

Gemeinsamer Dialog – § 13 Suchtmittelgesetz

Fachtagung
am 5. und 6. Juni 2001
Wien



“Gemeinsamer Dialog - § 13 SMG”

**Fachtagung
am 5. und 6. Juni 2001, Wien**

Auch wenn im Text nicht immer explizit ausgeschrieben, beziehen sich alle personenbezogenen Formulierungen selbstverständlich auf weibliche und männliche Personen.

Impressum

Medieninhaber und Verlagsort: Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur, Abt. V/2,
Wien, 2001

Redaktion: Dr. Beatrix Haller

Grafische Gestaltung/Layout: Helga Rausch

Druck: BMBWK

Inhalt

Vorwort	4
Helfen statt strafen - Anleitung zum Suchtmittelgesetz	5
Drogen und deren Stellenwert für Jugendliche Dr. Alfred Uhl, Ludwig Boltzmann Institut für Suchtforschung	8
Cannabis Christoph Lagemann, Leiter der Suchtpräventionsstelle Linz	18
Ecstasy: Geschichte, Wirkungen und Risiken Harald Kriener, Leiter von ChEckiT, Verein Wiener Sozialprojekte	25
Zusammenarbeit mit dem Schularzt/der Schulärztin“ Dr. Alexander David, Drogenbeauftragter der Stadt Wien	31
Rechtliche Grundlagen für die Vorgangsweise bei Drogenvorkommnissen an Schulen Dr. Rainer Fankhauser, Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur	34
Strafrechtliche Aspekte im Zusammenhang mit §13 SMG Dr. Ingrid Wörgötter, Bundesministerium für Justiz	39
Drogen und Schule für SchulärztInnen/DirektorInnen/SchulpsychologInnen Dr. Ewald Höld, Institut für Suchtdiagnostik, Fonds Soziales Wien	44
Programm zur sekundären Suchtprävention „step by step“ Martin Hefel, Leiter von SUPRO Werkstatt für Suchtprophylaxe	49
Resümee der Diskussionen und Ausblick Dr. Beatrix Haller, Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur	57
AnsprechpartnerInnen für schulische Suchtprävention	60

Vorwort

Das Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur hat am 5. und 6. Juni 2001 im Bildungszentrum der Jesuiten in Wien eine Fachtagung zum Thema „Gemeinsamer Dialog – §13 Suchtmittelgesetz“ durchgeführt.

Ziel dieser Veranstaltung war ein Austausch über die Vorgangsweise bei Drogenvorkommnissen in den Schulen.

Das Bildungsministerium wollte damit vor allem eine bessere Vernetzung der verantwortlichen Personen in den jeweiligen Bundesländern erreichen, und so eine gemeinsame, ausgewogene und bundesweit koordinierte Vorgangsweise bei Drogenvorkommnissen garantieren. Ein Anliegen war es auch konkret auf vorhandene Erfahrungen und auf Problemstellungen, die bei der Umsetzung des §13 Suchtmittelgesetzes aufgetreten sind, einzugehen.

Die Zielgruppe dieser Veranstaltung waren Vertreter/innen der Landesschulräte, Elternvereine, Landeschulärzte/innen, Landes Schulpsycholog/inn/en, Landeschulinspektor/inn/en und Präventionsfachleute.

Es konnten für diese Veranstaltung namhafte Experten und Expertinnen als Referent/inn/en und Diskutant/inn/en gewonnen werden. An dieser Stelle bedanken wir uns bei allen Referentinnen und Referenten für ihre Unterstützung und allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern für die regen Diskussionen und für konstruktive Hinweise.

Die vorliegende Publikation gibt einen Überblick über die Referate und Ergebnisse der Diskussionen bei dieser Veranstaltung und ist ein Arbeitsbehelf für alle Beteiligten.

Die Tagung war ein wichtiger Beitrag zur interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen Schulbehörde und Fachleuten. Der gemeinsame Dialog wird verstärkt weiter geführt werden, damit Schülerinnen und Schüler, die Drogen missbrauchen, gezielte und adäquate Hilfe bekommen.

Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur, Dr. Beatrix Haller

Helfen statt strafen

Anleitung zum Suchtmittelgesetz in der Schulpraxis

Helfen wir gemeinsam mit, dass unsere Jugend NEIN sagt zu Süchten aller Art – durch die Maßnahmen zur primären Prävention. Darüber hinaus verpflichtet das Suchtmittelgesetz die Schule, jungen Menschen, die Drogen missbrauchen, gezielte Hilfe anzubieten.

Das Gesetz ermöglicht, ihnen zu helfen: Ohne zu strafen, ohne Anzeige, ohne Diskriminierung. Ein wichtiger Tipp für alle Beteiligten: Nehmen Sie die Hilfe von Experten der Drogenberatungsstellen (siehe Rundschreiben des bm:bwk Nr. 65/97) in Anspruch.

Der hier folgende Überblick soll allen Beteiligten Rechtssicherheit geben über die Schritte, die zu setzen sind.

Die rechtliche Situation nach dem neuen Suchtmittelgesetz – kurz und bündig

Das Suchtmittelgesetz (SMG), BGBl. I Nr. 112/1997, löste mit 1. Jänner 1998 das bis dahin geltende Suchtgiftgesetz 1951 ab. Sein §13 Abs. 1 bezieht sich ausdrücklich auf den Suchtgiftmissbrauch durch Schüler. Es lautet: „Ist auf Grund bestimmter Tatsachen anzunehmen, dass ein Schüler Suchtgift missbraucht, so hat ihn der Leiter der Schule einer schulärztlichen Untersuchung zuzuführen. Der schulpsychologische Dienst ist erforderlichenfalls beizuziehen. Ergibt die Untersuchung, dass eine gesundheitsbezogene Maßnahme gemäß §11 Abs. 2 notwendig ist und ist diese nicht sichergestellt, oder wird vom Schüler, den Eltern oder anderen Erziehungsberechtigten die schulärztliche Untersuchung oder die Konsultierung des schulpsychologischen Dienstes verweigert, so hat der Leiter der Schule an Stelle einer Strafanzeige davon die Bezirksverwaltungsbehörde als Gesundheitsbehörde zu verständigen.“

Der in dieser Bestimmung erwähnte §11 Abs. 2 SMG bezieht sich auf gesundheitsbezogene Maßnahmen bei Suchtgiftmissbrauch und lautet wörtlich §11 Abs. 2 SMG: „Gesundheitsbezogene Maßnahmen sind 1. die ärztliche Überwachung des Gesundheitszustandes, 2. die ärztliche Behandlung einschließlich der Entzugs- und Substitutionsbehandlung, 3. die klinisch-psychologische Beratung und Betreuung, 4. die Psychotherapie sowie 5. die psychosoziale Beratung und Betreuung durch qualifizierte und mit Fragen des Suchtgiftmissbrauchs hinreichend vertraute Personen.“

➤ *Krisenmanagement*

Der erste Schritt sollte die Einberufung eines Krisenmanagements durch den Schulleiter sein. In den meisten Fällen werden der Schularzt, der Schulpsychologe und die betroffenen Eltern daran teilnehmen. Es soll protokolliert werden, welche Überlegungen zum in Gang setzen des Verfahrens führen.

➤ *Wann muss der Schulleiter eine schulärztliche und/oder schulpsychologische Untersuchung veranlassen?*

„Wenn ein durch Tatsachen erhärteter Verdacht des Suchtgiftmissbrauchs vorliegt z.B. Leistungsabfall, häufige Fehlstunden, auffällige Veränderungen im Verhalten oder der Persönlichkeit, auffälliges Vernachlässigen des Äußeren, großer Geldbedarf, Injektionsnadeln, sonstige auf einen Suchtgiftmissbrauch hindeutende Gebrauchsgegenstände; auf Suchtmittel hinweisende Substanzen; Einstichstellen.

Sichere Anzeichen für Drogenkonsum, Drogenabhängigkeit und Suchtverhalten aufzuzählen ist problematisch. Das Schulungs- und Informationspaket „Step by Step“ unterstützt Lehrerinnen und Lehrer darin Verhaltensauffälligkeiten im Vorfeld möglicher Suchtprobleme wahrzunehmen. Nähere Informationen Dr. Beatrix Haller 01/53120-2533.

➤ *Muss der schulpsychologische Dienst die schulärztliche Untersuchung ergänzen?*

Nein. Es wird dies aber in der Regel der Fall sein, weil das Gesetz diese Möglichkeit mit derselben Wertigkeit wie die medizinische Untersuchung vorsieht.

➤ *Kann die Anordnung des Schulleiters zur Untersuchung gem. § 13 Abs. 1 SMG rechtlich bekämpft werden?*

Nein. Diese spezifische Untersuchung kann auch nicht mit dem Hinweis abgelehnt werden, in diesem Jahr schon einmal (gem. §66 SchUG) vom Schularzt untersucht worden zu sein.

➤ *In welchem Zeitrahmen soll die Untersuchung erfolgen?*

Nach Verständigung des Schülers und der Eltern soll die schulärztliche Untersuchung (und die Information über das Ergebnis, vgl. § 48 SchUG) ohne unnötigen Zeitverlust erfolgen. Diese schulärztliche Untersuchung ist für den Schüler kostenlos.

➤ *Was tun, wenn ein Schüler oder dessen Erziehungsberechtigte die schulärztliche Untersu-*

chung oder die Konsultierung des schulpsychologischen Dienstes verweigern?

Der Schulleiter ist verpflichtet, die Bezirksverwaltungsbehörde als Gesundheitsbehörde (Amtsarzt) zu verständigen. Die Meldung erfolgt also auch, wenn beide Maßnahmen angeordnet und auch nur eine der beiden verweigert wird.

- *Was muss geschehen, wenn die Untersuchung die Notwendigkeit einer gesundheitsbezogenen Maßnahme festgestellt hat?*

Schulleiter und Schularzt führen über die zu ergreifenden Maßnahmen ein Gespräch mit den Erziehungsberechtigten und dem betroffenen Schüler, bei dem vor allem darauf verwiesen wird, an welche Stellen sich der Schüler wenden kann. Zu diesem Gespräch ist, falls erforderlich, ein Schulpsychologe beizuziehen. Zweckmäßig ist die Kontaktnahme des Schularztes (des Schulpsychologen) mit der in Aussicht genommenen behandelnden Stelle bzw. Person.

- *Was tun, wenn die Durchführung der notwendigen Maßnahme(n) nicht sichergestellt ist?*

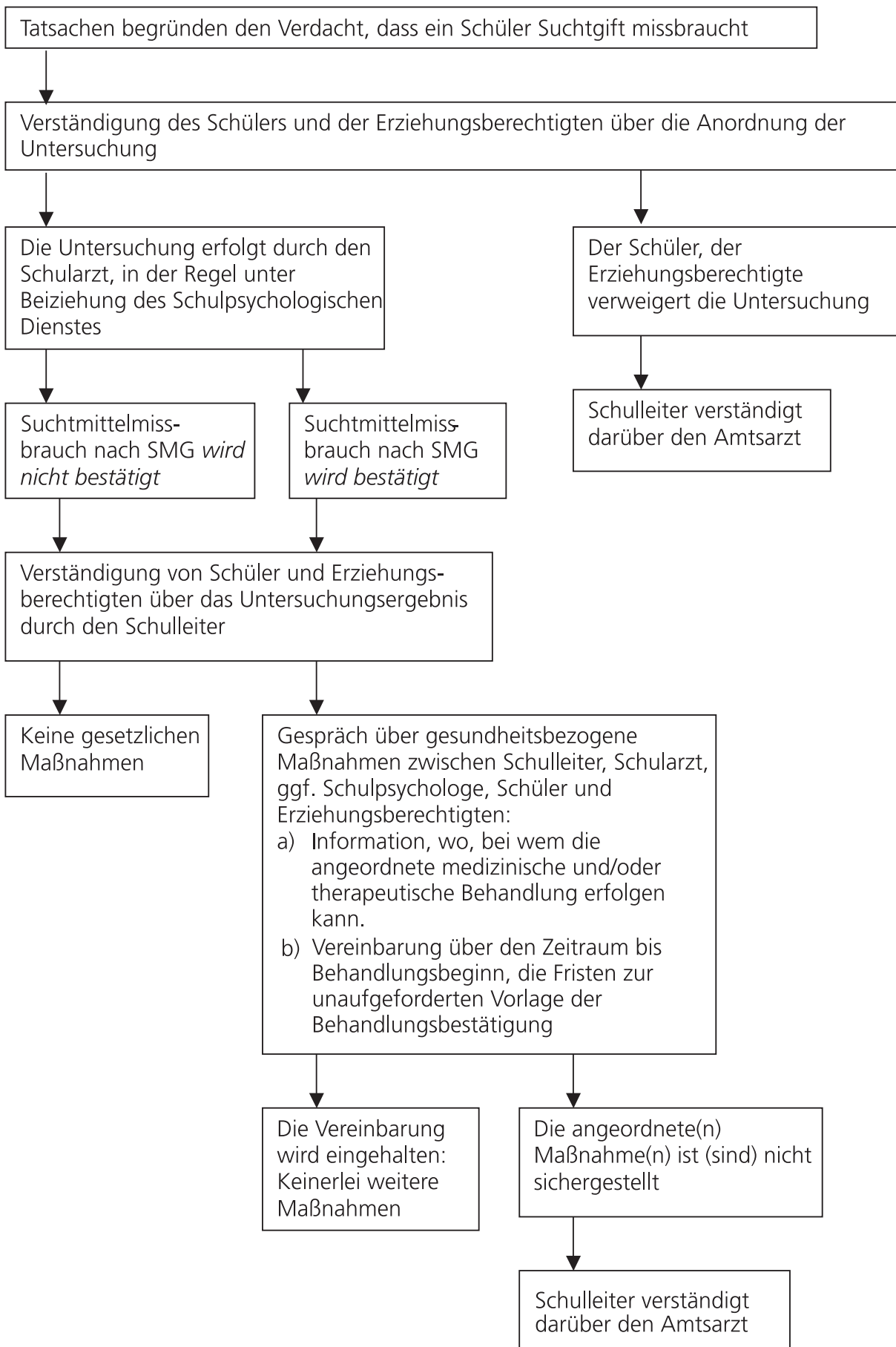
Wird nach Ablauf der vereinbarten Frist (ca. 2 Wochen) keine Bestätigung über den Behandlungsbeginn gebracht oder bleiben die weiteren (etwa monatlichen) Bestätigungen aus oder ist die Behandlung aus anderen Gründen nicht sichergestellt, so ist ebenfalls die Bezirksverwaltungsbehörde als Gesundheitsbehörde (Amtsarzt) vom Schulleiter zu verständigen.

- *Achtung auf die Amtsverschwiegenheit!*

Keinerlei Meldepflichten – auch nicht die Pflicht zur Verständigung der Bezirksverwaltungsbehörde – bestehen, wenn die angeordnete(n) Untersuchung(en) durchgeführt wurden und im Fall des bestätigten Verdachts des Suchtgiftmissbrauchs die Durchführung der dafür im SMG vorgesehenen gesundheitsbezogenen Maßnahmen sichergestellt ist. In keinem Fall ist der Schulleiter berechtigt, eine andere Behörde zu verständigen oder eine Strafanzeige an die Strafverfolgungsbehörden zu erstatten. Auch dürfen die Organe der Schulpartnerschaft mit Einzelfällen von Suchtgiftmissbrauch durch Schüler nicht befasst werden!

Das Faltblatt **“Helpen statt strafen, Anleitung zum Suchtmittelgesetz in der Schulpraxis“** kann bestellt werden bei: Amedia, 1141 Wien, Sturzgasse 1a, Tel. 01/982 1322-365. Kosten: Versandkosten.

So gehe ich vor:



Drogen und deren Stellenwert für Jugendliche

Alfred Uhl, Ludwig Boltzmann-Institut für Suchtforschung

Die vorliegenden Ausführungen basieren im Wesentlichen auf der Studie „Bedeutung und Konsum von psychoaktiven Substanzen bei österreichischen Jugendlichen“ (Springer, A.; Hahn, M.; Uhl, A.; Tebbich, H.; Kopf, N.; Zentner, M.; Kobrna, U.; 2000). Der Bericht über dieses Projekt, das vom Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung (LBI-Sucht) und dem österreichischen Jugendforschungsinstitut (ÖIJ) gemeinsam durchgeführt worden ist, kann unentgeltlich über die Homepage des LBISucht (<http://www.api.or.at>) heruntergeladen werden. Wenn in der Folge ohne nähere Präzisierung von „der Studie“ oder „den Befragten“ die Rede ist, dann sind die eben genannte Studie (Springer et al., 2000) bzw. die Befragten dieser Studie gemeint.

1 Die Struktur der Studie

Bei der Studie von Springer et al. (2000) handelt es sich um eine

- qualitative Interviewstudie,
- bei der n=200 Jugendliche befragt wurden.

In die Untersuchung einbezogen wurden die Bundesländer

- Wien,
- Niederösterreich,
- Steiermark und
- Vorarlberg

mit jeweils 50 Befragten.

Je 50 Interviewte stammten aus den Altersklassen

- 14–16 Jahre,
- 17–19 Jahre,
- 20–22 Jahre sowie
- 23–24 Jahre.

2 Zugehörigkeit der Befragten zu Jugendszenen

Je 50 Personen der Studie von Springer et al. (2000) konnten

- der Techno und Rave-Szene,
- der Funsport-Szene bzw.
- den verbandlich organisierten Jugendlichen zugeordnet werden.
- Weitere 50 Personen können als durchschnittliche Jugendliche bezeichnet werden.

Nach einer Untersuchung der T-Factor & Fessel (1999) fühlen sich $\frac{3}{4}$ der österreichischen Jugendli-

chen zu einer Szene gehörig. Die größte Einzelgruppe – mit 27% der Jugendlichen – stellen die Fußballfans dar.

Mehr als 50% der Jugendlichen kann man der Funsportszene zuordnen, die sich in

- Inline-Skater (17%),
- Snowboarder (17%),
- Mountainbiker (14%),
- Beachvolleyballer (7%)
- Skateboarder (6%) und viele andere Gruppen unterteilt,

wobei viele Funsportler zu mehreren Teilgruppen zuordenbar sind.

Der Umfang der Techno-Rave Szene wird mit 11% geschätzt.

Szenen erscheinen jeweils dreistufig aufgebaut. In einer relativ kleinen

- Kernszene bewegen sich jene Jugendlichen, die sich ganz den Inhalten dieser Jugendkultur verschrieben haben – und sich auch als zu dieser Szene zugehörig deklarieren. Man kann die Mitglieder dieser Kernszene somit als die „Bekennenden“ beschreiben. In einem zweiten Bereich,
- Randszene, findet man Jugendliche, die ebenfalls großes Szene-Wissen besitzen und sich selbst oft auch als Szenemitglieder sehen, die sich jedoch verstärkt auch „außerhalb“ der Szene bewegen. Häufig sind das Jugendliche, die an mehreren Jugendkulturen gleichzeitig Interesse haben. Sie wählen ihre Szene-Zugehörigkeit situativ, je nach Stimmung und Angebot. Dieser Bereich bietet somit bereits einer wesentlich größeren Menge jugendlicher Platz. Der dritte und weiteste Raum ist die sogenannte
- Freizeitszene. Hier findet man Jugendliche, die – weitgehend unbewusst – von dieser Jugendszene beeinflusst sind. Das sind Jugendliche, die eine Szene-Ästhetik annehmen, ohne sich weiter um Inhalte und Einstellungen, die in der Szene vorherrschen, zu kümmern.

Rand- und Freizeitszene gemeinsam bilden den erweiterten Szenebereich, zu dem man auch Jugendliche zählen kann und muss, die sich teilweise selbst gar nicht als Teil der Szene definieren.

Die Techno und Rave-Szene

- War die größte und populärste Jugendszene der 90er Jahre.

- Techno ist Musikkultur und Tanzkultur – und ein „Lifestyle“.
- Die Technoszene ist hedonistisch und unpolitisch.
- Ecstasy und Techno standen von Anfang an in einem Naheverhältnis.
- Ecstasy fördert Ausdauer und bewirkt ein verändertes Musikerleben („Let your Body take control“).

Die Funsport-Szene

- Ist eigentlich keine homogene Szene: zu den Funsportarten zählen unter anderem: Inlineskating, Skateboarding, Windsurfen, Wellenreiten, BMX, Biking, Snowboarding, Beachvolleyball, Street-soccer, Indoor-Climbing etc.
- Auch die Funsportszene ist unpolitisch.
- Funsport ist rein sportliche Betätigung und ebenfalls ein „Lifestyle“.
- Elemente, die gesucht werden sind Freiheit, Ungebundenheit, Rebellentum, Gruppengefühl, ein bisschen Abenteuer – aber nicht zuviel.
- Die Szene ist geprägt von „Beautiful People“, die eine bestimmte Musik hören.
- Cannabiskonsum (Haschisch) spielt eine größere Rolle – bei anderen illegalen Drogen findet man vereinzelt Probierkonsum.

Die „verbandlich organisierten Jugendlichen“ und die „durchschnittlichen Jugendlichen“ dienen primär als Vergleichsgruppen. In diesen Gruppen konnte man Folgendes beobachten:

3 Drogenkonsum der Befragten

Die Befragungsinhalte der Studie von Springer et al. (2000) waren

- alle Drogen – legale, illegale und Medikamente
- Konsumerfahrung mit Drogen
- Stellenwert der Drogen für die jeweilige Szene
- Beurteilung der Gefährlichkeit der Substanzen
- Beurteilung der Wirkung
- Konsumdruck durch andere
- Ausstiegsmotivation

Unterteilt man die Stichprobe nach Gruppenzugehörigkeit, so fällt auf, dass Raver am stärksten zum Experiment mit illegalen Drogen tendierten; danach kommen Funsportler; und am wenigsten stark ausgeprägt ist die Neigung zu illegalen Drogen bei verbandlich organisierten Jugendlichen sowie in der Repräsentativgruppe. Unter Ravern und Funsportlern hat der überwiegende Teil bereits Erfahrungen mit Cannabis gemacht. Cannabiserfahrung ist aber auch bei verbandlich organisierten Jugendlichen und bei der Repräsentativgruppe stark verbreitet. Ecstasy spielt vor allem unter Ravern eine wesentliche Rolle. Erfahrungen mit Stimulanzien, Kokain, LSD, und Sedativa spielen bei Ravern und Funsportlern eine gewisse Rolle (Tab.1).

Tab. 1: Konsumerfahrung mit psychoaktiven Substanzen (jemals konsumiert) nach Gruppe

	Alkohol	Nikotin	Cannabis	Ecstasy	Stimul.	Kokain	LSD	Heroin	Crack	Sedativa
Raver	94%	92%	82%	64%	54%	42%	40%	8%	0%	20%
Funsportler	100%	96%	76%	10%	20%	22%	24%	0%	0%	26%
verbandliche Jugendliche	96%	70%	46%	2%	0%	2%	6%	0%	0%	8%
Repräsentativgruppe	94%	86%	64%	4%	14%	10%	6%	2%	0%	6%

- Cannabis wird von einer Mehrheit ähnlich beurteilt wie die Alkohol und Nikotin. Andere illegale Drogen hingegen werden durchwegs abgelehnt.
- Alkohol, Nikotin und Cannabis spielen eine große Rolle, andere illegale Drogen werden kaum genommen – vereinzelt findet sich Probierkonsum.

Deutlicher verändert sich das Bild, wenn man auf häufigeren Konsum (mindestens 21-mal konsumiert) abzielt (Tab. 2). Während bei den Ravern und Funsportlern noch immer rund zwei Drittel bezüglich Cannabis in diese Kategorie fallen, kommt diese Form des Cannabiskonsums bei verbandlich organisierten Jugendlichen und der Vergleichsgruppe nur mehr in 14% bzw. 22% der Fälle vor.

Tab. 2: Konsumerfahrung mit psychoaktiven Substanzen (öfter als 20 Mal) nach Gruppe

	Alkohol	Nikotin	Cannabis	Ecstasy	Stimul.	Kokain	LSD	Heroin	Crack	Sedativa
Raver	94%	88%	58%	34%	28%	8%	20%	2%	0%	6%
Funsportler	90%	88%	66%	2%	6%	4%	0%	0%	0%	4%
verbandliche Jugendliche	82%	48%	14%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Repräsentativgruppe	88%	76%	22%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

Die Gesamtlebenszeitprävalenz, d.h. die Wahrscheinlichkeit, dass ein österreichischer Jugendlicher im Laufe seines Lebens Erfahrung mit einer bestimmten Substanz machen wird, kann man gegenwärtig anhand von Schulstudien und Haushaltsbefragungen in vergleichbaren europäischen Ländern sowie aus wissenschaftlich fundierten Schätzungen folgendermaßen schätzen.

- Alkohol über 90%
- Nikotin um 70%
- Cannabis um 33%
- Ecstasy um 6%
- andere illegale Drogen um 3%

Die Gesamtlebenszeitprävalenz stellt eine Prognose dar, die man nicht direkt abfragen sondern nur aus vorhandenen Daten schätzen kann. Diese darf nicht mit der oft angegebenen Lebenszeitprävalenz verwechselt werden, die angibt, wieviele Personen bis zu einem bestimmten Befragungszeitpunkt bereits Erfahrungen mit der bestimmten Substanz gemacht haben.

Grob vereinfacht kann man das Verhältnis aus Lebenszeitprävalenz und Gesamtlebenszeitprävalenz über ein Trapez verdeutlichen (Abb. 1), das die Erfahrungen mit illegalen Drogen in unserer Gesellschaft

nach Altersgruppen schematisch darstellt. Bis zum 14. Lebensjahr gibt es kaum Erfahrungen mit illegalen Drogen, danach steigt die Erfahrung bis zum 24. Lebensjahr an, danach werden kaum mehr Ersterfahrungen mit illegalen Drogen gemacht. Die Rate der Erfahrenen bleibt dann gegenwärtig bis zu den 50-Jährigen gleich und sinkt danach bis zu den 60-Jährigen ab. Bei den ab-60-Jährigen ist die Erfahrung mit illegalen Drogen äußerst selten. Die ab-60-Jährigen könnte man als Vor-Drogengeneration bezeichnen; das sind Personen, die ihre Jugend vor Beginn der Drogenwelle Ende der 60er-Jahre durchlebt haben.

Abb. 1: Lebenszeitprävalenz und Alter (vereinfachte schematische Darstellung)

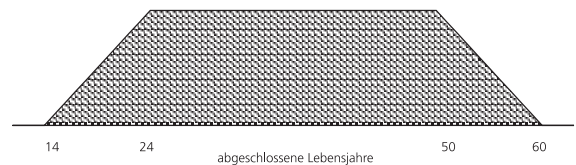
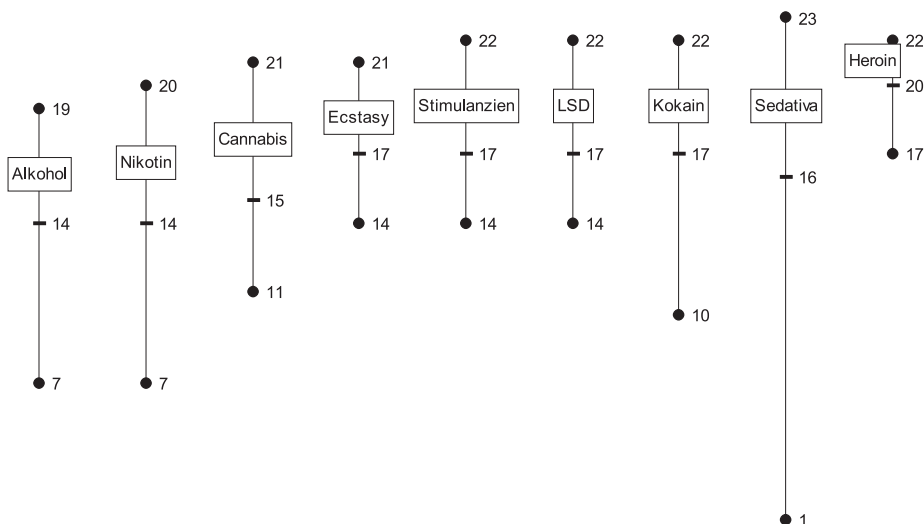


Abb. 2: Alter beim Erstkonsum (Minimum – Median – Maximum)



Das mittlere Alter beim Erstkonsum (Einstiegsalter) lag bei Alkohol und Nikotin bei 14 Jahren, bei Cannabis bei 15 Jahren, bei Sedativa bei 16 Jahren, bei Ecstasy, Stimulanzien, Kokain und LSD bei 17 Jahren und bei Heroin bei 20 Jahren (Abb. 2). Bei Sedativa ist zu berücksichtigen, dass diese Substanzklasse teilweise auch nicht-missbräuchlich in Zusammenhang mit einer medizinischen Indikation – also nicht ausschließlich als Szenedroge – eingenommen wurde, was dadurch unterstrichen wird, dass einem Jugendlichen bereits im zweiten Lebensjahr Sedativa verabreicht worden sind. Hinsichtlich des Einstiegsalters ergaben sich keine relevanten Unterschiede zwischen den vier Gruppen nach Szenezugehörigkeit.

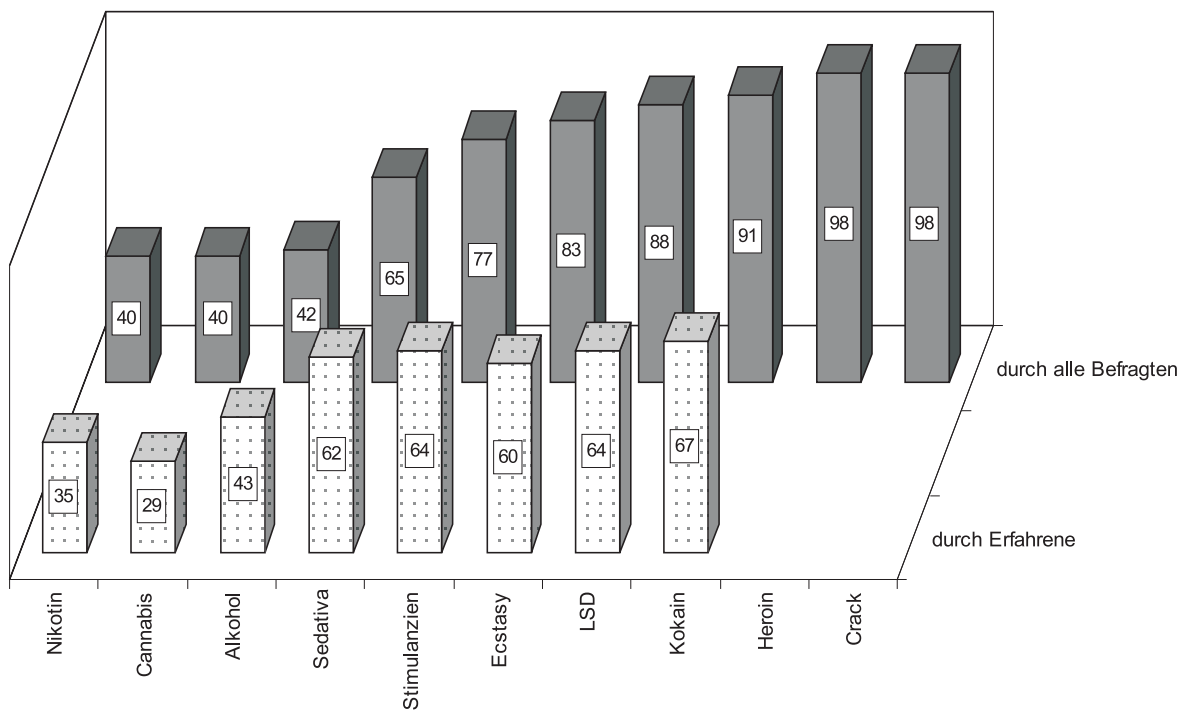
Zusammenfassung über das Konsumverhalten von Jugendlichen kann man Folgendes festhalten:

- Alkohol spielt bei allen eine große Rolle.

4 Durchschnittliche Gefährlichkeits-einschätzung von Drogen durch die Befragten

Bei Betrachtung von Abb. 3 aus Springer et al. (2000) fällt auf, dass Nikotin, Alkohol und Cannabis hinsichtlich der Gefährlichkeit in etwa auf eine Stufe gestellt werden. Am gefährlichsten wird Heroin und Crack gesehen, mit denen in den befragten Gruppen allerdings wenig bzw. keine Erfahrungen vorlagen. Sedativa werden zwischen Nikotin, Alkohol und Cannabis auf der einen Seite und den anderen illegalen Drogen auf dem anderen Ende der Skala eingeordnet. Ecstasy wird bezüglich des Gefährlichkeitspotentials nicht viel anders beurteilt als die meisten anderen illegalen Drogen (abgesehen von Cannabis).

Abb. 3: durchschnittliche Gefährlichkeitseinschätzung



- Nikotin spielt bei Jugendlichen ebenfalls eine große Rolle.
- Cannabis spielt bei allen eine Rolle, ist bei durchschnittlichen Jugendlichen aber eher als Probiertdroge anzusehen.
- Ecstasy aber auch Stimulanzien und Kokain spielen in der Rave / Technoszene in Verbindung mit Tanz eine große Rolle.
- Stimulanzien und Kokain spielen auch bei Fun-sportlern eine gewisse Rolle.

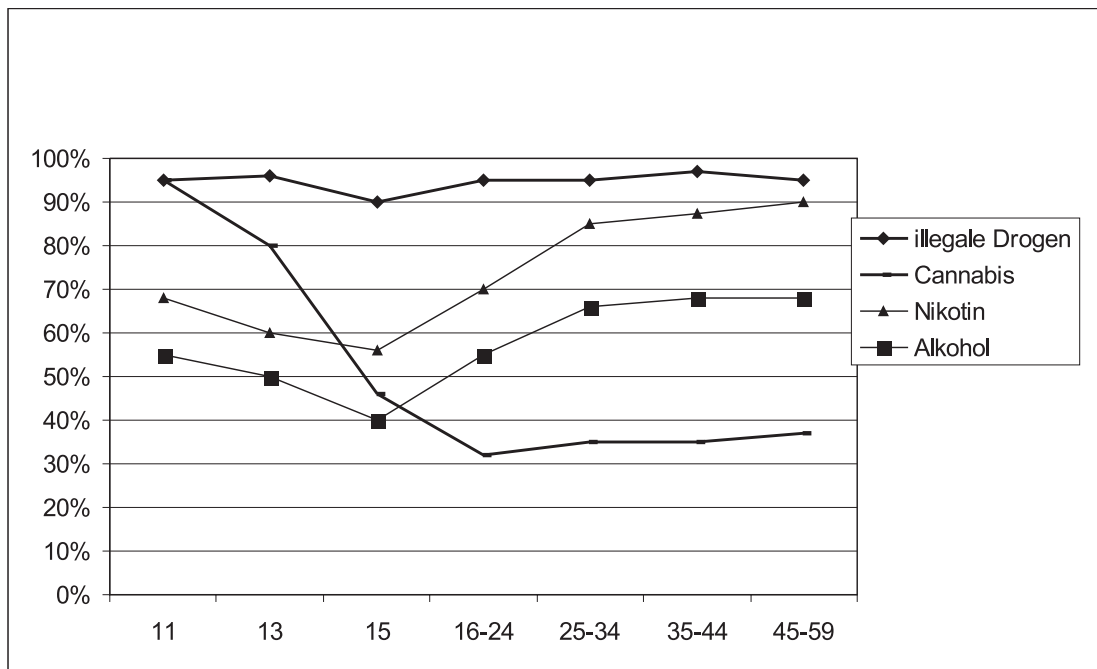
Erklärung: 0 Punkte ist das mögliche Minimum zur Einschätzung der Gefährlichkeit und 100 Punkte ist das mögliche Maximum. Die Mittelwerte werden nur dargestellt und interpretiert, wenn sie auf mindestens 10 Beobachtungen aufbauen.

Generell fällt in Abb. 3 auf, dass das durchschnittliche Gefährlichkeitsurteil bei illegalen Drogen deutlich abnimmt, wenn mit der entsprechenden Substanz Erfahrungen gemacht werden, und dass alle illegalen Drogen von den unerfahrenen Jugendlichen mit maximalen Gefährlichkeitswerten versehen werden. Interessantes Detail ist, dass Cannabis unter den mit der Substanz vertrauten Jugendlichen als die bei weitem harmloseste Droge erlebt wird (29P) während Ecstasy auch von den Ecstasyerfahrenen durchschnittlich als recht gefährlich definiert wird (60P).

5 Gefährlichkeitseinschätzung von psychoaktiven Substanzen

Ein im Vergleich zur Studie von Springer et al. (2000) interessantes Ergebnis fanden Pearson & Shiner (2000) im Rahmen einer Repräsentativerhebung in Großbritannien (Abb. 4). Dabei ergab sich, dass 11-Jährige Cannabis mit allen anderen illegalen Drogen gemeinsam als extrem gefährlich einordnen und in diesem Alter Alkohol und Nikotin vergleichsweise recht harmlos finden. Mit zunehmendem Alter steigt die Gefährlichkeitszuschreibung für Alkohol und Nikotin. Cannabis wird hingegen zusehends als harmloser beurteilt und alle anderen illegalen Drogen werden aber auch weiterhin als sehr gefährlich beurteilt. Interessant ist, dass dieses Urteil auch noch bei den 60-Jährigen vorzufinden ist.

Abb. 4: Gefährlichkeit von psychoaktiven Substanzen im Urteil von Pearson & Shiner (2000)



Anteil der Personen, die die Substanz als „sehr gefährlich“ oder „eher gefährlich“ beurteilten

In diese Richtung weist auch eine österreichische Studie an Schülern (Springer, Uhl & Widensky, 1996). Je mehr Erfahrung Jugendliche mit illegalen Drogen haben und je mehr sie faktisch darüber wissen, desto geringer schätzen sie offensichtlich deren Gefährlichkeit ein. Es zeigt sich deutlich, dass Informierte und Erfahrene das Drogenrisiko deutlich geringer einschätzen als Uninformierte und Unerfahrene. Konfrontation mit Informierten und/oder Erfahrenen Personen führt demnach zu realistischeren Einschätzungen. Eine übertriebene Risikoeinschätzung hält bei Konfrontation offensichtlich nicht an.

Tab. 3: Zusammenhang zwischen Einstellung, Wissen und Konsum bei österreichischen Schülern

	Wissen	Erfahrung
Risiko-einschätzung	$r = - 0.27$	$r = - 0.58$

Erklärung: Korrelationskoeffizienten (r) können zwischen -1 und $+1$ schwanken. Ein negativer Koeffizient bedeutet einen negativen Zusammenhang; d.h. dass hohe Werte in einer Variable gehäuft mit niedrigen Werten in der anderen Variable gepaart sind.

Hier manifestiert sich deutlich, dass übertriebene Gefährlichkeitszuschreibungen, wie sie in der sensationsorientierten Presse und in abschreckender Prävention oft nahegelegt werden, der Konfrontation mit der Realität nicht standhalten können, das Vertrauen in die Informationsquellen untergraben und solchermaßen langfristig als Risikofaktor zu interpretieren sind (vgl. Uhl, 2001).

6 Kategorisierung von Drogen durch die Befragten

Experten stellen häufig die populäre Unterscheidung in „harte“ (besonders gefährliche) vs. „weiche“ (relativ harmlose) Drogen in Frage (z.B. Springer, 2001), weil diese Kategorisierung suggeriert, dass die Gefährlichkeit von psychoaktiven Substanzen primär durch die Substanzwirkung determiniert sei, während die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten negativer Konsequenzen in Wirklichkeit primär von den Rahmenbedingungen des Konsums und der Art des Konsums bestimmt wird – man sollte in diesem Sinne eher zwischen „harten“ und „weichen Konsumformen“ differenzieren.

Auch wenn man die Unterscheidung zwischen „harten“ und „weichen“ Drogen anhand inhaltlicher Überlegungen in Frage stellt, muss man allerdings zur Kenntnis nehmen, dass diese Unterscheidung das Denken von weiten Bevölkerungskreisen prägt, und dass man in Umfragen daher Bezug darauf nehmen sollte. Aus den Antwortmustern lassen sich interessante Hinweise auf mehr oder weniger explizite Sichtweisen in der Bevölkerung ableiten. Die Frage nach der angenommenen Gefährlichkeit von Substanzen gehört daher auch zum Standardrepertoire bei Repräsentativumfragen über psychoaktive Substanzen.

Kategorisierung von illegalen Drogen

In der Studie von Springer et al. (2000) ergab sich, dass die implizite Kategorisierung von illegalen Drogen durch Jugendliche, insbesondere durch drogen-erfahrene Jugendliche nicht zweistufig ist, wie die gebräuchliche Bezeichnung „weiche Drogen“ vs. „harte Drogen“ suggeriert, sondern dreistufig. Auf der untersten Stufe stehen als harmlos erlebte „weiche Drogen“, auf der obersten Stufe die in den Tabubereich gerückten „harten Drogen“. Dazwischen erstreckt sich ein Bereich von Drogen, die als gefährlich aber beherrschbar erlebt werden. Diese Stoffe werden von uns in der Folge als „mittlere Drogen“ bezeichnet. Fast durchgängig kann man feststellen, dass von den drogen-erfahrenen Jugendlichen Hanfdrogen, also die Cannabisdrogen Haschisch und Marihuana, als „weiche Drogen“ und Crack und Heroin als „harte Drogen“ erlebt werden. Alle anderen Drogen werden von vielen als „mittlere Drogen“ erlebt, von manchen werden einzelne davon aber auch den weichen oder den harten Drogen zugeordnet.

Der Beurteilung von Hanfdrogen als „weiche Drogen“ ist durchgängig. Von den cannabis-erfahrenen Jugendlichen wird Cannabis gemeinsam mit Alkohol und Nikotin als Alltagsdroge erlebt und dargestellt. Der Umstand, dass es sich dabei um eine illegale Droge handelt, ist zwar allgemein bekannt; dies wird aber als anachronistische Konvention erlebt, die man soweit wie möglich ignoriert. Überlegungen über die Illegalität spielen kaum eine Rolle, und die Möglichkeit von gesetzlichen Sanktionen wird nur sehr am Rande mitreflektiert. Die Cannabiswirkung wird im Allgemeinen idealisiert, und die Möglichkeit von negativen Auswirkungen auch nach starkem, langfristigen Konsums wird gerne ausdrücklich ausgeschlossen. Da Cannabis für die Jugendlichen einen hohen jugend- bzw. subkulturellen Symbolwert hat und jene, die Cannabis weiterhin als illegale Droge bekämpfen, mit Alkoholkonsum und Spießbürgertum in Zusammenhang gebracht werden, findet sich die positive Bewertung der Hanfdrogen oft vergesellschaftet mit einer pointiert negativen Bewertung von Alkohol. Wohl um die Harmlosigkeit von Cannabis

zu unterstreichen, wird Alkohol oft in ein recht negatives Licht gerückt, obwohl meist der mäßige Alkoholkonsum unter gleichaltrigen Jugendlichen nicht problematisiert wird und ein großer Anteil der Cannabis-erfahrenen mehr Alkohol konsumiert als cannabis-unerfahrene Gleichaltrige.

Von den meisten Cannabis-erfahrenen wird ein klarer Trennstrich zu den als „harte Drogen“ erlebten Substanzen Heroin und Crack gezogen. Diese werden als extrem gefährlich erlebt, und tatsächlich lassen auch fast alle die Finger davon. Angesichts des Umstands, dass weite Kreise der erwachsenen Bevölkerung in ihrer Argumentation nicht oder kaum zwischen Cannabis und anderen illegalen Drogen unterscheiden, ist es für viele Cannabiskonsumanten ganz wichtig, die Grenze zwischen sich und Drogenproblemfällen explizit und nachhaltig zu ziehen. Das passiert vor allem, indem als „harte Drogen“ erlebte Stoffe, stellvertretend für diese Problemfälle, in ein ganz besonders negatives Licht gerückt werden. Bezüglich der Dämonisierung der „harten Drogen“ wissen sich die Cannabiskonsumanten im Gleichklang mit dem Mainstream der Gesellschaft, und es hat den Anschein, dass die ständige Betonung dieser Übereinstimmung als Appell zu interpretieren ist, sich auch bezüglich der Einstellung zu Cannabis anzunähern. In Kongruenz mit dieser Haltung konnte man beobachten, dass kein einziger der Befragten Crack und nur 5 Personen Heroin konsumiert hatten, und dass von den 5 Heroinerfahrenen 4 angaben, das Experiment mit Heroin nicht wiederholen zu wollen.

Sedativa und Stimulanzien

Eine gewisse Sonderfunktion in der Beurteilung nehmen Sedativa und Stimulanzien ein. Ein kleiner Teil der Befragten erlebt diese Stoffe primär als Arzneimittel, die nach medizinischer Indikationsstellung vom Arzt eingesetzt werden, und brachte sie daher nicht in Zusammenhang mit illegalen Drogen. Vom Großteil der befragten Jugendlichen wurden alle diese Substanzen allerdings bezüglich der Konsummotivation und der konsumimpliziten Gefährlichkeit auf eine Ebene mit illegalen Drogen gestellt, wobei ihnen eine Gefährlichkeit zugeordnet wurde, die sie in die Nähe der „mittleren Drogen“ rückte. Dass die durchschnittliche Gefährlichkeitszuschreibung etwas geringer ausfällt als bei Ecstasy, Kokain und LSD, resultiert aus der Einschätzung der kleinen Gruppe, die diesen Stoffen die Bedeutung von Arzneimitteln zuerkennt.

Auch wenn die Kategorie „mittlere Drogen“ von der Wirkungsweise der Substanzen her aus pharmakologischer und medizinischer Sicht nicht gerechtfertigt ist, und auch wenn zahlreiche der von uns befragten Jugendlichen deutliche Unterschiede zwischen den Substanzen machten, ist es doch zweckmäßig, die

Beurteilung von Ecstasy, Kokain, LSD, Stimulanzien und Sedativa – letztere beiden allerdings nur, wenn man von einer medizinisch indizierten Anwendung absieht – gemeinsam zu betrachten.

Ecstasy, das nur von wenigen als „weiche Droge“ erlebt wird, hat unter den „mittleren Drogen“ ohne Frage eine Sonderfunktion, da es primär bei Raves konsumiert wird. Sieht man aber von dieser Besonderheit ab, so sind die Rahmenbedingungen des Konsums durchaus vergleichbar mit jenen der anderen „mittleren Drogen“.

Insgesamt werden die Substanzen, die der Kategorie der „mittleren Drogen“ zugeordnet werden, als relativ gefährlich erlebt und dargestellt. Dennoch wurden die „mittleren Drogen“ von einem relevanten Teil der Befragten (rund ein Fünftel) probiert. Und immerhin geben von diesen Probierern zwei Drittel an, sie auch in Zukunft weiter konsumieren zu wollen.

Dieses scheinbare Paradoxon lässt sich aus dem Reiz des Experiments als Ausdruck von Risikobedürfnissen erklären. Wie bereits wiederholt betont, werden „mittlere Drogen“ als gefährlich aber durchaus als beherrschbar erlebt, sofern man damit möglichst verantwortungsbewusst umgeht. Man kennt die möglichen negativen Folgen des exzessiven Konsums, potentiell vermeidbare Gefahren und mögliche kurzfristig unangenehme Auswirkungen bei inadäquater Anwendung – aber man kennt auch Personen, die mit den Substanzen positive Erlebnisse haben und den Konsum dieser Drogen über lange Zeit ohne sichtbare Probleme aufrecht erhalten können. Das Experiment mit diesen Drogen hat daher für viele den Charakter eines durchaus kontrollierbaren Abenteuers.

7 Unterscheidung zwischen unterschiedlichen Konsumformen

Jugendliche in der Studie von Springer et al. (2000) unterscheiden bei Substanzen, die ihnen vertraut waren, ganz genau zwischen

- experimentellem bzw. gelegentlichem Konsum,
- unproblematischem Freizeitkonsum,
- problematischem Konsum und
- süchtigem Konsum.

In diesem Kontext muss darauf hingewiesen werden, dass diese Art der differenzierten Sichtweise des Substanzkonsums, den Viele in Bezug auf illegale Drogen vielleicht als irrational und leichtsinnig interpretieren, sehr mit jener Einstellung vergleichbar ist, die der überwiegende Teil der Österreicher in Zusammenhang mit Alkohol praktiziert. Wir wissen, dass die Mehrheit der erwachsenen Österreicher bereits mindestens einmal in übermäßigem Ausmaß Alko-

hol konsumiert und in der Folge an Übelkeit, Erbrechen und Kopfschmerz gelitten hat, oder die Folgen überhöhten Alkoholkonsums bis hin zur Alkoholkrankheit bei anderen hautnah erlebt hat. Da aber diese Symptome bei angemessenem Umgang mit Alkohol nicht auftreten, und da Alkoholkonsum meist auch mit vielen positiven Erlebnissen in Zusammenhang gebracht wird, ergibt sich daraus meist keine nachhaltige Abstinenzmotivation, sondern maximal eine gewisse Motivation in Zukunft rechtzeitig mit dem Trinken aufzuhören. Auch der Umstand, dass übermäßiger Alkoholkonsum bei sehr vielen Personen gravierende Gesundheitsprobleme und Alkoholismus nach sich zieht, ist der Mehrzahl der Österreicher durchaus bewusst. Das wird aber nur von wenigen als Argument gegen den mäßigen Alkoholkonsum eingesetzt. Die im Alkoholbereich durchaus nachvollziehbare Haltung – „Warum soll ich zu einem Gulasch auf ein Bier, bei einer Abendgesellschaft auf etwas Wein oder zu Silvester auf ein Glas Sekt verzichten, nur weil ich weiß, dass andere alkoholisiert Autounfälle verursachen, im Rausch ihre Frauen und Kinder verprügeln oder vorzeitig an Alkoholismus sterben?“ – lässt sich bei sachlicher Betrachtung auf die Einstellung zum Gebrauch vieler anderer Drogen übertragen; und man tut gut daran diese Analogie heranzuziehen, wenn man als Außenstehender die Gedankenwelt der „drogenerfahrenen Jugendlichen“ nachvollziehen will, die die potentiellen Gefahren von Drogen zwar kennen, deswegen aber nicht auf das Experiment oder den kontrollierten Konsum damit verzichten wollen.

8 Die Normalisierung des Cannabis-konsums

In der zusehends differenzierten Sichtweise des Konsums von illegalen Drogen und ganz besonders von Cannabis manifestiert sich ein Phänomen, das Fahrenkrug (2000) mit „Normalisierung des Cannabis-konsums“ umschreibt und das Freitag & Hurrelmann (1999) dazu brachte Cannabis – aber auch Ecstasy, Amphetamine und LSD – als „illegale Alltagsdrogen“ zu bezeichnen. Fahrenkrug führte dazu aus: *„Jugendliche betrachten das Cannabisverbot wie das Verbot, in der Nacht bei rot die Straße zu queren. Man weiß, es ist verboten, man möchte nicht erwischen werden – aber man fühlt sich nicht als deviant.“* Freitag & Hurrelmann vertreten: *„Cannabis-konsum ist zwar keine ‚Norm‘, aber erhält den Charakter des Normalen, d.h. gilt kaum mehr als deviant – wird mehr akzeptiert. ... Der Begriff ‚Alltagsdrogen‘ soll unterstreichen, wie selbstverständlich die Existenz, die Bekanntheit und die Nutzung dieser Stoffe für Jugendliche in ihrem täglichen Verhalten und ganz besonders in der Auseinandersetzung mit ihren alterstypischen Entwicklungsaufgaben sind. Sie werden als willkommene Bereicherung des verfügbaren Spektrums von Mitteln angesehen.“*

Darüber, wie das Cannabisbild in der Gesellschaft sich so weit geändert hat, dass man begründeterweise von einer Normalisierung sprechen kann, kann man bloß spekulieren. Außer Frage scheint jedoch zu stehen, dass folgende Fakten hier eine große Rolle spielen:

- Es gibt immer mehr direkte Experimentier Erfahrung und Beobachtungserfahrung bei Jugendlichen.
- Es gibt immer mehr eigenerfahrene und/oder über Kontakt zu cannabiserfahrenen Freunden informierte Lehrer, Journalisten und Eltern, deren Erfahrungen sich im Dialog mit Jugendlichen über Cannabis in Richtung Versachlichung auswirken.
- Auch über Präventionsmaterialien ist immer mehr sachliche Information über Cannabis verfügbar.
- Cannabis hat sich sukzessive aus speziellen Subkulturen in fast alle Bevölkerungsschichten ausgebreitet.
- Damit hat der symbolische Wert des Cannabis Konsums seit Ende der 60er Jahre über einen langen Zeitraum abgenommen, und die Entscheidung für oder gegen das Cannabisexperiment wurde immer faktenorientierter getroffen. Erst in den letzten Jahren lässt sich eine neuerliche Re-Ideologisierung des Cannabisgebrauchs feststellen, auf die in den folgenden Abschnitten noch genauer eingegangen wird.

9 Symbolfunktion der Drogen

Psychoaktive Substanzen und deren Konsum werden in der Regel nicht primär sachlich, faktenorientiert beurteilt. Eine wichtige Rolle spielt auch der Symbolwert der Substanz für bestimmte kulturelle und politische Strömungen sowie für bestimmte Subkulturen. Dafür lassen sich eine Fülle von Beispielen aus der Geschichte anführen, die man heute – besonders bei allgemein gebräuchlichen Substanzen wie Tee und Kaffee – kaum mehr nachvollziehen kann.

- So wurde z.B. Anfang des 20. Jahrhunderts Kaffee in Mekka, Kairo und Istanbul hochgradig problematisiert, nachdem die Kaffeehäuser als Zentren der politischen und religiös abweichenden Sufis (islamische Mystiker) von der Obrigkeit als Orte von Kritik und Opposition gesehen wurden. In dieser Zeit wurde Kaffee Konsum vereinzelt sogar mit dem Tod bestraft (Maritsch & Uhl, 1989).
- Mitte des 16. Jahrhunderts wurde Katharina von Braganza, der portugiesischen Frau von Charles II von England, von Geschäftsleuten eine große Ladung Tee geschenkt, wodurch Tee am englischen Hof plötzlich einen hohen Stellenwert bekam. Da Charles mit dem Absolutismus sympathisierte und das neue Getränk von seiner katholischen

Frau popularisiert wurde, lehnte die englische Bevölkerung den Tee über geraume Zeit als Symbol für Absolutismus und Katholizismus ab. Gleichzeitig erhielt Tee aber auch die Zuschreibung als Frauengetränk im Gegensatz zum primär von Männern in Kaffeehäusern konsumierten Kaffee (Maritsch & Uhl, 1989).

- Im 17. Jahrhundert wurde Tabak in der Türkei, in Russland, in China und in Japan als Symbol westlichen Einflusses und politischer Opposition gesehen und vehement bekämpft. Teilweise stand in dieser Zeit auf Nikotinkonsum sogar die Todesstrafe.
- Heroinabhängige der Wiener Drogenszene, die selbst mehrheitlich regelmäßig Kokain konsumieren, haben das Medienbild von Kokain als Schickeriadrogen weitgehend übernommen und beurteilen den Kokainkonsum – oder vielleicht eher die typischen Kokainkonsumenten – sehr negativ, ohne dass ihnen dieser Widerspruch bewusst wird (Uhl & Springer, 1997).
- Heroin wird heute durchwegs als Symbol für Verlierer und Kranke gesehen, was für Personen, die die Rolle als Verlierer und/oder Kranke suchen und heroisieren, erst die Attraktivität der Substanz ausmacht – die überwiegende Mehrzahl der Bevölkerung allerdings vom Konsum abhält.
- Ende der 60er Jahre wurde Cannabis von der Jugend- und Protestbewegung als Symbol für Nonkonformismus, Friedfertigkeit, Naturverbundenheit definiert – und diese Interpretation wurde in der Folge auch von vielen Gegnern dieser Strömungen übernommen.
- Von cannabisfreundlichen Strömungen wird Alkohol immer wieder als Symbol für kleinkariertes Spießertum und für Aggression gesehen, was viele Jugendliche, die diese Einstellung vertreten, allerdings nicht darin hindert selbst mehr Alkohol zu trinken als cannabisunerfahrene Gleichaltrige.

10 Wiederbelebung der Symbolfunktion von Cannabis

Als die Ästhetik der Jugend- und Protestbewegung der 60er Jahre zusehends kommerzialisiert und zum Element der Massenkultur wurde, und als sich Cannabis in der Folge zur „illegalen Alltagsdroge“ entwickelte, verloren Cannabis und Alkohol an Symbolbedeutung und auch die Legalisierungsdebatte verlor an Kraft. Erst in den letzten Jahren kann man eine Wiederbelebung der Symbolfunktion von Cannabis und Alkohol sowie eine verstärkte Cannabislegalisierungsdebatte beobachten. So fand sich z.B. vor kurzem der folgende Leserbrief in der Zeitschrift „Spiegel“: „Szene 1: Junge Leute demonstrieren gegen Vietnam und singen, Give Peace a chance!‘ Joints zirkulieren. Szene 2: Junge Leute zünden Häuser an.

Sie rufen: „Ausländer raus!“ Bierdosen werden geworfen. Der Unterschied ist signifikant and bedarf keiner Interpretation“. Komplementär dazu ein „Kurier“ (Ausgabe vom 20.10.2001) Artikel über den Abschied eines konservativen Politikers aus seiner Funktion bei dem seine Nachfolgerin „Trinkfestigkeit“ als eine „wesentliche Eigenschaft eines guten und basisnahen Politikers“ bezeichnete.

Eine beschleunigte Restauration der Symbolbedeutung von Cannabis und Alkohol erfolgte in Österreich, als die neue FPÖ/ÖVP-Regierung eine harte Drogenpolitik ankündigte, undifferenziert strenge Maßnahmen auch Cannabis betreffend ankündigte und deutlich klarmachte, dass man Alkohol als vergleichsweise harmlose Substanz erlebe.

11 Einige Aussagen zum Nachdenken

- Jugendliche befinden sich in einer Phase, die durch ein Dilemma zwischen Abgrenzung und Konformismus geprägt ist. Abgrenzung von der Masse ist notwendig, um eine eigene Identität und eigene Zielvorstellungen aufbauen zu können, und Anpassung ist notwendig, um sich in die Gesellschaft einzugliedern. In diesem Zusammenhang haben auch Drogen einen großen Stellenwert.
- Die Verwendung von Substanzen um bestimmte Wirkungen zu erreichen ist nicht grundsätzlich irrational, auch wenn das in Zusammenhang mit illegalen Drogen oft suggeriert wird. Viele Erwachsene verwenden Substanzen gegen unangenehme Zustände wie Kopfschmerzen und Schlaflosigkeit. Die enthemmende Alkoholwirkung wird oft in Zusammenhang mit geselligen Treffen durchaus positiv bewertet. Kaffee und Tee werden häufig als Muntermacher eingesetzt, etc. Wenn nun Jugendliche illegale Drogen zur Erreichung bestimmter Effekte einsetzen, so ist das in einem gewissen Sinne durchaus als Anpassung an das Verhalten und die Sichtweisen von Erwachsenen interpretierbar.
- Der unglückliche Text auf Zigarettenpackungen, dass diese für den Konsum durch Erwachsene vorgesehen sind, begünstigt wahrscheinlich den

Nikotinkonsum bei Jugendlichen, die sich an die Welt der Erwachsenen – etwas früher als vom Gesetzgeber vorgesehen – anpassen wollen.

- Es ist bekannt, dass Risikoverhalten als Form der Abgrenzung gegen das Alltägliche und gegen das Normale das Selbstwertgefühl stärkt.
- Verstärkt wird die Tendenz zur Abgrenzung durch Substanzkonsum, wenn offener Druck zur Abstinenz stattfindet und wenn als relativ harmlos erachtete Substanzen illegal sind.

12 Zusammenfassende Schlussfolgerungen

- Es ist kontraproduktiv falsch zu informieren: Es gibt zu viele andere Informationsquellen – im Besonderen die direkte Beobachtung von Gleichaltrigen.
- Sinn macht Akzeptanzorientierung statt Abstinenzorientierung (Uhl & Springer, 2001): Jugendliche – wie Erwachsene – vertrauen nur jenen, die sie akzeptieren, ihren Lebensstil respektieren und korrekte Information anbieten (z.B. “ChEeckIT!”).
- Es gibt eine Bereitschaft Informationen über echte Gefahren zu akzeptieren – aber es gibt keine Garantie, dass korrekt informierte Individuen Gefahren meiden werden.
- Die Einstellung der Personen, die in der Suchtprävention tätig sind, zu Cannabis ist meist ein Prüfstein für deren Glaubwürdigkeit.
- Das Strafrecht hat kaum Einfluss auf das Verhalten der meisten Drogenkonsumenten. Reine Konsumenten streng zu strafen wird von der Mehrheit der Bevölkerung nicht akzeptiert, und geringe Strafen – ganz besonders, wenn das Risiko erwischt zu werden gering ist – werden von den Konsumenten in Kauf genommen.
- Drogenpolitik sollte nicht Probleme verursachen, sondern versuchen Probleme zu verringern (dazu der folgende Cartoon).

By permission of Johnny Hart and Creators Syndicate, Inc.



13 Verwendete Literatur

Fahrenkrug, A. (2000): Cannabis in Switzerland: On the Way to Normalisation. in: Springer, A.; Uhl, A. (eds.): Illicit Drugs: Patterns of Use – Patterns of Response. Proceedings on the 10th Annual ESSD Conference on Drug Use and Drug Policy in Europe. Studienverlag, Innsbruck

Freitag, M.; Hurrelmann K. (Hrsg.) (1999): Illegale Alltagsdrogen, Cannabis, Ecstasy, Speed und LSD im Jugendalter. Juventa, Weinheim

Kriener, H.; Schmid, R.; Smekal, G. (1999): Bericht zum wissenschaftlichen Pilot-Projekt ChEck iT! mit Daten und Erfahrungen aus den Jahren 1997 und 1998. Verein Wiener Sozialprojekte, Bericht 97/98

Maritsch, F.; Uhl, A. (1989): Kaffee und Tee. in: Scheerer, S.; Vogt, I.: Drogen und Drogenpolitik. Campus, Frankfurt

Pearson, G.; Shiner, M. (2000): Drugs and Harm: What People Think in Modern Britain. Druglink

Springer, A. (2001): Beitrag zum Cannabispanel anlässlich der Österreichischen Sicherheitstage Leogang, 17. – 19. Oktober 2001 des Kuratoriums Sicheres Österreich

Springer, A.; Hahn, M.; Uhl, A.; Tebbich, H.; Kopf, N.; Zentner, M.; Kobrna, U. (2000): Bedeutung und Konsum von psychoaktiven Substanzen bei österreichischen Jugendlichen. Forschungsbericht des LBISucht, Wien (gratis download über: <http://www.api.or.at/lbi>)

Springer, A.; Uhl, A.; Widensky, K. (1996): Schüler und Drogen in Österreich: Wissen, Erfahrungen, Einstellungen. Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, 19, 1/2

Uhl, A. (2001): Schutzfaktoren und Risikofaktoren in der Suchtprophylaxe. in: Röhrle, B.; Sommer, G. (Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderung Band 2. DGVT, Tübingen (in Druck)

Uhl, A.; Springer, A. (1997): Die Wiener Drogenszene. Facultas, Wien

Uhl, A.; Springer, A. (2001): Leitbildentwicklung der österreichischen Fachstellen für Suchtprävention. Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen, Wien (gratis download über: <http://www.api.or.at/lbi>)

Cannabis

DSA Christoph LAGEMANN, Leiter der Suchtpräventionsstelle Linz

Die in Österreich am häufigsten konsumierte aber auch mit Abstand umstrittenste aller verbotenen Drogen ist der Hanf (*cannabis sativa*). Ein harmloses Kraut meinen die Einen, der Anfang vom Ende die Anderen. Die meist undifferenziert geführten Debatten um Gefährlichkeit, um „Verbot oder Freigabe“ verhindern eine sachliche Diskussion, die angesichts der hohen Konsumentenzahlen längst überfällig ist. Das dafür benötigte Wissen um Wirkungsweise, Gefahren und Chancen von Cannabis sowie internationale Erfahrungen über die Effekte verschiedener staatlicher Regulierungsmodelle sind ausreichend vorhanden. „Stoff“ genug für eine sachgerechte Be-

wertung der Substanz und um die nüchterne Analyse von Kosten, Nutzen und Schäden gesetzlicher Regelungen vorzunehmen. Angesichts der großen Zahl vor allem jugendlicher Probierer und Konsumenten, deren Schutz und Unversehrtheit uns am Herzen liegen sollte, ist die Debatte darüber zu führen.

Quelle: Kleiber, D.; Kovar, K.-A.: Auswirkungen des Cannabiskonsums, Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH, Stuttgart 1998.

Anschließend sind die im Referat verwendeten Folien abgebildet.

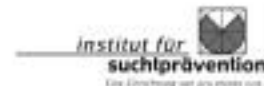


- **Gelegenheitskonsum, gewohnheitsmäßiger Freizeitkonsum, gewohnheitsmäßiger Individualkonsum, gewohnheitsmäßiger Dauerkonsum, etc.**
- **wer** (*Jugendl., Erwachsener*)
- **wie viel** (*Dosierung*)
- **wie** (*Applikationsform*)
- **wie oft** (*Konsumtypen*)
- **wann** (*Montag morgen, Samstag abend*)
- **wo** (*setting*)
- **warum** (*Motivation*)
- **wofür** (*Spass, Problemlösung*)
- **etc.**

Cannabis sativa L.

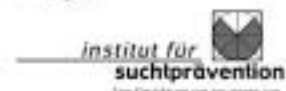
(sativa: angebaut, kultiviert; L.: Linnäus)

- **Vorkommen:** weltweit in allen warmen und gemässigten Zonen
- ein- bis zweijährig; bis zu 3m Höhe
- Insgesamt **420 Inhaltsstoffe**
- Mind. **63 Cannabinoide** bekannt - 10 Grundtypen
- **Delta-9-THC-Typ** (wichtigster psychotroper und medizinisch relevanter Inhaltsstoff) - Wirkung über Rezeptoren
- höchste THC-Konzentration mit **3 - 6 %** in Deckblättern der Blüten- und Fruchtstände (Trockenmasse)
- Österreich: **Besitz, Weitergabe und Handel strafbar** (SMG)



Cannabispräparate

- **Haschisch - Cannabisharz** (arabisch: „das Wunder der Verwandlung bewirkende Kraut“) Dope, Shit, Piece. Zum Schutz vor Austrocknung sondert die Pflanze Harz aus, das abgeschabt wird. Je nach Herkunft schwarz, braun, rot-braun, braun-grün („brauner Marokkaner, schwarzer Afghane, roter Libanese“); süßlich-harziger, würziger Geruch
- **Marihuana - Cannabiskraut** (ev. spanisch: „Maria und Don Juan“ - Zueihäusigkeit) Gras, Kif, Pot. Getrocknete Blattspitzen, Spitzentriebe
- **Haschischöl - Cannabisharzextrakt** - mittels Destillation aus Cannabiskraut oder -harz hergestelltes Öl (zähflüssig, dunkelbraun)



Anwendungsformen

- **Rauchen** - Wirkung tritt nach 0 - 15 Min. ein und hält 1 - 3 Std. an. 15 - 25% des im „Joint“ enthaltenen THC gelangt ins Blut (bei geübter **Rauchtechnik** wesentlich mehr). Gute Dosierungsmöglichkeit.
- **Essen** - Wirkung tritt nach 30 Min. bis 2 Std. ein, Wirkungsdauer 5 - 10 Std. (langsames Abklingen). 6 - 8% des enthaltenen THC wird vom Magen-Darm-Trakt aufgenommen - Steigerung auf 10 - 20 % bei gleichzeitiger **Aufnahme von Fett**. Schwer zu dosieren.

Kurzfristige Wirkung stark dosisabhängig

Normale Dosierung

- leichte Blutdrucksteigerung, erhöhte Pulsfrequenz, Rötung der Bindehaut
- Sedation, Euphorie
- gesteigerte Gefühlsintensität
- intensivierte Geschmackswahrnehmung (gesteigerter Appetit)
- herabgesetzte Konzentrationsfähigkeit
- Leistungseinbußen: Gedächtnis u. Reaktionsfähigkeit, Sprache
- Müdigkeit

Überdosierung

- Halluzinationen, Angstzustände (akute Intoxikationspsychosen)
- Übelkeit, Erbrechen, Schwindel

Wirkung - langfristig

(regelmäßiger Konsum)

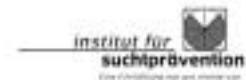
- Beeinträchtigung der Bronchialfunktion, Risikofaktor für die Entstehung von Krebserkrankungen (Cannabis+Tabak-Rauchen); Risiko, nach alleinigem Cannabis-Rauchen an Krebs zu erkranken ist nicht eindeutig quantifizierbar (bronchodilatorische Wirkung)
- Immunsuppressive Eigenschaften (?) - klinische Relevanz unklar
- Langzeitkonsumenten: Beeinträchtigung der Spermatogenese / Menstruationszyklus (reversibel)

Abhängigkeit

- **Definition WHO (ICD-10):** *psychische Abhängigkeit von einer Substanz, starker Wunsch, die Substanz einzunehmen, Schwierigkeiten, den Konsum zu kontrollieren und anhaltender Substanzgebrauch trotz schädlicher Folgen*
- **Körperliche Abhängigkeit sehr gering (vernachlässigbar)**, nach chronischem, starkem Konsum ev. Schlafstörungen, Gereiztheit
- **Psychische Abhängigkeit** bei einem **kleinen Teil** der Konsumenten (nicht primär aus der pharmakologischen Wirkung der Substanz erklärbar - psych. u. soz. Situation des Konsumierenden)
- **WHO-Klassifizierung: „Cannabis-Typ“** - mäßig starke psych. Abh. (bei 2% der akt. Konsumenten - Rate steigt bei Beikonsum anderer Ill. Drogen)

Verbreitung in Österreich

- ~ 500.000 Konsumenten
- Bis zu 1/3 der jungen Erwachsenen - Cannabis-Erfahrungen
 - 33 % (16-24jähr.)
 - 22 % (25-34jähr.)
 - 9 % (35-44jähr.)
 (ÖBIG, Drogenbericht 2000)



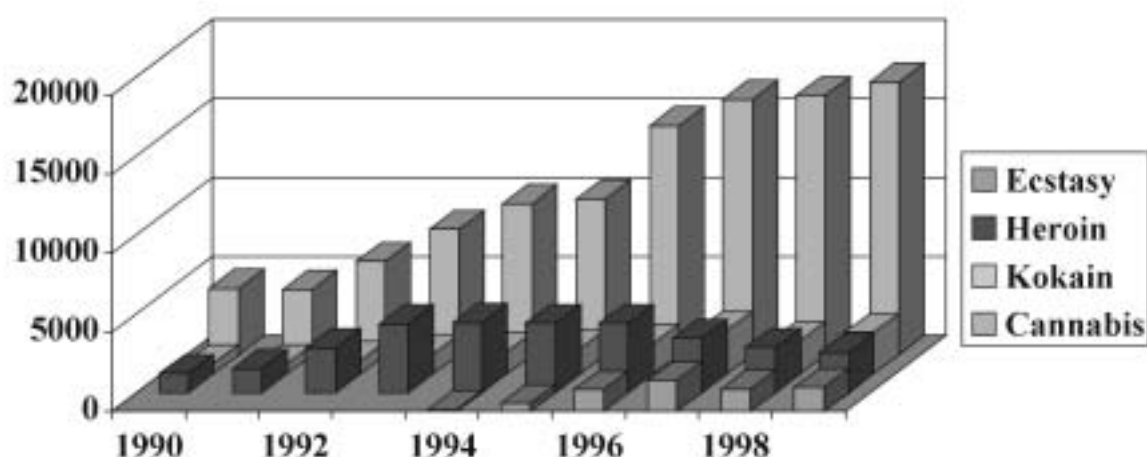
Überblick über ausgewählte Studien zu Suchtmittelerfahrungen in Österreich aus den Jahren 1996 bis 2000

Studie (Erscheinungsjahr)	Einzugsbereich Erhebungsjahr (abgefragter Zeitraum)	Zielgruppe (Sample)	Erhobene Drogenarten	Anteil der Befragten mit Erfahrung	
				Alters- gruppe	%
Schulstudie Kärnten (Bohrn/Bohrn 1996)	Kärnten 1996 (Lebenszeit)	Schüler der 7. Bis 12./13. Schulstufe (n = 1.234)	Haschisch	13 – 19	7,7
			Ecstasy	13 – 19	3,2
			LSD	13 – 19	1,0
			Kokain	13 – 19	0,3
			Heroin	13 – 19	0,3
NÖ Jugendstudie (Brunmayr 1997)	Niederösterreich 1996/97 (Lebenszeit)	Schüler der 9. Bis 12./13. Schulstufe (n = 1.300)	Haschisch	15 – 19	20
			Ecstasy	15 – 19	4
			Halluzinogene	15 – 19	>1
			Kokain	15 – 19	>1
			Heroin	15 – 19	>1
Schulstudie NÖ (Institut für Sozial- und Gesundheitspsychologie 1999)	Niederösterreich 1997 (Lebenszeit)	Schüler der 7. Bis 12. Schulstufe (n = 1.899)	Cannabis	13 – 18	13,6
			Ecstasy	13 – 18	3,8
			LSD	13 – 18	1,7
			Kokain	13 – 18	1,3
			Heroin	13 – 18	0,6
Linzer Suchtmittelstudie (Institut für Soziologie d. Universität Linz o. J.)	Linz 1998 (Lebenszeit)	Gesamtbevölkerung ab 15 Jahren (n = 394)	Cannabis	15 – 19	28
			Cannabis	20 – 29	37
			Cannabis	30 – 39	19
			Cannabis	40 – 49	7
			Cannabis	50 +	5
Jugendstudie Tirol (Schübler et.al. 2000)	Innsbruck 1999 (Lebenszeit)	Jugendliche von 14 bis 19 Jahren (n = 493)	Haschisch	14 – 19	22
			andere Drogen	14 – 19	3
Wiener Suchtmittelstu- die (IFES 2000)	Wien 1999 (Lebenszeit)	Gesamtbevölkerung ab 16 Jahren (n = 600)	Cannabis	16 +	11
			Ecstasy	16 +	1
			Aphetamine	16 +	1
			Kokain	16 +	1-2
			Opiate	16 +	1
			andere Drogen (z.B. LSD)	16 +	1-2
			LSD	16 +	1-2

Zusammenstellung: ÖBIG

Stellenwert von Cannabis - Anzeigen

SMG



Quelle: BMI - Jahresbericht über die Suchtgiftkriminalität in Österreich



Anwendungsgebiete (Medizin)

- **Appetitlosigkeit** (Anorexie) und **Auszehrung** (Kachexie) bei AIDS und Krebs
- **Hemmung von Übelkeit und Brechreiz** bei Chemotherapie, Strahlentherapie
- **Zerebrale Spastik** (Querschnittslähmung, MS)
- **Schmerz** (analgetische und entzündungshemmende Wirkungen)
- **Glaukom** (grüner Star)
- **weitere Indikationen (Forschungsbedarf):** Asthma bronchiale, Epilepsie, Depression, Bluthochdruck



Cannabis - Mythen

Folgende weitverbreitete Positionen müssen aufgrund der aktuellen Datenlage zurückgewiesen werden (z.T. noch Forschungsbedarf)

- „Einstiegsdroge, Schrittmacherfunktion“
- Physische Gehirnschäden
- Verschlechterung der psychischen Gesundheit
- Bleibende kognitive Beeinträchtigungen
- Eigenständige „Cannabis-Psychose“
- Amotivationales Syndrom

Ecstasy: Geschichte, Wirkungen und Risiken¹

Harald Kriener, Leiter des Projektes ChEck iT

Geschichte

MDMA wird 1898 vom deutschen Dissertanten Haber erstmals hergestellt und 1914 im Auftrag der deutschen Chemiefirma E. Merck patentiert. Die vielen Berichte, wonach die Substanz als Appetitzügler erprobt und von E. Merck auch zum ersten Mal synthetisiert worden sei, erkennen erst die Autoren Fromberg und Seymour als beispiellose Ansammlung wissenschaftlicher Falschmeldungen. Von Tierexperimenten der U.S.-Armee in den frühen 50 Jahren abgesehen, gerät die Substanz bis 1965, dem Jahr ihrer Resynthese durch den damals an der *University of California at Berkeley* lehrenden Chemiker Alexander Shulgin², in Vergessenheit.

In den U.S.A. wird MDMA in den Siebzigerjahren auf Grund der Gefühle, Empathie und Selbstakzeptanz verstärkenden Wirkung von einigen tausend TherapeutInnen im psychotherapeutischen Setting eingesetzt. Insbesondere in der Behandlung des Posttraumatischen Stresssyndroms, von Bulimie, in der Arbeit mit todkranken PatientInnen und in Paartherapien wird von Erfolgen berichtet. Um 1976 erscheinen die ersten Artikel über die Wirkung von MDMA in medizinischen Fachzeitschriften und in den späten 70er Jahren taucht MDMA unter dem Namen „Ecstasy“ oder „X“ in den U.S.A. schließlich vermehrt außerhalb des psychotherapeutischen Settings, in Bars und Lokalen auf. Für einige Zeit soll Ecstasy in Dallas und Austin sogar an Bars über Kreditkartenbezahlung erhältlich gewesen sein.

Nach Medienberichten über die „neue Droge“ im Raum Texas und ersten medizinischen Zwischenfällen wird MDMA am 1. Juli 1985 von der amerikanischen *Drug Enforcement Administration* (DEA), probeweise auf ein Jahr in die „gefährlichste“ Kategorie I aufgenommen, eine Entscheidung, die von den U.S.-Behörden 1988 bestätigt wird. 1986 bewirken die U.S.A., dass MDMA von der WHO in die *Convention on Psychotropic Substances* eingereiht wird, eine Kategorisierung, die allen WHO-Mitgliedstaaten empfiehlt, MDMA der strengsten rechtlichen Kontrolle zu unterwerfen. In den folgenden Jahren wird MDMA in allen europäischen Staaten in das jeweilige Suchtmittelgesetz aufgenommen. Etwa um 1987 kommt Ecstasy von den U.S.A. über Ibiza nach England und Holland und bestimmt in den folgenden Jahren die Entstehung der Techno- und Ravebewegung entscheidend mit.

Chemisches

Ecstasy ist die Szenebezeichnung für eine Reihe von Amphetaminderivaten. Amphetaminderivate sind Moleküle, die durch kleine Änderungen der chemischen Struktur von Amphetamin (Speed) abweichen. Ursprünglich wurde nur Methylen-Dioxy-Methyl-Amphetamin (MDMA) als Ecstasy bezeichnet. Im Laufe der letzten zehn Jahre tauchten eine Reihe anderer Amphetaminderivate mit ähnlicher Wirkung auf dem Schwarzmarkt auf, sodass heute auch MDA, MDE, MBDB und weitere Verbindungen zu Ecstasy gerechnet werden. Von *ChEck iT!* und anderen internationalen Organisationen durchgeführte chemische Analysen zeigen allerdings, dass häufig auch andere Substanzen – etwa Speed, eine Reihe von Medikamenten oder Placebos, also auch nicht psychoaktiv wirksame Substanzen – als Ecstasy verkauft werden. Manchmal finden sich gesundheitlich besonders bedenkliche Substanzen wie Atropin, Methadon, Methamphetamin oder – zurzeit leider besonders aktuell – Paramethoxyamphetamin (PMA), in den Proben. Ecstasy wird oral oder nasal in Form von Kapseln oder Pulver, in den allermeisten Fällen jedoch in Tabletten-Form eingenommen. Diese arzneimittelgroßen Tabletten, die zurzeit – je nach gekaufter Menge – zwischen ATS 100,- und ATS 175,- pro Einheit kosten, sind in der Regel mit Prägungen oder Logos versehen, die den jeweiligen Tabletten zu ihren spezifischen Namen verhelfen: Tabletten mit der Einprägung eines „Mitsubishi“-Logos würden dann etwa „Mitsubishi“ heißen, Smiley, „K“, Pfeil, Sonne, Skorpion oder Euro wären einige weitere der sehr rasch wechselnden Logos.

Die Wirkdauer der Substanz ist abhängig von der Dosierung, der Einnahmeform und persönlichen Faktoren wie Körpergewicht, Geschlecht oder vorherige Nahrungsaufnahme. Eine durchschnittliche Dosis Ecstasy wirkt 3 – 6 Stunden, MDA bis zu 12 Stunden.

Das Gesetz

Ecstasy unterliegt dem Suchtmittelgesetz und dessen gerichtlichen Strafbestimmungen für psychotrope Stoffe. Insbesondere ist der Erwerb, der Besitz, die Erzeugung, die Ein- und Ausfuhr, die Überlassung an und Verschaffung für andere (Weitergabe, Verkauf etc.) gerichtlich strafbar und kann Geld- oder Freiheitsstrafen nach sich ziehen.

1 Ein Teil dieses Textes ist der ChEck iT!-Homepage www.CheckYourDrugs.at entnommen.

2 Ein Beitrag über Alexander Shulgin findet sich in der April-Ausgabe des *Folio*, der Beilage der Neuen Züricher Zeitung. Der Artikel kann kostenlos unter folgender Adresse eingesehen werden: <http://www-x.nzz.ch/folio/archiv/2001/04/articles/klein.html>

Wirkmechanismus

Nach der Aufnahme in den Blutkreislauf gelangt ein Teil der Substanz ins Gehirn, wo es in bestimmten Bereichen seine Wirkung entfaltet. Ecstasy bewirkt vor allem eine vermehrte Freisetzung des Neurotransmitters Serotonin. Es kommt zu einer Reduzierung des Hunger- und Durstgefühls, zu einer erhöhten Wachheit und Aufmerksamkeit, zu einer Erhöhung der Körpertemperatur und des Blutdrucks sowie zu einer Verstärkung von Gefühlen und zu Zuständen wie Glück und Euphorie. Wenn Ecstasy das Serotoninsystem nach einigen Stunden nicht mehr beeinflusst, verkehren sich Körper- und Gefühlszustand langsam ins Gegenteil: Betroffene klagen über Müdigkeit, Erschöpfung, Verwirrung sowie über Traurigkeit und depressive Verstimmungen. Das menschliche Gehirn braucht bis zu vier Wochen um seinen natürlichen Serotonin-Spiegel wieder aufzubauen.

Mögliche Wirkungen

Etwa 20 bis 60 Minuten, nachdem MDMA oder andere Amphetaminderivate eingenommen wurden, machen sich erste Effekte wie Kribbeln im ganzen Körper, ein steifes Gefühl in den Armen, trockener Mund, geweitete Pupillen und ein schnellerer Herzschlag bemerkbar. Manchmal kommt es zu einem Gefühl der Beklommenheit und Übelkeit, zu Kieferverspannungen und zu Zähneknirschen.

Nach einiger Zeit treten die psychischen Wirkungen von Ecstasy in den Vordergrund: positive wie negative Gefühle werden stärker und klarer wahrgenommen, Hemmungen werden schwächer, emotionale Nähe und ein Gefühl der Zusammengehörigkeit stellt sich ein. Häufig wird von Euphorie, Glückseligkeit, trance-ähnlichen Zuständen und dem Wunsch nach Nähe und vertrauten Gesprächen berichtet. Es kann zu einer Intensivierung der Körperwahrnehmung und einem stärkeren Empfinden von Musik kommen. Wie gut und intensiv eigene Gefühle und Gedanken wahrgenommen werden (entaktogene Wirkung), einfühlende Zustände (empathische Wirkung) sowie halluzinogene und körperaktivierende Effekte auftreten, hängt auch von der Art der konsumierten Substanz ab: während MDMA eine stark empathische und eine mittlere entaktogene Wirkung hat, sind empathische Zustände bei MBDB sehr selten, entaktogene Wirkungen jedoch besonders stark. Bei MDA kommt es häufiger zu (Pseudo-)Halluzinationen aber kaum zu empathischen Zuständen, MDE hat eine mittlere empathische und eine leicht halluzinogene Wirkung.

Beim genaueren Betrachten der phänomenologischen Beiträge zur Ecstasy-Forschung wird das, im Vergleich zu anderen psychoaktiven Substanzen sehr eigentümliche Wirkmuster der Amphetaminderivate offensichtlich. So ist es etwa in einem Koordinaten-

system der Adjektive *beruhigend*, *euphorisierend*, *aktivierend* und *halluzinogen* relativ einfach klare Zuordnungen zu den Substanzen Heroin, Kokain, Cannabis, LSD, oder zu psychoaktiven Pilzen sowie Schlaf- und Beruhigungsmittel vorzunehmen; ungleich schwieriger ist es jedoch eine eindeutige Position für MDMA und verwandte Amphetaminderivate im Koordinatensystem zu finden. Ecstasy wirkt aktivierend, euphorisierend, beruhigend und – zu einem sehr geringen Teil – halluzinogen zugleich. Dieser Umstand macht die Effekte von Ecstasy vermutlich auch so schwer nachvollziehbar und stellt umgekehrt wiederum zumindest einen Teil des Anreizes für KonsumentInnen dieser Substanz dar.

CheckYourDrugs.at, die Webpage des sekundärpräventiven Projekts *ChEck iT!*, bietet auf einer so genannten Talkbase allen Interessierten die Möglichkeit ihre Meinungen und Erfahrungen zum Thema Drogen und Sucht kund zu tun. Während eine Reihe von Einträgen die Wirkungen von Ecstasy klar bebildern könnten, lässt das folgende Statement von „Puschel“ nicht nur eine Einschätzung der von den KonsumentInnen als positiv beschriebenen Wirkungen zu, sondern ermöglicht auch eine Vorstellung der beinahe bei allen KonsumentInnen vorhandenen Ambivalenz gegenüber dieser Droge, ihren Wirkungen und den negativ erlebten Nachwirkungen:

geistige beeinträchtigung?? was für eine frage...nachwirkungen waren eigentlich immer da, außer es war nur ganz wenig und ich hab danach sehr viel geschlafen. die waren dann entweder positiv (sodass ich noch ein paar tage bis wochen "nachgeglüht" hab) oder negativ, eben bis zur erwähnten hardcore-paranoia. auch ich hab mdma immer viel mehr in der form geschätzt, dass ich dann irgendwo am boden herumgekugelt bin mit dem ur grinser im gesicht und durch den psychonauten-kosmos gereist bin, hihi! nur dadurch, dass mich die musik meistens nimmer antörnt, funktioniert das natürlich nimmer. tanzen konnte ich fast immer nur in verbindung mit speed, aber da streikt dann nachher immer der kreislauf. sonst wollte ich IMMER NUR auf festln Es schmeißen, weil ich das einfach unglaublich genossen hab auf die leute zuzugehen, du liebst jeden und umgekehrt, nur je länger man dabei ist, desto mehr erkennt man, wies mit den leuten dort wirklich steht, man wird Halt irgendwann sehr enttäuscht. und dazu das licht und die musik...ich glaub wenn ich einmal sterb, wird das eins meiner letzten bilder sein, die vor meinem geistigen auge vorüberziehen...hm, entschuldigungen suchen für den konsum..das ist mir diese woche zum ersten mal aufgefallen: dass ich nach dem konsum ein schlechtes gewissen hab!! und außerdem hab ich angst davor, wieder in eine tiefe depression abzudriften, da wieder rauszukommen is wirklich nicht leicht. resüme: es lohnt sich

*für mich nicht mehr, ein paar stunden ein leiwand
des rauschgefühl zu haben und dann dafür tage
bis wochen leiden zu müssen! dennoch: eine in-
nere sehnsucht nach mdma wird mir, denk ich,
für immer bleiben... peace!*

Negative Effekte

Auf Grund der unkontrollierten Produktions- und Schwarzmarktsituation geht jedeR Ecstasy-KonsumentIn beim Konsum vermeintlicher, nicht analysierter, Ecstasy-Tabletten ein hohes Gesundheitsrisiko ein: niemand kann ohne chemische Analyse wissen, was eine Ecstasy-Tablette enthält. Das Risiko an den Folgen von MDMA zu sterben, sind ausgesprochen niedrig, das Risiko an vermeintlichen Ecstasy-Tabletten zu sterben, die gänzlich andere Stoffe enthalten, dürfte dahingegen sehr viel höher sein: im vergangenen Jahr sind weltweit mehr als 20 Personen, darunter ein junger Österreicher, an den Folgewirkungen der Substanz Paramethoxyamphetamin (PMA) verstorben – alle Opfer meinten Ecstasy einzunehmen.

In Bezug auf die reine Substanz MDMA gilt grundsätzlich: je häufiger der Konsum, desto stärker werden die unerwünschten Wirkungen, während die erhofften Wirk-Zustände abnehmen. Zu negativen Effekten kommt es vor allem bei Dosierungen von über 1,5mg / kg Körpergewicht – also etwa 90mg bei einer 60kg schweren Person. Bei Dosierungen in dieser Höhe treten – auf Grund einer vermehrten Aktivierung des dopaminergen Systems im Gehirn – antriebssteigernde, speed-ähnliche Effekte in den Mittelpunkt, Klarheit und Empathie verschwinden.

Durch die Unterdrückung von Müdigkeit und Durst und durch die direkte Wirkung auf die Temperaturregulation im Gehirn kann es bei langem, pausenlosen Tanzen zu gefährlichen Erhöhungen der Körpertemperatur bis hin zum Kollaps kommen. Zu den negativen Effekten zählen weiters Kieferkrämpfe, Muskelzittern, Übelkeit, Brechreiz und erhöhter Blutdruck. Herz, Leber und Nieren werden besonders stark belastet. Der Konsum von Ecstasy kann auch zu großer Ängstlichkeit, Schreckensvisionen und Orientierungsschwierigkeiten führen.

Mögliche Langzeitfolgen.

Besonders intensiv wird in den Wissenschaften zurzeit über eine mögliche neurotoxische Wirkung der Substanz MDMA diskutiert und dabei insbesondere die Frage, ob der Konsum von MDMA zu einer Veränderung des serotonergen Systems im Gehirn führt und ob diese möglichen Veränderungen in Folge auch Verhaltensänderungen mit sich bringen.

Wiewohl die genauen Mechanismen noch nicht geklärt sind scheint es, in Abhängigkeit der insgesamt konsumierten Menge, sowie der Pausen zwischen und der Dosierung bei den einzelnen Konsumatio-

nen, zu degenerativen Prozessen im serotonergen System des Gehirns zu kommen. Umstritten ist weiteres die Frage, ob es sich bei diesen Veränderungen um bleibende Schäden handelt oder ob das menschliche Gehirn diese Veränderungen wieder rückgängig machen oder kompensieren kann. Hinsichtlich der möglichen Auswirkungen auf das menschliche Verhalten scheint heute jedoch gesichert zu sein, dass es vor allem bei sehr starkem und mehrjährigem Konsum zu einer Reduktion der Konzentrationsleistung sowie zu einer höheren Anfälligkeit für depressive Verstimmungen und Depressionen kommt.

Durch die massive Ausschüttung von Serotonin und dem langsamen Wiederaufbau dieses Neurotransmitters werden bei regelmäßigem Konsum von Ecstasy die gewünschten Wirkungen zudem immer geringer. Eine Dosiserhöhung führt zu noch stärkeren negativen Folgen, ohne dass sich die gesuchte Wirkung einstellt. Einige Personen greifen jedes Wochenende zu Ecstasy. Müdigkeit, Erschöpfung und Depressionen prägen die Woche. Um wenigstens am Wochenende gut drauf zu sein, „muss“ wieder konsumiert werden. Solche Konsummuster können zu psychischer Abhängigkeit führen. Im Gegensatz zu Substanzen wie Heroin, Schlaf- und Beruhigungsmittel, Alkohol und Nikotin verursacht Ecstasy keine körperliche Abhängigkeit. Häufiger Konsum von Ecstasy kann jedoch weiters anhaltende Müdigkeit, Magenprobleme und eine Veränderung des Menstruationszyklus bewirken.

Ausgewählte Literatur zum Thema:

- Beck J, Rosenbaum M (1994) Pursuit of Ecstasy. The MDMA Experience. Albany, NY, State University of New York Press
- Cohen R S (1998) The love drug. Marching to the Beat of Ecstasy. Binghamton, NY, Haworth Medical Press
- Kriener, Schmid, Smekal (1999) *ChEck iT!* Bericht zum wissenschaftlichen Pilot-Projekt *ChEck iT!* mit Daten und Erfahrungen aus den Jahren 1997 und 1998. Wien [Dieser Bericht steht auf www.CheckYourDrugs.at – „Über uns“ – „Studien“ zum Download bereit.]
- Plaschke M, Plaschke M (1997) Ecstasy: Epidemiologie, Neurobiologie, Effekte, Risiken. München, W. Zuckschwerdt
- Reynolds S (1998) Generation Ecstasy. Boston etc., Little, Brown and Company
- Saunders N (1996) Ecstasy. Zürich, Ricco Bilger
- Saunders N (1997) Ecstasy reconsidered. London, Turnaround
- Schmidt-Semisch H (1997) Designer-Droge Ecstasy? In: Neumeyer J, Schmidt-Semisch H (Hg) Ecstasy – Design für die Seele? Freiburg im Breisgau, Lambertus, S 21-38
- Shulgin A, Shulgin A (1991) PIHKAL. A chemical love story. Berkeley, Transform Press
- Thomasius, Rainer (1999), (Hrsg.) Ecstasy – Wirkungen, Risiken, Interventionen. Stuttgart: Ferdinand Enke.
- Anschließend sind die im Referat verwendeten Folien abgebildet.

Ecstasy =

**Szenebezeichnung für eine Reihe von
Amphetamin - Derivaten:**

MDMA - MethylenDioxyMethAmphetamin

MDE(A) - MethylenDioxyEthylAmphetamin

MDA - MethylenDioxyAmphetamin

MBDB - MethylBenzoDioxolButanamin

ECSTASY

ChEck iT!

1898 erstmalige Synthese durch HABER

1914 Patentierung durch E. Merck

1950 Tierexperimente der U.S. - Armee

1965 Resynthetisierung durch SHULGIN

ab 1970 Psychotherapeutische Verwendung

ab 1980 nicht-therapeutische Verwendung

1986 Verbot in den U.S.A & WHO-Empfehlung

ab 1988 Verwendung in der Rave-Szene

ECSTASY

ChEck iT!

WIRKMECHANISMUS

MDMA erhöht im Gehirn die Konzentration des Neurotransmitters Serotonin

-->

- Reduzierung des Hunger- und Durstgefühls
- Erhöhung der Körpertemperatur & des Blutdrucks
- Wachheit und Aufmerksamkeit
- Erleichterte und intensivere Wahrnehmung von Gefühlen und Gedanken

ECSTASY

ChEck iT!

RISIKEN & GEFAHREN

akute Risiken: Temperatur & Kreislauf
 psychische Belastung
 Inhaltsstoffe \neq Ecstasy

Nachwirkungen: depressive Verstimmungen

Langzeitfolgen: mögl. Neurotoxizität -->
 Verhaltensänderungen
 psychische Abhängigkeit

ECSTASY

ChEck iT!

Ecstasy: Geschichte, Wirkungen, Risiken

INTERVENTIONS - MÖGLICHKEITEN

- Information
- Reflexion
- Transparenz

Vertrauensbasis
Akzeptanz der Person
Wissen um die Substanz, Szene, Suchtmechanismen

ECSTASY

ChEck iT!

Zusammenarbeit mit dem Schularzt

Dr. Alexander David, Drogenbeauftragter der Stadt Wien

Zu Beginn des Workshops wurde die Vorgangsweise des Schularztes im Zusammenhang mit § 13 SMG dargestellt:

Bei Drogenvorkommnissen an Schulen sind die gesetzlichen Bestimmungen des Suchtmittelgesetzes, aber auch therapeutische Gesichtspunkte von besonderer Bedeutung. Das Suchtmittelgesetz definiert folgende Vorgangsweise für den Schulbereich:

§ 11 lautet:

(1) „Personen, die wegen Suchtgiftmissbrauchs oder der Gewöhnung an Suchtgift gesundheitsbezogener Maßnahmen gemäß Abs. 2 bedürfen, haben sich den notwendigen und zweckmäßigen, ihnen nach den Umständen möglichen und zumutbaren und nicht offenbar aussichtslosen gesundheitsbezogenen Maßnahmen zu unterziehen. Bei Minderjährigen, also Schülern bis zur Erreichung des 19. Lebensjahres, haben die Eltern oder anderen Erziehungsberechtigten im Rahmen ihrer Pflicht zur Pflege und Erziehung dafür zu sorgen, dass sie sich solchen Maßnahmen unterziehen.“

(2) Gesundheitsbezogene Maßnahmen sind:

1. die ärztliche Überwachung des Gesundheitszustands,
2. die ärztliche Behandlung einschließlich der Entzugs- und Substitutionsbehandlung,
3. die klinisch-psychologische Beratung und Betreuung,
4. die Psychotherapie sowie
5. die psychosoziale Beratung und Betreuung durch qualifizierte und mit Fragen des Suchtgiftmissbrauchs hinreichend vertraute Personen.

(3) Für die Durchführung gesundheitsbezogener Maßnahmen gemäß Abs. 2 Z. 3 bis 5 sind insbesondere die Einrichtungen und Vereinigungen gemäß § 15 heranzuziehen.“

§ 13 lautet:

„Ist auf Grund bestimmter Tatsachen anzunehmen, dass ein Schüler Suchtgift missbraucht, so hat ihn der Leiter der Schule einer schulärztlichen Untersuchung zuzuführen. Der schulpsychologische Dienst ist erforderlichenfalls beizuziehen. Ergibt die Untersuchung, dass eine gesundheitsbezogene Maßnahme gemäß § 11 Abs. 2 notwendig ist und ist diese nicht sichergestellt, oder wird vom Schüler, den Eltern

oder anderen Erziehungsberechtigten die schulärztliche Untersuchung oder die Konsultierung des schulpsychologischen Dienstes verweigert, so hat der Leiter der Schule anstelle einer Strafanzeige davon die Bezirksverwaltungsbehörde als Gesundheitsbehörde zu verständigen.“

Diese Bestimmungen des SMG sind die rechtliche Grundlage der schulärztlichen Tätigkeit bei Drogenvorkommnissen an Schulen. Besonders der § 13 stellt eindeutig fest, dass der Leiter der Schule nur bei Vorliegen von bestimmten Tatsachen zu der Annahme kommen soll, dass ein Schüler Suchtgift missbraucht. Solche Tatsachen können auffällige Veränderungen des Verhaltens eines Schülers sein, auffällige psychische oder physische Veränderungen, Drogenfunde oder andere deutliche Hinweise. Das Gesetz sieht vor, dass dann der Schulleiter den Schüler einer schulärztlichen Untersuchung zuführt, also keine wie immer gearteten Untersuchungen (wie z. B. Harntests) selbst, unter Umgehung des Schularztes, vornehmen lässt. Die folgende Untersuchung ist dann vom Schularzt durchzuführen. Er/sie kann erforderlichenfalls den schulpsychologischen Dienst beiziehen. Das Einverständnis der Eltern des Schülers für diese Untersuchung ist einzuholen.

Folgende Fragen sind bei dieser Untersuchung vom Schularzt zu klären:

- 1) Liegt tatsächlich Suchtgiftmissbrauch vor?
- 2) Wenn ja, in welchem Ausmaß und besteht die Notwendigkeit für den Schüler, sich gesundheitsbezogener Maßnahmen zu unterziehen?
- 3) Wenn die Notwendigkeit gesundheitsbezogener Maßnahmen, wie im § 11 angeführt, besteht, können diese im Schulbereich selbst durch den Schularzt bzw. den Schulpsychologen durchgeführt werden oder ist eine externe Einrichtung oder eine Drogeneinrichtung heranzuziehen?

ad 1)

Die Abklärung, ob Drogenmissbrauch vorliegt oder nicht, obliegt also dem Schularzt bzw. dem Schulpsychologen. Ein wesentlicher Faktor bei dieser Abklärung ist das Vertrauensverhältnis zwischen Schularzt und Schüler. Der Schularzt kann über die Inhalte und Ergebnisse dieser Abklärung dem Schulleiter nur mitteilen, ob Suchtgiftmissbrauch vorliegt, ob gesundheitsbezogene Maßnahmen in diesem Fall notwendig sind oder nicht und wo diese durchgeführt werden. Wenn sie notwendig sind, hat der Schüler für die Dauer dieser Maßnahmen Bestätigungen mitzu-

bringen, die der Schulleitung vorgelegt werden. Es ist günstig, bei Durchführung dieser Maßnahmen außerhalb der Schule dem Schüler diese Bringpflicht zu erklären und auch den Abschluss der gesundheitsbezogenen Maßnahme durch die Einrichtung deutlich in schriftlicher Form zu übermitteln. Eine direkte Meldung einer Drogeneinrichtung an die Schule oder den Schularzt ist wegen der im Suchtmittelgesetz § 15 definierten Verschwiegenheit der in Einrichtungen beschäftigten Personen nicht möglich. Es handelt sich hier um eine **absolute** Verschwiegenheitspflicht (vergleichbar mit der Verschwiegenheit im Psychotherapiegesetz).

ad 2)

Der überwiegende Teil der Schüler, die wegen Suchtgiftmisbrauchs auffallen, sind Neugierige oder Probierer. In erster Linie sind es Jugendliche, die gelegentlich Cannabis konsumieren. Wenn keine anderen schweren psychischen, familiären oder schulischen Probleme bei diesem Schüler bestehen, der Cannabis-Konsum nur gelegentlich erfolgt und keine anderen, gefährlicheren Drogen konsumiert werden, sind gesundheitsbezogene Maßnahmen in der Regel nicht notwendig. Eine Beratung über die sozialen, suchtmittelrechtlichen, familiären, aber auch psychischen Folgen des Cannabiskonsums ist aber auf jeden Fall angezeigt. Abzuklären ist auch, ob ein sogenannter problematischer Cannabiskonsum vorliegt. Bei entsprechender psychischer Prädisposition, Depressionen oder anderen psychischen Erkrankungen bzw. bei exzessivem, d. h. täglichem, hochdosiertem Cannabiskonsum sind gesundheitsbezogene Maßnahmen indiziert.

Bei Konsum anderer Suchtmittel wie Ecstasy, LSD oder Amphetamine ist eine ärztliche Überwachung des Gesundheitszustandes über einen gewissen Zeitraum durch den Schularzt, eine Drogeneinrichtung oder eine Betreuung durch den Schulpsychologen indiziert.

Bei Konsum der besonders riskanten Suchtmittel wie Opiate oder Kokain ist eine Betreuung durch eine Drogeneinrichtung notwendig. Bei bereits erfolgter Abhängigkeit von diesen Substanzen ist eine Behandlung in einer Drogeneinrichtung absolut und umgehend notwendig.

Zusammenfassend kann man sagen: Beratung für Probierer und Neugierige, Betreuung für Gefährdete, Behandlung für Abhängige.

ad 3)

Die Entscheidung, gesundheitsbezogene Maßnahmen im Schulbereich selbst durchzuführen, obliegt dem Schularzt bzw. dem Schulpsychologen. Sie ist

abhängig vom Schweregrad der Gefährdung des Schülers, vom notwendigen Zeitaufwand der Betreuung und von der Erfahrung des Schularztes bzw. Schulpsychologen im Umgang mit Suchtproblemen.

Bei der Weigerung eines Schülers bzw. der Erziehungsberechtigten, sich der Untersuchung oder den erforderlichen gesundheitsbezogenen Maßnahmen zu unterziehen, hat der Schulleiter diesen Schüler der Bezirksverwaltungsbehörde als Gesundheitsbehörde zu melden.

Eine Strafanzeige ist nur bei Handel, insbesondere von großen Mengen, zu erstatten. Besteht aber der Verdacht, ein Schüler habe Suchtgift missbraucht, oder dieses teils konsumiert und teils weitergegeben, kommt gleichwohl der § 13 zur Anwendung. Das heißt, dass der Missbrauchsbegriff auch auf die Weitergabe kleiner Mengen von Suchtmitteln anzuwenden ist.

Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass vor allem der problematische Drogenkonsum vielfach Ausdruck einer Adoleszenzkrise ist und Drogenkonsumenten in erster Linie mit therapeutischen Mitteln begegnet wird. Für viele Schüler und Jugendliche ist ein Auffallen wegen eines Drogenvorkommnisses oftmals der erste Kontakt mit der Erwachsenenwelt im Rahmen eines Vergehens nach dem Suchtmittelgesetz. Die Schule hat hier eine besondere Verantwortung, diese erste Begegnung so zu gestalten, dass der soziale Schaden, den dieses Drogenvorkommnis auslösen kann, möglichst gering bleibt, der Schüler nicht aus seinem sozialen Rahmen gedrängt wird und seine Ausbildung möglichst abschließen kann.

Bei fast allen schweren Drogenabhängigen können in der Biographie soziale Brüche, wie z. B. der Abbruch eines Ausbildungsverhältnisses, der Verlust eines Arbeitsplatzes, das Verfehlen eines Ausbildungszieles, eine polizeiliche oder gerichtliche Maßnahme im jugendlichen Alter festgestellt werden. Es gilt, diese sozialen Fehlentwicklungen möglichst zu verhindern.

Das Vertrauensverhältnis des Schularztes dient besonders der Früherkennung und der Frühintervention bei drohender Drogenabhängigkeit. Drogenabhängigkeit entwickelt sich in der Regel über einen Zeitraum von mehreren Monaten bis Jahren. Dieser Zeitraum kann zur Früherkennung genutzt werden. Sie wird in der Regel durch ein Angebot des Schularztes, auch im Vertrauen, d. h., unter Zusicherung der ärztlichen Schweigepflicht, über Drogenprobleme zu sprechen, gefördert. Ein besonders repressives Vorgehen der Schule wie Verweis von der Schule bei Drogenkonsum oder gar Strafanzeige bei Drogenmissbrauch verstellt dieses vertrauensbildende Klima für den Schularzt für Jahre.

Im Laufe der Diskussion wurden folgende Fragen eingehend besprochen:

Sind die Eltern vor der Abklärung durch den Schularzt beizuziehen und um ihr Einverständnis zu ersuchen?

Grundsätzlich ja, eine sofortige Untersuchung ohne Einverständnis der Eltern ist nicht möglich. Ausschließlich der Schularzt kann diese Untersuchung vornehmen. Nur bei dem begründeten Verdacht, dass besonders schwierige Verhältnisse zu Hause bestehen (Gewalt, Missbrauch), kann von einer Einbeziehung der Eltern für die ersten Untersuchungsschritte abgesehen werden. Dies muss jedoch in einem Aktenvermerk nachvollziehbar dokumentiert werden.

Wann soll die Schulpsychologie beigezogen werden?

Die Beiziehung der Schulpsychologen ist als Möglichkeit im Suchtmittelgesetz vorgesehen. Sie können auf Vorschlag des Schulleiters oder auch des Schularztes beigezogen werden.

Wer kann Schweigepflicht bei Drogenproblemen zusichern?

Ausschließlich Schulärzte und Schulpsychologen können Schweigepflicht zusichern. Lehrer müssen darauf verweisen, dass das nicht in jedem Fall möglich ist. Sie können sich jedoch bei Fragen im Zusammenhang mit Suchtmittelmissbrauch von Schülern im Vertrauen an SchulärztInnen und SchulpsychologInnen wenden.

Wie erfolgt die Überweisung eines Schülers zur Abklärung bzw. zur Durchführung einer gesundheitsbezogenen Maßnahme an eine Drogeneinrichtung?

Schüler werden vom Schularzt am besten mit einer kurzen schriftlichen Darstellung und mit der Bitte um Durchführung einer gesundheitsbezogenen Maßnahme an eine Drogeneinrichtung zugewiesen. Eine vorherige telefonische Terminvereinbarung ist empfehlenswert. Die Schüler bekommen Bestätigungen über den Besuch und die eventuell begonnene gesundheitsbezogene Maßnahme. Das Ende der gesundheitsbezogenen Maßnahme sollte extra von der Einrichtung vermerkt werden.

Intensiv wurde die Frage einer möglichen Anzeige nach dem Suchtmittelgesetz diskutiert. Die Grenze zwischen Missbrauch (kleine Mengen zum Eigenbedarf bzw. Weitergabe geringster Mengen im Freundeskreis) und Handel (kontinuierlicher Verkauf grö-

ßerer Mengen von Suchtmitteln zur Erzielung eines finanziellen Gewinnes, der zumindest einige Tausend Schilling oder mehr ausmacht) wurde dargestellt. Eine Anzeige ist nur notwendig, wenn Handel angenommen wird. Der Verbleib des Schülers an der Schule ist eine durch das Suchtmittelrecht und durch entsprechende Erlässe der Landesschulräte intendierte Haltung zum Drogenproblem.

Rechtliche Grundlagen für die Vorgangsweise bei Drogenvorkommnissen an Schulen

Dr. Rainer Fankhauser, Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur

Greifen Schüler zu Drogen, sind, was die Schule betrifft, in erster Linie zwei Rechtsbereiche berührt. Der eine ist der des Suchtmittelrechts, der andere der des Schulrechts. Soll das dem Suchtmittelgesetz (SMG) innewohnende Prinzip „Helfen statt strafen“ nicht bloß ein Lippenbekenntnis bleiben, müssen die Maßnahmen der Schule pädagogisch fundiert sein. In diesem Zusammenhang wird es auch darum gehen, einem zuweilen erheblichen internen Druck zu widerstehen und ein Überreagieren zu vermeiden. Treten an einer Schule Drogenprobleme auf, vollzieht die Schule nicht mehr nur das Schulrecht, sondern auch § 13 Abs. 1 SMG. Das SMG ist dem Schulrecht nicht untergeordnet, beide Rechtsbereiche stehen vielmehr auf derselben Ebene. Nur deshalb, weil sich Drogenvorkommnisse an der Schule im Zusammenhang mit Schülern ereignet haben, genießt das Schulrecht nicht auch schon einen automatischen Anwendungsvorrang.

Der vorliegende Beitrag versucht, von § 13 Abs. 1 SMG ausgehend, einzelne Rechtsfragen anzusprechen, mit denen sich Schulen und Schulbehörden bei Drogenvorkommnissen konfrontiert sehen können. Das geschieht schlaglichtartig und ohne Anspruch umfassend zu sein.

1. Verdacht des Drogenmissbrauchs

Der Verdacht, dass ein Schüler Drogen missbraucht, also konsumiert, muss sich, so verlangt es § 13 Abs. 1 SMG, auf „bestimmte Tatsachen“ stützen. Darunter sind konkrete Umstände, zu verstehen, die auf einen Drogenmissbrauch hindeuten. Die für den Drogenkonsum sprechenden Anhaltspunkte müssen sich ausreichend verdichtet haben, ehe der Mechanismus des § 13 SMG in Gang gesetzt werden kann. Vage Vermutungen genügen nicht. Niemand soll leichtfertig dem Verdacht des Suchtgiftmissbrauchs ausgesetzt werden. Das ist ein Grundprinzip des SMG.

Schüler sind in dieser Hinsicht keineswegs privilegiert. Der Gedanke, wonach niemandem vorschnell der Vorwurf gemacht werden soll, zu Drogen zu greifen, findet sich auch an anderer Stelle im SMG. So darf die in § 12 angesprochene ärztliche Abklärung von den Gesundheitsbehörden ebenfalls erst bei ausreichendem Verdacht angeordnet werden. Im Übrigen lohnt es sich bei der Beschäftigung mit § 13 SMG auch diese Bestimmung im Blickfeld zu behal-

ten. Stellt doch § 13 lediglich die für Schüler und Präsenzdiener geltende Sondervariante von § 12 dar.

2. Wer ist Schüler?

Schüler im Sinn von § 13 Abs. 1 SMG ist jeder, der eine Schule im Sinn des Schulorganisationsgesetzes (SchOG), des Privatschulgesetzes oder eine land- und forstwirtschaftliche Schule besucht. Weder die Schulträgerschaft noch das Alter spielen. 1 SMG gilt für alle Personen, die sich im öffentlichen oder privaten Schulwesen befinden. Die Bestimmung erstreckt sich folglich auch auf die vorwiegend von Erwachsenen besuchten Schulen für Berufstätige. Daran ändert auch die Tatsache nichts, dass an diesen Schulen keine Schulgesundheitspflege im Sinn von § 66 Schulunterrichtsgesetz (SchUG) eingerichtet ist und es dort daher keine Schulärzte gibt.

3. Ärztliche Verschwiegenheitspflicht

Folgt man der Textierung von § 13 Abs. 1 SMG liegt diesem die Annahme zugrunde, dass Schüler mit Drogenproblemen zuerst jenen auffallen, die täglich in der Klasse stehen, nämlich: den Lehrern. Sie melden ihre Beobachtung dem Schulleiter, der den Schularzt sowie in der Regel den schulpsychologischen Dienst einschaltet. Der vom Schulleiter mit der Abklärung beauftragte Schularzt wird als Amtssachverständiger tätig. Das hat zur Folge, dass er gegenüber dem Schulleiter die ärztliche Verschwiegenheitspflicht nicht geltend machen kann. Als Amtssachverständiger muss der Schularzt seinen Befund offen legen und begründen ob gesundheitsbezogene Maßnahmen erforderlich sind oder nicht. Wie aber verhält es sich, wenn ein Suchtgift konsumierender Schüler sich dem Schularzt zu einem Zeitpunkt anvertraut, zu dem seine Umgebung noch keinen Verdacht geschöpft hat? Womöglich mit der ausdrücklichen Bitte, gegenüber dem Schulleiter Stillschweigen zu bewahren.

Das SchUG scheint auch in diesem Fall für eine Meldung zu sprechen. Sein § 56 Abs. 3 stuft den Schulleiter als unmittelbaren Vorgesetzten aller an der Schule tätigen Lehrer und sonstigen Bediensteten ein. So gesehen ist der Schulleiter auch Vorgesetzter des Schularztes. In dieser Eigenschaft kann er ihm natürlich Weisungen erteilen. Als für die Schule Verantwortlicher hat der Schulleiter darüber hinaus die Verpflichtung, „für die Einhaltung aller Rechtsvor-

schriften.....zu sorgen“ (§ 56 Abs. 4 SchUG). Diese Verantwortlichkeit umfasst selbstverständlich auch die korrekte Umsetzung des SMG. Vom SchUG ausgehend ließen sich also durchaus Argumente finden, nach denen der Schulleiter den Schularzt anweisen kann, ihn über alle ihm bekannt werdenden Fälle von schulischem Drogenmissbrauch zu informieren.

Das SchUG ist allerdings nur die eine Seite der Medaille. Wie alle Ärzte unterliegt auch der Schularzt dem Ärztegesetz, das er beim Betreten der Schule nicht einfach abstreift. Das Ärztegesetz hat in der Schule überall dort seine Gültigkeit, wo ein sachlicher Bezug zu Erziehung und Unterricht gegeben ist. Bei § 54, das ist die die ärztliche Verschwiegenheitspflicht statuierenden Norm, muss man von einer solchen Beziehung ausgehen. Dabei stellt die Verletzung der ärztlichen Verschwiegenheitspflicht durch den Schularzt einen strafrechtlich (§ 121 StGB) und disziplinarrechtlich zu ahnden (§ 199 Ärztegesetz) Tatbestand dar.

Jede an einen Schularzt gerichtete Weisung, dem Schulleiter über Drogenvorkommnisse an der Schule zu berichten, von denen er nur deshalb Kenntnis hat, weil sich der Schüler ihm anvertraut hat, muss folglich im Ärztegesetz, das der Verschwiegenheit des Arztes einen hohen Stellenwert zumisst, ihre Deckung finden.

Am einfachsten ist es, wenn der volljährige Schüler, ansonsten dessen Eltern, den Schularzt von seiner Verschwiegenheitspflicht entbinden, was gem. § 54 Abs. 2 Z. 3 Ärztegesetz möglich ist. Wird dieser Weg nicht beschritten, dürfte nur mehr § 54 Abs. 2 Z. 4 Ärztegesetz als Rechtsgrundlage für eine Weisung der angesprochenen Art in Frage kommen. Die Regelung besagt, dass ein Arzt seiner Verschwiegenheitspflicht dann nicht mehr unterliegt, wenn „die Offenbarung des Geheimnisses nach Art und Inhalt zum Schutz höherwertiger Interessen der öffentlichen Gesundheitspflege oder der Rechtspflege unbedingt erforderlich ist.“ Das höherwertige Interesse bestünde darin, dass einem drogenabhängigen Schüler geholfen werden soll. Allerdings muss dazu die Verletzung der ärztlichen Verschwiegenheitspflicht unbedingt erforderlich sein. Bloße Zweckmäßigkeit genügt nicht. Der Fall muss so gelagert sein, dass dem Schüler nur geholfen werden kann, wenn der Schularzt den Schulleiter, dem der Drogenmissbrauch des Schülers noch nicht bekannt ist, informiert. Ein Sachverhalt, der kaum jemals gegeben sein dürfte. § 54 Abs. 2 Z. 4 Ärztegesetz scheint mehr eine theoretische, denn eine in der Praxis gangbare Option zu sein.

Weil ein nicht vom Ärztegesetz gedecktes Durchbrechen der Verschwiegenheitspflicht einen Verstoß gegen das Strafrecht darstellt, muss sich der Schularzt

jeder diesbezüglichen Weisung verschließen. Er braucht die Weisung nicht nur nicht zu befolgen, er darf es nicht. Denn das Befolgen strafrechtswidriger Weisungen wird von der Verfassung ausdrücklich untersagt (Art. 20 Abs. 1 B-VG).

Um keine Missverständnisse aufkommen zu lassen: Ein Berufen auf die ärztliche Verschwiegenheitspflicht ist nur möglich, wenn der Schüler den Schularzt zu einem Zeitpunkt kontaktiert, zu dem der Schulleiter vom Drogenmissbrauch noch nicht erfahren hat. Hat der Schulleiter den Schularzt mit der schulärztlichen Untersuchung nach dem SMG hingegen bereits betraut, ist dieser Amtssachverständiger geworden und eine Berufung auf das Schweigegebot nicht mehr möglich.

4. Schulärztliche Untersuchung

Die schulärztliche Untersuchung wird vom Schulleiter angeordnet. Gleiches trifft auf die Beziehung des schulpsychologischen Dienstes zu. Die medizinische und die psychologische Abklärung sind rechtlich gleichwertig. Das Heranziehen des schulpsychologischen Dienstes ist keine bloße Fleißaufgabe. In der Regel wird beides anzuordnen sein.

Die schulärztliche Untersuchung, von der im SMG die Rede ist, hat nichts mit der in § 66 SchUG angesprochenen Untersuchung zu tun. Es handelt sich um eine Untersuchung eigener Art, die völlig unabhängig von der des SchUG zu sehen ist. Aus diesem Grund kann sie der Schüler auch nicht mit dem Argument verweigern, er wäre in diesem Schuljahr schon einmal schulärztlich untersucht worden.

Da die schulärztliche Untersuchung nach dem SMG nicht im Rahmen der schulrechtlich definierten Schulgesundheitspflege erfolgt, muss sie auch nicht unbedingt vom Schularzt durchgeführt werden. Es kann dafür jeder Arzt herangezogen werden, der die Kriterien des § 12 Abs. 1 SMG erfüllt, also „mit Fragen des Suchtgiftmissbrauchs hinlänglich vertraut ist“. Führt der Schularzt die Untersuchung durch, gilt diese Vorgabe auch für ihn. Kann er den Bereich des Suchtgiftmissbrauchs nicht hinreichend abdecken, muss er den Schulleiter darauf hinweisen. Dann wird mit Unterstützung der Schulbehörde ein auf diesem Gebiet entsprechend erfahrener Arzt zu finden sein. Für eine gem. § 13 Abs. 1 SMG vom Schulleiter angeordnete Untersuchung gelten bezüglich des untersuchenden Arztes und der Qualität der Untersuchung dieselben Anforderungen, die für eine von der Gesundheitsbehörde angeordneten Untersuchung gem. § 12 Abs. 1 SMG verlangt werden. Denn beide Untersuchungen weisen eine idente Zielsetzung auf: Das Abklären eines Verdachts auf Drogenmissbrauch. Der einzige Unterschied besteht darin, dass der zu Untersuchende in einem Fall Schüler ist und im anderen Fall nicht.

In Hinblick auf die Untersuchungsmethoden enthalten weder § 12 noch § 13 SMG konkrete Aussagen. Beide Bestimmungen lassen dem Arzt weitgehend freie Hand. Es ist lediglich herauslesbar, dass die eingesetzte Methode medizinisch akzeptiert sein muss und zur Abklärung der Frage, ob ein Drogenmissbrauch vorliegt und gesundheitsbezogene Maßnahmen erforderlich sind, geeignet zu sein hat.

Der Schulleiter kann einen Schüler nicht zwingen, sich der schulärztlichen Untersuchung zu unterziehen. Auch hier stellt die Schule keine Ausnahme dar. Letztlich ist nämlich keine Untersuchung nach dem SMG erzwingbar. Auch solche nicht, die von der Gesundheitsbehörde angeordnet werden. Wie § 12 ist auch § 13 eine Bestimmung, die ein Zuwiderhandeln nicht mit Sanktionen belegt.

Verweigern der Schüler oder dessen Eltern die schulärztliche Untersuchung oder die Beiziehung des schulspsychologischen Dienstes, ist vom Schulleiter die Gesundheitsbehörde zu verständigen, die dann darauf hinzuwirken hat, dass es doch zur Untersuchung und wenn nötig zur Anwendung gesundheitsbezogener Maßnahmen kommt. **Niemals aber darf der Schulleiter im Rahmen von § 13 SMG die Sicherheitsbehörden einschalten oder gar Strafanzeige erstatten.** Tut er es dennoch, wäre das eine Verletzung seiner Dienstpflichten wofür er disziplinarrechtlich belangt werden kann. **Denn das Melden eines Drogenverdachts an Stellen, denen keine Meldung zu erstatten ist, stellt einen Bruch der Amtsverschwiegenheit dar.**

5. Gesundheitsbezogene Maßnahmen

Die gesundheitsbezogenen Maßnahmen werden in § 11 Abs. 2 SMG abschließend aufgezählt. Bestätigt die schulärztliche Untersuchung den Missbrauchsverdacht, ist zunächst zu prüfen, ob die Durchführung der für notwendig erachteten gesundheitsbezogenen Maßnahme sichergestellt ist. Diese Aufgabe obliegt dem Schulleiter.

Scheint keine Garantie für die Durchführung der Maßnahme gegeben zu sein, weil sich der Schüler oder dessen Eltern uneinsichtig zeigen, kommt es analog zur verweigerten schulärztlichen Untersuchung zur Meldung an die Gesundheitsbehörde. Selbst wenn die Eltern der Grund für die Verweigerung sind, wird die Schule keine Meldung an die Jugendwohlfahrtsbehörde zu erstatten haben (§ 48 SchUG). Da es nun bei der Gesundheitsbehörde liegt Anlaufen wie Durchführen der gesundheitsbezogenen Maßnahme sicherzustellen, wird allenfalls sie einen solchen Schritt zu setzen haben. Gleiches gilt für eine Bestrafung der Eltern wegen gröblicher Vernachlässigung der Fürsorge oder Obhut (§ 92 Abs. 2 StGB) bzw. Vernachlässigung der Pflege, Erziehung oder Beaufsichtigung (§ 199 StGB).

Ist die Durchführung der Maßnahme hingegen sichergestellt, durchläuft sie der seine Schullaufbahn fortsetzende Schüler. Ihn trifft gegenüber der Schule nunmehr lediglich die Pflicht, in regelmäßigen Abständen Bestätigungen über den Fortgang der gesundheitsbezogenen Maßnahme vorzulegen. Bestätigt wird dabei nur, dass sich der Schüler nach wie vor in der Maßnahme befindet. Genauere Details einzufordern, ist die Schule nicht berechtigt (§ 15 Abs. 5 SMG).

6. Information der Eltern des betreffenden Schülers

Gem. § 48 SchUG ist die Schule grundsätzlich verpflichtet, mit den Eltern das Einvernehmen zu pflegen, sobald es die Erziehungssituation eines Schülers erfordert. Damit unterstützt das Schulrecht die im ABGB statuierte Obsorge, die Eltern gegenüber ihren Kindern wahrzunehmen haben. Die Obsorge beinhaltet das Recht und die Pflicht der Eltern für ihre Kinder zu sorgen und sie zu erziehen. Ein Recht, das der in diesem Fall durch die Schule verkörperte Staat zu achten hat. Die Schule hat daher die Pflicht, die Eltern zu informieren, wenn sie der Meinung ist, Anhaltspunkte für einen Drogenkonsum zu haben. Gleiches gilt für die beabsichtigte schulärztliche bzw. schulspsychologische Untersuchung, deren Ergebnisse den Eltern natürlich nicht vorenthalten werden dürfen. Auch in die Auswahl der Einrichtung, die eine für nötig erachtete gesundheitsbezogene Maßnahme durchführen soll, müssen die Eltern eingebunden sein.

Eine Verständigung der Eltern im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum ihres Kindes kann nur unterbleiben, wenn der Griff zu Drogen seine Ursache in den familiären Verhältnissen hat. Denn das die Obsorge umfassende Elternrecht ist kein in der freien Verfügbarkeit der Eltern liegendes Recht, von dem sie nach Belieben Gebrauch machen können oder nicht. Das Elternrecht ist ein Treuhänderrecht und muss zum Wohl des noch nicht volljährigen Kindes ausgeübt werden. Wird von Eltern gegen dessen Zielsetzung so nachhaltig und massiv verstoßen, dass gewichtige und belegbare Gründe zur Befürchtung Anlass geben, eine Verständigung über den Suchtgiftmissbrauch würde die Gefahr für das Wohl des Betroffenen noch vergrößern, darf sie unterbleiben. Da die Schule aber keine Einrichtung ist, die die Pflichten von Eltern einfach ersatzweise übernehmen kann und soll, wird in diesem Fall der Jugendwohlfahrtsbehörde Mitteilung zu machen sein. Hier kommt § 48 letzter Satz SchUG deshalb zum Tragen, weil es noch zu keinem Einschreiten Gesundheitsbehörde gekommen ist und die Koordination noch beim Schulleiter liegt.

7. Information nicht betroffener Eltern

Eltern, deren Kinder nicht in Drogenvorkommnisse verwickelt sind, haben kein Anrecht auf Informationen, die die persönliche Sphäre Dritter betreffen. Dessen ungeachtet kann es diesen Eltern nicht verwehrt werden, von Möglichkeiten Gebrauch zu machen, die das Schulrecht bereithält. Dazu zählt beispielsweise die Klassenelternberatung (§ 62 SchUG). Wird sie von mindestens einem Drittel der Eltern einer Klasse gefordert, muss sie durchgeführt werden. Der Leiter der Beratung (Klassenvorstand; Schulleiter) hat in diesem Fall darauf zu achten, dass sich die Versammlung auf Themen beschränkt, zu deren Behandlung sie befugt ist. So kann sie Fragen des Suchtgiftmissbrauchs aus einer grundsätzlichen, die Klasse betreffenden erzieherischen oder gesundheitlichen Perspektive diskutieren. Nicht aber darf sie über einzelne Schüler oder deren Eltern zu Gericht sitzen oder den Boden für ein Schulausschlussverfahren aufbereiten. Es wird zweckmäßig sein, wenn der Leiter der Beratung gleich zu Beginn auf diesen Aspekt hinweist und den Vorsitz entsprechend führt.

Die an der Klassenelternberatung teilnehmenden Lehrer und Erzieher unterliegen der Amtsverschwiegenheit (§ 46 BDG; § 5 VBG; § 33 LDG). Sie dürfen daher über in Drogenvorkommnisse verwickelte Schüler nichts sagen, was sie nur deshalb wissen, weil sie an der Schule beschäftigt sind. Der Amtsverschwiegenheit unterliegt alles, was nicht schon allgemein bekannt ist. Für den an der Klassenelternberatung teilnehmenden Schularzt gilt zusätzlich die ärztliche Verschwiegenheitspflicht.

Ähnlich ist die Situation, wenn statt oder zusätzlich zur Klassenelternberatung der Schulgemeinschaftsausschuss (SGA) oder das Schulforum einberufen werden. Auch diese Organe haben sich auf ihre Zuständigkeit zu beschränken. Bezüglich des SGA und des Schulforums gilt die Amtsverschwiegenheit nicht nur für den Schulleiter und die Vertreter der Lehrer, sondern für alle Personen, die dem jeweiligen Organ angehören. Also auch für die Vertreter der Eltern und Schüler.

8. Schulausschluss

Die Schulen selbst können Schüler nicht ausschließen. Sie haben lediglich die Möglichkeit, bei der Schulbehörde einen entsprechenden Antrag einzubringen. Antragstellendes Organ ist die Schulkonferenz, wobei dem Schüler und dessen Eltern vor der Beschlussfassung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben ist. Das Recht zur Stellungnahme besteht unmittelbar vor dem entscheidungsbefugten Organ. Es ist verletzt, wenn der Schüler oder dessen Eltern ihre Sicht nur vor einer dritten Person darlegen können, die darüber der Schulkonferenz referiert.

§ 49 Abs. 1 SchUG bestimmt, dass ein Schüler u.a. auszuschließen ist, wenn sein Verhalten „eine dauernde Gefährdung anderer Schüler hinsichtlich ihrer Sittlichkeit, ihrer Gesundheit oder ihres Eigentums darstellt.“ Die Gefährdung anderer Schüler muss zunächst dauernd, das heißt wiederholt, sein. Eine einmalige Handlung rechtfertigt in der Regel noch keinen Ausschluss. Eine zweite kann dann ausreichend sein, wenn sie mit einem entsprechenden Bedrohungspotential verbunden ist. Für ein Verhalten ist kennzeichnend, dass die Bedrohung der drei vom SchUG geschützten Güter Sittlichkeit, Gesundheit und Eigentum aktuell zu sein hat. Die von einem Schüler für andere ausgehende Gefahr muss manifest sein. Dazu muss der Schüler die Gefährdungshandlung entweder schon begangen oder glaubhaft angedroht haben. Die bloß theoretische Möglichkeit, ein sich in einer gesundheitsbezogenen Maßnahme befindlicher Schüler könnte seinen Mitschülern Suchtgift zum Probieren überlassen, stellt kein aktuelles Verhalten da. Vermutungen dieser Art rechtfertigen keinen Ausschluss.

Hat ein Schüler seinen Mitschülern hingegen tatsächlich Suchtgift überlassen oder beschafft, ist die schulrechtliche Seite von der des SMG zu trennen. Vorauszuschicken ist, dass eine nachsichtigerer Handhabung des Ausschlussverfahrens nur bei Vergehen gem. § 27 Abs. 1 SMG in Frage kommen kann. Darunter fallen etwa das Herumreichen eines Joints oder das Ausprobieren kleiner Mengen von Suchtgift im Freundeskreis. Schwere Delikte wie das Weitergeben von Suchtgift an Minderjährige, das gewerbsmäßige Dealen mit kleinen oder großen Suchtgiftmengen oder das Begehen von Suchtgiftdelikten als Mitglied einer Bande werden stets mit dem Schulausschluss zu ahnden sein.

Doch selbst bei Vergehen nach § 27 Abs. 1 SMG ist ein Schulausschluss rechtlich möglich. Dabei ist es grundsätzlich unerheblich, ob sich der Betreffende in einer gesundheitsbezogenen Maßnahme befindet oder keiner bedarf, weil er selbst nicht drogenabhängig ist. Ausschlaggebend ist zunächst das von ihm für die Gesundheit anderer Schüler ausgehende Gefährdungspotential, das von der über den Ausschluss entscheidenden Schulbehörde abzuschätzen ist. In diesem Zusammenhang werden die Häufigkeit aber auch die Art der Weitergabe kleinerer Suchtgiftmengen (z. B. Joints) ebenso eine Rolle spielen, wie die Zahl der Mitkonsumierenden.

Dem Grundsatz „Helfen statt strafen“ folgend, sollte man im Ausschlussverfahren dennoch berücksichtigen, ob der das Suchtgift weitergebende Schüler selbst abhängig ist oder nicht. In letzterem Fall ist ein rascher Ausschluss eher angebracht, wenngleich die eigene Sucht bei wiederholtem Verstoß gegen das SMG nicht auf Dauer vor einem Schulausschluss schützen kann.

Konsumiert der Schüler selbst keine Drogen, kann die Schule den Sachverhalt zusätzlich zur Anzeige bringen. Denn in diesem Fall fällt der Schüler nicht unter § 13 Abs. 1 SMG. Befindet sich der Schüler zum Zeitpunkt des Schulausschlusses bereits in einer gesundheitsbezogenen Maßnahme, kommt § 14 Abs. 1 SMG analog zur Anwendung und es gibt keine Anzeige bei Delikten, die unter § 27 Abs. 1 SMG fallen. Gleichzeitig fällt der Schüler, es sei denn, er setzt seine Schullaufbahn an einer anderen Schule fort, aus dem Regelungsbereich des § 13 Abs. 1 SMG heraus und in die allgemeine Norm des § 12 SMG hinein. Für dessen Vollziehung haben die Gesundheitsbehörden zu sorgen. Um sicherzustellen, dass der ausgeschlossene Schüler die bereits im Laufen befindliche gesundheitsbezogene Maßnahme nicht abbricht, wird die Schule der Gesundheitsbehörde eine entsprechende Mitteilung zu machen haben.

Strafrechtliche Aspekte im Zusammenhang mit dem § 13 SMG

Mag. Ingrid WÖRGÖTTER, Richterin, Bundesministerium für Justiz

I. Suchtmittelmissbrauch in der Schule

1. Grundsätzliches

„Suchtmittelmissbrauch“ ist eine Problematik, die viele Bereiche des menschlichen Lebens tangiert, wie etwa Gesundheit, soziale Entwicklung, berufliche Zukunft und Konfrontation mit dem Strafrecht für den Suchtmittelkonsumenten. Die Antwort auf die Frage, wie man diese Probleme in den Griff bekommt, muss daher so vielfältig ausfallen, wie es das Problem selbst ist.

Die Maßnahmen zur Bekämpfung des Suchtmittelkonsums setzen daher an verschiedenen Punkten, nämlich im Bereich der Prävention, der Therapie, der sozialen Wiedereingliederung – als Maßnahmen zur Reduktion der Drogennachfrage – und der Repression – als Maßnahme der Reduktion des Angebotes –, an.

Bereits seit den SGG-Novellen der Achtzigerjahre müssen Suchtmitteldealer größeren Kalibers mit empfindlich erhöhten Strafdrohungen rechnen – seit 1. Juni 2001 ist hier wiederum eine Verschärfung für die führenden Köpfe einer Verbindung einer größeren Zahl von Menschen durch die letzte Suchtmittelgesetznovelle eingetreten –, während andererseits das Prinzip „Helfen statt Strafen“ gilt; bei geringerer und mittlerer Delinquenz, insbesondere bei vorwiegendem Eigenkonsum, vor allem dann, wenn es sich um süchtige Täter handelt, genießen notwendige und nützliche gesundheitsbezogene Maßnahmen den Vorzug, um durch dieses Instrumentarium dem gesundheitlichen Aspekt des „Suchtverhaltens“ Rechnung zu tragen.

Mit diesem Grundsatz „Helfen statt Strafen“ wurden in den vergangenen Jahren durch die Justizbehörden durchaus positive Erfahrungen gemacht.

Es geht nicht vordergründig darum, Strafen abzuschaffen und durch eine tolerantere bzw. liberalere Haltung zu ersetzen, sondern darum, dem Behandlungs- und Betreuungsgedanken dort den Vorrang einzuräumen, wo er einfach wirksamer und ein Krisenmanagement einfach effektiver ist. Die Handlungen des Suchtmittelkonsumenten sind nicht primär – sofern er nicht gewinnorientiert handelt – von einem kriminellen Potential dominiert, sondern vor allem

durch psychische, soziale, gruppenspezifische und medizinische Komponenten beeinflusst. Mit dieser Form einer diversifizierten Drogenpolitik handelt Österreich im Sinne und folgt damit den Zielsetzungen internationaler Organisationen.

Auszugehen ist zunächst davon, dass das Suchtmittelgesetz in seinem strafrechtlichen Teil den Begriff **„Missbrauch“**, der in § 13 SMG verwendet wird, nicht verwendet, sondern lediglich die in den §§ 27 ff. SMG umschriebenen Verhaltensweisen (Erwerb, Besitz, Erzeugung, Ein- und Ausfuhr, Überlassen/Verschaffen/Inverkehrsetzen) als strafrechtlich relevante Verhaltensweisen definiert. Der Konsum von verbotenen Substanzen selbst ist bekanntlich nicht pönalisiert, wird jedoch in den allermeisten Fällen durch den Erwerb bzw. den Besitz von Suchtgift (worunter nach der Judikatur die bloße Innehabung, also die physische Kontrolle für die Substanz zu verstehen ist) erfasst.

Der Begriff Missbrauch bezeichnet somit primär den – nicht medizinisch indizierten – Konsum eines Suchtmittels. Der Anwendungsbereich des § 13 SMG wird jedoch im konkreten Fall nicht auf den Erwerb oder Besitz von Suchtgift zum persönlichen Gebrauch zu beschränken sein, sondern auch die anderen in den §§ 27 ff. SMG enthaltenen Begehungsformen abdecken, so lange ein Zusammenhang mit dem Suchtmittelmissbrauch des Schülers gegeben sein kann.

Besteht daher der (sich aus konkreten Tatsachen ergebende) Verdacht, ein Schüler habe Suchtmittel missbraucht, oder diese teils konsumiert und teils auch weitergegeben, so ist die Bestimmung des § 13 SMG anzuwenden und das schulinterne Krisenmanagement unter Verantwortung des Schulleiters in Gang zu setzen. Die Weitergabe von großen Mengen („Handel“ ist im SMG als Tatbegehungsform nicht vorgesehen; „Weitergabe“, „Verschaffen“ und „Inverkehrsetzen“ setzen keine Gegenleistung voraus) ist vom Regime des § 13 SMG nicht umfasst.

Die im Schulbereich relevante Bestimmung ist der **§ 13 SMG**. Diese Bestimmung verpflichtet den Schulleiter, bei Vorliegen eines **dringenden Verdachtes** (= „die auf Grund bestimmter Tatsachen begründete Annahme“) des Suchtgiftmissbrauches durch einen Schüler, diesen einer **schulärztlichen Untersu-**

chung zuzuführen und erforderlichenfalls den schulpsychologischen Dienst beizuziehen.

Sollte diese Untersuchung ergeben, dass eine gesundheitsbezogene Maßnahme, das sind ärztliche Überwachung und Behandlung einschließlich der Entzugs- und Substitutionsbehandlung, klinisch psychologische Beratung und Betreuung, Psychotherapie sowie psychosoziale Beratung und Betreuung, erforderlich, jedoch nicht sichergestellt ist oder wird vom Schüler, den Eltern oder anderen Erziehungsberechtigten die schulärztliche Untersuchung oder Beziehung des schulpsychologischen Dienstes verweigert, so **hat** der Schulleiter anstelle einer Strafanzeige davon die Bezirksverwaltungsbehörde als Gesundheitsbehörde zu benachrichtigen.

Diese hat dann ihrerseits nach § 12 Suchtmittelgesetz – mit der Verpflichtung des Betroffenen, sich einer Untersuchung zu unterziehen – vorzugehen.

Hinsichtlich der Weigerung der Eltern, den Minderjährigen einer Untersuchung zuzuführen, ist darauf hinzuweisen, dass die Eltern aber jedenfalls gemäß § 11 Abs. 1 SMG die Verpflichtung trifft – und zwar im Rahmen ihrer Pflicht zur Pflege und Erziehung –, dafür zu sorgen, dass sich der Minderjährige gesundheitsbezogenen Maßnahmen unterzieht.

Rechtspolitisches Ziel dieser Bestimmung ist es, die Schule in die Lage zu versetzen, einen konkreten Drogenmissbrauchsfall zunächst ohne Einschaltung der Bezirksverwaltungsbehörden oder gar Anzeige an die Strafverfolgungsbehörden, im eigenen Wirkungsbereich durch angemessene und zielführende Mittel in den Griff zu bekommen.

Der **Schulleiter** soll in einer solchen Situation als **Manager** einer Krisensituation unter Einbindung des Schularztes, des Schulpsychologen, des Vertrauenslehrers und natürlich des betroffenen Schülers und nach Möglichkeit der betroffenen Eltern fungieren, um so eine auf die konkrete Situation zugeschnittene Lösung zu finden, die im günstigsten Fall hilft, weitere sucht- und damit sämtliche üblichen drogenbedingten Folgeerscheinungen zu verhindern. Anlass für dieses Krisenmanagement können aber nur "bestimmte Tatsachen" sein, die einen Suchtmittelmissbrauch indizieren. Und genau hier wird das Lehrpersonal mit Hinweisen konfrontiert sein, die alles andere als konkret sein werden.

Erfahrungsgemäß gehen Informationen, Eindrücke und wage Hinweise nicht immer unmittelbar an den Schulleiter, sondern öfters an den Vertrauens- oder Klassenlehrer, an den Schulpsychologen oder an den Schularzt.

Diesem Bereich kommt damit immense Bedeutung zu, der nur mit großem Einfühlungsvermögen und vor allem und nicht zuletzt nur mit der Einhaltung

bzw. dem Aufbau einer Vertrauensbasis bewältigt werden kann.

Diese Situation lässt erkennen, dass weder eine Therapie noch ein zwischenmenschlicher Zugang zum betroffenen Schüler gefunden werden kann, ohne dass der involvierten "Vertrauensperson" die Möglichkeit zum Schutz bzw. zur Wahrung dieses Vertrauensverhältnisses geboten wird.

Dieses Erkenntnis hat dazu geführt, dass die **Anzeigepflicht** an die Strafverfolgungsbehörden (Polizeibehörden, Staatsanwaltschaft, Gericht) eingeschränkt wurde.

Grundsätzlich sieht **§ 84 Abs. 1 StPO** vor, dass, wenn einer Behörde oder öffentlichen Dienststelle der Verdacht einer von Amts wegen zu verfolgenden strafbaren Handlung bekannt wird, die ihren gesetzmäßigen Wirkungsbereich betrifft, diese zur Anzeige an eine Staatsanwaltschaft oder Sicherheitsbehörde verpflichtet ist.

Eine Schule ist eine öffentliche Behörde (OGH in SSt 22/74). Ihr Direktor ist daher als Leiter eines öffentlichen Amtes (grundsätzlich) verpflichtet, strafbare Handlungen anzuzeigen.

Die **Anzeigepflicht** des Schulleiters ist jedoch in zweifacher Hinsicht **beschränkt**:

1. Nur strafbare Handlungen, die den gesetzlichen Wirkungsbereich betreffen, die also in amtlicher Eigenschaft wahrgenommen wurden, sind anzuzeigen.
2. Es besteht jedoch keine Verpflichtung zur Anzeige für Behörden und öffentliche Dienststellen,
 - a) wenn die Anzeige eine amtliche Tätigkeit beeinträchtigen würde, deren Wirksamkeit eines persönlichen Vertrauensverhältnisses bedarf oder
 - b) wenn und so lange hinreichende Gründe für die Annahme vorliegen, die Strafbarkeit der Tat werde binnen kurzem durch schadensbereinigende Maßnahmen entfallen.

Ein derartiges Vertrauensverhältnis wird – unter anderem – vor allem im Bereich der Pädagogik von Bedeutung sein, wo Inanspruchnahme, Betreuungs- und Beratungserfolg davon abhängen können, dass die anvertrauten Umstände auch vertraulich behandelt werden und dabei soll es nicht nur um die Wahrung bereits bestehender Vertrauensverhältnisse gehen, sondern auch um die glaubwürdige Zusicherung der Vertraulichkeit gegenüber hilfsbedürftigen Personen, wie eben einem drogenkranken Schüler, für die Zukunft, um diesen Personenkreis zur Inanspruchnahme von Rat und Hilfe zu ermutigen.

Im Ergebnis sollte daher der Vertrauenslehrer in das Krisenmanagement – ohne das Risiko der Gefährdung seiner eigenen beruflichen und dienstlichen In-

teressen - eingebunden werden können. Dies ist durch die Regelung des § 84 Abs. 2 StPO auch gewährleistet. Die Regierungsvorlage zum StPOÄnderungsgesetz 1993 erwähnte in diesem Zusammenhang auch Lehrer und Schulärzte (992 BlgNR XVIII. GP, 20f).

Amtliche Tätigkeiten, die auf einem persönlichen Vertrauensverhältnis beruhen, wie eben beispielsweise die Lehrtätigkeit, entbinden daher grundsätzlich von der (unbedingten) Anzeigepflicht. Dadurch soll sichergestellt werden, dass die Verantwortlichen im Schulbereich für die Schüler den Eindruck erwecken können, in krisenhaften Situationen als Ansprechpartner bereitzustehen.

Im Ergebnis wird ein Schulleiter beim konkreten Verdacht, dass jemand im Bereich der Schule oder auch vor der Schule seine Mitschüler gefährdet, indem er Suchtmittel – insbesondere um daraus Gewinn zu erzielen – weitergibt, also als Dealer auftritt, die Anzeigenerstattung zu erwägen haben, sollten nicht besonders gravierende Umstände für eine andere Vorgehensweise sprechen.

In allen anderen Fällen ist jedoch nach der Regelung des § 13 SMG vorzugehen.

II. Der Weg zur Anzeige

Strafbestimmungen des Suchtmittelgesetzes:

1. Grundsätzlich folgt das SMG der Systematik der Substanzen:

{ **§ 27 SMG** [Abs.1] (ehem. § 16 SGG) erfaßt den Besitz, Erwerb, die Erzeugung, die Ein- oder Ausfuhr und das Überlassen oder Verschaffen von **SUCHTGIFTEN in einer nicht-großen Menge**

Hier besteht insofern eine **Besonderheit** als mit einer höheren Strafdrohung zu rechnen hat, wer einem **Minderjährigen** den Gebrauch eines Suchtgiftes ermöglicht und selbst volljährig und mehr als 2 Jahre älter als der Minderjährige ist; seit 1. Juni 2001 fallen Täter, die sich auf eine Gewöhnung an ein Suchtgift berufen, nur dann unter die jeweilige Grundstrafdrohung, wenn "nach den Umständen von einer Gewöhnung ausgegangen werden kann"

{ **§28 SMG** (ehem. § 12, 14a SGG)

Abs.1 erfaßt den Besitz und Erwerb mit dem Vorsatz es in Verkehr zu bringen von **großen Mengen von SUCHTGIFTEN**

Abs.2 erfaßt die Erzeugung, Einfuhr oder Ausfuhr oder das Inverkehrbringen von **großen Mengen von SUCHTGIFTEN**

mit jeweils einer am "Organisationsgrad" bzw. an der Größe der inkriminierten Menge orientierten, erhöhten Strafbarkeit

Neuerungen durch die Novelle zum Suchtmittelgesetz (SMG):

➤ Täter, die sich auf eine Gewöhnung an ein Suchtgift berufen, fallen nur dann unter die jeweilige Grundstrafdrohung, wenn "nach den Umständen von einer Gewöhnung ausgegangen werden kann"

➤ für Drogenhändler, die in einer Verbindung einer größeren Zahl von Menschen zur Begehung des Drogenhandels mit einer großen Menge Suchtgift führend tätig sind, wird die Strafdrohung ausgedehnt auf Freiheitsstrafe von 10 bis zu 20 Jahren oder lebenslange Freiheitsstrafe

{ **§ 30 Abs.1 SMG** erfaßt den Erwerb, Besitz, die Erzeugung, die Ein- oder Ausfuhr oder das Überlassen oder Verschaffen von **psychotropen STOFFEN in einer nicht-großen Menge**

{ **§ 31 SMG** erfaßt

(Abs.1) den Besitz und Erwerb mit dem Vorsatz es in Verkehr zu bringen von

großen Mengen von psychotropen STOFFEN

(Abs.2) die Erzeugung, Einfuhr oder Ausfuhr oder das Inverkehrbringen von

großen Mengen von psychotropen STOFFEN

{ **§ 32 SMG** erfaßt den "Handel" (im wesentlichen idente Tatbegehungsformen wie § 28 Abs.1 und 2 SMG) **mit VORLÄUFERSTOFFEN in großer Menge**

2. Der Begriff "**Suchtmittel**" wird als Überbegriff für Suchtgifte und psychotrope Stoffe verwendet. Dies ist die Folge des nunmehr verwirklichten Beitritts Österreichs zu den **Übereinkommen der Vereinten Nationen** über psychotrope Stoffe 1971 sowie gegen den unerlaubten Verkehr mit Suchtstoffen und psychotropen Substanzen 1988. Dieser bildete den Anlaß dafür, dass die sogenannten "psychotropen Stoffe" dem strafrechtlichen Drogenkontrollregime unterstellt wurden. Bei den **psychotropen Stoffen** (der Anhänge III und IV der Psychotropenkonvention 1971) handelt es sich neben Opiat-Abkömmlingen und den Barbituraten um die Gruppe der Benzodiazepine. Die meisten in der Medizin angewendeten Schlaf-, Beruhigungs- und Aufputzmittel sowie "Psychopharmaka" basieren auf diesen Stoffen. Beispielsweise fällt das unter dem Handelsnamen "Rohypnol" bekanntgewordene Schlafmittel unter die betroffenen Medikamente.

Was ein Suchtmittel ist, wird nunmehr ausdrücklich durch die vom BMSG erlassenen Durchführungsverordnungen, die **SV - Suchtgiftverordnung**, die **PV - Psychotropenverordnung** und die **VorIV - Vorläu-**

ferstoffverordnung (BGBl. II Nr. 374-376/1997) festgelegt.

Die Strafbestimmungen für "psychotrope Stoffe" sind weitgehend an die zuvor geltenden Bestimmungen betr. Suchtgifte angelehnt worden. Im Hinblick auf das therapeutische Einsatzfeld und des geringeren Gefährdungspotentials dieser psychotropen Stoffe besteht in diesem Bereich insofern eine Besonderheit, als **nicht strafbar** ist, wer solche Arzneimittel in einer nicht-großen Menge für den **Eigengebrauch** oder den Bedarf eines Tieres verwendet oder **nicht um seines Vorteiles willen** einem anderen weitergibt (§ 30 Abs. 2 SMG).

Damit soll vor allem die **Kriminalisierung** von Personen **verhindert** werden, die solche Medikamente selbst mißbrauchen und sich damit überwiegend selbst gefährden oder im Rahmen der Nachbarschaftshilfe oder aus Freundschaft, bei Gemeinschaftsveranstaltungen, wie Schikursen oder Gruppenreisen etc. oder innerhalb des Familienverbandes, ohne daraus einen wirtschaftlichen Vorteil zu ziehen, weitergeben. Der Begriff "**nicht um seines Vorteiles willen**" soll all jene aus dem Anwendungsbereich des Strafausschließungsgrundes ausnehmen, die derartige Arzneimittel (auch) aus eigennützigen, vor allem gewinnorientierten Motiven weitergeben. Wer sich jedoch lediglich die für die Anschaffung der Arzneimittel getätigten Aufwendungen ersetzen läßt, handelt nicht eigennützig.

Zu in der "Szene" geläufigen Begriffen, wie etwa "Speed", "Ecstasy" udgl, ist auszuführen, daß unter diesen Bezeichnungen häufig Substanzen unterschiedlichster Art verkauft werden, die **unter Umständen weder dem Suchtgift- noch dem Psychotropenregime unterworfen** sind. So haben etwa neue wissenschaftliche Untersuchungen im Raum Wien (Projekt "Check-it!" der Wiener Drogenkoordination und des Klinischen Instituts für chemische und medizinische Labordiagnostik des AKH Wien) nachgewiesen, daß etwa nur ein Drittel der als "Ecstasy" verkauften Konsumeinheiten tatsächlich nur ein Amphetaminderivat (meist MDMA oder MDE), ein weiterer beachtlicher Anteil Mischungen dieser Substanzen enthielt. In nicht wenigen der als "Ecstasy" verkauften Konsumeinheiten waren keinerlei Amphetaminderivate, sondern andere Substanzen enthalten, und zwar einerseits reine Placebos (wie etwa Koffein), andererseits teilweise hochgefährliche **andere Substanzen** (z.B. andere Suchtgifte – Opiate, Kokain, (Meth-)Amphetamin – oder Arzneimittel, wie etwa Benzodiazepine, Herzmittel). Vorerst werden daher die unter "Szenebezeichnungen" konsumierten Substanzen erforderlichenfalls einer Analyse zu unterziehen sein, um festzustellen, ob darin illegale Substanzen enthalten sind, bevor davon auszugehen ist, daß ein Suchtmittelkonsum vorliegt.

1. Anzeigenzurücklegung durch die Staatsanwaltschaft

Wurde der Schüler wegen seines Suchtmittelmissbrauches bei der **Staatsanwaltschaft** (StA) angezeigt, so ist **diese verpflichtet**, die Anzeige für eine Probezeit von zwei Jahren zurückzulegen, sofern der Schüler **eine geringe Menge Suchtmittel zum eigenen Gebrauch erworben oder besessen hat** und entweder (mangels Sucht) keine Behandlung oder Betreuung erforderlich ist oder eine Behandlung oder Überwachung nach den Umständen möglich und offenbar nicht aussichtslos ist und eine Auskunft der SÜST (=Suchtmittelüberwachungsstelle) beim BMSG sowie eine Stellungnahme der Bezirksverwaltungsbehörde als Gesundheitsbehörde, darüber ob eine gesundheitsbezogene Maßnahme erforderlich ist, eingeholt wurde (§ 35 Abs.1 SMG). Ist eine gesundheitsbezogene Maßnahme erforderlich, so hat die StA die vorläufige Zurücklegung davon abhängig zu machen, daß der Betroffenen erklärt, sich einer solchen "Behandlung" zu unterziehen.

Seit Inkrafttreten der **Novelle zum Suchtmittelgesetz (SMG)** mit 1. Juni 2001 ist nach § 35 Abs. 2 SMG vorzugehen, wenn der Täter innerhalb offener Probezeit nach bereits einmal erfolgter Anzeigenzurücklegung erneut wegen Erwerbes oder Besitzes einer geringen Menge Suchtmittel zum eigenen Gebrauch angezeigt wird.

Gemäß **§ 35 Abs. 4 SMG kann** ("gebundenes Ermessen") die Staatsanwaltschaft von der Einholung einer Stellungnahme der Bezirksverwaltungsbehörde (§ 35 Abs. 3 Z 2 SMG) **absehen**, wenn eine Person **ausschließlich** deshalb angezeigt wird, weil sie Stoffe oder Zubereitungen aus der **Cannabispflanze** in geringer Menge zum eigenen Gebrauch erworben oder besessen hat und kein Grund zur Annahme besteht, daß die Person einer gesundheitsbezogenen Maßnahme bedarf. Weitere Voraussetzung ist, daß die Person **innerhalb der letzten fünf Jahre** vor dieser Anzeige noch nicht wegen eines derartigen Delikts angezeigt wurde.

Bei sonstigen Tatbegehungsformen der §§ 27,30 SMG bzw. strafbaren Handlungen **kann die StA** – unter bestimmten Voraussetzungen (insbes. Suchtmittelgewöhnung) – die Anzeige für die Dauer einer Probezeit zurücklegen.

2. Vorläufige Einstellung des Verfahrens durch das Gericht

Hat die Staatsanwaltschaft dennoch den Antrag auf Bestrafung gestellt, so hat auch das **Gericht** das Strafverfahren – unter Beachtung der vorgenannten Bedingungen – **vorläufig einzustellen**, allenfalls unter Erteilung einer Weisung, wie z.B. der Weisung, sich einer Entwöhnungsbehandlung, einer psycho-

therapeutischen oder sonst einer medizinischen Behandlung zu unterziehen, sofern der Beschuldigte dieser Weisung zustimmt (§§ 37 SMG iVm 51 StGB).

3. Einleitung bzw. Fortsetzung des Verfahrens

Das Verfahren ist jedoch **einzuleiten** oder **fortzusetzen**, wenn gegen den Angezeigten innerhalb der Probezeit neuerlich wegen Verstößen gegen das SMG ein Antrag auf Bestrafung gestellt wird, sich der Angezeigte beharrlich gesundheitsbezogenen Maßnahmen oder seinem Bewährungshelfer entzieht oder selbst den Antrag auf Einleitung oder Fortsetzung des Verfahrens stellt.

4. Aufschub des Strafvollzuges

Wurde der an ein Suchtmittel Gewöhnte verurteilt, so **hat** das Gericht den **Strafvollzug** nach § 39 Abs. 1 SMG, wenn sich dieser bereit erklärt sich einer gesundheitsbezogenen Maßnahme zu unterziehen und die über ihn verhängte Freiheitsstrafe die Dauer von 2 Jahren nicht übersteigt, einer nach dem SMG verhängten Geldstrafe oder der Freiheitsstrafe längstens für 2 Jahre **aufzuschieben**,

um dem Verurteilten den Zugang zu den erforderlichen gesundheitsbezogenen Maßnahmen zu ermöglichen.

5. Widerruf des Strafaufschubes

Der **Widerruf des Strafaufschubes** erfolgt gemäß § 39 Abs. 5 SMG, wenn sich der Betroffene **nicht** den **gesundheitsbezogenen Maßnahmen** unterzieht oder es unterläßt sich solchen zu unterziehen oder wenn er **wegen** eines Deliktes nach dem **SMG** oder wegen einer im Zusammenhang mit seiner **Gewöhnung an ein Suchtmittel begangenen strafbaren Handlung** neuerlich verurteilt wird.

Eine **erfolgreiche "Therapie"** führt hingegen zu einer "bedingten Strafnachsicht" längstens für eine Probezeit von 3 Jahren.

Geringe Menge – große Menge – Grenzmenge:

1. Die Grenzmenge bildet die Trennlinie zwischen dem leichteren Suchtgiftdelikt (Vergehen, maximal drei Jahre Freiheitsstrafe) und dem schweren Suchtgiftdelikt (Verbrechen, gestufte Freiheitsstrafdrohungen bis fünf Jahre, ein bis zehn Jahre, ein bis fünfzehn Jahre, zehn bis zwanzig Jahre). Die Grenzmenge ist die Untergrenze, ab der eine Suchtgiftmenge als "große Menge" gilt. Sie ist also auch die Grenzziehung zwischen einer "großen Menge" eines Suchtgifts und jener Menge, die noch nicht als "große Menge" zu werten ist.

2. Der Begriff "geringe Menge" ist dabei (auch) auf den jeweiligen Konsumenten zu beziehen, dies bewirkt, daß eine bestimmte Menge Suchtmittel in einem Fall noch als gering, in einem anderen nicht mehr als gering angesehen werden kann.

Die von der Judikatur zum Begriff der geringen Menge Suchtgift entwickelten Grundsätze, wonach sich die **geringe Menge deutlich von der Grenzmenge (= nicht-große Menge) zu unterscheiden** hat (EvBl. 1982/110 = ÖJZ-LSK 1982/67), sich also innerhalb des mengenmäßigen Bereichs des Grundtatbestands (§§ 27 Abs. 1, 30 Abs. 1 SMG) im unteren Teilbereich zu bewegen hat, werden **sinngemäß auch im Bereich der psychotropen Stoffe** anzuwenden sein. Bei dieser von den Staatsanwaltschaften und Gerichten zu lösenden Frage (Hinweise und Literatur bei SCHWAIGHOFER, Das neue Suchtmittelrecht, 44) wird – wie auch bisher für Suchtgift – die Stellungnahme der Bezirksverwaltungsbehörde und die dieser Stellungnahme zugrundeliegende ärztliche Begutachtung ein wichtiges Hilfsmittel sein (FOREGGER/LITZKA, SGG2, Erl. VI zu § 17).

3. Die "große Menge Suchtgift" und die "große Menge eines psychotropen Stoffes" wurde durch die Durchführungsverordnungen des Bundesministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales festgelegt (SGV – Suchtgift-Grenzmengenverordnung und PGV – Psychotropen-Grenzmengenverordnung; BGBl. II Nr. 377,378/1997).

Die Grenzmenge für Heroin wurde durch die Änderung der Suchtgift-Grenzmengenverordnung von 5,0 Gramm auf 3,0 Gramm herabgesetzt; diese Änderung trat mit 7. April 2001 in Kraft.

Drogen und Schule für Schulärzte/Direktoren/Schulpsychologen

Dr. Ewald HÖLD, Institut für Suchtdiagnostik

Einleitung

Es gibt eigentlich keine schlüssigen und deutlichen Zeichen, die eine Gefährdung zweifelsfrei und schnell erkennen lassen.

Es braucht Erfahrung Zeit, Einfühlungsvermögen, und viel Information.

Einleitend einige Vorbemerkungen zum Spannungsfeld in der sich Schüler – Lehrer (Klassenvorstand) – Direktion – Schularzt – Eltern und der Gesetzgeber befinden.

Exemplarisch die Intentionen der einzelnen Beteiligten:

- Unklarheiten zwischen Beratungs- und Hilfeebene/ Disziplinäre Ebene /Behördliche Ebene. Diese muss jeder Beteiligte zunächst selbst für sich deklarieren und dann möglichst transparent gestalten. Es bedeutet, dass damit manche Ansprüche nicht erfüllt werden können
- Unterschiedliche Zielsetzungen der Konfrontation
Verständlich, dass durch die verschiedenen Zielsetzungen und Intentionen es zu Missverständnissen und gegenseitigen „falschen“ Zuschreibungen kommen kann
- Vermischung der Intentionen der einzelnen Beteiligten (Direktor, Eltern, Schularzt, Betroffenen, Mitschüler)
Drogenkonsum hat immer auch symptomatischen Charakter. Mit Drogen kann man sagen, was man sonst vermeidet. Diese Sprache bleibt aber für die einzelnen Beteiligten verborgen, wenn man nicht das nötige Verständnisinstrumentarium entwickelt. Wobei Verständnis nicht die kritiklose Auseinandersetzung bedeutet.

Dies hat Auswirkungen auf die Dynamik des Geschehens.

Weiter gibt es entwicklungsbedingt und umgebungsbedingt Faktoren welche einen emotionsfreien und unbelasteten Blick auf die Gefährdung eines Schülers trüben und erschweren. Verhaltensauffälligkeiten sind ein Zeichen einer fehlenden Bewältigungsstrategie für die eigene Lebensgestaltung.

Zwischen „normaler“ Antwort auf „unnormale“ Verhältnisse , bis zur abweichenden Antwort bei ei-

ner gravierenden Störung liegt ein weites Feld von Gestaltungsmöglichkeiten.

Bei der Beurteilung ist die grobe Unterscheidung zwischen Normalem und abweichendem Verhalten zu treffen wobei a priori die Tatsache einer Suchtmiteinnahme nicht gleichzusetzen ist mit abweichendem Verhalten.

Zu den „normalen“ Entwicklungs-Faktoren zählt:

- Bedürfnis zum Kontakt und zum Dazugehören
- Machtanspruch
- Schutz
- Bedürfnis nach Intimität und Rückzug
- Herausforderung

Es gibt sowohl positive als auch negative Methoden um diese 5 Ziele zu erreichen:

Positive Methoden sind

Gerade bei SM-Konsum bedingen diese Faktoren ein „Dichthalten“ um sich den Vorteil dieser Erfahrung nicht zunichte machen zu lassen. Ein emotionsfreies Gespräch in dieser Auseinandersetzung ist nicht möglich. Gerade hier wird oft durch die Vermengung von Verhaltensbeobachtung mit einer Beurteilung der Gesamtperson und – Persönlichkeit eine Kontaktmöglichkeit vermieden.

Hier muss man sich auch die Frage ernsthaft stellen, wer nun eigentlich das Problem hat. Am Anfang der Auseinandersetzung muss die Abklärung dieser Frage stehen.

Was sind die Richtlinien bei der Beantwortung dieser Frage:

1. Wer wird durch das problematische Verhalten betroffen?
2. Wessen Thema ist diese Auseinandersetzung?
3. Wessen Ziele werden blockiert?

Nur wenn die „Problemstellung“ klassifizierbar ist, ist auch eine Suche nach einem Lösungsansatz möglich.

Drogenkonsumierende Jugendliche werden allzu oft zu „Kriminellen“ hochstilisiert und damit zu einem Problemfall, der dadurch entsteht, dass man versucht eine Auseinandersetzung zu vermeiden. Auseinandersetzung über die Funktion von SM-Missbrauch in der Entwicklung, über eigenes Miss-

brauchsverhalten und viele andere Fragen die die Jugendlichen betreffen und die eine Herausforderung für die Erziehung sind. Gleichzeitig erfolgt eine Isolation, was bei einer Angst vor „Ansteckung“ teilweise verständlich ist, was aber nicht oder nur sehr schwer integriert werden kann, sowohl in den persönlichen Bereich des Betroffenen, als auch in die schulische Gemeinschaft, welche davon ebenso mitbetroffen ist.

Gerade in der Jugendlischenszene mischt sich normales Experimentierverhalten, Freizeitverhalten und gefährdendes Missbrauchsverhalten in einer noch sehr undifferenzierten Art und Weise.

Zum abweichenden Verhalten kommen noch körperliche (z.B. Behinderung) psychische (grobe durchgehende Verhaltensauffälligkeit bis hin zu psychischer Erkrankung) und soziale (anamnestische Angaben) Faktoren hinzu.

Die Einbindung von Hilfs- und Fachpersonal ist in jedem Fall anzustreben, wobei der unterstützende und intergrative Aspekt immer im Vordergrund stehen soll.

❖ Überlegungen zu den einzelnen Positionen bei einer Befragung:

- **Lage eines Schülers:**
 - Druck von allen Seiten
 - Zwang zum Schweigen einerseits oder Wunsch sich auszusprechen andererseits
 - Furcht vor Konsequenzen
 - Krisensituation
 - Ideologisiert (Normal,)
 - Fehl- Information
- **Lage eines Direktors:**
 - Schnelle Diagnose zwecks weiterer Schritte
 - Angst um die Reputation der Schule
 - rechtlich unklare Situation
 - Gefährdungsangst der Mitschüler
 - Unklare Hinweise und Informationen
- **Lage eines Schularztes bzw. Schulpsychologen:**
 - schnelle Diagnose,
 - Vertrauensverhältnis,
 - Druck, etwas zu verändern
 - Untersuchung eigener Art

❖ Überlegungen allgemeiner Art

- **Was sind Drogen?**
 - Alkohol, Nikotin, illegale Drogen, Aufbaupräparate und Muskelpräparate, "herbal drugs"
- **Längsschnitt und Querschnitt:**
 - Längsschnitt: Was habe ich für Informationen aus der Vergangenheit
 - Querschnitt: Was liegt wirklich vor? (Aussagen von Mitschülern, beim Konsum angetroffen; Utensilien gefunden)

Beachte: Dynamik in einer Klasse, immer nach Mitbeteiligung von anderen fragen, „schwarzes Schaf“-Denken vermeiden. Fakten sammeln und nicht auf Vermutungen reagieren (diese zeigen immer eine Schwäche und zeigen Angst an)

- angstfreien Zugang schaffen
- **Suchtphasen:**
 - Triumphphase:* Experimentelle Phase, die als Triumph über sich und die Umwelt erlebt wird.
 - Verleugnungsphase:* Sich selbst und anderen gegenüber wird die beginnende Gewöhnung und Abhängigkeit verleugnet
 - Verzweiflungsphase:* Die Erkenntnis der eigenen Abhängigkeit führt zu einer tiefen Hoffnungslosigkeit.
 - Resignationsphase:* Noch intensiverer SM- Gebrauch, tiefertauchen in die Abhängigkeit.
 - Zustimmungsphase:* Psychosoziale Verelendung, Selbstaufgabe

❖ Überlegungen zur Situation bei einer Befragung

- **Körperliche Faktoren:**
 - Bei der akuten Einwirkung sind die einzelnen Substanzen von ihrer Wirkung beteiligt (aufputschend, sedierend, halluzinogen). Körperlich äußert es sich in Bewegungsarmut oder Übererregung, Koordinationsstörungen, verschiedenen Pupillenreaktionen, trockener Mund, Kratzen, Zittern
 - Bei chronischer Einwirkung findet man:
 - Müdigkeit, Leistungs- und Konzentrationsdefizite, vegetative Instabilität, Essstörungen, Appetitstörungen, Gewichtsabnahme, Schlafstörungen, Kreislaufprobleme,
- **Psychische Faktoren:**
 - akut: SUBSTANZWIRKUNG. Störung des Kurzzeitgedächtnisses

chronisch: Emotionale Labilität, chronische Verstimmung oder auffällige „Aufgedretheit“, paranoide Tendenzen, „Irrealität“, Perspektivlosigkeit; Aggression, suizidale Tendenzen.

➤ **Umgebungsfaktoren:**

„eigene“ Dynamik in einer Gruppe; wechselnde Freundschaften, Verschleierungen bis Lügen, Utensilien, „Missbrauch“ auf allen Ebenen, Psychoterror gegenüber einzelnen Mitschülern. Diebstähle, Geldfluss wird zum Thema (Verkauf von Dingen, Taschengeldforderungen überzogen,..) Isolation, Interesselosigkeit

Nicht nur auf Suchtmittel konzentrieren

Mischkonsum
Sekten, Satanskulte,
Spielsucht

➤ **Setting beim Gespräch beachten:**

Protokoll,
Vertrauensperson zulassen,
Einleitung (klar und mit Zieldefinition)
Zeit!!!

❖ **(unvollständige) Liste der Auffälligkeiten, bzw Hinweise, wenn das direkte Gespräch keine Perspektive hergibt:**

- Aufgabe des bisherigen Freundeskreises, wechselnde Bekanntschaften;
- Leistungsabfall, Interessensverlust
- Starke Stimmungsschwankungen
- Appetitlosigkeit, Gewichtsabnahme
- Schlafstörungen, chronische Müdigkeit
- Depressive Verstimmungen
- Rückzugsverhalten
- Bargeld!!!
- Diebstähle
- Lügen
- Wahrnehmungs – und Konzentrationsschwierigkeiten,
- Kurzzeitgedächtnisstörungen, Apathie;
- Wechsel von Müdigkeit zu überdrehter Aktivität, Albernheit;
- Angst- und Unruhezustände
- Gerötete Pupillen, auffallendes Pupillenspiel (?)

UNTERSUCHUNG gem §13 SMG

Untersuchungsbogen

Freizeitverhalten,
Schulverhalten

1. KÖRPERLICHE UNTERSUCHUNG

1.a: Krankheitsanamnese:

Besondere Beachtung folgender Krankheiten:
chronische Erkrankungen der Atemwege
Anorexie, TBC, SHT, Ikterus
Hepatitis, Anfallserkrankungen,
chron. Erkrankungen des urogenitalen Systems,
Regelanomalien,
Geschlechtskrankheiten, HIV,
Atopien, Allergien

1.b: Körperliche Inspektion:

Besondere Beachtung
des AZ und EZ Hautfarbe, Skleren, Pupillen,
Zähne, Verletzungen, Tremor
Schleimhäute insbesondere Nase,
Einstichstellen nicht nur
an den oberen sondern auch an den
unteren Extremitäten, event. auch Halsgefäßen
Gangunsicherheit, Schwindel,
Störung der Bewegungskoordination
Stuhl und Harn, Lebervergrößerung,
Polyneuropathie, vegetative Labilität,
Zeichen eines vegetativen Entzugssyndroms
event. gynäkologische Untersuchung

2. PSYCHISCHE UNTERSUCHUNG

2.a: Kurzanamnese:

Besondere Beachtung der Schwangerschaft und Geburt,
frühkindliche Entwicklung,
Beziehungspersonenwechsel,
Verhaltensauffälligkeiten wie Nägelkauen, Einnässen,
besondere Aggressivität -ausübend
oder erleidend-,
funktionelle Störungen,
pubertäre Entwicklungsauffälligkeiten,
Essstörungen,
depressive Perioden,
halluzinatorische Perioden,
Leistungsveränderungen
Leistungsabfall,
Biorhythmusveränderungen,
Fragen nach jugendkulturellen Extremen
wie Sekten, Hexen- und Satanskulten,
Suicidversuche,
hohe Verletzungshäufigkeit bei sportlichen Aktivitäten,

2.b: psychopathologischer Status

Kooperationsbereitschaft abklären,
grobe Intelligenzprüfung,
Merkfähigkeit,
Konzentration,
Stimmung,
Suizidalität,
halluzinatorische Phänomene,
Störungen des Denkens,
Lebensgestaltung und -pläne

3. BEFRAGUNG ÜBER SOZIALE SITUATION

3.a: Soziale Anamnese

Besondere Beachtung der familiären Vorbelastung
mit Suchterkrankungen bis zur Großelterngeneration,
psychiatrische Erkrankungen in der Familie,
familiäres Klima,
familiäre Belastungen durch Scheidung, Schulden,
Arbeitslosigkeit,
Beziehungspersonen in der Entwicklung,
Geschwisterkonstellation,
soziale Auffälligkeiten wie Gewalt, Missbrauch, Kriminalität;
Erziehungsstil,
Migration,
Wechsel des Kulturkreises,
soziales Verhalten in Schule und Freizeit,
Partnerschaften,
Sexualverhalten,
Umgang mit Belastungen und Konflikten

3.b: Sozialer Status

Freundeskreis,
Leistungsverhalten,
Freizeitaktivitäten,
finanzielle Situation,
Stabilität der familiären Situation,
Unterkunft,
Hauptbezugsperson,
aktuelle Partnerschaft,
Interessen,
persönlichkeitsbildende Maßnahmen,
Kriminalität,
Führerschein,

4. KONSUMVERHALTEN – MISSBRAUCHPOTENTIAL– ABHÄNGIGKEITSENTWICKLUNG

4.a: Konsumverhalten

*Erhebung von Suchtmittelkonsum
(Alkohol, Nikotin, Medikamente, illegale Suchtmittel)
Art des Konsums
(oral, inhalativ, schnüffeln,
Folienrauchen, i.v.-Applikation)
Frequenz der Einnahme
(regelmäßig, fallweise, selten)
Umgebungsbedingungen der Konsumation
(Gruppe, allein, Gelegenheiten, alltäglich)
Geldverbrauch*

4.b: Missbrauchstendenz

*Rauschverhalten,
Förderung von Sozialkontakten durch Suchtmittel,
paradoxe Reaktionen,
Stimmungsbeeinflussung,
Gruppennormverhalten,
Leistungssteigerung,
soziale Anpassung,
Teil eines neurotischen Verhaltens
(Verdrängen, Übertragung, Konfluenz...)
Veränderung eines Aggressionspotentials
Konfliktlösungsstrategie*

4.c: Abhängigkeitsentwicklung

*Veränderung des Denkens
vegetatives Entzugssyndrom,
deutliche Stimmungsveränderung,
Entziehungsversuche,
Veränderung der Persönlichkeit,
Wechsel der Lebensgewohnheiten,
Leistungsminderung,
Interessensverlust,
Verschlechterung der finanziellen Situation,
Verwahrlosung,
Umtriebigkeit,
Beschaffungskriminalität,
Verflachung der Persönlichkeit,
Vergrößerung von Eigenschaften,*

5. TESTMETRISCHE bzw. LABORCHEMISCHE NACHWEISMETHODEN

5.a: Psychologische Tests

*Erheben Leistung, Persönlichkeit und verschiedene
Eignungsparameter (Fahrverhalten, Beruf).
Sie eignen sich vor allem zur differentialdiagnostischen
Bewertung von psychischen Erkrankungen.*

*Direkt zur Diagnostik von Abhängigkeitserkrankungen im Sinne von eindeutigen Zuordnungen sind sie **nicht** geeignet.*

5.b: Elektroenzephalogramm

*Eignet sich für die Diagnostik von Anfallserkrankungen, welche besonders in Entzugszeiten besonders häufig auftreten.
Tranquillizereinnahme kann man eventuell durch eine Veränderung des Wellenmusters erkennen (β-Wellen).
„Spikes and waves“- Muster finden sich häufig im Entzug.
Differentialdiagnose zu organisch begründbaren Veränderungen.*

5.c: Harnuntersuchung

*Ist geeignet für die Untersuchung der aktuellen Einnahme von Drogen. Voraussetzung ist eine professionelle Abnahmetechnik (unter Sicht).
Untersuchung der Temperatur, des Kreatinins und des pH Wertes, erhöhen die Aussagekraft des Resultates.
Folgende Substanzen können untersucht werden:
Opiate, Methadon, Benzodiazepine, Cocain, Analeptica, Methaqualon, Cannabinoide, Barbiturate.
Die verschiedene Halbwertszeit und die verschiedenen nachweisbare Konzentration der einzelnen Suchtgifte sind zu beachten. (Opiate z.B: 48h ,Cannabis z.B: 3–4 Wochen)*

5.d: Blutlabor

Betrifft hpts die Leberbefundung, Hepatitisserologie (B u C) Luesserologie, HIV-Virusnachweis, Immunstatus.

Programm zur sekundären Suchtprävention „step by step“

Martin Hefel, Leiter von SUPRO Werkstatt für Suchtprophylaxe

Ich freue mich, Ihnen im Rahmen dieser Tagung das Programm „step by step“ vorzustellen

1. Vorstellen des Trägers Supro – Werkstatt für Suchtprophylaxe
2. Das Netzwerk und Arbeitsansatz der Österreichischen Suchtprävention
3. Sekundärprävention – „step by step“

ad 1. Träger

Träger der Einrichtung ist die Stiftung Maria Ebene, eine im Jahr 1976 gegründete Institution zur Betreuung und Therapie Suchtkranker. Den Anfang bildete das Alkoholentzugskrankenhaus in Frastanz, im Jahre 1984 folgte die Inbetriebnahme der Drogenstation Carina und im Jahre 1991 begann ich mit dem Aufbau der primär- und sekundärpräventivtätigen Suchtberatungsstelle CLEAN in Feldkirch. Ein halbes Jahr später erfolgte die Eröffnung der Beratungsstelle CLEAN in Bregenz und im Frühjahr 1993 begann ich mit der Grundlagenerarbeitung für SUPRO, welche am 21. 09. 93 als erste Präventionsstelle in Österreich offiziell eröffnet wurde. Im Frühsommer 1994 wurde die Kurzzeit-Therapiestation Lukasfeld eröffnet, die das noch offene Glied in der Therapiekette schloss. An unserem Krankenhaus ist ein Forschungsinstitut für die Prophylaxe der Suchtkrankheiten der Leopold Franzens Universität Innsbruck untergebracht, mit dem die SUPRO sehr eng zusammenarbeitet.

ad 2. Das Netzwerk und Arbeitsansatz der Österreichischen Suchtprävention

- ISP – Informationsstelle für Suchtprävention in Wien
- Vivid, Fachstelle für Suchtprävention in Graz
- Fachstelle für Suchtprävention in St. Pölten
- Institut für Suchtprävention in Linz
- Akzente Salzburg – Suchtprävention in Salzburg
- Koordinationsstelle am Amt der LRG in Klagenfurt
- Kontakt & Co in Innsbruck
- SUPRO – Werkstatt für Suchtprophylaxe in Dornbirn

Suchtprävention ist einerseits ein Teil der Allgemeinen Gesundheitsförderung: ursachen-orientierte Suchtprävention kann auch im Sinne der Ottawa-Charta 1986 absolut als Gesundheitsförderung gesehen werden, andererseits gilt es ebenso spezifische Erkenntnisse der epidemiologischen Suchtforschung in den Aktionsradius der Aktivitäten aufzunehmen und zielgruppenspezifische Projekte anzubieten.

Allgemeine Gesundheitsförderung

Ottawa-Charta: „Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess ab, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“

In diesem Sinne ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. Gesundheit steht für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit betont, wie die körperlichen Fähigkeiten. Die Verantwortung für die Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur beim Gesundheitssektor, sondern bei allen Politikbereichen und zielt über die Entwicklung gesünderer Lebensweise hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden hin.“

Suchtspezifische Primärprävention

Maßnahmen, die bereits ein spezifisches Risiko oder eine bestimmte Risikopopulation in ihren Focus nehmen und darauf abgestimmte Interventionen setzen. Diese frühzeitige Intervention noch vor Eintreten von Risikofaktoren und Krankheitssymptomen wird mit primärer Prävention bezeichnet.

Sekundärprävention

Mit Sekundärprävention wird der Bereich der Suchtvorbeugung beschrieben, der auf die Beeinflussung bereits bestehenden Drogenkonsums und Suchtverhaltens abzielt. Vor allem soll die Entwicklung vom Probieren zu missbräuchlichen Konsum und zu Abhängigkeit verhindert werden. Mit Hilfe von Maßnahmen der Früherkennung und Frühintervention versucht sekundäre Prävention, problematischen Konsum zu identifizieren und negative Konsumsequenzen zu reduzieren.

ad 3. Suchtprävention konkret

Das Programm „step by step“ richtet das Hauptaugenmerk auf die Sekundärprävention.

Eine sekundärpräventive Hergehensweise setzt die Einschätzung voraus, dass nicht jede Form von Drogenkonsum riskant oder schädlich ist. In zahlreichen westlichen Industrienationen z.B. gehört Alkoholkonsum zu den Alltagsdrogen, und es existieren sozial akzeptierte Formen des Gebrauchs. Diese Formen müssen, ebenso wie andere Fähigkeiten, durch Beobachtung und Erfahrungen (auch von Fehlern) innerhalb des Jugendalters erlernt werden.

Die Herausforderung der sekundären Prävention liegt folglich in der Identifikation der Jugendlichen, die den harmlosen Konsumpfad verlassen haben und riskante Konsummuster habitualisieren. Anders als Missbrauch und Abhängigkeit lässt sich riskanter Konsum bei Jugendlichen zumeist noch nicht anhand körperlicher Symptome erkennen. Konsumierte Mengen und Häufigkeiten sowie begleitende Faktoren, auf der psychischen als auch sozialen Ebene, müssen in einem Zusammenhang betrachtet werden, um riskanten Konsum frühzeitig ermitteln zu können. Am Beginn sekundärer Prävention stehen folglich Maßnahmen zur Früherkennung, anhand derer Jugendliche mit riskantem Konsumverhalten von den Jugendlichen mit experimentellen Konsum unterschieden werden können.

Lange bevor Jugendliche süchtig werden, zeigen sie Signale
Programm „step by step“ – Früherkennung im Schulbereich

Ziel von Früherkennungsmodellen ist es, auftretende Probleme zum Beispiel im Schulalltag möglichst frühzeitig wahrzunehmen und anzugehen bevor größere Probleme entstehen.

Folglich stehen nicht die Suchtmittel im Vordergrund, sondern beobachtbares Verhalten – sprich „Verhaltensauffälligkeiten“ von Jugendlichen.

Früherkennung ist ein sekundärpräventives Modell, das direkt oder indirekt darauf abzielt, Risikofaktoren einerseits und Schutzfaktoren andererseits einzuschätzen sowie zwischen pädagogischen und beratenden/therapeutischen Handlungsaspekten zu unterscheiden. Die Unterscheidung zwischen Erziehung, Beratung und Therapie ist hierbei schwierig, aber möglich und bedarf zur Klärung und Unterscheidung eines multidisziplinären Ansatzes.

Wenngleich Früherkennung und Intervention bei Jugendlichen zunächst also in der Verantwortung des unmittelbaren Bezugsfeldes liegen und im System Schule Aufgabe von Pädagoginnen und SchulärztInnen ist, ist die Zusammenarbeit mit außerschulischen Beratungseinrichtungen und Fachinstitutionen erforderlich.

Früherkennung per Computer?

step by step, ein interaktives Computerprogramm, basiert auf einem ursachenorientierten Präventionsansatz und bietet Schulen einerseits ein breites Informationsangebot (Soziale Netzwerke, Gesetze, Infotek zu Suchtmittel etc.) und versteht sich andererseits als Instrument, welches von PädagogInnen dazu benützt werden kann, in schwierigen Situationen nicht den Über- und Durchblick zu verlieren. Es gibt Handlungsanleitungen in Form von „sechs Schritten“:

- Wahrnehmen von Signalen
- Festhalten von Tatsachen
- Reflexion
- Interventionsvorbereitung
- Intervention
- Evaluation

Fortbildung für Schulleitung und Schulteams

Ein Computerprogramm kann menschliche Begegnung nicht ersetzen, sondern bietet schnell abrufbare Informationen und thematische Vertiefung.

Deshalb wird im Rahmen von LehrerInnenfortbildung (vorzugsweise SCHILF bei unterschiedlicher Handhabung in den einzelnen Bundesländern)

- mit interessierten Schulteams zu den Themen: Suchtprävention, Früherkennung, Verhaltensauffälligkeiten, Gesprächsführung, regionale AnsprechpartnerInnen... gearbeitet,
- werden Begriffe wie Vernetzung, Verbindlichkeit., Kontextklärung etc. in einübender Weise vermittelt und
- Gesprächssituationen trainiert.

step by step baut auf ein Fundament mit klaren Eckpunkten

Vernetzung – Verbindlichkeit – Intervention auf der Ebene von Strukturen – Langfristigkeit

Vernetzung

Vernetzung meint in diesem Zusammenhang die systematisch verstandene und einzuübende Zusammenarbeit verschiedener Partner (Schule, Beratungsstellen, Eltern, Behörden).

Vernetzung im Bereich Früherkennung und Intervention ist insofern von großer Bedeutung, als Probleme von verschiedenen Rollenträgern unterschiedlich wahrgenommen werden und es um ein In-Beziehung-Setzen der verschiedenen Kontexte geht; z.B. geht es in pädagogischen Konzepten um die 'erzieherische Norm', deren Anerkennung durch den Jugendlichen vorausgesetzt wird. Im Unterschied zur

akzeptierenden psychotherapeutisch genannten Grundhaltung steht hier die Grenzsetzung [...] und die Instruktion im Vordergrund. Wenn SchülerInnen (il)legale Suchtmittel konsumieren, geraten sie mit der „erzieherischen Norm“ (und mit deren VertreterInnen) in Konflikt. Um eine Verschärfung oder eine Eskalation dieses Konfliktes zu verhindern und um adäquate Lösungen zu finden, ist ein sinnhaftes Zusammenwirken der einzelnen Verantwortungsträger – Vernetzung im eigentlichen Sinn – notwendig.

Für das Projekt step by step ist die partnerschaftliche Vernetzung zwischen Schule, Beratungsstellen, Eltern und Behörden Weg und Ziel gleichermaßen.

Verbindlichkeit

Verbindlichkeit zeigt sich auf verschiedenen Ebenen:

► auf bildungspolitischer Ebene

Das Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur und die Landesschulräte unterstützen die Suchtpräventionsstellen bei der Umsetzung von Maßnahmen im Bereich Sekundärprävention im System Schule und zeichnen verantwortlich für bildungspolitische Entscheidungen.

► auf Schulebene

Auf Schulebene fußt „Verbindlichkeit“ auf der Entwicklung eines einfachen, krisengeeigneten Handlungsmodells für die Schule, das Vorgehensweisen, Rollen und Kompetenzen regelt. Im Rahmen der „Schulinternen LehrerInnenfortbildung“ sollen sich Schulteams damit auseinandersetzen. Einzuübende Instrumente sind u.a. „Fallführung“, „Gesprächsführung“, und die Zusammenarbeit mit VertreterInnen von Beratungseinrichtungen („HelferInnenkonferenz“). Im Rahmen der HelferInnenkonferenz kommt dem/der Schularzt/ärztin eine besonders gewichtige Rolle zu.

Intervention auf der Ebene von Strukturen

Die Unterstützung von Jugendlichen in Krisensituationen erfordert persönliches Engagement von PädagogInnen, wobei folgende Faktoren eine Rolle spielen:

- eigene Ressourcen: Kenntnisse und Fähigkeiten, Erfahrungen mit konflikthafter Situation, Belastbarkeit, Zeit
- Team-Ressourcen: Innovationsstärke, Fachkompetenz, Kooperationsfähigkeit, sozial unterstützende Werthaltungen ...
- Ressourcen der Organisation Schule: räumliche Gegebenheiten, Schulordnung, Personalstand, Bildungsformen, Klassengrößen, Zeit und Budget für Team- und Fallsupervision

Früherkennung als verbindliches Handlungsmodell für Schulen, das Unterstützung für SchülerInnen auf

der Basis eines kooperativen Arbeitsansatzes bietet, erfordert nicht nur persönliches Engagement der einzelnen LehrerInnen, sondern auch entsprechende Rahmenbedingungen, die einen Kompetenzerwerb zum einen ermöglichen (z.B. in Form von regelmäßiger Fort- und Weiterbildung, Supervision, Fallkonferenzen) und zum anderen dadurch eine professionelle Zusammenarbeit strukturieren.

Langfristigkeit

Präventive Strategien zeigen in der Regel keine kurzfristigen und spektakulären Wirkungen. Die zu erwartenden positiven Auswirkungen stellen sich oft erst allmählich ein und sind im System Schule von vielen Faktoren abhängig.

Zum einen hat Suchtprävention mit „professionellen Begegnungen“ zu tun, und es liegt im Verantwortungsbereich des Einzelnen, wie er/sie diese Begegnungen mit anderen gestaltet, ob er/sie darauf vertraut, dass Entwicklungen geschehen und nicht „gemacht“ werden können. Zum anderen wird auf der Strukturebene auch mit ausschlaggebend sein, ob Früherkennung als Teil der Schulentwicklung gesehen wird und aktuelle Themen und Probleme aus dem Schulalltag in Zusammenarbeit mit externen BeraterInnen wirksam (und zeitlich strukturiert) angegangen werden.

Nicht jede Hilfe hilft – das Co-Verhalten

Mit step by step wollen wir Lehrer und Lehrerinnen dazu ermutigen, dort, wo sich entsprechende Signale zeigen, aktiv auf Schüler und Schülerinnen zuzugehen und sich einzumischen, selbst wenn das eigene Wohlbefinden vorübergehend darunter leiden kann und im Wissen, es nie einfach ist, jemanden auf vermutete Probleme anzusprechen.

Zwischenmenschliche Interaktionen sind ein Parkett, auf dessen Fläche man leicht ins Schleudern geraten kann: Konflikte sind das Resultat. Menschen sind äußerst kreativ, wenn es darum geht, Konflikte zu vermeiden: dann ist das, was man für das Richtige hielt, vielleicht doch nicht so wesentlich; dann gestattet man sich, seinen Grundsätzen noch für dieses eine Mal untreu zu sein; dann ist jede Lösung die beste; dann...

Co-Verhalten beschreibt eine bestimmte Art des Umganges mit unangenehmen Situationen, die im wesentlichen in der mehr oder weniger großen Scheu vor Konflikten und deren unausweichlichen Folgen für die eigene Person begründet ist. «Co» meint «mit», d.h. jemand, der sich co-verhält, unterstützt jemanden in seinem oder ihrem Tun, wobei sich diese meist unbewusste Unterstützung entweder durch passive Duldsamkeit, aktiven Schutz vor Dritten oder inkonsequentes Intervenieren und übertriebenes Eingreifen ausdrückt.

Passive Duldsamkeit

Die meisten Probleme lösen sich von selbst, man darf sie nur nicht dabei stören... (anonym)

Die passive Duldsamkeit ist für die betroffene Lehrperson oft dann das bequemste Verhalten, wenn sich diese in einer Drucksituation befindet (z.B. Arbeitsüberlastung, Junglehrer und -lehrerinnen, vorbelastete Beziehung mit dem Jugendlichen). Passivität bei Auffälligkeiten von Schülern und Schülerinnen schleicht sich auch häufig vor großen Anlässen (Prüfung, Weihnachtsspiel, Ferien usw.) mit der Begründung ein, dass «jetzt ganz bestimmt nicht der richtige Zeitpunkt ist, Spielverderber zu spielen». Die salopp ausgesprochene Scheindrohung «für diesmal drücke ich noch einmal ein Auge zu» wird kaum eine Wirkung zeitigen.

Aktiver Schutz gegenüber Dritten

Helfen zu können und gebraucht zu werden sind menschliche Bedürfnisse, die dazu verleiten können, sich mit der Person, der geholfen wird, so sehr zu identifizieren, das persönliche Wohlbefinden und das Wohlbefinden des «Patienten» als identisch wahrgenommen werden. Menschen, die die Not eines anderen erkennen, entwickeln Verständnis. Sie spüren, dass nicht verurteilt, sondern geholfen werden soll, und fühlen sich auch geradezu geehrt durch das Vertrauen, das ihnen der Schüler oder die Schülerin entgegenbringt («Das habe ich sonst noch zu keinem gesagt...»). Der Schritt von der verständnisvollen Hilfe zur Konfrontation mit den realen Schwierigkeiten kann mit gänzlichem oder vorübergehendem Verlust des Vertrauens einhergehen. Diese – für die eigene Persönlichkeit verständlicherweise unattraktive – Möglichkeit entpuppt sich bei einer Überidentifikation mit den Problemen des Schülers bzw. der Schülerin als großes Hemmnis und kann in der Folge in ein beschützendes Verhalten gegenüber Dritten münden. Der vermeintliche Schutz schafft ein Schonklima, worin der oder die Jugendliche keine ernst zu nehmenden Konsequenzen fürchten muss und sich in seinem bzw. ihrem Verhalten bestärkt fühlt.

Inkonsequentes Intervenieren und übertriebenes Eingreifen

Aktive Früherkennung ist immer eine Gradwanderung zwischen konstruktiver und destruktiver Druckausübung. Rezepte stehen leider keine zur Verfügung und Ausnahmen, die die Regel bestätigen, sind häufig. Selbst die Theorie über das «richtige» Vorgehen in der Früherkennung muss vage bleiben, denn Theorie lässt sich nur bedingt auf Menschen übertragen.

Zwei mögliche Ausdrucksformen von Unsicherheit sind Inkonsequenz («ich weiß nicht was ich tun soll»)

und übertriebenes Eingreifen («sofort und nur auf diese Weise»). Beide haben eines gemeinsam: sie erzielen – abgesehen von den oben angesprochenen Ausnahmefällen – nicht die im Sinne der Früherkennung gewünschte Wirkung. Im Gegenteil: inkonsequentes oder übertriebenes Verhalten gegenüber Jugendlichen entzieht diesen den Halt, den sie – besonders in problematischen Lebensphasen – dringend brauchen und kann so zu einer Verschärfung der Situation beitragen.

«Ich will ja nur Dein Bestes.» –
«Nein danke, das behalte ich lieber selbst!»
(anonym)

Den verschiedenen Formen des Co-Verhaltens ist ein fataler Charakterzug eigen, welcher sich am treffendsten mit «ich meine es ja nur gut» beschreiben lässt. Zu erkennen, dass die von mir angebotene Hilfe zwar gut gemeint ist, aber nichts zur Problemlösung beiträgt, setzt eine gehörige Portion kritische Eigenbeurteilung voraus.

Implementation des Programms in den Schulalltag

Vortrag bei einer Lehrerkonferenz (1 – 2h):

Sucht und Drogen im Jugendalter – was kann die Schule tun?

Inhalte:

- Situationsbestimmung von Sucht und Drogen im Jugendalter
- Aufgaben der Schule, rechtlicher Rahmen
- Was können wir vorbeugend tun?
- Im Fall des Falles:
Was können wir bei Drogenproblemen tun?

Vertiefender **Workshop** für Interessierte (3h):

Primärprävention von Suchtverhalten und Suchtmittelmissbrauch

Inhalte:

- Ansätze und Strategien der Primärprävention
- Schulische Umsetzungsmöglichkeiten (z.B. Behandlung des Themas im Unterricht/ im Rahmen eines Projektes)
- Diskussion

Arbeitsgruppe von ca. 5 – 10 Personen (3 – 5 h):

Step by Step – Sekundärprävention von Suchtmittelmissbrauch

Inhalte:

- Ursachen und Bedeutung des Risikoverhaltens
- Schulische Situationen sammeln/ Problembestimmung

- Modellvorgehensweise Step by Step (CD-ROM) vorstellen
- Diskussion

Beschreibung der Angebote:

Vortrag (1 – 2h) Sucht und Drogen im Jugendalter – was kann die Schule tun?

Das Einstiegsalter für Nikotin-, Alkohol- und Cannabisgebrauch ist in den letzten Jahren nachweislich gesunken. Als weiteres Problem werden unterschiedliche Designerdrogen von Jugendlichen in zunehmendem Ausmaß konsumiert. Als wichtige Bedingungen für die Entstehung von unterschiedlichen Suchtverhaltensweisen sind neben der Verfügbarkeit von Drogen, persönliche Probleme von Jugendlichen, der Umgang in der Peer-Group und die Beziehung zu den Eltern von Bedeutung.

Die Schule hat einen präventiven Auftrag und ist auch aufgefordert, Drogen- und Suchtprobleme bei SchülerInnen wahrzunehmen und geeignete Maßnahmen zu treffen. Die Sensibilität dieses Themas läßt den Fragen: „In welchen Situationen und auf welche Signale reagieren wir.“ Wie sieht unsere Reaktion aus eine besondere Bedeutung zukommen. LehrerInnen sind durch ihre pädagogische Rolle in ihrem Handlungsspielraum diesbezüglich mit relativ engen Grenzen konfrontiert.

Workshop (3h): Primärprävention von Suchtverhalten und Suchtmittelmissbrauch

Die Primärprävention und die Sekundärprävention unterscheiden sich sowohl hinsichtlich der Ziele als auch der verwendeten Herangehensweisen. In der Praxis sind Pädagogen im Umgang mit Jugendlichen meist zugleich mit primär- wie mit sekundärpräventiven Ansprüchen konfrontiert. Wirksame Primärprävention in Form von Förderung von Lebenskompetenzen geht weit über reine Informationsvermittlung zu Sucht und Drogen hinaus. Dies ist eine langfristige Aufgabe, die im täglichen Miteinander zu leisten ist. Informationsvermittlung zu Sucht und Drogen und Themenbearbeitung kann dann als sinnvolle Strategie angesehen werden, wenn bei den SchülerInnen ein starkes Interesse vorhanden ist, dass sich zum Beispiel darin äußert, dass die SchülerInnen sich oft über Suchtmittel unterhalten. Hier soll die oft einseitige Information der SchülerInnen relativiert werden und die Lehrperson als GesprächspartnerIn mit einbinden.

Arbeitsgruppe (3 – 5 h) Step by Step – Sekundärprävention für LehrerInnen

Bei auf Tatsachen gestütztem Verdacht des Drogenmissbrauchs von SchülerInnen ist die Schulleitung gesetzlich zu klaren Schritten verpflichtet. Doch was, wenn der Lehrer „nur vermutet“, dass ein Schüler,

eine Schülerin am Beginn einer Suchtentwicklung steht?

Lange, bevor Jugendliche süchtig werden zeigen sie Signale. Hier setzt das Handlungsmodell step by step an. Wie umgehen mit Situationen, die darauf hinweisen, dass SchülerInnen Suchtmittel missbrauchen? Anhand von schulischen Situationen und dem Handlungsmodell step by step soll im LehrerInnenkollegium ein gemeinsames Vorgehen erreicht werden. Schulische Fehlhandlungen oder inadäquate Reaktionen in Krisensituationen können dadurch weitgehend vermieden werden.

In dieser Schulungseinheit sollen Signale im Jugendalter diskutiert und eine mögliche Intervention am Handlungsmodell step by step erarbeitet und erprobt werden.

In weiterer Folge soll die Umsetzung von step by step im eigenen LehrerInnenkollegium (z.B. als SCHILF) überlegt werden.

Nähere Informationen über die Möglichkeit der Implementation des Programmes in den Schulalltag erhalten Sie bei den Fachstellen für Suchtprävention.

Anschließend finden Sie eine Auswahl der im Vortrag verwendeten Folien abgebildet.

Situationsanalyse



- Unsicherheit im Umgang mit dem Themenkreis Sucht
- Wissensdefizite in der Auseinandersetzung mit Jugendlichen
- Mangelndes Rollenbewusstsein: Gutgemeintes überzogenes Agieren, Co-Abhängigkeit, Delegieren...
- Fehlende Strukturen für Früherkennung
- Viele Hilfsangebote - kein „Helfernetz“
- Heile, heile Welt – bei uns gibt es so etwas nicht



Was heißt Sekundärprävention?



Sekundärprävention wendet sich an Risikogruppen und an Gruppen bei denen ein relevantes Problem schon existiert, aber noch nicht voll ausgebildet ist - um die volle Problemmanifestation zu verhindern, sowie an deren Umfeld.



Elemente des Programms



Schulungsteil: Der Aufbau der Schulung als auch die Art der Implementation in die Schulstruktur des Landes ist nach Bundesland verschieden.

Computerprogramm: Ein Computerprogramm ist ein modernes Medium, das zumeist überbewertet wird und das nie zwischenmenschliche Beziehungen und Handlungen ersetzen kann.

Handbuch: Es hilft, sich noch weiter mit der Materie zu beschäftigen.



Programmziele



- Schnelle Verfügbarkeit aktueller Infos (§, Ansprechpartner..)
- Wegnehmen von Angst und Ohnmacht
- Strukturen für Früherkennung schaffen
- Hinführen zur pädagogischen Intervention
- Schaffen verlässlicher Strukturen im Hilfsnetzwerk
- Sicherheit im „aktuellen“ Entscheidungsprozess



Programm zur sekundären Suchtprävention "step by step"

Programm zur sekundären Suchtprävention "step by step"



RESÜMEE DER DISKUSSIONEN UND AUSBLICK

Dr. Beatrix Haller, Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur

Die Expertinnen und Experten der Fachtagung unterstreichen die Bedeutung des § 13 Suchtmittelgesetz als wichtiges und sinnvolles Instrumentarium um jungen Menschen, die Drogen missbrauchen, gezielte Hilfe anzubieten. Mit dem Grundsatz "Helfen statt Strafen" wurden in den vergangenen Jahren von den Schulbehörden und Justizbehörden durchaus positive Erfahrungen gemacht, weshalb dieses Prinzip auch weiterhin beibehalten werden soll. Das Wissen um und die Auseinandersetzung mit dem § 13 SMG sind Voraussetzungen dafür, dass der § 13 SMG seine Anwendung findet. Es liegt in der pädagogischen Verantwortung jeder Schulleiterin /jedes Schulleiters das Krisenmanagement in Gang zu setzen. Es erscheint daher von großer Bedeutung, die Schulleiter in ihrer Rolle als Verantwortlich/e/r des Krisenmanagements zu unterstützen. Das Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur richtet einen Appell an die Verantwortlichen in den Bundesländern, die Information der Schulleiter als bevorzugte Zielgruppe vorzunehmen.

Im Verlaufe der Fachtagung kam es zu einer Erhebung des Status Quo im gesamten Bundesgebiet. Daraus ist zu erkennen, dass noch beträchtliche Unterschiede in der Interpretation der gesetzlichen Grundlagen und auch in der Umsetzung des § 13 SMG bestehen.

Über einige Fragen konnte jedoch ein grundsätzliches Einverständnis erzielt werden. Deshalb werden sie im Folgenden extra angeführt:

❖ Krisenmanagement

Der erste Schritt sollte die Einberufung eines Krisenmanagements durch den Schulleiter sein. In den meisten Fällen werden der Schularzt, der Schulpsychologe und die betroffenen Eltern daran teilnehmen. Es soll protokolliert werden, welche Überlegungen zum in Gang setzen des Verfahrens führen. Dieses Protokoll dient als Unterlage für die Zuweisung an den Schularzt, den Schulpsychologen und bei Bedarf auch für eine therapeutische Einrichtung um möglichst gezielt und effizient die geforderte schulärztliche Untersuchung der besonderen Art durchführen zu können..

Die schriftliche Aufzeichnung bringt Klarheit in die oft anfangs verworrenen Verhältnisse, sie verhindert

überstürzte Reaktionen und zwingt zu Überlegung und Genauigkeit. Sie ist ein wichtiger Teil der insgesamt notwendigen sorgfältigen Dokumentation.

❖ Schulärztliche Untersuchung

Wer führt sie durch?

Das Gesetz sieht vor, dass der Schularzt die Untersuchung durchführt. Der Schularzt entscheidet über die Untersuchungsmethode. Er kann aber zur Absicherung seiner Ergebnisse Gutachter beiziehen bzw. Diagnoseverfahren (z.B. Harntest) auslagern.

Kann der Schüler im Rahmen der Diagnostik (in Ausnahmefällen) einen Harntest verweigern?

Lehnt der Schüler eine Untersuchungsmethode, die der Schularzt für geboten hält, ab und es kann aus diesem Grund eine Abklärung nach § 13 SMG nicht erfolgen, dann ist Meldung an die Gesundheitsbehörde zu erstatten.

Muss der Schulleiter über das Ergebnis informiert werden?

Der Schularzt ist ein Organ der Schule und muss daher mit dem Schulleiter im Rahmen des § 13 SMG kooperieren. Um ein sich zwischen Schularzt und Schüler aufbauendes Vertrauensverhältnis nicht zu stören, das für die Umsetzung des Prinzips „Helfen statt strafen“ wesentlich ist, darf der Schulleiter vom Schularzt jedoch nur so viel an Information über das Ergebnis der schulärztlichen Untersuchung verlangen, wie er benötigt, um das Verfahren zu leiten. Im Wesentlichen handelt es sich dabei um:

- Ob bei einem betreffenden Schüler Drogenmissbrauch stattgefunden hat oder nicht.
- Ob in diesem Zusammenhang eine gesundheitsbezogene Massnahme notwendig ist oder nicht.
- Ob diese gesundheitsbezogenen Massnahme, falls notwendig, in der Schule durchgeführt werden kann.
- Falls der Schularzt vom Schulleiter mit der Kontrolle darüber beauftragt wurde, ob der Schüler der gesundheitsbezogenen Massnahme nachkommt und sie durch Bestätigungen belegt bzw dass dieselbe abgeschlossen ist.
- Dass der Schulleiter das Recht hat, die oben genannte Fakten zu erfahren, sollte auch dem Schüler mitgeteilt werden.

In bestimmten Fällen ist eine Beurteilung durch den Schularzt nicht sofort möglich, vor einer abschließenden Beurteilung, ist eine längere Abklärung notwendig. § 13 SMG verlangt keineswegs, dass bereits nach einem Untersuchungsgang ein abschließender Befund gegeben ist.

Wer bezahlt die Kosten der schulärztlichen Untersuchung?

Diese schulärztliche Untersuchung nach § 13 SMG ist für den Schüler kostenlos.

❖ **Schulpsychologische Untersuchung**

Wer kann den Schulpsychologen einbeziehen?

Wem muss er Auskunft geben?

Der Schulleiter ist bei begründetem Verdacht, dass ein Schüler Suchtgift missbraucht, der Verfahrensleiter. Der Schulleiter hat deshalb eine schulärztliche Untersuchung anzuordnen. Die Schulpsychologie-Bildungsberatung ist erforderlichenfalls durch den Schulleiter beizuziehen. Da es sich bei der Erstabklärung auch um eine psychologische Beurteilung handelt, wird die „Beziehung eines Schulpsychologen in der Regel zu erfolgen haben“ (BMUK Rundschreiben Nr. 65/97).

Bei der Beziehung des Schulpsychologen wird es sich wie beim Schularzt um eine Sachverständigentätigkeit handeln. Das schulpsychologische Sachverständigengutachten ist als selbstständiger Teil bei der Abklärung eines Suchtgiftmissbrauches durch Schüler zu betrachten. Im Übrigen gilt das zum schulärztlichen Gutachten Gesagte.

Was ist ein begründeter Verdacht?

Sichere Anzeichen für Drogenkonsum, Drogenabhängigkeit und Suchtverhalten aufzuzählen, ist problematisch und bleibt lückenhaft.

Wir appellieren an die Verantwortlichen, von einer ganzheitlichen Sicht des Menschen auszugehen, die körperliches, geistig-seelisches und soziales Befinden gleichermaßen berücksichtigt.

Folgende Verhaltenssymptome sollten aber auf jeden Fall ernst genommen werden:

- Leistungsabfall
- Häufige Fehlstunden
- Auffällige Veränderungen im Verhalten oder der Persönlichkeit
- Auffälliges Vernachlässigen des Äußeren
- Großer Geldbedarf

Es liegt in der pädagogischen Verantwortung des Schulleiters ein Krisenmanagement einzuberufen. In den meisten Fällen werden der Schularzt, der Schulpsychologe und die betroffenen Eltern daran teilnehmen.

Es wurde ein Schulungs- und Informationspaket mit dem Titel „Step by Step“ vom BM für Bildung, Wissenschaft und Kultur gemeinsam mit Suchtpräventionsexperten entwickelt, das Schulteams unterstützt, Verhaltensauffälligkeiten im Vorfeld möglicher Suchtprobleme wahrzunehmen.

Nähere Informationen dazu geben:

Die Fachstellen für Suchtprävention, die auch die Einschulungen durchführen.

❖ **Was ist Missbrauch?**

Auszugehen ist zunächst davon, dass das Suchtmittelgesetz in seinem strafrechtlichen Teil (§§ 27 ff.) den Begriff **“Missbrauch”**, der in § 13 SMG verwendet wird, nicht erwähnt. Als im Sinn des Strafrechtes relevante Tatbestände nenne die §§ 27 ff. SMG Erwerb, Besitz, Erzeugung, Ein- und Ausfuhr, Überlassen/Verschaffen/Inverkehrsetzen.

Der Konsum von verbotenen Substanzen selbst ist bekanntlich nicht pönalisiert. Er verwirklicht jedoch in den allermeisten Fällen strafrechtlich relevante Tatbestände, wie den Erwerb oder den Besitz von Suchtgift (worunter nach der Judikatur die bloße Innehabung, also die physische Kontrolle für die Substanz zu verstehen ist).

Der Begriff Missbrauch bezeichnet somit primär den – nicht medizinisch indizierten – Konsum eines Suchtmittels. Der Anwendungsbereich des § 13 SMG wird jedoch im konkreten Fall nicht auf den Erwerb oder Besitz von Suchtgift zum persönlichen Gebrauch zu beschränken sein, sondern auch die anderen in den §§ 27 ff. SMG enthaltenen Begehungsformen abdecken, so lange ein Zusammenhang mit dem Suchtmittelmissbrauch des Schülers gegeben ist.

Besteht daher der (sich aus konkreten Tatsachen ergebende) Verdacht, ein Schüler habe Suchtmittel missbraucht, oder diese teils konsumiert und teils auch weitergegeben, so ist die Bestimmung des § 13 SMG anzuwenden und das schulinterne Krisenmanagement unter Verantwortung des Schulleiters in Gang zu setzen. Die Weitergabe von großen Mengen (‘‘Handel’’ ist im SMG als Tatbegehungsform nicht vorgesehen; ‘‘Weitergabe’’, ‘‘Verschaffen’’ und ‘‘Inverkehrsetzen’’ setzen keine Gegenleistung voraus) ist vom Regime des § 13 SMG nicht umfasst.

Einige Bereiche konnten im Rahmen der Tagung nur angeschnitten werden und der gemeinsame Dialog

wird speziell in den nachfolgenden Bereichen verstärkt weiter geführt werden:

- Spannungsverhältniss zwischen § 49 SCHUG und § 13 SMG
- Spannungsverhältnis SCHUG – Ärztegesetz § 54 (ärztl.Verschwiegenheit)
- Vertrauensverhältnis zwischen Lehrer/ Schüler
- Was die Privatschulen betrifft, geht der OGH in einem Beschluss vom 21.8.2001, 60b159/01b, davon aus, dass Privatschulen den Suchtgiftmissbrauch in den Aufnahmeverträgen als Vertragsbeendigungsgrund vereinbaren können.

Als ein Erfolg der Tagung ist sicherlich die dabei erzielte Übereinkunft anzusehen, dass das Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur gemeinsam mit dem Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen, mit den Landes-Ärztekammern, den Fachstellen für Suchtprävention, den Drogenbeauftragten und Drogenkoordinatoren und den Landes-Schulärzten ein bundesweit einheitliches Fortbildungskonzept für Schulärzte erarbeiten wird, das dann in den Bundesländern umgesetzt werden soll. Diese spezielle Fortbildungsmöglichkeit sichert die Qualität der schulärztliche Untersuchung im Zusammenhang mit dem §13 SMG.

Für weitere Fragen stehen Ihnen Dr. Harald Aigner, Schulpsychologie und Bildungsberatung, Leiter des Referates V/4d, Dr. Lilly Damm, Koordinatorin für schulärztliche Angelegenheiten, Abt. V/2, Dr. Rainer Fankhauser, Leiter der Rechtsabteilung III/B/11 und Dr. Beatrix Haller, Leiterin des Referates für Gesundheitsförderung, Abt. V/2b gerne zur Verfügung.

....der Dialog soll und wird fortgesetzt

Ansprechpartner für schulische Suchtprävention

Burgenland

Landesschulrat für Burgenland
Landesschularzt Dr. Michael Heinrich
Kernausteig 3, 7001 Eisenstadt
Telefon: 02682/710-308
Email: michael.heinrich@lsr-bgld.gv.at

Schulpsychologie-Bildungsberatung
im LSR für Burgenland
Dr. Werner Wagner
Kernausteig 3, 7001 Eisenstadt
Telefon: 02682/710-131, Fax: 02682/710-79
Email: Werner.Wagner@lsr-bgld.gv.at

Pädagogisches Institut des Bundes
Mag. Walter Degendorfer
Wolfgarten, 7000 Eisenstadt
Telefon: 02682/642 51-23, Fax: 02682/645 51-12
Email: walter.degendorfer@pi-ei-asn-bgld.ac.at

Drogen/Sucht Koordinator des Landes
Dr. Gerlinde Stern-Pauer
Amt der Burgenländischen Landesregierung
Hartlsteig 2, 7001 Eisenstadt
Telefon: 02682 600- 2189, Fax: 02682 600-2187
Email: gerlinde.stern@bgld.gv.at

Kärnten

Amt der Kärntner Landesregierung
Dr. Gerhard Olexinski
Hasnerstraße 8, 9020 Klagenfurt
Telefon: 0463/536-31201
Email: post.abt12@ktn.gv.at

Landesschulrat für Kärnten
Mag. Roland Arko
10. Oktober-Straße 24, 9010 Klagenfurt
Telefon: 0463/5812-313, Fax: 0463/5812-105
Email: roland.arko@lsr-ktn.gv.at

Schulpsychologische Beratung im LSR f. Ktn.
HR Dr. Christine Kampfer-Löberbauer
Kaufmannsgasse 8, 9010 Klagenfurt
Telefon: 0463/566 59, Fax: 0463/50696-16
Email: christine.kampfer-loeberbauer@lsr-ktn.gv.at

Amt der Kärntner Landesregierung
Abteilung 12, Koordinationsstelle für Suchtprävention
Dr. Barbara Drobesh-Binter
Hasnerstraße 8, 9020 Klagenfurt
Telefon: 0463/513743-34, Fax: 0463/536-31230
Email: abt12.sprae@ktn.gv.at

Drogen/Sucht Koordinator des Landes
Dr. Brigitte Prehslauer

Amt der Kärntner Landesregierung
Hasnerstraße 8, 9020 Klagenfurt
Telefon 0463/513743-31, Fax 0463/513743-38
Email: abt.12gsm@ktn.gv.at

Niederösterreich

Landesschulrat für Niederösterreich
Schulärztlicher Dienst,
Landesschularzt Dr. Erich Robetin
Rennbahnstraße 29, 3109 St. Pölten
Telefon: 027242/280-4610, 4611, Fax: 02742/280-1111
Email: erich.robetin@lsr-noe.gv.at

Drogen/Sucht Koordinator des Landes
Mag. Margit Itzenthaler
Amt der Niederösterreichischen Landesregierung
Landhausplatz 1, 3109 St. Pölten
Telefon: 02742/9005-15669, Fax: 02742/9005-12785
Email: post.sucht_koordination@noel.gv.at

Schulpsychologie-Bildungsberatung im LSR f. NÖ
Dr. Anton Eimer
Rennbahnstraße 29, 3109 St. Pölten
Telefon: 02742/280-4700, Fax: 02742/280-1111
Email: brigitte.schaetz@lsr-noe.gv.at

Fachstelle für Suchtvorbeugung
Schießstattring 31-33/2/13, 3100 St. Pölten
Telefon: 02742/773 18, Fax: 02742/773 18-19
Email: gfnoe.st.poelten@netway.at

Pädagogisches Institut des Bundes für Niederösterreich
Abteilung für AHS-LehrerInnen
Mag. Regina Fless-Klinger
Dechant Pfeifer-Straße 3, 2020 Hollabrunn
Telefon: 02952/41 77-32, Fax: 02952/41 77-20
Email: r.fless-klinger@pinoe-hl.ac.at

Pädagogisches Institut des Bundes für Niederösterreich
Abteilung für LehrerInnen an allgemein bildenden Pflichtschulen
Mag. Dr. Franz Klager
Mühlgasse 67, 2500 Baden
Telefon: 02252/885 70-24, Fax: 02252/88 57 04
Email: f.klager@pinoe-bn.ac.at

Oberösterreich

Landesschulrat für Oberösterreich
Landesschulärztin Dr. Gertrude Jindrich
Sonnensteinstraße 20, 4040 Linz
Telefon: 0732/7071-0
Email: gertrude.jindrich@lsr-ooe.gv.at

Schulpsychologie-Bildungsberatung im LSR f. OÖ
DDr. Peter Seyfried
Postfach 107, Sonnensteinstraße 20, 4041 Linz
Telefon: 0732/7071-2321, Fax: 0732/7071-2330
Email: Peter.Seyfried@lsr-ooe.gv.at

Institut für Suchtprävention
Mag. Ingrid Rabeder-Fink
Mozartstraße 43, 4020 Linz
Telefon: 0732/77 89 36, Fax: 0732/77 89 36-20
Email: info@praevention.at

Drogen/Suchtordinator des Landes
DAS Manfred Ruschak
Amt der Oberösterreichischen Landesregierung
Harrachstraße 16a, 4020 Linz
Telefon: 0732/7720-4122, Fax: 0732/7720-4396
Email: manfred.ruschak@ooe.gv.at

Salzburg

Landesschulrat für Salzburg
Landesschularzt Dr. Rainer Liebl
Mozartplatz 810, Postfach 530, 5010 Salzburg
Telefon: 0662/8042-0
Email: rainer.liebl@land-sbg.gv.at

Schulpsychologie-Bildungsberatung im LSR f. Salzburg
Dr. Friedrich Schütz
Rudolfskai 48 (Postfach 530), 5010 Salzburg
Telefon: 0662/84 27 88, Fax: 0662/84 27 88-4

Pädagogisches Institut des Bundes
Mag. Franz Taferner
Erzabt-Klotz-Straße 11, 5020 Salzburg
Telefon: 0662/84 03 22-36, Fax: 0662/84 87 29
Email: taferner@asn-sbg.ac.at

Akzente
Suchtpräventionsstelle
Nonntaler Hauptstraße 1, 5020 Salzburg
Telefon: 0662/84 92 91-41, 42 oder 44
Fax: 0662/84 92 91-16

Drogen/Suchtordinator des Landes
Dr. Franz Schabus-Eder
Amt der Salzburger Landesregierung
Fanny von Lehnert Straße 1, 5020 Salzburg
Telefon: 0662/8042-3618, Fax: 0662/8042-3883
Email: franz.schabus@land-salzburg.gv.at

Steiermark

Landesschulrat für Steiermark
Landesschularzt Dr. Franz-Josef Buchbauer
Körblergasse 23, 8015 Graz
Telefon: 0316/345-0
Email: arzt.601@bfvra.steiermark.at

Schulpsychologie-Bildungsberatung im LSR f. Stmk.
Dr. Josef Zollneritsch
Körblergasse 23, 8015 Graz
Telefon: 0316/345-199, Fax: 0316/345-299
Email: josef-zollneritsch@lrs-stmk.gv.at

Drogen/Suchtordinator der Stadt Graz
Dr. Ulf Zeder

Kaiserfeldgasse 12, 8010 Graz
Telefon: 0316/8723239, Fax: 0316/8723249
Email: ulf.zeder@stadt.graz.at

Schulpsychologie-Beratungsstelle Bruck/Mur.
Landesschulrat für Steiermark
Dr. Elke Tholen
Martin-Luther-Straße, 8600 Bruck/Mur
Telefon: 03862/56780
Email: 650015@asn.netway.at

VIVID
Fachstelle für Suchtprävention
Hans-Sachs-Gasse 12/II, 8010 Graz
Telefon: 0316/82 33 00, Fax: 0316/82 33 00-5
Email: vivid@styria.com

Tirol

Amt der Tiroler Landesregierung
Landessanitätsdirektor Dr. Christoph Neuner
Maria-Theresien-Straße 43, 6010 Innsbruck/Landhaus
Telefon: 0512/520 33-0
Email: sanitaetsdirektion@tirol.gv.at

Landesschulrat für Tirol
Mag. Dr. Thomas Plankensteiner
Innrain 1, 6010 Innsbruck
Telefon: 0512/520 33-104, Fax: 0512/520 33-106
Email: plankensteiner@lrs-t.gv.at

Drogen/Suchtordinator des Landes
Mag. Helga Oberarzbacher
Amt der Tiroler Landesregierung
Maria-Theresien-Straße 43, 6020 Innsbruck
Telefon 0512/508-2608, Fax 0512/508-2595
Email: h.oberarzbacher@tirol.gv.at

Vertretung:
Bernhard Deflorian
Telefon: 0512/52033-102

Schulpsychologie-Bildungsberatung im LSR f. Tirol
Dr. Ingrid Tursky
Müllerstraße 7/II, 6020 Innsbruck
Telefon: 0512/57 65 61, Fax: 0512/57 65 61-13
Email: schulpsy@asn-ibk.ac.at

Kontakt & Co
Suchtpräventionsstelle Tirol
Mag. Gerhard Gollner
Bürgerstraße 18, 6020 Innsbruck
Telefon: 0512/58 57 30, Fax: 0512/58 57 30-20
Email: kontakt.co@tirol.com

Pädagogisches Institut des Landes Tirol
Mag. Andreas Pirkel
Haymorgasse 6a, 6020 Innsbruck
Telefon: 0512/39 27 79-10, Fax: 0512/39 27 79-26
Email: a.pirkel@tirol.gv.at

Vorarlberg

Landesschulrat für Vorarlberg
Dr. Ruth Allgäuer
Bahnhofstraße 12, 6901 Bregenz
Telefon: 05574/4960-520, Fax: 05574/4960-8
Email: ruth.allgaeuer@lsr-vbg.gv.at

Landesschulrat für Vorarlberg
Landesschularzt Dr. Helmut Bertolini
Bahnhofstraße 12, 6900 Bregenz
Telefon 05574/4960-0

Schulpsychologie-Bildungsberatung im LSR f. Vbg.
Dr. Maria Helbock
Bergstraße 8, 6900 Bregenz
Telefon: 05574/47 7 98, Fax: 05574/47 7 98-6
Email: maria.helbock@vol.at

Drogen/Sucht Koordinator des Landes
Thomas R. Boss
Landhaus, 6900 Bregenz
Telefon: 05574/511-24123, Fax: 05574/24195
Email: thomas.boss@vorarlberg.at

SUPRO
Werkstatt für Suchtprophylaxe
Moosmahnstraße 4, 6850 Dornbirn
Telefon: 05572/55 155, Fax: 05572/55 155-15
Email: supro@supro.vol.at

Wien

Stadtschulrat für Wien, Schulärztlicher Dienst
MR Dr. Andrea Kubec
Wipplingerstraße 28, 1010 Wien
Telefon: 01/525 25/77034
Email: andrea.kubec@ssr.magwien.gv.at

Stadtschulrat für Wien, Schulpsychologischer Dienst
HR Dr. Mathilde Zeman
Wipplingerstraße 28, 1010 Wien
Telefon: 01/525 25/77505, Fax: 01/525 25/9977501
Email: mathilde.zeman@ssr-wien.gv.at

Drogen/Sucht Koordinator des Landes
Peter Hacker
Amt der Wiener Landesregierung
Lichtenfeldgasse 2, 1082 Wien
Telefon: 4000-82301, Fax: 4000-9982301
Email: drogenkoord@magwien.gv.at

Gesundheitsförderungszentrum
Mag. Eva Mitterbauer
Mag. Inge Koch
Grenzackerstraße 18, 1100 Wien
Telefon: 01/601 18-4267
Email: gfz@pib-wien.ac

Ansprechpartner für Projekte:

APS: Elfriede Nowak
Pädagogisches Institut der Stadt Wien
Burggasse 14 – 16, 1070 Wien
Telefon: 01/523 62 22-0

AHS: Mag. Gerald Donat
Pädagogisches Institut der Stadt Wien
Burggasse 14 – 16, 1070 Wien
Telefon: 01/523 62 22-0

BS: BOI. Ing. Erich Loskot
Stadtschulrat für Wien, Abt. III
Wipplingerstraße 28, 1010 Wien
Telefon: 01/525 25/77304

Informationsstelle für Suchtprävention der Stadt Wien, ISP
Alserstraße 20/6, 1090 Wien
Telefon: 01/531 14-85810, Fax: 01/531 14 –7977
Email: isp@M15.magwien.gv.at