, das durch Jahre einer Zwangsregierung gegangen ist, eine besondere Sensibilität für ethische Fragen erungen werden muss. Einige Vorträge sind deshalb besonders als Hilfestellung für die Religionspädagogik gedacht. Abschließende tabellarische Zusammenfassungen, die die angesprochenen Probleme noch einmal auflisten und vergleichende Stellungnahmen verschiedener Organisationen, die Gefahrenmomente einer zu unklaren Radikalität akzentuieren, bieten eine leicht überschaubare Orientierungshilfe. Dass die Ethik in den Wissenschafts-, Technik- und Industriebetrieb vorrangig integriert werden muss, ist das Hauptanliegen der ganzen Veranstaltung, um jener Politologie Einhalt zu gebieten, die einer ihrer Vertreter in die Worte kleidete: „Ich weiß nicht, was es bringen kann, wenn die Theologie über die Erkenntnisse der Naturwissenschaft die Soße ihrer Werte schüttet“ (S. 167). Umso begrüßenswerter ist es, dass sich endlich die Gläubigen des Alten und Neuen Bundes zu einer Phalanx zusammenschließen, um die von Gott geoffenbarten Werte ins Recht zu setzen.

E. LIND

DROGENKONSUM UND SUCHTPRÄVENTION BEI JUGENDLICHEN

Antje GRUNDMANN

Peter Lang 1998

199 Seiten

ISBN 3-631-33618-7

Das vorliegende Buch bezieht sich vor allem auf die Drogensituation und Prävention in der Bundesrepublik Deutschland, sowie mit dem

stetigen Anwachsens der Zahl der Drogenkonsumenten in Ostdeutschland seit der Wende 1989.

Im Teil A dieses Buches geht es der Autorin um die theoretische Auseinandersetzung bezüglich der Prävention und Intervention bei Jugendlichen hinsichtlich des Drogenkonsums.

In unserer heutigen Gesellschaft lässt sich eine Verfügbarkeit von illegalen Drogen nicht mehr vermeiden. Begünstigend für den illegalen Drogeneinstieg kann sich die geduldete und akzeptierte Konfrontation mit legalen Drogen wie Nikotin oder Alkohol und Berichte und Werbung in den Massenmedien erweisen.

Nach Ansicht der Autorin ist der Drogenkonsum ein Produkt zwischen Individuum, sozialem Umfeld – Familie – Schule und der Gesellschaft.

Wesentlich sind gewisse Persönlichkeitsmerkmale, wie z.B. niedrige Frustrationstoleranz, Introversion, Depressivität, Risikobereitschaft, sowie psychische Labilität. Hinzukommen ungünstige Verhältnisse in der Familie, Schule, starker Leistungsdruck, erzieherisches Fehlverhalten, mangelnde Ausbildungs- und Arbeitsmöglichkeiten.

Alle Drogen weisen ein Suchtpotential mit einer Tendenz zur ständigen Erhöhung der Dosis auf.

Die Autorin unterscheidet eine bereits im frühen Kindesalter beginnende Vorbereitungsphase z.B. durch seelische Schäden hervorgerufen.

In die Einstiegsphase kommt es dann durch Neugierde, positive Rauscherfahrung durch vermeintliche Stabilisierung des Selbstvertrauens und zusätzliche Faktoren.

Die Verzweiflungsphase ist schließlich der Übergang in die Abhängigkeit, wobei die Suchtkrankheit das Leben dann völlig beherrscht. Es kommt zur völligen Zentrierung des Lebens auf die Droge und deren Beschaffung. Die Konsumenten verlieren die Chancen zum Aufbau eines normalen sozialen Lebens, oft werden sie frühzeitig Opfer der Strafverfolgung. Es folgen Gefährdung anderer Personen, Realitätsflucht usw.

In der Bundesrepublik Deutschland werden seit Beginn der 70iger Jahre präventive Maßnahmen zur Drogenbekämpfung von staatlichen und kirchlichen Einrichtungen unternommen.

Die Aufklärung allein über Drogen ist wirkungslos, oft sogar kontraproduktiv.

In dem vorliegenden Buch werden drei Suchtpräventionstypen vorgestellt.

1. Die **Primärprävention** ist die umfassendste, da sie die Verhinderung des Drogenkonsums bewirken soll. Ziel ist die Entwicklung einer eigenverantwortlichen selbstbewussten Persönlichkeit. Daher sollte sie bereits im frühen Kindesalter in der Familie beginnen und in der Schule fortgesetzt werden, natürlich auch im außerschulischen Bereich. Die Schule ist gewissermaßen das Bindeglied und Übergangsmedium vom Leben in der Familie zum Leben in der Gesellschaft.

Wichtig erscheint die von der Autorin gewünschte Zusammenarbeit von Eltern, Lehrern und Pädagogen. Interessant für die wichtige Rolle der schulischen Prävention scheint ein „fächerübergreifender Unterricht“ zu sein. Vor allem die Fächer Biologie, Deutsch, Religion und Musik sollen hervorgehoben werden.

- Der Deutschunterricht mit den Möglichkeiten der entsprechenden Lektüre, Diskussionsrunden, Erwerben von kommunikativen Fähigkeiten, u.a.;

- Der Musikunterricht als Ausdruck des Lebensgefühls, der Lebensfreude, Identifikation, Möglichkeit der Austragung von Konflikten in der Gruppe auch mit Hilfe von Bewegung wie Tanz, usw.;

- Im Biologieunterricht lernen die Jugendlichen vor allem die Droge selbst und deren Auswirkungen kennen;

- Besonders relevant ist der Religionsunterricht, weil hier der Sinn des Lebens als zentrale Frage aufgeworfen wird. Die Auseinandersetzung mit der Sinnfrage des Daseins ist bedeutsam, da gerade die „Orientierungslosigkeit“ als Ursache für Drogenkonsum gelten kann, eben-

so wie eine Zuwendung zu Sekten. „Durch den Glauben als Bindung an Gott wird das Leben sinnvoll.“

2. Der Schwerpunkt der **Sekundärprävention** liegt auf der Früherfassung von Störungen und der Verhinderung daraus folgender negativer Konsequenzen mit Hilfe von Beratungsstellen, Familiengesprächen, Streetwork, Pädagogischer Betreuung. Das Ziel soll die Wiederherstellung eines gesunden Umfeldes sein.

3. Die **Tertiärprävention** bzw. Betreuung umfasst die Nachsorge von ehemals Drogenabhängigen und schließt auch die Hilfeleistung bei familiären und schulischen Problemen, sinnvolle Freizeitgestaltung, Suche nach Ausbildungs- und Arbeitsstellen mit ein.

Ein besonderes Anliegen bedeutet für die in Dresden geborene Autorin die Entwicklung der Drogenszene im Freistaat Sachsen nach der Wende 1989. In Dresden wurde im Stadtteil Prohlis ein Jugendhaus als „offener Jugendtreff“ errichtet, wo vor allem die in monotonen Neubaugebieten wohnenden Jugendlichen Möglichkeiten einer sinnvollen Freizeitgestaltung finden, sowie Förderungen von Konfliktlösun-

gen durch entsprechendes Personal. Bei dieser „offenen Jugendarbeit“ wird auch besonderes Augenmerk auf die Intervention gerichtet, drogengefährdeten und drogenkonsumierenden Jugendlichen gezielte Hilfestellung zu geben.

Die Autorin schildert diese Möglichkeit auf Grund eigener Erfahrung im Rahmen eines Praktikums in diesem Haus. Ihr Ziel ist es, anhand dieses konkreten Beispiels aus Dresden, Konzepte und Strategien aus theoretischer und praktischer Sicht gegenüberzustellen und daraus bessere Möglichkeiten und Chancen für die Suchtprävention abzuleiten.

Das Buch ist lesenswert, vor allem für Betroffene und im pädagogischen Bereich tätige Personen. Die Bedeutung, die die Autorin der Primärprävention zuschreibt, ist erwähnenswert. Nur in einer abgerundeten Erziehung und Ausbildung der Jugendlichen, die auch auf weltanschauliche Fragen eingeht und vor der Sinnfrage nicht zurückscheut, erhalten die jungen Menschen das nötige Rüstzeug für ein Gelingen des Lebens.

R. MAYER

HINWEISE FÜR AUTOREN

1. Allgemeine Erläuterungen

Mit der Annahme eines Beitrages überträgt der Autor dem IMABE-Institut das ausschließliche, räumlich und zeitlich uneingeschränkte Recht zur Vervielfältigung durch Druck, Nachdruck und beliebige sonstige Verfahren und das Recht zur Übersetzung für alle Sprachen und Länder.

Bei der Abfassung von Manuskripten sind die nachfolgenden Angaben zu berücksichtigen.

Die Beiträge werden von den Autoren im PC-Schreibsatzverfahren auf Laserprinter gedruckt erbeten. Die Manuskripte sollen in dreifacher Ausfertigung eingereicht werden. Übersichten und Originalien sollten den Umfang von 10 Druckseiten (einschließlich Literatur) nicht überschreiten. Zusätzlich soll eine Diskette MS-Dos geliefert werden.

Nach Abschluss des Begutachtungsverfahrens erhalten die Autoren die Manuskriptvordrucke und spezielle Anleitungen von der Redaktion mit einem Sonderdruckbestellzettel.

2. Gestaltung der Manuskripte

Die erste Seite soll enthalten:

1. kurzen, klaren Titel der Arbeit
2. Namen aller Autoren
3. Eine Zusammenfassung des Beitrages auf Deutsch (ca. 8 – 10 Zeilen)
3 bis 5 Schlüsselwörter
4. Englische Übersetzung der Zusammenfassung

Die Manuskriptblätter sind einschließlich Literaturverzeichnis durchnummerieren.

Danksagungen sind an das Ende der Arbeit vor die Literatur zu stellen.

Fußnoten sind durchnummerieren. Sie werden immer an das Ende des Beitrages gestellt.

Tabellen und Abbildungen sind bereits vom Autor an den dafür vorgesehenen Stellen im Text einzufügen. Zusätzlich werden von den Autoren für Strichabbildungen gute scharfe Fotoabzüge in der gewünschten Endgröße mit klar lesbarer Beschriftung (2 mm Schriftgröße) erbeten.

Da der sonst übliche Korrekturabzug zur Überprüfung entfällt, unterliegt die sprachlich einwandfreie Gestaltung der Arbeit der Verantwortung des Autors.

3. Literatur

Zeitschriftenbeiträge werden zitiert nach:

1. Sämtlichen Autorennamen mit nachstehenden Initialen der Vornamen in Großbuchstaben
2. Beitragstitel unter Anführungszeichen
3. Nach den internationalen Regeln (Index Medicus) abgekürzter Titel der Zeitschrift
4. Jahreszahl in runden Klammern
5. Bandnummer mit Doppelpunkt
6. Anfangs- und Endseitenzahl der Arbeit.

Beispiel: THOMAS H., „Sind Handeln und Unterlassen unterschiedlich legitimiert?“, Ethik in der Medizin (1993), Bd. 4: S. 70 – 82

Bei Monographien und Büchern sind anzugeben:

1. Sämtliche Autorennamen mit nachgestellten Initialen der Vornamen
2. Buchtitel
3. Verlagsname
4. Verlagsort
5. Jahreszahl in runden Klammern
6. Seitenzahl(en)

Beispiel: HERRANZ, G., „Philosophie des Lebendigen“, Suhrkamp, Frankfurt a. Main (1980), S. 25 – 28

HINWEISE

PUBLIKATIONEN DES IMABE INSTITUTS

BÜCHER

Der Status des Embryos. Eine interdisziplinäre Auseinandersetzung mit dem Beginn des menschlichen Lebens (1989), Fassbaender Verlag, Wien, ISBN: 3-900538-17-4

AUS DER REIHE MEDIZIN UND ETHIK:

Der Mensch als Mitte und Maßstab der Medizin (1992) Hrsg. J. BONELLI, Springer Verlag, Wien-New York, ISBN: 3-211-82410-3

Der Status des Hirntoten. Eine interdisziplinäre Analyse der Grenzen des Lebens. (1995) Hrsg. M. SCHWARZ, J. BONELLI, Springer Verlag, Wien-New York. ISBN:3-211-82688-2

Ärztliche Aufklärungspflicht und Haftung. (1998) Hrsg. T. MAYER-MALY, E. H. PRAT, Springer Verlag, Wien-New York. ISBN: 3-211-83230-0

Leben-Sterben-Euthanasie? (2000) Hrsg. J. BONELLI, E.H. PRAT, Springer Verlag, Wien-New York. ISBN: 3-211-83525-3

STUDIENREIHE

Nr. 1: W. RELLA (1994) *Die Wirkungsweise oraler Kontrazeptiva und die Bedeutung ihres nidationshemmenden Effekts.* ISBN: 3-900528-48-4

Nr. 2: C. SCHWARZ (1994) *Transplantationschirurgie.* ISBN: 3-85297-000-8

Nr. 3: M. RHONHEIMER (1995) *Sexualität und Verantwortung.* ISBN: 3-85297-001-6

Nr. 4: M. RHONHEIMER (1996) *Absolute Herrschaft der Geborenen? Anatomie und Kritik der Argumentation von Norbert HOERSTER'S „Abtreibung im säkularen Staat“.* ISBN: 3-85297-002-4

IMABE – INFO (KURZINFORMATIONEN)

1996: Nr. 1: AIDS, Nr. 2: Hirntod, Nr. 3: Gentechnik, Nr. 4: Organtransplantationen, Nr. 5: Pränataldiagnose

1997: Nr. 1: Solidarität und Missbrauch im Gesundheitswesen, Nr. 2: Lebensqualität in der Medizin, Nr. 3: Kommunikation und Vertrauen, Nr. 4: Behandlungsabbruch und Behandlungsverzicht

1998: Nr. 1: Ökonomie und Gesundheitswesen, Nr. 2: Euthanasie (1) – Definitionen und Klarstellungen, Nr. 3: Euthanasie (2) – Stellungnahme der Katholischen Kirche, Nr. 4: Viagra – Medikament oder Lustpille?

1999: Nr. 1: Mifegyne – Die Abtreibungspille RU-486, Nr. 2: Mitleid: Mitleiden und Mitleben, Nr. 3: Drogen

2000: Nr. 1: In-vitro-Fertilisation, Nr. 2: Der Schwangerschaftsabbruch in Österreich, Nr. 3: Entschlüsselung des Genoms

VORSCHAU

Imago Hominis BAND VIII/NR. 1/2001

Schwerpunkt
EUTHANASIE - DEBATTE

IMPRESSUM

Herausgeber:
Prim. Univ. Prof. Dr. Johannes
BONELLI,
Prof. Dr. Enrique H. PRAT DE LA RIBA

Medieninhaber und Verleger:
IMABE – Institut für medizinische
Anthropologie und Bioethik,
Landstraßer Hauptstraße 4/13,
A-1030 Wien
Telephon: + 43 1 715 35 92
Telefax: + 43 1 715 35 93
E-Mail: postbox@imabe.org
<http://www.imabe.org>
DVR-Nr.: 0029874(017)
ISSN: 1021-9803

Schriftleitung:
Dr. Notburga AUNER
Redaktion/Nachrichten:
Dr. Antoine SEGUR-CABANAC
Bernhard KUMMER
Claudia LAPKA

Anschrift der Redaktion:
zugleich Anschrift des
Herausgebers.

Grundlegende Richtung:
Imago Hominis ist eine ethisch-
medizinische, wissenschaftliche
Zeitschrift, in der die aktuellen
ethisch-relevanten Themen der
medizinischen Forschung und
Praxis behandelt werden.

Layout, Satz, Graphik und
Produktion: Claudia LAPKA
Herstellung:
Druckerei ATLAS,
Wienerstraße 35,
A-2203 Großebersdorf

Anzeigenkontakt:
Claudia LAPKA
Einzelpreis:
Inland ATS 120.–
Ausland ATS 150.–
Jahresabonnement:
Inland ATS 400.–
Ausland ATS 500.–
Studentenabo ATS 250.–
Fördererabo ATS 1.000.–
Abo-Service:
Claudia LAPKA

Bankverbindung:
CA-BV, Kto. Nr. 0955-39888/00
Erscheinungsweise: vierteljährlich
Erscheinungsort: Wien
Verlagspostamt: 1033 Wien
Postgebühr bar bezahlt.
Leserbriefe senden Sie bitte an den
Herausgeber.

Einladung und Hinweise für
Autoren:
Das IMABE lädt zur Einsendung von
Artikeln, die Themen der medizinischen
Anthropologie und Bioethik
behandeln, ein. Bitte senden Sie Ihre
Manuskripte an den Herausgeber. Die
einlangenden Beiträge werden dann
von den Mitgliedern des wissenschaftlichen
Beirates referiert. Kürzungen
der Leserbriefe und Manuskripte
behalten wir uns vor.
Das IMABE-Institut gehört dem
begünstigten Empfängerkreis gemäß
§ 4 Abs 4 Z 5 lit e EStG 1988 in der
Fassung des Steuerreformgesetzes
1993, BGBl.Nr. 818/93, an.
Zuwendungen sind daher steuerlich
absetzbar.

IMABE