

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Entwicklung der Drogentherapie in Wien
mit Fokus auf die Geschichte der Drogenambulanz des
AKH Wien
im Zeitraum von 1966 bis 1993

Verfasser

Michael Haberzettl

angestrebter akademischer Grad

„Magister der Philosophie“ (Mag.phil.)

Wien, im April 2011

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

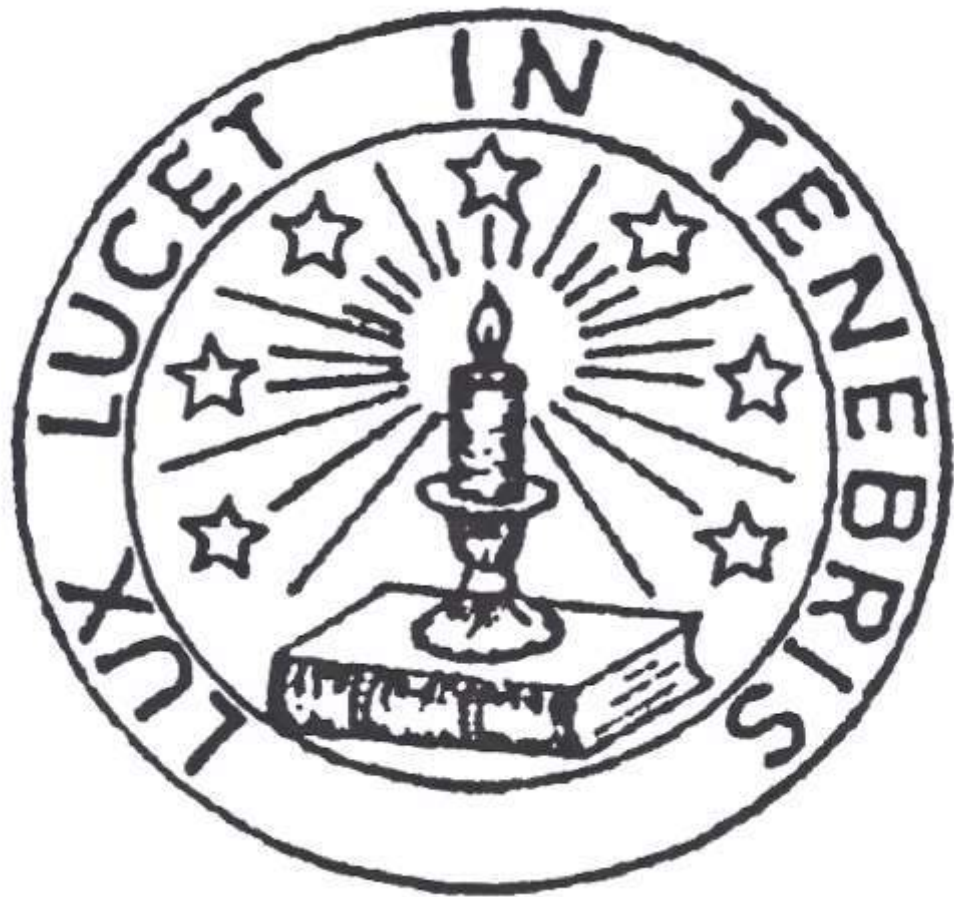
A 190 313 299

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Lehramtsstudium Geschichte, Psychologie / Philosophie

Betreuerin/Betreuer:

Uni. Prof. Dr. Birgit Bolognese-Leuchtenmüller



Das Licht leuchtet in der Finsternis.¹

¹ Bildquelle zu finden unter → <http://www.perouse.info/geschichte.htm>

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei all jenen herzlich bedanken, welche mich während der Realisierung dieser Diplomarbeit unterstützten und mir mit Rat und Tat zur Seite standen.

So danke ich Frau Univ. Prof. Dr. Birgit Bolognese-Leuchtenmüller, dass sie mir die Möglichkeit eröffnete, diese Diplomarbeit von ihr betreut zu sehen, welche mich stets mit konstruktiver Kritik und kraftgebenden Motivationsanstößen auf den richtigen Weg zu führen versuchte.

Weiters danke ich meinen werten Interviewpartnern Univ. Prof. Dr. Alfred Springer, Dr. Johannes Ranefeld, Primarius Dr. Peter Hermann und Frau Univ. Prof. Dr. Brigitte Schmid-Siegel sowie in ganz besonderem Maße Oberarzt Dr. Otto Presslich, welche mir bei den getätigten Interviews einen sehr tiefen Einblick in die umfassenden Begebenheiten rund um die Drogentherapie des Allgemeinen Krankenhauses gewährten und mir überdies hinaus mit deren Anekdotenschatz einen unverblünten Einblick in die bestandgenommenen Phänomene der österreichischen Drogentherapie eröffneten. Ganz gleich mit welchem Anliegen, welcher Problematik ich mich an jene wandte, wurde mir stets mit Rat und Tat zur Seite gestanden, wofür ich mich nochmals herzlichst bedanken möchte.

Mein größter Dank gilt jedoch meiner Familie und meinen Freunden, welche mich seit jeher in all meinen Bestrebungen unterstützt haben und mir somit diesen Lebensweg überhaupt erst ermöglichten. Ganz besonders möchte ich hierin meinen Großeltern danken, über die ich nur zu sagen vermag, dass alles jenes, was ich in meinem Dasein verwirklichen konnte, dem Umstand entspringt, dass mir jene stets als Vorbilder im Hinblick auf Strebsamkeit, Selbstlosigkeit und unbedingter Nächstenliebe dienten. Meinen herzlichsten Dank.

Inhalt

Vorwort	S. 11
Einleitung	S. 15

TEIL I – Grundlagen der Drogentherapie

1. Begriffsdefinitionen	S. 20
1.1 Der Begriff Droge	S. 20
1.2 Sinnverwandte Begriffe	S. 24
1.3 Konsum, Gebrauch, Missbrauch	S. 27
1.3.1 Der alltagstranszendierende Gebrauch	S. 28
1.3.2 Der alltagsakzessorische Gebrauch	S. 28
1.3.3 Missbrauch	S. 29
1.4 Rausch	S. 31
1.5 Sucht	S. 33
1.6 Abhängigkeit	S. 36
 2. Drogen und Drogenwirkungen	 S. 39
2.1 Cannabis	S. 39
2.1.1 Die psychische und körperliche Wirkung von Cannabis	S. 40
2.1.2 Toleranz, Abhängigkeit und Auswirkungen eines chronischen Gebrauches	S. 41
2.2 Opiate	S. 42
2.2.1 Die physische und psychische Wirkung von Opiaten	S. 43
2.2.2 Toleranz, Abhängigkeit und Auswirkungen eines chronischen Gebrauches	S. 44
2.3 Kokain	S. 45
2.3.1 Die physische und psychische Wirkung von Kokain	S. 46
2.3.2 Toleranz, Abhängigkeit und Auswirkungen eines chronischen Gebrauches	S. 47
2.4 Halluzinogene	S. 48
2.4.1 Die physische und psychische Wirkung von Halluzinogenen (LSD, Meskalin, Psilocybin)	S. 49
2.4.2 Die akute Wirkung von Nachtschattengewächsen	S. 50

2.4.3	Toleranz, Abhängigkeit und Auswirkungen eines chronischen Gebrauches	S. 50
2.5	Weckamine und Appetitzügler (Amphetamine)	S. 51
2.5.1	Die psychische und physische Wirkung von Amphetaminen	S. 51
2.5.2	Toleranz, Abhängigkeit und Auswirkungen eines chronischen Gebrauches	S. 52
2.6	Designer Drogen (Synthetische Drogen)	S. 53
2.6.1	Ecstasy (MDMA)	S. 53
2.6.1.1	Wirkungen und Komplikationen	S. 53
2.6.2	STP (DOM)	S. 54
2.6.3	PCP-Derivate (Phencyclidin – Angel Dust)	S. 55
2.7	Medikamente	S. 55
2.7.1	Benzodiazepine und Tranquilizer	S. 56
2.7.1.1	Toleranz, Abhängigkeit und Auswirkungen eines chronischen Gebrauches	S. 56
2.7.2	Barbiturate	S. 57
2.7.2.1	Toleranz, Abhängigkeit und Auswirkungen eines chronischen Gebrauches	S. 57
2.8	Polytoxikomanie	S. 58

TEIL II – Der geschichtliche Hintergrund des einsetzenden illegalen Drogenkonsums in Österreich

1.	Geschichtlicher Hintergrund der Jugend- und Drogenkultur der 50er und 60er Jahre	S. 59
1.1	Die Beat – Generation	S. 60
1.2	Die Halbstarken	S. 62
1.3	Die Existenzialisten	S. 63
1.4	Die Gammler	S. 64
1.4.1	Die Reisen und Souvenirs der Gammler	S. 65
1.4.2	Die Drogenkultur der Gammler	S. 66
1.5	Die Hippies	S. 68
1.5.1	Die Drogenkultur der Hippies	S. 68
1.6	Die Entwicklung der Drogenkultur im Österreich der 60er Jahre ..	S. 72
1.7	Zusammenfassung	S. 75

TEIL III – Die Geschichte des Drogentherapie zentrums AKH (Der Drogenambulanz)

1. Der Auftakt zur Drogentherapie am allgemeinen Krankenhaus, unter den Oberärzten Dr. J. Bruck, Dr. R. Mader und Dr. W. Sluga	S. 77
1.1 Die Rahmenbedingungen der Psychiatrisch-neurologischen Universitätsklinik	S. 79
1.2 Die Begutachtung und Erforschung unter den Ärzten Bruck, Mader und Sluga	S. 80
2. Die Ära von Herrn Dr. Alfred Springer und Herrn Dr. Günther Pernhaupt (Die Grundsteine der Drogenambulanz)	S. 84
2.1 Die Behandlung und Betreuung der Drogenpatienten zur Zeit der 60er Jahre	S. 84
2.2 Das Patientengut und deren Versorgung	S. 86
2.2.1 Die ambulante Betreuung (Die Drogenambulanz)	S. 88
2.2.1.1 Die ambulanten Gruppen	S. 89
2.2.1.2 Die Wiener Kommunen	S. 90
2.3 Das Auskommen der 60er und ersten Jahre des siebten Jahrzehnts	S. 91
2.3.1 Die Beratungsstelle für Drogengefährdete (Der Club Change)	S. 91
2.3.2 Das Genesungsheim Kalksburg (Die Drogenstation).....	S. 92
2.3.3 Die Novellierung des Suchtgiftgesetzes 1971	S. 94
2.4 Die Patientendaten bzw. Patientenzahlen von 1966 bis 1971.....	S. 96
2.4.1 Die Patientenzahlen	S. 97
2.5 Zusammenfassung	S. 98
3. Die Ära von Dr. Johannes Ranefeld (1972 – 1979) und Dr. Otto Presslich	S. 101
3.1 Die Rahmenbedingungen	S. 101
3.1.1 Das Patientengut und die Versorgung	S. 103
3.1.2 Das Patientengut und die Hintergründe des Drogenspektrums jener Zeit	S. 104
3.2 Die ambulante Betreuung	S. 105
3.2.1 Die ambulanten Gruppen	S. 107
3.2.2 Die ambulante Vorbereitung der stationären Entzüge	S. 108
3.3 Die Entzüge auf der Intensivstation unter der Leitung von Dr. Otto Presslich	S. 113

3.3.1 Die Rahmenbedingungen	S. 113
3.3.2 Die gesetzlichen Rahmenbedingungen der 70er Jahre	S. 119
3.4 Die Patientenzahlen, Patientenfakten der 70er Jahre	S. 123
3.4.1 Die stationären Patientenzahlen	S. 124
 4. Die Ära von Dr. Peter Hermann (bis 1982) und Dr. Otto Presslich (Die „offizielle“ Begründung der Drogenambulanz)	 S. 125
4.1 Die Rahmenbedingungen	S. 125
4.1.1 Die offizielle Gründung der Drogenambulanz	S. 129
4.1.2 Die ambulante Versorgung	S. 129
4.1.3 Die versorgungstechnische Seite der Behandlung (Patientenandrang, Versorgungssituation und Zeitaufwand)	S. 134
4.2 Die Vorbereitung auf die stationären Entzüge.....	S. 138
4.3 Weitere Vernetzung der Suchtkranken-Versorgung in Wien	S. 139
4.4 Die Patientenzahlen der Ära Dr. Hermann	S. 142
4.5 Die stationären Entzüge auf der Intensivstation in den 80er Jahren ...	S. 144
4.6 Die Suchtgiftgesetzgebung SGG von 1980	S. 146
4.7 Die Versorgungssituation in der Zeitspanne zwischen dem Abgang Dr. Hermanns (1982) und dem Substitutionsbehandlungsbeginn 1987 ...	S. 147
4.8 Die Gründe für die Umsetzung der Substitutionstherapie in Österreich	S. 150
4.8.1 Der Diskussionsstand in Wien 1983 (Der Drogenbeirat des Gesundheitsministeriums)	S. 150
4.8.2 Das Wiener Medizinische Fakultätsgutachten aus dem Jahre 1984..	S. 152
4.8.3 Die essentiellen Gründe zur Umsetzung der Substitutions- behandlung	S. 153
4.9 Die Suchtgiftgesetzes-Novelle SGG 1985	S. 155
4.10 Die Substitutionstherapie und der Substitutionsmittelerlass	S. 156
4.10.1 Der Substitutionsmittelerlass 1987 (Die Modalitäten)	S. 159
4.10.2 Die Patientenverpflichtung	S. 160
 5. Die Ära der Substitutionstherapie und der Versorgungstätigkeit von Frau Dr. Brigitte Schmid-Siegel und Oberarzt Dr. Otto Presslich ...	 S. 161
5.1 Die Rahmenbedingungen	S. 161
5.1.1 Das Pflegerinnenpersonal	S. 164
5.2 Die ambulante Betreuung	S. 165
5.2.1 Der ambulante Entzug	S. 167
5.2.2 Das Methadon-Substitutionsprogramm (MSP)	S. 171

5.2.2.1 Die Methadon-Behandlung	S. 174
5.2.2.2 Die Reduktionstherapie mit Methadon und retardiertem Morphin	S. 177
5.3 Die stationären Entzüge der Zeitspanne von 1987 bis 1993	S. 179
5.3.1 Der Narkose-Ultra-Kurz Entzug (Ultra Rapid Opiate Detoxification)	S. 180
5.3.2 Der Einsatz von Langzeit-Opiatblockern	S. 181
5.3.3 Die Reduktionstherapie mit Methadon und Morphinpentahydrat ...	S. 182
5.4 Die Patientenzahlen & die Versorgungssituation von 1987 bis 1993 ...	S. 184
5.5 Die Pressekonferenz im Jahre 1992	S. 188
5.6 Die Umstrukturierung der Drogenambulanztätigkeiten 1993	S. 190
5.7 Der Ausblick auf die Ära der Drogenambulanz unter der Leitung von Frau Dr. Gabriele Fischer	S. 192
6. Zusammenfassung	S. 194

Anhang

Interviews:

Interviewleitfaden für A.O. Univ.-Prof. Dr. Alfred Springer	S. 201
1. Interview mit Ao. Univ.-Prof. Dr. Otto-Michael Lesch (Leiter der Ambulanz für Alkoholismusgefährdete am AKH)	S. 204
2. <u>Interview I</u> mit Ao. Univ.-Prof. Dr. Alfred Springer (Mitbegründer und Leiter der Drogenambulanz des AKH Wien von 1967 – 1972)	S. 205
3. <u>Interview II</u> mit Ao. Univ.-Prof. Dr. Alfred Springer (Mitbegründer und Leiter der Drogenambulanz des AKH Wien von 1967 – 1972)	S. 224
4. <u>Interview I</u> mit Dr. Johannes Ranefeld (Leiter der Drogenambulanz des AKH Wien von 1972 - 1979)	S. 235
5. <u>Interview II</u> mit Dr. Johannes Ranefeld (Leiter der Drogenambulanz des AKH Wien von 1972 - 1979)	S. 247
6. Interview mit Primarius Dr. Peter Hermann (Mitbegründer der „offiziellen“ Drogenambulanz des AKH Wien von 1979 – 1982)	S. 261
7. Interview mit OA. Dr. Otto Presslich (Leiter und Mitbegründer der	

„offiziellen“ Drogenambulanz des AKH Wien von 1978 – 1993)	S. 280
8. Ergänzungsinterview mit OA. Dr. Otto Presslich (Leiter und Mitbegründer der „offiziellen“ Drogenambulanz des AKH Wien)	S. 312
9. Telefoninterview mit OA. Dr. Otto Presslich (Leiter und Mitbegründer der „offiziellen“ Drogenambulanz des AKH Wien)	S. 321
10. Interview mit Ass.-Prof. Frau Dr. Brigitte Schmid-Siegel (Stellv. Leiterin der Drogenambulanz des AKH Wien von 1988 - 1993)	S. 326
11. Telefon-Ergänzungsinterview mit Ass.-Prof. Frau Dr. Brigitte Schmid-Siegel (Mitleiterin der Drogenambulanz von 1988 – 1993)	S. 347

Telefonauskünfte:

<u>Frau Dr. Edith Hofer</u> (Stellv. Ärztliche Leiterin des „Dialog“)	S. 356
<u>Univ.-Prof. Frau Dr. Gabriele Fischer</u> (Leiterin der Drogenambulanz des AKH Wien)	S. 356
<u>Frau Dr. Hermine Schmidhofer</u> (Geschäftsführer Stellv. der Sucht- und Drogenkoordination Wien)	S. 356
<u>Dr. Walter Reichelt</u> (Psychiater in der Entzugsabteilung des Otto-Wagner-Spitals Wien)	S. 357

Dokumente:

Dr. Schmid-Siegel, „Tätigkeitsbericht DROGENAMBULANZ“	S. 358
Dr. Presslich O., „Neustrukturierung des Leistungsspektrums ab 1. April 1993“, Universitätsklinik für Psychiatrie – Drogenambulanz	S. 361
Dr. Schmid- Siegel, „Drogenambulanzerhebungen von Juli 1990 bis September 1990“	S. 363
Dr. Schmid-Siegel, „Drogenambulanz 10. 1990 bis 8. 1991“	S. 364
Dr. Schmid-Siegel, „Drogenambulanzkontakte UKP Wien 1991, 1992“...	S. 365

Dr. Schmid-Siegel, „Tätigkeitsbericht der Drogenambulanz der Universitätsklinik für Psychiatrie“ (Anzahl Kontakte, Erstkontakte)	S. 366
Dr. Schmid-Siegel, „Tätigkeitsbericht der Drogenambulanz der Universitätsklinik für Psychiatrie“ (Methadon Neueinstellungen)	S. 367
Dr. Schmid-Siegel, „Tätigkeitsbericht der Drogenambulanz der Universitätsklinik für Psychiatrie“ (Erstkontakte, Anzahl der Entzüge)	S. 368
Literaturverzeichnis	S. 369
Zeitschriften	S. 375
Internet – Quellen	S. 376
Filme	S. 377
Bilder	S. 377
Curriculum Vitae	S. 378
Abstract	S. 379

Vorwort

Die hier vorliegende Geschichte einer Institution, welche vor allen Dingen eine Geschichte einzelner Protagonistinnen auf dem Gebiet der Suchtabhängigenversorgung darstellt, soll jenen zu Ehre gereichen, die im Laufe der vergangenen fünf Jahrzehnte, versuchten jenen versklavten Seelen beizustehen, welche sich ihrer Ketten selbständig nicht mehr zu erwehren vermochten. Getragen durch persönliches Herzblut und privat-initiatives Engagement unserer werten Doktoren und Doktorinnen, ist diese Geschichte demnach keine rein medizinisch-psychiatrische Angelegenheit, sondern vielmehr ein Ausdruck von Menschlichkeit und Hilfsbereitschaft, um jenen zu Hilfe zu eilen, welche oftmals als verlorene Kinder unserer Zeit ihre gesellschaftliche Betrachtung finden mussten. Dieses soll vor allem deshalb gesagt sein, da dieser Bereich der Patientenversorgung sehr oft das Ansehen und den Respekt der Gesellschaft vermissen lässt, da das hierbei versorgte Klientel zumeist nicht das allgemeine Verständnis oder besser gesagt ins allgemeine Bewusstsein der Menschen unseres heutigen Zeitalters seinen vernunftgemäßen Eingang findet, und demgemäß oftmals kein hohes oder überhaupt vernommenes Ansehen unseren werten Professoren entgegengebracht wurde, welche mit großem Schweiß, persönlichem Engagement und zumeist unter enormem persönlichen Risiko getragen es ermöglichten, eine adäquate und bestmögliche Versorgung der Suchtkrankheit in den vergangenen Jahrzehnten in die Wege zu leiten. Dementsprechend soll auch, wenn es lediglich durch meine Wenigkeit als solche seine Wertschätzung und Betonung findet, gesagt werden, dass die persönlichen Gespräche und darin vernommenen Vorgehensweisen innerhalb der Suchtbetreuung mir höchsten Respekt und Ehrerbietung abverlangten, da all jenes nicht deshalb geschah, um einem persönlichem Karriereweg zu dienen, sondern der Sache selbst seine Dienste zu erweisen. Somit ist die hierbei getätigte Lebens- und Arbeitsphilosophie meiner Meinung nach im höchsten Maße Ausdruck altruistischer und philanthropischer Nächstenliebe, welche jedem Menschen als Vorbild gereichen soll, der danach trachtet, seiner inneren Stimme Gehör zu schenken und dieser auch im vernunftgemäßen Sinne Folge zu leisten, koste es was es wolle.

Um nun neben meinen gewonnenen Einsichten über meine liebgewonnenen Mentoren Auskunft darüber zu geben, weshalb ich mich dazu entschlossen habe eine derart umfangreiche Diplomarbeit im Sinne eines Dissertationsthemas zu verfassen, soll dieses nun seine kurze Erörterung finden. Durch persönliche Schicksalsschläge bedingt, welche im

Familien- und Freundschaftskreis ihren Bestand nehmen sollten, sollte ich Zeit meines Lebens mit Sucht- und Abhängigkeitsphänomenen konfrontiert sein, welche mein persönliches Wachstum bekräftigten und zu dem festen Entschluss führten diesem Teufelskreis selbst fern zu bleiben, da dieser einem alles zu nehmen vermag, was in der Welt an Schönheit und Glanz dem Menschen als Geschenk dargebracht wurde. Man glaube an eine Schöpfung oder man tue dies nicht, aber dass das Leben ein Wunder ist und alles Sein als Einheit und gegenseitig bedingtes Ganzes, nur in symbiotischer Einheit zu denken und erleben sei, ist ein Phänomen, das selbst ein auf Rationalität und Empirie vertrauender Atheist nicht gänzlich verneinen könne. Wie schon Charles Darwin zu meinen pflegte, ist das Leben selbst bedingt und geprägt durch Entwicklung, sowie jeder Mensch hierin seine gänzlich eigene und persönliche Heranreifeung vernimmt. Da nicht alle Menschen auf eine ruhmreiche Vergangenheit und hierbei vernommene Liebe zurückblicken können, schlägt das Leben manchmal Wellen, welche auch in Gewässer zu treiben vermögen, in welchen man, obgleich man schwimmt, stets zu versinken droht. Mein Vater selbst sollte sich Zeit seiner Jugend in solchen Regionen des Daseins wiederfinden, ihm jedoch der glückliche Umstand zu Teil werden, dass ein rettendes Schiff auf diesem Wege ihn aufnahm, welches ihn sprichwörtlich trocken legte und seinem Drang nach Weltflucht und Selbstzerstörung Einhalt zu gebieten vermochte. Deshalb gilt mein ganz besonderer Dank Herrn Dr. Günther Pernhaupt und dessen Kolleginnen und Kollegen des Grünen Kreises, welche es ermöglichten, dass jener das dunkle Zeitalter seiner selbst überwinden konnte und mir stets als liebevoller und verantwortungsbewusster Vater zur Seite stehen sollte. Das bestandlose Sein möge ihnen beiden Frieden schenken, da sie es vermochten, den Kampf gegen die Sucht aufzunehmen und letztlich siegreich das Schlachtfeld der Selbstversklavung hinter sich zurückzulassen.

Die ausschlaggebende Kraft, welche letztlich dazu führte, dass ich mich in meiner Auseinandersetzung innerhalb dieser Diplomarbeit der Universitätsklinik des allgemeinen Krankenhauses und nicht dem Grünen Kreis zuwandte, ist dahingehend zu finden, dass einerseits ein sehr lieber Jugendfreund meinerseits vor langer Zeit damit begonnen hatte, sich seiner Heroin- und generell der hierdurch bedingten polytoxikomanen Abhängigkeit zu stellen, derer er sich nach wie vor zu erwehren bemüht, sowie andererseits ich darüber zur Erkenntnis gelangte, dass schon einige Werke bezüglich des Grünen Kreises ihre Bestandnahmen fanden und die Geschichte bzw. die Wiege der österreichischen Drogenabhängigenversorgung (AKH), bis dato noch unberücksichtigt bleiben sollte.

Dementsprechend hatte ich mich dazu entschlossen, ein zum Teil noch unbeschriebenes Blatt der österreichischen Drogengeschichte zu beschreiben, welches sich besonders im Nachhinein als besonders wertvoll erweisen sollte, da mir durch jene Art der Auseinandersetzung die Umstände und Zustände der vergangenen Jahrzehnte zu Bewusstsein gelangten, welche sich rund um das Phänomen Drogenabhängigkeit begeben sollten (Innen- & Außenansichten). Durch jenes Wissen bestärkt ist es mir somit möglich, einerseits als angehender AHS- und BHS-Lehrer wissenschaftlich gestützt unsere angehenden Generationen über jenes Phänomen und die immanenten Gefahren eines unbedachten Drogenkonsums zu unterrichten, sowie andererseits gegen die oberflächliche und populistische Negativ-Propaganda seitens der Medien gefeit zu sein, deren fast tägliche Sensationsaufmachungen im Sinne von Drogentoten- und illegalen Drogenabhängigenstatistiken, etc., dem Problem der Suchtkrankheit an sich oftmals nicht gerecht werden können oder besser gesagt, sich oftmals gar nicht erst mit den grundlegenden Problematiken und Lösungsoptionen diesbezüglich konfrontieren. Um hierin jedoch ein nachhaltiges und adäquates Bewusstsein schaffen zu können, besteht meiner Meinung nach die Notwendigkeit, das allgemeine gesellschaftliche Verständnis und Verantwortungsbewusstsein für den vernunftgemäßen Umgang mit Drogen und suchtkranken Menschen „unterstützender Natur“ medial zu gewährleisten, sowie auch jeder Mitbürger dazu angehalten werden müsse, im Rahmen seiner Möglichkeiten und im Sinne des gesellschaftlichen Zusammenlebens in einer Gemeinschaft dazu beizutragen, dieses Phänomen als Problem zu tilgen und nicht mit erhobenem Finger und den Kopf schüttelnd zu meinen, dass diesen „Kreaturen“ nicht geholfen werden könne, obgleich viele von ihnen oftmals selbst nikotinabhängig oder Alkoholismus-gefährdet sind, oder aber auch im Sinne eines gesellschaftlich anerkannten Drogenkonsums sich dieser Substanzen bedienen und darüber hinaus noch zu behaupten wagen, dass diese Genussmittel ja gar keine Drogen seien. Nachdem man jedoch zu dieser Erkenntnis das diesbezüglich vorhandene Wissen rund um jenes Phänomen des Drogenkonsums zunächst einmal vernehmen muss und man im zweiten Schritt dementsprechende Erkenntnisse erst hieraus abzuleiten vermag, kann letztlich jenen Individuen, welche bis dato derart herablassend mit Drogenabhängigen verfahren, kein Vorwurf gemacht werden, da dieses Unterfangen naturgemäß einer geraumen Zeit und adäquater Vermittlungsmethoden bedarf, deren wir uns hoffentlich in Zukunft bestmöglich bedienen werden. Demgemäß möge jene von mir getätigte, vorangegangene Aussage, welche selbst dazu tendierte, eine plakative Äußerung in den Raum zu stellen, lediglich als persönlich solch erfahrene bzw. als intendierte und notwendige Herangehensweise seine Betrachtung

finden, sodass kommende Generationen davor bewahrt werden können in eine Falle zu treten, deren eigene Baumeister oftmals wir selber sind.

Die derzeit abermals entbrannten Diskussionen rund um die Freigabe illegaler Drogen, der Substitutionsbehandlung und diesbezüglicher Erweiterungen, werden die österreichische Drogenpolitik und gesellschaftlichen Rezeption dahingehend mit bestimmter Sicherheit nachhaltig prägen, währenddessen wir uns bereits ein Stückchen schlauer machen und uns der Geschichte der österreichischen Drogentherapie zuwenden, welche wir am Beispiel der Geschichte der psychiatrischen Universitätsklinik des Allgemeinen Krankenhauses eingehender in Erfahrung bringen werden. Da bekanntlicher Weise Wissen gleich Macht ist, jedoch erst die praktische Anwendung hiervon die Weisheit selbst zu bergen vermag, wollen wir uns zunächst einmal der ersten Stufe, dem Wissen selbst zuwenden.

Aufgrund des Umstandes, dass das zu Tage geförderte Wissen meiner persönlich kontaktierten und interviewten Professorinnen, sowie deren daraus gewonnene Einsichten, jedoch zumal voluminöse Ausmaße erreichten und aufgrund vorzufindender quantitativer, wie energietechnisch bedingter Begrenzungen meinerseits, möge man mir erbetener Weise nachsehen, dass ich nicht alle vernommenen Informationen und Querverbindungen, sowie bspw. die pharmakologischen Interventionen, Persönlichkeiten der Vernetzungsdienste zu anderweitiger Institutionen oder aber auch die drogenkulturspezifischen Hintergrunddetails der jeweiligen Phasen der hiesigen Drogentherapie bis ins kleinste Detail erörtern konnte, da diese Beschreibungen gut geschätzt drei weiterer Diplomarbeiten jenes hier vorliegenden Ausmaßes bedürfen würden. Demgemäß möchte ich darum bitten, bezüglich meiner Person Gnade walten zu lassen und hoffe dennoch durch meine getätigten Darstellungen den einzelnen Teilbereichen der Drogenabhängigenbetreuung innerhalb der Universitätsklinik einen bestmöglichen Ausdruck verliehen zu haben, sodass sowohl die institutionellen Entwicklungsbedingungen, als auch die hierin bestandgenommenen medizinischen sowie sozialgeschichtlichen Entwicklungsvorgänge bzw. Tätigkeiten unserer Professorinnen, ihren ruhmreichen und ehrwürdigen Anklang bei der Leserschaft zu finden vermögen und jenen zum Dank gereicht werden.

Einleitung

Nachdem zu Mitte der 60er Jahre der illegale Drogenkonsum unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen in der österreichischen Öffentlichkeit für große Furore sorgte und mit dem Jahre 1966 eine erste Gruppe drogenkonsumierender Heranwachsender in die psychiatrisch-neurologische Universitätsklinik eingeliefert wurde, sollte man sich an hiesiger Stelle von dieser Zeit an mit dem Phänomen der Drogenabhängigkeit eingehender konfrontiert sehen.² Der Umstand eines illegalen Drogenkonsums bzw. Drogenmissbrauches schon seit längerer Zeit in Form von vorangegangenen Kokainismus und Morphinismus bekannt,³ stellte hierbei an sich keine völlige Neuheit dar, sondern zeigte lediglich im Sinne eines aufkommenden und oftmals polytoxikomanen Konsum- und Abhängigkeitsverhaltens unter Jugendlichen eine gänzlich neue Form des illegalen Substanzgebrauches, welche diesen Umständen entsprechend eine völlig neue Sicht- und Herangehensweise zur Behandlung drogeninduzierter Folgewirkungen bedurfte.⁴ Um nun dieses Themenfeld eines illegalen Drogenkonsums und dessen Implikationen, sowie die Entwicklungsverläufe hinsichtlich der Versorgung und Betreuung von drogenkonsumierenden bzw. suchtabhängigen Patientinnen einsehbar zu gestalten, hat es sich die hier vorliegende Arbeit zur Aufgabe gemacht, die grundlegenden Problematiken eines derartigen Drogenphänomens zu erschließen und am Beispiel der Drogenambulanz des Allgemeinen Krankenhauses über die Entwicklungsschritte der österreichischen Drogentherapie Auskunft zu geben. Der hierbei beleuchtete Zeitraum vom Jahre 1966 bis zu Jahre 1993, welcher gleichsam als die Wiege und die Grundfesten der österreichischen Drogenabhängigen-Versorgung gelten darf, soll uns hierzu als Rahmenkonstruktion dienlich sein, sodass wir uns, durch diese Begrenzung bedingt, eingehender den umfassenden und gewichtigen Entwicklungsaspekten der jeweiligen Versorgungsperioden an der Drogenambulanz der psychiatrischen Universitätsklinik zuwenden können.

Aufgrund der nahezu täglich vernehmbaren Tatsache, dass es medialer Natur oftmals zu Ungereimtheiten hinsichtlich der adäquaten Anwendung von Begrifflichkeiten rund um das

² Vgl. Bruck J., Mader R., Sluga W., „Rauschgift- und Drogenmissbrauch – ein aktuelles Problem in Österreich?“, In: Wiener Medizinische Wochenschrift 42/43, Wien (1967), S. 948 - 952

³ Vgl. Schnopfhagen Otto, „Suchtmittelmißbrauch als Problem eines regionalen neuropsychiatrischen Krankenhauses“, In: Kryspin Exner, „Die modernen Formen des Suchtmittelmißbrauches – Klinik und Therapie der Drogenabhängigkeit bei Jugendlichen“, Wilhelm Braumüller Verlag, Wien (1971), S. 55

⁴ Vgl. Peter Berner & Ruth Naske, „Psychohygienische Aspekte des Suchtmittelmißbrauches“, in Kryspin Exner (1971), S. 15

Phänomen der Drogenabhängigkeit kommt, schien es mir als unabdingbar, im ersten Teil meiner Arbeit einen Überblick über die Entstehung und Weiterentwicklung diesbezüglicher Begrifflichkeiten zu geben, sodass dieser Umstand bestmöglich umgangen werden könne bzw. zu einem tieferen Verständnis der inhärenten Problematiken dieses Themenfeldes beizutragen vermag. Diesem tieferen Verständnis entsprechend und aufgrund der Tatsache, dass nicht davon ausgegangen werden kann, dass alle Leserinnen und Leser dieser hier vorliegenden Arbeit über die grundlegenden Kenntnisse von Drogenwirkungen bezüglich der verschiedenen illegalen Substanzen und dessen Folgewirkungen verfügen, sollen diese im ersten Teil ebenso ihre notwendige Platzierung erfahren und darüber hinausgehend gleichsam die fundamentale Notwendigkeit einer psychiatrisch-medizinischen Intervention bezüglich jener Begleiterscheinungen einsehbar gestalten.

Gemäß dem geschichtlichen Umstand, dass zu Mitte der 60er Jahre das neue Phänomen eines jugendlichen Drogenmissbrauches in Österreich seinen Bestand nehmen sollte, beschäftigt sich der zweite Teil dieser Arbeit mit den entwicklungsgeschichtlichen Einflüssen der verschiedenen Jugendkulturströmungen jener Tage, welche durch literarische und musische Avantgardisten getragen zu unterschiedlichen Teilhaberideologien bzw. Drogenkonsumpraktiken führten. Dementsprechend widmet sich jene Auseinandersetzung gezielt den jeweiligen juvenilen Generations der 50er und 60er Jahre unseres vergangenen Jahrhunderts, um hierdurch einen Einblick in die gängigen Lebensphilosophien jener Subkulturgruppen zu erhalten, deren Ausdruck oftmals durch einen immanenten bzw. ideologisierten Drogenkonsum charakterisiert war und hierdurch getragen die Auswüchse eines Drogenmissbrauchsphänomens auf österreichischem Territorium begründeten bzw. erstmals in einem größeren, spürbarem Verhältnis urbar machen konnten.⁵

Der dritte Teil, welcher als Hauptteil gedacht sich mit den bestandgenommenen Entwicklungen und Reaktionen der psychiatrischen Universitätsklinik bzw. der hierzu begründeten Drogenambulanz konfrontiert, beschäftigt sich einerseits mit den vorgefundenen institutionellen Begebenheiten an hiesiger Stelle, sowie andererseits mit den darin

⁵ Absatz Vgl. → Springer Alfred, „Zum Problem des Einflusses von Rauschdrogen auf die Entwicklung einer Jugendlichen-Subkultur“, In: Kryspin Exner, „Die modernen Formen des Suchtmittelmissbrauches – Klinik und Therapie der Drogenabhängigkeit bei Jugendlichen“, Wilhelm Braumüller Verlag, Wien (1971), S. 135 - 154 & Alfred Springer, „Reflexionen zur Anthropologie und Kulturgeschichte der psychoaktiven Stoffe“, In: Renate Brosch/Günter Junke (Hrsg.), „Sucht in Österreich – Ein Leitfaden für Betroffene, Angehörige, Betreuer“, Orac Verlag, Wien (1993), S. 28 - 33

befindlichen Vorgehensweisen unserer Ärzte und Ärztinnen in den jeweiligen Phasen der Suchtabhängigenbetreuung. Aufgrund des Umstandes, dass die Geschichte dieser Einrichtung vor allem eine Geschichte dieser einzelnen Protagonistinnen auf dem Gebiet der Drogenabhängigenversorgung darstellt und jene Persönlichkeiten zumeist in Verbund mit anderweitigen Institutionen standen bzw. diese selbst ins Leben riefen und/oder nach deren Bilde zu formen vermochten, werden wir uns an gegebener Stelle auch stets den immanenten interinstitutionellen – interdisziplinären Entwicklungen zuwenden, um die jeweiligen Verbindungen und relevanten Aspekte hiervon einsehbar zu gestalten. Überdies hinaus wird zu sehen sein, dass oftmals politische Zielsetzungen und daraus resultierende Gesetzesentwürfe durch die Avantgardistinnen des AKH ihren jeweiligen Akzent erhielten bzw. erst durch jene selbst ihre Initiierung fanden, deren Auskommen und Notwendigkeiten ebenso anhand der jeweiligen Bezugspunkte ihre essentiellen Einbettungen erfahren werden.

Interviews

Im Zuge der Materialsammlung rund um die Geschichte der Drogenambulanz der psychiatrischen Universitätsklinik, war es ergänzend zum Studium schriftlicher Quellen unabdingbar, die leitenden Persönlichkeiten der vergangenen fünf Jahrzehnte im Sinne von persönlich geführten Interviews zu kontaktieren, da bezüglich der bestandnehmenden Entwicklungen bis dato kein eigenständiges Werk hierzu existierte und eine Vielzahl der hierbei gegebenen Sachlagen zumeist auf informellem Wege ihren Bestand nahmen, welche somit erst durch die persönlichen Auskünfte unserer Ärzte und Ärztinnen erhoben bzw. einsehbar gemacht werden konnten. Als Laie auf diesem Gebiet der Datenerhebung, versuchte ich entsprechend der umfassenden und immanenten Bezugsvielfalt jenes Themenkomplexes, anhand eines strukturierten Interviewleitfadens einerseits Auskunft über die institutionellen, therapeutischen und dokumentarischen Begebenheiten jener Einrichtung zu erhalten,⁶ sowie es andererseits im Sinne eines narrativen Interviews meinen Gesprächspartnern und Gesprächspartnerinnen zu ermöglichen möglichst frei zu den jeweiligen Themeninhalten ohne Unterbrechungen Stellung zu nehmen, sodass weiterführende Aspekte wie bspw. die inhärenten Problematiken der Suchtabhängigenbetreuung oder der österreichischen Drogenszene ihren Bestand nehmen konnten. Dementsprechend sollte durch jene Art der Vorgehensweise vermieden werden, an möglicherweise vorhandenen relevanten

⁶ einer dieser Interviewleitfäden finden sich „Einblick-gebend“ im Anhang

Informationen vorbei zu fragen, was sich letztlich begünstigend auf den Informations- und Darstellungsgehalt dieser Arbeit auszuwirken vermochte.⁷

Die getätigten Interviews, welche allesamt mit Erlaubnis meiner Gesprächspartner Herrn Prof.

Dr. Alfred Springer, Dr. Johannes Ranefeld, Prim. Dr. Peter Hermann, OA Dr. Otto Presslich und Frau Prof. Dr. Brigitte Schmid-Siegel transkribiert und namentlich versehen wurden, finden sich ausschnittshaft im Anhang dieser hier vorliegenden Arbeit vertreten, da die Gesamtheit aller Transkriptionen ein Ausmaß von über 200 Seiten umfasst, sodass lediglich die direkt zitierten und vergleichsweise ausgewiesenen Interviewfragmente enthalten sein können.

Weiterführende Auskünfte

Aufgrund des oftmals eintretenden Umstandes, dass verschiedenste Informationen wie bspw. die Gehaltsabgeltungsvorgänge bezüglich unserer Drogenambulanzärztinnen oder aber auch der Beginn der Substitutionsbehandlung innerhalb des Psychosozialen Dienstes (Borschkegasse) der Stadt Wien schriftlicher Natur nicht aufgefunden werden konnten, musste ich mich zumeist per Telefonanfrage an die jeweiligen Institutionen bzw. betroffenen Persönlichkeiten wie Frau Dr. Edith Hofer (Dialog), Frau Dr. Hermine Schmidhofer (Sucht- und Drogenkoordination Wien), Herrn Dr. Walter Reichelt (Otto-Wagner-Spital) und Frau Prof. Dr. Gabriele Fischer (Leiterin der Drogenambulanz AKH) selbst wenden. Die hierbei getätigten Auskünfte wurden mit Zustimmung der jeweiligen Akteurinnen ebenso auf Band aufgezeichnet und transkribiert bzw. direkt verschriftlicht, welche sich in voller Länge ebenfalls im Anhang (Telefonauskünfte) dieser Arbeit finden.

Fußnoten

Infolge der derzeit gültigen Plagiatsbestimmungen bzw. der hieraus resultierenden Ausweisungspflicht über hinzugezogene Textbestandteile, muss für diese hier vorliegende Arbeit vorausgeschickt werden, dass bezüglich direkter Zitate bzw. in Hinsicht auf derartige Textfragmente, der Verfasser sich darum bemühte jene einerseits durch Anführungszeichen und Textstellen-Heraushebung ([...] „ ... “ [...]) zu kennzeichnen, sowie andererseits durch die direkte Anführung des Autors/der Autorin in der Fußzeile (z.B.: Manfred Marschalek, „Drogen, Sucht und Therapie – Das Drogenproblem in Österreich und die Wege zu seiner

⁷ Grundlage und Motivation dieser Vorgehensweise, sowie Textverwendung Absatz → Strake Bernhard, „Jugendkultur und Drogen im Wien der späten sechziger Jahre“, Dipl.Ar., Neulengbach (Mai 2000), S. 7, 8

Lösung“, Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz, Wien 1981) diese auszuweisen, um hierdurch die Lesefreundlichkeit des Textes zu begünstigen, aber dennoch die gegebenen Verweis-Vorschriften zu achten. Demgemäß findet sich für hauptsächlich getätigte Vergleiche die Abkürzung (Vgl.) am Anfang bzw. vor dem jeweiligen Autor eines zu konsolidierenden Werkes, in der Fußnote vertreten, auf welches letztlich nur im Sinne der Aussage verwiesen wurde, jedoch für alle anderweitigen Fußnoten ohne jene Vergleichsabkürzung gilt, dass bei diesen eine Textentnahme von den jeweiligen Autorinnen ihren Bestand findet.

Neben dieser reglementbedingten Notwendigkeit, sei darüber hinaus darauf hingewiesen, dass speziell ab dem zweiten Teil dieser Arbeit, es für den Leser von großem Nutzen ist, den Fußnoten vermehrter Natur seine Aufmerksamkeit zu schenken, da diese weiterführende und ergänzende Informationen beinhalten, welche es der Thematik bzw. dem spezialisierten Interesse der Leserschaft ermöglichen sollen, einen umfassenden Einblick in die jeweiligen Themengebiete zu erhalten, welche aufgrund der Umfangsbeschränkung dieser Diplomarbeit nicht dezidiert bzw. eigenständig im Haupttext ihre Erörterungen finden konnten.

Gendergerechte Schreibweise

Im Sinne der gendergerechten Schreibweise habe ich mich darum bemüht, stellenweise der gewünschten Forderung jener Verfahrensweise Rechnung zu tragen, wobei zumeist Doppelnennungen und die Form des –innen Ausdrucks ihre Verwendungen finden. Da ich im Rahmen dieser Arbeit versuchte, prägnant und zielführend zu schreiben, möge man mir jedoch vergeben, dass diese Schreibweise nicht durchgängig ihren Bestand nehmen konnte, da diese das Leseverständnis erheblich beeinträchtigt hätte und somit auf generische Maskulina, Feminina und Neutra ebenfalls zurückgegriffen wurde.

TEIL I – Die Grundlagen der Drogentherapie

1. Begriffsdefinitionen

Zu Beginn unserer Auseinandersetzung scheint es aufgrund von immer wieder auftretenden terminologischen Unregelmäßigkeiten innerhalb der allgemeinen Drogendiskussion unbedingt von Nöten zu sein, klare Verhältnisse für die jeweiligen Begrifflichkeiten zu schaffen, welche rund um dieses Themenfeld ihre Platzierung finden. Dementsprechend wollen wir uns einführend mit den wichtigsten Termini dieses Themenkomplexes beschäftigen und hierin sowohl die ursprünglichen Bedeutungen, als auch die fachsprachlichen Anwendungen ersichtlich machen, um durch diese Definitionen etwaigen Ungereimtheiten vorzubeugen.

1.1 Der Begriff „Droge“

Der Begriff „Droge“, welchem in seiner nunmehr fast 600-jährigen Geschichte der Verwendung mannigfaltige Bedeutungen zukamen, findet seine etymologische Wiege bereits in den lateinischen Schriften des 15. Jahrhunderts, worin der Begriff „drogue“ zumeist für aromatische, getrocknete Pflanzen seine Verwendung fand.⁸ Im Laufe der Zeit beschränkte sich dieser Terminus jedoch immer mehr auf die Bezeichnung von Heilmitteln, welche sich aus natürlichen Substanzen zusammensetzten,⁹ sodass auch ein Wortursprung aus dem arabischen Wortschatz denkbar ist. In diesem bedeuteten die Worte „dowa“ oder „drowa“ so viel wie Heilung oder auch Heilmittel und können somit sowohl durch die Kreuzzüge, als auch durch die regen Handelsbeziehungen in den Orient, für die romanischen Abwandlungen „drogua“ oder „doga“ verantwortlich sein.¹⁰

Einen weiteren bzw. ähnlichen etymologischen Ansatz finden wir diesbezüglich auch bei Sebastian Scheerer und seiner Kollegin Irmgard Vogt, welche den Wortstamm Droge wiederum von dem niederdeutschen Wort „droge“ ableiten. Jener Ursprung ergibt sich ebenfalls in Bezug auf „trocken bzw. getrocknete Pflanzen“, da zur damaligen Zeit Packfässer mit Trockenware genannt „drogefate“ ihre Verwendung fanden, deren Inhalt irrtümlicher Weise mit dem Wort „droge“ bezeichnet wurde.¹¹ Dieser Entsprechung nachfolgend, konnte

⁸ Birgit Bolognese-Leuchtenmüller, „Geschichte des Drogengebrauchs, Konsum – Kultur – Konflikte – Krisen“, In: Beiträge zur historischen Sozialkunde 1/92, Wien (1992), S. 4 ; Rotpart Michaela, „Der Wandel von Drogen, Drogenkonsum und Drogenpolitik in Österreich seit 1945“, Dipl. Arb., Wien (1998), S. 10

⁹ Katzung Walter, „Drogen in Stichworten - Daten, Begriffe, Substanzen“, Ecomed-Verlags-Ges., Landsberg (1994), S. 17 → im Folgenden zitiert als Katzung

¹⁰ Bolognese-Leuchtenmüller, Wien (1992), S. 4

¹¹ Sebastian Scheerer, Irmgard Vogt, „Drogen und Drogenpolitik: Ein Handbuch“, Campus Verlag, Frankfurt am

nun von dem niederländischen Begriff „droog“¹² das französische Wort „drogue“ seine Ableitung finden, welches letztlich die Basis für die deutsche Bezeichnung „Droge“ liefern sollte.¹³

Je nachdem, welcher Argumentation man nun gerne folgen möchte, lässt sich jedoch eine wohl unserem heutigen Verständnis näherkommende Begriffsdefinition in dem englischen Wort „drug“ ausfindig machen. Jenes Wort,

[...] „ursprünglich nur im Sinne von Arzneimitteln gebraucht [entwickelte] sich zu einem eigenständigen Begriff für alle Abhängigkeit auslösenden Wirkstoffe, unabhängig davon, ob die Wirkstoffe Arzneimittel sind oder nicht bzw. ob sie gesetzlich zugelassen oder verboten sind.“ [...].¹⁴

Nach und nach ersetzte dieser Begriff sowohl im medizinischen, als auch im juristischen Bereich den bis dahin „international“ gebräuchlichen Begriff für Betäubungsmittel „narcotic“,¹⁵ wobei die diesbezüglich problematischen Relationen jener Begrifflichkeiten (Suchtgift, Betäubungsmittel, Rauschgift, etc.) im nachfolgenden Kapitel „Sinnverwandte Begriffe“ noch ihre notwendige Erörterung finden werden. Zuvor jedoch wollen wir uns exemplarisch weiteren bestehenden Ansätzen wie bspw. der alltagsgebräuchlichen Sinnstiftung zuwenden, um die zugrundeliegenden Anliegen und Problematiken zu verstehen, welche es mit einem umfassenden Drogenbegriff zu bewältigen gilt.

Betrachtet man nun die „alltagsgebräuchliche“ Verwendung des Wortes Droge, so nehmen hierin verschiedenste Konnotationen ihren Bestand, welche zumeist eine negative Assoziation im gesellschaftlichen Kontext aufweisen. Somit kommt es, dass die Bezeichnung Droge weitestgehend in Bezug auf „illegale“ Drogen, wie bspw. Haschisch, Kokain oder Heroin seine Verwendung findet und im Gegensatz hierzu die sogenannten Volksdrogen, „Genussmittel“ wie bspw. Alkohol, Nikotin und Koffein, von dieser „bewussten“ Zuteilung ausgenommen sind. Die Problematik, welche durch eine derartige Differenzierung zum Tragen kommt, verweist hierbei bereits auf das Phänomen der „kulturimmanenten“ Beziehung von „Drogenkonsum“ (legal/illegal) und Drogenpolitik eines Staates, worin sowohl die Akzeptanz einer Bevölkerung in Bezug auf eine jeweilige Substanz (kulturelle

Main (1989), S. 5 → im Folgenden zitiert als Scheerer/Vogt

¹² welches ebenso zu Zeiten der niederländischen Kolonialherrschaft, getrocknete Pflanzenprodukte, etc. bezeichnete → Vgl. Georg Augusta, „Die Droge und die Frage der Unentscheidbarkeit von Gabe und Gift (Mauss, Derrida, Lacan)“, In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, Jg. 31 (2008), Nr. 1, S. 17

¹³ Scheerer/Vogt, S. 5

¹⁴ Katzung, S. 17

¹⁵ Katzung, S. 17

Integration), als auch der damit verbundene Nutzenfaktor für die „Staatsökonomie“ (ökonomische Integration) eine entscheidende Rolle einnimmt.¹⁶ Diesbezüglich ist also nicht sosehr die inhärente Gefahr eines psychoaktiven Stoffes ausschlaggebend für dessen sprachliche und juristische Klassifizierung innerhalb einer Gesellschaft, als vielmehr die Kombination von kultureller Akzeptanz und ökonomischem Nutzen, was bis dato bspw. dafür verantwortlich ist, dass die Aufnahme von Alkohol

[...] „in die Liste der am strengsten kontrollierten psychoaktiven Substanzen [verhindert wird], obschon die sich durch diese Toleranz ergebenden Probleme alle übrigen Gefährdungen durch Rauschmittel [sic] quantitativ weit übertreffen.“ [...].¹⁷

Diesem kulturimmanenten Umstand bzw. jener Klassifizierung Rechnung tragend, erschwert nun auch die Beschränkung der Begrifflichkeit „Droge“ für illegale Substanzen sowohl den historischen als auch internationalen Vergleich.¹⁸ Man denke hierzu bloß an die Zeit der Prohibition in den Vereinigte Staaten, als dem Alkohol ein illegaler Status beigemessen wurde,¹⁹ wie auch an das Alkoholverbot in islamischen Ländern, was die Problematik zur umfassenden Konkretisierung eines derart gewichteten Drogenbegriffs letztlich zum Ausdruck bringen dürfte.²⁰

Die Vielzahl der Definitionen anhand der wissenschaftlichen Fachdisziplinen macht es nicht einfacher, diesen Begriff mit einem sinngemäß allgemeingültigen Bedeutungsinhalt zu versehen. Stellvertretend hierfür soll bspw. der Definitionsrahmen im Kontext der Pharmazie angeführt sein. Hierin versteht man unter Drogen

[...] „sowohl die [...] Grundstoffe für Arzneimittel als auch die bereits aus einem Rohstoff zubereiteten bzw. aus mehreren zusammengesetzten Medikamente, und zwar unabhängig von Fragen der psychoaktiven Wirkung und juristischen oder moralischen Bewertung.“ [...].²¹

Der Vorteil einer derart neutralen Definition liegt nun darin, dass man sich hierdurch zwar von

[...] „moralischen Standpunkten, juristischen Klassifizierungen und historisch geographischen Unterschiedlichkeiten“ [...].²²

befreien kann, jedoch international gesehen die verschiedensten Arzneimittel mit

¹⁶ Scheerer/Vogt, S. 6 & Bolognese-Leuchtenmüller, Wien (1992), S. 3

¹⁷ Scheerer/Vogt, S. 7; Man siehe als Beispiel die rund 300.000 Alkoholiker, die alleine für den Großraum Wien anzunehmen sind. → Vgl. Interview mit Herrn Ao. Univ.-Prof. Dr. Otto-Michael Lesch, leitender Oberarzt der Ambulanz für Alkoholismusgefährdete des AKH Wien, im Folgenden zitiert als Interview Dr. Lesch, im Anhang

¹⁸ Vgl. Scheerer/Vogt, S. 6; bzw. würde dies tun

¹⁹ oder die Frage [...] „War Tabak früher eine Droge als er in Preußen verboten war?“ [...] → Rotpart, S. 11

²⁰ Scheerer/Vogt, S. 6

²¹ Scheerer/Vogt, S. 5

²² Scheerer/Vogt, S. 5

unterschiedlichsten Grundstoffen ihre Verwendung finden, sodass ein diesbezüglich möglichst vorurteilsfreier, allgemeiner Ansatz innerhalb der WHO in den vergangenen Jahrzehnten zwar immer wieder angestrebt wurde, jedoch durch diese Anpassung der Begriff „Droge“ auch immer mehr an Inhalt verlor.²³ Dementsprechend plädierte man seit den 80er Jahren für einen geschichteten, hierarchischen Drogenbegriff, der folgendermaßen seine Differenzierung findet:

1. „Eine Droge im weitesten Sinne ist jede chemische Einheit oder Mischung von Einheiten (unter ausdrücklicher Ausklammerung derjenigen, die für die Aufrechterhaltung des normalen Gesundheitszustands erforderlich sind), deren Verabreichung biologische Funktionen oder Strukturen verändert;
2. Auf einer zweiten Ebene soll die etwas engere Definition dann zwischen verschiedenen Anwendungsebenen (vor allem zwischen medizinischem und nicht-medizinischem Gebrauch) unterscheiden;
3. Auf der dritten Ebene wird die Art und Weise der Wirkung zum entscheidenden Kriterium; auf dieser Ebene werden dann nur noch die psychoaktiv wirkenden Substanzen als Drogen definiert.“²⁴

Der hierbei getätigte Definitionsrahmen des Drogenbegriffs liefert nun eine sehr schöne Anwendungsgrundlage zur Erörterung der jeweiligen Bezugnahme bzw. Verwendung des Wortes, was dementsprechend auch als Apell der Autoren jener Unterteilung an die jeweiligen Anwender gerichtet wurde.²⁵ Für unsere Art der Betrachtung wird, neben dem außermedizinischen Gebrauch, vor allem die dritte Ebene von besonderer Bedeutung sein, worin auch der „psychoaktive Gehalt“ einer Substanz seine Gewichtung findet. Im Hinblick auf diesen, werden unter „Drogen“

[...] „alle Stoffe, Mittel, Substanzen, [verstanden] die aufgrund ihrer chemischen Natur Strukturen oder Funktionen im lebenden Organismus verändern, wobei sich diese Veränderungen insbesondere in den Sinnesempfindungen, in der Stimmungslage, im Bewußtsein oder in anderen psychischen Bereichen oder im Verhalten bemerkbar

²³ inhaltsleerer wurde → Bsp.: „A substance that, when taken into the living organism, may modify one or more of its functions.“ Halbach H., „Terminologie“, In: Steinbrecher W./Solms H. (Hg.), „Sucht und Mißbrauch“, Stuttgart (1975), 1/27 (zit. n. Scheerer/Vogt, S. 5)

²⁴ Vgl. und Zitat Scheerer/Vogt, S. 5

²⁵ Vgl. Scheerer/Vogt, S. 5

machen.“ [...]”.²⁶

Diese wertneutrale Herangehensweise, welche in einem allgemein anwendbaren Rahmen ihre Platzierung findet, ist es auch, die uns im Sinne der nachfolgenden Auseinandersetzung als geltender Bezugspunkt bzw. Wortverwendungsgrundlage dienen soll. Abgerundet und vollendet wird diese lediglich durch die Erweiterung bzw. das Verständnis von „Walter Katzung“ und „Irmgard Eisenbach-Stangl“, welche die pharmakologische Wirkung einer Substanz für sich alleine noch nicht als allumfassenden Definitionsrahmen genügen lassen. Deren Ansicht nach ist das entscheidende Moment, sodass eine Droge (Wirkstoff – objektive Eigenschaft) auch wirklich zu einer Droge wird, erst in der Verknüpfung mit der subjektiven Art und Zielsetzung der Einnahme einer solchen (subjektiven Dimension) zu finden. Die bewusste [...] „Herbeiführung einer Bewußtseins- oder Erlebnisveränderung im Sinne eines veränderten Verhältnisses zur Wirklichkeit“ [...] ist hierbei das ausschlaggebende Charakteristikum, denn ohne eine derartige Erwartungshaltung blieben selbst psychoaktive Substanzen [...] „ihrer Bedeutung nach nichts anderes als Gifte, Medikamente, Lebensmittel etc.“ [...].²⁷ Dementsprechend erweitert sich hierbei das psychopharmakologische Verständnis um die praxisrelevante Dimension der Verwendung psychotroper Stoffe, was für unseren hauptaugenmerklichen Fokus im Sinne der „Drogentherapie“ noch von entscheidender Bedeutung sein wird.

1.2 Sinnverwandte Begriffe

Wie wir bereits sehen konnten, findet sich rund um den Drogenbegriff selbst eine Vielzahl von Bezugnahmen und Herangehensweisen, welche stets in deren Bedeutungsdimensionen variieren und somit bei „unsachgemäßer Anwendung“²⁸ relativ schnell zu Ungereimtheiten führen könnten. Besonders deutlich wird dieses Phänomen durch den Bedeutungs- bzw. Bewertungsgehalt sinnverwandter Begriffe wie jenen des Betäubungsmittels, Rauschmittels, Rauschgifts, Suchtgifts, etc., welche sich zeitweilig mit dem Drogenbegriff selbst überschneiden.²⁹ Die Problematik liegt hierbei darin, dass jene Begrifflichkeiten zumeist [...] „nur aufgrund ihrer rechtlichen, sozialen und moralischen Bewertung“ [...] einer Unterscheidung zugeführt werden können, wobei die Wirkung einer jeweiligen Substanz, eine

²⁶ Scheerer/Vogt, S. 5f

²⁷ Absatz und direktes Zitat → Irmgard Eisenbach-Stangl & Arno Pilgram, „Zur Bestimmung des Drogenproblems“, In: Rudolf Mader/ Hans Strotzka (Hg.), „Drogenpolitik zwischen Therapie und Strafe“, Jugend & Volk Verlag, Wien (1989), S. 38, 39 → im folgenden zitiert als Eisenbach/Pilgram (1980)

²⁸ durch bspw. fehlende Verweise der Bezugnahme (3 Ebenen des Drogenbegriffes der WHO)

²⁹ Vgl. Bolognese-Leuchtenmüller, Wien (1992), S. 5 & Vgl. Rotpart, S. 13

eher untergeordnete Rolle zu spielen scheint.³⁰ Stellvertretend sei hierzu bspw. der Begriff des „Betäubungsmittels“ näher beleuchtet. Im deutschen Sprachgebrauch werden hierunter, innerhalb der Pharmakologie, sowohl Anästhetika (bspw. Äther), sowie stark wirkende Schmerzmittel (Morphium) verstanden.³¹ Neben diesem Bezugsrahmen, findet sich jenes Wort aber auch innerhalb der bundesdeutschen Jurisdiktion, dem deutschen „Betäubungsmittelgesetz“ (BtMG), wobei jedoch nur ein geringer Teil der aufgelisteten Substanzen und Zubereitungen der Klassifikation und Wirkungsweise im „pharmakologischen Sinne“ entsprechen könne.³²

Auch im österreichischen Kontext lässt sich diesbezüglich eine ebenso knifflige Überschneidung von juristischer Begrifflichkeit und fachzentriertem Bedeutungsinhalt finden, welcher dem historischen Zeitgeist der 40er Jahre seine Entstehung verdankte. Zur damaligen Zeit war man der Ansicht, dass der gemeinsame Nenner der Substanzen in der Potentialität der Suchterzeugung zu finden sei, gemäß dem vorhandenen Zeitzeugnis

[...] „Nicht alle ›Rauschgifte‹ erzeugen einen rauschartigen Zustand, nicht alle ›Betäubungsmittel‹ betäuben; allen ist jedoch die Eigenschaft, eine Sucht erzeugen zu können, gemeinsam.“ [...].³³

Die hieraus folgende Zentrierung rund um den Begriff „Suchtgift“, dessen Bezugsrahmen wir lange Zeit im Sinne der Zuordnung bzw. Benennung des österreichischen „Suchtgiftgesetzes“ (SGG) kannten,³⁴ ist nun ebenso problematisch wie das deutsche Pendant, sofern Rauschgifte nach heutigem Ermessenstand ja nicht notwendigerweise Suchtgifte/Suchtmittel sind, wie dies bspw. bei Haschisch und Atropin der Fall wäre, sowie auch subsumierte „Suchtgifte/-mittel“ (z.B. Barbiturate) nicht unbedingt Rauschgifte/-mittel sein müssen, jedoch so manche Drogen wie bspw. Opium oder Alkohol, sowohl der Bezugnahme Rauschmittel, als auch „suchtbildend“ entsprechen könnten.³⁵

Über dieses Zuordnungsproblem hinausgehend lässt sich nun in weiterer Folge zeigen, dass

[...]„emotionsgeladene Begriffe wie Rauschmittel, Rauschgift oder nur Gift [...] in gewisser Weise wissenschaftlich unzweckmäßig [sind], da [auch] die Erzielung eines Rausches und/oder einer giftigen Wirkung weniger von der Substanz als von der

³⁰ Rotpart, S. 13 & Vgl. Bolognese-Leuchtenmüller, Wien (1992), S. 5

³¹ Scheerer/Vogt, S. 7

³² Scheerer/Vogt, S. 7; Man denke diesbezüglich bspw. an den Szenebrauch von Amphetaminen, wobei die Bezugnahme „Betäubung“ allemal schwer fallen dürfte.

³³ Zekert Otto, „Opiologia“, HMW-Jahrbuch 1957, Wien (1956), S. 147 (zitiert nach Scheerer/Vogt, S. 7)

³⁴ heute → seit 1.1. 1998 = Suchtmittelgesetz (SMG) genannt

³⁵ Bolognese-Leuchtenmüller, Wien (1992), S. 5

Dosierung, der Verwendungsweise und -häufigkeit abhängt.“ [...] ³⁶

So sieht man bspw. anhand der Wirkung von Opiaten, dass diese bei „herkömmlichen“ Dosierungen Bewusstseinstörungen hervorrufen, aber erst im toxischen Konzentrationsbereich Halluzinationen ihren Bestand annehmen.³⁷ Auch an den „potentiell suchtvorsachenden“ Barbituraten kann man sehr schön sehen, dass diese bei „üblicher“ Konzentration keinen halluzinatorischen Rausch, sondern lediglich Schlaf bringen, jedoch bei längerer Anwendung zumeist eine „Wirkungsumkehr“ erfahren (erregend, euphorisierend wirken) und bei entsprechender Überdosis wiederum eine Vergiftung mit Todesfolge zu erwarten ist.³⁸ Diese Phänomenologie (Substanz/Konzentration/Verwendungsweise → Rausch/Vergiftung) ließe sich nun unnötiger Weise bis in die kleinsten Feinheiten pharmakologischer und anwendungsspezifischer Unterscheidungsansätze bezüglich der jeweiligen Substanzen aufspalten,³⁹ um klar zu machen, dass anhand der „wirkungsspezifischen Effekte“ keiner der erwähnten Begriffe (Rauschmittel, Suchtgift, etc.) dazu geeignet ist, alle Aspekte der derzeit bekannten psychotropen Stoffe adäquat unter sich zu vereinen.

Diesem Umstand entsprechend gelangte man auch zu der Ansicht, dass derartige Bezeichnungen im heutigen Sprachgebrauch

[...] „gewöhnlich nicht aus Bestrebungen um wissenschaftliche Exaktheit als vielmehr aus einer gewissen Abschreckungsabsicht“ [...]

heraus verwendet werden.⁴⁰ Man denke diesbezüglich an die täglichen Pressemitteilungen z.B. „Rauschgift im Wert von ... sichergestellt“, sowie auch an den gewohnten „negativ konnotierten“ Jargon der Polizei oder übrigen Gesellschaft, illegale Drogen als Rausch- oder Suchtgift zu bezeichnen.⁴¹ Hieran kann man sehr schön erkennen, dass all jene sinnverwandten Begrifflichkeiten stets die Gefahr bergen [...], „unterschwellig hineingetragenen subjektiven und /oder gesellschaftlichen Bewertungen“ [...] den Weg zu bereiten.⁴² Dementsprechend empfiehlt es sich, an der vorhin getätigten Definition des Wortes Droge festzuhalten, worunter ja in einem möglichst „neutralen“ Sinne alle psychoaktiv

³⁶ Rotpart S. 14

³⁷ Rotpart, S. 14

³⁸ Rotpart, S. 14 ; Springer Alfred, „Drogen und Drogenmissbrauch“, Lehrerinformation zur Gesundheitsförderung, Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kunst, 2. Auflage, Wien (2000), S. 36 → im folgenden zitiert als Springer, „Drogen und Drogenmissbrauch“

³⁹ was jedoch nicht im Sinne (Umfang) der hier vorliegenden Arbeit sein kann

⁴⁰ Vgl. und Zitat Scheerer/Vogt, S. 8

⁴¹ Scheerer/Vogt, S. 8

⁴² Bolognese-Leuchtenmüller, Wien (1992), S. 5

wirkenden Substanzen verstanden werden, und zwar unabhängig von der gesellschaftlichen Bewertung eines jeweiligen Produktes, respektive dem Konsum eines solchen.

Wie wir nun sehen konnten, hinter ließ sowohl der geschichtliche Entwicklungsprozess in Bezug auf die verschiedenen „Drogenbegrifflichkeiten“, als auch die gesellschaftliche Akzeptanz von Drogen selbst ihre unausweichlichen Spuren innerhalb unseres täglichen Sprachgebrauches. Bei all jenem spiegelt sich die Tatsache wider, dass der Gebrauch von Drogen innerhalb einer Gesellschaft einerseits geächtet oder verboten sein kann, jedoch auch andererseits der Konsum bestimmter Drogen nicht nur seine Toleranz und Akzeptanz innerhalb eines Volkskörpers zu finden vermag, sondern auch von diesem durchaus sozial erwünscht oder gefordert sein kann.⁴³ Welche Bedingungen diesbezüglich von Bedeutung sind, wollen wir uns im folgenden Kapitel etwas näher ansehen.

1.3 Konsum, Gebrauch, Missbrauch

Wie wir bereits in Bezug auf den Drogenbegriff kurz gesehen haben (kulturelle – ökonomische Integration einer Substanz), hängt der akzeptierte „legitime“ Konsum und Gebrauch von Drogen bzw. dessen Missbilligung und gesetzlich untermauerte Missbrauchsassoziation, sehr stark von gesellschaftlichen und moralischen Wertvorstellungen eines jeweiligen Kulturkreises ab. Dementsprechend kann bspw. in einem Land wie Österreich der Konsum von Alkohol und ein damit verbundenes lautes Auftreten am Stammtisch durchaus toleriert sein, jedoch in Ländern wie bspw. Frankreich oder Spanien, in welchen Alkohol ebenso juristisch und sozial verankert ist, ein derartiges Verhalten missbilligt oder gar gesellschaftlich geächtet werden.⁴⁴ Was nun einem adäquaten oder inadäquaten Gebrauch von Drogen entspricht, wird innerhalb der jeweiligen Sozialisation erworben, und die Ursachen zur Bewertung eines solchen, finden sich naturgemäß in der Geschichte bzw. der Tradition eines Volkes, wobei immer schon ausschlaggebend war, welche Drogen im jeweiligen Kulturkreis zur Verfügung standen und welchen Nutzen sie in welchen Lebensbereichen für die jeweilige Gemeinschaft urbar machen konnten. Grundsätzlich sind diese Bereiche laut Dr. Alfred Springer in drei gesellschaftlichen Teilbereichen zu finden und namentlich in jene des

- religiös-mantisch Ritualen
- medizinischen und

⁴³ Vgl. Rotpart, S. 14

⁴⁴ Scheerer/Vogt, S. 9

- den Bereich der Gestaltung der Freizeit und Genussmittel aufzuspalten.⁴⁵ Aufgrund der Tatsache, dass die darin befindlichen Bezugnahmen jeweils umfassend gesellschaftsimmanent erörtert werden müssten, soll hierauf lediglich verwiesen sein, und stattdessen dem Definitionsrahmen von Irmgard Vogt und Sebastian Scheerer der Vorzug gegeben werden, welche die Motive des Drogengebrauches anhand eines „alltagstranszendierenden“ und „alltagsakzessorischen“ Gebrauches differenzieren.

1.3.1 Der alltagstranszendierende Gebrauch

Der erste Motivkomplex, welcher unter dem Begriff des alltagstranszendierenden Gebrauches seinen Bestand nimmt, zeichnet sich dadurch aus, dass hierbei der Wunsch, aus dem bestehenden Alltag auszubrechen und in eine andere Realität einzutauchen, im Zentrum des Interesses steht.⁴⁶ Die häufigste, jedoch nicht einzige Form dieses Drogengebrauches stellt der sakrale Gebrauch dar, wobei dieser zumeist darauf abzielt, mit der Welt der Götter, Geister, Dämonen, etc. in Kontakt zu treten und hierbei die Droge als dementsprechendes Medium fungiert.⁴⁷ Als Beispiele könnten hierzu der Weinkult des Dionysos / röm. Bacchus oder auch die Pilz- oder Peyotekulte indianischer Hochkulturen dienen.⁴⁸ Oftmals streng ritualisiert findet diese Art des Drogenkonsums nahezu in jedem Kulturkreis seine Vertreter und wird auch vielerorts durch Instrumente und Praktiken ergänzt bzw. ersetzt, von welchen bspw. die Meditation, Askese, Fasten und Tanz, genannt sein können.⁴⁹ Der Sinn und Zweck des alltagstranszendierenden Drogengebrauches liegt eindeutig darin das eigene Selbst zu transzendieren, jedoch stellt diese Art der Drogennutzung, zu sakralen oder zu gemeinhin transzendierenden Zwecken, heutzutage eher die Ausnahme, als die Regel dar.⁵⁰

1.3.2 Der alltagsakzessorische Gebrauch

Der Hauptverwendungszweck eines jeweilig gearteten Drogenkonsums liegt in der Gegenwart im so genannten alltagsakzessorischen Gebrauch, welcher zur [...] „besseren Bewältigung der Anforderungen des Alltagslebens dienen soll.“ [...].⁵¹ Je nach beruflicher oder privater Situation werden die jeweiligen Drogen den gewünschten Umständen entsprechend eingesetzt

⁴⁵ Alfred Springer, „Reflexionen zur Anthropologie und Kulturgeschichte der psychoaktiven Stoffe“, In: Renate Brosch/Günter Junke (Hrsg.), „Sucht in Österreich – Ein Leitfaden für Betroffene, Angehörige, Betreuer“, Orac Verlag, Wien (1993), S. 23 → im folgenden zitiert als Springer, „Reflexionen“, Wien (1993)

⁴⁶ Scheerer/Vogt, S. 8

⁴⁷ Vgl. Springer, „Reflexionen“, S. 23

⁴⁸ Vgl. Bolognese-Leuchtenmüller, Wien (1992), S. 5

⁴⁹ Vgl. Scheerer/Vogt, S. 8-9

⁵⁰ Vgl. Scheerer/Vogt, S. 9

⁵¹ Scheerer/Vogt, S. 9

und können sowohl zum munter oder müde machen, sowie auch zur Geselligkeits- oder Introspektionsförderung verwendet werden.⁵² Diesbezügliche Beispiele wären der Einsatz von Kaffee zur Aufmerksamkeitssteigerung, die Verwendung von Alkohol oder Cannabis zum geselligen Beisammensein oder auch der Gebrauch von Narkotika/Schlafmitteln zur Beruhigung. Wie bereits erwähnt gilt auch im Hinblick auf diese Verwendungsweisen wiederum, dass die jeweilige Substanz, deren Dosierung, Anwendungsweise und Häufigkeit, sowie Hintergrund und Zielsetzung der Drogeneinnahme das Resultat bestimmen.⁵³ Neben der juristischen Klassifikation von Drogen innerhalb einer Gesellschaft, scheiden sich nun hierbei aber ebenso die Geister, ab wann von einem „Drogengebrauch“ gesprochen wird und ab wann eine Verwendung als „Missbrauch“ seine Deklaration findet. Dementsprechend wollen wir auch den Begriff des Missbrauches etwas näher beleuchten.

1.3.3 Missbrauch

In seiner ursprünglichen Form, bedeutet das Wort Missbrauch (engl. „abuse“) [...] „so viel wie falscher, unsachgemäßer, übertriebener oder – aus juristischer Perspektive – verbotener Gebrauch.“ [...].⁵⁴ Aufgrund der Tatsache, dass die Grenzen dieses Definitionsrahmen, falsch, richtig, unsachgemäß etc. relativ gesehen von Gesellschaft zu Gesellschaft divergieren können und die verschiedenen Regelsysteme innerhalb verschiedener Staaten einen unterschiedlichen Bezugsrahmen eröffnen, zeigt sich hierbei abermals die Problematik, dass der Definitionsrahmen zur Verwendung dieses Begriffes nur in einem gesellschaftsspezifischen Kontext möglich ist.

Würde nun hierzulande jemand von der Perspektive des positiven Rechts aus (juristisch) klassifizieren, so würde jeder Gebrauch von gesetzlich verbotenen Substanzen als Missbrauch betrachtet.⁵⁵ Demgemäß entscheiden die gesetzlichen Bestimmungen, ab wann ein jeweiliger Drogenkonsum (z.B. Cannabis) als Gebrauch oder Missbrauch anzusehen ist.⁵⁶ Andere Sichtweisen differenzieren diesbezüglich stärker und würden bspw. [...] „zwischen verschiedenen Formen des richtigen und unsachgemäßen Cannabisgebrauches [Drogengebrauches] unterscheiden“ [...], denn wie wir bereits sehen konnten, haben

[...] „Drogen [...] viele Funktionen, zu denen die sakralen wie profanen zählen, die medizinischen wie die nicht medizinischen, die politischen wie die ästhetisch-

⁵² Vgl. Scheerer, S. 9

⁵³ Vgl. siehe oben „Eisenbach-Stangl“, letzter Absatz bei 1.1 dieser Arbeit & das Zitat von „Rotpart“ bei 1.2

⁵⁴ Rotpart, S. 15,16

⁵⁵ Scheerer, S. 8

⁵⁶ Rotpart, S. 16 & Scheerer/Vogt, S. 8-10

künstlerischen.“ [...].⁵⁷

Diesem Umstand gemäß, erscheint es auch aus wissenschaftlicher Sicht betrachtet ratsamer, [...] „von verschiedenen Konsumformen zu sprechen und diese inhaltlich zu spezifizieren, als sie von vornherein als Mißbrauch zu etikettieren“ [...].⁵⁸ Nur so könne man wiederum einem emotionsgeladenen Begriff wie jenem des Missbrauchs bzw. dessen [...] „voreilige[n] Identifizierungen mit bestimmten Bewertungen“ [...] entgehen, welche vielerorts mit der Wortverwendung „Drogenmissbrauch“ anzutreffen sind.⁵⁹

Dieser Sachlage und weiteren elaborierten Erkenntnissen bezüglich der kontextspezifischen Vielfalt eines jeweiligen Drogenkonsums entsprechend, gelangte man auch innerhalb der WHO zu der Überzeugung, dass abermals ein geschichteter Bezugsrahmen einer Wortverwendung von Nöten sei. Demgemäß revidierte man den bis dahin unter medizinischen Gesichtspunkten gehaltenen Definitionsrahmen „Missbrauch“, worunter man bis dato einen

[...] „andauernden oder gelegentlich übermäßigen Drogengebrauch, der mit einer akzeptablen ärztlichen Anwendung nicht übereinstimmt [misuse] bzw. mit dieser nicht in Beziehung steht [abuse].“ [...].⁶⁰

verstand und ersetzte diesen durch 4 neue Konzepte:

WHO 1981

1. „Unerlaubter Gebrauch (unsanctioned use) d.h. ein Gebrauch, der von der Gesellschaft oder einer sozialen Gruppe nicht gebilligt wird;
2. Gefährlicher Gebrauch (harzarous use), d.h. ein Gebrauch, der wahrscheinlich für den Konsumenten schädliche Folgen zeigen wird;
3. Dysfunktionaler Gebrauch (dysfunctional use), d.h. ein Gebrauch, der die Erfüllung psychischer oder sozialer Anforderungen beeinträchtigt (z.B. das Interesse am Mitmenschen und Umwelt, was zu Beziehungsproblemen und zu Verlust des Arbeitsplatzes führen kann);
4. Schädlicher Gebrauch (harmful use), d.h. ein Gebrauch, von dem man weiß, daß er beim Konsumenten bereits manifeste Schäden (Zellschäden, psychische Krankheit) hervorgerufen hat.“⁶¹

⁵⁷ Scheerer/Vogt, S. 8

⁵⁸ Scheerer/Vogt, S. 8

⁵⁹ Scheerer/Vogt, S. 8-9

⁶⁰ Rotpart, S. 16

⁶¹ Scheerer/Vogt, S. 10

Wie wir sehen können, finden sich hierbei nun alle relevanten Kontexte und Rahmenbedingungen einer jeweiligen Drogeneinnahme verzeichnet und rücken diese, über die alleinig juristische Kategorisierung hinausgehend, in den Vordergrund der Klassifikation eines vorhandenen Drogenkonsums. Demgemäß empfiehlt es sich naturgemäß diesen Bezugsrahmen zu nutzen, [...] „anstatt einen nicht weiter erläuterten [emotionsgeladenen] Begriff des Mißbrauchs zu verwenden“ [...] und somit etwaigen Ungereimtheiten entgehen zu können.⁶² Dementsprechend wollen auch wir innerhalb der hier vorliegenden Arbeit diesem Ruf Folge leisten und im Falle des Falles, eine „gebrauchsspezifische“ Bezugnahme dieser Konzepte platzieren.

1.4 Rausch

Der Begriff Rausch findet sich seit dem 16. Jahrhundert in seiner sinngemäßen Verwendung als [...] „Umnebelung der Sinne, Trunkenheit, Erregungszustand“ [...] ⁶³ bezeichnet. Ab dem 17. Jahrhundert ist die Formulierung sich „in einen Rauschzustand versetzen“ auszumachen, wobei die vorhergehenden, bis dahin getätigten Zustandsbeschreibungen nur schwerlich zwischen Rausch, Trance und Ekstase unterscheiden lassen.⁶⁴ Dies scheint darauf zurückzuführen zu sein, dass ein früherer Drogenkonsum zumeist im Sinne eines rituellen, kultischen oder magischen Gebrauches seine selbstverständliche Verwendung fand und hierin die Zustände Rausch, Trance, Ekstase ihre Hand in Hand gehenden Bewusstseinssteigerungen, -beschreibungen erfuhren bzw. als zusammengehörig empfunden wurden.⁶⁵

Seit Menschengedenken wird der Rausch bzw. Rauschzustand als attraktiver, [...] „wenn auch geheimnisvolle[r], in der Nähe des Übersinnlichen, Göttlichen angesiedelte[r] Zustand“ [...] verstanden, dessen Triebkraft stets in der Empfindung von Euphorie begründet lag, welche typischer Weise im Rauscherlebnis ihren Bestand finden sollte.⁶⁶ Denn im

[...] „euphorischen Sinnestaumel verliert der Mensch die Kontrolle über sich selbst und seine Handlungen: er fühlt sich frei und befreit von den Normen und Regeln des Alltags.“ [...].⁶⁷

Dieser zeitlich eng begrenzte Erlebens- und Bewusstseinszustand macht es nun möglich, dass

⁶² Scheerer/Vogt, S. 10

⁶³ Scheerer/Vogt, S. 10

⁶⁴ Bolognese-Leuchtenmüller, Wien (1992), S. 5

⁶⁵ Vgl. Bolognese-Leuchtenmüller, Wien (1992), S. 5

⁶⁶ (Täschner 1980, 25) zit. n. Scheerer/Vogt, S. 10

⁶⁷ Scheerer/Vogt, S. 11

die darin befindliche Person jenen Seinszustand als umfassendes und unendliches Glücksgefühl erfährt, jedoch ebenso die Kehrseite der Medaille gegeben sein kann, worin die rauschhafte Euphorie Erlebens- und Verhaltensweisen wie bspw. Hass, Wut und Raserei den Weg bereitet, als auch tiefste Verzweiflung und massive Todesängste hierin zum Ausdruck kommen können.⁶⁸ Welche Reaktion hierbei zum Tragen kommt, entscheidet sich durch das Zusammenspiel der drei grundlegenden Faktoren einer Drogenwirkung/Rauschentfaltung. Hierbei ist einerseits das jeweilige „set“ → die mentale Verfassung, Erwartungs- und Einstellungshaltung des Konsumenten, ausschlaggebend, andererseits spielen die situativen Rahmenbedingungen („setting“), unter welchen die Droge eingenommen wird, eine gewichtige Rolle, sowie auch die spezifische Wirkung der Droge selbst ihren Beitrag leistet.⁶⁹

Die Rauscherlebnisse an sich zerfallen zumeist in 2 Phasen, wobei gemäß der Ansichten von Herrn Dr. Kornelius Kryspin-Exner,

[...] „in der ersten [eine] zentral-nervöse Erregung (Antriebssteigerung, beschleunigter Gedankenablauf, Wahrnehmungsfülle) im Vordergrund [steht und es] in der zweiten [...] zu einer allgemeinen Verlangsamung der psychischen Abläufe, einem Erschöpfungszustand [kommt] der gelegentlich auch depressive Züge erhält.“ [...]⁷⁰

Im Hinblick auf die gesellschaftliche Bewertung von Rauschzuständen lässt sich nun abermals zeigen, dass die Einstellungen gegenüber solchen von Kultur zu Kultur unterschiedlich ausfallen. Dementsprechend sieht man bspw. innerhalb der jüdischen Volksgruppe, in welcher Rationalität und Selbstkontrolle einen sehr hohen Stellenwert einnehmen, dass eine eher negative Assoziation zu Rauscherlebnissen gegeben ist.⁷¹ In anderen Kulturkreisen hingegen, wo auch nicht-kognitive Erkenntnisse/Erfahrungswerte ihre Akzeptanz finden, konnten jene wiederum im gesellschaftlichen Treiben ihre Einbettung erfahren.⁷² Man denke hierzu bspw. an den Neuplatonismus oder auch speziell an das europäische Mittelalter, in welchem Rauschzustände, bspw. durch Wein oder Bier, noch weitestgehend ohne soziale Sanktionen blieben.⁷³ Aufgrund zunehmender Zeitökonomie und der Schaffung von „spezialisierten Arbeitsverhältnissen“ (Präzisionstätigkeiten, Maschinenhandhabung, etc.), welche im Frühkapitalismus und zur Zeit der Industrialisierung

⁶⁸ Werner Gross (Hrsg.), „Was ist das Süchtige an der Sucht?“, Neuland Verlag, Geesthacht (1992), S. 18; Scheerer/Vogt, S. 11; Rotpart, S. 17

⁶⁹ Rotpart, S. 17 & Scheerer/Vogt, S. 11

⁷⁰ Kryspin-Exner, „Drogen“, Wien-München (1971) → zit. n. Scheerer/Vogt, S. 11

⁷¹ Scheerer/Vogt, S. 11

⁷² Scheerer/Vogt, S. 11

⁷³ Bolognese-Leuchtenmüller, Wien (1992), S. 5

ihren Bestand nahmen, fand diese (mittelalterliche, frühneuzeitliche) Toleranz von Rauscherlebnissen jedoch ein jähes Ende.⁷⁴ Speziell die Berauschtigkeit im Berufsleben verlor hierin ihre soziale und ökonomische Akzeptanz und bedingt durch die neuen sozialökonomischen Anforderungen, sowie den bewusstseinsbezüglichen Ideen des Rationalismus und der Aufklärung,⁷⁵ konnte sich ein gemeingesellschaftlicher Wertewandel in Bezug auf die Handhabung/Sanktionierung solcher Erlebnisse durchsetzen.⁷⁶

Die heutige Sichtweise bezüglich drogeninduzierter Rauscherlebnisse ist das Resultat eben jener sozialen und ökonomischen Rationalisierungsprozesse bzw. des daraus entspringenden Wertewandels, welcher sich im Laufe der letzten Jahrhunderte vollzog.⁷⁷ Hierbei lässt sich zeigen, dass das Phänomen Rauscherlebnis eine zunehmend stärker werdende negative Beurteilung im gesellschaftlichen Kontext erfuhr und sogar soweit führte, dass allgemein hin (Ende der 1980er Jahre) von einem vorläufigen Höhepunkt der Rationalisierung und Rauschfeindlichkeit die Rede sein konnte.⁷⁸ Seit den Auswüchsen der sechziger Jahre zeigen sich jedoch zunehmend Tendenzen, dass ein soziokultureller Wandel in Bezug auf die Beurteilung derartiger Bewusstseinsveränderungen/-erlebnisse abermals seinen Bestand nimmt,⁷⁹ dessen Auskommen bereits durch Studien über die heutige „Jugend-Party-Festivalgeneration“ zu eruieren sein wird.

1.5 Sucht

Der Suchtbegriff zählte innerhalb der allgemeinen historischen Drogendiskussion mitunter zu den problematischsten, sodass es bis heute keine allgemeingültige Definition des Wortes „Sucht“ gibt.⁸⁰ In seiner ursprünglichen Bedeutung, abgeleitet aus den Worten „sikuan“ (gotisch) und „siuchan“ (althochdeutsch), bedeutete dieser so viel wie „krank sein“ und bezeichnete zunächst Krankheiten, welche mit deutlichen Symptomen einhergingen und nicht auf Verwundungen oder Verletzungen zurückzuführen waren.⁸¹ Im Mittelalter findet dieses

⁷⁴ Bolognese-Leuchtenmüller, Wien (1992), S. 5

⁷⁵ bspw. ein klares – bewusstes Mitwirken zur Formung der Gesellschaft idealisiert wurde, entgegen einer durch Drogenkonsum spontan-affektiv geführten „Steuerung des Gemeinwesens“ → Vgl. Bolognese-Leuchtenmüller, Wien (1992), S. 5

⁷⁶ Bolognese-Leuchtenmüller, Wien (1992), S. 5 - Wozu jedoch gesagt sein muss, dass die Einstellung zu Alkohol stets ambivalent blieb (außerhalb des Berufslebens nur Begleitumständen entsprechend sanktioniert wurde) und dieser durchaus als Kompensationsdroge und Genussmittel weiterhin seine Akzeptanz finden durfte, bzw. dies bis heute tut. → Bolognese-Leuchtenmüller, Wien (1992), S. 5

⁷⁷ Vgl. Scheerer/Vogt, S. 11

⁷⁸ Scheerer/Vogt, S. 11

⁷⁹ Vgl. Scheerer/Vogt, S. 11

⁸⁰ Vgl. Rotpart, S. 18

⁸¹ Vgl. Scheerer/Vogt, S. 12 & Vgl. Bolognese-Leuchtenmüller, Wien (1992), S. 6

Wort, entsprechend der zeitgemäßen Überzeugungen von Krankheitsätiologien, eine ausgedehntere Verwendung im Sinne von unter „Dämonen- oder Geistereinfluss“ stehend (z.B. Schwindsucht, Wassersucht).⁸² Aus diesem Grunde heraus wurde jener Begriff seit dem 16. Jahrhundert [...] sukzessive zugunsten von Krankheit, Seuche, Siechtum zurückgedrängt“ [...].⁸³ Ebenfalls ab dem 16. Jahrhundert, findet sich der Suchtbegriff [...] „zunehmend als Bezeichnung für „Geisteskrankheiten“ (psychiatrische Erkrankungen)“ [...] verwendet, wofür bspw. die Tobsucht oder die Mondsucht angeführt sein können.⁸⁴ Neben diesen Bedeutungsinhalten fand die Verwendung des Wortes „Sucht“ nach und nach auch seine Ausdehnung auf sozial-auffällige Verhaltensweisen, wie z. B. die Auslebung eines übersteigerten, ausschweifenden Triebes, welcher sich im Sinne einer Geld-, - Ruhmes oder Rachsucht bemerkbar machte.⁸⁵

Die „Sucht“ nach Drogen selbst, wurde bis ins 19. Jahrhundert innerhalb einer eher sittlichen, als einer medizinischen Dimension betrachtet.⁸⁶ Somit war es möglich, dass bspw. die Alkoholsucht bis zu diesem Zeitraum,

[...] „im Sinne einer übertriebenen »Liebe zum unmäßigen Trinken bis zum Rausch« und nicht im Sinne einer fortschreitenden Krankheit, die den Alkoholiker zum Trinken zwingt“ [...] betrachtet wurde.⁸⁷

Demgemäß war die Welt bis zu diesem Zeitpunkt eine [...] „Welt ohne Sucht [...]“.⁸⁸

Im 19. Jahrhundert findet die Verknüpfung der Worte „Sucht“ und „suchen“ statt, wie wir sie auch im heutigen Umgangssprachgebrauch kennen. Das ausschlaggebende Element ist hierbei die Erkenntnis, dass die von Sucht befallenen Personen

[...] „auf der Suche nach der Erfüllung ihrer Wünsche sind, die sie allerdings nicht [zur vollkommenen, permanenten Befriedigung] finden können, weil es sich [hierbei] um übersteigerte und so gesehen eben immer auch krankhafte Bedürfnisse handelt“ [...].⁸⁹

Bekannt im Sinne einer derartigen Suche, sind uns demgemäß die Selbstfindungs- und Selbstverwirklichungsmotive, die sich unserer Tage bspw. in den Wortkreationen und

⁸² Bolognese-Leuchtenmüller, Wien (1992), S. 6

⁸³ Bolognese-Leuchtenmüller, Wien (1992), S. 6

⁸⁴ Bolognese-Leuchtenmüller, Wien (1992), S. 6

⁸⁵ Scheerer/Vogt, S. 12

⁸⁶ Scheerer/Vogt, S. 12

⁸⁷ Innerzitat (LEVINE 1982) n. Scheerer/Vogt, S. 12;

⁸⁸ Levine zit. n. Scheerer/Vogt, S. 12 ; Was auch für das weit verbreitete Allheilmittel Opium galt. Vgl. Scheerer/Vogt, S. 12

⁸⁹ Wortverknüpfung Sucht und suchen & Zitat → Scheerer/Vogt, S. 12

Verknüpfungen von Esssucht, Arbeitssucht, Spiel- und Sexsucht, etc. wiederfinden.⁹⁰

Die stoffgebundenen Fixierungen gegenüber psychoaktiven Substanzen erfuhren diesem Geiste entsprechend im 19. Jahrhundert ebenso ihre wissenschaftlichen Verknüpfungen und Grundlagen. Durch die Alkoholfrage und seine desaströsen, sowie epidemischen Auswirkungen bedingt,⁹¹ versuchte man das Phänomen der „Sucht“ genauer zu ergründen, wozu die Etablierung der Psychiatrie als eigenständige medizinische Fachrichtung, im Sinne ihrer diesbezüglich schwerpunktmäßigen Forschungsarbeit, große Dienste leistete.⁹² Nach und nach häuften sich die Erkenntnisse bezüglich stoffgebundener Süchte und deren Erscheinungsformen, und erstreckten sich, über das Alkoholphänomen hinausgehend, zu Beginn des 20. Jahrhunderts bereits über die Morphin-, Kokain-, und Opiumsucht, deren Rezeption bzw. Erforschung den Suchtbegriff nachhaltig prägen sollten.

Diesen Entwicklungen entsprechend versuchte man innerhalb der WHO im Jahre 1952, eine erste international verbindliche Definition des Suchtbegriffes zu geben.

WHO 1952

„Sucht (drug addiction) ist ein Zustand periodischer oder chronischer Intoxikation, der durch die wiederholte Einnahme einer (natürlichen oder synthetischen Droge hervorgerufen wird.

Ihre Charakteristika sind

1. ein überwältigendes Verlangen oder Bedürfnis (zwanghafter Art), die Drogeneinnahme fortzusetzen und sich diese mit allen Mitteln zu verschaffen;
2. eine Tendenz zur Dosissteigerung;
3. eine psychische (psychologische) und allgemein eine physische Abhängigkeit von den Drogenwirkungen;
4. zerstörerische Wirkungen auf das Individuum und die Gesellschaft.“⁹³

Aufgrund des Umstandes, dass dieser von der WHO gefasste Definitionsrahmen sehr eng an den bis dahin bestehenden internationalen Suchgiftabkommen orientiert war, welche sich ursprünglich an Opiaten orientierten, geriet dieser alsbald ins Kreuzfeuer der Kritik.⁹⁴ Auch deshalb, da hierin keinerlei Verweis zu finden ist, ob ein, mehrere oder alle Merkmale

⁹⁰ Rotpart, S. 18 & Vgl. Bolognese-Leuchtenmüller Wien (1992), S. 6

⁹¹ Anstieg des Verbrauches hochprozentiger Spirituosen, Elendsalkoholismus, etc. → Vgl. Bolognese-Leuchtenmüller, Wien (1992), S. 6 & Scheerer/Vogt, S. 13

⁹² Bolognese-Leuchtenmüller, Wien (1992), S. 6

⁹³ WHO 1952 zit. n. Scheerer/Vogt, S. 14

⁹⁴ Scheerer/Vogt, S.14 & Rotpart, S. 19

vertreten sein müssen, um den Begriff „Sucht“ zutreffend zu platzieren,⁹⁵ als auch die Grenzen eines „überwältigenden Verlangens“ einer genaueren Spezifikation bedürften.⁹⁶ Die hinzukommende „Drogenlistenenerweiterung“ bezüglich des auftauchenden außermedizinischen Gebrauches von Barbituraten und Amphetaminen (ab Mitte der 1950er) tat ihr Übriges hinzu und führte soweit, dass man sich auf die Suche nach einem umfassenderen Begriff machen musste.⁹⁷ Hierzu glaubte man kurzweilig, des Rätsels Lösung mit dem Begriff „Gewöhnung“ (habituation) gefunden zu haben, aber auch diese Bezeichnung zeigte sich aufgrund ihrer maßgeblich psychischen Abhängigkeitsprämisse sehr schnell als unbrauchbar.⁹⁸ So kam es, dass man den Entschluss fasste, [...] „zumindest für die Zwecke internationaler Drogenkontroll-Abkommen auf den Terminus der Sucht ganz zu verzichten“ [...].⁹⁹

Nichtsubstanzgebundene Suchformen, wie bspw. die Spielsucht, Sexsucht oder Fernsehsucht, wurden im Suchtbegriff von 1952 nicht berücksichtigt.¹⁰⁰

1.6 Abhängigkeit

Als Auswegsoption bezüglich der „Termini-Misere“ rund um die problematischen Begriffe „Sucht“ (addiction) und „Gewöhnung“ (habituation), gelangte man im Jahre 1964 (WHO) zu der Ansicht, dass sich der Begriff der Drogenabhängigkeit (dependence) als subsumierender und wertfreier Begriff anbiete.¹⁰¹ Diese Bezeichnung ermöglichte es nun, zwischen physischer und psychischer Abhängigkeit zu unterscheiden bzw. eine jeweilige Bezugnahme zu treffen.¹⁰² Demgemäß spezifizierte man die Aspekte dieser Abhängigkeitsformen und verschriftlichte deren Bezugsgehalt, worin:

- Eine seelische (psychische) Abhängigkeit durch das [...] „Verlangen (kein Zwang) zur ständigen Beschaffung und Einnahme einer Droge [charakterisiert ist], um eine gewünschte Wirkung zu erzielen und das Verlangen zu befriedigen“ [...].¹⁰³ Hierbei ist jedoch kein physisches [...] „Entzugs- oder Abstinenzsyndrom bei Absetzen oder Fehlen der Droge [zu verzeichnen]“ [...].¹⁰⁴

⁹⁵ wichtig für z.B. internationale Statistiken, medizinische Forschungsergebnisse (Syndrombeschreibungen), etc.

⁹⁶ Vgl. Scheerer/Vogt, S. 14 – bzw. eine exakte Grenzziehung notwendig machen würden.

⁹⁷ Vgl. Scheerer/Vogt, S. 15

⁹⁸ Vgl. Scheerer/Vogt, S. 15

⁹⁹ Scheerer/Vogt, S. 15

¹⁰⁰ Rotpart, S. 19

¹⁰¹ Katzung, S. 18

¹⁰² Vgl. Scheerer/Vogt, S. 15

¹⁰³ Katzung, S. 19

¹⁰⁴ Rotpart, S. 19

→ Die körperliche Abhängigkeit ist charakterisiert bzw. definiert durch die [...] „Entwicklung eines physiologischen Bedarfs für die Droge(n), die in den Zellstoffwechsel einbezogen werden.“ [...] Durch die Eingliederung ins körpereigene System kommt es zur [...] „Ausbildung von Gewöhnung (Toleranz) [mit] Dosissteigerung“ [...] „Bei Dosisreduzierung / Fehlen / Absetzen der Droge(n) [kommt es zum] Auftreten des Entzugs- (Abstinenz-)Syndroms als psychisch nicht beeinflussbarer Krankheitszustand mit Zwang zur ständigen Beschaffung und Einnahme“ [...].¹⁰⁵ Die Behandlung eines derartigen Zustandes bedarf einer unbedingten Entgiftungstherapie (Detoxifikation), deren durchschnittliche Dauer bei 5 bis 10 Tagen liegt, jedoch in Bezug auf die körperliche Gesamtsituation entsprechend länger dauern kann.¹⁰⁶

Ein weiteres Novum, welches durch den Oberbegriff Drogenabhängigkeit nun seinen Bestand nahm, findet sich darin, dass die verschiedenen Abhängigkeiten unter den jeweiligen „Drogenabhängigkeitstypen“ ihre Subsumierungen bzw. Prozessbeschreibung erhielten.¹⁰⁷ Demgemäß unterscheidet man bzw. entwickelten sich bis heute die Abhängigkeitstypologien bezüglich der Substanzen des Alkohol-, Barbiturat-, Amphetamin-, Kokain-, Cannabis-, Halluzinogen-, Opiat- und Nikotintyps, wodurch diese hinsichtlich ihrer verschiedenen Ausprägungen von Abhängigkeit unterschieden werden können bzw. ihre sinngemäßen Erörterungen und Bezugnahmen erhalten.¹⁰⁸ Um hierzu einen kleinen Einblick zu geben kann gesagt sein, dass bspw. der Cannabistyp lediglich eine psychische Dependenz hervorzurufen vermag, jedoch Drogen des Opium- (Morphium,- Heroin,- etc.) oder Alkoholtyps, eine seelische und physische Abhängigkeit emporzuheben vermögen.¹⁰⁹

Zwei wichtige Kenngrößen zur Bestimmung dieser Abhängigkeiten finden sich in den Werten des „Abhängigkeitspotentials“ und des „Missbrauchspotentials“ einer Droge vertreten. Die Wertigkeit des Abhängigkeitspotentials (AP) bestimmt hierbei die Intensität, mit welcher ein jeweiliger Wirkstoff zur Abhängigkeit führt. Diese

[...] „Maßzahl [dient somit der] Bestimmung der zu erwartenden Auftretenshäufigkeit (Inzidenz) von Abhängigkeit bei periodischem und/oder Dauerkonsum eines Wirkstoffes (Droge).“ [...].¹¹⁰

Die daraus entspringenden Kennzahlen beschreiben dementsprechend die [...] „Gefährlichkeit eines Wirkstoffes (Droge), gemessen an [seiner] Fähigkeit, Abhängigkeit

¹⁰⁵ Katzung, S. 19

¹⁰⁶ Katzung, S. 21

¹⁰⁷ Vgl. Scheerer, S. 15

¹⁰⁸ Vgl. Springer, „Drogen und Drogenmissbrauch“, S. 16-18

¹⁰⁹ Rotpart, S. 20 & Vgl. Springer, „Drogen und Drogenmissbrauch“, Wien (2000), S. 39; 52; 59

¹¹⁰ Absatz → Katzung S. 20, 23 und direktes Zitat → Katzung, S. 20

auszulösen“ [...].¹¹¹

Das Missbrauchspotential ist entgegen dem Abhängigkeitspotentials nicht exakt messbar.¹¹²

Mit jenem Begriff wird nämlich versucht, die

[...] Fähigkeit eines Wirkstoffes [zu bestimmen, welcher] aufgrund seiner spezifischen pharmakologischen Wirkung zum exzessiven Gebrauch [verleitet] (Streben nach Lustgewinn!) und hierdurch Abhängigkeit mit Auswirkungen in patho-physiologischer und sozialer Hinsicht (Depravation) hervorzurufen.“ [...].¹¹³

Somit kann jenes Potential lediglich anhand messbarer Teilgrößen geschätzt werden, wobei diese sich aus dem Abhängigkeitstyp (inklusive der psychischen und physischen Abhängigkeit), dem Gewöhnungs-, Toleranz-, und Missbrauchsverhalten, sowie den sozialen Auswirkungen (gesellschaftliche Akzeptanz, Depravation, Resozialisierungstendenz) zusammensetzen.¹¹⁴ Diesen Parametern gemäß gilt bis heute, dass bspw. Opiate, Alkohol, Kokain, Amphetamine und Halluzinogene ein hohes Missbrauchspotential aufweisen, hingegen Barbituraten ein mittleres Missbrauchspotential zugesprochen wird.¹¹⁵

Ein abschließender Faktor, den es nicht zu unterschätzen gilt und welcher innerhalb der letzten Jahre vermehrt in den Brennpunkt des Geschehens gezogen wurde, findet sich mit dem Begriff der „Sozialen Abhängigkeit“ umrandet. Die soziale Abhängigkeit ist aufgrund der Tatsache, dass sich ein jeweiliger Drogengebrauch im sozialen Raum abspielt, mit einer Vielzahl von symbolischen und kommunikativen Bedeutungen versehen, welche für den Einzelnen als auch die Gruppe von großer Bedeutung sind.¹¹⁶

[...] „Diese Bedeutungen [sind es, welche] für viele Konsumenten starke Anreize [liefern] den Drogengebrauch fortzusetzen.“ [...].¹¹⁷

Die soziale Bindung oder Abhängigkeit von Drogen, ist hierbei bedingt durch vorherrschende Gebrauchsrituale, den sozialen Beziehungen, sowie der Anerkennung¹¹⁸ und Geborgenheit,

¹¹¹ Beispiel: Für Barbiturate wird von Walter Katzung ein (AP-Wert) von 7,7 angegeben, hingegen dem I-Methadon „Polaminodon®“ ein Wert von 200, 0 zugeordnet. → Berechnung des AP = Anzahl der Verabreichungen / geteilt durch die definierte tägliche Dosis engl. „defined daily dose“ (DDD-WERT) → Zitat und Werteskala Fußnote → Katzung, S. 20

¹¹² Katzung, S. 23

¹¹³ Katzung, S. 23

¹¹⁴ Katzung, S. 23

¹¹⁵ Katzung, S. 23 & Rotpart, S. 20

¹¹⁶ Springer, „Drogen und Drogenmissbrauch“, S. 19

¹¹⁷ Springer, „Drogen und Drogenmissbrauch“, S. 19

¹¹⁸ Status = wenn man bspw. gute Beziehungen zu Händlern besitzt, günstig an gute Ware herankommt, etc. → Springer, „Drogen und Drogenmissbrauch“, S. 19

welche innerhalb der subkulturell organisierten Gruppe ihren Bestand finden.¹¹⁹ Dieses Phänomen tritt jedoch nicht nur hinsichtlich illegaler Drogen auf, sondern ist durch den gesellschaftsimmanenten Gebrauch von Alkohol allseits bekannt.¹²⁰ Hierbei ist es besonders der soziale „Trinkzwang“, welcher den [...] „Alkoholkonsum als Ritual innerhalb der sozialen Verhaltensmuster vorschreibt.“ [...] und einer weiterführenden Alkoholabhängigkeit die Wege zu bahnen vermag.¹²¹

Da wir nun über die Begrifflichkeiten rund um die allgemeine Drogendiskussion bestens in Kenntnis gesetzt sind, empfiehlt es sich, die einzelnen Drogen und deren Wirkungen bzw. Auswirkungen etwas näher zu beleuchten. Hierdurch sollen die Grundvoraussetzungen, welche eine letztliche Drogentherapie bzw. die Behandlung von Drogenauswirkungen notwendig werden lassen, einsehbar werden und die daraus entspringenden psychologischen, sowie körperlich-medizinischen Behandlungseingriffe ihrem „legitimatorischen Unterbau“ zugeführt werden.

2. Drogen und Drogenwirkungen

Wie bereits in der Einleitung darauf verwiesen, muss hier nochmals betont werden, dass sich die vorliegende Arbeit lediglich auf das Phänomen der Auswirkungen eines illegalen Drogenkonsums bezieht¹²² und somit die legalen, jedoch unter bestimmten Blickpunkten weit verheerenderen Drogen, keinen dezidierten Bestand innerhalb der folgenden Auseinandersetzung einnehmen werden.¹²³

2.1 Cannabis

Die Droge Cannabis, heutzutage auch bekannt als Gras, Pot, Kif etc., zählt neben dem Alkohol zu den weltweit verbreitetsten und meistkonsumierten psychoaktiven Substanzen.¹²⁴ Derzeit schätzt man die Cannabiskonsumenten weltweit auf rund 128 bis 190 Millionen

¹¹⁹ Springer, „Drogen und Drogenmissbrauch“, S. 19

¹²⁰ Vgl. Springer, „Drogen und Drogenmissbrauch“, S. 19

¹²¹ Springer, „Drogen und Drogenmissbrauch“, S. 19

¹²² mit teilweiser Ausnahme in Bezug auf einen gearteten „Medikamentenmissbrauch“ → siehe unten 2.7

¹²³ Verheerende Drogen = bspw. Alkohol und Nikotin dessen Abhängigkeits- und Folgeschäden, gemäß der quantitativen Zahl von Betroffenen, jene die von illegalen Drogenwirkungen-Befallenen um ein Vielfaches übersteigen. → 1.6 Millionen Nikotinabhängige in Österreich; 330.000 Alkoholiker; 25.000 Illegal Drogenabhängige (Man bedenke jedoch die Aussage von Herrn Dr. Otto Lesch = rund 300.000 Alkoholiker alleine für den Großraum Wien anzunehmen sind. – Vgl. Interview mit Dr. Lesch, im Anhang S. 1) – Quelle der statistischen Zahlen: „CliniCum neuropsych – Das Medium für Psychiatrie und Neurologie“, Sonderausgabe November 2007, Medizin Medien Austria GesmbH, Wien (2007), S. 5 zu finden unter → <http://doktormohr.at/down/Suchterkrankungen.pdf>

¹²⁴ Vgl. Springer, „Drogen und Drogenmissbrauch“, Wien (2000), S. 51

User.¹²⁵ Die Applikationsformen dieser Substanz finden sich weitestgehend im oralen Konsum, wobei dieser durch das Rauchen und Essen von Cannabis zustande kommt und hierbei die verschiedenen Formen der Cannabisprodukte, wie das Cannabiskraut (das getrocknete Blattgut), das Cannabis-Harz (die gepressten Blütenstände = Haschisch), als auch das Cannabis-Konzentrat (extrahiertes Hasch-Öl) ihre Verwendung finden. Eher seltener Natur findet sich auch die Applikationsform der „Injektion“ vertreten, wobei hierzu die zuletzt genannte Aufbereitungsform, das Haschisch-Öl, seinen Einsatz erfährt.¹²⁶

2.1.1 Die psychische und körperliche Wirkung von Cannabis

Der wirksamste psychotrope Inhaltsstoff von Cannabisprodukten findet sich neben weiteren enthaltenen Cannabinoiden der Marihuana-Pflanze im „delta-9-tetrahydrocannabinol“, kurz „THC“ genannt, vertreten.¹²⁷ Die jeweilige Wirkung, welche nun durch den Gebrauch bzw. durch die Zuführung jener Cannabinoide ins körpereigene System zum Tragen kommt, ist wie bereits im Zusammenhang mit der Begriffsdefinition des Rausches erörtert, stets

[...] „abhängig von „set und setting“, das heißt vom Drogeneffekt selbst, [sowie] von der individuellen (psychischen) Situation des Konsumenten und [den jeweilig herrschenden] Umwelteinflüssen.“ [...], [wodurch] die Qualität der Wirkung nur schwer vorhersehbar [ist]“ [...].¹²⁸

Dementsprechend finden sich die wissenschaftlich determinierten Reaktionsbeschreibungen, stets mit Verweis auf die jeweiligen Rahmenbedingungen bzw. Hintergrundgegebenheiten der Konsumenten und unterscheiden darüber hinaus auch wesentlich zwischen den akuten und chronischen Gebrauchswirkungen eines jeweiligen Cannabiskonsums.

Die akute psychische Wirkung von Marihuana spiegelt sich meist in einem Rauschzustand, worin es zu einer Veränderung der Stimmung und Wahrnehmung kommt, welche sich durch eine starke Beeinträchtigung der zeitlichen und räumlichen Wahrnehmung bemerkbar macht.¹²⁹ Häufig kommt es hierbei zu einem euphorischen Gemütszustand, welcher allseits bekannt als „high“ seine Bezeichnung findet, jedoch können gemäß des „set´s und setting´s“ auch „averse Reaktionen“ (Horrortrips) ihren Bestand nehmen, wobei es sich um [...] „zumeist kurzfristige akute psychotische Episoden [handelt], die von Angst und

¹²⁵ UNODC, „World Drug Report 2009“, S. 194 → zu finden unter http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2010/2.4_Cannabis.pdf ; wobei weitere Schätzungen von 300 Millionen (Vgl. Bolognese-Leuchtenmüller, Wien (1992), S.13) bis zu einer halben Milliarde sprechen

¹²⁶ Absatz Applikationsformen → Katzung, S. 40

¹²⁷ Springer, „Drogen und Drogenmissbrauch“, S. 51

¹²⁸ Springer, „Drogen und Drogenmissbrauch“, S. 51, 52

¹²⁹ Springer, „Drogen und Drogenmissbrauch“, S. 51

Verfolgungsideen bestimmt sind.“ [...].¹³⁰ Neben diesen Zustandsbildern bewirkt der cannabinoide Drogenrausch auch kurzfristige Bewusstseins Einschränkungen, welche sich im Sinne von kognitiven Störungen in Bezug auf die Konzentration, Gedankengänge und das Gedächtnis nachweisen lassen.¹³¹ Zu einem toxischen Delirium kommt es zumeist nur in seltenen Fällen, wobei diese durch Verwirrtheit, Amnesie und Halluzinationen gekennzeichnet sind.¹³²

Die akuten körperlichen Reaktionen des Cannabiskonsums zeigen sich anhand des Anstiegs der Herzfrequenz, der Erhöhung des Blutdrucks und der Körpertemperatur. Im Weiteren sind erweiterte Pupillen und die Rötung der Bindehaut charakteristisch, sowie Hunger- und Durstgefühle, als auch Schläfrigkeit, Mundtrockenheit und eine verflachte oder vertiefte Atmung. Ebenso können Störungen der Feinmotorik (z.B. Gangunsicherheit, etc.) hierin ihren Bestand finden und in so manchen Fällen zieht die Wirkung von Cannabisprodukten auch Kopfschmerzen, Übelkeit und Erbrechen nach sich.¹³³ Speziell die „hochgezüchteten“ Produkte der jüngeren Vergangenheit wie z. B. die niederländischen „Nedergrass – Sorten“ mit enorm hohem THC Gehalt, können zu derart negativen Zustandsbildern führen und demgemäß auch die Ursache für das Hervorkommen bzw. die Auswirkungen von „aversen Reaktionen“ darstellen.¹³⁴

2.1.2 Toleranz, Abhängigkeit und Auswirkungen eines chronischen Gebrauches

Das besondere Phänomen hinsichtlich des Cannabisgebrauches besteht darin, dass keine Dosissteigerung von Nöten ist, um die vertraute oder gewünschte Wirkung zu erzielen, sodass mit relativ geringen Dosen das Auslangen gefunden wird.¹³⁵ Kumulative Wirkungen und das Phänomen der inversen oder paradoxen Toleranz gelten als bestätigt, jedoch bleibt es bis heute ein umstrittenes Thema, ob Marihuana eine „echte Toleranz“ und auch körperliche Abhängigkeit bewirken kann, oder lediglich in entsprechend gelagerten Fällen eine psychische Abhängigkeit nach sich zieht.¹³⁶ Zu den psychischen Auswirkungen eines chronisch langandauernden und hochdosiertem Konsums zählt unter anderem das Phänomen

¹³⁰ Springer, „Drogen und Drogenmissbrauch“, S. 52

¹³¹ „CliniCum neuropsych – Das Medium für Psychiatrie und Neurologie“, Sonderausgabe November 2007, Medizin Medien Austria GesmbH, Wien (2007) zu finden unter <http://doktormohr.at/down/Suchterkrankungen.pdf>, S. 9 → im folgenden zitiert als CliniCum (2007)

¹³² CliniCum (2007), S. 9

¹³³ Absatz = Vgl. CliniCum (2007), S. 9 & Springer, „Drogen und Drogenmissbrauch“, S. 51, 52

¹³⁴ Vgl. Springer, „Drogen und Drogenmissbrauch“, S. 52

¹³⁵ Springer, „Drogen und Drogenmissbrauch“, S. 52

¹³⁶ Springer, „Drogen und Drogenmissbrauch“, S. 52

des „amotivationalen Syndroms“, welches durch den [...] „Verlust von Interesse an Mitmenschen, den Abbau sozialer Interessen, Antriebslosigkeit, Apathie, fehlendes sexuelles Verlangen und [einen allgemeinen] Rückzug“ [...] gekennzeichnet wird.¹³⁷ Hierbei kommt es zur zentralen Einengung des Lebensinteresses auf die Drogeneinnahme.¹³⁸ Jenes Syndrom ist nach wie vor Objekt wissenschaftlicher Auseinandersetzungen und sein Bestand bis heute nicht eindeutig bewiesen, jedoch lassen sich einzelne Symptome dieses Komplexes in entsprechenden Einzelfällen belegen.¹³⁹ Als gesichert hingegen gilt das wissenschaftliche Faktum, dass Cannabis keine „direkten“ Psychosen verursacht, aber bei psychischer Vulnerabilität bzw. gegebener „Prädisposition“, der Gebrauch dieser Substanz psychotische Reaktionen verstärken kann und durch den Rausch selbst derartige Zustandsbilder ausgeklint werden können.¹⁴⁰

Die körperlich fassbaren Auswirkungen des Cannabiskonsums sind ebenso nur bei andauernder und hochdosierter Einnahme zu verzeichnen. Aufgrund der Tatsache, dass Marihuanaprodukte im Vergleich zu einer herkömmlichen Zigarette das bis zu zehnfache an karzinogenen Stoffen enthalten, führen die Auswirkungen von jenen zu ähnlichen Schädigungen wie bei Tabakrauchern. Diese zeigen sich bspw. in Form von Bronchialschleimhautschädigungen oder auch durch weitere Atemwegserkrankungen wie z.B. einem Rachen- oder Luftröhrenkatarrh.¹⁴¹ Bezüglich der organschädigenden Wirkungen im Bereich des Gehirns, sowie Veränderungen im Hormonhaushalt (Menstruationszyklusverkürzung, verringerte Anzahl und krankhafte Veränderung der Spermien), herrschen unterschiedliche Meinungen.¹⁴² Bislang können diesbezüglich schadhafte Auswirkungen, ebenso wie im Bereich des Immunsystems und das genetische Erbmateriale betreffend bis heute nicht „eindeutig“ als gesichert gelten.¹⁴³ Todesfälle durch Cannabisintoxikation sind derzeit nicht bekannt.¹⁴⁴

2.2 Opiate

Unter dem Oberbegriff Opiate werden nachfolgend sowohl alle natürlichen Abkömmlinge des

¹³⁷ Renate Brosch, Günter Junke (Hrsg.), „Jugend und Sucht – Ein Ratgeber“, Orac Verlag, Wien (1995), S. 300 → im folgenden zitiert als Brosch/Junke, Wien (1995)

¹³⁸ Vgl. Brosch/Junke, Wien (1995), S. 300

¹³⁹ Springer, „Drogen und Drogenmissbrauch“, S. 53

¹⁴⁰ CliniCum (2007), S. 9 & Springer, „Drogen und Drogenmissbrauch“, S. 53

¹⁴¹ Gesamter Absatz - Springer, „Drogen und Drogenmissbrauch“, S. 53

¹⁴² Karl Ludwig Täschner, „Drogen“, S. 18 → zit. n. Rotpart, S. 87

¹⁴³ Rotpart, S. 87; Vgl. Springer, „Drogen und Drogenmissbrauch“, S. 53; Vgl. CliniCum (2007), S. 9

¹⁴⁴ CliniCum (2007), S. 9

Schlafmohns (*Papaver somniferum*), als auch deren halb- und ganzsynthetische Formen wie bspw. Methadon oder Dolantin erfasst.¹⁴⁵ Derzeit finden sich weltweit zwischen rund 15,2 bis 21,1 Millionen User dieses psychoaktiven Stoffes vertreten, und die Folgen eines chronischen Opiumkonsums zählen mitunter zu den verheerendsten Phänomenen innerhalb des bekannten Drogenspektrums.¹⁴⁶ Die Applikationsformen beziehen sich vornehmlich auf die intravenöse Aufnahme, sowie das Rauchen, als auch Schnupfen der verschiedenartigen Aufbereitungen wie bspw. Heroin. Des Weiteren wird Opium auch in essbarer Form verwendet oder in Alkohol gelöst (z.B. „Laudanum“) getrunken.¹⁴⁷

2.2.1 Die physische und psychische Wirkung von Opiaten

Das mitunter wirksamste Alkaloid von Opiaten findet sich in der psychoaktiven Substanz des Morphins vertreten, welches in seiner reinen Form (Morphium) speziell in der Medizin seinen gezielten Einsatz findet.¹⁴⁸ Hierin kommt diesem vor allem in der Analgesie (Schmerzbetäubung) ein besonderer Nutzen zu, wobei weitere Effekte der Drogenwirkung sich durch die Dämpfung des Hustenreizes und der Dämpfung der Darmmotilität (stopfende Wirkung) auszeichnen.¹⁴⁹ Überdies hinaus führen Opioide aber auch zur Dämpfung des Atemzentrums, welche bei entsprechender Überdosis eine Atemlähmung mit Exitus zur Folge hat.¹⁵⁰ Brechreiz und Pupillenverengung stellen abschließend zwei weitere Charakteristika der körperlichen Reaktion eines Opioidgebrauches dar, ebenso wie die allgemeine Dämpfung des vegetativen Nervensystems, die nach einem anfänglichen Erregungszustand ihren Bestand nimmt.¹⁵¹ Die Symptome einer akuten Opiatvergiftung zeigen sich letztlich anhand eines Komas, der „Miosis“ (stecknadelkopfgroßen Pupillen) und im Sinne einer Beeinträchtigung der Atmungsfunktion, welche bspw. durch die Blaufärbung der Haut, infolge eines bestehenden Sauerstoffmangels, ihren Ausdruck erfährt.¹⁵² Ohne die rasche Verabreichung eines Gegenmittels (Antagonisten-Präparate) ist dieser Zustand lebensbedrohlich.¹⁵³

Die psychische Wirkung von Opiaten zeichnet sich dadurch aus, dass diese einerseits bestimmt ist durch das Erleben eines Hochgefühls (Euphorie mit Glücksgefühlen), der

¹⁴⁵ Springer, „Drogen und Drogenmissbrauch“, S. 58

¹⁴⁶ Zahlen → UNODC, „World Drug Report 2009“, S. 52

¹⁴⁷ Applikationsformen = Brosch/Junke, Wien (1995), S. 313

¹⁴⁸ Vgl. Brosch/Junke, Wien (1995), S. 313

¹⁴⁹ Springer, „Drogen und Drogenmissbrauch“, S. 58

¹⁵⁰ Vgl. Brosch/Junke, Wien (1995), S. 315

¹⁵¹ Springer, „Drogen und Drogenmissbrauch“, S. 58

¹⁵² Brosch/Junke, Wien (1995), S. 317 & Springer, „Drogen und Drogenmissbrauch“, S. 59

¹⁵³ Vgl. Brosch/Junke, Wien (1995), S. 317

Beseitigung von Angst, Spannung und Unlust, jedoch andererseits ebenso vermag, eine Dysphorie (Verstimmung) oder anderweitige emotionale Erregungszustände emporzuheben.¹⁵⁴ Müdigkeits- und Schweregefühle sind diesbezüglich weitere Begleiterscheinungen eines opioden Rauschzustandes, für welchen ebenso eine allgemeine Bewusstseinstrübung als charakteristisch gelten darf.¹⁵⁵

2.2.2 Toleranz, Abhängigkeit und Auswirkungen eines chronischen Gebrauches

Die pharmakologische Toleranz von Opiaten erstaunt neben dem schnellen Eintreten von dieser, vor allem durch deren unglaubliches Ausweitungspotential, welches die bis zu hundertfache Dosis, im Vergleich zur medizinisch üblichen Menge, aufweisen kann.¹⁵⁶ Aufgrund des hohen Abhängigkeitspotenzials von Opioiden wie Heroin und Morphin, führen diese relativ rasch zu physiologischer sowie seelischer Abhängigkeit, welche sich speziell durch das „Craving“ (heftiges Verlangen) und eine hohe „Relapse“ Quote (Rückfall) bemerkbar machen.¹⁵⁷ Wie wir wissen zieht der chronische Gebrauch von Opiaten zumeist verheerende Konsequenzen nach sich, wovon die gemeinhin bekannten „cold-turkey“ Effekte womöglich zu den schlimmsten Auswirkungen zählen dürften, sobald es zum Absetzen oder Fehlen der verabreichten Substanz kommt.¹⁵⁸ Das hierbei entstehende Entzugssyndrom zeichnet sich dadurch aus, dass dieses von einer allgemeinen vegetativen Übererregtheit und heftigem Durchfall geprägt ist, was darüber hinaus von äußerst qualvollen (subjektiv) erlebten Schmerzempfindungen begleitet wird.¹⁵⁹ Die Stimmungslage ist demgemäß und zeigt zumeist einen „dysphorischen“ Zustand, sowie Depressionen, als auch eine aggressiv-gereizte Verstimmung.¹⁶⁰ Angst, Ruhelosigkeit und tiefe Verzweiflung scheinen für die Betroffenen die Hölle auf Erden zu bedeuten.¹⁶¹ Neben den Auswirkungen durch Fehlen der gewünschten Substanz, konnte bislang durch erhobene Forschungen gezeigt werden, dass ein hohes Maß an psychiatrischer Komorbidität zu verzeichnen ist, welche sich in Form von somatoformen, schizophrenen, affektiven und generellen Persönlichkeitsstörungen widerspiegelt.¹⁶² Wie bereits erwähnt sind die Folgen der seelischen Entwicklungen auch hierbei abhängig von

¹⁵⁴ Rotpart, S. 98

¹⁵⁵ Vgl. Springer, „Drogen und Drogenmissbrauch“, S. 58

¹⁵⁶ Springer, „Drogen und Drogenmissbrauch“, S. 59

¹⁵⁷ CliniCum (2007), S. 8; die seelische Abhängigkeit jedoch mitunter wesentlich früher einsetzt → Vgl.

Brosch/Junke, Wien (1995), S. 317

¹⁵⁸ Vgl. Brosch/Junke (1995), S. 318

¹⁵⁹ Springer, „Drogen und Drogenmissbrauch“, S. 59

¹⁶⁰ Springer, „Drogen und Drogenmissbrauch“, S. 59

¹⁶¹ Brosch/Junke, Wien (1995), S. 318

¹⁶² CliniCum (2007), S. 8

„prädispositionalen“ Faktoren (set und setting).

Entgegen der gemeingeläufigen Annahme, dass der chronische Opiumgebrauch an sich die körperliche Befindlichkeit beeinflusse, konnten bislang wissenschaftlichen Studien konstatieren, dass hierbei zwar allergische Reaktionen auftreten können, sowie auch bspw. das sexuelle Geschlechtsleben beeinflusst wird (die sexuelle Begierde und Funktionsfähigkeit einschränkt werden; Zyklusunregelmäßigkeiten oder dessen Ausbleiben bei Frauen bewirkt), jedoch [...] „die negativen körperlichen Konsequenzen zumeist als Folgeerscheinungen der Art der Substanzzufuhr und nicht de[m] Gebrauch selbst“ [...] entspringen.¹⁶³ Besonders die Applikationsform der intravenösen Verabreichung führt zu derartig negativen Konsequenzen. Durch unsteriles Injektionsbesteck, welches zum Teil einer gemeinsamen Mehrfachverwendung dient, können hierbei direkte-lokale Infektionen (z.B. Abszesse) wie auch innerorganische Infektionen ihren Bestand nehmen. Von besonderer Bedeutung ist hierbei die Infektionsrate von HIV (rückläufig = derzeit unter 5%) und vor allem von Hepatitis B und C, deren Infektionsraten zwischen 50 – 70% betragen.¹⁶⁴ Weitere Infektionskrankheiten finden sich anhand von Pilzinfektionen und Erkrankungen des lymphatischen Systems vertreten, welche zu Lymphstauungen und Ödemen führen können, die gegebenenfalls Gliedmaßamputationen zur Folge haben.¹⁶⁵ Die Beschaffungsprostitution zur Aufbringung des Substanzgebrauches trägt ihr Übriges zur Akquirierung von Geschlechtskrankheiten bei und stellt diesbezüglich, holistischer Natur betrachtet, eines der erschreckendsten Momente jener Drogenabhängigkeit dar. Dies ebenso wie die Tatsache, dass aufgrund der generellen Überwindbarkeit von Opioiden bezüglich der mütterlichen Plazentaschranke, die Nachkommen von Abhängigen durchaus an Entzugerscheinungen (Tremor, Reizbarkeit, Muskelstarre) leiden können, wobei dies jedoch nicht durchwegs die Regel, aber dennoch häufig der Fall ist.¹⁶⁶

Die Behandlung Opioidabhängiger bedarf zumeist aufgrund der horrenden Folgen, intensiver medizinischer und psychiatrischer Betreuung.

2.3 Kokain

Die Droge Kokain bezeichnet gemeinhin eine psychoaktive Substanz, welche allerorts

¹⁶³ Springer, „Drogen und Drogenmissbrauch“, S. 59 - 60

¹⁶⁴ Absatz - Konsequenzen, Infektionen, ... = Springer, „Drogen und Drogenmissbrauch“, S. 60 & Zahlen → CliniCum 2007, S. 8

¹⁶⁵ Springer, „Drogen und Drogenmissbrauch“, S. 60

¹⁶⁶ Beschaffungsprostitution und Plazentaschranke = Springer, „Drogen und Drogenmissbrauch“, S. 60

zumeist auch mit deren Szenenamen wie bspw. Schnee, Cola und Koks anzutreffen ist.¹⁶⁷ Gewonnen wird das Alkaloid aus dem Blattwerk des in Süd- und Mittelamerika heimischen Kokastrauches und erfreut sich nach derzeit offiziellen weltweiten Erhebungen einer 15,6 bis 20,8 Millionen starken Usergemeinde.¹⁶⁸ Die Applikationsformen der illegalen Anwendung finden sich zumeist durch das Schnupfen und Injizieren jener Substanz vertreten,¹⁶⁹ wobei ebenso die nicht mehr sehr gebräuchlichen Methoden der Aufnahme in Form von Essen und Trinken gegeben sind.¹⁷⁰ Relativ beliebt ist auch die Konsumierung jener Droge durch das Rauchen der verschiedenen Aufbereitungen, wodurch das Aufkommen der hierin führenden Konsumationsform „Crack“ (billiger Verschnitt von Kokain mit Backpulver gemischt) äußerst verheerende gesundheitliche und soziale Probleme mit sich brachte.¹⁷¹

2.3.1 Die physische und psychische Wirkung von Kokain

Die körperliche Wirkung von Kokain ist gekennzeichnet durch Hyperaktivität, einer Erregung der zentralnervösen Zentren (Gehirnwirkung) und der Reduktion bzw. Unterdrückung von Hunger-, Durst-, und Schlafbedürfnissen.¹⁷² Pupillenerweiterung, Hervortreten der Augäpfel und verstärkte Darmbewegungen gelten als ebenso charakteristisch.¹⁷³ Über dieses Spektrum hinausgehend besitzt Kokain eine sehr starke lokalanästhetische Wirkung, weshalb jener Wirkstoff sich lange Zeit als lokales Betäubungsmittel im Bereich der Zahn-, Kiefer-, Hals- und Ohrenheilkunde großer Beliebtheit erfreute,¹⁷⁴ jedoch aufgrund der psychischen Nebenwirkungen nach und nach aus diesem Einsatz entfernt werden musste.¹⁷⁵

Die Symptome einer akuten Kokainvergiftung zeigen sich anhand großer Unruhe, Ängsten und Aggressionen, sowie krampfhaften Magen- und Muskelschmerzen, als auch anhand von Sinnestäuschungen und Halluzinationen.¹⁷⁶

[...] „Die Pulsfrequenz ist erhöht, die Atmung wird unregelmäßig, die Körpertemperatur steigt an [und] es treten Übelkeit, Erbrechen und Magen-/Darm-Krämpfe auf. Der Tod tritt durch Herz-Kreislaufstillstand und durch Atemlähmung

¹⁶⁷ Vgl. Brosch/Junke, Wien (1995), S. 305

¹⁶⁸ Springer, „Drogen und Drogenmissbrauch“, S. 61 & Zahlen → UNODC, „World Drug Report 2009“, S. 80

¹⁶⁹ oftmals auch in Kombination mit Heroin = die berühmten „speedballs“ → Vgl. Bolognese-Leuchtenmüller (1992), S. 14

¹⁷⁰ Vgl. Brosch/Junke, Wien (1995), S. 305

¹⁷¹ Springer, „Drogen und Drogenmissbrauch“, S. 61

¹⁷² Springer, „Drogen und Drogenmissbrauch“, S. 61 & Vgl. Brosch/Junke, Wien (1995), S. 306

¹⁷³ Drogen-Wissen (Enzyklopädie) → zu finden unter http://www.drogen-wissen.de/DRUGS/DW_GE/cocain.shtml

¹⁷⁴ von Ende des 19. Jhd. bis zu Beginn des 20. Jhd. ...

¹⁷⁵ Springer, „Drogen und Drogenmissbrauch“, S. 61 & Bolognese-Leuchtenmüller, Wien (1992), S. 13

¹⁷⁶ Brosch/Junke, Wien (1995), S. 307

ein.“ [...] ¹⁷⁷

Unabhängig von der Dosis kann beim Gebrauch jenes Stoffes auch das Phänomen einer „konstitutionellen Unverträglichkeit“ mit einer „anaphylaktischen Reaktion“ auf den ersten Konsum zum Tragen kommen, welche einen tödlichen Ausgang zur Folge haben können. ¹⁷⁸

Die psychischen Wirkungen von Kokain spiegeln sich unterdies in einer deutlichen aber nur kurz andauernden Euphorie und zudem im Abbau von Hemmungen, einem gehobenem Rededrang und dem Abbau von Kritikfähigkeit wieder. ¹⁷⁹ Im Rauschzustand kommt es überdies zu visuellen, akustischen und taktilen Halluzinationen, wobei ebenso psychotische/paranoide Reaktionen ihren Bestand zu nehmen vermögen. ¹⁸⁰ Die Wirkungen eines Kokainrausches sind zumeist gefolgt von einer starken depressiven Verstimmung, sowie dem Gefühl der Müdigkeit, Sinnesleere und Ängsten. ¹⁸¹ Diese Nachwirkungen verstärken naturgemäß den Wunsch sich der Droge abermals zu bedienen, um jenen Zustand auszumerzen, wodurch einer oft sehr rasch einsetzenden psychischen Abhängigkeit der Weg bereitet wird. ¹⁸²

2.3.2 Toleranz, Abhängigkeit und Auswirkungen eines chronischen Gebrauches

[...] „Kokaingebrauch führt weder zu klassischer Toleranz noch zu physischer Abhängigkeit. Es kommt jedoch zu einer Sensibilisierung des Zentralnervensystems für den Kokaineffekt (Kindling-Effekt) nach häufiger Einnahme und damit zu paradoxer Toleranz. Psychische Abhängigkeit tritt sehr rasch ein.“ [...] ¹⁸³

Die Auswirkungen eines chronischen Gebrauches zeichnen sich dadurch aus, dass es zu paranoid-halluzinatorischen Zuständen kommt, welche von heftigen Ängsten begleitet werden (Kokainpsychose). ¹⁸⁴ Eine Besonderheit stellt hierbei die „Kokainkäferempfindung“ (sehen, spüren vieler kleiner Tierchen, auf und unter der kribbeligen Haut) dar, welche oftmals durch bspw. kratzen zu Selbstverletzungen führt. ¹⁸⁵ Des Weiteren kommt es infolge auftretender Depressionen und Angstzustände u.U. zu erheblichen auto- und fremdaggressiven Durchbrüchen, welche von Suizid bis zu Verletzungen und Tötung anderer Personen reichen

¹⁷⁷ Brosch/Junke, Wien (1995), S. 307

¹⁷⁸ Springer, „Drogen und Drogenmissbrauch“, S. 62

¹⁷⁹ Brosch/Junke, Wien (1995), S. 306 & Katzung, S. 50

¹⁸⁰ Katzung, S. 50

¹⁸¹ Brosch/Junke, Wien (1995), S. 306

¹⁸² Brosch/Junke, Wien (1995), S. 306

¹⁸³ Springer, „Drogen und Drogenmissbrauch“, S. 62

¹⁸⁴ Springer, „Drogen und Drogenmissbrauch“, S. 62

¹⁸⁵ Brosch/Junke, Wien (1995), S. 306

können.¹⁸⁶ Dieses extrem aggressive Verhalten ist auch bekannt als „Excited Delirium“, dessen mögliche Folgen auch den Tod durch einen Atemkollaps beschreiben.¹⁸⁷

Die körperlichen Auswirkungen finden sich neben zumeist einsetzender Mangelernährung (appetitreduzierender Effekt des Kokains), anhand möglicher Durchblutungsstörungen und Schlaganfällen, sowie Herzinfarkten, Schlaf- und sexuellen Funktions-Störungen. Durch den „sniffenden“ Gebrauch kommt es überdies zu Nasenbluten, Schnupfen, Entzündungen und Geschwüren innerhalb des Nasentraktes, wobei dieser in seltenen Fällen sogar zur Zerstörung der Nasenscheidewand führt. Ohren und Halserkrankungen sind ebenso bekannt wie das Auftreten einer Neigung zu epileptischen Anfällen. Die Schwangerschaftsauswirkungen sind horrend und reichen von Spontanabortus und vorzeitiger Ablösung der Plazenta bis hin zu höheren Raten bezüglich vorhandener Missbildungen und Sterblichkeit von Neugeborenen.¹⁸⁸

Die Behandlung von Kokainisten bedarf diesen Effekten gemäß zumeist internistisch-medizinischer als auch psychiatrischer Spezialeinrichtungen.¹⁸⁹

2.4. Halluzinogene

Neben den bereits beschriebenen Hanfdrogen zählen zur Gruppe der Halluzinogene all jene Stoffe, welche hauptsächlich zu einer Veränderung/Beeinträchtigung der Wahrnehmungsprozesse führen.¹⁹⁰ Die diesbezüglich wirksamen Alkaloide finden sich in natürlicher Form bspw. in Kakteen (Meskalin, Peyote), Pilzen (Psilocybin, Muscimol), Beeren und Gräsern vertreten (Myristicin, Atropin und Scopolamin) vertreten, sind jedoch ebenso in ihrer synthetischen Form gegeben, wovon das wohl Bekannteste mit dem Namen LSD 25 (Lysergsäure-Diäthyl-Amid) genannt sein darf.¹⁹¹ Grundsätzlich wird diese inhomogene Gruppe von abhängigkeitsauslösenden Substanzen in drei Untergruppen aufgeteilt: 1) Serotonin-derivate (LSD, Psilocybin, Tryptamin) - 2) Katecholamin-derivate (Meskalin, Myristicin) – 3) Anticholinergika (Atropin, Scopolamin).¹⁹² Die Verabreichung jener Substanzen erfolgt zumeist oraler Natur, wobei das Injizieren von LSD ebenso bekannt ist.¹⁹³

¹⁸⁶ Brosch/Junke, Wien (1995), S. 306

¹⁸⁷ Claudia Semmler, Alexander Hose, „Kokainkonsum und kokainbezogene Störungen“ → zu finden unter http://www.ratgeber-versand.de/files/ratgeber/51/f-328_286_d60889.pdf, S. 68 - 69

¹⁸⁸ körperliche Wirkungen = gesamter Absatz mit stellenweisen Zitaten = Springer, „Drogen und Drogenmissbrauch“, S. 62 - 63

¹⁸⁹ Brosch/Junke, Wien (1995), S. 307

¹⁹⁰ Springer, „Drogen und Drogenmissbrauch“, S. 54

¹⁹¹ Springer, „Drogen und Drogenmissbrauch“, S. 54 - 55

¹⁹² CliniCum (2007), S. 9

¹⁹³ Vgl. Brosch/Junke, Wien (1995), S. 309

2.4.1 Die physische und psychische Wirkung von Halluzinogenen (LSD, Meskalin, Psilocybin)

Die körperliche Wirkung von Halluzinogenen zeigt sich anhand von beeinflusster motorischer Leistung und einer Pupillenerweiterung, sowie eines möglich-einsetzenden Brechreizes und Übelkeit, als auch anhand von Bluthochdruck und eines Temperaturanstiegs.¹⁹⁴

Die psychische Wirkung spiegelt sich vor allem innerhalb der betroffenen Wahrnehmungssphäre, worin es zu halluzinatorischen Erscheinungen auf allen sinnlichen Erfahrungsebenen kommt. [...] „Neben optischen, akustischen und taktilen (Tastsinn) Halluzinationen treten auch Veränderungen in der Wahrnehmung und Empfindung von Raum und Zeit auf.“ [...] Eine Besonderheit von Halluzinogenen stellen bspw. die „synästhetischen Empfindungen“ (Klänge in Farben sehen, Farben hören, etc.) dar.¹⁹⁵ Des Weiteren kommt es bspw. zum Gefühl gesteigerter Kreativität und phänomenalen Einsichtsmomenten persönlicher, sowie allgemeiner Kausalitäten (Bewusstseinsweiterung – Aldous Huxley).¹⁹⁶

Auch Pseudohalluzinationen wie vernommene Lichtblitze, sich bewegende verändernde Strukturen und auftauchende Tierchen, etc., gelten als akute Auswirkungen eines Halluzinogen-Rausches, sowie generelle Reaktionen im Sinne von bspw. Denkstörungen, Ideenflüchtigkeit, Zerrissenheit und Depersonalisierungserfahrungen.¹⁹⁷ Welche Erlebnisse im Drogenrausch ihren Bestand nehmen (Stimmungen bspw. Euphorie, mystische Erfahrungen, etc.) ist besonders stark abhängig bzw. geprägt von den jeweiligen Rahmenbedingungen (set und setting).¹⁹⁸ Als relativ bekannt gelten unter anderem die stark suggerierenden Aspekte des Halluzinogen Drogenrausches, sowie die aversen Reaktionen genannt „Horrortrips“, welche zumeist im Sinne einer akutpsychotischen Phase mit ängstlich-paranoidem Charakter beschrieben werden und mit dem Einhergehen von „Ich-Leere, Ichverlust“, Zeitstillstand und dem Glauben des „nie-mehr-endens“ des Trips in Verbindung stehen können. Das folgenschwerste Moment jener Auswüchse findet sich vor allem darin, dass diese über das Abflauen der Drogenwirkung hinaus, über Wochen und Monate hinweg anhalten können, sowie auch die akute Drogenwirkung selbst, bei latenten Persönlichkeitsstörungen, diverse Psychosen auszuklinken vermag.¹⁹⁹

¹⁹⁴ Brosch/Junke, Wien (1995), S. 309 & CliniCum (2007), S. 8 - 9

¹⁹⁵ ganzer Absatz psychische Wirkungen & direktes Zitat = Springer, „Drogen und Drogenmissbrauch“, S. 55, 56

¹⁹⁶ Brosch/Junke, Wien (1995), S. 309

¹⁹⁷ Brosch/Junke, Wien (1995), S. 309

¹⁹⁸ Springer, „Drogen und Drogenmissbrauch“, S. 56

¹⁹⁹ gesamter Absatz (suggerierende Aspekte, Reaktionen, etc.) = Springer, „Drogen und Drogenmissbrauch“, S. 57

2.4.2 Akute Wirkung von Nachtschattengewächsen

Die akute Wirkung von Nachtschattensubstanzen zeigt sich als Wirkung einer Atropinvergiftung, welche sich durch hohes Fieber, ein delirantes Zustandsbild und durch Trockenheit der Schleimhäute auszeichnet. Das Delirium spiegelt sich hierbei vor allem anhand starker optischer Halluzinationen und einer massiven Beeinträchtigung des Bewusstseins wieder. Eine Besonderheit stellen bei jener Drogenwirkung auch häufig eintretende „Levitationserlebnisse“ (Ablösung des Körpers vom Boden) dar.²⁰⁰

2.4.3 Toleranz, Abhängigkeit und Auswirkungen eines chronischen Gebrauches

Bei Halluzinogenen kommt es nicht zu einer physischen Abhängigkeit, jedoch besteht eine pharmakologische Toleranz gegenüber jener Substanzgruppe. Somit ist bei diesem Drogentypus lediglich eine starke psychische abhängigkeitsverursachende Wirkung zu verzeichnen.²⁰¹ Für die Bestandnahme jenes Abhängigkeitsverhältnisses dürften zumeist die euphorischen, „bewusstseinerweiternden“ mystischen Erfahrungen ausschlaggebend sein, jedoch kann hierzu möglicherweise ebenso die soziale Bindung des Gebrauches, durch bspw. religiöse oder kreativ-künstlerische Gruppen, die erforderlichen „Weichenbedingungen“ stellen.²⁰²

Aufgrund der tiefgreifenden Erlebnisse von Halluzinogenen ist ein regelmäßiger, durchgehender Gebrauch über längere Zeit hinweg eher selten anzutreffen.²⁰³ Die Folgen eines derartigen Gebrauches finden sich anhand von wahnhaften Störungen, Verfolgungsideen, depressiven Zustandsbildern oder mit Folge von organischen Psychosyndromen dokumentiert.²⁰⁴ Genetische Folgeschäden wurden zwar in den 70er Jahren beanstandet, konnten jedoch bislang nicht belegt werden. Hingegen gelten die allseits bekannten „Flashbacks oder Echo-(Nachhall)-Psychosen“, sowohl infolge eines akuten wie auch längeren Gebrauches, als unumstößlich. Hierbei handelt es sich um das bestehende, einsetzende Gefühl der Drogenwirkung im nüchternen Zustand, selbst wenn jene Substanz schon über eine längere Zeit nicht mehr eingenommen wurde.²⁰⁵

Als beliebte missbräuchlich verwendete halluzinogene „Ersatzstoffe“ gelten bspw. Antihistaminika und Reisemittel (Atropinwirkung), Hustenmittel (z.B. Dextrometorphan –

²⁰⁰ Wirkungen Atropinvergiftung gesamter Absatz = Springer, „Drogen und Drogenmissbrauch“, S. 57

²⁰¹ beide Sätze Vgl. Springer, „Drogen und Drogenmissbrauch“, S. 57

²⁰² soziale Bindung = Springer, „Drogen und Drogenmissbrauch“, S. 57

²⁰³ Springer, „Drogen und Drogenmissbrauch“, S. 58

²⁰⁴ CliniCum (2007), S. 10

²⁰⁵ Genetische Folgen, Flashbacks, Erklärungssatz = Springer, „Drogen und Drogenmissbrauch“, S. 58

Opiumderivat), sowie die Narkosemittel Phencyclidin (Angel Dust) oder Ketamin.²⁰⁶ Die Folgen von andauernden psychotischen Zuständen, ausgeklunkter Psychosen und einer Halluzinogen-Abhängigkeit bedürfen zumeist intensiver psychiatrischer und therapeutischer Behandlungen.

2.5 Weckamine und Appetitzügler (Amphetamine)

Die psychoaktiven Drogen des Amphetamin-Typus, gemeinhin auch unter dem Szenenamen „Speed“ oder „Purple Hearts“ (Pulver, Tabletten) bekannt, finden sich wie dessen Metamphetamin-Abkömmlinge „Kristall, Crystal“ (Tabletten) und „Ice, Shabu“ (rauchbare Form) auf dem internationalen Szenemarkt vertreten. Die Applikationsformen von Amphetaminen reichen vom oralen Konsum (sniffen, essen, rauchen) bis hin zur intravenösen Injektion. Dem Metamphetamin kommt hierbei die größte Gefährlichkeit zu.²⁰⁷ Derzeit finden sich weltweit geschätzt rund zwischen 16 – 51 Millionen User von Amphetaminpräparaten.²⁰⁸

2.5.1 Die psychische und physische Wirkung von Amphetaminen

Die akute Wirkung von Weckaminen zeigt sich anhand einer zentralen Stimulation (Weckwirkung), sowie einer Stimmungsaufhellung und eventueller Euphorie.²⁰⁹ Es kommt zu einer Beschleunigung von Gedankenabläufen, gesteigerter Ideenvielfalt bis hin zur Gedankenflucht, als auch zu einer Reduktion der Fähigkeit von Selbst- und Fremdbeurteilung (Kritikfähigkeit).²¹⁰ Des Weiteren wird eine subjektiv-psychomotorische Handlungserleichterung erlebt und das Auftreten einer leichten halluzinogenen Wirkung konnte ebenso beschrieben werden.²¹¹

Die körperlichen Auswirkungen sind bspw. durch Appetitdämpfung und eventuelle sexuelle Erregung geprägt, sowie auch Mundtrockenheit, ein beschleunigter Herzschlag, Übelkeit, Schwindel, Kopfschmerzen und eine quälende Schlaflosigkeit als charakteristisch gelten dürfen.²¹² Sehr hohe Dosierungen haben häufig einen Kreislauf-Kollaps zur Folge und schwere Intoxikationen führen ohne medizinische Eingriffe zu einem komatösen Zustand mit

²⁰⁶ Springer, „Drogen und Drogenmissbrauch“, S. 58

²⁰⁷ Absatz → Szenenamen - Applikationsformen - Metamp. = Springer, „Drogen und Drogenmissbrauch“, S. 64

²⁰⁸ UNODC, „World Drug Report 2009“, S. 144

²⁰⁹ Springer, „Drogen und Drogenmissbrauch“, S. 64

²¹⁰ Brosch/Junke, Wien (1995), S. 303 - 304

²¹¹ Springer, „Drogen und Drogenmissbrauch“, S. 64 & CliniCum (2007), S. 9

²¹² Springer, „Drogen und Drogenmissbrauch“, S. 64 & Brosch/Junke, Wien (1995), S. 304

anschließender Todesfolge.²¹³

2.5.2 Toleranz, Abhängigkeit und Auswirkungen eines chronischen Gebrauches

[...] „Vor allem hinsichtlich des appetithemmenden Effektes tritt rasch Toleranz ein. Aber auch die Dosis, die zur Aufhellung der Stimmung benötigt wird, muss oft rasch gesteigert werden. [...] Auch das Ausmaß der pharmakologischen Toleranz kann extreme Ausmaße erreichen.“ [...] ²¹⁴

Das Abhängigkeitspotential von Amphetaminen besitzt speziell hinsichtlich der psychischen Abhängigkeit enorme Ausmaße und aufgrund eines mehrere Tage anhaltenden Entzugssyndroms (Müdigkeit, verlängerter Schlaf, gesteigerte Esslust) wird ebenso von einer physischen Abhängigkeit ausgegangen.²¹⁵

Typische Auswirkungen eines chronischen Gebrauches zeigen vor allen Dingen Übererregtheit, Schlafstörungen (welche monatelang andauern können) und Essstörungen, sowie dem Zustand dauerhafter Überreizung aufgrund der bestandnehmenden Antriebssteigerung, der beschleunigten Gedankenabläufe und veränderten Sinneswahrnehmungen.²¹⁶

[...] „Die euphorische Stimmungslage wird kaum mehr erreicht. Häufiger kommt es zu aggressiven und dysphorischen Verstimmungen.“ [...] ²¹⁷

Paranoide Psychosen, welche sowohl einen chronifizierten als auch akuten Ablauf zeigen können, kommen zum Ausdruck und die psychischen Entzugserscheinungen werden getragen von schweren Depressionen, Ängsten und Selbstwertstörungen, welche zumeist über lange Zeit hinweg bestehen bleiben (Nachwirkungen). Dies führt sehr oft zum häufigen Wiederaufgriff der Substanz.²¹⁸ Die genannten Auswirkungen geleiten darüber hinaus meist zu Polytoxikomanie (zusätzlicher Schlafmitteleinnahme) infolge der aufkommenden Übererregtheit, was gemeinhin unter dem Begriff „up and down cycle“ (Aufputschmittel – Dämpfung – Aufputschmittel, usw.) in Fachwissenschaftskreisen seine Bekanntheit erlangte.²¹⁹

Die innerorganischen Auswirkungen eines chronischen Gebrauches zeigen sich anhand von bspw. krankhaften Veränderungen des Herz-Kreislaufsystems, Gefäßverengungen und

²¹³ Brosch/Junke, Wien (1995), S. 304

²¹⁴ Springer, „Drogen und Drogenmissbrauch“, S. 64

²¹⁵ Springer, „Drogen und Drogenmissbrauch“, S. 64

²¹⁶ Springer, „Drogen und Drogenmissbrauch“, S. 64 & Brosch/Junke, Wien (1995), S. 304

²¹⁷ Brosch/Junke, Wien (1995), S. 304

²¹⁸ beide Sätze → Springer, „Drogen und Drogenmissbrauch“, S. 64 & Brosch/Junke, Wien (1995), S. 304

²¹⁹ Springer, „Drogen und Drogenmissbrauch“, S. 64

Einflussstauungen am Herzen, welche zum Resultat von Schlaganfällen führen.²²⁰

Wie gesagt vermögen die Auswirkungen eines akuten sowie chronischen Gebrauchs folgeschwere psychische (Psychosen, Depressionen, etc.), wie auch körperliche Schäden (Kreislaufkollaps, Schlaganfälle) hervorzurufen und bedürfen deshalb den Umständen entsprechend, sowohl intensiver medizinischer als auch psychiatrischer Betreuung.

2.6 Designer Drogen (Synthetische Drogen)

Bei den Designerdrogen handelt es sich um chemisch manipulierte Molekülstrukturen, deren Resultat jeweils in einer neuen Substanz besteht, welche eine ähnliche Wirkung wie das Ausgangsprodukt aufweist, jedoch im Rahmen einer intensivierten oder qualitativ veränderten Wirkung anzutreffen ist. Rund 300 verschiedene Substanzen werden derzeit im Werk „Alexander Shulgin´s - Pihkal“ beschrieben, wobei eine darüber hinausgehende Unzahl derartiger Substanzen anzunehmen ist. Generell kann gesagt werden, dass Designer-Drogen für ihre Konsumenten ein erhebliches Risiko darstellen, da der Wirkungsgrad und dessen Folgen, aufgrund zumeist fehlender „klinischer Tier- und Menschenexperimente“ nicht abzuwägen ist. Hierfür wurde in der jüngeren Vergangenheit das „EBDD –Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht“ damit beauftragt, Bewertungs- und Begutachtungsverfahren über aufkommende Drogensorten zu verfassen, welche diese Substanzen alsbald in die Liste kontrollierter Stoffe (Drogenliste) aufnehmen.²²¹ Die wohl bekanntesten Laborabkömmlinge stellen bspw. „MDMA - Ecstasy“, „STP - DOM“ und das PCP-Präparat genannte „Angel Dust“ dar.

2.6.1 Ecstasy (MDMA)

Die als Partydroge bekannte Substanz MDMA, welche sich vom Metamphetamin ableitet und als „Ecstasy“ weltweit starken Andrang findet, wird heutzutage mit verschiedensten Stoffzugehörigkeiten wie bspw. MDA, MBDB, MMDA und vergleichbaren Amphetamin-derivaten vermarktet.²²² Derzeit werden die „Ecstasy“ Konsumenten weltweit auf zwischen 12 bis 24 Millionen User geschätzt.²²³

2.6.1.1 Wirkungen und Komplikationen

[...] „Die erwünschte Wirkung besteht darin, dass der Konsument eine vollständige Ent-

²²⁰ Springer, „Drogen und Drogenmissbrauch“, S. 64

²²¹ gesamter Absatz → Springer, „Drogen und Drogenmissbrauch“, S. 65

²²² Springer, „Drogen und Drogenmissbrauch“, S. 66

²²³ UNODC, „World Drug Report 2009“, S. 144

spannung und Ruhe empfindet. Weiters entwickelt er das Gefühl, sich selbst und seine Umwelt intensiver wahrzunehmen, seine Gefühle besser zu artikulieren und allgemein besser kommunizieren zu können. Die Aggressionsbereitschaft ist herabgesetzt und Schwellenängste werden abgebaut.“ [...] ²²⁴

Relativ häufig wird das Rauscherlebnis von halluzinogenen Effekten (sinnlichen Trugwahrnehmungen, Zeitwahrnehmungsveränderungen) begleitet, als auch das Gefühl der Liebe zu sich, anderen Menschen und der Welt verstärkt. ²²⁵ Neben diesen positiven Aspekten führt der Gebrauch jener Droge aber auch bspw. zu Angst- und Panikzuständen (höhere Dosen), Zittern, Herzklopfen und Schweißausbrüchen, sowie zu Kopfschmerzen und Übelkeit, wobei in seltenen Fällen auch Wahnvorstellungen und Verwirrheitszustände ihren Bestand nehmen können. Zu den schwerwiegendsten Gefahren des Ecstasy-Konsums zählen unter anderem das Potential Psychosen von schizophrener Natur auszulösen, als auch einem epileptischen Anfall oder anderweitigen Folgen mit tödlichem Ausgang (bspw. infolge von Hyperthermie, Hirnblutungen und Herzinfarkten) zu erliegen. ²²⁶ Das besondere Phänomen ist hierbei, dass auftretende Komplikationen weder von der Dauer des Substanzgebrauches selbst, noch von der Dosis alleine abhängig sind, sondern von Person zu Person divergieren und schon nach einmaligem Gebrauch derartige Resonanzen hervorzurufen vermögen.

Spätfolgen eines chronischen Gebrauches werden anhand der neurotoxischen Wirkung des MDMA, im Sinne von schwer beeinflussbaren Depressionen und Gedächtnisstörungen angenommen. ²²⁷

2.6.2 STP (DOM)

Die Substanz „STP – Serenity, Tranquility, Peace“ ähnelt hinsichtlich seiner psychischen und körperlichen Aus- und Folgewirkungen den bereits beschriebenen Wirkungen des MDMA, weshalb Renate Brosch und ihr Kollege Günther Junke diese beiden Amphetaminabkömmlinge in einer gemeinsamen Wirkungsdarlegung (gemeinsam mit MMDA und MDE) →

[...] „Einige verstärken mehr emotionales Erleben, andere Substanzen lösen in stärkerer Form Veränderungen der Sinneseindrücke und Halluzinationen aus.“ [...]

erörtern. ²²⁸ Deshalb gilt es lediglich zu sagen, dass STP ähnlich dem Halluzinogen LSD

²²⁴ Springer, „Drogen und Drogenmissbrauch“, S. 67

²²⁵ Springer, „Drogen und Drogenmissbrauch“, S. 67 & Brosch/Junke, Wien (1995), S. 305

²²⁶ Reaktionen und Gefahren (beide Sätze) → Brosch/Junke, Wien (1995), S. 304 & Springer, „Drogen und Drogenmissbrauch“, S. 67, 68

²²⁷ Besonderes Phänomen & chronische Folgen (beide Sätze) → Springer, „Drogen und Drogenmissbrauch“, S. 67 – 68ff.

²²⁸ Brosch/Junke, Wien (1995), S. 305

wirkt und demgemäß die zweite zitierte Form der Wirkung stärker in den Vordergrund tritt. Der Rauschzustand wirkt jedoch länger als bei LSD und führt entgegen seines positiv anmutenden Namens, recht häufig zu „Horrortrips“.²²⁹

2.6.3 PCP-Derivate (Phencyclidin – Angel Dust)

Die psychoaktive Substanz PCP oder im Szenejargon heute auch unter dem Namen „Angel Dust“ bekannt, wurde, als Anästhetikum gedacht, in den 20er Jahren des letzten Jhd. entwickelt, jedoch aufgrund seiner schwerwiegenden psychischen Nebenwirkungen sehr rasch aus dem humanmedizinischen Arzneimittelschatz wieder entfernt. Das Auskommen jenes Präparates spiegelt sich vor allem anhand seiner sehr heftigen halluzinatorischen Wirkungen, welche mitunter bis zu 48 Stunden andauern können. Wie keine andere Substanz vermag PCP schon bei der ersten Einnahme „Horrortrips“ hervorzurufen, welche bspw. durch Verfolgungsträume und grauenhafte Selbstverstümmelungen gekennzeichnet sind.²³⁰

[...] „Depressionen nach Rauschzuständen dauern oft Monate.“ [...] ²³¹

Bei länger andauerndem Konsum kommt es zu toxischen Psychosen, welche sich ihrerseits wiederum durch das bspw. Hören grauenhafter Stimmen und Erleben einer dämonischen, bösen Welt auszeichnen. Gewalttätiges, aggressives Verhalten und Paranoia sind die Folge, sowie auch Bewegungsstörungen und unkontrollierbare Augenzitterbewegungen. Darüber hinaus sind Magen- und Darmstörungen mit blutigen Durchfällen und Erbrechen nichts Ungewöhnliches (chronischer Konsum) und bei höheren Dosierungen treten sowohl Krampfanfälle, als auch Atemlähmung mit Todesfolge (Überdosis) ein. Nichtsdestotrotz besteht gegenüber jener Substanz ein enorm hohes Abhängigkeitspotential.²³²

Diesem Wirkungs- bzw. Folgespektrum entsprechend bedarf auch dieser „Substanztypus“²³³, den jeweiligen Umständen gemäß, intensiver medizinischer und psychiatrischer Maßnahmen.

2.7. Medikamente

Das Phänomen des Medikamentenmissbrauchs ist über die Zeiten hinaus sowohl innerhalb der gängigen Drogenszene, als auch innerhalb der sogenannten „Normalbevölkerung“ selbst

²²⁹ Absatz = Springer, „Drogen und Drogenmissbrauch“, S. 69

²³⁰ gesamter Absatz = Springer, „Drogen und Drogenmissbrauch“, S. 70 & Brosch/Junke, Wien (1995), S. 302

²³¹ Brosch/Junke, Wien (1995), S. 302

²³² gesamter Absatz (andauernder Konsum, Folgewirkungen, etc.) = Brosch/Junke, Wien (1995), S. 302

²³³ wobei die jeweiligen Substanzen den entsprechenden WHO Drogentypen zugeordnet werden = Amphetamin-Typ; Morphin-Typ (bspw. „Fentanyl“ und dessen Derivate = synthetisches Heroin = bis zu 300mal stärker als Heroin); Halluzinogen-Typ (PCP...); etc. → Vgl. Brosch/Junke, Wien (1995), S. 301-303

ein offenkundiges Problemfeld,²³⁴ worauf schon die Rolling Stones mit ihrem Song „Mother's Little Helper“ in den 60er Jahren aufmerksam machten und dessen Titel ein Synonym für Tranquilizer und Benzodiazepine bis heute darstellt.²³⁵

[...] „Die Prinzipien der Abhängigkeit, der Toleranzsteigerung und der Entzugserscheinungen bei abruptem Absetzen sind allen, in ihrer Wirkung sehr unterschiedlichen, Medikamentengruppen gemeinsam. Als weitere gemeinsame Eigenschaft bieten sich die leichte Erreichbarkeit erwünschter Stimmungen, Zustände und Befindlichkeiten und/oder befreien scheinbar mühelos von unerwünschten Zuständen oder Befindlichkeiten.“ [...]²³⁶

2.7.1 Benzodiazepine und Tranquilizer

Die dieser Gruppe zugehörigen Arzneimittel werden bspw. zumeist gegen Angstzustände, Panikreaktionen, leicht depressive Verstimmungen und Schlafstörungen verschrieben, und gelangen auch als Entzugspräparate innerhalb der Alkoholtherapie zu ihrem Einsatz. Die akute Wirkung zeigt sich anhand von Angstlösung, Entspannung der Muskulatur und einem Schlafanstoß, sowie einer anti-epileptischen Wirkung, wobei es bei höheren Dosen zu einer Barbiturat-ähnlichen Wirkung kommt.²³⁷

2.7.1.1 Toleranz, Abhängigkeit und Auswirkungen eines chronischen Gebrauches

Die Abhängigkeit und Toleranz von derartigen Medikamenten ist sehr schnell gegeben und führt zumeist schon innerhalb der ersten 14 Tage des Gebrauches zu psychischer und physischer Abhängigkeit.²³⁸ Die Auswirkungen des Entzuges, welche mitunter mehrere Wochen andauern können, zeigen sich anhand schwerer Schlafstörungen, Depressionen, Angstanfällen, sowie Kopfschmerzen und generell an den auftretenden vegetativen Symptomen wie bspw. Unruhe und Zittern, als auch anhand von Erbrechen und Durchfall.²³⁹ Epileptische Anfälle, delirante Zustände und Empfindungs- wie Koordinationsstörungen finden ebenso ihren Bestand.²⁴⁰

Über die Auswirkungen eines chronischen Konsums ist relativ wenig bekannt, jedoch wird in Fachwissenschaftskreisen eine Wesensänderung, in ähnlichem Sinne des „amotivationalen Syndroms“ (siehe Cannabis 2.1.2), angenommen.²⁴¹ Faktum ist jedoch, dass zumeist die

²³⁴ Brosch/Junke, Wien (1995), S. 310

²³⁵ Vgl. Springer, „Drogen und Drogenmissbrauch“, S. 37 & Vorlesungserörterung (WS 09/10 „Theorie und Therapie der Suchtkrankheiten“, am allgemeinen Krankenhaus Wien)

²³⁶ Brosch/Junke, Wien (1995), S. 310

²³⁷ gesamter Absatz = Springer, „Drogen und Drogenmissbrauch“, S. 37 → Wirkung Barbiturate siehe 2.7.2 ff.

²³⁸ Springer, „Drogen und Drogenmissbrauch“, S. 37

²³⁹ Brosch/Junke, Wien (1995), S. 311

²⁴⁰ CliniCum (2007), S.10; Springer, „Drogen und Drogenmissbrauch“, S. 37; Brosch/Junke, Wien (1995), S. 311

²⁴¹ Springer, „Drogen und Drogenmissbrauch“, S. 37ff.

Auswirkungen eines länger andauernden Benzodiazepin-Gebrauches einer intensiven psychiatrischen Behandlung bedürfen.

2.7.2 Barbiturate

Barbiturate sind wegen ihrer psychischen wie physischen Folgen nur mehr sehr beschränkt über den Arzneimittelweg (strenge Auflagen) zugänglich, und den Nebenwirkungen entsprechend, wurden bereits viele der damals gängigen Präparate aus dem Arzneimittelschatz entfernt.²⁴² Die akuten Wirkungen jener Substanz zeichnen sich dadurch aus, dass diese dosisabhängig von einem milden Sedierungseffekt (Schlafanstöß) bis hin zu narkoseartigem oder gar tiefem Koma führen können.²⁴³ Auch eine krampflösende Wirkung, sowie motorische Koordinationsstörungen, Enthemmung und Einschränkung der Wahrnehmung gelten diesbezüglich als charakteristisch.²⁴⁴ Überdies hinaus zeigt sich eine euphorisierende Wirkung, ähnlich den Opiaten, was das Missbrauchspotential von Barbituraten großteils begründet.²⁴⁵

2.7.2.1 Toleranz, Abhängigkeit und Auswirkungen eines chronischen Gebrauches

Die pharmakologische Toleranz kommt bereits nach wenigen Tagen der Einnahme zum Vorschein und eine notwendige Dosissteigerung nimmt relativ schnell ihren Bestand.²⁴⁶ Das gefährliche Moment hierbei ist die Tatsache, dass eine physiologische Obergrenze der Toleranz besteht (letale Dosis) und man sich somit beständig auf dem Weg der Annäherung zu jener Dosis befindet.²⁴⁷ Dieser fatale Umstand ist vor allem deshalb erschreckend, da es bei länger andauerndem Konsum sowohl zu psychischer wie physischer Abhängigkeit kommt, welche anhand schwerer Entzugserscheinungen zum Ausdruck kommen und unbehandelt potentiell tödlich verlaufen.²⁴⁸ Die Symptome hierfür zeigen sich bspw. anhand von Angstzuständen, epileptischen Anfällen und/oder psychotischen Zustandsbildern, sowie Schlaflosigkeit, unwillkürlichem Muskelzittern (bis hin zum Tremor), Brechreiz und Sehstörungen. Hochgradige Wesensänderungen, Verwirrheitszustände, affektiver Kontrollverlust und eventuell organisch bedingte Psychosen füllen das horrende Bild der

²⁴² Springer, „Drogen und Drogenmissbrauch“, S. 35 und 37

²⁴³ Brosch/Junke, Wien (1995), S. 311

²⁴⁴ Springer, „Drogen und Drogenmissbrauch“, S. 35

²⁴⁵ Brosch/Junke, Wien (1995), S. 311ff.

²⁴⁶ Springer, „Drogen und Drogenmissbrauch“, S. 35

²⁴⁷ Brosch/Junke, Wien (1995), S. 312

²⁴⁸ Springer, „Drogen und Drogenmissbrauch“, S. 36 & Brosch/Junke, Wien (1995), S. 311

möglichen Folgewirkungen.²⁴⁹

[...] „Die Barbiturat-Entzüge sind lebensbedrohende Zustände, die [unbedingter] ärztlicher Behandlung bedürfen.“ [...] ²⁵⁰

Viele weitere Medikamente bzw. deren jeweilige chemische Grundsubstanzen wie bspw. „Methaqualone“, „Neuroleptika“ oder auch „Codein-haltige Hustenmittel“, könnten hier nun ihre nachfolgende Erörterung finden. Jedoch soll im Sinne der hier vorliegenden Auseinandersetzung darauf verzichtet werden, da die mit Abstand wichtigsten Substanzen ihre notwendige Erörterung fanden und ein derartiger Vollständigkeitsanspruch den Rahmen dieser Arbeit bei weitem sprengen würde. Demgemäß empfiehlt es sich, das Kapitel der Drogen und Drogenwirkungen mit dem Phänomen der Polytoxikomanie zu schließen, um somit zu den gewichtigen Folgekapiteln dieser Arbeit voranschreiten zu können.

2.8 Polytoxikomanie

Der Begriff der Polytoxikomanie bezeichnet in der Wissenschaft die Mehrfachabhängigkeit bzw. Mischabhängigkeit von mehreren Substanzen, wobei diese Form der Abhängigkeit zumeist häufiger anzutreffen ist als jene eines reinen Einzelabhängigkeitsverhältnisses.²⁵¹ Vor allem im Milieu der illegalen Drogenszene ist diese Form des kombinierten oder abwechselnden Substanzgebrauches nahezu ausschließlich anzutreffen, jedoch auch der Bereich des legalen Drogenkonsums (z.B. Alkohol in Kombination mit Nikotin und Tranquilizern) eine zunehmende Tendenz hierzu aufweist.²⁵² Innerhalb der illegalen Drogenszene findet sich ein weites Spektrum von Mischkonsum und daraus resultierenden Abhängigkeiten, welche sich bspw. anhand der Kombination, des Wechseleinsatzes von Hypnotika und Tranquilizern mit Weckaminen anführen lassen.²⁵³ Auch den Kombinationen von Opiaten und Benzodiazepinen und den diesbezüglichen Ausweitungen (Opiatabhängigkeit mit Alkoholabhängigkeit → mit Kokainabhängigkeit, etc.) sind so gut wie keine Grenzen gesetzt.²⁵⁴ Die Gründe hierfür lassen sich vor allem anhand von 3 grundlegenden Ursachen festmachen, wobei die erste Komponente am Phänomen der „persönlichen“ Experimentierfreudigkeit festzumachen ist, worin alle erdenklichen Drogen

²⁴⁹ Symptome und Auswirkungen (beide Sätze) = Springer, „Drogen und Drogenmissbrauch“, S. 36

²⁵⁰ Springer, „Drogen und Drogenmissbrauch“, S. 36

²⁵¹ Brosch/Junke, Wien (1995), S. 321

²⁵² Brosch/Junke, Wien (1995), S. 321 & Springer, „Drogen und Drogenmissbrauch“, S. 71

²⁵³ Brosch/Junke, Wien (1995), S. 321

²⁵⁴ W. Heinz, Th. Poehlke, H. Stöver, „Glossar: Substitutionstherapie bei Drogenabhängigkeit“, 3. Auflage, Springer Verlag, Berlin – Heidelberg (2010), Abstract & S. 96 → zu finden unter <http://www.springerlink.com/content/x307807101808875/>

ausprobiert werden und hierzu ein stärkeres Ausmaß von Alkohol konsumiert wird (1-2% der österreichischen Gesellschaft zw. den 15 bis 40ig-Jährigen). Die zweite Komponente findet sich anhand der „Ökonomie des Schwarzmarktes“ vertreten, da in der Drogenszene selbst die Märkte für illegale Drogen nicht getrennt vorhanden sind, sodass zumeist die Drogen konsumiert und gebraucht werden, welche gerade zur Verfügung stehen. Die letzte Komponente bezieht sich auf die „individuelle Ökonomie“ des Drogenkonsums, infolge der hohen Preise der illegal erworbenen Substanzen. Bspw. kann ein Heroin- oder Kokainjunkie nicht durchgehend seinen derartig-zentrierten Abhängigkeitskonsum finanzieren, sodass jene dazu gezwungen sind, auf billigere Drogen mit vergleichbarer Wirkung auszuweichen, um somit den eintretenden Entzugserscheinungen entgegen zu können.²⁵⁵

Die medizinisch-therapeutischen Folgen von Mehrfachabhängigkeiten sind horrend, da diese einerseits komplizierter zu betreuende Entzugserscheinungen aufweisen und einer jeweils intensiven eigenständigen Behandlung bedürfen, sowie andererseits generell [...] „zu einem ausgeprägteren und raschen körperlichen, geistigen und sozialen Verfall“ [...] führen.²⁵⁶

TEIL II – Der geschichtliche Hintergrund des einsetzenden illegalen Drogenkonsums in Österreich

Da wir nun darüber in Kenntnis gesetzt sind, welche verheerende Folgen ein jeweils gearteter Drogenkonsum zur Folge haben kann bzw. aufgrund eines verantwortungslosen Umgangs mit den jeweils vorhandenen psychoaktiven Substanzen ihren Bestand nehmen können, wollen wir uns nachfolgend mit der geschichtlichen Entwicklung des jugendlichen Drogenkonsums im Österreich der 50er und 60er Jahre selbst befassen. Dieses geschieht aus dem Grunde heraus, da es als unabdingbar scheint, die Grundvoraussetzungen des innerhalb der 60iger Jahre aufkommenden „Drogenmissbrauchsphänomens“ in Österreich zu verstehen, und die daraus folgenden Konsequenzen bzw. Implikationen im Sinne einer notwendigen therapeutischen Behandlung einsehbar zu gestalten.

1. Geschichtlicher Hintergrund der Jugend- und Drogenkultur der 50er und 60er Jahre

Der Umstand, dass die Problematik des Drogenkonsums in Österreich gerade zu Mitte der 60er Jahre ein derart gesellschaftliches Aufsehen erregte und eine 7 Personen starke Gruppe

²⁵⁵ Gesamter Absatz -Ursachen/Gründe der Polytoxikomanie = Springer, „Drogen und Drogenmissbrauch“, S. 71

²⁵⁶ Springer, „Drogen und Drogenmissbrauch“, S. 72

von Drogenkonsumenten ihre erstmalige Einlieferung im Jahre 1966 an der psychiatrisch-neurologischen Klinik des AKH fand,²⁵⁷ ist mitunter darauf zurückzuführen, dass die jugendliche Subkultur und die damit einhergehende Drogenkultur gänzlich neue Wege beschritt, was sich sowohl im dissidenten Aussehen der jeweiligen Akteure, als auch generell gesehen, in deren gesamtem Lebensstil widerspiegelte. Diese in der Nachkriegszeit seit dem Zweiten Weltkrieg entstandenen „Jugendsubkulturgruppen“, welche sich einerseits durch die Abkehr von „kleinbürgerlichen Konventionen“ und damit verbundenen „Moralvorstellungen“ auszeichneten,²⁵⁸ und andererseits durch deren „kulturimmanenten Drogenkonsum“ die Grundlage für das neue „soziale Problem“ des Rauschgift- und Drogenmissbrauches stellten, lieferten nun in einer Vielzahl der Fälle das Klientel für die psychiatrisch-neurologische Universitätsklinik am allgemeinen Krankenhaus. Maßgeblich rekrutierte sich dieses Klientel aus den Reihen der „Gammler“ und „Hippies“,²⁵⁹ deren Weltanschauungen und Lebensstile das „neue Phänomen“ des illegalen Drogenkonsums in Österreich hauptsächlich generierten. Die Hintergründe, die zur Ausformung von derartigen Jugend- und Drogenkulturen hierzulande führten, finden deren Wurzeln bzw. ideologischen Grundfeste bereits in den 50er Jahren des 20. Jahrhunderts vertreten, da zu jener Zeit die ersten Idole jener juvenilen „Generations“ großes Aufsehen erregten und mit deren avantgardistischen „Vorbildwirkungen“ dazu führten, dass sich nach und nach jugendliche Gegenbewegungen zur etablierten Gesellschaft bzw. den hierin befindlichen tradierten Werten formierten. Um nun zu sehen, welche Entwicklungen diesbezüglich ihren Bestand genommen haben, wollen wir uns nachfolgend kurz der Heranreifung bzw. den Idealen jener jugendlichen Subkulturen zuwenden.

1.1 Die Beat Generation

Die Beat Generation, deren Anhänger weithin auch als die „Beatniks“ ihre Bekanntheit erlangten, bezeichnet(e) eine US-amerikanisch jugendliche Boheme, welche sich im Untergrund der sogenannten „silent generation“ der „Eisenhower Ära“ entwickelte und deren Begrifflichkeit ursprünglich für die literarische Avantgarde dieser Zeit seine Verwendung

²⁵⁷ Vgl. Bruck J., Mader R., Sluga W., „Rauschgift- und Drogenmissbrauch – ein aktuelles Problem in Österreich?“, In: Wiener Medizinische Wochenschrift 42/43, Wien (1967), S. 948

²⁵⁸ Vgl. Strake Bernhard, „Jugendkultur und Drogen im Wien der späten sechziger Jahre“, Dipl.Ar., Neulengbach (Mai 2000), S. 16 - 27

²⁵⁹ sich jedoch mit bestimmter Sicherheit auch noch überzeugte Beatniks oder „Exis = Existenzialisten“ darunter finden ließen - Vgl. Strake, S. 11 - 20

fand.²⁶⁰ Die wohl bekanntesten Protagonisten dieser Generation waren unter anderem „Jack Kerouac“, dessen Werk „On the Road“ zu einem Manifest dieser Bewegung avancierte,²⁶¹ sowie auch Alan Ginsberg, Gary Snyder und William S. Burroughs.

Die Vorbildwirkung, welche aus deren Werken und selbst gelebten Lebensweisen entsprang, zeichnete sich einerseits dadurch aus, dass diese von einer Absage an die profit- und konsumorientierte Lebensphilosophie des „American Way of Life“ geprägt war, wobei man sich lieber einer „autostoppenden“ Reiselust, der Beschäftigung mit fernöstlichen Philosophien und den Klängen des Be-Bop hingab, als den Vorstellungen und Idealen der Elterngeneration Folge zu leisten.²⁶² Der zweite gewichtige Anteil, welcher deren Vorbildwirkung ausmachte, ergab sich daraus, dass jene „philosophischen“ Avantgardisten sich einem exzessiven Hang zu Drogenerlebnissen hingaben und diesen durch deren Werke öffentlich zur Schau stellten bzw. (retrospektiv betrachtet) hierdurch propagierten. Neben den vorwiegend konsumierten Drogen wie Marihuana und verschiedenen Amphetaminen, wie bspw. Benzedrin,²⁶³ wurde so ziemlich alles probiert und genommen, was sowohl die schöpferischen Möglichkeiten erweitern ließ, als auch das gruppenspezifische Erleben im Sinne eines Kommunikationsrituals begünstigte.²⁶⁴ Somit fanden sich auf den Drogenlisten dieser Drogenuser, -abuser, die verschiedensten psychoaktiven Substanzen wie bspw. Opiate und Kokain, sowie Meskalin, Psilocybin und LSD, als auch Exquisiten wie Yage und Ololiuqui, welche als Halluzinogene vorwiegend innerhalb der süd- und mesoamerikanischen Urbevölkerung ihre Verwendung fanden.²⁶⁵ Diesbezüglich muss zwar gesagt sein, dass nicht alle Anhänger der Beat-Generation in ihrem Dasein einen derart vehementen polytoxikomanen Drogenkonsum forcierten,²⁶⁶ jedoch durch deren literarische Protagonisten das Interesse an Drogenerlebnissen sicherlich geweckt wurde und ein derartiges Experimentieren mit psychoaktiven Substanzen begünstigt haben dürfte.

Diese ursprünglich us-amerikanische Boheme, welche sich in den 50er Jahren nicht nur in den Vereinigten Staaten, sondern auch beinahe in ganz Europa rasant verbreitete, stellte nun eine

²⁶⁰ Vgl. Strake, S. 11, 12

²⁶¹ Strake, S. 12

²⁶² Vgl. Strake Bernhard, S. 12

²⁶³ Vgl. Strake, S. 13

²⁶⁴ Vgl. Springer Alfred, „Zum Problem des Einflusses von Rauschdrogen auf die Entwicklung einer Jugendlichen-Subkultur“, In: Kryspin Exner, „Die modernen Formen des Suchtmittelmissbrauches – Klinik und Therapie der Drogenabhängigkeit bei Jugendlichen“, Wilhelm Braumüller Verlag, Wien (1971), S. 138

²⁶⁵ Vgl. Kupfer Alexander, „Die Künstlichen Paradiese“, Stuttgart (1996) - Verweis bei Strake, S.14 – Fußnote 35

²⁶⁶ in dem Sinne verstanden, dass nicht jeder, welcher sich für einen Beatnik hielt (spätere „Mode-Erscheinung“-Sandalen – Jeans und Sweatshirts, usw.) oder sein wollte, auch notgedrungen einen derartigen Drogenmissbrauch begehen musste ...

Art Initialzündung für die darauffolgenden jugendlichen Gegenbewegungen des 20. Jahrhunderts dar,²⁶⁷ welche sich von den skelettierten gesellschaftlichen Konventionen abwandte und wie wir noch sehen werden, durch deren Ideen und Lebensphilosophien, einen nicht unwesentlichen Nährboden für die jeweiligen Ideologien und Lebensweisen unserer hauptaugenmerklichen Gruppierungen, die „Gammler“ und „Hippies“, lieferten.

1.2 Die Halbstarken

Aufgrund der Tatsache, dass die sogenannten „Halbstarken“ [...] „von allen jugendlichen Gruppierungen der 50er Jahre [...] das meiste Aufsehen erregt[en]“²⁶⁸ und deren aggressiver Stil im Hinblick auf deren Sprache, Kleidung und sozialen Umgang die herrschenden Moralvorstellungen der 50er Jahre hierzulande bei weitem in den Schatten stellte, sollen jene hier ebenso ihre kurze Erwähnung finden.

Gekleidet wie James Dean, Elvis Presley, Jane Russel und Marilyn Monroe, sorgte diese Jugendsubkultur für großes Furore in der damaligen Öffentlichkeit. Man denke bloß an die „Halbstarkenkrawalle“ der 50er Jahre in der BRD.²⁶⁹ Im Gegensatz zu den vorhin genannten Beatniks, schenkt man den vorgefundenen Recherchen Glauben, widmete sich diese Gruppe von Heranwachsenden jedoch keinem Konsum illegaler Drogen,²⁷⁰ wobei aber bedacht werden sollte, dass die Halbstarken durch deren Gebrauch von Zigaretten²⁷¹ und Alkohol²⁷² dennoch einen offen zur Schau getragenen „Drogenkonsum“ forcierten und diesbezüglicher Natur meines Erachtens nach, eine bedeutsame Rolle für die darauffolgende Subkultur der Gammler zu Beginn der 60er Jahre spielten.

Gerade dieser zunehmende jugendliche Umgang mit legalen Drogen gibt letztlich Auskunft darüber, dass das „gesteigerte Rauschbedürfnis“ der österreichischen Gesellschaft, welches infolge des zunehmenden Wohlstandes der 50er Jahre in Österreich verzeichnet werden konnte,²⁷³ einen vermehrten Eingang in die Jugend bzw. Jugendkultur fand und demgemäß

²⁶⁷ Strake, S. 12 & 15

²⁶⁸ Obermüller (1994) - zit. n. Strake Bernhard, S. 16

²⁶⁹ Vgl. Schmid Martin, In: „Drogenhilfe in Deutschland – Entstehung und Entwicklung 1970 bis 2000“, Campus Verlag, Frankfurt/Main (2003), S. 94

²⁷⁰ Vgl. Schmid Martin, Frankfurt/Main (2003), S. 94

²⁷¹ dessen Konsum von Jugendlichen in der damaligen Öffentlichkeit als absolute Provokation verstanden wurde. → Gespräche mit meinen Eltern, Großeltern und weiteren pensionierten Bekannten. → instrumentalisiertes Zitat aus den 70ern - „Mit Siebzehn hob i glaubt, dass ich mir vor'm Opa eine anzünden kann ... So schnell hob i gar net schau'n können, hob i a Fotzn drin gehabt, dass die Tschick nur so geflogen is.“ → „Pirs Lieselotte“, meine Mutter

²⁷² wo gleichsam die Perversion der Unterscheidung von legalen und illegalen „Drogen“ zum Vorschein tritt, wenn man sich die Wirkungen und Nebenwirkungen dieser „Genussmittel“ ins Bewusstsein ruft ...

²⁷³ sich bspw. der Alkoholkonsum in Österreich zw. 1950 – 1960 bereits verdoppelte oder auch der Absatz von

bereits die Weichen eines experimentellen weiterführenden Drogenkonsums zu stellen vermochte.

Neben dieser relativ homogenen Gruppe der Halbstarken,²⁷⁴ begab sich nun parallel dazu eine weitere Gruppierung auf ihren Weg durch die Gezeiten, welche zwar nicht so zahlreich wie jene der „Lederjacken-Johnny´s“²⁷⁵ war und vorwiegend dem bürgerlichen Metier entsprang, aber ebenso ihre gewichtigen Spuren hinterließ.

1.3 Die Existentialisten

Bei den Existentialisten, welche aufgrund ihrer Vorliebe für den „französischen“ Existentialismus, mit deren prominentesten Vertretern sicherlich Albert Camus und Jean Paul Sartre zu nennen sind, ihre Bezeichnung wählten, dürfte es sich um eine eher verschwindend geringe Gruppe von „Jugendlichen“ in Österreich gehandelt haben,²⁷⁶ welche sich, ebenso wie die Halbstarken und Beatniks, durch ihre Ablehnung gegenüber den herrschenden Moral- und Ordnungsvorstellungen der Gesellschaft auszeichneten.

Diese Jugendkultur, welche der Lebenswelt der Halbstarken grundsätzlich gegenüberstand, schloss nun insofern an die Subkultur der Beatniks an, da sich die Existentialisten zumeist den gleichen Autoren wie bspw. Jack Kerouac und William Burroughs widmeten als auch deren Vorliebe für den Jazz teilten.²⁷⁷ Anders als bei der Beat-Generation, kam es jedoch laut Martin Schmid (2003, S.94) bei den Anhängern dieser Fraktion nicht zu einem derart „kulturimmanenten“ Drogenkonsum, wobei aber eine gewisse Dunkelziffer von zumindest Cannabiskonsumenten nicht ausgeschlossen werden sollte, da auch Bernhard Strake durch seine Interviews mit bspw. „Hans Georg Behr“ darüber Auskunft gibt, dass eine relativ kleine Gruppe von Künstlern und Bohemiens im Wien der 50er Jahre sich dem Marihuanakonsum hingeeben hatte und man diese „drug-user“ am ehesten der Gruppe von Existentialisten bzw. den frühen Gammlern hinzurechnen könne.²⁷⁸ Somit kann zumindest von einem leichten Drogenkonsum bei den im Jargon genannten „Exis“ ausgegangen werden.

neuentwickelten Tranquilizern massenhaft Abnehmer finden konnte → (Text und Fußnote) = Manfred Marschalek, „Drogen, Sucht und Therapie – Das Drogenproblem in Österreich und die Wege zu seiner Lösung“, Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz, Wien (1981), S. 28

²⁷⁴ deren Mitglieder sich vorwiegend aus dem Milieu der Arbeiterklasse zusammensetzten ... Vgl. Strake, S.16

²⁷⁵ heute gegebener Jugendjargon für derartige „Ideal-Träger“

²⁷⁶ da laut Krüger (1985) diese auch nur [...] „allenfalls einige tausend“ [...] für die gesamte BRD ausmachten – zitiert nach Schmid Martin, Frankfurt/Main (2003), S. 94

²⁷⁷ Vgl. Strake, S. 18

²⁷⁸ Vgl. Strake, S. 87, 88 ; man siehe auch den Beitrag von Springer Alfred, „Reflexionen zur Anthropologie und Kulturgeschichte der psychoaktiven Stoffe“, In: Brosch Renate, „Sucht in Österreich“, Orac Verlag, Wien (1993), S. 32, 33 → im Folgenden zitiert als Springer, „Reflexionen“, Wien (1993)

Ein wesentlich stärkeres Verbindungselement der Existenzialisten zu der Lebensphilosophie der Beatniks findet sich jedoch anhand der für unsere nachfolgende Jugendkulturgruppe „der Gammeler“ so essentiellen „Reiselust“, welche zwar die „Exis“ zumeist nach deren Traumziel Paris führte, doch für die darauffolgende Jugendkultur zu einem grundlegendem Charakteristikum avancierte, was deren Drogenkonsum und „drugabuse“ wesentlich begünstigte bzw. erst derart möglich machte.²⁷⁹

Somit kann man zusammengefasst sagen, dass das Auskommen dieser relativ kleinen Subkulturgruppe der Existentialisten im Hinblick auf unsere hauptaugenmerkliche Gruppierung „der Gammeler“ darin bestand, dass jene, ebenso wie die Beatniks und Halbstarken, öffentlich durch deren ungewöhnliches Auffallen²⁸⁰ und deren ideologisierten selbstbestimmten Lebensstil, die Abkehr von den erstarrten Werten der Gesellschaft zur Schau stellten, einen leichten Drogenkonsum wiederbelebten bzw. weitertrugen,²⁸¹ sowie auch als Fackelträger dieser jeweils immanenten „Jugendkultur-Vorgängerideologien“ ihren wesentlichen Beitrag leisteten.

1.4 Die Gammeler

Die jugendliche Subkultur der Gammeler, welche letztlich für den Auftakt der Einweisungen an der psychiatrisch-neurologischen Klinik des AKH die Klientel stellte,²⁸² war, ebenso wie deren Vorgänger, von einer starken Ablehnung gegenüber den herrschenden Verhältnissen geprägt, jedoch im Gegensatz zu den Jugendkulturen der 50er Jahre bereits derart radikal veranlagt, sodass deren Ablehnung schon [...] „einer fast bedingungslosen Verweigerung dem System gegenüber“ [...] gleichkam.^{283 284} Der Grund für die Abkehr von den Werten der Elterngeneration ist in dieser speziellen Ausformung nun unter anderem darauf zurückzuführen, dass im Gegensatz zu der bspw. „intellektuellen“ Vorgängerkultur der

²⁷⁹ Siehe nachfolgend Punkt 1.4.1.

²⁸⁰ [...] „alte abgerissene Parkas oder sonstige Uniformjacken und dann auch noch – damals Gipfel der Unanständigkeit: - JEANS. [...] (Behr Hans-Georg, „Von Hanf ist die Rede – Kultur und Politik einer Pflanze“, Zweitausendeins Verlag, Frankfurt/Main (1995), S. 244) → zit. n. Strake, S. 17

²⁸¹ wenn man annehmen darf, dass jene (die genannte Künstlergruppe „in mind“) sich dem Konsum von Marihuana hingab, welcher in Österreich, zumindest das 19. Jahrhundert hindurchgehend bis zur Zwischenkriegszeit, durchaus weit [...] „verbreitet und weder verboten, noch verpönt war.“ [...] Zitat Strake, S. 87

²⁸² von Bruck, Mader, Sluga in deren Publikation, als solche zugeordnet wurden. → Vgl. Bruck J., Mader R., Sluga W., „Rauschgift- und Drogenmissbrauch – ein aktuelles Problem in Österreich?“, In: Wiener Medizinische Wochenschrift 42/43, Wien (1967), S. 948

²⁸³ Strake, S. 20

²⁸⁴ ihren Lebensunterhalt durch betteln, musizieren, Straßenmalen und Gelegenheitsarbeit finanzierten und ein zur damaligen Zeit absolut horrendes, „provokatives“ Äußeres an den Tag legten → „ungewaschen“, lange Haare, Parkas, Jeans, ..., welches nahezu permanente Beschimpfungen, ja sogar Schläge nach sich zog. → Vgl. Strake S. 22 - 26 & Bevölkerungsreaktionen Vgl. S. 30 - 34

Beatniks aus den Vereinigten Staaten, die Jugendlichen anstatt in einer relativ reichen und unbeschadeten Wohlstandsgesellschaft, in einer „zerbombten Landschaft“ aufwuchsen, und im Gedenken an die Auswirkungen eines „blinden“ Gehorsams des gerade zu Ende gegangenen NS-Regimes, sowohl dem Gehorsam gegenüber der Elterngeneration, als auch der politischen Führung ihr Vertrauen entzogen, dem Motto folgend: „Dass man ja gesehen hatte, was bei solchem herauskommt.“²⁸⁵

Die Ideale dieser Jugendkultur, welche sich nun einerseits elaborierter Natur, aus einer mehr oder minder reflektierten Abkehr von der leistungs- und wohlstandsorientierten Lebenswelt der Elterngeneration ergaben, und andererseits durch Literatur und Musik ihre Übernahme bzw. Verinnerlichung fanden,²⁸⁶ beschreibt „Schwendter“ zusammengefasst derart, dass jene einen

[...] „herrschaftsfreien Raum, individuelle Emanzipation, Kellerleben, Bescheid wissen, ohne etwas zu erhoffen, Leben ohne Fixpunkte, Gastfreundschaft, Besitzlosigkeit, Rastlosigkeit; als Mittel zur Autonomie: Wandern, Reisen, Sprechen, Musik, Tanzen, Feiern, Lieben, Malen, Schreiben, ; Chaos, Wahrheit, Wandlung statt Gleichmaß und Logik; Euphorie, Ekstase, Rausch, Hedonismus, Intensität statt akademischer Kunst und Technik; statt Brutalität Liebe, Ehrfurcht vor dem Leben, Pazifismus, Anarchismus; statt Wohlstand selbstgewählte Armut, moralischer Rigorismus und Ekel; Leben von Gelegenheitsarbeit; Konsum und Medienaskese.“ [...]

anstrebten.²⁸⁷ Vor allem die Ideale des Rausches, des Hedonismus und des Reisens nahmen hierbei einen enorm hohen Stellenwert ein, wobei verständlicherweise graduelle Unterschiede innerhalb dieser Gruppierung, im Sinne von unterschiedlichen Teilhaber-Ideologien der Mitglieder, ihre Berücksichtigung finden müssen,²⁸⁸ jedoch für unsere Art der Betrachtung die wesentlichen Elemente der Weiterführung ausreichend ersichtlich sind.

1.4.1 Die Reisen und Souvenirs der Gammler

Die Reisen der Gammler, welche mitunter das herausragendste Charakteristikum speziell für die ursprüngliche Kerngruppe dieser Jugendkultur stellten, führte diese zumeist per Autostopp

²⁸⁵ Dem Motto gemäß: „Man sieht ja was dabei herauskommt!“ Zitat & Vgl. Strake, S. 20 – 22 → Hierin sind speziell die Interviewausschnitte mit Hans Georg-Behr und den inkognito gehaltenen Zeitzeugen Bernhard Strake's zu betrachten, welche eben diese Ansicht vertraten.

²⁸⁶ „Beatniks“ Literatur, Jazz, etc. – Vgl. Strake Bernhard, S. 19

²⁸⁷ Rolf Schwendter, „Theorie der Subkultur“, Syndikat Verlag, Frankfurt a. M. (1978), S. 170

²⁸⁸ in dem Sinne verstanden, dass es - wie auch bei den Beatniks - eine Kerngruppe mit überzeugtem ideologischen Hintergrund gab und ebenso zu einer „kommerzialiserten“ Weiterentwicklung der Mitglieder kam, wobei sich so manche Personen schon mit dem ungewöhnlichen „Aussehens-Stil“ zufrieden gaben ... → Vgl. Strake, S. 26

bspw. nach Istanbul, Afghanistan, Pakistan, ja sogar bis nach Indien.²⁸⁹ Auf diesen Reisen lernte man neben den verschiedenen fremden Kulturen, Lebensweisen und Gebräuchen nun auch die verschiedensten Arten des Sich-Berauschtens kennen, wobei sich die konsumierten Substanzen vorwiegend aus Cannabis-, Opiumprodukten und dergleichen zusammensetzten.²⁹⁰ Diese Substanzen fanden nun auch durch so manche(n) Reisende(n) den Weg in die Heimat, welche man hierzulande den Freund(en)innen stolz präsentierte, respektive mit diesen gemeinsam konsumierte.²⁹¹ Jene Praktik wurde nach und nach zu einer Art Selbstverständlichkeit unter den „Weltenbummlern“ und ist mitunter dafür verantwortlich, dass zu dem vermeintlich „marginalen“ Konsum von Marihuana innerhalb der vorhin genannten Gruppe von Künstlern (siehe 2.3), ein größerer Zugang zu den bis dato gelegentlich konsumierten Cannabisprodukten bereitet wurde, welche für die Gamblerszene alsbald [...] „zu einem mehr oder weniger fixen Bestandteil der Alltagskultur.“ [...] (Zit. Strake, S. 28) avancieren sollten.²⁹²

Wie erwähnt fand nun auch entsprechend dieser Reiseproviantpraktiken ein breiteres Spektrum von harten Drogen, wie bspw. verschiedenste Opiat- und Amphetaminprodukte, den Eingang in die jugendliche Drogenkultur²⁹³ und diesem Umstand innewohnend, jene ihre nachfolgende Propagierung bzw. ideologische Implementierung innerhalb dieser aufstrebenden Subkulturgruppe, was nach und nach zu den Folgeerscheinungen bzw. Opfern eines derartigen Drogenkonsums führen sollte.

1.4.2 Die Drogenkultur der Gamblers

Wie gesagt war der Haschischkonsum innerhalb der Szene relativ bald ein Phänomen, welches in der Alltagskultur der Gamblers seine Platzierung fand und speziell für die späteren Teile dieser Jugendkultur zu einem herausragenden Merkmal heranwachsen sollte.²⁹⁴ Man traf sich gemeinsam mit Gleichgesinnten und Freunden an einschlägigen Treffpunkten wie bspw. dem „Theseustempel“ im Wiener Volksgarten, dem „Cafe Sport“ oder auch der „Camera

²⁸⁹ Strake, S. 23

²⁹⁰ Strake, S. 24, 27, 28; „Amphetamine hat man sich meist aus Frankreich besorgt.“ → Zitat Interview I mit Dr. Springer Alfred, im Anhang S. 6

²⁹¹ Strake, S. 28

²⁹² Vgl. Strake, S. 83 - 85

²⁹³ Betonung auf den Eingang in die Jugendkultur, da sich bspw. der Opiumgebrauch schon (zuvor) „im Milieu der Kriminellen und Prostituierten“, als auch in den künstlerischen und parakünstlerischen Milieus, fand. → Springer Alfred, „Reflexionen“, Wien (1993), S.33

²⁹⁴ Vgl. Strake, S. 28

Obscura“ und konsumierte/erwarb/teilte dort die Mitbringsel aus aller Herren Länder,²⁹⁵ wozu die Aussage Georg Danzer's

[...] „Sowas wie den Ausdruck „Dealer“ hat's in der Form net gebn. Da hat's afoch Leit gebn, de was g'habt ham ...“ [...]

ein sehr schönes Bild zeichnet.²⁹⁶ Das Entscheidende ist hierbei nun nicht sosehr der Umstand, wie man an die Cannabisprodukte herankam oder in welchen Maßen diese verfügbar waren, sondern dass der Konsum dieser Droge vorwiegend ein gruppenspezifisches Phänomen ausmachte und man diesbezüglich auch ein Zeichen gegenüber der alkoholkonsumierenden Allgemeinbevölkerung setzte,²⁹⁷ was wiederum das Gemeinschaftsgefühl und die Zurschaustellung der Abkehr von konservativer Konformität bestärkte, und nicht in „erster Linie“ einen „Drogenmissbrauch“ an sich darstellte.²⁹⁸

Im Hinblick auf diesen Haschisch-Konsum, sowie den nachfolgenden Konsum von „härteren“ Drogen innerhalb dieser Jugendkultur,²⁹⁹ ist nun zu vermerken, dass es, neben dem bereits genannten Umstand des Zugehörigkeits- und Freiheitsgefühls, ursprünglich darum ging, Erfahrungen zu sammeln, die Wahrnehmung zu erweitern und sich in neue Bewusstseinszustände zu versetzen. →

[...] „Es ging um Trips. Das war eine Art psychedelische Szene.“ [...]³⁰⁰

Diesem Ansinnen gemäß verbinden sich hierbei nun die Motive des Drogenkonsums der „Gammlerkultur“ bereits mit einer weiteren in dieser Zeit hinzukommenden Jugendbewegung, welche allseits bekannt als „Love-Generation“ ihre Spuren in der Geschichte hinterließ. Bevor wir uns nun also dem härteren Drogenkonsum innerhalb der Gammlerkultur zuwenden, soll auch diese Gruppe von Heranwachsenden kurz ihre Erwähnung finden, um somit die Motive, Umstände und Entwicklungen der Jugendkultur in

²⁹⁵ welche vorwiegend aus Marokko, Türkei, Israel und Nepal stammten → Vgl. Strake, S. 84 - 86

²⁹⁶ Zitat und Vgl. Strake, S. 85 ; Jedoch mit fortschreitender Entwicklung bzw. der quantitativen Ausweitung des Cannabiskonsums, man auch immer mehr durch Gastarbeiter aus den „Erzeugerländern“ bspw. Türkei, Israel, etc. an Haschisch und dergleichen gelangen konnte. Vgl. Strake, S. 85

²⁹⁷ Vgl. Rotpart Michaela, „Der Wandel von Drogen, Drogenkonsum und Drogenpolitik in Österreich seit 1945“, Dipl. Arb., Wien (April 1998), S. 118

²⁹⁸ Welcher sich jedoch mit bestimmter Sicherheit ebenso finden lässt, da man ja stets zwischen Probierern, Usern und Missbrauchern unterscheiden muss, wobei aber Letztere die wohlmöglich kleinste Gruppe hiervon ausgemacht haben dürften. → persönliche Annahme aufgrund der Äußerungen in den persönlichen Interviews mit Dr. Alfred Springer (Interview und Vorlesung „Theorie und Therapie der Suchtkrankheiten“ WS 09/10) und Herrn Dr. Otto Presslich → Vgl. Interview I Dr. Springer, im Anhang S. 5, 6, 12, 19

²⁹⁹ welcher im anschließenden Teil 2.6 „Die Entwicklung der Drogenkultur im Österreich der 60er Jahre“ noch seine Erörterung finden wird

³⁰⁰ Interview I Springer, Anhang S. 6

Österreich „gesamtbildhaft“³⁰¹ ersichtlich zu machen, da die Hippies die Praktik des „illegalen“ Drogenkonsums hierzulande ebenso „mitbegründeten“ bzw. ideologisch untermauerten und hierdurch den Nährboden für die Auswirkungen von diesem schufen, welcher letztlich den Hilfsbedarf von spezialisierten Drogentherapieeinrichtungen notwendig werden ließ.

1.5 Die Hippies

Die „Hippies“ oder auch „Blumenkinder“ genannten Mitglieder der wohl bekanntesten Jugendkultur der Menschheitsgeschichte, starteten von den Vereinigten Staaten ausgehend ihren Siegeszug, der nichts als solches bestehen lassen sollte, wie es einmal war. Im Gegensatz zur Beat-Generation und der „ursprünglichen Ideologie des Gamlertums“,³⁰² ging es jener juvenilen Generation nämlich darum, aktiv in das gesellschaftliche und tagespolitische Geschehen einzugreifen, um dieses nach deren Vorstellungen bzw. deren Idealen gemäß zu verändern.³⁰³ Diese Ideale, welche hauptsächlich der Freiheit und Offenheit gewidmet waren und sich dem Geiste des „Love & Peace“ verpflichtet fühlten, verhalfen jener Generation zu deren Weltberühmtheit, vor allem deshalb, da dieses Engagement von vielen der wohl berühmtesten Musiker aller Zeiten (bspw. Bob Dylan, Jimmy Hendrix, Janis Joplin, The Beatles, The Who, etc.) „mitbegründet“ bzw. getragen wurde. Ebenso wie die bisher genannten Jugendsubkulturen sorgten die „Hippies“ aufgrund deren „unkonventionellen“ Kleidungs- und Lebensstils³⁰⁴ für ungeheures gesellschaftliches Aufsehen, welches noch dadurch verstärkt wurde, dass man einen „illegalen“ Drogenkonsum offen propagierte, welchem innerhalb dieser Jugendkultur bereits eine nahezu sakramentale Bedeutung zukam und somit auch erstmalig eine politische Relevanz zugeschrieben werden konnte.³⁰⁵

1.5.1 Die Drogenkultur der Hippies

Die Drogenkultur der Hippies, welche gemeinhin durch eine [...] „starke Neigung zur Polytoxikomanie als Ausdruck eines Bedürfnisses nach neuen Erfahrungen der

³⁰¹ für die 60er und vorweg „die 70er Jahre“

³⁰² Beats = sich neben der Gesellschaft anzusiedeln = Disengagement gegenüber dieser zeigen = im Prinzip wie die Gammler

³⁰³ Vgl. Springer Alfred, „Reflexionen“, Wien (1993), S. 32; bzw. als erste Jugendbewegung die bestehende Gesellschaft (Lebensweise) auf direkte Weise verlassen → eine Gegenkultur schaffen wollte; „Erstmals kam der Begriff Gegenkultur auf.“ → Springer Alfred, In: Kryspin Exner (1971), S. 140

³⁰⁴ Kommunenleben, offene Sexualität, Selbstversorgertum, vom Künstlertum lebend, etc. → Vgl. Strake S. 44

³⁰⁵ Springer Alfred, „Reflexionen“, Wien (1993), S. 32

Persönlichkeit“ [...] gekennzeichnet war, findet ihre Subsumierung durch den allseits bekannten Begriff des „Psychedelismus“.³⁰⁶ Im Kreise der Blumenkinder, erfreuten sich somit vorrangig Cannabisprodukte sowie stark wirksame Halluzinogene (LSD, Meskalin, etc.) großer Beliebtheit,³⁰⁷ welche durch deren Idole wie bspw. den „Rolling Stones“ („Stoned, Lady Jane“), die Beatles („What a shame Mary Jane“, LP „Sergeant Pepper“) oder auch „Aldous Huxley´s“ (The Doors of Perception) bestens propagiert wurden.³⁰⁸

Das „Kiffen“ war an sich nichts Neues, denn seit den Tagen der Beatniks hatte sich diese Droge, bspw. unter Studenten und Intellektuellen, bereits relativ gut etabliert und gehörte alsbald auch in dieser Generation recht schnell zum guten Ton.³⁰⁹ Innerhalb weniger Jahre verbreitete sich der Gebrauch dieser Droge derart rasant, sodass für das Ursprungsland der Bewegung „USA“ bereits im Jahre 1969 konstatiert werden konnte, dass

[...] „20 Millionen Amerikaner nehmen gelegentlich Marihuana in irgendeiner Form zu sich. Viereinhalb Millionen ist es bereits zu einer lieben Gewohnheit geworden.“
[...].³¹⁰

Friede, Freude und Liebe seien es,³¹¹ welche durch Cannabis in der Welt - mit dem Kosmos - begünstigt bzw. erfahren werden und so kam es auch, dass durch diese Ideologie „motiviert“, derart viele Jugendliche sich diesem Konsum hingaben,³¹² ja sogar soweit, dass für manche „Mitglieder“ dieser Jugendbewegung der Umstand eintrat, sich sprichwörtlich schon zum Frühstück dem Konsum von Cannabis hinzugeben.³¹³

Ebenso bedenklich wie der illegale Gebrauch und „Missbrauch“ von Marijuana, jedoch bei Weitem mit mehr Risiken verbunden, stellte sich nun das Phänomen des „starken Halluzinogene-Konsums“ dar, welcher speziell durch die Propagierung und Distribution von LSD ein relativ breites Publikum finden sollte.³¹⁴ Hierfür maßgeblich verantwortlich war die etablierte Intelligenz, allen voran der ehemalige Harvard Professor für Psychologie „Timothy Leary“ und der Schriftsteller „Ken Kesey“, welcher als Protagonist der „tribalen

³⁰⁶ Springer/Uhl, „Primärprävention des Drogenmissbrauchs und ihre Evaluation“, Wien (1995), S. 103f (zit. n. Rotbart Michaela, S. 116)

³⁰⁷ ebenso wie die Drogenpalette der Beat-Generation hinzugerechnet werden kann ... → siehe 2.1

³⁰⁸ Springer Alfred, „Jugendkultur und Drogengebrauch.“, In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung Nr. 1/2, (Jg. 19, 1996), S. 33

³⁰⁹ Vgl. Strake, S. 45 - 48

³¹⁰ Zitat & Vgl. Strake, S. 48 (Zit. Wagner Hildebert, „Rauschgift-Drogen“, Berlin/Heidelberg (1969), S. 76)

³¹¹ Vgl. bspw. → Film „Woodstock - The Directors Cut“, Wadleigh-Maurice (1994)

³¹² [...] „das Drogenerlebnis neben der Musik zum bestimmenden Kommunikationsritual.“ [...] wurde → Zitat Springer Alfred, In: Kryspin-Exner (1971), S. 141

³¹³ [...] „We were smoking marijuana for breakfast.“ [...] Zitat - John Lennon, zit. n. Barry Miles, „Hippie“, Sterling Publishing Co., Inc., New York (2004), S. 76

³¹⁴ Springer, „Reflexionen“, Wien (1993), S. 33

Lebensweise“ für die Hippies zu einem Idol erster Klasse mutierte.³¹⁵ Diese beiden Avantgardisten des „psychedelischen Zeitalters“ propagierten nun ganz offen den Konsum von bewusstseinsweiternden Substanzen, wobei Timothy Leary einerseits zum

[...] „Urheber eines esoterischen Kultes um LSD [wurde], der das Drogenerlebnis anhand des Tibetischen Totenbuches als Wiedergeburtstakt darzustellen versucht[e], andererseits [zum] Initiator einer mystisch-anarchistischen revolutionären Ideologie. Seine Slogans „turn in, tune on, drop out; verändere dein Bewusstsein, beginne mit deiner eigenen Religion, schreibe deine eigene Bibel, schreibe deine 10 Gebote, beginne dein eigenes politisches System“ [...]“³¹⁶

avancierten somit zur „spirituell - religiösen Dogmatik“ dieses Zeitalters.³¹⁷ Das gesellschafts-politische Gewicht, welches durch diese Ideologie zum Tragen kommt, wirkte nun neben dem propagierten Drogenkonsum doppelt schwer, da einerseits die tradierten gesellschaftlichen Konventionen außer Kraft gesetzt werden konnten,³¹⁸ als auch das „revolutionär-anarchistische“ Lebensideal der Selbstbestimmtheit die bestehenden Grundfesten des Staates (Gesetze, politische Handlungsideale, ...) selbst in Frage zu stellen vermochte.

Ebenso wie „Leary“ inspirierte auch „Ken Kesey“ mit seinem ungehemmt-anarchistisch-hedonistischen Lebensstil die Massen. Speziell seinem Treiben mit der jugendlichen Gruppe namentlich „The Pranksters“, welche sich mit ihm gemeinsam durch deren Experimente mit sämtlichen Arten von Drogen auszeichneten,³¹⁹ ist es zu verdanken, dass die Erfahrungen mit LSD einem derart großen Publikum zugänglich wurden, da man mit einem bunt bemalten ehemaligen Schulbus ziellos die Vereinigten Staaten durchquerte und gratis „Acid-Tests“ und „Trip Festivals“ veranstaltete, bei denen LSD kostenlos zur Verfügung gestellt wurde.³²⁰ Die Musikwelle des Acid-Rock trug ihr übriges dazu bei und erweiterte letztlich das Sprachrohr dieses ideologisierten Rauschgiftlebens, welches durch Interpreten wie bspw. „Jefferson Airplane“ (White Rabbit) oder auch der von „Kesey“ finanzierten Band „The Grateful Dead“ getragen wurde.³²¹

Wie wir wissen, fand mit dem Woodstockfestival von 1969 dieses allgemeine Drogen-Treiben letztlich seinen absoluten Höhepunkt und bewirkte darüber hinaus, dass derartig vorgelebte

³¹⁵ Vgl. Springer Alfred, In: Kryspin-Exner (1971), S. 140

³¹⁶ Springer Alfred, In: Kryspin-Exner (1971), S. 139

³¹⁷ Vgl. Springer Alfred, In: Kryspin-Exner, S. 141

³¹⁸ das „christliche“ - (evangelikale) (Nord-)Amerika und die darin enthaltenen Wert- und Moralvorstellungen „in mind“ (Achtung vor dem Willen, dem Wort Gottes = die Bibel; Sittsamkeit, etc.)

³¹⁹ [...] „experimentierten mit sämtlichen Drogen, die ihnen unter die Hände gerieten. Kesey war besessen von dem Gedanken der Bewusstseinsweiterung durch Drogen.“ [...] → Springer, In: Kryspin-Exner (1971), S. 140

³²⁰ Strake, S. 43ff.

³²¹ Vgl. Springer, In: Kryspin-Exner (1971), S. 140 & Vgl. Strake, S. 44

Lebensphilosophien und damit verbundene Drogenkulturen, ihr weltweites Gehör finden konnten.³²² Die Kehrseite, welche vor allem diesem „psychedelischen“ Drogenkonsum entsprang, ließ jedoch nicht lange auf sich warten, wozu Dr. Springer konstatierte, dass

[...] „es doch einem relativ großen Prozentsatz der Hippies nicht möglich [war], ihre Drogenerlebnisse zu kontrollieren und sie mußten sich in ärztliche Behandlung begeben.“ [...] (Springer, In: Kryspin-Exner (1971), S. 142)

Den ausartenden Zuständen bzw. psychedelischem Treiben zufolge, versuchte man zwar von staatlicher Seite aus das aufkommende Drogenphänomen stets prohibitiv einzudämmen, sodass bspw. auch LSD bereits im Jahre 1966 gesetzlich verboten wurde, jedoch führte dies nicht zu dem gewünschten Ergebnis.³²³ Im Gegenteil. Das Problem, das sich in weiterer Folge nämlich daraus ergab, war, dass hierdurch leider auch [...] „der Markt für weitaus härtere Drogen“ [...] eröffnet wurde³²⁴ und durch den Krieg in Vietnam bedingt, speziell Heroin eine zunehmende Verbreitung erlangte,³²⁵ welches dazu führte, dass man sich ab diesem Zeitpunkt mit einem zunehmend desaströsen Drogenproblem konfrontiert sehen konnte. Dieser Konsum propagiert bzw. vorgelebt durch die größten Idole der Zeit wie bspw. Janis Joplin, Jimi Hendrix und Jim Morrison, dem Motto getreu „Live Fast, Love Hard, Die Young“, kann man nun folgernd annehmen, dass durch die Kombination dieses Mottos in Bezug auf einen „harten“ bzw. „polytoxikomanen“ Drogenkonsum, somit auch die Ideologie eines „kompromisslosen Rauschgiftlebens“ unter den Drogenkonsumenten ihre Entstehung finden konnte,³²⁶ welche wohlmöglich die erdenklich schlimmste ideologische Kombination jenes Lebensideals bzw. Zeitgeistes in sich zu bergen vermag.

All jenes bedenkend, kann nun zusammengefasst gesagt werden, dass die Jugend- und Drogenkultur der Hippies, wie keine andere vor ihr, eine derart offene Propagierung von

³²² [...] „Woodstock war ein epochales Ereignis und hat mich – wie, glaube ich, die ganze österreichische Musikszene – enorm ermutigt. Ich hätte mich ohne Woodstock vermutlich nie getraut ein Drogenlied wie „Du schwarzer Afghane“ zu schreiben, [...]“ – Wolfgang Ambros, im Gespräch mit Rudi Dolezal für den Dokumentarfilm „Woodstock und Wir“ → zu finden unter http://tv.orf.at/groups/kultur/pool/woodstock_wir

³²³ Vgl. Strake, S. 48

³²⁴ Zitat & Vgl. Strake, S. 48 → vor allem Heroin und Amphetamine - Strake, S. 48

³²⁵ Heroin in größeren Mengen durch heimkehrende GIs den Weg nach Nordamerika fand und durch deren Quarantäne in Deutschland auch nach Mitteleuropa gelangte. → Rotpart Michaela, Wien (1998), S. 94

³²⁶ „psychologisch“ meinerseits abstrahiert derart formuliert, da ich jene Annahme aus Argumenten der bisher geführten Gespräche mit ehemaligen Drogenabhängigen entnehmen konnte und denke, dass diesen Argumentationssträngen ein gewisses Maß an Zeitlosigkeit zugesprochen werden kann. Bsp.: Anhand eines ehemaligen heroinsabhängigen Schulkollegen und Freundes, dessen Entwicklung (Bob Marley Videos, Woodstock Film, Aldous Huxley, ...) ich teilweise mitverfolgen konnte → : „Irgendwann is eh vorbei (Leben), also im Moment leben halt, ... und lieber ein kurzes und wirklich gutes Leben, als irgendwie an Kredit abzahlen und so an Scheiß.“ ; „Was’t wie geil das des is?!“ ; „Genieß des Leben halt voll, na und?!“ ; etc.

Drogen und Drogenerlebnissen forcierte, welche durch die Motive der Bewusstseinsweiterung, mystischer Gotteserfahrungen, Liebe, Freiheit, etc., ihren ideologischen Überbau erfuhren, und somit dazu beitrugen, dass eine unennbar gigantische Anzahl von Menschen seit dieser Zeit mit Drogen in Verbindung kam bzw. damit experimentierte. Für unsere Art der Betrachtung ist diesbezüglich natürlich nun von Bedeutung, dass die Ausläufer der „Hippiekultur“ in der zweiten Hälfte der 60er Jahre auch nach Österreich vorgedrungen sind³²⁷ und sich somit die Kultur dieses Drogengebrauchs, durch deren Musik, Literatur und Kunst in unseren Breitengraden ideologisch entwickeln bzw. dem bestehenden Drogenkonsum eine ideologische „Vitaminspritze“ verpassen konnte.

Die „Hippies“, welche letztlich den Begriff des Gammlers in Österreich ersetzten bzw. „den Untergang“ dieser Jugendsubkultur durch deren „Modeerscheinung“ begründeten,³²⁸ stellten somit ebenso einen Teil der Klientel am allgemeinen Krankenhaus, welches sich seit Ende der 60er Jahre an der psychiatrischen Universitätsklinik einfinden sollte.³²⁹ Demgemäß wollen wir uns nun dezidiert der Entwicklung der Drogenkultur innerhalb der österreichischen Jugendkultur wieder zuwenden, welche die Konsumenten durch deren Drogenexperimente, -exzesse, letztlich zum Aufsuchen der Klinik veranlasste.

1.6 Die Entwicklung der Drogenkultur im Österreich der 60er Jahre

Wie bereits unter 2.4 (Die Gammler) und in den jeweiligen Unterpunkten angedeutet, kam es nach einer ersten Phase des Cannabiskonsums zu Beginn der 60er Jahre in Österreich, zu einer Ausweitung des Drogenspektrums innerhalb jener Subkultur, aufgrund der zunehmenden Reisetätigkeiten und der damit verbundenen Drogenexperimente. Vorne weg waren es vor allem Amphetamine und Opiate, welche somit ihren Eingang in die Jugendkultur fanden.³³⁰ Berauscht durch die bspw. „anfänglichen Opiumversuche“ versorgte man sich selbst über längere Zeiträume hinweg mit den „Mitbringsel“ aus aller Herren Länder, wozu auch Dr. Alfred Springer im persönlichen Interview meinte:

[...] „Einen Herren haben wir gekannt [...] der ist jedes Jahr in die Türkei gefahren

³²⁷ 1967 die Bezeichnung im Kurier erstmals auftauchte - Vgl. Kurier vom 11.10.1967, S. 3 → zitiert nach Bernhard Strake, S. 49

³²⁸ Vgl. Strake, S. 49 - 52

³²⁹ wobei ab diesem Zeitpunkt - Ende der 60er Jahre, nunmehr schwerlich mehr zwischen den Zugehörigkeiten der einzelnen Patienten unterschieden werden kann, sodass im Sinne der Ausführung, ab diesem Zeitfenster beide Bezeichnungen (Gammler/Hippies) ihre Anwendung finden werden.

³³⁰ Diese zweite Drogenwelle trat laut Erich Löschenkohl innerhalb der Jahre 1963-66 auf. → Vgl. Löschenkohl Erich, „Jugendliche und Rauschmittel – Künstliche Umwelt- und Persönlichkeitsveränderung bei Jugendlichen durch Rauschmittel“, Österreichischer Bundesverlag, Wien (1971), S. 141

und hat sich eine große Flasche Opiumtinktur mitgebracht, die er dann eingedickt hat [...] und dann wieder ein halbes Jahr damit ausgekommen ist.“ [...] (Interview I, Dr. Alfred Springer, Anhang S. 17)

Diese Phase bzw. Anzahl der „harten Drogenuser“ beschränkte sich jedoch zumeist auf mehrere sehr kleine Gruppen von Heranwachsenden, sodass für die österreichischen Verhältnisse gelten darf, dass sprichwörtlich Opium konsumierende Junkies, Seite an Seite mit kiffenden Jugendlichen ihren Bestand fanden.³³¹ Neben dem bereits zunehmend vertretenen Haschischkonsum und relativ spärlich vertretenen Opiat- oder Amphetaminusern, kam es nach und nach zu einer dritte Phase, bzw. Welle des Drogenkonsums in Österreich. Laut den Erhebungen Erich Löschenkohls erfolgte diese in einem fassbar größeren Ausmaße

[...] „1967 durch eine andere Gruppe, deren erstes Ziel nicht das Reisen war, sondern das Tragen von langen Haaren.“ [...].³³²

Die Problematik, welche durch diese Aussage nun zu tragen kommt, zeigt die wohlmöglich „negativste“ Entwicklung einer weiterführenden „Drogenkultur“, da jene „Mitglieder“ nunmehr relativ wenig mit den ursprünglichen Ideologien und Ansinnen der Kernsubgruppe der Gammler zu tun hatten →

„Uns war der Konsum relativ wurscht. Uns ging’s um Freiheit, uns ging’s darum, dass wir versucht ham, durch Literatur, durch Musik, durch Lebensart, durch Lebensweise, Schlupflöcher zu entdecken, um aus diesem ... aus diesem selbstauferlegten Gefängnis des angestrebten Wohlstandes auszubrechen.“³³³

und bei jenen stattdessen der Konsum von „Drogen“ vornehmlich ins Zentrum des Interesses rückte.³³⁴ Jene zumeist jugendlichen Drogenkonsumenten dieser dritten Drogenkonsumphase zeichneten sich nun vor allem dadurch aus, dass die Rauschwirkung von Haschisch bereits eine eher untergeordnete Rolle zu spielen schien bzw. schon zu einer gewissen Selbstverständlichkeit heranreife und sich das Interesse auf eine breite Palette von Medikamenten verlagerte, welche man als Rauschmittel missbrauchte.³³⁵ Dieses Phänomen des Medikamentenmissbrauches, welches schon in Bezug auf die „relative“ Kerngruppe des „Drogen-Gammlertums“, die ersten Klienten am AKH 1966, seine Erwähnung findet, setzte jedoch bereits einige Jahre früher ein und konnte bspw. durch Bruck/Mader und Sluga für das

³³¹ Strake, S. 28, 65

³³² Löschenkohl (1971), S. 142

³³³ Georg Danzer zit. n. Strake Bernhard, S. 27

³³⁴ Vgl. Strake, S. 28 [...] „und hier und da bald auch schon zum Auftreten typischer Begleiterscheinungen exzessiven Drogenmissbrauchs, wie schwerer psychischer und physischer Verwahrlosung etc. führte.“ [...] → Strake, S. 28

³³⁵ Strake, S. 63, 64

Hustenmittel Dextromethorphan – „Romilar“ bereits auf das Jahr 1964 datiert werden.³³⁶ Die Umstände, welche zur Eröffnung des Medikamentenkonsums, -missbrauches unter Jugendlichen führten, konnten durch die getätigten Literaturrecherchen nicht „restlos“ geklärt werden, jedoch gibt es verschiedene Annahmen, welche einerseits davon ausgehen, dass man versuchte die Rauschwirkung von Cannabis durch die Kombination mit Medikamenten zu steigern bzw. auch daraus resultierte, dass [...] „Haschisch nicht immer zur Verfügung stand.“ [...].³³⁷ Ein weiterer Ansatz lässt sich darin finden, dass es bspw. bei bereits bestehenden Opiumkonsumenten zum Auftreten von Entzugerscheinungen kam, welche aus den „anfänglich-experimentierenden Opiumversuchen“ bzw. generell aus dem Konsum von abhängigkeitsverursachenden Substanzen (Amphetaminen, Opiaten) resultierten³³⁸ und jene aus diesem Grunde heraus zu „Ersatzstoffen“ griffen →

[...] „Fehlte Opium, setzte Medikamentenmißbrauch ein, wobei sämtlich verfügbare Drogen [Medikamente] gesammelt und individuell verteilt wurden.“ [...].^{339 340}

Wie auch immer dieser Medikamentenabusus letztlich seine Implementierung in die Jugendkultur fand bzw. in die relevanten damit hantierenden Cliques, Fakt ist, dass

[...] „vor Mitte der 60er Jahre in Wien die sogenannten Hustensaftparties in Mode [kamen und man] später [...] auf den Mißbrauch von Appetitzüglern wie Preludin, Menocil, Apidex um[stieg].“ [...].³⁴¹

Ab diesem Zeitpunkt nimmt nun der Trend des polytoxikomanen Drogengebrauchs innerhalb der Jugendkultur(en) kontinuierlich zu³⁴² und liefert eine immer reichhaltigere Palette von konsumierten Substanzen, welche neben den bereits genannten, wie bspw. Haschisch und Opium, sich über verschiedenste Weckamine, Hustenmittel (Peracon, Codein), Psychodysleptica (LSD-25), Tranquilizer, ja sogar über Antiparkinsonmittel und Analgetika erstreckte.³⁴³ Selbst vor organischen Lösungsmitteln (Schnüffelfstoffen) wurde nicht Halt

³³⁶ Wobei nicht ganz klar ist, ob sich diese Jahreszahl (Beobachtung) in deren Artikel nur auf die Jazzkeller Frankfurts bezieht, jedoch sich dieser frühe Gebrauch in Österreich, auch in einem nachfolgenden Zitat von „Günther Zäuner“ zu bestätigen scheint; Vgl. Bruck J., Mader R., Sluga W., (1967), S. 951 → mit Verweis auf R. Degkwitz, In: „Nervenarzt 23“ (1994), S. 412

³³⁷ Zitat und Vgl. Bruck/Mader/Sluga, (1967), S. 951

³³⁸ Vgl. Kryspin-Exner, Wien (1971), S. 7

³³⁹ Zitat und Vgl. Bruck/Mader/Sluga, (1967), S. 951

³⁴⁰ wobei dieser Ansatz nicht „dezidiert“ aus einer Quelle bezogen werden konnte, sondern auf einer eigenständigen Kausalitätslogik basiert und das getätigte Zitat hierfür instrumentalisiert wurde.

³⁴¹ Franz Priehsnitz, Vortrag vor der Österreichischen Gesellschaft für Strafrecht und Kriminologie → zit. nach Zäuner Günther, „Drogenreport Österreich“, (Wien 1994), S. 116

³⁴² Vgl. Mader Rudolf, In: (Hg.) Mader R./Strotzka H., „Drogenpolitik zwischen Therapie und Strafe“, Jugend & Volk Verlagsgesellschaft, Wien (1980), S. 154, 155

³⁴³ Vgl. Bruck/Mader/Sluga, (1967), S. 950 ff.

gemacht, welche aufgrund ihrer Toxizität und der eigentümlichen Inhalationstechniken letztlich sogar einige Todesopfer fordern sollten.³⁴⁴

Gegen Ende der 60er Jahre steht man vor der Tatsache, dass sich das Spektrum der Drogenkonsumenten von einem anfänglich experimentellen oder den gesellschaftlichen Konventionen entgegengesetztem idealisierten Drogengebrauch, bis hin zu polytoxikomanen Drogenmissbrauchspatienten formierte, welche bereits „unbedingte“ medizinische sowie psychiatrische Hilfe benötigten. Das weitere Auskommen eines vermehrten Drogenmissbrauches, anhand von Opfern eines experimentellen Drogenumganges oder harten und polytoxikomanen Drogenkonsums, zustande gekommen durch die sensationelle mediale Thematisierung und Hochspielung eines damals „vermeintlich“ riesig anmutenden Rauschgiftproblems unter Jugendlichen,³⁴⁵ sowie der diesbezüglich zunehmenden Identifizierung von Jugendlichen mit bspw. drogenkonsumierenden Popikonen und deren Lebensphilosophien, sollte den Trend sich „illegalen“ Rauscherlebnissen hinzugeben, hierzulande wie anderswo, bis in die heutigen Tage hinein zu Grunde legen.³⁴⁶ Nach und nach mehrten sich die Fälle von experimentierenden und chronischen Drogenkonsumenten innerhalb der juvenilen Generation(en), die nicht mit ihren Drogenerlebnissen zurecht kamen und diesbezüglich ärztlicher Hilfe bedurften.

Wie sich jene Hilfe letztlich den gegebenen Drogentrends und therapeutischen Rahmenbedingungen entsprechend, innerhalb der letzten vierzig Jahre entwickelte, wird nun die Aufgabe des nachfolgenden Hauptteils dieser Arbeit sein, für dessen exemplarisches Beispiel uns die Geschichte und Entwicklung der Drogentherapiestation (der Drogenambulanz) des allgemeinen Krankenhauses Wien als Rahmenkonstrukt dienen wird.

1. 7 Zusammenfassung

Wie wir gesehen haben, kam es im Laufe der 50er und 60er Jahre zu einem erstmalig merklichen Einsatz und zunehmenden Anstieg des illegalen Drogenkonsums unter jugendlichen Subkulturgruppen, welcher zumeist darauf zurückzuführen ist, dass dieser anfängliche Drogengebrauch durch bspw. abenteuerliche Weltenbummler und literarische, wie

³⁴⁴ Vgl. Kryspin-Exner, Wien (1971), S. 7 ; Löschenkohl (1971), S. 19

³⁴⁵ vor dessen medialer Sensationsaufmachung und unsachlicher Berichterstattung schon in den frühesten wissenschaftlichen Schriften gewarnt wurde (z.b: Bruck/Mader/Sluga, S. 952; Kryspin-Exner (1971), S.12-13; etc.) da diese Informationen (Sensation-Drogenmissbrauch, ...) dem entwicklungsbedingten Protest von Jugendlichen einen Ausdruck zu geben vermögen und hierdurch ein jeweiliger Drogenkonsum geschürt werden könne. → Springer Alfred, in Kryspin Exner, Wien (1971), S. 148 – S. 153

³⁴⁶ Es [...] „zur Anlage der Entwicklung jener Struktur der Drogenszene [kam], wie wir sie heute kennen.“ [...] Springer, „Reflexionen“, S. 32

musische Protagonisten seine Propagierung und Nachahmung fand. In Österreich wurde dieser Hang zu Rauscherlebnissen innerhalb der Jugendkulturgruppen dadurch begünstigt, dass zur Wende der 50er zu den 60er Jahren allgemein der Konsum psychoaktiver Stoffe in Europa stark zunahm,³⁴⁷ wie dies bspw. der Verweis auf den verdoppelten Alkoholkonsum und vermehrten Absatz von Tranquilizern (siehe 2.2 „gesteigertes Rauschbedürfnis“ in Österreich) bereits illustrierte. Experimente, Sensationssuche und weitverbreitete Tendenzen, sich mittels von Drogen ein lebenswerteres, besseres oder zumindest angenehmeres Leben zu verschaffen, spiegeln den „drogeneuphorischen“ Zeitgeist jener Tage wider.³⁴⁸ Neben experimentell orientierten Drogenusern illegaler Substanzen (Erfahrungswert – Spaßfaktor) und idealistisch getragenen Drogengebrauch als Ausdruck neuer Werte und Ideale, kam es ebenso (in quantitativ geringerem Ausmaß) zu einem vehementen Drogenmissbrauch, sowohl infolge der Nachwirkungen eines harten Drogenkonsums (Opium, Amphetamine, etc.), sowie des Einsatzes von Drogen zum Ziele der Welt- und Verantwortungsflucht, worin der Drogeneinsatz, im Sinne seines negativsten Potentials, das ausschließliche Zentrum des Lebensinteresses letztlich bilden sollte. Allgemeine Sensationsaufmachungen und daraus resultierende stellenweise hysterische Reaktionen der gesamten Öffentlichkeit³⁴⁹ begünstigten zum Teil die separatistischen Tendenzen der damaligen „Teenagerkultur“, sodass der illegale Drogenkonsum als Symbol der Abkehr von gesellschaftlichen Konventionen und Werten seinen letzten Ausdruck gewinnen konnte.³⁵⁰ Eine zunehmende Zahl von Jugendlichen widmete sich dem revolutionären Trend jener Tage und hantierte mit den verschiedensten „aufgekommenen“ Substanzen. Die Gefahr lag hierbei stets darin begründet, dass ein unreflektierter Umgang mit Drogen für so manche Mitglieder der jeweiligen Cliquen relativ schnell in die Abhängigkeit und zu dessen Folgen zu führen vermochte, ebenso wie auch bspw. vermehrt auftretende aversive Reaktionen bei Drogenkonsumenten ihren Bestand nahmen (z.B. durch Halluzinogene), welche beiderseits ärztlicher Behandlung bedurften.³⁵¹

Dementsprechend kann abschließend gesagt sein, dass das Aufkommen, die Entwicklungen und Folgen des bestandgenommenen Drogenkonsums innerhalb der aufstrebenden Subkulturen jener Tage, bis heute die Grundfesten bzw. Rahmenbedingungen eines illegalen Drogengebrauches unter Jugendlichen und Erwachsenen zu stellen vermögen, dessen

³⁴⁷ Springer, „Reflexionen“, S. 32

³⁴⁸ Springer, „Reflexionen“, S. 32

³⁴⁹ Kryspin-Exner, Wien (1971), S. 12

³⁵⁰ Springer, „Reflexionen“, S. 32

³⁵¹ Vgl. Kryspin-Exner, Wien (1971), S. 6 & Vgl. Springer, „Reflexionen“, S. 33

Grundmotive, sowie psychiatrisch relevanten Auswirkungen, wohlmöglich „subkulturimmanent“ auch für alle nachfolgenden Zeiten ihr weiteres Bestehen finden werden. In diesem Sinne wollen wir uns nun unserer hauptaugenmerklichen Institution zur Behebung der negativen Konsequenzen eines jeweils gearteten Drogenkonsums zuwenden.

Teil III. Die Geschichte des Drogentherapie zentrums AKH (Der Drogenambulanz)

Wie bereits am Eingang dieser Arbeit vermerkt, ist die Geschichte der Drogentherapie am Allgemeinen Krankenhaus vor allem eine Geschichte einzelner Protagonisten, welche sowohl durch ihre fachliche Profession, als auch durch ihren persönlichen und oftmals selbstlosen Einsatz, die Rahmenbedingungen für eine bestmögliche Versorgung und Betreuung süchtiger Menschen zu Grunde legten. Die Entwicklungen auf dem Felde der Drogentherapie, welche aufgrund der Errungenschaften jener Persönlichkeiten seit dem Ende der 60er Jahre hierin nun ihren Bestand finden sollten, zeigen jedoch keine autarke, von anderen Institutionen gänzlich unabhängige Entwicklung. Dieses deshalb, da die Vorreiter jener Behandlungseinrichtung zumeist im Verbund mit anderweitigen Institutionen standen bzw. diese selbst ins Leben riefen und/oder nach deren Bilde zu formen vermochten. Diesem Umstand entsprechend werden wir uns an gegebener Stelle auch stets den hierbei immanenten „interinstitutionellen – interdisziplinären“ Entwicklungen zuwenden, um die jeweiligen Verbindungen und relevanten Aspekte hiervon einsehbar zu gestalten.³⁵² Überdies hinaus wird auch gezeigt werden, dass politische Zielsetzungen und daraus resultierende Gesetzesentwürfe durch die Avantgardistinnen des AKH ihren jeweiligen Akzent erhielten bzw. erst durch jene selbst ihre Initiierung finden konnten.

Somit starten wir unsere Auseinandersetzung mit dem Auftakt der Drogentherapie an der Psychiatrischen Universitätsklinik des Allgemeinen Krankenhauses.

1. Der Auftakt zur „Drogentherapie“ am Allgemeinen Krankenhaus, unter den Oberärzten „Dr. J. Bruck, Dr. R. Mader und Dr. W. Sluga“

Wir schreiben das Jahr 1966. Gegen Ende dieses Jahres und zu Beginn des darauf folgenden wird durch polizeiliche Erhebungen eine Gruppe von Heranwachsenden ausgeforscht, von

³⁵² ohne jedoch den Anspruch auf Vollständigkeit erheben zu können, da die detailgetreue Erörterung aller gegebenen „Partnerinstitutionen“ etc. den Umfang dieser Diplomarbeit bei weitem sprengen würde.

welcher letztlich 7 Personen in die „psychiatrisch-neurologische Universitätsklinik“ eingeliefert werden.³⁵³ Anhand von medizinischen Untersuchungen konnte man bei diesen, neben dem bereits bestätigten Haschisch-Missbrauch, ebenso den Missbrauch von Morphinum und Opium nachweisen.³⁵⁴ Dieses Ereignis, welches zumeist als Wendepunkt der Wahrnehmung und vermehrten Thematisierung von „illegalem“ Drogenkonsum in der breiten Öffentlichkeit seine Erwähnung findet,³⁵⁵ markiert letztlich den „Beginn der Drogentherapie“ am allgemeinen Krankenhaus. Diesem Umstand entsprechend, muss jedoch Eines ganz klar gesagt sein. Mit Eintreten jenes Ereignisses nimmt nicht zugleich die Konfrontation, die Behandlung oder das Wissen um das Phänomen des Drogenmissbrauchs selbst seinen Anfang, da bspw. bereits zur Mitte des 19. Jahrhunderts das „Suchtproblem“ an sich seine Entdeckung fand³⁵⁶ und das damit verbundene Phänomen des „Morphinismus“³⁵⁷ schon lange vor dem Jahre 1966 dementsprechend behandelt wurde.³⁵⁸

[...], „Wir kannten wohl noch aus eigener Erfahrung die Fälle von Rauschgiftsucht im engeren, althergebrachten Sinn (speziell den Morphinismus), der vor allem Medizinalpersonen oder Menschen betraf, die nach einer Verwundung im Krieg durch eine schmerzbetäubende Behandlung mit einschlägigen Drogen süchtig geworden waren. Dementsprechend begegnete uns diese Form der Süchtigkeit in den ersten Nachkriegsjahren häufiger, wir waren aber im großen und ganzen zufrieden, daß diese Fälle immer seltener wurden.“ [...]³⁵⁹

Auch das Phänomen des Kokainmissbrauches, mit einem epidemischen Kokainismus nach dem Ersten Weltkrieg, dürfte zur Zeit der Einweisung jener besagten Personengruppe zur Mitte der 60er Jahre, noch in den Köpfen der älteren Ärztegeneration vorhanden gewesen sein.³⁶⁰ Das nun vorhandene Klientel, besitzt jedoch im Gegensatz zu den eben genannten Kokainisten und „Kriegsmorphinisten“ einen gänzlich andersartigen Hintergrund, sowohl in Bezug auf deren Drogenkonsum und Missbrauch, als auch dem daraus entspringenden Problem der Abhängigkeit selbst.

³⁵³ Bruck J., Mader R., Sluga W., (1967), S. 948

³⁵⁴ Bruck/Mader/Sluga, (1967), S. 948

³⁵⁵ jedoch schon kurze Zeit davor einsetzte → siehe Punkt 1.7. & Vgl. Bruck/Mader/Sluga, (1967), S. 948

³⁵⁶ Brosch Renate, „Sucht in Österreich – Ein Leitfaden für Betroffene, Angehörige, Betreuer“, Orac Verlag, Wien (1993), S. 110

³⁵⁷ auch bekannt als die sogenannte „Soldatenkrankheit“ - Vgl. Rotpart Michaela, „Der Wandel von Drogen, Drogenkonsum und Drogenpolitik in Österreich seit 1945“, Dipl.Ar., Wien (April 1998), S. 93

³⁵⁸ bspw. auch durch Ärzte in Wien, welche diese Menschen mit „Codein-Tabletten“ versorgten. → Vgl. Interview I Dr. Alfred Springer im Gespräch mit dem Autor, im Anhang S. 17 → im Folgenden zitiert - Interview I, Springer

³⁵⁹ Schnopfhagen Otto, „Suchtmittelmissbrauch als Problem eines regionalen neuropsychiatrischen Krankenhauses“, in Kryspin Exner, „Die modernen Formen des Suchtmittelmissbrauches – Klinik und Therapie der Drogenabhängigkeit bei Jugendlichen“, Wilhelm Braumüller Verlag, Wien (1971), S. 55

³⁶⁰ Vgl. Schopfenhagen, in Kryspin-Exner, S. 55

Das neue Moment des zur Mitte der 60er Jahre auftauchenden „Drogenmissbrauchsphänomens“ bestand nun vor allen Dingen darin, dass es sich hierbei maßgeblich um jugendliche Drogenkonsumenten und Süchtige handelte, welche dazu neigten

[...] „nicht nur eine psychotrope Substanz zu verwenden, sondern diese zu mischen oder im Laufe der Zeit wechselnd anzuwenden.“ [...].³⁶¹

Dementsprechend handelte es sich

[...] „in der großen Mehrzahl der Fälle um Polytoxikomanie, wodurch bereits ein wesentlicher Unterschied den klassischen Suchtformen gegenüber“ [...] bestand.³⁶²

Auch das Phänomen, dass ein derart gewichteter Drogenmissbrauch zumeist in Gruppen betrieben wurde, stellte ein relatives Novum zu den bis dato geläufigen Suchformen, sowie auch der Umstand, dass allorts dieselben Substanzen bzw. Mischungen missbraucht wurden, welche zum Teil in den zeitlich vorhergehenden Suchtproblematiken, keine wesentliche Rolle gespielt hatten.³⁶³

Diese soeben genannten Erkenntnisse basieren natürlich bereits auf den getätigten Studien der 60er Jahre, bspw. der vorhin erwähnten „ersten“ Gruppe von Drogenkonsumenten des allgemeinen Krankenhauses, deren Auftauchen, Erforschung und Behandlung uns im Folgenden nun eingehender beschäftigen wird.

1.1 Die Rahmenbedingungen der Psychiatrisch-neurologischen Universitätsklinik

Als im Jahre 1966/67 die erste Gruppe von Drogendelinquenten die Pforten der Psychiatrisch-neurologischen Universitätsklinik durchschreitet, findet sich die organisatorische Aufteilung der Klinik derart strukturiert, sodass diese im wesentlichen Sinne eine Männer- und eine Frauenstation umfasste, welche jeweils in drei Stationen, dem Schweregrad der Patientinnen gemäß, untergliedert waren.³⁶⁴ Unter der Leitung von Herrn Prof. Dr. Hans Hoff geführt war es zu jener Zeit üblich, dass die gesamte Abteilung unter der Aufsicht eines Oberarztes stand, welcher bspw. für die Männerabteilung mit Herrn Dr. Kryspin-Exner genannt sein darf, der mit einem für jeweils alle drei Stationen zuständigen Ärzteteam seine Aufgaben verrichtete.³⁶⁵ Die zentralen Persönlichkeiten, welche diesem Team zugehörig nachfolgend ins Zentrum der

³⁶¹ Peter Berner (supplierender Leiter der psychiatrisch-Neurologischen Universitätsklinik Wien) & Ruth Naske, „Psychohygienische Aspekte des Suchtmittelmissbrauches“, in Kryspin Exner (1971), S. 15 → im Folgenden zitiert als Berner/Naske, in Kryspin-Exner (1971)

³⁶² Berner/Naske in Kryspin-Exner (1971), S. 15

³⁶³ Berner/Naske in Kryspin-Exner (1971), S. 15ff.

³⁶⁴ H. Katschnig, „Psychiatrische Universitätsklinik Wien 1971 – 1988, Patientenversorgung – Forschung – Lehre“, Novographic Verlag, Wien (1989), S. 8 → im Folgenden zitiert als Katschnig, (1989)

³⁶⁵ Katschnig, (1989), S. 10

näheren Betrachtung rücken, sind vor allem Herr Dr. Willibald Sluga, Oberarzt an der Männerstation, Herr Dr. Rudolf Mader, Oberarzt der Männerstation B12, sowie Dr. J. Bruck, welcher das Amt eines Oberarztes an der Frauenstation (A12) inne hatte.³⁶⁶ Das besondere Moment im Hinblick auf den Arbeitsbereich jener Doktoren bzw. bezüglich der Behandlung und der Erforschung psychiatrischer Fälle ist unter anderem darin zu finden, dass bspw. die Männerstation schon zur damaligen Zeit vorwiegend eine Alkoholikerstation gewesen war, wodurch man sich naturgemäß bereits eingehender mit dem Phänomen des Drogenmissbrauchs bzw. der diesbezüglichen Abhängigkeit konfrontieren konnte.³⁶⁷ Dies geschah vor allen Dingen deshalb, da der Vorstand der Klinik, Prof. Dr. Hans Hoff verfügte, dass

[...] „alle Leute die betrunken aufgefunden werden, an die Psychiatrie kommen [sollen] [...] und [somit war dies] eine Station wo faktisch nur Delirante [B18] nebeneinander gelegen sind.“ [...] ³⁶⁸

Wohlmöglich dürfte diese Handhabung aus dem Umstand heraus resultiert sein, dass Herr Dr. Hoff seit dem Jahre 1956 auch die Stelle als ärztlicher Leiter des damals eröffneten Genesungsheimes Kalksburg (Anton-Proksch-Institut) inne trug,³⁶⁹ wobei jedoch die intensiven Verbindungen zwischen der Psychiatrie des allgemeinen Krankenhauses und Kalksburg erst später ins engere Blickfeld unserer Betrachtung rücken werden.³⁷⁰ In Bezug auf das neue Phänomen des illegalen Drogenmissbrauchs ist diesbezüglich aber nun von Bedeutung, dass zum Zeitpunkt der Einweisung jener besagten Drogenkonsumentengruppe, man sich bereits bestehenden Suchtproblematiken widmete, jedoch keine eigenständigen Abteilungen für illegale Drogenpatienten vorhanden waren, da bis dato ja auch keine Notwendigkeit hierfür bestanden hatte. Dementsprechend geschah es auch, dass die nach und nach auftauchenden Drogenabhängigen der 60er Jahre in die allgemeine Stationenstruktur eingegliedert wurden und ihrem bestehenden Schweregrad gemäß in dieser ihre Behandlung erfahren durften.

1.2 Die Begutachtung und Erforschung unter den Ärzten Bruck, Mader und Sluga

Die bisher vernommen Aussagen bezüglich der Jugend- und Drogenkultur der 60er Jahre in

³⁶⁶ Vgl. Interview II, Springer, Anhang S. 1 & Interview II, Ranefeld, Anhang S. 1

³⁶⁷ Männerstation = Alkoholikerstation Vgl. Interview I Springer, Anhang S. 4

³⁶⁸ Interview I Springer, Anhang S. 4

³⁶⁹ welches vor allem der Versorgung und Behandlung alkoholkranker und medikamentenabhängiger Patienten diente ... → Katschnig, (1989), S. 30

³⁷⁰ Vgl. Katschnig, (1989), S. 29ff.

den vorangegangenen Kapiteln, entspringen, wie wir bereits wissen, vornehmlich den getätigten Untersuchungen und Berichten der genannten Oberärzte, welche sich, seit dem erstmaligen Auftreten des „illegalen Drogenklientels“, eingehender mit der Thematik eines jugendlichen Drogenmissbrauchs konfrontierten. Aufgrund der Tatsache, dass in Österreich bis dato kein derart vehementer polytoxikomaner Drogenmissbrauch, weder unter Jugendlichen, noch unter Erwachsenen seinen Bestand gefunden hatte, ging es zu Beginn der Auseinandersetzung vor allem darum, über die Phänomenologie eines einsetzenden jugendlichen Drogenmissbrauches Auskunft zu erhalten und hierdurch die Gründe, Auswirkungen und Gefahren eines solchen einsehbar zu machen. Diesem Umstand gemäß, zeigten sich natürlich die Untersuchungen an den Patienten in einem weit gefächerten Rahmen geführt, wobei sowohl die familiäre Hintergrundgeschichte der jeweilig Betroffenen, als auch deren Weltbilder und Motivationen zum Drogenkonsum einer genauen Beleuchtung unterzogen wurden. Physiologische Bestandsaufnahmen (EEG, etc.) fanden naturgemäß ebenso ihre Platzierung, welche man durch Intelligenzuntersuchungen, Demenz- und Projektionstests (Rohrschach) ergänzte, um somit die rundum Befindlichkeit der einzelnen Akteure zum Vorschein zu bringen.³⁷¹ Bspw. zeigten die Ergebnisse unserer ersten Drogenklienten ein recht einheitliches Bild. Die eingelieferten Patienten entstammten bis auf eine Ausnahme (hoher Sozialstatus) der sozialen Mittelschicht und verfügten durchwegs über die Grundlagen zum Aufbau einer eigenen Existenz (Matura, Lehre, elterliches Gewerbe), welche jedoch infolge des Reisens und „Gammelns“ ungenutzt blieben.³⁷² Der Lebensunterhalt wurde durch Betteleien, Almosen und beträchtliche finanzielle Unterstützungen der Elternteile erworben und die Straße als vermeintlicher Ort der Freiheit vagabundiert.³⁷³ Ein weiteres Charakteristikum der Klienten konnte auch anhand der betriebenen Reisetätigkeiten festgehalten werden, auf welchen man sich bspw. tagelang im Opiumrausch befand.³⁷⁴ Zurück zu Hause versorgte man sich mit den geschmuggelten Vorräten aus aller Herren Länder und der dortig begründete „exzessive“ Drogenmissbrauch wurde in eigens dazu veranstalteten Gesellschaften hierzulande fortgeführt.³⁷⁵ Die Ideologien oder gelebten Weltbilder, welche bei den Klientinnen dementsprechend ihren Ausdruck erfuhren, bezogen sich vor allen Dingen auf die tiefergehende Begeisterung für die moderne

³⁷¹ Vgl. Bruck/Mader/Sluga, (1967), S. 949 - 950

³⁷² Bruck/Mader/Sluga, (1967), S. 952

³⁷³ Bruck/Mader/Sluga, (1967), S. 949

³⁷⁴ Bruck/Mader/Sluga, (1967), S. 949; Opiumrausch = S. 951

³⁷⁵ Bruck/Mader/Sluga, (1967), S. 951

Literatur der „Beatniks“ und deren drogeneuphorische, vagabundierende Lebensweise, welche durch die eigenständige österreichische Gammlerkultur ihre Akkulturation und Weiterführung erfahren hatte.³⁷⁶ Wie bereits erwähnt,³⁷⁷ führte dieser zumeist im Ausland getätigte Umgang mit harten Drogen letztlich im eigenen Land zu einem vermehrten Übergreifen in die Welt der Medikamente, wozu Bruck/Mader und Sluga konstatierten:

[...] „Fehlte Opium setzte Medikamentenmissbrauch ein, wobei sämtlich verfügbare Drogen gesammelt und individuell verteilt wurden. [Hierbei handelte] es sich hauptsächlich um Hustenmittel (Peracon, Romilar, Codein) und Analgetika, besonders Aspirin.“ [...] ³⁷⁸

Des Weiteren konnte gezeigt werden, dass vor allem Cannabisprodukte die gesamte Zeit der einzelnen Drogenkarrieren hindurchgehend ihre einschlägige Verwendung fanden und man die Rauschwirkung von jenen, durch Kombinationen mit anderen Drogen (bspw. Dextromethorphan – „Romilar“) auch zu intensivieren versuchte.³⁷⁹ Das letztendliche Spektrum derartiger Drogenexperimente und das daraus resultierende Missbrauchspotential, sollte nahezu nichts unversucht lassen und so kam es, dass neben dem getätigten Haschisch-, Opium-, und Medikamentenmissbrauch, welcher sich ebenso über Stimulanzien (amphetaminähnliche Substanzen, Appetitzügler), Antiparkinsonmittel, Sedativa und Schlafmittel erstreckte, man auch mit Psychodysleptica (LSD-25) hantierte.³⁸⁰ Des Weiteren ließ sich auch zumeist ein kurzzeitiger Alkoholmissbrauch gemeinhin, sowohl bei der ersten Gruppe von Drogenpatienten, als auch bei den nachfolgend auftauchenden Klienten nachweisen,³⁸¹ sodass das Auskommen der Untersuchungen meist dahingehend zu finden war, dass infolge eines vehementen polytoxikomanen Drogenkonsums und darin bestandgenommen Auftretens von Halluzinosen, psychotischen Reaktionen, depressiven Verstimmungen, sowie zunehmend körperlicher Verwahrlosung, sich die Klienten zum Zeitpunkt ihrer Einweisung, zumeist in einer absoluten psychischen und/oder physischen Krisen- bzw. Katastrophensituation befinden sollten.³⁸²

Das darüber hinausgehend wohlmöglich erschreckendste Moment bezüglich der immanenten Folgen eines harten bzw. polytoxikomanen Drogenkonsums zeigte sich dahingehend, dass das Lebens- bzw. Gruppeninteresse der einzelnen Akteure sich nunmehr auf die Beschaffung von

³⁷⁶ Begeisterung Literatur → Bruck/Mader/Sluga, (1967), S. 949

³⁷⁷ siehe → Punkt 1.6 „Die Entwicklung der Drogenkultur im Österreich der 60er Jahre“

³⁷⁸ Bruck/Mader/Sluga, (1967), S. 951

³⁷⁹ Bruck/Mader/Sluga, (1967), S. 951

³⁸⁰ Bruck/Mader/Sluga, (1967), S. 950 ff.

³⁸¹ Vgl. Bruck/Mader/Sluga, (1967), S. 952 & Vgl. Löschenkohl (1971), S. 16-18

³⁸² Bruck/Mader/Sluga, (1967), S. 950 und S. 952 & Vgl. Löschenkohl (1971), S. 124-135

Rauschgift und Drogen beschränken sollte,³⁸³ und ließ demgemäß, neben den bereits beschriebenen desaströsen Folgen, die Alarmglocken umso lauter schrillen, da hierin eine weitere nicht zu unterschätzende Gefahr (Depravation) abzusehen war, welche infolge der wachsenden Verwendung jener Substanzen, bspw. zum Ausdruck separatistischer kontrakonventioneller Weltanschauungen und Ideale unter Jugendlichen, durchaus ihren Bestand anzunehmen vermochte.³⁸⁴

Das Auftreten derartig polytoxikomaner Abhängiger, wurde von den Doktoren Bruck, Mader und Sluga zu Beginn des Auftretens dieser Klientel (1967) noch als [...] „derzeit oder derzeit noch“ [...] „sehr spezifische Einzelercheinung“ [...] in Österreich vernommen, dessen [...] „Ausweitung [jedoch] durch verschärfte Kontrollen verhindert werden müsste.“ [...].³⁸⁵ Dieses Gedankengut ergab sich daraus, dass das Experimentieren und Hantieren mit Drogen und Medikamenten unter Jugendlichen immer häufiger zur Beobachtung gelangte und die Gefahr einer drohenden Zunahme solchen Drogenkonsums, einerseits nur durch die Unterbindung von [...] „Rauschgift- und Drogenbeschaffungsmöglichkeiten größeren Umfangs“ [...] zu finden sei, als auch darin, dass im Sinne einer nüchternen und von Sensationsaufmachungen freien Aufklärung seitens der österreichischen Ärzteschaft, diesem Treiben Einhalt geboten werde.³⁸⁶ Schon im Jahre 1971 musste jedoch allen Hoffnungen zuwider konstatiert werden, dass

[...] „an der tatsächlichen Zunahme des Phänomens [...] heute kein Zweifel [mehr] bestehen [kann]“ [...],³⁸⁷

und darüber hinaus in den vergangenen eineinhalb Jahren,

[...] „schwere gesundheitliche Störungen, wie zerebrale Anfälle, triviale Verwirrheitszustände, komatöse Bilder, psychotische Symptome und Erregungszustände“ [...]

erstmals verzeichnet werden konnten, welche zuvor eher Ausnahmen darstellten, jedoch nunmehr in der Regel ihr Auftreten zeigen sollten.³⁸⁸ Die soziale Depravation erreichte erschreckende Ausmaße³⁸⁹ und auch in der Folgezeit sollte die Zahl jener Phänomene, wie wir heute wissen, einen stetigen Anstieg erfahren, welche letztlich durch die medialen Sensationsaufmachungen und dadurch begünstigten separatistischen Tendenzen des bspw.

³⁸³ Bruck/Mader/Sluga, (1967), S. 950

³⁸⁴ Kryspin (1971), S. 6 & Springer, Reflexionen“, S. 32

³⁸⁵ Bruck/Sluga/Mader, S. 952

³⁸⁶ Satz und wortwörtliches Zitat → Bruck/Sluga/Mader, S. 952

³⁸⁷ Sluga, „Suchtmittelmißbrauch und Pupertätskrise“, in Kryspin-Exner (1971), S. 113

³⁸⁸ Satz und direkte Zitate → Sluga, in Kryspin-Exner (1971), S. 114

³⁸⁹ Vgl. Sluga, in Kryspin-Exner (1971), S. 114

symbolischen Drogengebrauches unter Jugendlichen,³⁹⁰ sowie der Bestandnahme eines illegalen Drogenmarktes, nicht aufgehalten werden konnten.

Den bestandgenommenen Umständen gemäß, versuchte man sich seit dem Aufsuchen der ersten Drogenklienten 1966, naturgemäß für die Behandlung und Versorgung von Drogenpatienten zu wappnen, deren Vorgehensweisen und Betreuungsrahmen nun in den nachfolgenden Kapiteln ihre Erörterung finden werden. Auskunft über dessen Bestandnahme erhalten wir hierbei von einem der damaligen Ärzte des allgemeinen Krankenhauses, welcher seit jener Zeit aus der österreichischen Drogentherapieszene und Suchtforschungsentwicklung nicht mehr wegzudenken wäre, und mit seinem Kollegen Dr. Günther Pernhaupt der österreichischen Suchtforschung und Drogenbehandlung zu österreichweitem wie internationalem Ansehen verhelfen sollte. Sein Name Herr Univ. Prof. Dr. Alfred Springer.

2. Die Ära von Herrn Dr. Alfred Springer und Herrn Dr. Günther Pernhaupt (Die Grundsteine der Drogenambulanz)

Neben den Oberärzten Bruck, Mader und Sluga, zeigten die Assistenzärzte Dr. Alfred Springer und Dr. Günther Pernhaupt größtes Interesse für die Erforschung und Behandlung des zunehmend ansteigenden Drogenklientel, welches sich nach und nach an der psychiatrischen Universitätsklinik einfinden sollte. Wie wir wissen, gab es zur Zeit des ersten Auftretens von illegalen Drogenkonsumenten österreichweit keine Einrichtungen, die einen diesbezüglichen Behandlungsschwerpunkt aufweisen konnten, sodass man entsprechend darum bemüht war, bestmögliche Wege für die Behandlung Drogenabhängiger, im Rahmen der vorhandenen Ressourcen, in die Wege zu leiten.

2.1 Die Behandlung und Betreuung der Drogenpatienten zur Zeit der 60er Jahre

Die anfänglichen Behandlungen drogenabhängiger Patienten mussten sich zu Beginn der Auseinandersetzung großteils darauf beschränken, dass die Klienten, natürlich ihrer körperlichen und psychischen Verfassung gemäß, stationär sowohl psychopharmakologisch als auch intensiv-medizinischer Natur versorgt wurden, jedoch keine weiterführenden Maßnahmen im Sinne einer „drogenspezifischen“ Nachbetreuung oder diesbezüglich langfristigen therapeutischen Behandlung zur Verfügung standen. Dementsprechend war die Behandlung vor allen Dingen zunächst einmal eine akute Krisenintervention, welche mit

³⁹⁰ als Ausdruck der Abkehr von gesellschaftlichen Konventionen und Werten → (separatistische Tendenzen & symbolischer Ausdruck) = Springer, „Reflexionen“, S. 32

Abliegen und den Umständen entsprechenden Psychopharmaka wie bspw. stark wirksamen Neuroleptika („Nozinan“, „Truxal“, etc.) und Schlafmitteln („Dominal“) begangen wurde.³⁹¹ Dieser Aussage gemäß muss natürlich nun bedacht werden, dass nicht alle aufgenommen Patienten das Bild eines polytoxikomanen Drogensüchtigen aufwiesen, sondern sich auch Patientinnen an der Klinik eingefunden hatten, welche aufgrund von psychotischen Reaktionen infolge eines LSD- oder Amphetamingebrauches, entweder eingeliefert wurden oder sich von selbst an der Klinik einfanden.³⁹² Mit diesem Zustandsbild konfrontiert, versuchte man diese User natürlich ebenso psychopharmakologisch von deren Trips „herunter zu holen“, da eine

[...] „Amphetaminsynchose [...] ja wirklich so zu behandeln [ist], wie eine andere Psychose“ [...]

und dementsprechend die notwendigen psychiatrischen Schritte zur Behebung des psychotischen Zustandes gesetzt wurden.³⁹³ Der Umstand, dass Opiatuser bzw. Morphinisten zu jener Zeit noch relativ spärlich anzutreffen waren

[...] „Opiate hat es in der Zeit noch kaum gegeben, nicht?!“ [...]

und diese Art von Konsumenten (Morphium und Heroin) in der zweiten Hälfte der 60er Jahre noch wahre Exoten darstellten,³⁹⁴ wurden gemeinhin wenig Entzüge auf den Stationen selbst durchgeführt,³⁹⁵ da für diese Unternehmungen letztlich dann eigenständige Institutionen notwendig sein würden, welche im Sinne einer therapeutischen Gemeinschaft mit einer therapeutischen Behandlungskette versehen, für eine angemessene Rundumbetreuung sorgen konnten.³⁹⁶

Ein weiterer Schwerpunkt der Behandlung und Erforschung lag aber derzeit auf dem Phänomen des Medikamentenmissbrauches begründet, allem voran der Präparate Romilar, Peracon, Ritalin und Menocil. Ein besonderes Augenmerk wurde hierbei auf das letztgenannte Arzneimittel gelegt, welches unter Einnahme der 10fachen therapeutischen Dosis zwar einen euphorisierenden, Hyperaktivität freisetzenden Effekt aufwies, jedoch ebenso schwerste Depressionen, Verfolgungswahn und Herzrasen verursachte.³⁹⁷ Die Folgen höher dosierter

³⁹¹ Vgl. Interview Springer I, Anhang S. 4ff. & Interview Springer II, Anhang S. 6

³⁹² Vgl. Interview Springer I, Anhang S. 5, 6

³⁹³ Interview Springer I, Anhang S. 10

³⁹⁴ Springer Interview I, Anhang S. 5ff.

³⁹⁵ Springer Interview II, Anhang S. 4ff. → zu welchen es erst später vermehrt unter Herrn Dr. Otto Presslich an der Klinik kam ... → Springer Interview II, Anhang S. 4ff.

³⁹⁶ Vgl. Springer Interview I, Anhang S. 10

³⁹⁷ Augenmerk = Springer Interview I, Anhang S. 5 ; Dosis = Vgl. Schopfenhagen, in Kryspin-Exner, S. 60; Effekt & Folgen = Strake, S.72

und andauernder Anwendung waren schlimmsten Falls „Menocil-Tote“, welche bspw. aufgrund pulmonaler Hypertension den Tod fanden, sowie auch aufgrund der unerwünschten Drogenwirkung, Suizidversuche oder Suiziddrohungen einen vermehrten Auftritt vernehmen ließen.³⁹⁸ Infolge von bestandnehmenden psychotischen Zuständen und den körperlichen Begleiterscheinungen dieser missbräuchlichen Medikamentenverwendung, wurden nun auch solche Menocil- bzw. Arzneimittelpatienten³⁹⁹ stationär aufgenommen und ihren Umständen entsprechend psychopharmakologisch - psychiatrischer, sowie physiologisch-medizinischer Natur behandelt.⁴⁰⁰ Den jeweiligen Hintergründen der Aufnahme bzw. Einweisungen entsprechend, kann für diesen Zeitraum (1966-1972) gesagt werden, dass zunächst einmal alle Patienten stationär per „Parere“ (psychiatrische Anhaltung bei Selbst- oder Fremdgefährdungsverdacht)⁴⁰¹ aufgenommen wurden, und im Schnitt gute 3 Wochen an der Klinik verbrachten.⁴⁰² Dies war mit zunehmender Zeit jedoch keine durchgehende Praxis, sondern war abhängig von jeweilig gearteten bzw. bestandnehmenden Faktoren, welche im nachfolgenden Kapitel unter anderem ihre notwendige Erörterung finden werden.

2.2 Das Patientengut und deren Versorgung

Wie wir wissen, waren die ersten Drogenklienten der psychiatrisch-neurologischen Universitätsklinik, aufgrund deren Auffälligkeit und der restriktiv gesetzten Maßnahmen von staatlicher Seite, seitens der Polizei in der Klinik zwangseingeliefert worden. Diese Praktik stellte jedoch in der Vielzahl der Fälle eher die Ausnahme als die Regel dar.⁴⁰³ Viele der Patienten wurden zumeist per Ambulanz oder auch durch bspw. besorgte Elternteile an die Klinik gebracht, sowie auch mit zunehmendem Voranschreiten der Zeit und der quantitativen Zunahme des illegalen Drogenkonsums, so manche Personen sich freiwillig in die Obhut der Ärzteschaft begeben sollten.⁴⁰⁴ Die übliche Vorgehensweise war nun wie bereits erwähnt derart vorzufinden, dass es zunächst einmal nach stationärer Aufnahme zu einer akuten Krisenintervention kam, wobei jedoch nicht alle Patienten nachfolgend an der Klinik behalten werden konnten. Abhängig davon, ob jemand behalten wurde oder nicht, war der Umstand, ob diese Person in den Aufnahmeplan passte bzw. gemäß dem Forschungsauftrag der Klinik das

³⁹⁸ Schopfenhagen, in Kryspin-Exner, S. 61 & Suizid- S. 56 und 64

³⁹⁹ wobei natürlich der Umstand von Mischkonsum sehr häufig zu finden war → bspw. Vgl. Schopfenhagen, in Kryspin-Exner, S. 56 & Vgl. Springer Interview I, Anhang S. 5, 6

⁴⁰⁰ Vgl. Springer Interview I, Anhang S. 4 - 7

⁴⁰¹ Springer Interview II, Anhang S. 10

⁴⁰² Vgl. Springer Interview I, Anhang S. 7

⁴⁰³ Vgl. Interview Springer I, Anhang S. 4, 6

⁴⁰⁴ Vgl. Interview Springer I, Anhang S. 5, 6, 11

Interesse der jeweiligen Oberärzte weckte,⁴⁰⁵ da die Universitätspsychiatrie ja vor allen Dingen eine Forschungseinrichtung stellt(e) und in diesem Sinne kein Versorgungsspital an sich war bzw. ist.⁴⁰⁶

[...] „Gut, da die recht rasch zu Forschungsobjekten wurden, da durch Dr. Sluga, Dr. Bruck und ähnlichen ... Dr. Mader, hat man sie dann auch genommen natürlich, weil man sie dann ja auch gebraucht hat. Also das kennt man ja ...“ [...]⁴⁰⁷

Demgemäß wurden zwar einige der Patienten dem vorrangigen Forschungsauftrag entsprechend aufgenommen und behalten, jedoch wurde auch immer wieder eine Vielzahl der Klienten an das psychiatrische Krankenhaus der Stadt Wien („Steinhof“) überwiesen, welches den benötigten Versorgungsauftrag für das diesbezügliche Klientel letztlich übernehmen sollte.⁴⁰⁸

[...] „Nun, das war der offizielle Weg sozusagen, nicht?! Es kam der Amtsarzt und dann ... es haben nicht alle die an der Klinik gelandet sind, an der Klinik bleiben können. Vom Aufnahmeplan her und so. [...] Interviewer: Wovon war das abhängig zum Beispiel? Dr. Springer: Das war gar nichts, das waren fast alle Patienten. [Einwurf Forschungs- vs. Versorgungseinrichtung] „Na klar. [AKH] Ist kein Versorgungsspital. [...]“⁴⁰⁹

Neben dem naturgemäßen Umstand nun, dass so manch „behaltene“ Patienten bereits nach wenigen Tagen die Klinik verlassen konnten, da die bspw. abgeklungenen episodenhaften psychotischen Reaktionen keiner weiterführenden Behandlung bedurften, kam es überdies hinaus zum vermehrten Auftreten einer „mutmaßlichen“ Klientel, welches

[...] oftmals gar nicht so wahnsinnig problematisch [war], nicht?!“ [...].⁴¹⁰

Die Personen die diesem Diagnosezustand entsprochen hatten, waren nun vor allem Jugendliche, welche durch deren äußere Erscheinung und deren Lebenswandel (gammeln, kiffen, etc.) auffällig geworden waren, und deren besorgte Eltern sie an die Klinik verfrachteten, um eruieren zu lassen, wie es um die Abhängigkeit oder das Wohlbefinden der Heranwachsenden stehe. Die Folge derartiger Kontakte war zumeist mit einem kurzen eingehenderen Gespräch bereinigt und

[...] „dann sind sie wieder nach Hause gegangen.“ [...].⁴¹¹

⁴⁰⁵ Ranefeld Interview II, Anhang S. 7

⁴⁰⁶ Vgl. Springer Interview II, Anhang S. 5

⁴⁰⁷ Springer Interview I, Anhang S. 7

⁴⁰⁸ Vgl. Springer Interview II, Anhang S. 5, 6

⁴⁰⁹ Springer Interview II, Anhang S. 5

⁴¹⁰ Springer Interview I, Anhang S. 12

⁴¹¹ Zitat und Vgl. des Absatzes - Springer Interview I, Anhang S. 12

Das Gedankengut, welches sich aufgrund der erhobenen stationären Erkenntnisse, Begebenheiten und hinzukommenden Vorkommnisse gestaltete, führte nun zu der Einsicht, dass eine ambulante Anlaufstation und Betreuung von Nöten sein würde, welche es einerseits ermögliche dem Klienten über die stationäre Behandlung hinausgehend unterstützend zu Seite zu stehen und sich andererseits um die jeweiligen Anliegen der auftauchenden Drogenkonsumenten an der Klinik bemühen zu können. Dieser Erkenntnis sollten sogleich Taten folgen und somit schreiten wir zur „eigentlichen Geburtsstunde der Drogenambulanz“ des Allgemeinen Krankenhauses.⁴¹²

2.2.1 Die ambulante Betreuung (Die Drogenambulanz)

Die Assistenzärzte Dr. Alfred Springer und Dr. Günther Pernhaupt, welche sich von Beginn an näher mit dem Phänomen des Drogenkonsums und Drogenmissbrauches beschäftigten, begannen um das Jahr 1970 herum eine ambulante Versorgung bzw. Anlaufstelle für Drogenkonsumenten einzurichten.⁴¹³ Dies bedeutete, den damals gegebenen Umständen entsprechend, vor allen Dingen, dass jene Ärzte die Patienten nicht mehr nur auf den psychiatrischen Stationen betreuten, sondern auch in der Hauptambulanz versorgen sollten. →

[...], „Wobei ich glaube, dass Dr. Pernhaupt die Ambulanz als Erster eingerichtet hat.“ [...]⁴¹⁴

Die Gründung der „Drogenambulanz“ war hierbei jedoch noch keineswegs eine „offizielle“ Einrichtung einer eigenständigen Ambulanz, sondern wurde vorerst innerhalb der allgemeinen Hauptambulanz unter der Hand geführt. Man verfügte weder über ein eigenes Zimmer, noch gab es eigene Ambulanzzeiten, welche hierfür eigens bereitgestellt wurden.⁴¹⁵ Das bedeutet, dass innerhalb des normalen Alltagsbetriebes die Ambulanz „nebenher“ geführt wurde und die Patienten sich dem gängigen Prozedere gemäß bei der Hauptambulanz anmeldeten, und hiernach auf einen der Ärzte wartete.⁴¹⁶ Der Vorteil, welcher der Unternehmung von Herrn Dr. Springer und Herrn Dr. Pernhaupt zeitweise hierbei zukam war, dass man als Assistenzarzt in der Regel im Rahmen der Ausbildung zumeist ein halbes Jahr an jener Station verbrachte und ein halbes Jahr dort, sodass man natürlich auch an der Hauptambulanz selbst, zeitweise direkt

⁴¹² wobei natürlich gesagt sein muss, dass die bis dato getätigten Behandlungen schon das Auskommen einer Drogenambulanz begründeten bzw. somit bereits die Drogenambulanz des allgemeinen Krankenhauses ihre Entstehung (1966/67) gefunden hatte.

⁴¹³ Vgl. Springer Interview I, Anhang S. 2, 3, 4

⁴¹⁴ Springer Interview I, Anhang S. 4

⁴¹⁵ Den Raum und die Zeiten für die nachfolgend erörterten Gruppensitzungen natürlich ausgenommen, da diese höchst wahrscheinlich mit Gutwillen der Oberärzte ihre Genehmigung gefunden hatten.

⁴¹⁶ Absatz Vgl. Springer Interview I, Anhang S. 5, 10

seinen Dienst verrichten konnte.⁴¹⁷

Die ambulante Betreuung selbst sah in erster Linie so aus, dass man sich während der allgemeinen Ambulanzzeiten dem „offenen Anlauf“ von Drogenpatienten widmete und mit ihnen kurze Gespräche führte, die in der Regel so um die 20 Minuten dauern konnten. Hierbei wurde natürlich eruiert, welche Anliegen die Klienten hatten und wie man ihnen denn behilflich sein könne.⁴¹⁸ Großteils konnte man hierbei lediglich nur mit einem offenen Ohr und gut gemeinten Ratschlägen dienen, da es zu jener Zeit ja noch keine weiterführenden spezialisierten Einrichtungen gegeben hatte, wohin man die Klienten hätte verweisen können,⁴¹⁹ jedoch war es bereits bei gewichtigen Patienten durchaus möglich, einen Entzug anzubieten bzw. einen solchen an der Station zu empfehlen.⁴²⁰ Den generell gegebenen Umständen und daraus resultierenden Einsichten entsprechend,⁴²¹ gelangte man zu der Überzeugung, dass die Patienten und Drogenankömmlinge jedoch, neben dem vorhandenen Betreuungsumfang, einer begünstigenden und weiterführenden Unterstützung zu deren Heilung bedürften. So kam es nun bspw. auch dazu, dass man alsbald ambulante Gruppen ins Leben rief, deren Mitglieder sich in der Folgezeit sowohl aus ehemaligen Stationspatienten, als auch aus ambulant betreuten Klienten rekrutierten sollten.

2.2.1.1 Die ambulanten Gruppen

Als Initiator und Vorreiter dieser Einrichtung gilt Herr Dr. Alfred Springer, welcher speziell für junge Drogenabhängige und Drogenkonsumenten diese Möglichkeit eröffnete, sowie auch Herr Dr. Pernhaupt nachfolgend eine eigenständige Gruppe initiieren sollte.⁴²² Diese Gruppensitzungen sollten von nun an einmal wöchentlich in einer bereitgestellten bzw. nichtbenutzten Räumlichkeit der Hauptambulanz stattfinden und wiesen im Schnitt eine

⁴¹⁷ Vgl. Springer Interview II, Anhang S. 1 = wohlmöglich bei Herr Dr. Pernhaupt zu jener Zeit der Fall gewesen sein dürfte.

⁴¹⁸ Vgl. Springer Interview II, Anhang S. 2 & Springer Interview I, Anhang S. 12

⁴¹⁹ Vgl. Springer Interview I, Anhang S. 4, 5 = zumindest bis zum 16. 3. 1970 war dem so, da zu diesem Zeitpunkt die „Beratungsstelle für Drogengefährdete“ ins Leben gerufen wurde (Pernhaupt, 1980), von welcher wir noch hören werden und „welche später unter dem Namen „Change“ bekannt wurde“ → Irmgard Eisenbach-Stangl, „Wiener Drogenpolitik 1970 bis 2005 – Außen und Innenansichten“, Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung, Wien (2008), S. 24 → im folgenden zitiert als Eisenbach-Stangl (2008)

⁴²⁰ Vgl. Springer Interview II, Anhang S. 2

⁴²¹ welche durch persönliche Forschungstätigkeiten von Herrn Dr. Springer und Herrn Dr. Pernhaupt, über die Tätigkeiten, Räumlichkeiten des AKH hinausgehend ergänzt wurden (= Jene in die Jugend- Kaffeehausszene gingen und Befragungen durchführten = Wie die Drogenkonsumenten lebten?, Was sie konsumierten?, etc.) – eben mit einem Fragebogen Erhebungen durchführten, welcher jedoch nicht mehr aufgefunden werden kann. → Vgl. Springer Interview II, Anhang S. 7

⁴²² deren Beschaffenheit und Führung jedoch nicht erhoben werden konnte, da Herrn Dr. Pernhaupt leider bereits das Zeitliche segnete und keine Daten bezüglich seiner eigenen Gruppe aufgefunden werden konnten.

Gruppengröße von rund 12 Personen auf. Die Anzahl der Mitglieder war wie man sich denken kann teils fluktuierend, jedoch blieben diese über den von Herrn Dr. Springer geschätzt-rekonstruierten Zeitraum von rund einem halben Jahr zusammen. Die Sitzungen selbst dauerten rund 1 1/2 Stunden und wurden mit psychosozialem Ansatz als Gruppensetting geleitet, worin die Klienten über ihre Probleme und Konflikte sprechen konnten und hieraus gegebenenfalls Lösungsmöglichkeiten, Erkenntnisse und anspornende Motivationen mit auf ihren Weg zu nehmen vermochten.⁴²³

Neben diesem Betreuungsrahmen innerhalb des Allgemeinen Krankenhauses, kam es fallweise aufgrund der Tatsache, dass zur Anfangszeit des Drogenphänomens keine dezidierten Einrichtungen zur Betreuung derartiger Patienten gegeben waren, auch zu dem Umstand, dass Patienten der Ambulanz auch außerhalb von dieser zusätzlich behandelt wurden, welches bspw. in der eigenen Ordination passierte, wie dies bei Herrn Dr. Pernhaupt der Fall gewesen sein dürfte, oder sogar im eigenen Zuhause (Dr. Springer) ihre stützende Betreuung erfahren konnten.⁴²⁴ Darüber hinaus hatte man damit begonnen weitere Projekte (Pernhaupt und Springer) in die Wege zu leiten, die die Situationen und Rahmenbedingungen der Drogenklienten zu verbessern suchten bzw. sich auf deren Heilungsprozess begünstigend auswirken sollten.

2.2.1.2 Die Wiener Kommunen

Infolge der aufgefundenen Zustände, dass verschiedene Patienten aus Gründen von drogenbedingter Armut, fehlender Familienunterstützung und generell bedingtem Umgang mit „fehlleitenden“ bzw. drogennehmenden Gesellschaften, keine angemessenes oder förderliches Zuhause ihr eigen nennen konnten,⁴²⁵ bemühte man sich durch persönliches Engagement, für diese Personen ein solches in die Wege zu leiten. Aus persönlichen Kontakten mit Freunden und Bekannten resultierend, welche in Wiener Kommunen ihr Dasein fristeten, hatte man damit begonnen, hilfsbereite Personen dieser Gesellschaften zu bitten, jugendliche Drogenabhängige in deren Lebensgemeinschaften aufzunehmen, deren Ruf auch Folge geleistet wurde. Diesbezüglich gilt es natürlich nun zu bedenken, dass es sich hierbei nicht um therapeutische „Gemeinschaften“ oder ausgebildete Sozialarbeiterkreise

⁴²³ Absatz Vgl. Springer Interview I, Anhang S. 11 & Vgl. Springer Interview II, Anhang S. 2, 3, 4

⁴²⁴ Vgl. Interview II Springer, Anhang S. 3, 4

⁴²⁵ weshalb man auch versuchte so manche Patienten stationär länger zu behalten bzw. eben derart aufzunehmen → [...] „Nun es waren ja Fälle wo man ... die kein zu Hause hatten, die man auch teilweise irgendwie unterbringen musste, nicht?!“ [...] → Springer Interview I, Anhang S. 6ff.

handelte, welche den Lebensalltag der Jugendlichen strukturierten und sie auf Schritt und Tritt begleiteten, sondern um lebensbejahende und aufgeschlossene Menschen, die bereit waren, einem Jugendlichen ein Dach über den Kopf zu bieten und ihm durch das gemeinschaftliche Zusammenleben bei seinem Weg aus der Sucht behilflich zu sein. Manche der Glücklichen dürften recht lange bei diesen Gemeinschaften mitgelaufen sein und andere wiederum sollten nach aufgetreten Krisen rasch wiederum aus diesen Kommunen ausgetreten sein. Genaue Zahlen über diese Vorkommnisse liegen nicht vor, denn

[...] „das war ja nicht wirklich strukturiert“ [...].⁴²⁶

Demgemäß handelte es sich wie gesagt hauptsächlich darum, die Jugendlichen wieder neu zu sozialisieren und ihnen eine Möglichkeit zu bieten einen Neuanfang zu machen, und nicht darum, ein dezidiertes langfristiges Konzept mit Erforschung und Evaluierung dieses Projektes in die Wege zu leiten.

2.3 Das Auskommen der 60er und ersten Jahre des siebten Jahrzehnts

Aufgrund der Erfahrungen, welche man im stationären und ambulanten Bereich sammeln konnte, und der Erkenntnis, dass einerseits ein stetiger Anstieg von drogenkonsumierenden Jugendlichen seinen Bestand nehmen sollte und andererseits hierfür weiterführende und therapeutisch umfassende eigenständige Institutionen⁴²⁷ zur Versorgung Suchtabhängiger von unbedingten Nöten sein würden, kam es infolge der bestandgenommenen Einsichten zu folgenreichen Entwicklungen.

2.3.1 Die Beratungsstelle für Drogengefährdete (Der Club Change)

Im März des Jahres 1970 eröffnet in Wien die erste spezielle Drogeneinrichtung Österreichs, welche in ihrer Folgezeit auch unter dem Namen „Club Change“ ihre Bekanntheit erlangen sollte.⁴²⁸ Mitinitiator und ärztlicher Leiter der vom Verein für Bewährungshilfe und sozialen Jugendarbeit patronierten Einrichtung war Dr. Günther Pernhaupt. In den Räumlichkeiten der Caritas, welche diese zur Verfügung stellte, sollte sich diese Institution dem Ziel widmen, drogengefährdete Jugendliche zu beraten, sowie auch mit einer diesbezüglichen Tätigkeit den Angehörigen zur Seite zu stehen. Da sich relativ schnell neben den leichten Drogenusern aber auch schwerstabhängige Drogenkonsumenten an jener Stelle einfanden, welche

⁴²⁶ Gesamter Absatz Vgl. Springer Interview I, Anhang S. 2, 4, 5 und Springer Interview II, Anhang S. 4 & Zitat Springer Interview II, Anhang S. 4

⁴²⁷ sowohl kapazitär, als auch qualitativ adäquater Natur ...

⁴²⁸ Eisenbach-Stangl (2008), S. 27, 30

[...] „bereits mehrere Klinikaufenthalte hinter sich hatten und eine Nachbetreuung benötigten und suchten“ [...],

kam dieser, notgedrungenen Maßen, alsbald auch die Funktion einer Nachbetreuungsstelle zu.⁴²⁹ Die Errungenschaften jener Einrichtung führten dazu, dass sich bereits in den ersten beiden Jahren rund 200 Jugendliche dort einfanden und durch die eingehende Beratung und das hierbei erarbeitete Vertrauen, die Klienten im Sinne einer Einsichts- und Motivationstherapie therapiert werden konnten. Hierdurch bedingt kam es auch dazu, dass so manche Patienten nach bereits gescheiterten ambulanten Entwöhnungsversuchen, sich für eine stationäre Entwöhnung bereit erklärten, welche

[...] „an der Klinik und in einem Privatspital durchgeführt“ [...] wurden.⁴³⁰

Seit der Eröffnung der Drogenstation Kalksburg 1972, sollte sich letztlich das Spektrum der Tätigkeiten im Club Change erweitern, sodass von nun an die Vor- und Nachbetreuung für die erste stationäre Einrichtung in Wien Kalksburg übernommen wurde⁴³¹ und demgemäß auch „genügend motivierte Personen“ an die stationäre Betreuungseinrichtung des Genesungsheimes überführt werden konnten.⁴³² Darüber hinaus hatte man ebenso damit begonnen, die Nachbetreuung für Haftentlassene der Sonderanstalt Favoriten zu übernehmen, was in der Folgezeit (ab 1979) zur Haupttätigkeit dieser Einrichtung avancieren sollte, jedoch bis dato weisungsgebundenen wie nichtweisungsgebundenen Klienten ihre Betreuung angedeihen ließ.⁴³³

Die Drogenstation Kalksburg rückt diesbezüglich nun ebenso in den Brennpunkt unserer Auseinandersetzung, da jene gleichfalls ihre Initiierung und Entwicklung durch die Protagonisten der ersten Tage des Allgemeinen Krankenhauses erfahren durfte.

2.3.2 Das Genesungsheim Kalksburg (Die Drogenstation)

Aufgrund der Tatsache, dass sich seit dem Beginn des einsetzenden Drogenphänomens und der Gründung des Club Change auch immer wieder Drogenabhängige in der Ambulanz des Genesungsheimes Kalksburg einfanden, hatte man bereits im Jahre 1971 unter Herrn Dr. Kornelius Kryspin-Exner, Oberarzt der psychiatrisch-neurologischen Universitätsklinik und

⁴²⁹ Absatz mit stellenweisen Zitaten und direktem Zitat = Günther Pernhaupt, „Change – Beratungsstelle für Drogengefährdete“, in Olga Schaendlinger, „10 Jahre Bewährungshilfe“, Verein für Bewährungshilfe und soziale Jugendarbeit, Wien (1974), S. 48ff. → im Folgenden zitiert als Pernhaupt, „Bewährungshilfe“ (1974)

⁴³⁰ Absatz und Zitat → Pernhaupt, „Bewährungshilfe“ (1974), S. 49

⁴³¹ Eisenbach-Stangl (2008), S. 24

⁴³² Pernhaupt, „Bewährungshilfe“, (1974), S. 49

⁴³³ Eisenbach-Stangl (2008), S. 30

Leiter des Genesungsheimes Kalksburg, damit begonnen, stationäre Rehabilitationsversuche mit Drogenabhängigen in dem bis dato spezialisierten Alkoholiker- und Medikamentenabhängigen Rehabilitationsheim durchzuführen. Entsprechend dem wachsenden Bedarf und den notwendigen Begleitumständen wurde das Genesungsheim auch sogleich erweitert, sodass im Jahre 1972 eine eigenständige Drogenstation an hiesiger Stelle seine Pforten für Suchtkranke öffnete.⁴³⁴

Infolge der beachtlichen Leistungen auf dem Gebiet der Suchtforschung und Suchtbetreuung wurden Herr Dr. Alfred Springer und Herr Dr. Günther Pernhaupt vom Oberhaupt der Anstalt - Dr. Kryspin-Exner, als Leiter der neuen Station eingesetzt und sollten demgemäß die Entwicklungen auf diesem Gebiete vorantreiben. Dies führte dazu, dass beide Ärzte die psychiatrisch-neurologische Universitätsklinik verließen und in weiter Folge dieser Aufgabe nachkommen sollten bzw. Herr Dr. Springer schon sehr bald in die ebenfalls gegründete Boltzmann-Forschungsstelle im Hause wechselte, [...] „welche 1972 zum Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung erweitert wurde“ [...].⁴³⁵

Die erste stationäre Betreuungseinrichtung Wiens, welche man zunächst als kleine aber feine Modelleinrichtung führte, startete ihre Aufgabenübernahme zunächst im Rahmen von 9 Betreuungsplätzen, alsbald 15 Betten, deren Patienten in Form einer geschlossenen Behandlungskette, den therapeutischen Anliegen gemäß, ihre Behandlung finden sollten.⁴³⁶ In den Folgejahren mit einem Übergangswohnheim (half-way house, 1978) im 14. Bezirk erweitert, an dem die Rehabilitation nach stationärem Aufenthalt weitergeführt wurde, und mit Pioniertätigkeiten wie dem „Rooming-in“ (1979 - Mutter-Kind Aufnahme) den Umständen einer notwendigen Behandlungsausweitung mehr und mehr gerecht werdend, musste man nun aufgrund der stetig zunehmenden Zahlen von Drogenklienten daran gehen, die Kapazitäten der Betreuungsplätze und –Tätigkeiten auszuweiten. Dieses führte dazu, dass einerseits die Außenstelle „Drive“ (1979) im 1. Wiener Gemeindebezirk ins Leben gerufen wurde, deren Tätigkeiten die Vor- und Nachversorgung der zu entwöhnenden Drogenabhängigen übernehmen sollte, sowie die Drogenstation selbst eine Vergrößerung bzw. deren Ausbau erfuhr, welche Ende des Jahres 1980 über eine Kapazität von 30 Betten

⁴³⁴ Absatz - Vgl. Günther Pernhaupt, „Behandlungsprogramme und –Möglichkeiten für Drogenabhängige in Österreich“, in (Hg.) Mader R./Strotzka H., „Drogenpolitik zwischen Therapie und Strafe“, Novographic Verlag, Wien (1980), S. 287 → im folgenden zitiert Pernhaupt, in Mader (1980)

⁴³⁵ Anton Proksch-Institut (Hg.), „Strategie gegen die Sucht, Ein Vierteljahrhundert Kalksburg“, Anton Proksch Institut, Wien (1987), S. 38; die er später bis zur Schließung des Institutes (1976 – 2009) auch selbst leiten sollte. → Vgl. Absatz Springer Interview I, im Anhang S. 2

⁴³⁶ API, „Strategien gegen die Sucht“ (1987), S. 33, 34 & Pernhaupt, in Mader (1980), S. 287

verfügen sollte.⁴³⁷

Viele weitere Neuerungen der Drogenstation Kalksburg könnten hier nun ihren Bestand nehmen, jedoch befinden wir uns hierbei schon sehr weit über unseren Zeitraum dieses Kapitels – Das Auskommen in den 60er und ersten Jahre des siebten Jahrzehnts - hinausgehend, sodass gesagt werden muss, dass die bislang getätigten Auskünfte über die jeweiligen Institutionen den Sinn beinhalten, die vorerst wichtigsten Entwicklungen dieser Einrichtungen sogleich ersichtlich zu machen, um somit für die folgenden Kapitel dementsprechend vorweg eine Bezugsbasis zu ermöglichen und auch einen Kontinuitätseinblick in die Entwicklungen jener Institutionen vorweg zu ermöglichen. Demgemäß kann abschließend bzw. vorweg gesagt sein, dass sowohl der Club Change, als auch die beiden Institutionen, die Drogenstation Kalksburg und das Boltzmann-Institut für Suchtforschung, seit jener Zeit auf das Engste mit der Drogentherapie des allgemeinen Krankenhauses verwoben sind, was sich einerseits bspw. durch die in der Folgezeit getätigten Konsiliardienste widerspiegelt (Springer, Pernhaupt, Ranefeld, etc.), als auch in dem Umstand zu finden ist, dass die erwähnten ambulanten Gruppen der psychiatrisch-neurologischen Universitätsklinik, noch einige Zeit „von Kalksburg aus“ weitergeführt werden sollten.⁴³⁸

Eine weitere folgenreiche Entwicklung dieser Zeit, welche für unsere Auseinandersetzung mit der Drogentherapie des allgemeinen Krankenhauses noch von großer Bedeutung sein wird und ebenso von den Protagonisten dieser Institution ins Leben gerufen bzw. von jenen aufs Schärfste begünstigt wurde, muss hier jedoch noch ebenso ihre notwendige Erörterung finden, bevor wir uns wieder der dezidierten Entwicklung der Universitätsklinik selbst zuwenden.

2.3.3 Die Novellierung des Suchtgiftgesetzes 1971

Diese weitere und notwendige Entwicklung, welche durch das Auskommen und Ansteigen der nun bestandnehmenden Drogenklientel dieser Zeit von größter Bedeutung sein sollte, ist in dem Bestreben einer Änderung des bis dato gültigen Suchtgiftgesetzes aus dem Jahre 1946 und dessen Neuerung aus dem Jahre 1951, zu finden. Der Umstand, dass durch jene Gesetzeslage bedingt, Drogenkonsumenten (bzw. -Besitzer) als restriktiv geahndete Kriminelle gehandelt wurden, welche bei einem diesbezüglichen Vergehen mit einem

⁴³⁷ Absatz - Pernhaupt, in Mader (1980), S. 287, 288 & (Außenstelle - „Drive“) S. 301, 302

⁴³⁸ wobei es sich bei der Weiterführung der Gruppen um den „geschätzten“ Zeitraum eines Jahres handelt haben dürfte, sowie auch die ambulanten Dienste Herrn Dr. Springers ebenso noch eine Zeit lang aufrecht erhalten wurden. → Vgl. Springer Interview II, Anhang S. 3

Freiheitsentzug von 1 – 10 Jahren zu rechnen hatten, durfte im Sinne der aufkommenden Patienten keinesfalls als solches ihr weiteres Bestehen finden.⁴³⁹

Aufgrund der Tatsache bzw. Erkenntnisse, dass drogenabhängige Personen sowohl medizinisch-ärztlicher, als auch sozialtherapeutischer Maßnahmen bedürfen, um eine diesbezügliche Heilung zu gewährleisten, sollte es in den Jahren seit dem Auftreten jenes Phänomens der Drogenabhängigkeit, deshalb zu Versammlungen und Enqueten kommen, welche sich um eine Verbesserung dieses Sachverhaltes bemühten.⁴⁴⁰ Hierin zeigten sich vor allem die Personen Dr. Willibald Sluga, Oberarzt der psychiatrisch-neurologischen Universitätsklinik, welcher als Vater des Maßnahmenvollzuges gehandelt wird,⁴⁴¹ sowie auch Frau Elisabeth Schilder, Vorsitzende des Vereins für Bewährungshilfe und soziale Jugendarbeit, als federführend,⁴⁴² die somit durchaus auch als Mutter der Suchtgift-Gesetzesnovelle von 1971 gelten darf. Die entscheidende Arbeitsgemeinschaft, welche hierzu ihre Versammlung finden sollte, stellte neben den bereits genannten Protagonistinnen

[...] „eine Reihe namhafter Psychiater, wie Herrn Univ. Prof. Dr. Hans Strotzka, Univ. Prof. Dr. Walter Spiel, [...] Primarius Dr. Günther Pernhaupt, sowie Vertreter der Gebietskrankenkasse, der Polizei, des Jugendamtes und der Erwachsenenfürsorge der Stadt Wien, des Bundesministeriums für Justiz und [...] [der] Bewährungshilfe“ [...].⁴⁴³

Das Auskommen dieser Enquete zeigte klar und deutlich, dass

[...] die Entkriminalisierung der Suchtgiftkranken [...] eine wichtige Voraussetzung für ihre Heilung [...] ⁴⁴⁴

darstellt, da man bspw. einen „kriminellen“ - unter Entzugssymptomen (bspw. Durchfall, Krämpfe, etc.) leidenden - Suchtabhängigen wohl kaum innerhalb der gegebenen Gefängnisstrukturen sich selbst überlassen könne, sowie durch die dortig erworbene „Sozialisierung“ man ebenso wenig wollen kann, dass aus einem kriminellen Suchtkranken ein suchtkranker Krimineller werde.⁴⁴⁵ Die innerhalb jener Enquete vorgebrachten Argumente und daraus resultierenden Weiterentwicklungen nachfolgender Auseinandersetzungen führten dazu, dass es letztlich zu einer Gesetzesvorlage für das Parlament kommen sollte, welche

⁴³⁹ Absatz = Renate Brosch/Günter Junke (Hrsg.), „Sucht in Österreich –Ein Leitfaden für Betroffene, Angehörige, Betreuer“, Orac Verlag, Wien (1993), S. 101

⁴⁴⁰ Vgl. Elisabeth Schilder, „Zur Entstehungsgeschichte des § 9a Suchtgiftgesetzes“, in Mader/Strotzka (1980), S. 263 – 275 → im folgenden zitiert als Schilder, in Mader/Strotzka (1980)

⁴⁴¹ [...] “Dr. Sluga war ja der Vater des Maßnahmenvollzuges, nicht?!” [...] - Springer Interview I, Anhang S. 9

⁴⁴² Eisenbach-Stangl, (2008), S. 70

⁴⁴³ Elisabeth Schilder, in Mader/Strotzka (1980), S. 263ff.

⁴⁴⁴ Schilder, in Mader/Strotzka (1980), S. 264

⁴⁴⁵ hierfür instrumentalisiertes stellenweises Zitat → Alfred Springer, in Marschalek, „Drogen, Sucht und Therapie“ (1981), S. 40

nach einer stellenweisen Kompromisslösung, in Form des § 9a 1971 mit Zustimmung des Nationalrates verabschiedet wurde.⁴⁴⁶ Das ursprüngliche Bestreben, dass

[...] „der „unberechtigte Erwerb und Besitz von Suchtgift in geringfügigen Mengen, die ausschließlich der Deckung des eigenen Bedarfes dienen“ nicht strafbar ist“ [...]

konnte jedoch im Sinne der Suchtkranken hierbei nicht durchgesetzt werden.⁴⁴⁷ Der Kompromiss bzw. die Entkriminalisierung wurde hierin nun dahingehend gefasst, dass der § 9a von nun an nur

[...] „zur Entkriminalisierung des Konsums an eine Überprüfung des Behandlungsbedarfs und an die allfällige notwendige Behandlung des Süchtigen geknüpft“ [...] stattfinden würde.⁴⁴⁸

Dies bedeutete im Klartext, dass jener Paragraph bzw. der Staatsanwalt den Strafantrag des Drogenbesitzes und -Erwerbes als Verfahrensbestand zurücklegte,

[...] „wenn ein Ersttäter nicht mehr als die sogenannte „Wochenration“ einer illegalen Droge bei sich gehabt hatte“ [...]

und sich während einer Probezeit bewährte, sowie sich im Falle der Abhängigkeit einer ärztlichen Behandlung und/oder einer ärztlichen Kontrolle unterziehen sollte.⁴⁴⁹ Demnach konnte zwar keine optimale bzw. eine auf den Heilungsprozess wohl begünstigendere, weisungsungebundene Gesetzeslage ihre Implementierung finden, jedoch ein großer Schritt für die Betroffenen dennoch getätigt werden, da hiermit nun das Prinzip „Therapie statt Strafe“ erstmals seinen legislatorischen Unterbau erfuhr und zur Entkriminalisierung der Drogenpatienten bzw. -konsumenten einen wesentlichen Beitrag lieferte.⁴⁵⁰

2.4 Die Patientendaten bzw. Patientenzahlen von 1966 bis 1971

Infolge des Umstandes, dass die Patienten innerhalb der persönlichen Betreuung durch die jeweiligen Ärzte naturgemäß sehr genaue Auskünfte über ihren Drogengebrauch bzw. deren Drogenkarrieren machten, und es zeitweilig passieren konnte, dass die Exekutivbehörden über Auskunftangaben bezüglich diverser Patienten im Sinne des Amtshilfeprinzips anfragten, war zwar mit der Neuerung der Gesetzeslage von 1971 ein wesentlicher Schritt im Sinne der suchtanhängigen Patienten bereits getätigt worden, jedoch nach wie vor die Gefahr für jene aufzufinden, dass deren Suchtgiftkarrieren eingesehen werden konnten⁴⁵¹ und diese im Sinne

⁴⁴⁶ Eisenbach-Stangl (2008), S. 70, 71 & Vgl. Schilder, in Mader/Strotzka, S. 264 - 274

⁴⁴⁷ Schilder, in Mader/Strotzka, S. 275

⁴⁴⁸ Eisenbach-Stangl (2008), S. 70

⁴⁴⁹ Absatz und Zitat Marschalek, „Drogen, Sucht und Therapie“ (1981), S. 34; (Kontrolle – Behandlung) = Schilder, in Mader/Strotzka, S. 269

⁴⁵⁰ Vgl. Schilder, in Mader/Strotzka, S. 274, 275

⁴⁵¹ denn die [...] „Daten des Krankenhausaufenthaltes, inklusive der Diagnose sind ins Gesundheitsministerium

von strafrechtlicher Ahndung gegen jene verwendet wurden. Die direkten Anfragen im Hause selbst dürften sich zwar, nach Auskunft von Herrn Dr. Springer, in Grenzen gehalten haben →

[...] Selten, sehr selten.“ [...] „Ich weiß nur, dass man manchmal unserem ... Ich kann mich schon erinnern, dass wir manchmal eben dem Juristen Dr. „Wach“ geschrieben haben wenn solche Anforderungen waren, nicht?! Dieses Amtshilfeprinzip das gibt es ja überall leider. Also man kommt da schwer heraus.“ [...].

wobei diesen natürlich nachgekommen werden musste.⁴⁵²

Eine Neuerung, welche die Erfassung von Patientendaten auf diese Anfragen beschränkte, sollte letztlich aber erst im Zuge der SGG-Novellierung 1985 erfolgen, zu deren Umsetzung auch der Drogenbeirat des Gesundheitsministeriums geraten hatte, deren Mitglied und langjähriger Leiter Dr. Alfred Springer sein sollte, welcher sich um das hiesige Anliegen besonders bemühte. Der Umstand, welcher hierbei zu Grunde gelegt wurde, ist im Sinne des Patientenschutzes seit diesem Zeitpunkt darin zu finden, dass man innerhalb dieses Gremiums beschlossen hatte, dass die Krankenhäuser lediglich Gesamtmeldungen machen sollten

→ [...] „die Krankenhäuser haben eben Diagnosen gemeldet und nicht Personen.“ [...],⁴⁵³

um somit das schwere Los der Patienten vor strafrechtlicher Verfolgung erleichtern zu können, wovon wir in den folgenden Kapiteln aber noch genauer hören werden.⁴⁵⁴

2.4.1 Die Patientenzahlen

Das Auskommen, welches bezüglich der Patientenversorgungen an der Klinik letztlich seinen Bestand nahm, zeigt nun sehr deutlich, dass seit dem Jahre 1966 bis zum Jahre 1971 ein leichter, jedoch stetiger Anstieg von Drogenkonsumenten bzw. -Patienten hier wie anderswo zu verzeichnen ist.⁴⁵⁵ Waren es im Jahre 1966 lediglich 7 Personen mit Bedarf und Aufenthalt an der Klinik des allgemeinen Krankenhauses, so waren es über den Zeitraum von 1967/68 hinweg bereits 42. Diese Zahl steigerte sich 1969 auf 49 Personen, sowie im Jahre 1970 auf 54 Fälle, welche an der Klinik versorgt wurden.⁴⁵⁶ Die ambulante Betreuung erstreckte sich

gekommen.“ [...] wo bspw. die Polizei Einsicht nehmen konnte. → Vgl. Text und Fußnote Presslich Interview, Anhang S. 7

⁴⁵² Springer Interview I, Anhang S. 8ff.

⁴⁵³ Absatz Vgl. Springer Interview I, Anhang S. 9 und direktes Zitat → Springer Interview I, im Anhang S. 8

⁴⁵⁴ Meiner Meinung nach es zumindest durch das Ansinnen dieser Regelung verhindert werden sollte, dass „Täter wider das Suchtgiftgesetz“ zentralistisch erfasst werden konnten, obgleich schon zuvor → [...] „Also an sich, soweit ich mich erinnern kann, [...] eigentlich keine namentlichen Meldungen gemacht [wurden].“ [...] Zitat Springer Interview I, Anhang S. 8

⁴⁵⁵ bspw. auch an der Klinik in Linz 1968, sich bereits 60 Personen eingefunden hatten, wobei Nebentbefunde zeigten, dass sich die Zahl der Suchtgiftmissbrauch treibenden bei anderen Patienten (anderer Gründe des Aufsuchens der Klinik) auf die Zahl von 127 Patienten erhöhte. → Schopfenhagen, in Kryspin-Exner, S. 56 & 64

⁴⁵⁶ Zahlen = Mader, in Mader/Strotzka, „Therapie statt Strafe“, Wien (1980), S. 156 & (Zahlen 1970) = Kryspin-

seit dem Jahre 1970 über die genannten Zahlen bezüglich der ambulanten Gruppen (pro Gruppe = 12 Personen), welche sich jedoch zumeist aus bestehenden und ehemaligen Patienten zusammensetzen, und um eine relativ kleine, nicht zu eruierende Anzahl⁴⁵⁷ von zeitweiligen Kontakten (siehe auch 2.2) zu ergänzen wären. Das Jahr 1971 dürfte, nach Angaben von Herrn Prof. Springer, eine nahezu gleichbleibende Zahl von Patienten geboten haben, deren dezidierte Angaben, mit Verweis auf die vorangegangene Fußnote, leider ebenso wenig ausfindig gemacht werden konnten.⁴⁵⁸ Demgemäß kommen wir zu dem Schluss, dass wie gesagt, ein leichter, aber stetiger Anstieg von Patientenzahlen in diesem Zeitraum zu verzeichnen ist, sich jedoch die Maximalzahl letztlich nicht über wenige Dutzend Klienten hinausgehend erstrecken sollte. Hierzu sollen die nachfolgenden Zitate über die getätigten Patientenzahlenangaben hinaus, den Andrang dieser Zeit noch eingehender, gefühlsmäßig verdeutlichen →

[...] „Interviewer: Wie viele Patienten sind denn damals da so gekommen ungefähr? So in etwa? Dr.Springer: Nicht viele. Inter.: Nicht viele? Dr.Sp.: Das waren nicht viel. Inter.: Auf das Monat so? Zehn im Monat? Sp.: Nein nicht einmal. Inter.: Fünf? Dr.Sp.: Ich weiß es wirklich nicht mehr so genau.“ [...]

[...] „Dr.Sp.: ... und da es ja nicht so viele waren, hat man ja die paar Patienten in die Gruppen nehmen können. Und man hat in dieser Zeit noch nicht einmal die Station Kalksburg aus Wien füllen können, sagen wir einmal, sondern das war ja gleich eine österreichweite Station.“ [...]

[...] Dr.Sp.: Schwierig ist es dann geworden, wie eben wirklich mehr Morphin gekommen ist. Aber das ist dann schon die Dr. Presslich Periode eben, nicht?!“ [...]⁴⁵⁹

2.5 Zusammenfassung

Aufgrund des Umstandes, dass sich seit Mitte der 60er Jahre das neue Phänomen des jugendlichen Drogenmissbrauches in Österreich durchsetzen sollte, und es infolge polizeilicher, rettungsbedingter und freiwilliger Frequentierungen zu einem Aufsuchen der psychiatrisch-neurologischen Universitätsklinik durch Drogenkonsumenten kam, sollte man sich seit dem Jahre 1966 intensiv mit dem neuen Phänomen der Drogenabhängigkeit und den Folgen eines unglücklichen Drogengebrauches an hiesiger Stelle auseinandersetzen. Einerseits wurden hierbei stationäre Aufnahmen getätigt, um sowohl das hierin

Exner (1971), S. 7

⁴⁵⁷ keine diesbezüglich Zahlen hierfür aufgefunden werden konnten, was wohlmöglich daran liegt, dass die Klinik im Jahre 1974 in das neue Gebäude umgesiedelt wurde und hierdurch höchst wahrscheinlich auch so manche Datensätze nicht mit-transferiert wurden (Vgl. Springer Interview II, Anhang S. 11) und wir somit auf die Interviewangaben verwiesen sind. → Interview Springer I, Anhang S. 4, 5, 6, 11, 12

⁴⁵⁸ Vgl. „annähernd gleichbleibende Zahlen“ → Springer Interview II, Anhang S. 8

⁴⁵⁹ Springer Interview I, Anhang S. 4 - 5 - 8

bestandnehmende Phänomen des Drogenkonsums und dessen Auswirkungen zu erforschen, als auch den betroffenen Personen durch intensivmedizinische und psychiatrische Betreuung zur Seite zu stehen. Entgegen aller bisher vernommener Verweise innerhalb der entwicklungsgeschichtlichen Gesamtliteratur, welche den Beginn der stationären Entzüge am AKH mit dem Jahre 1978 ausweisen, konnte gezeigt werden, dass es den jeweiligen Umständen entsprechend bzw. zeitweiliger Natur, durchaus schon in der Anfangszeit zu stationären Entzügen innerhalb der Universitätsklinik gekommen war, welche einerseits durch die Einlieferung und Anhaltung selbst, notgedrungener Maßen, ihren Bestand nehmen sollten, oder aber auch durch Empfehlungen von Seiten Herrn Dr. Springer's, sowie Herrn Dr. Pernhaupt's in die Wege geleitet werden konnten. (siehe 2.2.1 & 2.3.1)⁴⁶⁰

Die stationäre Versorgung dieser Zeit, zumeist lediglich mit Abliegen und ein paar Psychopharmaka begangen (siehe 2.1), war natürlich zu Beginn der Versorgung suchtkranker Personen ohne weiterführende und strukturell gestützte Rahmenbedingungen versehen und demgemäß zunächst kriseninterventionsmäßig ausgerichtet. Im Laufe der bestandnehmenden Entwicklungen arbeitete man nun daran, schnellstmöglich ein geeignetes Rahmenkonstrukt in die Wege zu leiten, um den Klienten eine bestmöglich-stützende Betreuung zu ermöglichen, deren erster Schritt in Richtung „ambulante Versorgung“ und „Nachbetreuung“ geschehen sollte. Die Einrichtung der ambulanten Betreuung, welche durch die Ärzte Dr. Springer und Dr. Pernhaupt hierzu in die Wege geleitet wurde, arbeitete zunächst einmal daran, durch beratende Gespräche und ambulante Gruppen den Drogenklienten behilflich zu sein, sich ihrer Sucht zu stellen. Die Vor- und Nachbetreuung, im Sinne einer eingehenden lösungsorientierten Beratung (ambulante Gespräche) und vor allem nachbetreuender Gruppensitzungen, sollten hierbei die ersten Schritte hin zu einer umfassenden suchtorientierten Behandlungskette liefern, welche durch das privat-persönliche Engagement unserer beiden Doktoren, durch deren persönliche Zuwendungen und Unterbringungen (jugendlicher Drogenabhängiger in dazu geeigneten Wohngemeinschaften → siehe 2.2.1.2 - Die Wiener Kommunen) ergänzt wurde und diesbezüglich große Vorreiterdienste verzeichnen konnte.

Neben der Konstruktorsarbeit bzw. der Aufgabenbewältigung in den Räumlichkeiten des allgemeinen Krankenhauses, sollte es darüber hinaus zur Entwicklung und Entstehung

⁴⁶⁰ Vgl. Springer Interview II, Anhang S. 2; wobei das richtige Aufkommen und Durchführen von Entzügen [...] „erst später wirklich angegangen worden [ist] unter Oberarzt Presslich, nicht?!“ [...] Springer Interview II, Anhang S. 4

weiterführender Institutionen kommen, welche ebenso von den Avantgardisten der Klinik in die Wege geleitet bzw. von jenen nachfolgend ausgebaut und betreut wurden. Hierzu zählt einerseits die Eröffnung der Beratungsstelle für Drogengefährdete (1970 – Club Change), welche in der Folgezeit von Herrn Dr. Günther Pernhaupt ärztlicher Natur geleitet wurde, sowie auch die Erweiterung der Drogenstation innerhalb des Genesungsheimes Kalksburg, welches seit den Tagen seiner Eröffnung (1956 – Alkohol- & Medikamentenabhängigen Station) stets unter der Leitung und Aufsicht von Oberärzten des AKH's stand und 1972 ebenso mit dem Anliegen der Versorgung Drogenabhängiger betraut wurde. Auch das Boltzmann-Institut für Suchtforschung sollte hierbei alsbald im Zeichen eines Vorreiters des Allgemeinen Krankenhauses stehen (Dr. Springer) und dem Suchtphänomen in Österreich Dienst erweisend, sehr gute Wege zu dessen Lösungen bereitstellen.

Beteiligungen zur Ausarbeitung von Gesetzesentwürfen (SGG-Novelle 1971) runden die Anfangszeit und die Rolle des allgemeinen Krankenhauses ab und führten in den folgenden Jahrzehnten dazu, dass die Entwicklungen und Prozesse, welche von der psychiatrisch-neurologischen Universitätsklinik bzw. den Protagonisten dieser Zeit ihren Ausgang nahmen, sowohl dem AKH selbst, als auch den jeweilig betreuten oder geleiteten Institutionen, sowohl österreichweit, als auch auf internationaler Basis, höchstes Ansehen einbrachten.⁴⁶¹

Das Auskommen der ersten Jahre innerhalb der illegalen Drogentherapie am Allgemeinen Krankenhaus zeigte sehr deutlich, dass womöglich in der Folgezeit mit einem weiteren Anstieg von Drogenabhängigen bzw. einer zu betreuenden Klientel zu rechnen sein würde. Da sie von 7 betreuten Personen 1966 eine Steigerung zu bestätigten 54 Fällen im Jahre 1970 erfahren hatte, durfte man hiervon ausgehen. Wer jedoch nun glauben möchte, dass diesem Umstand gemäß innerhalb der Universitätsklinik sogleich übergreifende strukturelle bzw. institutionelle Vorkehrungen zur Versorgung Suchtabhängiger getroffen wurden, muss nun im folgenden Kapitel leider eines Besseren belehrt werden.⁴⁶²

⁴⁶¹ Man bedenke hierzu bspw. die Abschlussveranstaltung (Fachtagung Nov. 2009) des Ludwig Boltzmann Institutes für Suchtforschung, welche mit Ehren international-renommierter Vertreter des Sucht- und Präventionsbereiches an Herrn Dr. Alfred Springer begangen bzw. geschlossen wurde ; die weltweit bekannte Versorgungs- und Forschungsstation Kalksburg (= Katschnig, 1989, S. 60) ; als auch die bspw. weltweite Reputation und Aufmerksamkeitsfindung des „Grünen Kreises“ als Paradebeispiel einer abstinenzorientierten Behandlungsinstitution

⁴⁶² Für dessen direkte Aufgabe (Versorgung) klarer Weise nicht die Universitätsklinik letztlich selbst zuständig sein konnte = man bedenke den Forschungsauftrag von jener (siehe 2.2) und die nötigen Rahmenbedingungen einer geschlossenen Therapiekette bzw. therapeutischen Gemeinschaft (a Drogenstation Kalksburg), man jedoch zu Beginn der 70iger Jahre es dennoch verabsäumte eine Ausweitung im Sinne von beauftragten Ärzten und/oder

3. Die Ara von Dr. Johannes Ranefeld (1972 bis 1979) und Dr. Otto Presslich

Ab dem Jahre 1972 sollten sich infolge der Abwanderung Dr. Pernhaupts und Dr. Springers auf die neu gegründete Drogenstation des Genesungsheimes Kalksburg, zwei weitere Größen der österreichischen Drogentherapie um die Anliegen bzw. die Weiterführung der inoffiziell geführten „Drogenambulanz“ des allgemeinen Krankenhauses bemühen. Einerseits handelt es sich hierbei um den Psychiater und Beauftragten der Bewährungshilfe, Dr. Johannes Ranefeld, und andererseits um Herrn Dr. Otto Presslich, welcher, wenige Jahre nach dem Umzug der Klinik (1974), die neu hinzugekommene Intensivstation des Hauses ab 1978, leiten sollte.

Das Besondere am neuen „Leiter“ der inoffiziell geführten Drogenambulanz, Herrn Dr. Johannes Ranefeld,⁴⁶³ ist nun vor allen Dingen darin zu finden, dass dieser seinen direkten Arbeitgeber nicht innerhalb des allgemeinen Krankenhauses vorfand, sondern seine Stelle von der Justiz getragen wurde. Dies ist darauf zurückzuführen, dass Herr Dr. Ranefeld vor allem im Bereich der Bewährungshilfe seinen speziellen Dienst verrichtete und diesbezüglich sowohl als Bewährungshelfer und psychiatrischer Mitarbeiter beim Club Change, als auch in weiterer Folge an der Sonderanstalt Favoriten seinem Aufgabenbereich nachkommen sollte.⁴⁶⁴

Die Entwicklung, welcher hierdurch Rechnung getragen wurde, ist diesbezüglich darin zu finden, dass Herr Dr. Willibald Sluga, Vater des Maßnahmenvollzuges, schon zu dieser Zeit für →

[...] „eine Art noch nicht Department für Forensik [im AKH] [...], [aber] für die Zusammenarbeit zwischen Justiz und Psychiatrie zuständig“ [...]

sein sollte, welche die Forschungstätigkeit zur Erarbeitung bzw. Einrichtung spezialisierter Justizanstalten in die Wege leitete⁴⁶⁵ und demgemäß so manche Ärztstellen wie jene von Herrn Dr. Ranefeld von der Justiz selbst getragen wurden.⁴⁶⁶

3.1 Die Rahmenbedingungen

Wie bereits gesagt, kam es, infolge der vorangegangenen bestandgenommenen

dezidiert gewidmeten Räumlichkeiten vorzunehmen, sodass die „Drogenambulanz“ nach wie in einem inoffiziellen Rahmen verharrte und nach wie vor eine „Ein- bis Zwei-Manninstitution“ bleiben sollte. → „Ein-Personen-Unternehmen“ Vgl. Ranefeld Interview II, Anhang S. 1

⁴⁶³ wobei dieser die Bezeichnung „Leiter der Drogenambulanz“ nie offiziell erhalten bzw. geführt hatte → Vgl. Ranefeld Interview II, Anhang S. 1

⁴⁶⁴ Vgl. Ranefeld Interview II, Anhang S. 3ff.

⁴⁶⁵ bspw. für geisteskranken Rechtsbrecher (Göllersdorf), drogenabhängige Rechtsbrecher (Sonderanstalt Favoriten) → Katschnig (1989), S. 68 ; & alsbald das „begründete Department“ bzw. die Abteilung für forensische Psychiatrie im AKH leitete → Vgl. Ranefeld Interview I, Anhang S. 3. ff. , 11 ff.

⁴⁶⁶ Zitat und Vgl. Ranefeld, Interview II, Anhang S. 1

Entwicklungen bezüglich der neuen Drogenklientel, zunächst zu keinen institutionellen versorgungstechnischen Erweiterungen innerhalb der Universitätsklinik. Dies bedeutete, dass die Drogenambulanz nach wie vor in einem inoffiziellen Status verharrte und dementsprechend weder über eigenständige Ambulanzzeiten noch über dezidiert bereitgestellte Räumlichkeiten verfügte.⁴⁶⁷ Dementsprechend war auch Herr Dr. Ranefeld innerhalb des ambulanten Dienstes an sich nicht „dezidiert“ als Hauptverantwortlicher für Drogenpatienten abgestellt, sodass eigentlich die Verantwortungs- bzw. diesbezügliche Betreuungsaufgabe auf informellem Wege im Sinne von Eigenregie und personellem Einverständnis geschah, was zeitweise aber auch zu Reibereien mit der Ambulanzleitung führen konnte. Diese kamen derart zustande, sodass die Leitung bspw. nicht akzeptieren wollte, dass Herr Dr. Ranefeld sich nur um die Drogenabhängigen kümmere, was mit der Antwort

[...] „ich mache es trotzdem [und] wir können das ja in den Medien austragen“ [...] lakonisch gekontert und letztlich akzeptiert wurde.⁴⁶⁸

Das Hauptproblem der „Drogenambulanz“ zu Beginn dieser Zeit war generell gesehen darin zu finden, dass

[...] „die Implementierung der Drogentherapie in der Ambulanz [...] nicht erwünscht [...] [bzw.] nicht besonders beliebt war“ [...].⁴⁶⁹

Die Problematik lag hierbei darin begründet, dass die auftauchende Drogenklientel vor allem vom Pflegepersonal, sowohl in der Ambulanz, als auch auf den Stationen, als unangenehme Störenfriede und aussichtslose Fälle gesehen wurden.⁴⁷⁰ Diesem Umstand entsprechend bestand nun eine der Hauptaufgaben, neben der direkten persönlichen Patientenversorgung, darin, dass man im Sinne von aufklärenden Einsichts- und Motivationsgesprächen dafür Sorge tragen musste, dieses Einstellungs- bzw. Interaktionsklima zwischen Patienten und Pflegepersonal zu verbessern. Hierfür nahmen sich die beiden Drogenspezialisten Dr. Ranefeld und Dr. Presslich besonders Zeit und sollten neben diesbezüglich immer wieder begünstigenden „Kaffeepläuschchen“ ebenso daran gehen, eigens dafür vorgesehene Besprechungen in die Wege zu leiten, welche während des „Normalbetriebes“ ab dem Jahre 1978 (Intensivstation) sogar einmal wöchentlich für rund eine Stunde stattfinden sollten.

⁴⁶⁷ man demgemäß nur ein Besprechungszimmer in der „Hauptambulanz“ zur Verfügung hatte, welches jedoch „nicht dezidiert“ nur für Drogenklienten zur Verfügung stand. → Vgl. Ranefeld Interview I, Anhang S. 11ff.

⁴⁶⁸ wobei dieses Ereignis wohlmöglich aufgrund kurzfristigen Ärgers zustande kam, jedoch in weiterer Folge nicht mehr auftreten sollte → Vgl. Absatz und Zitat Ranefeld Interview II, Anhang S. 12

⁴⁶⁹ Ranefeld Interview II, Anhang S. 11 & Ranefeld Interview I, Anhang S. 8ff.

⁴⁷⁰ Vgl. Ranefeld Interview II, Anhang S. 10

Hierbei wurde naturgemäß Auskunft über die Hintergründe, Sachlagen und die allgemeine Notwendigkeit dieser Therapie gegeben, welche aufgrund der Erkenntnisse der Arbeit mit Drogendelinquenten (bspw. Club Change, Favoriten) und der persönlichen Auseinandersetzung mit jenem Phänomen der „Drogenabhängigkeit“ somit weitervermittelt werden konnten. Dieser Aufwand trug alsbald äußerst gute Früchte, sodass die Zusammenarbeit zwischen Pflegepersonal (Intensivstation) und Klienten letztlich eine nachhaltige Verbesserung erkennen ließ →

[...] „um anfallenden Ärger, um Fragen die unklar sind, um insgesamt Information weiterzugeben und dadurch die Leute auch zu motivieren [...] dort war eigentlich die Atmosphäre nach und nach sehr gut, sehr unterstützend, sehr hilfreich.“ [...].⁴⁷¹

3.1.1 Das Patientengut und die Versorgung

Die Versorgung und Betreuung der Drogenpatienten erfolgte, den institutionellen Umständen gemäß, zu Beginn der Übernahme von Herrn Dr. Ranefeld weiterhin nach altem Muster, wobei man sich wie gehabt einerseits der eingelieferten Klientel kriseninterventionär zuwandte, als sich auch den Auftauchenden Hilfe und Rat Suchenden innerhalb der „allgemeinen Ambulanzzeiten“ widmen sollte. Demgemäß war die Versorgung der Patienten wie zu Zeiten Dr. Springers und Pernhaupts derart gewichtet, dass man sich einer „eingelieferten“ Klientel, welche bspw. aufgrund eines psychotischen Zustandes eingeliefert wurde, innerhalb des Hauptambulanz- und Stationenbetriebes interventionsmäßig zuwandte, jedoch diese „unfreiwilligen (eingelieferten) Patienten“, durch einen Amtsarzt begutachtet, in weiterer Folge sehr häufig auch an das Psychiatrische Krankenhaus „Steinhof“ weiterverwiesen wurden →

[...] „die Wahrscheinlichkeit, dass er am nächsten oder übernächsten Tag auf den Steinhof kommt, groß war.“ [...]

[...] „wenn jemand schon eingeliefert worden ist mit einer Überdosierung oder randalierend, oder auch von der Polizei damals noch direkt in die Aufnahmestation B 12 zum Beispiel gekommen ist, konnte es sein, dass er am nächsten Tag bereits am Weg zum Steinhof war. [...] Also da sind fast alle auf diesem Weg nach Steinhof gekommen. Wenn jemand über die Ambulanz aufgenommen worden ist, dann und wann, dann sah die Sache anders aus. Dann war die Aufnahme eine freiwillige und dann konnte es sein, dass er eine Zeit lang geblieben ist und dann von uns entlassen worden ist.“ [...].⁴⁷²

⁴⁷¹ Gesamter Absatz Vgl. und direktes Zitat Ranefeld Interview I, Anhang S. 10

⁴⁷² Ranefeld Interview II, Anhang S. 6ff.

Neben dieser Vorgehensweise konnte es aber auch durchaus bei Patienten mit „freiwilliger Aufnahme“ passieren, dass diese

[...] „wo man den Betreffenden nicht [selbst] entlassen wollte oder konnte, eben seinen Zustand [amtsärztlich] überprüft hat, sodass er auch unfreiwillig [weiterführend] in das zuständige Psychiatrische Krankenhaus, also Steinhof gekommen ist.“ [...].⁴⁷³

Somit kann gesagt sein, dass für die 70iger Jahre, wie zuvor für die 60iger Jahre gelten darf -

[...] „Würde so sagen, wessen Fall Interesse weckt[e blieb] und wessen Fall nicht Interesse weckt[e kam] auf den Steinhof.“ [...]

worin sich teilweise

[...] „das alte Problem des AKH“ [der Universitätsklinik →] [...] „Forschungsklinik und keine Versorgungsklinik“ [...]

auf den Stationen widerspiegelt, jedoch nichtsdestotrotz immer wieder auch der Umstand eintreten konnte, dass freiwillige Patienten mit bspw. kurzfristig psychotischen - episodischen Zuständen - direkt von den Ärzten der Universitätsklinik behalten, betreut und guten Gewissens entlassen wurden, wenn diese nicht selbst oder fremdgefährdet waren und die kapazitären Mittel hierfür zur Verfügung standen.⁴⁷⁴

3.1.2 Das Patientengut und die Hintergründe des Drogenspektrums jener Zeit

Das Patientengut der 70iger Jahre, mit welchem man sich substanzspezifischer Natur nun innerhalb der ambulanten und stationären Versorgung hauptsächlich konfrontiert sehen sollte, rekrutierte sich, neben Seltenheitsfällen wie bspw. Halluzinogen-Usern,⁴⁷⁵ nach wie vor aus zumeist polytoxikomanen Drogenabhängigen, wobei die führenden Mischabhängigkeiten in einer Vielzahl der Fälle anhand von Alkohol- und Barbituratabhängigkeit (Medikamentenabhängigkeit) vorzufinden waren, sowie auch eine durchwegs steigende Zahl von polytoxikomanen Opiatabhängigen die Universitätsklinik frequentierte. Speziell die Versorgung letztgenannter Substanzabhängigkeiten ist es, welche in der Folgezeit zum Hauptaugenmerk der Universitätsklinik avancieren sollte.⁴⁷⁶

Das besondere Phänomen einer zunehmenden Klientel im Bereich der Opiatabhängigkeit, ist hierbei nun allgemein hin darauf zurückzuführen, dass sich seit dem Jahre 1970, Morphinum

⁴⁷³ Ranefeld Interview II, Anhang S. 7

⁴⁷⁴ Zitate und Vgl. Ranefeld Interview II, Anhang S. 7 & kapazitäre Mittel → Vgl. Ranefeld Interview I, Anhang S. 8

⁴⁷⁵ LSD, etc. Vgl. Ranefeld Interview II, Anhang S. 5

⁴⁷⁶ Die Entzüge an der Klinik auch auf diese Substanzen (Barbiturate – Opiate) unter Herrn Dr. Presslich vornehmlich ausgerichtet sein sollten. Ganzer Absatz Text und Fußnote Vgl. Ranefeld Interview II, Anhang S. 5

am Wiener Drogenmarkt durchsetzte⁴⁷⁷ und schon zu dieser Zeit geschätzt mehrere Hundert Opiatabhängige existierten

[...] „die sich Rohopium, Medikamente und, wenn es gar nichts anderes gab schon einmal auch Rotwein injizierten.“ [...].⁴⁷⁸

Ab dem Jahre 1972 machte dann erstmals Heroin in Wien die Runde,⁴⁷⁹ was letztlich dazu führte, dass sich in der Bundeshauptstadt seit dem Jahre 1975 bereits ein harter Kern von rund 500 Süchtigen dieser Drogengattung (Morphinbase und Heroin) vorweisen ließ,⁴⁸⁰ dessen Zahlen, von diesem Zeitpunkt an, sich als nicht mehr rückläufig erweisen und den entsprechenden Folgen dieses Drogenkonsums gemäß, einer spezialisierten Behandlung nachfolgend bedürfen sollten.

Der Medikamentenmissbrauch, teilweise mit dieser Entwicklung einhergehend, erlebte seit jenen Tagen ebenso einen deutlichen Anstieg, was sich bspw. anhand der steigenden Zahlen von Rezeptfälschungen, Einbrüchen in Apotheken und Arztpraxen, sowie Anzeigen gegen Ärzte und Ärztinnen - wegen ungerechtfertigter Verordnungen oder Überlassung von Suchtgiften – zeigen lässt.⁴⁸¹

Demgemäß kann zumindest überblicksmäßig gesagt sein, dass es innerhalb der 70iger Jahre, von Beginn an zu einem Anstieg eines zu betreuenden Drogenklientel kommen sollte, deren Auswüchse um das Jahr 1980 bspw. bereits geschätzte 10.000 Opiatabhängige vernehmen ließ und deren Auskommen innerhalb der Universitätsklinik, sowie österreichweit, nun Rechnung getragen werden musste.⁴⁸²

3.2 Die ambulante Betreuung

Die ambulante Betreuung der 70iger Jahre war zunächst derart gewichtet, dass die Patienten

⁴⁷⁷ Günther Zäuner, „Drogenreport Österreich – Eine Bestandsaufnahme“, Österreichische Staatsdruckerei, 1. Auflage Wien (1994), S. 114 → im folgenden zitiert als Zäuner, Drogenreport

⁴⁷⁸ Marschalek, „Drogen, Sucht und Therapie“, Wien (1981), S. 10

⁴⁷⁹ Rotpart, S. 119

⁴⁸⁰ Zäuner, Drogenreport, S. 114

⁴⁸¹ Zäuner, Drogenreport, S. 51 & 53; → Wobei der Ausspruch „ein deutlicher Anstieg“ mit Vorsicht seine Verwendung finden muss, da die statistische Erfassung und Analyse eines gegebenen Medikamentenmissbrauches in Österreich, erst mit dem Jahre 1978 seinen allmählichen Bestand nimmt und hierbei die Dunkelziffern stets relativ große Ausmaße vermuten ließen. Als beispielhafter Größenfaktor konnten hierfür bspw. erst mit den Studien der 1980er Jahre um die 90 bis 130.000 medikamentenabhängige Österreicher betitelt werden, von welchen rund 50. 000 Tranquilizer und Schlafmittel in den 80ig Jahren missbrauchten und eine Zahl rund um die 10.000 wirklich Abhängiger, letztlich veranschlagt wurde. Fußnote → Rotpart, S. 75-77, Zahlen (Tranquilizer und wirklich Abhängige) → Wilhelm Burian, „Medikamentenabhängigkeit“ in Brosch/Junke, „Sucht in Österreich“, Wien (1993), S. 82

⁴⁸² bzw. sich unsere Ärzte des AKH um den Auffang dieser horrenden Abhängigkeiten, mit persönlichem Engagement und diesbezüglichem Anliegen, bemühten. → Vgl. Text & Abhängigkeitszahl → Marschalek, Wien (1981), S. 40ff.

innerhalb der allgemeinen Ambulanzzeiten an die Klinik kamen und dort einerseits auf Herrn Dr. Ranefeld direkt treffen oder schon vorab einen Termin mit jenem, telefonischer oder persönlicher Natur, vereinbaren konnten, sowie auch die Möglichkeit eingerichtet wurde, sich einen Termin von der Schwester am Stützpunkt der Ambulanz zum persönlichen Gespräch geben zu lassen.⁴⁸³ Aufgrund des Umstandes, dass Herr Dr. Ranefeld, wie bereits gesagt, neben seiner Tätigkeit als Psychiater an der Universitätsklinik ebenso in den Betreuungseinrichtungen des Club Change und der Sonderanstalt Favoriten seinem Aufgabenbereich nachkommen sollte, war dieser nicht durchwegs an der Psychiatrie des AKH vertreten. Die Dienstzeiten beschränkten sich hierbei auf 4 Tage die Woche von jeweils 9:00 bis 12:00 Uhr, wodurch die Klienten auch dazu angehalten waren, sich innerhalb dieser „Ambulanzzeiten“ mit ihm in Verbindung zu setzen.⁴⁸⁴ Das Besondere bezüglich der ambulanten Tätigkeit von Herrn Dr. Ranefeld ist hierbei nun darin zu finden, dass sich seine ambulante Versorgung nicht auf die Räumlichkeiten der Universitätsklinik beschränkte, sondern die Patienten diesen ebenso am Club Change frequentieren konnten, was von jenem auch derart gehandhabt bzw. in die Wege geleitet wurde.⁴⁸⁵ Somit konnte diesbezüglich ein „arbeitstechnisch übergreifender“ interinstitutioneller Versorgungsrahmen geschaffen werden, um die Drogenkonsumenten, ihren jeweiligen Ansinnen und Umständen entsprechend, zu betreuen bzw. innerhalb dieser Sphären weitervermitteln zu können. Der Vorteil dieser Vorgehensweise war nun vor allem darin zu finden, dass der Club Change im Sinne seines „Versorgungsauftrages“ über mehr Personal und räumlich-zeitliche Mittel verfügte, Drogenabhängigen bspw. sozialarbeiterische und sozialtherapeutische Maßnahmen⁴⁸⁶ angedeihen zu lassen, sowie auch eine Vor- und Nachbetreuung für etwaige Entzüge anzubieten vermochte. Dementsprechend wurde somit der Club Change als eine direkte Zweigstelle bzw. Partnerinstitution für die Tätigkeiten des AKH wahrgenommen (neben der Verbindung zu Kalksburg und Favoriten) und konnte, entsprechend der persönlichen Verwaltung durch Herrn Dr. Ranefeld, seine diesbezügliche interinstitutionelle Verwendungsweise ausgedehnter Natur zur Geltung bringen.⁴⁸⁷

Zurück zur ambulanten Versorgung an der Universitätsklinik selbst, bestand die Aufgabe der Betreuung wie zu Zeiten Dr. Springers und Dr. Pernhaupts nun nach wie vor darin, sich den

⁴⁸³ Vgl. Ranefeld Interview I, Anhang S. 5

⁴⁸⁴ Vgl. Ranefeld Interview II, Anhang S. 3

⁴⁸⁵ Vgl. Ranefeld Interview II, Anhang S. 4

⁴⁸⁶ durchaus durch psychotherapeutische Ansätze ergänzt

⁴⁸⁷ Absatz = Vgl. Ranefeld Interview I, Anhang S. 4 – 11 & Ranefeld Interview II, im Anhang S. 3 - 6

Patienten zunächst im Sinne eines aufklärenden Gespräches zu widmen, um deren Anliegen zu eruieren und eine dementsprechende Hilfestellung in die Wege zu leiten. Die Gespräche mit den Patienten dauerten hierfür zumeist zwischen 15 bis 25 Minuten, wobei man diese über die Möglichkeiten von Entzügen und Entzugsbehandlungen (AKH, Kalksburg) informierte, sowie auch an Betreuungseinrichtungen wie den „Club Change“ für eine diesbezügliche Vor- und Nachbetreuung weitervermittelte.⁴⁸⁸ Präventive Informationsmaßnahmen gehörten hierin ebenso alsbald zum „state of the art“ Repertoire der vorwiegend sozialpsychiatrischen Betreuung. Diese lassen sich bspw. anhand der Aufklärung über Begleiterscheinungen/Krankheiten des Drogenkonsums, wie jener von Hepatitis, aufzeigen, welche vornehmlich unter Morphin- und Heroinabhängigen aufgrund der Verwendung von unsterilem Fixerbesteck (Spritzen) grassiert(e) und naturgemäß unschätzbare Folgen für den oder die Betreffende nach sich ziehen konnte.⁴⁸⁹

Eine weitere Ausweitung der Betreuungstätigkeit war seinerzeit nun auch darin zu finden, dass man im Sinne des neuen Suchtgiftgesetzes von 1971 bzw. des Maßnahmenvollzuges ambulante Drogentests an der Klinik durchführte. Diese Drogentests dienten vor allem dazu, dass ehemalige Drogendelinquenten bspw. des Gefangenenhauses Wien-Favoriten (später 1975 – „Sonderanstalt Favoriten“) oder anderweitig gerichtsgeladene Drogenkonsumenten ihre Drogenfreiheit vor einer stattfindenden Gerichtsverhandlung belegen konnten, da sich diesbezügliche Nachweise naturgemäß mildernd auf das zu erwartende Strafmaß auszuwirken vermochten.⁴⁹⁰ Auch bei ambulant betreuten Klienten ohne Gerichtsverhandlung im Hintergrund kamen diese zum Einsatz, um zu sehen, ob die Patienten auch tatsächlich versuchen würden, drogenfrei zu sein. Die Mehrzahl dieser Drogentests hatte jedoch wie gesagt zumeist eine Gerichtsvorladung zur Ursache.⁴⁹¹

3.2.1 Die ambulanten Gruppen

Die ambulanten Gruppen, wie sie zuvor unter Dr. Pernhaupt und Dr. Springer ihre Verwendung gefunden hatten, wurden von Herrn Dr. Ranefeld nicht weitergeführt oder innerhalb der Universitätsklinik seinerzeit neu belebt. Der Umstand hierfür ist darin zu finden,

⁴⁸⁸ Vgl. Ranefeld Interview II, Anhang S. 3ff. & Ranefeld Interview I, Anhang, S. 3

⁴⁸⁹ Vgl. Interview Ranefeld I, Anhang S. 7 & Marschalek, „Drogen, Sucht und Therapie“, Wien (1981), S. 19; → Wobei jedoch ein wirklich tieferes Bewusstsein hierfür, erst seit den 80iger Jahren, aufgrund der bspw. internationalen HIV-Welle, besteht. → Vgl. Interview mit Dr. Hermann, Anhang S. 2

⁴⁹⁰ Diese Tests wurden auf Wunsch der Betreuten hin durchgeführt und konnten auch über längere Zeiträume hinweg in Anspruch genommen werden. - Text und Fußnote - Vgl. Ranefeld Interview I, Anhang S. 4

⁴⁹¹ Drogentests - Vgl. Ranefeld Interview II, Anhang S. 6

dass Dr. Ranefeld derartige Gruppensitzungen bspw. innerhalb des Club Change unterhielt,⁴⁹² welche jedoch im Gegensatz zu der Gruppe Herrn Dr. Springers, als offene Gruppen geführt wurden und zumeist eine Gruppenstärke von 5 bis 8 Personen aufwiesen. Diese Gruppen waren meist fluktuierend und kamen ab und an über Wochen und Monate zustande, wobei sich oftmals wöchentlich eine Gruppe formieren konnte, welche zeitweise auch durch eine(n) Bewährungshelfer(in) unterstützt wurde. →

[...] „Also in den Jahren, wo ich dort war würde ich sagen, hat es zeitweilig Monate, vielleicht wöchentlich eine Gruppe gegeben. Dann ist eine Zeit lang wieder nichts mehr daraus geworden, [...] dann kam wieder eine zusammen“ [...].⁴⁹³

Dem offenen Setting der hiesigen Gruppen gemäß, war es natürlich durch die interinstitutionelle Ausrichtung von Herrn Dr. Ranefeld durchaus möglich und erwünscht, dass betreute Patienten der Universitätsklinik in diesen aufzufinden waren und hierbei eine Klärung von Bedürfnissen und Unterstützungen derart gewährleistet werden konnte. Sozialtherapeutisch-gruppendynamisch ausgerichtet, nutzte man, wie wir sehen können, hierbei wiederum die Räumlichkeiten und Möglichkeiten des Club Change, um mit den Klienten in Kontakt zu bleiben und eine bestmögliche Versorgung zu gewährleisten.⁴⁹⁴ Diese interinstitutionelle, interdisziplinäre Vorgehensweise ist demnach für die gesamte ambulante „Arbeitszeit“ Herrn Dr. Ranefelds, so wie generell gesehen für die Entstehung und Vernetzung der Drogentherapie im Großraum Wien jener Tage, durchaus charakteristisch, sodass wir auch in den nachfolgenden Kapiteln immer wieder von derartigen Begebenheiten unterrichtet werden.

3.2.2 Die ambulante Vorbereitung der stationären Entzüge

Aufgrund der zunehmend-quantitativen⁴⁹⁵ und notwendig-qualitativen Patientenbetreuung, kam es innerhalb der drogenspezifischen Versorgung der Universitätsklinik zu einer „spezialisierten“ Aufgabenausweitung, welche sowohl in der Ambulanz, als auch auf der Intensivstation des allgemeinen Krankenhauses ihren Bestand nehmen sollte. Diese Neuerung bzw. Weiterentwicklung ergab sich daraus, dass es ab der zweiten Hälfte der 70iger Jahre zu einer sehr engen Zusammenarbeit von Herrn Dr. Ranefeld und dem späteren Leiter der neu ins Leben gerufenen Intensivstation Dr. Otto Presslich (1978) kam, welcher sich vor allem durch

⁴⁹² ebenso wie in der Justizanstalt Favoriten ... – Vgl. Ranefeld Interview II, Anhang S. 4

⁴⁹³ Absatz und direktes Zitat → Ranefeld Interview II, Anhang S. 4

⁴⁹⁴ Absatz Vgl. Ranefeld Interview II, Anhang S. 4

⁴⁹⁵ Anstieg des Klientel-Volumens in den 70er Jahren → siehe 3.1.2

die „Etablierung“ spezialisierter stationärer Entzüge auszeichnete und in den darauffolgenden Jahren sein hauptaugenmerkliches Interesse dieser Tätigkeit innerhalb der versorgungstechnischen Drogentherapie widmen sollte →

[...] „sind wir ins Gespräch gekommen und er und ich haben halt gemeint, es wäre fein, wenn also auch auf der Intensivstation Patienten entzogen werden könnten. Er hat gesagt: „Ja Hannes, machen wir, schauen wir“, und so hat es begonnen. Informell.“ [...] ⁴⁹⁶

Infolge dieser „informell“ begründeten Zusammenarbeit zwischen den Ärzten Dr. Ranefeld und Dr. Presslich, wurde nun innerhalb der bereits erwähnten ambulant geführten Gespräche mit Drogenpatienten, in der zweiten Hälfte der 70er Jahre vermehrter Maßen damit begonnen, die Suchtabhängigen für einen möglichen Entzug im Hause zu motivieren bzw. über die Möglichkeiten eines solchen zu informieren. Hatte sich hierbei ein Patient dazu entschlossen, einen stationären Entzug an der Klinik zu wagen, musste dieser in der Regel vorab 3 bis 4 Besprechungstermine bei Herrn Dr. Ranefeld wahrnehmen, welche den kapazitären und patientenspezifischen Umständen entsprechend, schnellstmöglich in die Wege geleitet wurden. →

[...] „am Anfang war es halt immer wieder die Bereitstellung von 1 bis 2 Betten [und] [...] wenn er gerade kein Bett [hatte, habe] ich den Betreffenden oder die Betreffende länger ambulant betreu[t], bis er dort ein Bett [hatte].“ [...] ⁴⁹⁷

[...] also Oberarzt Presslich hat [...] geschaut, dass wenn ich ein Bett gebraucht habe, ich auch ein Bett bekommen habe. So offiziell als ... war es eben dann später.“ [...] ⁴⁹⁸

Die für den Entzug eingerichteten Vorbereitungssitzungen dienten nun vor allen Dingen dazu, über die bestandnehmende Behandlung Aufschluss zu geben, nachfolgend-weiterführende Maßnahmen zu besprechen (Nachbetreuung – bspw. Club Change, Langzeittherapie Kalksburg), ⁴⁹⁹ sowie auch die Motivation und Beharrlichkeit eines Patienten auf die Probe zu stellen, um vorab sicher zu gehen, dass die entsprechende Person auch tatsächlich einen Entzug (Drogenfreiheit) anzustreben wünscht und demgemäß kontinuierlich und verlässlich vereinbarte Termine einhalten könne. ⁵⁰⁰ War dem so, kam es infolge der Besprechungen zum

⁴⁹⁶ Ranefeld Interview I, Anhang S. 9

⁴⁹⁷ Ranefeld Interview I, Anhang S. 8

⁴⁹⁸ Ranefeld Interview I, Anhang S. 5

⁴⁹⁹ und ebenso präventive Maßnahmen zu setzen bspw. für den Fall einer Rückfälligkeit dem Patienten klar zu machen, dass dieser [...] „unter keinen Umständen die alte Dosis injizier[e], weil das zum Tod führt.“ [...] und sich beim Auftreten eines unbändigen Wiederverlangens, unmittelbar an die beiden Ärzte Ranefeld und Presslich bzw. an hierfür geeignete Institutionen und die dortig verantwortlichen Ärzte (bspw. Club Change) zu wenden.

→ Zitat Ranefeld Interview I, Anhang S. 7

⁵⁰⁰ Absatz Vgl. Ranefeld Interview II, Anhang S. 5 & Ranefeld Interview I, Anhang S. 5ff.

Entzug auf der Intensivstation unter der Leitung von Herrn Dr. Otto Presslich. Kam ein Patient diesem Ansinnen nicht nach und verabsäumte einen dieser verpflichtenden Termine, so wurde dieser „zurückgestuft“, was bedeutete, dass dieser von Neuem eine vereinbarte Vorbereitungsphase mit 3 bis 4 Terminen bei Herrn Dr. Ranefeld wahrzunehmen hatte.⁵⁰¹

Die zuvor genannten Drogentests kamen hierbei nun nicht zum Einsatz bzw. stellten diesbezüglich kein Behandlungskriterium dar, denn es

[...] „wäre es ja unsinnig zu verlangen, dass die Patienten den Entzug schon vorher gemacht haben, wenn sie zum Entzug gehen.“ [...].⁵⁰²

Demgemäß waren die Patienten zumeist „drauf“ und ein besonderer Umstand, der hierdurch ab und an zum Tragen kommen konnte, ist darin zu finden, dass einzelne Klienten bis zum tatsächlichen Entzug zeitweise ambulant medikamentös versorgt werden mussten, falls sich diese bis zum anstehendem Entzugstermin nicht ausreichend selbst mit Drogen versorgen konnten →

[...] „Nun ja, man hat ihnen geholfen, dass sie über die Runden kommen bis zum stationären Entzug. Soweit es eben verantwortlich war, nicht?! [...] Wenn jemand gekommen ist, offensichtlich beeinträchtigt durch Alkohol oder schon Barbiturate, dann hat man ihm natürlich nix geben. Ja?! [...]

[...] „Rezept nicht geschrieben, sondern ein paar mitgegeben.“ [...].⁵⁰³

Hierzu muss natürlich nun ausdrücklich betont sein, dass diese Abgabe von Medikamenten nur „gelegentlich“ bei verlässlichen und für den stationären Entzug vorbereiteten Klienten ihre Platzierung fand, um den Patienten

[...] „diese entsprechende Zeit bis zum Entzug zu ermöglichen.“ [...].⁵⁰⁴

Demgemäß wurden derartige Abgaben, in diesem vorbereitenden Sinne, keinesfalls für rein ambulante Zuläufe ohne Entzugsvorbereitung getätigt, denn →

[...] „dann [könnte] ich gleich einen Bauchladen aufmachen, nicht?!“ [...].⁵⁰⁵

Der verständliche Hintergrund dieser Vorgehensweise liegt natürlich auf der Hand, wenn man sich die Auswirkungen der Entzugserscheinungen von den verschiedenen Drogengattungen aus unseren vorangegangenen Kapiteln abermals ins Gedächtnis ruft. Die daraus entspringende Problematik muss jedoch, dem Patientenverständnis gemäß, in einem weiter gefassten

⁵⁰¹ Vgl. Ranefeld Interview II, Anhang S. 5

⁵⁰² Ranefeld Interview II, Anhang S. 6

⁵⁰³ Ranefeld Interview II, Anhang S. 9

⁵⁰⁴ Ranefeld Interview II, Anhang S. 9

⁵⁰⁵ Ranefeld Interview II, Anhang S. 9

Rahmen verstanden werden.

Einerseits kommt es, wie wir wissen, ohne Zufuhr der abhängigkeitsbedingten Substanz(en) zu den großteils horrenden Entzugserscheinungen, sodass der Betroffene ohne Unterstützung bereits vor dem Entzug einem Entzug ausgesetzt ist, welcher natürlich ohne adäquate Versorgung verheerende Folgen haben könnte (physisch medizinischer, sowie psychischer Natur), was nicht im Sinne eines fachmännisch medizinisch geleiteten Entzuges (Vorbereitung) sein kann. Auf der anderen Seite gilt es hierbei jedoch ebenso zu bedenken, welche Folgen im gesellschaftlichen und juristischen Sinne innerhalb einer „vorstationären“ Entzugsperiode bei dem/der Patienten ihren Bestand nehmen könnten. Hat der/die Betreffende kein Geld für die benötigten Drogen, stiehlt sie wohlmöglich, um monetäre Mittel für das verlangte Gut zu beschaffen. Wird man dabei erwischt, wird man als Straftäter verhaftet. Die Folge - Untersuchungshaft, etc.. Der/die Patientin bleibt hierbei vorerst ohne Behandlung, ohne Unterstützung hilflos seinen/ihren Entzugserscheinungen ausgesetzt. Bei Drogenkauf/handel erwischt „detto“. Wohlmöglich liegt schon eine bedingte Haftstrafe (Bewährungszeit) vor (!) → gleich Wiederbetätigung.⁵⁰⁶ Bei genügend Pech, führt nun die erneute Verurteilung zu dem Umstand, keine adäquate Entzugsunterstützung in einer geeigneten Anstalt mehr zu erhalten, da man als Suchttäter bspw. zur damaligen Zeit ja auch keine Chance hatte, in die Sonderanstalt Favoriten eingewiesen zu werden

[...] „wenn man zu mehr als zwei Jahren verurteilt“ [...] wurde
und generell gesehen, sowieso nur eine sehr kleine

[...] „Minderheit der inhaftierten Drogenabhängigen einen Ausweg aus dem normalen Strafvollzug“ [...]

im Sinne dieser spezialisierten Einrichtung erfahren durfte.⁵⁰⁷

Als Mitarbeiter der Justiz, fachmännischer Bewährungshelfer und Psychiater, waren diese Umstände Herrn Dr. Ranefeld natürlich bekannt und dementsprechend betrat dieser zwar, aus juristisch-medizinischer Perspektive betrachtet, durch die geschilderte Abgabe von Medikamenten wie bspw. Tranquilizern,⁵⁰⁸ eine rechtliche Grauzone, handelte diesbezüglich jedoch im vollsten und überlegten Sinne im Namen des Patienten, sodass dieser hierdurch die

⁵⁰⁶ wobei bspw. auch bei erstmaligem Vergehen, die sogenannte „Wochenration“ nicht überschreitend, die Strafe ebenso mit vorübergehender Probezeit ausgesetzt wurde, wenn die Person sich in ärztliche Behandlung begab, jedoch im Falle eines erneuten Verstoßes innerhalb jener Zeit, das Verfahren wieder auflebte. → Manfred Marschalek, „Drogen, Sucht und Therapie – Das Drogenproblem in Österreich und die Wege zu seiner Lösung“, Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz, Wien (1981), S. 34

⁵⁰⁷ da hierbei naturgemäß ebenso kapazitäts Grenzen zu finden sind bzw. seit jeher vorzufinden waren → Zitate und Vgl. Manfred Marschalek, „Drogen, Sucht und Therapie“, Wien (1981), S. 40, 41

⁵⁰⁸ Vgl. Ranefeld Interview II, Anhang S. 8, 9 → bspw. „Valium“® oder aber auch „Deanxit“® (Anitdepressiva)

Möglichkeit erhalten konnte, sich seinem Problem der Abhängigkeit (vorbereitungstechnisch –risikominimierend) auf vernünftige und adäquate Weise zu stellen. Demgemäß sei hierzu nochmals betont, dass dieser Umstand der medikamentösen Unterstützung ein Phänomen mit besonderem Seltenheitswert für verlässlich nachfolgend stationär behandelte Klienten darstellte →

[...] „Ja ich habe selten, ganz selten Patienten medikamentös eingestellt [...]. Es ging eigentlich um häufigen Gesprächskontakt mit einer Gruppe von Leuten, ein Netzwerk“ [...] ⁵⁰⁹ [...] „[und] soweit es eben verantwortlich war, nicht?!“ [...] ⁵¹⁰

Eine zweite Art der medikamentengestützten Betreuung resultierte lediglich aus dem psychiatrischen Umstand heraus, dass wenn

[...] „jemand, also [...] die Sucht sich auf eine zum Beispiel Depression aufgepfropft hat, hat er [ambulanter Patient] wohl Antidepressiva bekommen, [welche aber] damals sicherlich nicht in der Effektivität wie die heutigen Antidepressiva [anzutreffen waren.]“ [...] ⁵¹¹

Hierfür wurden bspw. Präparate wie das bereits vermerkte „Deanxit“® (Antidepressiva – Mischpräparat) verschrieben, jedoch muss diesbezüglich ebenso vermerkt werden, dass dieser Umstand gleichfalls mit einem enormen Seltenheitswert anzutreffen war, wie die zuvor bereits erörterten pharmakologischen Interventionen. ⁵¹² Dementsprechend hatte man sich also nicht darauf eingelassen, bspw. unter wie auch immer gearteten Ansinnen und Beschwerdevorgaben der Patienten, jenen womöglich ambulanter Natur Tranquilizer zugänglich zu machen,

→ [...] „auf das habe ich mich nicht eingelassen, bei ambulanten Behandlungen Tranquilizer zu verschreiben“ [...] ⁵¹³

da man sich hierbei sicherlich vor Augen führen kann, zu welchen Zuständen dies geführt hätte, wenn infolge einer, wie auch immer gut gemeinten, Abgabe derartiger Pharmazeutika, diese Information in der „Drogenszene“ publik geworden wäre. ⁵¹⁴

Dies alles bedenkend kann somit gesagt sein, dass neben einer zeitweisen medikamentösen Unterstützung, ⁵¹⁵ die eigentliche Hauptaufgabe der ambulanten Vorbereitung für den zu

⁵⁰⁹ → Verweis auf die eigentliche Hauptaufgabe der Rundumbetreuung!!! Zitat im Text → Ranefeld Interview I, Anhang S. 6ff.

⁵¹⁰ Ranefeld Interview II, Anhang S. 9

⁵¹¹ Ranefeld Interview I, Anhang S. 6

⁵¹² Vgl. Ranefeld Interview II, Anhang S. 8, 9, 10

⁵¹³ Ranefeld Interview II, Anhang S. 8

⁵¹⁴ man bedenke hierzu den zuvor zitierten „Bauchladen“ & und daneben die persönlich möglichen Folgen (juristischer Natur) derartiger Interventionen für Herrn Dr. Ranefeld selbst (siehe 3.1.2)

⁵¹⁵ welche ich persönlich als außerordentlich tapfer und rühmlich erachte, da dies nicht ohne ein gewisses Risiko für Herrn Dr. Ranefeld selbst zu bewerkstelligen war

unternehmenden Entzug vornehmlich darin lag, die Patienten sozialpsychiatrisch zu betreuen, mit ihnen einen passenden Therapieweg zu eruieren und hierdurch eine anschließende Behandlung/Betreuung über den Entzug hinausgehend zu gewährleisten.

3.3 Die Entzüge auf der Intensivstation unter Leitung von Dr. Otto Presslich

Im Zuge des Umzugs der Universitätsklinik in die neu errichteten Räumlichkeit des allgemeinen Krankenhauses bzw. die neu eingerichteten Kliniken am Südgarten des „neuen AKHs“, kam es, neben anderweitigen Weiterentwicklungen innerhalb des institutionell-strukturellen Versorgungsrahmens, zur Einrichtung einer Intensivstation (Station 04-CA) im Jahre 1974.⁵¹⁶ Oberarzt an dieser Station war seit dem Jahre 1978 Herr Dr. Otto Presslich, welcher sich, wie wir bereits vernehmen konnten, besonders für das Phänomen der Drogenabhängigkeit begeisterte und, gemeinsam mit Herrn Dr. Ranefeld auf „informellem Wege“ begründet, die Entzugsbehandlung und generelle Versorgung drogenabhängiger Patienten nachhaltig beeinflussen sollte. Die Intention zur Etablierung einer derartigen Versorgungsmöglichkeit ist seitens unserer genannten Ärzte dieser Zeit nun vor allem darin zu finden, dass →

[...] „Schauen Sie, es war nichts da. [...] da hat es in Kalksburg schon eine Abteilung für Suchtabhängige gegeben, aber letztlich haben sie nur entzogene Patienten, nach dem Entzug Patienten nehmen können, denn für den Entzug haben sie nichts geboten. Das war irgendwie ideologisch dermaßen verfestigt, also wenn jemand aufhört darf er nichts bekommen, ... [Medika-Behandlung] ganz gleich, ob der Patient sich in Schmerzen windet und ob dieser dann davon läuft. [...].“⁵¹⁷

Diesem Umstand entsprechend ist die Begründung stationärer Entzüge an der Universitätsklinik insofern von besonderer Bedeutung, da Herr Dr. Presslich, durch die Einführung von solchen, im Jahre 1978 das erste Angebot dieser Art in Wien etablierte⁵¹⁸ und somit die Möglichkeit bot, die horrende Phase der körperlichen und psychischen Entzugssymptomatik durch kurzzeitige - medikamentös unterstützte – Entzüge, dem Patienten erträglich zu gestalten.⁵¹⁹

3.3.1 Die Rahmenbedingungen

Mit einem Ärzteteam von 2 bis 4 Ärzten, sowie mit einem Pflegepersonal von 18 bis 19

⁵¹⁶ Vgl. Katschnig S. 8 & Ranefeld Interview II, Anhang S. 8

⁵¹⁷ Presslich Interview, Anhang S. 3

⁵¹⁸ Eisenbach-Stangl (2008), S. 163

⁵¹⁹ natürlich mit dem Ziel, dass der Patient Drogenfreiheit erlangen könne. → Vgl. Presslich Interview, Anhang S. 31

Pflegerinnen ausgestattet, ging man, zunächst mit 1 bis 2 Betten beginnend,⁵²⁰ jedoch alsbald die Hälfte der vorhandenen 8 Betten hierfür reservierend, daran, die Patienten unter Zuhilfenahme stark wirksamer Neuroleptika, schmerzstillender Medikamente und schlafanstoßenden Antidepressiva⁵²¹ zu entziehen →

[...] „was [retrospektiv] keine gute Idee war, aber alles andere [Opiate] war[en] verboten.“
[...]⁵²²

Hatte sich nun ein Patient aufgrund der vorab getätigten behandlungsspezifischen Informationen dazu entschlossen, einen Entzug im Hause des AHK in Angriff zu nehmen, so wurde dieser neben bzw. zusätzlich zu den bereits erwähnten Tätigkeiten Herrn Dr. Ranefelds, auf der Intensivstation in die klinischen Gegebenheiten eingeführt, was bedeutete, dass man jenem die Station selbst zeigte und man dort ebenso ein Gespräch gemeinsam mit der Stationsschwester führte (Tagesablauf, etc.), was dessen Entscheidung zum Entzug letztlich fixieren sollte.⁵²³ Die räumlichen bzw. versorgungstechnischen Gegebenheiten waren hierbei derart vorzufinden, dass man seinen Aufenthalt während der Entzugsdauer in einem 4-Bett Zimmer fristen sollte, in welchem

[...] „Tag und Nacht irgendwie keine Ruhe war, denn man musste ja immer irgendetwas [bspw. Maschinen, Infusionen, etc.] kontrollieren.“ [...]

und jenes dementsprechend nur ein beschränktes Maß an Privatsphäre und Intimität ermöglichte.⁵²⁴ Dies bedeutete natürlich, dass man sich hierbei in einer Umgebung wiederfand, welche diesbezüglich nicht optimal geartet war, da bspw. auch →

[...] „die Gänge [...] überall offen [waren] und auch im Schwerkrankenzimmer, wenn dort hantiert worden ist oder wenn irgendwie ein Alarm angeschlagen hat, [...] man das auf der ganzen Station gehört [hatte].“⁵²⁵

Darüber hinaus konnte auch der Alltag einer psychiatrischen Intensivstation von diversen Animositäten geprägt sein,⁵²⁶ was natürlich nicht unbedingt jedermanns Sache sein musste →

[...] „Also angenehm war es nicht, aber ich kann leider eben nur mit dem werken, was ich zur Verfügung habe.“ [...].⁵²⁷

War der Wille des Patienten nach dieser Vorführung und Informationslage weiterhin beständig, so konnte dieser alsbald seinen Entzug auf der Station in Angriff nehmen. Der

⁵²⁰ Ranefeld Interview I, Anhang S. 8

⁵²¹ Marschalek, Wien (1981), S. 51

⁵²² Presslich Interview, Anhang S. 10

⁵²³ Vgl. Presslich Interview, Anhang S. 31

⁵²⁴ Presslich Interview, Anhang S. 31

⁵²⁵ Presslich Interview, Anhang S. 31

⁵²⁶ wohlmöglich schreiende, wütende oder einfach verwirrte Menschen einen hierbei umgeben

⁵²⁷ Zitat und Vgl. Presslich Interview, Anhang S. 31

Patient verpflichtete sich hierbei zu einem 10-tägigen Aufenthalt,⁵²⁸ da der Entzug selbst durchschnittlich zwischen 7 bis 9 Tage dauern sollte.⁵²⁹ Wie bereits gesagt, setzte man hierbei auf den Einsatz von hohen Dosen Neuroleptika mit der Intention →

[...] „voll drauf mit Medikamenten für kurze Zeit“ [...],

um hierbei die Dauer der auftretenden Entzugssymptome, -syndrome in physischer wie psychischer Hinsicht in einem erträglichen Rahmen zu halten und hiernach diese →

[...] „dann ab[zu]setzen und die Sache hat sich.“ [...].⁵³⁰

Sehr schnell stellte sich hierbei jedoch heraus, dass das Gefüge der Suchtabhängigkeit ein überaus komplexes Phänomen darstellt und ein diesbezüglich einheitliches Vorgehen für die verschieden-gearteten Patienten vorerst nicht möglich sein sollte →

[...] Wir haben immer laufend geschaut, wie man das an die Patienten anpasst und so haben wir [anfangs] keine einheitliche Medikation zusammengebracht und konnten irgendwie nichts sauber publizieren. [...].⁵³¹

Diesbezüglich muss man nun natürlich bedenken, dass je nach poly- oder monotoxikomanem Gebrauchsmuster der Klienten und deren persönlicher medikamentösen Disposition, diese unterschiedliche Reaktionen auf die jeweilige Präparat-Kombination(en) zeigten und man sich zu Beginn der Auseinandersetzung ja noch in einem experimentellem Stadium befinden sollte, dieses Fachgebiet der psychiatrisch -psychopharmakologischen Entzugsbehandlung erst erschließend. Die hierbei eingesetzten Tranquilizer wie bspw. „Praxiten“®, Antidepressiva („Sinequan“®) und Neuroleptika („Vetranquil“®), welche sich bspw. aufgrund ihrer sedativ-hypnotischen Wirkung →

[...] „Dämpfung von psychomotorischer Erregtheit, der Dämpfung aggressiver Verhaltensweisen, der Dämpfung und Modulation affektiver Spannungen und einer Verringerung psychotischer Sinnestäuschungen (Halluzinationen)“ [...]

auszeichneten, hatten jedoch leider auch ihre Kehrseite, die sich anhand ihrer heftigen Nebenwirkungen bemerkbar machte.⁵³² Das Problem war hierbei vorwiegend darin zu finden, dass die Patienten zumeist in einen deliranten Zustand verfielen und sich darüber hinaus Nebenwirkungen wie bspw. Bewegungsstörungen (extrapyramidalen Effekt), Störungen der Gedächtnis- und Merkfähigkeit (organisches Psychosyndrom) →

⁵²⁸ Marschalek, Wien (1981), S. 50 → weitere Bedingungen = Ausgangsverbot (wegen Drogenbeschaffungsgefahr) – Besuchsverbot (detto)

⁵²⁹ Vgl. Presslich Interview, Anhang S. 11

⁵³⁰ Presslich Interview, Anhang S. 11

⁵³¹ Presslich Interview, Anhang S. 11

⁵³² Zitat - Wirkungen Neuroleptika → Werner Brosch, „Psychopharmaka“, Orac Verlag, Wien (1996), S. 111

[...] „und [jene] auf ein intellektuelles, also auf ein tieferes Niveau herunterrutschte[n], aber nicht permanent, sondern nur unmittelbar danach. [...].⁵³³

Speziell die Neuroleptika der „alten Generation“, wie man heute in wissenschaftlicher Hinsicht zu sagen pflegt, riefen derartige Reaktionen hervor, dass man sich von jenen alsbald verabschieden sollte bzw. diese von Betroffenen oftmals sehr schnell wieder abgesetzt wurden.⁵³⁴ Viele der Patienten überstanden, durch die Präparate gestützt, dennoch relativ gut die Tortur einer jeweils pharmakologischen bzw. substanzgebundenen Entzugsphase,⁵³⁵ jedoch hatten sich, bspw. aufgrund der bestandnehmenden Entzugserscheinungen und Folgewirkungen der Neuroleptika-Behandlung, derzeit auch viele von ihnen dazu entschlossen, den Entzug vorzeitig abubrechen.⁵³⁶

Dem Umstand entsprechend, dass die hier vorliegende Arbeit sich nicht umfangsspezifischer Natur eingehender mit den verschiedenartigen pharmakologischen Wirkungen und seitenweisen Auflistungen verschiedenster Präparat-, Substanzkombinationen, Abbruchgründen, etc. beschäftigen kann und dieses auch den Sinn und Zweck dieser Arbeit bei weitem übersteigen würde, sollte hierauf lediglich in einem kurzen und prägnanten Rahmen verwiesen werden, um demgemäß dennoch einen kleinen Einblick in die versorgungstechnischen Gegebenheiten jener Zeit zu ermöglichen und den Anfang bzw. einen gewichtigen Entwicklungsschritt dieser ersten Phase stationärer Entzüge einsehbar zu gestalten.

Dass es neben der körperlichen Entzugsphase bzw. dem Eingriff zur Linderung der Entzugssymptome beim Absetzen einer Suchtabhängigkeitsdroge zu weiterführenden Maßnahmen wie bspw. sozialarbeiterischen, psychotherapeutischen, sozialtherapeutischen Maßnahmen, etc. kommen musste, bzw. diese weiterführenden Therapiemaßnahmen ein zumeist notwendiges Kriterium zur umfassenden Befreiung von Sucht stellen, war für Herrn Dr. Presslich zu jener Zeit bereits ebenso klar, wie für alle anderen Ärzte und Fachbetreuer, welche sich innerhalb dieses Themenkomplexes bewegten.⁵³⁷ Weiterempfehlungen bzw. Weiterleitungen in weiterführende Institution waren demgemäß, wie wir bereits wissen, „state

⁵³³ Presslich Telefoninterview, Anhang S. 1

⁵³⁴ „Typische Neuroleptika“ = „alte Generation“ und Absetzungsgrund → Medizinfo.de zu finden unter <http://www.medizinfo.de/kopfundseele/psychose/neuroleptika.htm>

⁵³⁵ Vgl. Presslich Telefoninterview, Anhang S. 1

⁵³⁶ Vgl. Presslich Interview S. 5

⁵³⁷ Vgl. Springer Interview I, Anhang S. 4, 5, 10 - 12; erwähnte Werke von Renate Brosch „Sucht in Österreich“, „Jugend und Sucht“, etc.

of the art“, sodass man bspw. in engem Kontakt mit der Drogenstation Kalksburg für eine weiterführend Langzeittherapie stand, sowie auch stets mit der ambulanten Betreuung des Club Change eine intensive Auseinandersetzung bzw. Vermittlungs- und Versorgungstätigkeit pflegte.⁵³⁸

Sich der Notwendigkeit speziell einer sozialarbeiterischen Unterstützung bewusst, zeichneten jedoch die diesbezüglich institutionellen Rahmenbedingungen der Universitätsklinik selbst ein horrendes Bild. Die Klinik verfügte damals lediglich über insgesamt 2 Sozialarbeiterinnen (damals noch Fürsorgerinnen genannt), welche jedoch für die gesamte Ambulanz zuständig sein sollten und somit weder über eine „dezidierte“ Fachqualifikation im Drogenbereich verfügten,⁵³⁹ →

[...] „Also für die Drogen, wir haben 2 [...] Sozialarbeiterinnen gehabt, aber die haben sich irgendwie, also nur am Rand damit beschäftigt. [...] Die haben sich in der Szene überhaupt nicht ausgekannt. Die haben nicht gewusst was da läuft und diese Patienten waren ihnen nur unheimlich. Die waren ja auch nicht so unterwürfig, wie sonst irgendwelche psychiatrischen Hascher!“ [...],

noch im Sinne der kapazitären Möglichkeiten alle anstehenden Aufgaben bewältigen konnten

→ [...] Ja, aber die hatten sich um die ganze, die riesige Ambulanz zu kümmern, um die ... Interviewer: Also keine für die Spezialambulanz selbst [vorhanden]?! Dr. Presslich: Keine. [...].⁵⁴⁰

Diesem Umstand gemäß ist es vor allen Dingen dem persönlichen Anliegen und den Tätigkeiten Herrn Dr. Ranefelds und Herrn Dr. Presslichs zu verdanken, dass die behandelten Patienten sozialarbeiterische Hilfestellungen erfahren konnten, wobei man, wie bereits erwähnt, bspw. über weiterführende Maßnahmen informierte bzw. diese auch durchaus persönlich in die Wege leitete. Dieser sozialarbeiterisch-fatale Personalmangel sollte jedoch leider noch bis zum Beginn der 90iger Jahre andauern und konnte zeitweise nur durch „privat-initiierte“ bzw. informelle Bestrebungen Herrn Dr. Presslichs zu Beginn der 80er Jahre etwas gelindert werden, als dieser sich in enge Zusammenarbeit mit dem 1980 gegründeten Modellprojekt Streetwork setzte,⁵⁴¹ über deren Implementierung wir noch in den Folgekapiteln (bezüglich der 80iger Jahre) hören werden.

⁵³⁸ Vgl. Presslich Interview, Anhang S. 5, 25ff.

⁵³⁹ was aufgrund des relativ jungen Phänomens eines illegalen Drogenkonsums in Österreich, keine negativ konnotierte Abwertung dieser Mitarbeiter verzeichnen soll, sondern lediglich dem Zeitgeist und der Entwicklung spezialisierter Professionen einen gewissen Ausdruck zu verleihen ersinnt.

⁵⁴⁰ Zitate und Vgl. Presslich Interview, Anhang S. 12

⁵⁴¹ „Modellprojekt“ Streetwork → Eisenbach-Stangl (2008), S. 25 ; → deren Mitarbeiter als Gegenleistung für die Dienste Herrn Dr. Presslich's in deren Institution, zeitweilig Sozialarbeiter für die Klinik abstellten. → Vgl.

Eine weitere Problematik, welche zu all den bereits vernommenen versorgungstechnisch institutionellen Rahmenbedingungen dieser Zeit noch hinzu kommen sollte, findet sich in dem bereits kurz thematisierten Umstand der generellen Unbeliebtheit von Drogenabhängigen an der hiesigen Universitätsklinik. Wortgefechte mit dem Personal, abfällige Bemerkungen über die Patienten und ein dementsprechender Umgang mit jener Klientel kennzeichneten das Anfangsstadium dieser Personenwahrnehmung und dies nicht erst seit der Urbarmachung stationärer Entzüge durch Herrn Dr. Otto Presslich, worüber die Interviewaussage von Herrn Dr. Springer bereits bestens Auskunft erteilt →

[...] „da war eine an sich sehr freundliche Schwester, die recht beliebt war bei allen. Und dann gingen wir durch eine Visite und bei der Visite ... da war so die Mischung, die alten depressiven Frauen, die diese jungen Mädchen überhaupt nicht ausgehalten haben, diese irgendwo schrägen [...] und dann gehen wir so und wie immer ist es bei einer Visite sehr laut. Und auf einmal wird es ganz still [...] und man hört nur mehr die Krankenschwester recht laut sagen, wenn sie da diese Mädchen sieht, dann denkt sie sich ja wirklich oft: „Adolf steh auf.““ [...] ⁵⁴²

Eine derartige Begebenheit konnte durch die Interviewaussagen Herrn Dr. Presslichs nicht belegt werden, jedoch gibt ein solches Zeugnis dennoch exemplarischer Natur Auskunft über den womöglich noch nicht bewältigten Zeitgeist jener Tage (bspw. die T4 Aktion des Nationalsozialismus), wobei man natürlich bedenken muss, →

[...] „dass eben doch manche Personen des Pflegepersonals ausgebildet waren in dieser Zeit, nicht?! Selbst wenn es keine Nazis waren. Das waren junge Pfleger und junge Schwestern. [...] und da man heute ja auch noch solche Sprüche hört, ist es ja kein Wunder, dass man sie auch [damals] hörte.“ [...] ⁵⁴³

Ganz gleich, ob dieses Gedankentum nun aus vergangenen Ideologien heraus resultierte oder aus der generell sehr früh verankerten Stigmatisierung Drogenabhängiger, Fakt ist, dass zu Zeiten Herrn Dr. Presslichs die Gegebenheiten äußerst radikal vorzufinden waren →

[...] „[Ich] habe 1 bis 2 ½ Jahre gebraucht, um mit den Schwestern und Pflegern zu diskutieren, warum wir diese unmöglichen Leute da haben und was das Gesinde da alles auf einer Intensivstation soll. Also, ich habe lange gebraucht. Der Herr Dr. Ranefeld hat diese immer beschworen, bis ich (wir) dieses Patientenpublikum dort einmal untergebracht haben, ohne dass sich jeder den Mund zerreißt. [...] Also das war wirklich furchtbar, weil die haben alle nur geschimpft [und] ich habe wirklich lange gebraucht bis ich denen klar gemacht habe, wir sind eine Psychiatrie und da haben wir das und das Patientenpublikum, dass bisher unversorgt ist und denen müssen wir eine Entzugsbehandlung anbieten und dann können wir sie ruhig weiterschicken an andere

Presslich Interview, Anhang S. 25, 26

⁵⁴² Springer Interview I, Anhang S. 7

⁵⁴³ Springer Interview I, Anhang S. 7

Institutionen wie zum Beispiel Kalksburg oder später dann zum Grünen Kreis oder auf den Einser Pavillon [...] am Steinhof.“ [...].⁵⁴⁴

Wie gesagt, kam es, infolge dieser Zustände, sowohl zu durchwegs geführten motivierenden bzw. begünstigenden „Kaffepläuschchen“ mit dem Personal, sowie auch zu einer wöchentlichen Gruppensitzung, welche es absolutermaßen vermochten, dieses Bild der Patienten zu korrigieren und hierdurch ein Klima zu schaffen, das im Sinne der Klienten eine wohlmeinende und stützende Atmosphäre letztlich liefern konnte →

[...] dort war eigentlich die Atmosphäre nach und nach sehr gut, sehr unterstützend, sehr hilfreich.“ [...].⁵⁴⁵

[...] „dann aber waren sie froh, denn bis wir das dann wirklich handhaben konnten, dann war das ein relativ leichtes Publikum“ [...].⁵⁴⁶

3.3.2 Die gesetzlichen Rahmenbedingungen der 70er Jahre

Neben den bereits geschilderten versorgungstechnisch-institutionellen und behandlungsspezifischen problematischen Rahmenbedingungen der 70iger Jahre, ließ sich nun, dieser Umstände nicht genug, ein weiteres nicht minder großes Problem für die generelle Versorgung (ambulant und stationär) drogenabhängiger Patienten in den gegebenen gesetzlichen Bestimmungen jener Tage verorten. Das große Problem, mit welchem man seit Anbeginn der Drogentherapie in Österreich zu kämpfen hatte, liegt hierbei darin begründet, dass ein illegaler Drogenkonsum respektive der Besitz von illegalen Drogen, juristisch-restriktive Maßnahmen zur Folge hatte, welche zwar, seit dem SGG aus dem Jahre 1971 gemilderter Natur, unter Strafandrohung suchtabhängige Drogenuser auf „freiwilliger Basis“ dazu verpflichtete, sich in ärztliche Behandlung oder unter ärztliche Kontrolle zu begeben, jedoch eine Wiederbetätigung derart horrend geahndet werden konnte, dass sich oftmals rückfällige oder schwer zu kurierende Patienten stets mit einem Bein in einer Therapieeinrichtung befinden sollten, jedoch gleichsam das zweite oftmals in einer Gefängniszelle fußzufassen drohte.

Die Problematik, welche sich speziell im versorgungstechnisch-psychiatrischen Rahmen hierin widerspiegelte, ist in den damals bestehenden gesetzlichen Regelungen bezüglich der Patientendatenverwaltung zu verzeichnen. Man muss sich vorstellen, dass es zur damaligen Zeit üblich war, dass →

⁵⁴⁴ Presslich Interview, Anhang S. 5

⁵⁴⁵ Gesamter Absatz Vgl. und direktes Zitat Ranefeld Interview I, Anhang S. 10

⁵⁴⁶ Presslich Interview, Anhang S. 5

[...] „ Wenn [...] ein Patient auf der Klinik oder in einem Spital oder in einem psychiatrischen Krankenhaus aufgenommen worden ist und eine Suchtdiagnose bekommen hat, sei es in der Ambulanz oder [...] dann ist spätestens 6 Wochen später die Polizei bei ihm erschienen, denn die Daten des Krankenhausaufenthaltes, inklusive der Diagnose, sind ins Gesundheitsministerium gekommen und dort hat Einschau in die Daten nehmen können das Militär, das Gericht und die Polizei. Also das Militär war nicht interessiert [...] irgendwelche Nachforschungen anzustellen. Das Gericht war überfordert, personell unterbesetzt, wie also jetzt auch. [...] Aber [natürlich] die Polizei ist denen dann nachgegangen, auch wenn sie im guten Zustand und gesundet waren und sogar von der Szene weg [...].⁵⁴⁷

Die vorzufindende Patientensituation demnach →

[...] Eine völlig absurde Situation. Wenn ich auf eine interne Abteilung gehe oder in ein Landspital geschieht nichts, gilt das Ärztegeheimnis. Überall wo ich auf eine Psychiatrie gehe, ganz gleich, ob hier oder auf den Steinhof, in Linz oder Dornbirn [...] oder wo auch immer, werde ich dann angezeigt und dann kommt die Polizei und zeigt mich an und verhört mich [...]

[...] „und natürlich haben sie immer wieder die Leute, die sie einmal irgendwo in ihrer Kartei gehabt haben, die haben sie halt immer wieder aufgesucht bzw. heimgesucht, wenn irgendwo etwas mit der Drogenszene in Verbindung war und dann waren eben halt eher Nerven nötig [...].⁵⁴⁸

Die Problemsituation, welche hieraus nun für die Drogentherapie der Universitätsklinik selbst resultieren sollte, ist daran festzumachen, dass viele der Patienten zwar zumeist einen Entzug benötigten, da diese erheblich unter ihrer Sucht zu leiden hatten, jedoch oftmals eine Vielzahl der Klienten jenen Schritt nicht wagte, da sie eine polizeilich-gerichtliche Ahndung infolge des widerrechtlich begangenen Vergehens gegen das Suchtgiftgesetz befürchteten.⁵⁴⁹ Dieser Umstand stellte die „Drogenambulanz“ bzw. Drogentherapie der Klinik nun sogleich vor ein dreifaches Problem. Erstens trauten sich aufgrund dieser Sachlage viele Patienten nicht, sich an die Klinik zu wenden, sodass die Ärzte Dr. Ranefeld und Dr. Presslich teils selbst in die Szene gehen mussten →

[...] „Dr. Ranefeld hat viele Patienten irgendwo in einem Wirtshaus getroffen und ich habe, [...] also kaum dass ich Luft bekommen habe, habe auch ich mich in die Szene begeben und habe dort in der Gassergasse [Arenabewegung - Erstes alternatives Jugendzentrum] [...] versucht eine ärztliche Betreuung aufzubauen, um mit den Patienten die sich nach wie vor nicht getraut haben in die Ambulanz zu gehen, einen Kontakt herzustellen.“ [...].⁵⁵⁰

⁵⁴⁷ Presslich Interview, Anhang S. 7

⁵⁴⁸ Presslich Interview, Anhang S. 8; → Was natürlich nicht im Sinne einer Behandlungsfolgezeit für ehemals Suchtabhängige sein kann.

⁵⁴⁹ Vgl. Presslich Interview, Anhang S. 10

⁵⁵⁰ Presslich Interview, Anhang S. 9ff.

Das zweite Problem war, wie bereits erwähnt, darin zu verorten, dass man es zumeist mit einem äußerst verschreckten Publikum zu tun hatte, welches aufgrund der Datentransferbefürchtung - „infolge einer Aufnahme“ - sich dann zwar teilweise ambulant an unsere Drogenexperten wandten, sich jedoch nicht zu einem Entzug entschließen konnten.

Und Drittens, dass jene Klientel sich, durch diese Gesetzeslage bedingt, sehr häufig höchst verängstigter Natur an unsere beiden Drogenärzte wandte, um deren benötigte Behandlung zu erfahren, was wirklich nicht im Sinne einer bestmöglichen Behandlungs-, Therapiesituation, -bedingung, psychisch-emotionaler Natur, sein kann.⁵⁵¹

Um dieser prekären Situation nun entgegenzutreten, entschlossen sich unsere beiden Ärzte daher diesem Treiben ein Ende zu setzen. →

[...] „Und wir haben uns eben entsprechend aufgeregt und wir haben, also sowohl Dr. Ranefeld wie auch ich, wir haben dann gesagt, so geht das nicht und wir werden jetzt anfangen diese Patienten so gut wir können zu behandeln und wir werden, wer auch immer kommt, wir werden die Diagnosen fälschen. Wir werden da nichts weiterleiten und wir haben daraus irgendwelche Depressionen gemacht, über hyper-ästhetisch-emotionelle Schwächezustände und was eben so der ganze Tiergarten der Psychiatrie ist.“ [...] ⁵⁵²

Als Reaktion auf diese erwägte Vorgangsweise zeigte sich das Kollegenteam nicht durchwegs freundschaftlich gestimmt und es sollte bei einigen von ihnen dazu führen, dass sie sich mit Standpredigten und Missfallensäußerungen an die beiden Ärzte wandten, worauf die Antwort relativ klar ausfiel, da man meinte, dass man zwar wisse, dass diese Vorgehensweise nicht ganz rechtens sei, →

[...] „aber wir [wussten auch] ganz sicher, dass es unmöglich ist die Patienten [...] zu behandeln und sie gleichzeitig in irgendwelche polizeilichen oder gerichtlichen Maßnahmen zu verstricken.“ [...] ⁵⁵³

Daher blieb man auch standhaft und verteidigte diese Form der „inoffiziellen Datenerfassung“ zu Gunsten der Therapieaussichten für die hiesigen Klienten bzw. wurde diese für jene demgemäß umgesetzt und beibehalten

→ [...] „und dann war Ruhe und das große Erstaunen halt von jenen.“ [...] ⁵⁵⁴

Um jedoch den Überblick über die Patienten und deren Suchtproblematiken zu behalten bzw. nicht zu verlieren, wurden natürlich trotzdem Aufzeichnungen über deren Sachverhalte erfasst

⁵⁵¹ Vgl. Presslich Interview, Anhang S. 9

⁵⁵² Presslich Interview, Anhang S. 8

⁵⁵³ Vgl. und Zitat Presslich Interview, Anhang S. 8

⁵⁵⁴ Zitat und Vgl. Presslich Interview, Anhang S. 8

→ [...] „wir haben natürlich ordentliche Karteikarten geführt, aber wir haben nichts weitergegeben, denn was soll denn das.“ [...].⁵⁵⁵

Über diese geschilderten, rein formalen Umstände der Datentransfers-Problematik hinausgehend, trug sich jedoch noch eine weitere Begebenheit innerhalb der 70iger Jahre zu, welche diesen Entschluss zur Zurückhaltung von Daten und die „Verschlussicherung“ der geführten Karteikarten bekräftigte.⁵⁵⁶ Der Grund hierfür war die Tatsache, dass es in den 70er Jahren zu einer polizeilichen Razzia im Club Change gekommen war, bei welcher „vertrauliche“ Patientendaten in die Hände der Exekutivbeamten zu geraten drohten bzw. die bestehenden Aufzeichnungen und Daten fast beschlagnahmt worden wären, was für viele der Patienten zu einer Verschlechterung ihrer Situation und zu Einvernahmen geführt hätte,

→ [...] „da sie uns gegenüber natürlich viel offenere Angaben [Drogengebrauch, Zeitrahmen, etc.] machten.“ [...].⁵⁵⁷

Demgemäß wurden seit diesem Vorfall auch die Karteikarten der Patienten im Club Change unter Verschluss gehalten bzw. zumindest nicht dort liegen gelassen, um die Anonymität und den Schutz der Patienten zu gewährleisten.⁵⁵⁸

Für die diesbezüglichen Tätigkeiten innerhalb der Universitätsklinik sollte nun dasselbe gelten, um die Drogenpatienten zu schützen,⁵⁵⁹ denn wie könnte man auch anders handeln, wenn ein Suchtabhängiger sich bereits darum bemüht, aus diesem Teufelskreis der Suchtabhängigkeit auszubrechen, sodass dieser eine Aussicht auf Erfolg habe und vor gesetzlich restriktiven Folgen dementsprechend geschützt werden müsse.

Dezidiert meiner Meinung nach gesagt, erachte ich die diesbezüglich bestandgenommenen Vorgehensweisen nicht nur als legitim und notwendig, sondern auch als absolut lobenswert, da es hierdurch den Patienten ermöglicht wurde, einen bestmöglichen Weg aus der Sucht in Angriff zu nehmen und diese dahingehend vor juristischen Zugriffen zu schützen. Summa summarum sei deshalb gesagt, dass für mich diese Handlungsweise als absolut heroische, tapfere und selbstlose Tat anzusehen ist und innerhalb der österreichischen Drogentherapie ihre Würdigung in den Annalen der Geschichte zu Recht beanspruchen darf.

⁵⁵⁵ Presslich Interview, Anhang S. 10

⁵⁵⁶ „Verschlussicherung“ = die Karteikarten vor einem öffentlichen Zugang gesichert wurden bzw. demgemäß verdeckt unter Verschluss standen.

⁵⁵⁷ direktes Zitat und Text Pernhaupt in Mader/Strotzka, Wien (1980), S. 280

⁵⁵⁸ Vgl. Patientendaten – Karteien → Ranefeld Interview I, Anhang S. 5 → sodass die Suchtätologien und diesbezüglich inhärent getätigten Vorgehensweisen der Drogenabhängigen, vor einer gesetzlich ahndenden Instanz bewahrt werden konnten.

⁵⁵⁹ Karteikarten – Vgl. Presslich Interview, Anhang S. 10

Für die datenspezifische Erfassung bzw. Aufschlüsselung der Patientenfrequenzierungsdaten sollte sich dieser Umstand jedoch nicht gerade als rosig erweisen, da demgemäß nahezu keine öffentlich zugänglichen Daten aufgefunden werden konnten.⁵⁶⁰ Dementsprechend sind wir hierbei nun teilweise auf die Hochrechnungen, aus den Interviewauskünften resultierend, angewiesen, welche im folgenden Kapitel ihren Bestand nehmen.

3.4 Die Patientenzahlen, Patientenfakten der 70er Jahre

Wie wir bereits anhand der vorangegangenen Kapitel (2.4.1 - Der Ära Dr. Springer und Dr. Pernhaupt) erfahren konnten, hatte man zu Beginn der 70iger Jahre ein jährliches Klientel an der Universitätsklinik vertreten, welches sich 1971 auf 54 Fälle beschränkte und für 1972 ein nahezu gleichbleibendes Volumen aufzeigte.⁵⁶¹ Seit dem Amtsantritt Herrn Dr. Ranefeld's im Jahre 1972 sollte es jedoch, aufgrund zunehmend steigenden Patientenbedarfs bzw. der Ausweitung der Informationslage zu jener Versorgungsmöglichkeit, zu einer aufstrebenden bzw. rasanten Zunahme der Frequenzierungszahlen kommen. →

[...] „Nun ja, mit dem Angebot steigt die Nachfrage. Also ich meine damit, mit dem Angebot an der Klinik und dem Change sind mehr Patienten gekommen [...] das heißt nicht unbedingt, dass mehr Drogen konsumiert worden sind, wohl auch, aber das Angebot hatte die Nachfrage, dort hinzukommen, geschaffen. [...]

[...] „Interviewer: Und hat es dann schon einen spürbaren Anstieg [vom Anfang bis zum Ende der Zeit] gegeben also? Dr Ranefeld: Ja es waren dann, ich war dann nach und nach wirklich ausschließlich nur mit Drogenabhängigen und Vorbereitungen zu stationären Entzügen oder der Drogenabhängigen-ambulanten-Betreuung, mit Harntest usw. fast ausschließlich beschäftigt, ja.“ [...].⁵⁶²

Neben dieser Auskunft über das steigende Maß von Patientenkontakten, welches jedoch relativ schnell seinen Bestand nehmen sollte,⁵⁶³ konnte für den Zeitraum der ambulanten Betreuung durch Herrn Dr. Ranefeld eine durchschnittliche jährliche Frequenzierungszahl, zwischen 520 bis 780 Kontakten liegend, festgehalten werden. Diese Zahl ergibt sich anhand der Hochrechnung der schätzungsweise angenommenen wöchentlich geführten Gespräche, welche mit 10 bis 15 Kontakten pro Woche veranschlagt wurden.⁵⁶⁴ Wie bereits erwähnt, setzte sich diese Klientel vorwiegend aus polytoxikomanen Medikamentenabhängigen, sowie

⁵⁶⁰ → da das Archiv der Ambulanz des AKH gehütet wird wie Fort Knox und mir bis dato kein Erfolg im Sinne einer Zugangserlaubnis zu Teil wurde. → (Wie Fort Knox = siehe Presslich Interview, Anhang S. 22 & Vgl. Hermann Interview, Anhang S. 12)

⁵⁶¹ Vgl. 2.4.1

⁵⁶² Ranefeld Interview II, Anhang S. 5

⁵⁶³ Vgl. Ranefeld Interview II, Anhang S. 5

⁵⁶⁴ Vgl. Ranefeld Interview I, Anhang S. 6 → Rechnung 10 mal 52 Wochen = 520, 15 mal 52 Wochen = 780

diesbezüglich opiatabhängigen Drogenusern zusammen, wobei auch die eingeführten stationären Entzüge seit dem Jahre 1978 vornehmlich ihren Fokus auf derartige Substanzentzüge ausrichteten.⁵⁶⁵ Dem Umstand entsprechend, dass die ambulanten Vorbereitungen auf einen stationären Entzug bspw. 3 bis 4 Termine pro Patienten vorgesehen hatten, und generell gesehen ein Teil der Klientel, als „harter Kern“ der Drogensüchtigen bezeichnet, die Klinik immer wieder frequentieren sollte,⁵⁶⁶ ist die angeführte jährliche Durchschnittszahl von 520 bis 780 Kontakten naturgemäß nicht als „Patientenanzahl“ anzusehen, sondern gibt lediglich Auskunft über die getätigten Patientenkontakte, worin grundsätzlich Mehrfachzählungen einzelner Patienten ihren Bestand finden.

3.4.1 Die stationären Patientenzahlen

Erstaunlicher Weise hat es der Zufall als solcher bestimmt, dass ich aufgrund der bereits erörterten nicht zugänglichen Zahlenlage dieses Zeitraums, dennoch an solche gelangen konnte, da diese von Herrn Dr. Presslich zu Beginn der 80iger Jahre in einer Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit und Umweltschutz niedergelegt wurden. Diese Zahlen zeigen sehr deutlich, dass seit der Etablierung jener Entzüge der Patientenandrang derart groß war, dass bereits im Jahre 1978 67 Patienten einen diesbezüglichen Versuch an der Universitätsklinik wagten. Im Jahre 1979 stieg die Zahl der Klienten bereits auf 129 an und im Jahr darauf sollten es schon 151 Entzugspatienten sein →

[...] „[Wovon] nur ein kleiner Teil mit einer Überdosis eingeliefert [wurde], die meisten machten [eine freiwillige] Entziehungskur.“ [...] ⁵⁶⁷

Die stark ansteigenden Zahlen dieser ersten Versuchsphase, welche sich im zweiten Jahr, wie wir sehen können, ja bereits verdoppelt hatte(n) und ein weiterer Anstieg im Jahre 1980 verzeichnen werden konnte, zeigt meines Erachtens nach sehr schön, dass die Tätigkeiten Herrn Dr. Ranefelds und Herr Dr. Presslichs bereits mehr als notwendig waren, und dass das diesbezügliche Angebot dementsprechend auch sogleich von vielen Drogenabhängigen genutzt wurde. Die „sozialarbeiterischen“ bzw. Auskunft gebenden Informationstätigkeiten unserer beiden Ärzte, sowie deren rigoroses und tapferes Vorgehen bezüglich des Patientendatenschutzes, haben naturgemäß diese Entwicklung, Frequentierung in außerordentlich begünstigendem Maße vorangetrieben, welche jedoch alsbald in der Folgezeit derart vehement anzutreffen sein sollte, sodass man schon relativ früh konstatieren musste, →

⁵⁶⁵ Vgl. Ranefeld Interview II, Anhang S. 5

⁵⁶⁶ Vgl. Ranefeld Interview II, Anhang S. 9

⁵⁶⁷ Absatz – Zitat - Zahlen → Marschalek, Wien (1981), S. 51

[...] „Kaum haben wir uns da hinein gehängt, waren wir dann so überrannt und so überfüllt und überlastet, [dass wir kaum noch Luft bekommen sollten]“ [...].⁵⁶⁸

Dieses Charakteristikum trifft besonders für den Zeitraum der 80iger Jahre zu, dessen Entwicklungsverläufen wir uns im Folgenden nun eingehender widmen möchten.

4. Die Ära von Dr. Peter Hermann (bis 1982) und Dr. Otto Presslich (Die „offizielle“ Begründung der Drogenambulanz)

Aufgrund des Umstandes, dass Herr Dr. Ranefeld sich um das Jahr 1979 aus dem forensischen Tätigkeitsbereich zurückzog und hierbei sowohl die Sonderanstalt Favoriten, wie auch das allgemeine Krankenhaus verlassen sollte, kam es hiernach zur Übernahme des ambulanten Versorgungsbereiches durch Dr. Peter Hermann, dem jetzigen Primarius der Drogentherapiestation am Otto-Wagner Spital (Baumgartner Höhe).⁵⁶⁹ Bereits seit dem Jahre 1976 im EEG Labor der Klink beschäftigt und nach kurzem Ausflug an die neurologische Abteilung des KH Lainz und die psychiatrische Abteilung in Gugging, kehrte Herr Dr. Hermann im Jahre 1979 an die Universitätsklinik zurück und sollte sich von nun an um die drogenspezifische Versorgung Suchtabhängiger an der Intensivstation im Allgemeinen Krankenhaus bemühen.

4.1 Die Rahmenbedingungen

Zu Beginn der Tätigkeitsaufnahme von Herrn Dr. Peter Hermann war die Drogenambulanz der Universitätsklinik nach wie vor noch nicht offiziell begründet worden bzw. als Spezialambulanz als solche etabliert. Der Tätigkeitsbereich von Dr. Hermann sah dementsprechend so aus, dass jener als Assistenzarzt auf der Intensivstation bei Herrn Dr. Presslich seiner Tätigkeit nachkommen sollte, und von jenem ernannt, sich um die Anliegen der ambulanten Zuläufe nach seinem Dienst auf der Intensivstation bemühte bzw. für den Zeitraum zwischen 14:00 und 17:30 hierfür zur Verfügung stand.⁵⁷⁰ Dezierte Räumlichkeiten zur Versorgung und Betreuung ambulanter Klienten waren nach wie vor nicht vorhanden, ebenso wenig wie ein hierfür „eigens“ bereitgestelltes und finanziertes Personal, welches sich um die Anliegen der Drogenpatienten kümmern sollte. Somit verharrte die Drogenambulanz zunächst nach wie vor im Status eines inoffiziell und informell geführten

⁵⁶⁸ Presslich Interview, Anhang S. 5 & Vgl. „Luft bekommen“ Anhang, S. 10

⁵⁶⁹ Vgl. Abgang Herrn Dr. Ranefeld's, welcher zu Herrn Dr. Pernhaupt nach Vorderbrühl (Drogenstation Mödling) wechselte → Vgl. Ranefeld Interview I, Anhang S. 2

⁵⁷⁰ Presslich Interview, Anhang S. 12 & Hermann Interview, Anhang S. 4

Ein-Personen-Unternehmens.

Dem Umstand entsprechend, dass seit Beginn der Tätigkeitsaufnahme Herrn Dr. Hermanns die Patientenzahlen sprichwörtlich explodieren sollten und das zuvor bereits erwähnte Auskommen tausender polytoxikomaner Opiatabhängiger (siehe 3.1.2) von dieser Zeit an einen mehr als spürbaren Zuwachs der Frequentierungszahlen vernehmen ließ, zeigt sehr deutlich, dass die vorgefundenen institutionellen, versorgungstechnischen Rahmenbedingungen nicht gerade die besten Voraussetzungen eines adäquaten Angebots für suchtkranke Personen lieferten. Demgemäß musste man buchstäblich auf Eigeninitiative und persönlich getragenes Engagement setzen. Bezüglich der personaltechnischen Umstände machte man sich daher bspw. den Umstand zu Nutze, dass man Medizin-Studenten (Assistenz,- Turnusärzte), welche im Rahmen ihrer Ausbildung an der Klinik ein Praktikum verrichteten, in die Betreuung Suchtabhängiger mit einbezog.⁵⁷¹ Dieser Zug war unabdingbar vor allem deshalb von Nöten, da sich, vom Ende des Jahres 1979 und Beginn der 80iger Jahre an, an manchen Tagen bis zu fünfzig Patienten an die hiesigen Drogenärzte wandten⁵⁷² und eine Versorgung ohne diese zusätzlichen Assistenten, wie Psychologinnen, Dissertanten und Mediziner, wohl kaum durchführbar gewesen wäre.⁵⁷³ Die Problematik, welche sich hierbei generell in einem derartigen Ansturm von Menschenmassen nun bemerkbar machte, war vor allen Dingen darin zu finden, dass bspw. wie in dem Werk von Mader und Strotzka, „Drogenpolitik zwischen Therapie und Strafe“, dokumentiert, sich zu jener Anfangszeit bereits rund 320 Erstkontakte abzeichneten, wovon

→ [...] „die Hälfte einen körperlichen Entzug durchführen wollte [...] [und] von diesen 320 Personen [...] nur fünf in diesem Zeitraum in Kalksburg aufgenommen werden [konnten].“ [...] ⁵⁷⁴

Wie wir wissen, hatte die Intensivstation selbst nur 4 Betten zur Verfügung, um einen stationären Entzug durchzuführen, und da dieser zwischen 7 bis 9 Tage bei einem Patienten dauerte, kann man sich natürlich ausrechnen, dass die diesbezügliche Kapazität bei weitem nicht dem quantitativen Bedürfnis der Patienten gerecht werden konnte. Wartelisten von sechzig Personen waren demgemäß keine Seltenheit und daher kam man relativ schnell zu dem Entschluss, einen ambulant gestützten Entzug in die Wege zu leiten bzw. einen solchen für willige Patienten anzubieten →

⁵⁷¹ Vgl. Hermann Interview, Anhang S. 3

⁵⁷² wobei dies die Rekordzahl von Patienten stellte und nicht dauerhaft derart gegeben war → siehe Vgl. Patientenzahlen 4.4

⁵⁷³ Hermann Interview, Anhang S. 3, 5 & Presslich Ergänzungsinterview, Anhang S. 1

⁵⁷⁴ Pernhaupt in Mader/Strotzka, Wien (1980), S. 288ff.

[...] „Und es war dann so, dass wir gesagt haben, ok, bevor ich gar nichts tue, teile ich am Gang vor der psychiatrischen Intensivstation Medikamente aus. [...].⁵⁷⁵

Der erschreckende Umstand, welcher in dieser Aussage begründet liegt, „am Gang vor der psychiatrischen Intensivstation“, ist leider Gottes kein Scherz, denn wie gesagt, standen Räumlichkeiten für eine ambulante Versorgung vorerst nicht zur Verfügung, da diese erst infolge eines Brandes auf der Nordspange der Intensivstation besetzt werden konnten. Das Wort besetzt ist hierbei ebenfalls nicht zufällig gewählt, denn mit einer dezidierten Bereitstellung jener Räumlichkeit in der Nordspange der Station 4C hatte dieser Bezug nichts zu tun →

[...] „es war dann so, dass die Nordspange von der Station 4C abgebrannt ist und die wurde dann restauriert, aber in der Restaurierungszeit hatte man die Pfleger entlassen und dann wollte man sie wieder aufsperrern, aber man hat keine Pfleger mehr gehabt und die Station war somit unbenützt. [...] Und aus Zufall hatte mein Zimmerschlüssel dort gesperrt. Also ich hatte dann meine Tätigkeiten von dem Gang vor der Intensivstation, auf die Nordspange der Station 4C verlagert. [...] Also habe ich dort begonnen mit der Drogenambulanz.“ [...]⁵⁷⁶

Auf diesem Wege sollte also nun die „Drogenambulanz“ erstmals⁵⁷⁷ in den Besitz einer Räumlichkeit zur Versorgung Drogenabhängiger gelangen, wobei die Klinikleitung von ihrem Glück zunächst noch nichts wusste →

[...] „also ich habe das nicht geheim gemacht. Man kann ja nicht hunderte Patienten geheim versorgen, nicht?! Nur dann zum Professor Dr. Berner hatte es sich nicht durchgesprochen.“ [...].⁵⁷⁸

Somit sollte sich erst infolge eines hausinternen Controlling, diese Ambulanz als Bestand findend zeigen, →

[...] „weil die Verantwortlichen gesagt haben, sie haben ein Controlling gemacht, und wenn die Medikamente, die wir auf der Station 4C bestellen, an die 8 Patienten, die dort liegen, verabreicht werden, dann müssten die alle tot sein.“ [...]

&

[...] „wie der Herr Professor Berner [also] drauf gekommen ist, dass er eine Drogenambulanz hat, hatte ich [bereits] 2500 Karteikarten. Die ich privat gekauft habe. [...] Denn etwas bestellen was keine Strukturmaßnahme ist geht nicht, wenn man keine Struktur hat. [...].⁵⁷⁹

⁵⁷⁵ Vgl. Satz und direktes Zitat Hermann Interview, Anhang S. 1

⁵⁷⁶ Hermann Interview, Anhang S. 2

⁵⁷⁷ „Erstmals“ mit Bedacht auf den informell bereitgestellten „Besprechungsraum“ unserer vorangegangenen Doktoren → siehe 2.2.1 & 3.1

⁵⁷⁸ Hermann Interview, Anhang S. 4ff.

⁵⁷⁹ Zitate Hermann Interview, Anhang S. 2ff. & S. 4

Wie Herr Dr. Hermann des Weiteren meinte, war diese Situation absolut irrwitzig und aus heutiger Sicht kaum vorstellbar, jedoch versuchte man hierbei lediglich schnellstmöglich eine Versorgung für suchtabhängige Patienten in die Wege zu leiten und diesbezüglich schnellstens einen Behandlungsrahmen, -möglichkeit für die Patienten zu verwirklichen.⁵⁸⁰ Demgemäß ist die hierbei getätigte Vorgehensweise keinesfalls böswilliger oder geheimer, „hinter dem Rücken des Chefs“, Natur anzutreffen oder zu begutachten, sondern man bemühte sich hierin lediglich schnellstmöglich zu handeln und nicht darum, irgendwelchen bürokratischen oder strukturtechnischen Formalitäten aus dem Wege zu gehen, sodass die Patienten ihre dringend benötigte Versorgung schnellstmöglich erhalten konnten. →

[...] „Denn verstehen Sie, man muss einfach sehen, das war erstens eine völlig andere Zeit und ich war auch völlig anders noch. [...]“⁵⁸¹

[...] „es war eine Pionierzeit, es war schon so, dass es etwas Strukturiertes nicht gegeben hat und das juristische Bewusstsein anders war. Und wir es schon jetzt [...], abgesehen von den formalen Voraussetzungen, glaube ich sehr professionell und anständig gemacht haben.“ [...]“⁵⁸²

Somit wurde diese Handlungsoption letztlich im Sinne des vorgefundenen pionierhaften Zeitgeistes jener Tage und im vollsten Sinne der damaligen Patienten getätigt, denn andere Versorgungsplätze, -einrichtungen standen in einem derartigen Rahmen nicht zur Verfügung und so galt es eben zu handeln. →

[...] „wie gesagt, jetzt hat man schon Schwierigkeiten, wo schick ich den Patienten sonst noch hin. Damals war sogar dieser Satz schon unsinnig, denn wir haben ja gewusst, es gibt Keinen [...] es gibt niemanden der es macht [ambulanter Entzug und Krisenversorgung] außer uns.“ [...]“⁵⁸³

Da in diese Entwicklung natürlich auch der verantwortliche Oberarzt und Leiter der Intensivstation, Dr. Otto Presslich, involviert war bzw. jener gemeinsam mit Herrn Dr. Hermann alle Initiativen koordinierte, besprach und erarbeitete,⁵⁸⁴ kann bezüglich jenes Gründungs- bzw. Versorgungsvorgehens, letztlich auch von keiner illegitimen Handlungsweise an sich die Rede sein, und somit diese Tat, meiner Meinung nach, lediglich

⁵⁸⁰ da sich Tag täglich, wie gesagt, bereits bis zu fünfzig Patienten am Gang vor der Intensivstation eingefunden hatten. → Text und Fußnote Vgl. Hermann Interview, Anhang S. 4, 10, 12, 14

⁵⁸¹ Hermann Interview, Anhang S. 3 → man eben mit jugendlichen Eifer und Wagemut an die Sache heranging → Fußnote Vgl. Hermann Interview, Anhang S. 13

⁵⁸² Hermann Interview, Anhang S. 8

⁵⁸³ Hermann Interview, Anhang S. 11 → wobei gesagt sein muss, dass der Club Change und andere Spitäler auch von Krisenfällen frequentiert wurden, jedoch ein dezidiertes drogenversorgungstechnisches und medizinisches Angebot von Entzügen, in Wien, nur an der hiesigen Universitätsklinik anzutreffen war.

⁵⁸⁴ da Herrn Dr. Presslich natürlich stets die Leitung und Verantwortung oblag → gemeinsame Überarbeitung der vorliegenden Arbeit mit Herrn Dr. Presslich am 7.2.2011

als äußerst wagemutige Pioniertätigkeit im Bereich der Drogentherapie, ihren heroischen Platz in der österreichischen Drogengeschichte beanspruchen.

4.1.1 Die offizielle Gründung der Drogenambulanz

Nachdem die Klinikleitung in der Person von Herrn Prof. Dr. Berner über die gegebenen Entwicklungen in Kenntnis gesetzt war und somit einer schrittweisen Etablierung einer offiziellen Drogenambulanz die Türen geöffnet werden konnten, sollte diese, bis dato - und seit jeher, auf informellem Wege geführte Ambulanz in den Status einer offiziell geführten Spezialambulanz übergehen. Somit erhielt diese erstmals ihre Verankerung im Gebilde der Psychiatrischen Universitätsklinik, deren Gründungszeitraum um das Jahr 1980/81 anzusetzen ist.⁵⁸⁵ Infolge dieser Entwicklung begab es sich, dass die neu ins Leben gerufene Einrichtung nun über eigene Räumlichkeiten verfügen sollte, welche in der allgemeinen Hauptambulanz ihren Platz einzunehmen hatten. →

[...] „dann gab es eben die schrittweise Etablierung, sodass wir von dort unten, weil sie das auch wieder anderweitig verwenden wollten, aber nicht gleich, sondern später, bin ich übersiedelt in die Ambulanz hinauf und habe dort im hinteren Teil ein Kammerl bezogen.“ [...] ⁵⁸⁶

Mit einem kleinen Ambulanzzimmer versorgt und kurze Zeit später um einen weiteren kleinen Ambulanzraum ergänzt, sollte von nun an die ambulante Versorgung drogenabhängiger Patienten ihren offiziellen Bestand finden.⁵⁸⁷ Die Rahmenbedingungen dieser Räumlichkeiten abwägend, musste man jedoch sehr bald erkennen, dass die Ambulanzräume, welche zwar dankbar in Empfang genommen wurden, dem Patientenansturm auf Dauer nicht gewachsen sein sollten. Nachdem man jedoch bekanntlicher Weise mit dem arbeitet, was zur Verfügung steht, gestaltete sich die ambulante Versorgung zu nächst folgendermaßen.

4.1.2 Die ambulante Versorgung

Wie bereits erwähnt, mit einem Ansturm von bis zu fünfzig Patienten täglich, in einem Zeitraum von gut 2 ½ bis 3 ½ Stunden, bemühte man sich darum, die ankommenden Drogenabhängigen ihrem Anliegen gemäß zu betreuen und hierbei in der Vielzahl der Fälle, die Klienten im Sinne eines ambulanten Entzuges zu entziehen. Hierfür sollte nun dementsprechend eine medikamentös orale, wie intravenös infusionsmäßige Behandlung im

⁵⁸⁵ Absatz Hermann Interview, Anhang S. 3, 4

⁵⁸⁶ Hermann Interview, Anhang S. 4

⁵⁸⁷ Hermann Interview, Anhang S. 7ff. & Vgl. Presslich Ergänzungsinterview, Anhang S. 6

Vordergrund stehen.⁵⁸⁸ Im Vergleich zu den bisher vernommen Vorgehensweisen unserer bereits erörterten Phasen der Drogentherapie im Hause des AKH, muss man sich nun vergegenwärtigen, dass die bisherige Verfahrensweise, im Sinne einer großteils sozialpsychiatrischen Behandlung und Versorgung, ihren Auftrag vollführte. Diese sozialpsychiatrische Basis galt natürlich auch für Herrn Dr. Hermann, welcher sich mit den Patientenepisoden und Anamnesegegeschichten befasste und den Umständen entsprechend ein offenes Ohr für die sozialen und medizinischen Patientenbedürfnisse zeigte. Aufgrund der jedoch nun bestandnehmenden Frequentierungszahlen und des bestehenden Zeitgeistes jener Tage, sollte sich das Bild der Betreuung Drogenabhängiger nachhaltig wandeln. Man war sich darüber im Klaren, dass ein Entzug es dem Patienten ermöglicht, seinen Entzugssymptomen unter medikamentöser Unterstützung besser begegnen zu können, dessen Überstehen schon einen wesentlichen Schritt in Richtung Drogenfreiheit bereiten konnte.⁵⁸⁹ Dem Ansturm der Klienten gemäß, fand sich jedoch, wie wir bereits hörten, alsbald eine Warteliste für stationär zu unternehmende Entzüge, was zu dem Umstand führte, dass nur eine sehr kleine Zahl von Patienten auch tatsächlich in den „Genuss“ eines stationären Entzuges kommen konnte, und der Rest einstweilen in einer Wartezeit befangen sein sollte. Die Entzugssymptomatik von Opiaten und Barbituraten „in mind“, war dies natürlich aus ärztlicher Sicht betrachtet, keine günstige Situation, da sich die Patienten üblicherweise bis zu einem frei werdenden Platz auf der Intensivstation, einstweilen ihrer Entzugserscheinungen im Sinne von weiterem Drogenkonsum erwehrten und hierdurch oftmals auch aus der Wartereihe schieden.⁵⁹⁰ Dies war der Startschuss zur Begründung eines ambulanten Entzugsangebotes.

Sich dem Zeitgeist gemäß einer pharmakologischen Intervention bzw. Unterstützung verschreibend und in den möglichen gesetzlichen Rahmenbedingungen befangen, ging man nun daran, das Feld der erlaubten und zur Verfügung stehenden Medikamente zu erforschen bzw. weiterführend zu erkunden. Die ersten Versuche im ambulanten Bereich wagte man daher, wie im Sinne der bereits bestehenden experimenthaften Entzugsversuche auf der stationären Ebene (Beruhigungsmittel, Neuroleptika, etc.), medikamentös experimentierend, wobei man versuchte die Entzugserscheinungen durch Gabe von Medikamenten wie bspw.

⁵⁸⁸ Vgl. Hermann Interview, Anhang S. 4ff. & S. 10

⁵⁸⁹ Vgl. Presslich Interview, Anhang 3, 10ff.

⁵⁹⁰ Vgl. Hermann Interview, Anhang S. 1, 7, 11

„Nootropil®“ (Piracetam)⁵⁹¹, „Catapresan®“ (Clonidin) und Antidepressiva zu lindern bzw. den Prozess der körperlichen wie psychischen Entzugsbelastung bestmöglich zu überbrücken.⁵⁹² Diese recht gut verlaufenden ambulanten Entzüge, kamen jedoch nun nicht nur aufgrund der geschilderten kapazitären Rahmenbedingungen zustande, sondern auch bspw. deshalb, →

[...] „wenn das nicht irgendwie eine gravierende Geschichte war und der Patient nicht unbedingt aufgenommen werden wollte, sozusagen in ein geschütztes Milieu“ [...] ⁵⁹³

oder

[...] wenn jemand gesagt hat also, er nimmt seit 8 Tagen, spritzt er sich täglich Heroin, dann haben wir ihm gesagt, also nicht die große Kanone mit irgendeiner stationären Aufnahme, sondern ambulant versuchen zu entziehen. Also so assistiert. Früher mit Neuroleptika und Tranquilizer und dann mit Clonidin und einer Zusatzmedikation.“ [...] ⁵⁹⁴

Demzufolge handelte es sich bei jener Art der Versorgung oftmals auch um Personen, welche, wie gesagt, keine allzu problematischen Fälle darstellten oder einen stationären Entzug aus verschiedenst-gearteten Gründen nicht wahrnehmen wollten oder konnten.

Zurück bei der medikamentösen Vorgehensweise, sollte man nun, wie gesagt, nichts unversucht lassen, um einen Weg zu finden, dem Patienten die Entzugsphase so erträglich wie nur möglich zu gestalten. Speziell die Erprobung des bereits erwähnten Arzneistoffes namens „Clonidin“⁵⁹⁵ sollte zunächst diesbezüglich erstaunliche Erfolgszahlen (von 1980 bis 1981) aufweisen, worin bspw. jedem Dritten der Patienten der Entzug derart gelingen sollte.⁵⁹⁶ Die Problematik, die hierbei jedoch im Laufe der Zeit zu vernehmen war, zeigte recht schnell, dass sich dieser Wirkstoff für den dauerhaften Einsatz nicht bewähren konnte, →

[...] „in Wirklichkeit [...] [ist dieses Medikament quantitativ] von den Patienten nicht angenommen worden.“ [...]

⁵⁹¹ für den Tranquilizerentzug → Hermann Interview, Anhang S. 6, 17

⁵⁹² Presslich Telefoninterview, Anhang S. 3, 4

⁵⁹³ Presslich Telefon-Interview, Anhang S. 2 → da bspw. entgegen der herkömmlichen Meinung über Drogenabhängige, auch viele der Patienten berufstätig waren → Katschnig, Wien (1989), S. 59 & diese ein Familienleben führten → Vgl. Presslich Interview, Anhang 18

⁵⁹⁴ Presslich Telefon-Interview, Anhang S. 3

⁵⁹⁵ hoch angepriesenes blutdrucksenkendes Mittel (Presslich Interview, Anhang S. 30) → [...] „Mit diesem Präparat konnte gezeigt werden, daß Symptome des Entzugssyndroms wie Muskelschmerzen, Muskelzucken, Tremor, psychomotorische Unruhe, Schwitzen und auch Angstzustände gut beeinflussbar sind, nicht jedoch Erbrechen, Durchfälle und Schlafstörungen. Als Zusatzmedikation war es unerlässlich, eine sedierende Begleitmedikation zu verabreichen.“ [...] → Gabriele Fischer, O. Presslich, Karin Gutierrez-Lobos, in dem Werk Hg. Dorothea Pfersmann und Otto Presslich, „Drogensucht und Therapie“, Wilhelm Maudrich Verlag, Wien (1994), S. 53 → im folgenden zitiert als Pfersmann/ Presslich, Wien (1994)

⁵⁹⁶ Marschalek, „Drogen“, Wien (1981), S. 51

denn

[...] „Hat[te] man es nieder dosiert, hat es nichts genützt. Hat man es höher dosiert und waren die Patienten schon älter, dann haben die womöglich Kreislaufkomplikationen bekommen. Das war etwas, wovor wir uns gefürchtet haben.“ [...] ⁵⁹⁷

Somit schied dieser Wirkstoff, vorweggenommen, bereits gegen Ende der 80iger auch wieder aus der ambulanten wie stationären Versuchsreihe. ⁵⁹⁸

Eine weitere Intervention fand sich anhand der unterstützenden Verabreichung von Vitamin C und anderen Vitaminen, welche die Situation des Patienten verbessern sollten. ⁵⁹⁹ Diese sprichwörtlichen Vitaminspritzen wirkten sich durchwegs positiv auf das körperliche Wohlbefinden der Patienten aus, da jene aufgrund deren schlechter Ernährung zumeist prinzipiell an Hypo-Ascorbämie (Vitamin C Mangel im Blut) und Kwashiorkor (einer schweren Erkrankung durch Eiweißmangel) litten, was naturgemäß das Immunsystem und die psychische Belastbarkeit der Patienten schwächte, aber hiermit nun etwas gelindert werden konnte. ⁶⁰⁰ → [...] „[Wir] haben [...] Unmengen an Vitamin C ausgeschenkt.“ [...] ⁶⁰¹

Auch der Einsatz von Hormonen stand auf der Versuchs- und Behandlungsliste unserer Drogenspezialisten. wobei dieser Einsatz jedoch nur bei seltenen Einzelfällen seine Platzierung fand, da dieser naturgemäß einen Eingriff in den Hormonhaushalt eines Menschen bedeutete, vor welchem man großen Respekt hatte und dementsprechend große Vorsicht walten ließ. ⁶⁰² Das hierfür geeignete Hormon fand sich anhand von „Oxytocin“, welches an sich bspw. für die Geburtseinleitung von Frauen, oder aber auch für einen besseren Milchfluss beim Stillen verwendet wird. Der Grund für diesen Einsatz lag darin begründet, dass dieses Hormon es vermag, die dysphorische Stimmung eines Entzuges positiv zu beeinflussen und prinzipiell sehr gut wirkt, um Beschwerden besser zu ertragen. →

[...] „Das Reißen der Füße bekommt man damit nicht weg, aber wie gesagt, die grundsätzliche, diese dysphorische Stimmung ist weg und damit ist der Entzug schon

⁵⁹⁷ Zitate → Presslich Interview, Anhang S. 30

⁵⁹⁸ Vgl. Presslich Ergänzungsinterview, Anhang S. 2

⁵⁹⁹ Vgl. Presslich Ergänzungsinterview, Anhang S. 6

⁶⁰⁰ Vgl. Hermann Interview, Anhang 6 & Opiatsucht-Behandlungsinstrument, Hypo-Ascorbämie, etc. → Intracerebralverlag, mit Verweis auf Studien von Alfred F. Libby und Irwin Stone (1977 & 1982), zu finden unter → <http://www.carlitos-amsel-vom-holunderstrauch.net/schriftenvondrhannescapuste/medizinischedifferenzierungdesheroinsuchtproblems/index.html#026153991107ffd0c>

⁶⁰¹ Hermann Interview, Anhang S. 6

⁶⁰² Vgl. Presslich Ergänzungsinterview, Anhang S. 6 → Herr Dr. Presslich von diesem Einsatz bspw. nichts wusste = S. 6

um vieles leichter zu handeln.“ [...].⁶⁰³

Dieses hatte sich demnach unterstützender Natur bewährt, wurde aber jedoch aufgrund der Risiken eines Hormoneingriffes nur in einer kurzen Versuchsreihe erprobt und hiernach ruhen gelassen.⁶⁰⁴

Wie wir also sehen können, blieb nahezu nichts unversucht, um auf legal-medikamentösem Wege für die Patienten geeignete Unterstützungen zu finden, sodass sich diese ihrer Entzugssymptomatik bestmöglich zu erwehren vermochten.

Das generelle Phänomen dieser Experimentierphase jener Tage ist gemeinhin darauf zurückzuführen, dass das relativ junge Phänomen von illegaler Drogenabhängigkeit und diesbezüglich auftretender Polytoxikomanie, in therapeutisch pharmakologischer Hinsicht, hierzulande wie anderswo noch in den Kinderschuhen steckte, sodass man zeitweise durch wissenschaftliche Fachliteratur auf vermeintliche Möglichkeiten stieß oder auch selbst eine weiterführende Möglichkeit hieraus ableitete und zum Einsatz brachte. →

[...] „Aus meiner Sicht war es so, dass [damals] jeder Doktor seine Erfahrung mit Medikamenten hatte und sie seiner Erfahrung gemäß angewandt hat. Und jeder hatte hunderte Dinge, die nirgendswo stehen. Die schon gar nicht im Beipackzettel stehen für was ein bestimmtes Medikament oder bestimmte Medikamentenkombination gut ist. Daher ist man auch gar nicht auf die Idee gekommen, wie wir unterschiedliche Medikamente zum Opiatentzug verwendet haben, dass wir eigentlich uns zuerst einmal um die Indikationszulassung bemühen sollten, weil wir waren schon froh, wenn es gewirkt hat. Das heißt, wir haben durchprobiert eine Reihe von Techniken, schon jetzt dokumentiert und so, dass man daraus Studien hätte machen können, wenn man die Kapazität an Computern gehabt hätte. Aber mit Bleistift und Papier ist das ja alles ein Aufwand, der nicht geht. Und wir haben immer wieder Entzugstechniken veröffentlicht und beschrieben, aber das waren auch alles Dinge, die vorher so nicht verwendet wurden. „Catapresan“ hatte, hat erst zu spät eine Zulassung für den Opiatentzug bekommen. [...] Auch das „Nootropil“ für den Tranquilizerentzug, das steht nirgends. Haben wir zwar veröffentlicht, aber es steht fast nirgendswo und ist inzwischen in Verruf geraten“ [...].⁶⁰⁵

Dies alles erwägend, könnte sich nun das Bild ergeben, dass man einfach wahllos herumexperimentierte, aber dem war, nochmals betont, entschieden nicht so. Wie gesagt, stieß man zumeist durch bestehende Studien auf einen Ansatzpunkt wie bspw. bei dem Medikament Nootropil®, welches sich bereits bei Alkohol- und Tranquilizer-Entzügen bewährt hatte.⁶⁰⁶

Auch bestehende Versuche im Hinblick auf Catapresan® (Wirkstoff Clonidin) führten zur

⁶⁰³ Absatz und direktes Zitat → Hermann Interview, Anhang S. 17

⁶⁰⁴ Vgl. Presslich Ergänzungsinterview, Anhang S. 6

⁶⁰⁵ Hermann Interview, Anhang S. 16ff.

⁶⁰⁶ hierzu eine Studie fortgesetzt wurde. → Vgl. Hermann Interview, Anhang S. 6

Aufnahme dieses Arzneimittels in die Versuchsreihe.⁶⁰⁷ Tendenziell waren es aber, diesem Umstand gemäß, natürlich dennoch immer wieder Einzelversuche und Versuchsreihen (wie eben bspw. mit Oxytocin, Clonidin oder verschiedensten Neuroleptika-Schlafmittelkombinationen)⁶⁰⁸ im Sinne von Probieren und Schauen →

[...] „das könnte vielleicht gehen oder der hat dort etwas gelesen ... So haben wir gesagt, na probieren wir's aus“ [...],

jedoch immer auch mit Bedacht auf das gesundheitliche Wohlbefinden des Patienten, sodass eine relevante und ethisch vertretbare Möglichkeit bzw. Lösungsoption zur Suchtbefreiung in diesem Tun enthalten sei.⁶⁰⁹

4.1.3 Die versorgungstechnische Seite der Behandlung (Patientenandrang, Versorgungssituation & Zeitaufwand)

Da wir nun, den Umfang dieser Diplomarbeit bedenkend, bestmöglich über die Teilgebiete der räumlichen Begebenheiten, die Gründung und medikamentöse Versorgung der Drogenambulanz in Kenntnis gesetzt sind, empfiehlt es sich auch, einen kleinen Einblick in den Arbeitsalltag von Herrn Dr. Hermann zu geben.

Wie gesagt mit „bis zu“ fünfzig Patienten pro Tag (in 2 ½ bis 3 ½ Stunden) konfrontiert, gestaltete sich die ambulante Versorgung bzw. der ambulante Entzug derart, dass dem Menschenansturm gemäß zumeist mehrere Patienten auf einmal von Dr. Hermann betreut wurden. Am Beginn zunächst am Gang vor der Intensivstation. Medikamente verabreichend und Infusionen anlegend, musste den Umständen entsprechend dies natürlich relativ schnell passieren, da bei manchen der Suchtpatienten auch bspw. Blut abgenommen werden musste und der Alltag auf der Intensivstation im Sinne von Visiten ebenso noch andauerte.

→ [...] „Dr. Presslich drinnen im Patientenzimmer schon geschrien hat: „Hermann Visite“, während ich draußen noch mit den Patienten herum gewerkt habe und Blut abgenommen habe und Ähnliches.“ [...] ⁶¹⁰

Im Zuge dieser Überflutung und Hast geschah es nun, dass sich Dr. Hermann auch schon einmal mit einer Infusionsnadel verletzen konnte, was dazu führte, dass dieser sich in der Anfangszeit seiner Tätigkeit mit Hepatitis C infizierte.⁶¹¹ Hieran kann man nun sehr schön

⁶⁰⁷ Vgl. Presslich Interview, Anhang S. 29ff.

⁶⁰⁸ da diese Interventionsmöglichkeiten ja noch in der Anwendung weitererforscht werden mussten

⁶⁰⁹ Vgl. Text und direktes Zitat → Hermann Interview, Anhang S. 17 & Bedachtheit auf die Patienten siehe Hermann Interview 3, 6, 8ff, 13, 14, 16 etc.

⁶¹⁰ Hermann Interview, Anhang S. 2

⁶¹¹ Vgl. Hermann Interview, Anhang S. 1ff. → diese Krankheit jedoch erst später als solche identifiziert bzw. betitelt werden konnte → siehe Entdeckung von Hepatitis C (1989) zu finden unter <http://www.uniklinik-duesseldorf.de/deutsch/unternehmen/kliniken/klinikfrgastroenterologiehepatologieundinfektiologie/behandlungs>

erkennen, dass die Arbeit mit Drogenpatienten kein risikoarmes Unterfangen an sich darstellte und zu Beginn der 80iger Jahre das Bewusstsein über Ansteckungsrisiken von Infektionskranken noch nicht wirklich vorhanden war, da dessen wahrliche Publikwerdung sich erst mit dem Auftreten der HIV- und Hepatitis-Welle gegen Mitte der 80iger Jahre abzeichnete und von da an allorts seine Bekanntheit erlangen sollte.⁶¹²

Zurück bei der ambulanten Versorgung, kümmerte man sich wie gesagt von Beginn an gleichzeitig um mehrere Patienten. Die Tatsache, dass man nun nach und nach in den Genuss eigener Ambulanzräumlichkeiten kommen sollte, änderte recht wenig an diesem Umstand, sodass zumeist rund 7 Patienten auf einmal von Dr. Hermann betreut werden mussten. →

[...] „diese Ambulanzräume, wie sie sind, da ist eine Untersuchungs- und Liege gewesen, ein Schreibtisch und ein Sessel. Und auf der Untersuchungs- und Liege habe ich aufgereiht so viele Patienten wie hinauf gepasst haben, habe ihnen zack, zack, zack, zack, die Infusionen angehängt und hab mit Sieben auf einmal geredet, was den Vorteil hatte, dass ich Erstens nur einmal für sieben Patienten sprechen musste und dass, wenn einer der mit besonderen Wuchtern gekommen ist, die anderen Patienten gesagt haben, „Oida bitte lass dir das Ding, wissen wir schon dass du es probierst [Versuch sich Tranquilizer zu beschaffen oder Sonstiges], aber vergiss es. [...] Das war sehr energiesparend und ging auch relativ gut, weil wir haben dort ja [eben] primär Entzüge gemacht.“ [...]“⁶¹³

Diesem quantitativen Umstand gemäß, welcher zwar relativ gut funktionierte, machte man sich nun den Umstand zu Nutze, dass Medizin-Studenten, Psychologinnen, die ihre Praktikumszeit an der psychiatrischen Klinik verrichteten, sich bereit erklärten, in der Drogenambulanz mitzuwirken bzw. hierfür motiviert werden konnten. Zwei hiervon und eine dritte junge Dame wurden dementsprechend angelernt, →

[...] „man hat eben diesen Ärztinnen gesagt, geben sie dem Patienten das und das und das nicht“ [...],

sodass diese bspw. beim Medikamentenausteilen und Infusionen-Anschließen behilflich waren, und man meist zu zweit in einem der Ambulanzräume gemeinsam diese Tätigkeiten verrichtete.⁶¹⁴

Der Einstieg in den ambulanten Entzug für die Patienten selbst folgte zumeist dem Motto, dass die Klienten sich mit ihren Wünschen und Beschwerden an Herrn Dr. Hermann wandten und jener hierzu meinte, →

[...] „das war von Anfang an sehr, eigentlich sehr kundennahe. Also nicht mit, der

[schwerpunkte/leber/virushepatitis/hepatitisc/page.html](#)

⁶¹² Bewusstsein über Ansteckungsrisiko → Hermann Interview, Anhang S. 2

⁶¹³ Hermann Interview, Anhang S. 4ff.

⁶¹⁴ Hermann Interview, Anhang S. 5

Patient muss und brav und sonst was, sondern er hat gesagt er will einen Entzug machen, ich habe gesagt, gib her. Wenn er sein Zeug hergegeben hat, haben wir angefangen. Wenn nicht, dann habe ich gesagt, konsumier es auf und wenn du wirklich willst komm wieder.“ [...] ⁶¹⁵

Die zu versorgenden Patienten waren hiernach im Schnitt bezüglich eines ambulanten Entzuges zwischen 2 bis 3 Wochen in der Ambulanz zugegen, wobei die Anfangszeit naturgemäß die Härteprobe stellte. →

[...] „Nun ja, der Entzug war, wenn man Akutentzüge macht, [...] ist der Patient 3 Tage lästig und dann [wurde] es besser. [...] „Nun, am ersten Tag ist es nicht so schlimm, der zweite Tag ist resch, der dritte Tag ist wirklich hart. Wenn man die Nacht nach dem dritten Tag überstanden hatte, wurde es besser.“ [...] ⁶¹⁶

Der Erfolg hierbei war trotz der spärlich vorhandenen Therapieressourcen beachtlich, denn laut den Auskünften von Herrn Dr. Hermann hatte man um die 50% liegende Erfolgsraten bei den ambulanten Entzügen →

[...] „und wenn wir Glück gehabt haben, ein bisschen mehr Erfolgsrate. Die habe ich jetzt mit einer vollausgestatteten Station auf dem Steinhof auch nicht besser.“ [...] ⁶¹⁷

Viele der Patienten sind natürlich aber auch wieder rückfällig geworden, →

[...] „dann war es eine Zeit lang in Ordnung und nach 1 ½ Monaten ist er wieder abgestürzt“ [...] ⁶¹⁸

und ist wieder gekommen. ⁶¹⁸ Manche der Klienten sogar mehrmals, welche man jedoch, falls es vom Andrang her möglich war, abermals betreuen sollte. →

[...] „Nicht ein Regelwerk war, du musst jetzt und Wehe, sondern“ [...] man natürlich versuchte diese ebenso weiterhin zu unterstützen. ⁶¹⁹

Neben diesen versorgungstechnischen Begebenheiten, hatte das Ärzteteam um Herrn Dr. Hermann und Herrn Dr. Presslich jedoch noch beifällige sozialpsychiatrische Arbeit zu leisten, da das auftauchende Drogenklientel, wie man weiß, nicht gerade ein einfaches Publikum im Hinblick auf adäquate soziale Umgangsformen stellen sollte. Streitereien und anbrechende Raufereien, welche aufgrund der engen räumlichen Gegebenheiten und niedrigen Belastungsschwelle innerhalb der Entzugsphase zu tragen kommen konnten, galt es hierbei oftmals zu verhindern. ⁶²⁰ →

⁶¹⁵ Hermann Interview, Anhang S. 7

⁶¹⁶ Hermann Interview, Anhang S. 6

⁶¹⁷ Hermann Interview, Anhang S. 5

⁶¹⁸ Hermann Interview, Anhang S. 10

⁶¹⁹ Hermann Interview, Anhang S. 10 → mit jugendlichem Eifer und der Überzeugung, dass man wirklich jedem helfen könne. Fußnote → Hermann Interview, im Anhang S. 13

⁶²⁰ Vgl. Presslich Interview, Anhang S. 28 & Schmid-Siegel Interview, Anhang S. 7

[...] „Die hatten damals auch Messer, Waffen und Sonstiges. [...] [Und] da wir das nicht wollten, haben wir gesagt, gib es her und haben es dann in die Lade gelegt [...],

was auch zu einer recht amüsanten Situation führen sollte. →

[...] Nicht?! [...] Professor Dr. Berner will die Drogenambulanz irgendwelchen ausländischen Gästen zeigen, die Lade ist aber offen, drinnen liegen 2 Pistolen und so ein Messer. Die hat er wieder zu gemacht und kam möglichst lange nicht wieder.“
[...]⁶²¹

Ein weiterer versorgungstechnischer Aspekt der Betreuung drogenabhängiger Klienten lag des Weiteren auch oftmals darin, dass die Patienten, welche sich zumeist auch mit etwaigen körperlichen Begleiterscheinungen oder generellen Erkrankungen an unsere Drogenärzte wandten bzw. mit solchen anzutreffen waren, von jenen versorgt wurden. →

[...] „Also wir haben geschaut, wenn der Patient Fieber gehabt hat, haben wir uns einen Internisten geholt. Es war, wir haben auf solche Sachen geachtet und das ist auch etwas, was in die Tradition dann eingegangen ist, denn in den Drogenambulanzen die ich geleitet habe, hatte ich immer zumindest die Hälfte praktische Ärzte angestellt, damit man die Kompetenz hat, wenn der Patient körperlich krank ist, das zu behandeln. Denn diesen woanders hinschicken, da geht er nur hin und sagt er braucht mehr Tranquilizer oder sonst etwas, und die Krankheit wird nicht behandelt. Denn die sagt er nicht oder will er nicht oder nimmt das dann eh nicht. Das heißt, man muss das vor Ort [erledigen].“ [...] ⁶²²

Demgemäß wurden auch bspw. Abszesse, welche zum Beispiel aus der Injektion von Barbituraten resultierten, entweder direkt von den Ärzten der Drogenambulanz aufgeschnitten und behandelt, oder diese auch an die chirurgische Ambulanz weitervermittelt.⁶²³ Diese Zusammenarbeit mit anderen Kliniken und Stationen des Hauses war „state of the art“ bzw. wurde diese weiterhin forciert und als solche in die Wege geleitet. →

[...] „Wenn jemand wirklich körperlich krank war, dann hat man ihn als Notfall auf eine andere Ambulanz überwiesen. Auf die Interne oder Haut- oder Augen- oder Frauen- oder wie eben benötigt“ [...] ⁶²⁴

von welcher er nachfolgend, an die Ambulanz zurückkehrte.⁶²⁵

→ [...] „Wenn ein Patient schwer krank war, haben wir uns einen Doktor oder halt zu irgendeinem, den wir gekannt haben, gesagt: „Geh bitte, da haben wir einen Patienten, könnten sie vergessen, dass der drogensüchtig ist und schau bitte an, an was der stirbt, bis wir ...“ Aber es war doch eher mehr so, dass die anderen uns gerufen haben, wenn irgendwo ein Drogensüchtiger war [auf den anderen Stationen], wo sie gesagt haben, was kann man denn mit dem tun, was kann man ihm geben, was kann man machen.

⁶²¹ Hermann Interview, Anhang S. 8

⁶²² Hermann Interview, Anhang S. 11

⁶²³ Vgl. Hermann Interview, Anhang S. 8

⁶²⁴ Presslich Interview, Anhang S. 32

⁶²⁵ Vgl. Presslich Interview, Anhang S. 27ff.

Und das waren aber tendenziell im ersten lockeren Jahrzehnt eigentlich weder Tranquilizer, noch irgendwelche substitutionsartigen Dinge.“ [...] ⁶²⁶

Die sozialpsychiatrische bzw. –therapeutische Vorgehensweise, weiterhin bemüht einen nachhaltigen Weg aus der Sucht zu gewährleisten, versuchte natürlich die Patienten an weiterführende Institutionen weiterzuvermitteln, wobei hierfür, dem quantitativen Ansturm der Patienten gemäß und der fehlenden sozialarbeiterischen Unterstützung, jedoch immer weniger Zeit zu Verfügung stehen sollte. Die hauptsächliche Versorgung der Patienten tendierte demnach immer mehr in Richtung Konzentration auf ambulante Entzüge und Vorbereitung auf den stationären Entzug, da für anderweitige Tätigkeiten zumeist die Zeit fehlen sollte. An ambulante Gruppen war dementsprechend auch nicht zu denken, da hierfür die räumlichen und zeitlich-personellen Kapazitäten einfach nicht ausreichten. Diesbezüglich war nun die hauptsächliche Versorgung dieser Tage daher vorwiegend medizinisch-interventionär anzutreffen, da für eine sozialpsychiatrisch-therapeutische Behandlung nochmals gesagt, ganz einfach die Ressourcen fehlten. →

[...] „Die Gesprächsdauer war marginal, aber die medizinische Interventionstiefe war ganz ordentlich.“ [...] ⁶²⁷

4.2 Die Vorbereitung auf die stationären Entzüge

Die Vorbereitung für die stationären Entzüge erfolgte, den gegebenen quantitativen und zeitlichen Umständen gemäß, nun derart, dass unsere Ärzte und die vorhandenen Sozialarbeiterinnen der Hauptambulanz in vorbereitenden Gesprächen sich nach wie vor darum bemühten, den Patienten die Angst vor etwaigen Datenweitergaben und restriktiven Ahndungen in Folge einer Aufnahme zu nehmen, welche demgemäß nach wie vor gesetzlich ihren Bestand fanden. Auch die Ängste vor den Entzugserscheinungen zu nehmen war hierin ein wichtiger Bestandteil dieser Gespräche, sodass sich die Patienten ein reales Bild von den etwaigen Vorkommnissen und Eingriffen machen konnten. ⁶²⁸ Hatte sich nun ein Suchtkranker dazu entschlossen, einen stationären Entzug an der Klinik zu wagen, war natürlich die Frage, ob ein Bett in der Intensivstation frei sei oder wie lange man auf der Warteliste auf ein diesbezügliches warten müsse. Falls man nun direkt oder alsbald einen Platz ergattern konnte, sah die Vorbereitung auf den Entzug derart aus, dass sich wie bisher der Patient zu einem zehntägigen Aufenthalt verpflichtete und in ein sicherheitsbedingtes Besuchsverbot, wegen

⁶²⁶ Hermann Interview, Anhang S. 13ff.

⁶²⁷ Hermann Interview, Anhang S. 11

⁶²⁸ Absatz → Vgl. Marschalek, Wien (1981), S. 50

etwaiger Drogeneinschleusung, einwilligte. Mittlerweile „state of the art“ zeigte man dem Klienten wie in den vorangegangenen Kapiteln beschrieben die zu erwartenden Rahmenbedingungen respektive die Station⁶²⁹ und stellte mit ihm gemeinsam einen Therapieplan zusammen. Die Vorbereitungszeit selbst wurde auch hierin weiterhin dazu genutzt [...] „die reale Situation des Patienten zu verbessern“ [...] wobei sich die Sozialarbeiterinnen der Hauptambulanz um die Sorgen der Klienten bemühten,⁶³⁰ sowie auch das Team der Streetwoker sich mit jenem Fall auseinandersetzte, man hierbei mit den Angehörigen sprach und die Möglichkeiten weiterführender, nachbetreuender Behandlungsschritte mit den Patienten eruierte.⁶³¹ →

[...] „In den ersten Jahren von Streetwork sind diese Mitarbeiter gekommen zu mir in die Ambulanz [...] und haben sich von dort Patienten geholt [...] was mich in der Ambulanz nicht gestört hat, [...] [aber] es gab in der Gründungsphase überhaupt keine sozialarbeiterische Abdeckung. [...]“⁶³²

Diese Aussage von Herrn Dr. Hermann gibt nun sehr schön Aufschluss darüber, dass man zwar einerseits dankbar war, sozialarbeiterische Unterstützung zu erhalten, diese jedoch andererseits noch in keinem ausreichenden Verhältnis anzutreffen sein sollte. Dementsprechend lagen die sozialarbeiterischen und weitervermittelnden Aufgaben hauptsächlich weiterhin im Bereich unserer Drogenärzte Dr. Presslich und Dr. Hermann, welche diese sprichwörtlich zwischen Tür und Angel begingen, da ihre eigentlichen Entzugstätigkeiten recht wenig Zeit für derartige Unterfangen nunmehr erübrigten.⁶³³

Den Entzug wie zuvor vorbereitend, zeichneten sich hierbei jedoch nun weitere Vernetzungstätigkeiten der universitären Drogeneinrichtung ab, deren Bestandnahmen einer kurzen Erörterung bedürfen.

4.3 Weitere Vernetzungen der Suchtkranken-Versorgung in Wien

Wie bereits in den vorhergehenden Kapiteln kurz erwähnt (siehe 3.3.1), begibt es sich zu Beginn der 1980ig Jahre, dass eine Zusammenarbeit zwischen dem 1980 begründeten Modellprojekt Streetwork und der Universitätsklinik des AKHs in die Wege geleitet wurde.⁶³⁴ Verantwortlich für dieses Zustandekommen ist hierbei unser Assistenzarzt Dr. Peter Hermann,

⁶²⁹ Vgl. Presslich Interview, Anhang S. 31

⁶³⁰ jedoch nach wie vor am Rande, da diese ja für die gesamte Ambulanz zuständig sein sollten und nicht dezidiert für die Drogenambulanz zur Verfügung standen → Vgl. siehe nochmals die Aussage Herrn Dr. Presslich´s in Punkt 3.3.1

⁶³¹ Gesamter Absatz und direktes Zitat → Marschalek, Wien (1981), S. 50

⁶³² Hermann Interview, Anhang 9

⁶³³ Vgl. bspw. Presslich Interview, Anhang S. 12, 26 & Hermann Interview, Anhang S. 7, 10ff.

⁶³⁴ Modellprojekt Streetwork – Eisenbach-Stangl, Wien (2008), S. 25

welcher, seit dem Jahre 1982, für kurze Zeit den Konsiliararzt für die neu gegründete § 22 SGG Einrichtung stellte.⁶³⁵ Die intensive Zusammenarbeit mit jener Einrichtung sollte jedoch unser Oberarzt an der Intensivstation, Dr. Otto Presslich, letztlich begründen. Aufgrund des Umstandes, dass dieser weiterhin darum bemüht war, jene Klienten in der Szene zu frequentieren, welche sich nach wie vor nicht trauten, sich mit ihren Suchtproblemen an die Drogenambulanz zu wenden und auf Grund des Umstandes, dass sich Mitglieder des alternativen Jugendzentrums Gassergasse an jenen wandten, um einen Arzt für deren Einrichtung zu akquirieren, sollte dieser dort in engeren Kontakt mit den Mitarbeiterinnen des Projektes „Streetwork“ kommen.⁶³⁶ Dr. Presslich, von diesen motiviert, sollte in der Folgezeit (ab 1984) einmal wöchentlich abends für einige Stunden in deren Gassenlokal, Rochusgasse 8, zugegen sein und sich um die Anliegen hiesiger Patienten bemühen.⁶³⁷ Im Gegenzug für diese Unterstützung stellten jene innerhalb der nächsten Jahre ebenso 1 bis 2 Mal die Woche Sozialarbeiter für die Klinik ab, welche sich von nun an unterstützend um die sozialarbeiterischen Anliegen der Patienten kümmern sollten, für deren Versorgung keine eigenen hausinternen Kapazitäten zu Verfügung standen.⁶³⁸

Eine weitere und etwas früher entstandene Entwicklung bzw. Zusammenarbeit zeigte sich auch in der Verbindung zwischen der Wiener Zentralstelle für Suchtkrankenhilfe und dem Allgemeinen Krankenhaus. Im Jahre 1979 diese Zentralstelle (umbenannt „Zentralstelle für Suchtgefahren“) in unmittelbare Nachbarschaft der Universitätsklinik verlegt (Borschkegasse), bahnte sich eine derartige Zusammenarbeit den Weg. Die Aufgabe dieser neuen „ambulanten Einrichtung“ des PSD (Psychosozialen Dienstes der Stadt Wien) drehte sich vorwiegend um die Notwendigkeit, psychohygienische Tätigkeiten zu verrichten, wie bspw. Aufklärungsarbeit in der Öffentlichkeit zu leisten, sowie auch Beratungs- und Behandlungstätigkeiten für Drogenabhängige zu übernehmen. Freiwillige, sowie gesetzlich motivierte Ratsuchende, sollten sich seit jener Zeit an diese Zentralstelle wenden, wobei man versuchte, Behandlungsmaßnahmen und eine gesundheitliche wie soziale Reintegration für Drogenkonsumenten zu ermöglichen. Handelte es sich hierbei nun bspw. um einen Patienten

⁶³⁵ wobei schon Dr. Ranefeld im Club Change mit jenen 1979 zusammenarbeitete → Vgl. Text und Fußnote → Streetwork – Hermine Schmidhofer, „15 Jahre Streetwork – Mit Drogengebraucherinnen und Drogengefährdeten 1979 – 1994“, Wien (1995), S. 4

⁶³⁶ Vgl. Presslich Interview, Anhang S. 14, 15

⁶³⁷ was Dr. Presslich in diesem Rahmen bis Anfang der 90er Jahre übernahm → Vgl. Text und Fußnote Presslich Interview, Anhang S. 15 & Streetwork, Wien (1995), S. 4

⁶³⁸ Vgl. Presslich Interview, Anhang S. 25, 26

bzw. Missbraucher von harten Drogen, sollte diesem ein

[...] „vierstufiger Behandlungsplan mit somatischem Entzug, Konsolidierung, Restitution und Reintegration“ [...]

nahegelegt werden, wobei

[...] „die Durchführung dieses Behandlungsplanes [...] an eine enge Zusammenarbeit mit der Wiener Psychiatrischen Universitätsklinik, dem Psychiatrischen Krankenhaus Baumgartner Höhe und mit der Drogenstation des Anton-Proksch-Institutes in Kalksburg“ [...]

gebunden sein sollte,⁶³⁹ was letztlich auch derart naheliegend, teilweise realisiert werden konnte.⁶⁴⁰

Seit dem Jahre 1980 ärztlicher Leiter der Zentralstelle für Suchtkrankenhilfe, war unserer altbekannter Jung-Arzt Dr. Peter Hermann,⁶⁴¹ welcher die Kooperation, die schon informeller Natur seit Begründung dieser Zentralstelle existierte, letztlich verankern sollte. →

[...] „und zwar war das ein primär stützendes psychotherapeutisches Backup [...] so dass man gesagt hat, das war eigentlich der Beginn einer Zusammenführung mit einer psychosozialen Betreuung vom medizinischen Teil. Das war zuerst ein informelles Verhältnis und [...] dann war ich gleich eine Zeitlang parallel Doktor oben, nicht Doktor unten. Also medizinisch gearbeitet oben [AKH], nicht medizinisch unten.“ [...]⁶⁴²

Die Vorbetreuung behandlungswilliger Personen hierbei initiiierend bzw. vorbereitend und einen medizinischen Teil der universitären Drogenambulanz subventionierend, stellte diese Zusammenarbeit mit dem PSD in jenen Tagen einen großen Beitrag zur angestrebten holistischen Versorgung suchtabhängiger Patienten.⁶⁴³ In gemäßigtem Rahmen womöglich die quantitativen Kapazitäts- und Versorgungsengpässe der Klinik etwas entlastend, war diese Entwicklung ein großer Schritt in Richtung einer umfassenden ambulanten Betreuung Suchtabhängiger, jedoch war nach wie vor ein spürbarer Mangel an Versorgungseinrichtungen, im ambulanten wie auch im stationären Bereich, hierbei dennoch nicht zu übersehen.⁶⁴⁴

Eine weitere und abschließend sehr wichtige Vernetzungs- bzw. Betreuungstätigkeit unserer Drogenärzte Dr. Presslich und Dr. Hermann, welche über die direkte Versorgung der Patienten

⁶³⁹ Gesamter Absatz und direkte Zitate → Günther Pernhaupt, in Mader/Strotzka, Wien (1980), S. 282 - 285

⁶⁴⁰ Vgl. Gabriele Fischer, „Drogenambulanz – Jahresbericht 1995“, Universitätsklinik für Psychiatrie, Wien (1995), S. 37

⁶⁴¹ Persönlich erhaltener Lebenslauf von Dr. Hermann

⁶⁴² Hermann Interview, Anhang S. 15

⁶⁴³ Vgl. Hermann Interview, Anhang S. 15 & Pernhaupt, in Mader/Strotzka, Wien (1981), S. 282ff.

⁶⁴⁴ Vgl. Hermann Interview, Anhang S. 7, 8, 11, 12

hinausgehend ihren Bestand gefunden hatte, findet sich letztlich auch im Sinne einer privat-initiativen Begünstigung bzw. Entstigmatisierungsarbeit Suchtabhängiger, bspw. im Bereich der Exekutivbehörden. →

[...] „Nun, dann haben wir die Richter bearbeitet und beknet und mit den Polizisten geredet, und denen erklärt, dass das eine Krankheit ist und nicht ein böser Wille. Und das war schon ein sehr umfassendes Geschehen.“ [...] ⁶⁴⁵

Diese gesamte Versorgungsarbeit mit und für Drogenabhängige nun dementsprechend zusammenfassend, muss gesagt sein, dass wirklich keine Mühen von Seiten unserer Drogenärzte gescheut wurden, um eine adäquate Betreuung und Sichtweise für das Phänomen Suchtabhängigkeit in die Wege zu leiten. Hierdurch zeigt sich abermals, dass die hierfür getätigten Maßnahmen stets mit Herzblut und persönlichem Schweiß vorangetrieben wurden, um für jene zu sprechen und zu sorgen, welche sich ihrer Ketten selbstständig nicht zu erwehren vermochten.

4.4 Die Patientenzahlen der Ära Dr. Hermann

Aufgrund der Tatsache, dass Herr Dr. Hermann im Jahre 1982 die Universitätsklinik des Allgemeinen Krankenhauses verlassen sollte, um das Amt des Primarius auf der Baumgartner Höhe (Otto-Wagner-Spital) einzunehmen und weiterhin seinem Dienst als ärztlicher Leiter der Zentralstelle des PSD nachzukommen, empfiehlt es sich zu diesem Zeitpunkt, Auskunft über die Patientenfrequenzierungszahlen dieses Zeitraums zu geben, um hiernach bei den gewichtigen Weiterentwicklungen unserer Drogenambulanz eigenständig fortfahren zu können.

Was nun den Umstand der Patientenaufzeichnungen betrifft, von welchem wir schon hörten, wurden hierbei für die Klienten eigens Karteikarten angelegt, welche jedoch im Sinne unseres bereits vernommenen Patientendatenschutzes, nach wie vor nicht nach außen getragen wurden. →

[...] „Ganz gleich wer auf die Klinik mit was gekommen ist, die Depressionsdiagnose hatte, weil man den Patienten schützen wollte. [...] Das ist aus heutiger Sicht irrwitzig, aber irgendwo war es die damalige Kultur.“ [...] ⁶⁴⁶

Die Aufzeichnungen der Karteikarten selbst kamen hierbei auch derart zustande, dass man sich hierin einer Kürzel-Reihe, bestehend aus 4 bis 5 Zeichen, bediente, welche den Zustand

⁶⁴⁵ Hermann Interview, Anhang S. 14

⁶⁴⁶ Hermann Interview, Anhang S. 3 → worüber auch Dr. Alfred Springer im persönlichen Interview Auskunft gab, indem er meinte, [...] „Nun, ich kann mich erinnern, dass aus Innsbruck einmal einer gesagt hat, er diagnostiziert nur Neurasthenie. Die ganze Klinik hat dort 5 Jahre lang nur Neurastheniker gehabt.“ [...] → Springer Interview I, Anhang S. 9

des Patienten, den Drogenzustand und die Medikation gekennzeichnet hatten. →

[...] „Ich weiß heute nicht mehr wie ich das kodiert habe. Aber ist ja auf jeden Fall sicher, dass außer mir das niemand lesen konnte. Und ich habe es aber nicht gemacht, dass es keiner lesen kann, sondern wenn sie fünfzig Patienten in 2 ½ Stunden haben, ist das alles schwer ohne Kürzel zu dokumentieren.“ [...] ⁶⁴⁷

Wie wir bereits gehört haben, hatte Herr Dr. Hermann zum Zeitpunkt der Erkenntnis des Klinikvorstandes Prof. Dr. Berner bezüglich der Drogenambulanz, bereits 2500 Karteikarten, aus persönlichen Patientenkontakten resultierend, vorliegen. ⁶⁴⁸ Da Herr Dr. Hermann im Mai des Jahres 1979 an die psychiatrische Universitätsklinik zurückkehrte und die offizielle Begründung der Drogenambulanz gegen Ende des Jahres 1980 anzusetzen ist, können wir sehen, dass sich die bis dato vorliegenden Patientenzahlen von Herrn Dr. Ranefeld (max. 780 Patientenkontakte pro Jahr) bereits mehr als verdoppelt hatten. ⁶⁴⁹ Um jedoch auch ausgewiesene Zahlenpublikationen vorzuweisen, kann gesagt sein, dass von Juni 1980 bis November diesen Jahres 879 Patienten die Ambulanz frequentierten, wobei jeden Monat rund 20 bis 25 neue Suchabhängige hinzukamen. ⁶⁵⁰ Dr. Heinz Katschnig gibt desweiteren in seinem Werk, „Psychiatrische Universitätsklinik Wien 1971 – 1988“, auch darüber Auskunft, dass im Jahre 1980 1.686 Patientenkontakte diesbezüglich ihren Bestand genommen hatten. ⁶⁵¹ Im Jahre 1981 schnellte diese Zahl nahezu ins Unermessliche, da bereits in den ersten drei Monaten rund 1540 Patientenkontakte zu verzeichnen waren, wovon 139 Erstkontakte ausgewiesen werden konnten. ⁶⁵² Da für das Jahr 1982 keine publizierten bzw. zugänglichen Daten vorliegen, ⁶⁵³ muss man annehmen, dass aufgrund von mündlicher Propaganda innerhalb der Drogenszene und persönlich weiterhin forcierter Zugänglichkeitsarbeit seitens Herrn Dr. Presslichs (siehe 3.3.2 & 4.3), diese Zahl weiterhin im Steigen begriffen sein sollte. Dies auch deshalb, da die nächste vorliegende Zahl für das Jahr 1985 mit jährlich 4.576 Patientenkontakten hierüber Auskunft gibt, woran man sehr schön sehen kann, dass sich innerhalb weniger Jahre die Zahl der Ambulanz-Frequentierungen bereits verdreifacht hatte. ⁶⁵⁴

⁶⁴⁷ Vgl. und Zitat Hermann Interview, Anhang S. 4

⁶⁴⁸ Siehe Hermann Interview, Anhang S. 4

⁶⁴⁹ Rechengang geschätzte 15 Monate = 2500 Patienten = 166,7 Patienten monatlich x 12 = 2000 Patienten für ein Jahr

⁶⁵⁰ Marschalek, Wien (1981), S. 51

⁶⁵¹ Katschnig (1989), S. 22

⁶⁵² Marschalek, Wien (1981), S. 51

⁶⁵³ abermals mein Verweis auf das Archiv „Fort Knox“ der Drogenambulanz bzw. die nicht erhaltene Genehmigung mich diesbezüglich schlau zu machen ... siehe Punkt 3.4

⁶⁵⁴ Katschnig (1989), S. 22

Wie gesagt, hatte Herr Dr. Hermann die Drogenambulanz im Jahre 1982 bereits verlassen, weshalb die zuletzt genannte Zahl lediglich einen Vergleich und Vorausblick auf die kommenden Ereignisse der Suchtkrankenversorgung innerhalb des Allgemeinen Krankenhauses liefern soll, deren weiteren und parallel verlaufenden Entwicklungserscheinungen wir uns sogleich zuwenden möchten.

4.5 Die stationären Entzüge auf der Intensivstation in den 80er Jahren⁶⁵⁵

Parallel zu der ambulanten Entzugsversorgungsentwicklung, eingerichtet und forciert durch unseren liebgewonnenen Herrn Dr. Peter Hermann, und der gemeinsamen Begründung der Drogenambulanz zusammen mit unserem Leiter der Intensivstation Dr. Otto Presslich, zeigte auch die Entwicklung der stationären Entzüge dieser Zeit gute Fortschritte. Nach wie vor an die gesetzlich-pharmakologischen Rahmenbedingungen gebunden, ging man zunächst daran, die stationär zu entziehenden Patienten vorerst nach altem Bilde, das Abstinenzziel verfolgend, mit stark wirksamen Neuroleptika, schmerzstillenden Medikamenten wie bspw. Tranquilizern („Valium“®, „Praxiten“®, etc.)⁶⁵⁶ und Antidepressiva (bspw. „Sinequan“®) zu behandeln bzw. diesen hierdurch eine möglichst schmerzfreie Entzugsphase zu gewährleisten.⁶⁵⁷ Hierin bemühte man sich weiterhin, das medikamentöse Feld von möglichen Entzugspräparaten zu erschließen, wobei dies nach wie vor an einen experimentellen Rahmen gebunden war, da man sich →

[...] „in der Zusatzmedikation [...] [noch] weitgehend an die Bedürfnisse der Patienten [...] [anpasste]“ [...],

um die Entzugsdauer für jene erträglich zu gestalten und hierin auch nach geeigneten Entzugsinstrumenten für die verschiedenen Substanzentzüge (hauptsächlich Opiate und Tranquilizer) zu suchen. →

[...] „Und ja, so haben wir uns eben gerichtet und wir haben nie eine saubere Medikation zusammengebracht, sondern immer nur eine schwerpunktmäßige. Schwerpunktmäßig Neuroleptika, schwerpunktmäßig Clonidin.“ [...] ⁶⁵⁸

Der Einsatz des Wirkstoffes Clonidin, von welchem wir schon innerhalb der ambulanten Entzugsbehandlung hörten, war somit ebenfalls in der stationären Entzugstherapie

⁶⁵⁵ Worin bezüglich der medikamentösen Vorgehensweisen bzw. Versuchsreihen abermals gesagt werden muss, dass hierbei lediglich ausschnittshafte Szenarien ihren Bestand finden können, da die umfassenden Erörterungen hiervon den Rahmen dieser Arbeit bei weitem sprengen würden. Diesbezüglich soll jedoch für etwaiges Interesse, über weiterführende Literatur in den jeweiligen Kapiteln Auskunft gegeben werden.

⁶⁵⁶ Vgl. Presslich Telefon-Interview, Anhang S. 3

⁶⁵⁷ Vgl. bspw. Presslich Interview, Anhang S. 10ff.

⁶⁵⁸ Vgl. und Zitate Presslich Telefoninterview, Anhang S. 3

anzutreffen. Leider war es aber auch hier nun der Fall, dass man zu Beginn der Implementierung jenes Wirkstoffes zwar relativ gute Erfolge verzeichnen konnte, sich jedoch dieser auf Dauer gesehen nicht durchsetzen sollte. →

[...] „in Wirklichkeit [...] [ist dieses Medikament] von den Patienten nicht angenommen worden.“ [...]

[...] „Hat[te] man es nieder dosiert, hat es nichts genutzt. Hat man es höher dosiert und waren die Patienten schon älter, dann haben die womöglich Kreislaufkomplikationen bekommen. Das war etwas, wovor wir uns gefürchtet haben.“ [...].⁶⁵⁹

Somit schied dieser Wirkstoff wie auch im ambulanten Bereich gegen Ende der 80iger Jahre aus dem vorrangigen Behandlungsrepertoire der Intensivstation aus.⁶⁶⁰

Die zugrundeliegende Problematik all dieser Wirkstoffeinsätze, welche bei all jenen Versuchen innerhalb der Entzugsbehandlungen letztlich ihren mehr oder minder starken Ausdruck erfahren hatten, war der Umstand, dass einerseits bspw. die Neuroleptikamedikationen schwere Nebenwirkungen zeigten, welche sich anhand von auftretenden deliranten Zustandsbildern, Herzfrequenzsteigerungen, erschwerend epileptischen Anfällen⁶⁶¹ und Hepatotoxizität (Lebertoxizität) anführen lassen,⁶⁶² und es andererseits nach wie vor viele Patienten gab, welche nach bereits mehrmaligen Entzugs- bzw. auch weiterführenden Therapieversuchen dennoch immer wieder in der Szene landeten.⁶⁶³ Das Problem bezüglich der pharmakologischen Interventionsmöglichkeiten war hierbei darin zu verorten, dass man schon zu dieser Zeit wusste bzw. schon in der Ausbildungszeit (Dr. Presslich) gelernt hatte, dass →

[...] „wenn man einen schonenden Opiatentzug macht, dann muss man ein Morphin geben und das langsam herunter dosieren. Also [das Verbot hiervon] das war eine Unmöglichkeit. Ich habe also gelegentlich gesagt [Diskussionsrunden], [...] dass man eben die Dosis vermindern muss, mit Morphin, mit einem Morphinpräparat oder mit Methadon“ [...],

jedoch ein derartiger Einsatz bis dato sowohl therapieideologisch seine Gegner aufzuweisen hatte, als auch dieser Zeit noch gesetzlich untersagt sein sollte, was sich in der folgenden Äußerung von Herrn Dr. Presslich wohl am besten darstellen lässt →

[...] „und ich habe das in einer öffentlichen Runde einmal geäußert und da ist sofort

⁶⁵⁹ Presslich Interview, Anhang S. 30

⁶⁶⁰ Presslich Ergänzungsinterview, Anhang S. 2

⁶⁶¹ bei einigen Patienten

⁶⁶² Fußnote 655 und Text → Pfersmann/Presslich, Wien (1994), S. 53 & 55

⁶⁶³ Vgl. Presslich Interview, Anhang S. 10

Einer aufgestanden und hat gesagt: „Ich zeige Sie an.“ [...].⁶⁶⁴

4.6 Die Suchtgiftgesetzgebung SGG von 1980

Die Grundlage der erwähnten Anzeigendrohung gegen Herrn Dr. Presslich bezieht sich hierin auf die weiterentwickelte Suchtgiftgesetzgebung aus dem Jahre 1980, deren Bestrebungen und Reglementierungen wir uns in einem kurzen und prägnanten Ausmaß widmen möchten.

[...] „Nachdem ein rapides Ansteigen der Todesfälle durch Heroin die österreichische Öffentlichkeit erregt hatte und 1979 eine große Suchtgiftenquete abgehalten worden war, kam es zur Suchtgiftnovelle 1980 [...] [welche] noch stärker den Grundsatz [vertrat], dass dem Suchtkranken in erster Linie Hilfe geleistet werden muss.“ [...]⁶⁶⁵

Die grundlegenden Erweiterungen dieser Suchtgiftgesetzesnovelle finden sich nun darin, dass bspw. von staatlicher Seite beschlossen wurde, Förderungen für Drogenhilfeeinrichtungen in die Wege zu leiten, welche durch den Bund und die Länder subventioniert werden sollten,⁶⁶⁶ sowie auch die allgemeine Behandlungsverpflichtung für Täter wider das Suchtgiftgesetz verstärkt betont, wobei ein Delikt von geringem Mengenbesitz bei ärztlicher Untersuchung und freiwilliger Behandlungsoption vorerst zurückgelegt und mit einer Bewährungszeit von 2 Jahren versehen wurde.⁶⁶⁷ Nach wie vor blieb also der Besitz und Erwerb von Suchtgift auch im SGG 1980 strafbar und konnte weiterhin mit Geldstrafen und Freiheitsentzug belegt werden.⁶⁶⁸

Für unsere Art der Auseinandersetzung ist nun diesbezüglich entscheidend, dass mit jenem Gesetz aber auch ebenso jede Form öffentlicher Propaganda geahndet wurde und demgemäß diese →

[...] „mit Freiheitsstrafen bis zu sechs Monaten oder einer entsprechenden Gelstrafe belegt [werden konnte]“ [...].⁶⁶⁹

Für das Ansinnen Herrn Dr. Presslichs, Patienten mit Opioid- bspw. Methadonpräparaten zu betreuen, war dies keine gute Voraussetzung, und auch der Vorschlag, ein solches in die Wege zu leiten, wie man sehen konnte (s.o.), kein risikoarmes Unterfangen.

⁶⁶⁴ Vgl. und Zitate Presslich Telefoninterview, Anhang S. 1

⁶⁶⁵ Marschalek, Wien (1981), S. 34

⁶⁶⁶ Eisenbach-Stangl, Wien (2008), S. 56 ; → was jedoch der Drogenambulanz am AKH, weiterhin im Sinne eines zusätzlich bereitgestellten, finanzierten Personals, nicht behilflich war.

⁶⁶⁷ Marschalek, Wien (1981), S. 35

⁶⁶⁸ Marschalek, Wien (1981), S. 35

⁶⁶⁹ Satz und direktes Zitat → Marschalek, Wien (1981), S. 34 ; → Aufgrund der Tatsache, dass wir uns nicht mit allen umgesetzten Neuerungen dieser SGG-Novelle beschäftigen können, sei hierzu für weiterführendes Interesse auf das Werk von Irmgard Eisenbach-Stangl (Wien, 2008), sowie die Darlegungen von Herrn Manfred Marschalek (Wien 1981) verwiesen.

Die hierbei gegebene gesetzliche Problematik bezüglich des Einsatzes von Opioiden und die daraus resultierende Thematisierung einer derart möglichen Intervention sollte sich jedoch nun vor allen Dingen durch Ereignisse und Skandale dieser Epoche der Drogentherapie abzeichnen, welche diesem Gedanken letztlich auch zu seinem Durchbruch verhelfen sollten. Eines dieser Ereignisse fand sich bspw. anhand des Skandals rund um die Drogenabhängigen betreuenden Ärzte aus Innsbruck, welche zu Beginn der 80iger Jahre damit begonnen hatten, opiatabhängige Patienten mit Opioiden zu substituieren, wofür sich diese letztlich vor Gericht verantworten mussten.⁶⁷⁰ Wie wir nachfolgend sehen werden, sollten diese Vorkommnisse das Bild des Substitutionsgedankens in Österreich nachhaltig beeinflussen und einen wesentlichen Beitrag für eine strukturierte Umsetzungsfindung, im Sinne der Substitutionsbehandlung, in die Wege leiten.

Bevor wir uns jedoch dieser Entwicklung selbst zuwenden, wollen wir uns noch kurz den bestandnehmenden Entwicklungen an der Universitätsklinik nach dem Abgang von Herrn Dr. Hermann im Jahre 1982 widmen, welche bis zum Jahre 1987 als solche ihren Bestand finden sollten.

4.7 Die Versorgungssituation in der Zeitspanne zwischen dem Abgang Dr. Hermanns (1982) und dem Substitutionsbehandlungsbeginn 1987

Nachdem Herr Dr. Hermann die Universitätsklinik gegen Ende des Jahres 1982 verließ, oblag nun die Verantwortung und Leitung der Drogenambulanz gänzlich alleine Herrn Dr. Presslich, welcher sich, neben seinen stationären Entzügen und intensivstationsmäßigen Betreuungstätigkeiten, nun auch dieser Einrichtung eingehender widmen musste. Seit dem Jahre 1983 die ambulanten und stationären Entzugspatienten, sowie etwaig Ratsuchende ambulant betreuend,⁶⁷¹ gestaltete sich der Arbeitsalltag von Herrn Dr. Presslich nun derart, dass dieser buchstäblich zwischen Tür und Angel beide Teilbereiche der Drogenabhängigenversorgung unter einen Hut zu bringen hatte. Aufgrund des Umstandes, dass dieses Unterfangen verständlicherweise nicht von jenem alleine bewerkstelligt werden konnte und weitere personelle Ressourcen hierfür nicht bereitgestellt wurden, war Herr Dr. Presslich dazu gezwungen, Ärzte aus seinem vorhandenen Ärzteteam der Intensivstation abermals für die ambulante Versorgung abzustellen,⁶⁷² welche sich abwechselnd nun gemeinsam mit Herrn Dr. Presslich um die Anliegen der ambulanten Zuläufe kümmern

⁶⁷⁰ Springer Alfred, Vorlesungsinhalt der VO Theorie und Therapie der Suchtkrankheit, WS 09/10, an der Medizinischen Universität Wien

⁶⁷¹ Neuroleptika-Entzüge, Nootropil Entzüge, etc. → siehe 4.1.2

⁶⁷² wie ja auch Dr. Hermann als Arzt der Intensivstation für jenen Dienst abgestellt wurde

sollten. →

[...] „Also besten Falls, dass ich, also schlimmsten Falls habe ich einen von den Ärzten von der Intensivstation abgestellt, dass die oben, also ärztlich sozusagen die Hand darüber gehalten haben. Und ja, ich bin eben die Stiegen hinauf und hinunter gelaufen, wenn irgendetwas Gröberes war. Interviewer: Also oben [Ambulanz] eigentlich zu zweit dann? Dr.Presslich: Es war eigentlich ein virtueller Betrieb mit real vielen Patienten und viel, wirklich viel Aktivität. Hin und her laufen und da kurz etwas und dort etwas und ... Drehzirkel ... Interviewer: Aber eigentlich nur einen verantwortlichen Arzt oben für die Ambulanz dann gehabt?! Dr.Presslich: Ja. Also zuständig war ich immer. Interviewer: Ja aber wirklich faktisch oben gearbeitet hatte ein Fixer, dann ein Arzt welchen Sie hinaufgeschickt haben und zu zweit, zu dritt dann eigentlich?! Dr.Presslich: Ja.“ [...] ⁶⁷³

Diesem eklatanten Personalmangel nicht genug, sollte es aber nun auch in diesem Zeitraum der Drogenambulanz noch immer kein eigenes Pflegepersonal für die begründete Spezialambulanz geben, da sich weder die Gemeinde Wien, noch das Bundesministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst, als Kostenträger hierfür verantwortlich fühlte. ⁶⁷⁴ Dementsprechend mussten nach wie vor die Mitarbeiterinnen der Hauptambulanz die Drogenklienten in Empfang nehmen, wobei diese Übernahme nur im Sinne einer zeitweiligen Verwahrung dieser Patienten im Warteraum und einer Weitervermittlung an die verantwortlichen Drogenärzte der Intensivstation stattfand, ⁶⁷⁵ da jene Klientel entgegen dem mittlerweile positiven Betrachtungsgeist der Intensivstationsmitarbeiter, von jenen auch nach wie vor noch nicht gerne gesehen wurde. ⁶⁷⁶ Was noch recht gelinde ausgedrückt ist.

Über Sozialarbeiter für diesen Bereich verfügte man aufgrund der nicht geklärten Kostenfrage nun ebenso wenig, ⁶⁷⁷ sodass der einzig hilfreiche Lichtblick jener Tage die Sozialarbeiterinnen von Streetwork sein sollten, welche durch die bereits erwähnten Konsiliarstätigkeiten Herrn Dr. Presslichs in deren Organisation, für die Klinik akquiriert werden konnten. →

[...] „Nun, das einzig hilfreiche waren die Streetworker. Ich glaube ohne deren Hilfe hätte ich ... [das nicht geschafft.]“ [...] ⁶⁷⁸

Zwei Mitarbeiter/innen dieser Einrichtung sollten dementsprechend ein bis zwei Mal die Woche die Klinik entlasten und mit ihren sozialarbeiterischen Hilfestellungen der

⁶⁷³ Presslich Interview, Anhang S. 26

⁶⁷⁴ Vgl. Fischer, Wien (1995), S. 4

⁶⁷⁵ Vgl. Presslich Interview, Anhang S. 16 und 26

⁶⁷⁶ Vgl. Schmid-Siegel Interview, Anhang S. 7

⁶⁷⁷ die 2 Sozialarbeiterinnen, die an der Hauptambulanz tätig waren ausgenommen, welche sich jedoch nur am Rande mit den Drogenpatienten beschäftigten bzw. beschäftigen konnten → Vgl. Presslich Interview, Anhang S. 11ff.

⁶⁷⁸ Presslich Interview, Anhang S. 26

Spezialambulanz ihre Dienste erweisen,⁶⁷⁹ wobei ein besonderer Dank Herrn Dr. Presslichs, Frau Dr. Hermine Schmidhofer, und ihren Kollegen/innen gilt, da jene Mitarbeiter von Streetwork wahrlich Großes leisteten, und wie gesagt ohne deren Hilfe die Betreuung Suchtabhängiger in der Drogenambulanz bei weitem nicht derart qualitativ von statten gegangen wäre.⁶⁸⁰

Für die medizinisch-psychiatrische Versorgung bediente man sich abermals neben den abgestellten Intensivstationsärzten, junger Medizinstudenten und Psychologinnen, welche ihre Praktikumszeit (Turnus) an der Universitätsklinik verrichteten. Ohne diese wäre eine Versorgung der anstürmenden Menschenmassen jener Zeit wohl ebenso wenig möglich gewesen, sodass diesen freiwilligen Mitarbeitern ebenso ein sehr großer Verdienst um die notwendigen Tätigkeiten und Versorgungsaspekte für die Drogenpatienten zukommen sollte.⁶⁸¹

Zu zweit manchmal zu dritt in der Drogenambulanz tätig, widmete man sich innerhalb der Ambulanzzeiten, welche nun im Zeitraum zwischen 12:00 bis 15:00 Uhr veranschlagt waren,⁶⁸² den ankommenden Drogenklienten und betreute diese, ihren jeweiligen Anliegen gemäß, wobei hierin nach wie vor stationär vorzubereitende und ambulante Entzugspatienten ihren Bestand nahmen, sowie auch oftmals mit der Suchterkrankung einhergehende bzw. assoziierte somatische Probleme⁶⁸³ hier ihre Versorgung bzw. hausinterne Weitervermittlung erfuhren. Nach altem Bilde mit Clonidin, Neuroleptika und etwaigen Zusatzmedikationen versehen, begingen hierbei die Patienten wie zuvor ihre jeweils gewählten Entzüge bzw. Entzugstherapien,⁶⁸⁴ sowie man auch von ärztlich-sozialarbeiterischer Seite her weiterhin darum bemüht war, für diese Suchtabhängigen weiterführende Therapiemöglichkeiten in die Wege zu leiten.⁶⁸⁵ Dem entsprechenden Patientenansturm dieser Tage gemäß (siehe oben Punkt 4.3 → 1985 bereits 4.576 Patientenkontakte), kann man sich natürlich gut vorstellen, dass die Wartelisten für stationäre Entzüge immer länger wurden und die kapazitären

⁶⁷⁹ Vgl. Presslich Interview, Anhang S. 26

⁶⁸⁰ Vgl. Presslich Ergänzungsinterview, Anhang S. 8 & Presslich Interview, Anhang, S. 26

⁶⁸¹ Jenen ein ebenso großes Lob zu Teil werden möge. → Vgl. Text und Fußnote → Presslich Ergänzungsinterview, Anhang S. 1 und 8

⁶⁸² naturgemäß mit open-end → Presslich Ergänzungsinterview, Anhang S.1

⁶⁸³ Fischer, Wien (1995), S. 4

⁶⁸⁴ eine etwaig-notwendige Nachbetreuung von Patienten eingeschlossen

⁶⁸⁵ bspw. Streetwork, Langzeittherapiestation des API (Anton-Proksch-Institutes), der Baumgartner Höhe (seit 1982/83) und (ab 1985) zum Grünen Kreis, welche innerhalb der Klinik nach und nach Konsiliarsvertreter (Verbindungsdienste) zur Beratung vertreten hatten. → Vgl. Presslich Interview, Anhang S. 25ff.; Schmid-Siegel Interview, Anhang S. 5; & Pfersmann/Presslich, Wien (1994), S. 59

Energievorräte unserer Drogenärzte, langsam aber sicher, ihre Grenzwerte erreichen sollten. Besonders der Umstand, dass sich immer wieder Patienten an der Klinik einfanden, welche bereits mehrere Entzüge hinter sich hatten (AKH, Kalksburg, etc.), aber dennoch immer wieder in der Szene landeten, da ihnen offenbar mit den zu Gebote stehenden Mitteln kein Weg aus der Sucht offeriert werden konnte, schürte schon seit geraumer Zeit den Unmut unseres Drogenexperten Dr. Presslich, welcher hierzu stets meinte →

[...] „die waren einmal in Kalksburg, die waren zweimal in 1 ½ Jahren oder 18 Monaten und jetzt sind sie wieder in der Szene [...] das kann doch nicht sein [...] Und wenn das alles nichts nützt, muss man eben substituieren [versuchen].“ [...] ⁶⁸⁶

Die gängigsten Reaktionen der Zeitgenossen auf solch eine Forderung haben wir bereits im Sinne der Anzeigendrohung gegen Herrn Dr. Presslich vernommen. Jedoch ergibt es sich zu jener Zeit, dass das Thema der Substitution in Österreich, besonders aufgrund der Substitutionsskandale rund um die bereits erwähnten Ärzte aus Innsbruck, die Fachdiskussionen hierzu entbrennen ließen. Diese Ärzte hatten es nämlich zu Beginn der 80iger Jahre gewagt, opiatabhängige Patienten mit Opioiden (Codein) zu substituieren, wofür sich diese letztlich vor Gericht verantworten mussten. ⁶⁸⁷ Wie wir nun sehen werden, sollten diese Vorkommnisse das Bild des Substitutionsgedankens in Österreich nachhaltig beeinflussen und einen wesentlichen Beitrag für eine strukturierte Umsetzungsfindung, im Sinne einer möglichen Substitutionsbehandlung, in die Wege leiten.

4.8 Die Gründe für die Umsetzung der Substitutionstherapie in Österreich

4.8.1 Der Diskussionsstand in Wien 1983 (Der Drogenbeirat des Gesundheitsministeriums)

Aufgrund der juristischen Ereignisse rund um die Innsbrucker Substitutionsaffäre mit den Beschuldigten und auch geständigen Substitutionsärztinnen Dr. Henrike Hämmerle, Dr. Leonard Hochenegg, Dr. Ernst Attlmayr und Dr. Klaus Parolini, welche sich zu Beginn der 80iger Jahre (1980/81) in Tirol verantworten mussten, ⁶⁸⁸ sollte es infolge der publik gewordenen Abgaben von „Codein“ (Opioidpräparat) an süchtige Drogenpatienten, zu weitreichenden universitären, juristischen und fachgesellschaftsspezifischen Diskussionen

⁶⁸⁶ Presslich Interview, Anhang S. 10

⁶⁸⁷ Springer Alfred, Vorlesungsinhalt der VO Theorie und Therapie der Suchtkrankheit, WS 09/10, an der Medizinischen Universität Wien

⁶⁸⁸ „Fakultätsgutachten“, Alfred Springer, „Substitutionstherapie: Zwischen Integration und Stigma, 13. Substitutionsforum Mondsee“, S. 32 zu finden unter → http://www.oegabs.at/a_springer_integration_stigma.pdf - im folgenden zitiert als Springer, Mondsee (2010)

bezüglich einer derartigen Substitutionsbehandlung kommen. Im Zuge der gerichtlichen Ahndungen bemühte man sich hierfür vorerst, Fakultätsgutachten und Fachmeinungen für die vorliegenden „Verbrechen wider die ärztliche Kunst“ einzuholen,⁶⁸⁹ welche sich mit der Frage der Legitimität dieser Substitutionsmittelverabreichung beschäftigen sollten. Die ersten Ergebnisse hierzu, bspw. das Innsbrucker Fakultätsgutachten und Fachmeinungen anderer Institutionen wie bspw. der Gerichtsmedizin Salzburg,⁶⁹⁰ führten hierbei zu der Annahme, dass ein jeweiliges Vorgehen bzw. das Verschreiben von Codein an Heroinabhängige, einen Verstoß gegen § 5 des SGG darstelle und desweiteren auch eine Methadon-, Opioidbehandlung prinzipiell abzulehnen sei.⁶⁹¹

Diese vor allem ideologisch getragenen und schon weitreichend länger andauernden Diskussionen⁶⁹² über die Legitimität, Etablierung und/oder Ablehnung eines Drogenersatzprogrammes führten aufgrund der Brisanz der Innsbrucker Substitutionsaffäre nun zu dem Umstand, dass sich auch der Drogenbeirat des Gesundheitsministeriums abermals intensiverer Natur mit jener Thematik beschäftigen sollte.⁶⁹³ Wie im Drogenbeirats-Bericht aus dem Jahre 1983 ersichtlich, befasste man sich hierbei mit der Frage und den notwendigen Kriterien eines „pharmakologischen Unterstützungsprogrammes“,⁶⁹⁴ wobei man zu der Überzeugung gelangte, dass für Personen

[...] „denen mit den bisher zur Verfügung stehenden therapeutischen und unterstützenden Maßnahmen nicht geholfen werden [konnte] [...] Alternativmethoden angeboten werden [sollten]“ [...],⁶⁹⁵

denn diese könnten auch in einem wissenschaftlich geführten Rahmen als nicht gesetzeswidrig gelten, da

[...] „im § 5 SGG festgehalten ist, daß suchtgifthaltige Arzneien [...] verschrieben werden dürfen, wenn ihre Anwendung nach den Grundsätzen der ärztlichen Wissenschaft begründet ist und mit anderen Arzneien das Auslangen nicht gefunden werden kann. [...]“.⁶⁹⁶

Des weiteren hatte man in der hierzu tagenden Versammlung vermerkt, dass

[...] „für bestimmte Personengruppen [...] die „derzeit“ gesetzlich ohnehin mögliche

⁶⁸⁹ „Sorgo, Gerichtsmedizin Salzburg“, Springer, Mondsee (2010), S. 9

⁶⁹⁰ das Sachverständigengutachten Salzburg → Pfersmann/Presslich, Wien (1994), S. 43

⁶⁹¹ „Prokop 1981 & Kryspin-Exner“, Springer, Mondsee (2010), S. 9, 10

⁶⁹² über diese Vorfälle in Innsbruck hinausgehend

⁶⁹³ Mitglied und langjähriger Leiter des Drogenbeirates = Dr. Alfred Springer → siehe „Diskussionsstand Wien 1983“, Springer, Mondsee (2010), S. 30

⁶⁹⁴ der Begriff Methadonprogramm sollte hierbei vermieden werden → „Diskussionsstand Wien 1983“, Springer, Mondsee (2010), S. 30

⁶⁹⁵ „Diskussionsstand Wien 1983“, Springer, Mondsee (2010), S. 30

⁶⁹⁶ „Diskussionsstand Wien 1983“, Springer, Mondsee (2010), S. 30

Form der Ausstellung eine[r] Dauerverschreibung mehr als bisher eingesetzt werden [sollte]“ [...] ⁶⁹⁷

und sich hierin somit bereits auch der Kern bzw. die Möglichkeit eines ambulanten bzw. verschreibungstechnischen, auf dem Rezeptwege erfolgenden Substitutionserlasses, auffinden lässt. ⁶⁹⁸

Wie wir also sehen können, kam der Drogenbeirat der Gesundheitsministeriums zu dem Schluss, dass für eine bestimmte Personengruppe innerhalb der Suchtszene ein Drogenersatzprogramm seine Berechtigung finde, und ein derartiges Vorgehen unter wissenschaftlichen Kriterien und Auflagen gehalten in die Wege geleitet bzw. ermöglicht werden sollte. ⁶⁹⁹ Diese allgemein gehaltene Diskussions- bzw. Beschlussfassung des Drogenbeirates konnte den vorhin erwähnten Ärzten zu deren Gerichtsverfahren jedoch nicht allumfassend dienlich sein, da man sich hierin speziell bzw. generell mit der Schöpfung eines Drogenersatzprogrammes beschäftigte und nicht dezidiert den vorliegend-juristischen Streitfall damit zu lösen suchte. ⁷⁰⁰

Für unsere angeklagten Ärztinnen aus Innsbruck, sollte es infolge der bereits getätigten Fakultätsgutachten und Fachbereichsdiskussionen somit letztlich noch ein weiteres Gutachten brauchen, um diese vor Gericht freizubekommen bzw. die Sachlagen und Vorgehensweisen dieser Substitutionsbehandlungen bestmöglich zu eruieren und auf deren Legitimität hin zu überprüfen. Wie nicht anders zu erwarten, handelte es sich hierbei um ein vorzunehmendes Gutachten unserer Universitätsklinik am Allgemeinen Krankenhaus, welches unter der Aufsicht des Vorstandes Prof. Dr. Peter Berner und unseres altbekannten Oberarztes Dr. Willibald Sluga seine Entstehung finden sollte. ⁷⁰¹

4.8.2 Das Wiener medizinische Fakultätsgutachten aus dem Jahre 1984

Das Wiener medizinische Fakultätsgutachten aus dem Jahre 1984 beschäftigte sich, wie bereits alle vorangegangenen diesbezüglichen Gutachten, mit der Frage, ob eine derartige Abgabe von Substitutionsmitteln wie eben Codein, „den Regeln der ärztlichen Kunst“ entsprechen würde und ein derartiges Vorgehen im Rahmen gerechtfertigten medizinischen Handelns

⁶⁹⁷ „Diskussionsstand Wien 1983“, Springer, Mondsee (2010), S. 30

⁶⁹⁸ persönliche Interpretation meinerseits

⁶⁹⁹ „Diskussionsstand Wien 1983“, Springer, Mondsee (2010), S. 30 → Man vorne weg, erst geeignete Institutionen hierfür finden bzw. schaffen müsse.

⁷⁰⁰ Persönlich-intentional aus dem Schriftstück resultierend als solches von mir erfasst. Vgl. „Diskussionsstand Wien 1983“, Springer, Mondsee (2010), S. 30

⁷⁰¹ „Fakultätsgutachten“, Springer, Mondsee (2010), S. 32

seinen Bestand gefunden hatte.⁷⁰² Aufgrund der eruierten Sachlagen, wie sie bspw. schon in der allgemeinen Diskussion des Drogenbeirates erörtert wurden (s.o.) und der Eruiierung diesbezüglich notwendiger Patientenhistorieinformationen bzw. eine derartig heroinsabhängige und problematische Drogenpopulation hinterfragend, kam man zu dem Schluss, dass die getätigte Substitutionsbehandlung durchaus in einem gerechtfertigten Raum medizinischen Handelns vollführt wurde und man zudem ein derartiges Handeln ins Licht einer guten ärztlichen Praxis rücken konnte.⁷⁰³

Durch das Wiener Fakultätsgutachten bedingt, fand diese Vorgehensweise einer Substitutionsbehandlung nun ihren wissenschaftlich begründeten und legitimen Unterbau, welcher es letztlich vermochte, einen Freispruch für jene Substitutionsärztinnen vor dem Innsbrucker Landesgericht zu bewirken,⁷⁰⁴ sowie auch in weiterer Folge zur klinischen Erforschung und Planung von umfassenden Konzepten einer möglichen Substitutionsbehandlung auf österreichischem Territorium beizutragen. Jene Forschungstätigkeit sollte hierbei alsbald an der Universitätsklinik selbst ihren Bestand nehmen und unter der Leitung von Herrn Dr. Otto Presslich, bereits im Jahre 1985, 2 Jahre vor dem eigentlichen Substitutionsmittelerlass (1987), getätigt werden. Diese Umsetzung bzw. Erforschung war jedoch nach wie vor nicht ohne persönliches Risiko zu unternehmen, da der Substitutionsmittelerlass wie gesagt eben erst 1987 gesetzlich verankert wurde und man sich somit bis dato immer noch auf Messers Schneide bewegen sollte.⁷⁰⁵

4.8.3 Die essentiellen Gründe zur Umsetzung der Substitutionsbehandlung

Die letztlich durchschlagende Kraft bzw. begünstigende Tatsache, dass man sich neben dem erörterten Wiener Fakultätsgutachten und der Konsequenz von jenem, ab dem Jahre 1985 nun eingehender mit dem Phänomen der Substitutionsbehandlung an der Universitätsklinik auseinandersetzen konnte, war der Umstand, dass die internationale HIV-, Aids- und Hepatitis- Welle nun auch in Österreich ihr Ankommen gefunden hatte und man hierzu nach bestmöglichen Präventions- und Elaborationsmöglichkeiten für injizierende Drogenabhängige Ausschau halten musste.⁷⁰⁶ Dementsprechend sollte man bereits ab dem Jahre 1984 diesbezüglich daran gehen →

⁷⁰² Springer, Mondsee (2010), S. 9 – S. 32

⁷⁰³ „Fakultätsgutachten“, Springer, Mondsee (2010), S. 32

⁷⁰⁴ Vorlesungsaussage Herrn Dr. Alfred Springers → in der VO „Theorie und Therapie der Suchtkrankheiten“ im WS 09/10 an der Medizinischen Universität Wien

⁷⁰⁵ Vgl. Presslich Interview, Anhang S. 10

⁷⁰⁶ Eisenbach-Stangl, Wien (2008), S. 169

[...] „jährlich 4 bis 6 Wochen lang und zwar war das immer so im November, wurden alle Personen die die Drogenambulanz aufgesucht haben gescreent bezüglich HIV Infektion, Hepatitis Infektion [...] mit einem Fragebogen gescreent auch bezüglich Drogenverhalten, Kriminaldelikten, Verurteilungen, risikoreichem zusätzlichem Verhalten wie Beschaffungsprostitution, bezüglich Nadeltausch, [...] gemeinsam das Spritzbesteck zu verwenden, gemeinsam den Löffel [und Filter] zu verwenden“ [...].⁷⁰⁷

Die hierbei festgestellten Umgangsformen und die daraus folgende Durchseuchungsrate von Opioidabhängigen war desaströs und belief sich zwar anfangs nur auf 4% der Untersuchten, jedoch war diese im stetigen Steigen begriffen, sodass man bereits in den Jahren 1986/87 eine Durchseuchungsrate von 8,5% (85/86) auf letztlich 14,5% gesteigert vernehmen konnte.⁷⁰⁸ Die österreichische Aids-Hilfe, im Jahre 1985 begründet, und mit Dr. Presslich als Vorstandsmitglied versehen, wurde nun damit betraut, sich hierin um die Anliegen einer Eindämmungspolitik zu bemühen, deren eine Maßnahme anhand der Substitutionsbehandlung nunmehr vorangetrieben wurde.⁷⁰⁹

Diese maßgeblich verantwortliche Entwicklung einer Epidemie-Eindämmungspolitik im Sinne der Volksgesundheit ermöglichte es nun, die schon lange Zeit benötigte bzw. als notwendig erachtete Substitutionsbehandlung in die österreichische Drogentherapie zu implementieren bzw. erstmals „legitim“ in diesem Bereich die Forschung und Anwendung von Substitutionsmitteln durchzuführen. Der zugrunde liegende Umstand, dass

[...] „das Dogma der Abstinenz [...] zu Beginn der 80er Jahre noch allgegenwärtig“ [...] anzutreffen war und Behandlungsangebote bspw. für jene fehlten, die für eine Langzeittherapie nicht zugänglich waren oder rückfällig wurden, schon mehrfach und mit Erfolg verschiedenste Abstinenztherapien hinter sich gebracht hatten oder einfach Wartezeiten für eine erneute Aufnahme und deren diesbezüglichen Beschaffungsdruck überbrücken mussten, sollte hiermit nunmehr beseitigt werden.⁷¹⁰ Besonders für die Problemgruppe der schwangeren Süchtigen, →

[...] „bei denen ein abrupter Entzug wegen der Gefahr einer Frühgeburt nicht möglich ist und Drogenabhängige, die sich aufgrund einer akuten Erkrankung oder Verletzung in Spitalsbehandlung begeben [mussten, welche] [...] zumeist von außen mit

⁷⁰⁷ Interview mit Frau Dr. Schmid-Siegel, Anhang S. 1ff.

⁷⁰⁸ Anfangszahl → Schmid-Siegel Interview, Anhang S. 2 & Folgezahlen (85-87) in Wiener Medizinische Wochenschrift Jg.102, N. Loimer, „Prävalenz von HIV-1-Infektion bei intravenös Drogenabhängigen 1986 bis 1989 in Wien, Wien (Februar 1990), S. 106

⁷⁰⁹ Presslich Interview, Anhang S. 17, 18ff. → weitere Maßnahmen waren bspw. die Informationsinitiativen, nicht die gleichen Nadeln, Filter, Löffel, etc. zu verwenden.

⁷¹⁰ Satz und direktes Zitat → Eisenbach-Stangl, Wien (2008), S. 168

Mohnkapseltee versorgt [wurden]“ [...],⁷¹¹

sollte man sich nun sogleich derart bemühen, sodass eben wie gesagt, bereits 1985 (2 Jahre vor dem Substitutionsmittelerlass) damit begonnen wurde, diese Therapieform mit jenen Patienten zu begehen.⁷¹² →

[...] „Also im 85er Jahr habe ich dann erste Experimente mit Methadon gemacht. Das war in den USA schon zwanzig Jahre in, gang und gäbe, ja?!“ [...]⁷¹³

[...] [In Österreich] aber Konsens, dass ... (Substitution) unmöglich ist.“ [...]⁷¹⁴

4.9 Die Suchtgiftgesetzes-Novelle SGG 1985

Während der Zeit der Substitutionsdebatte sollte es nun auch zu einer Novellierung des Suchtgiftgesetzes kommen, welche jedoch den Umstand einer Substitutionsbehandlung noch nicht verankerte bzw. berücksichtigte. Die grundlegenden Änderungen innerhalb jener Gesetzesnovelle waren demnach nur derart vorzufinden, sodass diese lediglich auf eine Strafverschärfung gegen Nicht-Süchtige abzielte und die Süchtigkeit/Krankheit als strafrechtliches Differenzierungsmerkmal stärker als zuvor betonte.⁷¹⁵ Eine wichtige Maßnahme im Hinblick auf suchtkranke Drogenkonsumenten stellte hierbei aber auch die Einführung medizinisch realistischer Mengenbestimmungen dar, welche vom Drogenbeirat des Gesundheitsministeriums als Empfehlung den Staatsanwaltschaften und Gerichten vorgelegt wurden,⁷¹⁶ um den Spielraum der geringen Menge adäquat zu erfassen,⁷¹⁷ welcher im Sinne einer Gerichtsverhandlung für die Anzeigenzurücklegung, mit diesbezüglich gleichbleibender Probezeit (2 Jahre) und einem Strafaufschub oder Strafumwandlung (für/nach einer Behandlung) zur Therapieoption, nun adäquaterer Natur herangezogen werden konnte.⁷¹⁸

Eine besondere Weiterentwicklung innerhalb dieser Gesetzesnovelle ist nun für unser thematisches (drogentherapeutisches) Anliegen der Universitätsklinik auch dahingehend zu finden, dass mit dieser Novellierung erstmals die Abschaffung der Meldepflicht von

⁷¹¹ Satz und Zitat Eisenbach-Stangl, Wien (2008), S. 168; → Mohnkapseltee [...] „davon haben die Patienten ja eine schreckliche Gastritis, die haben alle Probleme bekommen.“ [...] → Schmid-Siegel Interview, Anhang S. 19

⁷¹² wobei vorerst aber eben nur jene schwangeren Frauen substituiert wurden und die Anführung der eingeschleusten Mohntee versorgten Patienten, lediglich zur Auskunft-Gabe der vorhandenen Problematik hinzugenommen wurde. → Substitution Schwangerer & Versorgungsproblematik → Eisenbach-Stangl, Wien (2008), S. 168

⁷¹³ Presslich Interview, Anhang S. 10

⁷¹⁴ Eisenbach-Stangl, Wien (2008), S. 168

⁷¹⁵ Eisenbach-Stangl, Wien (2008), S. 66

⁷¹⁶ Brosch/Junke, Wien (1995), S. 37

⁷¹⁷ siehe geringe und große Menge → Zäuner, Drogenreport Österreich, Wien (1994), S. 99

⁷¹⁸ Brosch/Junke, Wien (1995), S. 38, 39 & Eisenbach-Stangl, Wien (2008), S. 68

Krankenanstalten für freiwillige Patienten ihre Implementierung fand.⁷¹⁹ Entgegen der aber nun anzunehmenden Meinung, dass dies eine vollkommene Anonymisierung von freiwilligen Patienten mit sich brachte, muss jedoch hierbei leider korrigiert werden. →

[...] „[Nach Bemühungen im Drogenarbeitskreis, wo wir] unseren Standpunkt mit Nachdruck und Präzision vertreten [haben], [...] ist es dann [...] doch gelungen, dass wir diese Anzeigenverpflichtung wegbekommen haben. Man musste dann nur mehr die Anfangsbuchstaben der Patienten, Vor- und Zuname, also das ist natürlich die glatte Augenauswischerei ..., aber damit das Ministerium, damit die Behörden sagen wir mal so, ihre Würde bewahrt haben, hat man eben die Anfangsbuchstaben hinschreiben müssen. [...] Aber wir haben nichts weitergegeben.“ [...] ⁷²⁰

Dementsprechend gestaltete sich die Diagnosengebung nach wie vor nach altem Bilde im Sinne des Patientenschutzes, wobei bspw. die stationären Patienten stets mit einer Depressionsdiagnose versehen wurden, was sich bis in die 90iger Jahre hinein als solches halten sollte.⁷²¹

4.10 Die Substitutionstherapie und der Substitutionsmittelerlass

Nach dem Auskommen bzw. Vernehen einer zu befürchtenden HIV und Hepatitis Epidemie und bereits getätigten bzw. einer forschungsmäßig aufgenommen Substitutionstherapie für schwangere Suchtpatientinnen ab dem Jahre 1985 →

[...] „also das war dann, [...] Wir haben das am Anfang substituiert, die ganze Schwangerschaft bis zur Geburt und nach der Geburt. Interviewer: Wie lange ist das gemacht worden? Ein Jahr lang? 1 1/2? Dr. Presslich: So zirka. Aber es waren ganz wenige. Und dann waren aber die Säuglinge opiatsüchtig sozusagen, also nicht abhängig aber sie haben ein Entzugssyndrom bekommen. Das ist dann auf der Kinderklinik behandelt worden. [Aber] das waren sicher nur einzelne Fälle, [diese schwangeren Patientinnen].“ [...] ⁷²²

ging man nun auch daran, die wissenschaftliche Forschung für ein mögliches Substitutionsprogramm, im Rahmen eines wissenschaftlichen Projektes,⁷²³ weitergehend zu eröffnen bzw. die Wirkungen des Einsatzes von Methadon eigenständig praktisch zu erforschen. →

[...] „Denn es war ja so, es hat ja niemand Erfahrungen mit dem Methadon gehabt, denn wir haben das alles nur aus Amerika, also vom Papier importiert.“ [...] ⁷²⁴

⁷¹⁹ Eisenbach-Stangl, Wien (2008), S. 68

⁷²⁰ Presslich Interview, Anhang S. 9 → „man hatte dieser Sache nicht vertraut“ → Überarbeitungsgespräch dieser Arbeit mit Dr. Presslich

⁷²¹ Vgl. Schmid-Siegel Interview, Anhang S. 10

⁷²² Presslich Ergänzungsinterview, Anhang S. 4

⁷²³ Eisenbach-Stangl, Wien (2008), S. 169

⁷²⁴ Text und direktes Zitat → Presslich Ergänzungsinterview, Anhang S. 4

Gemeinsam mit Dr. Alexander David, dem Leiter der „Beratungsstelle für Suchtgefährdete - Dialog“, ging hierbei die Drogenambulanz unter Dr. Otto Presslich daran, 13 Personen (12 Männer, 1 Frau) mit Methadon zu substituieren und diese über den Zeitraum eines Jahres zu beobachten. Die Ergebnisse hiervon waren durchaus ermutigend, wobei manche der Patienten ihrer Sucht mit jenem Einsatz recht gut begegnen konnten, jedoch auch so manche wieder rückfällig wurden. Ein diesbezüglich hierbei auftretendes Problem war, dass man sich zur damaligen Zeit noch am Drogenbus aus den Niederlanden orientierte, welcher durch Amsterdam tourte und Drogenabhängige eben mit Methadon zu behandeln versuchte. Die hierbei übernommene, verabreichte Dosis in der eigenen Versuchsgruppe sollte sich im Nachhinein als zu gering erweisen, wobei sich die geschätzte Mengenabgabe dieser Zeit auf rund 40 Milligramm pro Patient belief. →

[...] „Denn wir haben uns damals auch nicht getraut, mehr zu geben.“ [...] ⁷²⁵

Wie gesagt waren aber die Ergebnisse damals schon sehr ermutigend ⁷²⁶ und das Auskommen dieses Pilotprojektes sollte bezüglich der Substitutionsdebatte letztlich auch einen großen Beitrag zu den bereits bestehenden Bestrebungen eines ministeriellen Erlasses für die Substitutionstherapie liefern. ⁷²⁷

Nach wie vor darum bemüht, sich im medizinischen wie juristischen Rahmen für eine Substitutionsbehandlung einzusetzen, →

[...] „Wir haben versucht auf allen Ebenen, auf der medizinischen und auf der juristischen, da endlich eine Erweiterung der therapeutischen Möglichkeiten durch Substitution zu erreichen.“ [...] ⁷²⁸

sollte man hierzu in zunehmendem Maße auch in Kontakt mit den verantwortlichen Ministerialräten und Ministern treten, um diesem Anliegen seinen Ausdruck zu verleihen. ⁷²⁹

Federführend im Hinblick auf die letztliche Durchsetzung jenes Erlasses, zeigte sich somit, neben dem Drogenbeirat des Gesundheitsministeriums, nun abermals unser Oberarzt auf der

⁷²⁵ ganzer Absatz und direktes Zitat → Presslich Ergänzungsinterview, Anhang S. 4 & S. 8ff.

⁷²⁶ Leider ist dieser Versuchsballon zur damaligen Zeit nicht publiziert worden, wobei jedoch die Aussagen Herrn Dr. Presslich's und die Stellungnahme der Homepage des Dialog (Geschichte) hierüber Auskunft geben. → Dialog zu finden unter http://www.dialog-on.at/article_288.html & Vgl. Nicht-Publikation → Presslich Ergänzungsinterview, Anhang S. 4

⁷²⁷ eine wesentliche Grundlage stellen → Text und Fußnote → Dialog (Geschichte) → zu finden unter http://www.dialog-on.at/article_288.html

⁷²⁸ Presslich Ergänzungsinterview, Anhang S. 8

⁷²⁹ Vgl. Presslich Ergänzungsinterview, Anhang S. 8 & Betätigungen des Substitutionsarbeitskreises (Vertreter der Drogeneinrichtungen, des Justiz- und Gesundheitsministeriums) → Streetwork – Hermine Schmidhofer, Wien (1995), S. 5

Intensivstation Dr. Otto Presslich⁷³⁰ und dessen Kollegen (bspw. Dr. David),⁷³¹ welche aufgrund der zunehmenden Durchseuchungsraten von HIV- und Hepatitis-Infizierten, und Erkenntnissen der Lebens- bzw. Drogenkonsumspraktiken von injizierenden Drogenabhängigen, diesen Erlass neben dem Umstand der bestehenden Forschungsergebnisse und hauptsächlich intentional notwendig gesehenen Erweiterungstherapieoption für Suchtkranke,⁷³² somit durchsetzen konnten. →

[...] „Aufgrund dieser jährlich erhobenen Zahlen, denn dann wurde die Durchseuchungsgefahr nach einem Schneeballprinzip errechnet und man hat gesagt, dass damit aber auch klar ist, dass wenn man nicht die Patientinnen, die HIV-positiv sind, mittels einer Substitutionsbehandlung aus der Szene herausnimmt, die Durchseuchungsrate schlagartig weiter ansteigen wird und gleichzeitig natürlich auch, über die Risikogruppe hinaus sich verteilen wird. Denn auch das konnte man bei diesem Fragebogen eruieren, bezüglich der Frage, inwieweit die Lebenspartner ebenfalls aus dem Drogenmilieu stammen oder nicht und damit war klar, dass alle jene die nicht Lebenspartner aus dem Drogenmilieu hatten, ein hohes Risiko für die Ausbreitung der Verseuchung über diese Risikogruppe hinausgehend bedeuteten.“
[...]⁷³³

Wie Irmgard Eisenbach-Stangl in ihrem Werk – Wiener Drogenpolitik 1970 - 2005 - hierzu ebenfalls betont, war es letztlich jedoch nicht →

[...] „die Infektionskrankheit AIDS [welche] als die Ursache der Wende in der Drogenbehandlung zu betrachten ist, dass aber der Umschwung ohne die neue Gefährdung der „Volksgesundheit“ wohl nicht so rasch und so dezidiert stattgefunden hätte. Veränderungen der Drogenhilfe in Richtung Leidensminderung waren schon lange – genauer: seit Beginn der spezialisierten Drogenbehandlung – zu beobachten gewesen, auf Konzeptebene wie auch in der Praxis, doch waren sie vor dem Auftreten von HIV und AIDS, die unter anderem via DrogenkonsumentInnen die gesamte Bevölkerung bedrohten, (drogen)politisch im Abseits geblieben.“ [...] ⁷³⁴

Durch das epidemische Risiko begünstigt, kam es nun, dass der Substitutionsmittelerlass des Gesundheitsministeriums bereits im Jahre 1987 umgesetzt werden konnte und somit →

[...] „die Ersatzdrogenvergabe als medizinische Behandlungsmethode offiziell anerkannt wurde.“ [...] ⁷³⁵

Mit diesem Erlass einhergehend, sollte sich nun auch generell gesehen ein Paradigmen-

⁷³⁰ [...] „1987 der Herr Oberarzt Dr. Presslich es im Justizministerium durchgebracht hat.“ [...] Schmid-Siegel Interview, Anhang S. 2

⁷³¹ bzw. Mitglieder des Substitutionsarbeitskreises – Verein für Humane Drogenpolitik → Eisenbach-Stangl, Wien (2008), S. 112

⁷³² welchen eben mit den bisher zur Verfügung stehenden Mitteln nicht geholfen werden konnte

⁷³³ Schmid Siegel Interview, Anhang S. 2 → und somit eben ein weiterer notwendiger Grund für die Umsetzung urbar gemacht werden konnte.

⁷³⁴ Eisenbach-Stangl, Wien (2008), S. 35

⁷³⁵ Eisenbach-Stangl, Wien (2008), S. 35

wechsel in der österreichischen Drogentherapie, -politik abzeichnen, wobei das Dogma der Abstinenz bzw. →

[...] „das Behandlungsziel Abstinenz an Bedeutung verlor [und] „Harm Reduction“ oder Leidensminderung zum (vorrangigen) Ziel der Drogenhilfe [avancierte], das[s] die Akzeptanz drogenbezogener Lebensstile voraussetzt und neben der Substitution auch mit anderen Versorgungsangeboten verfolgt wurde.“ [...] ⁷³⁶

Diesem Paradigmenwechsel können wir uns leider, aufgrund der Umfangsproblematik dieser hier vorliegenden Diplomarbeit, nicht eingehender widmen, jedoch soll für ein weiterführendes Interesse das Werk von Frau Dr. Irmgard Eisenbach-Stangl (2008) hierzu als Empfehlung dienen.

4.10.1 Der Substitutionsmittelerlass 1987 (Die Modalitäten)

Das Besondere hinsichtlich des österreichischen Substitutionserlasses war nun innerhalb dieser nunmehr erlassenen Therapieoption dahingehend zu finden, dass es anders als bspw. in Deutschland hierzulande erlaubt wurde, neben dem Einsatz von Methadon, auch den Einsatz von Opiaten wie Morphin zuzulassen. ⁷³⁷ Die Richtlinien, welche diesen Einsatz von suchtgifthalten Arzneimitteln regelten, waren naturgemäß mit sehr hohen und genauen Auflagen versehen, welchen wir uns nachfolgend zuwenden möchten. ⁷³⁸

Wie bereits durch die Erörterungen bspw. hinsichtlich des Diskussionstandes im Jahre 1983 erwähnt, sollte es mit einem Substitutionsangebot für Suchtabhängige ermöglicht werden, jenen zu helfen, welchen mit den zu Gebote stehenden Arzneien und Therapieformen bis dato nicht geholfen werden konnte. Die Aufnahme eines Patienten war somit einerseits daran gebunden, dass →

[...] „die Anwendung medizinisch indiziert ist und mit anderen Arzneien das Auslangen nicht gefunden werden kann [...], →

dementsprechend eine „ultima ratio“ darstellte. ⁷³⁹

Die verpflichtenden bzw. weiterführenden Charakteristika, die es hierbei zu erfüllen galt,

⁷³⁶ Text und direktes Zitat → Eisenbach-Stangl, Wien (2008), S. 35 → wobei Anhänger der Abstinenztherapie und Abstinenzzielrichtung weiterhin natürlich existierten. → Eisenbach-Stangl, Wien (2008), S. 169 ; auch Herr Dr. Presslich nach wie vor das Abstinenzziel anstrebte, jedoch auf Grund der bestandnehmenden Erkenntnisse (Rückfallpatienten, Patienten die mit Abstinenz nicht zurechtkamen) man dies nach und nach „lockerer sah“ und dahingehend auch das Ziel von „Harm Reduction“, immer mehr in den Vordergrund rückte. → Vgl. Presslich Ergänzungsinterview, Anhang S. 9

⁷³⁷ Eisenbach-Stangl, Wien (2008), S. 169

⁷³⁸ Da die dezidierte Auflistung aller Vorgaben und Auflagen zur Substitutionsbehandlung dutzende Seiten beanspruchen würde, sollen die wichtigsten von diesen in die Behandlungsbeschreibungen unseres nachfolgenden Kapitels eingebettet sein, und hier aber bereits Auskunft über eine etwaige und sehr detailgetreue Quelle, für weiterführendes Interesse gegeben werden. → Quelle Pfersmann/Presslich, Wien (1994), S. 26 - 44

⁷³⁹ Text und direktes Zitat → Pfersmann/Presslich, Wien (1994), S. 26

waren demgemäß das → [...] „

- a) Vorliegen einer mehrjährigen (d.h. mehr als einjährigen) Opiatabhängigkeit und mehreren gescheiterten Entzugsbehandlungen,
- b) Opiatabhängigkeit bei gleichzeitig bestehender HIV-Infektion oder
- c) Opiatabhängiger Ehe- oder Lebenspartner von Personen, gemäß a) oder b) mit mehrjähriger Opiatabhängigkeit [...]

[wobei] bei kürzerer Abhängigkeitsdauer sowie bei Personen unter dem 20. Lebensjahr [...] die Indikation zur Substitutionsbehandlung besonders zurückhaltend zu stellen [veranschlagt wurde, und es hierbei] die Indikationsstellung für eine Abstinenzbehandlung besonders sorgfältig zu prüfen [galt].“ [...] ⁷⁴⁰

4.10.2 Die Patientenverpflichtung

Die Voraussetzung, welche es verhaltenstechnischer Natur seitens der Patienten einzuhalten galt, sodass ein solcher in die Substitutionsbehandlung aufgenommen werden konnte, wurde natürlich ebenso in einem genau festgelegten Rahmen verbrieft. Der Patient verpflichtete sich hierbei im Sinne eines Kontraktes, dass → [...] „

1. er die vorgesehenen Einnahmemodalitäten befolgen wird,
2. er sich den ärztlichen Kontrollen (auch Harnkontrollen) unterziehen wird,
3. er den notwendigen zusätzlichen Betreuungsmaßnahmen nachkommen wird,
4. er jeglichen Mißbrauch von Suchtgiften oder Medikamenten unterlassen wird, und
5. seine Behandlung der Suchtgifüberwachungsstelle gemeldet wird.“ [...] ⁷⁴¹

Diesen Substitutionserlass somit umgesetzt und mit Rahmenbedingungen wie den bereits erörterten versehen (weitere bspw. Regelung einer Dauerverschreibung), ⁷⁴² ging man nun daran den Einsatz jener Methode an der Klinik des AKH zu begehen bzw. für die Patienten welche diesen benötigten, in die Wege zu leiten.

Obwohl der Substitutionserlass den Einsatz von suchtgifthaligen Arzneien für die fachkundige Ärzteschaft im Bereich der Neurologie und Psychiatrie, sowie hinlänglich für hiermit betraute, fachkundige Ärzte eröffnete, ⁷⁴³ blieb die Drogenambulanz der Universitätsklinik, in der Anfangszeit, vorerst die einzige Institution im Großraum Wien, welche eine derartige Therapieform offerierte. Demgemäß gestaltete sich in der Folgezeit

⁷⁴⁰ Pfersmann/Presslich, Wien (1994), S. 27ff. → Ausnahmen nur bei Vorliegen von anderen Erkrankungen begangen werden sollten (HIV, AIDS, etc.) → Pfersmann/Presslich, Wien (1994), S. 28

⁷⁴¹ Pfersmann/Presslich, Wien (1994), S. 28 → Kontrakt und Mitteilungsbescheide (Pfersmann/Presslich, S. 39 bis 42)

⁷⁴² siehe weitere Regelungen → Pfersmann/Presslich, Wien (1994), S. 26 bis 38

⁷⁴³ Pfersmann/Presslich, Wien (1994), S. 28

auch der Personenansturm und die damit verbundenen Konsequenzen einer ambulanten wie stationären Versorgung wie folgt.

5. Die Ära der Substitutionstherapie und der Versorgungstätigkeit von Frau Dr. Brigitte Schmid-Siegel und Oberarzt Dr. Otto Presslich

Zu Beginn der Versorgung Drogenabhängiger im Sinne einer nunmehr platzierten Substitutionsbehandlung herrschte verständlicher Weise zunächst ein großer Struktur- und Ordnungsbedarf auf der Drogenambulanz der Universitätsklinik.⁷⁴⁴ Die Methadon-Substitution erst seit kurzer Zeit erforschend, galt es hierbei natürlich dieses Feld der Versorgung vorerst weiterführend zu ergründen, sowie man ja auch gleichsam dafür Sorge tragen musste, dass eine bestmögliche Herangehensweise bzw. Versorgungsstruktur für das Patiententum geschaffen werde, um auch allen anfallenden Erledigungen hierbei (Dokumentation, Verabreichung, Harntests, etc.) Herr werden zu können. Sprichwörtlich in diese Phase der substitutiven Drogentherapie hineingeboren, betritt dieser Zeit nun eine weitere Größe der universitären Suchtabhängigen-Versorgung die Bühne der Geschichte, welche dieses bestmöglich zu handhaben vermochte. Ihr Name, Frau Dr. Brigitte Schmid-Siegel. Als junge und ambitionierte Ärztin aus dem Team der Intensivstationsärzte unter Dr. Otto Presslich, sollte es nun an Frau Dr. Schmid-Siegel sein, sich speziell um die Anliegen der ambulant zu betreuenden Patienten ab dem Jahre 1988 zu bemühen.⁷⁴⁵

5.1 Die Rahmenbedingungen

Der bestandgenommen quantitativen Entwicklung der letzten Jahre und den Bestimmungen des Ministerialerlasses nicht Rechnung tragend, sollte die Drogenambulanz des Allgemeinen Krankenhauses noch immer nicht in den Besitz weiterer Räumlichkeiten zur Betreuung Drogenabhängiger gelangen. Somit musste man sich nach wie vor mit zwei kleinen Räumen innerhalb der allgemeinen Hauptambulanz vorerst begnügen. →

[...] „Ja wir hatten weniger Zimmer als Ärzte, wir mussten um alles kämpfen.“ [...]⁷⁴⁶

Eigenständig im Hause finanzierte Sozialarbeiter? Fehlanzeige. Deziert hausintern bereitgestellte, finanzierte Ärzte und/oder Pflegepersonal? „Detto“.⁷⁴⁷ Diesen Zuständen

⁷⁴⁴ Vgl. Schmid-Siegel Interview, Anhang S. 9 & Presslich Ergänzungsinterview, Anhang S. 4

⁷⁴⁵ Vgl. Schmid-Siegel Interview, Anhang S. 5

⁷⁴⁶ Ein drittes Zimmer (Dateikastenzimmer) erst relativ spät hinzukam → Vgl. Fußnote und direktes Zitat Schmid-Siegel Interview, Anhang S. 10

⁷⁴⁷ Wozu man jedoch sagen muss, dass hierfür nicht der Klinikvorstand zur Verantwortung gezogen werden kann, da eben die beschriebene Problematik hinsichtlich der Streitfrage im Sinne der Verantwortlichkeit und

getrost, zeichneten sich jedoch nun personal- und finanzierungstechnische Entwicklungen ab, welche es ermöglichen sollten, die Betreuung Drogenabhängiger dennoch zu gewährleisten bzw. begünstigend zu unterstützen.

Zwei dieser Umstände finden darin vertreten, dass Mitarbeiterinnen der Einrichtung Streetwork, nach wie vor, tatkräftig die sozialarbeiterischen Tätigkeiten ein bis zwei Mal in der Woche direkt an der Klinik übernahmen, und andererseits sich dankenswerterweise immer wieder Ärzte fanden, welche bereitwillig in der Ambulanz ihre unterstützenden Tätigkeiten verrichteten. Diese Gastärzte, welche in der vorhergehenden Zeit vor dem Substitutionsmittelerlass ihren Tätigkeiten naturgemäß unentgeltlich nachgingen, sollten dieser Zeit nun ein finanzielles Auskommen im Sinne eines „Ausgleichs-Subvention-Gehaltes“ erhalten, welches von der Aids-Hilfe Österreich und der Caritas selbst getragen wurde. Ein besonderer Dank gilt hierbei Mag. Helmut Schüller dem Mitarbeiter und späteren Präsidenten der Caritas Österreich, welcher als Erster meinte, →

[...] „das ist eine neue Sache da mit den Drogen und die Caritas hat die Aufgabe, dass sie dort eine Vorreiterrolle in der Betreuung spielt.“ [...].

Demgemäß finanzierte dieser in der Folgezeit eine Ärztestelle für die Versorgung suchtkranker Patienten an der Drogenambulanz der Universitätsklinik.⁷⁴⁸

Die zweite finanzielle Unterstützung von der Aids-Hilfe Österreich wurde derart geleistet, dass diese die „Gastärzte“ an der Drogenambulanz unterhielt, welche dementsprechend zumindest drei Stunden des Ambulanzdienstes (12:00 bis 16:00)⁷⁴⁹ im Sinne eines Sozialarbeitergehaltsschemas vergütet bekamen, da ja alle Ärzte und Mitarbeiter der Drogenambulanz an sich zuvor unbezahlte Gastarbeiter darstellten, was sich hierdurch jedoch nun dankbarerweise ändern sollte.

→ [...] „Und wir waren ja [zunächst] alle unbezahlte Gastärzte [in der Drogenambulanz.]“ [...] [Und] immerhin diese Gastärzte, die dort gearbeitet haben, wurden eben [dann] für 3 Stunden pro Tag von der Aids-Hilfe bezahlt. Aber natürlich nicht als Arzt, sondern sie wurden bezahlt als Beratungstätige. Also wir hatten, glaube

Finanzierung, zwischen der Gemeinde Wien und dem Bundesministerium für Wirtschaft, Forschung und Kunst noch immer nicht geklärt war bzw. sich keine dieser „Institutionen“ für die Restaurierung dieses Versorgungsbereiches verantwortlich fühlte. → Vgl. oben 4.6 & Fischer, Wien (1995), S. 4; Denn wie Herr Dr. Presslich selbst meinte, wurden ihm im Hause immer so gut es ging, goldene Brücken gebaut. Also er könne sich über niemanden beschweren. → Vgl. Presslich Interview, Anhang S. 27ff.

⁷⁴⁸ Vgl. Absatz Text und direktes Zitat → Presslich Ergänzungsinterview, Anhang S. 4

⁷⁴⁹ offizielle Drogenambulanzzeiten bei Katschnig 12:00 bis 15:00 Uhr → Katschnig, Wien (1989), S. 22; aber man in der Regel länger mit den Drogenpatienten zu tun hatte (bis 16:00 – 17:00 Uhr) → Vgl. Schmid Siegel Interview, Anhang S. 9; siehe auch Vgl. Fischer, Wien (1995), S.4 = (4 Stunden Ambulanzdienst täglich)

ich, das Gehaltsschema von Sozialarbeitern. Interviewer: Und diese Ärzte waren woher? Dr. Schmid-Siegel: Das waren wir.“ [...] ⁷⁵⁰

Im Klartext bedeutete dies, dass bis zu diesem Zeitpunkt →

[...] „nahezu die gesamte klinische Arbeit von Leuten getätigt wurde, die gar keine Bezahlung bekommen ha[tt]en, sondern die einfach dankbar waren ihre Ausbildung hier unbezahlt machen zu dürfen.“ [...] ⁷⁵¹

Erst durch diese Subventionierung hatten also die dortigen Ärzte ein Auskommen für ihre Arbeit erhalten, da jene ihren „angestellten“ Tätigkeiten, bis zur Ambulanzzeit (12:00 bis 16:00) ganz normal nachkommen mussten (Intensivstation), und nachfolgend die Betreuung und Bezahlung auf der Drogenambulanz, somit nur durch diese Einrichtung abgegolten werden konnte. ⁷⁵²

Bis zum Jahre 1990 handelte es sich hierbei also innerhalb der ambulanten Versorgung um drei halbe Ärztstellen (Nachmittags-Ambulanzdienst 12:00 – 15:00), ⁷⁵³ worunter auch die Ärztstelle von Frau Dr. Schmid-Siegel fiel, welche demgemäß gemeinsam mit zwei Kolleginnen die ambulante Betreuung gewährleistete. ⁷⁵⁴ Ab dem Jahre 1991 wurden hieraus zwei ganze Ärztstellen, wobei eine hiervon, eben wie beschrieben, die Caritas vergütete, welche sich Frau Dr. Edith Hofer und Frau Dr. Maria Muzik teilten (je 20 Stunden) ⁷⁵⁵ und die Stelle von Frau Dr. Schmid-Siegel im Sinne einer Ausbildungsstelle vom PSD (Psychosozialen Dienst der Gemeinde Wien) getragen wurde. ⁷⁵⁶ Dies bedeutete, dass sich von dieser Zeit an Frau Dr. Schmid-Siegel ganztags um die Anliegen der Drogenpatienten kümmern konnte (8:00 bis 16:00), wobei es hierzu zu sagen gilt, dass die Ambulanzzeiten der Drogenambulanz hierfür noch nicht „dezidiert“ ausgeweitet wurden (12:00 bis 16:00), sondern man hiermit lediglich die Möglichkeit einrichtete, dass die Patienten mit Frau Dr. Schmid-Siegel einen Termin vereinbaren und somit auch vormittags ihre Betreuung in Anspruch nehmen konnten. ⁷⁵⁷

Wie wir also sehen können, handelte es sich innerhalb der ambulanten Versorgung der Drogenambulanz dieser Zeit, ausschließlich um Drittmittelfinanzierungen, welche

⁷⁵⁰ Schmid-Siegel Interview, Anhang S. 9 und S. 15

⁷⁵¹ Schmid-Siegel Interview, Anhang S. 15

⁷⁵² Vgl. Schmid-Siegel Interview, Anhang S. 8, 9 und 15

⁷⁵³ wobei die Ambulanzzeiten von (12:00 bis 16:00) anzutreffen waren, aber eben nur 3 Stunden von der Aids-Hilfe pro Arzt vergütet wurden. → Vgl. Schmid-Siegel Telefon-Ergänzungsinterview, Anhang S. 1, 4, 5

⁷⁵⁴ Vgl. Schmid-Siegel Telefon-Ergänzungsinterview, Anhang S. 1-3

⁷⁵⁵ Vgl. Frau Dr. Edith Hofer, Telefonauskunft, Anhang S. 1

⁷⁵⁶ Vgl. Schmid-Siegel Telefon-Ergänzungsinterview, Anhang S. 5, 6

⁷⁵⁷ Man vormittags nur terminlich eine Behandlung erfahren konnte. → Vgl. Schmid-Siegel Telefon-Ergänzungsinterview, Anhang S. 2

dankenswerterweise bei den genannten Institutionen akquiriert werden konnten. Erst im Jahre (1992) sollte sich dies ändern, wobei Frau Dr. Schmid-Siegel und ihre Kolleginnen erstmals eine Bundesanstellung für diese Tätigkeiten erhalten sollten.⁷⁵⁸

5.1.1 Das Pflegerinnenpersonal

Wie wir bereits wissen, sollte es während der Ära Frau Dr. Schmid-Siegels hindurch noch keine pflegepersonaltechnische Unterstützung im Sinne eines eigenständigen Drogenambulanzpersonals geben. Dem Umstand entsprechend, dass das Pflegepersonal der allgemeinen Ambulanz der Psychiatrie, über das Zugewesen von Drogenabhängigen nicht sehr erfreut war, →

[...] „Also bei dem Pflegepersonal war diese Drogenambulanz nicht sonderlich beliebt, denn sie wollten diese Patienten einfach nicht hier haben. Die Patienten waren zumeist stark sediert, sind vom Sessel gefallen, denn damals waren noch Barbiturate problemlos erhältlich, das heißt sie waren alle völlig polytox. Wir hatten einen ganz niederschweligen Zugang, so hat es auch ausgesehen.“ [...] ⁷⁵⁹

gestaltete sich auch die Hilfestellung durch dieses Personal als nicht gerade „rosig“. Dies bedeutete, dass man mit den zu tätigenen Aufgaben (Medikamentenvorbereitung, Harntests, Dokumentation, etc.) vorerst alleine zurechtkommen musste, da sich das Personal bspw. weigerte die benötigten Harntests der Patienten abzunehmen, sodass die Ärztinnen selbst dieser Kontrollaufgabe nachkommen mussten. →

[...] „Das Pflorgeteam musste das Methadon herrichten, wollte das aber nicht ... Interviewer: Wie viele Pflegerinnen hatte man denn? Dr. Schmid-Siegel: Nun ja, wir hatten überhaupt niemanden. Interviewer: Gar niemanden? Dr. Schmid-Siegel: Niemanden. Weil wir sind am WC gestanden und haben den Patienten die kontrollierten Harntests unter Sicht abgenommen als Ärzte, weil das Pflegepersonal das nicht machen wollte. Es wurde der Drogenambulanz dann eine Pflegeperson zugeteilt die das Methadon herrichten sollte. Das war die einzige Tätigkeit, die das Pflegepersonal bereit war zu übernehmen.“ [...] ⁷⁶⁰

Diesen Umständen entsprechend war das Personal der Hauptambulanz, in Gegensatz zu jenem der Intensivstation, den Patientinnen gegenüber nicht gerade wohlwollend und fürsorglich eingestellt, und dieses lediglich nur dazu bereit, die Patientinnen im Warteraum der Ambulanz zu verwahren und etwaige Terminanforderungen an die Klappe

⁷⁵⁸ Vgl. Schmid-Siegel Telefon-Ergänzungsinterview, Anhang S. 5, 6 & Hofer Telefoninterview, Anhang S. 1

⁷⁵⁹ Schmid-Siegel Interview, Anhang S. 7

⁷⁶⁰ Schmid-Siegel Interview, Anhang S. 7

(Telefon) von Frau Dr. Schmid Siegel und die zuständigen Ärztinnen weiterzuleiten.⁷⁶¹

Auch bezüglich der verwaltungstechnischen Aufgaben im Sinne einer bspw. notwendigen Terminkoordination oder Dokumentationstätigkeit sollte es zunächst keine administrative Hilfestellung durch eine Sekretärin für die Drogenambulanz geben. Erst ab dem Jahre 1990 sollte man in den Genuss einer solchen kommen, welche vom PSD zur Verfügung gestellt wurde. →

[...] „Und jetzt gab es ja, sie müssen sich das vorstellen, wir mussten ja alle Patienten die wir auf Methadon eingestellt haben, mussten wir eine ganz genaue Anamnese erheben und mussten für jeden Arztbriefe schreiben. Man musste alles ununterbrochen dokumentieren. Man musste jede Methadon-Ausgabe vorschreiben, das heißt und diese Sekretärin, die wir hatten, hat sich geweigert das zu machen. [...] Das heißt es war auch ein unglaublicher Dokumentationsaufwand und wir hatten damals keinen Computer, den haben wir erst 1993 bekommen.“ [...] ⁷⁶²

Dementsprechend war also auch der handschriftliche und schreibmaschinentechnische Administrationsaufwand, welchem unsere Ärztinnen neben deren hauptaugenmerklichen Versorgungs- und Betreuungstätigkeiten nachkommen mussten, weiterhin enorm.

5.2 Die ambulante Betreuung

Mit dem 1987 bestandgenommenen Substitutionsmittelerlass stellte die Versorgung suchtabhängiger Patienten, welche für eine derartige Intervention geeignet waren bzw. die Bedingungen hierfür erfüllten (s.o.), dieser Zeit ein Hauptaugenmerk der ambulanten Versorgung dar, sowie aber auch die Beratungstätigkeiten und ambulanten Entzüge für anderweitig suchtabhängige Personen weiterhin ihren Bestand nehmen sollten. In den Ambulanzzeiten, zunächst wie erwähnt zwischen 12:00 – 15:00 (16:00) wochentags veranschlagt, jedoch zumeist mit einem „Dienstende“ im Sinne eines Open-end-Rahmens bis zeitweilig 17:00 Uhr stattfindend, widmete man sich demgemäß dem anstürmenden Klientel.

→ [...] „Aber wir haben nur bis 14:00 angenommen, denn sonst wären wir ja nie fertig geworden. Interviewer: Also nur drei Stunden war das am Anfang? Dr. Schmid-Siegel: Ja, aber wir sind bis 4, selten bis 5 Uhr dort gewesen.“ [...] ⁷⁶³

Da sich viele der Patientinnen an die hiesige Drogenambulanz wendeten, um sich einer Entzugsbehandlung zu unterziehen, war nach wie vor eines der wichtigsten Anliegen unser

⁷⁶¹ Wobei die Weiterleitungen meinerseits angenommen werden, falls sich ein Patient versehentlich, telefonisch an der Hauptambulanz meldete. → Text und Fußnote Vgl. Schmid-Siegel Telefon-Ergänzungsinterview, Anhang S. 2

⁷⁶² Schmid-Siegel Interview, Anhang S. 8

⁷⁶³ Schmid-Siegel Interview, Anhang S. 9

hiesigen Drogenärzte, dass man mit den Patienten einen passenden Therapieplan eruierte bzw. die Zeit nach einem Entzug vorbereitend mit den Klienten besprach und diesen in die Wege leitete. Diesbezüglich informierte man jene bspw. über die verschiedenen Entzugsmöglichkeiten und Langzeittherapie-Institutionen, wie zum Beispiel die Einrichtung des Anton-Proksch-Institutes (seit 1988 auch Entzüge mit therapeutischem Setting), den Grünen Kreis oder aber auch über die Entzugsstation Pavillon XIII/4 auf der Baumgartner Höhe, welcher über 20 Entzugsbetten verfügte.⁷⁶⁴

Speziell die Frage des „Danach“ war eine der wichtigsten Anliegen in diesen Beratungsgesprächen, da man nach wie vor wusste, dass

→ [...] „eine Entzugsbehandlung [lediglich] eine körperliche Entgiftung und keine Heilung der Sucht [an sich darstelle], es also wichtig [war] mit dem Patienten Überlegungen anzustellen, was ihn/sie daran hindern könnte, in kurzer Zeit rückfällig zu werden. Als prognostisch günstig erwies sich ein „cleaner“ Lebensgefährte(in), Berufstätigkeit [und eine] bestehende regelmäßige psychotherapeutische/ psychosoziale Betreuung, [...] [wobei] nach dem Entzug eine Langzeittherapie mit psychotherapeutischer Betreuung (Gruppen,- Einzeltherapie) sowie [eine] Beschäftigungstherapie [ideal wären]; der Patient [...] somit nicht in sein – einen Rückfall förderndes – soziales Umfeld zurück[kehrt].“ [...].⁷⁶⁵

Verbindungsdienste, welche dieses gewährleisten sollten, fanden sich wie in den vorhergehenden Kapiteln bereits erwähnt, zu bestimmten Wochentagen auch direkt im Hause und somit konnte eine derartige Herangehensweise bzw. Therapieoption, seine bestmögliche Umsetzung finden.⁷⁶⁶

Neben diesen versorgungstechnischen Betreuungsfunktionen, welche durch unsere Ärztinnen und die jeweiligen Verbindungsdienste getätigt wurden, war es nach wie vor der Fall, dass sich Patientinnen infolge einer Intoxikation oder einer verschiedenst-gearteten Komorbidität sich an die Universitätsklinik wandten bzw. eingeliefert wurden. Die Versorgung diesbezüglicher Begleiterscheinungen wurde ebenfalls von unseren hiesigen Drogenärzten unternommen, wobei je nach Art der Intoxikation bspw. ein jeweiliger Antagonist verabreicht wurde (Opiatintoxikation → Naloxon „Narcanti®“; Beruhigungsmittelintoxikation →

⁷⁶⁴ Brigitte Schmid-Siegel, Edith Hofer, Maria Muzik, Karin Diamant, in Pfersmann/Presslich, „Drogensucht und Therapie“, Wien (1994), S. 57 → im folgenden zitiert als Schmid Siegel, in Pfersmann/Presslich

⁷⁶⁵ Schmid-Siegel, in Pfersmann/Presslich, S. 59 & 60

⁷⁶⁶ Verbindungsdienste (Konsiliardienste) → bspw. Dialog, Grüner Kreis, Anton-Proksch-Institut, Psychiatrisches Krankenhaus Ybbs → Vgl. Schmid-Siegel, in Pfersmann/Presslich, S. 59 & Schmid-Siegel Interview, Anhang S. 5; wobei diese Verbindungen stetig zunahmen → [...] „also gegen Ende der 90iger [...] da waren das 7 oder 8 Institutionen.“ [...] → Presslich Interview, Anhang S. 33

Benzodiazepinantagonist „Flumazenil“ „Anexate®“).⁷⁶⁷

Die Versorgung etwaiger Begleitkrankheiten fand ebenso wie zu Zeiten der vorhergehenden Phasen der Drogentherapie des AKH seinen Bestand, sodass man weiterhin die Patienten, welche sich infolge einer Erkrankung an unsere Drogenärzte wandten, hausintern versorgte.

→

[...] „Wir waren oft die einzige medizinische Anlaufstelle für die Patienten. Also wir haben alles andere mit angeschaut und hinübergeschickt und also wenn die Patienten, egal wenn die was gehabt haben, sei es eine eitrige Angina, sind sie zu uns gekommen. Sie kannten ja kaum eine ärztliche Versorgung und damit waren wir, also dass lässt sich wirklich mit fast nichts mehr vergleichen. Das war wirklich als eine zum Teil ganz niedrig-schwellige medizinische Versorgung. Interviewer: Wo das Minimalste von der Versorgung gewährleistet ist und ... Dr.Schmid-Siegel: Ja, aber wir haben sie, ich glaube, wir haben sie schon gut versorgt. [...] Ja, also nicht nur das Minimalste, sondern wir waren eben auch diejenigen, die überhaupt dafür gesorgt haben, dass wenn sie zum Beispiel eine Phlebitis haben, sie hinübergehen, dass heißt ... Interviewer: Was ist das? Dr.Schmid-Siegel: Eine Phlebitis ist eine Venenentzündung. Die Patienten hatten ja sehr oft Infektionen bis hin zur Sepsis-Gefahr durch die intravenöse Applikation [...] und das heißt, dass wir mit der Dermatologie verhandelt haben, dass sie die Patientinnen anschauen und auch nehmen und so. Ja?! Alleine das, man musste auch ununterbrochen jemanden um etwas bitten, weil ja niemand, das war einfach wirklich so, das war eine Patientengruppe, mit der niemand etwas zu tun haben wollte.“ [...] ⁷⁶⁸

Demgemäß stellte man also neben dem Facharzt für die Drogenbehandlung oftmals gleichsam den „inoffiziellen“ Hausarzt der hiesigen Drogenpatienten.

5.2.1 Der ambulante Entzug

Hatte sich nun ein Patient dazu entschlossen einen ambulanten Entzug an der Klinik durchzuführen, so geschah dies zumeist aus dem Umstand heraus, dass diesem aufgrund von Berufstätigkeit oder familiärer Verpflichtung es nicht möglich war, einen stationären Entzug in Angriff zu nehmen. Die Wartezeit von 4 bis 6 Wochen auf einen stationären Entzugsplatz an der Intensivstation bedenkend oder einem geminderten Schweregrad der Abhängigkeit entsprechend (s.o. 4.1.3) füllte sich der Restbestand für ambulante Entzüge aufgrund dieser Umstände.⁷⁶⁹ Je nach Art der Abhängigkeit und dem bestehenden Schweregrad hierin gestaltete sich der ambulante Entzug nun derart, dass die Patienten einen solchen zu Beginn der Woche, montags, aufnehmen sollten, um die Rückfallquote über das Wochenende zu verringern. Dementsprechend war auch die Anmeldung für einen ambulanten Entzug nur bis

⁷⁶⁷ Schmid-Siegel, in Pfersmann/Presslich, S. 71, 72

⁷⁶⁸ Schmid-Siegel Interview, Anhang S. 10ff.

⁷⁶⁹ Absatz → Schmid-Siegel, in Pfersmann/Presslich, S. 59, 60

spätestens Donnerstag der vorhergehenden Woche möglich.⁷⁷⁰ Im Gegensatz zu den vorausgegangenen Perioden der Entzugstherapie, bspw. zu Zeiten Dr. Hermanns, sollten nun innerhalb der gegebenen Ambulanzräume nicht mehr nur 7 Patienten auf einmal versorgt und an den Infusionen hängend ihre Behandlung erfahren, sondern dieser Zeit bereits um die 10 Patienten gleichzeitig in einem Raum behandelt werden. →

[...] Wir hatten einen ganz niederschweligen Zugang, so hat es auch ausgesehen. Wir haben den Patienten die Waffen abgenommen, Streite geschlichtet. Also wir sind in einen Raum gegangen und die Patienten, die eine ambulante Entzugsbehandlung machten, die saßen in einem winzigen Raum. Da saßen die Patienten auf zwei Betten, so wie im Kreis, in der Mitte standen ein bis zwei zentrale Infusionsständer. Hier saßen bis zu 10 Patienten und alle waren verkabelt mit Infusionen. Ja, die sie sich zum Teil selbst heraus genommen haben, auf das WC gegangen sind und wieder gestochen haben, weil ja alle waren sie beim Stechen, also absolute Profis.“ [...] ⁷⁷¹

Diesem Umstand entsprechend kann man also bereits entnehmen, dass das quantitative Patientenausmaß zu jener Zeit nun Rekordhöhen erreichen sollte (gesamt jährlich um die 6000 Patienten), deren Aufschlüsselung wir uns im nachfolgenden Kapitel (5.4) noch eingehender widmen werden.

Je nachdem welchen Entzug die Patienten nun an der Universitätsklinik machten, wobei zumeist Opiat-, Barbiturat und Mischabhängigkeitsentzüge dieserorts getätigt wurden, erhielten diese ihre verschiedenen Arzneien peroraler oder subkutaner Natur. Die Möglichkeiten, welche zu Zeiten Frau Dr. Schmid-Siegels hierbei für die Entzüge bestanden, waren die Verabreichung von Tramadol (Tramal®), Clonidin (Catapresan®), Dihydrocodein (Codidol retard®) und Methadon, sowie der Einsatz von Schlafmedikationen → Antidepressiva (Sinequan®, Tolvon®), sedierenden Neuroleptika (Dominal forte®) und (Praxiten®), einem Tranquilizer, welcher bei polytoxikomanen Patienten seinen Einsatz erfuhr. Als Zusatzmedikation verwendete man zumeist Piracetam (Nootropil®) und Meprobamat (Pertranquil-Tabletten®), die sich vor allem beim Tranquilizer Entzug bereits bestens bewährt hatten,⁷⁷² als auch Carbamazepin (Neurotop retard®) und Tizanidin (Siralud®) zur Behandlung der Entzugssymptomatik.⁷⁷³

Die Entwicklung und der Einsatz jener Medikamente, sowie die Kombinationen von diesen,

⁷⁷⁰ Beide Sätze → Schmid-Siegel, in Pfersmann/Presslich, S. 60

⁷⁷¹ Schmid-Siegel Interview, Anhang S. 7

⁷⁷² Vgl. „Nootropil“ Hermann Interview, Anhang S. 6

⁷⁷³ ganzer Absatz (Abhängigkeit und Medikation) → Schmid-Siegel, in Pfersmann/Presslich, S. 61 bis 63; wobei ebenso nach wie vor auch Vitamine für die körperliche Befindlichkeit zusätzlich verabreicht wurden. → Schmid-Siegel Telefon-Ergänzungsinterview, Anhang S. 7

verliefen natürlich schrittweise im Sinne der voranschreitenden Erforschung jener Wirkstoffe,⁷⁷⁴ deren genaueren Vorgehensweisen wir uns jedoch hier im Hinblick auf all jene Präparate und aufgrund der beschränkten Fassungskapazität dieser Diplomarbeit nicht eingehender widmen können.⁷⁷⁵ Sehr wohl soll jedoch vermerkt sein, dass die durchschnittliche Dauer dieser ambulanten Entzüge hierbei im Schnitt zwischen 7 bis 10 Tage betrug,⁷⁷⁶ da bekanntlicher Weise der körperliche Entzug zumeist zwischen 6 bis 10 Tage andauert und das Maximum der Entzugssymptome oftmals bereits nach 48-72 Stunden erreicht wird.⁷⁷⁷ Für das Wochenende, welches innerhalb dieser Entzugsperiode durchzuhalten war, wurden den Patientinnen die entsprechenden Medikamente und Einnahmевorschriften mitgegeben, da an diesem die Drogenambulanz bekanntlicher Weise ruhte, sodass diese die Entzugsphase überstehen bzw. zu Ende bringen konnten.⁷⁷⁸

Vielen der Patienten sollte dieser ambulante Entzug nun nützen sich von ihrer Sucht zu befreien, jedoch musste man auch oftmals die Erfahrung machen, dass das Angebot eines ambulanten Entzuges zumeist nur dazu benutzt wurde, finanzielle oder drogenmarkt-technische Engpässe zu überwinden und daher die Patienten nicht im Sinne einer abstinenzorientierten Vorgehensweise ihre Behandlung in Anspruch genommen hatten, sondern dieses letztlich nur als Überbrückungselement nutzten. →

[...] „Rückblickend glaube ich, dass die Compliance sehr gering war. [...] Also es hatte in Wirklichkeit viele der Patientinnen nicht interessiert. Die meisten Patienten haben ja ambulante Entzüge gemacht in Wirklichkeit, um finanzielle Engpässe zu überbrücken oder dass das Heroin wieder besser wirkt. Die wenigsten waren [...] also die meisten ambulanten Entzugswünsche waren keine abstinenzorientierten Entzugswünsche.“ [...] ⁷⁷⁹

Somit war der vorrangige Wunsch dieser Patienten also lediglich in einer vorübergehenden Behandlung von Entzugssymptomen zu finden, wobei deren Abbruch- bzw. Rückfallrate verständlicher Weise nahezu 100% betragen sollte.⁷⁸⁰

⁷⁷⁴ wobei bspw. Clonidin wie wir wissen sich letztlich nicht durchsetzte und die Präparat-Kombinationen natürlich immer individuell abgestimmt erfolgen mussten. → (Individuelle Abstimmung) Schmid-Siegel, „Der tägliche Wahnsinn“, in Sozialarbeit Nr. 95, Wien (Juni 1992), S. 28

⁷⁷⁵ Worüber jedoch die anschließend angestrebte Dissertation wohlmöglich Auskunft geben wird.

⁷⁷⁶ Die einzige Ausnahme innerhalb der erwähnten ambulanten Entzugspräparate, hierbei der Wirkstoff Methadon stellte, dessen „Reduktionstherapie“ eine eigene Herangehensweise benötigte, welche zumeist einen Zeitumfang von 4 bis 6 Wochen erforderte. → Schmid-Siegel, in Pfersmann/Presslich, S. 62

⁷⁷⁷ Schmid-Siegel, in Pfersmann/Presslich, S. 60

⁷⁷⁸ Vgl. Schmid-Siegel, Telefon-Ergänzungsinterview, Anhang S. 1 & 3

⁷⁷⁹ Direktes Zitat → Schmid-Siegel Telefon-Ergänzungsinterview, Anhang S. 6 & Text → Schmid-Siegel, „Betreuung drogenabhängiger Patienten an der Universitätsklinik für Psychiatrie“, in forum Dr. MED 4/93, ohne Verlag, o. J, S. 36

⁷⁸⁰ Schmid-Siegel, in Pfersmann/Presslich, S. 60

Die Problematik, welche generell in einem ambulanten Entzugsversuch zumeist begraben liegt, war seit jeher auch dahingehend zu verorten, dass ein derartiger Entzug den Patienten weiterhin in seinem sozialen Umfeld belässt, welches zumeist einer Drogenszene entspricht, und daher von einem adäquaten Entziehungsrückhalt keine Rede sein kann.⁷⁸¹ Demgemäß machte dieser Hintergrund eine sehr intensive Betreuung notwendig, welche man einerseits mit den zu Gebote stehenden Behandlungsangeboten und diesbezüglichen Verbindungsdiensten zu gewährleisten versuchte und andererseits durch persönlich-sozialarbeiterische Tätigkeiten unterstützte. Die persönlichen Zuwendungen sahen hierbei so aus, dass man bspw. den Patientinnen, falls keiner der Sozialarbeiter zugegen sein sollte die jeweiligen Verbindungen zu Hilfsdiensten und Zentren (bspw. dem Dialog und Ganslwirt) selbst ermöglichte, oder aber auch, wie gewohnt, im Rahmen der zeitlichen Möglichkeiten jenen mit einem offenen Ohr für deren Probleme auf menschlicher Ebene zur Seite stand.⁷⁸² Aufgrund der oftmals prekären Situation der Suchtabhängigen, welche infolge ihres Suchtverhaltens zumeist am Notwendigsten Mangel litten und demgemäß nicht in der Lage waren sich bspw. Essen oder eine Unterkunft zu verschaffen, sollte sich dieser Zeit auch ein eigener Brauch innerhalb der Drogenambulanz etablieren, welcher an Menschlichkeit wohl kaum zu überbieten sein dürfte. Unsere Ärztinnen hatten sich nämlich dazu entschlossen, für jene, welchen es wirklich am Nötigsten mangelte, zeitweise monetäre Mittel zur Verfügung zu stellen, für welche sie selbst aufkamen. →

[...] „[Denn wir] waren ja auch mit einer unvorstellbaren Armut konfrontiert.“ [...] ⁷⁸³

Die diesbezügliche Praxis gestaltete sich derart, dass unsere Ärztinnen stets Geld unter der Schreibmatte beim Schreibtisch postierten, welches man den Suchtkranken offerierte und hierzu meinte →

[...] „Horch zu, bring was du kannst zurück, weil sonst haben wir keines mehr für euch.“ [...],

was auch derart seinen Anklang bei den Patienten gefunden hatte, sodass immer Geld für jene zur Verfügung stand und sich auch keiner der Suchtpatienten erdreistete, dieses Geld zu stehlen, obwohl jedermann wusste, dass dieses dort existierte.⁷⁸⁴

Laut Auskunft von Frau Dr. Schmid-Siegel hätte man gemäß diesen „Armutszuständen“ den Suchtpatienten auch gerne mit hausinternem Essen ausgeholfen, wobei dies aber leider nicht

⁷⁸¹ Schmid-Siegel, in Pfersmann/Presslich, S. 60

⁷⁸² Vgl. Schmid-Siegel Interview, Anhang S. 5, 11, 16, 17, 21

⁷⁸³ Schmid-Siegel Interview, Anhang S. 14

⁷⁸⁴ Vgl. und direktes Zitat → Schmid-Siegel Interview, Anhang S. 14

ermöglicht werden konnte, da bezüglich der Drogenambulanz keine eigenständige Station im Hintergrund aufzufinden war, von welcher man ein etwaiges Essen hätte beziehen können. Diesem Umstand entsprechend erhielt man jedoch dankenswerterweise abermals von der Aids-Hilfe Österreich eine zusätzliche Unterstützung, welche im Zuge der Substitutionstherapie bspw. Astronauten-Nahrung für die Drogenabhängigen zur Verfügung stellte. Somit konnte zumindest das Mindeste einer sozialen Grundversorgung, im Sinne von sozialarbeiterischer Hilfestellung, in den Räumlichkeiten der Drogenambulanz gewährleistet werden, dessen Bestehen meiner Meinung nach sehr eindringlich das Ideal von „Harm-Reduction“ dieser Zeit zum Ausdruck bringen dürfte und das umfassende Tätigkeitsfeld unserer Drogenärztinnen charakterisiert.⁷⁸⁵

5.2.2 Das Methadon-Substitutionsprogramm (MSP)

Bezüglich des Methadon-Substitutionsprogrammes, erhielt der Autor dieser hier vorliegenden Arbeit dankenswerterweise die Unterlagen (der Einstellungen und Neueinstellungen) der Patientinnen dieser Zeit (1990-1993) von Frau Dr. Schmid-Siegel, welche als solche auch im Anhang angefügt sind, da diese Daten offizieller Natur in den bestehenden Publikationen nur äußerst selten und auch nicht in gesamt-überblicksmäßiger Hinsicht zu finden sind.⁷⁸⁶

Die generelle Problematik des Methadon-Substitutionsprogrammes ist, wie wir bereits vernommen haben, nun in den ersten Jahren dieser Behandlungsmethode darin zu verorten, dass diese mit einem enormen und sehr streng gehaltenen Auflagenrepertoire verbunden war bzw. nur derart in Angriff genommen werden konnte. Für jenes Instrumentarium der Drogentherapie waren nämlich nur Patienten erlaubt, welche entweder eine langjährige Opiatabhängigkeit mit bereits mehreren gescheiterten Entzugsversuchen vorzuweisen hatten, oder mit dem HIV-Virus in Kontakt geraten waren.⁷⁸⁷ Dem Umstand entsprechend, dass sich dieser Zeit, neben den „üblichen“ Tätigkeiten der Patientenversorgung unserer Drogenärztinnen, nun auch dieses Klientel einfand und die Betreuung derart Drogenabhängiger im Rahmen der vorhandenen raum- und personaltechnischen Rahmenbedingungen zusätzlich bewältigt werden musste, prägte die Arbeitsgestaltung und Versorgung an der Drogenambulanz wie folgt.

Wie wir wissen, widmeten sich innerhalb des Zeitraumes von 1987 bis 1993 drei Ärztinnen

⁷⁸⁵ gesamter Absatz → Schmid-Siegel Interview, Anhang S. 14

⁷⁸⁶ Unterlagen im Anhang

⁷⁸⁷ Siehe oben Indikationsbestimmungen und Auflagen → 4.10.1 & 4.10.2

in vorerst zwei, später (1990 herum) drei kleinen Ambulanzräumlichkeiten der Betreuung Suchtabhängiger⁷⁸⁸, deren ein Raum als Datenarchiv diente und in den anderen die Behandlung vorgenommen, sowie auch der Medikamentenschrank beheimatet wurde. Aufgrund des Umstandes, dass man zunächst kein Pflegepersonal zur Verfügung hatte und man erst im Laufe der Zeit einen Pfleger der Hauptambulanz für die nachfolgend beschriebene Tätigkeit zugeteilt bekam, musste man bspw. während der Patientenbetreuung, infolge des großen Andranges und der zeitlich begrenzten Ressourcen, gleichzeitig die Medikamente (Methadon, usw.) aus dem Medikamentenkasten suchen, um diese ihrem Empfänger angedeihen zu lassen. →

[...] „Das heißt wir haben mit den Patienten geredet und während wir geredet haben, sind wir am Medikamentenstand gestanden und haben die Medikamente herausgesucht und vergeben. [...]“⁷⁸⁹

Diese Ausgaben mussten natürlich feinsäuberlich notiert werden, sowie ja auch vorhergehend die Anamnesedaten bei der Aufnahme erhoben werden mussten und dementsprechend sollte jenes Unterfangen auch mit einem enormen Dokumentationsaufwand verbunden sein.⁷⁹⁰

Dieses nicht nur aufgrund der Einstellung und Verabreichung von Opioiden, sondern auch deshalb, da man bezüglich eines einzelnen Patienten zusätzlich dessen Anspruch und die Einhaltung der Auflagen seiner Behandlungstherapie beständig dokumentieren und an die Suchtmittelüberwachungsstelle weitervermitteln musste, sodass dieser die Behandlung überhaupt fortsetzen durfte. Vierteljährlich musste man diesbezüglich den Antrag für die Fortsetzung der Behandlung neu ausstellen und darüber hinaus →

[...] „[war] die Drogenambulanz [...] jene Stelle, die auch die weitere Betreuung der von uns auf Methadon Eingestellten übernehmen musste, das heißt Harntests mussten bei uns abgegeben werden. Die Meldungen an die Substitutionsstelle mussten von uns aus weitergeleitet werden und wir mussten auch bei Wegbleiben der Patienten diese zur Kontrolle (Harntests) einberufen, dass die Verlängerung für ein weiteres Quartal der Substitutionsbehandlung genehmigt werden konnte.“ [...]“⁷⁹¹

Entsprechend dieser Umstände und der weiteren Problematik hierin, dass bspw. vor allem HIV infizierte Patientinnen oftmals nur sehr schwer motivierbar waren Kontrolltermine einzuhalten und zumeist erst wieder an die Ambulanz kamen, wenn sie komplett „abgestürzt“ waren,⁷⁹² erschwerte naturgemäß die Dokumentationspflicht und den diesbezüglichen

⁷⁸⁸ wobei natürlich Dr. Presslich als Leiter der Drogenambulanz diese zeitgemäß unterstützte

⁷⁸⁹ Absatz und direktes Zitat → Schmid-Siegel Interview, Anhang S. 10

⁷⁹⁰ Vgl. Schmid-Siegel Interview, Anhang S. 9, 11

⁷⁹¹ Schmid-Siegel Interview, Anhang S. 11

⁷⁹² Schmid-Siegel, in Pfersmann/Presslich, S. 68

Zeitaufwand unserer Drogenärztinnen erheblich.⁷⁹³ Hinzukommend musste man nämlich auch der Aidshilfe noch durchwegs die Kontakte der hiesigen Patienten melden, da man ja von jenen hierfür bezahlt wurde. →

[...] „Das heißt es war [Alles in Allem] auch ein unglaublicher Dokumentationsaufwand, [welchen man ohne Computerunterstützung zu tätigen hatte.] [...].⁷⁹⁴

Die erwähnten Harntests (14-tägig zu überprüfen), die wie gesagt ebenso infolge der bestehenden MSP-Auflagen hinzukommend im Aufgabenbereich unserer Ärztinnen verhaftet waren, welche persönlich, im Sinne von kontrollierten Harntests unter Sicht, den Patienten abgenommen werden mussten,⁷⁹⁵ zeigt, dass unser Ärzteteam der Drogenambulanz alle anfallenden Tätigkeiten selbstständig zu verrichten hatte, und dies bis zum Jahre 1994 (personaltechnisch) mehr oder weniger alleine,⁷⁹⁶ was auf Dauer gesehen nicht tragbar sein konnte. Speziell zu Beginn der Substitutionsbehandlung waren diese Zustände nahezu untragbar, da man im Schnitt (gesamt) um die 6000 Patientenkontakte im Jahr (Tendenz steigend) auf der Drogenambulanz vertreten hatte (MSP-Patienten hiervon durchgehend mindestens 150)⁷⁹⁷ und sich erst um das Jahr 1989 die Verhältnisse etwas verbesserten, indem auch andere Institutionen wie bspw. die Zentralstelle für Suchtkrankenhilfe des PSD (Borschkegasse) ihre Pforten für die Substitutionsbehandlung öffneten, sowie auch zunehmend mehr Hausärzte und Apotheken die Betreuung derartiger Patienten übernahmen.⁷⁹⁸ Dies war vor allem deshalb notwendig, da die Kapazität der Drogenambulanz sich von dieser Zeit an als vollkommen erschöpft zeigen musste (ambulante Entzüge, stationäre Entzüge, Dauersubstitution, Methadon Reduktionstherapie) →

[...] „Otto Presslich, dem zur Betreuung seiner Patienten keine einzige zusätzliche Planstelle genehmigt wurde und der das Programm nur mit Hilfe von zwei gnadenhalber von der österreichischen Aids-Hilfe abgestellten Gastärzten bewältigt, „kann jetzt schon keine neuen Patienten mehr aufnehmen“. Presslich: „Ich bin am Ende.““ [...]⁷⁹⁹

und somit auch nicht mehr alle Patienten an hiesiger Stelle aufgenommen werden konnten.⁸⁰⁰

⁷⁹³ Vgl. Schmid-Siegel Interview, Anhang S. 8ff.

⁷⁹⁴ Schmid-Siegel Interview, Anhang S. 8

⁷⁹⁵ Schmid-Siegel Interview, Anhang S. 7

⁷⁹⁶ den später zugeteilten Pfleger für die Methadon-Vorbereitung bspw. ausgenommen

⁷⁹⁷ Schmid-Siegel in Pfersmann/Presslich, S. 66

⁷⁹⁸ als auch die gesetzlichen Veränderungen (zweiter Substitutionserlass 1991) eine Ausweitung dieser Behandlungsform ermöglichten → Text und Fußnote - Eisenbach Stangl, Wien (2008), S. 36

⁷⁹⁹ Altenburger R., Schmiederer E., „Drogen schaden, weil sie illegal sind“, Profil Nr. 44 / 30. Oktober 1989, Wien (1989), S. 82 → im folgenden zitiert als Profil Nr. 44 / 30. Oktober 1989

⁸⁰⁰ Schmid-Siegel Interview, Anhang, S. 12ff.

Demgemäß sollte es seit Beginn der 90er Jahre zu einer zentrierten Patienten-Aufnahmeeinschränkung kommen, sodass nunmehr lediglich HIV-Positive, Schwangere und berufstätige Patienten mit überbrückender Substitutionstherapie ins MSP aufgenommen wurden und man jene mit einer langjährigen Opiatabhängigkeit, zumeist an anderweitige Institutionen (Zentralstelle für Suchtkrankenhilfe, Dialog) weiterverweisen musste.⁸⁰¹

5.2.2.1 Die Methadon-Behandlung

Die Methadonbehandlung, an strenge Reglements und Auflagen gebunden, gestaltete sich selbst derart, dass man zunächst den Anspruch dieser Behandlungsmaßnahme überprüfte (Harntest, Virologie) und die Personendaten kontrollierte, da verhindert werden sollte, dass sich Patienten unter falschem Namen eine derartige Behandlung oder Mehrfachversorgung erschleichen konnten. Wurden nun beim Harntest neben Opiaten auch anderweitige Substanzen wie Barbiturate oder Tranquilizer entdeckt, musste der Beginn der Substitutionsbehandlung verschoben werden, bis die Harnuntersuchungen keine zusätzlichen psychotropen Substanzen mehr aufwiesen.⁸⁰² Wurde der Patient nun eingestellt, so erhielt dieser am ersten Tag 30mg Methadon, welches mit Wasser und Sirup verdünnt oral verabreicht wurde. In den folgenden Tagen wurde hiernach die Dosis jeweils um 10mg Methadon erhöht, bis der Patient nicht mehr über Entzugserscheinungen klagte. Die passierte jedoch nur dann, wenn der Patient bei den täglich unter Sicht abgenommenen Harnproben keine anderweitigen Substanzen (s.o.) aufwies.⁸⁰³ Demnach achtete man also besonders in der Anfangszeit der Einstellung auf derartige Gegebenheiten, was den Aufwand an Zeitmitteln für Harnproben unter Sicht naturgemäß erheblich belastete, jedoch während der weiteren Behandlungsphase auf 14-tägige Kontrollen minimiert werden konnte.

Sollte es nun vorkommen, dass Patienten sich weiterführender Substanzen nicht enthielten (Opiate, Barbiturate, Tranquilizer, usw.), mussten jene nachdrücklich darauf hingewiesen werden dies zu unterlassen, da man ansonsten gezwungen sei die Substitutionsbehandlung in eine schrittweise Entzugsbehandlung umzuwandeln und die Methadondosis hierbei stetig verringert werden müsste. Da ein abruptes Absetzen bei dieser Therapiemaßnahme nicht zielführend war und den Patienten aufgrund der Entzugserscheinungen zwingen würde sich wiederum mit Heroin oder Mohnkapseltee, etc. zu versorgen, versuchte man natürlich

⁸⁰¹ Schmid-Siegel in Pfersmann/Presslich, S. 66 & Vgl. Schmid-Siegel Interview, Anhang S. 12, 13

⁸⁰² Absatz → O. Presslich, M. Kheleni-Brainin, B. Schmid-Siegel, E. Hollerer, „Die Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger mit Methadon“, in Medizinisches Jahrbuch 1989 (HG. H. Neugebauer), Dr. Peter Müller Verlag, Wien (1990), S. 52, 53 → im folgenden zitiert als Medizinisches Jahrbuch 1989

⁸⁰³ Absatz (Verabreichung) → Medizinisches Jahrbuch 1989, S. 53

bestmöglich die Gründe für einen Beikonsum und/oder Rückfall zu eruieren und den Patienten die Möglichkeit einzuräumen wieder auf den rechten Weg zurückzufinden, da ein Rückfall an sich einen Teil der Suchtkrankheit ausmacht und es im Sinne dieser Rehabilitationsmaßnahme als nicht sinnvoll erachtet werden konnte, die Behandlungsmaßnahme abzubrechen, um dem Patienten natürlich weiterhin die Chance einzuräumen, sich von seiner Sucht zu lösen.⁸⁰⁴

Besonders die Betreuung HIV-positiver Patientinnen zeigte diese Problematik in vehementem Maße, wobei rund ein Drittel dieses Klientel ein mehr oder weniger kontinuierliches polytoxes Konsumverhalten (Opiate, Tranquilizer, Alkohol) zeigte, welches aufgrund von empfundener Ausweglosigkeit und depressiven Verstimmungen in Bezug auf die Infektionskrankheit und Folgekrankheiten zumeist diese Auswüchse vernehmen ließ.⁸⁰⁵ Naturgemäß versuchte man diese Problemgruppe ebenso im Substitutionsprogramm zu behalten, wobei die Risikoabschätzung natürlich mitunter zu den schwersten Entscheidungen bezüglich einer Weiterführung vs. Behandlungsabbruch/Reduktionstherapie für unsere Drogenärzte zählte.⁸⁰⁶

Eine Besonderheit des Substitutionspatientengutes, bezüglich der polytoxischen Problematik, war generell auch dahingehend zu finden, dass man versuchte derartig polytoxikomane Patienten durch den Einsatz von Methadon auf nur eine Droge umzustellen. Patienten, die demgemäß ursprünglich Heroin oder Opium-Tee genommen hatten und aus Geldmangel zu Barbiturat- und Tranquilizer-Abhängigen wurden, sollten hierbei durch den Einsatz von Methadon stabilisiert werden. Die diesbezügliche Erfolgszahl von 39% der Elaboration derartiger Polytoxikomaner sollte zunächst diesem Ansatz seinen Tribut zollen,⁸⁰⁷ wobei die schwierigen sozialen Verhältnisse und der schlechte Allgemeinzustand der Patientinnen, wie bspw. AIDS, bestehende Schlafstörungen (aufgrund jahrelanger Drogenabhängigkeit) oder Angst- und Panikzustände, generell zu einer relativ toleranten Haltung gegenüber der zusätzlichen Tranquilizer-Einnahme an der hiesigen Drogenambulanz führten und die Patienten demgemäß zumeist dennoch ihre Behandlung erfahren durften.⁸⁰⁸

War nun die Einstellung auf eine konstante Methadondosis geglückt, welche im Durchschnitt zwischen 50 und 90 mg lag, ergaben sich hierbei nun zwei Möglichkeiten der

⁸⁰⁴ Ganzer Absatz ab Fußnote 803 gänzlich entnommen → Medizinisches Jahrbuch 1989, S. 53, 54

⁸⁰⁵ Schmid-Siegel in Pfersmann/Presslich, S. 68ff.

⁸⁰⁶ Pfersmann/Presslich, S. 36

⁸⁰⁷ Absatz → Medizinisches Jahrbuch 1989, S. 56

⁸⁰⁸ Schmid-Siegel in Pfersmann/Presslich, S. 67, 68

Weiterbehandlung: Einerseits konnte diesbezüglich nun Kontakt zum Hausarzt des jeweiligen Patienten aufgenommen werden, welcher die Substitutionsbehandlung übernehmen sollte und jeweils für max. 3 Monate ein Dauerrezept ausstellte, sodass der Patient das Substitutionsmittel auch in der Apotheke aufnehmen konnte, oder andererseits die Dauerverschreibung und Methadon-Abgabe weiterhin in der Ordination oder einer hinlänglichen Ambulanz erfolgte.⁸⁰⁹ Das Problem für die Drogenambulanz an der Universitätsklinik war hierbei jedoch derart vorzufinden, dass sich nur langsamen Schrittes und ganz allmählich Hausärzte für dieses schwierige Patiententum und Unterfangen bereit erklärten, wobei man auch hierin nach wie vor für die Harntests und vierteljährlichen Bescheinigungen der Fortsetzung verantwortlich sein sollte.⁸¹⁰ →

[...] „also es gab dann eine Liste von Ärzten, die bereit waren Methadon-Rezepte auszustellen. Das war für die Hausärzte auch umständlich, da sie sich die Drogenrezepte von der MA 15 abholen mussten, also auch für die Hausärzte, die das gemacht haben ein ziemlicher Aufwand, der nicht entsprechend abrechenbar war mit der Gebietskrankenkasse. Es gab damals ja noch keine Position in der Kassenabrechnung. Wir hatten eine Liste von Hausärzten, die bereit waren die Fortführung der Methadon-Behandlung zu übernehmen. Die Patienten mussten uns eine ärztliche Zusage ihres Hausarztes bringen, dass er bereit war sie nachher weiter zu betreuen, aber wir mussten die Fortsetzung der Methadon-Behandlung bewilligen, durch entsprechende Schriftstücke an die Hausärzte. Denn wir mussten ja die Harntests machen und die Patienten mussten von uns vierteljährlich bescheinigt werden.“ [...]⁸¹¹

Dementsprechend scheint es nicht verwunderlich, dass infolge mangelnder Unterstützung und Anlaufstellen für dieses Klientel bereits im Jahre 1989 Oberarzt Dr. Presslich im Profil über die horrenden Zustände der Drogenpatientenversorgung Auskunft erteilte und sich von dieser Zeit an die Versorgung an der Universitätsklinik spezialisieren bzw. einschränken musste und alle zusätzliche Patienten an anderweitige Ambulanzen und Institutionen (bspw. die Zentralstelle für Suchtkrankenhilfe) weiterzuvermitteln versuchte.⁸¹²

Um nun wieder zur Methadonbehandlung selbst zurück zu kehren und zu einem Abschluss bezüglich dieser Verfahrensweise zu kommen, muss gesagt sein, dass wenn ein Patient ein Jahr lang mit konstanter Methadondosis und ohne nennenswerte Schwierigkeiten substituiert werden konnte, mit jenem eine Besprechung zur Beendigung der Therapie in Angriff

⁸⁰⁹ Absatz → Medizinisches Jahrbuch 1989, S. 53

⁸¹⁰ Vgl. Schmid-Siegel Interview, Anhang S. 11 & 17

⁸¹¹ Schmid-Siegel Interview, Anhang S. 17

⁸¹² Vgl. Profil Nr. 44 / 30. Oktober 1989, S. 81, 82 & Schmid-Siegel Interview, Anhang S. 12, 13

genommen wurde.⁸¹³ Die hierbei zu unternehmende Entzugsbehandlung konnte nun entweder stationär in einer geeigneten Abteilung erfolgen (AKH, Anton-Proksch Institut, Otto-Wagner-Spital, etc.) oder aber auch versucht werden, die Methadondosis langsam herunter zu dosieren, wobei eine Reduktion von etwa 5 mg in zwei wöchigem oder monatlichen Abstand die Regel stellte. Eine rasche stationäre Entzugsbehandlung wurde seitens der Patientinnen oftmals gewünscht, welche jedoch das Risiko bzw. den Nachteil bot, dass hierbei die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalles größer war als bei einer langsamen Dosisreduktion.⁸¹⁴

Dieses gänzliche Absetzen der Ersatzdroge bereitete manchen Patienten besondere Schwierigkeiten und vor allem jenen, welche an sich schon im Vergleich zur Dosis während der Substitution, nur mehr eine symbolische Menge Methadon von 10 bis 15 mg erhielten. Es war kaum möglich die Menge auch nur um 5 mg weiter herabzusetzen, um die Substitution letztlich zu beenden.⁸¹⁵ Dementsprechend konnte auch dieses Unterfangen (Reduktionsentzug) noch Wochen und Monate in Anspruch nehmen und demgemäß musste auch die Ersatzdrogen- und Entzugsbehandlung stets für einen längeren Zeitraum ausgelegt bzw. vorausgeplant werden.⁸¹⁶

5.2.2.2 Die Reduktionstherapie mit Methadon und retardiertem Morphin

Die Unterscheidung, welche es im Sinne der Methadontherapie nun zu generell zu treffen gilt und schon beiläufig in die Geschehensdarstellung eingebettet wurde, ergibt sich daraus, dass es neben einer Dauersubstitution mit Methadon (Erhaltungsbehandlung) auch die Möglichkeit eines schrittweisen Entzugs im Sinne einer Methadon-Reduktionstherapie gab. Bestimmte Voraussetzungen, welche hierfür speziell bezüglich der ambulanten Form jener Therapie gegeben waren, finden sich bspw. anhand von Schwangerschaft, Berufstätigkeit ohne Möglichkeit des Krankenstandes oder eines schlechten Gesundheitszustandes, wobei diese Form der Behandlung zumeist zwischen 4 bis 6 Wochen in Anspruch genommen hatte.⁸¹⁷

Aufgrund des Umstandes, dass Methadon jedoch eine Halbwertszeit zwischen 24-36 Stunden aufweist und letztlich zu einer Prolongation der Entzugssymptomatik führt, da dieser Entzug langwieriger ist und eine stärkere Ausprägung der körperlichen Entzugserscheinungen zeigt

⁸¹³ Medizinisches Jahrbuch 1989, S. 54

⁸¹⁴ Beide Sätze → Medizinisches Jahrbuch 1989, S. 54, 55

⁸¹⁵ Medizinisches Jahrbuch 1989, S. 55

⁸¹⁶ Vgl. Medizinisches Jahrbuch 1989, S. 54 & Vgl. Schmid-Siegel Telefonergänzungsinterview, Anhang S. 8ff.

⁸¹⁷ Schmid-Siegel in Pfersmann/Presslich, S. 62; → in der Realität ambulanter Natur jedoch zumeist über Monate hinweg schrittweise (bspw. 5mg pro Monat) versucht wurde zu reduzieren, bis auf konstante 30 mg Methadon täglich und hiernach der gänzliche Entzug dementsprechend im Schnitt 4 bis 6 Wochen dauerte. → Vgl. Schmid-Siegel Telefonergänzungsinterview, Anhang S. 8ff.

als der Entzug von Opiaten, erwies sich diese Therapieform für den ambulanten Entzug letztlich nur als bedingt geeignet.⁸¹⁸ Demgemäß versuchte man sich innerhalb dieser Herangehensweise oftmals im stationären Bereich, da hierbei auch ein etwaiger Beikonsum ausgeschlossen werden konnte und die Gewöhnung an bzw. Umstellung auf jenes Präparat dementsprechend komplikationsfreier von statten ging. Speziell polytoxikomane Patienten, welche für eine anderweitige stationäre Detoxifizierungsbehandlung dieser Zeit (bspw. Narkoseultrakurzentzug) aufgrund von etwaig auftretenden Komplikationen nicht in Frage kommen konnten, sollten mit dieser schrittweisen Entzugsbehandlung betreut werden.⁸¹⁹ Unterstützt durch eine neuroleptische Begleitmedikation wurde hierbei (stationär) die tägliche Dosis im Vergleich zur Ausgangsdosis am Vortag, um 20% minimiert und somit das Methadon wiederum schrittweise entzogen.⁸²⁰ Diese Art der Entzugstherapie wurde von Patientenseite mehrheitlich als schonend erlebt, wobei jedoch auch einige der Patienten diesen nicht oder nur mit Einschränkungen tolerierten, da innerhalb dieser Vorgehensweise wiederholt psychotische Zustände zu verzeichnen waren.⁸²¹ Der letztliche Umstand, dass die Entzugsqualität von Methadon in einer Reihe klinischer Untersuchungen relativiert bzw. widerlegt wurde und sich auch der Einsatz dieser Methode als nicht gerade ideal für polytoxe Entzugspatienten erwiesen hatte, versuchte man sich hiernach mit der Erforschung und dem Einsatz von retardiertem Morphin (Morphinsulfat-pentahydrat → „Mundidol retard®“) auf dem Gebiete der Opiatdetoxifizierung.⁸²²

Diese schon seit längerer Zeit erforschte Substanz, welche sich speziell bei gegen Therapie resistenten Schmerzzuständen auszeichnete bzw. seinen hilfreichen Einsatz erfuhr, hatte den Vorteil, dass jene eine relativ geringe Rate von Nebenwirkungen zeigte, zudem eine gute Schlafqualität aufwies und hiermit auch eine hervorragende Schmerzfreiheit erreicht werden konnte.⁸²³ Auch die Entzugsdauer im Vergleich zu Methadon war hierbei kürzer aufzufinden, sodass diese Methode eine relativ gute Möglichkeit bot, Opiatabhängige zu entziehen.⁸²⁴ Der

⁸¹⁸ Schmid-Siegel in Pfersmann/Presslich, S. 62 & 68

⁸¹⁹ Fischer Gabriele, O. Presslich, Karin Gutierrez-Loobos, in Pfermann/Presslich (1994), S. 55 → im folgenden zitiert als Fischer in Pfersmann/Presslich

⁸²⁰ Fischer in Pfersmann/Presslich, S. 55 → wobei zumeist jedoch minimalste Reduktionen getätigt wurden und auch kurze Pausen mit gleichbleibender Medikation ihren Bestand nahmen. → Vgl. Presslich Telefoninterview, Anhang S. 4ff.

⁸²¹ Fischer in Pfersmann/Presslich, S. 55

⁸²² Fischer in Pfersmann/Presslich, S. 55

⁸²³ Fischer in Pfersmann/Presslich, S. 56

⁸²⁴ Vgl. Fischer in Pfersmann/Presslich, S. 56

Einsatz von jenem Mittel erfolgte sowohl stationärer als auch ambulanter Natur seit dem Jahre 1992.⁸²⁵

Eine hiermit verbundene Problematik war jedoch zunächst dahingehend zu finden, dass man erkannte, dass, wenn Patienten die Umstellung von Methadon auf retardiertes Morphin ambulant begonnen hatten, diese in einen vehementen Entzugszustand gerieten, da das Methadon mit seiner längeren Halbwertszeit und schwereren Haftbarkeit an den Opiatrezeptoren dem Morphin nicht ermöglichte an diese anzudocken.⁸²⁶ Entsprechend dieser Erkenntnis hatte man hiernach eingelenkt und die Methadonpatienten zunächst stationär völlig vom Methadon entzogen und erst nachfolgend wurde damit begonnen, diese auf retardiertes Morphin einzustellen.⁸²⁷ →

[...] „Jetzt muss man aber dazu sagen, dass wir damals ja nur die absolute worst-case Indikation, das heißt wirklich die Patienten, die mit Methadon überhaupt so wie jetzt [nicht zu Recht kamen, eingestellt haben.] Also völlig ident, das war nahezu derselbe Text wie jetzt laut darüber nachgedacht wird mit Heroin. Ja, genau das Gleiche [...] wie auch wir damals argumentiert haben, warum man ein retardiertes Morphin geben sollte. Das Methadon sediert zu stark, das Methadon macht die Leute arbeitsunfähig,⁸²⁸ chronisch depressiv, exzessive Gewichtszunahme, etc. Aber wir haben wirklich die Patientinnen, die mit Methadon überhaupt nicht funktioniert haben umgestellt. Und das waren wirklich die Patienten, die eben ein worst-case Szenario mit Methadon darstellten. Von diesen haben wir vielleicht dokumentiert 12 oder 15 Patienten und davon waren wirklich 50% nach der Umstellung auf retardiertes Morphin, haben wirklich auch wieder an einer Resozialisierung teilgenommen und zum Teil sogar wieder gearbeitet. Ja, also das hatte es auch wirklich gebracht. Schwierig war nur der Beginn von der Umstellung.“ [...]⁸²⁹

Die diesbezügliche Umstellung auf retardiertes Morphin dauerte im Schnitt rund 2 bis 3 Wochen, wonach die Patienten stationär wie ambulant weiterversorgt wurden und auch Neueinstellungen mit jenem Präparat von nun an ambulant vorgenommen werden konnten.⁸³⁰

5.3 Die stationären Entzüge der Zeitspanne von 1987 bis 1993

Während sich die ambulante Versorgung dieser Zeit ihren Weg bahnte, versuchte man nach wie vor auch weiterhin auf der Intensivstation unter der Leitung von Dr. Otto Presslich, Möglichkeiten zu finden einen bestmöglichen Entzug für die jeweiligen Suchtabhängigen zu gewährleisten. Wie wir wissen, hatte man seit Anbeginn der stationären Entzüge auf der

⁸²⁵ Vgl. Schmid-Siegel Interview, Anhang S. 4

⁸²⁶ Schmid-Siegel Telefonergänzungsinterview, Anhang S. 7

⁸²⁷ Schmid-Siegel Telefonergänzungsinterview, Anhang S. 7

⁸²⁸ Was ein gravierender Umstand war, da man ja auch versuchte eine berufliche Integration bzw. Reintegration mit den Patientinnen anzustreben → man stand diesbezüglich mit der Wiener Berufsbörse in enger Zusammenarbeit stand → Schmid-Siegel in Pfersmann/Presslich, S. 68

⁸²⁹ Schmid-Siegel Telefonergänzungsinterview, Anhang S. 7ff.

⁸³⁰ Vgl. Schmid-Siegel Telefonergänzungsinterview, Anhang S. 8

Universitätsklinik versucht, die Patienten unter Einsatz von stark wirksamen Neuroleptika, schmerzstillenden Medikamenten wie bspw. Tranquilizern („Valium“®), „Praxiten“®, etc.)⁸³¹ und Antidepressiva (bspw. „Sinequan“®) zu behandeln bzw. diesen hierdurch eine möglichst schmerzfreie Entzugsphase zu gewährleisten.⁸³² Eine Weiterentwicklung auf diesem Gebiet erfolgte hiernach auch durch den Einsatz von „Clonidin“, wobei sich dieses Präparat wie wir bereits gehört haben, bei den Patientinnen letztlich nicht durchsetzen konnte.⁸³³ Demgemäß forschte man weiter und suchte nach weiteren Möglichkeiten einer geeigneten Entzugstherapie.⁸³⁴

5.3.1. Der Narkose-Ultra-Kurz Entzug (Ultra Rapid Opiate Detoxification)⁸³⁵

Ein selbst entworfener Versuch auf diesem Gebiet erfolgte alsbald (Ende der 80er Jahre) durch die Implementierung und Erforschung von sogenannten „Ultra-Kurzzeit-Entzügen“ durch Herrn Dr. Presslich,⁸³⁶ welche international einiges an Aufsehen erregten und auch heutzutage noch in so manchen Ländern der Welt erforscht bzw. zur Behandlung herangezogen werden.⁸³⁷ Die hierbei bestandnehmende Vorgangsweise begibt sich derart, dass der Patient zunächst in einen narkotischen Zustand überführt wird und man durch den Einsatz eines Opiat-Antagonisten, „Naloxon“, versucht die Opiatrezeptoren des Klienten frei zu schwemmen.⁸³⁸ Hiernach lässt man den Patienten wieder aus der Narkose erwachen, was an sich relativ gute Erfolge in Bezug auf einen reinen Opiatabhängigkeitsentzug vernehmen ließ. Das Problem eines diesbezüglichen Einsatzes war jedoch leider darin zu finden, →

[...] „dass wir beim Drogenscreening nie alle sedierenden Sachen erwischt haben. Wir haben die Benzodiazepine mit Müh und Not erwischt, aber es hat damals noch Schlafmittel gegeben, die nicht erfasst werden konnten [...] [und so waren] wir praktisch mit Mischentzügen [...] konfrontiert“ [...],

bei welchen zwar die Patienten mit einer Heroinkomponente (monotoxische Drogenkonsumenten) gut entzogen werden konnten, jedoch bei einer vorliegenden

⁸³¹ Vgl. Presslich Telefon-Interview, Anhang S. 3

⁸³² Vgl. bspw. Presslich Interview, Anhang S. 11

⁸³³ Presslich Interview, Anhang S. 30

⁸³⁴ Deren sich 3 Möglichkeiten finden ließen (Der fraktionierte Kurzentzug mit „Naloxon“, Der Narkose-Ultrakurzentzug und die Methadon/Morphin-Reduktionstherapie, wobei wir uns lediglich mit den zwei letzteren Vorgehensweisen aufgrund der Fassungskapazität jener Arbeit eingehender beschäftigen werden. → für etwaiges Interesse bezüglich des Fraktionierten Kurzentzuges siehe Pfersmann/Presslich, Wien (1994), S. 53ff.

⁸³⁵ Später als englische Variante derart bezeichnet in der Wissenschaft anzutreffen

⁸³⁶ In Zusammenarbeit mit Professor Dr. Norbert Loimer und Professor Dr. K. Lenz → Vgl. Presslich Ergänzungsgespräch, Anhang S. 7ff.

⁸³⁷ Eisenbach-Stangl, Wien (2008), S. 167 ; Presslich Interview, Anhang S. 29 & Vgl. Naderi-Heiden A., „Ultra-Rapid Opiate Detoxification Followed by Nine Months of Naltrexone Maintenance Therapy in Iran“, in Pharmacopsychiatry 43/4, Georg Thieme Verlag, Stuttgart (2010), S. 130-137

⁸³⁸ Presslich Interview, Anhang, S. 44

Tranquilizer-Komponente die Patienten oftmals delirant geworden sind und demgemäß keine gute Therapie- bzw. Entzugsoption hierbei vorzufinden war.⁸³⁹ →

[...] „Da konnte man einen Antagonisten schon gar nicht brauchen [bei Mischabhängigkeit], weil der Tranquilizer Anteil [in der Szene] viel zu hoch war. [...] [Zum Beispiel] also von Leuten die Rohypnol® genommen haben. [...]“⁸⁴⁰

Neben dieser Problematik bzw. den Komplikationen hervorgerufen durch eine Mischabhängigkeit und deliranten Zustandsbildern, wobei man natürlich versuchte neben den regulären Drogen-Screenings im persönlichen Interview mit den Patienten über die Verwendung solcher Substanzen (bspw. nichtnachweisbares Atarax®) Auskunft zu erhalten, gestaltete sich letztlich der Umstand, dass man für jene Entzüge zwei Stationen (die Intensivstation und auch die Intensivstation der Internen-Abteilung) zur Überwachung und Durchführung benötigte, welche letztlich die Problematik jener Vorgangsweise besiegelten, und dementsprechend auch jene Versuchsreihe alsbald aus dem Behandlungsrepertoire der Intensivstation scheiden sollte.⁸⁴¹

→ [...] „Die Durchführung von Narkoseultrakurzentzügen blieb [hierbei] auf ein rein wissenschaftliches Niveau beschränkt, da einerseits die mechanische Manipulation zu aufwendig ist, andererseits die stark verkürzte Zeit, in der die Patienten eine Opiatfreiheit erlangen, durch nachfolgende Probleme, wie die vorher erwähnten deliranten Zustandsbilder, zu einer Verlängerung des stationären Aufenthaltes führ[t]en.“ [...]“⁸⁴²

Diese Versuchsreihe wurde somit nur an 10 bis 12 Patienten erprobt, deren Behandlungsdauer durchschnittlich bei 4 bis 5 Tagen lag und nach den erlangten Erkenntnissen nicht weitergeführt wurde.⁸⁴³

5.3.2 Der Einsatz von Langzeit-Opiatblockern

Im Zuge des Einsatzes und der Erforschung des Opiatantagonisten „Naloxon“, welcher innerhalb des Narkoseultrakurzentzuges eingesetzt wurde, versuchte man die Patienten hiernach auf orale Opiatblocker (Wirkstoff „Naltrexon“) einzustellen,⁸⁴⁴ sowie auch jener Versuch bei anderweitig entzogenen Patienten (ambulant) unternommen wurde. →

[...] „Wir haben das manchen Patienten angeboten, dass sie auf Naltrexon, also das

⁸³⁹ Vgl. ganzer Absatz und Zitat → Presslich Interview, Anhang S. 29

⁸⁴⁰ Presslich Interview, Anhang S. 20

⁸⁴¹ Presslich, Ergänzungsinterview, Anhang S. 3, 7 & Telefon-Interview, Anhang, S. 4

⁸⁴² Pfersmann/Presslich, Wien (1994), S. 55

⁸⁴³ Presslich Ergänzungsinterview, Anhang S. 4

⁸⁴⁴ Opiatblocker, der eine Wirkung über 48 Stunden bietet und daher nur alle 2 Tage eine Tablette eingenommen werden muss → Presslich Interview, Anhang S. 20

⁸⁴⁵ Vgl. Pfersmann/Presslich, Wien (1994), S. 54

war damals im Handel unter „Revia“[®], medikamentös eingestellt werden könnten, als Schutz nicht wieder rückfällig zu werden. Aber rückblickend glaube ich, dass die Compliance sehr gering war. [...] Also es hat in Wirklichkeit viele der Patientinnen nicht interessiert. Die meisten Patienten haben ja ambulante Entzüge gemacht in Wirklichkeit, um finanzielle Engpässe zu überbrücken oder dass das Heroin wieder besser wirkt.“ [...] ⁸⁴⁶

Diesem Umstand entsprechend und aufgrund der beschriebenen Problematik eines Beikonsums von bspw. Tranquilizern, sollte sich diese Interventionsmöglichkeit bei den Patienten letztlich nicht durchsetzen →

[...] „Also mit den Opiatblockern war das Dilemma, dass das nicht angenommen worden ist von der Szene. [...], ⁸⁴⁷ weil die Sucht ist doch ein komplexes Phänomen und wenn man glaubt mit einer Injektion oder mit einer Tabletteneinnahme ist das erledigt, na das geht halt nicht. Sie können nicht die Erinnerung löschen.“ [...] ⁸⁴⁸

Darüber hinausgehend war ein weiteres Problem, bezüglich jenes Einsatzes auch dahingehend zu finden, →

[...] „dass die Rate der Patienten, die versterben innerhalb eines Jahres [aufgrund eines Rückfalles], bei Einsatz von Naltrexon und strenger Abstinenz höher war, als im unbehandelten Drogen-, Patientenumkreis. [...] ⁸⁴⁹

Demgemäß beschränkte sich diese Vorgehensweise, welche von Beginn an nur bei einigen wenigen Freiwilligen getätigt wurde, ⁸⁵⁰ auf eine sehr kleine Zahl von Patienten und wurde hiernach aus dem Behandlungsrepertoire entfernt. ⁸⁵¹

5.3.3 Die Reduktionstherapie mit Methadon und Morphinpentahydrat

Diese Art der Detoxifizierungsbehandlung, von welcher wir schon im Kapitel (5.2.2.2) hörten (s.o.), kam nun deshalb vor allem zur Anwendung, da sich das Abhängigkeitsprofil der Patienten in Wien wandelte und nun kaum mehr rein opiatabhängige Patientinnen an der Klinik anzutreffen waren. ⁸⁵² Aufgrund dieser Tatsache, dass nunmehr hauptsächlich polytoxikomane Patienten anstellig wurden und mit den oben beschriebenen Antagonisten-Entzügen das Auslangen eines Entzuges nicht gefunden bzw. jene nicht begangen werden konnten, musste man dieser Form der Mehrfachabhängigkeit mit einer schrittweisen

⁸⁴⁶ Schmid-Siegel, Telefon-Ergänzungsinterview, Anhang S. 6

⁸⁴⁷ Presslich Ergänzungsinterview, Anhang S. 2

⁸⁴⁸ Presslich Interview, Anhang, S. 20

⁸⁴⁹ Presslich Interview, Anhang S. 20 → Empfehlung = Patientengeschichte hierzu lesen

⁸⁵⁰ [...] „die das mehr oder weniger lange, [...] durchgehalten haben“ [...] → Presslich Ergänzungsinterview, Anhang S. 2

⁸⁵¹ Vgl. Presslich Ergänzungsinterview, Anhang S. 3

⁸⁵² Pfersmann/Presslich, Wien (1994), S. 55

Entzugsbehandlung begehen.⁸⁵³ Wie wir bereits wissen, wurde hierbei bspw. Methadon zur langsamen Dosisreduktion angewendet, wobei die Patienten stationär, wenn möglich täglich, von der Ausgangsdosis herunter dosiert wurden⁸⁵⁴ und man dessen Entzugsphase durch eine neuroleptische und weiterführende Begleitmedikation (z.B. Sinequan®) unterstützte.⁸⁵⁵ Aufgrund der Tatsache von auftretenden Nebenwirkungen (psychotische Zustände, Depressionen → siehe 5.2.2.2) und dem Umstand das in einer Reihe klinischer Untersuchungen der Folgejahre die angenommene Entzugsqualität des Methadonentzuges relativiert bzw. widerlegt wurde, hatte man sich dazu entschlossen eine neue Herangehensweise im Sinne einer Morphin-Reduktionsbehandlung zu begehen.⁸⁵⁶ Die Entzugsform mit Methadon hatte zumeist eine Entzugsdauer von 4 bis 6 Wochen in Anspruch genommen.⁸⁵⁷

In der Morphinreduktionstherapie hatte man im Jahre 1992 damit begonnen, Personen welche vorerst vom Methadon entzogen werden mussten (Gründe s.o. 5.2.2.2) auf retardiertes Morphin (Mundidol®) einzustellen. Im stationären Bereich bedeutete dies, dass man in den ersten zwei Tagen den Patienten mit Morphin, bei drei Mal täglicher Gabe, soweit aufsättigte, sodass dieser sich körperlich wohlfühlte und hiernach mittels eines mittel- bis niedrigpotenten Neuroleptikums (bspw. Eutonin®) einen Zustand der Umdämmerung herbeiführte, welcher 4 bis 6 Tage aufrecht erhalten und währenddessen das Opioid rasch reduziert wurde. Zum Schlafen verabreichte man diesen Zeitraum hindurchgehend bei Bedarf „Doxyoïn“ und „Merserin“, sowie auch Benzodiazepine oder Chloralhydrat. Der Aufenthalt auf der Station dauerte diesbezüglich in der Regel um die 14 Tage⁸⁵⁸ und da sich jene Vorgehensweise durchaus bewährt hatte, wurde in den Folgejahren der Einsatz von Morphin sowohl stationär, als auch im Zusammenhang mit einer ambulanten Reduktionstherapie hinsichtlich der Opiatentzugs- und Substitutionsbehandlung weitererforscht bzw. ausgeweitet.⁸⁵⁹

Die Problematiken, welche nun bei all jenen Entzügen, Substitutions- und Reduktionsbehandlungen dieser Zeitspanne (ambulant wie stationär) generell aufzufinden

⁸⁵³ Pfersmann/Presslich, Wien (1994), S. 55

⁸⁵⁴ zumeist in minimalsten Dosen → Vgl. Presslich Telefoninterview, Anhang S. 4ff.

⁸⁵⁵ Pfersmann/Presslich, Wien (1994), S. 55 & Presslich Telefoninterview, Anhang S. 4ff.

⁸⁵⁶ Pfersmann/Presslich, Wien (1994), S. 55

⁸⁵⁷ Schmid-Siegel in Pfersmann/Presslich, S. 62

⁸⁵⁸ Absatz, Oberarzt Klaus Behrendt, „Bericht über eine Wienreise – Ambulante und stationäre Behandlung Drogenabhängiger in Wien – Erfahrungsbericht vom Besuch des Anton-Proksch-Institutes und der Universitätsklinik“, Hamburg (1993), S. 5

⁸⁵⁹ Vgl. Fischer, Jahresbericht 1995, S. 19, 20, 33

waren, sind dahingehend zu verorten, dass der Patientenandrang immer größere Ausmaße erreichte, sodass man im ambulanten Bereich bereits Wartezeiten von 3 bis 4 Wochen für ambulante Entzüge aufzuweisen hatte, ebenso wie im stationären Bereich seit Jahren die Wartelisten (4 Wochen - Wartezeit) kein Ende nehmen sollten.⁸⁶⁰ Aufgrund von Personal- und Versorgungsplatzmangel, sowie den umfassenden Formalitäts-Erledigungen (MSP) hatte vor allem die notwendige psychosoziale Betreuung erheblichen Schaden genommen, sodass unsere Ärzte der Drogenambulanz, welche gleichsam seit jeher die Hausärzte, Sozialarbeiter und Suchtbehandler in Einem stellten, sich dazu entschlossen, gegen diese unzureichenden Zustände im Sinne einer adäquaten Patientenversorgung mobil zu machen. Um diese Auseinandersetzung mit der Gemeinde Wien jedoch zunächst auf ein gut gemauertes Fundament zu stellen, wollen wir uns den Patientenzahlen des Zeitraumes 1987 bis 1993 zuwenden.

5.4 Die Patientenzahlen & die Versorgungssituation von 1987 bis 1993

Wie wir bereits vernommen haben, sollten seit dem Substitutionsmittelerlass aus dem Jahre 1987 durchgehend mindestens rund 150 Patienten im MSP pro Jahr von unserer Drogenambulanz diesbezüglich versorgt werden.⁸⁶¹ Aufgrund der Tatsache, dass die vorliegenden, zugänglichen Zahlen aber erst ab dem Jahre Ende 1990 vollständig aufgelistet vorzufinden waren, müssen wir für die Zeit von 1987 bis 1990 die offiziellen Zahlen der aufgefundenen Publikationen, im Sinne der gesamten „Patientenkontakte“ p.a. hochrechnen bzw. auf diesbezügliche Interviewaussagen zurückgreifen.⁸⁶²

Im Zeitraum zwischen September 1987 und Jänner 1990 wurden an der Drogenambulanz 266 Opiatabhängige (185 Männer, 81 Frauen) in das Methadon-Substitutionsprogramm aufgenommen, wovon Ende Januar 1990 aufgrund von Beikonsum sedierender Medikamente, ambulanten oder stationären Entzugsbehandlungen, sowie bestandgenommener Todesfälle⁸⁶³

⁸⁶⁰ Vgl. Hofer E., Schmied-Siegel B., Muzik M., „Betreuung drogenabhängiger Patienten an der Universitätsklinik für Psychiatrie“, in forum Dr. MED 4/93, o. V., S. 36

⁸⁶¹ Schmid-Siegel in Pfersmann/Presslich, S. 66

⁸⁶² Dies aufgrund des Umstandes, dass weder die Sucht- und Drogenkoordinationsstelle Wien (MA 15) über derartige Gesamtzahlen verfügt bzw. jemals vom AKH erhalten hatte (→ Vgl. Telefoninterview mit Frau Dr. Hermine Schmidhofer, im Anhang – Telefonauskünfte, S. 1ff.), noch Frau Dr. Gabriele Fischer (Leiterin Der Drogenambulanz AKH) mir diesbezügliche Daten zukommen lassen konnte, da in die letzten Jahren eine Systemumstellung erfolgte, und die Damen der Datenverwaltung diese nicht mehr auffinden konnten. (→ Vgl. Telefonauskunft Prof. Dr. Gabriele Fischer, im Anhang, S. 1); Und wir uns auch in Erinnerung rufen müssen, dass zur damaligen Zeit noch keine Computerunterstützung an der Ambulanz vorzufinden war. → Vgl. Schmid-Siegel Interview, Anhang S. 8

⁸⁶³ Gründe → Medizinisches Jahrbuch 1986, S. 55

99 Patienten nicht mehr im MSP vertreten waren.⁸⁶⁴ Von diesen verbliebenen 167 Patienten waren im MSP 12 Personen in einer Reduktionstherapie befindlich, sowie 155 in der Erhaltungstherapie vertreten.⁸⁶⁵ Da es nun als wenig zielführend erscheint alle etwaigen Patientenzahlen für die bestandgenommenen Vorgehensweisen der einzelnen Jahre aufzulisten (Reduktionstherapie, MSP, Abbrüche, Entzüge, etc.) und den Überblick über die Gesamtjahres-Patientenkontakte nicht zu verlieren, sollen hierzu repräsentative Überblicke dieser Zeitspanne (1987 – 1993) nachfolgend geschaffen werden, damit wir die Problematik der Überforderung unserer hiesigen Drogenambulanz greifbar machen können.⁸⁶⁶

Wie wir wissen, war die Drogenambulanz der Universitätsklinik bis zum Jahre 1989 die einzige Institution Wiens, welche die Einstellung und Verwaltung von Methadonpatientinnen bewerkstelligen musste,⁸⁶⁷ was bedeutete, dass diese alle anfälligen Aufnahmen, verwaltungstechnischen – bürokratischen Auflagen (Harntests, Einstellungsschreiben, Verlängerungsschreiben, Bestätigungen für diverse Ämter, Apotheke, Amtsarzt, Überweisungen und Rücksprachen mit Spezialambulanzen, Beratung, Medikamentenausgabedokumentation) selbständig im Rahmen oder neben ihrer Betreuungstätigkeit erledigen mussten.⁸⁶⁸ Mit nun durchschnittlich 150 Patienten im Methadon-Substitutionsprogramm pro Jahr und ca. 800 Personen gesamtmäßig an der Ambulanz p.a. Jahr vertreten (Entzüge, Vorbereitung stationäre Entzüge, Beratung, etc.)⁸⁶⁹ lässt sich zeigen, dass es pro Jahr rund 6000 Patientenkontakte zu bewerkstelligen gab, welche von den Drogenärzten ohne nennenswerte Hilfe alleine getätigt werden mussten.⁸⁷⁰

Die erste genaue Zahl bezüglich dieser gesamten Patientenkontakte findet sich bei den erhaltenen Dokumenten von Frau Dr. Schmid-Siegel, welche auf das Jahr 1991 datiert sind,

⁸⁶⁴ Satz - Patientenzahlen → Pfersmann V., Loimer N., Hollerer E., Werner E., Schmid-Siegel B., Presslich O., „AIDS und Methadon: Zweieinhalb Jahre praktische Erfahrungen in Wien“, in Aids-Forschung (AIFO), Heft Nr. 5, Wien (Mai 1991), S. 248 → im folgenden zitiert als Pfersmann, Aids-Forschung (1991)

⁸⁶⁵ Pfersmann, Aids-Forschung (1991), S. 248

⁸⁶⁶ Worüber jedoch die erhaltenen Patientenkontaktaufzeichnungen von Frau Dr. Schmid-Siegel, im Anhang für weiterführendes Interesse hinzugegeben wurden. Siehe Anhang → Statistiken – „Tätigkeitsbericht der Drogenambulanz der Universitätsklinik für Psychiatrie“ & „Drogenambulanzkontakte UKP 1991, 1992“

⁸⁶⁷ Eröffnung der Substitutionsbehandlung durch den PSD (Borschkegasse) erfolgte bspw. erst 1989 → Telefonauskunft von Herrn Dr. Walter Reichelt (langjähriger Mitarbeiter des PSD, heute am Otto-Wagner-Spital), Anhang – Telefonauskünfte, S. 2

⁸⁶⁸ Schmid-Siegel, „Tätigkeitsbericht DROGENAMBULANZ“, Anhang S. 1

⁸⁶⁹ Wiener Drogenkommission, „Entwurf für ein Wiener Drogenkonzept“, (Hausinternes Dokument der Drogenambulanz der Universitätsklinik), Wien am 30.7.1991, S. 13

⁸⁷⁰ Da ein eigenständiges Pflegepersonal noch fehlen sollte. → Vgl. Schmid-Siegel Interview, Anhang S. 6 - 9 ; & Ausgenommen die äußerst löbliche Hilfe der Sozialarbeiterinnen von Streetwork und der tätigen Verbindungsdienste im Hause (API, Grüner Kreis, PKH Ybbs, Aidshilfe, etc.), welche jedoch im Sinne des Dokumentationsaufwandes (Auflagennachkommen) nicht dienlich sein konnten.

mit 6395 Patientenkontakten, wovon 272 Erstkontakte zu verzeichnen waren.⁸⁷¹ Für das Jahr 1990 liegen leider nur die Zahlen von Juli bis Dezember 1990 vor, welche gesamt eine Frequentierungssumme von 3007 Patientenkontakten aufweisen, sodass man davon ausgehen kann, dass auch im Jahre 1990 an hiesiger Stelle um die 6000 Kontakte verwaltet wurden.⁸⁷²

Wie Frau Dr. Schmid-Siegel im persönlichen Interview meinte, kam es seit dem Beginn ihrer Tätigkeit an der Drogenambulanz zu einem stetigen Anwachsen von quantitativen Patientenzahlen, sodass auch vom Jahre 1987 an davon ausgegangen werden darf, dass zwischen 5000 bis 6000 Patientenkontakte pro Jahr für diesen Zeitraum als realistisch einzustufen sind.⁸⁷³

Im Vergleich zu den gesteigerten Zahlen von 1990 und 1991 sollten die Patientenkontakte jedoch weiterhin beständig zunehmen, was den Bedarf bzw. die Nachfrage nach ärztlicher Hilfestellung Suchtabhängiger einen sehr deutlichen Ausdruck zu verleihen vermag, da zu jener Zeit bereits weitere Institutionen ihre Pforten bezüglich dieser Patientenversorgung (bspw. die Zentralstelle für Suchtkrankenhilfe „Borschkegasse“, der Ganslwirt, usw.) ausweiteten bzw. eröffneten.⁸⁷⁴ Maßgeblich nach wie vor als eine der wenigen Einrichtungen, welche eine ambulante (Entzüge, MSP, Beratung) und stationäre Versorgung zu gewährleisten versuchte, war das AKH also weiterhin eine zentrale Anlauf und Versorgungstelle für Suchtkranke, was sich gemäß einer Betreuungsausweitung durch weiterführende Institutionen, dennoch weder qualitativ, noch quantitativ entlastend ändern sollte. So kam es auch, dass bereits im Jahre 1992 die Patientenkontakte auf 7755 Kontakte mit zusätzlichen 343 Erstkontakten ansteigen sollten (8068 Kontakte).⁸⁷⁵ Diese enorme Summe von Patientenkontakten ist nun mit nichts bisher Dagewesenem zu vergleichen und wäre auch ohne Zweifel noch um Einiges übertroffen worden, wenn es nicht im Oktober desselben Jahres zur Eröffnung einer eigenständigen „Forensischen Drogenambulanz“ unter der Leitung von Frau DDr. Dorothea Pfersmann gekommen wäre, welche sich um die Anliegen inhaftierter Patienten bemühte, die bis dato eine ambulante Betreuung in Begleitung von Sicherheitsbeamten an der unsrigen Drogenambulanz in Anspruch genommen hatten.⁸⁷⁶ Mit

⁸⁷¹ Schmid-Siegel, „Drogenambulanzkontakte UKP Wien 1991, 1992“, im Anhang & Schmid-Siegel, „Tätigkeitsbericht der Drogenambulanz der Universitätsklinik für Psychiatrie – Erstkontakte“, im Anhang

⁸⁷² Schmid-Siegel, Drogenambulanzserhebungen von Juli 1990 bis Dezember 1990, im Anhang

⁸⁷³ Vgl. Schmid-Siegel Interview, Anhang S. 3, 12

⁸⁷⁴ Eröffnung Ganslwirt 1990 zu finden unter →

http://diepresse.com/home/panorama/wien/461750/Ganslwirt_Drogenhilfe-seit-18-Jahren

⁸⁷⁵ Schmid-Siegel, „Drogenambulanzkontakte UKP Wien 1991, 1992“, im Anhang & Schmid-Siegel, „Tätigkeitsbericht der Drogenambulanz der Universitätsklinik für Psychiatrie“, im Anhang

⁸⁷⁶ Schmid-Siegel, „Tätigkeitsbericht DROGENAMBULANZ“, im Anhang S. 2 & Fischer, Jahresbericht 1995,

einer jährlichen Frequenz von mehr als 770 Patientenepisoden sollte diese „Forensische Drogenambulanz“ in Zukunft die Drogenambulanz dankbarerweise entlasten, wobei die Erörterung dieser neuen Ambulanz nicht mehr Teil unserer hier vorliegenden Auseinandersetzung sein kann, da diese einer eigenständigen Arbeit bedürfe.⁸⁷⁷

Die quantitativen Zustände von nunmehr 6000 bis 8000 Patientenkontakten pro Jahr konnten nun schon seit Langem bei bestem Willen nicht mehr tragbar sein, worüber auch die nachfolgende Äußerung von Frau Dr. Schmid-Siegel in der Zeitschrift „*Soziale Arbeit*“ aus dem Jahre 1992 Aufschluss gibt. →

[...] „In unserem täglichen „ganz normalen Wahnsinn“ an der Drogenambulanz, wo uns bis zu 60ig Patienten mit den unterschiedlichsten Problemen kontaktieren, ist es kaum möglich, sich für den Einzelnen entsprechend Zeit zu nehmen. z.B: Eine Patientin erzählt über ihre Angst vor dem Sterben. Ihr wurde klar, daß sie nicht mehr lange leben wird. Ihr HIV-negativer Partner hat sie verlassen, das Alleinsein versetzt sie in Panik. Draußen warten noch 30 Patienten, ich biete ihr an, am nächsten Tag außerhalb der Ambulanzzeit zu kommen, versuche eine Betreuung durch die AIDS-Hilfe anzubahnen. Aber verzweifelt ist sie jetzt – den Termin am nächsten Tag hält sie nicht ein, ich habe das Gefühl sie in dieser Situation alleine gelassen zu haben.“ [...] ⁸⁷⁸

Mit durchschnittlich 30 bis 40 Personenkontakten pro Tag⁸⁷⁹ und noch immer fehlender personeller Unterstützung sollte dieser tägliche Wahnsinn zur Routine werden und die sozialarbeiterische – sozialpsychiatrische Versorgung lediglich nunmehr das Mindestmaß an Zuwendung und Betreuung gewährleisten können. Diesen Umständen entsprechend und auch noch mit der bereits vernommenen Aussage Dr. Otto Presslichs aus dem Profil 1989 untermauert → [...] „Otto Presslich kann keine neuen Patienten mehr aufnehmen:

„Ich bin am Ende““ [...] ⁸⁸⁰

konnte es dementsprechend nicht weitergehen. Demgemäß sollte es infolge mangelnder personeller Ausstattung, fehlenden Versorgungseinrichtungen, Therapie- und Entzugsplätzen, welche weder quantitativ noch qualitativ im Sinne einer umfassenden Patientenversorgung

S. 34

⁸⁷⁷ Patientenepisoden → Fischer, Jahresbericht 1995, S. 13; → jedoch hierzu gesagt sein soll, dass diese Ambulanz in einem sehr engen Verhältnis mit der Justizanstalt Favoriten stand und der diesbezügliche Bedarf der Patientinnen-Betreuung um ein Vielfaches höher gewesen wäre, jedoch aufgrund von Personalmangel und fehlenden Raumressourcen auch die Behandlungskapazität dieser Ambulanz in den Folgejahren nicht vergrößert werden konnte. → Fischer, Jahresbericht 1995, S. 34

⁸⁷⁸ Schmid-Siegel, „Der tägliche Wahnsinn, in Sozialarbeit Nr. 95, Wien (Juni 1992), S. 28

⁸⁷⁹ Wobei die im Zitat vermerkten 60 Patienten die Höchstzahl an Patienten markieren dürfte. → Zahl 30 bis 40 Patienten im Durchschnitt → Vgl. Schmid-Siegel Interview, Anhang S. 8

⁸⁸⁰ Profil Nr. 44 / 30. Oktober 1989, S. 82

vorhanden waren, und dem hinzukommenden Phänomen dieser Tage, dass unter den drogenabhängigen Patienten auch immer mehr Jugendliche aufzufinden waren, →

[...] „Immer häufiger werden wir mit drogenabhängigen Jugendlichen konfrontiert, die sicherlich zu unserer schwierigsten und betreuungsintensivsten Klientel gehören. Jugendliche sind in den letzten Jahren zunehmend zu Drogenkonsumenten geworden, wobei das Einstiegsalter für „harte“ Drogen immer niedriger wird, sodass 13-jährige Jugendliche, die an der Nadel hängen, keine Seltenheit sind.“ [...] ⁸⁸¹

für welche ebenso wenig ein ausreichend adäquates Versorgungsangebot bestand, ⁸⁸² im Herbst 1992 zu einem Vulkanausbruch in Form von Oberarzt Dr. Otto Presslich kommen, welcher gemeinsam mit den Vertretern von Streetwork zu einer Pressekonferenz im traditionsreichen Restaurant „Cafe Landmann“ ins Leben lud. ⁸⁸³

5.5 Die Pressekonferenz im Jahre 1992

Die schon seit Jahren laufende Debatte bzw. Forderung bezüglich einer adäquaten Patientenversorgung, im Sinne von zusätzlichem Personal und entsprechenden Versorgungseinrichtungen, welche bspw. auch mittels selbst entworfene Drogenkonzepte seitens der behandelnden Drogenärzte stets an die Gemeinde Wien übermittelt wurden, sollte es im Jahre 1992 infolge unzureichender Handlungen zu einer Pressekonferenz im Restaurant „Cafe Landmann“ kommen. Schon seit dem Beginn der 90er Jahre bemühte man sich innerhalb einer einmal wöchentlich stattfindenden Sitzung „des Drogenteams“ in den Räumlichkeiten der Universitätsklinik, wo alle nennenswerten Vertreter der verschiedenen Wiener Drogeneinrichtungen (bspw. Streetwork, Otto-Wagner-Spital, Grüner Kreis, API) zusammentrafen, darum, die Patientenversorgung bestmöglich zu koordinieren und bspw. Mehrfachbehandlungen im Substitutionsprogramm hierdurch auszuschließen. ⁸⁸⁴ Im Zuge dieses Informationsaustausches resultierten hieraus natürlich immer wieder auch Konzepte zur Verbesserung und Planung von Behandlungsangeboten, welche jedoch kein ausreichendes Gehör bei den verantwortlichen Regierungsvertretern (Gemeinde Wien) fanden, sodass man sich gezwungen sah eine Pressekonferenz ins Leben zu rufen, zu welcher man die jeweiligen Repräsentanten einlud. ⁸⁸⁵

⁸⁸¹ Hofer E., Schmied-Siegel B., Muzik M., „Betreuung drogenabhängiger Patienten an der Universitätsklinik für Psychiatrie“, in forum Dr. MED 4/93, o. V., S. 36

⁸⁸² Vgl. bspw. Springer Interview I, Anhang S. 5 & Presslich O., „Konzept einer Umstrukturierung“, Universitätsklinik für Psychiatrie, Hausinternes Dokument, Wien (21.10 1993), S. 1 & Schmid-Siegel, in Pfersmann/Presslich, Wien (1994), S. 72

⁸⁸³ Vgl. Schmid-Siegel, Interview, Anhang S. 6, 11, 12, 13

⁸⁸⁴ Vgl. Schmid-Siegel Interview, Anhang S. 6 & Fischer, Jahresbericht 1995, S. 35

⁸⁸⁵ Sitzungsinhalte des wöchentlichen Zusammentreffens → Vgl. Presslich O., „Konzept einer

Das besondere dieser Pressekonferenz war nun vor allem dahingehend zu finden, dass sich die Gemeinde Wien dazu entschlossen hatte einen „Maulkorberlass“ zu verhängen, welche es Gemeindemitarbeitern nicht gestatten sollte an dieser Sitzung teilzunehmen. →

[...] „Diese Weisung haben wir am Vortag erst erfahren, da haben uns alle abgesagt. Es war geplant als eine riesige Pressekonferenz. [...] [Aber] alle Gemeindebediensteten konnten bei der Pressekonferenz nicht frei sprechen, denn sie dürfen dies nur, wenn sie eine Sprecherlaubnis von ihrem Dienstgeber erhalten haben. Und daher durfte niemand von der Gemeinde Wien, aber auch niemand einer von der Gemeinde Wien subventionierten Institution sich in dieser Pressekonferenz äußern. Und daher saßen dort ausschließlich Oberarzt Dr. Presslich und Herr Prof. Dr. Friedrich. Das heißt nur mehr Universitätsangestellte saßen bei der Pressekonferenz und haben aber explizit für alle gesprochen.“ [...] ⁸⁸⁶

Aufgrund der Tatsache, dass man demgemäß recht erbost über dieses Verhalten der Gemeinde Wien war und innerhalb dieser Pressekonferenz diesen Maulkorberlass ansprach sowie die gegebenen strukturbedingten Unzulänglichkeiten (Versorgungskapazität, unzureichendes Angebot) derart umrandete, sodass man meinte →

[...] „Die Adler der Gemeinde Wien, kreisen majestätisch über unseren Köpfen, aber wir sehen alles aus der Vogelschiff-Perspektive“ [...] ⁸⁸⁷

führte dazu, dass im Jahre 1993 die Universitätsklinik, mit speziellem Augenmerk auf die Drogenambulanz, einer Prüfung unterzogen werden sollte, welche sogleich von mehreren Stellen (Kontrollamt, Magistratsdirektion-Verwaltungsrevision, Rechnungshof und dem Wiener Krankenanstaltenverbund) vollführt wurde. ⁸⁸⁸ →

[...] „Und dann ist die Gemeinde Wien böse geworden auf uns [...] Die Gemeinde Wien hat dann eine Prüfung vom Kontrollamt veranlasst und das war genau das, was wir gebraucht haben. Also wir mussten nachweisen was wir machen, wie wir dokumentieren, was wir sonst alles machen. Und dann ist eben herausgekommen, dass die Drogenambulanz krass unterbesetzt ist.“ [...] ⁸⁸⁹

Diese Prüfung war natürlich nicht gerade einfach zu überstehen, da man bspw. vorweg beschuldigt wurde, dass man ungerechtfertigt Methadon an Personen abgegeben hätte. ⁸⁹⁰

→ [...] „Dann haben aber die Nachrechnungen ergeben, dass wir zu viel Methadon hatten, was ja noch einmal verrückt war. Dann konnte man feststellen, dass die Berechnungen überhaupt nicht so genau möglich sind. Es wurden damals alle

Umstrukturierung“, Universitätsklinik für Psychiatrie, Hausinternes Dokument, Wien (21.10.1993), S. 3

⁸⁸⁶ Schmid-Siegel, Interview, Anhang S. 11

⁸⁸⁷ Presslich Interview, Anhang S. 25

⁸⁸⁸ Fischer, Jahresbericht 1995, S. 12

⁸⁸⁹ Presslich Interview, Anhang S. 25

⁸⁹⁰ Da zu Beginn der 90er Jahre Herr Primarius Dr. Hermann (PSD, OWS) dessen bereits beschuldigt wurde, was letztlich zu einer dreijährigen Suspendierung von Herrn Primarius Dr. Hermann führte → Vgl. Schmid-Siegel, Interview, Anhang S. 6ff.

Aufzeichnungen kontrolliert. Es wurde ja alles handschriftlich damals gemacht, also es war unglaublich.“ [...] ⁸⁹¹

Wie gesagt nahm diese Prüfung jedoch ein gutes Ende, da die Gemeinde Wien erkannte, dass sie selbst vermehrt dabei mitwirken müsse, die Versorgungssituation für Suchtabhängige zu verbessern, ⁸⁹² da in Bezug auf die Versorgungseinrichtungen bspw. die personelle Unterbesetzung eklatant zum Vorschein trat und dieses Ergebnis der Überprüfung somit auch eine Verbesserung für die Drogenambulanz der Universitätsklinik mit sich brachte, sodass zwei Sozialarbeiterinnenstellen in Zukunft von der Gemeinde Wien zur Verfügung gestellt werden sollten, sowie die geforderte Ärztinnenstelle durch das Bundesministerium für Wissenschaft und Kunst getragen wurde, welche man bis zum Jahre 1994 vorerst durch die Gemeinde Wien und die Caritas Wien zwischenrefundierte und anschließend das Ministerium selbst übernahm. ⁸⁹³

Innerhalb dieser Prüfungsperiode entschloss sich Herr Oberarzt Dr. Presslich nun auch dazu, eine Umstrukturierung gegen die unzureichenden Versorgungstätigkeiten in Angriff zu nehmen bzw. an andere Institutionen abzutreten, was durch die Eröffnung der Drogenentzugsstation Pavillon 6/3 (1992) und der geplanten Gründung der Drogenambulanz Pavillon W (Dez. 1993) am Psychiatrischen Krankenhaus der Stadt Wien (Baumgartner Höhe) teilweise derart realisiert werden konnte. ⁸⁹⁴

5.6 Die Umstrukturierung der Drogenambulanztätigkeiten 1993

Aufgrund des Umstandes, dass die Universitätsklinik →

[...] „Ja, weil wir der Gemeinde Wien vorgeworfen haben, die den Versorgungsauftrag hat - wir hatten ja keinen wegen, die Universitätsklinik hat keinen Versorgungsauftrag [man bedenke den Unterschied Forschungsauftrag & Versorgungsauftrag der Klinik – (Vgl. Ranefeld 3.1.1)] [...], dass wir für eine zunehmende Zahl von Drogenabhängigen die gesamte ambulante Versorgungsarbeit leisten.“ [...], ⁸⁹⁵

sollte es nun zu grundlegenden Veränderungen innerhalb der Patientenversorgung der Drogenambulanz kommen.

⁸⁹¹ Schmid-Siegel, Interview Anhang S. 7ff.

⁸⁹² Vgl. Schmid-Siegel, Interview, Anhang S. 13

⁸⁹³ Fischer, Jahresbericht 1995, S. 12

⁸⁹⁴ Vgl. Presslich, „Konzept einer Umstrukturierung“, Hausinternes Dokument, Wien (21.10.1993), S. 1, & Baumgartner Höhe → Eisenbach-Stangl, Wien (2008), S. 25

⁸⁹⁵ Schmid-Siegel Interview, Anhang S. 13 - [...] „Das war der Vorwurf, das war der Tenor der Pressekonferenz. Daraufhin hat die Gemeinde Wien dann auch versucht zu reagieren und es hat auch diese eine Pressekonferenz zum Beispiel zur Eröffnung von Pavillons geführt.“ [...] Schmid-Siegel Interview, Anhang S. 13

Entsprechend den Aufgaben einer Universitätsklinik lag der Schwerpunkt der Umstrukturierung darin, dass hierbei eine Reduktion der Akutversorgung mit Spezialisierung auf bestimmte Fragestellungen bei gleichzeitiger Evaluation und Forschung angestrebt wurde, um den Forschungsschwerpunkt einer Universitätsklinik wiederum in den Vordergrund zu rücken und den problematischen Zuständen innerhalb der Betreuung entgegenwirken zu können.⁸⁹⁶ Demensprechend wollte man wie bisher die Informationstätigkeiten über Entzugsmöglichkeiten und Informationen über Langzeittherapie- Institutionen beibehalten, deren Vertreter die Vorbetreuung im AKH unternehmen sollten, sowie die Begutachtung bzw. Übernahme der weiterführenden Betreuung ambulanter/stationärer Patienten von anderen Kliniken des AKH weiterhin aufrecht erhalten. Auch die Betreuung von MSP Patientinnen, welche in der Universitätsklinik versorgt wurden, sollte wegen der Möglichkeit zur Dokumentation von Langzeitverläufen und der Kontinuität einer zum Teil seit sechs Jahren bestehenden Betreuungssituation weitergeführt werden, sowie man gleichsam die Vorbereitung zur stationären Entzugstherapie und die Notfallversorgung von etwaigen Drogennotfällen bzw. Intoxikationen beibehielt.⁸⁹⁷

Die grundlegenden Veränderungen, welche dieser Zeit nun ihren Bestand nehmen sollten, finden sich mit einzelnen Ausnahmebedingungen darin, dass man sich aufgrund der mangelnden personellen und kapazitären Rahmenbedingungen nicht mehr um die Betreuung bzw. Übernahme HIV-negativer Patienten ins Methadonsubstitutionsprogramm bemühen konnte sowie auch die zeitaufwendige Abgabe von Harntest dem personell-kapazitären Umstand weichen musste, welche nunmehr von der MA 15 getätigt werden sollte.⁸⁹⁸ Die anfängliche Entscheidung, die ambulante Entzugstherapie ebenfalls aus dem Behandlungsrepertoire zu tilgen, wurde letztlich zugunsten einer schrittweisen Reduktion dieser Tätigkeit und Ausbildungsplatzmöglichkeit für Turnusärzte fallen gelassen, jedoch im Hinblick auf die jeweilige personelle Ausstattung und unter Berücksichtigung durch urlaubs- und fortbildungsbedingte Abwesenheit der Mitarbeiterinnen dezidiert begrenzt, sodass letztlich nur jeweils zwei Entzugsplätze für die in Ausbildung stehenden Kolleginnen zur

⁸⁹⁶ Presslich O., „Konzept einer Umstrukturierung“, (Hausinternes Dokument), Wien (21.10.1993), S. 1,

⁸⁹⁷ gesamter Absatz und weiterführende Tätigkeitsaspekte → Presslich O., „Neustrukturierung des Leistungsspektrums ab 1. April 1993, Universitätsklinik für Psychiatrie – Drogenambulanz“, Wien (1993), im Anhang S. 2 → im folgenden zitiert als Presslich (April 1993)

⁸⁹⁸ Presslich (April 1993), im Anhang S. 2 & Presslich, „Konzept einer Umstrukturierung“, S. 2 ; → Mit Ausnahme der Harntests von Patienten, welche in regelmäßiger Betreuung der Drogenambulanz standen. → Fußnote Fischer, Jahresbericht 1995, S. 13

Verfügung gehalten wurden.⁸⁹⁹

Des Weiteren hatte man sich auch dazu entschlossen, ab dem 1.4. 1993 Patienten nur mehr nach Terminvereinbarungen zu betreuen, abgesehen von Drogennotfällen, da es in der Vergangenheit (Anmeldung zwischen 12:00 und 14:00 beim Ambulanzschalter) immer wieder zu sehr langen Wartezeiten für die Patientinnen kommen konnte, was stets zu entsprechenden Problemen im Warteraum geführt hatte (Alkoholkonsum, Nichteinhalten des Rauchverbotes, Auseinandersetzungen der Patienten untereinander sowie mit nicht drogenabhängigen Patienten und Suchtgiftmissbrauch als auch Drogenhandel) und hierdurch bislang keine optimale Betreuungssituation bislang vorzufinden war.⁹⁰⁰

Wie wir also sehen können, intervenierte man den gegebenen Umständen entsprechend, sodass in Zukunft gesehen die Patientinnen wieder einer umfassenden medizinischen sowie sozialpsychiatrisch-sozialarbeiterischen Unterstützung teilhaft werden konnten und individuell gestützt ihren Weg durch die Sucht bzw. aus der Sucht heraus in Angriff zu nehmen vermochten. Dieser Umstrukturierung gemäß sank die Zahl von Patientenfrequentierungen im Jahre 1993 wiederum auf rund 6600 Patientinnen-Episoden, von insgesamt 1150 Patientinnen, was bis zum Jahre 1994 letztlich in diesem Rahmen gehalten werden konnte⁹⁰¹ und sich demgemäß bereits eine kleine Erfolgsbilanz jener Einhebungen verzeichnen lassen sollte.

5.7 Der Ausblick auf die Ära der Drogenambulanz unter der Leitung von Frau Dr. Gabriele Fischer

Nachdem Frau Dr. Brigitte Schmid-Siegel mit Ende des Jahres 1993 die Drogenambulanz verlassen und in die klinische Abteilung für Sozialpsychiatrie gewechselt hatte, übernahm Frau Dr. Gabriele Fischer, welche im Jahre 1993 die Forensische Drogenambulanz vorübergehend geleitet hatte, die Leitung der neu strukturierten Drogenambulanz.⁹⁰² Als Protagonist und Begründer der Drogenambulanz trat hierbei unser Oberarzt Dr. Otto Presslich erstmals „offiziell“ die Leitung der hiesigen Ambulanz ab und begnügte sich von nun an mit der stellvertretenden Leitungsfunktion, falls während einer Abwesenheit der leitenden

⁸⁹⁹ Ganzer Absatz → Presslich, (April 1993), S. 1 & Presslich, „Konzept einer Umstrukturierung“, Hausinternes Dokument, Wien (21.10.1993), S. 2

⁹⁰⁰ Presslich, „Konzept einer Umstrukturierung“, Wien (21.10.1993), S. 2

⁹⁰¹ Fischer Gabriele, „Jahresbericht 1996“, Universitätsklinik für Psychiatrie – Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien, Wien (1997), S. 21

⁹⁰² Leitungsübernahme → Fischer, Jahresbericht 1995, S. 34

Oberärztin Frau Dr. Fischer (Urlaube, Kongresse, etc.) es diese zu übernehmen galt.⁹⁰³ Seit dem Jahre 1993 im Besitz eines Computers bzw. eines computerunterstützten Verwaltungsinstrumentariums, welches naturgemäß die bürokratische Daten- und Patientenverwaltung etwas erleichtern konnte,⁹⁰⁴ wobei man jedoch erst in den Jahren 1995/96 in den Besitz eines weiteren Computers und einer Datenbank zur Patientenverwaltung gelangte,⁹⁰⁵ sollte von nun an der spezifische Forschungsaspekt der Universitätsklinik abermals in Angriff genommen bzw. in den Vordergrund gerückt werden.

Seit dem Jahre 1994 mit einem zusätzlich Ärztinnenposten ausgestattet, welcher vom BMWFK getragen wurde, und zwei Sozialarbeiterinnenposten, welche die Stadt Wien bereitstellte, sollte es nun auch ab dem Jahre 1995 gelingen die Ambulanzzeiten von ursprünglich 4 Stunden pro Tag (12:00 – 16:00) auf 8 Stunden auszuweiten (8:00 – 16:00),⁹⁰⁶ sodass dieses Unterfangen der Forschung und umfassend spezialisierten Betreuung gewährleistet werden konnte.

Die besonderen Leistungen von Frau Prof. Dr. Fischer, welche nach wie vor die Leitung an der Drogenambulanz der Universitätsklinik bekleidet, sind dahingehend zu verorten, dass deren Strukturmaßnahmen (z.B. forcierte Interdisziplinarität) und spezialisierten Zielrichtungen im Sinne der Erforschung alternativer Behandlungsmethoden der Suchtkrankheit, wie bspw. dem Einsatz von Buprenorphin in der Substitutionsbehandlung, der Spezialisierung zur Behandlung drogenabhängiger Schwangerer und Minderjähriger oder aber auch die Einführung hausinterner psychotherapeutischer Maßnahmen,⁹⁰⁷ die Anliegen und Forschungsaspekte der Drogenambulanz auf ein neues Fundament zu stellen vermochten, deren Auskommen die Betreuung drogenabhängiger Patienten österreichweit, sowie international gesehen, nachhaltig prägen sollte. Dementsprechend scheint es nicht verwunderlich, dass Herr Dr. Presslich im persönlichen Interview meinte, dass er mit dieser jungen und ambitionierten Ärztin Prof. Frau Dr. Fischer, eine würdige und herausragende Nachfolgerin gefunden hatte,⁹⁰⁸ welche es vermochte die Anliegen der Drogentherapie des

⁹⁰³ Fischer, Jahresbericht 1995, S. 7

⁹⁰⁴ Vgl. Schmid-Siegel, Interview, Anhang S. 8

⁹⁰⁵ Fischer, Jahresbericht 1996, S. 15

⁹⁰⁶ Fischer, Jahresbericht 1995, S. 4

⁹⁰⁷ Fischer, Jahresbericht 1996, S. 21 bis 35 → weitere Neuerungen finden sich bspw. auch anhand der Spezialisierung von der Nikotinentwöhnung von Raucherinnen

⁹⁰⁸ Intentional natürlich auch im Vergleich zu den hervorragenden Leistungen Frau Prof. Dr. Brigitte Schmid-Siegels, welche wahrlich Großes leistete.

AKH auf eine solide und nachhaltige Basis zu stellen,⁹⁰⁹ deren genaueren Umstände wir uns innerhalb dieser Diplomarbeit jedoch leider nicht mehr zuwenden können.

6. Zusammenfassung

Nachdem sich in Österreich Mitte der Sechzigerjahre ein neues Phänomen im Sinne eines illegalen Drogenmissbrauches bemerkbar machte und es infolge polizeilicher, rettungsbedingter und freiwilliger Frequentierungen zu einem Aufsuchen der psychiatrisch-neurologischen Universitätsklinik durch Drogenkonsumenten gekommen war, sollte man sich seit dem Jahre 1966 intensiv mit dem neuen Phänomen der Drogenabhängigkeit und den Folgen eines unglücklichen Drogengebrauches am allgemeinen Krankenhaus auseinandersetzen.⁹¹⁰ Aufgrund des zunehmenden Bedarfes einer drogenspezifischen Hilfestellung für Drogenabhängige bzw. -konsumenten, hatte man sich alsbald dazu entschlossen auf informellem Wege eine Drogenambulanz ins Leben zu rufen (1970), welche als Ein- bis Zweipersonenunternehmen von dieser Zeit an eine interventionsmäßige Anlaufstelle für derartige Patientinnen bilden sollte. Ohne eigens hierfür zur Verfügung stehende Räumlichkeiten und dementsprechendes Personal gestaltete sich die Herangehensweise an jenes Phänomen zunächst derart, dass man versuchte den Patientinnen im sozialpsychiatrisch-sozialarbeiterischen Rahmen mit Rat und Tat zur Seite zu stehen, sowie gelegentliche stationäre Entzüge durchzuführen, welche jedoch lediglich auf einen experimentellen Rahmen dieser Jahre beschränkt bleiben sollten. Da zur Anfangszeit der Drogenabhängigenbetreuung noch keine drogenspezifischen, drogentherapeutischen Einrichtungen in Österreich existierten, hatte man sich diesem Patiententum vorerst als einzige Einrichtung im Großraum Wien angenommen und nachfolgend dazu beigetragen, die ersten Einrichtungen dieser Art mitzugestalten (bspw. Club Change) bzw. durch die Gründung der Drogenstation Kalksburg (1972) erstmalig eine therapeutische Versorgung für jene Patienten ins Leben zu rufen. Das besondere Auskommen dieser ersten Phase der Drogenkonsumentenversorgung bzw. der jeweiligen Protagonisten der Universitätsklinik auf diesem Gebiet ist nun vor allem auch dahingehend zu finden, dass jene neben der medizinisch-psychiatrischen Betreuung ebenso darangingen, sich für dieses noch nahezu unversorgte Patiententum auch juristisch-legislatorischer Natur stark zu machen (SGG 1971), sodass diese Patientinnen überhaupt erst in den Genuss einer medizinisch-psychiatrisch

⁹⁰⁹ Vgl. Presslich Interview, Anhang S. 16, 25

⁹¹⁰ Vgl. Sluga W., „Suchtmittelmißbrauch und Pupertätskrise“, in Kryspin-Exner (1971), S. 113ff.

gestützten Möglichkeit zur Suchtbefreiung gelangen konnten. Derartige Interventionen sollten von dieser Zeit an stets zu den Anliegen unserer jeweiligen Protagonisten des allgemeinen Krankenhauses zählen, und deshalb ist es auch oftmals diesen ersten und nachfolgenden Vertretern der universitären Klinik zu verdanken, dass juristisch begünstigende Maßnahmen hinsichtlich suchtkranker Drogenkonsumenten ihre Initiierung und jeweiligen Umsetzungen finden konnten.

Dieser Umstände nicht genug sind es auch jene Vorreiter dieser ersten Tage der österreichischen Drogentherapie, welche die Grundlagen, Forschungs- und Therapiezentren (bspw. die Drogenstation Kalksburg, das Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchforschung oder aber auch den Grünen Kreis) schufen bzw. nachhaltig prägen sollten, sodass diese eine drogenspezifische Behandlung bis in die heutige Zeit hinein zu gewährleisten vermögen und durch deren persönliches Engagement der österreichischen Drogentherapie bzw. jenen Einrichtungen zu österreichweitem und internationalem Ansehen verhelfen konnten.

Nachdem die Begründer der inoffiziell und informell geführten Drogenambulanz Dr. Alfred Springer und Dr. Günther Pernhaupt die Universitätsklinik verließen, um in den genannten Institutionen ihre Dienste zu leisten bzw. dafür Sorge zu tragen ein Behandlungsangebot für jenes Patiententum in die Wege zu leiten, sollte es ab dem Jahre 1972 an Herrn Dr. Johannes Ranefeld sein, die Betreuung drogenabhängiger Patientinnen in den Hallen der Universitätsklinik zu übernehmen. Nach wie vor die Drogenambulanz in einem inoffiziellen Status verharrend und Herr Dr. Ranefeld, wie schon seine Vorgänger, neben seinen regulären Aufgaben im Hause dieses Klientel ohne dezidierte Räumlichkeiten und Personal betreuend, bemühte sich durch Terminvereinbarungen und der Vernetzung des AKH mit dem Club Change, diesen Patienten eine vor allem psychosoziale und sozialarbeiterische Betreuung angedeihen zu lassen, welche wie zuvor durch eine oftmals hausärztliche und intensivmedizinische Versorgung (bspw. bei Intoxikationen) ergänzt wurden.

Nachdem gegen Ende der Siebzigerjahre die Leitung der hausinternen Intensivstation an Herrn Oberarzt Dr. Otto Presslich übergehen sollte (1978), welcher sich besonders für das Phänomen der Drogenabhängigkeit und diesbezügliche Lösungsoptionen interessierte, bahnte sich eine Zusammenarbeit zwischen der Drogenambulanz und der Intensivstation auf informeller Basis ihren Weg. Aufgrund der Tatsache, dass in Österreich zu dieser Zeit noch keine Einrichtungen bestanden, welche eine stationäre Entzugsbehandlung (Detoxifikation) bzw. medikamentengestützte Entzüge angeboten hatten, sollte es nun unter der Leitung von Dr. Otto Presslich zu einem diesbezüglich erstmaligem Betreuungsangebot auf der

Universitätsklinik des Allgemeinen Krankenhauses kommen. Vorbereitet und gestützt durch die Tätigkeiten von Herrn Dr. Ranefeld innerhalb der ambulanten Versorgung versuchte man hierin die Patienten unter Einsatz von stark wirksamen Neuroleptika, schmerzstillenden Medikamenten und Antidepressiva auf der Intensivstation zu entziehen bzw. es den Patientinnen hierdurch zu ermöglichen, die Phase der Entzugssyndrome bestmöglich zu überstehen.

Neben dieser medizinisch-pharmakologischen Innovation jener Tage, war eine weitere Glanzleistung jener Pioniere der Drogenabhängigkeitsbehandlung auch dahingehend zu finden, dass man sich aufgrund der damals gegebenen verwaltungstechnischen Begebenheiten bezüglich der Patientendatenverwaltung dazu entschlossen hatte, keine Patientendaten oder Suchtdiagnosen an das Gesundheitsministerium weiterzuleiten, da aufgrund der gesetzlichen Lage bzw. der hierin immanenten Zugriffsrechte von Polizei und der Gerichte, die Suchtpatienten eine juristisch-restriktive Ahndung infolge eines Verstoßes gegen das Suchtgiftgesetz zu befürchten hatten und daraus resultierende Gefängnisstrafen, Geldstrafen, usw., keine günstigen Umstände liefern konnten, welche es dem Suchtkranken ermöglichen sollten sich von seiner Sucht zu befreien. Dies bedeutete, dass man selbst unter höchstem persönlichen Risiko nicht zögerte eine adäquate Umgangsform, Lösungsoption, für drogenabhängige Patienten zu gewährleisten, was mir meinerseits höchsten Respekt und Ehrerbietung abverlangt, da man hierbei eine rechtlich gesehene Grauzone nicht scheute um jenen zur Seite zu stehen, welche sich ihrer Ketten selbständig nicht zu erwehren vermochten. Als gegen Ende der Siebziger Jahre Herr Dr. Ranefeld sich dazu entschlossen hatte die Universitätsklinik zu verlassen, um im Anton-Proksch-Institut seine Dienste zu verrichten (1979), war es in weiterer Folge an Dr. Peter Hermann sich um die Anliegen der ambulant zu betreuenden Drogenpatienten zu bemühen. Die herausragende Leistung dieses jungen Mannes lässt sich darin finden, dass dieser gemeinsam mit Oberarzt Dr. Presslich sich erstmals in der österreichischen Drogengeschichte daran wagte, eine wissenschaftlich ambulant-psychiatrisch-pharmakologische Entzugsbehandlung bzw. -versorgung zu begeben. Ohne Räumlichkeiten und hierfür bereitgestelltes Personal sollte dieser nun als Mitarbeiter der Intensivstation versuchen, auf dem Gang vor der Intensivstation jene suchtkranken Patienten zu versorgen, bis er sich aufgrund eines Brandes an der Universitätsklinik Zugang zu nicht benutzten Räumlichkeiten verschaffen konnte. Bis dato inoffiziell geführt geschah dies nun rund ein Jahr lang auf diese Art und Weise, bis die Klinikleitung in Person von Prof. Dr. Peter Berner hiervon erfuhr und infolge dieser Entdeckung die Drogenambulanz des AKH erstmals

in den Besitz eigenständiger Räumlichkeiten innerhalb der allgemeinen Ambulanz gelangte. Somit durfte zu jener Zeit (1980/81) die Drogenambulanz ihre offizielle Gründung feiern. Aufgrund des zunehmenden Patientenbedarfs dieser Zeit und aufgrund von fehlendem Personal musste man sich in jener Phase der Drogenbehandlung an angehende Ärztinnen und Psychologinnen wenden, welche im Sinne ihrer Ausbildung ein Praktikum an der Universitätsklinik verrichteten. Diese freiwilligen Unterstützungen sollten es nun ermöglichen dem Patientenbedarf bestmöglich gerecht zu werden, wobei man dennoch nicht darum herum kam, gleichzeitig mehrere Patienten medizinisch-pharmakologisch, hausärztlich und sozialarbeiterisch zu betreuen, da etwaige weiterführende und vergleichbare Einrichtungen (ambulante Entzugsstationen) bis dato noch fehlen sollten bzw. nur äußerst dünn gesät (ambulante Versorgungseinrichtungen) in jenen Tagen vorzufinden waren.

Nachdem Herr Dr. Hermann bereits im Jahre 1982 die Universitätsklinik verließ, um das Amt des Primarius in der Abteilung für Suchtkranke auf der Baumgartner Höhe (Otto-Wagner-Spital) zu übernehmen und weiterhin die ärztliche Leitung der Zentralstelle für Suchtkrankenhilfe (Einrichtung des PSD der Stadt Wien) zu bekleiden, war es nun gänzlich an Herrn Oberarzt Dr. Presslich alleine gelegen, sich um die Anliegen der stationären und ambulanten Zuläufe von Drogenpatienten zu kümmern. Wegen des Umstandes, dass es zu jener Zeit noch immer keine Finanzierung für ein eigenständiges Personal der Drogenambulanz geben sollte, war Dr. Presslich dazu gezwungen immer wieder Ärzte seiner Intensivstation für diese Tätigkeiten abzustellen, selbstständig diese Dienste zu verrichten sowie weiterhin auf die freiwillige Mitarbeit von Praktikantinnen zu vertrauen. Besonders die Hilfe der Mitarbeiterinnen von „Streetwork“ sollten es hierbei ermöglichen den Patienten eine angemessene Betreuung zukommen zu lassen, da man nach wie vor noch immer über keine eigenständigen Sozialarbeiterinnen in der Drogenambulanz verfügen sollte, obwohl diese Versorgung oftmals für Drogenpatienten eine unabdingbare Stütze zur Befreiung von Sucht und dessen Begleiterscheinungen darstellt.

Seit Jahren darum bemüht geeignete pharmakologische Mittel- und Wege zu finden, die es seinen Patienten ermöglichen sollten die Entzugsphase der Entzugssymptomaten zu überdauern, sodass diese ihre Sucht überwinden konnten, ging nun Dr. Presslich auch daran für jenes Klientel, welchem mit den bis dato zur Verfügung stehenden Mitteln nicht geholfen werden konnte, die Substitutionsbehandlungsalternative voranzutreiben. Schon seit dem Beginn seiner Tätigkeit im Sinne von stationären Entzügen war Herr Dr. Presslich mit Kollegen und Befürwortern dieser Behandlungsmethode darum bemüht, jene

Behandlungsalternative in Form einer Substitution- und Reduktionsbehandlung in die Wege zu leiten, welche letztlich durch eigenständig-wissenschaftlich getätigte Projekte und die internationale HIV- und Hepatitis-Welle gestützt gelingen sollte, sodass es im Jahre 1987 zum ersten österreichischen Substitutionsmittelerlass (1987) kam, welcher diese Form der Behandlung legitimierte.

Aufgrund des Umstandes, dass eine alleinige Leitung und Handhabung vor allem des ambulanten Versorgungsbereiches, nicht nur aufgrund der hinzukommenden neuen Aufgabe der Substitutionstherapie, energietechnisch für Herrn Oberarzt Dr. Presslich auf Dauer gesehen nicht tragbar sein konnte, hatte sich dankbarer Weise zur Zeit des Substitutionsmittelerlasses eine junge und ambitionierte Ärztin aus dem Team der Intensivstation hervorgetan (1988), welche dazu befähigt wurde sich diesem Bereich eingehender zu widmen und sich um die Anliegen der ambulanten Betreuung zu bemühen. Frau Dr. Brigitte Schmid-Siegel war nun zu jener Zeit der Patientenversorgung vor allem daran gelegen geeignete Mittel und Wege zu finden, um die gegen Ende der Achtzigerjahre drastisch gestiegenen Patientenfrequenzierungen zu koordinieren bzw. diese im bestmöglich handhabbaren Rahmen ihrer jeweiligen Versorgung zuzuführen. Mit der Angebotspalette von ambulanten Entzügen, sozialarbeiterischer Informations- und Interventionsangeboten, der Vorbereitung zu stationären Entzügen, hausärztlicher-medizinischer Unterstützung bis hin zu Reduktions- und Dauersubstitutionsmaßnahmen gestaltete sich diese Aufgabe als keine leichte, da man zudem mit einer enormen Palette von Auflagenerfüllungen im Zusammenhang mit der Substitutionsbehandlung (Harntest, Arztbescheinigungen, Anträgen, usw.) konfrontiert sein sollte, welche es in zunehmendem Maße unmöglich machten, sich um die oftmals persönlichen sozialpsychiatrischen Anliegen der Patientinnen zu bemühen. Ohne ausreichendes und eigens hierfür bereitgestelltes bzw. finanziertes Personal sowie quantitativ weiterführende Institutionen, welche sich um die genannten Anliegen der Drogenabhängigen kümmern sollten, war dies zu Beginn der Neunziger Jahre bereits ein Zustand, welcher nicht länger als solcher getragen werden konnte. Dies vor allem deshalb, da man innerhalb der Universitätsklinik, welche an sich vor allen Dingen mit einem Forschungsauftrag versehen ist, schon seit geraumer Zeit einen Großteil der ambulanten Versorgung für Drogenpatienten (Entzüge, MSP, Reduktionstherapie, etc.) in Wien gewährleistete, sich zunehmend als überfordert und sprichwörtlich überrannt zeigen musste. Aufgrund dieser allgemein untragbaren Zustände hatte man sich deshalb im Jahre 1992 dazu entschlossen eine Pressekonferenz ins Leben zu rufen, welche diese Situation nachhaltig zu verändern

vermochte. Das Auskommen jener öffentlichen Auseinandersetzung war hierbei darin zu finden, dass die Drogenambulanz aufgrund der kompromittierenden Äußerungen seitens unserer Drogenärzte von mehreren Kontrollämtern einer Prüfung (1993) unterzogen wurde. Infolge der hierbei entdeckten eklatanten Unterbesetzung der Drogenambulanz sollte man nun erstmals in den Genuss einer zusätzlichen Ärztstelle gelangen sowie auch die verantwortlichen Ärztinnen erstmals eine Bundesanstellung für deren Tätigkeiten erhalten, welche bis dato entweder neben dem Regelbetrieb mitgeführt bzw. lange Zeit unentgeltlich getätigt wurden oder teilweise nur durch Drittmittelfinanzierungen (Caritas, Aids-Hilfe) abgegolten werden konnten. Darüber hinaus sollte auch zum ersten Male der unabdingbare Notwendigkeit von unterstützender Sozialarbeit Rechnung getragen werden, sodass man ab dem Jahre 1994 zwei Sozialarbeiterinnenstellen zugesprochen bekommen sollte, welche sich von nun an um die Anliegen der Patienten auf diesem Gebiete annehmen konnten.

Die Drogenambulanz seit dem Jahre 1993 neu strukturiert bzw. auf ein versorgungstechnisch begrenztes Maß spezialisiert, sollte von dieser Zeit an vermehrt ihren Fokus abermals in Richtung Forschung richten, welche an sich dem eigentlichen Auftrag einer Universitätsklinik entspricht. Nachdem diese grundlegend notwendigen Veränderungen, im Personal sowie in der fachlichen Orientierung, umgesetzt waren und sich seit dem Jahre 1994 eine neue Leiterin in der Person von Frau Dr. Gabriele Fischer um die Anliegen der Drogenambulanz bemühen sollte, begann mit diesem Umschwung ein sprichwörtlich neues Zeitalter der Drogentherapie an der Universitätsklinik. Die nunmehr einsetzende Computerisierung, ausreichend personelle Ausstattung sowie zunehmende Nachrüstungen seitens der Gemeinde Wien und des Bundes hinsichtlich weiterführender Einrichtungen auf diesem Gebiete der Patientenversorgung machten es von nun an abermals möglich sich dem Patiententum eingehender zu widmen und der Versorgung und Erforschung von Suchtabhängigkeit nachhaltig die Wege zu bereiten.

Anhang

Interviewleitfaden

für A.O. Univ.- Prof. Dr. Alfred Springer

(„Begründer“ und Leiter der „Drogenambulanz“ an der Universitätsklinik des AKH Wien
von 1967 - 1972)

- 1) Welche gewichtigen Eckpunkte sollten Ihrer Meinung nach in einer Arbeit „Zur Geschichte des Drogentherapiezentrum AKH“, bezüglich der Drogenambulanz/-therapie unbedingt enthalten sein?

(Welche gravierenden Eckpunkte gab es in der nun gut 40 jährigen Geschichte/Entwicklung der Drogenambulanz Ihrer Meinung nach bzw. Wie hat diese Entwicklung ausgesehen, bezüglich Forschung und Behandlung!!! ?)

1.1 Wie sah Ihre Intention zur Gründung der Drogenambulanz / der stationären Behandlung aus?

1.2 Wie war der Zeitgeist? = Was hat man vorgefunden? Was war zu tun?

- 2) Wie sahen die Rahmenbedingungen vor Ihrer Zeit aus?

2.1 Wie sahen sie zu Ihrer Zeit aus? (wie viele Ärztinnen, Sozialarbeiterinnen, Unterbringung/Zimmeranzahl/Betten, Öffnungszeiten, ...)

2.2 Welche spezielle Rolle hatte die Einrichtung, das AKH zur damaligen Zeit?
Gab es entscheidende Veränderungen?

2.3 Wer kam ins AKH? Musste kommen? (polizeilich – weisungsgebunden - Zwangsaufnahmen?) ; Klientel, Personal, ...) ; Ab wann gab es die Drogentests?

2.4 Wie war die Einstellung des Personals gegenüber der Klientel?

2.5 Wie sah der Patientenbedarf zu Ihrer Zeit aus? (Standen genügend Plätze zur Verfügung?)

2.6 Wenn nicht, wie viele mehr hätte man geschätzter Weise benötigt?

2.7 Wie sah die Diagnosestellung aus? (Im Hinblick auf den Datenschutz? Anzeige & Meldungspflicht?)

2.8 Wann hat sich jenes geändert = Gesetz zur Einsichtnahme der Patientendaten bei psychiatrischen Einrichtungen?)

2.9 SGG 1971 → Was versteht man unter der Schaffung des Maßnahmenvollzuges?
U.a. für
Alkohol und Drogenabhängige?

- 3) Wie hat sich das Therapiekonzept entwickelt? (Gestalt anfangs, bis jetzt?)
(Welche Therapiekonzepte waren vorherrschend? Psychosozial, psychopharmakologisch, ...? → Entwicklung?)
 - 3.1 Das Therapiekonzept vor Ihrer Zeit ?
 - 3.2 Welche Bereiche der Behandlungskette wurden wahrgenommen? (Was wurde selbst gemacht)?
 - 3.3 Wie sah die ambulante und stationäre Behandlung aus? Wurden Patienten stationär aufgenommen? (Unter welchem Vorwand, mit welcher Begründung?)
 - 3.4 Für welche Zeiträume wurden Patientinnen im Schnitt betreut?
Stationär/Ambulant (Gab es einen entscheidenden Wechsel der Dauer?)
- 4) Wie sah die Zusammenarbeit mit anderen Ambulanzen/Stationen aus? Ergänzung zu Frage 2 = Mit wem arbeitete man vorwiegend zusammen? = Welche Ärztinnen hatten mitgeholfen?)
- 5) Wie sah die Zusammenarbeit mit externen Institutionen aus? (Mit wem? - Wie intensiv? Wie gut funktionierte die Zusammenarbeit? Gab es Probleme und wenn ja, welche?)
 - 5.1 Wurden die Patientinnen weitergeleitet an externe Institutionen? Wenn ja, an welche?
- 6) Welche Forschungsschwerpunkte waren gegeben und von wem wurden die Forschungsgelder bereitgestellt?
- 7) An welchen Fachgesellschaften & Ländern orientierte man sich? (Gab es Vorbilder?)
- 8) Wie empfanden Sie den Status der „Drogenambulanz“ in der Öffentlichkeit?
 - 8.1 Im Hause AKH selbst?
 - 8.2 In der Politik?
 - 8.3 In den Medien?
- 9) Welche Ziele wurden damals formuliert (hatten Sie damals verfolgt) und ließen sich bis heute erreichen?

- 10) Wie sahen Sie die Bewegung für eine „Offenen Psychiatrie“ in den 60er Jahren?
Welchen Einfluss hatte diese auf Ihre Ansichten & und ihre Arbeit? (ambulant vs. stationär) Auf die Psychiatrie in Wien?
- 11) Wie sahen/sehen Sie die Figur des Herrn Dr. Günther Pernhaupt? Seine Arbeit?
- 12) Wie sah die Versorgung für Drogenabhängige vor 1967 in Österreich aus? Wie wurden Sie behandelt bzw. gesehen?
- 13) Wann und wo beginnt die Sichtweise, dass man Süchtige menschenwürdig behandelt? (In Österreich?)
- 14) Seit wann gibt es die Kurzzeittherapieeinrichtungen in Österreich? Welche sind dies? (Verweis auf Aussage von Dr. Wilhelm Burian → bis 1988 keine existierten)
- 15) Wissen Sie warum der „Club Change“ im Jahre 1976 geschlossen wurde? Bezüglich Aggressionshandlungen?

1. Interview mit Ao. Univ.-Prof. Dr. Otto-Michael Lesch
(Leiter der Ambulanz für Alkoholismusgefährdete am AKH Wien)
vom 30.4.2010

Interviewer: Wie sah der Patientenbedarf zu Ihrer Zeit aus? Also der Patientenbedarf war enorm nehme ich einmal an?! Denn ich habe nur Zahlen gesehen wie bspw. 1968 sind 2500 Patienten nach Kalksburg weiterverwiesen worden. Dr. Lesch: Nun ja, aber es sind noch immer wenig, denn wenn Sie denken, dass es in Wien in etwa, sagen wir 300.000 Alkoholabhängige gibt, ja?! Interviewer: Alleine in Wien? Dr. Lesch: Würde ich glauben. Interviewer: Ich weiß, dass diese Zahl österreichweit so gehandelt wird ... Dr. Lesch: Ja, aber wenn man es sich anschaut, 7% der Bevölkerung erreichen im Laufe des Lebens die Diagnose Alkoholabhängig, dann sind 2000 gar nicht so viel ...

(AKH und Kalksburg Kapazität der Stationen)

Interviewer: Die Betten hier im Hause, also man hatte 3 Ärzte, 4 bis 5 Personen vom Personal, also wie viele Betten sind hier bereitgestellt worden, wenn die Patienten gekommen sind? Dr. Lesch: Also es hat eine Akutaufnahme gegeben, das war B12 damals und diese Akutaufnahme hatte, 12., 14., 16 Betten, in 3 Räumen. Und dann hat es eine "Superakutstation" gegeben, die hatte so 60 Betten gehabt und dann hat es eine gegeben, eine Langzeitstation. Aber als Langzeit war damals 2 Wochen veranschlagt, ja?! Also 3 Wochen oder so und auch noch einmal mit 60 Betten, und dann war ja im gleichen Haus auch die Neurologie. Mit noch einmal so viel. Und im Dienst waren ja wir der Mistkübel der Nation, das heißt, alles was nicht bewusstlos war und psychotisch war oder sonst schwierig war, haben Sie bei uns abgeladen, die Rettung, sodass wir oft Schädelblutungen bekommen haben, diabetische Kommas, alles Mögliche, ja?! Eigentlich waren wir ja eine Notfallaufnahme, ja?! Also ich habe mir das am Anfang leichter ... (vorgestellt), weil ich vorher Turnusarzt war. Also ich habe den Turnus gemacht und war dann Landarzt in der Nähe von St. Pölten und bin erst später dann zurückgegangen, und habe also die Akutversorgung, die habe ich schon relativ gut gekannt, aber ich hab mich gewundert. Also das war ein Wahnsinn. Mit Therapie hat das primär gar nichts zu tun gehabt!

Interviewer: Also wie hat das dann ausgesehen, das Therapiekonzept, also die Akutbehandlung? Dr. Lesch: Abklären akut. Schauen was wirklich dahinter ist und verschieben. Dann in die richtige Institution oder die richtige Abteilung, auf die Neurologie, Neurochirurgie, Stoffwechselabteilung, ins Wilheminspital, in die ... Die Machtkonzentration war ja damals so, dass die Klinik ja auch die Macht hatte, die Patienten in die Gemeindespitäler zu verschieben ... das ist ... Interviewer: Also auch die Alkoholpatienten? Dr. Lesch: Auch die. Interviewer: Also dezidiert, wenn man sagt, die Alkohol diagnostizierten ... Dr. Lesch: Die hat man nach Kalksburg schicken können.

2. Interview I mit Ao. Univ.-Prof. Dr. Alfred Springer

(Mitbegründer und Leiter der Drogenambulanz

des AKH Wien von 1967 – 1972)

vom 26.5.2010

(Auskunft über mein Diplomarbeitsthema mit Verweis auf Konzentration AKH und dass wir dann über Kalksburg und über das Ludwig Boltzmann Institut auch noch sprechen)

Dr. Springer: Gut das war ja ein bisschen ein Ableger von der Klinik de facto. Zunächst einmal.

Interviewer: Herr Dr., wenn ich Sie frage was unbedingt in einer Diplomarbeit über bspw. die Geschichte der Drogentherapie am AKH enthalten sein sollte. Was würden Sie antworten? Dr. Springer: Die Entwicklung der Drogenambulanz. Die Entwicklung der Drogentherapien hier, schon auch mit Substitutionsbehandlung und sicher auch die Station Kalksburg, eben als Stelle die ja letztlich immer in Kooperation mit der Klinik zunächst einmal gearbeitet hat. Interviewer: Ist ja aufgebaut worden von den Ärzten hier? Dr. Springer: Ja und vor allem war es ja eine wechselseitige Geschichte. Wir haben also auch von Kalksburg aus hier dann die Drogenpatienten betreut und so weiter. Das war ja zunächst einmal ... Interviewer: So übergangsmäßig ...? Dr. Springer: Ja, ja, ja.

Interviewer: Also wie hat denn dann der Anfang ausgesehen? Was war hier am AKH gegeben? Denn die ersten Fälle waren ja 66, 67 ... sind hier hergekommen ... Dr. Springer: Ja, ja ... Interviewer: ... weisungsgebunden, also durch die Polizei oder ...? Dr. Springer: Ja oder von Eltern gebracht worden. Wie auch immer, also die Drogenpatienten waren stationär. Interviewer: Stationär waren diese? Dr. Springer: Ja und ... Interviewer: Wo waren diese untergebracht? Auf der Intensivstation?

Nein, die waren auf den ... nun ja es hängt vom Zustand ab, nicht?! Aber zunächst einmal sind diese ganz normal stationär aufgenommen worden. Das war also die Periode der Gammler, wie das ja der Herr Dr. Sluga beschreibt oder beschrieben hat. Für mich war das ganz interessant, weil die seltsame Erfahrung war, das waren immer wieder Leute die ich aus der Szene kannte, weil ich ja in Wien irgendwie in der Kulturszene auch zu Hause war. Und das waren Leute die haben mitgespielt bei Theaterprojekten und so weiter und sofort und ich kannte sie aus den Wiener Kaffeehäusern. Und dann waren Sie sozusagen die ersten Drogenpatienten die da im Hause aufgetaucht waren. Interviewer: Also waren Sie auch die Verknüpfungsstelle die dann gemeint hat, sie könnten hier vorbeikommen oder? Dr. Springer: Nein überhaupt nicht, sondern das war eher ein Spannungsverhältnis sozusagen, weil ich in einer ungewohnten Rolle aufgetaucht bin. Das ist später dann schon gekommen, dass manche die mich gekannt haben, dann auch in Behandlung kommen wollten und so. Aber zunächst einmal waren das eher eben diese Fälle, ganz normale Patienten. Und halt in dem Sinne pathologisiert sicherlich, wenn man sie einmal so als Psychopathen

oder Soziopathen zunächst einmal klassifiziert hat. Und aus dem, dass diese eben ... und dann ... Ich war eigentlich dann glaube ich der Erste der eine Gruppe gemacht hat, mit jungen Drogenabhängigen und Konsumenten.

Interviewer: Wann war das das erste Mal? Dr. Springer: Mit den Jahren ist das immer sehr schwierig, aber auf jeden Fall noch vor der Drogenstation, also um 1970 herum. Interviewer: 1970 herum? Dr. Springer: Ja, so etwas. Und ja, ich habe auch Einzelne, ein paar Patienten also betreut herausgehend aus dem Haus und dann haben wir auch ein bisschen eine Kooperation mit Wiener Kommunen gehabt, die also manche dieser jungen Leute aufgenommen haben. Und die man auch kannte aus dem kulturellen Umfeld. Interviewer: Aber das waren private Kommunen? Dr. Springer: Das waren private Kommunen und die haben dann manchmal also Jugendliche aufgenommen, die dann bei denen gelebt haben. Ja und wie gesagt wurde eine Gruppe angeboten und dann war schon bald die Entwicklung zur Drogenstation in Kalksburg. Und da hat dann Professor Kryspin-Exner sowohl Herrn Dr. Pernhaupt, als auch mich hin verfrachtet... Ich bin in das Thema hineingekommen bei Herrn Prof. Kryspin. Also mich hat das Thema an sich interessiert, weil ich eben auch in Wien die Entwicklung des Drogenkonsums miterlebt habe. Und ich habe dann eine Arbeit geschrieben über Drogenkonsum, Rockmusik und Jugendkultur und die hat an sich dem Dr. Kryspin gefallen und da hat er gesehen ich habe ein Interesse daran und ich habe auch Vorträge gehalten dann schon ... und deswegen hat er mich auf die Drogenstation eben genommen. Weiters war aber trotzdem immer der Kontakt mit der Klinik auch da und an der Drogenstation war ich dann ja auch eigentlich nur ein Jahr direkt als Therapeut. Interviewer: In Mödling dann draußen? Dr. Springer: Nein, nicht in Mödling, sondern noch in der Breitenfurterstraße. Ich glaube Nr. 358 oder so?! Und dann wurde das Boltzmann Institut, war die "Boltzmann-Forschungsstelle" eröffnet worden, als Begleitforschung eigentlich zu dieser Forschungsstation und da bin ich als Assistent hinein. Zusammen damals noch glaube ich mit der jetzigen Kryspin-Exner Chefin der Psychologie. Und dann ging Prof. Kryspin eben nach Innsbruck. Aus der Forschungsstelle wurde ein Institut und die Frau Dr. Demel, die damals noch Demel hieß bevor sie Dr. Kryspin-Exner geheiratet hat und Sie ist mit ihm weg gegangen. Dann war die nächste Assistentin die Frau Dr. Wimmer-Buchinger, die jetzige Gesundheitsdame von der SPÖ und dann kamen die Frau Dr. Irmgard Eisenbach-Stangl und der Herr Dr. Uhl. Auf alle Fälle ... Ja das war also die Entwicklung die es in Kalksburg genommen hat und ich habe dann ab 1976, war ich dann der Leiter des Institutes und an der Klinik ist parallel halt der Ausbau der Drogen, der Behandlung von den Suchtkranken geschehen. Und da war eben der Herr Oberarzt Presslich vor allem aktiv und parallel dazu auch die Entwicklung der Drogenambulanz. Und zuerst einmal waren es ja stationäre Behandlungen, wo Oberarzt Dr. Presslich mit Neuroleptikaentzügen experimentierte. Und dann eben ist Dr. Presslich auch sehr in die Subkultur hineingegangen mit der Arena-Bewegung und so und ist immer mehr auch zu einem Vorkämpfer für die Substitutionsbehandlung geworden. Und da kann man sagen, das haben wir irgendwie parallel gefahren. Er war mehr so der Praktiker an der Klinik und ich habe

die Theorie in der Drogenpolitik vertreten. Und irgendwie war dann quasi für die Substitutionsbehandlung etwas Bahnbrechendes an Fakultätsgutachten. Also da gab es in Innsbruck Fälle von Verschreibungen von Methadon und ich glaube Codein auch, an Süchtige. Und da waren 3 Ärztinnen angeklagt für ... weiß ich jetzt nicht ... Es gab zwei Gutachten die eigentlich beide negativ waren für, gegen diese Ärzte. Eines aus Innsbruck selbst und eines aus Salzburg. Und es hat aber deren Verteidiger erreicht, dass noch ein drittes Gutachten als Fakultätsgutachten in Wien eingeholt wird und an dem war damals der Herr Dr. Sluga, also Prof. Berner war schon Chef an der Klinik, beteiligt. Da waren Dr. Sluga, der Herr Dr. Spiel, Dr. Stumpf als Pharmakologe und der Herr Dr. Spiegler war federführend sozusagen. Und wir haben es herangezogen, dass er es eigentlich macht und das Wiener Gutachten hat dann diese Ärztinnen entlastet und hat de facto freigegeben, dass man süchtigen Patienten unter bestimmten Bedingungen und kontrolliert, also Opiate eventuell abgeben kann. Wenn es keine andere Möglichkeiten gibt. Interviewer: Das war so Anfang der 80er Jahre damals oder?! Denn die Substitutionsbehandlung war ja dann 1987 ... Dr. Springer: Das war glaube ich 1983 herum. In Diskussion war es schon vorher. Das war also, dass diskutiert wurde hat begonnen Ende der 70er Jahre schon und dann war eine Enquete 1984 glaube ich, vom Innenministerium.

Interviewer: Ja da hat es eine eigene Sitzung gegeben, wie ich gehört habe. Aber da ist von der Frau Dr. Eisenbach-Stangl es so beschrieben worden, dass man eigentlich noch eher vorbehaltlich demgegenüber war, also erst bis es genaue Regelungen gibt, wie das passiert oder so ... Dr. Springer: Nun es war ganz ... Als ich in letzter Zeit wie ich das Institut geräumt habe, bin ich auf so Dokumente noch gestoßen, aus dieser Zeit. Es war schon, ich meine ich war damals im Drogenbeirat vom Gesundheitsministerium. Zuerst nur beigezogen als Referent manchmal und da habe ich auch über Substitutionsbehandlung eben gesprochen und dort war ich dann der Leiter. Dort war 1983 anwesend ..., mich erinnern zu können schon ein Vorschlag ... Interviewer: Der Leiter für das Referendum oder für die Substitutionsbehandlung? Dr. Springer: Nein, ich war der Leiter vom Drogenbeirat im Ministerium. Der Vorläufer vom jetzigen Drogenforum. Und da war 1983 schon sozusagen ein Vorschlag unter welchen Bedingungen man es machen soll. Da war schon natürlich also auch der Vorschlag, dass man eine Struktur aufbauen muss dafür, aber sehr orientiert eigentlich am Patienten! Das hat mich selbst verblüfft wie das damals formuliert worden ist, weil es ja noch vor der Zeit von Aids und so weiter war, nicht?! Also so Ideen waren da, dass man das doch macht und durchsetzt und so weiter und sofort. Vom Gesundheitsministerium auch.

Interviewer: Ja vielleicht nur zurück zu der Anfangszeit. So 1967 bis 1972 steht es immer beschrieben, haben Sie und Herr Dr. Pernhaupt das Ganze in die Wege geleitet, eigentlich die Grundsteine gelegt für die Drogenambulanz, die dann 1978 oder 1982 offiziell gegründet worden ist. Und eigentlich immer die Drogenpatientenbehandlung so mitgelaufen ist. Eben bei Herrn Dr. Presslich oder Dr. Ranefeld zuerst. Dr. Springer: Mhm.

Interviewer: Wie hat es denn in den 60er Jahren so ausgesehen, die Intension dazu also ... wie war der Andrang von den Patienten, wie waren die Rahmenbedingungen, der Zeitgeist? Also was war die Intension, dass man das wirklich so in die Wege geleitet hat? Dr. Springer: Nun, es war einfach so, dass das neue soziale Problem da war, das Jugendproblem da war und diese Leute gekommen sind. Und dann haben sich eben ein paar damit näher beschäftigt und das waren vor allem eben der Herr Dr. Pernhaupt und ich. Und wir haben eben auch die Patienten nicht nur auf den Stationen gehabt, sondern halt auch in der Ambulanz betreut, wobei ich glaube, dass Dr. Pernhaupt die Ambulanz als Erster eingerichtet hat und ich bin dann nachgezogen und habe die Gruppe drinnen gemacht. Und wir haben dann auch kurzfristig versucht gemeinsam ein bisschen eine Forschung zu betreiben, sind ein wenig ins Feld gegangen und haben mit den Leuten geredet, sie zu interviewen versucht.

Interviewer: Wie viele Patienten sind denn damals da so gekommen ungefähr? So in etwa? Dr. Springer: Nicht viele. Interviewer: Nicht viele? Dr. Springer: Das waren nicht viel. Interviewer: Auf das Monat so? Zehn im Monat? Dr. Springer: Nein nicht einmal. Interviewer: Fünf? Dr. Springer: Ich weiß es wirklich nicht mehr so genau. Interviewer: Weil Zahlen findet man natürlich nichts dazu. Dr. Springer: Denn ich weiß es auch nicht mehr so genau, weil ich war nur auf der Frauenstation. Da sind halt ein paar Patientinnen angelaufen die immer wieder Unruhe gestiftet haben und es waren eher immer dann exotische Fälle und so, also es waren wirklich nicht so viele.

Und ich glaube auf der Männerstation waren noch weniger. Die Männerstation war eben auch vor der Alkoholikerstation und da kamen Einzelne. Interviewer: Ach die Männerstation war eine Alkoholikerstation? Dr. Springer: De facto ja. Interviewer: De facto. Dr. Springer: De facto. Weil der Herr Prof. Hoff hat ja noch verfügt gehabt, dass alle Leute die betrunken aufgefunden werden, an die Psychiatrie kommen. Und das war eine Station wo faktisch nur Delirante nebeneinander gelegen sind. Interviewer: Also Zwangseinweisungen ...? Dr. Springer: Zwangs- und die Polizei brachte Sie halt und diese sind dann aufgenommen worden.

Interviewer: Das war ja damals noch die Psychiatrisch-Neurologische Universitätsklinik gemeinsam? Ist ja damals erst nach dem Umzug dann gelegt worden die Teilung zwischen psychiatrisch und neurologisch?! Dr. Springer: Mhm. Interviewer: Ja das war alles Eins, denn ich hab dann nur gelesen gehabt eben, die Männer-, die Frauenstation und dann hat es 3 Stationen gegeben je nach Schweregrad, was aber nachher erst bearbeitet worden ist, dass man das durchmischt und dann schaut ... Dr. Springer: Ja aber in der Station B18, als die schwerste Station, meine Station, das war vorwiegend für Delirante.

Interviewer: Und so die Behandlung von den Patienten, wenn die als Drogen ... also entweder eingewiesen oder freiwillig gekommen sind? Dr. Springer: Abliegen und ein paar Psychopharmaka. Interviewer: Was hat man da so gegeben damals? Dr. Springer: Also ich habe natürlich Antipsychotika, Truxal und so weiter gegeben in der Nahaufnahme. Interviewer: Und so hat es ja nichts gegeben, wo man die Patienten dann weiter verweisen hätte können. Also wie hat man mit den Patienten dann

gearbeitet? Dr. Springer: Hat man nichts gehabt. Nichts. Deshalb haben wir ja versucht manche in Kommunen unterzubringen, ja?! Interviewer: Und sonst? Dr. Springer: Und für manche eben ... und da es ja nicht so viele waren, hat man ja diese paar Patienten in die Gruppen nehmen können. Und man hat in dieser Zeit noch nicht einmal die Station Kalksburg aus Wien füllen können, sagen wir einmal, sondern das war ja gleich eine österreichweite Station. Interviewer: Aber da hat es ja nichts gegeben in dieser Zeit dann. Beschäftigungstherapie ist ja erst nachher gekommen oder was dann folgte? Dr. Springer: Nun gut, ja. Es hat sich halt einfach das System entwickelt. Es musste, es war also ein neues Phänomen. Für Jugendliche gab es ja damals genauso wenig wie heute in Wirklichkeit. Das war, die Wichtigkeit der offenen Jugendarbeit ist dann deutlich geworden, nicht?! Dadurch gab es eben solche Sachen wie die Arena-Bewegung und wo ja auch dann sogar die Stadträtin irgendwie dahinter gestanden ist damals, die Frau Fröhlich-Sandner ... Nun da haben wir die Jugendlichen nicht alle in die Psychiatrie hineintreiben wollen!

Interviewer: Ja von den Rahmenbedingungen her. Die Patientinnen sind natürlich aufgenommen worden in der Psychiatrisch-Neurologischen Klinik. Hat man dann ein eigenes Zimmer zur Verfügung gehabt? Dr. Springer: Kopfwackeln. Interviewer: Nichts also? Dr. Springer: Ja die Patienten haben sich eben gemischt und das war manchmal sehr schwierig natürlich. Interviewer: Und eine ambulante Betreuung hat es überhaupt gegeben oder? Dr. Springer: Also wenn sie gekommen sind, hat man sie auch genommen. Nicht, und was kam schon? Es kamen Fälle die ..., Opiate hat es in der Zeit noch kaum gegeben, nicht?! Es sind ein paar Fälle gekommen mit Horrortrips. Interviewer: Aufgrund von LSD oder? Dr. Springer: LSD zumeist ja und Amphetamine waren ein Problem dann schon, nicht?! Weil, also dabei sind die Leute dann doch überstimuliert worden und es gab schon auch, also ein paar körperliche Problemfälle und etliche, nicht etliche, aber ein paar Menocil Tote, also Herzversagen. Und dadurch war auf diese Patienten auch ein gewisser Schwerpunkt nicht, dass man auf die geschaut hat. Dann gab es einen Psychologen, der seine Diplomarbeit gemacht hat, der teilweise die Patienten sogar herbestellt hat und mit ihnen dann Interviews geführt hat. Dr. Löschenkohl. Ich weiß nicht ob sie das Buch gelesen haben? Interviewer: Nein. Dr. Springer: „Jugend und Rauschmittel“ ist der Titel. Das war ein recht interessantes Buch. Aber der hat natürlich keineswegs nur Patienten von hier gehabt, sondern der hat ein paar die hier waren interviewt und ein paar hierher gebracht zum interviewen. Das ist schon ganz interessant, weil da kann man so sehen was die alles genommen haben und in welchen Mischungen.

Interviewer: Nun den Eindruck den ich gewonnen habe war irgendwie so Polytoxikomanie ... Von Opiaten eher, von Opium ... Dr. Springer: Das war absolut ... Opium ein bisschen ... Interviewer: Aber Heroin ... Dr. Springer: ... Heroin ist viel später gekommen. Interviewer: Ist ja dann erst Mitte der 70er oder? Dr. Springer: Nein. Heroin ist überhaupt ... es ... In der Szene habe ich ein paar Leute gekannt die Heroin genommen haben, dass waren die wahren Exoten und auf einem Toplevel gewisser Weise, nicht?! Und Opiumtinktur ist von etlichen konsumiert worden. Dann

haben Sie, ich meine die typische Gammelmischung war eben Haschisch, dass sie aus Marokko geholt haben und aus Nepal. Dort war ja wirklich so ein Markt, wie sie es gebraucht haben. Amphetamine hat man sich meist aus Frankreich besorgt. Wie hat das geheißen "Dex..." ... Also das war damals auch ein Methamphetamin das sie geschluckt haben. Dann waren es eben Halluzinogene und relativ ... ja Romilar, nicht?! Das war so die Mischung die die Leute genommen haben und dann gab es schon ein paar Exoten die begonnen haben Morphinbase zu importieren und ganz wenige die Heroin gehabt haben. Und dann gab es ja in Wien die Welle eher, wenn schon Morphine, dann Opiumtee. Ist ja lange Zeit getrunken worden. Aus Ungarn eben herauf geholt worden und ich weiß jetzt nicht wann das war, das war so eine kritische Phase. Der Herr Dr. Zilk war Bürgermeister und da hat ihn ein Journalist aufgetzt, dass man etwas tun muss gegen die Mohnkapseln. Ich meine, angeblich am Naschmarkt geführt und im Insekt... und wo es das überall gibt. Und es heißt ja wirklich, dass es in Wien so einen richtigen Treff gegeben hat, dass also Taxifahrer eingebunden waren mit Blumenhändlern und so weiter. Das die dort das verteilt haben. Nun gut und so wurden dann die Mohnkapseln für Geld ... Interviewer: Das war so die 80er Jahre dann hindurch? Dr. Springer: Ja und das war eigentlich dann der Beginn der intravenösen Heroinwelle. Vorher haben die Wenigsten gespritzt und kaum jemand Heroin genommen. Interviewer: Wow und dann sind sie halt dementsprechend hier aufgetaucht, weil ... Dr. Springer: Ja, das war dann erst eben, nicht?! Und ich habe ja wirklich recht viele gekannt, also außerhalb der Klinik. Und das waren einfach Haschszenen und ganz wenige mit Morphin. Die eher auch so ein bisschen high-society Level waren. Die eher auch Morphin genommen haben. Aber es ging um Trips. Das war eine Art psychedelische Szene. So wie überall.

Interviewer: Ja was für mich noch interessant wäre auch ... die Patienten sind einerseits freiwillig gekommen, andererseits sind sie durch die Polizei hergebracht worden oder zwangsaufgenommen. Genau. ... Dr. Springer: Ich meine die Polizei hat aber auch die Wenigsten gebracht, nicht?! Denn die Polizei hat ja jeden Tag den Theseus-Tempel im Volksgarten geräumt. Immer von denselben Personen. Und nur ganz vereinzelt sind sie dann an die Psychiatrie gekommen, nicht?! Interviewer: Also sind nur vereinzelt hergebracht worden? Dr. Springer: Also wirklich, wenn irgendwie psychotische ..., wenn die abgefahrenen psychotischen Reaktionen da waren, das hat man schon gesehen, nicht?! Das es den Leuten wirklich schlecht gegangen ist. Der durchschnittliche Drogenkonsument kam nicht an die Psychiatrie.

Interviewer: Und die Patienten welche dann hierher gekommen sind? Wie lange waren die hier so im Schnitt? Dr. Springer: Gut, da waren dann manche schon recht lange. Schon zu lange, würde ich glauben. Interviewer: Zu lange? Dr. Springer: Nun es waren ja Fälle wo man ... die kein zu Hause hatten, die man auch teilweise irgendwie unterbringen musste, nicht?! Interviewer: Aber so von der Zeitspanne her, dass ich eine ungefähre Vorstellung habe. 3 Wochen, 4 Wochen, dass die Patienten da waren? Dr. Springer: Ich würde glauben 3 Wochen mit Sicherheit. Interviewer: 3 Wochen mit Sicherheit? Dr. Springer: Ja. Interviewer: Und wie viele Betten hat dann der Vorstand

mehr oder weniger dafür hergegeben auch? Denn ich glaube am Anfang ist es ja nicht gleich so aufgenommen worden, dass man die Drogenpatienten hier behandelt und so ...? Dr. Springer: Gut, da die recht rasch zu Forschungsobjekten wurden, da durch Dr. Sluga, Dr. Bruck und ähnlichen ... Dr. Mader, hat man sie dann auch genommen natürlich, weil man sie dann ja auch gebraucht hat. Also das kennt man ja.

Interviewer: Nun Herr Dr. Presslich hatte nur gemeint, dass es mit dem Pflegepersonal lange Zeit so ... Dr. Springer: Nun, war sehr schwierig natürlich. Da waren recht witzige Szenen. Ich kann mich noch erinnern, da war eine an sich sehr freundliche Schwester, die recht beliebt war bei allen. Und dann gingen wir durch eine Visite und bei der Visite ... da war so die Mischung, die alten depressiven Frauen, die diese jungen Mädchen überhaupt nicht ausgehalten haben, diese irgendwo schrägen, die selbst alle eben in irgendwelchen Beziehungskrisen steckten und eher geklammert haben an den alten Frauen und ... Aber die haben das wirklich nicht wollen und nicht ausgehalten und dann gehen wir so und wie immer ist es bei einer Visite sehr laut. Und auf einmal wird es ganz still da im Zimmer, Zufall und man hört nur mehr die Krankenschwester recht laut sagen, wenn sie da diese Mädchen sieht, dann denkt sie sich ja wirklich oft: „Adolf steh auf“. Aber das Personal war nicht nur gegen diese Patienten, sondern ich würde sagen, diese waren generell sehr gegen reine Psychofälle sozusagen. Psychosen die waren echt und die wurden gerne betreut, aber so das neurotische, diese Zwischenbereiche nicht. Noch viel schlechter war es auf der Neurologie wo die Psychosomatik betreut worden ist. Das waren die echten Outcasts für dieses Personal. Interviewer: Absolut und dann noch im nationalsozialistischen Denken halt ... Dr. Springer: Wenn da noch ein Stückchen drin war dann ... Interviewer: Ich glaube das war die T4 Aktion ... damals?! Dr. Springer: Die gab es ja. Nun gut, man muss ja auch bedenken, dass eben doch manche Personen des Pflegepersonals ausgebildet waren in dieser Zeit, nicht?! Selbst wenn es keine Nazis waren. Das waren junge Pfleger und junge Schwestern. Interviewer: ... Und das was einen umgibt, prägt einen. Und wenn man eben dementsprechend aufgewachsen ist, mit diesen Gedanken ... Dr. Springer: Ja und da man heute ja auch noch solche Sprüche hört, ist es ja kein Wunder, dass man sie auch 1966 hörte oder 1967. Nur hat man damals nicht von Neo-Nazis gesprochen, sondern da waren es halt noch Nazis, nicht?! Da war man noch ehrlicher.

Interviewer: Ja der Patientenbedarf konnte an sich aber dann gedeckt werden oder? Denn wenn die Drogenkonsumenten gekommen sind, hatte man dann eigentlich immer genug ...? Dr. Springer: Ich würde schon glauben, ja. Interviewer: Platz gehabt. Dr. Springer: Ja, die haben ... Interviewer: Zuerst. Dr. Springer: Schwierig ist es dann geworden, wie eben wirklich mehr Morphin gekommen ist. Aber das ist dann schon die Dr. Presslich Periode eben, nicht?! Dass er die Intensivstation gebraucht hat für diese Fälle und so. Da gab es dann natürlich Engpässe, das ist klar. Aber da habe ich mit der Klinik eigentlich nichts mehr zu tun gehabt. Interviewer: Und die Diagnosestellung? Denn damals war es ja so, dass Anzeige und

Meldepflicht an sich war bei Straftaten oder wo ein Verbrechen in Verzug war?! Ist das dann ...? Dr. Springer: Nun ja, Konsum war nie ein Verbrechen. Also an sich, soweit ich mich erinnern kann, wurden eigentlich keine namentlichen Meldungen gemacht. Das haben wir auch dann im Drogenbeirat so bestimmt über das Ministerium, dass Krankenhäuser nur Gesamtmeldungen gemacht haben. Ich glaube das ist jetzt immer noch so, aber das hat damals begonnen. Interviewer: Wann ist diese Bestimmung getroffen worden im Drogenbeirat? Ungefähr? Dr. Springer: Das war mit dem Suchtmittelgesetz. Das kann man ja nachschauen wann das war. Interviewer: 1971. Dr. Springer: Novellen waren 1971 ... Interviewer: Genau 1971. Dr. Springer ... muss das gewesen sein. Interviewer: 1971. Denn da hab ich mich nämlich gefragt, weil es ist erst 1980 glaube ich weggefallen, dass man die Meldepflicht der Krankenanstalten für freiwillige Patienten ..., genau das ist dann weggefallen. Dr. Springer: Nun ja, aber es steht ja nirgendwo die Meldepflicht für ... also dass die Meldepflicht individuell erfolgen, also erfüllt werden muss. Die Krankenhäuser haben eben Diagnosen gemeldet und nicht Personen.

Interviewer: Und ist dann nicht die Polizei hier aufgetaucht und hat ...? Dr. Springer: Selten, sehr selten. Interviewer: Sehr selten?! Und vom Datenschutz her? Denn da hat mir der Herr Dr. Presslich etwas ganz Erstaunliches erzählt. Da hat er gemeint gehabt, damals war es noch so, das dürfte erst Anfang der 80er Jahre sein, da wollte ich Sie fragen, ob Sie hierzu wissen wann es geändert worden ist. Gab es noch die Regelung, dass Gerichte, Polizei und das Militär Einsicht nehmen konnten in die Daten bei Psychiatrischen Anstalten? Also für die Gemeindespitäler? Für die öffentlichen, solche medizinischen Spitäler nicht, nur für die Psychiatrien, also für die psychiatrischen Anstalten. Wie lange hat es das gegeben oder war es bei Ihnen auch schon so, dass die gekommen sind und einfach die Patientendaten durchgeschaut haben und die wirklich abgefragt haben? Dr. Springer: Also in Kalksburg könnte ich mich nicht erinnern, dass das je passiert ist. Wenn ich ehrlich bin. Interviewer: Und an der Klinik hier? Dr. Springer: Da war ich zu wenig. Ich meine, ich war ja nur zwei Jahre an der Klinik ... Interviewer: Ach so, zwei Jahre nur, weil es steht drinnen ... Dr. Springer: ... oder drei Jahre. Interviewer: Von 1967 bis 1972. Dr. Springer: Nein. Nun ja, ich war „im Stand“, aber da war ich ja schon in Kalksburg nicht und war in Karenz. Karenz war ich ziemlich lange sogar. Ich weiß nicht, ich glaube ich war bis 1975 in Karenz. Schauen Sie, ich war ja zuerst auf der Neurologie einige Zeit lang, überwiegend Neurologie, das ist es ... Interviewer: Ich hab nämlich leider keinen Lebenslauf von Ihnen gefunden im Internet. Dr. Springer: ... das macht diesen Unterschied. Ja ich war glaube ich drei Jahre lang auf der Neurologie zunächst einmal und dann war ich eben 1 1/2 Jahre auf der psychischen Abteilung. So ist das und dann bin ich nach Kalksburg gegangen. Das heißt, ich war schon insgesamt im Haus, ich meine fast fünf Jahre lang, aber mit der psychiatrischen Regelung habe ich wenig zu tun gehabt. Ich war lange Zeit in der Ambulanz und ich meine, ich weiß nur, dass man manchmal unserem ... Ich kann mich schon erinnern, dass wir manchmal eben dem Juristen Dr. Wach geschrieben haben wenn solche Anforderungen waren, nicht?! Dieses Amtshilfeprinzip das gibt es ja überall leider.

Also man kommt da schwer heraus.

Interviewer: So hätten Sie nichts gehört, dass da Anfang der 80er Jahre etwas geändert worden ist? Das da ...? Dr. Springer: Das kann sein. Weiß ich nicht. Interviewer: Kann sein. Nun das muss ich nur schauen, weil das wäre super interessant, denn Herr Dr. Presslich hat nämlich wirklich gemeint, also Sie haben dann bewusster Natur Diagnosen getroffen, im Sinne von Depressionen oder Sonstiges und so aufgenommen, dass das halt ... Dr. Springer: Nun, ich kann mich erinnern, dass aus Innsbruck einmal einer gesagt hat, er diagnostiziert nur Neurasthenie. Interviewer: Neurasthenie?! Dr. Springer: Die ganze Klinik hat dort fünf Jahre lang nur Neurastheniker gehabt. Interviewer: Ja das hat die Frau Dr. Schmid-Siegel nämlich auch gesagt. So etwas in diese Richtung, ja. Interviewer: Nun, weil Herr Dr. Presslich hat gesagt, dann sind die Polizisten nämlich zu Hause bei den Patienten auf der Matte gestanden und haben sie befragt wo sie die Drogen hergehabt haben und so die Polizei immer wieder ... und dass sie halt im Sinne des Patienten handeln, haben sie einfach gesagt, nein das machen wir nicht und sie wollten auch die Daten überhaupt anonym halten. Dr. Springer: Ja.

Interviewer: Das ist dann nachher eh gekommen, dass das anonym gehalten worden ist? Dr. Springer: Ja, ja. Dann wurde es anonym gehalten. Dann wurde es auf jeden Fall anonym gehalten und das war auch ein Entscheid eben im Ministerium und damals sind die auch wirklich im Ministerium, interministeriell, ausgehandelt worden. Denn in diesem Drogenbeirat waren das Justizministerium, das Innenministerium, das Gesundheitsministerium, alle Jugend..., Alles war drinnen. Da konnte das ... federführend Justiz-, das Gesundheitsministerium, weil das ja mit dem Vollzug der Suchtmittelgesetzgebung beauftragt ist und die anderen waren auch noch da.

Interviewer: Ja da hätte ich gleich eine Frage, denn die Suchtgiftgesetzgebung von 1971, habe ich gefunden bei der Frau Dr. Eisenbach-Stangl. Die Schaffung des Maßnahmenvollzuges für Alkohol- und Drogenabhängige ... Was gibt es darunter zu verstehen? Also die Schaffung des Maßnahmenvollzuges? Dr. Springer: Ja gut, ich glaube der ganze Maßnahmenvollzug ist ja in der Zeit geschaffen worden, nicht? Oder war der schon früher neu? Interviewer: Die kleine und die große ... Dr. Springer: Ja. Interviewer: Strafrechtsreform. Dr. Springer: Das war einfach unter Dr. Broda und Dr. Sluga. Dr. Sluga war ja der Vater des Maßnahmenvollzuges, nicht?! Und das hieß nichts anderes, als dass Personen die verurt... also die aus psychischen Gründen quasi kriminell werden in verschiedenen Bereichen, zwar verurteilt werden, aber nicht in das Gefängnis kommen, sondern ... Interviewer: Dann die Division haben ... genau. Dr. Springer: ... in Sonderanstalten und so weiter und sofort. Und halt den Nachteil haben, dass sie nicht mit Strafende de facto das Haus verlassen, sondern dass das Ende abhängig gemacht wird von Begutachtungen. Und da ging es ... und das waren also vorwiegend so von Pädophilen ... und der Mittersteig wurde ja deswegen errichtet. Das war ja der Schwerpunkt von Dr. Sluga. Da hat man die süchtigen Kriminellen sozusagen schon dort hineingebracht. Das war so der Anfang vom Paragraph § 35,

welcher das damals war, nicht?! Therapie statt Strafe eigentlich. Interviewer: Mhm, ja. § 23 habe ich im Kopf, § 9 habe ich im Kopf. Dr. Springer: Ja.
Interviewer: Das kommt eh noch, genau. Ja da habe ich auch schon mit Herrn Dr. Ranefeld gesprochen, denn er war ja direkt dann in ... Dr. Springer: Im ersten Vollzug.
Interviewer: ... in Favoriten draußen. Genau.

Interviewer: Genau, die Rahmenbedingungen. Zimmer hatte man keine gehabt, Öffnungszeiten? Also die Patienten sind ganz normal im Alltagsbetrieb gekommen, ...
Dr. Springer: Ja, ja. Interviewer: ... sind ganz normal aufgenommen worden. Dr. Springer: Ja. Nun vielleicht haben manche in der Nacht, die also irgendwo gelegen sind oder herumgetobt haben.
Interviewer: Und das AKH war ja dann eigentlich in Wien die einzige Einrichtung wo man die Patienten hingebracht hat? Denn ich glaube auf die Baumgartner-Höhe, auf den Steinhof hinauf, sind sie erst später gebracht worden?! Dr. Springer: Hat man schon auch. Interviewer: Hat man schon auch? Dr. Springer: Sicher.

Interviewer: Und das Therapiekonzept von Anfang an? Also einmal Psychopharmaka gegeben, versuchen das die Patienten herunter kommen, dass sie medizinisch die Betreuung haben ... Dr. Springer: Ja und dann hat man die Notwendigkeit eben gesehen, dass man Therapieeinrichtungen schafft und im Stil der therapeutischen Gemeinschaft, in dem Sinne wie sich Kalksburg damals noch verstanden hat, dass man dies dort anhängt, nicht?! Und das war nicht nur in Wien so, sondern da gab es auch in Tirol Einrichtungen ... Interviewer: Linz. Dr. Springer: ... das K.I.T.T. und so weiter und Linz. Das ist parallel entstanden eigentlich, dass man eben gesehen hat, ja diese Patienten müsste man eigentlich anders behandeln und länger behandeln und so soziotherapeutische Strukturen schaffen. Das hat sich aus dem entwickelt.
Interviewer: Also im Sinne dann von psychosozialer Betreuung ... Dr. Springer: Ja.

Interviewer: Psychopharmakologisch dann dementsprechend natürlich auch oder? Was man da zur Verfügung gehabt? Dr. Springer: Gut, das wäre dann so, so hat es aber eher die Abstinenztherapie entwickelt und eher ohne Psychopharmaka. Denn gegen Haschisch und so weiter hat man ja nichts gehabt. Bei Amphetaminen hat man eben die Patienten herunter geholt und eine Amphetamin-Psychose ist ja wirklich so zu behandeln wie eine andere Psychose.

Interviewer: Und ich glaube in Kalksburg draußen war das ja am Anfang so eine Schutthalde. Das hat der Herr Prof. Lesch gemeint gehabt, dass das irgendwie am Anfang noch nicht ganz so vollkommen war, sagen wir es einmal so. Sehr viel zum arbeiten war und so ist das dann ... so wie beim ... Ich hab mir nur die Frage gestellt, ob das dann so wie beim Grünen Kreis gekommen ist oder?! Dr. Springer: Also ich meine, wir sind in das Haus eingezogen und man hat schon noch ein bisschen was machen müssen und es war auch so, dass die Patienten selbst auch ein bisschen mitgestalten konnten. Interviewer: Ist das dann im Sinne der Beschäftigungstherapie auch so hineingekommen? Dr. Springer: Wenn man den Plafond schwarz-weiß

ausmalen wollte ... zwei Meter weit haben sie es gemacht, sechs Meter nicht mehr, aber eine Schutthalde würde ich es nicht nennen. Interviewer: Nun, wir haben da nur so gesprochen gehabt, weil das hatte ich noch so im Kopf, dass eben noch sehr viel zu tun war. Gut. Vor Ihrer Zeit hat es ja nichts gegeben, nehme ich einmal an. Dementsprechend war ja, es waren ja keine ... Dr. Springer: Nun, weil wie gesagt, ich bin ja wirklich in die Zeit hineingewachsen, nicht?! Also diejenigen welche ich kennengelernt habe, waren die ersten Drogenkonsumenten, die ersten Gammler im Hawelka und Cafe Sport und so. Dann kamen sie auch als Patienten. Also es gab schon auch, ich meine einzelne Fälle, aber die waren nicht dieselbe Kategorie.

Dr. Springer: Nun es waren schon eindrucksvolle Fälle. Einmal eine Arzt Gattin die Methadon abhängig war, die also subkutan gestochen hat und wirklich keine Hautstelle gehabt hat, wo sie nicht irgendein Loch hatte. 35 Spritzen am Tag. Also solche Fälle gab es natürlich. Interviewer: Bei Methadon? Dr. Springer: Ja klar.

Interviewer: 35 ...? Dr. Springer: Heroin und Methadon und so weiter kann man steigern, weil man mit der Toleranz in die Höhe geht. Dr. Springer: Kokain steigert man nicht so.

Interviewer: Die ambulante und stationäre Behandlung. Stationär sind die Patienten aufgenommen worden, ambulant, wenn sie eben etwas gehabt haben, hat man sie herunter geholt. Hat man sie dann hier behalten und ... Dr. Springer: Nein, die hat man eigentlich ... die Behandlung nach dem Zustandsbild welches sie geboten haben und so sind das entw... für das absolute Entwöhnen, dafür war es eben dann notwendig Stationen einzurichten, wo sie länger bleiben, nicht?! Interviewer: Und so ambulant, dass man die Leute weiter betreut hat? Hat es das auch gegeben, dass die immer wieder gekommen sind also ... Dr. Springer: Nun, es gab Einzelne. Wir haben es eben versucht einzurichten, nicht?! Da hat Herr Dr. Pernhaupt Patienten gehabt, wie ich welche gehabt habe. Ich hatte so eine Gruppe gehabt, da waren vielleicht 12 Patienten drinnen. Das schon, nicht?!

Interviewer: Und wie lange ist diese Gruppe beieinander geblieben so? Dr. Springer: Das hat ... ich weiß nicht, also so wie ich es gesehen habe, wir waren vielleicht ein 1/2 Jahr beieinander oder so. Das hat ja dann der Herr Dr. Hermann übernommen, nicht?! Und unter Oberarzt Dr. Presslich dann schon. Dieser hat ja dann so Gruppen ... Interviewer: Die haben das gemeinsam dann stationär eingerichtet. Dr. Springer: Nun, der hat eine ambulante Gruppe gemacht und ich war ja damals noch Supervisor bei denen. Sa hat mich der Herr Dr. Presslich eingeteilt bei Herrn Dr. Hermann. Also da sind auch natürlich Patienten ganz kontinuierlich gekommen und immer wieder ... Interviewer: Und diese Gruppe, wie oft hat sich diese getroffen? Dr. Springer: Einmal wöchentlich. Dr. Springer: Aber daneben waren ja einzelne Patienten natürlich, die immer wieder ... Nun, es gab ja ein paar solch heroische Figuren, die sind eben immer wieder aufgetaucht und die hat man eben auch immer wieder ambulant nachbetreut und nicht immer stationär aufgenommen. Interviewer: Und dann eben geschaut, dass man sie in den Kommunen unterbekommt?! Nachdem sind sie dann behandelt worden

...? Dr. Springer: Hier und eben ... Interviewer: In Kalksburg. Dr. Springer: Ein bisschen Feuerwehr spielen. Interviewer: Bisschen Feuerwehr spielen? Dr. Springer: Nun, sich ... Interviewer: Schauen das sie einen sozialen Background eben haben oder?! Dr. Springer: Nickt.

Interviewer: Die Zusammenarbeit mit den Ambulanzen, Stationen hier im Haus. Mit wem hat man eigentlich auch übergreifend zusammen gearbeitet, falls irgendwas war? Dr. Springer: Nun gut, das waren ja alles Patienten der Hauptambulanz in Wirklichkeit und man hatte eben einmal in der Woche einen Raum zur Verfügung gehabt, wo man mit den Patienten geredet hat oder wo sich die Gruppe getroffen hat. Sonst waren sie in der Hauptambulanz. Also ich habe meine Fälle auch in der Hauptambulanz betreut. Interviewer: Und diesen Raum? Für wie lange hat man bekommen oder wo hat man diesen dann gekriegt? Dr. Springer: Nun, überhaupt nicht in diesem Sinne, sondern das war eben ein Patient, der hat so gewartet wie man eben wartet und dann kam man und hat mit ihm ein paar Minuten gesprochen und dann ist er wieder gegangen. Interviewer: Und für die Gruppe? Dr. Springer: Und für die Gruppe haben wir natürlich am Nachmittag einen für längere Zeit gehabt. Interviewer: Und das halt auf Eigeninitiative aber auch, nehme ich an? Dr. Springer: De facto, ja. Das war alles Eigeninitiative.

Interviewer: Die Zusammenarbeit mit externen Institutionen. Also Kalksburg dann draußen und sonst sind ja glaube ich alle ... Dr. Springer: Ja zunächst war keine Zusammenarbeit. Interviewer: Gar keine? Dr. Springer: Mit den Kommunen, nicht?! Interviewer: Und dann, wann hat das angefangen in Kalksburg? 1961, 1963? Wo die Betten dann wirklich ... Dr. Springer: Ja das waren die Alkoholiker. Die Drogenstation ist dann erst 1970 gekommen. Dort waren ja früher keine Drogenpatienten draußen. Interviewer: Das heißt alles was man eben bis 1970 gemacht hat, waren einfach Kommunen und den Patienten eben gut zugeredet, aber mehr hat man dann eben nicht machen können oder? Dr. Springer: Nun ja, da sind teilweise mit jenen die Eltern mit gekommen und vor allem, die waren ja oftmals gar nicht so wahnsinnig problematisch, nicht?! Die sind auffällig geworden wegen dem Drogenkonsum und ... Interviewer: Dem Lebenswandel, Aussehen ... Dr. Springer: ... dann sind sie wieder nach Hause gegangen.

Interviewer: Und die Heroinzeit hat eben dann Mitte der 80er Jahre so richtig eingeschlagen gehabt ...? Dr. Springer: Gut, aber ... ja.

Interviewer: Die Forschungsschwerpunkte. Was für Forschungsschwerpunkte waren denn am Anfang gegeben und hatte man Forschungsgelder bekommen? Dr. Springer: Nun ja, also die Forschung war dann eben diese Drogenstation und da hat man schon, also das ist eigentlich relativ rasch gegangen, dass die Boltzmann Gesellschaft das Geld zur Verfügung gestellt hat für diese Stellen eben. Das werden gewesen sein zwei Stellen oder so etwas zunächst einmal. Aber immerhin. Und auch ein Zuschuss zu den Räumen und so weiter und sofort. Und Bücher, also ein normales Projekt eben, wie man so eine Forschungsstelle hatte. Und dann war es eigentlich auch immer

problemlos dieses Geld, das wir gebraucht haben für die Projekte, zu bekommen. Das war nicht so schwierig.

Interviewer: Und Dr. Sluga hier im Haus? Denn er hat ja die Forschung dann wie Sie gesagt haben, die Patienten eigentlich gebraucht oder haben Sie ... Dr. Springer: Der Herr Dr. Sluga. Nun gut, Dr. Sluga hat eher keine zusatzfinanzierten Projekte gemacht, sondern das war eben die Forschung die im Hause gelaufen ist. Interviewer: Und hat es da eigene Forschungsgelder gegeben, so vom Nationalfond oder so? Was man wieder bekommen hat oder ...? Dr. Springer Ich glaube nicht, dass diese Geschichten über so etwas gelaufen sind. Das müsste man auf den Publikationen nachschauen, denn das ist ja vermerkt. Aber es war eher alles so ... Wir sind dagesessen und haben das gemacht. Interviewer: Alles klar, also im Normalbetrieb eben dazu gemacht? Dr. Springer: Ja. Also diese Ideologie, dass man für jeden Strich den man macht ein Forschungsprojekt braucht, das war ja damals noch nicht. Interviewer: Es sollte heute auch nicht so sein, aber ist eben ... Dr. Springer: Da man ja nur etwas wird wenn man im Stande ist Drittmittel zu lukrieren, muss man es halt tun. Ich meine ...

Interviewer: Gab es Fachgesellschaften, Länder an denen man sich orientiert hat? Ich meine, die Amerikaner haben schon zwanzig Jahre vor uns glaube ich, die Methadon-Substitutionsbehandlung ...? Dr. Springer: Nun gut, das Methadon hat man natürlich von denen gelesen, aber auch aus England. Interviewer: Aber so in der Anfangszeit? Dr. Springer: Nun gut und sonst, natürlich es gab Orientierungen zu diesen Theorien der Therapeutischen Gemeinschaften. Interviewer: Welche waren das? Dr. Springer: Man hat alles aufgefangen in gewisser Weise in dieser Zeit. Ob das jetzt ... Ich meine zu „Release“ gab es Verbindungen, zu den Hamburgern vor allem, bis zu persönlichen Verbindungen. Ich glaube die Schwester vom Dr. David ist dann mit einem eine Liaison eingegangen bei den Hamburger Release Menschen und so ... Und „Synanon“ hat in Österreich niemals Fuß gefasst ... Interviewer: Was war das? Dr. Springer: „Synanon“. Also diese ... nie gehört? Interviewer: Sagt mir nichts, nein. Dr. Springer: „Synanon“ ist eine amerikanische Selbsthilfebewegung die eigentlich in Berlin und anderen Orten ziemlich stark dann auch war. Die auch so mit Landkommunen, also schon ein bisschen ähnlich wie der Grüne Kreis und so weiter, aber die haben bei uns nie Fuß gefasst. Aber für Primarius Dr. Pernhaupt und diese Leute war das sicher auch eine Bezugsliteratur. Und therapeutische Gemeinschaftstheorien eben. Die gab es ja und man las Anti- Psychiater und „Laing“ und so weiter und so fort.

Dr. Springer: "Sheridan" heißt der Begründer von der therapeutischen Gemeinschaft, nicht?! Interviewer: Wie? Dr. Springer: "Sheridan" glaube ich. Also das stand immer, das war in Kalksburg das Prinzip zunächst einmal, dass man eine therapeutische Gemeinschaft macht. Schon bei den Alkoholikern und umso mehr bei dieser kleineren Gruppe der Drogenabhängigen ... Interviewer: Und Gesellschaften gab es damals schon recht viele, also in Deutschland dann, den Vereinigten Staaten?! So

Fachgesellschaften, dass man sagt ... Dr. Springer: Nun gut, die Deutsche Hauptstelle gegen Suchtgefahren hat es immer gegeben. Die hat sich ja eher auch um Alkohol zunächst gekümmert und dann ist dieses eben immer eingegliedert worden. Und die österreichischen Fachgesellschaften hat es ja auch gegeben. Natürlich den Verein für Psychiatrie und Neurologie und so, aber ... Gut, das dann dieses Sektoren Sucht entstanden sind, da weiß ich nicht wann das genau war. Interviewer: Nun, da war dann eh schon ... Dr. Springer: Aber eben auch alles um diese Zeit herum sicher. Interviewer: Dann war ja die Ludwig Boltzmann ... Dr. Springer: Und dann wurde das Boltzmann Institut eben daran ...

Interviewer: Wie haben Sie den Status empfunden, der Drogenambulanz in der Öffentlichkeit oder überhaupt der Drogenarbeit? Überhaupt in der Anfangszeit, denn ich glaube es war ziemlich ablehnend oder? ... Dr. Springer: Kopfschütteln.

Interviewer: Ist es öffentlich thematisiert worden, außerhalb von dem, dass da jetzt eine Jugendgruppe ist die dem Drogenkonsum frönt? Dr. Springer: Kopfschütteln.

Interviewer: Gar nichts? Politischer Natur? Dr. Springer: Nun, politisch waren es, da habe ich meine Gefechte gehabt mit Politikern. Schon. Ich meine, da gibt es, das ist irgendwie so dokumentiert in diesen Berichten über die Enquete, nicht?! Interviewer: Über die? Dr. Springer: Über die Suchtgift Enqueten. Interviewer: Enqueten. Dr.

Springer: Nun ja, das waren die Diskussions ... Interviewer: Diskussionsgruppen. Dr. Springer: Veranstaltungen. Also was weiß ich, da habe ich zum Beispiel einmal einen Vortrag gehalten, ich glaube das war eh bei der 1984er Enquete, eben über so alternative Möglichkeiten. Damals schon Spritzentausch und so und was es in anderen Ländern gibt und da kam dann eben der Herr Lichal oder der Herr Ofner, irgendwelche von diesen rechten Politikern, mit diesen Argumenten, das wäre genauso wie wenn man einem Einbrecher besseres Werkzeug zur Verfügung stellt und so. Also diese politischen Spannungen hat es schon gegeben. War eben so! Interviewer: Wie ist man damit umgegangen dann? Dr. Springer: Nun, es war, also ich meine das war eher, dass die Broda Richtung, die ja durch Herrn Dr. Sluga in der Psychiatrie da war ... Die war eben eher doch schon auf der liberaleren Welle, nicht?! Und ich war als Person, war da in das eingebunden und auch damals die Kriminalsoziologen, also das Institut für Rechts- und Staatswissenschaft oder wie das jetzt heißt? Das war auch ursprünglich ein Boltzmann Institut für Kriminalsoziologie. Das waren der Herr Dr. Wolfgang Stangl, der Rechtstheoretiker welcher in Frankfurt unterrichtet und so ... Und Dr. Arno Pilgram, welcher ja lange Jahre der Vorsitzende auch von der Bewährungshilfe war und eben die Frau Dr. Irmgard Stangl, welche die Frau von Dr. Stangl ist, von dem Rechtsphilosophen. Also ja und die waren eigentlich alle auf der "Brodawelle und dadurch war also diese sozialwissenschaftliche Gruppe doch relativ stark. Und da waren auch Kontakte zu den Sozialarbeitern, sodass auch die Sozialarbeiter eher eine wesentlich liberalere Haltung hatten und dass es auch viel eher möglich war zum Beispiel Substitutionsbehandlungen auch mit der Hilfe der Sozialarbeiter zu etablieren, als sagen wir einmal in Deutschland. Also das war die besondere Situation bei uns. Also innerhalb der Fachgemeinschaft selber, gab es in Wien geringe

Auseinandersetzungen. Mit den Innsbruckern gab es eher Streubereien immer wieder. Die waren eher wesentlich repressiver ... Interviewer: Repressiver in was für einer Hinsicht? Dr. Springer: Nun ja, sehr stark nur auf Entzug, gegen die Substitution ... Interviewer: Also totale Abstinenz? Dr. Springer: Totale Abstinenz und stark pathologisierend. Stärker pathologisierend. Und das hat dann gegipfelt in diesem Fakultätsgutachten, nicht?! Dann Wien gegen Innsbruck. Das muss so um 1987 gewesen sein, das Fakultätsgutachten. Interviewer: 1987 herum? Dr. Springer: Nickt.

Interviewer: Da war es dann eh schon so weit, dass Herr Dr. Presslich eben mit dem Justizminister glaube ich, das dann durchgebracht hat, also ... Dr. Springer: Ja, ja. Nun gut, da hat Dr. Presslich ja in Wien schon experimentiert sozusagen, aber natürlich hätte es ihm genauso gehen können wie den Innsbruckern. Das war genauso paralogal, nicht?!

Interviewer: Und von dem was ich noch fragen wollte ... Von der Pressekonferenz welche da gehalten worden ist, ich glaube 1993 war das der Fall oder 1992 schon, wo Oberarzt Presslich schon einmal am Tisch gehaut hat und gesagt hat, ja so geht es nicht, dass die Politiker irgendwie, wie hat er das gesagt ... die Falken sind die da oben fliegen oder die Adler sind und sie unten eigentlich auf das Bobscherl schauen und den Scheißdreck abkriegen ja?! Wissen Sie da etwas davon? Dr. Springer: Nein, da war ich nicht. Interviewer: Da war nämlich die Pressekonferenz aufgrund dessen dann 1993 da die Überprüfung war, wo dann eh Gott sei Dank festgestellt worden ist, dass der Personalmangel einfach horrend ist im Hause.

Ich habe mir gedacht vielleicht wissen sie ja etwas dazu. Dr. Springer: Nein, nicht ...

Interviewer: Genau, weil sie haben die Vogelscheißperspektive. Genau so hat er es gesagt, ja. Die Frau Dr. Schmid-Siegel hatte auch ziemlich gelacht ... nun das war.

Dr. Springer: Nun gut, Skurrilitäten gab es viele in diesem ganzen Feld.

Interviewer: Welche Ziel wurden denn damals formuliert und haben sich bis heute erreichen lassen wo man sagt ok, damals hat man diese oder jene Vorstellung gehabt ... Was für eine Vorstellung war damals gegeben? Dr. Springer: Gut, ich meine das kann ich sehr schwer global beantworten, weil es gab sicherlich verschiedene Ziele, es gab von den einen Ziele die auch eine drogenfreie Gesellschaft wollten ... Interviewer: Sie persönlich? Dr. Springer: ..., bis hin zu denen, die eine völlige Liberalisierung wollten. Gut, ich meine an sich hat sich ja schon viel in die Richtung entwickelt, die ich mir vorgestellt hatte und wofür ich mich eingesetzt habe. Interviewer: Mhm ... die war, dass man sagt ...? Dr. Springer: Nun ich habe zum Beispiel Substitution, zum Beispiel "Harm Reduction", dass man weggeht von so einem sturen Abstinenzdenken und das hat sich eigentlich erfüllt, nicht?! Wenn auch, ich meine, ja manches andere ... sicherlich habe ich mir vorgestellt, dass man mit Cannabis einmal irgendwie anders umgehen wird. Irgendwie habe ich mir irgendwann einmal vorgestellt man wird draufkommen, dass der ganze Drogenkrieg ein Irrtum des 20. Jahrhunderts war. Ist nicht so. Ist ja jetzt eher wieder verschärft. Nun ja.

Interviewer: Also ein holistisches Angebot dann im Sinne des Patienten eben, ganz einfach das man sagt dann ... Dr. Springer: Das man einfach sagt das sind, es gibt Drogen und es gibt Personen die nehmen sie und es gibt Leute die nehmen sie und sind relativ unbeschädigt davon, andere die sind beschädigt davon, so wie eben ... Ja manche wollen einen Berg hinunterfallen und manche nicht. Aber so ist es, nicht?! Das hat schon angefangen, ich meine da war noch die Frau "Ella Lingens" ist Ihnen diese ein Begriff? Die Mutter vom "Lingens" dem Profil Herausgeber und so. Interviewer: Nein. "Lingens"? Dr. Springer: Ja die war ja eine bekannte Persönlichkeit in Wien, denn sie war in Auschwitz als KZ-Ärztin, die inhaftiert war und KZ-Ärztin und war dann politisch eher sehr aktiv auf der linken Seite. Und ihre Söhne, einer ihrer Söhne war eben der Lingens da, der Profil-Herausgeber und Journalist. Und da war eine der ersten Sitzungen wie das neue Problem war und da hat sie den Standpunkt vertreten, ihr wäre es viel lieber ihr Sohn raucht Haschisch, als dass er irgendwo auf einen Berg steigt und so eben. Zum Beispiel. Konnte man einfach damals noch sagen. Interviewer: Wow, doch eine liberale Haltung diesbezüglich ja?! Dr. Springer: Nun gut, das war von Anfang an eben so eine Spannung, nicht?! Und es gab eben die Hardliner rechts, ÖVP fast schlimmer als FPÖ, von den einzelnen Protagonisten her. Da war der Herr Lichal der dann Innenminister (Minister für Landesverteidigung) wurde und der Herr Ofner der dann Justizminister wurde. Feindbilder dieser ganzen Freunde von Dr. Presslich, nicht?! In der Gassergasse waren so riesige Aufschriften, der Lichal und der Ofner die werden immer doofer. Schlechter Reim aber ... Und der Herr Ofner - weil der Justizminister trotzdem mit dem Dr. Presslich es dann irgendwie geschafft hat ... Interviewer: Sich zu arrangieren. Dr. Springer: ... der war FPÖ, aber der war in diesem Bereich eigentlich ganz in Ordnung in Wirklichkeit. Also ich meine er war viel liberaler als viele Justizminister die nachher gekommen sind. Und der Herr Lichal der war auch derjenige, der mir das gesagt hatte mit dem Werkzeug, Einbruchswerkzeug.

(Frage Zwang zur Behandlung) Interviewer: Ist es ein Zwang hinzugehen? Dr. Springer: Nein, Gott sei Dank nicht, weil eine Zeit lang haben die Richter ... Interviewer: Die Verfügung gehabt ... Dr. Springer: ... ein Verfügungsrecht gehabt, aber das haben sie nicht mehr und dadurch ... Interviewer: Seit wann haben sie denn das nicht mehr? Dr. Springer: Irgendwie haben sie es nie gehabt, also haben es sich zugemaßt und haben, also wenn man das Gesetz genau anschaut dann ... Interviewer: Ist es nicht gegeben ... Dr. Springer: ... steht das nirgendwo drinnen, dass sie zu einer bestimmten Stelle zuweisen können. Sie können nicht einmal sagen stationär oder ambulant in Wirklichkeit und ... Ja, dann wurde mehrmals darauf hingewiesen und auch im Ministerium wird der Standpunkt vertreten und dadurch kann es nicht mehr passieren.

Interviewer: Gut. Drogenabhängige vor 1967 ... Wird es nicht wirklich welche gegeben haben nehme ich an? Dr. Springer: Nun ja, Opium. Interviewer: Opium. Dr. Springer: Hat es schon geben. Interviewer: Wo gab es ... Hat es da eine Versorgung irgendwie gegeben oder waren da auch noch die öffentlichen Spitäler? Dr. Springer:

Einen Herrn haben wir gekannt, da haben wir dann einmal ... der Herr Dr. Mader und ich haben diesen gekannt und dann einmal begutachtet sozusagen. Und der war noch dazu ein Schulkollege vom Dr. Mader. Der ist jedes Jahr zweimal in die Türkei gefahren und hat sich eine große Flasche Opiumtinktur mitgebracht, die er dann eingedickt hat und dann langsam aufgelöst hat und dann wieder ein halbes Jahr damit ausgekommen ist. Und irgendwann haben sie ihn dann bei der Grenze erwischt ... Interviewer: Die Zollbeamten. Dr. Springer: ... und ja, aber so haben sich diese eben versorgt.

Interviewer: Und so die Behandlung? Dr. Springer: Und gar so viele waren es ja nicht, aber dieser Herr war natürlich süchtig, denn der hat eben Opium konsumiert. Interviewer: Und den Zugang haben sie dann eigentlich eh gehabt die Leute oder? Weil entweder die Mohnkapseln eben dann oder ... Dr. Springer: Richtig. Ja. Und ich meine wir haben auf der Drogenstation, in der ersten Population haben wir einen Herren gehabt, einen Vorarlberger der Heroin gespritzt hat und ich glaube einen aus Braunau der auch Morphine genommen hat. Alle anderen waren mit Amphetaminen und so ja?! Interviewer: Mischtypen dann? Dr. Springer: Ja. Interviewer: LSD. Dr. Springer: Aber ich meine es gab einzelne Süchtige und die sind eben entsprechend behandelt worden. Es war ja nichts ganz Neues. Man hat schon gewusst, dass es Morphinismus gibt und dass man die Patienten entziehen kann und ... Ich kannte auch noch Leute aus dem Krieg die Morphinisten waren und kannte die Ärzte in Wien die diese versorgt haben mit Codein-Tabletten und so. Das war ja ungeschickt, dass man nicht eigentlich auf diesem Weg weitergefahren ist und ... Interviewer: Ja Morphium war ja Spott billig oder? In den Apotheken und so? Dr. Springer: Nun ja, Morphium ist immer noch Spott billig. Interviewer: Noch immer? Dr. Springer: Ja klar. Morphium selbst als Reinsubstanz. Interviewer: Als Schmerzmittel eben. Dr. Springer: Ja, nur jetzt ist es eben teurer geworden durch diese neuen Galeniken und so. Dadurch ist es wieder teuer, nicht?! Interviewer: Ok, dass es besser im Körper ... Dr. Springer: Ja, aber das Morphium selbst, das Heroin selbst ist auch ganz billig und als „Terzothylmorphin“ (Wort nicht genau verstanden) gekauft?!

Dr. Springer: Waren ja immer auch die Argumente von der Frau Dr. Sabine Haas, also wie hier das Theater war wegen den retardierten Morphinen in Österreich. Das man eigentlich ein bisschen dumm ist, dass man die Substanz die man da hat, wo aus Afghanistan wirklich jede Menge kommen kann die man braucht am Markt. Frau Dr. Sabine Haas. Das war damals die Leiterin vom Focal Point ... also ist Ihnen dieses System bekannt? Interviewer: Nein. Dr. Springer: Also in Lissabon gibt es ja diese Überwachungsstelle, die EMCDDA, die Europäische Drogen-Überwachungsstelle für Drogen und Drogenmissbrauch. Ein europäisches Büro. Und da hat jedes Land einen Focal Point der dort hin berichtet und von dort die Informationen bekommt und so ... Im ÖBIG dort am Stubenring, wo ja das Institut ist für Gesundheit ... und sie war die Leiterin ... Gut, sie hatte die Informationen international deswegen ist sie mir eingefallen.

Interviewer: Ja dann hätte ich nur noch zwei Fragen und zwar die Kurzzeittherapieeinrichtungen in Österreich. Seit wann es diese gibt und welche hierbei die ersten waren? Denn ich habe da gelesen vom Herrn Dr. Wilhelm Burian, dass es bis 1988 keine gegeben hat an sich. Da hatte ich so einen Verweis gefunden gehabt. So Kurzzeittherapie, weil sonst hat es ja eigentlich nur gegeben Niederschwelligkeit oder? Dr. Springer: Nun, offiziell Kurzzeit gibt es wirklich erst seit damals. Denn das Prinzip war Langzeittherapie. Und natürlich hat man die Patienten immer auch kürzer behandelt, aber es wurde dann wirklich eine Station für Kurzzeit definiert. Das war glaube ich, wirklich in Kalksburg die erste Einrichtung. Interviewer: Kalksburg die erste Einrichtung. Aber erst 1988 dann oder? Dr. Springer: Ja genau. Sicher. Das wird schon stimmen.

Interviewer: Und die letzte Frage. Wann und wo beginnt die Sichtweise, dass man Süchtige menschenwürdig behandelt? Auf diese Frage bin ich dadurch gekommen, dass es irgendwie vor dem Zweiten Weltkrieg und auch kurze Zeit danach noch bei den Alkoholabhängigen eher so war, dass die Patienten weggesperrt worden sind, wenn man es genau nimmt. Also nicht wirklich therapiert worden sind. Wo hat das dann in Österreich begonnen? Also wo waren die Ansätze? Dr. Springer: Ich würde glauben 1885. Interviewer: 1985? Dr. Springer: 1885. Interviewer: 1885. Dass man die Suchtpatienten wirklich als Menschen dann sieht und so? Dr. Springer: Das hat schon Herr Dr. Erlen Mayer geschrieben, also einer der Ersten die darüber etwas geschrieben haben ... Eben, dass es Menschen gibt denen man das Suchtmittel nie ganz entziehen kann und die man entsprechend ihren Bedürfnissen eben versorgen muss. Neu ist das Prinzip nicht, es ist nur ...

Interviewer: Und von den Einrichtungen her gesehen? Dr. Springer: Man hat es dann importieren müssen wiederum von der Frau Dr. Marie Nieswander aus Amerika, die eben nichts anderes gemacht hat, als das zu wiederholen. Der Süchtige als Patient. Aber wir sind immer noch nicht soweit in Wirklichkeit. Interviewer: Ja ich glaube so ein allumfassendes Angebot ... (Privatgespräch)

Dr. Springer: Nun, aber an sich das Problem der menschengerechten Behandlung und so ist bekannt. Es gibt sogar auf internationaler Ebene ... also auch die "Pompidou Group" diese internationale Organisation. Kennen Sie diese? Interviewer: Nein. Dr. Springer: Nun, es gibt so verschiedene Internationale Einrichtungen für den Umgang mit Suchtphänomenen und die "Pompidou Group" hat sich entwickelt aus an sich einer Polizei ... Gruppe und beschäftigt sich mit verschiedenen Dimensionen ... Und die hat eben auch selbst so einen Arbeitskreis für Menschenrechte, Menschenrechte im Umgang mit Sucht und so. Man beschäftigt sich damit, nicht?! So ... Interviewer: Eben, dass man nicht abgestempelt wird. Dr. Springer: Eben, dass auch der Süchtige ein Bürger ist sozusagen und seine Ansprüche hat, nicht?! Interviewer: Das bringt mich auch auf eine weitere letzte Frage sogar.

Interviewer: Heutzutage ist ja der Kosten-Nutzen-Faktor immer politisch gesehen eben sehr brisant ja?! Was eben der Ausfall von einem Menschen kostet im Staatssystem,

durch die Einkünfte, durch die Steuern und was er kostet ja?! Gibt es da immer noch so einen Querschnitt, wie lange das jemand betreut wird, dass das noch volkswirtschaftlich getragen wird oder ...? Dr. Springer: Gut, in der Sucht wird da verschieden argumentiert nicht, denn es wird dann schon wieder argumentiert, also was die billigere Form ist, nicht?! Also wegsperren ist die teuerste Form. Das sagen Alle ... immer noch. Interviewer: Das heißt einfach ambulant ... Dr. Springer: Also Behandlung ... Interviewer: Substituieren oder ...? Dr. Springer: Nun ja, das ist sicher die günstigste, rein kostengünstigste Form, nicht?! Aber das ist natürlich eben wieder nur für Morphinisten ... Interviewer: Gültig ja. Dr. Springer: ... und insofern braucht man ja auch andere Konzepte.

Dr. Springer: Und natürlich je psychotherapeutischer es wird, je intensiver es wird, umso teurer wird es dann wieder, nicht?! Und natürlich solche Tendenzen wie ... dass man plötzlich beginnt Cannabis Konsumenten krank zu erklären und Psychotherapien zu entwickeln und so ... Das ist sicherlich eher ein Prozess einer "affluent society" wie man so sagt und ich weiß nicht, ob das die Krise übersteht.

Obwohl ich meine, in Wirklichkeit, also meiner Meinung nach, sollte man das anders aufziehen, nicht?! Denn, dass man also Jugendliche und schwierige junge Erwachsene andockt ans Therapiesystem, über Sucht sozusagen, finde ich völlig verkehrt. Diesen Weg. Interviewer: Absolut ja, weil man sich selbst dann gleich so sieht. Überhaupt als Jugendlicher ist das für das Selbstbild glaube ich nicht gerade ... Dr. Springer: Nun ja und vor allem auch das Thema und so, nicht?! Interviewer: Mhm. Denn dort kommen sie ja überhaupt in Kontakt mit ... Dr. Springer: Na klar. Man hat ja weiter keine guten Angebote für diese Gruppen, unabhängig von der Drogeneinnahme, nicht?! Was viel vernünftiger wäre.

Interviewer: Erstaunlich, dass es da bis heute kein entsprechendes Jugend-, Arbeits-, Center oder etwas Dementsprechendes gibt?! Dr. Springer: Die werden eh immer wieder zugesperrt, nicht?! Grade in dieser Phase der Arena-Bewegung und so, da hatte sich ja mehr getan und da gab es Infocenters und so weiter. Und alles wieder weg. Interviewer: Alles weg? Wann hat sich das aufgehört? Dr. Springer: Immer wieder. Immer wieder rasch, nicht?! Ich weiß nicht so genau. Interviewer: Immer wieder. So Phasenweise? Kurz? Dr. Springer: Ja. Interviewer: Das ist schade, denn meistens brauchen die Pateinten ja eh nur ein gutes soziales Umfeld das hinter ihnen steht. Ist eben meine Meinung als Laie ja?! Wo ich aber glaube, dass das der beste Halt für einen Menschen ist. Dr. Springer: Nun und eben ohne viel Pathologisierung gleichzeitig, nicht?! Und in dem Moment wo das alles über die Suchtschiene läuft. Interviewer: Absolut.

3. Interview II mit Ao. Univ.-Prof. Dr. Alfred Springer

(Mitbegründer und Leiter der Drogenambulanz

des AKH Wien von 1967 – 1972)

vom 24.11.2010

(Organisationsklärung - Überblick = mein Wissensstand)

Dr.Springer: Nun ja, ich meine das war die Männerstationen die Sie erwähnen und A waren die Frauenstationen. Interviewer: Und Sie waren ja hauptsächlich auch auf der Frauenstation, hatten Sie das letzte Mal gemeint. Dr.Springer: Ich war vorher auf der Ambulanz und dann auf der Frauenstation ja. Interviewer: Genau. Gut, gut. Dann wollte ich noch fragen, der Herr Dr. Sluga war ja Oberarzt an der Männerstation, ... Dr. Springer: (nickt) Interviewer: Herr Dr. Mader war für alle drei Stationen als Oberarzt zuständig und auf Station B12. Und Herr Dr. Bruck? Da weiß ich noch nicht was jener ... Dr.Springer: Er war auf der Frauenstation. Interviewer: Er war auf der Frauenstation. Auch Oberarzt auf der Frauenstation? Dr.Springer: Dr. Bruck war Oberarzt. Ja. Interviewer: Genau und Dr. Pernhaupt und Sie als Assistenten dann an der Klinik? Dr.Springer: Ja. An der Klinik. Interviewer: Genau. Dr. Pernhaupt war auf welcher Station? Dr.Springer: Er war an der Ambulanz, wenn ich mich erinnern kann und nun ja, er war auf ... das ist glaube ich kaum mehr nachvollziehbar, weil da hat man im Rahmen der Ausbildung ein halbes Jahr da, ein halbes Jahr dort Interviewer: Also von allem etwas dann gesehen hat?!

Interviewer: Und von Herrn Dr. Pernhaupt hatten Sie gemeint, er war der Erste der dann die Ambulanz eingerichtet hat für die Süchtigen? Dr.Springer: Ja. Ich glaube schon. Interviewer: Wissen Sie wann denn das genau war? Dr.Springer: Nun ja, das war alles in derselben Zeit. Also wann ist Kalksburg eröffnet worden, die Drogenstation? Interviewer: 1972, 1971. Rehabilitationen. Genau. Dr.Springer: Ja, also das muss so um 1970 herum gewesen sein. Interviewer: Um 1970 herum gewesen?! Dr. Springer: (nickt) Interviewer: Und dann ist ... hat es fixe Betreuungszeiten dafür gegeben, wo die Patienten dann kommen konnten? Dr.Springer: Ja schon. Da war ... nun teilweise im Rahmen der allgemeinen Ambulanz natürlich und dann haben wir ... Ich weiß nicht wie der Herr Dr. Pernhaupt das gemacht hat, aber ich habe dann eben so eine Gruppe am Nachmittag gehabt. Zu einer fixen Zeit. Interviewer: Und die sind da eh laufend gekommen die Patienten ...?! Dr.Springer: Und wie das dann wirklich zu einer Drogenambulanz sozusagen geworden ist, das weiß ich gar nicht genau. Interviewer: Nun, das ist erst dann später offiziell natürlich ... Dr.Springer: Ja das ist erst später offiziell gewesen. Ja. Interviewer: Aber Sie haben die Gruppen eingerichtet ... Dr. Springer: (nickt) Interviewer: Genau. Und da wollte ich noch fragen, wenn die Patienten gekommen sind, haben Sie

mir das letzte Mal gesagt, man hat eben gefragt wie es ihnen geht und so ... Dr.Springer: Schon ja. Interviewer: ... und was man tun kann. Da wollte ich nur wissen, man hat sich zusammen gesetzt mit ihnen wo man gerade Platz gehabt hat? So in diesem Sinne dann? Denn einen eigenen Raum haben Sie ja nicht gehabt dafür oder?!? Dr.Springer: Nun, ich glaube das war der Ambulanzraum soweit ich mich erinnern kann. Also der war ja dann frei am Nachmittag, nicht. Interviewer: Ok und das heißt da sind immer dann am Nachmittag die Patienten gekommen?! Dr.Springer: Ja. Sie sind am Nachmittag gekommen. Ja. Interviewer: Das heißt bis am Abend so gegen 17:00 Uhr? So ...? Dr.Springer: Ja. Interviewer: Genau. In den Ambulanzzeiten.

Dr.Springer: Nun ja, das war keine offene ... also bei mir war es kein offener Anlauf, sondern die Patienten sind gekommen und man hat eben eine Gruppe gemacht. Und ich glaube auch beim Dr. Pernhaupt war kein offener Anlauf. Der offene Anlauf war immer in der Ambulanzzeit. Interviewer: In der Ambulanz. Der Hauptambulanz?! (nickt) Dr.Springer: Da sind dann auch die, welche bei mir in der Gruppe waren, in der Ambulanz dann zu mir gekommen.

Interviewer: Und die ambulante Besprechung, also ... bevor die Gruppe dann zu Stande gekommen ist ... Wie hat das ausgesehen, was hat man mit den Patienten hierbei abgeklärt? Also weswegen sie kommen, auf was drauf sind ... Dr.Springer: Nun ja ... Interviewer: ... und verweisen hat man sie ja nicht können, also was hat man dann gemacht? Dr.Springer: Ja gut, man konnte Entzüge anbieten, nicht?! Das schon auch. Damals schon. Die notwendig ... Interviewer: Die stationären Entzüge? Dr.Springer: ... und sonst ... und auch, die Patienten sind ja länger aufgenommen gewesen teilweise ... Auf der Frauenstation waren ja junge Frauen mit LSD Erfahrung und so. Sind ja auch dort gelegen. Also nicht zum Entzug. Nun ja und dann halt einschleusen in eine Gruppe.

Interviewer: Und die Besprechungen so im Schnitt? Wie lange haben die gedauert, wenn man das so über den Daumen bricht? Dr.Springer: Zwanzig Minuten. Interviewer: Und waren eigentlich immer welche da? Also war der Andrang wirklich so groß, dass man sagt, es war wirklich ...? Dr.Springer: Nein. Interviewer: Gut, gut.

Interviewer: Bezüglich der ambulanten Gruppen hatten Sie gemeint, dass diese einmal wöchentlich waren?! So um die 1 1/2 Stunden lang?! Und hat so ein halbes Jahr ungefähr, ist man zusammen geblieben? Dr.Springer: Gut das war fluktuierend. Manche sind länger geblieben, manche kürzer. Also ...

Interviewer: Da wäre meine Frage, hat es hierfür einen fixen Tag geben wo man das gemacht hat? Dr.Springer: Ich glaube schon, aber ich weiß es nicht mehr. Interviewer: Und die Größe war so um die 12 Personen? Dr.Springer: Ja. In etwa.

Interviewer: Um 1970 herum hatten Sie gemeint, haben sie die erste Gruppe dann gemacht? Dr.Springer: Ja. Interviewer: Hat Herr Dr. Pernhaupt eine eigene Gruppe auch gehabt oder habe Sie das dann gemeinsam gemacht? Dr.Springer: Wir haben Etliches gemeinsam gemacht, aber ich glaube er hat auch seine eigenen Fälle gehabt. Interviewer: Seine eigenen Fälle auch? Dr.Springer: Ja wir waren nie gemeinsam in der Gruppe sozusagen, sondern er hat selbst gearbeitet. Teilweise auch in der Ordination und ich habe das so gemacht. Interviewer: Und hat der Herr Dr., wissen Sie ob der Herr Dr. Pernhaupt auch einmal in der Woche das regelmäßig gehabt hat? Dr.Springer: Weiß ich nicht.

Interviewer: Dann ist meine Frage, von Kalksburg aus haben Sie gemeint, wie das dann aufgemacht worden ist einerseits, dass Sie um 1970 herum schon dort hin ... (Klärung Jahreszahl der Tätigkeitsaufnahme von Herr Dr. Springer, aus dem vorhergehenden Interview resultierend = War in Kalksburg, seitdem Prof. Kryspin-Exner dieses eröffnete! = Dr. Pernhaupt und Dr. Springer in Kalksburg Fuß fassten)

Interviewer: Und die Gruppen? Hatten Sie ja gemeint hier am AKH ... Dr.Springer: Die Gruppe war am AKH, ja. Interviewer: ... haben Sie weitergeführt hier? Dr.Springer: Eine Zeitlang sicher noch, ja. Interviewer: Eine Zeitlang. Ungefähr so ein Jahr? So über den Daumen? Dr.Springer: So ... Interviewer: Zwischen ... und das waren Patienten vom AKH die man von hier gekannt hat? ... Dr.Springer: Nun gut, ich war ja eine Zeitlang noch an der Klinik Ambulanz machen und so und da sind die Fälle die ich über die Bewährungshilfe betreut habe, usw., die sind ja dann nach Kalksburg gekommen, nicht?! Und da habe ich dann eine Zeitlang weitergetan. Interviewer: Alles klar. Und über die Bewährungshilfe auch hier im Haus dann. Dr.Springer: Nein. Interviewer: Nein. Und wie haben Sie das gemacht? Dr.Springer: Ich bin Konsiliar aus der Bewährungshilfe. Bis heute. Interviewer: Das habe ich bis jetzt nicht gewusst. Und wo haben Sie da Ihren Sitz gehabt, also? Dr.Springer: Nun die habe ich eben hierher geschleust, nicht? Jetzt kann ich das nicht mehr, aber damals ... hatte ich den Sitz in der Bewährungshilfe. Favoriten oder Simmering.

Interviewer: Wie hat die Gruppensitzung denn ausgesehen, wenn man da 1 1/2 Stunden mit den Patienten hatte? Wie hat das dann ausgesehen? Dr.Springer: Informell. Interviewer: Informell. Das heißt, also was jeder Patient genommen hat, wie sie damit umgehen oder wie ist da ...? Dr.Springer: Nun, sie haben

schon über ihre Probleme gesprochen, über ihre Konflikte geredet und schon in der Art Gruppensetting sozusagen, nicht?! Das schon. Hatte sich ja durchaus eine Gruppendynamik entwickelt, aber dadurch, dass das Ganze so fluktuierend war, hat man ja nicht mit der Dynamik arbeiten können. Interviewer: Alles klar. Und eben psychosozial. Der Ansatz in diesem Sinne. Dr.Springer: Ja sicher.

Interviewer: Ausgelastet? Gut die Patienten sind sporadisch gekommen. Kommunen,... Dr.Springer: Nun ja, es sind schon Etliche regelmäßig gekommen. Die habe ich dann auch daheim betreut und so. Aber das sind ja alles Anekdoten eher. Interviewer: Bezüglich der Kommunen wollte ich Sie fragen, ob Sie noch Kontakt zu jemandem von diesen haben? Wo Sie da ...? Dr.Springer: Nein. Die sind teilweise ja ganz ander... das ist ja nicht mehr Kommune. Und Erstens sind die jetzt Alle so alt wie ich und mein Gott, die haben sich ja verlaufen, verteilt.

Interviewer: Wie lange waren denn da ...? Dr.Springer: Bis zu Redakteuren beim Profil usw. ... Interviewer: Wie lange waren denn die Süchtigen in den Kommunen drinnen so ...? Dr.Springer: Kann man schwer sagen. Ich meine, ich glaube manche sind lange mitgelaufen. Bei manchen wenn Krisen aufgetreten sind, die sind eben rasch wieder hinaus gekommen. Das war ja nicht wirklich strukturiert. Interviewer: War nicht wirklich strukturiert ... und was haben die Leute in den Kommunen gemacht? Also die Kommunenmitglieder mit ihnen? Haben die geschaut, dass die Patienten eine Arbeit kriegen oder dass sie eine Freizeitbetreuung haben oder? Dr.Springer: Nein. Die haben einfach mit gelebt irgendwie und ... Interviewer: Haben mit gelebt mit denen. Dr.Springer: ... mit ihnen sozialisiert und in diesem Bereich eben. Interviewer: Also geschaut, dass man sie so unterstützt. Vom sozialen eben her?! Dr.Springer: Ja.

Interviewer: Bezüglich der stationären Behandlung wollte ich Sie fragen, gab es so in der Vorbereitung für die stationäre Aufnahme ... Wie hat denn das ausgesehen? Zum Beispiel es ist jemand hier hergekommen, man hat ihn davon überzeugt, dass ein Entzug gut wäre, er kann einen stationären Entzug machen ... Wie ist das dann gehandhabt worden? Dr.Springer: Gut, das mit den stationären Entzügen ist dann überhaupt erst später wirklich angegangen ... Interviewer: Dr. Presslich" ... Dr.Springer: ... worden unter Oberarzt Presslich, nicht?! In dieser ersten Zeit hat es ja noch kaum Opiatabhängige gegeben, also und da ging es ja eher um Jugendkrisen. Schwerer Natur. Interviewer: Kurze Krisenintervention. Dr.Springer: Kurze Krisenintervention und eben schon, also dort wo ... vor allem was eine starke Sozialproblematik war, war ja die Aufnahme dann. Interviewer: Ja das haben Sie erzählt von den Stationen, dass die Leute eben nicht sehr beliebt waren und ... Dr.Springer: Ja. Interviewer: ...

und dass das Alles sehr gemischt war eigentlich. Ja. Dr.Springer: Nun deswegen ist es ja notwendig geworden, dass man die Drogenstationen macht. Interviewer: Na ja natürlich. Und die stationäre Behandlung? Falls jemand da war? Direkt also? Entzug einfach drei Wochen ...? Dr.Springer: Nun ja, wie gesagt, es waren ja wenige Entzüge. Das waren Leute die Haschisch geraucht haben, Amphetamine genommen haben, alles durcheinander genommen haben. LSD genommen haben, nicht?! Die Einen wurden eben nachbehandelt als ob sie eine Psychose gehabt hätten, usw. Interviewer: Nun, da haben Sie eh gemeint, also ... Dr.Springer: Nun, die wirklichen Entzugsbehandlungen wie es dann Herr Dr. Presslich angeboten hat, das war später.

Interviewer: Dann hatte ich gehört von Herrn Dr. Ranefeld, da wollte ich wissen ob das bei Ihnen auch so war und zwar, Die Patienten sind, wenn sie mit psychotischen Zuständen her gekommen sind, manchmal schon am nächsten Tag oder zwei Tage später auf den Steinhof überwiesen worden. Ist das bei Ihnen auch schon so gewesen? Dr.Springer: Nun, das war der offizielle Weg sozusagen, nicht?! Es kam der Amtsarzt und dann ... es haben nicht alle Patienten die an der Klinik gelandet sind, an der Klinik bleiben können. Vom Aufnahmeplan her und so. Interviewer: Und diese sind dann weitertransferiert worden auf den Steinhof.

Wovon war das abhängig zum Beispiel? Dr.Springer: Das war gar nichts, das waren fast alle Patienten. Interviewer: Das waren fast alle Patienten. Dr.Springer: Ja. Interviewer: Aber das heißt einfach, weil das AKH eher natürlich einen Forschungsauftrag hatte, wie das heute ja eigentlich auch noch der Fall ist und nicht direkt einen Versorgungsauftrag ... Dr.Springer: Na klar. Ist kein Versorgungspital. Interviewer: Genau. Und war dann der Steinhof zu dieser Zeit schon halbwegs schnell gerichtet, dass man die Patienten eben adäquat versorgen konnte. Dr.Springer: Schauen Sie, überall, das war dann die Entwicklung ... Interviewer: Das war die Entwicklung ... Dr.Springer: ... die Patienten waren da und dann haben sich eben diese Drogenabteilungen entwickelt und so.

Interviewer: Und auf dem Steinhof sind die ganz normal eingeliefert worden? Dr.Springer: Und ganz einfach gelegen, nicht?! Interviewer: Also Allgemeinpsychiatrische? Dr.Springer: Ja, schon eher. Es gab schon einzelne Pavillons, wo Sie dann eher hin transferiert, hingelegt worden sind, nicht?! Denn da war ja auch noch nicht diese Regionalisierung die jetzt ist, sondern da hat man noch nach Symptomen und nach Diagnosen usw. verlagern können, nicht?! Interviewer: Gut, gut, gut.

Interviewer: Und die Entlassung ...? Dr.Springer: Vor- und Nachteile. Interviewer: Vor und Nachteile ja. Und die Entlassung so nach drei Wochen war

es hier soweit ich das weiß, dass die Patienten dann drei Wochen wenn es war, hier waren. Ich nehme an, dass das dort oben, dann ebenso ... Dr.Springer: Vielleicht sogar kürzer. Interviewer: ... der Fall war oder kürzer. Mhm.

Interviewer: Bezüglich Psychopharmaka hatten wir uns damals unterhalten, wo Sie eben gemeint haben, die Leute herunterholen einfach und ein bisschen abliegen ... (nickt) Was für Psychopharmaka hat man denn da gegeben? Also Sie hatten gemeint, Neuroleptika hauptsächlich ... Dr.Springer: Mhm. Interviewer: ... und gegen welche Phänomene, also wenn so ein Amphetamin ausgelöste Psychose war, hat man die Patienten ganz normal behandelt, wie die anderen auch (= mit Bezug auf erstes Interview = Behandlung Amphetamin-Psychose), aber sonst? Nur, dass ich so Beispiele geben kann. Was hat man den Patienten da so gegeben? Valium oder Tranquilizer ...? Dr.Springer: Ja gut, die Schlafmittel sicherlich, also was war so eine Mischung? Dominal, Nozinan (Neuroleptika), usw. Also Schlafmittel plus ... Interviewer: Das war Dominal? Dr.Springer: Dominal. Schlafmittel ja. Und Nozinan. Interviewer: Das war ein Schlafmittel? Dr.Springer: Das war ein Neuroleptikum. Truxal hat man auch manchen gegeben, weil man hat ja bei Persönlichkeitsstörungen Neuroleptika gegeben, nicht?! Interviewer: Mhm. Truxal war ein? Dr. Springer: Starkes Neuroleptikum. Interviewer: Starkes Neuroleptikum. Dominal einfach dann ein Tranquilizer? Dr.Springer: Nun ja, nein. Dominal war kein richtiger Tranquilizer. Das war so... es hat die Barbiturate abgelöst. Ich weiß auch nicht mehr was das pharmakologisch war. Interviewer: Also ein Benzodiazepin?! Dr.Springer: War es noch keines. Interviewer: Ok. Aber ein Schlafmittel. Genau. Dr.Springer: So halt, Schlafmittel. Nodinan hat es dann auch noch geben. Das Schlafmittel. Interviewer: Mhm. Gut, gut, gut.

Interviewer: Auch die Neuroleptikaentzüge von Herrn Dr. Presslich hatten Sie erwähnt. Dr.Springer: Mhm. Interviewer: Und da habe ich das letzte Mal aber nicht noch einmal nachgefragt. Da wollte ich heute noch einmal nachfragen wie das begonnen hat, was da gemacht worden ist. Dr.Springer: Nun gut, das waren sehr hoch dosierte Neuroleptikum. Also sozusagen wie, als Analgesie. Das war, ich verwende ja Neuroleptika auch für eine Anästhesie, nicht?! Als schmerzstillendes Mittel und so ... und ja, so hat man eben entzogen unter Neuroleptika. Wir haben ja keine Opiate geben wollen und können. Interviewer: Genau, die sind erst später gekommen. Dr.Springer: Sind erst später gekommen, nicht?! Und so gab man also hochdosiert Neuroleptika. Teilweise auch durch Infusionen und ... bis zum Cavakatheter, wo man das eingeflößt hat. Interviewer: Und war das in Ordnung, dass man das gemacht hat oder ...? Dr.Springer: Nun, Oberarzt Presslich hat es ja eben unter Druck entwickelt, dass man mit den Patienten überhaupt irgendetwas tut und ist ja dann auch der Erste geworden der Opiate eingebracht hat, nicht?! Interviewer: Mhm. Und so ab

wann? Dr.Springer: Nicht wirklich zufrieden stellend. (Neuroleptika) Von den akuten zumindest. Da sind immer mehr Nebenwirkungsberichte kommen, von diesen Neuroleptika und so ... Interviewer: Ok. Wann hat das ungefähr begonnen? Die Neuroleptikaentzüge? Dr.Springer: Nun, 1980. Schauen Sie, in der Zeit wie also begonnen wurde überhaupt diese Patienten auf die Klinik zu nehmen und das Ganze eine messbare Größe angenommen hat, auch das Opiat-Problem ...

Nun gut und da haben wir dann 1979 das erste internationale Symposium gemacht und da hat Herr Dr. Presslich das schon vorgestellt. Interviewer: Das mit den Neuroleptika? Dr.Springer: Das war nicht erst in die 80iger. Nun gut und da hat er schon einige Jahre, also Mitte der 70iger Jahre hat er sicher damit begonnen.

Interviewer: Vom ärztlichen Standpunkt her, denn Sie hatten ja gemeint das war irgendwie so eine Grauzone die man damit betreten hat?! Dr.Springer: Mhm. Interviewer: Also es war nicht „state of the art“, dass man gesagt hat, ok das ist jetzt schon so aus anderen Ländern fundiert ... Dr.Springer: Nun ja, gut. In Deutschland hat man es auch gemacht und das war da schon ... das hat auch nicht Herr Dr. Presslich erfunden. Interviewer: Ja gewiss ... Dr.Springer: Das hat er übernommen, nicht?!

Interviewer: Sie hatten gemeint, Sie und Dr. Pernhaupt sind eben dann einfach, weil es ja nichts gegeben hat ins Feld gegangen und haben geforscht ... Dr.Springer: Wir haben es versucht. Ja. Interviewer: Also Sie haben die jungen Leute befragt. War dann eher so die Frage hierbei aus was für einem Milieu sie kommen oder welcher Szene sie angehören? So Gammler oder Hippies oder ...? Dr.Springer: Nun ja, es ging um die Gammler nicht, wie das damals überhaupt geheißen hat und die Kaffehaus-Szenen. Und da haben wir eben geschaut wie diese leben, von woher sie kommen ... Interviewer: Und was sie dann eben machen mit dem Drogenkonsum, also wie sie damit umgehen? Dr.Springer: Ja und einen Fragebogen haben wir gehabt. Kann ich nicht mehr aufreiben.

Interviewer: Bezüglich der ambulanten Gruppe vom Herrn Dr. Hermann hatten Sie ja gemeint, da waren Sie Supervisor damals?! Dr.Springer: Da war ich eine Zeitlang Supervisor ja. Interviewer: War das so Ende der 70iger Jahre? Dr.Springer: Bitte, ich weiß es wirklich nicht. Interviewer: Ok. Dr. Springer: Aber den Primarius Hermann kann man noch fragen. Interviewer: Mhm. Gut. Und so einmal wöchentlich auch? Dr.Springer: Das war einmal wöchentlich. Ja genau, aber das hat ja Herr Dr. Presslich noch eingeführt. Da war Dr. Presslich der Leiter der Ambulanz noch. Dr. Hermann hat die Betreuungen gemacht und ich habe das supervidiert. Eine Zeitlang. Interviewer: Alles klar. Und so die

Gruppenstärke war so wie bei Ihnen, so ...? Dr.Springer: Das weiß ich nicht. Das war ja eine Supervision von Dr. Hermann.

Interviewer: Die Patientenzahlen im AKH. Also ich weiß bis zum Jahre 1970 hat man so 54 Fälle hier gehabt. Also das war eine recht kleine Zahl von Patienten die da eigentlich her gekommen ist. Hat es dann schon 1971,1972 größere Steigerungen gegeben? So in Ihrer letzten Zeit bevor Sie weggegangen sind? Dr.Springer: Nein, denn man hat eben dann die Stationen aufgemacht und dann waren es ja auch nicht so wahnsinnig viele Patienten, nicht?! Interviewer: Ja. Dr.Springer: In Kalksburg waren glaube ich in der Drogenstation 16 Fälle. Aus ganz Österreich. Interviewer: Da hatten Sie eh gemeint, man konnte ganz Österreich füllen daraus ... Dr.Springer: Und es gab andere kleinere, kleine Abteilungen auch noch in den anderen Bundesländern, aber auf wirklich große Zahlen ist man nie kommen. Das ist erst mit dem Grünen Kreis entstanden.

Interviewer: Zu den Patientendaten wollte ich Sie noch fragen wegen dem Drogenbeirat. Da waren Sie ja immer zugegen und was war Ihr Aufgabenbereich im Drogenbeirat? Es hat ja immer wieder Enqueten gegeben, also so Arbeitskreise und dann hat man sich darüber unterhalten, was natürlich zielführend wäre ...? Dr.Springer: Nun gut, der Aufgabenbereich war zuerst Mitglied zu sein. Dadurch war ich sicherlich bei irgendwelchen Arbeitskreisen auch dabei und ich habe so Themen hineingebracht wie Substitution und so weiter. Und später habe ich dann die Leitung übernommen. Des Beirats. Interviewer: Wann haben Sie die Leitung übernommen? Dr.Springer: Müsste ich nachschauen.

Interviewer: Und da wollte ich, eben die Frage, die Patientendaten haben wir das letzte Mal angesprochen gehabt ... Dr.Springer: Weil das war zuerst der Primarius Rot, der war als Erster der Vorsitzende im Beirat. Er war einer der Leiter und Initiatoren von diesem Club "00 Promille", also er war eher im Alkoholbereich. Und das hat sich dann, es war zuerst ein Alkoholismus-Beirat und hat sich dann auch ausgeweitet auf Drogen, nicht?! Und dann wie der Herr Primarius Rot gestorben ist, habe ich das übernommen. Also das müsste man ... kann man auf jeden Fall eruieren.

Interviewer: Bezüglich Patientendaten anonym gehalten ... Da hatten Sie ja gemeint, dass es einmal so eine Tagung gab und dort wurde beschlossen, dass man dann die Patientendaten eben anonym hält?! Dr.Springer: Mhm. Interviewer: Da wollte ich wissen, wann das eben war? Interviewer: War das schon in den 70igern, dass man meinte es wäre wichtig oder erst zu Beginn der 80er Jahre dann? Dr.Springer: Gut, ich meine das war eine fortlaufende

Diskussion und es haben eh die meisten immer versucht es anonym zu halten, nicht?! Und das Innsbrucker Beispiel andererseits. Wenn man dann so gezwungen war nominelle Nennungen zu machen. Aber das kann man eigentlich nur ... die Protokolle dieser Beirats-Sitzungen habe ich auch nicht mehr ... Ich meine da müssten Sie sich wirklich ans Ministerium wenden. Die müssten ja die Protokolle haben. Ich hatte es selbst nicht so ernst genommen diese Protokolle zu sammeln und jetzt durch diese Institutsschließung ... Da ist auch viel verschwunden dann natürlich ... Hätte ich noch rausfinden können eventuell. Interviewer: Nun wie gesagt, ich müsste nur wissen, ob es schon in den 70iger Jahren war oder eben in den 80iger Jahren, also ...? Denn in den 80iger Jahren war ja dann der Hauptkreis glaube ich, Methadon - Substitution, dann die Untersuchungen (Ärzte angeklagt wegen Verabreichung von Opiaten = Prüfungs-Untersuchung am AKH) ... Dr.Springer: Nein. Ende der 80iger Jahre, ja. Denn da war das auf jeden Fall schon so, dass eben anonymisiert gemeldet wird. Nur die Zahl der Süchtigen. Das müsste eigentlich im Gesetz zu finden sein. Also im Suchtmittelgesetz, in den Anhängen. ... Ja aber da geht es ja über den Umgang mit den Daten, über Sucht und das glaube ich ist im Gesetz festgehalten. Interviewer: Alles klar. Aber so Anfang 1980 bin ich gut dran, dass ich da nachschaue? Dr.Springer: Es war auf jeden Fall in diesem Zeitraum, aber ... Interviewer: Nun dann lasse ich Anfang der 80iger einmal vorerst stehen, dass ich auch weiß von den Suchtmittelgesetzen her, wo ich nachschaue bei den Anhängen, weil es gibt ja 1971, 1980, 1985 ... Dr.Springer: Ja. Interviewer: Dann geht es schon weit.

Dr.Springer: Nun, also mit 1985, da müssten Sie auf jeden Fall nachschauen. Da müsste es schon drinnen sein. Und da geht es wirklich auch um die Meldungen an die Gesundheitsbehörden. An die Landesgesundheitsbehörden. Ob die also auf Nam .., Patienten bezogen sind oder ob die also auch nur Blockmeldungen waren. Interviewer: Nun es würde sich auch der Kreis schließen, eben Anfang der 1980er Jahre, dass das schon umgesetzt worden ist, weil natürlich Dr. Presslich und Dr. Ranefeld dementsprechend auch mit den Daten schon umgegangen sind, dass sie die Daten anonym halten und so eng wie möglich an sich gezogen haben ... dass da ... (Hintergrund Patientenschutz)

Dr.Springer: Nun ja, das sagt ja nicht, dass diese nicht ein bisschen paralegal gehandelt haben, also ... Aber es war eben nicht ganz offiziell, dass die Spitäler nur auf einem Block gemeldet haben und das ist ja bis heute so. Immer wieder wenn versucht wird es zu durchbrechen in der Zukunft, also patientenbezogene Anforderungen kommen, dann gibt es einen Aufstand und ... Interviewer: Ja, das glaube ich gern. Dr.Springer: ... vor ein paar Jahren hat die Frau Dr. Fischer einen Aufstand gemacht gegen die Gemeinde Wien und so. Also ...

Interviewer: Ok. Also Gesamtmeldungen sollte es eigentlich ...? Dr.Springer: Nun, die muss es ja geben, dass man einen Überblick über das Problem hat, nicht?! Aber das sollte nicht sein, dass die einzelnen Patienten weitergegeben werden ... Interviewer: Genau. Nun das muss ich auch klar machen ... Dr.Springer: Und ganz sicher sind sie ja auch nie. Dürfte es noch weiter ... viele gehen in Privatkliniken usw. und die fallen dort auf jeden Fall heraus. Also insofern hat es eben keinen Sinn. (Daten offenlegen bezüglich der genauen Patientendaten)

Interviewer: Dann wollte ich Sie fragen über das psychiatrische Anhalte-Gesetz, ob Sie mir hierzu etwas darüber sagen können? Weil da habe ich probiert nachzuschauen, aber ich habe nicht wirklich etwas hilfreiches gefunden. Also was mir Auskunft darüber gibt wie das gehandhabt worden ist. Also das "Parere". Das die Patienten eben ...? Dr.Springer: Nun gut, die Einweisung mit "Parere" war über den Amtsarzt, nicht?! Interviewer: Mhm. War da eine Straftat zumeist im Vordergrund, dass man sagt ...? Dr.Springer: Nein. Interviewer: Überhaupt nicht? Sondern ...? Dr.Springer: Nun das "Parere" ist auch ausgefüllt worden um die Einweisung zu ermöglichen. Also für Selbst- und Gemeingefährlichkeit war irgendwie das "Parere" gegeben. Und dann hat der Amtsarzt den Patienten noch einmal angesehen und geschaut ob sich es sich bestätigt und ob man den Patienten hinauslassen kann oder eben die Anhaltung ausgesprochen. Interviewer: Alles klar. Wie lange hat es da solche Fälle gegeben? Die angehalten worden sind?

Dr.Springer: Man hat die Patienten immer wieder angeschaut und es gab Fälle die sind endlos lange gelegen. Vor allem Pädophile damals. Da kann ich mich an einen Herrn erinnern, der war glaube ich ein halbes Jahr lang. Und das war gut dünken. Eben solange sich die Behandlung als notwendig erwiesen hat. Interviewer: Natürlich ja. Ist das oft gemacht worden? War es ...? Dr.Springer: Es war jede Zwangseinweisung. Interviewer: Jede Zwangseinweisung?! Dr.Springer: Nun es ging nicht anders. Interviewer: Wow. Dr.Springer: Und ist ja heute nur der Name anders. Scheinbar gibt es den Begriff "Parere" nicht mehr. Das weiß ich gar nicht, aber ... Interviewer: Mhm. Ich hätte ihn auch nicht gekannt zuvor (vor dem Interview mit Herrn Dr. Ranefeld) Dr.Springer: ... aber heute genauso, nicht?! Ohne Amtsarzt gibt es keine Zwangsaufnahme und der Amtsarzt muss halt so ein Schriftstück ausfüllen. Ob das "Parere" heißt ... nicht?!?

Interviewer: Das heißt auch hier ... Alle Patienten die dann hierher gekommen sind und dann hier geblieben sind? Dr.Springer: Also all jene die eben über amtsärztliche, über den Amtsarzt gekommen sind, standen unter diesem und ist auch heute so. Baumgartnerhöhe und so. Jede Aufnahme. Interviewer: Das heißt auch hier? Wenn da ein Patient her gekommen ist mit einem psychotischen

Zustand, hat ihn dann der Arzt angeschaut und dann ...? Dr.Springer: Nun ja, dann wurde er zunächst einmal eventuell als akute Notsituation aufgenommen ... Das schon, nicht?! Aber der Amtsarzt musste ihn dann anschauen. Und wie das dann weiter gelaufen ist, das war dann wieder über diese "Parere" Regelung. Interviewer: Genau. Und das waren dann eh zumeist die Patienten, die eben dann auf den Steinhof gekommen sind, nehme ich einmal an?!? Dr.Springer: Die Meisten ja. Aber Viele sind ... und Manche sind auch hiergeblieben. Interviewer: Manche sind auch hiergeblieben. Dr.Springer: So war das, nicht?! Interviewer: Mhm. Dankeschön.

(Überblick – mein Patientenzahlenproblem)

Dr.Springer: Schauen Sie, die Klinik hatte das Problem, dass sie eben den Standort verändert hat und dass Vieles was noch im alten Haus angelegt worden ist, sicher auch verschwunden ist, nicht?! Da war Vieles noch handschriftlich. Nicht alles mitgetragen worden. Das nicht alles auf Mikrofilm überspielt worden ist. Dadurch gibt es sicher Datendefizite. Ich meine, ... Interviewer: Mhm. Das ist schon klar. Dr.Springer: Aber wenn man das feststellen kann, kann man es auch schreiben und kann man auch sagen, dass das in Ordnung ist. Interviewer: Absolut. Nun eigentlich ab den 70er Jahren, seit dem das hier eigentlich fußgefasst hat, sollte es ja auch da sein, weil das Routinesystem (Dokumentationsroutinesystem) ist ja auch eingeführt worden. Dr.Springer: Aber begonnen hat es mit Sicherheit noch drüben. Ich kann mich erinnern, dass eben noch im alten Haus die, vielleicht a ... (? - nicht verstandenes Wort) Interviewer: Genau, 1971 war Dokumentat ... Dr.Springer: Die Gruppe da, die ist drüben gelaufen, nicht?! Interviewer: Genau, also das muss ich auch ... Da hatten Sie eh gemeint der Rahmen ... Dr.Springer: Und wie gesagt, ich habe natürlich nichts. Nichts Besonderes dokumentiert und Herr Primarius Pernhaupt sicher auch nicht. Und ich kann mich erinnern, ich war in der Ambulanz und habe dort selbst sehr Vieles handschriftlich gemacht ... Interviewer: Natürlich, dass das nicht alles ... Mhm.

Interviewer: Die Sitzungen mit der Gruppe waren ja in einem Raum von der Hauptambulanz, wo Sie gemeint hatten ... Die ambulanten Sitzungen?! Dr.Springer: Die normalen ambulanten Sitzungen ja. ... Interviewer: Vielen Dank Herr Professor.

4. Interview I mit Dr. Johannes Ranefeld

(Leiter der Drogenambulanz des AKH Wien von 1972 - 1979)

vom 20.5.2010

Dr. Ranefeld: Also viele Jahre davor, bevor also Frau Dr. Fischer dieses Protokoll oder die Geschichte der Ambulanz verfasst hat, begann es ja in den 70er Jahren, denn im AKH war das forensische Department der Psychiatrie untergebracht. Da war der Herr Dr. Willibald Sluga nämlich und es gab ja damals die Strafrechtsreform mit 1972 (umgesetzt 1971), wo sowohl die entwöhnungsbedürftigen Rechtsbrecher unter der dem Motto „Therapie statt Strafe“, als auch die geistig abnormen zurechnungsfähigen Rechtsbrecher a Mittersteig und die Unzurechnungsfähigen damals glaube ich dann später erst in Göllersdorf untergebracht wurden. Wenn ich mich so richtig erinnere. Ja ich weiß es ist jetzt nicht mehr so genau. Und da gab es eine Strafrechtsreform und wesentlich an der Reform beteiligt, also kreiert und mitgearbeitet hat der Dozent Dr. Willibald Sluga, sowie auch der Dozent Dr. Grünberger als Psychologe. Dr. Josef Grünberger und damals auch in diesen Debatten war der Herr Dr. Stefan Rudasch vom PSD vertreten. Und ich war für den Bereich in diesem Department Drogen Alkohol und Straffälligkeit zuständig. Und in dem Zusammenhang habe ich dann in den 70er Jahren in der Ambulanz des AKH auch ambulant betreute Drogenabhängige für einen Entzug in der Intensivstation der Klinik vorbereitet, die damals der Herr Oberarzt Dr. Presslich geleitet hat.

Und das war eine enge Zusammenarbeit mit Herrn Dr. Presslich und das hat aber nicht den Namen Drogenambulanz bekommen, sondern war innerhalb der Allgemeinen Psychiatrischen Ambulanz vertreten. Eben meine Tätigkeit Drogenabhängige vorzubereiten, wo der Erstkontakt sehr oft war. Damals hat die Bewährungshilfe Wien mit der Frau Dr. Schilder eine Beratungsstelle im 16. Bezirk, Schellhamnergasse, den Club Change errichtet, die Herr Dr. Pernhaupt, Dr. Günther Pernhaupt, geleitet hat und zu der ich dann gestoßen bin und später weitergeleitet habe im Bereich der Bewährungshilfe. Und von dort waren Erstkontakte die ich vermittelt habe ins AKH, zu mir selbst wieder, zur Vorbereitung des Entzuges und dann zum Entzug selbst, wobei dann offen war, was nachher passiert. Die Patienten konnten dann nachher weggehen oder konnten auch in eine Langzeittherapie übergeführt werden, außerhalb des Strafvollzuges jetzt. Das war die Drogenstation Vorderbrühl bei Mödling, Hussarentempelgasse ... die damals Herr Dr. Günther Pernhaupt auch geleitet hat und später dann der Herr Dr. Wilhelm Burian. Dr. Wilhelm Burian der aber jetzt auch schon in Pension ist seit einem Jahr und sein Nachfolger, da weiß ich jetzt aber nicht wie der heißt da draußen. Zurück zur Geschichte der Forensik aber ... Interviewer: Genau ... die hat begonnen 1972? Dr. Ranefeld: War ich in der forensischen Abteilung bereits tätig

und habe begonnen eben ambulant dort schon zu arbeiten, auch mit Drogenabhängigen. Ich war aber gleichzeitig auch in der Sonderanstalt Wien Favoriten im 10ten Bezirk in der Hardtmuthgasse, wo also eben im Rahmen der Strafrechtsreform „Therapie statt Strafe“, drogenabhängige Rechtsbrecher behandelt worden sind, wobei es auch eine Außenstelle Jahre später in Niederösterreich, der Ort fällt mir nur jetzt nicht ein ... Interviewer: Vielleicht Neunkirchen? Dr.Ranefeld: Nein Neunkirchen sicher nicht. Vielleicht fällt mir das später noch ein ... (Ort ist Münchendorf bei Mödling) Wobei jetzt ihre Informationsquelle über die Geschichte dieser Sonderanstalt, die also zuerst einmal der Herr Dr. Henkel geleitet hat von der Justizseite. Auf ihn folgte Dr. Grabenwöger, auf ihn folgte Dr. Wolfgang Gratz. Die gibt es heute noch und der jetzige Leiter, wenn er nicht schon vor kurzem in Pension gegangen ist, ist Herr Dr. Wolfgang Werdenich. Mit denen habe ich zusammengearbeitet in der Zeit auch dort und wir haben ein Behandlungsteam dort aufgebaut mit ... und damit war also ein Zirkel eröffnet zwischen einerseits Maßnahmenvollzug in der Hardtmuthgasse, Nachbetreuung im Club Change, der Bewährungshilfe mit möglichem Entzug bei Rückfall an der Klinik und der Ambulanz Dr. Presslich. Und in diesem Kreis haben wir gearbeitet damit.

Bei mir bis ungefähr 1979, wo ich dann von der Klinik und von der Hardtmuthgasse eben gewechselt bin zum Dr. Pernhaupt und dort sein Oberarzt war für die Drogenstation in der Vorderbrühl. Dort war ich bis 1984 und 1984 habe ich mich dann ausschließlich psychoanalytisch hier in der Praxis (eigene Praxis) betätigt. Habe also diese Tätigkeit in der Forensik aufgegeben und bin dann im Wiener Arbeitskreis (Psychoanalyse) hauptsächlich tätig gewesen, Salzgries Wien 1, also nicht die Vereinigung, nicht die Wiener psychoanalytische Vereinigung WPV, sondern WAP und habe dort dann als Lehranalytiker gearbeitet und arbeite bis heute in diesem Bereich. In der Psychoanalyse und Gruppenanalyse.

Ich war auch nur bis 1980, 1979, 1980 im Club Change, also mit dem Aussteigen aus der Forensik und da habe ich also auch den Club Change aufgegeben gehabt. Interviewer: Also 1979, 1980 dann ausgestiegen ganz aus dem AKH, aus der Forensik? Dr.Ranefeld: Auch vom AKH raus, ja. Eben nach, in die Vorderbrühl und nachher nur mehr im Arbeitskreis Psychoanalyse, sowie Gruppenanalyse auch. Also im ÖAGG (Österreichischer Arbeitskreis für Gruppenanalyse und Gruppendynamik) die Sektion Gruppenpsychoanalyse.

Interviewer: Genau, 1979, 1980 waren Sie jetzt raus aus der Forensik, nach Hinterbrühl (Fehler Vorderbrühl) bei Dr. Pernhaupt bis 1984 und dann ... Dr.Ranefeld: ... bis 1984 und seither ganz in einem anderen Gebiet tätig, ja. Hatte sich schon vorher angekündigt gehabt, weil ich ja die Praxis eben schon langsam aufgebaut habe in der Zeit wo ich noch in der Vorderbrühl war und

dann also eben ausschließlich im Bereich des Wiener Arbeitskreises für Psychoanalyse und im ÖAGG, also Sektion Gruppenanalyse, tätig war. Etliche Jahre auch Mitherausgeber der Texte war, bis vor ungefähr 1 1/2 Jahren, Zeitschrift für Psychoanalyse, Ästhetik und Kulturkritik im Wiener Passagenverlag.

(Rückfrage was ich genau möchte - das Netzwerk wurde besprochen - gebe Aufschluss = Geschichte und Entwicklung des Drogentherapiezentrum AKH - AKH direkt die Zeit dort, Hinweis von Herrn Dr. Ranefeld, dass die großen Einrichtungen in engem Bezug stehen)

Dr.Ranefeld: Kalksburg, wo jetzt der Herr Prof. Musalek insgesamt der Leiter ist und den Subleiter den Jetzigen den kenne ich nicht. Kann den Namen nicht sagen. Eben in der Vorderbrühl ist das Ganze aufgebaut worden ursprünglich auch in den 70er Jahren von Dr. Pernhaupt, die kleine Station in der Nähe von Kalksburg. Das war die erste Therapiestation.

Was die Geschichte selbst betrifft, ins besonders im Hinblick auf das Boltzmann Institut für Suchtforschung in Kalksburg ... Interviewer: Herr Dr. Springer.

Dr.Ranefeld: ... da war bis vor einigen wenigen Jahren auch die Frau Prof. Eisenbach-Stangl und die hat vor ein oder 1 1/2 Jahren ein sehr interessantes Buch geschrieben ... (zeige Herrn Dr. das Buch) Ja genau dieses und die Frau Dr. Eisenbach-Stangl auch das Ganze, also auch Einiges weiß, was die Vernetzung betrifft mit dem Boltzmann-Institut für Kriminalsoziologie und dem Boltzmann-Institut für Suchforschung.

(Gebe Aufschluss über baldiges Interview mit Herrn Dr. Springer, etc.; Dr. Ranefeld verweist darauf das beide Herr Dr. Springer und Frau Dr. Eisenbach-Stangl sehr gut informiert sind - Tel. Nr., Adresse von Frau Eisenbach erhalten - Empfehlung bestellen! Kennen sich gut = gemeinsame Gruppenanalyse - Ausbildungskommission)

Interviewer: Was für gewichtige Eckpunkte, also wenn man hört, dass da jemand der direkt involviert war, wenn hierüber eine Diplomarbeit geschrieben wird, welche gewichtigen Eckpunkte das AKH betreffend sollten auf jeden Fall in der Diplomarbeit enthalten sein? Dr.Ranefeld: Von damals ja? Weil heute ist ja die Frau Dr. Fischer dort tätig. Interviewer: Ja, von damals. Dr.Ranefeld: Von damals her war es so, dass es darum ging, dass wir im Bereich der Forensik ... und da wir ja in der forensischen Abteilung im AKH, also Psychiatrie AKH einen Sitz gehabt haben als Dependance, als Department, dass wir eine Möglichkeit finden auch Entzüge vorzubereiten. Ambulante Entzüge und eine Möglichkeit haben vor dem Entzug und auch nach dem Entzug eventuell Patienten zu selektieren für den Bereich dann außerhalb der Justiz, im Sinne einer Langzeittherapie oder einer ambulanten Nachbetreuung, wie das zum Beispiel eben auch der Club Change war.

Das war also der eine Grundgedanke. Der andere war, dass ja auch die Personen die aus dem Maßnahmenvollzug entlassen worden sind und durchaus auch von der Bewährungshilfe betreut worden sind, zum Teil war das ein Novum, dass die Bewährungshelfer schon in die Anstalt hinein konnten und dort mit den späteren Betreuten arbeiten konnten. Also in Favoriten (Sonderanstalt Favoriten), später in der Schellhamnergasse (Club Change) die Betreuung auch fortsetzen konnten, sodass also auch hier eine begleitende Betreuung nach der Entlassung aus dem Maßnahmenvollzug durch die Bewährungshilfe ermöglicht wird und im Falle, dass es notwendig ist, von ärztlich-psychiatrischer Seite, psychotherapeutischer Seite, von mir es eine Weiterleitung zum Entzug im AKH gab, sodass ein Rückfall auch aufgefangen werden konnte und die ambulante Betreuung weiter fortgesetzt werden konnte.

Ja man hat auch im Club Change, über das AKH ambulante Drogentests organisiert und zwar auf Wunsch der Betreuten, wenn sie vor einer Verhandlung gestanden sind, sodass sie also dann vor Gericht treten konnten und zeigen konnten, in welcher Zeit wie viele Harntest gemacht worden sind und diese auch somit eine Drogenfreiheit bezeugen konnte. Was für das Strafmaß wieder günstig war und sodass wir eigentlich tatsächlich sowohl für die Justiz gearbeitet haben, als auch für die Drogenbehandlung außerhalb der Justiz, siehe Dr. Pernhaupt, ja so quasi als Vorbereitung und Selektion für die Langzeittherapie in Mödling, die ja dann auch selbst Kontakte mit dem AKH gehabt haben, wo also sie auch die Patienten die später in die Drogenstation kommen sollten oder wollten, der Kontakt hergestellt worden ist. Interviewer: Im AKH direkt? Dr.Ranefeld: Ja und so hat das ganze Uhrwerk ja eigentlich funktioniert, wobei eben die groteske Tatsache die war, dass wenn ein Patient Pech oder Glück gehabt hat, je nachdem, hat er mich an jeder Stelle wiedergefunden wo er hingekommen ist, weil ich nämlich im AKH war, in der Justiz war und in der Schellhamnergasse (Club Change) war, sodass ich die Patienten auch am ganzen Weg ... und sie mich natürlich auch immer wieder gesehen haben, sodass auch langjährige Kontakte möglich waren. Eben nicht nur an einer Stelle, sondern in Freiheit, in Unfreiheit und eben auch in der Behandlungssituation außerhalb. Interviewer: Holistische Betreuung. Dr.Ranefeld: Ja.

Interviewer: Ja zu den Rahmenbedingungen, das wäre auch super interessant. Sie waren ja auf der Forensik und das heißt die Drogenkranken sind ja nachdem Herr Dr. Pernhaupt und Herr Dr. Springer weggegangen sind vom AKH, eigentlich von Ihnen betreut worden ja?! Das heißt in den 70er Jahren, wie hat das dann da ausgesehen mit den Patientenkontakten? Also wie viele Leute sind weisungsgebunden ans AKH zur Drogenambulanz gekommen, die ja eigentlich noch nicht offiziell existierte und wie viele sind wirklich dann so gekommen, von ... weil ich habe keine Zahlen über die 70iger Jahre vorliegen!?

Dr.Ranefeld: Nun ja, wir haben zum Teil, ich meine, uns mit Aufzeichnungen sehr, sehr zurückgehalten, weil das den Patienten auch wichtig war zum Teil anonym zu sein. Interviewer: Wegen dem Datenschutz ... Dr.Ranefeld: Wegen ... und da der Datenschutz also weder heute noch damals schon überhaupt nicht wirklich ein sicherer war. Es war ja auch nie sicher, ob es nicht einmal einen Besuch der Polizei in der Schellhamnergasse (Club Change) gibt, sodass wir also auch keine Karteien in der Schellhamnergasse geführt, also liegengelassen haben jedenfalls. Ja also zum Schutz der Klienten ja?!

Diese weisungsgebundene Therapie, also ambulante Therapie, die hat es damals eigentlich auch meines Wissens kaum gegeben. Also es hat so quasi die Möglichkeit eben gegeben, vor einer Verhandlung seine Drogenfreiheit zu belegen und dann zur Verhandlung zu gehen und dann eventuell deswegen auch, weil der Betreffende ja schon so quasi seinen guten Willen gezeigt hat, ist er dann nicht in irgendein Gefängnis gekommen, sondern kam dann in die Entwöhnungsanstalt in Favoriten, wo er dann halt mich wieder gesehen hat. Aber in dieser Anstalt waren damals auch schon 10 Mitarbeiter. Interviewer: In Favoriten? Dr.Ranefeld: Dort in Favoriten, also außer dem Justizpersonal im Therapie- und Sozialbereich.

Interviewer: Und wie haben die Rahmenbedingungen ausgesehen im AKH selbst? Dr.Ranefeld: Wie ...? Interviewer: Vom AKH selbst. Von den Ärzten, von den Betreuern, vom Pflegepersonal? Wie viele hat man da zur Verfügung gehabt?

Dr.Ranefeld: Nun, also an sich in der Ambulanz war nur ich und hab die Kontakte mit Ihnen so quasi ad persono(a)m gepflegt, also die Patienten sind zu mir gekommen und haben, oder haben bei mir angerufen und haben sich einen Termin geben lassen von der Schwester im Stützpunkt der Ambulanz. Interviewer: Im Stützpunkt oben in der ... Dr.Ranefeld: Ja. Und da war dann eben die Frage, ist es eine Vorbereitung zu einem Entzug oder der Versuch eines ambulanten Entzuges. Wenn es in Richtung Entzug gekommen ist war also klar, dass der Betreffende 3 bis 4 Termine wahrzunehmen hat, dass sein Platz in der Entzugsstation von Herrn Dr. Presslich auch gewährleistet ist ... Interviewer: Und die ist aber erst 1978 dann gewesen?!? Dr.Ranefeld: Das, dass ... richtig, aber vorher sind sie auch schon aufgenommen worden. Also ... Interviewer: Die 4 Betten auf der Intensivstation hat es schon länger gegeben ... Dr.Ranefeld: Also ich weiß nicht, ob es 4 Betten waren, also Oberarzt Presslich hat früher jedenfalls geschaut, dass wenn ich ein Bett gebraucht habe, ich auch ein Bett bekommen habe. So offiziell als ... war es eben dann später. Erst am Schluss eigentlich meiner Mitarbeit. Alles so in der Weise klar? Interviewer: Mhm.

Interviewer: Und wenn Sie das so rekonstruieren würden, so von den Patientenkontakten in Ihrer Zeit ja, wie viele kann man da sagen waren ungefähr im Jahr, je nachdem wie Sie sich erinnern können, im Monat bei Ihnen? So

ungefähr? Dr.Ranefeld: Nun ja, Patientenkontakte in der Erinnerung vom Club Change in den späten 70iger Jahren jedenfalls, haben wir sicherlich gehabt hunderte Kontakte. Interviewer: Pro Jahr? Dr. Ranefeld: Mhm ... Interviewer: Und im AKH diesbezüglich? Dr.Ranefeld: Kann das schwer sagen, denn wie gesagt schon aus erwähnten Gründen wir keine offizielle Statistik gepflegt haben. Ich würde sagen 60ig - 70ig - 80ig Patienten. Interviewer: Im Monat? Dr.Ranefeld: Nein, also Kontakte jetzt im Sinne von Personenkontakten, aber Kontakte der gleichen Personen auch öfter. Wie gesagt, wenn ich 4 Kontakte habe vor der Aufnahme zum Entzug, ist es ein Patient mit 4 Kontakten mindestens. Interviewer: Ja und 60ig - 70g waren dann pro ...? Dr.Ranefeld: Wissen Sie ich will mich jetzt nicht auf eine konkrete Zahl ... Interviewer: Na nur, dass ich es nur ungefähr habe oder so ...

Dr.Ranefeld: Ich würde sagen, da ich in der Ambulanz zwischen 9:00 und 12:00 hauptsächlich gearbeitet habe, weil ich ja dann nachher auch nach Favoriten gefahren bin ja, ich war quasi doppel ... Ich war von der Justiz an ... ist mein Platz im AKH gezahlt worden und dafür hab ich aber einen Teil meiner Arbeitszeit für die Justiz geleistet. Ja, also ich war an zwei Stellen. Ich würde sagen es hat also im Durchschnitt würde ich sagen, habe ich in der Woche etwa 10-15 Gespräche in der Ambulanz geführt. Manchmal auch mit denselben Personen zweimal in der Woche. So in etwa. Ja ... Frage?

Interviewer: Wie wurden dann die Patienten ambulant so betreut, denn Substitution und so die Mittel sind erst 1987 dann nachher gekommen, das heißt was haben die Patientinnen gekriegt? Haben die Neuroleptika bekommen, haben die ...? Dr.Ranefeld: Die haben an sich nichts bekommen, also außer Kontakte und Unterstützung sozialarbeiterisch- und bewährungshelferischer Art, über die Bewährungshilfe ... Wenn also jemand, also die Sucht sich auf eine zum Beispiel Depression aufgepfropft hat, hat er wohl Antidepressiva bekommen. Nur die waren damals sicherlich nicht in der Effektivität wie die heutigen Antidepressiva sind anzutreffen. Ja ich habe selten, ganz selten Patienten medikamentös eingestellt dabei, sondern es ging eigentlich um häufigen Gesprächskontakt mit einer Gruppe von Leuten, ein Netzwerk, wo wir also die Patienten oft gesehen haben, oft beraten haben, oft unterstützt haben und sie auch oft rückfällig geworden sind. Und wir geschaut haben, dass der gesundheitliche und/oder der soziale Schaden, im Verlauf der Jahre, auch des Drogenkonsums möglichst gering ist, weil wir davon ausgegangen sind, dass wenn man jemanden so, das war damals aber der Fall, so etwa über das dreißigste Lebensjahr hinweg möglichst sozial unbeschädigt und nicht mit Hepatitis ... Aids gab es damals nicht, befrachtet durchbringt und ihnen einigermaßen im beruflichen Kontext auch, wenn auch mit Unterbrechungen sozialversichert hält, er dann gute Chancen hat wenn er etwas älter wird, sich aus der Drogenszene zu entfernen. Ja das stimmt so heute nicht mit den alten Drogenabhängigen, aber das war damals

durchaus der Fall, dass Todesfälle beziehungsweise, ja zum Beispiel Todesfälle, ein wichtiger Punkt war den Leuten klarzumachen wenn sie nach dem Entzug rückfällig werden, sollten sie unter keinen Umständen die alte Dosis injizieren, weil das zum Tod führt. Ja also Todesfälle zu verhindern, den Patienten ..., ja die Frage war damals nicht selbstverständlich wie verhindert man Hepatitis, wenn man nicht auch gleichzeitig schaut, dass die Leute ordentliche Nadeln kriegen und sich nicht ganze Gruppen untereinander mit Hepatitis infizieren.

Interviewer: Also die Arbeit die Sie geleistet haben war in diesem Sinne Aufklärungsarbeit und sozialarbeiterisch angelegt?

Dr.Ranefeld: Ich war stark mit der Bewährungshilfe ..., würde ich sagen sozialpsychiatrisch und wenig psychotherapeutisch damals eigentlich tätig. Im engen Kontakt eben mit Sozialarbeitern der Justiz und mit Sozialarbeitern der Bewährungshilfe. Mit Bewährungshelfern also ...

Interviewer: Nun das hätte ich als Frage auch gehabt, wie nämlich das Therapiekonzept selbst ausgesehen hat, wie man das vorgefunden hat ..., aber in dem Sinne war es dann sozialpsychiatrisch?

Dr.Ranefeld: Verstehe, ja das war sozialpsychiatrisch und sicherlich nicht psychotherapeutisch. Außer jemand kam dann in die ... einerseits nach Favoriten (Sonderanstalt), wo es Gruppentherapie, Einzeltherapie gegeben hat und es gleichzeitig die Langzeittherapie auch gegeben hat. Die ja damals sehr stark, eigentlich ausschließlich psychotherapeutisch ausgerichtet war, aber auch eine Nachbetreuung gehabt hat, noch immer hat. "Gabarage" kennen Sie?!

Interviewer: Nein ... ja gelesen ... Dr.Ranefeld: Ja, also zum Beispiel eben die Patienten die in einem primären Arbeitsmarkt unterzubringen sind in einem Zwischenarbeitsmarkt vorzubereiten, dass sie am richtigen Arbeitsmarkt Fußfassen können bzw. die Nachbetreuung auch über das "Half-Way House" in ... Interviewer: „Half-Way-House“. Mhm. Dr.Ranefeld: Ja und zum Teil auch über betreute Wohngemeinschaften dann auch. So war das Netzwerk dabei. Interviewer: Mhm. Das gibt mir schon einen sehr guten Einblick.

Dr.Ranefeld: Was dabei dann auch dazu geführt hat, dass zuletzt, das so war, auch eine skurrile Situation. Also wenn ich durch die Stadt gegangen bin, den Karlsplatz gab es damals auch schon, am Naschmarkt war auch eine Drogenumschlagsszene, bin ich von vielleicht 10 bis 20 Leuten immer wieder begrüßt worden, die mich gekannt haben aus der Drogenszene. Also es war so ... auch ein informeller Kontakt, wo man dann also stehengeblieben ist, mit Ihnen geredet hat wie es Ihnen gerade geht und manchmal hat dann der Betreffende auch eine Woche später im Change (Club Change) vorbei geschaut. Solche informellen Kontakte waren das. Eigentlich eine Art von nicht deklariertem Streetwork. Ja dabei eigentlich als Spaziergang geplant.

Interviewer: Genau von den ambulanten Kontakten, also so 10 bis 15 Kontakte hatte man wenn die Patienten mehrmals vertreten waren in der Woche. Und stationär? Wie viele Betten hat man denn gebraucht ... Also wie viele Patienten aufgenommen ...? Dr.Ranefeld: Ja stationäre Betten im AKH da hab ich keine Lust gehabt noch ... Interviewer: Nein, nein, aber in der Intensivstation dann unten, zum Beispiel der Herr Dr. Presslich? Dr.Ranefeld: Ja, also Ich würde sagen am Anfang war es halt immer wieder die Bereitstellung von 1 bis 2 Betten, würde glauben der Herr Dr. Presslich gibt mir recht ... Interviewer: Ja das kommt sicher gut hin ... Dr.Ranefeld: Ja und später dann erst so quasi, ist das etwas ausgebaut worden. Interviewer: Und wie oft ist das der Fall gewesen ungefähr? Sodass man die 2 Betten wirklich gebraucht hat? Wie oft war das der Fall, so über den Daumen? Dr.Ranefeld: Ich würde sagen die waren immer, also die Betten die vorhanden waren, waren immer belegt ... Interviewer: Waren immer belegt? Dr.Ranefeld: Also in meiner Erinnerung jedenfalls. Herr Dr. Presslich müsste es genauer wissen, aber die waren grundsätzlich eigentlich immer belegt. Dr. Presslich hat geschaut, dass er Betten bereitstellt, ich habe geschaut, dass wenn er gerade kein Bett hat, ich den Betreffenden oder die Betreffende länger ambulant betreue, bis er dort ein Bett hat. Und die Entlassung erfolgte von der Intensivstation und nicht auf eine andere Abteilung ... Interviewer: Mhm ... das ist klar. Mhm. Dr. Ranefeld: ... oder irgendwo anders hin.

Interviewer: Ok. Ich hab nur auch gehört gehabt, dass die Patienten überall im Haus schon unterbracht worden sind, unter verschiedenen Vorwänden ja?! Eh von Herrn Dr. Presslich selbst auch, wenn ... dass wenn er keinen Platz gehabt hat, dass er gesagt hat, geht's dann dort hin ... Dr.Ranefeld: Mag sein. Also hab ich so jetzt nicht in Erinnerung. Mag sein, dass es ein bisschen später auch war ... Interviewer: Das kann gut sein ja ... ich hab erst letzte Woche mit Ihm gesprochen ... kann gut sein ... Dr.Ranefeld: Ja eben, weil an diese spezielle Situation kann ich mich nicht erinnern. Kann ich nur sagen, er war so engagiert, dass ich ihm das durchaus zutraue, dass er das gemacht hat auch. Auch ohne Rückfrage mit mir vielleicht ... ja.

Interviewer: Und ab wann hat das ungefähr begonnen mit den 1 bis 2 Betten? Wann war das ungefähr, dass man gesagt hat, auch in der Intensivstation hat man die 1 - 2 Betten? Ab wann? Dr.Ranefeld: Nun ja, es hat begonnen damit, dass Oberarzt Presslich und ich, also Dr. Presslich irgendwie aufmerksamer geworden ist, wie ... Interviewer: 1978 dann ... vorher war es glaube ich noch nicht der Fall? ... Dr.Ranefeld: Ich würde sagen vielleicht ein bisschen früher schon ... Interviewer: Bisschen früher schon ... Dr.Ranefeld: ... dass wir uns zusammengesetzt haben. Also meine Drogenarbeit war in der Ambulanz nicht so besonders beliebt und er hat mich also auch unterstützt als Mittelbauvertreter, dass ich keine so großen Schwierigkeiten habe. Dadurch sind wir ins Gespräch

gekommen und er und ich haben halt gemeint es wäre fein, wenn also auch auf der Intensivstation Patienten entzogen werden könnten. Er hat gesagt: „Ja Hannes, machen wir, schauen wir“ und so hat es begonnen. Informell. Interviewer: Ok informell und das war Anfang, Mitte der 70iger Jahre? Dr.Ranefeld: Nein. Anfang noch nicht, aber ich hätte geschätzt Mitte der 70iger Jahre ja.

Interviewer: Super. Ja ich hatte mit dem Herrn Dr. Presslich eh auch gesprochen, also das war unglaublich was er alles erzählt hat, weil überhaupt, das wollte ich Sie auch fragen, wie die Rahmenbedingungen so vorgefunden worden sind. Sozialarbeiter haben Sie keine gehabt ... Dr.Ranefeld: Mhm. Interviewer: Da haben Sie für die gesamte Ambulanz zwei gehabt was ich so gehört habe oder so ...? Dr.Ranefeld: Nun Sozialarbeiter habe ich mir zusammengefangen, indem ich in der damaligen ... Interviewer: Im Change (Club Change) mitgenommen na ...?!? Dr.Ranefeld: Nein, indem ich mir aus, Sozialarbeiter in Ausbildung, die waren damals im 16. Bezirk, nicht im 20. ... Ja von dieser Ausbildungsstation habe ich eine Praktikantengruppe, bei großem Bedenken der damaligen Leiterin dieser Ausbildung für Sozialarbeiter, engagiert und bin mit dieser Praktikantengruppe nach Wien Favoriten (Sonderanstalt Wien Favoriten) gegangen zum Beginn einmal, sodass sie das Milieu kennenlernen und dass sie auch an der Gruppe teilnehmen und ins Gespräch kommen auch mit Insassen. Und aus diesen sind dann also eben Bewährungshelfer geworden und die dann also in diesem Rahmen der Forensik mitgearbeitet haben Interviewer: Alles klar. Wie viele haben Sie dann gehabt in der Forensik so ...? Dr.Ranefeld: Also begonnen hat es glaube ich mit 6 Praktikanten. Interviewer: 6 Praktikanten. Das war in was für einer Zeit? Also wann war das? Dr.Ranefeld: Das muss gewesen sein, warten Sie, ich würde sagen 1974. Interviewer: 1974 schon?!? Dr.Ranefeld: Schätzungsweise ja. Interviewer: Und die waren dann immer zugegen?

Dr.Ranefeld: Die haben ihre Ausbildung weitergemacht und das Praktikum auch fortgesetzt und ich habe dann auch geschaut, dass Sie in der Bewährungshilfe auch unterkommen und ihre Praktikumsstätigkeit weiter fortsetzen können, ihre unbezahlte Praktikumsstätigkeit. Das gab es damals auch schon, eben dass sie Bewährungshelfer werden konnten dabei, aufgrund dieser Vorgeschichte und diesem Erwerb von Kompetenzen auch in diesem Bereich ... Interviewer: Mhm ... ganz klar. Und die waren da ...? Dr.Ranefeld: Einer dieser Bewährungshelfer ist der Herr Marko Rosenberg, der jetzt einer der Leiter der Bewährungshilfe ist. Interviewer: Ok. Ganz klar wenn man es von der Pike auf lernt!?! Dr.Ranefeld: Zum Beispiel ja ... Interviewer: Und wie oft, also wie viele haben Sie immer da gehabt? Am Tag immer so Einen, dass das immer so aufgeteilt war, dass man immer Einen dabei gehabt hat oder? Dr.Ranefeld: Nun, also ich hab immer geschaut, dass wenn die dort sind, dass ich auch dort bin. Weil ich hab ja die

Verantwortung für die Praktikanten. Ja ich kann die nicht einfach herumrennen lassen als Praktikanten im Haus. Also das heißt, wenn ich dort war und ich war 3 Tage, also 3 Teil-Tage in der Woche dort, waren sie auch dort. Und wenn sie, wenn ich im Change (Club Change) war, waren sie auch dort, weil man kann Praktikanten in einem doch kriminellen Milieu nicht einfach so alleine lassen. Das geht nicht. Interviewer: Nein, das denke ich auch nicht. Dr.Ranefeld: Ja ich muss doch, die Verantwortung muss ich tragen, die Letztverantwortung hat nicht er, sondern hab natürlich ich. Und wie sie dann natürlich Bewährungshelfer gewesen sind, haben sie natürlich auch unabhängig von mir in der Justizanstalt oder der Bewähr ... im Change arbeiten können ... Interviewer: Fuß gefasst. Mhm ... Dr.Ranefeld: ... klarer Weise. Und dann ist die Verantwortung nicht mehr bei mir, die Erste, sondern bei der Bewährungshilfe und deren Supervisoren.

Interviewer: Das Personal haben Sie auch erwähnt ... Dr.Ranefeld: Justizwache ... Interviewer: Dass die nicht sehr ... nun im AKH, das Personal, dass die Drogenabhängigen natürlich nicht gerne gesehen wurden? Dr.Ranefeld: Also das war in der Intensivstation durch Oberarzt Dr. Presslich und durch sein Engagement etwas anders. Das Personal der Intensivstation hat sich nach und nach motiviert mit den Drogenabhängigen zu arbeiten, wobei ich auch daher einen ... einmal in der Woche mit den Leuten so eine Art Gesprächsrunde, Gespräche gehabt habe mit dem Personal der Intensivstation, um anfallenden Ärger, um Fragen die unklar sind, um insgesamt Information weiterzugeben und dadurch die Leute auch zu motivieren. Ja dort war eigentlich die Atmosphäre nach und nach sehr gut, sehr unterstützend, sehr hilfreich.

Die Justizwache hat keine große Freude gehabt mit den Drogenabhängigen. Das war ein bezirksgerichtliches Gefangenhaus mit einem ganz anderen Klientel vorher. Also vielleicht Kleinkriminelle ... Interviewer: Na da hab ich eh ... Dr.Ranefeld: ... ja, aber auch meines Wissens nach am Anfang auch Leute die Nazis waren und auch eine Haftstrafe bekommen haben. Also völlig was anderes waren und der Einzug der Drogenabhängigen keine Freude gemacht hat. Auch nicht, dass dort praktisch die Therapie unter Führungszeichen jenen wie „eine Zecke im Nacken“, im Fels sitzt und sie nicht so arbeiten können wie sonst. Ja zum Beispiel wenn eine Gruppe ist, kann man nicht aus der Gruppe jemanden in die Werkstätte holen. Das gibt Auseinandersetzungen bis das geregelt ist. Wer hat den Vorrang, die Werkstätte oder die Therapiegruppe. Nun, wenn es eine Anstalt für entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher, eine Sonderanstalt ist, hat wohl die Therapiegruppe den Vorrang. Das gefällt natürlich naturgemäß den Justizwachebeamten nicht, weil von einem Therapeuten wird er sich sicherlich nichts sagen lassen und von einem Sozialarbeiter auch nicht. Also es war eben wichtig, einigermaßen ein Gesprächsklima, dass aber, muss ich sagen, nie wirklich gut gewesen ist, herzustellen. Mit Einigen schon, insgesamt aber eher

nicht. Ja also das war eher eine schwierige Kooperation.

Interviewer: Was ganz wichtig wäre noch mich ist ... Sie waren 3 Tage in der Woche dort? Von 9:00 bis 12:00. Das heißt eigentlich die Drogenambulanz war

dementsprechend von 9:00 bis 12:00 Uhr wenn sie dort waren, neben ihrer normalen Tätigkeit an der Forensik? Dr.Ranefeld: Ich war in der Drogenambulanz, eben bis auf den Donnerstag im AKH, täglich am Vormittag ...

Interviewer: Täglich? Mhm ... Dr.Ranefeld: Am Donnerstag war ich nämlich den ganzen Tag in Favoriten (Sonderanstalt Favoriten) und außerdem war ich noch am Montag und Dienstag in Favoriten (Sonderanstalt Favoriten).

Interviewer: Ok. Das heißt wie viele Stunden hat man so am AKH gehabt, so Ambulanzzeiten? Immer so 3 Stunden dann täglich ...?!? Dr.Ranefeld: Nun ja,

9:00 bis 12:00 Uhr waren es auf jeden Fall, weil die Ambulanz damals so um 1/2 9, sagen wir einmal so, angefangen hat und vorher man noch einen Kaffee getrunken hat mit den Schwestern und mit den Kollegen sich ausgetauscht hat.

Ja. Und dann bin ich gefahren eben vom AKH nach Favoriten (Sonderanstalt Favoriten) und habe dort gearbeitet.

Interviewer: Dann hatte ich noch gelesen, der Brand im AKH hat dann für die Räumlichkeiten der Ambulanz etwas eröffnet? Hatte nur kurz darüber gelesen gehabt ... Brand im AKH? ... Für die Räumlichkeiten? Dr.Ranefeld: Ja da war

irgend ... es war, ja ich war noch dort im AKH, also es hat eine Brandsituation gegeben während des Nachtdienstes, wo ich jetzt aber nicht weiß welche Ursache die gehabt hat. Ja es war also meines Wissens nach, glaube ich, ist ein Patient, aber da bitte mich nicht festzunageln ... hat irgendetwas mit einer

Rauchgasvergiftung gehabt, ansonsten war nichts. Also der Brand war schnell unter Kontrolle. Das Wasser ist halt überall so gestanden. Interviewer: Und von den Räumlichkeiten die man da zur Verfügung gehabt hat? Da hat es nämlich

eine Auswirkung gegeben, glaube ich, auf die Räumlichkeiten dann für die Drogenambulanz hat es geheißen, nicht? Dr.Ranefeld: Nein, also der Verlauf der Sache ist eigentlich ... trotz, ich meine das war ja kein Riesenbrand, sondern ein

lokaler Brand war das ja nur. Also alles weiter gegangen. Also jedenfalls hab ich keinerlei Einschränkungen weder für die Ambulanz, noch für die Intensivstation in Erinnerung dabei. Vielleicht 1 bis 2 Tage aber wissen Sie, eine Intensivstation

kann man ja schwer schließen ... Interviewer: Natürlich. Das geht schwer. Dr.Ranefeld: ... ja träumen.

Interviewer: Und die Betreuung von der Ambulanz war eigentlich Ihr Büro dann ... also für die Räumlichkeiten? Dr.Ranefeld: Wie die Betreuung? Ich habe Sie

nicht verstanden. Interviewer: Von den Räumlichkeiten her. Die Ambulanz war dann eigentlich ihr Büro oder? Wenn man es genau nimmt. Also Ihr Arbeitsbereich? Dr.Ranefeld: Ja ich habe ein Zimmer gehabt ... Interviewer:

Auf der forensischen ...? Dr.Ranefeld: Nein, die Forensik hat eine Aufteilung

gehabt mit dem Dr. Sluga und ich hab noch ein Besprechungszimmer in der Ambulanz gehabt, wo die Patienten mit mir unter vier Augen sprechen konnten. Interviewer: Oben halt mit der normalen Ambulanz aufgenommen ... Dr.Ranefeld: Ja ... Interviewer: und dann halt ... Dr.Ranefeld: Ja ... Interviewer: Wunderbar.

Interviewer: Zu der letzten Frage. Ist eigentlich eine Doppelfrage. Einerseits die Drogenambulanz in der Öffentlichkeit, in den Medien und in der Politik. Wie ist das betrachtet worden? Ist es überhaupt rezipiert worden, irgend ...? Dr.Ranefeld: Ja, so gelegentlich hab ich in verschiedenen, auch im Club 2, manchmal bin ich dort aufgetreten und hab etwas über Drogenpolitik oder insgesamt bezüglich des Maßnahmenvollzuges, eben in einer Diskussion etwas beigetragen. Gelegentlich kam auch irgendwo ein kleiner Zeitungsartikel über dies oder jenes, aber so mehr insgesamt - nein. Interviewer: Mehr insgesamt nicht? Dr.Ranefeld: Nein.

Interviewer: Politik hab ich eh mit dem Herrn Dr. Presslich schon länger gesprochen ... Dr.Ranefeld: Es war sicherlich, also ein Bereich den man propagandistisch ausschlichten konnte, weil er ja nicht beliebt ist, bringt ja keine Wählerstimmen, ja?! Also der Herr Broda hat das gemacht, aber deswegen ist die Beliebtheit der SPÖ sicherlich nicht angestiegen ... dass man sich mit Drogenabhängigen beschäftigt.

Interviewer: Genau und an welchen Ländern hatte man sich orientiert? Fachgesellschaften oder Ländern ...? Dr.Ranefeld: Wie ...? Interviewer: An Ländern oder Fachgesellschaften. Hat man sich da orientiert, an speziellen Ländern oder so im ...? Dr.Ranefeld: Nun, ich habe gute Kontakte gehabt zum Herrn Dr. Leschhorn in Berlin, der war in Berlin "Plötzensee" (Haftanstalt Plötzensee), hat er eine Drogenstation gehabt. Da war ich selbst auch und „Berlin-Neukölln" (Drogentherapiezentrum Berlin - Neukölln), auch mit ihm und ich habe viel zu, über ihn, mit Berlin zu tun gehabt. Ein wenig auch mit der Schweiz. Und da gab es auch noch die "Gesellschaft für Suchtforschung" GV, ob es die noch gibt weiß ich nicht. Die also auch so in Deutschland eben vertreten war, wo wir Kontakte gehabt haben auch mit denen, wo wir Leute von denen eingeladen haben. Dr. Leschhorn war auch in Wien und wir haben uns so da ausgetauscht. Also eigentlich hauptsächlich Achse Berlin und Wien.

Interviewer: Die Amerikaner so ...? Dr.Ranefeld: Ich habe ihn einmal kennen gelernt durch mehr oder weniger Zufall. Ich meine Zufall?! Ich wollte zwar die forensische Behandlungen von Drogenabhängigen anschauen, habe aber mit Berlin begonnen und hab dann, also bin dann in den Berliner Gefängnissen irgendwie hängen geblieben, wir dort auch Gruppen gemacht haben und so ... Die waren über den wienerischen Dialekt immer sehr erfreut.

5. Interview II mit Dr. Johannes Ranefeld

(Leiter der Drogenambulanz des AKH Wien von 1972 - 1979)

vom 2.11.2010

Dr.Ranefeld: Also den Titel - Leiter der Drogenambulanz - habe ich tatsächlich nie bekommen und ich habe also so quasi in Eigenregie, als Einpersonenunternehmen in der Ambulanz, der Allgemeinen Psychiatrischen Ambulanz, eben den Drogenbereich bedient. Und damals gemeinsam eben mit dem Herrn Dr. Presslich in der Intensivstation kooperiert, ja?! Das war's. Leiter stimmt so nicht, ja?!

(Organisatorische Aufteilung AKH = Auskunft meinerseits = ab 1974 Raster ... - vorher Männerstation, Frauenstation plus 3 Schweregrade)

Interviewer: Wie sah denn vorher die organisatorische Aufteilung aus, wo die Patienten untergebracht worden sind? Dr.Ranefeld: Es gab eine Männeraufnahme, es gab eine Frauenaufnahme, also eine quasi auch für schwierige akut-psychiatrische Patienten und eine Aufnahmestation. Das war B12 bei den Männern, wie sie jetzt bei den Frauen heißen hat weiß ich gar nicht ... Interviewer: B18 glaub ich war das, weil der Herr Dr. Springer ... Dr.Ranefeld: Dann gab es, warten sie B12? Wenn ich mich richtig erinnere gab es bei den Männern dann noch B6, die also schon Leichtereren oder schon vorbehandelten Fälle und eine dritte Station. Wir sprechen jetzt von der Klinik Prof. Hoff aber?! Interviewer: Genau ... Dr.Ranefeld: Ja und ich glaube die dritte Station hat B2 heißen. Interviewer: Das war dann schon für jene die dann schon zum Ausgang ...?! Dr.Ranefeld: Ja, die dann, ja. Das ist nach meiner Erinnerung nach, ich bin mir jetzt nicht ganz sicher, B12, B6, B2. Dr. Sluga war Oberarzt ... Interviewer: Auf der Männerstation dann ... Dr.Ranefeld: Ja aber ... Interviewer: Und Dr. Bruck und Dr. Mader? Dr.Ranefeld: ... und hat damals auf ..., Dr. Mader hat damals auf B12 gearbeitet als Oberarzt, leitender Oberarzt von B12, nun ja, der Herr Dr. Mader war eigentlich für alle 3, also nach Professor Berner, Dr. Peter Berner und dem Dozenten Kryspin-Exner, war der Herr Dr. Mader für alle 3 Stationen als Oberarzt zuständig, bevor er dann nach Kalksburg gegangen ist. Nach Dr. Mader gab es den Dr. Küfferle noch ... Interviewer: Mm, von dem weiß ich nichts mehr ...

Interviewer: Und der Herr Dr. Sluga? Da wollten Sie noch etwas sagen? Dr.Ranefeld: Nun ja, der hat an sich schon damals den, also eine Art noch nicht Department für Forensik gehabt, sondern der war für die Zusammenarbeit zwischen Justiz und Psychiatrie zuständig, wobei ja manche Stellen, Ärztstellen, auch meine von der Justiz bezahlt worden sind und Ausbildungsstellen waren gleichzeitig, aus dem dann später dieses Department für Forensik entstanden ist. Interviewer: Wie viele Ärzte waren da damals so?

Denn es war ja ein riesiges Ärzteteam das für alle Stationen dann da war? Wie viele waren das ungefähr? Dr.Ranefeld: Das ist aber nur eine Schätzung ja ... ich würde sagen, wir waren so zwischen 15 und 20 vielleicht ... Interviewer: 15 bis 20 vielleicht ... Dr.Ranefeld: Ja, nur eine Schätzung! Interviewer: Gut. Schwestern und Pflegepersonal, so über den Daumen? Dr.Ranefeld: Das kann ich ... Interviewer: Ich hab zwar ungefähre Zahlen, so über ... Dr.Ranefeld: Warten Sie. Ich rate und Sie sagen wie das bei den Zahlen mit Ihnen aussieht. Wenn man von 15 Ärzten ausgeht zuerst einmal, würde ich schätzen, dass das Pflegepersonal, also Pfleger und Krankenschwestern hier auf den Stationen ... hätte ich gesagt 40?!? Interviewer: Mhm, das kommt ran. Dr.Ranefeld: Ungefähr. Geschätzt, ja?!

Interviewer: Und in der Ambulanz? Dr.Ranefeld: In der Ambulanz 3 oder 4 Schwestern. 4 Schwestern. Interviewer: 4 Schwestern. Und eigenständige Ärzte auch? Für die Ambulanz alleine oder ist das da mitgeführt worden von dem gesamten Ärzte... Dr.Ranefeld: Nun ja, ein Teil der Ärzte war in der Ambulanz tätig und ich ab, später, weiß nicht genau ab wann. 1975 /1976 ... Ja, also da ist man zugeteilt worden. Da war damals der Dr. Sonneck auch dort und der Herr Dr. Schervey. Leiter der Ambulanz war der Herr Dr. Sonneck damals ... Also ich würde sagen 4 Ärzte haben in der Ambulanz Dienst getan. Täglich. Interviewer: 4 Ärzte täglich?! Dr.Ranefeld: Wenn ich mich richtig erinnere jedenfalls. Interviewer: Wunderbar. Sekretärinnen nehme ich an so zwei Stück ... Dr.Ranefeld: O ja, Sekretärinnen gab es natürlich. Ein Sekretariat auch. Also zum Teil. Das Sekretariat war zentral, hat die Sachen rauf getragen, zum Teil gab es eine Sekretärin, die Erna Ferschl für Herrn Dr. Sluga damals schon ... Interviewer: Mhm ... Gut, gut. Und die Anmeldung natürlich ganz normal beim Anmeldeschalter der Hauptambulanz?!? Dr.Ranefeld: Ja, ja.

Interviewer: Die Forensik, Aufteilung mit Herrn Dr. Sluga, das haben Sie eh schon gesagt gehabt und da wollt ich noch fragen, Gebiet der Forensik ... Ich hab nur gelesen gehabt, es gab so Arbeitsbescheinigungen, also so Arbeitstauglichkeitstests hat es gegeben, Fahrtauglichkeit ... Was war so das Aufgabengebiet von der Forensik? Dr.Ranefeld: Nun, also in der Ambulanz sind auch Führerscheingutachten gemacht worden, aber das war nicht die direkte Aufgabe der Forensik glaube ich. Außer diese Aufteilung ist an mir vorübergegangen. Das hat jeder gemacht der an der Ambulanz war. Also zeitweilig auch Führerscheingutachten. Meistens wegen Alkohol gemacht hat ... Interviewer: Mhm und Arbeitsbescheinigungen auch? Dr.Ranefeld: Also ich habe keine einzige ... Was ist eine Arbeitsbescheinigung? Interviewer: Ich weiß nicht. Arbeitstauglichkeitstests nehme ich einmal an. Also wenn jemand süchtig war, dass er dann wieder eine Bescheinigung bekommt, dass er halt dementsprechend arbeitswillig ist, arbeitstauglich ist. Dr.Ranefeld: Hab ich nie ausgestellt oder so. Ich meine, sicher nicht in meiner Erinnerung, denn die

Forensik hat eigentlich gehabt den Aufbau des Maßnahmenvollzugs außerhalb des Hauses, eben in geistig abnorme zurechnungsfähige, unzurechnungsfähige und süchtige Rechtsbrecher ... Interviewer: Mhm. Genau. Super. Dr.Ranefeld: Ja?! Interviewer: Mhm.

Interviewer: Die Ambulanzzeiten sind wir das letzte Mal durchgegangen, da haben Sie gesagt von 9:00 bis 12:00 Uhr. War das Montag, Dienstag, Mittwoch, denn Donnerstag waren Sie ja in Favoriten, soweit ich das noch weiß ... Dr.Ranefeld: Und Freitag ... Interviewer: ... und Freitag waren Sie auch dort? Dr.Ranefeld: Ich war jeden Tag, wenn ich nicht, also warten Sie. Ja, jeden Tag außer Donnerstag, da war ich in Favoriten, war ich also auch in der Ambulanz tätig. Wobei ich ... das steht eh da (Interviewleitfaden gezeigt), um 12:00 Uhr, denn die Ambulanzzeiten waren ja länger und ich dann weggegangen bin um nach Favoriten zu fahren. Interviewer: Und die allgemeinen Ambulanzzeiten waren wie lange? Dr.Ranefeld: Ich glaube das war bis 14:00 Uhr. Wenn ich mich richtig erinnere jedenfalls. Ist auch schon lange her.

Interviewer: Dann wollte ich Sie noch fragen wie die ambulante Therapie ausgesehen hat? Also die Patienten haben sich einen Termin geben lassen oder haben Sie persönlich ...? ... Dr.Ranefeld: Allgemein die Ambulanz oder bei mir? Interviewer: Nein, bei Ihnen ... Dr.Ranefeld: ... bei mir?! Bei mir war es so, dass meistens Termine ausgemacht worden sind, schon über den Club Change, die Beratungsstelle dort und sonstige Patienten sind dort vorbeigekommen, auch unangemeldet. Sie haben wenn ich sie gesehen habe sofort einen Termin bekommen, wenn sie eingeschoben werden konnten. Ansonsten habe ich einen Termin mit ihnen ausgemacht.

Interviewer: Und wie hat die Besprechung, die Sitzung ausgesehen? Mit den Patienten, mit den Klienten? Wie ist das abgelaufen? Also wie war der Ablauf von so einer Besprechung? Dr.Ranefeld: Ja unter der Überschrift: "Was führt Sie zu mir?" Eigentlich um zu klären um was es geht, warum er kommt ... Übrigens habe ich auch einmal eine Stellungnahme geschrieben für das Bundesheer, dass jemand meines Erachtens nach nicht tauglich ist zum Beispiel. Ja, für das Bundesheer, so das habe ich gelegentlich auch einmal gemacht.

Interviewer: Und wie lange hat so eine Sitzung ungefähr gedauert, über den Daumen? Von bis? Dr.Ranefeld: Nun ja, das hat also gedauert zwischen 15 und 25 Minuten. Unter Umständen länger. Nicht aber, also wenn man sich schon gekannt hat und es waren nur so die Kontrolltermine für eine Aufnahme zum Entzug, dann waren das kürzere Gespräche. Klärungen des derzeitigen Status.

Interviewer: Ambulante Gruppen? Ich weiß von Dr. Pernhaupt und Dr. Springer, dass diese Gruppen gehabt haben. Haben Sie selbst auch Gruppen gehabt? Dr.Ranefeld: Wo? Interviewer: Im AKH direkt. Dr.Ranefeld: Im AKH selbst

habe ich nie Gruppen gehabt, sondern nur im Change ... Interviewer: Nur im Change? Dr.Ranefeld: ... und in der Justiz natürlich. Interviewer: Mhm. Aber das ist dann über das AKH natürlich vermittelt worden? Dr.Ranefeld: Nein, eher umgekehrt. Die Patienten sind in den Club Change gekommen und sind von dort zum AKH vermittelt worden, wenn notwendig oder wenn gegeben. Manchen Patienten habe ich natürlich auch empfohlen in diesen ambulanten Gesprächen, sie sollen ins Change kommen wenn ich dort bin. Nämlich an einem Donnerstag. Ja, abends.

Interviewer: Und das war dann eine Gruppe dort am Change? Wie groß war die? Dr.Ranefeld: Je nachdem. Also wenn Gruppen stattgefunden haben, das war nicht regelmäßig, dann waren das bis zu 8 Patienten. So 5 bis 8 Personen. Ansonsten waren das viele Einzelgespräche auch im Change. Klärungen von Bedürfnissen, von Unterstützungen, eben Entzüge oder Harntests die an der Klinik gemacht worden sind wegen Gerichtsverhandlungen. Das haben wir schon damals besprochen?! Interviewer: Mhm. Genau.

Interviewer: Und wie oft war das der Fall, dass es dann eine Gruppe gegeben hat? Weil Sie gesagt haben, dass das nicht regelmäßig war? So über den Daumen im Monat? Dr.Ranefeld: Das hat geschwankt. Also in den Jahren, wo ich dort war würde ich sagen, hat es zeitweilig Monate, vielleicht wöchentlich eine Gruppe gegeben. Dann ist eine Zeit lang wieder nichts mehr daraus geworden, dann kam wieder eine zusammen. Waren vielleicht nur 3 Mal, ja?! Und dann wieder Pause, dann wieder länger. Je nachdem wie die Patienten zusammen gefunden haben und in welchem Zustand sie waren klarerweise. Interviewer: Natürlich. Und wie lange sind die Gruppen zusammen geblieben? Ungefähr? Dr.Ranefeld: Nun, es waren ja eigentlich offene Gruppen ... Interviewer: Offene Gruppen ... Dr.Ranefeld: ... ja wer kommt und es ist Gruppe kommt runter, in den anderen Raum, diese Art. Interviewer: Und bei der Gruppenbesprechung auch, also die Bedürfnisse, was die Erlebnisse waren und dann die Ansätze halt gemeinsam - gruppendynamisch?!? Dr.Ranefeld: Ja, ja, ja. Da war ja auch oft eine Bewährungshelferin dabei oder Sie war eben oben und hat also mit den Patienten sonst etwas gemacht. Besprochen usw., während ich in der Gruppe alleine unten war.

Interviewer: Wunderbar. Dann die Frage ... Im AKH, wieder auf das AKH bezogen, waren Sie immer ausgelastet während der Ambulanzzeiten? Also war eigentlich immer jemand da? Dr.Ranefeld: Immer. Immer. Interviewer: War immer jemand da ... Dr.Ranefeld: Ja, ich meine, ich hatte natürlich nicht nur Junkies oder Drogenabhängige ... Ich hatte ja auch andere Patienten natürlich genommen. Aber die, bevorzugt eben Junkies, ja?!

Interviewer: Und mit welchen Problemen sind die Patienten eigentlich kommen, so über die 70iger Jahre? Wie war die Klientel so gewichtet? Opiate oder LSD-

Horrortrip oder wie ...? Wie sind die Patienten zu Ihnen gekommen? So prozentuell geschätzt? Dr.Ranefeld: Also prozentuell geschätzt, fangen wir mal an. Eine Hauptgruppe waren Opiatabhängige, in der Mischsucht Opiat- und Barbituratabhängige, überhaupt Barbituratabhängige mit Alkohol war die Mehrzahl derer die zu uns gekommen sind. Damals waren aber sicher Patienten die hauptsächlich opiatabhängig waren und Barbiturate eben zusätzlich genommen haben. Und die Entzüge waren auf diese beiden Substanzen meines Wissens hin auch ausgerichtet. Interviewer: Und das war bis Mitte der 70iger Jahre? Weil ab Mitte der 70iger ist ja dann die Heroinwelle schon vermehrt eingetreten und bis Mitte der 70iger ...

Interviewer: Ich wollte jetzt nur darauf hinaus - LSD und so? Ob da auch Patienten dabei waren? Dr.Ranefeld: Also LSD eher seltene Sachen. Also wenn jemand auf einem Trip hängen geblieben ist und eher Angstzustände gehabt hat weiterhin oder ... aber das waren ganz seltene Fälle. Interviewer: Ganz seltene Fälle? Dr.Ranefeld: Ganz selten, ja. Interviewer: Also so vielleicht Einer unter 10 dann? Ist das so über den Daumen? Dr.Ranefeld: Nein. Viel, viel weniger. Interviewer: Viel weniger? Dr.Ranefeld: Selten. Interviewer: Ganz selten? Dr.Ranefeld: Kann nur selten sagen, ja?!

Interviewer: Und gab's eine signifikante Frequentierungserhöhung während den 70iger Jahren? Wo man sagt, am Anfang waren es weniger und dann ist die Zahl wirklich spürbar gestiegen? Dr.Ranefeld: Nun ja, mit dem Angebot steigt die Nachfrage. Also ich meine damit, mit dem Angebot an der Klinik und dem Club Change sind mehr Patienten gekommen, ja?!? Ja das heißt nicht unbedingt, dass mehr Drogen konsumiert worden sind, wohl auch, aber das Angebot hatte die Nachfrage, dort hinzukommen, geschaffen. Interviewer: Und hat es dann schon einen spürbaren Anstieg gegeben also? Dr.Ranefeld: Ja es waren dann, ich war dann nach und nach wirklich ausschließlich nur mit Drogenabhängigen und Vorbereitungen zu den stationären Entzügen oder Drogenabhängigen ambulanten Betreuung, mit Harntests usw. fast ausschließlich beschäftigt, ja.

Interviewer: Da wäre dann auch gleich meine Frage, wie die Vorbereitung auf den stationären Entzug aussah? Sie haben gesagt so 3 bis 4 Termine mussten wahrgenommen werden. Wie hat das ausgesehen? Die Vorbereitung in den einzelnen Sitzungen? Von Vorgaben die dann gemacht worden sind? Oder was ist da genau passiert bei der Vorbereitung zum stationären Entzug? Dr.Ranefeld: Na ja klar ... Eigentlich recht wenig. Im Prinzip galt es nur zu schauen mit welcher Motivation jemand zum Entzug kommt. Man hat geschaut, dass also 2 bis 3 Mal der Patient Termine einhalten kann bis ein Platz da ist und wenn er einen Termin nicht eingehalten hat, ist er quasi rückgestuft worden, bis er sie wieder eingehalten hat. Also um zu gewährleisten auch, dass er dann zum Entzug auch wirklich kommt, Respekt bereit ist. Also es ging um einen Gesprächskontakt, sich kennenzulernen und so. Auf die Möglichkeiten vom

Club Change hinweisen und auf die Möglichkeiten auch der Überlegung und was ist dann nach dem Entzug?! Ist geplant, also Langzeittherapie in Mödling oder davor noch in der, im 23. Bezirk in der kleinen Einrichtung ... Interviewer: Breitenfurterstraße. Mhm. Dr.Ranefeld: Und das war es eigentlich, ja. Kontaktaufnahme auch durch Mödling schon beim Entzug sind Leute vorbeikommen, da war ich aber nicht in Mödling. Interviewer: Bei Dr. Pernhaupt dann? Dr.Ranefeld: Ja.

Interviewer: Mussten die Patienten auch schon drogenfrei sein in der Zeit bis sie stationär aufgenommen wurden? Also hat es keine Harntests oder so gegeben? ... Dr.Ranefeld: Nun ja, wenn sie Harntests gemacht haben sah man ja, ob sie drogenfrei sind oder nicht. Das war aber die Klientel wo es darum gegangen ist, dass sie entweder ambulant tatsächlich versuchen drogenfrei zu sein, ohne Gerichtsverhandlung im Hintergrund oder hauptsächlich mit Gerichtsverhandlung im Hintergrund, um möglichst viele Tests zu produzieren die drogenfrei sind. Ansonsten wenn es nur um einen Entzug gegangen ist, wäre es ja unsinnig zu verlangen, dass die Patienten den Entzug schon vorher gemacht haben, wenn sie zum Entzug gehen. Interviewer: Das ist schon klar, aber nur die Vorbereitung für den stationären Entzug? Also hat man dann schon einen Harntest gemacht, wenn der Patient 2-3 Mal gekommen ist? Um zu schauen ob die Intension und die Motivation auch schon da ist? War das ein Kriterium? Dr.Ranefeld: Nun ja, was brauche ich einen Harntest wenn ich zum Entzug gehe? Ich gehe davon aus, dass er drauf ist. Und er sagt ja auch, dass er drauf ist, weil er ja einen Entzug will. Ja, wesentlich war den Leuten klar zu machen, dass sie unter keinen Umständen, wenn sie nachher, nach dem Entzug etwas nehmen, die gleiche Dosierung nehmen wie vorher, weil das tödlich ist. Das musste man den Patienten auch noch sagen natürlich.

Interviewer: Sie haben auch erwähnt die medikamentöse Einstellung? Wenn jemand wirklich depressiv war, also Antidepressiva haben Sie gemeint gehabt, dass man das den Patienten gegeben hat und dass Sie das eigentlich eher selten gemacht haben?! Dr.Ranefeld: Selten, selten. Interviewer: Aber da war auch meine Frage ahm ... Wenn jemand gekommen ist mit psychotischen Zuständen ... um die Patienten runter zu holen, haben Sie da Psychopharmaka oder so dafür? Dr.Ranefeld: Wenn jemand psychotisch, im psychotischen Zustand gekommen ist, war die Frage bekomme ich ein Bett, dass er aufgenommen wird? Ja?! In erster Linie. Interviewer: Und war das gleich direkt bei Herrn Dr. Presslich oder generell um ...? Dr.Ranefeld: Das war dann oft bei psychotischen Zuständen, wenn nicht der Dr. Presslich ihn doch genommen hat auf die Intensivstation, dann war es halt irgendeine Station im Haus, wobei aber natürlich die Wahrscheinlichkeit, dass er am nächsten oder übernächsten Tag auf den Steinhof kommt, groß war. Interviewer: Steinhof dann im Sinne von weisungsgebunden schon oder?

Dr.Ranefeld: Nun ja, wenn es eine freiwillige Aufnahme war konnte der Betreffende ja, wenn er nicht selbst- oder fremdgefährlich war, direkt von uns entlassen werden. Zum Beispiel am nächsten Tag, wenn es nur eine Episode war. Wenn nicht konnte es aber auch passieren, dass es zu einer entsprechenden amtsärztlichen Begutachtung gekommen ist und der Patient ist dann mit "Parere" am Steinhof gekommen. Interviewer: Mit "Parere"? Dr.Ranefeld: "Parere"? Das heißt, also es schaut ihn wer an, ein Amtsarzt, der also so quasi auch im Falle einer freiwilligen Aufnahme, wo man den Betreffenden nicht entlassen wollte oder konnte, eben seinen Zustand überprüft hat, sodass er auch unfreiwillig in das zuständige Psychiatrische Krankenhaus, also Steinhof gekommen ist.

Interviewer: Wie oft war das der Fall? Das Leute psychotisch gekommen sind und dann halt wirklich auf den Steinhof weiterüberwiesen wurden? Dr.Ranefeld: Das hat sehr geschwankt. Also man darf nicht vergessen, das ist ja das alte Problem des AKH. Es ist ja eigentlich eine Forschungsklinik und keine Versorgungsklinik. Auch in der Psychiatrie. Also man wird, würde so sagen, wessen Fall Interesse weckt bleibt und wessen Fall nicht Interesse weckt, geht auf den Steinhof.

Interviewer: Mhm. Das heißt Dr. Sluga, Dr. Bruck und Dr. Mader, das weiß ich von Herrn Professor Springer noch, da hat er gemeint, die sind alle aufgenommen worden, weil man natürlich die Forschungsobjekte auch brauchte in dem Sinne ... Dr.Ranefeld: Ja. Interviewer: Genau und wie ist das dann gehandhabt worden? Dr.Ranefeld: Aber Manche sind halt bald auch weitergeschickt worden.

Interviewer: Mhm. Und wie viele waren des ungefähr? Über den Daumen? Wo man sagt ...? Dr.Ranefeld: Das ist zu unterschiedlichen Zeiten anders gewesen. Also wenn jemand schon eingeliefert worden ist mit einer Überdosierung oder randalierend, oder auch von der Polizei damals noch direkt in die Aufnahmestation B12 zum Beispiel gekommen ist, konnte es sein, dass er am nächsten Tag bereits am Weg zum Steinhof war. Also da sind fast alle auf diesem Weg nach Steinhof gekommen. Wenn jemand über die Ambulanz aufgenommen worden ist, dann und wann, dann sah die Sache anders aus. Dann war die Aufnahme eine freiwillige und dann konnte es sein, dass er eine Zeit lang geblieben ist und dann von uns entlassen worden ist.

Interviewer: Aber nur von der ungefähren her Zahl noch, also wie viele waren das da so? Dr.Ranefeld: Das weiß ich nicht mehr. An sich müsste es Statistiken geben. In der Ambulanz zum Beispiel, wo die Frau Professor Fischer ist, nicht?! Sie hat ja die Drogenambulanz dann wirklich als Leiterin übernommen und hat einmal vor einigen Jahren die Geschichte der Drogenambulanz auch erheben lassen. Interviewer: Genau, aber die Patientenzahlen, Überweisungen (Kopfschütteln) ... Dr.Ranefeld: Keine Patientenzahlen?! Interviewer: Um die

70er Jahre ist es schlecht bestellt. Muss ich dann hochrechnen aufgrund Ihres Interviews, weil ich auch von Herrn Dr. Presslich weiß, dass man dann halt mal mit Depressionen die Diagnosen gestellt hat oder Sonstiges, um die Patienten auch zu schützen, also ... Dr.Ranefeld: Na ja sicher, ja?! Interviewer: Genau. Das ist noch mein Problem, das wollte ich Sie am Schluss dann fragen. Dr.Ranefeld: Es war ja damals auch ein Sturz im Rausch zum Beispiel etwas, wo der Betreffende unter Umständen die gesamten Transportkosten usw. hätte übernehmen müssen. Wenn man hingegen schreibt, im Zusammenhang mit Alkoholabhängigkeit, beschreibt man eine Krankheit und die Krankenkasse übernimmt die Kosten. Interviewer: Alles klar. Mhm. Dr.Ranefeld: Ja?!

Interviewer: Damals ist ja glaube ich von Prof. Hoff noch gesagt worden, dass alle Deliranten direkt ins AKH kommen. Dr.Ranefeld: Ja, das war in dieser Zeit tatsächlich so, dass die Delirien auf B 12 behandelt worden sind. Da gab es noch keine Intensivstation. Ja?! Interviewer: Mhm. Die Intensivstation gab es ab wann? Dr.Ranefeld: Umgezogen sind wir von der Klinik Dr. Hoff glaube ich 1974. Ja, damit muss es auch eine Intensivstation gegeben haben. Wurde eingerichtet. Interviewer: Mhm. Also war das gleich?! Dr.Ranefeld: Ja.

Interviewer: Von den Präparaten her wollte ich noch wissen, wenn die Personen etwas bekommen haben, haben Sie ja gemeint, die Antidepressiva von damals hatten natürlich nicht die Qualität gehabt ... Dr.Ranefeld: Nicht wie die Heutigen ja! Interviewer: Aber was für Präparate hat man denn da so gegeben? Nur, dass ich so ein Beispiel geben kann. Dr.Ranefeld: Na ja klar. Damals "Deanxit". Das gibt es noch immer. Ist ein Mischpräparat. "Insidon". Das war also ein bisschen, eher neuroleptisch wirksam. Also das sind natürlich nur die, nicht die generischen Namen, sondern die Firmennamen ... Interviewer: Natürlich, ja. Dr.Ranefeld: Das heißt, wenn Sie das schreiben ... Interviewer: Namen von Präparaten ... Mhm. Dr.Ranefeld: ... meinen Sie eine bestimmte Firma. Interviewer: Mhm. Dr.Ranefeld: Andere Firmen haben vielleicht auch so etwas. Ja und gewisse Tranquilizer habe ich durchaus auch gelegentlich gegeben. Eben in der Zeit vor einer stationären Aufnahme, wegen dem Entzug. Dann und wann, also eben, warten Sie das war, ungern "Valium" ... Interviewer: Und die Tranquilizer vor dem Entzug, das heißt immer vor dem stationären Entzug dann? Dr.Ranefeld: Wie? Noch einmal? Interviewer: Oder wenn jemand einen ambulanten Entzug auch gemacht hat? Immer vor dem stationären Entzug ...? Dr.Ranefeld: Nur das. Auf das habe ich mich nicht eingelassen bei ambulanten Behandlungen Tranquilizer zu verschreiben. Interviewer: Mhm. Ja das ist klar. Dr.Ranefeld: Na gut, dann kann ich gleich einen Bauchladen aufmachen, nicht?! Interviewer: Natürlich das habe ich mir gerade auch gedacht. Dr.Ranefeld: Ja, das geht ganz einfach, da brauche ich nur so ...

Interviewer: Und prozentuell gesehen so? Wie häufig war das der Fall, dass man wirklich die Patienten einstellen musste kurzerhand? Eben medikamentös zur Vorbereitung für den stationären Entzug? Dr.Ranefeld: Nun ja, man hat ihnen geholfen, dass sie über die Runden kommen bis zum stationären Entzug. Soweit es eben verantwortlich war, nicht?! Wenn jemand gekommen ist offensichtlich beeinträchtigt durch Alkohol oder schon Barbiturate, dann hat man ihm natürlich nix geben. Ja?! Rezept nicht geschrieben, sondern ein paar mitgegeben. Interviewer: Na klar. Dr.Ranefeld: Ja?! Interviewer: Und wie oft war das der Fall, so in einem Verhältnis 1 zu 10 Patienten die gekommen sind mit diesem Zustandsbild, um ...? Dr.Ranefeld: Also es gab einen kleinen aber harten Kern der ist andauernd beeinträchtigt gekommen. Der ist eigentlich nicht zum Entzug gekommen, sondern da war eine gewisse Bindung zu mir da und die sind halt vorbei gekommen und man hat ein bisschenl getratscht und ... ob er nicht doch einen Entzug machen möchte, ob er ins Change rüber kommen will ... Weil das der bessere Ort war, als die Ambulanz natürlich am Vormittag, um mit ihm in Kontakt zu bleiben oder ob er sonst was braucht, wie zum Beispiel Gericht, ob es eine Chance gibt Harntests zu machen oder nicht. Solche Sachen hat man geklärt. Aber ich würde sagen ein Großteil derer die gekommen sind, eben die paar Mal vor dem stationären Entzug, da würde ich meinen, dass diese mehr als zwei Drittel ausgemacht haben. Interviewer: Mehr als zwei Drittel? Dr.Ranefeld: Dieses Klientel! Die anderen waren so halt die, die man durchaus im guten Sinn mitgeschleppt hat, unter die Arme gegriffen hat und sie in den Club Change eingeladen hat.

Interviewer: Und von den Tranquilizern? Also die zwei Drittel waren dann wirklich auch so vorbereitet? Dr.Ranefeld: Hm? Die zwei ... Interviewer: Also die zwei Drittel von dem harten Kern, die dann wirklich stationär aufgenommen worden sind, die haben dann auch zur Vorbereitung halt? Dr.Ranefeld: Gelegentlich. Interviewer: Gelegentlich? Dr.Ranefeld: Nun, sagen wir so, wenn sie sich mit Drogen versorgen konnten bis zur Aufnahme, dann brauchen Sie ja keine Tranquilizer. Es ging ja nur darum, wenn also die Drogenbeschaffung nicht so geklappt hat und der Betreffende schon vorweg in einem Entzug war, ihm eben diese entsprechende Zeit bis zum Entzug zu ermöglichen. Interviewer: Na ja natürlich. Interviewer: Dann werde ich das auch so in der Arbeit halten müssen. Genau.

Dann wäre meine Frage, weil ich da mit dem Herrn Dr. Presslich gesprochen habe, wurden schon zu Ihrer Zeit, wurde da schon begonnen mit Neuroleptikaentzügen? Bevor dann natürlich erst in den 80iger Jahren das Methadon gekommen ist. Ab wann hat man da begonnen? Also wurde da schon begonnen zu Ihrer Zeit? Dr.Ranefeld: Was denn? Interviewer: Mit Neuroleptika zu entziehen?

Dr.Ranefeld: Da müssten Sie den Herrn Dr. Presslich fragen. Das weiß ich jetzt

... Interviewer: Mhm... Nun, ich hab mir nur ... Dr.Ranefeld: ... nicht. Ich habe mich also für den medikamentösen Teil des Entzuges nicht so wirklich interessiert, sondern die Zusammenarbeit war hauptsächlich mit Oberarzt Presslich und der Crew unten in der Intensivstation, um für Süchtige auch ein gutes akzeptierendes Klima zu schaffen, weil an sich das Pflegepersonal Süchtige gern als aussichtslos, gern nicht, aber aussichtslos und eine Belastung und es nutzt eh nix, eben abgeschrieben gehabt hat. Ursprünglich. Und dann war die Kooperation aber groß. Allmählich dann. Und das war die Hauptaufgabe, dass ich mit dem Pflegepersonal unten geredet habe und wir uns unterhalten haben, über die Drogenszene, über Drogenabhängigkeit usw., um ein Feld zu haben, wo eine gewisse Akzeptanz besteht der Klientel gegenüber.

Interviewer: Und gab es dann so eine wöchentliche ... Dr.Ranefeld: Eine Zeitlang gab es auch wöchentlich, bin ich runter gekommen auch wöchentlich, eine nicht so kurze Zeit, wo wir uns immer zusammen gesetzt haben. Eben die Pfleger und Schwestern die gerade da waren, 5 bis 6 eben und haben über das was so gewesen ist, auch auf der Station und was die Arbeit mit Drogenabhängigen betrifft und etwas von dem Gefängnis, wo ich sonst auch noch arbeite habe ich erzählt ... Also würde sagen eine fachorientierte Plauderei zur Hebung der ... Interviewer: Der allgemeinen Motivation?!? Dr.Ranefeld: Ja. Zusammenarbeit, der Kooperation usw.

Interviewer: Und wann hat das begonnen, dass das so einmal wöchentlich war? Also gab es dann einen Sitzungsraum den man sich genommen hat und ...?

Dr.Ranefeld: Nun ja, es muss gewesen sein ... Ja, es gab unten auf der Intensivstation, gab es also so einen Bereitschafts- Privatraum für Pfleger und dort haben wir uns versammelt. Also die paar Leute eben die abkömmlich waren. Der Dienst ging ja weiter außerhalb. Ich würde schätzen, nun ich rate einmal und Sie haben ja den Herrn Dr. Presslich auch gefragt vielleicht. Ich würde sagen, wahrscheinlich 1977, 1978. Interviewer: Hat das begonnen, dass man wirklich intensiv ...? Dr.Ranefeld: Die Regelmäßigen. Interviewer: Die Regelmäßigen?! Dr.Ranefeld: Glaube ich, ja. Dr. Presslich müsste es eigentlich auch wissen. Vielleicht. Interviewer: Ich habe ihn nicht dezidiert danach gefragt. Dr.Ranefeld: Ja, aber ich schätze so. Es wird nicht sehr falsch sein. Ja?! Eben die letzten Jahre wo ich an der Klinik war.

Interviewer: Und das war einmal in der Woche? Dr.Ranefeld: Einmal in der Woche, ja. Interviewer: Unter dem Normalbetrieb natürlich. Also das war dann unter der Hand so, wenn jemand Zeit gehabt hat, dass Sie gesagt haben ...?

Dr.Ranefeld: Na ja, eben Normalbetrieb hat geheißen, es gibt einen "Jour fixe", eine bestimmte Zeit dazu und dabei sitzen die, die gerade können. Außerdem können die ja auch raus gerufen werden wenn etwas los ist.

Interviewer: Und an welchem Tag war das? Und für wie lange? Dr.Ranefeld:

Ich rate. Freitag. Interviewer: Freitag? Dr.Ranefeld: Ich denke am Freitag deswegen, weil am Freitag war ich ... Interviewer: Waren Sie ... genau, nicht in Favoriten. Dr.Ranefeld: Nicht in Favoriten. Außerdem habe ich gelegentlich von Freitag auf Samstag Dienst gehabt, Nachtdienst und das konnte man dann leicht kombinieren. Donnerstag ging es sicher nicht und Montag, Dienstag war ich ja auch in Favoriten. Also vielleicht zweite Wahl Mittwoch. Interviewer: Zweite Wahl Mittwoch? Dr.Ranefeld: Ja.

Interviewer: Und das ist dann ... Wie lange ist das gegangen? So eine Stunde? Die man sich genommen hat? Dr.Ranefeld: Ungefähr eine Stunde. Interviewer: Eine Stunde. Dr.Ranefeld: Ja. Das war nicht so mit auf die Uhr schauen. Es war ungefähr eine Stunde. Interviewer: Mhm und nachmittags? Vormittags ist ja nicht gegangen?! Dr.Ranefeld: Es muss wohl um die späte Mittagszeit gewesen sein, denn wie gesagt, ich also etwas früher von der Ambulanz weggegangen bin von oben, hinunter gegangen bin und da ich gelegentlich auch Mittwoch Nachtdienst gemacht habe, weil es war ja der Tag wo ich nicht in Favoriten war, ja?! Also würde es passen Freitag oder Mittwoch. Dr.Ranefeld: Kann durchaus auch Mittwoch gewesen sein. Ich weiß es nicht mehr.

Interviewer: Und die Gruppengröße? So um die 6 Personen haben Sie gemeint? Dr.Ranefeld: Ja. Interviewer: Super. Von den Sozialarbeitern haben wir das letzte Mal auch gesprochen gehabt, da habe ich dann aber nicht gewusst, wie viele es für das AKH waren. Dr.Ranefeld: Was denn? Interviewer: Also Sie haben ja immer welche mitgebracht, Sozialarbeiter, also Praktikanten der Bewährungshilfe und da wollte ich fragen, haben Sie welche im AKH auch mit gehabt? Dr.Ranefeld: Nein. Interviewer: Im AKH gar nicht? Dr.Ranefeld: Im AKH nicht, sondern nur in Favoriten und im Change. Und zwar angehende Sozialarbeiter die praktisch fast alle, bis auf ein - zwei Ausnahmen die sowieso im Change tätig waren, erst in Ausbildung waren, ja?! Interviewer: Genau, das haben wir besprochen. Und dann haben Sie ja gemeint, die Arbeit war nicht sehr beliebt ...? Dr.Ranefeld: Was denn? Interviewer: Was waren die Probleme? Eben in der Ambulanz im AKH haben Sie dann gemeint, der Herr Dr. Presslich hat Ihnen dann als Mittelsmann mehr oder weniger, ist Ihnen da beigestanden ... Dr.Ranefeld: Ja sehr, sehr. Er hat mich sehr unterstützt. Also es war diese, diese wie sagt man heutzutage ... Implementierung der Drogentherapie in der Ambulanz war nicht erwünscht eigentlich.

Interviewer: Hatte man da Ihnen auch Steine in den Weg gelegt oder war sie eher nur so ... unwillig? Dr.Ranefeld: Nun ja, insofern, dass ich einerseits für die Forensik und Justiz gearbeitet habe, war ich ja nicht so abhängig von der Klinik, weil also quasi gesponsert hat mich ja - uste die Klinik, die Justiz, ja?! Und in deren Interesse war ich sehr wohl, dass ich also im Drogenbereich tätig bin. Zum anderen hat mich unterstützt die Bewährungshilfe, siehe Club Change, zum Dritten war ich ja dann eigentlich direkt auch, jedenfalls zum größten Teil

dem Herrn Dr. Sluga unterstellt, der Forensik, der ja auch ein Interesse gehabt hat, dass Favoriten läuft. Also bei allen Animositäten haben die also letztlich höchstens kleine Unannehmlichkeiten für mich bereitet. Ich konnte mir zum Beispiel leisten, wie ein Leiter, der spätere Leiter der Ambulanz gesagt hat, er will nicht, dass ich nur Drogenabhängige anschau, ich sagen konnte: „Und ich mache es trotzdem“. Ja?! „Wir können das ja in den Medien austragen“. Interviewer: Mhm. Ok. Wer war der damalige Leiter dort? (Name zensiert) Ja ich weiß nicht was da in ihn gefahren ist, dass er glaubte er muss mich da auf die allgemeine Linie bringen. Es war die Zeit wo ich also viel mit Drogenabhängigen zu tun gehabt habe. Sie auf alle anderen Ärzte aufzuteilen, die mit einem Patienten nichts zu tun gehabt hatten, wäre ja unsinnig gewesen. Es war wahrscheinlich ein nicht bedachter Ärger der ihn dazu geführt hat es mir zu sagen.

Interviewer: Dann wollte ich noch fragen ... ein "Einsichtsgesetz"? Gab es das nicht damals für psychiatrische Anstalten, dass sowohl Gerichte, Polizei und das Heer Einsicht nehmen konnten in die Patientendaten? Das da wer gekommen ist? Dr.Ranefeld: Also das beim Club Change hab ich Ihnen schon erklärt?! Interviewer: Genau. Ja. Dr.Ranefeld: Ja. Das andere ist eine schwierige Sache. Da kann ich Ihnen keine Antwort geben.

Interviewer: Genau. Das Anhalte-Gesetz wollte ich noch fragen, weil bei Dr. Sluga, Dr. Mader und Dr. Bruck die Patienten dann so 3 bis 4 Wochen dageblieben sind. Natürlich zur Untersuchung. Dr.Ranefeld: Wo? Wann? Interviewer: Auf der Station in den 60er und zu Beginn der 70er Jahre glaube ich noch. Das dann die Patienten da waren, da man natürlich die Forschungsobjekte brauchte. Ist da das Anhalte-Gesetz ...? Dr.Ranefeld: Damit habe ich, also damit haben wir jetzt nichts mehr zu tun gehabt, denn, also in der Ambulanz mit dem Entzug und der Entlassung aus dem Entzug ist der Patient gegangen. Entweder ins Change oder nach Mödling, oder halt nirgendwo hin. Ja?! Also angehalten ist da sicherlich keiner geworden. Interviewer: Ist da nichts ...? Dr.Ranefeld: That's Dr. Presslich. Interviewer: Nein bei Dr. Presslich eh nicht, aber ich meine nur bei Dr. Bruck, Dr. Mader und Dr. Sluga vorher? Dr.Ranefeld: Nun, das weiß ich nicht. Also eigentlich, ich bin zwar seit 1972 auch an der Klinik gewesen, aber in meiner Erinnerung waren die Patienten nicht besonders interessant für die, für die psychiatrische Klinik. Es war eher schwierig sie behalten zu können, ja?! Sie sind ja meistens wenn sie direkt aufgenommen worden sind, auch direkt am nächsten, übernächsten Tag auf den Steinhof gekommen. Nur bei geordneten Aufnahmen und entsprechender Unterstützung, also da sind die Eltern dann kommen oder so in der Weise, haben sich besorgt gezeigt und Überlegungen waren einer weiteren Vorbereitung für Mödling zum Beispiel, ist jemand länger geblieben. Dann und wann. Interviewer: Ok. Dann und wann. Ja. Dr.Ranefeld:

Dann und Wann. Aber nicht mit dem sogenannten "Anhalte-Parere" ...
Interviewer: Parere. Dr.Ranefeld: Ja?! Das sogenannte Parere, ja?! Die unfreiwillige Aufnahme mit Anhaltung.

Interviewer: Und am Steinhof? Wer war denn da der Arzt zu dem man den Patienten überwiesen hat? Wer war da die Kontaktperson, also ...? Dr.Ranefeld: Das war damals eine Ärztin. Mir fällt der Name nicht ein. Eine Ärztin die früher auch im AKH war und später auf dem Steinhof. Ich weiß jetzt ihren Namen nicht mehr. Die ist schon ... Interviewer: Vielleicht Frau Dr. Pfersmann. Dr.Ranefeld: tot. Aber ich weiß nicht, sie ist gestorben, das weiß ich. Hm? Interviewer: Frau Dr. Dorothea Pfersmann? War es dann glaube ich, nicht?! Dr.Ranefeld: Nein. Frau Dr. Pfersmann oder ...? Interviewer: Dr. Pfersmann. Dr.Ranefeld: Nein, das ist später.

Interviewer: Die offizielle Gründung der Ambulanz, denn ich habe Sie eigentlich aus den Daten von der Frau Dr. Fischer entdeckt. Das habe ich Ihnen das letzte Mal schon gesagt, Sie als Gründer und Leiter der Drogenambulanz drinnen stehen. Da haben Sie ja schon das letzte Mal gemeint, dass die Gründung bei Ihnen nicht war und Leiter waren Sie in diesem Sinne ja auch nicht ...?! Dr.Ranefeld: Weil sie haben noch keine ... Interviewer: Weil es hat ja keine gegeben?! Dr.Ranefeld: Ja. Es hat ja keine Drogenambulanz eigentlich geben, ja. Interviewer: Genau. Und ab 1980 hab ich aber Frequentierungszahlen schon drinnen. Aus dem Buch von Herrn Dr. Katschnig. Jetzt wollte ich wissen, ist dann 1980 das Gründungsdatum? Das offizielle der Drogenambulanz? Also ...? Weil da wird ja schon ... Dr.Ranefeld: Ja da war ich schon weg. Interviewer: Da waren Sie schon weg?!? Dr.Ranefeld: Ja. Interviewer: Denn ich habe Sie nämlich auch bis 1981 da drinnen stehen. Deswegen habe ich ja gemeint ... Dr.Ranefeld: Ja da war ich schon weg. Also darum habe ich auch gesagt, bitte nicht Leiter, das stimmt so nicht, sondern ich war so quasi, die subversive Zelle der Drogenszene im AKH, wenn man es so nennen will. In der Ambulanz.

Interviewer: Dann die letzte Frage schon und die mitunter Wichtigste für mich natürlich bezüglich der quantitativen Patienten Zahlen. Und zwar von den Stationen werde ich das hochrechnen, natürlich nach der Frequentierung wie Sie mir das gesagt haben mit den Kontaktdaten. Aber es gab ja immer wieder Gesamtmeldungen die das AKH dann gemacht hat. Einfach nur Gesamtmeldungen an das jeweilige Ministerium-, Amt. Was für Patienten das man gehabt hat, wie das unterteilt worden ist. Wo bekomme ich diese quantitativen Zahlen her? Also, wenn Sie ... Dr.Ranefeld: Welche? Ich meine ... Interviewer: Vom stationären Entzug in dem Sinne. Von den Aufnahmen die drogeninduziert waren!? (Vertraulich)

Dr.Ranefeld: Kann ich Ihnen nur empfehlen sich zu informieren. Aber bis wann

wollen Sie, also ich meine bis zu welchen Jahreszahlen wollen Sie diese?
Interviewer: Über die 70iger Jahre. Von 1980 bis 1985 hat Herr Dr. Katschnig
Frequentierungszahlen publiziert. Dr.Ranefeld: Ja, dann können Sie die
"Zukunftsschmiede" (Einrichtung) streichen. Die ist später erst entstanden. Dann
kann es nur Kalksburg sein. Und wenn der Herr Dr. Werdenich noch nicht in
Pension ist, dann Favoriten, nicht?! Interviewer: Mhm. Das ich dort mir die
Zahlen besorge. Dr.Ranefeld: Ja. Wenn die Sie herausrücken. Interviewer: Dr.
Werdenich. Mhm. Danke Herr Dr.

6. Interview mit Primarius Dr. Peter Hermann

(Mitbegründer der „offiziellen“ Drogenambulanz
des AKH Wien von 1979 – 1982)

vom 19.1.2011

Interviewer: Nach dem Herrn Dr. Ranefeld sind ja Sie ins AKH auf die Drogenambulanz gekommen? Dr.Hermann: Mhm ... Interviewer: Und da hätte ich gerne gewusst, da ich keine Aufzeichnungen darüber gefunden habe, wann Sie denn da das Amt angetreten haben? Also an der Drogenambulanz? Dr.Hermann: Das ist eine peinliche Frage, wo ich jetzt nicht so genau ... Interviewer: Herr Dr. Ranefeld ist 1979 weggegangen ... Dr.Hermann: Es war nachdem ich vom KH Gugging zurück gekommen bin. Das heißt, ich muss meinen Curriculum Vitae aufmachen und nachschauen.

Dr.Hermann: Es ist schon so, es gibt da Vorstadien einer Drogenambulanz, die dort in Person von Dr. Ranefeld und da war noch jemand? Interviewer: Ja vorher waren Dr. Pernhaupt und Dr. Springer, dann Herr Dr. Ranefeld, Herr Dr. Presslich sowieso. Dr.Hermann: Ja Dr. Presslich, aber Dr. Presslich hat aber nicht die Ambulanz gemacht, sondern der Herr Dr. Presslich hat die Entzugsstation begonnen und Oberarzt Presslich hat mich an die Klinik gebracht. Und auch der Dr. Ranefeld hat gearbeitet mit einer mittleren Anzahl von Patienten, letztlich unabhängig von der Entzugsseite. Ich habe nachdem ich von der Landesheilanstalt Gugging zurück gekommen bin auch begonnen auf der, nachdem ich bei Dr. Presslich zuerst in der EEG Station war, auf der psychiatrischen Intensivstation zu arbeiten, was mich am Anfang sehr geschreckt hat, weil ich ja eigentlich auf die Psychiatrie gegangen bin, da ich nicht schwer kranke Menschen haben wollte und auf einer Intensivstation zu befürchten ist, dass irgendjemand stirbt. Und solche Sachen waren eigentlich nicht mein primäres Zielgebiet. Und das hat sich aber dann, relativ bald eingependelt, da ich handwerklich ein begabterer Mensch bin. Denn ich konnte auch Cava-Katheder stechen und ähnliches relativ schnell und bin drauf gekommen, Gott sei Dank sterben die Patienten nicht an den 3000 Krankheiten die ich nicht kenne. Nicht einmal an den fünf Stück die ich kenne, sondern in der Regel geht das eh ganz in Ruhe über die Runden und man überlebt die Nacht samt den Patienten. Was dort hat alles gepiepst und getutet. Man ja nicht so genau weiß als junger Doktor noch.

Und aus der Vorbereitung zu den Entzügen, wo wir eine Warteliste hatten von 60ig Patienten oder so, von denen uns ein Viertel bis ein Drittel herunter gestorben ist wie man so schön sagt, denn die waren dann einfach weg. Und es war dann so, dass wir gesagt haben, ok, bevor ich gar nichts tue, teile ich am Gang vor der psychiatrischen Intensivstation Medikamente für die Patienten aus. Und im Rahmen dieser Tätigkeit habe ich mir auch meine Hepatitis C

zugezogen, da ich diese seit 1981 habe, daher muss es ungefähr dieser Zeitraum sein. Weil Dr. Presslich drinnen im Patientenzimmer schon geschrien hat: „Hermann Visite“, während ich draußen noch mit den Patienten herum gewerkt habe und Blut abgenommen habe und Ähnliches und da sticht man sich halt.

Und es war uns damals das mit dem Ansteckungsrisiko, damals auch noch HIV mäßig, noch gar nicht bewusst. Interviewer: Ist erst 1983, 1984 dann mhm ... Dr.Hermann: Na und Gott sei Dank hab ich mir nicht HIV, sondern nur Hepatitis C geholt, die bis jetzt, Gott sei Dank, mich nicht so belastet hat, aber die jetzt mit zunehmendem Alter kritisch wird, weil man auch, wenn man vorher nicht viele Symptome hat, dann doch eine Zirrhose entwickelt, was einen nicht wirklich freut.

Interviewer: Ahm, wegen der Gründung der Drogenambulanz, denn ... Dr.Hermann: Die wurde nicht gegründet. Interviewer: ... seinerzeit war es ja noch nicht offiziell begründet. Dr.Hermann: Das waren Patienten vom Dr. Ranefeld ... Interviewer: Genau. Dr.Hermann: ... und es hat auch nicht Drogenambulanz geheißen, sondern das waren halt Drogensüchtige, die zum Dr. Ranefeld gekommen sind, in einem Setting, dass ich nicht genau kenne, weil es ... Interviewer: Nun, da habe ich schon die Interviews geführt mit Herrn Dr. Ranefeld.

Interviewer: Also während ihrer Zeit ist die Spezialambulanz auch noch nicht etabliert worden? Dr.Hermann: Doch, die habe ich erfunden, das erzähle ich ihnen dann, wenn ich meinen Lebenslauf gefunden habe. Es war dann so, dass die Nordspange von der Station 4C abgebrannt ist und die wurde dann restauriert, aber in der Restaurierungszeit hatte man die Pfleger entlassen und dann wollte man sie wieder aufsperrern, aber man hat keine Pfleger mehr gehabt und die Station war somit unbenützt. Und aus Zufall hatte mein Zimmerschlüssel dort gesperrt. Also ich hatte dann meine Tätigkeiten von dem Gang vor der Intensivstation, auf die Nordspange der Station 4C verlagert. Interviewer: Wo ist die Nordspange? Dr.Hermann: Die Station 4C hatte in der Mitte die U-Boot Räume ohne Fenster und links und rechts Patientenräume mit Fenster. Und die Südspange ist direkt dort wo die Station 4C ist und die Nordspange ist die auf der überliegenden Seite.

Und diese war unbenützt und man konnte über den Gang dort hin und mein Schlüssel hat gesperrt, also habe ich dort begonnen mit der Drogenambulanz. Und zwar mit beträchtlichen Patientenzahlen von Beginn weg und eigentlich eher als Solist. Und habe, ja, dann gab es irgendwann einen Aufstand, weil die Verantwortlichen gesagt haben, sie haben ein Controlling gemacht und wenn die Medikamente die wir auf der Station 4C bestellen, an die 8 Patienten, die dort liegen, verabreicht werden, dann müssten die alle tot sein. Interviewer: Das hatte ich schon von der Zeit vom Dr. Ranefeld gehört, dass das ... Dr.Hermann: Gut.

Und ...

Interviewer: Was ist da an Medikamenten ausgegeben worden zum Beispiel? Also Tranquilizer nehme ich an ...? Dr.Hermann: Nein, wir waren relativ rigid eigentlich. Also wir haben damals weder Substitutionsmittel noch Tranquilizer ausgegeben, sondern tendenziell eher Catapresan und Dominal und so diese Richtung. Interviewer: Mhm ... Clonidin dann auch? Dr.Hermann: Das ist Catapresan. Interviewer: Naloxon und ... Dr.Hermann: Nein. Interviewer: Naltrexon? Dr.Hermann: Nein. Das ist ambulant nicht handhabbar. Denn jedes Mal wenn die Patienten etwas dazu nehmen an verschiedenen Substanzen, kann man nicht mit einem Antagonisten verfahren ... Interviewer: Ja klar ... Dr.Hermann: ... und wir haben dies damals auch noch nicht wirklich verstanden, und ist auch jetzt noch nicht so einfach verständlich wie das genau von statten geht mit den Antagonisten und ich kann mich jetzt im Detail nicht mehr so genau erinnern. Ich habe dann mit 2 - 3 Medizinstudenten im Vorklinikum, ja und nach diesem Aufstand ist es dann so gewesen, dass ich gesagt habe, nun das muss man sanieren. Interviewer: Wann war ungefähr dieser Aufstand? Dass man sagt die Drogenambulanz ist eingerichtet worden 1980? Dr.Hermann: Ich schaue jetzt einmal nach wann ich von Lainz zurückgekommen bin, von der Primarius Lorenz Abteilung. (Civi-Suche) Ab 5. 1979 war ich wieder an der psychiatrischen Universitätsklinik. Kann sein das dies dann ein paar Monate gedauert hat, aber ich gehe davon aus, dass spätestens 1980 das was ich jetzt erzählt habe passiert ist.

Interviewer: Und das heißt auch die Abgabe von den Medikamenten, ... Dr.Hermann: Vor der Tür, müsste ich ungefähr ... Interviewer: ... hat man die Medikamentenvergabe niedergeschrieben? Dr.Hermann: Die haben wir glaube ich nicht niedergeschrieben. Das Problem war ja das mit dem Aufnehmen der Patienten. Interviewer: Ich gebe ihnen dann eh das Transskript, denn ich hab auch vom Herrn Dr. Presslich schon erfahren ...

Dr.Hermann: Denn verstehen Sie, man muss einfach sehen, dass war erstens eine völlig andere Zeit und ich war auch völlig anders noch und wenn ein Doktor so etwas bei mir macht, den bringe ich auf der Stelle um. Aber es war ... Interviewer: Ich kenne die Gesetzeslage... mhm. Dr.Hermann: War damals aber in dieser Form nicht bewusst. Damals war es schon so, dass man aus ethischen Gesichtspunkten heraus gehandelt hat, aber es war üblich, dass ganz gleich wer auf die Klink mit was gekommen ist, die Depressionsdiagnose hatte, weil man den Patienten schützen wollte. Interviewer: Absolut ja. Dr.Hermann: Und was man dokumentiert hat war schon im Sinne einer Vorsichtsmaßnahme, nicht?! Falls etwas sein sollte und das ist aus heutiger Sicht irrwitzig, aber irgendwo war es die damalige Kultur und es war nicht so unordentlich wie es jetzt aus der Weite aussieht, ja?! Und es gab schon Rückkopplungsschleifen, also ich habe

das nicht geheim gemacht. Man kann ja nicht hunderte Patienten geheim versorgen, nicht?! Nur dann zum Professor Dr. Berner hatte es sich nicht durchgesprochen. Und wie gesagt, es gab dann aber Aufzeichnungen, denn wie der Herr Professor Berner drauf gekommen ist, dass er eine Drogenambulanz hat, hatte ich 2500 Karteikarten. Die ich privat gekauft habe. Denn etwas bestellen was keine Strukturmaßnahme ist geht nicht, wenn man keine Struktur hat. (Offizielle Einbettung) Und wie gesagt, dann gab es eben die schrittweise Etablierung, sodass wir von dort unten, weil sie das auch wieder anderweitig verwenden wollten, aber nicht gleich, sondern später, bin ich übersiedelt in die Ambulanz hinauf und habe dort im hinteren Teil ein Kammerl bezogen ...

Interviewer: Das war dann so 1981? Dr.Hermann: So etwas. Wahrscheinlich. Ich kann das nicht mehr lokalisieren, weil ich habe darüber, also damals gab es keinen PC, daher habe ich keine Aufzeichnungen und das was es am Papier gibt, finde ich jetzt in der Geschwindigkeit auch nicht. Und ich habe auch nichts, denn wie ich von der Klinik abgegangen bin sie mich sehr bedroht haben, wenn ich nur irgendetwas von den Karteien oder sonst etwas mitnehme, zeigen sie mich an. Ich habe daher nichts mitgenommen, aber das hat mich damals sehr gekränkt, weil ich das Gefühl gehabt habe, ich hab die Karteikarten ja selbst gekauft. Und außer mir konnte es keiner lesen, denn wenn sie sich vorstellen, ich habe im Alleingang ab 14:00 Uhr oder 15:00 Uhr, wenn eben die Stationsarbeit aus war und 17:00 Uhr oder 17:30, so an die 50ig Patienten gehabt täglich. Dr.Hermann: Einer. Interviewer: Mhm. Wann waren denn die Ambulanzzeiten eigentlich so angelegt? Dr.Hermann: Nun, die waren in der Regel am Nachmittag. Also wenn die Stationsarbeit vorbei war, habe ich in den Ambulanzraum gehen können.

Und das heißt das war ein Dokumentationssystem. Was gab es? Das Datum und dann eine Reihe von 4 bis 5 Zeichen und Kürzel die den Zustand des Patienten, den Drogenzustand und die Medikation betroffen haben, aber das waren nur 4 oder 5 Buchstaben. Ich weiß heute nicht mehr wie ich das kodiert habe. Aber ist ja auf jeden Fall sicher, dass außer mir das niemand lesen konnte. Und ich habe es aber nicht gemacht, dass es keiner lesen kann, sondern wenn sie fünfzig Patienten in 2 1/2 Stunden haben, ist das alles schwer ohne Kürzel zu dokumentieren. Und wir haben damals mit Infusionen gearbeitet, dass heißt die Patienten sind dort gesessen, da hatte ich eine solche Untersuchungsliege, auf der sind gesessen 5 bis 7 Patienten ... Interviewer: Das heißt im Besprechungszimmer, eine Liege daneben und ... Dr.Hermann: Nicht im Besprechungszimmer, sondern das waren diese Ambulanzräume wie sie sind, da ist eine Untersuchungs- liege gewesen, ein Schreibtisch und ein Sessel. Und auf der Untersuchungs- liege habe ich aufgereiht so viele Patienten wie hinauf gepasst haben, habe ihnen zack, zack, zack, zack, die Infusion angehängt und habe mit Sieben auf einmal geredet, was den Vorteil hatte, dass ich Erstens nur einmal für

sieben Patienten sprechen musste und dass wenn einer mit besonderen „Wuchtern“ gekommen ist, die anderen Patienten gesagt haben: „Oida bitte lass dir das Ding, wissen wir schon dass du es probierst, aber vergiss es.“ Das war sehr energiesparend und ging auch relativ gut, weil wir haben dort ja primär Entzüge gemacht, denn das war die primäre Zielrichtung und ich bin aus der Entzugsbehandlung gekommen.

Und wir hatten so um die 50%, wenn wir Glück gehabt haben, ein bisschen mehr Erfolgsrate. Die habe ich jetzt mit einer vollausgestatteten Station auf dem Steinhof auch nicht besser. Und zwar, weil es von der Technik her gesehen wurscht ist, denn von den Patienten die kommen nur 50% für nüchtern geeignet sind. Das ist auch beim Alkohol so. Der Dr. David hat auf der Alkoholstation eine Drop-out Rate von 49 bis 53%. Das bedeutet, möglicherweise sollte man darüber nachdenken, ob dahinter irgendeine Systematik steckt. Interviewer: Absolut ja. Dr.Hermann: Gut.

Aber wie gesagt, es war ganz anständig und wir haben damals, zum Teil sind wir noch um ein paar Prozent darüber hinaus gekommen, mit wirklich wenig Einsatz. Und wir haben gesagt, dann war es halt so, dass wir eingearbeitet haben zwei Medizinstudenten, einer war der Dr. Blas, der andere war der Herr Dr. Süneck und dann gab es noch eine Dame, die war aber nur kurz bei uns. Traude hat sie geheißen. Ich weiß jetzt nicht mehr wie der Familienname geheißen hat. Die waren aber alle im Vorklinikum. Und die sind dann aber gegangen als Konsiliarärzte auf die Klinik von Herrn Dr. Deutsch und sonst wohin. Und die haben dann gesagt, der Professor Süneck, was glauben Sie was wir da machen und er hat gesagt, ich bin kein Professor, sondern ich habe gerade die Physik gemacht oder so etwas. Und man hat eben diesen Ärztinnen gesagt, geben sie dem Patienten das und das und das nicht, weil man es halt gewusst hat. Es war damals wirklich so eine geheime, nicht geheim, aber eine Wissenschaft von welcher keiner etwas gewusst hat. Und da gab es Einzelne die sich ein wenig ausgekannt haben und das war daher ein bisschen unabhängig von der anderen Voraussetzung, weil es ja auch die Zeit war, wo es üblich war, dass Ex-Drogenabhängige in der Therapie tätig waren, weil die gewusst haben, wie man mit den Patienten redet. Interviewer: Genau die von Streetwork dann und so oder? Dr.Hermann: Nein, auch als Hausleitungen in der Vororganisation des Grünen Kreises oder so irgendwo. Die sind in der Hierarchie relativ hoch hinauf und haben sich damit zum Teil überhoben und sind dann weiter psychiatrisch krank geblieben oder geworden. Aber es war damals üblich, dass man Ex-User im Team hat. Interviewer: Absolut. Dr.Hermann: Nicht?! Was auch heutzutage befremdlich ist. Und die hatten damals noch dazu keine Ausbildung. Dann gab es später eine Phase, wo dann die Ex-User wenigstens Sozialarbeiter oder Therapie oder sonst irgendeine Ausbildung gehabt haben. Aber in der Urphase hatten die nichts außer Szeneerfahrung. Interviewer: Und im AKH hat man

solche auch gehabt oder? Dr.Hermann: Nein, wir haben solche nicht gehabt. Wir waren ja dort eine high-tech Organisation, dort hatten wir Studenten im Vorklinikum. Interviewer: Was dann auch Tabletten ausgeteilt haben oder? Dr.Hermann: Ja.

Interviewer: Und die Patienten die am Katheter gehängt sind da auf der Untersuchungsfläche drinnen ... Dr.Hermann: Ja. Interviewer: Die haben bekommen Clonidin, größtenteils? Dr.Hermann: Das hat sich schrittweise entwickelt. Wir haben, da es oftmals ein Mischkonsum bei den Patienten war, auch immer schon damals, war sicherlich Nootropil dabei ... Interviewer: Nootropil ist? Dr.Hermann: Piracetam nicht ... Interviewer: Tranquilizer oder? Dr.Hermann: Nein, nicht Piracetam, sondern Pira...

Dr.Hermann: Gut. Das ist eine Substanz die grundsätzlich die Mitochondrien in den Nervenzellen anregt und daher die Hirnernährung verbessert und bei Wundationsprozessen hilft. Und da gab es schon bevor ich kam, ich habe dann fortgesetzt eine Studie von Entzügen von Alkohol und Tranquilizern und dieser Substanz. Und das hat gar nicht so schlecht funktioniert. Das ist, wenn man es chemisch anschaut könnte es ein Gaba-Abkömmling sein, wirkt aber nicht so wie Gaba „konditionell“ nicht (? Wort nicht genau zu verstehen) Und ist relativ ungiftig sprich, man kann damit nicht vergiften. Die Patienten haben nur noch das im Blut und sind immer noch nicht tot. Und das ist eben etwas, was mir auch gefallen hat an dem Ganzen. Und fragen Sie mich jetzt nicht mehr was ich hinaus gegeben habe. Aber primär war es Clonidin und dann haben wir Unmengen an Vitamin C ausgeschenkt und es hat sich so schrittweise entwickelt. Es gab dann auch etwas das wir U4 genannt haben. Das war ein länger wirksames Catapresan. Auch ein Hochdruckmittel, das aber nicht nur wenige Stunden, sondern so vierzehn Stunden wirkt. Und das war, da haben wir eine Studie gemacht. Das war signifikant besser. Nicht signifikant, aber sichtbar besser. Damals waren wir schon froh, wenn wir Mittelwerte rechnen konnten auf den Texas-Instruments-Rechnern. Alles darüber war nicht zugänglich und in irgendwelchen solchen alten Rastern haben wir das eingetragen und das war halt alles auf einem, noch anderem Niveau, denn ein PC war noch überhaupt nicht in Sicht. Interviewer: Waren noch nicht da.

Interviewer: Wie lang sind die Patienten dann so gekommen? Also in die ambulante Versorgung? Dr.Hermann: Nun ja, der Entzug war, wenn man Akutentzüge macht, dauert es, ist der Patient 3 Tage lästig und dann wird es besser. Interviewer: Ok, aber das war ambulant? Dr.Hermann: Nun, am ersten Tag ist es nicht so schlimm, der zweite Tag ist resch, der dritte Tag ist wirklich hart. Wenn man die Nacht nach dem dritten Tag überstanden hatte, wurde es besser. (Telefonunterbrechung) (Auskunft über das Telefonat - Vor 3 Jahren Daten CD gegeben und jetzt eine Publikation fertig !-)

Dr.Hermann: Denn wir sind in der merkwürdigen Situation, wir haben Daten

zum nicht Säue, sondern ich möchte sagen zum Dinosaurier füttern vorliegen und kein Gehirn um zum darüber nachdenken, weil uns der Alltag überrollt. Aber wie gesagt, stückerlweise geht es doch weiter.

Interviewer: Ahm, genau die 3 Tage. Der Patient wurde ambulant versorgt, also er ist immer nach Hause gegangen und am nächsten Tag wieder gekommen?
Dr.Hermann: Ja. Hat gewartet 4 Stunden vor der Ambulanz, wenn er Pech gehabt hat. Wenn er bei den letzten sieben Patienten dabei war oder 3 Stunden. Aber vor 14:00 hatten wir sicherlich noch nicht begonnen und viel nach 17:00 konnte es dann nicht sein.

Interviewer: Ich hab da so verschiedene Daten von 12:00 bis 15:00 einmal, bei Frau Dr. Schmid-Siegel war dann schon open-end, eben dass man darüber hinaus gegangen ist, aber alles am Nachmittag eben zum Teil. Dr.Hermann: Die Frau Dr. Schmid-Siegel die ... Interviewer: Ist erst später genau. 1987 dann. Aber was ich fragen wollte, hat es dann auch so die Vorbereitung für die stationären Entzüge noch gegeben ambulanter Natur? So, dass die Leute halt so versorgt worden sind bspw. ...? Dr.Hermann: Es ist schon so, dass von den ambulanten Patienten die es nicht geschafft haben, diese dann den stationären Weg gegangen sind. Ich weiß aber nicht mehr, nach welchem Regelwerk. So wie es halt ausgegangen ist. Interviewer: Also für sie das Regelwerk? Also Herr Dr. Ranefeld hat gehabt so 3 bis 4 verpflichtende Termine, wo der Patient hat kommen müssen und dann eben, das war die Vorbereitung für den stationären Entzug. Dr.Hermann: 3 Patienten gegen fünfzig am Tag, was wollen Sie da?! Wenn einer nicht gekommen ist waren wir froh, wenn wir nicht vor Arbeit gestorben sind. Ist er nicht gekommen ..., ist er wieder gekommen ..., wir haben weiter gemacht. Nun, dass war von Anfang an sehr, eigentlich sehr kundennahe. Also nicht mit, der Patient muss und brav und sonst etwas, sondern er hat gesagt er will einen Entzug machen, ich habe gesagt, gib her. Wenn er sein Zeug hergegeben hat, haben wir angefangen. Wenn nicht, dann habe ich gesagt, konsumier es auf und wenn du wirklich willst komm wieder.

Dr.Hermann: Man frage nicht wie wir es entsorgt haben. Aber es war so, nicht?! Ich meine es war auch plausibel, denn wenn der Patient jetzt den Entzug anfangt und er hat noch etwas einstecken, es geht ihm in der Nacht schlecht, nimmt er es wieder. Interviewer: Nimmt er es wieder. Ja. Dr.Hermann: Und die Wiener Ausgüsse halten Einiges aus. Und bis zur Donau verdünnt es sich ja eh.

Interviewer: Ja, die Rahmenbedingungen. Also Räumlichkeiten haben Sie gehabt ein kleines Zimmer ... Dr.Hermann: Nun, einen Raum und später einen Zweiten. Interviewer: Und später einen Zweiten. Der zweite Raum war dann? Dr.Hermann: Das heißt es haben dann, wenn wir zu Dritt waren, haben aber trotzdem zumindest zwei Ärzte in einen Raum gearbeitet, manchmal auch zu

Dritt. Interviewer: Und die Räume von der Größe her so? So wie die ... Dr.Hermann: Die Ambulanzräume die jetzt noch dort stehen. Interviewer: Gut, gut. Also nach der Reihe die Patienten auf der Untersuchungsliege aufgereiht, angehängt an die Infusionen ...

Dr.Hermann: Ja oder dann eben andere Sachen. Die hatten damals auch Messer, Waffen und Sonstiges. Interviewer: Ja das hab ich schon gehört. Dr.Hermann: Da wir das nicht wollten, haben wir gesagt, gib es her und wir haben es dann in die Lade gelegt. Dr.Hermann: Nicht?! Eine kleine Geschichte dazu - Professor Dr. Berner will die Drogenambulanz irgendwelchen ausländischen Gästen zeigen, die Lade ist aber offen und drinnen liegen 2 Pistolen und so ein Messer. Die hat er wieder zu gemacht und kam möglichst lange nicht wieder. Nicht?! Ein anderes Mal hatte er das Pech, da eine Kollegin gerade das Chirurgie Praktikum machte und ein Patient kam, damals gab es ja die Barbiturat-Spritzerei und das hat für fürchterliche Abszesse gesorgt. Der Patient hatte davon so eine Beule auf der Hand und wir haben diesen in die Chirurgie-Ambulanz schicken wollen. Die Praktikantin war aber gerade bei uns her-oben, sie hat gesagt, warum schickst ihn hinunter, ich mach es gleich da. Und sie schneidet, der Professor Berner macht die Türe auf ... (Übergeben, Brechreizmimik nachgestellt) Er hat wirklich viel mit mir mitgemacht, es tut mir Leid. Interviewer: Na wie die Zeit, da muss ... (Zeitgeist)

Dr.Hermann: Aber verstehen Sie, es war schon so, es war eine Pionierzeit, es war schon so, dass es etwas Stukturiertes nicht gegeben hat und das juristische Bewusstsein anders war. Und wir es schon jetzt, alles in allem, abgesehen von den formalen Voraussetzungen, glaube ich sehr professionell und anständig gemacht haben. Auch so ein bisschen anekdotisch - Meinen ersten Vortrag jemals, habe ich gehalten bei, da gab es einen großen Drogenkongress im Austria-Zentrum, wie das noch neu war. Interviewer: Mhm ... das war 1979 oder so. Mhm, ja. Dr.Hermann: Und da haben wir irgendwelche Daten schon gehabt und Oberarzt Presslich hat vor mir präsentiert. Und ich habe meine Daten bekommen am Naschmarkt, herübergereicht von einem fahrenden Auto ins andere, denn vorher waren sie nicht fertig. Und ich habe mir gedacht, der Oberarzt Dr. Presslich redet eh vor mir, ich kann mir noch durchlesen. Dr.Presslich in seiner lieben verstrudelten Art, geht hin zum Tisch, stößt an und wirft die ganzen Folien auf die Erde. Also habe ich als sein Unterarzt ihm die Folien in der richtigen Reihenfolge ungefähr, aber wenigstens mit der Schrift nicht verdreht, wieder gegeben. Das heißt ich hatte dann beim Vortrag die Daten interpretiert, die ich vorher nicht gesehen hatte. Da saßen aber 2500 Leute und das hat mir sehr geholfen, weil ich mich dann vor Vorträgen nicht mehr gefürchtet habe, nicht?! Interviewer: Mhm ... das glaube ich gern. Dr.Hermann: Und wie gesagt es ist schon so, es ist ein Unterschied wenn man über etwas spricht und sich profilieren muss und sonst was. Das war damals

eigentlich nicht das Anliegen, sondern uns war die Sache ein Anliegen. Wir waren extrem engagiert, wir haben gearbeitet wirklich wie zwei Bären. Jeder. Und das was wir geredet haben war Alltäglichkeit. Das war nicht irgendetwas ausgerechnet oder sonst etwas, sondern wir haben gesagt, das ist und wie viele Patienten kommen und was die Patient verabreicht bekommen und wie es wirkt hatte ich gewusst, hatte ich im Kopf. Da habe ich nicht rechnen müssen. Und es war doch so beeindruckend, dass dann irgendwelche Amerikaner und Australier gekommen sind für eine Woche zu uns und zugesehen haben was wir da machen. Denn damals hat es ja nur geheißt, ambulanter Entzug, der Patient muss ja sterben dabei und das ist, kann man nicht und so. Nicht?! Und wir haben gesagt, keiner gestorben, keiner einen Epileptischen-Anfall bekommen.

Und es war einfach so, dass das schon ein ganz wesentlicher Punkt war, weil damals nämlich die Grundlage für die medizinische Nähe der Wiener Drogensüchtigen gelegt wurde. Die bis heute halbwegs anhält, weil der Abhängige geniert sich nicht zum Doktor zu gehen. Und wenn man da aber immer zuerst einen Sozialarbeiter und dann einen Psychologen und erst wenn der Patient vorgeglüht ist, gibt man ihn zum Doktor, dann ist das ein anderes Verhältnis.

In den ersten Jahren von Streetwork sind diese Mitarbeiter gekommen zu mir in die Ambulanz oder zum Teil dann auch noch auf den Pavillon 1, wie ich diesen schon gehabt habe und haben sich von dort Patienten geholt. Zum Würstelessen oder sonst etwas. Was mich in der Ambulanz nicht gestört hat, aber wenn diese auf die Instand-Therapie (? nicht genau zu verstehen?) am Pavillon 1 gekommen sind und da sind dann die Patienten der geschlossenen Abteilung mit ihnen zusammen gewesen, war mir das nicht wirklich recht. Interviewer: Ja das ist schon klar.

Interviewer: Und wie oft sind die Mitarbeiter gekommen ins AKH, die Streetworker? Dr.Hermann: Gar nicht ... Interviewer: So einmal im ... Dr.Hermann: ... nein, die gab es ja erst wie wir schon alte Herren waren. Also es gab in der Gründungsphase überhaupt keine sozialarbeiterische Abdeckung. Das gab es wo anders und nur ein bisschen. Die haben etwas anderes gemacht und haben uns die Patienten eigentlich nicht geschickt, sondern wir haben denen Patienten geschickt, wenn sie bei uns fertig waren. Interviewer: Gut, gut.

Interviewer: Und so. Sie waren am Nachmittag dann in der Ambulanz tätig, das heißt am Vormittag ganz normal auf der Intensivstation unterwegs ... Dr.Hermann: auf der Intensivstation ... Interviewer: ... und dann auf der Ambulanz. Mhm. Sozialarbeiter, das habe ich eh schon gehört vom Herrn Dr. Presslich, dass das katastrophal war ... Dr.Hermann: Die hatten wir damals noch nicht ... Interviewer: ... man hatte nur zwei gehabt für die gesamte Ambulanz oder?! Dr.Hermann: Ja, aber die ... Interviewer: Die was aber ... für die Drogenabhängigen aber gar niemanden. Dr.Hermann: (Für die) Drogen weniger.

Wobei es wie gesagt schon so ist, dass ich schon glaube, dass das doch eine sehr körperliche Krankheit ist die Sucht. Interviewer: Ich denke schon ... Dr.Hermann: Und es ein Irrweg ist wenn man glaubt, man kann es sozial beheben. Interviewer: Sozial ist die Stütze, aber das ist ... Dr.Hermann: Nur bedingt einer auf die Idee kommt, dass man den Schizophrenen primär mit Sozialarbeit und nicht mit Zyprexa behandelt. Er greift auf Beides zu, aus unterschiedlichen Gründen und ... Interviewer: Ok. Und Zyprexa ist? Dr.Hermann: Zyprexa ist ein Neuroleptikum das gut wirkt, aber wo man sicherlich dick darauf wird.

Interviewer: Gut, gut. Genau, wie lange hat man denn die Patienten ambulant betreut so im Schnitt? Dr.Hermann: Ich gehe davon aus, dass wir sie in der Regel so 2 oder 3 Wochen hier hatten. Interviewer: Manche dann des Öfteren ... Dr.Hermann: Und dann wieder, ja. Und die sind dann wieder gekommen, dann war es eine Zeit lang in Ordnung und nach 11/2 Monate ist er wieder abgestürzt, ist er wieder gekommen. Und da das aber jetzt nicht ein Regelwerk war, du musst jetzt und Wehe, sondern wenn wir es von der Menge verkraftet haben, haben wir ihn wieder genommen.

Interviewer: Und so Dauerrezepte sind damals schon ausgestellt worden für die Patienten? Dr.Hermann: Nein. Interviewer: Gar nichts? Dr.Hermann: Überhaupt keine Rezepte, weil sie ja alle Medikamente die mehr als 2 Stück waren noch unsinniger verwenden, als die 2 Stück die man ihnen gibt. Interviewer: Am Schwarzmarkt umgetauscht vielleicht und Sonstiges draus gemacht na ... Dr.Hermann: Oder noch unpassender nimmt und die Abhängigen haben sich ja eh permanent mit irgendwelchen Sachen irgendwo eingedeckt.

Interviewer: Harntest sind gemacht worden für zum Beispiel gerichtsgeladene Patienten oder so? Hat man dafür noch Zeit gehabt? Dr.Hermann: Wir hatten überhaupt keinen Status und es war uns das Gericht eigentlich völlig wurscht. Das gab es auch noch nicht. Das war vor der Zeit als Therapie statt Strafe Ideologie war. Interviewer: Mhm ... Nun ich weiß nur vom Herrn Dr. Ranefeld, der hatte Harntests gemacht, einfach dass sie im Vorhinein ... Dr.Hermann: Das hat es ja dann auch weiter gegeben. Ja. Der Hannes, den gibt es jetzt noch wahrscheinlich irgendwo, ich weiß nicht?! Aber in der Anfangsphase der Drogenambulanz war es ganz klar so, dass irgendwelche Gerichtszuweisungen, es so etwas nicht gegeben hat, sondern ganz im Gegenteil die Patienten sind zu uns gekommen und wollten ja nicht, dass irgendwer etwas davon weiß. Interviewer: Ja voll. Das ist mir klar. Ich hatte nur gemeint, falls jemand schon eine Gerichtsvorladung hatte und der war schon drogenfrei und war vielleicht schon in ambulanter Behandlung, dass der dann einen Drogentest gemacht hat an der Ambulanz, um zu belegen vor Gericht ... Dr.Hermann: Diese Gedanken die sie jetzt äußern hatte damals noch keiner. Interviewer: Ok. Dr. Hermann: Der Patient war süchtig und man hat geschaut, dass man ihn herunter bekommt

und man hat gesehen, dass das schwierig ist und bei Manchen geht es und bei Manchen geht es nicht. Aber es war diese, all das was sich dann als unterschiedliche Ideologien drauf gesetzt hat, alle 5 Jahre eine neue, war noch nicht vorhanden.

Interviewer: Dann hätte ich mir noch aufgeschrieben gehabt, die Gesprächsdauer mit den Patienten, also das wird nicht lange gedauert haben, denn 50ig Leute ...

Dr.Hermann: Die Gesprächsdauer war marginal, aber die medizinische Interventionstiefe war ganz ordentlich. Also wir haben geschaut, wenn der Patient Fieber gehabt hat, haben wir uns einen Internisten geholt. Es war, wir haben auf solche Sachen geachtet und das ist auch etwas, was in die Tradition dann eingegangen ist, denn in den Drogenambulanzen die ich geleitet habe, hatte ich immer zumindest die Hälfte praktische Ärzte angestellt, damit man die Kompetenz hat, wenn der Patient körperlich krank ist, das zu behandeln. Denn diesen woanders hinschicken, da geht er nur hin und sagt er braucht mehr Tranquilizer oder sonst etwas und die Krankheit wird nicht behandelt. Denn die sagt er nicht oder will er nicht oder er nimmt das dann eh nicht. Das heißt man muss das vor Ort können. Interviewer: Ich hatte gehört, dass Sie ambulante Gruppen dann gehabt haben im AKH?

Dr.Hermann: Ja das AKH hat Vieles. Wir werden dann schon irgendwelche ambulante Gruppen irgendwann auch gehabt haben, aber zu den ambulanten Gruppen fällt mir ein, da gibt es die, da gab es vom Dr. Ranefeld eine Freundin die solche Sachen gemacht hat. Nur weiß ich jetzt nicht wo. Das war irgendwo assoziiert ... Interviewer: Nun, ich habe es von Ihnen gehört gehabt, denn da hat mir der Herr Dr. Springer gesagt, er hat für Sie die Supervision gemacht, bei den ambulanten Gruppen ...

Dr.Hermann: Ich ambulante Gruppen??? Ich bin gerührt, was mir der Fredi Springer zutraut. Ich bin schon alt und vergesse Einiges, aber dass ich Gruppen gemacht hätte kann ich mir eigentlich nicht vorstellen. Interviewer: Ich denke es mir jetzt auch von der Zeit her und so ... jetzt von den Patientenzahlen ...

Dr.Hermann: Weder von der Zeit noch ... Ich habe überhaupt keine Ausbildung in die Richtung und habe auch eher Desinteresse als Interesse an solchen Sachen. Interviewer: Ok. Kann ich gut verstehen bei der medizinischen Notwendigkeit, dass man die Patienten versorgen muss und bei den Menschenmassen die in der Drogenambulanz hereingebrochen sind, dass für sozialpsychiatrische Arbeit nicht wirklich ...

Dr.Hermann: Und wie gesagt, es war nicht so, dass wir uns dort wichtig gemacht haben, sondern es war wirklich so, denn man hat eine Liste und alle paar Tage fehlt wieder Einer und das ist einem nicht wirklich wurscht. Und wie gesagt, jetzt hat man schon Schwierigkeiten, wo schick ich den Patienten sonst noch hin. Damals war sogar dieser Satz schon unsinnig, denn wir haben ja gewusst, es gibt Keinen. Interviewer: Des Letzte habe ich jetzt nicht verstanden ...

Dr.Hermann: Wir haben ja gewusst, es gibt Niemanden der es macht außer uns.

Interviewer: Nun die Patientenzahlen sind horrend, ich habe nur, denn das ist ja auch mein Problem mit der Datenlage, dass eigentlich so gut wie nichts existiert, aber ich habe zwei Zahlen gefunden. Dr.Hermann: Nun, passen Sie auf. Es muss irgendwo im Keller von der Klinik einen Karteikasten geben. Interviewer: Das wird gehütet wie Fort Knox. Dr.Hermann: In denen es Tausende Karteien gibt. Interviewer: Mhm. Das wird gehütet wie Fort Knox. Dr.Hermann: Und es wäre eigentlich wichtig, dass man die rechtzeitig findet, denn in ein paar Jahren verbrennen sie sie. Interviewer: Das wäre gut, wenn ich dann meine Doktorarbeit drauf aufsetze, denn mir wurde angeraten, ich habe jetzt schon 115 Seiten und ich bin noch nicht einmal bei der Substitution so richtig dran, dass ich wahrscheinlich eh noch eine Doktorarbeit darüber schreiben werde, wie die Vorgehensweise dann wirklich war in Zusammenhang mit dem Recht, das habe ich jetzt auch schon drinnen. Aber ich kann es nur marginal andeuten und sonst weiß ich nicht, komme ich mit 300 Seiten wahrscheinlich nicht weit. Genau, aber so kleine Überblickszahlen hab ich eh und ich habe auch die Aussagen vom Herrn Dr. Presslich mittlerweile dabei. Er hat mir gesagt ich soll das ruhig hineinschreiben in die Diplomarbeit, habe ich auch gemacht, dass einfach Depressionen und was halt der ganze Tiergarten der Psychiatrie, wie er gemeint hat ja, diagnostiziert worden ist, weil die Gesetzeslage auch nach 1985, nachdem man nur Vor- und Zunamen halt ... (Ersten Buchstaben der Namen angeben musste)

Dr.Hermann: Na aber es hat auch auf der Privatklinik, Station die ... Wenn da ein blühend Schizophrener gekommen ist, hat er auch eine Depression gehabt oder was neurotisches oder so halt, nicht?! Je nach ... Interviewer: Bedarf dann ...

Interviewer: Irgendetwas wollte ich da jetzt sagen, Patientenkontakte, genau. Also ich habe nur die zwei Zahlen gefunden gehabt, um die 1700 Patienten waren es um 1980 herum. Sie haben eh gesagt, jeden Tag in 2 1/2 Stunden fünfzig Patienten und dann mit 1985 schon 4500 Tausend Kontakte. Und ich weiß von der Substitutionszeit, dass man unter 7000 Kontakte gar nicht mehr weggekommen ist. Ohne Personal, also gerade einmal mit den paar Ärzten, welche man als Assistenzärzte gehabt hat, oder nicht einmal Assistenzärzte, die Studenten in der Ausbildung ja, die was da mitgemacht haben. Genau.

Interviewer: Dann wollte ich noch fragen - Weitervermittlungen. Mit wem hat man den zusammengearbeitet? Also Streetwork, dann mit dem Grünen Kreis nehme ich an, mit dem API draußen ... Dr.Hermann: Also, wie man es jetzt oder eh die Ideologie der Betreuungskette oder sowas ist, gab es die ... Wie hat den der Vorgänger vom Grünen Kreis geheißen? Das war das API. Interviewer: Ja das war in Mödling draußen. Dr.Hermann: Das war 517 Breitenfurterstraße. Das war Mödling und „Jesus na“, wenn man sich nicht mehr genau erinnert. Da

gab es schon Patienten die entzogen wurden und dort hingegangen sind, aber das ganze hatte ja nicht wirklich eine Kapazität. Interviewer: Nein, die haben gehabt 30ig Betten. Dr.Hermann: Doch so viel? Interviewer: 30ig Betten haben sie gehabt. 1980 hat er es eröffnet, aber er ist nicht lang geblieben, eben dann Dr. Pernhaupt in Mödling, weil sie ihn ja hinausgeworfen haben dort ... Dr.Hermann: Ja, ja ... Das heißt, das gab es schon, aber nicht so, dass das der gängige Weg war.

Wie gesagt, das Wesentliche ist schon so, dass die Idee, dass die Suchtkrankheit eine chronische Krankheit ist, uns erst lockere 25 Jahre später gekommen ist und man sich im Nachhinein dann furchtbar geniert, wie man so blöd sein kann so lange ... Es ist so, ich habe irgendwo das Gefühl, das hat schon psychodynamische Gründe beim Behandler auch, denn das sind zum Großteil ja jüngere Patienten. Sie sind im Sozialkontakt sehr bindend, weil sie ja davon leben, dass irgendwer ihnen ihre Geschichte abnimmt. Denn was anderes haben sie nicht. Und das heißt man ist ihnen „relateral“ (?), rasch sehr nahe und wenn man eben jemanden den man ein bisschen näher kennengelernt hat, eine hoffnungslose Krankheit nicht aus ... und schon gar nicht wenn sie lange andauert. Das heißt, man steigt dem Patienten dann auf den Überlebensschmäh, dass er sagt: „Geh bitte hilf mir heute, morgen mach ich es eh selber“, gerne ein. Wenn die Alternative, es ist eh hoffnungslos und man muss in versorgen bis ewig und er wird das Unglück, alles Unglück der Welt haben und kaum baut er sich etwas auf hat er einen Rückfall und es haut ihm wieder alles zusammen und das ist ja furchtbar verstehen Sie?!? Interviewer: Absolut. Dr.Hermann: Das ist in einem Ausmaß belastend das man sich, dazu täte man sich entweder diese Arbeit dann nicht an, die auch sehr anstrengend war oder man baut dann irgendeinen Schutz auf und merkt es nicht. Nicht, so am Anfang in halt jugendlichen Eifer, ich kann dem schon helfen, auch wenn es die anderen nicht können ... Was aber der einzig mögliche Zugang ist, denn sonst macht man es nicht.

Dr.Hermann: Nicht?! Und weil eine Behandlungsbasis, eine Infrastruktur, ein irgendwas gab es ja nicht. Interviewer: Gab es nicht na ... Dr.Hermann: Das heißt, entweder man hatte den jugendlichen Größenwahn, hat gesagt, ich kann Alles, dann hat man es probiert oder man hat es bleiben gelassen.

Interviewer: Genau. Die Zusammenarbeit. Also im Hause sowieso übergreifend mit der Internen, was wer gebraucht hatte nehme ich an?! Aber sonst so ...? Dr.Hermann: Ja, aber wie gesagt, doch eigentlich fast mehr, ich meine, wenn ein Patient schwer krank war, haben wir uns einen Doktor geholt oder halt zu irgendeinem, den wir gekannt haben, gesagt: „Geh bitte, da haben wir einen Patienten, könnten sie vergessen, dass der drogensüchtig ist und schau bitte an, an was der stirbt, bis wir ...“ Aber es war doch eher mehr so, dass die anderen uns gerufen haben, wenn irgendwo ein Drogensüchtiger war, wo sie gesagt

haben, was kann man denn mit dem tun, was kann man ihm geben, was kann man machen. Und das waren aber tendenziell im ersten lockeren Jahrzehnt eigentlich weder Tranquilizer, noch irgendwelche substitutionsartigen Dinge. Interviewer: Von der Versorgung, der medikamentösen dann ...?! Genau. Also ich habe... Dr.Hermann: War aber halb so dramatisch klingend wie man jetzt glaubt. Ich meine, es ist jetzt um Vieles bequemer, weil man beim anderen mehr wissen musste, die Technik verstehen musste, die Technik den Patienten erklären musste ... Interviewer: Klar, das war ja gar nicht so schlecht ... Dr.Hermann: ... den Patienten man zureden musste und schauen, dass er etwas isst, denn sonst speibt er sich auf Tod und es war wirklich eine anstrengende Arbeit. Es war das Begleiten in einer schweren körperlichen Krise, nicht?! Jetzt ist ja das Alles eh schaumgebremst und nix. Interviewer: Mhm ... voll. Sozialarbeiterische Tätigkeit halt über die medizinische immer hinausgehend oder?! Dr.Hermann: (Kopfnicken)

Dr.Hermann: Aber wie gesagt, das ist schön wenn sie jetzt so reden, weil mir klar wird, dass all das was sie reden gab es nicht. Interviewer: Ich weiß. Ich stelle es immer nur so als ... Dr.Hermann: Und zwar einfach nicht als, auch noch nicht als Idee, sondern das ... Nun, dann haben wir die Richter bearbeitet und bekniert und mit den Polizisten geredet und denen erklärt, dass das eine Krankheit ist und nicht ein böser Wille. Und das war schon ein sehr umfassendes Geschehen. Ist auch nicht anders Nerven belastend wie die Ambulanzarbeit, mit zwanzig Richtern, von denen mehr als die Hälfte Alkoholiker sind, sich zum Heurigen zu setzen. Ist auch ein Impact, den man einmal wegstecken muss wenn man jung ist. Interviewer: Ich glaube ich habe darüber gelesen. Von Frau Dr. Eisenbach-Stangl das Werk - Über die Wiener Drogenpolitik – da haben Sie auch ein Interview gegeben nehme ich an. Dr.Hermann: (Kopfnicken) Interviewer: Mhm ... genau, da habe ich das drinnen.

Dr.Hermann: Aber wie gesagt, ich glaube wir hatten in Wien das Glück, dass Wien zwar eine böse Stadt ist, aber für die, sie ist für die Armen und Bedürftigen schwer genug, aber nicht bösartig. Denn sie haben irgendwo ... die Abhängigen lässt man eben irgendwie.

Interviewer: Dann würde mich noch interessieren wann sind Sie denn weg gegangen sind aus dem AKH? 1982 müsste stimmen oder?!? Wo sind Sie denn dann hingegangen nachher? Dr.Hermann: 1976 bis 1982 sind 6 Jahre. Ja das geht sich aus. Ich bin direkt vom AKH gewechselt ins Otto Wagner Spital, in die Primarposition. Ich war nie Oberarzt. Unterarzt und dann Primar. Mit allen Vorteilen und Nachteilen was das hat. Interviewer: Natürlich ja. Das heißt in ein paar Jahren ...

Interviewer: Zum PSD glaube ich, war das dann Borschkegasse? Dr.Hermann: Das war schon parallel von der Klinikzeit und zwar gab es eine Beratungsstelle

in der Borschkegasse. Interviewer: Ok. Ab wann gab es die, denn das habe ich noch nicht recherchiert? Dr.Hermann: Mitte 1970. Interviewer: Mitte 1970. Dr.Hermann: Und das ist hervorgegangen aus dem, wie hat das geheißen, das war vorher eine Betreuungsstelle für TPC Kranke und dann, die TPC Kranken waren bei, wie heißt denn diese psychosoziale Einrichtung die organisiert war? Und die haben dann auch Sucht behandelt und da war der Herr Dr. Willfing, der in der Sozialakademie, Professor, Leiter oder sonst etwas geworden ist. Der vor mir das dort geleitet hat und zwar war das ein primär stützendes psychotherapeutisches Backup. Und da gab es eine Kooperation die sich angebahnt hat zwischen dem AKH, wo wir medizinisch gearbeitet haben und jenen ... Interviewer: Schon Anfang der 1980iger dann? Dr.Hermann: ... so dass man gesagt hat, das war eigentlich der Beginn einer Zusammenführung mit einer psychosozialen Betreuung vom medizinischen Teil. Das war zuerst ein informelles Verhältnis und dann hat mir Herr Dr. Rudasch angetragen, ob ich nicht dort die Leitung übernehmen will und das habe ich dann auch gemacht. Dann war ich gleich eine Zeitlang parallel Doktor oben, nicht Doktor unten. Also medizinisch gearbeitet oben, nicht medizinisch unten.

Interviewer: Und Sie waren noch am Otto-Wagner Spital ...? Dr.Hermann: Noch nicht zu dem Zeitpunkt. Interviewer: Also im AKH und dort ...? Dr.Hermann: ... oder war ich da schon im Otto Wagner Spital? Nun, da war ich schon im Otto Wagner Spital, denn da gab es einen PSD Ast, ein vom PSD bezahlten medizinischen Teil in der Drogenambulanz. Und diese Kooperation hat der Dr. Presslich dann aufgekündigt mit Beginn der Substitutionszeit. Interviewer: Also sie waren am Otto Wagner Spital, dann gleichzeitig ein Konsiliarpsychiater, dann eigentlich am AKH, vom Psychosozialen Dienst aus ... Dr.Hermann: Ja ... Interviewer: ... und dann noch in der Borschkegasse?! Dr.Hermann: Ja. Und dieser Ambulanzteil im AKH wurde dann aufgekündigt, weswegen ich dann den Dr. Rudasch dazu gebracht habe für die Borschkegasse eine Spitalsgenehmigung zu beantragen. Interviewer: Herr Dr. Rudasch hat was für eine Position gehabt? Dr.Hermann: Chefarzt Psychosoziale Dienste. Der auch ein Vater der Wiener Psychiatrie war. Interviewer: Ok. Ich habe den Namen schon vorher einmal gehört ... Vielen Dank. Dr.Hermann: Und zu Zeiten wo er bewegen konnte, weil es den Herrn Dr. Stacher noch gab und das eine medizinpoltische Achse war, die sehr tragfähig war. Und da konnte man Sachen wirklich relativ rasch bewegen und tun. Und das hat sich dann deutlich verfestigt und ist schwieriger geworden. Und dann gab es eben parallel die Drogenambulanz im AKH und das Ambulatorium für Suchtkranke in der Borschkegasse.

Interviewer: Sehen Sie, da wollte ich wissen, am Otto Wagner Spital oben, der Pavillon 1, ja?! Dr.Hermann: Ja. Interviewer: Seit wann gibt es denn diesen? Dr.Hermann: Seit 1981 oder 1982. Interviewer: So 1981 und dann ist aber noch

etwas dazu gekommen oder? Dr.Hermann: Es kam dann dazu die Entzugsstation zirka 10 Jahre später und in der Zeit wo ich suspendiert war dann die Ambulanz oben. Und jetzt seit 5 Jahren die Diagnostik, die ich oben als Parallelambulanz gefahren habe. Was ganz ein wichtiger Schritt war, weil wir dadurch zu Daten kommen, die wir anders nicht bekommen hätten. Denn wenn man es vermischt lässt, ich meine, ich fahre ja beide Modelle, also die Diagnostik vermischt mit der Behandlung im Ambulatorium in der Modecenterstraße und eben beim Sucht und Drogen Wien, und da sind wir zwar besser als oben in der Verlaufsdarstellung, aber in der Pragmatizität, dass jeder untersucht wird der behandelt wird, das ist nicht durchsetzbar. Interviewer: Nun das glaube ich auch nicht. Das ist kapazitär nicht drinnen. Ja. Dr.Hermann: Jein, denn in Summe, irgendwann machen sie es schon. Nur von Daten die irgendwann erhoben werden und nicht systematisiert, hat man nichts. Interviewer: Absolut. Dr.Hermann: Und ob ich das jetzt gleich am Anfang anständig mache oder dann irgendwann in einem Jahr nachher, ist grundsätzlich nicht so eine unterschiedliche Arbeit. Und wenn ich das vorher gleich mache, hab ich die Chance einmal von vornherein drauf zu kommen, na was könnte ich mir denn zu dem Patienten denken und zwar bevor mich der voll auf der psychodynamischen Schiene hat und ich ihm auf den Leim gehe. Und da hat sich doch, ich meine, einmal 35ig Jahre ist ja gar nicht so viel. Aber es ist furchtbar viel im Detail und wenn man dann sieht was sich so alles getan hat, war das schon auch viel.

(Problematik Medikationsverfahren)

Interviewer: Indikation und Wirkung. Wie war das nochmal? Das war jetzt grad super. Dr.Hermann: Das Bewusstsein, dass wir jetzt haben und sinnvoller Weise haben, das man Medikamente in bestimmten Indikationen anwendet, ist etwas, was sich in letzten 10 Jahren trittfest etabliert hat. Aus meiner Sicht war es so, dass in den Jahrzehnten vorher jeder Doktor seine Erfahrung mit Medikamenten hatte und sie seiner Erfahrung gemäß angewandt hat. Und jeder hatte hunderte Dinge, die nirgendswo stehen. Die schon gar nicht im Beipackzettel stehen für was ein bestimmtes Medikament oder bestimmte Medikamentenkombination gut ist. Daher ist man auch gar nicht auf die Idee gekommen, wie wir unterschiedliche Medikamente zum Opiatentzug verwendet haben, dass wir eigentlich uns zuerst einmal um die Indikationszulassung bemühen sollten, weil wir waren schon froh wenn es gewirkt hat. Das heißt, wir haben durchprobiert eine Reihe von Techniken, schon jetzt dokumentiert und so dass man daraus Studien hätte machen können, wenn man die Kapazität an Computern gehabt hätte. Aber mit Bleistift und Papier ist das ja alles ein Aufwand der nicht geht. Und wir haben immer wieder Entzugstechniken veröffentlicht und beschrieben, aber das waren auch alles Dinge, die vorher so nicht verwendet wurden. „Catapresan“ hatte, hat erst zu spät eine Zulassung für den Opiatentzug

bekommen, nicht?! „Estulic“ hatte auch, hat bis jetzt keine Zulassung für den Opiatentzug.

Dr.Hermann: Auch das „Nootropil“ für den Tranquilizerentzug, das steht nirgends. Haben wir zwar veröffentlicht, aber es steht fast nirgendwo und ist inzwischen in Verruf geraten, weil sie gesagt haben, ja das macht möglicherweise Hirnblutungen, was in gewissem Kontext stimmen kann, wenn der Patient ein Schädel-Hirn-Trauma hat und man füllt ihm das ein und der hat eine stärkere Durchblutung im Gehirn, kann das wieder Blutungsschäden machen, war aber in der Regel nicht so und die Meisten waren sehr froh wenn sie mit einem Schlaganfall gekommen sind und wir haben ihnen einmal eine „Tonne Nootropil“ eingefüllt, denn sie waren in 3 Wochen wieder halbwegs fit. Weil man eben die schädigenden Auswirkungen von der Anoxie abgefangen hat damit. Und "Oxytocin" und "Nakan" im Entzug. "Nakan" gibt es jetzt auch keine Indikationsstellung in Wirklichkeit. Da gibt es die Beschreibung des Kurzentzugs, aber ich glaube nicht, dass das die Nakanfirma, gibt es gar nicht mehr und das ist ein altes Medikament. Das hat sicher keine Label gerechte Anwendung. Kann sein, dass sie das damals im Rahmen vom Kurzentzug betrieben haben und es das doch noch gibt, aber wie gesagt, ...

Interviewer: Also „Oxytocin“ und „Nakan“ waren dann Neuroleptika? Was war das? Dr.Hermann: Nun „Oxytocin“ ist ein Hormon das man Frauen gibt, damit beim Stillen die Milch besser rinnt. Und es wird auch zur Geburtseinleitung verwendet. Dieses Hormon wird ausgeschüttet beim Stillen an und für sich und beim verliebt sein und beim Orgasmus. Und das meiner Meinung nach so wirkt, dass es einfach einen längeren Nerv macht, denn wenn eine Frau beim Stillen die Zehnte Nacht hintereinander alle zwei Stunden aufgeweckt wird, nimmt sie irgendwann einen Schlägel und erschlägt das Kind, weil sie es nicht mehr erträgt. Mit einem genügenden Oxytocinpegel geht das ganz locker. Und da ist noch, dass das nicht nur gegen die Kälteempfindung und so ganz gut wirkt, sondern grundsätzlich das Ertragen der Beschwerden um Vieles verbessert glaube ich. Nicht?! Das Reißen der Füße bekommt man damit nicht weg, aber wie gesagt, die grundsätzliche, diese dysphorische Stimmung ist weg und damit ist der Entzug schon um vieles leichter zu handeln. Und das sind aber lauter solche Sachen, die man mit Probieren und Schauen ... Interviewer: Voll, sich anschaut wie es ... Dr.Hermann: ... herausbekommen hat und dann ließt man irgendetwas und man kommt drauf, das hat irgendwie eine Seitenkette wie ein Endorphin, das „Oxytocin“ ... und das könnte vielleicht gehen oder der hat dort etwas gelesen ... So haben wir gesagt, na probieren wir's aus.

Dr.Hermann: Ich weiß nicht wie lange so etwas braucht bis das verjährt ist, aber jetzt ist es 25 Jahre her, also ich hoffe es. Ich hoffe es ist verjährt, na?! Interviewer: Voll. Ich finde das legitim, also wie gesagt, denn wenn man nichts

hat, was soll man ... Dr.Hermann: Und wie gesagt, wir leben jetzt schon im extrem umgekehrten Wahnsinn wo sich „so go“ bedeckte Pharmafirmen, eine neue Indikation nicht leisten können und deswegen irgendetwas, was grundsätzlich ein ganz gutes Medikament sein könnte, als analoges zu einem schon Bestehenden zulassen, wenn das nur irgendetwas bringt. Denn das ist finanzierbar und weil sie da nicht 4000 Menschenversuche brauchen nicht?! Also ein "Abilify" ist wahrscheinlich alles andere als ein brauchbares Anti-Psychotikum, es wirkt doch ein bisschen, aber es ist eher ein Mutregulator, so was und könnte in dem Bereich viel mehr Meriten (Verdienst) und auch einen Erfolg haben, aber die Zulassung als etwas Neues, wo man nicht einmal noch genau weiß für was es ist, ist so aufwendig, dass das Keiner macht. Interviewer: Ok. Wahnsinn. Dr.Hermann: Nicht?! Und dann hat man eben jetzt eine Reihe von Medikamenten die sich an Krankheitsbegriffen festhalten, wo man jetzt gerade draufkommen ist, wahrscheinlich sind die Alle falsch, aber die Zulassung läuft darauf. Oder die Beipackzettel die immer irrwitziger werden, denn man muss in den Beipackzettel alles als Nebenwirkung hineinschreiben was im Rahmen der Studie aufgetreten ist. Das heißt, es steht beim Buprenorphin in der Nebenwirkungsliste eine Vaginitis. Interviewer: Vaginitis? Dr.Hermann: Eine Scheidenentzündung. Denn Drogensüchtige die am Strich gehen so etwas öfter haben. Nur das hat aber nichts mit dem Buprenorphin zu tun ... Interviewer: Das glaub ich auch nicht, das ist ja Beschaffungsprostitution. Dr.Hermann: ... aber in dem Sample das sie untersucht haben kam das vor, daher steht es in der Nebenwirkungsliste. Interviewer: Alles klar.

Dr.Hermann: Was aber jetzt gerade bei psychiatrischen Patienten eine Katastrophe ist, denn da stehen tausende todbringende Sachen drinnen, die irgendwann einmal irgendwo vorgekommen sind ... Interviewer: Und dann die Autosuggestion ... Dr.Hermann: ... und ich muss dem Patienten jetzt erklären - 400 Sachen die er nicht bekommt und warum soll man dann glauben, dass das Bisschen was es ihm hilft wichtiger ist, als die 400 Sachen die ich ihm erklären muss, dass er es nicht bekommt, nicht?! Also es war immer schon das Zusammentreffen von Justizdenken, also von juridischem Denken und medizinischem nicht leicht, aber mit zunehmenden Alter kommt mir vor, dass das immer, immer, kräftigere Blüten treibt und letztlich das Leben und die Entwicklung extrem teuer und sperrig macht. Oder zum Beispiel, wir haben ganz, ich bin erst draufgekommen im hohen Alter, dass es eine Ethikkommission gibt. Weil wer eine Ethikkommission für was gebraucht?! Interviewer: Mhm ... Das höre ich zum ersten Mal. Dr.Hermann: Nicht?! Und, ja aber jetzt wo es eh, man kann ja nichts mehr veröffentlichen, wenn nicht irgendeine Ethikkommission ..., ich zumindest die Meinung habe, dass es sie eh nichts angeht oder so, weil es retrospektiv ist oder sonst irgendwas ... Aber ganz gleich was man plant vielleicht zu veröffentlichen, muss man vorher der Ethikkommission erklären. Interviewer: Wahnsinn. Dr.Hermann: Nicht?!

Dr.Hermann: Ist grundsätzlich in Ordnung, weil man nicht irgendwie herum experimentieren soll. Nur das Problem ist, dass dann dort oder noch schlimmer bei der AGES, ja keine Leute sitzen die davon etwas verstehen. Denn woher sollten sie denn? Die AGES kann ja nicht aus allen speziellen Spezialstgebieten irgendeinen haben, der dort eine Leuchte ist. Und ich meine, wenn man etwas Neues erforscht, dann hat das meistens irgendeinen neuen Ansatz und ist ein bisschen kompliziert zum Erklären. Und die bestimmen aber dann, ob das ordentlich ist oder nicht. Interviewer: Absolut. Die bürokratischen Wege werden immer länger und ... Dr.Hermann: Nicht?! Und wir, wir haben jetzt eine Studie vorbereitet und ich war skeptisch ob man das über die AGES fahren muss und habe einmal so im Vorfeld dort angerufen, habe gefragt ob sie glauben, dass sie dafür verantwortlich sind und sie sagen ja, da muss man, wir werden einen „Scientific Advice“ geben. Dann habe ich gesagt, ja können Sie mir sagen wer das macht, denn diejenigen die sich auskennen, dass sind drei Leute, die kenne ich. Sie haben dann verweigert zu sagen wer es ist, aber die drei Leute die sich dabei auskennen waren es nicht, denn die habe ich gefragt. So ist das Leben und die Welt.

7. Interview mit OA. Dr. Otto Presslich

(Leiter und Mitbegründer der „offiziellen“ Drogenambulanz
des AKH Wien von 1978 – 1993)

vom 14.5.2010

Überblick Intensivstation Patientengut

(= buntgemischtes Publikum - viele Fälle chirurgisch oder internistisch, mit psychiatrischen Begleiterscheinungen - Hepatitis-, Knochenbruch- (nach einem Unfall) oder Suizidversuchspatienten die Tag und Nacht geschrien haben und die auf anderen Stationen schwer handhabbar waren ; Nicht nur auf anderen Stationen der Psychiatrie, sondern hauptsächlich Leute von den internen und chirurgischen Stationen, von der Haut, von den Augen, die verwirrten Leute und dergleichen) (Klärung Gründung der Drogenambulanz)

Interviewer: Gegründet ist sie worden, die Drogenambulanz selbst als Spezialambulanz? Denn da habe ich bisher keine Jahreszahl noch gefunden.

Dr.Presslich: Nun, es ist nämlich immer irgendeine kleine Ambulanz vor sich hin geköchelt, ein 1 Mann Betrieb, die hieß Drogenambulanz und der Erste den ich wahrgenommen habe als Drogenambulanzmenschen, war der Herr Dr. Pernhaupt. Also der dann später diesen, der autark eben mit den wirklich bescheidenen und beschränkten Mitteln die es damals gegeben hat, also so gut es ging eben versuchte die ... Interviewer: Maßnahmen zu ergreifen. Dr.Presslich: ... Patienten zu behandeln oder weiter zu vermitteln.

Interviewer: Und wurde es schon als Drogenambulanz bezeichnet auch, die Spezialambulanz? Dr.Presslich: Ja, ja. Interviewer: Doch, also schon 1967 glaube ich war das dann oder so? Oder Anfang der 70er? Dr.Presslich: Also ich weiß es nicht mehr genau, das war unter Herrn Prof. Hoff, weiß ich nicht, das war 1970, 1971. Da taucht das Ganze irgendwo in meiner Erinnerung auf. Vorher war das ja eine gemeinsame neurologisch-psychiatrische Klinik ...

Interviewer: Genau, ja. Dr.Presslich: ... das war nicht getrennt und irgendwann im 71er Jahr glaube ich, hat der Herr Dr. Pernhaupt dann diese Drogenambulanz geführt als Einmannbetrieb. Und ... was war jetzt ihre Frage, ich hab das jetzt ...

Interviewer: Genau. Wann die Spezialambulanz selbst gegründet worden ist offiziell? Denn ich hab nur die Zahlen so, Dr. Pernhaupt und Dr. Springer sind genannt, die sind dann ins API weiter gegangen, ins Anton-Proksch Institut. Dann Sie und der Herr Dr. Hermann ... Dr.Presslich: Der ist viel später. Der ist nachdem Dr. Ranefeld. Interviewer: Ok, also Dr. Ranefeld, genau. Dr.Presslich: Also ich habe das so in Erinnerung Dr. Pernhaupt, Dr. Ranefeld ... Ja, nachdem Herrn Dr. Ranefeld habe das Ganze ich übernommen, im 78er Jahr und ein wenig später war, ist dann der Dr. Hermann dazugekommen. Also ich war damals schon seit dem 68er Jahr an der Klinik und der Dr. Hermann ist dann

dazu gekommen und er war auch sehr hilfreich und sehr ideenreich in allem und jedem. Und ich habe seit dem 78er Jahr, seit 1.1 1978, die Intensivstation der Psychiatrie übernommen und habe sie dann eigentlich, also dann ist der Herr Dr. Ranefeld oben in der Ambulanz gesessen und ich unten und wir haben uns dann zusammengetan, um wirklich etwas auf die Füße zu stellen. Denn es hat damals, also in der alten Zeit hat es außer guten Ratschlägen nichts gegeben. Interviewer: Nichts gegeben? Dr.Presslich: Also, ich sag das jetzt einmal, damit ist ihre Frage glaube ich beantwortet? Interviewer: Genau, was die Eckpunkte einmal sind. Dr.Presslich: Ja und ich rede dann weiter eventuell, von den guten Ratschlägen und von der tatsächlichen therapeutischen Therapiesituation und ...

Interviewer: Ja die Frage wäre eh gleich dahingehend, einerseits sind mir bei den Rahmenbedingungen, was mich immer interessiert auch, ist natürlich die Intention zur Gründung oder Forcierung der Drogenambulanz. Was war da Ihre Intention? Wie haben Sie es erlebt? Also, was war gegeben, was hat man vorgefunden und wo sollte es hingehen? Dr.Presslich: Also man hat damals vorgefunden, also Prof. Kryspin-Exner, der Vater von der Psychologie Kryspin-Exner, weiß jetzt nicht wie die Frau Professor heißt!? Hab es vergessen. Der hat immer die Alkoholismus und Suchtgifte abgehandelt, aber irgendwie in einer Weise, die uns irgendwie nicht behagt haben. Also uns Jüngeren. Das war diese konventionelle Weise, wo man irgendwie die Patienten halt mehr oder weniger verächtlich gemacht hat und mehr geschaut hat, wie erkennt man jemanden, um sich vor ihm zu hüten und ihm natürlich Abstinenz anzuraten, aber irgendwie keinerlei Hilfsmittel irgendwie anzubieten, wie das zu erreichen ist. Das war damals eine ausgeprägte Alkoholiker-Szene und das hat Prof. Kryspin ganz gut gemacht, also mit ... Aber da kam dann, hat es dann schon eine Heroinszene gegeben und mit diesen Leuten konnte er meines, so nach meiner Erinnerung also absolut nicht umgehen. Es ist die Heroinabhängigkeit eine Abhängigkeit die ein Entzugssyndrom hervorruft, also eine Entzugsphase die sehr unangenehm ist und schmerzhaft, weil beim Absetzen von Opiaten (Auskunft über Entzugssymptomatik)

Dr.Presslich: Also besonders wenn sie das in freier Wildbahn machen (Entzug), so haben sie immer vor sich das sichere Wissen, dass eine einzige Dosis, die sie sich verabreichen, mit einem Schlag alle Beschwerden unterdrückt und weg sind. Wenigstens für ein paar Stunden.

(Frage - Auskunft über die erste Heroinszene = Anfang der 70er Jahre) ; (Lob und Auskunft über Professor Springer = Polyhistor der Alles weiß) (Protestbewegung Gammler - Beatniks - Psychedelismus Amerika)

Interviewer: Und so von den Rahmenbedingungen her, zur Therapie überhaupt von den Drogenabhängigen die es so schon gegeben hat bei uns dann?

Dr.Presslich: Schauen Sie, es war nichts da. Es hat keine stationären Einrichtungen für Drogenabhängige gegeben. Keine. Interviewer: Bis wann? Bis? Dr.Presslich: Ja ich glaube, also dieser Kalksburgkomplex hat relativ früh aufgemacht. Mit Herrn Dr. Pernhaupt und später mit dem ... weiß auch nicht mehr genau, von der Klinik ein Tiefenpsychologe, wie heißt denn dieser? Dr. Burian. Und da hat es in Kalksburg schon eine Abteilung für ... Interviewer: Suchtabhängige. Dr.Presslich: ... Suchtabhängige gegeben, aber letztlich haben sie nur entzogene Patienten, nach dem Entzug Patienten nehmen können, denn für den Entzug haben sie nichts geboten. Das war irgendwie ideologisch dermaßen verfestigt, also wenn jemand aufhört darf er nichts bekommen, ganz gleich ob der Patient sich in Schmerzen windet und ob dieser dann davon läuft ... Interviewer: Und wo hat er den Entzug gemacht, wenn er aufgehört hat? Dr.Presslich: Ja das war das Problem. Und zwar in doppelter Weise das Problem. Die Drogenabhängigen waren in erster Linie, ich weiß nicht wie man heute dazu sagt, aber ein Basisschichtphänomen und keineswegs ein Künstler- oder Studenten- Literatenphänomen, sondern es waren hauptsächlich irgendwelche Lehrlinge und Arbeiter und Angestellte und ... Interviewer: Also quer durch alle sozialen Schichten?!? Dr.Presslich: Eben nicht quer. Also wir haben einmal, wir haben ja öfter Erhebungen gemacht, aber da haben wir einmal, haben wir 1% Studenten gehabt und einmal 1 1/2% Studenten, also weniger. Also fertige Akademiker waren immer schon mehr. Also so 4 - 5% soweit ich das in Erinnerung habe, in etwa. Aber, Alles in Allem war das ein Basisschichtproblem und jeder ist mit dem guten Ratschlag versorgt worden und das war ein großer Meinungsstreit. Entweder abrupt aufzuhören oder sich herunter zu dosieren. Aber irgendwelche medikamentösen Geschichten, das war damals völlig außerhalb der Reihe, also ...

Interviewer: Und so im AKH die Intensivstation? Hat man ein Bett zur Verfügung gestellt, dass der Patient wenigstens herunter kommen kann und so? Dr.Presslich: Das hat es erst, also mit der Intensivstation habe ich erst im 78er Jahr angefangen und ich rede jetzt von der Zeit davor. Also so hat es nichts gegeben außer gute Ratschläge und viel Moral eben und was alles für ein böses Ende nehmen wird. Praktisch keine Unterstützung, obwohl die Substitution eigentlich eine sehr wohl eingeführte Sache vom Prinzip her war. Nach dem Krieg hat es viele Leute gegeben entweder mit Verwundungen oder sonstigen längeren Lazarettaufenthalten, die dann dort Morphinsüchtig geworden sind und die dann eben weiter substituiert worden sind. Und zwar war das damals eine durchaus krude Sache. Es hat Suchtgiftdauerrezepte gegeben und da fing eigentlich der kulturelle Knacks an. Das waren eben sozusagen Kriegshelden die also verwundet, verletzt, nur mit einem Bein, einem Arm oder was sie auch immer hatten, denen man helfen musste und die man substituiert hat so lange, bis sie sich irgendwie entschlossen haben eine Entzugsbehandlung zu machen oder auch nicht. Die haben täglich 20 Ampullen Morphin bekommen. Die haben

sie sich gespritzt. Damals war es noch üblich die Spritzen, die nicht einmal Wegwerfspritzen waren, sondern das waren so Glasspritzen die sich jeder ausgekocht hat und Subkutan-Nadeln. Und ... also der Apothekenpreis für eine 5 oder 10 mg Morphin Ampulle war, 2 Schilling 80 oder so etwas. Also so ungefähr 20 bis 25 Cent eine Ampulle. Also das Gläschen mit dem Morphin drin. Und jetzt war natürlich, waren natürlich die jungen Süchtigen, die illegal Heroin sich also besorgt haben, waren natürlich aus einem anderen ... also nicht aus diesem Verwundeten-Milieu, Nachkriegsmorphinisten-Milieu und Ärzten und Apothekern die man ja auch dazu zählen muss, und also irgendwelche Schwestern und Pfleger waren auch immer der eine oder andere, der da eben hinein gekippt ist. Das war aber ein braves dankbares Publikum, das sich heimlich und verschämt eben die Ampullen in der Apotheke gekauft hat. Und die späteren Süchtigen, die irgendwie schon so von der Idee der Bewusstseinsveränderung durch Drogen beeinflusst waren, die haben natürlich die Rezepte genommen und haben das Morphin auf dem Schwarzmarkt verkauft, haben sich dafür LSD gekauft oder irgendwelche Amphetamine und haben irgendwie einen bunten Drogenmix genommen. Und das Ganze ist völlig entgleist. Das ist Alles dann am Schwarzmarkt aufgetaucht oder sie haben eben Heroin dafür gekauft mit diesem Morphinrezept und so weiter. So war das Ganze nicht praktikabel und dann war irgendwann einmal der große Knacks, also es darf kein Morphin und überhaupt keine Psychopharmaka an Süchtige ... Interviewer: abgegeben ... Dr.Presslich: ... abgegeben oder verschrieben oder was auch immer werden. Interviewer: Mhm. Das war dann Ende der 70iger? Dr.Presslich: Also das war dann, ich habe angefangen 1978, habe ich diese Intensivstation übernommen. Das war eine Station mit 8 Betten und also das waren nicht nur Beatmungsfälle und 10 Schlauchpatienten, sondern das waren durchaus auch Fußgeher zum Teil, also Psychosen die man wirklich schwer sedieren hat müssen und wo man also irgendwelche Blutdruck-, Pulsparameter eben kurzfristig kontrollieren musste, damit man nicht irgendeine Überdosierung oder sonst etwas hat. Also so haben wir eben von Vornherein, also 4 schwere Intensivbetten gehabt und 4 Betten für sogenannte Fußgänger. Also die Fußgänger, das waren halt irgendwelche, ein gemischtes Publikum, also zum Teil irgendwelche Leute von der Privatstation, die alt und in der Nacht verwirrt waren oder so geschimpft haben, dass sie irgendwie auf der Station eben schlicht und einfach nicht beliebt waren. Und der Herr Dr. Ranefeld und ich, wir haben uns also über diese Situation unterhalten und haben festgestellt, dass es hier schlicht ein psychiatrisches Publikum gibt, was in jedem Psychiatriebuch untersucht abgehandelt wird, dass aber praktisch irgendwie ohne Versorgung ist. Außer irgendwelchen stationären Einrichtungen auch in den Bundesländern, wo man gesagt hat: „Geh hin, aber Geh.“ und es hatte irgendwie keine Möglichkeit gegeben etwas anzubieten und auf einer Universitätsklinik schon gar nicht. Also das war eine Unerhörtheit und wir waren auch ...

und das war der Nachteil von dem Ganzen, kaum haben wir uns dort hinein gehängt, waren wir dann so überrannt und so überfüllt und überlastet, dass wir lange Zeit nicht dazu gekommen sind irgendwelche Zahlen auszuwerten oder zu publizieren.

Interviewer: Gibt es Zahlen soweit? So Berichte? Haben Sie selbst welche gemacht? So Statistiken wie viele Patienten, wie groß das der Andrang war? Dr.Presslich: Ich habe das wohl, nur ich habe das, ich weiß nicht wo ich das habe. Ich habe das wohl natürlich immer in irgendwelchen Berichten hineingegeben, nur es waren auf alle Fälle zu viel ... und oben ist Dr. Ranefeld gesessen und unter war ich mit irgendwelchen Ärzten von der Psychiatrie und habe 1 bis 2 1/2 Jahre gebraucht, um mit den Schwestern und Pflegern zu diskutieren, warum wir diese unmöglichen Leute da haben und was das Gesinde da alles auf einer Intensivstation soll. Also ich habe lange gebraucht. Der Herr Dr. Ranefeld hat diese immer beschworen, bis ich (wir) dieses Patientenpublikum dort einmal untergebracht haben, ohne dass sich jeder den Mund zerreißt. Und, also 2 1/2 Jahre hab ich damals gestritten mit meinem damaligen Stationspfleger und mit allen Schwestern und mit allen Pflegern. Also das war wirklich furchtbar, weil die haben alle nur geschimpft, die wollten alle, dass wir eine, also so sind wie eine große Anästhesie-Intensivstation und ... also ich habe wirklich lange gebraucht, bis ich denen klar gemacht habe, wir sind eine Psychiatrie und da haben wir das und das Patientenpublikum, dass bisher unversorgt ist und denen müssen wir eine Entzugsbehandlung anbieten. Und dann können wir sie ruhig weiterschicken an andere Institutionen, wie zum Beispiel Kalksburg oder später dann zum Grünen Kreis oder den Einser Pavillon, wo dann der Herr Dr. Hermann ... Interviewer: Baumgartner Höhe oben ... Dr.Presslich: ... am, das darf man nicht mehr sagen, also am Steinhof. Interviewer: Steinhof. Dr.Presslich: Wie heißt das jetzt? Das hat irgendeine vornehme Bezeichnung der ganze Steinhof (Otto-Wagner Spital)

Dr.Presslich: Ok. Das war die eine Seite. Interviewer: Das heißt bis Anfang der 80er Jahre haben sie eigentlich einmal mit dem Pflegepersonal gestritten, dass die akzeptieren ... Dr.Presslich: Ja bis Anfang, Mitte 80ig ... Dann aber waren sie froh, denn bis wir das dann wirklich handhaben konnten, dann war das ein relativ leichtes Publikum, ja?! Da hat man schauen müssen, dass nichts herein geschmuggelt wird an Substanzen und man hat halt, ich meine es war ein bisschen ein schwieriges Publikum, denn uns sind halt, also viele Patienten haben abgebrochen und man musste das irgendwie verantworten. Aber ich war damals derartig irgendwie so, also dahinter, dass ich das da durch bringe und dass wir da wirklich was auf die Füße stellen. Eben gemeinsam mit Herrn Dr. Ranefeld, dass sich diese Mühen eben, ... also locker da, also ich bin mit denen wirklich locker fertig worden. Also das war die eine Seite. A - es hat nichts

gegeben, B - es war ein ungeheurer, ein großer Andrang.

Interviewer: Wie viel Pflegepersonal hatte man denn zur Verfügung gehabt? Also sie haben unten die Intensivstation gehabt, Dr. Ranefeld oben ...
Dr.Presslich: Also ich habe zwischen 2 und 4 Ärzte gehabt. Die haben wir auch gebraucht, denn wir waren ja auch voll ausgestattet, wir haben die ganzen Monitore und Apparate die man da im Kino sieht, in diesen Notfallserien. Also die haben wir ja auch alle verwendet und Beatmungsmaschinen haben wir gehabt und die Anästhesisten waren böse, wenn wir jemanden beatmet haben, weil sie haben gesagt, das sind alles blöde Psychiater. Und ich habe dann gesagt, ja das sind wir, aber wenn sie das Gefühl haben wir machen das nicht gut, sie können den Patienten gerne übernehmen. Und es hat aber so viele psychiatrische Patienten gegeben die also kein Mensch haben wollte, weil sie eben schwierige Patienten gewesen sind und die Kapazitäten, die Anästhesie war natürlich in erster Linie daran interessiert irgendwelche chirurgischen Fälle zu übernehmen und nach zu versorgen. Ist völlig legitim. In Wirklichkeit hätten sie froh sein müssen, dass wir das machen und sie waren es dann auch später. Die Letzten 10 - 12 Jahre habe ich eine Ruhe gehabt von denen. Von Zeit zu Zeit haben wir einen geholt, der hat uns dann beraten und den Rest haben wir uns selbst gemacht. Interviewer: Also mit 2 bis 4 Ärzten haben Sie alles selbst gemacht unten und ...? Dr.Presslich: Ja. Interviewer: Mhm. Und so vom Pflegepersonal her? Sozialarbeiter hat es gegeben? Dr.Presslich: Nein. Interviewer: Nichts? Dr.Presslich: Also pflegemäßig, Schwestern-, Pfleger mäßig waren wir ganz gut. Also das waren 18 oder 19. Interviewer: Pflegerinnen, Schwestern. Dr.Presslich: Ja, also Vormittag im Frühdienstwechsel und dann über Nacht waren auf alle Fälle 2 Leute da. Interviewer: Und das für die 8 Betten? Dr.Presslich: Und das für die 8 Betten. Ich meine es war kein Honiglecken, weil immer hat irgendwo ein Alarm angeschlagen und immer irgendwas, irgendwelche Abnehmer haben sich gelockert und hat man nachbessern müssen. Also so richtig Ruhe war nie.

Interviewer: Und die Betten eigentlich immer ausgelastet dann, wie das publik geworden ist? Dr.Presslich: Ja schon. Also das waren ja lächerliche 4 Betten bitte. Interviewer: 4 Betten? Dr.Presslich: Vier ja, denn auf der anderen haben wir ja, also irgendwelche Zugewiesenen oder aus dem Hause irgendwie Verunglückten ... also Patienten, das, damals hat es ja Medikamente gegeben gegen Psychosen und gegen Depression, wo die Leute sogenannte, also zweiphasige Verläufe gehabt haben. Die Leute haben genommen "Mellaril", das war eine dieser Substanzen, die haben sie überdosiert, dann waren sie bewusstlos, dann sind sie ins Spital gekommen, dann sind sie aufgewacht, dann sind sie nach Hause gekommen und sind ohne etwas nachzunehmen wieder bewusstlos geworden und sind gestorben. Hat man sie halt nicht irgendwie

künstlich ... Herz-Kreislauf mäßig über eine Zeit hinweg betreut, wo sie dann also einfach im Laufe der Zeit diese Neuroleptika ausgeschieden haben. Also so haben wir immer ein schweres Publikum gehabt und die Fußgänger habe ich eben soweit es ging innerhalb der Klinik zurückgedrängt und dafür haben wir eben die Drogenpatienten aufgenommen.

Interviewer: Genau, von den Rahmenbedingungen. Sozialarbeiter haben Sie ja keinen gehabt. Dr.Presslich: Ja, nichts und ... Interviewer: 2 bis 4 Ärzte, 18 bis 19 Pfleger ... Dr.Presslich: ... und dann, also etwas was und das nehme ich jetzt vielleicht gleich vor, unmöglich waren die gesetzlichen Bestimmungen. Wenn nämlich ein Patient auf der Klinik oder in einem Spital oder in einem psychiatrischen Krankenhaus aufgenommen worden ist und eine Suchtdiagnose bekommen hat, sei es in der Ambulanz oder er hat aufgrund von Glück oder Privatversicherung, er wirklich stationär irgendwo untergekommen, dann ist spätestens 6 Wochen später die Polizei bei ihm erschienen, denn die Daten des Krankenhausaufenthaltes, inklusive der Diagnose, sind ins Gesundheitsministerium gekommen und dort hat Einsicht in die Daten nehmen können, das Militär, das Gericht und die Polizei. Also das Militär war nicht interessiert, also das war, die haben irgendwie, also die waren nicht interessiert, dass sie irgendwie süchtige Leute kriegen oder sie waren auch nicht interessiert irgendwelche Nachforschungen anzustellen. Das Gericht war überfordert, personell unterbesetzt, wie also jetzt auch. Also gejammert haben sie immer die Richter und ich glaube auch, dass sie viel zu tun haben, alleine mit den hausmeisterlichen Klagen, die da irgendwelche Leute anstrengen. Also die können alle Gerichte beschäftigen auf Jahre hinaus. Wie auch immer. Aber natürlich die Polizei ist dann 6 Wochen, auch wenn irgendetwas einmal gelungen ist auf Anhieb (Patienten), was nicht sehr oft war, aber eben doch manchmal der Fall war, denn es sind ja auch viele Irrläufer gekommen, irgendwelche Eltern mit irgendeinem Kindchen an der Hand und haben gesagt: „Der Bub oder das Mädchen, das nimmt Heroin.“ und dann war es halt nichts. War es eben irgendeine Protestsituation eine pubertäre und, also die Eltern haben natürlich sofort auf Drogen getippt. Das war auch damals schon üblich. Aber wie auch immer. Aber die Polizei ist denen dann nachgegangen, auch wenn sie im guten Zustand und gesundet waren und sogar von der Szene weg und haben die Patienten dann verhört und angezeigt und also woher haben sie das und wem haben sie das weitergegeben und ... Interviewer: Existiert das bis heute so? Dr.Presslich: Bitte? Interviewer: Ist das bis heute so, dass diese dort Einsicht nehmen können? (Kopfschütteln) Aber in ihrer Zeit war das? Dr.Presslich: Also damals. so Mitte, Ende der 70iger Jahre war das so. Interviewer: Mhm ... In den 80iger Jahren dann auch noch oder? Dr.Presslich: Und wir haben, Dr. Ranefeld und ich, wir haben gesagt, also das ist vollkommen unmöglich. Also man kann nicht auf der einen Seite jemanden behandeln, also auch wenn man

bereit ist ... wenn rein durch den Kontakt mit einem Spital die Daten und die Diagnose an die Polizei weiterkommen. Und wir haben uns eben entsprechend aufgeregt und wir haben, also sowohl Dr. Ranefeld wie auch ich, wir haben dann gesagt, so geht das nicht und wir werden jetzt anfangen diese Patienten so gut wir können zu behandeln und wir werden, wer auch immer kommt, wir werden die Diagnosen fälschen ... Wir werden da nichts weiterleiten und wir haben daraus irgendwelche Depressionen gemacht, über hyper-ästhetisch-emotionelle Schwächezustände und was eben so der ganze Tiergarten der Psychiatrie ist. Und, also die älteren Kollegen haben sich dann aufgeregt, die Professoren und Dozenten und gesagt das ist illegal was wir da machen und Herr Dr. Ranefeld und ich haben gesagt, ja das ist illegal und dann haben sie gesagt, ja der Chef weiß doch nichts davon. Haben wir gesagt, der Chef, also wenn er es nicht sieht, dann kann man ihm nicht helfen ... und wenn uns jemand anzeigt, ihr könnt uns ruhig anzeigen, wir gehen dann sitzen. Aber wir wissen ganz sicher, dass es unmöglich ist die Patienten zu behandeln und sie gleichzeitig in irgendwelche polizeilichen oder gerichtlichen Maßnahmen zu verstricken und haben gesagt, ok, wenn etwas auffliegt, dann gehen wir sitzen. Und dann war Ruhe und das große Erstaunen halt von jenen. Aber wir haben das eben so gemacht.

Und, also Dr. Ranefeld hat oben in der Ambulanz die Leute beraten, aber viele haben sich nicht auf die Klinik getraut. Wir haben dann, also wir sind in das Ministerium gegangen und wir haben so eben, also überall, immer wenn irgendjemand zum Interview gekommen ist, haben wir gesagt, das ist eine völlig absurde Situation. Wenn ich auf eine interne Abteilung gehe oder in ein Landspital geschieht nichts, gilt das Ärztegeheimnis. Überall wo ich auf eine Psychiatrie gehe, ganz gleich ob hier oder auf den Steinhof, in Linz oder Dornbirn, Feldkirch oder wo auch immer, werde ich dann angezeigt und dann kommt die Polizei und zeigt mich an und verhört mich und ... Es war zwar so, dass beim ersten Mal, also die Anzeige zurückgelegt worden ist wenn jemand angezeigt wurde, aber die Prozedur an sich war jedoch unangenehm und natürlich haben sie immer wieder die Leute, die sie einmal irgendwo in ihrer Kartei gehabt haben, die haben sie halt immer wieder aufgesucht bzw. heimgesucht, wenn irgendwo etwas mit der Drogenszene in Verbindung war und dann waren eben halt eher Nerven nötig.

Dr.Presslich: Nämlich die FPÖ hat gesagt, sie macht einen Drogenarbeitskreis. Die FPÖ Wien oder Landes FPÖ, weiß ich nicht mehr genau und ob wir mitmachen wollen. Und wir haben lange herum überlegt, sollen wir das tun, sollen wir das nicht tun. Dann haben wir aber schon die Erfahrung gewonnen gehabt, dass sich alle Parteien damals, auf die damals läppischen 5% FPÖ, ausgeredet haben. Das war Ende 70ig, Anfang 80ig. Also immer die nächsten Wahlen, so im Grunde habt ihr ja recht, es tut uns alles wahnsinnig leid, aber wir

können nicht in die nächsten Wahlen und so ist nichts weitergegangen. Und wir sind dann in diesen Arbeitskreis hineingegangen und haben dort unseren Standpunkt mit Nachdruck und Präzision vertreten. Das hat ein Jahr lang gedauert und wir haben eigentlich, es war irgendwie so eine bunt gemischte Partei, es waren eben auf der einen Seite halt irgendwelche wüsten nationalen Schreier, auf der anderen Seite waren das ganz biedere bürgerliche Leute und die haben sich dann lang und breit damit auseinandergesetzt. Und letztlich ist es dann, ich weiß jetzt nicht mehr das Jahr, dann doch gelungen, dass wir diese Anzeigeverpflichtung wegbekommen haben. Man musste dann nur mehr die Anfangsbuchstaben der Patienten, Vor- und Zuname, also das ist natürlich die glatte Augenauswischerei ... aber damit das Ministerium, damit die Behörden sagen wir mal so, ihre Würde bewahrt haben, hat man eben die Anfangsbuchstaben hinschreiben müssen. Interviewer: Und das war Anfang der 80iger? Hat sich das dann geändert gehabt? Dr.Presslich: Das war irgendwie Ende 1970. Der damalige Justizminister war der Herr Ofner (= Recherche = 1985 wurde dieser Beschluss umgesetzt; Ofner noch nicht Justizminister, aber Landesparteibeamteter FPÖ Niederösterreich) ... also in der Periode wo der Herr Ofner Justizminister war. Das war eigentlich das einzige Mal wo ein bisschen ein Fenster aufgegangen ist. Also das mit der namentlichen Nennung und die Grenzwerte haben sie glaube ich dann hinauf gesetzt, wie viel wer bei sich haben darf und nicht mehr ..., damit er als privater Konsument, aber nicht als Händler gilt und so weiter.

Interviewer: Das werde ich eh mit hineinnehmen in meine Arbeit, als eigenständigen Punkt, wie die Drogengesetzgebung in Österreich dann letztlich war, denn ... Dr.Presslich: Ja, tun sie das genau recherchieren, denn ich habe das nur mehr, ich kann die genauen Daten nicht dazu sagen. Aber diesen Umstand, dass was ich Ihnen erzähle, werden sie Wort wörtlich von Herrn Dr. Ranefeld ... Interviewer: ... auch so bekommen. Dr.Presslich: ... auch so hören. So die ... und das ist ein ganz wichtiger Punkt, denn man hat sich damals auf den Kopf gegriffen und man greift sich heute noch auf den Kopf, wie das möglich war. Also kurzum, das ist dann so weitergegangen.

Interviewer: Und haben Sie dann die Patienten aber selbst genannt oder haben sie es beibehalten, dass man den Patienten noch irgendwelche anderen Diagnosen gegeben hat? Dr.Presslich: Nun, wir haben dann, also der Herr Dr. Ranefeld hat nichts weitergegeben und ich auch nicht. Wir haben dann den Spieß umgedreht und haben gesagt, bitte es ist ein, es ist jahrelang ein so großer Schaden entstanden und die Klientel, die Patienten sind so verunsichert, dass sich bis jetzt, obwohl die Bestimmungen geändert sind, sich nicht trauen sich an die Klinik zu wenden. Und es ist auch ... Dr. Ranefeld hat viele Patienten irgendwo in einem Wirtshaus getroffen und ich habe mit denen dort geredet und ich habe die, Dr. Ranefeld ist dann später gegangen, ich weiß nicht, nach

Kalksburg? ... (richtig Mödling zum Dr. Pernhaupt) Und später hat er dann diese Drogen, diese institutionellen Drogengeschichten überhaupt verlassen und arbeitet heute glaube ich als Psychoanalytiker. Und ich habe auch noch, also kaum dass ich Luft bekommen habe, habe auch ich mich in die Szene begeben und habe dort in der Gassergasse, das waren so autonome besetzte Häuser und in der Ägidigasse versucht eine ärztliche Betreuung aufzubauen, um mit den Patienten die sich nach wie vor nicht getraut haben in die Ambulanz zu gehen einen Kontakt herzustellen. Interviewer: Mhm ... also von den Statistiken her dann gesehen, die ganzen Zahlen die man findet für die Ambulanz und für die Station, sind dann eigentlich nicht für bare Münze zu nehmen, weil entweder nicht alles aufgezeichnet worden ist, einerseits weil nichts rausgegeben worden ist ... Dr.Presslich: Ja, nein. Also wir haben natürlich ordentliche Karteikarten geführt, aber wir haben nichts weitergegeben, denn was soll denn das. Ich meine, eh so ein umstrittenes Gebiet und so, also ein wirklich schwieriges und dann also ein verschrecktes Publikum und ein ängstliches ... Interviewer: Absolut.

Interviewer: Aber gibt es dann eigentlich Statistiken dazu, dass man ungefähr weiß vom Andrang her, von den Menschen, wie viele dass das so waren in diesen Jahren? So in den 80iger Jahren? Wie viele ungefähr? Dr.Presslich: Also des müssen Sie den Dr. Ranefeld fragen, ich habe das nicht. Wir haben pro Tag auf der Ambulanz also, wir hatten mindestens 10 - 15 Leute jeden Ambulanztag gehabt. Also vor allem seit dem wir das angeboten haben. Am Anfang haben wir diese Entzugssymptome mit Neuroleptika behandelt, was keine gute Idee war, aber alles andere war verboten. Und ich wollte damals eigentlich schon, also es war immer die Geschichte, abrupter Entzug von einem Tag auf den anderen, ist an sich also schneller und aber halt eine schmerzhaft ... Interviewer: Prozedur. Dr.Presslich: ... und unterstütz dauert es doch 3-4 Tage länger. Aber es geht, es geht. Also im 85er Jahr habe ich dann erste Experimente mit Methadon gemacht. Das war in den USA schon zwanzig Jahre in, gang und gäbe, ja?! Und bei uns hier, also das war wie wir gesagt haben, jetzt haben wir so und so viele Patienten, die waren einmal in Kalksburg, die waren zweimal in 1 1/2 Jahren oder 18 Monaten und jetzt sind sie wieder in der Szene, und das kann doch nicht sein ... Man muss doch abgesehen von diesen Abstinenzgeschichten, muss man ja auch eine medikamentengestützte Entzugsbehandlung anbieten und wenn das alles nichts nützt, muss man eben substituieren. Und die haben uns wirklich gesagt, also: „Wenn Sie weiter dieses Wort Methadon in den Mund nehmen, zeigen wir Sie an wegen Propaganda für Suchtgift.“ Also. Interviewer: Das heißt, wie lange sind denn dann die Patienten, so bevor eben die Experimente 1985 waren, weil 1987 glaube ich, ist ja das dann von Ihnen aus im Justizministerium durchgebracht worden?! Dr.Presslich: Ja, ja.

Interviewer: Genau. Wie lange waren denn vorher dann die Patienten hier im AKH? Wie lange sind sie denn geblieben? Dr.Presslich: Nun, wir haben mit hohen Dosen Neuroleptika behandelt und das ist relativ flott gegangen. Das hat vielleicht 4-5 Tage länger gedauert. Also ich habe da auch Einiges veröffentlicht, nur finde ich das alles nicht mehr, weil das waren irgendwie so frühe Geschichten und wir haben immer laufend geschaut, wie man das an die Patienten anpasst und so haben wir keine einheitliche Medikation zusammengebracht und konnten irgendwie nichts sauber publizieren. In Wirklichkeit haben die anderen alle nur geschummelt und haben das auch wieder härter betrieben oder haben einfach die Zusatzmedikation unterschlagen. Und es hat sich dann im Laufe der Zeit irgendwie das Publikum verändert. Am Anfang waren es reine ...

Interviewer: Ja wie lange sind sie dann so geblieben? So 4 bis 5 Tage?

Dr.Presslich: Nein. So zwischen 7 - 9 Tage. Interviewer: 7 bis 9 Tage.

Dr.Presslich: Bis der Patient wirklich wieder auf die Füße gestanden ist und wieder etwas gegessen hat und ihm nicht mehr schlecht war. Interviewer: Und zur Nachbetreuung hat man diese dann wo hingeschickt? Dr.Presslich: Wohin auch immer. Interviewer: Wohin auch immer. Dr.Presslich: Vorbetreuungen hat es gegeben, Nachbetreuungen hat es gegeben ...

Also Kalksburg hat etwas gehabt, am Steinhof war bei uns noch nichts. Aber Kirchen hat es gegeben, Sekten hat es gegeben ... Interviewer: Also von 1980 bis 1985 war das dann? Dr.Presslich: Also von 1980 bis 1987. Also wir haben dann natürlich Propaganda gemacht und haben immer wieder gesagt, man muss da irgendwie, diese Einstiegsphase muss man organisieren so gut es geht ... und voll drauf mit Medikamenten für kurze Zeit, dann absetzen und die Sache hat sich. Also wo ist das Problem. Die brauchen halt viel und wenn jemand glaubt, er kann irgendeinen Heroinsüchtigen der am Tag wirklich ein Gramm nimmt, ein echtes Gramm, also was weiß ich, sechzig prozentiges Heroin, dann wird der halt nicht mit 30 Milligramm Valium durchkommen. Und wenn er sagt er kommt durch, dann kriegt er es sicher hereingeschmuggelt von irgendjemandem, nimmt Heroin weiter und das Ganze ist für das schöne Auge von der Familie oder für die Freundin oder den Freund oder was auch immer. Aber man muss hochdosiert, man muss viel geben und dann eben so rasch es geht wieder ausschleichen.

Interviewer: Hat es da schon Sozialarbeiter gegeben, die auch das soziale Umfeld ein bisschen gestaltet haben für die Patienten? Dr.Presslich: Ja, das hat es schon gegeben. Das waren eben ... Interviewer: Am AKH direkt bei Ihnen?

Dr.Presslich: Nein. Interviewer: Nichts? Dr.Presslich: Also für die Drogen, wir hatten zwei sogenannte Fürsorgerinnen hieß das damals noch, also Sozialarbeiterinnen gehabt (für die gesamte Ambulanz), aber die haben sich irgendwie, also nur am Rand damit beschäftigt. Es war nur... Interviewer:

Fürsorgerinnen. Also das waren keine Sozialarbeiterinnen? Dr.Presslich: Nun, das waren schon echte Sozialarbeiterinnen, aber der Terminus Fürsorgerin ist irgendwie in Verruf geraten, weil das zu sehr autoritär war, mit Kinderabnehmen und Kinder wegnehmen und mit ... Interviewer: Alles klar. Die Fürsorge. Dr.Presslich: ... also von NS - Volksgesundheit und dergleichen. Also man muss für alles was zwar notwendig ist, aber nicht dem Zeitgeist entspricht, das muss man ja alles umbenennen, also das heißt dann Sozialarbeiter. Interviewer: Und die hat es geben Anfang 1980 schon? Dr.Presslich: Ja. Die hat es ewig gegeben, aber die haben ja nur höchst ..., die haben sich in der Szene überhaupt nicht ausgedient. Die haben nicht gewusst was da läuft und diese Patienten waren ihnen nur unheimlich. Die waren ja auch nicht so unterwürfig, wie sonst irgendwelche psychiatrischen Hascherl, wo er die Vorstellungen hat. Interviewer: Mhm. Also die waren schon immer da seit dem Sie dort waren oder? Dr.Presslich: Ja, aber die hatten sich um die ganze, die riesige Ambulanz zu kümmern, um die ... Interviewer: Also keine für die Spezialambulanz selbst?!? Dr.Presslich: Keine. Interviewer: Gar nicht? Dr.Presslich: Nein. Also erst nachdem ich begonnen habe eben eine Drogenberatung aufzubauen, also das war ich allein ... Also nachdem Dr. Ranefeld, habe ich das mit Herrn Dr. Hermann zusammen gemacht. Dr. Hermann mehr ober der Erde, daher mehr in der Wahrnehmung und ich halt 2/3 unter der Erde wo die Intensivstation war, also einen Stock unter der Ambulanz und habe dort eben gearbeitet.

Interviewer: Und die Drogenberatung, wann haben Sie die eingerichtet? Wann war das ungefähr? Dr.Presslich: Wie Herr Dr. Ranefeld weggegangen ist. Interviewer: Wie Dr. Ranefeld weggegangen ist. Das ist 1981, 1982 so?!? Dr.Presslich: Nun ja, den Dr. Hermann, den habe ich schon Ende der 70iger Jahre, ich meine Dr. Hermann habe ich irgendwie privat kennen gelernt und habe ihn dann auf der Klinik selbst etabliert ... Interviewer: Genau, 1978 habe ich hier gefunden gehabt, so die Voraussetzungen für die stationäre Entzugsbehandlungen. Dr.Presslich: Ja, das war ich eben, ja. Interviewer: Das war dann eben die Drogenberatung?!? Dr.Presslich: Ja und wann der Herr Dr. Ranefeld weggegangen ist, weiß ich nicht. Jedenfalls hat es dann, also ich war dann zwar schon Facharzt ja, also dann war ich eben der zuständige Oberarzt. Dann hat gewerkt gehabt oben der Herr Dr. Hermann ... Interviewer: In der Ambulanz?!? Dr.Presslich: ... also in der praktischen Betreuung und auf der Intensivstation war er auch. Aber eben wie gesagt, so ungefähr drittelmäßig war das betreut und der Herr Dr. Hermann hat das eigentlich sehr gut gemacht. Er war wirklich, hat seine Arbeit gut gemacht und hat das eigentlich ganz toll gemacht.

Dr.Presslich: Ich meine, ich habe mich dann wie der Herr Dr. Hermann

Primarius worden ist, oben auf dem Steinhof, habe ich mich mit ihm entzweit über die Frage, also Substitution oder nicht, und sowohl der Dr. Pernhaupt, wie auch der Dr. Hermann waren vom Prinzip her gegen die Substitution eingestellt. Und ich war aber der, der gesagt hat, bitte jetzt ist der im Grünen Kreis zum x-ten Mal oder was es sonst noch gegeben hat, später dann der 1ser Pavillon, wo Dr. Hermann war und jetzt ist er wieder in der Szene. Also nach wie vor, es muss etwas angeboten werden und wir haben also nicht nur Leute die brav eben ihre Jugendsünden abgelebt haben und im Grünen Kreis dann ihr Heil gefunden haben, sondern wir haben eben Patienten die immer wieder in der Szene landen und denen müssen wir auch Alternativen anbieten. Und ich habe eben dann diese Substitutionsbehandlung, also versucht zu etablieren. Das ist dann auch gelungen ...

Interviewer: Nur noch zu den Sozialarbeitern. Wann hat es da den Ersten gegeben? Denn da hatten wir noch gesprochen. Wann hat es den Ersten wirklich gegeben in der Ambulanz? Dr.Presslich: Also den Ersten, es war so, das ist genau das was ich vermeiden wollte, jetzt ist es mir passiert. (Abschweifung;) Also es hat ein besetztes autonomes Haus gegeben, das war in der Gassergasse, ein leer stehendes Objekt der Gemeinde Wien, wo sich eine autonome Kulturszene etabliert hat. Das ist später dann von der Polizei geräumt worden. Und die sind ein paar Jahre bestanden und die Leute dort haben also einen Arzt gesucht. Also das waren junge Leute dort, irgendwelche Progressiven, dann waren natürlich, das kommt immer dazu und das hat mich jetzt an diese Studentenhörsaalbesetzung „Audimax“ erinnert. Es kommen immer irgendwelche armen Leute dazu. Obdachlose und defekte Geisteskranke und sonst etwas. Und so haben die dann, also erstens waren sie überfüllt und zweitens haben sie einen Arzt gesucht, der sie also behandelt und irgendwie halt weitermanagt. Und die haben einen Arzt gesucht und ich, wie alt war ich da, so Endvierziger halt. Ich bin einmal hingegangen und habe mir, nun es sind 2 Leute von mir, denn es hat immer ein Plenum gegeben und dort ist immer alles endlos diskutiert worden ... Aber dann sind einmal 2 Leute zu mir kommen und haben mich gefragt, ob ich diesen Job machen würde. Habe ich gesagt, ja ich würde das machen, aber erstens einmal bin ich wie sie sehen nicht der Jüngste, zweitens braucht´s ihr wahrscheinlich eher einen praktischen Arzt für all jenes was ihr hier habt an Patienten und ich bin aber nur Neurologe und Psychiater, aber ich habe eine, ich kann vorweisen eine praktische Tätigkeit als Milzoffizier. Also das war natürlich ein Schlag in deren Bauch. Milzoffizier war natürlich die reine Hochstapelei, es war schon wahr, aber ich war im 66er Jahr beim Bundesheer und ich wollte mich und ein paar andere Ärzte verpflichten, dass wir da ein Jahr hingehen, freiwillig und wir haben gesagt, wir dienen unsere 9 Monate ab und keinen Tag länger. Und dann haben sie uns aber das Offizierspatent umgehängt und haben gesagt, also wenn wir Facharzt werden

oder den Turnus kriegen, werden wir das automatisch. Und so war es auch. Mit 1966, mit vielleicht 120 Tagen außernatürlichem Militär, war ich das halt, aber wenn man eben immer alle 2 Jahre 12 Tage von der Klinik frei ..., nur denen die da gekommen sind, diesen Funktionären, musste ich das gleich sagen, damit die nicht irgendwie dann, also auf das Gefühl kommen man arbeitet mit (dem Bundesheer - Polizei - rechtsstaatlich gemeint) verdeckten Karten. Dann sind sie gegangen, habe ich lange nichts gehört, dann sind sie wieder kommen und haben eben gesagt, wir haben viel gesucht, wir hätten lieber jemand jungen, keinen „Mili-Schädel“, aber wir finden niemanden. Würden Sie das machen? Und ich habe ja gesagt. Dann bin ich in die Ärztekammer gegangen ... Interviewer: Das war was für ein Zeitraum ungefähr mit den besetzten Häuser dort? Dr.Presslich: Das muss irgendwie Anfang 1981, 1982, 1983 gewesen sein. Also die Räumung der Gassergasse ist an und für sich eine historische Geschichte, das können Sie im Internet sicher recherchieren. Interviewer: Genau, dann sind Sie zur Ärztekammer gegangen ...? Dr.Presslich: ... und da, also zur Einrichtung einer Ordination brauchte man, also ein WC musste man haben und gewisse, irgendwie alle möglichen hygienischen Auflagen eben ... Und die haben das in Eigenregie, obwohl das wirklich ein ziemlich versifftes Haus war, mit Glasscherben am Boden und mit Hunden und Raten auf der Schulter, sowie halt das Punkpublikum damals war, haben die das picco-bello hergerichtet Dann habe ich dort ungefähr ein halbes Jahr gearbeitet, 2 Mal in der Woche am Abend, so von 7 bis open-end und irgendwann ist die Polizei gekommen und hat das geräumt. Und hat auch die Ordination zusammen gehaut und ich habe dort eben diese Streetworker Partie getroffen. Eben die Frau Dr. Schmidhofer und eine zweite Dame die aber irgendwie, also die hat dann geheiratet, ein Kind bekommen und die war dann irgendwo in Niederösterreich. Das war die Aida. Und wir haben uns dort gefunden, also die sind da als sozialarbeiterische Projektgruppe hingegangen und ich bin halt hingegangen so in der Tradition des Dr. Ranefeld, um irgendwelche verschüchterten Leute damals zu ermuntern in die Ambulanz zu kommen. Und dort haben wir dann gesagt, also das war deren Angebot, wir arbeiten zusammen. So waren wir dann eben immer zu Zweit oder zu Dritt am Abend dort. Und wir haben aber keine schriftlichen Unterlagen angefertigt. Also auf die Dauer weiß ich nicht, ob es gut gegangen wäre. Aber für ein halbes Jahr ..., die konnten immer genau die Damen identifizieren, wer wo, wann da war, mit welchen Beschwerden ... und zu Zweit oder zu Dritt haben wir das dann gemacht und sind halt irgendwie, also wirklich angestanden wenn es schwerere Probleme waren. Und inzwischen hatte ich schon den Stand gehabt und die Kontakte zu irgendwelchen Ambulanzen von irgendwelchen Gemeindespitalern, wo ich jemanden hinschicken konnte. Irgendwelche gynäkologischen Patienten zum Michael, aber wie haben die geheißen, die zwei Brüder Leodolter. Der eine war der Gynäkologe und der andere war der Psychiater. Und dann habe ich ein paar so Institutionen gefunden. Die Mama

Leodolter war irgendwo Primaria, die hat dann auch Patienten genommen. Und dazwischen waren halt so Grenzfälle, also die an sich so halblegal waren, wo ich aber irgendwie dann keine Wahl gehabt habe.

Interviewer: Und die Leute dort? Die Streetworker waren zu Zweit zu Dritt am Abend dann. Wie viele Leute waren das dann in der Gassergasse? Dr.Presslich: Zwei Leute waren das. Also die Hermi und die Aida. Interviewer: Und so vom Andrang her? Von den Patienten, was man gebraucht hätte? Also die was man ermuntern wollte, dass sie in die Ambulanz kommen? Wie viele waren das, wo man wirklich sagt von den Besetzern dort, die haben wirklich so stark Drogen genommen, dass man gesagt hat: „Leute schaut’s, dass bitte weg kommt’s davon?“ Dr.Presslich: Ja schon, denn das war ja irgendwie ein Ärgernis. Erstens einmal waren diese Aktivisten dort, die waren ja interessiert an einem wachen Publikum und nicht, dass irgendwie da wer dahin döst. Und Zweitens war das für die natürlich immer ein Ärgernis, dass da die Polizei gekommen ist wegen irgendwelchen Drogendealern. Also war es dann ein großes Anliegen zu sagen, es ist jemand da der genau diese Drogenleute betreut und weiter an die Ambulanz vermittelt oder stationär vermittelt. So. Und dann waren halt so Grenzfälle, also irgendwelche Leute, wo man eigentlich einen Facharzt gebraucht hätte, aber irgendwelche Unverträglichkeiten waren, entweder wollten die Leute nicht hin gehen oder man hat den entsprechenden Spezialisten der ..., die Leute haben sich zum Teil auch gefürchtet vor den Patienten, weil die sich auch aufgeführt haben natürlich. Krach geschlagen haben, wenn sie irgendwelche antriebssteigernden Substanzen genommen haben. Interviewer: Amphetamine und ... Dr.Presslich: Stimulanzien ja. Interviewer: Und das ist dann zugemacht worden so? Die Besetzung? Ich meine, ich finde das dann im ... Dr. Presslich: Ich bin im Winter hinein, da habe ich das angefangen und ich glaube im späten Frühjahr oder frühen Sommer ist das irgendwie geschleift worden.

Interviewer: Und danach halt im AKH weiter die Tätigkeit oder? Auch als Konsiliarpsychiater jetzt wieder? Dr.Presslich: Ja, aber dann war das schon, wissen Sie, dann habe ich schon einen Namen gehabt. Das ist dann ... Und die zweite Säule war, dass die Streetworker haben dann ein Gassenlokal im 3. Bezirk in der Rochusgasse gemacht und da war ich dann bis Anfang der 90iger Jahre jeden Dienstag dort. Interviewer: Wie hat sich denn das genannt, das Straßenlokal? Dr.Presslich: Das war in der Rochusgasse 8. Dort war das Kastenlokal von Streetwork. Im Patienten Jargon hat das geheißen, „des Roga“, die Rochusgasse.

Interviewer: Und dort war dann eine Anlaufstation von den Streetworkern? Dr.Presslich: Ja, das war eigentlich dann, also die Streetworker wollten eben jemanden haben, der auch nicht nur zu den Amtsstunden kommt, wo irgendeine Ambulanz ist, sondern eben außer der Reihe und in einem nicht medizinischen

Rahmen. Interviewer: Wie waren denn die Ambulanzzeiten? Dr.Presslich: Die waren glaube ich von 19:00 oder 20:00, ich weiß es jetzt nicht mehr genau. Mit open-end. Und manchmal ... Interviewer: Dort direkt? Dort im Rochus? Dr.Presslich: ... dort ja. Rochusgasse 8.

Interviewer: Genau, und im AKH selbst die Ambulanzzeiten? Dr.Presslich: Was weiß ich? Von 8:00 bis 13:00 oder bis 14:00, also je nachdem was für eine Schwesternpartie war, wie strikt sich die damals ... Interviewer: Ich habe nämlich gelesen, dass bis 1993 oder so, dass es erst 1993, 1994, 1995 durchgesetzt worden ist, dass diese auf 8 Stunden angehoben worden sind?!? Dass da am Anfang immer nur 4 Stunden waren?! Dr.Presslich: Ja das stimmt schon. Und die Ambulanz dann wirklich auf ordentliche Standards gestellt, dass hat die Frau Dr. Fischer gemacht. Das war dann ab dem 1994 Jahr. Interviewer: Und bei Ihnen war das damals eben von 8 bis 13 Uhr. Seit Sie das begonnen haben, mit Herrn Dr. Hermann oder mit Dr. Ranefeld?!? Dr.Presslich: Nun ja, also beim, später war dann der Andrang groß, also das war halt irgendwie ... war eben bis 13 Uhr. Aber in Wirklichkeit, wer später noch daher getaumelt ist, da sind wir eben zu den Schwestern bitten gegangen und haben gesagt, der ist in einem schlechten Zustand, den können wir schlecht Heim bringen, denn es ist ja nicht nur der Einzelpatient, der in eine Ambulanz kommt, sondern es waren ja auch sehr oft mehrere Freunde oder Eltern oder Großmütter und so. Also das war irgendwie, die Psychiatrie ist in dieser Hinsicht ja überhaupt viel bunter als andere Fächer.

Interviewer: Und wie viele Stationen hat es damals so gegeben? Da war eben die Rochusgasse und das ist so Anfang der 80iger entstanden nehme ich an?!? Dr.Presslich: Das ist, ja. Anfang der 80iger oder Mitte der 80iger. Ich weiß es jetzt nicht genau. Interviewer: Und sind zu dieser Zeit viele aus dem Boden geschossen, so wie die Pilze eigentlich, dass man gesehen hat, so jetzt muss man etwas tun? Dr.Presslich: Ja. Also es hat sich die Szene irgendwie umgedreht. Aufgrund dieser absurden Gesetzgebung die ja immer noch irgendwie, also bis zum heutigen Tag hinten nach ist insofern, als ein Suchtgift ist was auf der Suchtgiftliste aufgeführt wird. Was nicht aufgeführt ist, ist kein Suchtmittel. Und wenn sich irgendwo verängstigte Eltern mit ängstlichen Ärzten zusammen tun, dann landet eine Substanz auf der Suchtgiftliste. Ganz gleich ob das wirklich eine Gefahr ist oder nicht. Also es landet. Außer Alkohol. Also im Moment wird gerade dem Nikotin der Gar ausgemacht, aber in Wirklichkeit ist das verheerend. Also wenn sie nur zwischen Suchtmittel und Nicht-Suchtmittel anschauen und wenn ich mir denke wie viele Leute früher Haschisch genommen haben, die zum Teil reine Probierer waren oder irgendwelche Gelegenheitskiffer halt. Also das sind alles so Substanzen die haben sie schon vom leichten Gelegenheitsgebrauch bis hin zur schweren Abhängigkeit. Das ist so wie beim Alkohol. Da gibt es Personen die hin und wieder etwas trinken, bis hin zu

solchen die dauernd ein bisschen etwas trinken oder häufig etwas trinken, bis zu irgendwelchen völligen, also Leuten die alkoholsüchtig sind, aber in einem derartigen Zustand, wie irgendwelche jahrelangen Polytoxikomanen oder schweren Heroinabhängigen.

Dr.Presslich: Und die Substitutionsbehandlung, das möchte ich noch anbringen, die haben wir erst eben mit diesem Erlass, also ich glaube im 87iger oder 88iger Jahr war es ... also wie die Aids Geschichte begonnen hat. Das war im 85iger Jahr, wenn ich mich jetzt richtig erinnere, ja. Also da ist auch die damals österreichische Aidshilfe gegründet worden. Das war noch eine österreichweite Organisation und in dem Vorstand sind fünf Personen gesessen und einer davon war ich, eben für die Drogenabhängigen zuständig. Und drei Leute waren von der HOSI, von dieser homosexuellen Initiative und die Frau Dr. Hutterer, das ist eine Hautärztin. Und es haben sich, also wir haben damals eben begonnen diese ganzen Initiativen, dass die Drogenkonsumenten nicht immer mit derselben Nadel mehrfach injizieren. Dann haben das wohl alle übernommen, dass man frische Nadeln braucht oder nur die Nadeln für sich selbst verwendet. Aber es ist zum Beispiel in der Szene völlig unbekannt geblieben, dass die Löffel ja auch eine Infektionsquelle sind. Das heißt, sie haben eine Menge Heroin mit Wasser versetzt, über der Kerze oder eben dem Feuerzeug aufgewärmt und drinnen einen Zigarettenfilter. Und durch diesen Filter ist das flüssige, also die Heroinlösung aufgezogen worden, damit man wenigstens grobe Partikel herausfiltert. Das heißt, es hat dann so Geschichten gegeben, dass die Leute zwar immer dieselbe eigene Nadel benützt haben, aber dass mehrere Leute mit dem Filter da herum getupft haben und jeder mit seiner Spritze dort in dem Löffel herumgefahren ist. Und natürlich irgendwie dann auf diese Weise irgendwie infiziertes Blut verbreitet worden ist. Also man hat sich schon ein bisschen in der Szene auskennen müssen und wissen was läuft und was die Patienten wirklich machen und wie sie leben, damit man da auch etwas auf die Füße hat stellen können.

Im Übrigen muss ich sagen und das sage ich auch, die Leute hören es nicht gerne, aber Ärzte sind für die Drogenprävention in erster Linie schlecht, weil sie generell weiß Gott wie ängstlich sind und jeder irgendwie Angst hat er könnte etwas anstellen oder er könnte beschuldigt werden etwas anzustellen. Daher fängt jede Drogenberatung mit Aufzählung von Gefahren an, von irgendetwas und auf diese Art macht man die Sache nur interessant und attraktiv, anstatt dass man die Szene irgendwie realistisch schildert und dass das halt, also wirklich ein tolles Erlebnis ist wenn man das erste Mal mit irgendeinem Suchtgift-, Mittel in Zusammenhang, also in Kontakt kommt. Und dann abhängig wird, denn niemand hat ja die Absicht abhängig zu werden. Das ist, also man tut immer so, als ob das andere Leute wären, wie von einem anderen Stern ... Das ist nicht wahr. Sie nehmen es eine Zeitlang und merken nicht oder zu spät, dass sie

abhängig sind. Dann ist es natürlich schwer auszusteigen. Erstens einmal bewegt man sich unter ... Interviewer: Seines gleichen, nicht?! Dr.Presslich: ... ja, also in einem gewissen Freundeskreis, ich will nicht sagen Milieu, denn sonst kommt man sofort wieder in die andere, in die, in das Drogenmilieu und das Verbrechermilieu und das Dealer-Milieu. Also ich will das nicht. Mag sein, dass das eine Verleumdung für Sie ist?! ... Interviewer: Nein, nein ... Dr.Presslich: ... aber ich habe mir das so angewöhnt und so mache ich das eben. Interviewer: Gut. Gut. Dr.Presslich: Also wenn man nicht sagt was an den Drogen attraktiv ist, dann kann man überhaupt keine Prophylaxe machen. Wenn ich nicht sage, dass die Stimulanzien wunderbar wirken gegen Apathie Zustände, außer man nimmt zu viel und dreht dann durch oder funktioniert nur mehr mit Stimulanzien ... und hat irgendwelche Apathie-depressiven Zustände wie nach dem Kokain oder sind dann nur wieder überbrückbar mit so etwas ... Oder wenn man Heroin nimmt und dann ist einem wirklich alles egal, man wirklich sorgenfrei ist und man am Anfang eine Euphorie hat die, also unvergleichlich ist. Also das muss man halt einmal erleben. Und die Sucht ist ein komplexer Mechanismus, aber man hat dann die Erinnerung und man weiß mit einer Substanz kann man seine eigene Befindlichkeit verändern. Also das muss man irgendwie glaubhaft vermitteln können. Daher muss man auch die Sachen die als positiv vermittelt werden auch sagen. Gut das Letzte war dann die Geschichte mit der Substitution und mit dem Aids, mit HIV ...

Interviewer: Substitution und AIDS, genau. Dr.Presslich: Ja, also es war natürlich immer so, dass viele Leute viele stationäre Therapieversuche, Langzeit-, Entwöhnungstherapien gemacht haben, die immer wieder in der Szene gelandet sind. Und ... Interviewer: Weil es kein Nachbetreuungsprogramm gegeben hat oder? Dr.Presslich: Schauen Sie. Der Grüne Kreis ist nicht für jedermann, für jede Population geeignet. Man muss das schlicht und einfach sagen, denn es ist nicht jedermanns Sache von der Großstadt in die Bucklige Welt zu gehen und dort, so wie es damals gefordert war, 18 Monate lang eine Langzeittherapie zu machen. Mit diesem Stufenplan den es damals gegeben hat, eine Anfängerphase und dann hat man das dürfen und können und da wieder irgendetwas mehr und so. Und es ging aber da wirklich darum, dass man da versucht, dass man noch einen größeren Anteil durch Substitutionsbehandlung aus der Szene heraus bekommt, denn viele Patienten waren irgendwo berufstätig, also zwar schwer süchtig, aber sie haben, also wenn man so sagen darf, sozial ganz gut funktioniert. So. Also ich sage das absichtlich so. Sie waren unauffällig, sie haben irgendwas gearbeitet oder haben in einer Familie gelebt und was soll man da dann 1 1/2 Jahre verschwinden. Das war ja an sich ein Angebot, dass manche nicht nützen konnten oder wollten und so.

Und aus Amerika waren dann diese Methadon Geschichten eh schon seit 20

Jahren bekannt und unter dem Druck dieser AIDS Infektionswelle die damals nicht abzuschätzen war, wie viele es sind, hat man sich dann doch im Ministerium dazu entschlossen den Sanctus für die Substitutionsbehandlung zu geben. Und es ist uns immer darum gegangen, wenn ich sage uns, den ärztlichen Mitarbeitern, außer dem Dr. (zensiert), der irgendwie dagegen war. Ich meine, ich weiß nicht wieso. Das haben sich die bei der Gemeinde Wien so ausgemacht oder ausgeschnapst oder sie waren einfach nur ängstlich, aber es ist sowohl den Streetworkern, dieser Projektgruppe, wie mir darum gegangen, dass man von einer Betreuungskette weg zu einer Betreuungspalette kommt. Also das man mehrere Sachen anbieten kann ... Interviewer: Was hat man den damals wahrgenommen von der Betreuungs-, Behandlungskette in diesem Sinne also? Interviewer: Nun ja, also der Grüne Kreis, dann war Kalksburg, der Steinhof hat dann später auch eine Ambulanz aufgemacht, aber relativ spät. Erst irgendwann Anfang der 90iger Jahre. War aber eine große Streiterei bis das geschehen ist.

Interviewer: Und im AKH hat man wahrgenommen? Also akute Erstbehandlung natürlich und dann halt stationären Entzug?! Dr.Presslich: Ja, nun dann hat die Gemeinde Wien auch schon nachgezogen. Also 10 Jahre später sozusagen, nachdem wir angefangen haben. Und dann haben wir eben mit der Substitutionsbehandlung, mit Methadon begonnen und wir waren aber irgendwie ahnungslos, weil wir haben das alle vom Papier heruntergelesen und haben aber nicht gewusst, ich will mich jetzt kurz halten, was das Alles für praktische Schwierigkeiten macht. Was das wieder für Missbrauchsmöglichkeiten eröffnet und was man womit handeln kann. Also im Moment stöhnen alle, dass so viel illegales Morphin aus der oralen Substitution zur Verfügung steht. Das ist wahr, ist aber eine Sache der Kontrolle und der Handhabung. Also wenn ich mich von jedem weicklopfen lasse und mir jeder erzählt er verträgt kein Methadon, darum muss er ein Morphin haben und der trägt das dann in eine Szene und verkauft es ... Nun, da ist halt immer ein Risiko, irgendeine Risikopopulation und eine Risikohandlung, aber man muss das, also natürlich ist das gefährlich auch, aber es ist auch nützlich. Und es ist eine Sache der Handhabung. Also wie gut kontrolliere ich, wie sehr kläre ich das auf, was mache ich für Medikamente wenn ich das Morphin da mit irgendeiner Retardierungssubstanz versehe und die Leute nehmen die Tabletten und kochen sie sich auf und injizieren sich das. Nun, dann ist das nichts Gutes. Also, dass sie das blind und von der Industrie her irgendwie fehlgesteuert machen. Da sind irgendwelche Substanzen drinnen, die also von Partikelgröße sind und da gibt es eben wirklich Komplikationen von Seite der Lungen und sonst so. Mikroinfarkte in verschiedenen Organen ... Also es ist eigentlich das Beste, wenn man diese Agonisten, also die Substitutions ... wenn man die mit einem kurz wirkenden Antagonisten verbindet. Also das haben wir damals schon irgendwie überlegt, nur das Methadon haben sie dann irgendwie so ... Also sie konnten sich nicht durchringen, weil dieses Naloxon ist

schrecklich teuer. Interviewer: Der Antagonist?! Dr.Presslich: Bitte? Interviewer: Der Antagonist. Dr.Presslich: Also der Kurz-Naloxon ist der Kurzzeit-Antagonist und das Naltrexon hat sich nicht durchgesetzt. Das ist eine Substanz, wo man alle 2 Tage eine Tablette nimmt. Das wirkt über 48 Stunden. Aber das hat sich nie durchgesetzt, weil die Sucht ist doch ein komplexes Phänomen und wenn man glaubt mit einer Injektion oder mit einer Tabletteneinnahme ist das ... Interviewer: ist das erledigt ... Dr.Presslich: ... erledigt, na das geht halt nicht. Sie können nicht die Erinnerung löschen. Und Sie haben auch, wir haben auch dann festgestellt, dass die Rate der Patienten, die versterben innerhalb eines Jahres, bei Einsatz von Naloxon (Fehler Naltrexon! – Überarbeitung mit Dr. Presslich 7.2.2011) und strenger Abstinenz höher war, als im unbehandelten Drogen-, Patientenumkreis. Interviewer: Wodurch sind die dann gestorben innerhalb des Jahres? Dr.Presslich: Nun ja, schauen Sie. Das funktioniert alles nicht. Sie müssten sich praktisch auf jeden drauf hocken. Und ich hatte selbst einen Patienten, den habe ich 3 Jahre lang betreut und das hat ganz gut, wunderbar, wirklich gut funktioniert. Das war ein g'scheiter Bursch, nur hat er gesagt: „Ich nehme da mein Naloxon (Naltrexon!), nur an meinem Geburtstag schieß ich mir Heroin. Einmal im Jahr.“ Und das ist drei Jahre lang gut gegangen und dann zwischendurch ist er rückfällig geworden und ist verstorben. Also ich habe das dann notiert, weil mich die Eltern eben angerufen haben. Und da war auch ein kleines Symposium in der Schweiz und da haben die auch gesagt, also es wird nicht angenommen von der Szene, so wie die reine Predigt auch nicht angenommen wird. Und wenn man es gibt, ist eben ein geringer Prozentsatz geschützt, aber hat das Risiko, das statistische Risiko, dass jemand stirbt steigt.

Dr.Presslich: Und dann hat sich überhaupt die Szene so verändert, dass Erstens einmal die, der reine Heroinabhängige war ein Konstrukt. In Wirklichkeit waren es Mehrfachabhängige. Interviewer: Polytoxikomane. Dr.Presslich: Also alles Mögliche, halt vorwiegend Tranquilizer. Interviewer: Ok. Zum runterholen und dann halt wieder wegschießen. Dr.Presslich: Ja und da konnte man einen Antagonisten schon gar nicht brauchen, weil der Tranquilizer Anteil viel zu hoch war. Also von Leuten die Rohypnol genommen haben. Nobene, das ist ja dasselbe. Rohypnol sind Tabletten die es früher zu 2 Milligramm gegeben hat und jetzt glaube ich nur zu einem Milligramm gibt. Und das ist irgendeinem Benzodiazepin zugehörig. Ich habe nur inzwischen vergessen, wie der generische Namen ist. Interviewer: Aber Benzodiazepine sind ja dann statt den Barbiturate gekommen, denn die Barbiturate waren ja so extrem gefährlich. Sind ja dann verboten worden oder?! Dr.Presslich: Ja sie sind dann verboten worden. Früher oder später. Es sind auch gute und wirksame Sachen verboten worden, also wo man irgendwie voraussagen konnte, ob sich das in der Szene überhaupt etabliert hätte oder es völlig uninteressant ist, weil es zu schwach oder zu kurz

ist.

Interviewer: Und damals war es halt dann Methadon kombiniert mit Naloxon. Dr.Presslich: Nun ja, das wollte man nicht, weil des Naloxon halt schrecklich teuer war. Eine Ampulle hat, also ich rede jetzt noch sozusagen vom Guten und Kreuzer ... also eine Ampulle Morphin hat einen Schmarren gekostet. Um die 25 Cent. Aber das Naloxon, da hat eine Ampulle schon weiß Gott was gekostet. Das waren ein paar hundert Schilling. Interviewer: Also das Morphin hat gekostet bis in die 80iger Jahre hinein so wenig. (Kopfnicken) Das ist ja ein Wahnsinn. Ist unvorstellbar. Dr.Presslich: Also ich weiß nicht was es jetzt kostet, müsste man halt ... Interviewer: Ich weiß es auch nicht, aber die Morphinisten, ich meine, dass hätte sich ja jeder leisten können. Dr.Presslich: Ja eh. Interviewer: Wahnsinn. Und dann hat man probiert, weil das Naloxon so teuer war? Dr.Presslich: Nun ja, jetzt haben sie eben einen Zucker dazu gegeben, damit das, einen Sirup. Himbeersirup, der kostet nichts. Also denselben Himbeersaft den man für die Kinder da zu Recht mischt. Der ist ja in der Pharmazie seit Jahrhunderten. Der heißt Sirubus Rubi Idaei. Und, also man muss einen Sirup dazugeben, das, aber die Leute haben es natürlich verdünnt und trotzdem mit Sirup gespritzt. Das mit dem Naloxon wäre natürlich ein Hit, aber es ist eine teure Geschichte und das Methadon hat auch einen Schmarren gekostet, aber natürlich mit der Verarbeitung, mit der pharmazeutischen Aufbereitung, mit dem Abfüllen und verdünnen und kontrollieren und der Schreibung ist es auch nicht umsonst sozusagen. Aber zu Beginn der 80iger Jahre hat ein Gramm Methadon glaube ich, 16 oder 18 Schilling gekostet. Und mit einem Gramm, also das sind 1000 Milligramm, wenn sie eine durchschnittliche Dosis gehabt haben, zwischen 60 und 90 Milligramm pro Patienten. Dafür haben sie jemanden fast zwei Wochen substituieren können. Für kein Geld. Und das Naloxon war denen dann irgendwie, entweder zu teuer oder zu teuer um zusätzlich irgendwie, nicht wirklich, also das als orale Substanz, als Tablettenform zu verarbeiten. Ich weiß es nicht mehr genau. Jedenfalls ist das immer wieder im Gespräch.

Interviewer: Und bezüglich der Suchtpatienten? Sind dann immer mehr gekommen? Durch das, dass es auf einmal das Angebot geben hat? Es seit 1987 dann gesetzlich verankert war? Das Substitutionsprogramm. Dr.Presslich: Ja. Ja natürlich. Und ich muss sagen, also eindrucksmäßig wird ein bisschen zu viel, also mit der Substitution wird eher zu viel substituiert heutzutage. Interviewer: Aber so von der Zahl, von den Patienten her gesehen? Sobald das irgendwie am Laufen war? Wie gravierend war der Anstieg von den Patienten die dann wirklich gekommen sind? Dr.Presslich: Ja der war groß. Natürlich sind wir auch mit allen Geschichten konfrontiert worden, die sich in der Szene abgespielt haben. Also dass die Patienten irgendwie in die Apotheken gekommen sind mit

der Cola Flasche in der Hand, mit dem Strohhalm und so das Methadon getrunken haben. Das Methadon in die Cola Dose ausgespuckt haben und das ausgespuckte Methadon dann also injiziert haben oder verkauft haben. Also von verzweifelten Hausärzten war die Rede, wo die Patienten eben gesagt haben, sie müssen das haben und bekommen und sie haben ein Recht drauf ...

Interviewer: Und in der Ambulanz der Andrang? Im AKH selbst? Dr.Presslich: Nun ja, wir haben dann wie die Frau Dr. Fischer das übernommen hat, hat sich ja der ganze Stil der Ambulanz geändert. Denn ich habe wohl, das war sozusagen mein Privatvergnügen, also ich habe noch ein paar Jahre bei Streetwork in der Rochusgasse gearbeitet, aber die Frau Dr. Fischer hat sich dann spezialisiert auf Frauen, auf Schwangere und hat statt des Methadons und Morphins glaube ich schwerpunktmäßig Burprenorphin genommen.

Interviewer: Und vor 1994? Also vor der Frau Dr. Fischer, wie ist das abgelaufen zwischen 1987 und 1994? Mit der Substitution? Waren da immer viele zugegen? Vom ambulanten Bereich? Dr.Presslich: Da waren an und für sich viele und natürlich haben wir einen guten Teil der Leute gekannt, haben gewusst, dass diese polytoxikoman sind und dann haben wir ihnen gesagt: „Schaut her Leute, das Problem sind die Pulver die ihr dazu nehmt und den O-Tee, den ihr schon bei jedem Schmarren trinkt“, also diese getrockneten Mohnkapseln ... Ich weiß nicht, ob es das noch in der Szene gibt?! Interviewer: Nun, ich glaube die haben sie ja früher beim Gärtner und so auch geholt oder?! Dr.Presslich: Ja, in der Blumenhandlung. Interviewer: Ja genau. Dr.Presslich: Im Waldviertel.

Interviewer: Aber nur, da ich immer schauen muss auch, das ist eben leider in der Geschichtswissenschaft immer so, mit den Zahlen ja?! Wie komme ich denn an die Patientenzahlen? Denn von 1980 bis 1985 habe ich sie von der Drogenambulanz. Komischer Weise. Ich habe da so ein Buch gefunden über die psychiatrische Klinik. Aber von 1985 bis 1994 finde ich nichts. Von 1994 weg hat es die Frau Dr. Fischer sehr gut dokumentiert. Aber von 1985 bis 1994 müsste ich irgendwie an die Zahlen kommen. Wie der Andrang damals war. Gar nicht die Patientenepisoden, denn das wäre dann schon spezifisch, aber wirklich der Andrang, so, wie viele Anläufe man gehabt hatte. Also vorher haben Sie gesagt, Sie haben jeden Tag so 10 bis 15 Leute gehabt?! Dr.Presslich: Ja, das hab ich so in Erinnerung. Interviewer: Bis 1985. Und dann ab 1985? Seitdem das mit Methadon war? Dr.Presslich: Dann war das stark schwankend. Aber zum Teil sind auch 30ig Leute daher gekommen. Nur, ich hab das nirgends mehr dokumentiert, denn es war dann, also das Einzige wo das dokumentiert ist und da kann ich ihnen leider nicht behilflich sein, das ist die Drogenkartei der Ambulanz. Die natürlich gehütet wird wie Fort Knox. Also, so immer unter dem Motto, also man darf, man muss schauen, dass da nicht irgendwie ...

Interviewer: Aber ich glaube wenn ich da eine ungefähre Zahl habe, also wenn man sagt so ab 1985, so am Tag geschwankt zwischen 10 bis 30 Patienten kommt das ungefähr hin? Dr.Presslich: Ja, dass ... Interviewer: Ist realistisch dann? Dr.Presslich: Das ist realistisch. Also einen Teil davon haben wirklich „stand der Peter“ wieder, also jenen haben wir gesagt, es ist nicht geeignet für euch. Interviewer: Also es sind zwar immer wieder welche gekommen und ... Dr.Presslich: Nun, wenn sie einen Patienten seit dem 78iger Jahr kennen und er kommt nach x-Entzugs-, Entwöhnungs-, und ambulanten Substitutionsbehandlungen in der Frühzeit und mehreren Rückfällen dann wieder einmal zu ihnen und sagt, er will wieder ein Methadon probieren, dann sagt man, sie haben eine Warteliste, da sind Patienten die also relativ knapp nach einem Erstkontakt waren, also die müssen wir eher dran nehmen, als jemanden ... Interviewer: Ist schon klar ... Dr.Presslich: ... der alle Medikamente die wir ihm in die Hand gedrückt haben und alle Rezepte irgendwie „vercheckt“ hat ... Interviewer: ... urbar gemacht hat.

Interviewer: Und so von den Neukontakten? Das wäre nämlich auch interessant für mich. Hat es da Schwankungen gegeben? Erhebliche bei den Patientenzahlen? Also hat es damals so eine Heroin oder überhaupt Drogenwelle gegeben in Österreich? So die 70iger, Ende der 70iger, 80iger Jahre hindurch bis Anfang der 90iger? Wo man sagen kann, ok jetzt sind mehr Jugendliche drauf oder mehr Leute überhaupt? Dr.Presslich: Nein. Das Publikum ist merkwürdiger Weise im Schnitt immer älter geworden. Interviewer: Und mehr oder weniger? Hat es da nichts gegeben, so signifikant, dass man gesagt hat ...? Dr.Presslich: Nun ja, es sind mehr gekommen, aber das ist, es sind mehr gekommen. Das ist ja ein Artefakt. Denn es haben sich mehr getraut bzw. die Arbeit ist bekannter geworden. So, dass das nicht wirklich verlässlich ist. Ich meine das Gesundheitsministerium, die haben doch laufend irgendwelche Drogenberichte, da ... Haben sie nicht? Interviewer: Doch haben sie. Aber die sind ... Ja, also man findet schon immer wieder etwas darüber, ja, aber von den Zahlen her gesehen ist es nie wirklich aussagekräftig. Dr.Presslich: Nun, es war nie anständig statistisch aufbereitet. Das habe ich noch in Erinnerung. Interviewer: Also ich gebe eh immer eine große Dunkelziffer an. Das wird meistens eh gemacht. Dr.Presslich: Ja. Wissen Sie, ich habe nur meine Kontakte zur Klinik von einem auf den anderen Tag völlig abgeschnitten. Ich kann nicht einmal behilflich sein und, also den Dr. Kasper anrufen und sagen man soll ihnen oder die Frau Dr. Fischer. Die Frau Dr. Fischer würde am ehesten dazu kommen noch. (Hütung der Karteien)

Interviewer: Die Drogenkartei der Ambulanz wird also gehütet ... Das schreibe ich mir gleich dazu, wegen den Patientendaten und so oder?! Dr.Presslich: Ja. Erstens einmal ist das, damals glaube ich war das noch keine computergestützte Archivierung. Interviewer: Also was wird es denn dann überhaupt so geben, so

vom Dr. Pernhaupt seiner Zeit so? Also 1967 hat der angefangen, das weiß ich, bis 1978. Von Patientenzahlen? Dr.Presslich: Das ist, bitte länger als dreißig Jahre wird nichts aufgehoben. Also das können Sie vergessen. Inzwischen ist die Klinik übersiedelt vom alten Haus. Interviewer: Genau 1974. Dr.Presslich: Ja. Interviewer: Also das heißt so von 1978 bis Anfang 1980 werde ich von den Zahlen nicht wirklich etwas finden. Einerseits wegen der gesetzlichen Lage und andererseits da nichts mehr archiviert ist. Dr.Presslich: Nein. Gehen Sie nicht zum Dr. Hermann auch? Interviewer: Dr. Hermann, da bin ich am überlegen ob ich ihn nicht auch noch mit hinein nehme. Das kann durchaus möglich sein. Dr.Presslich: Also ich weiß auch nicht, ob er Zahlen hat oder ... Interviewer: Sonst frage ich ihn eben ganz einfach. Ruf ich ihn einmal an dort, denn ich glaube er ist eh noch immer dort oben oder nicht? Dr.Presslich: Also am Steinhof ist er auf alle Fälle. Diese sogenannte Borschkegasse, die ist glaube ich irgendwohin übersiedelt. Aber das muss die Frau ... Interviewer: Borschkegasse? Dr.Presslich: Ja die ist gleich ums Eck vom AKH. Da war eine Drogenberatungsstelle, früher einmal. Das war, aber die ist übersiedelt. Ich glaube nach Erdberg. Da müssen Sie die Frau Dr. Schmidhofer fragen. Interviewer: Und das war eine Drogenberatungsstelle? Dr.Presslich: Ja. Da war er der medizinische Leiter. Das war eine Drogenberatungsstelle eben der Gemeinde Wien und seit Dr. Hermann weggegangen ist, nach dem Hermann (?). Also bald danach hat er das und den Steinhof übernommen. Den Langzeit-Pavillon und weiß Gott, erst Anfang der 90iger Jahre, hat es den stationären ... Interviewer: Pavillon, 4rer oder 5er, was dort oben ist. Also zwei haben sie dafür jetzt. Dr.Presslich: Ja, also den Zweiten dazu gemacht. Ok. Ich hab sonst eigentlich nicht viel zu sagen ... die gesetzliche Situation haben wir.

Interviewer: Die Intention zur Gründung, natürlich von ihrer Seite her, also wie sind Sie beeinflusst worden überhaupt da etwas in diese Richtung zu machen? Also ich habe schon auch Aussagen über Sie gefunden. Sie wurden ja als Maria-Theresia der Drogenabhängigen ... Dr.Presslich: Ja, bitte keinen Kitsch ... Interviewer: Nein, nein es ... Dr.Presslich: Mutter-Theresa, das war irgend so eine Friedensnobelpreis Nonne die in Indien tätig war. Ja, ich meine der Kern der Sache ist, dass wir eben wirklich am Anfang erklärt und dezidiert und völlig unklinisch gesagt haben, wir nehmen jetzt die aller abgesandelsten Leute als Erstes. Wir suchen nicht die schönen Vorstadt-Mittelklasse-Kinder, die Experimentierer, sondern wir nehmen die, die jetzt 10 oder 15 Jahre in der Szene sind. Interviewer: Mit dem Ziel natürlich für diese ein Behandlungskonzept zu schaffen und nicht nur mit guter Predigt, mit ... Dr.Presslich: So wie geschehen.

Interviewer: Genau. Und von den Rahmenbedingungen her? Man hatte ja nichts vorgefunden. Man hat in der Psychiatrie die 4 Betten gehabt, oben die Ambulanz

dann gemacht und sonst hat man ja eigentlich nichts gehabt. (Kopfnicken) Sozialarbeiter glaube ich waren die Ersten dann 1995 oder so? Die dann wirklich von der Gemeinde Wien übernommen worden sind, nach der Überprüfung 1993. (Nickt) Genau und da wollte ich auch noch fragen bezüglich der Prüfung 1993. Da ist überhaupt die Drogenambulanz sehr ins Visier genommen worden oder? Was war da der Hintergrund? Dr.Presslich: Nun ja, es ist so, wissen Sie, ich wollte Sie nicht mit meinem Anekdotenschatz überhäufen, aber es war irgendwie eine unhaltbare Situation, dass es nirgends, also eine Institution gegeben hat. Alles ist auf die Klinik gerannt ... Und wirklich, ich war Tag und Nacht auf die Füße. Also wenn ich nicht gerade Konsiliarsdienst gemacht habe, irgendwo 24 Stunden rund um die Uhr oder in der Aids-Hilfe war oder mit diesen besetzten Häusern da und mit der Nachbetreuung von den verscheuchten Leuten zu tun gehabt habe, ... Und da haben wir, in erster Linie die Streetworker und ich, wir haben beschlossen wir lehnen uns auf und wir machen eine Pressekonferenz. Und sagen das ununterbrochen, dass also alles die Patienten zu uns schickt und das keine Initiativen entstehen und haben eben die Gemeinde Wien sehr angegriffen. Ich habe überhaupt seit dieser Drogenzeit ein gestörtes Verhältnis zur Gemeinde Wien. Und da habe ich einen, leider habe ich das Original nicht mehr, da habe ich mich also aufgeregt über die Zustände, dass das Gesundheitsmagistrat nichts tut als hin und wieder irgendwelche Harntests zu machen für irgendwelche Führerscheine von irgendwelchen Drogenpatienten ... und da habe ich gesagt, haben wir geschrieben, es geht nichts weiter und der Kernsatz war halt, das war damals sehr wirksam in der Rezeption: „Die Adler der Gemeinde Wien kreisen majestätisch über unseren Köpfen, aber wir sehen alles aus der Vogelschiff-Perspektive.“ Und wir haben die Leute sozusagen anempfohlen und wir kriegen dafür milde Worte, aber wir kommen nicht zurecht. Das ist zwischen Angebot und Nachfrage, da war so ein ... Und dann ist die Gemeinde Wien böse geworden auf uns und die Gemeinde hat dann eine Prüfung vom Kontrollamt veranlasst und das war genau das, was wir gebraucht haben. Also wir mussten nachweisen was wir machen, wie wir dokumentieren, was wir sonst alles machen. Und dann ist eben herausgekommen, dass die Drogenambulanz krass unterbesetzt ist. Also wir haben keine Sozialarbeiter gehabt bzw. also nur einen Verbindungsdienst eben über die Streetworker. Ich habe bei denen gearbeitet und sie haben dafür zum Teil Patienten in der Ambulanz betreut. Also das war halt, es hat sich dadurch nicht viel geändert, also das ist ... Die Einzige die dann etwas zusammengebracht hat und auf die Füße gestellt hat, mindestens mit 1-2 Jahren Verzögerung, war die Frau Dr. Fischer. Und das Einzige was es damals schon gegeben hat, waren die Verbindungsdienste sowohl vom Grünen Kreis, wie von den Streetworkern, also es hat schon irgendwie so mehrere Quetschen dann gegeben für die ambulante Versorgung. Die fallen mir jetzt nicht alle ein, aber es waren dann, also gegen Ende der 90iger Jahre, gegen Ende meiner Zeit wo ich in der Ambulanz noch

gewerkt habe, da waren das sieben oder acht Institutionen. Kalksburg, der Grüne Kreis, der Dr. Burian, Mödling, Kalksburg, die Borschkegasse, der Steinhof ... Also wir haben ja, also es war ja sagenhaft, wir haben ja in der Anfangszeit wo eigentlich nur der Herr Dr. Hermann und ich gewerkt haben, wir haben ja zum Teil in der Ambulanz Studenten gehabt, die haben ein Praktikum gemacht, also zum Teil Psychologen, die sind dann, also wenn niemand von uns da war, haben die eben Medikamente ausgeteilt, also es war wirklich, es war unhaltbar ...

Interviewer: Wie viele Personal hatte man denn so gehabt Ende der 80iger, Anfang der 90iger Jahre? Wieder 2 bis 4 Ärzte mit Ihnen ...? Dr.Presslich: Nein. Das war nur unten. Interviewer: Unten genau. Aber oben? Dr.Presslich: Aber oben, Ende der? Interviewer: Ende der 80iger Jahre hindurch, Anfang der 90iger. Ihre Zeit eben von ... ? Dr.Presslich: Nun, es waren nicht viel mehr, es sind oben irgendwie ... also besten Falls, dass ich, also schlimmsten Falls habe ich einen von den Ärzten von der Intensivstation abgestellt, dass die oben, also ärztlich sozusagen die Hand darüber gehalten haben. Und ja, ich bin eben die Stiegen hinauf und hinunter gelaufen, wenn irgendetwas Gröberes war. Interviewer: Also oben eigentlich zu zweit dann? Dr.Presslich: Es war eigentlich ein virtueller Betrieb mit real vielen Patienten und viel, wirklich viel Aktivität. Hin und her laufen und da kurz etwas und dort etwas und ... Drehzirkel ... Interviewer: Aber eigentlich nur einen verantwortlichen Arzt oben für die Ambulanz dann gehabt?! Dr.Presslich: Ja. Also zuständig war ich immer. Interviewer: Ja aber wirklich faktisch oben gearbeitet hatte ein Fixer, dann ein Arzt welchen Sie hinaufgeschickt haben und zu zweit, zu dritt dann eigentlich?! Dr.Presslich: Ja, also wenn Dr. Hermann auf Urlaub war, habe ich mich natürlich dort oben hinsetzen müssen und ... Interviewer: Und Pflegepersonal oder ...? Dr.Presslich: Nein. Nur das was eben begleitend zur normalen Ambulanz war. Interviewer: Also keines für die Spezialambulanz selbst? Dr.Presslich: Ich erinnere mich an nichts. Interviewer: Wahnsinn.

Interviewer: Ja das ist alles so zwischen Tür und Angel gelaufen?! Dr.Presslich: Ja, ja. Nun, das einzig hilfreiche waren die Streetworker. Ich glaube ohne deren Hilfe hätte ich ... Interviewer: Sind die vorbeikommen auch auf der Klinik selbst immer wieder? Dr.Presslich: Ja. Interviewer: Wie oft ungefähr? Dr.Presslich: Ja ein bis zwei Mal die Woche. Interviewer: Und so ein bis zwei Leute waren das?! Dr.Presslich: Immerhin. Darum hätte ich ja gern, dass sie die Frau Dr. Schmidhofer, Frau Dr. Hermine Schmidhofer ... Interviewer: ... dass ich sie frage wie es da ausgesehen hat zu dieser Zeit. Dr.Presslich: Ja. Interviewer: Ja, das finde ich auch gut, dass ich nicht nur ... Dr.Presslich: Ich weiß nicht, also ich glaube die müssen Sie wirklich im Rathaus suchen. Interviewer: Was mich noch interessieren würde. Der Zeitgeist. Vor ihrer Zeit wenn man hört, ... in den 60er Jahren soll da so eine Bewegung gewesen sein,

so die offene Psychiatrie, also weg von dem Stationären ein bisschen hin zu dem Ambulanten. Wie war hier der Zeitgeist bei Ihnen? Also bevor Sie an die Drogenambulanz gekommen sind oder das eigentlich einmal entworfen haben und dann während Ihrer Zeit? Also wie hat Sie das beeinflusst? Dr.Presslich: Nun ja, also das ist irgendwie schwer in drei Worte zu fassen. Es war halt, also die Psychiatrie war institutionell sehr tüchtig. Wie ich angefangen habe im 68er Jahr, hat das Duo Dr. Hoff und Dr. Strotzka, die haben weiß Gott was für Geschichten, für psychosoziale Geschichten damals schon auf die Füße gestellt. Und es war, diese Geschichte mit der offenen Psychiatrie hat natürlich schon seine berechtigten Hintergründe gehabt. Also es war alles irgendwo übergriffig und es sind die Patienten auch unter, also zum Teil die Langzeitpatienten in den psychiatrischen Anstalten, die haben wirklich unter miesen Bedingungen gelebt. Und das hat sich erst verbessert mit der Geschichte der offenen Psychiatrie. Vorher war das Ganze eine wirklich arrogante autoritäre Geschichte, sowohl von der Ärzteschaft her, wie von der Pfleger Seite her. Das muss man wirklich sagen.

Interviewer: Die Zusammenarbeit mit den anderen Ambulanzen und Stationen nehme ich an, war fließend im ganzen Haus ... Dr.Presslich: Ja, also wir haben, also weil ja alles irgendwie, auf der einen Seite war alles datengeschützt, auf der anderen Seite haben alle Patienten überall Methadon, also geheischt. Und so haben wir, ich weiß nicht mehr ab wann, aber sicher schon in den 90iger Jahren, von Anfang an einmal pro Woche eine Drogenbesprechung gemacht, wo alle Institutionen oder Vertreter aller Institutionen dort gesessen sind. Und da haben wir halt besprochen, also welchen Patienten, wer war bei uns, wie geht es dem, wie geht es dem, was macht er, was gibt es für Hindernisse, wer ist angezeigt worden, wer ist aus dem Gefängnis wieder heraus und wer steht an zur Betreuung ... Das war ein informeller Kreis den wir einfach gehabt haben, damit man diesem Problem der Mehrfachbetreuung, also damit wir mit dem besser umgehen haben können. Das wäre mir aber recht, wenn sie das hier nur kursorisch erwähnen und nicht als fixe offizielle ... Interviewer: Nein. Die Frau Dr. Fischer hat es selbst im Tätigkeitsbericht drinnen, dass einmal in der Woche Sie, die verschiedenen Vertreter sich getroffen haben. Dr.Presslich: Ja, ja, so.

Interviewer: Und die Zusammenarbeit im Hause, im AKH selbst, nehme ich an, war fließend? Also die einzelnen Stationen, Ambulanzen, also wenn da jemand gekommen ist, der hatte dann irgendein organisches Versagen gehabt aufgrund von irgendeiner Dosis ... Ist er natürlich zuerst bei der Chirurgie oder sonst ... Dr.Presslich: Und auf die Interne gekommen ... Interviewer: ... Interne gekommen und dann ... Dr.Presslich: Ja, ja ... Interviewer: ... und dann eben zu euch noch. Dr.Presslich: Ja, ja. Interviewer: Genau. Dr.Presslich: Nun, also ich muss sagen mir sind, also man hat mir eigentlich immer goldene Brücken gebaut. Das ist, ich kann mich nicht über irgendjemanden beschweren.

Interviewer: Also im Haus die Zusammenarbeit?!? Dr.Presslich: Wie die ganze Zeit. Ja. Ich meine natürlich ist immer jemand gekommen und hat sich aufgeregt, was da für unmögliche Leute sind und wer wo herum lümmelt und wer wo schreit oder betrunken ist, wer wie aggressiv ist. Natürlich haben wir auch ständig irgendwie so eher grenzwertige Erlebnisse in der Ambulanz gehabt. Immer wieder hat irgendjemand ein Messer herausgezogen und ... also es war, es ist nie etwas passiert, also wir haben ja auch nie die Polizei geholt, sondern wenn irgendein Radau war, sind immer irgendwelche Mitpatienten gekommen und haben den weggeführt oder beruhigt oder was auch immer. Und es war nie ein Letzter der also wirklich aggressiv war, sondern er hat sein Publikum gebraucht. Also es mussten schon andere Patienten da sein.

Interviewer: Und der Patientenbedarf so im, in der Gesamtheit ihrer Zeit? Ich nehme einmal an, dass nie genügend Plätze zur Verfügung standen um wirklich alle jene die etwas hätten wollen ... oder war es doch so, dass man alles versorgen hat können, was dann doch hier her gekommen ist? Dr.Presslich: Nun, wissen Sie, wir haben etwas gemacht was, also ich habe etwas gemacht, was sich im Nachhinein natürlich als Fehlentwicklung herausgestellt hat. Wir haben versucht eben zu substituieren mit diesem, also zuerst entziehen und dann in Anfängen auch mit Morphinen, mit oralen Morphinen zu substituieren. Und das war eine absolute Sackgasse, denn dann sind alle daherkommen und haben gesagt, sie vertragen das Methadon nicht und haben sich diese Tabletten gespritzt. Mehr oder weniger gut filtriert. Also, das war ... Interviewer: Was für Tabletten waren das nochmal? Dr.Presslich: Mundidol. Interviewer: Mundidol. Dr.Presslich: Ja. Also ich weiß nicht was es damals gegeben hat, also schreiben sie bitte retardiertes Morphin. Denn ich weiß nicht ob es da irgendwelche Konkurrenzprodukte gegeben hat und ob ich mir ... Das ist ein eindeutiger Begriff, retardiertes Morphin. Oral.

Interviewer: Also die Patienten sind dann eben gekommen in Massen und jenen hat man halt gegeben bis man dann gemerkt hat, ok das darf es nicht sein und dann Anfang der 90iger, wird man das dann gelassen haben, ziemlich schnell nehme ich einmal an? Dr.Presslich: Also, nein. Also wie ich im Gefängnis war, ich habe ja bis vor 2 Jahren gearbeitet, da waren schon immer irgendwelche Leute die beseelt waren, dass sie den ... (Vertraulich)

Interviewer: Das Therapiekonzept war damals natürlich relativ einfach, also die Patienten sind gekommen, dann hat man gesagt entweder in den Entzug gleich direkt na ... Bis zu 9 Tagen waren sie ungefähr da oder sonst auf Substitution halt eingestellt und dann sind sie an Nachbetreuungsstellen weitergegeben worden? Dr.Presslich: Nun ja, weitergegeben, man hat ihnen gesagt: „Pass auf“, also je nach Alter waren wir per Sie oder per Du ... Also ich war immer

eher ein per Sie Mensch, aber ich habe eben gesagt, es empfiehlt sich dringend jetzt da hin zu gehen oder da hin zu gehen. Wir haben schon ungefähr gewusst, welches Publikum wo gut aufgehoben ist. Also der Dialog hat relativ früh substituiert und diese Langzeitpatienten, die haben wir eher auch dorthin geschickt und zum Teil haben wir die Patienten in der Ambulanz weiterbetreut. Interviewer: Genau. Die Zusammenarbeit mit externen Institutionen sowieso laufend ... Dr.Presslich: Ja, also den Dialog den hat es schon lange gegeben. Das hätte ich jetzt fast verdrängt. Das ist nicht gerecht.

Interviewer: 2 - 3 Fragen hätte ich noch. Einerseits Forschungsschwerpunkte. Natürlich Substitutionsbehandlung (nickt) war gegeben und wo hat man denn die Forschungsgelder dafür herbekommen? Dr.Presslich: Also ich muss Ihnen sagen, dass mit den Forschungsgeldern hat sich erst im Laufe der Zeit entwickelt und ich habe, wenn ich irgendwelche Medikamente brauchte, habe ich die meistens aus der Anstaltsapothek e genommen, denn das Einzige was ich wirklich experimentell gemacht habe und entwickelt habe, war dieser Ultra-Kurz-Entzug. Also, dass man jemanden in Narkose versetzt und die Opiatrezeptoren mit Naloxon ... und dann aus der Narkose aufwachen lässt. Also an dem habe ich jahrelang herum experimentiert, aber auch mit konventionellen Medikamenten. Und wenn wir diese Kurzentzüge auch wirklich gemacht haben hat sich herausgestellt, dass das zwar funktioniert hatte wenn es ein reiner Opiatabhängiger war, aber dass wir beim Drogenscreening nie alle sedierenden Substanzen erwischt haben. Wir haben die Benzodiazepine mit Mühe und Not erwischt, aber es hat damals noch Schlafmittel gegeben die nicht erfasst werden konnten. Und es hat auch einen ganz alten Tranquilizer gegeben, das war Atarax, das nur die Hautärzte verwenden. Heute noch. Und die Drogenkonsumenten, die natürlich den Austria-Kodex so gut kennen oder gekannt haben wie wir bzw. besser, also die haben das dann irgendwie verwendet und so hatten wir, waren wir praktisch mit Mischentzügen konfrontiert. Also diejenigen mit der Heroinkomponente haben wir herausbekommen und jene mit den Tranquilizer-Komponenten sind dann delirant worden. Also das hat nicht funktioniert. Aber für das Naltrexon, für diesen Opiat-, Langzeitopiatblocker, habe ich einmal ein ziemlich großes Projekt von der Nationalbank aufgetrieben. Ich glaube das war die Nationalbank. Einmal habe ich auch etwas vom Forschungsfond bekommen, aber ich glaube das war diese Epilepsie Sache. Also ich weiß nicht ob ich das jetzt durcheinander werfe.

Interviewer: Und so von der Pharmaindustrie? Hat es da auch etwas gegeben? Denn beim Alkohol weiß ich, dass es etwas gegeben hat?! Zwischendurch immer so? Dr.Presslich: Ja, also wir haben eine Zeitlang Entzugsbehandlungen mit, dass ist überall angepriesen worden, mit Clonidin gemacht. Also wie der Herr Dr. Hermann bei mir war. Und zwar ist das ein blutdrucksenkendes Mittel,

wo man gesehen hat, beim Absenken dieser Substanzen tritt ein Entzugssyndrom auf, ähnlich dem Opiatentzug. Und in Wirklichkeit ist es aber von den Patienten nicht angenommen worden. Hat man es nieder dosiert, hat es nichts genützt. Hat man es höher dosiert und waren die Patienten schon älter, dann haben die womöglich Kreislaufkomplikationen bekommen. Das war etwas, wovor wir uns gefürchtet haben. Und also das Clonidin, Catapresan war das glaube ich, ... Ja also und dann noch von irgend so einem ähnlichen Blutdruckmittel, wo noch etwas am Molekül leicht verändert war. Das müsste aber, also das wird auch der Herr Dr. Hermann wissen. Interviewer: Also die Forschungsschwerpunkte eben dann Substitution und die Gelder welche man bekommen hatte, waren dann von der Nationalbank, dem Forschungsfond und zwischendurch von der Pharmaindustrie, wo ... die Gemeinde Wien auch (?), dass die Gemeinde, denn die haben ja bis 1990 eher so ... oder? Dr.Presslich: Nun ja, wissen Sie, ich habe also eigentlich nie eine besondere Lust gehabt mich von Pharmafirmen sponsern zu lassen. Interviewer: Ja das ist verständlich, ja. Dr.Presslich: Denn das schafft eine gewisse Abhängigkeit. Man kann das drehen und wenden wie man will, aber so ist es. Also auch wenn alles lieb und gut ist, das Mindeste was sie machen ist, dass sie Studien die negativ sind verschwinden lassen. Und ... also wenn es um irgendwelche Ampullen gegangen ist oder um irgendwelche Antibiotika oder so etwas, nun dann wäre es schwierig gewesen. Aber die Tranquilizer, die damaligen Neuroleptika, das Methadon und das Morphin, das hat alles einen Schmarren gekostet. Also so bin ich ganz gut durch gekommen.

Interviewer: Fachgesellschaften und/oder Länder. Hat es Vorbilder gegeben oder so Fachgesellschaften an denen man sich orientiert hat? Dr.Presslich: Ja. An der Schweiz immer. Da hat es einen Doktor gegeben der hat Dr. Buchtenhagen (?) geheißen ... Also die haben ja schon lange vorher mit diesen Substitutionssachen angefangen als wir. Zwar etwas rigide, aber ... Interviewer: Wie lange vorher? So zehn Jahre oder so wie die Amerikaner schon zwanzig Jahre lang? Dr.Presslich: Fünf bis zehn Jahre oder so. Wissen Sie, wir sind ja dann, am Anfang ist nichts geschehen und die Szene war verdeckt. Man musste hingehen zu den Patienten. Dann hat sich das irgendwie plötzlich umgedreht und alles war voll. Der Karlplatz war voll, die Wiedner Hauptstraße, die Mariahilfer Straße, in Zürich der Blattspitz. Also da hat es eine Zeit gegeben wo so viele Süchtige herum, also Süchtige sich offen gezeigt haben. Interviewer: Was für eine Zeit war das? Dr.Presslich: Der Blattspitz ... Wann wird das gewesen sein? Es tut mir leid, ich kann das nicht ... Interviewer: Auch bei uns da so? Wiedner Hauptstraße, Karlsplatz so? Dr.Presslich: Nun, der Karlplatz gilt seit ewigen Zeiten als Szeneplatz. Der Karlplatz ist das Grinzing der Heroinabhängigen. Muss man so sagen. Aber die schrecklichste offene Szene hatte man dann in Zürich am sogenannten Blattspitz gesehen. Also das war ein Parkareal wo die

Leute so herumgelungert sind und Heroin vor aller Leute Augen injiziert haben. Interviewer: Klar, klar. Und die Fachgesellschaften? Hat es da eigene internationale Fachgesellschaften schon gegeben? Wo man etwas erfahren, also wo man sich austauschen konnte? So eine internationale Plattform? Dr.Presslich: Ja, also es waren, es hat die deutsche Gesellschaft für Suchtkrankenhilfe gegeben. Interviewer: Mhm ... von dieser habe ich schon immer wieder etwas gelesen. Dr.Presslich: Aber die waren eben alle bieder und also ausschließlich am Abstinenztrip.

Interviewer: Welche Ziele hat man damals formuliert und was ließ sich davon wirklich erreichen? Dr. Presslich: Schauen Sie, das Ziel ist ganz klar Abstinenz und praktisch hat es so ausgesehen, wir haben einmal eine Studie gemacht, was geschieht innerhalb eines bestimmten Jahres mit den 120 oder 140 Patienten die wir stationär entzogen haben. Was ist 5 Jahre später? Also das ist eine Arbeit die glaube ich der Herr Dr. Springer gemacht hat. Also einen Jahrgang von mir haben sie genommen und über ganz Österreich haben sie diese Untersuchung gemacht. Der Herr Dr. Springer war irgendwie, also Erstens einmal ist er einer der richtig viel weiß und wirklich viel kann, aber er war auch irgendwie ganz gut mit dem Ministerium und hat zum Beispiel diese Jahrgangsuntersuchung gemacht. Und von meinen 140 Leuten die das ungefähr waren, waren ein paar tot, also zirka, ich weiß nicht mehr, ein Viertel war frei von illegalen Drogen, nein Moment, ein Viertel war abhängig von, also ein paar sind verstorben und die Hälfte war also nicht mehr in der Szene, frei von Heroin. Ein gewisser Prozentsatz war aber nach wie vor irgendwie ..., hat Tabletten eingenommen oder Alkohol getrunken. Aber immerhin 5 Jahre nach dem Erstkontakt, also wo das wirklich so ernst war, dass jemand bereit war sich aufnehmen zu lassen in einem 4-Bett Zimmer, wo Tag und Nacht irgendwie keine Ruhe war, denn man musste ja immer irgendetwas kontrollieren. Und, also die Gänge waren überall offen und auch im Schwerkranken Zimmer, wenn dort hantiert worden ist oder wenn irgendwie ein Alarm angeschlagen hat, hat man das auf der ganzen Station gehört. Also angenehm war es nicht, aber ich kann leider eben nur mit dem werken was ich zur Verfügung habe. Also wenn jemand sich immerhin so gefährdet fühlt, dass er sich da aufnehmen lässt ... Wir haben das dann so gemacht, dass wir den Patienten immer vorher die Station gezeigt haben und auch eine Besprechung mit der Stationsschwester gemacht haben ... und den Tagesablauf und so weiter. Also ich wollte Ihnen das Alles nicht erzählen ... Interviewer: Nein. Super ist das ... Dr.Presslich: ... denn sonst kommt man vom Hundertsten ins Tausendste. Interviewer: ... das ist super. Dr.Presslich: Aber 5 Jahre später war immerhin die Hälfte weg aus der Szene ... dass heißt schon einmal die Gefahr sich mit HIV oder anderen Begleit.. oder also ... Interviewer: Erscheinungen ... Dr.Presslich: ... anzustecken, ist wesentlich minimiert oder sonst irgendwelche Injektions- oder Abnehmungsrisiken zu haben. Ja, das ist das

Einziges was ich handfest weiß. Also nutzt das etwas was ihr macht oder seit's ihr nur, also auch von irgendwelchen Gütigkeiten überschwemmt. Nun, die Hälfte nach fünf Jahren. Nicht weil sie bei mir waren, sondern nachher sind die meisten x-mal rückfällig geworden, aber sie waren dann beim Grünen Kreis oder bei irgendwelchen anderen Langzeittherapien in den Bundesländern oder wo auch immer. Fünf Jahre später war es so, dass die Hälfte aus der Szene und weg vom Heroin war ... und damit ...

Interviewer: Sehen Sie, weil Sie das mit den Geldern angesprochen haben (Grüner Kreis - Dr. Pernhaupt im nicht hineingenommenen Interviewteil), weil er nichts bekommen hat für draußen (Therapiehäuser in der Buckligen Welt), vom Geld her, weil Sie gesagt haben, nein für diese bekommt man nichts, ganz gleich wo er hingegangen ist. Wie ist das denn in Wien passiert? Haben da ganz einfach die Sozialversicherungsträger, natürlich im Sinne, dass da ein Kranker behandelt wird, auch für die Medikamente ... Dr.Presslich: Ja. Ja. Ja. Interviewer: ... Aber das heißt dann falls der Patient nicht versichert war, hat es dann eben die Gemeinde Wien übernommen?!? Dr.Presslich: Nun, da hat man auf irgendwelchen Sozialämtern herumturnen müssen ... Interviewer: Genau ja, ... aber das war eigentlich immer so geregelt falls da einer kommt ...? Dr.Presslich: Wenn jemand wirklich körperlich krank war, dann hat man ihn als Notfall auf eine andere Ambulanz überwiesen. Auf die Interne oder Haut- oder Augen- oder Frauen- oder wie eben benötigt. Also das war nicht so, das war nicht das Problem. Das Problem war dieses unendlich langsame Nachrücken, also der Gemeindeinstitutionen und überhaupt des Staates. Die Notwendigkeiten ... Interviewer: Ja es waren zumeist private Initiativen halt, nicht?!? Dr.Presslich: Ja und ich glaube wenn nicht diese Aidsgeschichte diese Substitutionsentwicklungen gefordert hätte ... bin ich nicht sicher ob das heute schon ... Interviewer: Gang und Gebe wäre. Vielen Dank Herr Doktor.

8. Ergänzungsinterview mit OA. Dr. Otto Presslich

(Leiter und Mitbegründer der „offiziellen“ Drogenambulanz des AKH Wien)

vom 7.2.2011

Interviewer: Und zwar, ich habe eigentlich alles recht gut beieinander durch die Interviews auch mit Frau Dr. Schmid-Siegel und mit Herrn Dr. Hermann. Was mir aber fehlt ist natürlich die Zeitperiode zwischen 1983 und 1987, denn Dr. Hermann ist ja 1982 weggegangen und 1987 hat dann die Frau Dr. Schmid-Siegel in der Ambulanz die Tätigkeiten auch stärker übernommen, sagen wir so, aus der Intensivstation dann. Und da wollte ich ganz einfach noch nachfragen bezüglich der Ambulanzzeiten von 1983 bis 1987. Ich habe nur gefunden im Werk von Herrn Dr. Katschnig, da waren die Zeiten 12:00 Uhr bis 15:00 Uhr, also am Nachmittag diese 3 Stunden ist das ...? Dr.Presslich: Ja. Ja das stimmt. Interviewer: Super. Dr. Presslich: Also in Wirklichkeit mit open-end muss man sagen. Interviewer: Genau, das hat die Frau Dr. Schmid -Siegel auch gesagt. Und ich wollte wissen, war das nur die Wochentage über oder war das am Wochenende auch durchgehend? Dr.Presslich: Nein es war nur die Woche über. Die Wochentage und bei Notfällen hat der diensthabende ... Interviewer: Ambulanzzarzt ... Dr.Presslich: ... Arzt der für die Ambulanz zuständig war, die Leute versorgt.

Interviewer: Gut. Das Zweite wäre gewesen die Ambulanzführung, eben in dieser Zeitspanne. Denn Sie waren ja dann mehr oder minder alleine und haben das oben, haben Sie mir eh gesagt gehabt, mit Stiegen hinauf, Stiegen hinunter laufen ... Dr.Presslich: Ja, so war es. Interviewer: ... bewerkstelligt. Einen Arzt der Intensivstation abgestellt ... Dr.Presslich: Ja. Interviewer: ... und die Medizinerpraktikanten mit eingebunden in das Ganze. Dr.Presslich: Ja und auch Psychologinnen und Psychologen haben mitgearbeitet, sozusagen im Rahmen von Praktika. Interviewer: Das heißt, jene die generell auch an der Psychiatrischen Anstalt dort vertreten waren und ihre Praktika gemacht haben? Dr.Presslich: Ja. Ja. Dissertanten und da waren Praktikanten, also ja. Interviewer: Super. Das heißt am Vormittag sind Sie einfach ganz normal auf der Intensivstation immer unten gewesen ... Dr.Presslich: Ja. Interviewer: ... und dann während den Ambulanzzeiten oben waren, also hin und her gelaufen oder einen Arzt abgestellt. Dr.Presslich: Ja so stimmt es. Ja.

Interviewer: Ich habe dann auch, das werde ich Ihnen noch vorlesen, „die Sozialarbeiterinnen von Streetwork, die sie dann ein bisschen uns entlastend zumindest ein bis zwei Tage in der Woche da gewesen.“ Dr.Presslich: Ja. Interviewer: Das hab ich schon mit hinein genommen und ... Dr.Presslich: Wen haben sie interviewt? Interviewer: Da habe ich Ihnen gesagt, das war nur von Ihnen, denn das wäre ja jetzt in der Diplomarbeit zu weit ausufernd (Auskunft

über Absteckungen in der Diplomarbeit und Vorausblick auf die Dissertation)

Interviewer: Dann wollte ich noch fragen, was für Vorgehensweisen, was gemacht worden ist bei den ambulanten Entzügen dann? Und stationär auch. Also das heißt wie lange hat man denn ungefähr Clonidin zum Beispiel verwendet?! Ambulant und stationär beibehalten? War das in dieser Zeit noch? Nachdem Herr Dr. Hermann weg war? Dr.Presslich: Warten Sie, es ist 1987 der Methadon-Erlass herausgekommen ... der sogenannte. Und ich bin dann von den Clonidin Geschichten weggegangen ... Interviewer: Also erst 1987 dann? Dr.Presslich: Ja. Nun, schon ein bisschen früher habe ich versucht irgendwie mit den Neuroleptika einzuschränken, mit dem Clonidin. Es war nämlich so mit dem Clonidin ... (Klärung von Vorigem Interview = Clonidin nicht wirklich von den Patienten angenommen worden ist) Dr.Presslich: Nun und unser Dilemma war, also besonders in der Ambulanz, dass das Clonidin bei Unterdosierung nichts genutzt hat und ... Interviewer: Das haben Sie mir gesagt und zu überdosiert ... Mhm. Dr.Presslich: Ja, das kann man nicht machen ambulant. Interviewer: Genau. Dr.Presslich: So haben wir dann, also eine Zeitlang mit einem Gemisch von Neuroleptika, mit Antidepressiva ... die Behandlung gemacht und dann haben wir mit Methadon reduziert. Sowohl ambulant wie auch stationär. Interviewer: Das heißt, es ist eigentlich alles gleich geblieben wie es vorher gehabt war und bis Mitte der 80iger, kann ich das so sagen, ist dann Clonidin noch eingesetzt worden? Dr.Presslich: Ja.

Interviewer: Und auch die Opiatblocker? Sind die auch so lange eingesetzt worden? Das Naloxon und Naltrexon? Dr.Presslich: Also mit den Opiatblockern war das Dilemma, dass das nicht angenommen worden ist von der Szene. Es haben sich Einige gemeldet, aber das war immer ein Risiko. Die Patienten haben das eine Zeitlang genommen ... Interviewer: Mhm ... und falls sie dann rückfällig waren ... Dr.Presslich: ... ja, dann haben sie es abgesetzt, dann sind sie rückfällig geworden und das hat praktisch nicht funktioniert. Das waren nur irgendwelche ausgesuchten Patienten, die das mehr oder weniger lange, also durchgehalten haben. Interviewer: War aber nur stationär oder? Dr.Presslich: Der längste war ... Bitte? Interviewer Die Opiatblocker Einsätze waren nur stationär oder? Sind ambulant nicht geführt worden, denn ich kann mir vorstellen, wenn man das ambulant macht und der nimmt etwas dazu ... Das sind dann ... Dr.Presslich: Bitte ich habe keine, stationär habe ich keine Opiatblocker eingesetzt, denn das war eine Entzugsbehandlung und wenn ich da einen Opiatblocker gebe, dann bekommt der Patient einen mords Entzug. Also man konnte das nur so machen, einen Entzug und danach eventuell einen Opiatblocker anbieten. Nach dem stationären Entzug. Interviewer: Ok. Aber ambulant sind die nicht gemacht worden? Dr.Presslich: O ja, sie sind auch ambulant gemacht worden, wenn jemand in einer anderen Institution, was selten war, aber einen Entzug gemacht hat. Interviewer: Ok. Dr.Presslich: Also er hat

opiatfrei sein müssen und möglichst keine Tranquilizer nehmen. Interviewer: Super. Und das war dann auch nur bis zum Substitutionserlass oder ist das dann weitergeführt worden noch? Dr.Presslich: Nein. Nach dem Substitutionserlass haben wir also Entzüge mit Methadon in fallender Dosis und Zusatzmedikation, natürlich Schlafmedikation und meistens haben uns die Patienten angeschwindelt und haben irgendwelche Tranquilizer dazu genommen, die wir nicht identifizieren konnten. Interviewer: Das haben Sie schon (vorhergehendes Interview)

Dr.Presslich: Also „Atarax“ als irgendein Uraltmittel und dergleichen, aber wir haben unser Publikum ja gekannt und haben, wenn wir gemerkt haben da stimmt etwas nicht, haben wir eine zusätzliche Medikation von Tranquilizern oder „Sinequan“ gegeben. Interviewer: Mhm ... das Antidepressivum. Dr.Presslich: Ja. Interviewer: Dazu wollte ich noch wissen, zu den stationären Entzüge, wie der Substitutionserlass dann letztlich war 1987 ... Dr.Presslich: Ja. Interviewer: Hat man dann noch weiterhin Neuroleptika-Entzüge auch gemacht stationär? Dr.Presslich: Nein. Interviewer: Gar nicht mehr. Dr.Presslich: Nein. Interviewer: Nein, also alles dann direkt umgestellt worden auf ... Dr.Presslich: Ja, ja. Interviewer: Morphine geben und das dann herunter zu dosieren. Dr.Presslich: Ja.

Interviewer: Da wollte ich auch noch nachfragen bezüglich der UROD Einsätze. Also die ultraschnellen Opiat-Entzüge. Dr.Presslich: Ja. Interviewer: Wie lange das praktiziert worden ist? Auch bis zum Substitutionsmittelerlass oder ist das schon früher eingestellt worden? Weil Sie gesagt haben, Sie hatten das Problem gehabt, dass Sie hierfür die Interne Station gebraucht haben und die Intensivstation ... Dr.Presslich: Ja, ja ... also das, da weiß ich das Datum nicht. Ich weiß, warten Sie, nun wir haben das glaube ich nur an zehn oder zwölf Patienten gemacht. Ich weiß nicht genau zu welchem Zeitpunkt. Also ich kann das nicht mehr fixieren, es tut mir leid. Die Arbeit haben wir 1989 herausgegeben ... Und, also wir haben das dann aufgegeben, weil das irgendwie nicht praktikabel war und weil die Patienten mit dem Beikonsum verwirrt waren. Es wird aber jetzt, Sie werden es nicht glauben ... Interviewer: Das haben Sie mir erzählt, ja. Wird noch nach wie vor gemacht. Dr.Presslich: Ja, in Teheran. Gut. Also das könnte ich Ihnen noch schicken. Interviewer: Das wäre super. Dr.Presslich: Die haben das ein bisschen modifiziert, aber ich muss auf meine Fahnen schreiben, ich war der Erste der so einen Entzug wie gehabt unter Narkose gemacht hat.

Interviewer: Also das ist dann nur ein, zwei Jahre so gelaufen? Wenn Sie sagen zehn bis zwölf Patienten. Dr.Presslich: Nun ja, so etwas und nur ausgesuchte Patienten eben und, also es war organisatorisch schwer zu handhaben. Man konnte das nur machen, wenn der Internist Zeit gehabt hat für diese Kurznarkose. Interviewer: Zwei Jahre vor dem Substitutionsmittelerlass, hatten

Sie ja schon begonnen gehabt, 1985 ... Dr.Presslich: Ja. Interviewer: ... Schwangere zu substituieren. Dr.Presslich: Nein. Interviewer: So habe ich das bei Frau Dr. Eisenbach-Stangl gelesen über Sie. Dr.Presslich: Also das muss ein Ausnahmefall gewesen sein, denn es war ja so, es hat ja niemand Erfahrungen mit dem Methadon gehabt, denn wir haben das alles nur aus Amerika, also vom Papier importiert. Und ich habe mit dem Dr. David zusammen, 1987, 1988, (richtig 1986), zwölf Personen durch ein Jahr beobachtet. Ich habe das leider nie publiziert, weil ich mir gedacht habe, nun das sind alles eigentlich „Schnackerlgeschichten“. Und ... also das muss irgendein Ausnahmefall gewesen sein ... Interviewer: Mhm ... Nun, ich habe es nur so erfasst, auch in der Arbeit, dass ich dann geschrieben habe, weil man bei abhängigen Schwangeren ja nicht sofort einen Entzug machen kann, weil ... Dr.Presslich: Nun, substituiert haben wir die sehr wohl und also das war dann, es war, am Anfang war das ein Chaos. Wir haben das am Anfang also substituiert, die ganze Schwangerschaft bis zur Geburt und nach der Geburt. Interviewer: Wie lange ist das gemacht worden? Ein Jahr lang? 1 1/2? Dr.Presslich: So zirka. Aber es waren ganz wenige. Und dann waren aber die Säuglinge opiatsüchtig sozusagen, also nicht abhängig, aber sie haben ein Entzugssyndrom bekommen. Das ist dann auf der Kinderklinik behandelt worden. Also das waren sicher nur einzelne Fälle. Interviewer: Ok. Und so die wirkliche Erforschung dann von Entzügen mit Methadon, war dann 1987, 1988 ...? Wo sie gesagt haben, das erste Jahr einmal beobachtet wie das wirkt ... Dr.Presslich: Ja. Interviewer: ... was tut sich da. Dr.Presslich: Ja, ja, ja. Interviewer: Super. Und begonnen hat man mit den Morphin und Benzodiazepin Entzügen? Das ist dann genauso in diese Zeitspanne oder? Dr.Presslich: Mit welchen Entzügen? Interviewer: Morphin und Benzodiazepinen. Dr.Presslich: Ja. Interviewer: Ist das dann so 1988, 1989 ... Dr.Presslich: Ja, ja ... Interviewer: ... das man das ansetzen kann? Dr.Presslich: Ja, und da muss ich Sie bitten, also dass Sie das unbedingt mit hineinnehmen in Ihre Arbeit. Da habe ich schon eine personelle Unterstützung bekommen und zwar von der Caritas, von dem Herrn (Mag.) Schüller. Also da würde ich bitten, dass sie diesen auch erwähnen, denn ich habe ihn das letzte Mal völlig unter den Tisch fallen lassen. Das war aber der Erste der gesagt hat, das ist eine neue Sache da mit den Drogen und die Caritas hat die Aufgabe, dass sie dort eine Vorreiterrolle in der Betreuung spielt. Interviewer: Das heißt, was hat der Herr Schüller dann gemacht? Dr.Presslich: Der Herr Schüller hat mir eine Stelle gezahlt. Interviewer: Eine Stelle. Eine Ärztstelle? Dr.Presslich: Ja. Eine, ja. Ich weiß nicht ob eine Volle oder eine Ganze, ich kann mich nicht mehr erinnern. Ich glaube eine Halbe, aber wie auch immer. Und alternierend dann auch von der Österreichischen Aidshilfe, aber den Herrn Mag. Schüller muss man mit hineinnehmen, denn er ist einer der unbedanktesten Menschen die es überhaupt gibt, ja?! Bitte.

Interviewer: Gerne. Und bei den Benzodiazepin Entzügen? Wie hat man das

gemacht, wie hat das ausgesehen? Dr.Presslich: Nun ja, es war ein Ersatz durch ein anderes Benzodiazepin, unter Zusatz von schlafanstoßenden Antidepressiva, „Sinequan“ ... in fallender Dosis. Interviewer: Und das hatte gedauert wie lange? Dr.Presslich: Nun ja, das hat gedauert im Schnitt zwischen acht und zwölf Tagen. Interviewer: Acht und zwölf Tagen. Und das ist gemacht worden bei Opioidabhängigen? Dr.Presslich: Bei Mischabhängigen. Interviewer: Bei Mischabhängigen? ... Dr.Presslich: Ja. Also wenn jemand kein Benzodiazepin ... Interviewer: missbraucht hat ... Dr.Presslich: ... dann haben wir in dieser Methadon-Ära und in der Opiat-Ära, nicht mehr Benzodiazepine dazugegeben. Die Meisten waren aber Mischabhängige und da haben wir natürlich Benzodiazepine in fallender Dosierung gegeben.

Interviewer: Dann hätte ich nur noch eine Frage und zwar zwischen 1983 und 1987 ... Frau Dr. Schmid-Siegel hat mir gesagt, wie sie dann ambulant die Betreuung gemacht hat, sind in der Ambulanz keine Diagnosen mehr gegeben worden?! Also man hat den Patienten keine Diagnosen mehr gegeben? Unten in der Station Depression, ... Dr.Presslich: Ja ... Interviewer: ... genau und oben dann die Diagnosestellung war einfach ... Ist nicht gemacht worden? Dr.Presslich: Das habe ich Ihnen ja auch schon gesagt, dass man da, also wir haben geschwindelt. Wir haben die alle als Depressionen und als hyperästhetisch-emotionale Schwächezustände und so weiter deklariert. Interviewer: Ja, ja. Da wollte ich nur fragen, in der Ära von 1983 bis 1987, in dieser Zeitspanne ... hat man da ambulant oben die Diagnosen auch schon weggelassen oder hat man dann Depressionen und so weiter eben weiterhin gemacht? Dr.Presslich: Nun, wir mussten ja dokumentieren. Und hin und wieder haben wir eine Diagnose unter den Tisch fallen lassen. Wenn aber dann nachgefragt worden ist, haben wir irgend so eine, also irgendeine Diagnose aus dem ... Interviewer: Neurasthenie und ... Dr.Presslich: ... Neurosen oder Depressionskreis gegeben. Das ist schon wahr und zu dem stehe ich bitte, denn es war eben gefährlich dort, also Suchtdiagnosen zu stellen. Wir haben nicht geglaubt, dass das sicher ist, eben aus den erwähnten Gründen mit Polizei und Militär.

(Nachfolgendes resultierend aus der gemeinsamen Überarbeitung meiner bisher verfassten Arbeit - Ergänzungsausschnitte)

Interviewer: Basisschichtproblem. Am Anfang war es ja so, dass die Ausläufer, die alten Patienten aus der 68er Zeit und so in der 70er Zeit süchtig geworden sind ... Dr.Presslich: Ja. Interviewer: ... Sie betreut haben. Gegen Ende der 80er sind sie aber dann immer jünger geworden oder Anfang der 90er Jahre. Dr.Presslich: Sie sind jünger geworden und es waren nicht nur irgendwelche Studenten oder Leute aus irgendeiner gehobenen Schicht. Es waren vorwiegend einfache Leute. Es waren Handwerker, es waren irgendwelche Angestellten, es waren ganz wenige Studenten darunter ... und einen Doktor haben wir gehabt.

Interviewer: Einen Doktor. Dr.Presslich: Also das war einmal ein Schnitt, den wir einmal durch ein Jahr hindurch erhoben haben. Also gegen die Meinung, dass das so ein Suchtleben wie in den 1920er Jahren war, waren das Leute die ja eben nicht begütert waren und die irgendwie, ich weiß nicht wie ich es sagen soll, also einfache Leute eben waren.

(Anekdote)

Dr.Presslich: „Bodo, Bodo“ hat der Prof. Berner gesagt, „was bringst du für ein Publikum an unsere Klinik.“ Und ich habe immer stereotyp geantwortet: „Das ist ein psychiatrisches Patientengut, dass nicht versorgt ist und es ist unsere Aufgabe als Klinik diese zu versorgen.“

(Frage nach den Räumlichkeiten)

Dr. Presslich: Das war ein ganz reguläres, normales ... Interviewer: Also wie ein Ambulanz Zimmer eben ist ... Dr.Presslich: ... Ambulanzzimmer gehabt und zusätzlich ein finstere Kammerl, ja. Also das finstere Kammerl war, wenn man Infusionen verabreicht hat, dass man jemanden niederlegen hat können und eben eine Infusion verabreichen. Oder ein Medikament und sie zu beobachten für ein, zwei Stunden. Interviewer: Und der Ambulanzraum war so 3 Mal ... Dr.Presslich: Ein regulärer Ambulanzraum. Interviewer: 3 mal 5 Meter so? 2 1/2 mal 5 Meter so? Dr.Presslich: Also 3 mal 5 Meter, ja.

(Vitaminverabreichungen – Infusionen)

Interviewer: Falls jemand desolat war. Dr.Presslich: Natürlich haben wir den Patienten, die einem desolaten Gesundheits- und Ernährungszustand waren, Vitamin C und auch andere Vitamine zugeführt, sodass sich ihr Zustand durchaus besserte. Aber eine Behandlung mit Vitaminen allein zum Zwecke des Opiat-Entzuges ist nicht möglich.

(Herr Dr. Presslich meinte, dass der Einsatz von Hormonen das Körpersystem durcheinander bringt und das man da sehr vorsichtig sein müsse mit Hormonen = davor großen Respekt und etwas Panik habe) Dr.Presslich: Bei Deliranten. Das „Nootropil“ in hoher Dosierung eingesetzt und das hat wirklich gut gewirkt. Das hat die Delirien wirklich verkürzt und ... Interviewer: Bei Alkohol? Dr.Presslich: ... flacher gemacht. Das wir aber „Oxytocin“ verabreicht hätten, daran kann ich mich nicht erinnern. Und weil, also ich persönlich habe einen ziemlichen Spundus vor dem Einsatz von Hormonen. Also entweder hat Herr Dr. Hermann das bei wenigen Patienten gemacht, sodass ich mich ..., dass das wirklich Einzelfälle waren, aber das wir generell mit „Oxytocin“ behandelt hätten das ... Interviewer: Nein, nein. Ich hab es ja nur so beschrieben, dass es eine Versuchsreihe war ... Dr.Presslich: Ja.

(Viele Patienten in einem Raum – Streitigkeiten unter Patienten - Waffen)

Interviewer: Das Anliegen Diskretion zu bewahren? Dr.Presslich: Das Anliegen Diskretion zu bewahren ist bei dem geschilderten ambulanten Entzugsbehandlungen sicherlich zu kurz gekommen und es war aber der Druck von Seiten der Anzahl der Patienten so groß, dass es eben nicht anders möglich war, als mehrere gleichzeitig zu interviewen, zu behandeln. Interviewer: Also das Ansinnen war dann, dass der eine Patient vom anderen Patienten nichts weiß und wissen sollte, und wie, was, ... Dr.Presslich: Ja nein. Also das war immer zwischen mir und dem Dr. Hermann eine, ... Interviewer: Kleine Differenz. Dr.Presslich: ... eine Differenz war das. Ich habe gesagt: „Bitte das geht nicht, dass da jeder jedem alles erzählt.“, denn das hat auch praktische Konsequenzen, dass irgendwelche Bezugsquellen bekannt gegeben werden und dann irgendwelche Leute erpresst oder überfallen werden. Und so war ich mit dem Ganzen nicht glücklich. Ich war aber froh, dass Herr Dr. Hermann das so gemacht hat (die ambulante Betreuung). Interviewer: Ein Konsens den man ... Dr.Presslich: Ja. Aber es war meistens so, dass Mitpatienten ihn dann ... Interviewer: beruhigt haben ... Dr.Presslich: ... beruhigt haben, sodass er das Messer hergegeben hat. Und der Patient konnte nach einer gewissen Zeit das Messer wieder abholen. Also vom Schicksal der Pistolen weiß ich eigentlich nichts.

(Entzüge - Drogen-Screening – Tranquilizer – UROD Entzüge)

Dr.Presslich: Die nicht erfasst werden konnten und wo uns die Patienten einfach angeschwindelt haben, weil sie einen Entzug wollten. Das andere war ein Experiment mit Naltrexon, also mit einem ... Aber der Ultra-Kurz-Entzug ist nicht an Preisgründen an sich gescheitert, sondern das wir zwei Intensivstationen damals gebraucht haben ...

Dr.Presslich: ... das „Narkanti“ wirkt eine halbe Stunde bis Stunde und „Naltrexon“ ist ein Langzeit Blocker. Also das muss man da nur besser trennen. Man hat den Patienten das Naltrexon verabreicht ... Interviewer: Nachdem sie ... Dr.Presslich: ... mit dem Hintergrund oder mit dem eigentlichen Sinn, dass eine Zufuhr von Heroin nicht wirksam war, dass das sozusagen hinausgeworfenes Geld war.

Dieses Naltrexon-Programm war ein ambulantes Programm und hat mit den URO, mit den sogenannten UROD Entzügen nichts zu tun. Das war sozusagen eine eigene Schiene die wir eben angeboten haben. Interviewer: Und das „Naloxon“ wurde dann auch weiterhin ... Dr.Presslich: Das „Naloxon“ ist nur für den Ultra-Kurz-Entzug verwendet worden und für diverse Vergiftungsgeschichten, wenn eben jemand überdosierte war.

(UROD- Entzüge)

Dr.Presslich: Den habe ich im 89iger Jahr veröffentlicht. Zeitlich passt das nicht ganz. Warten Sie, also man muss der Ehre halber hineinschreiben, dass ich diese Kurzentzüge mit Herrn Dr. Lenz von der internen Abteilung gemacht habe und

mit dem Dr. Loimer. Also wir waren zu Dritt, drei Autoren.

(Überarbeitung – Textteil)

Interviewer: (Zitat) „Wenn man einen schonenden Opiatentzug macht, dann muss man irgendein Morphin geben und das langsam herunter dosieren. Also das Verbot hiervon, das war eine Unmöglichkeit (Vorgelesen Zitat Arbeit), also ich habe das gelegentlich gesagt, dass man eben die Dosis ...“ Dr.Presslich: Ja das stimmt schon. Es gehört nur vorher gesagt, also wenn eine Entzugsbehandlung gemacht wird. Also das Wesen ist, dass man das illegale Straßenheroin durch ein reines Morphin ersetzt und dieses herunter dosiert.

Interviewer: Ofner. (Justizminister) ... Dr.Presslich: Den Standpunkt und, also deponiert. Ich weiß nicht mehr wie die zuständigen Ministerialräte und Sektionschef geheißen haben, aber wir haben versucht auf allen Ebenen, auf der medizinischen und auf der juristischen, da endlich eine Erweiterung der therapeutischen Möglichkeiten durch Substitution zu erreichen.

(Im Nachhinein noch besprochenes, großes Anliegen von Herrn Dr. Presslich, dass die Streetworker mit Frau Dr. Hermine Schmidhofer entsprechend gewürdigt werden mögen, da diese wahrlich eine mehr als große Hilfe darstellten, deren Arbeit wirklich sehr lobenswert war und dankbar in Empfang genommen wurde. → Selbiges gilt auch für die Praktikantinnen „Praktikumsärzte“, welche die gesamte Zeit hindurch sehr gute und notwendige Tätigkeiten verrichteten)

Ergänzung – Telefonat am 9.2. 2011

(Opiatblocker)

Dr. Presslich: Manche Patienten wollten die Opiatblocker, manche haben sie abgelehnt. Das Naltrexon-Programm wurde hierbei für 2 bis 3 Wochen angeboten.

Dr. Presslich: Bei einer Schweizer Enquete (internes Symposium), welche ich mit Frau Dr. Fischer besuchte, die sich speziell mit dem praktischen Einsatz von „Naltrexon“ beschäftigte, stellte sich heraus, dass die längeren Naltrexon-Programme mit einer höheren Risikorate (Mortalität, Rückfall) verbunden sind. Die Rückfallquote nach längerer Abstinenz recht hoch war. Dementsprechend wurde diese Abstinenzvariante bei uns fallen gelassen.

Ergänzung Telefonat vom 11.2.2011

(Wissenschaftliches Methadon-Forschungs-Projekt 1986)

Dr. Presslich: Wir haben hierbei 12 Patienten mit Methadon behandelt, also 12

Männer und eine desolate Frau, die ich und Herr Dr. David, also ein paar hat er gehabt und ein paar ich, über ein Jahr beobachtet haben. Interviewer: Und der Dr. Alexander David hat das im Dialog gemacht? Presslich: Ja, im Dialog und bei mir im Haus.

Interviewer: Und wie waren die Erfolge die Erkenntnisse? Dr. Presslich: Nun ja, die Ergebnisse waren durchaus ermutigend, wobei zwar Rückfälle dabei waren, also bei manchen Patienten hat es besser gewirkt bei anderen weniger. Aber das Problem war wie sich nachfolgend herausgestellt hat, dass wir eine zu geringe Dosis verwendet haben. Denn wir haben uns damals am holländischen Methadon-Bus orientiert, welcher in Amsterdam tourte. Ich weiß nicht mehr genau welche Dosis das war, aber ich glaube so um die vierzig Milligramm. Denn wir haben uns damals auch nicht getraut, mehr zu geben.

Interviewer: Ich habe dann auch noch gelesen bei Frau Dr. Eisenbach-Stangl's Werk, dass zur Zeit des Substitutionserlasses dann eigentlich ein Paradigmenwechsel stattgefunden hat, vom Abstinenzziel weg, hin zu Leidensminderung, Harm Reduction. Aber Sie waren dann schon noch an der Abstinenzzielrichtung orientiert oder? Dr. Presslich: Schauen Sie, ich habe natürlich noch die Abstinenzzielfahne vor mir her getragen und auch verfolgt, aber wir haben eben auch gewusst, dass bei manchen Patienten die Abstinenztherapie oder auch unsere Entzüge bei manchen der Patienten nicht gewirkt haben, also die immer wieder in der Szene gelandet sind. Und so war natürlich das Ziel dann auch hingehend zu Harm Reduction, ich das eben auch lockerer gesehen habe, da man ja wusste, dass manche Patienten eben die Abstinenz nicht wirklich durchgehalten haben und immer wieder gekommen sind.

Aber natürlich musste man auch damals die Abstinenzfahne noch vor sich hertragen, da man sonst gleich als Suchtgiftvertreiber gehandelt wurde und das war eben in der Zeit so. Hat eben manche Anhänger der Abstinenztherapien und generellen Abstinenzzielrichtung gegeben und Sie wissen ja, wir haben ja drüber gesprochen, dass manche Patienten trotz der vielen Therapien immer wieder in der Szene gelandet sind und ich eben gesagt habe, das kann nicht sein und man muss auch für diese Patienten etwas anbieten.

9. Telefoninterview mit OA. Dr. Otto Presslich

(Leiter und Mitbegründer der „offiziellen“ Drogenambulanz des AKH Wien)
vom 11.1.2011

Interviewer: Was waren denn so die heftigsten Nebenwirkungen von Neuroleptika? Also, so Bewegungsstörungen oder ...? Dr.Presslich: Die Patienten sind delirant geworden und haben eben über extrapyramidale Geschichten geklagt, also soweit ich mich erinnern kann. Aber schauen Sie nach bei dieser Geschichte mit dem Dr. Schanda (Facharbeit), denn wir waren immer recht ehrlich, wir haben immer wenn es um ein Medikament gegangen ist, alle Zusatzmedikationen veröffentlicht die zusätzlich notwendig waren. Wir haben also nichts für eine Firma unter den Tisch fallen lassen. Und ich glaube so haben wir das auch mit den Nebenwirkungen gehalten.

Also die Nebenwirkungen waren in erster Linie, soweit ich mich erinnern kann, ich hoffe das steht da drinnen, delirante Zustände. In zweiter Linie nach dem Entzug, wenn der Patient delir war, ein organisches Psychosyndrom, eine Störung der Gedächtnis und Merkfähigkeit hatte und überhaupt auf ein intellektuelles, also auf ein tieferes Niveau herunterrutschte, aber nicht permanent, sondern nur unmittelbar danach. Und sonst waren es irgendwelche „Schnackerlsyndrome“ die man als Intensivmediziner nicht wirklich ... Zu dieser Zeit wirklich gravierende Umstände. Interviewer: Und so Übelkeit glaube ich haben Sie ja ein wenig angesprochen gehabt bei den Entzügen nachher, dass man geschaut hatte, dass die Patienten eben wieder etwas gegessen haben und so. Also hat sich schon auf den Magen auch niedergeschlagen gehabt oder? Dr.Presslich: Schauen Sie, es ist Folgendes. Das mit den Neuroleptika war ein Prozedere aus Erfahrung ... Interviewer: Ja das ist schon klar, dass das experimentell war. Dr.Presslich: ... zurück, es verboten war irgendwelche Opiate einzusetzen. Also in Wirklichkeit, wenn man einen schonenden Opiatentzug macht, dann muss man ein Morphin geben und das langsam herunter dosieren. Also das war eine Unmöglichkeit. Ich habe also gelegentlich gesagt, was ich noch früher, also in den 50er Jahren in der Pharmakologie gelernt habe, dass man eben die Dosis vermindern muss mit Morphin, mit einem Morphinpräparat oder mit Methadon ... Und ich habe das in einer öffentlichen Runde einmal geäußert und da ist sofort Einer aufgestanden und hat gesagt: „Ich zeige Sie an.“

Dr.Presslich: Aber wir haben eben, also es war ein großer Bedarf, da solche Entzüge zu machen. Es haben viele Patienten sich gemeldet und die waren dann auch mehr oder weniger damit zufrieden und mehr oder weniger lange eben abstinent. Ein Teil war eben wieder rückfällig, aber das war nicht das Bedürfnis. Es war irgendwie so, wir bieten etwas an und nicht irgendein Gnadenwesen.

Interviewer: Genau, da wollte ich Sie noch etwas bezüglich der Mischungen fragen. Ich habe zufällig ein Werk von Ihnen gefunden, das ist von der Schriftenreihe des Bundesministeriums von 1981, da ist die Intensivstation drinnen. Und da wollte ich Sie noch fragen, denn da haben Sie das nämlich angeführt, Beruhigungsmittel, schmerzstillende Medikamente und schlafanstoßende Antidepressiva. Dr.Presslich: Ja, ja ... Interviewer: Genau. Haben die Patienten das stationär schon infusionsmäßig bekommen oder ist das medikamentös verabreicht worden? Dr.Presslich: Nun ja, darf ich zunächst einmal fragen was der Titel dieser Arbeit ist? Interviewer: Drogen, Sucht und Therapie, das Drogenproblem in Österreich und die Wege zu seiner Lösung. Dr.Presslich: Nun gut, also wir haben natürlich das was oral schon möglich war, wovon wir uns eine Wirkung versprochen haben, haben wir natürlich normale Tabletten oder in Saft-Form aufgelöst verabreicht. Also nur wenn der Patient schon irgendwelche ... (? - nicht hörbar), dann haben wir gelegentlich, aber nicht schwerpunktmäßig, eben das auch in Form von Infusionen gegeben. Soweit ich mich erinnern kann. Also es ist nicht so, dass wir alles eingefüllt haben, sondern es war uns ja wichtig, dass die Patienten möglichst bald selbst Essen und Trinken können. Also das ist ein Grundprinzip damals gewesen in der Intensivmedizin. Selbst Essen und Trinken ist besser, als irgendetwas hinein zu geben über die Venen. Ja, also ich kann das jetzt nicht mehr, ich erinnere mich einfach an diese Geschichte nicht mehr genau. Wenn Sie diese Dr. Schanda Arbeit finden, dann werden Sie das, also dort müsste das drinnen stehen.

Interviewer: Genau und das Zweite wäre Herr Doktor und zwar, ich habe da gefunden gehabt, eben in dieser Arbeit die ich da vor mir liegen habe, dass auch ambulante Entzugsbehandlungen mit Clonidin durchgeführt worden sind? Dr.Presslich: Ja, ja, ja ... Interviewer: Genau. Von diesem Präparat haben Sie mir ja erzählt gehabt, dass man da recht schnell wieder davon abgekommen ist, weil ja die Patienten das nicht wirklich angenommen haben und jetzt wollte ich eigentlich nur wissen, ab wann das so begonnen hat, dass man ambulante Entzugsbehandlungen damit macht? Denn das heißt ja, die Patienten sind dann gekommen, haben sich das verabreichen lassen und sind dann eigentlich wieder nach Hause gegangen oder? Dr.Presslich: Es ist so. Es ist sowohl vom Herrn Dr. Ranefeld, der wird Ihnen das ja berichtet haben, wie von mir, sind ja wenn das nicht irgendwie eine gravierende Geschichte war und der Patient nicht unbedingt aufgenommen werden wollte, sozusagen in ein geschütztes Milieu, haben wir natürlich auch ambulante Entzüge gemacht. Und das haben wir, also da hat es dann so eine Übergangsphase gegeben, wo wir einerseits noch Neuroleptika und schlafanstoßende Antidepressiva geben haben, das war Sinequan (Antidepressiva) das berühmte ... Also Clonidin und die andere Substanz hat "Estuliz" geheißen. Also das war irgendwie ein verändertes Molekül von einer anderen Firma. Das hat der Herr Dr. Hermann damals ausgegraben und das

haben wir sehr wohl ambulant wie auch stationär ausgegraben. Ich weiß nur nicht ob wir das publiziert haben.

Interviewer: Nun, da wollt ich eben dazu wissen, ab wann das ungefähr passiert ist, dass man dann mit den ambulanten Entzugsbehandlungen auch ... das eigentlich umgesetzt hat? Dr.Presslich: Nun, das haben wir immer parallel angeboten, wenn jemand gesagt hat also, er nimmt seit 8 Tagen, spritzt er sich täglich Heroin, dann haben wir ihm gesagt, also nicht die große Kanone mit irgendeiner stationären Aufnahme, sondern ambulant versuchen zu entziehen. Also so assistiert. Früher mit Neuroleptika und Tranquilizer und dann mit Clonidin und einer Zusatzmedikation. Also so war das.

Interviewer: Und die Tranquilizer die man eingesetzt hatte? Können Sie sich da noch an einen erinnern? Hat man da „Valium“ gegeben oder was hat man denn da gegeben? Dr.Presslich: Also sowohl „Valium“ wie auch, warten Sie, mir fällt das nicht ein, dass ist ein uraltes Präparat „Vetranquil“ (Neuroleptika, Tranquilizer) hat das geheißen ... Das ist eine Gruppe von Tranquilizern, die nicht zu den Benzodiazepinen gehört. Also das haben wir viel eingesetzt. Natürlich haben wir „Valium“ gegeben, natürlich haben wir „Praxiten“ (Oxazepam - Substanz - Benzodiazepin - Tranquilizer) gegeben, „Anxiolit“ war von der einen Firma und von der anderen Firma hat es „Praxiten“ geheißen. Also an das kann ich mich erinnern. „Temesta“ haben wir nicht gegeben. Und wir haben eben, also da das keine methodischen Studien waren, keine prospektiven, haben wir uns in der Zusatzmedikation weitgehend an die Bedürfnisse der Patienten oder an die Wünsche der Patienten angepasst. Das ist natürlich forschungsmäßig unbrauchbar und das war auch medizinisch nicht ganz sauber, aber wir haben keine anderen Anhaltspunkte gehabt. Interviewer: Absolut. Nun, wenn nichts erlaubt ist, was soll man denn tun oder? Dr.Presslich: Ja und es hat schon irgendwelche Skalen gegeben, auch früher schon, also vor dieser „Wank-Skala“, die man anwenden, also hätte vorgeben können, aber in Wirklichkeit war das unbrauchbar. Die Patienten waren zu schlau, um nicht dahinter zu kommen auf was das Ganze hinausgeht und haben immer ... also wir haben wenige Versuchsballons gestartet und da haben sie immer die grauenhaftesten Symptome angegeben, die sie zum Teil gar nicht gehabt haben. Wenn man mit ihnen im Interview gesprochen hat. Und ja, so haben wir uns eben gerichtet und wir haben nie eine saubere Medikation zusammengebracht, sondern immer nur eine schwerpunktmäßige. Schwerpunktmäßig Neuroleptika, schwerpunktmäßig Clonidin, schwerpunktmäßig Morphin und retardiertes M., also Methadon, schwerpunktmäßig dann Morphin, retardiertes. Das geht schon ins Zweitausender Jahr und der Letzte, das Letzte und Beste was ich also gemacht habe inzwischen, waren diese UROD Entzüge (Ultra-Kurzzeit Entzüge – Ultra Rapid Opiate Detoxification) und nachher habe ich versucht, mit gutem

Erfolg, auch Polytoxikomane mit Magnesium intravenös zu entziehen und das hat wunderbar funktioniert.

Interviewer: Wann war das ungefähr? Was für ein Zeitraum mit den Magnesiumentzügen? Dr.Presslich: Das war in den späten 90iger Jahren, 2000. Da habe ich ein Arbeitsverzeichnis das mir, also zusammen mit der Frau Dr. Heiden habe ich das gemacht und mit dem Herrn Dr. Frei. Und das war wunderbar. Da hat man auch diese verschämten Polytoxikomanen, die gesagt haben sie nehmen nur Opiate und in Wirklichkeit also dazu genommen haben was auch immer ... Also das hat wunderbar funktioniert. Es war nur irgendwie nicht möglich im AKH öfter als zwei Mal am Tag einen Magnesiumspiegel zu ...

Interviewer: feststellen zu lassen ... Dr.Presslich: Es ist nämlich mit den Magnesiuminfusionen so, dass bestimmte Werte nicht überschritten werden dürfen, bestimmte Blutwerte, weil sonst eine aufsteigende Lähmung und auch eine Atemstörung entsteht. Also an und für sich war das irgendwie für mich bei den Entzugsbehandlungen Gipfel und Ende. Aber es ist eben auch wieder irgendwie an der Praxis ..., es hat sich nicht verbreitet im Gegensatz zu diesem Ultrakurzentzug, wo sich alle Geschäftsleute drauf gestürzt haben. Sozusagen ist dieser Magnesium Entzug irgendwie nur am Papier picken geblieben. Es war eben riskant wenn man nicht alle zwei Stunden einen Magnesiumwert abnehmen kann, sowie man einen Natrium, Kalium, PH Wert vom Blut abnehmen kann. Interviewer: Und die Magnesiumentzüge waren dann Ende der 80iger, Anfang der 90iger Jahre? Dr.Presslich: Nein. Die waren noch später. Die waren Mitte 90ig, Ende 2000, soweit ich das in Erinnerung habe.

(Ergänzung aus einem weiteren Telefonat)

Interviewer: Wie lange waren denn die Ultra-Kurzzeit-Entzüge? Dr. Presslich: Nun ja, die hatten eine Dauer von ungefähr 4 bis 5 Tagen, aber es ist durchaus auch passiert, dass Patienten früher gegangen sind, also gehen wollten. Das war alles nicht so einfach, denn man hat auch die Interne gebraucht für diese und das war auch ein Problem, dass wir davon abgekommen sind.

Telefonauskunft vom 25.2.2011

Interviewer: Wie lange hat denn die Methadon-Reduktionstherapie gedauert? Wie lange waren denn da die Patienten bei Ihnen auf der Station? Denn ich habe da nur so Zahlen zwischen 4 bis 6 Wochen vorliegend. Dr. Presslich: Wovon sprechen Sie? Interviewer: Von der Methadon-Reduktionstherapie. Also wo man die Dosis schrittweise reduziert hat. Dr. Presslich: Ja. Das hat unter Umständen so lange gedauert. Es war, also ein Phänomen war das für mich, denn das war ein unheimlich zähes Ringen, dass man den Patienten um einige wenige Gramm reduziert. Ich kann mir das selbst nicht erklären, aber 4 bis 6 Wochen, kommt mir ein bisschen lange vor. Aber es hat vereinzelt welche gegeben, das ist ganz

sicher. Die so lange gebraucht haben. Trotz aller Zusatzmedikation. Ich meine, ich erkläre mir das irgendwie so, dass die Methadon-Reduktion anscheinend depressiv macht.

Daher ist das so ein Kampf gewesen. Es waren wenige Ausfälle, also Patienten die nach Hause gegangen sind. Aber es war ein quälender Kampf, immer mit irgendwelchen Plateaupausen, ein paar Tage dieselbe Dosis und dann wieder ein Stück herunter. Ich meine, die Schlaflosigkeit hat weniger ausgemacht, weil man ja immer Zusatzmedikation gegeben hat und eben reichlich „Sinequan“ in erster Linie.

10. Interview mit Ass.-Prof. Frau Dr. Brigitte Schmid-Siegel

(Stellv. Leiterin der Drogenambulanz des AKH Wien von 1988 - 1993)

vom 15.5.2010

(Auskunft über mein Gespräch mit Dr. Presslich ...)

Dr.Schmid-Siegel: Er hat Ihnen wahrscheinlich auch erzählt, dass damals der Bereich der Behandlung von Drogenabhängigen sehr ideologisch war ...

Interviewer: Mhm ... Dr.Schmid-Siegel: Hat er das gesagt? Interviewer: Nicht wirklich nein, also ...

Dr.Schmid-Siegel: Also es war dieser große Streit zwischen Abstinenzparadigma, hoch- oder niedrigschwelligem Zugang. Es gab 3 Schlüsselfiguren, auch zur Zeit des Methadon-Substitutionsprogramms in Wien, das war der Primar Dr. Pernhaupt der den Grünen Kreis aufgebaut hat und der dem absoluten Abstinenzparadigma verpflichtet war. Dann gab es den Primarius Dr. Hermann, der ursprünglich auch eher dem Abstinenzparadigma verpflichtet war, aber dann durch die Gemeinde Wien hier um's Eck in der Borschkegasse eine Drogenambulanz eröffnete. Also die gab es glaube ich schon und sie mussten dann ebenfalls Betroffene im Methadon-Substitutionsprogramm einschließen. Und Oberarzt Dr. Presslich, der gleichzeitig auch ärztlicher Berater von Streetwork war, der also einen ganz niedrig-schweligen Zugang propagiert hat, wo es ja damals noch darum ging, dass ... vor 1987 war ja Drogenabhängigkeit schlicht und einfach ein Strafdelikt und keine Krankheit, dass heißt zur Etablierung der Drogenambulanz musste man ja auch gewährleisten, dass die Klientinnen und Klienten überhaupt sicher gehen konnten, dass sie nicht angezeigt werden. Denn streng genommen, musste ja Drogenkonsum als straf ..., damals war der bloße Konsum ein Strafbestand. Interviewer: Bis 1987 war das? Dr.Schmid-Siegel: Das war sicher bis 1985 so, aber das weiß ich nicht genau, dass müssten sie recherchieren. Denn erst wie dann eingeführt wurde Therapie statt Strafe und auch, dass Personen ihren Eigenbedarf einer Substanz bei sich haben dürfen, ist ja überhaupt erst das Anerkennen, dass es eine Krankheit ist. Entstanden bloß eben dann mit dem Substitutions-Behandlungsprogramm, mit welchem auch eine neue Behandlungsoption kam.

Dr.Schmid-Siegel: Ich glaube, dass der Methadonerlass 1987 war. Interviewer: Genau, ja. Dr.Schmid-Siegel: Ja, und der ist dadurch entstanden, dass die

Drogenambulanz seit 1984 jährlich 4 bis 6 Wochen lang und zwar war das immer so im November, wurden alle Personen die die Drogenambulanz aufgesucht haben gescreent bezüglich HIV Infektion und Hepatitis Infektion, denn ab 1983 oder 1984 konnte man HIV in Österreich auch routinemäßig nachweisen. Interviewer: Ja 1984 oder 1985 war dann die österreichische AIDS-Gesellschaft, welche damals gegründet worden ist. Dr.Schmid-Siegel: Gut das ist schon noch ein Schritt weiter, aber es wurden alle Patienten mit

einem Fragebogen gescreent auch bezüglich Drogenverhalten, Kriminaldelikten, Verurteilungen, risikoreichem zusätzlichem Verhalten wie Beschaffungsprostitution, bezüglich Nadeltausch, gemeinsame die Nadeln zu verwenden, gemeinsam das Spritzbesteck zu verwenden, gemeinsam den Löffel zu verwenden ... Interviewer: Den Filter zu verwenden. Dr.Schmid-Siegel: Genau, den Filter zu verwenden. All diese Parameter für risikoreiches Verhalten wurden befragt und bei allen wurde eine Virologie abgenommen. Und man konnte dann zeigen, dass, ich glaube von 1986 auf 1987, die Durchseuchungsrate derer die wir untersucht haben und die ungefähr eine ähnlich große Gruppe war stetig zugenommen hatte, sich verdoppelt hatte.

Dr.Schmid-Siegel: Von ich weiß nicht genau, aber ich denke zuerst waren es 4%, dann waren es 6% und plötzlich hatten wir 12%. Interviewer: Von Infizierten?! HIV und Hepatitis? Dr.Schmid-Siegel: Genau. Und mit diesen Daten, diesem plötzlichen Anstieg der Infizierten, wurde dann auch der Methadonerlass durchgesetzt, der wie ich glaube im Herbst 1987 dann als Erlass ... Interviewer: Ich weiß nur, dass 1987 der Herr Oberarzt Dr. Presslich es im Justizministerium durchgebracht hat. Dr.Schmid-Siegel: Genau und es war aufgrund dieser jährlich erhobenen Zahlen, denn dann wurde die Durchseuchungsgefahr nach einem Schneeballprinzip errechnet und man hat gesagt, dass damit aber auch klar ist, dass wenn man nicht die Patientinnen, die HIV-positiv, sind mittels einer Substitutionsbehandlung aus der Szene herausnimmt, die Durchseuchungsrate schlagartig weiter ansteigen wird und gleichzeitig natürlich, auch über die Risikogruppe hinaus sich verteilen wird. Denn auch das konnte man bei diesem Fragebogen eruieren, bezüglich der Frage, inwieweit die Lebenspartner ebenfalls aus dem Drogenmilieu stammen oder nicht und damit war klar, dass alle jene die nicht Lebenspartner aus dem Drogenmilieu hatten, ein hohes Risiko für die Ausbreitung der Verseuchung über diese Risikogruppe hinausgehend bedeuteten. Interviewer: Und von den Zahlen, von den Erhebungen, also von den Patientenkontakten? Gibt es hierzu welche? Dr.Schmid-Siegel: Ja da hab ich noch Einiges an Zahlen. Ich glaube ich habe sogar noch diesen Fragenbogen

...

(Akten hervorgeholt, welche mir als Datengrundlage behilflich sein sollten)

Interviewer: Das ist super, denn ich habe nämlich fast keine Zahlen für den Zeitraum von 1985 bis 1994. Dr.Schmid-Siegel: Nun ich habe sie bis 1990. Interviewer: Bis 1990. Dr.Schmid-Siegel: Warten Sie, ab wann hatte ich in der Drogenambulanz gearbeitet? (Frau Dr. Schmid-Siegel sieht die Akten durch) 1990 ... 1987 bis 1993. Hier haben wir die Methadon-Einstellungen. Genau (Akten in der Hand) Frauen, Männer, wie viele insgesamt, wie viele davon HIV-positiv, wie viele damals noch im Methadon-Programm. Interviewer: Das bedeutet? Dr.Schmid-Siegel: Das bedeutet bis zum Stichtag 1993. Wie viele

verstorben sind Interviewer: Das heißt stationär auf Behandlung hier waren und dann im Methadon-Programm vertreten oder? Dr.Schmid-Siegel: Nein. Wir hatten diese Patientinnen ambulant eingestellt. Was ein sehr großes Unterfangen war. Das ist das Leistungsprogramm (Akten). Genau, ich hatte dann parallel hierzu auf der MA 15 auch an einer großen, einer europaweiten Studie mitgearbeitet, denn die MA 15 ist ja noch immer die sogenannte Gehstelle, was bedeutet, dass man hierzulande nur als Prostituierte arbeiten darf, wenn man einen im Jargon genannten „Deckel“, also einen Gesundheitsausweis besitzt. Und eben an dieser Stelle hatten wir damals diese Frauen, welche ebenfalls kontinuierlich bezüglich einer HIV-Infektion untersucht wurden, in Interviews zu deren Leben als Prostituierte und deren Risikofaktoren befragt.

Dr.Schmid-Siegel: Hier sind die Schriftstücke unseres Leistungsspektrums (Akten), also der Umfang von dem was wir damals an Angeboten haben. Die Vernetzung, ... (Akten) Interviewer: Das ist super. Erstkontakte ... Dr.Schmid-Siegel: Genau und das ist aber jetzt für das Jahr 1993. Die Zahlen hierüber haben sie schon? Interviewer: Nein. Also ich habe von 1985 bis 1993 keine Zahlen vorliegen. Dr.Schmid-Siegel: Gut. Ich habe hier 1991, das wurde damals Quartals-mäßig berechnet. 1991, 1992, ... Ja, wir haben damals, also es war unglaublich. Wir die wir alle an der Drogenambulanz gearbeitet hatten, wir waren alle sogenannte unbezahlte Gastärztinnen. Also wir waren damals nur Frauen in der Ambulanz. Und man muss sich vorstellen, wir hatten ja vormittags auf Stationen gearbeitet und hiernach in den Nachmittagsstunden im Jahr rund 6 Tausend Patientenkontakte zu versorgen. Ja das kann man sich heutzutage wirklich kaum mehr vorstellen. Mit 280 Erstkontakten pro Jahr. Also hier sind die Erstkontakte (Akten) und das sind die Gesamtkontakte. Diese Erhebungen sind immer Quartals-mäßig aufgeteilt. Vom ersten Quartal 1991 bis zum ersten Quartal 1993. Wie Sie sehen können, wurde dies damals für einen Vortrag aufbereitet, denn damals mussten wir ja alles noch mit der Schreibmaschine verfassen, sowie auch die Karteien der Patientinnen in handschriftlicher Form getätigt wurden. (Akten) Dann sehen Sie hier die Methadon Neueinstellungen. Alles vorhanden bis zum ersten Quartal 1993 und hier auch die Anzahl der ambulanten Entzüge.

Dr.Schmid-Siegel: Wir hatten die Patienten damals bspw. ambulant mittels Infusionsbehandlung entzogen, also auch das war wirklich ein großes Unterfangen. Und hier sehen Sie (Akten), also von diesen 224 Patientinnen, das wurde dann immer unterteilt zwischen jenen welche unter Dauersubstitution standen, denn die Patienten mussten ja regelmäßig bei uns die Harntests abgeben. Wissen Sie hierüber schon Bescheid? Wie das Methadon-Programm damals von statten ging? Interviewer: Nein nicht wirklich. Dr.Schmid-Siegel: Warum hat Ihnen das bis jetzt noch niemand erzählt? Interviewer:

(Achselzucken.) Dr.Schmid-Siegel: Ok, also das Methadon-Programm wurde 1987 in der Drogenambulanz hier eingeführt, während damals noch ... haben Sie mit dem Primarius Dr. Hermann schon gesprochen? Interviewer: Nein. Dr.Schmid-Siegel: Mit dem müssen Sie auch sprechen, ja, denn die Ambulanz in der Borschkegasse hatte erst viel später mit der Methadon-Substitution begonnen.

Also die Erste Methadon-Substitution in Wien sowie österreichweit war hier in der Drogenambulanz, wo man am Anfang nahezu ausschließlich HIV-positive Patienten ins Methadon-Programm aufgenommen hatte. Die Auflagen hierfür waren damals sehr hoch, denn wir mussten bspw. ellenlange Anträge schreiben, dass die Patientinnen an jenem Programm teilnehmen konnten, weil die Aufnahmekriterien waren damals an eine jahrelange Opiatabhängigkeit mit mehreren stationären und ambulanten Entzugsbehandlungen mit frustanem Verlauf gebunden, also nur jene Patienten aufgenommen wurden, die keine Aussicht hatten, dass sie mit den bis dato zur Verfügung stehenden Mitteln eine Abstinenz erzielen könnten. Das war das eine Anschlusskriterium. Das bedeutet, wir hatten sozusagen die worst-cases Patientinnen am Anfang eingestellt. Die Kränksten oder wenn sie schon HIV infiziert waren. Eine Zeitlang war diesbezüglich auch ein wildes Gerücht im Umlauf, dass manche Patientinnen sich beabsichtigter Weise infiziert hätten, um überhaupt in das Substitutionsprogramm aufgenommen zu werden.

Dann gab es immer noch das Ziel, zu versuchen, ob man durch langsame monatliche, minimale Reduktion um 5 Milligramm, „a la long“ gesehen, zu einer Methadon-Freiheit mit den Patientinnen gelangen könnte. Hier sehen wir die Neueinstellungen (Akten) und die Patienten die einfach nicht mehr erschienen sind, mussten dann halbjährlich abgemeldet werden. Diese Anträge und Informationen wurden an die Suchtgiftzentralstelle und an den Amtsarzt von dem Wohnbezirk weitergeleitet, also man musste sozusagen dem Amtsarzt Mitteilung machen und der Zentralstelle für Suchtgift. Und das musste immer regelmäßig abgeschickt werden. Hier sehen sie auch noch das Merkblatt (Akten) für die stationäre Entzugsbehandlung.

Hier haben wir nun eine Zusammenfassung aus dem Jahre ..., da war ein Herr Dr. Behrendt aus Deutschland, aus Ochsenzoll - Hamburg bei uns und der hat sich bei uns erkundigt, sich die Drogenambulanz angesehen, also das war vermutlich 1992 oder 1993 als dieser Doktor bei uns in Wien war. Da hatten wir bereits mit der Morphin-Substitution begonnen. Und das wäre sozusagen ein Bericht, wie dieses Behandlungskonzept in Wien von außen betrachtet ausgesehen hatte. Da weiß ich, dass dieser Herr Dr. Behrendt es auch dadurch charakterisierte, dass wirklich so der zentrale Punkt der Drogen-, der Behandlung Drogenabhängiger, war diese Drogenambulanz hier, durch die charismatische Persönlichkeit von Herrn Oberarzt Dr. Presslich, der eben auch

den Methadon-Erlass durchsetzen konnte. Maßgeblich.

Und einmal in der Woche gab es ein Meeting von allen im Drogenbereich Tätigen in der Drogenambulanz im Hause und das war, da waren Vertreter von Streetwork, der Aids-Hilfe, P.A.S.S, dem Ganslwirt, dem Anton-Proksch-Institut und dem Otto-Wagner-Spital das am Anfang ein Langzeit-behandlungsangebot hatte auf dem Steinhof. Das war der Pavillon 1, den der Primarius Dr. Hermann geleitet hat und erst später ist dann eine Ambulanz dazugekommen. Aber es gab immer schon eine stationäre Entzugsstation. Also es gab den Pavillon 13/3 - stationäre Entzugsbehandlung, Pavillon 1 Langzeitbehandlung und ich glaube ab 1991, 1992 oder 1993 ist dann eine Ambulanz dazu gekommen. Also erst relativ spät.

Und der Grüne Kreis mit dem Primar Pernhaupt, die hatten ja alle auch ihre Verbindungsdienste bei uns in der Ambulanz, welche ein bis zweimal in der Woche bei uns waren und sie hatten hierfür bspw. einen Nachmittag in der Ambulanz um diejenigen Patientinnen kennenzulernen, die sich für eine Langzeittherapie entscheiden konnten. Das war der Grüne Kreis und das Anton-Proksch-Institut, dort wurde das Drogen-Primariat von Primar Dr. Burian geleitet ... und diese hatten ... Interviewer: Wann war das Drogen-Primariat von Dr. Burian? Dr.Schmid-Siegel: Nun ja, ich habe begonnen in der Drogenambulanz, glaube ich, 1988, da gab es das alles schon. Ja, da gab es in der Breitenfurterstraße 517 eine Kurzzeitstation auf maximal 3 Monate, wo man auch vom Methadon einen Restentzug machen konnte und sich sozusagen einmal in eine Erholungsphase, an ein stationär therapeutisches Klima gewöhnen konnte. Und wenn der Patient hiermit gut zurecht kam, dann ist dieser eben nach Mödling gewechselt, in die für ein Jahr geplante Langzeittherapie, die dort aber mehr psychotherapeutisch orientiert war, während das Behandlungskonzept vom Primarius Dr. Pernhaupt beim Grünen Kreis immer eher soziotherapeutisch, handwerklich, sportlich orientiert war. Und Streetwork. Und dann gab es auch schon den Dialog der ursprünglich auch sehr zurückhaltend war bezüglich der Substitutionsbehandlung, aber vor allem auch versucht hat, ursprünglich hatten diese mit psychotherapeutischen Interventionen zu arbeiten und das wurde, der Dialog wurde geleitet vom damaligen Drogenbeauftragten, das war der Herr Dr. Alexander David, glaube ich. Der damalige Drogen ... Interviewer: Koordinator ... Dr.Schmid-Siegel: Nein. Der Drogenbeauftragte. Der Drogenkoordinator war damals ein gewisser Herr Hacker der dann Karriere beim Fond Soziales Wien gemacht hatte. Ja und damals in der Zeit hat es ihn entweder schon gegeben oder er wurde dann auch gegründet als weitere ganz niederschwellige Einrichtung, der Ganslwirt. In Zusammenarbeit auch mit Streetwork. Und alle Vertreter dieser Einrichtungen waren einmal in der Woche hier und hatten also hier oben im Ambulanzbereich eine große Konferenz abgehalten. Interviewer: Ab wann hat das begonnen?

Dr.Schmid-Siegel: Das muss also auch schon gewesen sein wie ich dazugekommen bin. Also das muss sich mit der Methadon-Behandlung etabliert haben, denn die ursprüngliche Idee war hierbei Mehrfachbehandlungen im Methadon-Programm zu verhindern. Da wurde zuerst patientenbezogen besprochen und dann war es eigentlich auch der Bereich, wo auch drogenpolitische Maßnahmen besprochen und geplant worden sind.

Dr.Schmid-Siegel: Da gab es dann auch einmal eine große Pressekonferenz im „Cafe Landmann“. Das war glaube ich im Herbst 1992 und gleichzeitig hat es aber die Gemeinde Wien, also dann hat der Herr Oberarzt Presslich eben so Worte vor laufender Kamera gesprochen, dass das eine Vogelscheißperspektive oder so sei ... Interviewer: Genau. Das hatte er gestern im Interview auch gemeint. Dr.Schmid-Siegel: So gesagt ja. Interviewer: Sie sind halt wie die Adler die fliegen und sie die Ärzte haben eben die Vogelscheißperspektive. Dr.Schmid-Siegel: Ja genau. Und das hat aber dann wirklich zu einem weiteren Ausbau geführt ... Interviewer: Genau 1993 zu der Prüfung dann in der Ambulanz. Dr.Schmid-Siegel: Nun, dann wurden wir, also dass war wirklich unglaublich. Wir wurden dann, ich weiß nicht mehr genau, ich glaube von 3 Einheiten gleichzeitig geprüft, was ein großes Glück war, denn es wurde dann endlich auch einmal der absolute Personalmangel festgestellt. Eben das diese Drogenambulanz eklatant unterbesetzt ist. Denn wir hatten ja nicht einmal Sozialarbeiter gehabt und diese Gastärzte in unserer Ambulanz hatten demnach ja auch primär Sozialarbeit zu leisten. Ja, also wir waren ...

Interviewer: Wie haben die Rahmenbedingungen denn ausgesehen? Also 1988 hatten Sie selbst in der Drogenambulanz begonnen. Also bis wann haben Sie auf der Drogenambulanz gearbeitet? Dr.Schmid-Siegel: Bis 1993. Interviewer: 1993. Bis Frau Dr. Fischer sie dann 1994 übernommen hat. Dr.Schmid-Siegel: Frau Dr. Fischer hat die Ambulanz 1994 übernommen? Interviewer: Ich glaube 1994, ja. Dr.Schmid-Siegel: Nun, sie hat sie unmittelbar nach mir übernommen. Interviewer: Ah ok. Dann fällt es ins Jahr 1993. Dr.Schmid-Siegel: Genau dann habe ich, bin ich erst 1994, dass stimmt, 1994 hat sie die Ambulanz übernommen. Genau, ich bin 1994 weggegangen.

Interviewer: Und wie waren die Rahmenbedingungen vorher? Dr.Schmid-Siegel: Vorher, unglaublich. Interviewer: Also wie viele Ärztinnen hatte man in der Ambulanz? Dr.Schmid-Siegel: Nun das war so. Ich glaube ich war dann das letzte Jahr, ich war erst ab 1993 nur mehr für die Drogenambulanz zuständig. Wir hatten keine Sekretärin. Wir bekamen dann zwar eine Sekretärin, aber erst später. Also wir waren so wie Street-Doktoren. Man war mit den Patienten und Patientinnen „per Du“, dass hatte ich schon so vorgefunden. 1994 kam Primarius Dr. Hermann nach 3-jähriger Suspendierung zurück. Dr. Hermann war

suspendiert, weil ihm unterstellt wurde, dass er Methadon unter falschen Namen an andere Patientinnen ausgegeben hat und das war damals ein politisches Patt. Also jedenfalls bekamen wir dann diese Sekretärin. Und wir hatten, also bei dem Pflegepersonal war diese Drogenambulanz nicht sonderlich beliebt, denn sie wollten diese Patienten einfach nicht hier haben. Die Patienten waren zumeist stark sediert, sind vom Sessel gefallen, denn damals waren noch Barbiturate problemlos erhältlich, das heißt sie waren alle völlig polytox. Wir hatten einen ganz niederschweligen Zugang, so hat es auch ausgesehen. Wir haben den Patienten die Waffen abgenommen, Streite geschlichtet. Also wir sind in einen Raum gegangen und die Patienten, die eine ambulante Entzugsbehandlung machten, die saßen in einem winzigen Raum. Da saßen die Patienten auf zwei Betten, so wie im Kreis, in der Mitte standen ein bis zwei zentrale Infusionsständer. Hier saßen bis zu 10 Patienten und alle waren verkabelt mit Infusionen. Ja, die sie sich zum Teil selbst heraus genommen haben, auf das WC gegangen sind und wieder gestochen haben, denn ja alle waren sie beim Stechen also absolute Profis.

Und in diesem kleinen Bereich haben die natürlich auch furchtbar zu Streiten begonnen. Wir sind dann hineingegangen, haben eben die Waffen ... Interviewer: Das war der ambulante Zustand? Dr.Schmid-Siegel: Das war der ambulante Zustand. Wir sind hineingegangen und haben diesen kreissitzenden Streitenden die Waffen abgenommen. Es war, man kann es sich nicht vorstellen. Zum Teil waren draußen in der Ambulanz in diesem Wartebereich Schlägereien ausgebrochen, denn es gab dann auch eine forensische Drogenambulanz, deren Patienten oftmals mit erhöhtem Aggressionspotential vertreten waren.

Das Pflorgeteam musste das Methadon herrichten, wollte das aber nicht ... Interviewer: Wie viele Pflegerinnen hatte man denn? Dr.Schmid-Siegel: Nun ja, wir hatten überhaupt niemanden. Interviewer: Gar niemanden? Dr.Schmid-Siegel: Niemanden. Weil wir sind am WC gestanden und haben den Patienten die kontrollierten Harntests unter Sicht abgenommen als Ärzte, weil das Pflegepersonal das nicht machen wollte. Es wurde der Drogenambulanz dann eine Pflegeperson zugeteilt die das Methadon herrichten sollte. Das war damals die einzige Tätigkeit, die das Pflegepersonal bereit war zu übernehmen. Oft war es nicht möglich, dass bis zu Beginn der Drogenambulanz, also 12:00 Uhr das Methadon hergerichtet war. Nach der Pressekonferenz gab es ja eine Überprüfung durch den Rechnungshof indem auch der Verdacht auftauchte, dass Methadon abhandenkommen würde. Was natürlich im Zusammenhang war auch mit dieser Dr. Hermann Geschichte. Interviewer: Wann hat das angefangen gehabt? So 1990? Die Geschichte mit Dr. Hermann? Dr.Schmid-Siegel: Die Dr. Hermann Geschichte weiß ich nicht wann das genau war. Ja aber plötzlich wurden wir desselben beschuldigt. Und dann haben aber die Nachrechnungen

ergeben, dass wir zu viel Methadon hatten, was ja noch einmal verrückt war. Dann konnte man feststellen, dass die Berechnungen überhaupt nicht so genau möglich sind. Es wurden damals alle Aufzeichnungen kontrolliert. Es wurde ja alles handschriftlich damals gemacht, also es war unglaublich. Wir hatten ja keine PC gesteuerte Dokumentation. Das war 1993.

Interviewer: Und diese fünf Jahre innerhalb ihrer Tätigkeit, vom ärztlichen Personal her gesehen? Was hatte man da zur Verfügung gehabt? Wie viele Ärzte waren denn da? Dr.Schmid-Siegel: Also 1993 war ich ganz zugeteilt und hatte zwei halbtags Zugeordnete ab 12:00 Uhr. Die von den Stationen zu Mittag weggekommen sind und die haben dann, dann waren wir am Nachmittag zu Dritt. Und wir haben 30ig bis 40ig Patienten ärztlich betreut, innerhalb von 3 Stunden und zur Unterstützung waren Mitarbeiterinnen vom Grünen Kreis und dem Anton-Proksch-Institut vertreten die auch sozialarbeiterische Betreuung leisteten. Interviewer: War das so Gang und Gebe von 1988 bis 1993? Dr.Schmid-Siegel: Ja. Interviewer: 30ig bis 40ig Leute am Tag? Dr.Schmid-Siegel: Nun ja, wenn Sie jetzt schauen wie viele Patientenkontakte wir gehabt haben in einem Quartal (Akten) ... Interviewer: Genau, dürfte ich mir die Unterlagen dann mitnehmen? Dr.Schmid-Siegel: Mitnehmen dürfen Sie natürlich gar nichts. Ich kann Ihnen einen Computer geben und Sie können das, ich muss das alles heute noch zurück bekommen. Ich kann das sonst nicht überprüfen. Sie können sich das kopieren.

Dr.Schmid-Siegel: Ich hab dann sozusagen dieses Dokumentationssystem etabliert ... Interviewer: Das heißt man war alleine dort oben in der Ambulanz und dann sind zwei Ärztinnen halbtags ... Dr.Schmid-Siegel: Zwei halb-Ärzte gekommen ja. Aber früher war auch ich bis zu Mittag in der Intensivstation eingeteilt. Ja auch ich bin erst zu Mittag raufgekommen. Und jetzt gab es ja, sie müssen sich das vorstellen, wir mussten ja alle Patienten die wir auf Methadon eingestellt haben, mussten wir eine ganz genaue Anamnese erheben und mussten für jeden Arztbriefe schreiben. Man musste alles ununterbrochen dokumentieren. Man musste jede Methadon-Ausgabe vorschreiben, das heißt und diese Sekretärin, die wir hatten, hat sich geweigert das zu machen. Das heißt es war auch ein unglaublicher Dokumentationsaufwand und wir hatten damals keinen Computer, den haben wir erst 1993 bekommen. Interviewer: Ab wann hat man die Sekretärin bekommen? Dr.Schmid-Siegel: Ich glaube sie ist 1990 gekommen.

Gut, also hier finden sie immer wieder die gleichen Zahlen (Akten), das würde ich einfach so durch den Kopierer laufen lassen, wenn ich Ihnen einen Vorschlag machen darf und Sie schauen sich das dann in Ruhe durch. Interviewer: Super. Denn mit den Patientenzahlen hatte ich überhaupt die meisten Probleme gehabt, weil der Herr Dr. Presslich schon gesagt hatte, es war ja ein riesiger Anstieg auf

einmal, wie das Substitutionsprogramm angelaufen ist ... Dr.Schmid-Siegel: Ein Wahnsinn. Dann habe ich immer wieder Konzepte für Umstrukturierungen geschrieben, weil das einfach wirklich überhaupt nicht mehr so möglich war. Es war ein sehr großer Struktur- und Ordnungsaufwand. Interviewer: Also man hatte keine Pfleger gehabt, sondern das ist bei der normalen Ambulanz mitgelaufen. Dr.Schmid-Siegel: Nichts. Keine Sozialarbeiter.

Interviewer: Und wie lange hatte die Ambulanz immer offen? Dr.Schmid-Siegel: Nun ja, bis wir fertig waren. Interviewer: Und was waren die offiziellen ...? Dr.Schmid-Siegel: Die offiziellen Zeiten waren bis 14:00 Uhr. Bis 14:00 Uhr wurden Patienten angenommen. Interviewer: Von wann weg? In der Früh? Also Sie waren ja erst zu Mittag in der Ambulanz haben Sie gemeint? Denn ich habe nur die Angaben gefunden in dem Werk von Dr. Katschnig, dass die Ambulanzzeiten von 12 bis 15 Uhr waren? Dr.Schmid-Siegel: Ja, aber wir haben nur bis 14:00 Uhr angenommen, denn sonst wären wir ja nie fertig geworden. Interviewer: Also nur drei Stunden war das am Anfang? Dr.Schmid-Siegel: Ja, aber wir sind bis 5 Uhr dort gewesen. (Bearbeitung mit Frau Dr. Schmid-Siegel → bis 4, selten bis 5 Uhr dort gewesen) Dr.Schmid-Siegel: Und wir waren ja alles unbezahlte Gastärzte. Für unsere Tätigkeit in der Drogenambulanz wurden wir stundenweise von der Aids-Hilfe bezahlt, jedoch nicht für ärztliche sondern für beratende Tätigkeiten. Wir mussten daher auch der Aids-Hilfe immer die Kontakte melden, also ununterbrochen alles dokumentieren.

Interviewer: Ich hoffe, dass ich von 1985 bis 1990 dann auch noch Patientenzahlen finde. Dr.Schmid-Siegel: Ja ich bin erst 1990 (1988! - siehe oben) an die Drogenambulanz gekommen und daher habe ich erst ab 1990 auch die Daten und ich bin mir nicht sicher, ob es davor überhaupt so dokumentiert wurde. Interviewer: Ich selbst habe nur zwei Zahlen, eine Zahl von Herrn Dr. Katschnig über 1980, dann hat sich der Patientenzulauf verdreifacht gehabt auf 4 1/2 Tausend im Jahr 1985. Das ist alles was ich habe. Ab 1990 ist das, also ab 1994 hab ich die Tätigkeitsberichte von Frau Dr. Fischer. Sie hat aber 1999 wieder damit aufgehört, weil es keinen Wert hatte für irgendjemanden und für den Zeitraum eben von 1985 bis 1990 habe ich gar nichts vorliegen. Also von 1985 bis 1994 und der Herr Dr. Presslich hat mir gesagt, alles was vor seiner Zeit war, also 1978 hat Herr Dr. Presslich angefangen. Er hat gesagt, dass überhaupt in dieser Zeit die Gesetzgebung ja so war, dass das alles von der Polizei durchleuchtet worden ist ... Dr.Schmid-Siegel: Genau, dass war das was ich gemeint habe. Interviewer: ... bei den psychiatrischen Anstalten und dass sie aufgrund der Stigmatisierung von Suchabhängigen, welche stets mit dem Risiko einer restriktiven und strafrechtlichen Ahndung rechnen mussten, zum Schutz

mit der Depressionsdiagnose versehen haben. Dr.Schmid-Siegel: Alle hatten hier die Depressionsdiagnose. Interviewer: Alle? Dr.Schmid-Siegel: Ja wir zu unserer Zeit auch noch. Interviewer: Sie auch noch? Dr.Schmid-Siegel: Ja wir mussten die Patientinnen ja auch vor möglicher strafrechtlicher Verfolgung schützen, denn jemand der strafrechtlich verfolgt wird, wird uns nicht aufsuchen, wenn das eine Gefahr für eine strafrechtliche Verfolgung darstellt. Also alle Patienten die auf der Intensivstation aufgenommen wurden waren mit der Diagnose Depression versehen und bei uns oben, haben Sie keine Diagnosen bekommen, um den Patientinnen wie gesagt eine Therapiemöglichkeit einzuräumen und sie vor strafrechtlichen Zugriffen zu schützen.

Interviewer: Also es hat zwar an und für sich, weil es ja geheißen hat die Spezialambulanz, die Drogenambulanz zwar gegeben, aber in Wirklichkeit keine Räumlichkeiten dafür? Dr.Schmid-Siegel: Wir hatten 3 kleine Zimmer. Interviewer: 3 kleine Zimmer?! Dr.Schmid-Siegel: Ja wir hatten weniger Zimmer als Ärzte, wir mussten um alles kämpfen. Interviewer: Also in 3 Zimmern. Das eine ambulante Zimmer ... Dr.Schmid-Siegel: Das eine wo, Eines hatten wir ständig, da waren alle Daten dort, alle Dateikästen, auch dass bekamen wir erst später und dann hatten wir noch zwei weitere Zimmer, in einem saßen alle Patienten zur ambulanten Entzugsbehandlung, wir hatten einen Medikamentenschrank, wir hatten ja nicht einmal ein Pflegepersonal, dass die Medikamente ausgeteilt hat. Das heißt wir haben mit den Patienten geredet und während wir geredet haben, sind wir am Medikamentenschrank gestanden und haben die Medikamente herausgesucht und vergeben.

Und wir waren, also ich hatte Turnus („Jus Practicandi“). Wir waren oft die einzige medizinische Anlaufstelle für die Patienten. Also wir haben alles andere mit angeschaut und hinüberschickt und wenn die Patienten, also egal was sie gehabt haben, sei es eine eitrige Angina, sind sie zu uns gekommen. Sie kannten ja kaum eine ärztliche Versorgung. Und damit waren wir, also dass lässt sich wirklich mit fast nichts mehr vergleichen. Das war wirklich eine zum Teil ganz niedrig-schwellige medizinische Versorgung. Interviewer: Wo das Minimalste von der Versorgung gewährleistet ist und ... Dr.Schmid-Siegel: Ja, aber wir haben sie, ich glaube, wir haben sie schon gut versorgt. Interviewer: Ja dass ... (steht außer Frage - gemeint waren die Rahmenbedingungen minimalst für die Versorgung Suchtabhängiger)

Dr.Schmid-Siegel: Ja, also nicht nur das Minimalste, sondern wir waren eben auch diejenigen die überhaupt dafür gesorgt haben, dass wenn sie zum Beispiel eine Phlebitis haben, sie hinübergehen, dass heißt ... Interviewer: Was ist das? Dr.Schmid-Siegel: Eine Phlebitis ist eine Venenentzündung. Die Patienten hatten ja sehr oft Infektionen bis hin zur Sepsis-Gefahr, durch die intravenöse Applikation. Und das heißt, dass wir mit der Dermatologie verhandelt haben, dass sie die Patientinnen anschauen und auch nehmen und so. Ja?! Alleine das,

man musste auch ununterbrochen jemanden um etwas bitten, weil ja niemand, das war einfach wirklich so, das war eine Patientengruppe, mit der niemand etwas zu tun haben wollte. Das hat sich ja dann erst wirklich sehr verbessert, wie dann dieser Erlass gelockert wurde, denn der erste Methadon-Erlass war ja so, dass auf Methadon einstellen durften ausschließlich in dem Erlass genannte, dafür spezialisierten Einrichtungen und kein Hausarzt durfte damals auf ein Substitutionsmittel einstellen. Und dann war es eben so, dass die Bewilligung für die Fortsetzung der Behandlung 1/4 jährlich schriftlich neu ausgestellt werden musste. Die Drogenambulanz war jene Stelle, die auch die weitere Betreuung der von uns auf Methadon Eingestellten übernehmen musste, dass heißt Harntests mussten bei uns abgegeben werden. Die Meldungen an die Substitutionsstelle mussten von uns aus weitergeleitet werden und wir mussten auch bei Wegbleiben der Patienten diese zur Kontrolle (Harntests) einberufen, dass die Verlängerung für ein weiteres Quartal der Substitutionsbehandlung genehmigt werden konnte. Das ist heute alles nicht mehr. Heute macht das der Hausarzt und eigentlich auch diese strikte Dokumentationspflicht bezüglich Harntests ist nicht mehr so streng.

(Aktensuche Presskonferenz; Zusammenfassung der Drogensituation in Wien von Frau Dr. Schmid-Siegel)

Dr.Schmid-Siegel: Denn es sind dann letztlich bei dieser Pressekonferenz im Landmann, das war, glaube ich, Herbst 1992 und 1993 wurden wir dann von allen kontrolliert. Bei dieser Pressekonferenz war dann anwesend der Herr Professor Friedrich von der Universitätsklinik für Kinderneuropsychiatrie und Herr Oberarzt Dr. Presslich. Und alle Gemeindebediensteten konnten bei der Pressekonferenz nicht frei sprechen, denn sie dürfen dies nur, wenn sie eine Sprecherlaubnis von ihrem Dienstgeber erhalten haben. Und daher durfte niemand von der Gemeinde Wien, aber auch niemand einer von der Gemeinde Wien subventionierten Institution sich in dieser Presskonferenz äußern. Und daher saßen dort ausschließlich Oberarzt Dr. Presslich und der Herr Prof. Dr. Friedrich. Das heißt nur mehr Universitätsangestellte saßen bei der Pressekonferenz und haben aber explizit für alle gesprochen. Und haben vor allem am Anfang auch über diesen Maulkorberlass gesprochen. Diese Weisung haben wir am Vortag erst erfahren, da haben uns alle abgesagt. Es war geplant als eine riesige Pressekonferenz. Dennoch hat die Pressekonferenz etwas bewirkt. Es wurde dann auch die ursprünglich bei uns in der Ambulanz stattfindende multiprofessionelle Besprechung mit Vertretern aller Institutionen aufgelöst und es wurde ein wirkliches Drogen-Koordinats-Treffen der Gemeinde Wien etabliert, weil diese wöchentlichen Treffen bei uns waren von den Dienstgebern nicht mehr gewünscht.

Dr.Schmid-Siegel: Dann hat eben zugenommen, das war knapp bevor ich

gegangen bin, war eines unserer neuen Probleme, dass die Patienten immer jugendlicher waren. Wir haben am Anfang vor allem die Ex-68iger betreut die hängen geblieben sind. Das waren zum Teil Leute, die haben sich ganz reines Morphin aus Indien mitgebracht, die waren auch überhaupt nicht interessiert an einer Substitution. Interviewer: Ab wann sind sie dann jünger geworden? Dr.Schmid-Siegel: Ab 1992, 1991 - 1992ig.

Dr.Schmid-Siegel: Ja das ist von 1989, schauen Sie. Das sind alte Daten. Das ist 1989 und das muss sich beziehen auf die Geschichte, die Situation in Österreich. Hier die alten Indikationsstellungen (Akten) 1987. Genau, dass sind jetzt ... (Akten) Sie sehen wir haben damals viel höher behandelt, als man heute behandelt.

Interviewer: Und sonst wenn man so sagt über die 5 Jahre, also dass man so 6000 Tausend - 7 Tausend Patientenkontakte gehabt hat. Kommt das hin so im Jahr? Dr.Schmid-Siegel: Also, da haben wir schon, da habe ich welche gesehen (Aktenschau) Interviewer: Genau. Das war 1987 drauf. Dr.Schmid-Siegel: Das sind jetzt aber nur die Patientinnen die eingestellt waren. (Aktenschau) Aha es wurden, da sind nur die Pateinten die neu eingestellt worden sind. Wir haben das ja dann zurück, Sie sehen dass wir dann eigentlich niemanden mehr neu eingestellt haben ... (Aktenschau) weil wir das personell nicht mehr konnten und weil das dann zunehmend die Borschkegasse übernommen hat und wir die Patienten auch an die hinübergeschickt haben.

Wir haben dann mit Morphin begonnen, ... Interviewer: Und die Morphinbehandlung war dann bis wann? Mit Buprenorphin glaube ich ...

Dr.Schmid-Siegel: Wir haben mit retardiertem Morphin begonnen und dann, ja (Akten) da habe ich die ersten Zahlen (Akten), Jahreskontakte waren eben, dass wir 1991, hatten wir 6 Tausend Patientenkontakte. Interviewer: Ist das auch anzunehmen für die vorhergehenden 3 Jahre, 4, 5, 6 Jahre? So ungefähr in dieser Größenordnung? Also ab 1987 wird der Anstieg gewesen sein, denn bis 1985 waren es so 4600 Kontakte im Jahr. Dr.Schmid-Siegel: Ja, dann ist das kontinuierlich gestiegen und Sie sehen hier 1992 zum Beispiel (Akten), ich glaube das war wegen der Pressekonferenz, denn wir hatten dann, die Borschkegasse hatte eben nicht ausreichend substituiert. Sie mussten laut Gemeinde Wien und haben aber kaum Patienten auf Methadon eingestellt. Das war der Punkt. Obwohl sie ja um's Eck waren. Und wir hatten da zum Beispiel 2100 Kontakte in 3 Monaten. Das sind 700 Kontakte pro Monat. Wenn man jetzt sagt in zwanzig Werktagen, kann man sich ausrechnen wie viele Kontakte wir gehabt haben. Ja, 35 Kontakte pro Tag.

Und das war nicht machbar. Interviewer: Und das hat begonnen so vehement zu sein ab ...? Ab 1993 dann oder die Pressekonferenz, nun die war 1992 ... Dr.Schmid-Siegel: Nein, die war 1992 und wegen diesen Kontakt Zunahmen

ohne entsprechender ..., wir haben uns ja primär darüber aufgeregt, dass die Gemeinde Wien kein ausreichend gutes Behandlungsangebot macht und alles bei der Universitätsklinik bleibt. Ich denke das ist wirklich ein wichtiger Punkt. Es gab eine Pressekonferenz, da wollten 15 Repräsentanten auftreten. Diese bekamen jedoch am Vortag einen Erlass, dass alle Gemeinde Wien Mitarbeiter und von der Gemeinde Wien subventionierte Vereine nicht repräsentiert sein durften. Zwei Universitätsprofessoren haben aber gesagt, sie sprechen für alle und dass dann aber durch diese Pressekonferenz die nur eine marginale letztlich war, trotzdem auch die Gemeinde Wien erkannt hat, dass sie einfach mit übernehmen muss eine bessere Versorgungssituation zu schaffen.

Und dann wurde ja sozusagen, hat der Dialog begonnen eine Methadonsubstitutionsbehandlung zu machen und die Borschkegasse hat massiv aufgestockt. Und es wurde mit 1993 die Drogenambulanz in Wien eröffnet. Die Drogenambulanz im Otto-Wagner Spital aufgemacht. Ja, weil wir der Gemeinde Wien vorgeworfen haben, die den Versorgungsauftrag hat - wir hatten ja keinen wegen, die Universitätsklinik hat keinen Versorgungsauftrag, dass wir für eine zunehmende Zahl von Drogenabhängigen die gesamte ambulante Versorgungsarbeit leisten. Das war der Vorwurf, das war der Tenor der Pressekonferenz. Daraufhin hat die Gemeinde Wien dann auch versucht zu reagieren und es hat auch diese eine Pressekonferenz zum Beispiel zur Eröffnung von Pavillons geführt. Interviewer: Und war das dann der Pavillon 13? Dr.Schmid-Siegel: Nein das war die Drogenentzugsstation. Es gibt im Otto-Wagner Spital einen Pavillon W, das ist ein so ein kleines Häuschen weiter oben und dort ist die Drogenambulanz gewesen.

Dr.Schmid-Siegel: Haben Sie noch irgendwelche inhaltlichen Fragen?

Interviewer: Mhm ... also eigentlich was wir haben, gut Therapiekonzept war einfach die Patienten zu versorgen und die Behandlungskette natürlich ambulant. Erstbehandlung, stationär hat es ja nur die 4 Betten unten gegeben, ...

Dr.Schmid-Siegel: Ja. Interviewer: ... auf der Intensivstation. Über die ambulante Behandlung habe ich jetzt eh alles erfahren, also das kleine Zimmer, 10 Patienten, ... Dr.Schmid-Siegel: Genau, das war, also wir haben sowohl ambulante Entzugsbehandlung gemacht, dass steht genau beschrieben wie wir das gemacht haben, auch medizinisch. Wir haben Infusionen mit Tramal, das war ein synthetisches Opioid gegeben, plus alle Symptomatik behandelt. So macht man das heute auch nicht mehr. Heute entzieht man mit einem Substitutionsmittel, wenn überhaupt ein Entzug gemacht wird.

Ja das gesamte Behandlungsparadigma ist heute anders. Heute versucht man primär unter Substitution zu stabilisieren und bei Erreichen einer ausreichenden psychosozialen und medizinischen Stabilisierung, die Substitutionssubstanz

ganz langsam über Monate zu reduzieren. Das ist die ambulante Behandlungsrouten.

Dr.Schmid-Siegel: Uns haben die Leute gestürmt, „krachend“, also im vollen Entzug und auch immer in der Hoffnung, wenn sie totalen Druck auf uns machen kriegen sie uns dahin bekommen, dass wir sie einstellen. Das war der Punkt, ja. Das ging zum Teil, wenn wir also eine Methadon-Einstellung ablehnen mussten, bis zu verbalen und körperlichen Attacken seitens der Patienten. Ja also das war eigentlich schon erstaunlich, dass nichts passiert ist.

Interviewer: Mhm. Das hat der Herr Dr. Presslich auch gesagt. Dr.Schmid-Siegel: Ja, aber ich glaube, dass was alle gewusst haben, sie haben uns zum Beispiel, Sie müssen sich das vorstellen. Erstens einmal hatten wir immer Geld unter einer Schreibunterlage. Das haben wir wahrscheinlich einmal alle dort hin gegeben und dieses Geld wurde und zwar, also ich glaube es haben alle etwas unter die Schreibunterlage gelegt. Also unter einem Hunderter hat niemand etwas hingelegt und alle Patienten die gerade kein Geld gehabt haben, bekamen ... Alle Patienten wussten es gibt dieses Geld. Das hat uns niemand gestohlen, sondern wir haben das den Patienten gegeben und haben auch gesagt: „Horch zu, bring was du kannst zurück, weil sonst haben wir keines mehr für euch.“ Oder wir haben den Medikamentenschrank immer offen gehabt und nur ein einziges Mal ist etwas abhanden gekommen und da wussten wir sofort wer uns bestohlen hat. Es war ein Flascherl Psychopax. Wir haben auch, wir haben zwar diese Harntests gemacht, aber wir haben versucht mit den Patientinnen auch klar zu kriegen, sie sollen uns einfach sagen was sie brauchen, als dass wir hier den Patienten immer hinten nachlaufen müssen. Wir haben versucht zu Betreuerinnen zu werden und nicht nur zu Kontrolleuren und Verwaltern eines Substitutionsprogrammes.

Dr.Schmid-Siegel: Ja, also ich wurde, wir wurden, es hat uns einmal ein Patient aus der Haft schriftlich bedroht. Aber sonst wurden wir selten bedroht und ich glaube wir waren doch zu sehr verankert als eine Anlaufstelle, wo man vom Geld über Lebensmittel, wir hatten zwar kein Essen, da wir keine Station im Hintergrund gehabt haben, dass wir verschenken konnten, aber wir hatten dann immer wieder über die AIDS-Hilfe solche Astronauten-Nahrung, die wir eben her geschenkt haben für die, die wirklich ganz karrektisch waren und kein Geld mehr gehabt haben. Sie waren ja auch mit einer unvorstellbaren Armut konfrontiert. Dieser Patienten. Also es ist erstaunlich wenig passiert dafür, dass wir mit extrem schwierigen Menschen ja eigentlich zu tun gehabt haben.

Interviewer: Also aus persönlichem Engagement heraus?! Aber von der Struktur her hat sich nichts geändert gehabt lange Jahre? Dr.Schmid-Siegel: Gar nichts.

Interviewer: Also ab 1988 war dann, hat es da oben in der Ambulanz, da waren die Zustände schon so vorgefunden auch? Dr.Schmid-Siegel: Ja. Gar nichts (geändert gehabt.) Und ich bin dann weggegangen und dann ist die Frau Prof.

Fischer gekommen und die hat irgendwie aber sofort, nun ja nein, die Frau Professor Fischer hat insofern Glück gehabt, weil da waren dann schon diese Skandale und die daraus folgenden Recherchen haben klar gemacht, dass die Drogenambulanz wirklich eklatant personell unterbesetzt ist. Und damit wurde das Personal aufgestockt. Es wurde fix eine Pflegeperson der Drogenambulanz zugeteilt per Rechnungshofbericht, weil ja auch von keiner Seite diese Drogenambulanz unterstützt wurde. Also es wurde dann eine Pflegeperson der Drogenambulanz zugeteilt, damit war klar, dass die Pflegeperson auch für die kontrollierte Harntestabnahme zuständig ist. Dann sind zwei Sozialarbeiterinnen von der Gemeinde Wien dazugekommen, die einen Großteil der Anamneseerhebung und auch, denn wir haben ja die Sozialarbeit geleistet, wir hatten vorher ja nicht einmal Sozialarbeiter bei der Hand.

Dr.Schmid-Siegel: Ich meine, man hat dort irrsinnig viel gelernt. Das war wirklich, also heute glaube ich noch, dass ich sozialarbeiterisch mich gut auskenne, aber es war halt, es war glaube ich wirklich mit 1994, nach diesem ganzen Überprüfungen eine deutlich bessere personelle Ausstattung vorhanden. Aber das ist oft so, dass sozusagen bis es besser wird, sind die, die sich voll aufgerieben haben auch nicht mehr dort. Das Burnout- Syndrom wurde ja im Drogenbereich von Dr. Freudenberger beschrieben, welcher dieses bei Mitarbeitern in einer Drogenbetreuungseinrichtung beobachtet hatte. Interviewer: Mhm, dass glaube ich gerne. Persönliches Engagement. Der Herr Dr. Lesch hat mir ja auch das geschildert über die Alkoholambulanz ... genau. Wie es dort zugegangen ist. Dr.Schmid-Siegel: Auch dort ist es so zugegangen? Interviewer: Mhm ... dementsprechend, also die haben nichts gehabt und er hat das Meiste über Drittmittel finanziert, also die Sozialarbeiter. Dr.Schmid-Siegel: Mhm ja, also so gesehen, genau. Interviewer: Aber Sie haben ja gar nichts gehabt. Also?! Dr.Schmid-Siegel: Nun ja, gar nichts stimmt ja nicht, denn immerhin diese Gastärzte, die dort gearbeitet haben, wurden eben für 3 Stunden pro Tag von der Aids-Hilfe bezahlt. Aber natürlich nicht als Arzt, sondern sie wurden bezahlt als Beratungstätige. Also wir hatten, glaube ich, das Gehaltsschema von Sozialarbeitern. Interviewer: Und diese Ärzte waren woher? Dr.Schmid-Siegel: Das waren wir. Interviewer: Hier direkt aus dem Haus oder? Dr.Schmid-Siegel: Also es hat damals noch etwas gegeben das hieß "Gastärzte". Das heißt es gab hier kaum Stellen, sondern eigentlich nahezu die gesamte klinische Arbeit von Leuten getätigt wurde, die gar keine Bezahlung bekommen haben, sondern die einfach dankbar waren ihre Ausbildung hier unbezahlt machen zu dürfen. Das wurde dann eingeschränkt über die Ärztekammer, welche die Ausbildungszeiten, die außerhalb eines Anstellungsverhältnisses absolviert worden sind, nicht mehr anerkannt haben. Interviewer: Wann war das damals mit der Ärztekammer? Dr.Schmid-Siegel: Das war glaube ich mit ersten Jänner 1990. Alle Gastärzte mussten ihre

Facharztausbildung vor dem ersten Jänner 1990 begonnen haben, damit die unbezahlte Tätigkeit als Ausbildungszeit angerechnet werden konnte. Jene die danach begonnen haben hieß es, würden keine Ausbildungszeit angerechnet bekommen. Interviewer: Das heißt, dass hat dann dementsprechend abgenommen auch oder? Dr.Schmid-Siegel: Nein. Wir diese Gastärzte haben dann gestreikt, das war auch sehr spektakulär und es ist uns gelungen für diese Klinik, die damals glaube ich 35 Ärzte hatte, 20 Stellen zu erstreiken. Und damals hat uns die Gewerkschaft hier im Haus gesagt, es wird uns vielleicht gelingen eine Stelle zu bekommen. Und die meisten Oberärzte hier waren ja alle total gegen den Streik, denn die haben natürlich gewusst, dass wir dann nicht mehr so ausbeutbar sind wenn wir Stellen haben. Und sie wollten daher auch nicht geändert haben, dass es hier ausbeutbare Gastärzte gibt. Und der Herr Dr. Presslich als Revolutionär war gleichzeitig der Anführer des Gastarztstreikes und einige Oberärzte haben ihre Gastärzte bedroht, wenn sie zu den Streikversammlungen gehen, werfe man sie hinaus. Ja also, das war schon ... Dann hatten wir, das war auch glaube ich 1992 oder 1993, hatten zwanzig Kollegen eine Stelle bekommen. Aber sonst bis dahin, haben eben diese unbezahlten Ärzte in der Drogenambulanz gearbeitet und haben wenigstens für diese Tätigkeit 3 Stunden bezahlt bekommen ... Interviewer: Über die AIDS-Hilfe dann?! Dr.Schmid-Siegel: ... als Sozialarbeiter genau. So war das. Und es waren auch alle froh, dass sie das Geld da bekommen, denn die anderen haben völlig unbezahlt gearbeitet.

Interviewer: Gut die stationäre Behandlung wird sich eh nichts geändert haben nehme ich an? Dr.Schmid-Siegel: Nun ja, es hat sich schon geändert, weil man heute, damals hat man noch mit Neuroleptika entzogen, mit stark sedierenden und da sind viele Patienten delirant geworden und heute entzieht man mit Morphin. Und die Behandlungsoption war damals „flach wie eine Flunder“. Man hatte gedacht man sediert sie maximal damit sie den Entzug kaum spüren und dann hat ein Kollege eingeführt einen intravenösen Entzug mit einem Opiatblocker, wo man versucht hatte mit einer forcierten Flüssigkeitszufuhr, ganz schnell das Opiat aus dem Körper heraus zu schwemmen.

Interviewer: Genau, die Zusammenarbeit mit den Ambulanzen und Stationen im Haus? War eigentlich fließend nehme ich an? Dr.Schmid-Siegel: Hier im Haus? Interviewer: Genau. Dr.Schmid-Siegel: Die Psychiatrie untereinander? Interviewer: Psychiatrie und dann halt von den ganzen Abteilungen also ... Dr.Schmid-Siegel: Genau. Also wir hatten eine gute Zusammenarbeit mit der AIDS-Station, also der Dermatologie, die begonnen haben die ersten Aids-Patienten zu behandeln und dann, weil sonst war es halt schon so, dass die Patienten überall eher kein großes ... Interviewer: Nicht gerne gesehen worden sind ...?! Dr.Schmid-Siegel: Nun ja, sie waren ungeduldig, sie konnten nicht

warten, die Mitpatienten haben sich aufgeregt, ja.

Interviewer: Die Zusammenarbeit mit externen Institutionen? Dr.Schmid-Siegel: Ja das ... Interviewer: Wenn die Patienten hier her gekommen sind, mal kurzer Hand substituiert, haben etwas mitgekriegt, haben sie es da bekommen ... Wo sind sie dann hingekommen? Wo hat man sie hingegeben? Also was hat man ihnen ... Dr.Schmid-Siegel: Nachdem wir sie eingestellt haben? Interviewer: Wenn Sie die Patienten eingestellt haben oder generell genau. Dr.Schmid-Siegel: Dann haben wir sie zum niedergelassenen Hausarzt, also es gab dann eine Liste von Ärzten, die bereit waren Methadon-Rezepte auszustellen. Das war für die Hausärzte auch umständlich, da sie sich die Drogenrezepte von der MA 15 abholen mussten. Also auch für die Hausärzte, die das gemacht haben ein ziemlicher Aufwand der nicht entsprechend abrechenbar war mit der Gebietskrankenkasse. Es gab damals ja noch keine Position in der Kassenabrechnung. Wir hatten eine Liste von Hausärzten, die bereit waren die Fortführung der Methadon-Behandlung zu übernehmen. Die Patienten mussten uns eine ärztliche Zusage ihres Hausarztes bringen, dass er bereit war sie nachher weiter zu betreuen, aber wir mussten die Fortsetzung der Methadon-Behandlung bewilligen, durch entsprechende Schriftstücke an die Hausärzte. Denn wir mussten ja die Harntests machen und die Patienten mussten von uns vierteljährlich bescheinigt werden.

Interviewer: Und sonst hat es halt nur die Verbindungsdienste gegeben, falls man sich dann für eine Langzeittherapie ... Dr.Schmid-Siegel: Und sonst, genau. Also sonst gab es eben den Grünen Kreis, das Anton-Proksch-Institut war bei uns vertreten, Streetwork war bei uns vertreten. Ja. Das waren eh die Wichtigsten. Und dann gab es glaube ich, war ganz zum Schluss auch vom Otto-Wagner-Spital jemand hier im Hause, aber die waren ja auch zum Teil so zerstritten muss man dazu sagen, die Leitenden die das ... Diese 3 Personen, Oberarzt Dr. Presslich, Primarius Dr. Hermann und Primarius Dr. Pernhaupt waren einander ja nicht zugetan. Also ich weiß nicht ob ihnen der Herr Dr. Presslich erzählt hat. Er ist allen Ernstes, er war ja eine sehr phantasievolle Persönlichkeit. Interviewer: Dr. Hermann? Dr.Schmid-Siegel: Nein. Der Herr Dr. Presslich. Er ging wirklich mit einer echten Friedenspfeife hinunter in die Borschkegasse, um sich mit dem Primarius Hermann zu versöhnen, aber es war fruchtlos und danach war Primar Hermann für 3 Jahre suspendiert. Aber die Personen hatten so unterschiedliche ideologische Ansichten, wie man das machen sollte, dass sie einander nur bedingt ... Interviewer: begegnet sind ... Dr.Schmid-Siegel: Nun ja, sie kannten sich. Die Wertschätzung war enden wollend, wie man so schön sagt.

Interviewer: Genau die Forschungsschwerpunkte waren natürlich Substitutions-

Behandlung ... Dr.Schmid-Siegel: Da sind sogar (Akten) Forschungsprojekte kurz zusammengefasst ja ... Interviewer: Super. Forschungsgelder hat man bekommen? Dr.Schmid-Siegel: Gar keine. Interviewer: Gar keine. Ohne zwischen durch vielleicht so Nationalbank oder ...? Dr.Schmid-Siegel: Herr Dr. Loimer, von dem auch der Großteil der Publikationen ist, hat Drittmittel requiriert. Das war natürlich auch nicht eine zufällige Geschlechterverteilung. Die Frauen haben die Knochenarbeit gemacht. In der Drogenambulanz haben drei Ärztinnen gearbeitet, die meisten Mitarbeiterinnen waren ebenfalls Frauen. Auch bei der Studie haben wir vor allem die Interviews durchgeführt und dadurch hatte er auch Zeit sich um Drittmittelanträge und die Publikationen zu kümmern. Durch das Geld konnte er die Daten auswerten lassen und hat auch alles als Erstautor publiziert, über die Daten die wir erhoben haben. Interviewer: Wer war das? Dr. Loimer? Dr.Schmid-Siegel: Das ist auch der, den finden Sie auf all den Publikationen die ich Ihnen gegeben habe. Von ihm gibt es zahlreiche Publikationen. Interviewer: Und er hat die Gelder bekommen von? Dr.Schmid-Siegel: Und er hat, nun ja, Wissenschaftsfondgelder eingetrieben und mit diesen diese Publikationen auch erstellt. Interviewer: Und so Nationalbank, Pharmaindustrie, ... ? Dr.Schmid-Siegel: Die Pharmaindustrie interessierte sich erst mit Etablierung der Morphin-Substitution, denn Methadon war ja spottbillig. Retardierte Morphinpräparate waren auch entsprechend teuer, daher gab es auch ein entsprechendes Interesse dazu.

Interviewer: Wie wurde denn die Drogenambulanz gesehen im Hause des AKH selbst natürlich? Haben wir glaube ich eh schon besprochen. Dr.Schmid-Siegel: Wie erzählt. Interviewer: Wie erzählt. Interviewer: In der Politik? Dr.Schmid-Siegel: In welcher Politik? Interviewer: Gemeindepolitik und National? Dr.Schmid-Siegel: Nun ja, da haben Sie die Unterlagen dazu. (Akten) Ja also das war, ich meine was man wirklich zugeben muss, dass mit diesem großen Krach 1992, gleichzeitig dann doch die Gemeinde Wien maßgeblicher Vorreiter einer liberaleren Drogenpolitik wurde. Zum Beispiel wurde erstmaliger Cannabiskonsum nicht mehr mit einer sofortigen Anzeige geahndet bzw. diese ruhen gelassen. Interviewer: Nun, man hat eine Verwarnung bekommen, dann zweiter Versuch und dann beim dritten Mal glaube ich ... Dr.Schmid-Siegel: Genau. Ja während ursprünglich, also wenn sie bei einem Joint dabei gestanden sind, waren sie dran. Ja sie mussten zum Teil zwei Jahre lang Drogenharntests abgeben, weil sie dazu verurteilt wurden. Und nur wegen des Gebrauches. Dann sind diese Personen in die Drogenambulanzen gegangen, weil sie nur dort unter kontrollierten Bedingungen Drogenharntests abgeben konnten. Und dort haben sie im Wartebereich die Konsumenten jener Substanzen kennengelernt, die sie selbst noch nicht konsumiert haben. Also das war völlig absurd. Ich kann mich erinnern da war, ob der nicht Rechtsanwaltspraktikant war, also ich weiß nicht mehr genau. Der kam immer geschniegelt im Anzug und der war bei uns zwei

Jahre lang vertreten und hat hier cleane Drogenharnstest abgegeben, weil er einmal in Niederösterreich hinter einer Disco, ob der da gezogen hat an dem Joint oder nicht ist ja völlig ... So wurde das gehandhabt. Und jetzt ist es eben so, dass man ein beratendes Gespräch mit der Sozialarbeiterin führt vom Fond Soziales Wien aus. Also nicht einmal mehr diese Harnstestabgaben machen muss. Es wird inzwischen auch, im letzten Erlass steht ja nicht einmal mehr das Cannabis bei den Harnstests unter Substitutionstherapie kontrolliert werden muss. Das hat man herausgenommen, weil es irrelevant ist. Also es ist schon wichtig zu sagen, dass Wien schon recht liberal in der Drogenpolitik geworden ist.

Dr.Schmid-Siegel: In Wien gab es auch die Besonderheit mit dem Handel von Mohnkapseln, den die Gemeinde Wien natürlich hätte einschränken oder verbieten können. Und eine große Gruppe hat sich ja sozusagen legal substituiert am freien Markt, indem sie umgestiegen sind von Heroin iv. auf das Trinken von unterschiedlichsten Formen von Mohnkapseltee. Also der wurde entweder gekocht oder gemahlen oder in Keksen ... Interviewer: Wie lange hat das angehalten gehabt? Dr.Schmid-Siegel: Nun ja, das war ... ja sicher bis es so groß war, dass es klar war, in Wien hat jeder Opiatabhängige das Recht auf eine Substitutionsbehandlung. Und das denke ich war wirklich 1994, 1995 geklärt. Das jeder dazukommen konnte. Und damit war dieses Mohnkapseltee ..., davon haben die Patienten ja eine schreckliche Gastritis, die haben alle Probleme bekommen. Es war zum Beispiel eine Möglichkeit sich sozusagen legal selbst zu substituieren und das hat die Gemeinde Wien auch zugelassen, denn man wusste natürlich, dass niemand in Wien so viel getrocknete Mohnkapseln zur Dekoration braucht. Und dann haben sie sich eben auch wirklich stark gemacht, dass dieser Methadon-Erlass in Wien wirklich mit der Idee möglichst flächendeckend, es sollte jeder der opiatabhängig ist, die Möglichkeit haben in ein Substitutionsprogramm zu kommen, was ja in den verschiedenen Bundesländern auch ganz unterschiedlich gehandhabt wurde. Und daher war Wien dann schon wirklich Vorreiter einer liberalen Drogenpolitik. So gesehen.

Interviewer: Die Medien? Wie haben die darauf reagiert? So ... Dr.Schmid-Siegel: Ja da hab ich noch so, ich weiß gar nicht ... Die Artikel die ich da gesammelt habe waren glaube ich vor allem vom Spiegel. Nun ja, die Kronen Zeitung wird schon reagiert haben mit Schimpf und Schande. Wieder mehr Drogentote oder ... Die wussten aber auch nicht auf wen sie jetzt, also entweder diese Law und Order Reaktion oder ... Es kam ja dann auch dazu, da weiß ich schon gar nicht mehr wann das war. Nun ja, es hat sich eben 1992 alles verschlechtert. Ich weiß noch, da haben sie den Karlsplatz zerschlagen. So hat der ganze Schlamassel auch begonnen. Plötzlich sind sie mit einem riesigen Polizeiaufgebot ... Interviewer: Wann war das? Dr.Schmid-Siegel: Nun das weiß

ich auch nicht mehr so genau, weil damit haben viele ihre sogenannte Connection verloren und sind damit auch mehr zu uns gekommen. Also die haben den gesamten Karlsplatz plus den Resselpark dann glaube ich, haben sie mit der Polizei geräumt und damit war eine, der Vorteil vom Karlsplatz als Verteilerplatz war, dass wer auch immer sich im Klo eine Überdosis gesetzt hat, da war Streetwork ständig präsent dort, man kannte seine Händler, man hatte seinen Stammhändler. Immer wenn es solche stabilen Konsumenten - Dealer Beziehungen gibt ist auch die Verunreinigung und der Betrug geringer, denn wenn ich weiß ich habe zehn Stammkunden, dann will ich mir die auch erhalten und dann ist das ein stabiles Verteilungsnetz. Ja und weniger, damit haben mehr Konsumenten, sozusagen waren auch gleichzeitig die Dealer, was aber trotzdem stabiler gehalten hat, als wenn nur mehr kriminelle Dealer aufgetreten sind die selbst nicht eingebundene Konsumenten waren.

Dann haben sie den Verteilerplatz Karlsplatz zerschlagen, was sicher auch zu einer vorübergehenden Zunahme von Drogentoten geführt hat, weil die Konsumenten haben sich zumeist die besorgte Ware vor Ort gleich selbst iv. appliziert und waren damit gewissermaßen unter ständiger ärztlicher Obsorge, da am Karlsplatz ein Bus von Streetwork mit Mitarbeiterinnen war. Später ist das dann der Ganslwirt geworden. Also die Ärzte die dort tätig waren. Und dann wurde eben dieser Karlsplatz zerschlagen und da sind wir auch in die Medien gegangen, dass wir glauben, dass das sinnlos ist, denn die Drogenkonsumenten werden nicht weniger, sondern die sind dann eher kriminellen Verteilern ausgeliefert. Interviewer: Wann war das ungefähr? Dieser Schlag? Ungefähr nur? Dr.Schmid-Siegel: Nun ja, das muss alles Anfang 1992 gewesen sein oder Ende 1991, weil wir sind ja in unserer Ambulanz durch eine Zuspitzung damit konfrontiert worden, aber das steht hier irgendwo ...(Akten durchgeschaut) Denn in diesem Bericht da, welchen Oberarzt Dr. Presslich für diese (Pressekonferenz verfasste), beschreibt er ja die Wiener Situation, in diesem ... (Akten Besprechung - Schau)

Interviewer: Also im Spiegel damals auch? Dr.Schmid-Siegel: Ja, aber nicht von Wien. Aber wollen Sie alte ... wollen Sie ein Wiener Drogenkonzept vom Jahre 1991 haben? Interviewer: Gerne. Wenn ich mir das alles so kopieren könnte wäre das super. (Akten) Dr.Schmid-Siegel: Und da finden Sie ein Resümee-Protokoll aus dem Jahre 1988 bezüglich der HIV- positiven Patientinnen ... (Akten - Auskunft über meine Diplomarbeit ...= Aussage von Frau Dr. Schmid-Siegel, dass das ja viel zu viel sei. „Genau nehmen Sie sich die eine Hälfte für die Diplomarbeit und machen Sie aus der anderen Hälfte eine Dissertation; bekomme von Dr. Loimer die Literaturliste ausgedruckt ...)

Interviewer: Genau während dessen, welche Ziel wurden damals formuliert und wurden verfolgt und ließen sich bis heute irgendwie doch umsetzen? Also, was war der Gedanke auch ihrerseits? Auch das Abstinenzdenken, dass man sagt

man bekommt die Patientinnen wirklich ganz weg oder dass man halt ...?

Dr.Schmid-Siegel: Welche Ziele wir hatten? Interviewer: Mhm. Dr.Schmid-Siegel: Wir haben versucht die Patienten sozial zu stabilisieren, gesundheitlich zu stabilisieren, zu verhindern, dass sie sich mit AIDS infizieren. Das war eigentlich unser größtes Ziel. Wir haben gratis Kondome gehabt die wir verteilt haben, die gibt es auch nicht mehr in der Drogenambulanz. Wir haben sehr viel Aufklärungsarbeit geleistet ... Was wir damals noch nicht gemacht haben war vehement den Frauen bezüglich Kontrazeption behilflich zu sein. Interviewer: Kontrazeption? Dr.Schmid-Siegel: Also damit sie nicht ungewollt schwanger werden. Das hat sich vielleicht aber, nun gut, wir haben allen Kondome geschenkt, genau, aber es war wirklich so, also ich glaube unser Hauptziel war wirklich, dass die Patienten eine Wohnung haben, Basics. Es war wirklich wichtig, dass sie eine Wohnung haben, dass sie sich nicht mit Aids infizieren, dass sie nicht ungewollt schwanger werden, dass sie nicht kriminell werden, denn auch das konnten wir beweisen, dass die Kriminalstatistik deutlich zurückgegangen ist, auch wenn man ... (Computer Ausdruck von Daten - Literatur, Opiumtee von 1986 ...)

11. Telefon-Ergänzungsinterview
mit Ass.-Prof. Frau Dr. Brigitte Schmid-Siegel
(Stellv. Leiterin der Drogenambulanz von 1988 – 1993)
vom 15.2.2011

Interviewer: Frau Dr., ich wollte Sie fragen wie lange denn die ambulanten Entzüge gedauert haben? Dr. Schmid-Siegel: Die haben zirka 10 Tage gedauert. Interviewer: Zirka 10 Tage. ... Eine Woche. Dr. Schmid-Siegel: Nun ja, man hat am Montag begonnen und die Patientinnen haben eine Woche lang eine Infusionstherapie bekommen. Interviewer: Infusion. Also direkt oder eben peroral genauso? Dr. Schmid-Siegel: Genau. Aber es war so, wir haben also alle Entzugsbehandlungen am Montag begonnen, also wir haben nicht unter der Woche damit begonnen. Und sozusagen ein reiner Opiatentzug, also ohne Methadon, konnte zirka mit einer Woche abgeschätzt werden. Interviewer: Ah ok. Also das war im Schnitt so eine Woche dann? Dr. Schmid-Siegel: Das heißt die Patienten haben dann am Freitag noch Medikamente über das Wochenende bekommen und waren natürlich schon noch am Montag auch wieder in der Ambulanz, aber sozusagen die Intensivbehandlung hat eine Woche bis 10 Tage gedauert. Interviewer: Wochenende. Und wenn ich dann schreiben würde, so im Schnitt zirka 2 Wochen, denn es gibt ja verschiedene Arzneien welche verwendet worden sind und beim Methadon hat es ja dann 4 bis 6 Wochen sogar gedauert oder?!? Dr. Schmid-Siegel: Ja das ist aber wieder etwas anderes. Das ist eine Reduktionsbehandlung, aber jetzt ein Opiatentzug, den haben wir vollzogen mit Tramal, Nootropil und dann alle symptomatischen (... nicht verstanden akustisch)

Interviewer: Dann wollte ich noch fragen, wie viele Ärzte waren denn insgesamt auf der Drogenambulanz? Dr. Schmid-Siegel: Also begonnen haben wir mit 3 halben. Interviewer: 3 halben. Dr. Schmid-Siegel: Also 1,5 am Anfang. Interviewer: Das bedeutet 3 halbe, 1,5? Dr. Schmid-Siegel: 1,5 Ärzte sind das insgesamt. Die Drogenambulanz hat um 12:00 Uhr aufgesperrt und um 12:00 sind 3 Kolleginnen gekommen. Interviewer: Also mit Ihnen dann zu Viert? Dr. Schmid-Siegel: Nein, inklusive mir. Und dann ab 1990 glaube ich, war ich ganztags auf der Drogenambulanz vertreten und 2 Kolleginnen sind um 12:00 gekommen. Also dann waren 2 Ärztinnen zugeteilt. Also 2 gesamte Ärztinnenstellen sozusagen. Interviewer: Also zwei ganze Ärztinnenstellen dazu, das heißt mit Ihnen waren es dann 2 ganze Stellen, aber zu Dritt waren Sie eben auf der Drogenambulanz vertreten? Dr. Schmid-Siegel: Nein, also ursprünglich waren es insgesamt 1,5 Stellen und später waren es dann zwei Stellen. Alles inklusive mir. Interviewer: Also inklusive mit Ihnen. Also waren Sie dann am Beginn nur zu Zweit oben? Dr. Schmid-Siegel: Also ich erkläre es Ihnen noch einmal.

Ursprünglich haben 3 Ärztinnen von 12:00 bis 16:00 in der Drogenambulanz gearbeitet. Damit waren wir zu Dritt, aber es waren anfänglich nur 4 Stunden nachmittags in der Ambulanz. Also da waren es insgesamt eben sozusagen dann 1,5 Stellen. Und dann war ich auch am Vormittag für die Drogenambulanz tätig, das heißt ich war den ganzen Tag für die Drogenambulanz zuständig und ab 12:00 sind noch 2 in Ausbildung befindliche Kolleginnen dazu gekommen. Interviewer: Also ab 1990 waren Sie am Vormittag auch schon in der Drogenambulanz? Dr. Schmid-Siegel: Genau. Interviewer: Aha und wann hat die Drogenambulanz dann begonnen? In der Früh? Dr. Schmid-Siegel: Ganz normal, wie eben ein normaler Arbeitstag ist. Interviewer: 8 Uhr, 9 Uhr was waren da die Zeiten? Ich glaube 9 Uhr oder? Dr. Schmid-Siegel: Nein, am Vormittag konnten Patientinnen nur mit Terminvereinbarung kommen. Interviewer: Nur mit Terminvereinbarung. Und die Terminvereinbarung ist gemacht worden in der Hauptambulanz? Also ganz normal angerufen bei der allgemeinen Ambulanz im Haus? Dr. Schmid-Siegel: Nein. Die Patientinnen mussten sich mit mir einen Termin vereinbaren. Interviewer: Alles klar. Also persönlich. Dr. Schmid-Siegel: Also die Patienten wurden an mich auf meine Telefonklappe weitergeleitet. Da ging überhaupt nichts über die Hauptambulanz. Die Hauptambulanz war damals nicht bereit dazu. Das bedeutet, dass mir erst später ein Pfleger zur Seite gestellt wurde. Interviewer: Das Methadon vorzubereiten, aber das hat er ja nicht immer gemacht. (vorhergehendes Interview) ... Dr. Schmid-Siegel: Genau, das Methadon vorzubereiten. Aber das Pflegepersonal hatte sich damals zum Beispiel geweigert, die Harntests abzunehmen. Interviewer: Genau. Das hatten Sie mir erzählt. Nun ich habe bisher in der Diplomarbeit nur geschrieben, dass die Hauptambulanz, also in der Zeit wo Herr Dr. Hermann weggegangen ist, also eigentlich bis 1987 bis zum Substitutionsmittelerlass, dass die Hauptambulanz die Patienten nur weitergeleitet hat und halt im Warteraum derweilen verwahrte, aber mehr haben sie nicht gemacht. Dr. Schmid-Siegel: Ehrlich gesagt ich verstehe sie jetzt ganz schlecht, aber können sie es mir nicht einfach per E-Mail zukommen lassen? Interviewer: Ich werde es Ihnen per Mail zukommen lassen.

Interviewer: Eine Frage die noch aufgetreten ist bei meiner Bearbeitung war, Sie hatten gemeint, dass die Drogenambulanz bis 16:00 Uhr geöffnet hatte, aber ich selbst habe nur die Zeiten von 12:00 bis 15:00 Uhr in der Literatur vertreten, obwohl Sie schon im vorhergehenden Interview gemeint haben, dass man zumeist ein open-end hatte, wo Sie meistens bis um 5 Uhr gearbeitet haben?!? Dr. Schmid-Siegel: Die Patientinnen konnten sich anmelden von 12:00 bis 14:00 Uhr. Das waren die Anmeldezeiten. Wer sich bis dorthin nicht angemeldet hatte, ist nicht mehr angeschaut worden. Also wenn sich 35ig Patientinnen bis zu dieser Zeit angemeldet hatten, mussten wir uns natürlich diese 35ig Patienten anschauen. Das heißt es waren sozusagen pro Ärztin zirka 10 Patienten

anzuschauen.

Interviewer: Dann wollte ich noch Fragen Frau Doktor, war es damals noch möglich eben auch für die Patienten die einen ambulanten Entzug gemacht haben, also die eine Woche lang bei Ihnen betreut wurden, hiernach noch eine Nachbetreuung zu machen? Also sind die Patientinnen danach auch noch manchmal des Öfteren in die Ambulanz gekommen oder hat man die Patienten dann weitergeleitet? Dr. Schmid-Siegel: Nun ja, es gab ja kaum ärztliches oder sonstiges Personal in der Drogenambulanz, also es gab ja keine Möglichkeit hierzu. Wir haben bei uns entzogen und dann haben wir die Patientinnen nicht mehr weiterbetreut. Interviewer: Das hatte ich mir schon vom Patientenandrang her gedacht und da man eben kein Personal hatte. Nun, ich wollte es nur noch einmal sicherheitshalber nachfragen. Dr. Schmid-Siegel: Sie meinen jetzt, ob es eine abstinenzorientierte Nachbetreuung gegeben hat? Interviewer: In diesem Sinne schon ja. Dr. Schmid-Siegel: War das die Frage? Interviewer: Ja. Dr. Schmid-Siegel: Eine abstinenzorientierte Nachbetreuung, nein. Also wir haben die Patienten entzogen und entgiftet war entgiftet. Dann wurden sie weitergeleitet zum Dialog, denn diese haben dort damals medizinisch, primär therapeutisch gearbeitet. Dann gab es noch einen Verein der hieß P.A.S.S und dann sind die Patientinnen nach der Entgiftung oft zum Grünen Kreis gegangen, denn die Patienten mussten ja entgiftet sein, der Grüne Kreis hatte ja nur entgiftete Patienten genommen und sie sind auch ins Anton-Proksch-Institut gegangen. Interviewer: Und ins Anton-Proksch-Institut. Super. Das habe ich zum Teil eh schon in meiner Arbeit drinnen, genau. Dann werde ich den Dialog noch mehr heraus streichen, also mit hineinnehmen.

Interviewer: Dann wollte ich noch fragen, die ambulanten Entzüge haben Sie gemeint Frau Doktor, haben eine Woche lang gedauert. Hat man dann für das Wochenende den Patienten auch die Medikamente mitgegeben? Dr. Schmid-Siegel: Ja genau. Interviewer: Genau, die hat man ihnen mitgegeben und dann nach einer Woche war der Entzug dann eigentlich immer erledigt? Dr. Schmid-Siegel: Also man kann sagen 7 bis 10 Tage war die medizinische Behandlung bei einem reinen Heroinentzug erforderlich. Interviewer: Und Barbituratentzüge und so hat man ja auch gemacht gehabt oder? Bei jenen hat man ja dann Nootropil und so etwas gegeben gehabt? Dr. Schmid-Siegel: Da konnten die Patienten ja nur reduzieren. Interviewer: Genau. Ist dann aber auch eine Reduktionstherapie eigentlich gewesen oder? Dr. Schmid-Siegel: Ja das ist etwas anderes. Das haben sie mit ... Interviewer: Mit dem Methadon ... (Vergleich Methadon-Reduktions-Therapie gemeint). Dr. Schmid-Siegel: Nein Barbiturate hat man nicht mit Methadon, sondern mit Meprobamat entzogen. Und Meprobamat war einer der ältesten Tranquilizer mit einem angeblich relativ geringen Suchtpotential und Barbiturate hat man eben unter antikonvulsiven Schutz mit Meprobamat und so entzogen. Interviewer: Ja super

Frau Doktor. Das waren so kleine schwarze Flecke die ich natürlich aufschließen musste, aber super. Danke Frau Doktor. Dr. Schmid-Siegel: Das war es schon? Interviewer: Ja das war es eigentlich schon, denn ich habe ein sehr gutes Werk von Ihnen gefunden, das ist von Frau Dr. Pfersmann und Dr. Presslich damals herausgegeben worden 1994 ... Dr. Schmid-Siegel: Ah diese alten Bücher, da haben wir das glaube ich ziemlich genau beschrieben. Interviewer: Ganz genau und ich habe halt nur nicht genau gewusst von der Versorgungsanzahl her und so, wie das dann genau war, denn das steht halt nicht dabei. Sondern es ist eher pharmakologisch natürlich alles angelegt.

Ergänzungstelefonat vom 15.2.2011

Interviewer: Ich hätte noch eine Frage bezüglich der Subventionierung von der Aidshilfe und von der Caritas Frau Doktor. Da wollte ich bei Ihnen nachfragen, da Sie ja gemeint hatten, dass Sie 3 Halbstellen hatten und immer wieder auch Medizin- und Psychologie-Praktikantinnen in der Drogenambulanz mitgearbeitet haben. Dr. Schmid-Siegel: Nein. Wer hat Ihnen das gesagt? Interviewer: Ahm Herr Dr. Presslich hatte das gemeint. (Nur für die Zeit davor also!) Dr. Schmid-Siegel: Nein, das stimmt so nicht. Also es waren bei uns keine, was haben Sie gesagt, Medizin- und Psychologie-Praktikantinnen, haben bei uns nicht mitgearbeitet. Interviewer: Also Ärztinnen die innerhalb ... Dr. Schmid-Siegel: Nein, das wurde dann ... Interviewer: ... dort ihre Ausbildung gemacht haben. Dr. Schmid-Siegel: Nun ja, das bezieht sich, also es ist so, ich war ab 1988 in der Drogenambulanz. Und dann ist der Herr Professor Katschnig glaube ich 1989 Chef der Klinik geworden oder 1990, jedenfalls haben diese Tätigkeiten, also bei uns haben dann keine Medizinstudenten gearbeitet. Das weiß ich ganz sicher und von Psychologie-Praktikantinnen weiß ich auch nichts, nein. Denn das war eine rein medizinische Versorgung, also eine psychiatrisch-medizinische Versorgung in der Drogenambulanz. Das weiß ich ganz sicher! Interviewer: Gut dann hab ich das nur in der Zeitspanne vertreten, also war dies nur in der Zeit von Oberarzt Dr. Presslich vorher. Dr. Schmid-Siegel: Und die Subventionierung von der Aids-Hilfe war so, dass diese keine Ärztinnenstellen gezahlt haben, sondern wir hatten mit der Aidshilfe einen Vertrag, dass wir Monat für Monat Stunden an Beratungstätigkeit verrechnen konnten. Wir wurden also nicht als Ärzte bezahlt ... Interviewer: Genau das haben Sie mir bereits erzählt. Im Sinne von Sozialarbeiter ... Dr. Schmid-Siegel: ... sondern für Beratungstätigkeiten. Also ich glaube wir konnten nur 3 Stunden pro Tag verrechnen. Die Bezahlung hat so ausgesehen, dass wir eben für drei Stunden pro Tag, ist gleich 15 Stunden pro Woche, verrechnen konnten.

Interviewer: Und das Zweite wäre noch Frau Dr. und zwar, Sie haben dann gemeint ab 1990 waren es zwei volle Ärztinnenstellen, dass heißt wer waren denn Ihre Kolleginnen? Dr. Schmid-Siegel: Also ich glaube es waren die Frau

Dr. Hofer und Frau Dr. Muzik. Interviewer: Frau Dr. Hofer und Frau Dr. Schmid-Siegel: Und Frau Dr. Muzik. Die Frau Dr. Muzik ist inzwischen, lebt in den Vereinigten Staaten und Frau Dr. Hofer arbeitet im Dialog. Interviewer: Ok. Und wie lange waren die Frau Dr. Hofer und die Frau Dr. Muzik bei Ihnen in der Drogenambulanz? Dr. Schmid-Siegel: Das ist schwierig zu beantworten. Möglicherweise bis zu dem Zeitpunkt wo ich weggegangen bin. Ich meine, vielleicht hat dann, dass könnten Sie die Frau Dr. Hofer fragen, die hatte dann eine Stelle, aber ich weiß nicht ob diese dann von der Caritas bezahlt wurde. Woher haben Sie das, dass die Caritas eine Arztstelle übernommen hatte. Interviewer: Von Herrn Dr. Presslich. Denn er hat mir gesagt, dass der Herr Mag. Helmut Schüller von der Caritas eine Arztstelle bezahlt hatte. Dr. Schmid-Siegel: Das stimmt. Nein, wie ich dann dort war glaube ich, hat die Caritas nur mehr das Sekretariat bezahlt. Wir hatten ja dann später eine Sekretärin. Aber das könnten Sie insofern leicht klären, wenn sie die Frau Dr. Hofer im Dialog kontaktieren. Frau Dr. Edith Hofer, die noch immer im Dialog tätig ist. Sie müsste wissen, ob sie von der Caritas angestellt war oder nicht? Aber das stimmt. Also ich habe meine erste Stelle, wann war das, 1988 bin ich in die Drogenambulanz gekommen und meine erste Stelle bei der Gemeinde Wien nehme ich einmal an, hatte ich 4 Jahre 1983, 1987, nun ich nehme an, dass ich meine erste Stelle 1989 oder 1990 bekommen hatte. Interviewer: Also dann schon die volle Stelle? Dr. Schmid-Siegel: Und da hatte ich eine volle Stelle die damals bezahlt wurde vom Psychosozialen Dienst (PSD), aber das war nicht der Drogenambulanz gewidmet, sondern der PSD hat Ausbildungsstellen auf der Klinik bezahlt. Wissen Sie, dass waren ganz skurrile Drittmittelfinanzierungen. Die waren aber jetzt nicht alle auf die Drogenambulanz bezogen solange ich keine Stelle hatte, sondern als sogenannte Gastärztin tätig war. Ich bekam meine erste Stelle im September, nachdem meine Ausbildung abgeschlossen war. Also das müsste gewesen sein im Jahre 1990. Ich glaube 1990 habe ich meine erste Stelle bekommen. Interviewer: Super. Und die Frau Dr. Hofer und Frau Dr. Muzik haben sich dann sozusagen die zweite ganze Arztstelle geteilt? Dr. Schmid-Siegel: Nun, das weiß ich eben nicht. Also vielleicht, dass Sie das die Frau Dr. Hofer bei Dialog fragen. Das tut mir leid. Das war ein ganz kompliziertes Bezahlungsmodell, also es waren damals alle Ärztinnen so. Also alle diese vielen Gastärztinnen die auf der Drogenambulanz waren, wurden durch verschiedenste Drittmittel stundenweise finanziert. Interviewer: Gut. Na dann muss ich bei Ihnen dazuschreiben, dass sie dann 1990, nehme ich an, erst die Frau Doktor waren, da Sie zuvor noch ihre Ausbildung gemacht hatten. Von 1988 bis 1990. Oder hatten Sie diese schon zu jener Zeit absolviert? Dr. Schmid-Siegel: Also nein. Ich hatte von 1983 bis 1987 Turnus. Und dann war 1987, erster April 1987, 1988 bis 1991, vielleicht habe ich meine erste Stelle auch erst 1991 bekommen? Interviewer: Also um das Jahr 1990, 1991 dann? Dr. Schmid-Siegel: 1990, 1991 habe ich eine PSD

Stelle bekommen. Interviewer: Also auch vom PSD bezahlt? Dr. Schmid-Siegel: Meine Ärztestelle wurde vom PSD bezahlt und dann habe ich eine Bundesstelle bekommen. Interviewer: Und dann die Bundesstelle. Dr. Schmid-Siegel: Warten Sie, da kann ich Ihnen sagen wann ich diese bekommen habe. Einen Augenblick, das kann ich nachschauen. Ja, dann habe ich 1991 meine erste Stelle bekommen und 1992 meine Bundesstelle. Also 1991 hat mich der PSD bezahlt, von Herbst 1991 bis Frühjahr 1992 und dann habe ich eine Bundesstelle bekommen.

Interviewer: Bezüglich des Einsatzes von Naltrexon wollte ich Sie noch fragen Frau Dr., ist das nur nach den Ultra-Kurzzeitentzügen, also im Sinne einer medikamentösen Nachbetreuung den Patientinnen dann verabreicht worden? Für jene die das wollten? Oder ist das auch für Patienten hergegeben worden, die einen normalen ambulanten Entzug gemacht haben und dann eben nachher die Opiatblocker bekommen haben? Dr. Schmid-Siegel: Wir haben das manchen Patienten angeboten, dass sie auf Naltrexon, also das war damals im Handel unter „Revia“®, medikamentös eingestellt werden könnten, als Schutz nicht wieder rückfällig zu werden. Aber rückblickend glaube ich, dass die Compliance sehr gering war. Interviewer: Alles klar. Das hat Herr Dr. Presslich auch gemeint, dass das nur ganz, ganz wenige waren. Dr. Schmid-Siegel: Also es hat in Wirklichkeit viele der Patientinnen nicht interessiert. Die meisten Patienten haben ja ambulante Entzüge gemacht in Wirklichkeit, um finanzielle Engpässe zu überbrücken oder dass das Heroin wieder besser wirkt. Die wenigsten waren bereit dazu, also die meisten ambulanten Entzugswünsche waren keine abstinenzorientierten Entzugswünsche. Interviewer: Ok. Das werde ich dann noch ein bisschen deutlicher herausbringen, denn das hatte ich in meiner Arbeit schon etwas anklingen lassen. Super Frau Dr.. Dann hoffe ich, ich darf mich wieder bei Ihnen melden falls ich noch irgendwelche Fragen hätte. Dr. Schmid-Siegel: Ja, wenn sie wieder etwas brauchen rufen Sie mich an.

Ergänzungstelefonat vom 15.2.2011

(Auskunft über mein Gespräch mit Frau Dr. Hofer; Frage bezüglich der Ambulanz Öffnungszeiten bis 15:00 Uhr, 16:00 Uhr)

Dr. Schmid-Siegel: Wir sind ja auch selten bis 15:00 Uhr fertig geworden.

Interviewer: Ja Sie hatten gemeint, dass Sie oftmals bis 17:00 Uhr in der Ambulanz zu tun hatten. Dr. Schmid-Siegel: Die Frau Dr. Hofer hatte das gemeint oder?

Interviewer: Nein, Sie haben mir das damals im Interview gesagt, dass sie oftmals bis 17:00 Uhr dort tätig waren. Dr. Schmid-Siegel: Nun bis 17:00 Uhr glaube ich nicht. Also das weiß ich jetzt nicht mehr genau.

Interviewer: Und wie wir besprochen hatten, haben Sie dann eigentlich immer zu Dritt oben in der Ambulanz gearbeitet, wenn man es genau nimmt oder? Dr.

Schmid-Siegel: Genau. Interviewer: Und sonst hatten Sie ja keine wirkliche zusätzliche Unterstützung gehabt, denn Sozialarbeiter, Pflegerinnen hat es ja nicht gegeben? Dr. Schmid-Siegel: Der Pfleger hat uns das Methadon hergerichtet und Sozialarbeiterinnen waren damals noch keine angestellt für die Drogenambulanz. Ansonsten hat es nur noch diese Verbindungsdienste gegeben. Interviewer: Genau. Die habe ich schon in die Arbeit hineingenommen. Dr. Schmid-Siegel: Und die Sekretärin. Interviewer: Die eine Sekretärin ist dann aber erst ab 1992 oder so irgendwann gekommen? Sehr spät oder? Dr. Schmid-Siegel: Ja sie ist erst später dazu gekommen. Das stimmt. Da war ich schon ganztags oben in der Ambulanz.

Interviewer: Die letzte Frage wäre noch zu den Vitaminverabreichungen? Vitamin C oder sonstige Vitamine hat man den Patienten zu Ihrer Zeit noch gegeben ambulant? Dr. Schmid-Siegel: Diese ganzen Infusionen enthielten Tramadiol, Vitamin B, also Vitamin B war das, kein Vitamin C, Vitamin B. Dann war glaube ich wenn nötig noch dabei Paspertin, damit die Patientinnen nicht erbrechen und dann haben die Patienten gegen die vegetative Begleitsymptomatik, hatten wir ihnen damals Nootropil Kurzinfusionen a zwölf 12 Gramm angefügt.

Ergänzungstelefonat vom 22.2.2011

(Frage bezüglich der Eröffnung der Borschkegasse konnte nicht beantwortet werden)

Interviewer: Und das Zweite wäre noch Frau Doktor bezüglich der Morphineinstellungen. Mit retardiertem Morphin war ja im Jahre 1992 begonnen worden und da wollte ich Sie fragen, wie denn die Patienten hierbei eingestellt worden sind? Ist das stationär passiert oder ist das ambulant geschehen? Dr. Schmid-Siegel: Also das war so. Am Anfang haben wir es stationär gemacht und haben dann glaube ich, alles Methadon abgesetzt und stattdessen Morphin, retardiertes Morphin gegeben. Und die Patienten sind aber hierbei in einen vehementen Entzug gekommen. Nein. Erst haben wir gedacht wir können das ambulant so machen, dann sind die Patientinnen aber in einen vehementen Entzug gekommen, weil das Methadon eine, also das Methadon hat eine höhere Haftung an den Opiatrezeptoren und damit konnte das Morphin welches man ihnen gegeben hat nicht wirklich andocken. Dann haben wir die Patienten komplett vom Methadon entzogen und neu auf Morphin, das war dann stationär, haben wir die Patientinnen komplett vom Methadon entzogen und haben sie neu auf Morphin eingestellt. Jetzt muss man aber dazu sagen, dass wir damals ja nur die absolute worst-case Indikation, das heißt wirklich die Patienten, die mit Methadon überhaupt so wie jetzt, also völlig ident, das war nahezu derselbe Text, wie jetzt laut darüber nachgedacht wird mit Heroin. Ja, genau das Gleiche. Auch damals, also seit dem ich dort an der Universitätsklinik

tätig bin, gibt es dreißig Tausend Drogenabhängige in Österreich, also ich war verblüfft, denn im Radio war jetzt eine Sendung, so ein Dimensionen der Wissenschaft auf Ö1 um 19:00 und dieser Text war völlig ident bei den Überlegungen warum man Heroin geben soll, wie auch wir damals argumentiert haben warum man ein retardiertes Morphin geben sollte. Das Methadon sediert zu stark, das Methadon macht die Leute arbeitsunfähig, chronisch depressiv, exzessive Gewichtszunahme, etc. Aber wir haben wirklich die Patientinnen die mit Methadon überhaupt nicht funktioniert haben umgestellt. Und das waren wirklich die Patienten, die eben ein worst-case Szenario mit Methadon darstellten. Von diesen haben wir vielleicht dokumentiert 12 oder 15 Patienten und davon waren wirklich 50% nach der Umstellung auf retardiertes Morphin, haben wirklich auch wieder an einer Resozialisierung teilgenommen und zum Teil sogar wieder gearbeitet. Ja, also das hatte es auch wirklich gebracht. Schwierig war nur der Beginn von der Umstellung.

Interviewer: Und wie lange hat das gedauert? Diese Morphineinstellung, also Absetzen von Methadon und dann? Dr.Schmid-Siegel: Nun, die ersten Patienten die wir eingestellt haben wurden eben komplett von Methadon entzogen. Das hat schon eine Weile gedauert. Also sicher 2 bis 3 Wochen haben wir hierbei stationär gebraucht. Wie sie das jetzt machen, müssen sie in der Drogenambulanz nachfragen.

Ich meine diese ersten Einstellungsversuche waren wirklich schwierig, denn da waren diese Umrechnungen noch sehr problematisch. Aber der Witz war vor allem, dass das Methadon aufgrund der langen Halbwertszeit, es hatte ja auch eine stärkere Haftung an den Rezeptoren und damit hat es, also was wir dann schon gewusst haben ist, wir müssten sozusagen wenn man direkt von Methadon auf Morphin umstellt, einfach mit einer deutlich höheren Dosis Morphin beginnen und Methadon nicht mehr geben, ja?! Und anschließend dann die Dosis von Morphin wieder reduzieren. Dann haben wir das so ambulant gemacht und das hat dann halbwegs geklappt. Also wir waren auch mit der Umrechnung damals noch zu niedrig glaube ich.

Ergänzungstelefonat vom 25.2.2011

(Frage bezüglich der Methadon-Reduktionstherapie)

Dr.Schmid-Siegel: Heute macht man es so, dass man die Patienten einfach über einen langen Zeitraum, ich glaube das haben wir damals auch schon gemacht, dass man sie zuerst auf 30 mg Methadon herunter reduziert. Das mussten die Patientinnen draußen schaffen und dann erst haben sie überhaupt ein Bett auf der Intensivstation bekommen. Also wenn die Patientinnen mit 30mg Methadon stabil waren hat man den Rest entzogen. Interviewer: Ok, das heißt falls die Patienten eine Reduktionstherapie bzw. einen gänzlichen Entzug gemacht haben ... (Überblick meinerseits gefundene Literatur hierzu)

Interviewer: Wie lang hat es dann gedauert, also wenn man das ambulant gemacht hatte? Was kann man da sagen so ...? Diese Therapie dann? (Überblick Literatur - Das hat dann über Monate hinweg, hat man versucht diese ...)

Dr.Schmid-Siegel: Mittels Dauerrezept hatte man eben versucht in kleinen Dosen zu reduzieren. Also bis auf 30mg Methadon hat man das glaube ich in 5 mg Schritten gemacht und dann sind es immer kleinere Dosen geworden. Da hat man dann glaube ich um 10% immer reduziert.

Telefonauskünfte

Telefonauskunft Frau Dr. Edith Hofer (Stellv. Ärztliche Leiterin des Vereins „Dialog“) vom 15.2.2011

Interviewer: (Frage bezüglich der Bezahlung der Ärztestelle im AKH) Wann war denn das? Also ich glaube, dass ihre Ärztinnenstelle vom PSD bezahlt worden ist, oder? Dr. Hofer: Nun ja, damals war das so, ich habe damals überhaupt einmal angefangen gehabt umsonst dort zu arbeiten. Das hat dann zusammen „Hospitantin“ geheißen und das war so etwas, was überhaupt ein Pseudonym für nichts war, ja?! Und dann habe ich mit der Frau Dr. Muzik mir eine Caritas Stelle geteilt. Zwanzig Stunden. Sie hat zwanzig Stunden gehabt und ich habe zwanzig Stunden gehabt. Und dann ist das, wenn ich mich richtig erinnere, eben in eine übliche befristete Anstellung übergegangen, da jemand in Karenz war oder ... Interviewer: Alles klar. Da wollte ich Sie noch fragen, von welcher Zeit an waren Sie denn dort mit tätig? Da Sie ja gemeint haben, Sie waren eben auch eine Gastärztin?! Dr. Hofer: Seit 1990, glaube ich. 1989, nun bevor ... Ja, 1989 habe ich angefangen zu hospitieren. Interviewer: Besten Dank Frau Doktor.

Auskunft von Frau Dr. Gabriele Fischer (Leiterin der Drogenambulanz der Universitätsklinik) Telefonat vom 23.2.2011

(Frage bezüglich der Patientendaten)

Frau Dr. hatte versucht mir die benötigten Daten zu besorgen, jedoch wurde das System in der Zwischenzeit umgestellt und die Damen der Datenverwaltung konnten auf jene nicht zugreifen bzw. diese nicht eruieren. Dementsprechend wurden die Daten auch nicht mehr aufgefunden.

Telefoninterview mit Frau Dr. Hermine Schmidhofer (Geschäftsführer-Stellvertreterin der Sucht-und Drogenkoordination Wien) vom 23.2.2011

(Patientenstatistiken)

Dr.Schmidhofer: Die das nicht herausgegeben haben ... die könnte man nur im AKH abfragen. Wenn sie diese noch irgendwo haben. (Tätigkeitsberichte)

Interviewer: Genau, die sind aber erst später begonnen worden. So 1994 ...

Dr.Schmidhofer: Genau.

Interviewer: Und das existiert einfach nicht (Daten wegen Patientenkontakte pro Jahr usw.) wegen der Basisdokumentation? Weil es da einfach nicht ...

Dr.Schmidhofer: Genau, also es gibt diese Basisdokumentation, an dem hat sich das AKH nie beteiligt hat. Das gibt es aber auch erst seit 2002. Und alles was davor dokumentiert worden ist, liegt ausschließlich im AKH auf. Interviewer: Liegt ausschließlich im AKH auf. Dr.Schmidhofer: Ja. Interviewer: Ja schade. Da muss ich mich eben durchboxen, denn ich habe von der Frau Dr. Schmid-Siegel einiges an Zahlenmaterial bekommen, aber da sind eben Lücken drinnen. Jetzt wollte ich Sie fragen, ob es da irgendwo die Möglichkeit gibt ... Dr.Schmidhofer: Nein, die gibt es nicht. Interviewer: Schade. Dr.Schmidhofer: Nein, wir haben keine Daten geliefert bekommen. Interviewer: Ok, aber trotzdem besten Dank Frau Doktor. Dr.Schmidhofer: Ja, also da gibt es, wie gesagt, Tätigkeitsberichte des AKHs, die hat es von Zeit zu Zeit gegeben. Aber an die Sucht- und Drogenkoordination wurden keine Daten geliefert. Man kann, ich weiß nicht, ob das AKH an den Bund Daten geliefert hat? Glaub ich aber auch nicht. Also ich glaube nicht, dass das AKH Daten geliefert hat. Aber wir haben keine. Interviewer: Vielen Dank, Frau Doktor.

Auskunft von Dr. Walter Reichelt
(langjähriger Mitarbeiter des PSD, heute Psychiater in der
Entzugsabteilung des Otto-Wagner-Spitals Wien)
vom 24.2.2011

(Frage bezüglich der Aufnahme des Methadon-Substitutionsprogrammes in der Borschkegasse – „Zentralstelle für Suchtkrankenhilfe“)

Interviewer: Meine Frage wäre Herr Doktor, wann denn in der Borschkegasse die Methadon-Substitution aufgenommen wurde? Dr.Reichelt: Wann das genau war?! Warten Sie einmal, also, meines Wissens nach ist das 1989 gewesen. Interviewer: 1989? Dr.Reichelt: Ja. Interviewer: Also 1989 hat man damit begonnen? Dr.Reichelt: Genau. Interviewer: War das gegen Ende des Jahres 1989 oder schon zu Beginn? Dr.Reichelt: Nun ja, so aus der Hand kann ich das jetzt nicht sagen. Leider. Nun, aber das ist die Zeit gewesen, nicht?! Da ist das, haben wir das begonnen. Interviewer: Alles klar. Super. Danke Herr Doktor.

T Ä T I G K E I T S B E R I C H T :

Betrifft: DROGENAMBULANZ

Aufgabenbereich:

- 1.) Betreuung der im Methadonsubstitutionsprogramm stehenden Patienten.
- 2.) Information über Entzugsmöglichkeiten.
- 3.) Information über Langzeittherapie - Institutionen.
- 4.) Ambulante Entzugstherapie.
- 5.) Betreuung drogenabhängiger inhaftierter Patienten.
- 6.) Übernahme in das Methadonsubstitutionsprogramm (Einstellungsphase).
- 7.) Krisenintervention.
- 8.) Psychosoziale Betreuung

*HIV - Test
Übernahme in das Programm*

ad. 1.) Betreuung der im Methadonsubstitutionsprogramm stehenden Patienten: Die Patienten müssen alle 2 Wochen unter kontrollierten Bedingungen einen Harntest abgeben. Ausstellen eines Suchtgiftdauerrezeptes (bei Patienten wo wir über diesen Weg eine engmaschige Kontrolle erzielen wollen; bei Patienten, denen es nicht möglich ist, einen Hausarzt zu finden, der sie im Methadonprogramm betreut). Ausstellen von Verlängerungsschreiben an Haus- und Amtsarzt; durch dieses wird die Fortführung des Methadonsubstitutionsprogrammes befürwortet. Ausstellen von Bestätigungen für diverse Ämter, Apotheke, Amtsarzt etc.. Telefonate mit Behörden, Ämtern, Hausarzt, Apotheke etc.. Medizinische Betreuung vor allem bei HIV-positiven Patienten: Überweisung und Rücksprache mit Spezialambulanzen, Beratung, Infusionstherapie.

- ad. 2. und 3.) Information über Entzugsmöglichkeiten sowie Langzeittherapie - Institutionen: Viele Patienten kontaktieren uns, weil sie eine Entzugsbehandlung wünschen; Gespräch über die verschiedenen Möglichkeiten an verschiedenen Abteilungen, über die Frage "danach", Kontakt herstellen mit den Mitarbeitern von Langzeittherapie-Institutionen (Grüner Kreis, Anton-Proksch-Institut).
- ad. 4.) Ambulante Entzugstherapie: Zu einer ambulanten Entzugstherapie entschließen sich vor allem Patienten, die beurfstätig sind oder aus familiären Gründen eine stationäre Aufnahme nicht in Frage kommt. Weil ein ambulanter Entzug zumeist wesentlich schwieriger ist (Patient befindet sich nicht in der geschützten stationären Situation sondern bleibt weiterhin in seinem sozialen Umfeld, das zumeist dem der Drogenszene entspricht), ist eine intensive Betreuung erforderlich: Infusionstherapie, Medikamentenausgabe, Gespräche, Harntests.
- ad. 5.) Betreuung drogenabhängiger inhaftierter Patienten: Nach Vereinbarung mit den Ärzten des Landesgerichtes ist auf Wunsch der Patienten eine ambulante Betreuung möglich. Die Patienten werden dann in Begleitung von Sicherheitsbeamten ho. vorgeführt.
- ad. 6.) Übernahme in das Methadonsubstitutionsprogramm: Patienten, die in das Methadonsubstitutionsprogramm aufgenommen werden, müssen mindestens 3 Harntests abgeben, die bis auf Opiate keine Suchtgifte oder Medikamente (Tranquilizer, Barbiturate, Amphetamine) enthalten dürfen, sie erhalten dann täglich während der Einstellungsphase ho. das Methadon, es erfolgt eine schrittweise Dosissteigerung bis jene Dosis erreicht wird, bei der der Patient keine Entzugssymptome mehr hat. Während dieser Phase muß der Patient pro Woche 2 Harntests unter kontrollierten Bedingungen abgeben. Nach Beendigung der Einstellungsphase wird der Patient mit einem Einstellungsbrief (Lebenslauf, Drogenanamnese, Begründung bezüglich der Übernahme in das Methadonsubstitutionsprogramm) zur weiteren Betreuung an den Hausarzt überwiesen.

- ad. 7.) Krisenintervention: Vor allem bei präsuizidalen oder suizidalen Patienten bzw. akut-psychotischen Patienten. Hier sind zum Teil langwierige Gespräche mit dem Patienten sowie mit dessen Angehörigen erforderlich, Akutmedikation, eventuell stationäre Aufnahme, Transferierungsschreiben etc..
- ad. 8.) Psychosoziale Betreuung: Drogenabhängige Patienten haben sehr oft Probleme am Arbeitsplatz bzw. Verlust des Arbeitsplatzes bzw. Suche eines Arbeitsplatzes sowie Probleme mit Gericht, Sozialamt, Arbeitsamt etc.. Dazu gehört auch Betreuung von Patienten, die familiäre bzw. Partnerprobleme haben.

Frequenz der Patientenkontakte sowie Aufschlüsselung entnehmen sie bitte den beiliegenden Statistikblättern.

Dr. Schmid-Siegel

**UNIVERSITÄTSKLINIK FÜR PSYCHIATRIE
DROGENAMBULANZ**

Leiter: OA Dr. O. Presslich

Neustrukturierung des Leistungsspektrums ab 1. April 1993

Abgesehen von Drogennotfällen werden ab 1. 4. 1993 Patienten nur mehr nach Terminvereinbarung betreut.

1. Begutachtung bzw. Übernahme der weiteren Betreuung ambulanter/ stationärer Patienten von anderen Kliniken des AKH.
2. Betreuung HIV-positiver und aidskranker Drogenabhängiger in Zusammenarbeit mit der Univ. Klinik für Dermatologie sowie der Pulmologischen Abteilung, Krankenhaus Baumgartner Höhe.
3. Betreuung schwangerer drogenabhängiger Frauen in Zusammenarbeit mit allen gynäkologischen Abteilungen in Wien.
4. Betreuung drogenabhängiger Prostituierter in Zusammenarbeit mit der Beratungsstelle für Geschlechtskrankheiten, MA 15.
5. Substitutionstherapie bei opiatabhängigen Patienten mit - gegenüber Methadon - alternativen Opiaten.
6. Information über Entzugsmöglichkeiten sowie Langzeittherapieinstitutionen in Zusammenarbeit mit dem Anton Proksch Institut und dem "Grünen Kreis".
7. Vorbetreuung zur stationären Entzugstherapie an der ho. Intensivstation.
8. Kooperation mit Vertretern all jener Institutionen, die im Raum Ostösterreich drogenabhängige Patienten betreuen (einmal wöchentliche Teambesprechung - "Drogenteam").
9. Organisation von Weiter- und Fortbildung für Ärzte bezüglich Behandlung drogenabhängiger Patienten.

Unberührt von diesen Neuerungen bleibt die Versorgung von "Drogennotfällen" rund um die Uhr durch die Akutambulanz der UKP.

Im Zeitraum von 15. 2. bis 31. 3. 1993 werden die Aktivitäten in folgenden Bereichen sukzessiv eingestellt:

1. Methadonsubstitutionsprogramm für HIV-negative Patienten
2. Ambulante Entzugstherapie
3. Annahme von Harntests im Rahmen des Methadonsubstitutionsprogrammes.

NEUSTRUKTURIERUNG DER DROGENAMBULANZ UNIVERSITÄTSKLINIK FÜR PSYCHIATRIE

Leiter: OA Dr. O. Presslich

Im Rahmen einer durch den Wegfall eines Arztpostens erforderlichen Umstrukturierung der Drogenambulanz der Univ. Klinik f. Psychiatrie werden ab 1.4.1993 folgende Aufgabenbereiche abgedeckt:

1. Ambulante Begutachtung bzw. Übernahme der weiteren Betreuung ambulanter/stationärer Patienten im AKH-Bereich.
2. Betreuung HIV-positiv/Aidskranker Drogenabhängiger in Zusammenarbeit mit der 1. Univ. Hautklinik sowie Pulmologischen Abteilung, Krankenhaus Baumgartner Höhe.
3. Betreuung schwangere Drogenabhängige in Zusammenarbeit mit den gynäkologischen Abteilungen in Wien, vor allem 1. Univ. Frauenklinik.
4. Betreuung drogenabhängiger Prostituiierter in Zusammenarbeit mit der Beratungsstelle für Geschlechtskrankheiten, MA 15.
5. Substitutionstherapie bei opiatabhängigen Patienten mit-gegenüber Methadon-alternativen Opiaten.
6. Information über Entzugsmöglichkeiten sowie Langzeittherapieinstitutionen in Zusammenarbeit mit Anton Proksch Institut und Grüner Kreis.
7. Vorbetreuung zur stationären Entzugstherapie an der ho. Intensivstation.
8. Notfallversorgung: Drogennotfälle/Intoxikationen

Ausgenommen von Drogennotfällen werden ab 1.4.1993 nur mehr Patienten nach telefonischer Terminvereinbarung betreut.

Nicht mehr anbieten können wir folgende Aufgabenbereiche:

1. Betreuung HIV-negativer Patienten im Methadonsubstitutionsprogramm.
2. Übernahme HIV-negativer Patienten in das Methadonsubstitutionsprogramm (Einstellungsphase).
3. Ambulante Entzugstherapie
4. Betreuung von "Akutpatienten" (Patienten, die ohne telefonischer Terminvereinbarung die ho. Drogenambulanz aufsuchen).
5. Abgabe von Harntests im Rahmen des Methadonsubstitutionsprogrammes.

JULI 1990

Ambulanztage: 22

Patientenkontakte: 518

Patienten: 217

w	65	39 MePr (20 HIV+)	3 Neu	w
m	<u>148</u>	<u>54 MePr (21 HIV+)</u>	<u>14 Neu</u>	m
	217	103 MePr (41 HIV+)	17 Neu	

AUGUST 1990

Ambulanztage: 22

Patientenkontakte:	<u>479</u>	w 182 (59 HIV+)
		m 297 (36 HIV+)

Patienten: 229

w	76	40 MePr (19 HIV+)	6 Neu (4 HIV+)
m	<u>153</u>	<u>64 MePr (23 HIV+)</u>	<u>16 Neu (1 HIV+)</u>
	229	104 MePr (42 HIV+)	22 Neu (5 HIV+)

SEPTEMBER 1990

Ambulanztage: 20

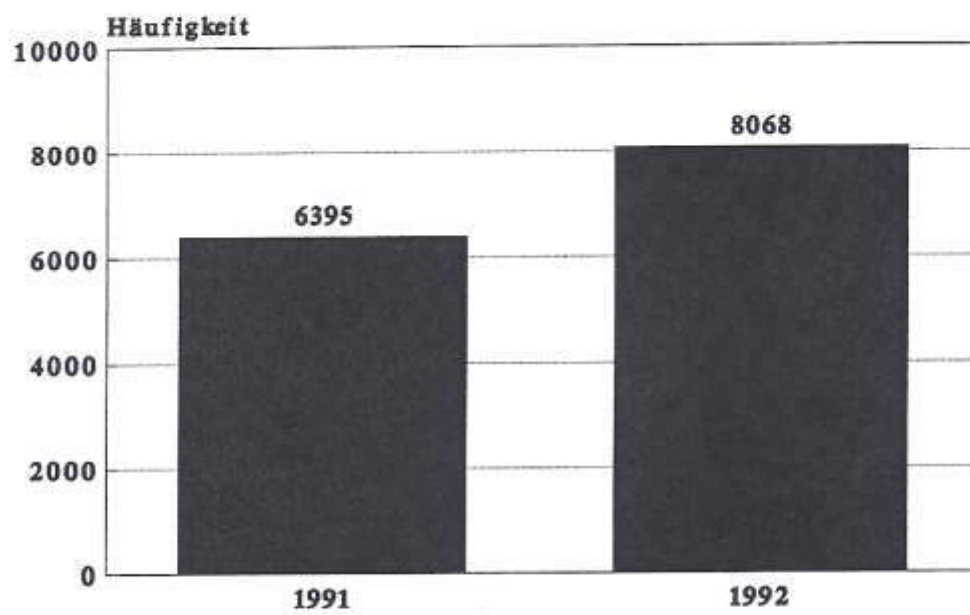
Patientenkontakte: 465 w 136 (37 HIV+)
m 329 (58 HIV+)

Patienten: 193

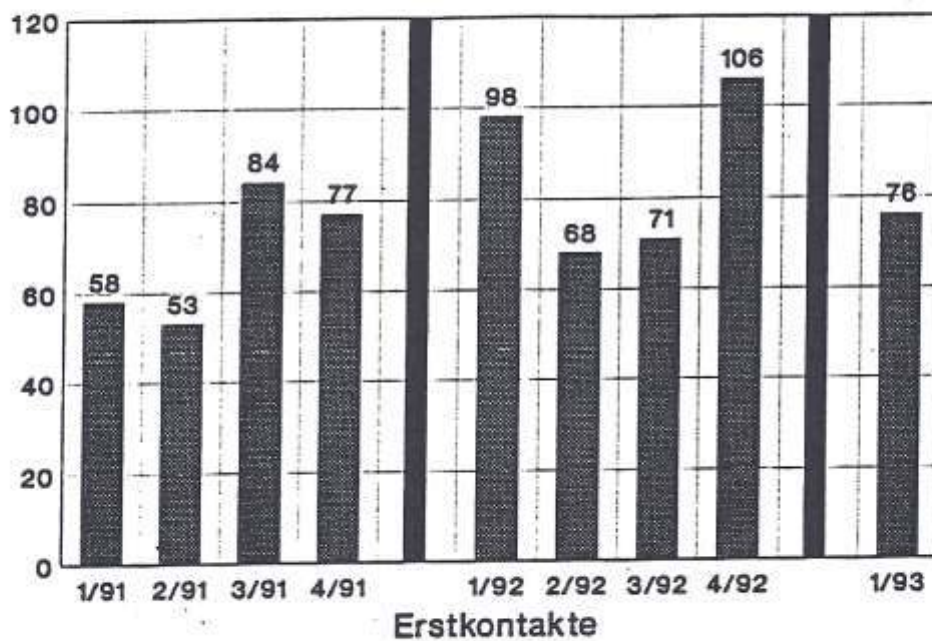
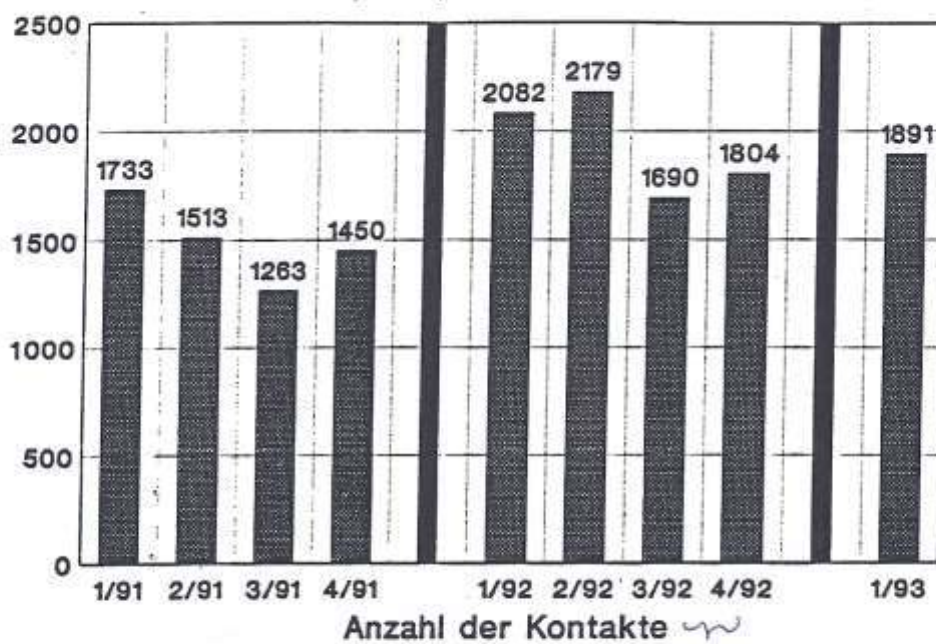
w	65	32 MePr (17 HIV+)	5 Neu
m	<u>128</u>	<u>57 MePr (21 HIV+)</u>	<u>16 Neu (1 HIV+)</u>
	193	89 MePr (38 HIV+)	21 Neu (1 HIV+)

MONAT	ANZAHL PATIENTENKONTAKTE	DURCHSCHNITTLICHE FREQUENZ PRO ANBILANZTAG	GESAMT		ANZAHL DER PATIENTEN		ERSTKONTAKTE		METHADONBEHANDLUNG FÜHRUNG		METHADONBEHANDLUNG NEU BEGONNEN	
X 1990	534	23,2	213	63	150	5	20 (5 HIV+)	25 (14 HIV+)	3	4 (3 HIV+)		
XI 1990	567	28,4	200	56	144	5 (1 HIV+)	19 (2 HIV+)	29 (12 HIV+)	4	4 (2 HIV+)		
XII 1990	444	29,6	168	51	117	10 (1 HIV+)	13 (3 HIV+)	13 (11 HIV+)	1 (1 HIV+)	2 (2 HIV+)		
I 1991	644	29,2	247	68	179	7	26 (2 HIV+)	32 (17 HIV+)	2 (2 HIV+)	2 (1 HIV+)		
II 1991	564	28,2	217	63	154	4	11 (1 HIV+)	27 (10 HIV+)	1 (1 HIV+)	1 (1 HIV+)		
III 1991	525	26,2	258	87	171	4 (1 HIV+)	6	29 (14 HIV+)	4	1 (1 HIV+)		
IV 1991	431	27	219	70	149	1	16	37 (16 HIV+)	5 (1 HIV+)	1 (1 HIV+)		
V 1991	570	30	256	84	172	3	13	36 (17 HIV+)	1 (1 HIV+)	2 (2 HIV+)		
VI 1991	512	25,6	229	68	161	7	13 (1 HIV+)	30 (18 HIV+)	4 (2 HIV+)	5 (2 HIV+)		
VII 1991	388	19,9	214	58	156	7	22 (1 HIV+)	24 (5 HIV+)	2 (2 HIV+)	2 (2 HIV+)		
VIII 1991	465	22,6	207	61	146	12	21	21 (13 HIV+)	2	4 (4 HIV+)		
IX 91		20	216	67	149	10	12	28(12)	4	2(2)		

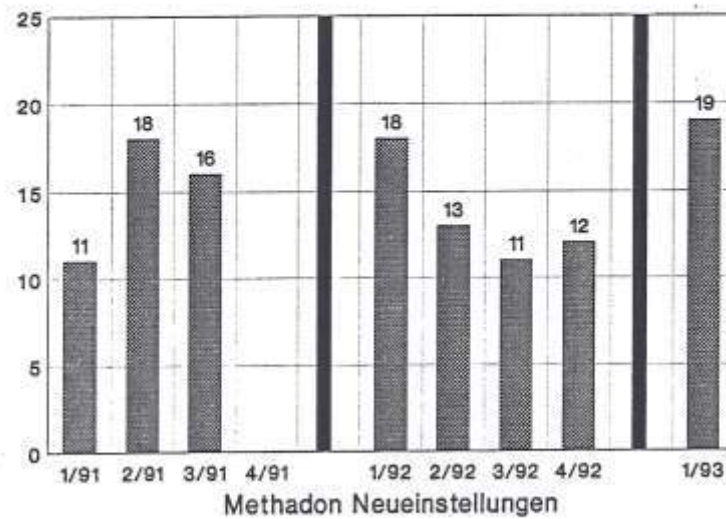
Drogenambulanzkontakte UKP Wien 1991, 1992



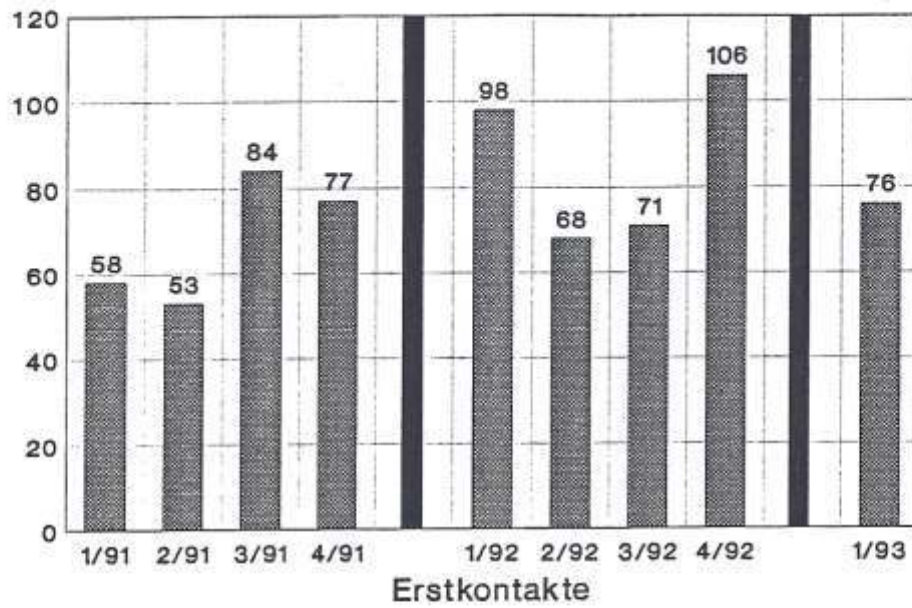
Tätigkeitsbericht der Drogenambulanz der Universitätsklinik für Psychiatrie



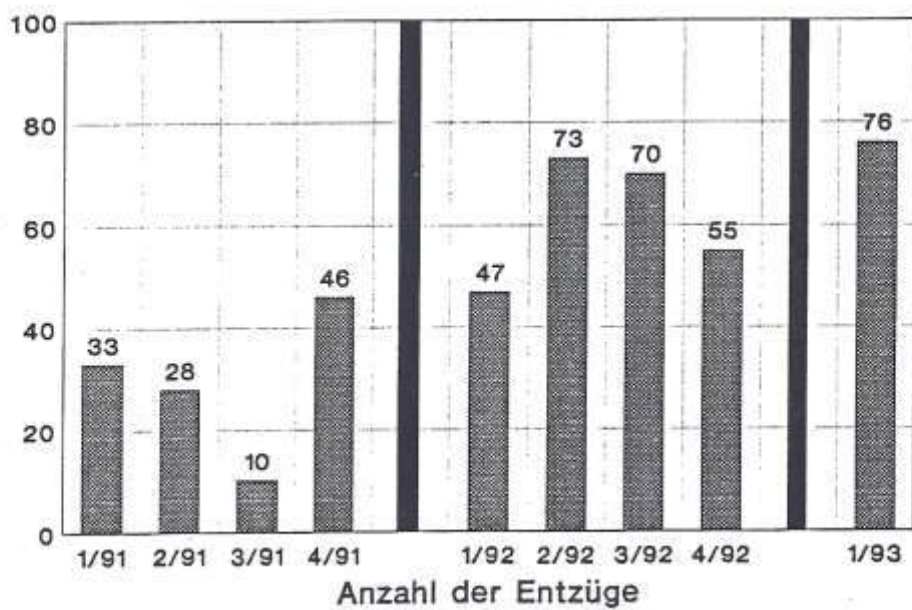
Tätigkeitsbericht der Drogenambulanz
der Universitätsklinik für Psychiatrie



**Tätigkeitsbericht der Drogenambulanz
der Universitätsklinik für Psychiatrie**



**Tätigkeitsbericht der Drogenambulanz
der Universitätsklinik für Psychiatrie**



Literaturverzeichnis

Anton Proksch-Institut (Hg.), „Strategie gegen die Sucht, Ein Vierteljahrhundert Kalksburg“, Anton Proksch-Institut, Wien (1987)

Augusta Georg, „Die Droge und die Frage der Unentscheidbarkeit von Gabe und Gift (Mauss, Derrida, Lacan)“, In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, Jg. 31, Wien (2008), Nr. 1

Barry Miles, „Hippie“, Sterling Publishing Co., Inc., New York (2004)

Behr Hans-Georg, „Von Hanf ist die Rede – Kultur und Politik einer Pflanze“, Zweitausendeins Verlag, Frankfurt/Main (1995)

Behrendt Klaus, „Bericht über eine Wienreise – Ambulante und stationäre Behandlung Drogenabhängiger in Wien – Erfahrungsbericht vom Besuch des Anton-Proksch-Institutes und der Universitätsklinik“, Hamburg (1993), (Hausinternes Dokument - Asklepios Klinik Nord, Ochsenzoll)

Berner P. / Spiel W. / Strotzka H. / Wyklicky H., „Zur Geschichte der Psychiatrie in Wien, Eine Bilddokumentation“, Christian Brandstätter Verlag, Wien (1983)

Berner Peter, Naske Ruth, „Psychohygienische Aspekte des Suchtmittelmißbrauches“, in Kryspin Exner, Wien (1971)

Bolognese-Leuchtenmüller Birgit, „Drogen und Gesellschaft“, In: Beiträge zur historischen Sozialkunde 1/92, Hg. Verein für Geschichte und Sozialkunde, Wien (1992)

Bolognese-Leuchtenmüller Birgit, „Geschichte des Drogengebrauchs, Konsum – Kultur – Konflikte - Krisen“, In: Beiträge zur historischen Sozialkunde 1/92, Hg. Verein für Geschichte und Sozialkunde, Wien (1992)

Brosch R. / Junke G. (Hrsg.), „Jugend und Sucht – Ein Ratgeber“, Orac Verlag, Wien (1995)

Brosch R. / Junke G. (Hrsg.), „Sucht in Österreich, Ein Leitfaden für Betroffene, Angehörige, Betreuer“, Orac Verlag, Wien (1993)

Brosch R. / Mader R., „Sucht und Suchtbehandlung, Problematik und Therapie in Österreich“, LexisNexis Verlag, Wien (2004)

Brosch Werner, „Psychopharmaka“, Orac Verlag, Wien (1996)

Bruck J. / Mader R. / Sluga W., „Rauschgift- und Drogenmißbrauch – ein aktuelles Problem in Österreich?“, In: Wiener Medizinische Wochenschrift 42/43 (1967)

Burian Wilhelm, „Medikamentenabhängigkeit“, in Brosch/Junke, „Sucht in Österreich, Ein Leitfaden für Betroffene, Angehörige, Betreuer“, Orac Verlag, Wien (1993)

Eberhard Gabriel, „100 Jahre Gesundheitsstandort Baumgartner Höhe“, Facultas Verlag, Wien (2007)

Eisenbach-Stangl Irmgard, „Der Österreicher liebste Rauschdroge, Geschichte des Alkohols in Österreich seit der Jahrhundertwende“, In: Beiträge zur historischen Sozialkunde 1/92, Hg. Verein für Geschichte und Sozialkunde, Wien (1992)

Feiler Bettina, „Von der Selbstzerstörung durch Sucht zu einer gesunden verantwortungsbewußten Lebenseinstellung, Die Fähigkeit Eigenverantwortlichkeit zu erwerben mit Hilfe der Therapeutischen Gemeinschaft „Grüner Kreis““, Dipl.Arb., Wien (1998)

Fischer Gabriele, „Drogenambulanz – Jahresbericht 1995“, Universitätsklinik für Psychiatrie – Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien, Wien (1996)

Fischer Gabriele, „Jahresbericht 1996“, Universitätsklinik für Psychiatrie – Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien, Wien (1997)

Gross Werner (Hrsg.), „Was ist das Süchtige an der Sucht?“, Neuland Verlag, Geesthacht (1992)

Hermine Schmidhofer, „15 Jahre Streetwork – Mit Drogengebraucherinnen und Drogengefährdeten 1979 – 1994“, Wien (1995)

Kager Bettina, „Aspekte der Sucht und Therapie am Beispiel des „Grünen Kreises““, Dipl.Arb., Wien (Juni 2000)

Katschnig Heinz (Hg.), „Psychiatrische Universitätsklinik Wien 1971 – 1988, Patientenversorgung - Forschung – Lehre“, Psychiatrische Universitätsklinik Wien, Wien (1989)

Katzung Walter, „Drogen in Stichworten - Daten, Begriffe, Substanzen“, Ecomed-Verlags-Ges., Landsberg (1994)

Kryspin-Exner, Kornelius (Hg.), „Arbeitstagung über Alkoholismus“, Romayor, Wien (1962)

Kryspin-Exner, K. / Springer, A. / Demel I., „Alkoholismus in Österreich, Schriftenreihe des Ludwig Boltzmann-Institutes für Suchtforschung – Band 1“, Brüder Hollinek Verlag, Wien (1975)

Kryspin-Exner, K. / Springer, A. / Demel I., „Alkoholismus und Drogenabhängigkeit, Schriftenreihe des Ludwig Boltzmann-Institutes für Suchtforschung – Band 2“, Brüder Hollinek Verlag, Wien (1975)

Kryspin-Exner, Kornelius (Hg.), „Die offene Anstalt für Alkoholranke in Wien-Kalksburg, Methoden und Ergebnisse“, Brüder Hollinek Verlag, Wien (1967)

Kryspin-Exner, Kornelius (Hg.), „Die modernen Formen des Suchtmittelmißbrauches, Klinik und Therapie der Drogenabhängigkeit bei Jugendlichen“, Wilhelm Braumüller Verlag, Wien (1971)

Kryspin-Exner, Kornelius, „Drogen, Psychotrope Stoffe als Sucht- und Heilmittel“, Jugend und Volk Verlagsgesellschaft, Wien (1971)

Kryspin-Exner, Kornelius (Hg.), „Theorie und Praxis der Therapie der Alkoholabhängigkeit, Die Tätigkeit der spezialisierten Anstalt für Alkoholranke in Wien Kalksburg“, Brüder Hollinek Verlag, Wien (1969)

Lesch O. / Walter H., „Alkohol und Tabak, Medizinische und Soziologische Aspekte von Gebrauch, Missbrauch und Abhängigkeit“, Springer Verlag, Wien (2009)

Löschenkohl Erich, „Jugendliche und Rauschmittel – Künstliche Umwelt- und Persönlichkeitsveränderung bei Jugendlichen durch Rauschmittel“, Österreichischer Bundesverlag, Wien (1971)

Mader R. / Strotzka H., „Drogenpolitik zwischen Therapie und Strafe“, Jugend und Volk Verlagsgesellschaft, Wien (1980)

Marschalek Manfred, „Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit und Umweltschutz – Band 1, Drogen, Sucht und Therapie, Das Drogenproblem in Österreich und die Wege zu seiner Lösung“, Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz, Wien (1981)

Neugebauer, N. (Hg.), „Was gibt es Neues in der Medizin“ – Medizinisches Jahrbuch 1989, Dr. Peter Müller Verlag, Wien (1990)

Obermüller Gerhard, „Konsum, Protest, Rebellion – Zur Entstehung der Jugendkultur in den USA und Westeuropa 1945 – 1970“, Dipl.Arb., Salzburg (1994)

Pallenbach E. / Ditzel P., „Drogen und Sucht, Suchtstoffe – Arzneimittel – Abhängigkeit – Therapie“, Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Stuttgart, Stuttgart (2003)

Pernhaupt Günther, „Change – Beratungsstelle für Drogengefährdete“, in Olga Schaendlinger, „10 Jahre Bewährungshilfe“, Verein für Bewährungshilfe und soziale Jugendarbeit, Wien (1974)

Pernhaupt Günther, „Behandlungsprogramme und –Möglichkeiten für Drogenabhängige in Österreich“, in (Hg.) Mader R./Strotzka H., „Drogenpolitik zwischen Therapie und Strafe“, Novographic Verlag, Wien (1980)

Pfersmann D. (Hg.) und Presslich O., „Drogensucht und Therapie“, Wilhelm Maudrich Verlag, Wien (1994)

Pilgram Arno, „Mit dem Gesetz gegen Drogen – Zur Geschichte des österreichischen Suchtgiftgesetzes“, In: Beiträge zur historischen Sozialkunde 1/92, Hg. Verein für Geschichte und Sozialkunde, Wien (1992)

Presslich O., „Neustrukturierung des Leistungsspektrums ab 1. April 1993“, Universitätsklinik für Psychiatrie – Drogenambulanz, Hausinternes Dokument - Wien (1993)

Presslich Otto, „Konzept einer Umstrukturierung“, Universitätsklinik für Psychiatrie, Hausinternes Dokument - Wien (21.10.1993)

Rotpart Michaela, „Der Wandel von Drogen, Drogenkonsum und Drogenpolitik in Österreich seit 1945“, Dipl.Arb., Wien (April 1998)

Schaendlinger Olga, „10 Jahre Bewährungshilfe“, Verein für Bewährungshilfe und soziale Jugendarbeit, Wien (1974)

Scheerer Sebastian, Irmgard Vogt, „Drogen und Drogenpolitik: Ein Handbuch“, Campus Verlag, Frankfurt am Main (1989)

Schilder Elisabeth, „Zur Entstehungsgeschichte des § 9a Suchtgiftgesetzes“, in Mader R. / Strotzka H., „Drogenpolitik zwischen Therapie und Strafe“, Jugend und Volk Verlagsgesellschaft, Wien (1980)

Schmid Martin, „Drogenhilfe in Deutschland – Entstehung und Entwicklung 1970 bis 2000“, Campus Verlag, Frankfurt/Main (2003)

Schnopfhagen Otto, „Suchtmittelmißbrauch als Problem eines regionalen neuropsychiatrischen Krankenhauses“, in Kryspin Exner, „Die modernen Formen des Suchtmittelmißbrauches – Klinik und Therapie der Drogenabhängigkeit bei Jugendlichen“, Wilhelm Braumüller Verlag, Wien (1971)

Schwendter Rolf, „Theorie der Subkultur“, Syndikat Verlag, Frankfurt a. M. (1978)

Springer, Alfred, „Drogen und Drogenmissbrauch – Lehrerinformation zur Gesundheitsförderung“, Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur, 2. Auflage, Wien (2000)

Springer Alfred, „Jugendkultur und Drogengebrauch.“, In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung Nr. 1/2 , Jg.19, Wien (1996)

Springer Alfred, „Reflexionen zur Anthropologie und Kulturgeschichte der psychoaktiven Stoffe“, In: Renate Brosch/Günter Junke (Hrsg.), „Sucht in Österreich –Ein Leitfaden für Betroffene, Angehörige, Betreuer“, Orac Verlag, Wien (1993)

Strake Bernhard, „Jugendkultur und Drogen im Wien der späten sechziger Jahre“, Dipl.Ar., Neulengbach (Mai 2000)

Wiener Drogenkommission, „Entwurf für ein Wiener Drogenkonzept“, Wien am 30.7.1991, (Hausinternes Dokument der Drogenambulanz der Universitätsklinik)

Wyklicky H. / Skopec, M, „ 200 Jahre Allgemeines Krankenhaus in Wien“, Jugend und Volk Verlagsgesellschaft, Wien (1984)

Zäuner Günther, „Drogenreport Österreich“, (Wien 1994)

Zeitschriften

Aids-Forschung (AIFO), Pfersmann V., Loimer N., Hollerer E., Werner E., Schmid-Siegel B., Presslich O., „AIDS und Methadon: Zweieinhalb Jahre praktische Erfahrungen in Wien“, Heft Nr. 5, Wien (Mai 1991)

Forum Dr. MED, Nr. 4, Hofer E., Schmied-Siegel B., Muzik M., „Betreuung drogenabhängiger Patienten an der Universitätsklinik für Psychiatrie“, Forum Dr.MED 4/93, o. V.

Profil Nr. 44, Altenburger R., Schmiederer E., „Drogen schaden, weil sie illegal sind“, Wien (30. Oktober 1989)

Pharmacopsychiatry 43/4, „Ultra-Rapid Opiate Detoxification Followed by Nine Months of Naltrexone Maintenance Therapy in Iran“, Georg Thieme Verlag, Stuttgart (2010)

Sozialarbeit Nr. 95, „Der tägliche Wahnsin“, ohne Verlag., Wien (Juni 1992)

Sozialwissenschaftliche Arbeitsgemeinschaft – Studienarbeit Nr. 108, „Suchtgift-Strafe-Therapie, Fakten – Probleme – Lösungen“, Sozialwissenschaftliche Arbeitsgemeinschaft, Wien (1995)

Wiener Medizinische Wochenschrift Jg.102, N. Loimer,, O. Presslich, E. Hollerer, E. Werner, G. Pakesch, V. Pfersmann, B. Schmid-Siegel und G. Aschauer, „Prävalenz von HIV-1-Infektion bei intravenös Drogenabhängigen 1986 bis 1989 in Wien“, Heft 4., Wien (Februar 1990)

Wiener Zeitschrift für Suchtforschung Nr. 1/2 , Jg.19, Wien (1996)

Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, Nr. 1, Jg. 31, Wien (2008)

Internet-Quellen

Ambros Wolfgang, „Woodstock und Wir“ → http://tv.orf.at/groups/kultur/pool/woodstock_wir

„CliniCum Neuropsy – Das Medium für Psychiatrie und Neurologie“, Sonderausgabe November 2007, Medizin Medien Austria GesmbH, Wien (2007) → <http://doktormohr.at/down/Suchterkrankungen.pdf>

Dialog → http://www.dialog-on.at/article_288.html

Die Presse, „Ganslwirt: Drogenhilfe seit 18 Jahren“, 17.3.2009, → zu finden unter http://diepresse.com/home/panorama/wien/461750/Ganslwirt_Drogenhilfe-seit-18-Jahren

Drogen-Wissen (Enzyklopädie) → <http://www.drug-encyclopedia.eu/>

Heinz W./Poehlke Th./Stöver H., „Glossar: Substitutionstherapie bei Drogenabhängigkeit“, 3. Auflage, Springer Verlag, Berlin – Heidelberg (2010) → <http://www.springerlink.com/content/x307807101808875/>

Intracerebralverlag, „Medizinische Differenzierung des Heroinsuchtproblems“ → zu finden unter <http://www.carlitos-amsel-vom-holunderstrauch.net/schriftenvondrhannescapuste/medizinische-differenzierungdesheroinsuchtproblems/index.html#>

Semmler C./ Hose A., „Kokainkonsum und kokainbezogene Störungen: Epidemiologie, Therapie und Prävention, Institut für Therapieforschung München → zu finden unter http://www.ratgeber-versand.de/files/ratgeber/51/f-328_286_d60889.pdf

Springer Alfred, „Substitutionstherapie: Zwischen Integration und Stigma“, 13. Substitutionsforum Mondsee → zu finden unter → http://www.oegabs.at/a_springer_integration_stigma.pdf

UNODC, „World Drug Report 2009 – Cannabis“, → zu finden unter
http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2010/2.4_Cannabis.pdf

UNODC, „World Drug Report 2009“, → zu finden unter
http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2009/WDR2009_eng_web.pdf

Universitätsklinik Düsseldorf, „Hepatitis C“, → zu finden unter
<http://www.uniklinik-duesseldorf.de/deutsch/unternehmen/kliniken/klinikfrgastroenterologiehepatologieundinfektiologie/behandlungsschwerpunkte/leber/virushepatitis/hepatitisc/page.html>

Filme

„Woodstock – The Directors cut“, Wadleigh-Maurice (1994)

Bilder

Waldenser, „Lux lucet in tenebris“, → zu finden unter
<http://www.perouse.info/geschichte.htm>

„Ich habe mich bemüht, sämtliche Inhaber der Bildrechte ausfindig zu machen und ihre Zustimmung zur Verwendung der Bilder (des Bildes) in dieser Arbeit eingeholt. Sollte dennoch eine Urheberrechtsverletzung bekannt werden, ersuche ich um Meldung bei mir.“

(Zugang zu den angeführten Links überprüft am 21.4.2011)

Curriculum Vitae

Name: Haberzettl

Vorname: Michael

Geburtsdatum: 21.5.1982 (Wr. Neustadt)

Studienadresse: Schönbrunnerstraße 119/15
1050 Wien

Hauptwohnsitz: Pfarrplatz 2/2/9
2870 Aspang

Nationalität: Österreich

Familienstatus: ledig

Ausbildung:

1988 – 1992 Volksschule (Krumbach)

1992 – 1996 Hauptschule (Krumbach/Aspang)

1996 – 1999 Handelsschule (Wr. Neustadt)

1999 – 2000 Ausbauhandelsschule (Hetzendorf)

2001 – 2004 Abendschule – Berufsreifeprüfung (Poly-College)

2004 – 2011 Lehramtsstudent der Psychologie, Philosophie und Geschichte
an der Universität Wien

Berufliche Laufbahn:

2000 – 2001 Bundesheer (Grundausbildung Jäger) ; Offizierskasino
Götzendorf (International Services)

2004 Juli-Sept. Behindertenbetreuer im Karl Schubert Haus (Mariensee)

2005 Juni-Sept. Charity-Agent in Regensburg und Stuttgart (Johanniter)

2002 – 2007 ORF-Zentralmarketing (Guide, Sektion Public-Relations)

2007 – 2008 Erasmus Student in Lettland und Lehrer am Agenskalna
Gymnasium

2008 – 2011 Wien Guide, Spielpädagoge & Sozialer Kompetenztrainer für
Schulklassen (Freiraum GesmbH)

Abstract

Der erste Teil dieser Arbeit befasst sich einführend mit den grundlegenden Begrifflichkeiten rund um Drogen und Drogenabhängigkeit sowie mit den jeweiligen Substanzen und deren Wirkungsspektrum in physiologischer und psychischer Hinsicht, um einerseits die Notwendigkeit eines adäquaten Umgangs mit diesbezüglichen Begrifflichkeiten auszuweisen und andererseits die Problematik eines jeweilig gearteten Drogenkonsums und dessen Folgewirkungen einsehbar zu gestalten. Im zweiten Teil befasst sich der Autor mit den essentiellen Hintergründen der aufkeimenden Jugend- und Drogenkultur in den 50er und 60er Jahren des vergangenen Jahrhunderts, um hierdurch die Gründe für einen einsetzenden illegalen Drogenkonsum auf österreichischem Territorium transparent zu gestalten und die immanenten Drogenkonsums-Ideologien dieser Jugendkulturgruppen auszuweisen. Der dritte Teil, welcher als Mittelpunkt der Auseinandersetzung angesehen wird, beschäftigt sich mit der Geschichte der Drogenambulanz an der psychiatrischen Universitätsklinik des AKH Wien, worin sowohl die entwicklungsgeschichtlich-institutionelle Formung als auch die therapeutisch-medizinischen Vorgehensweisen einer genaueren Beleuchtung unterzogen werden. Neben der Thematisierung der immanenten Problematik einer adäquaten und umfassenden Versorgung Suchtabhängiger, wird in diesem Teil der Arbeit ebenso aufgezeigt werden, dass die Entwicklungen und Bestrebungen der hiesigen Drogenärzte auch einschneidende und nachhaltige Veränderungen auf politisch-legislatorischer Ebene begünstigten bzw. initiierten, damit eine bestmögliche Versorgung für Drogenabhängige gewährleistet werden kann sowie auch ebenfalls der Aufbau und die Vernetzung der Drogenabhängigen-Versorgungseinrichtungen im Großraum Wien generell gesehen, von den jeweiligen Vorreitern dieser Einrichtung geprägt wurde. Der abschließende Teil gibt einen Ausblick über die bestandgenommenen Entwicklungen und Vorgehensweisen der Folgezeit, und schließt mit einer Zusammenfassung, welche die essentiellen Entwicklungen dieser Einrichtung in einem umfassenden und prägnanten Rahmen resümiert.