

(Aus der Landesheilanstalt Haina. — Direktor: Prof. Dr. *Langelüddeke*.)

Zur gesetzlichen Behandlung Rauschgiftsüchtiger*).

Von

Albrecht Langelüddeke.

Daß die Sucht, Mittel wie das Opium und seine Abkömmlinge, das Cocain und manche Schlafmittel mehr oder weniger gewohnheitsmäßig zu nehmen, ein Problem ist, dessen Lösung auch in Deutschland noch nicht restlos gelungen ist, und das noch immer besonderer Aufmerksamkeit bedarf, bezweifelt wohl niemand, der damit irgendwie zu tun hat. Sicherlich ist im Laufe der etwa letzten 10 Jahre viel geschehen, um diese Suchten nach Möglichkeit einzudämmen. Abgesehen von polizeilichen Maßnahmen war es besonders das Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln (Opiumgesetz), das sich günstig ausgewirkt hat. Tatsächlich waren in den letzten Jahren nur noch ganz ausnahmsweise die schweren Zustände zu sehen, die in den Jahren nach dem Kriege die Regel waren; die Zahl der Süchtigen ist vorwiegend, wenn auch nicht ausschließlich infolge des Opiumgesetzes wesentlich kleiner geworden. Es ist heute nicht mehr möglich, wie noch etwa 1928⁴, daß jemand, der das nötige Geld hat, ohne allzu große Schwierigkeiten jede gewünschte Menge Morphin oder Pantopon geliefert erhalten kann.

*Pohlisch*¹⁷ hat die Zahl der Personen, die im ersten Halbjahr 1928 Opiate auf zurückbehaltungspflichtige Rezepte mit einer Gesamtmenge von über 6,0 g aus den erfaßten Apotheken bezogen hatten, ermittelt; sie betrug 6356. Er schätzt die Zahl derer, die einen Tagesverbrauch von 0,1 g und mehr ein halbes Jahr hindurch hatten, auf etwa 0,7 auf 10000. Seitdem ist, wie *Linz*¹¹ berichtet, der Verbrauch an Morphin im Deutschen Reich erheblich zurückgegangen. Rechnet man die verbrauchten Opiate auf ihren Morphingehalt um, so ist der Verbrauch von 1420 kg im Jahre 1930 auf 1105 kg im Jahre 1931 zurückgegangen; nach der letzten Veröffentlichung von *Linz*¹² ist er inzwischen — bis 1932 — weiter auf wenig mehr als die Hälfte gesunken. Der Verbrauch an Cocain ist in den entsprechenden Jahren sogar von 412 kg über 188 kg auf weniger als den fünften Teil gesunken.

* Nach einem auf dem Kongreß der Neurologen und Psychiater in Frankfurt a. M. am 25. VIII. 1936 gehaltenen Vortrage, der jedoch an einigen Stellen verändert, an manchen erweitert und ergänzt ist. Für verschiedene Hinweise bin ich Herrn Geheimrat *E. Schultze* dankbar, dessen Arbeit „Morphinismus und Opiumgesetz“ (Münch. med. Wschr. 1928 I, 731 u. 777) erst nach Fertigstellung der vorliegenden Schrift mir zu Gesicht kam.

Neuere Untersuchungen liegen nicht vor. Wenn jedoch der Leiter der neugebildeten Reichszentrale zur Bekämpfung von Rauschgiftvergehen, Kriminalkommissar *Thomas*²⁶ mitteilt, daß bis zum 1. I. 1936 aus überwiegend Berliner Fällen bereits über 1600 Süchtige als straffällig bekannt geworden seien, so gibt diese Zahl doch zu denken.

Ein weiterer wichtiger Schritt zur Bekämpfung des Rauschgiftmißbrauches ist die Bestimmung der Reichsärzteordnung, daß einem Süchtigen die Bestallung als Arzt genommen werden kann. Dadurch wird nicht nur die Zahl der Süchtigen herabgedrückt werden (nach *Pohlisch*¹⁷ hatten 1928 560 Ärzte und Zahnärzte einen regelmäßigen Verbrauch von über 0,1 g); es wird, was meines Erachtens ebenso wichtig ist, eine leider sehr reichlich fließende Quelle für Infektionen verstopft werden.

Trotz der erfreulichen und nicht zu bezweifelnden Erfolge bleibt noch manches zu tun; unser Bestreben muß dahin gehen, die Suchten nicht nur einzudämmen, sondern sie nach Möglichkeit auszurotten, sie im Entstehen zu unterdrücken. Das Opiumgesetz sucht die Rauschgiftsuchten in erster Linie von der Seite des Vertriebs her zu bekämpfen, die Reichsärzteordnung erfaßt nur eine Berufsgruppe, die freilich besonders gefährdet ist, gibt aber naturgemäß keine Vorschriften zur weiteren Behandlung der rauschgiftsüchtigen Ärzte. Der Verbraucher, der Rauschgiftsüchtige selbst, ist in der Gesetzgebung bisher nur in untergeordneter Weise berücksichtigt. Hier ist eine Lücke vorhanden, wie auch *Ollendorf*¹⁵ meint, die ausgefüllt werden muß. Denn erst, wenn der Kreis geschlossen ist, wenn sowohl der Vertreibende und Verordnende wie der Verbraucher von den gesetzlichen Maßnahmen betroffen wird, wird eine Beschränkung auf die wirklich ärztliche Indikation möglich sein. Die gesetzliche Behandlung des Verbrauchers, des Süchtigen, soll der Gegenstand meiner Ausführungen sein.

Die Frage, wie man vom Verbraucher aus die Rauschgiftsuchten zu bekämpfen habe, ist schon wiederholt erörtert worden. Die Meinungen gingen in der Regel dahin, daß die Entmündigung, die jetzt nur wegen Geistesschwäche, gelegentlich auch einmal wegen Verschwendung möglich ist, erleichtert werden müsse, und es wurde vorgeschlagen, dem § 6 BGB. einen vierten Absatz anzuschließen oder den Absatz 3 zu ergänzen, so daß er etwa heißen würde: „Entmündigt kann werden, wer infolge von Trunksucht oder von *Rauschgiftsucht* seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag oder sich oder seine Familie der Gefahr des Notstandes aussetzt oder die Sicherheit anderer gefährdet.“

Vorschläge dieser Art hat bereits 1914 *Remertz*¹⁹ gemacht, wobei er, der damaligen Zeit entsprechend, das Interesse des Einzelnen noch in den Vordergrund stellte. Ebenso ist *Ilberg*¹ für eine Änderung des

§ 6 Abs. 3 BGB. im erwähnten Sinne eingetreten; ähnlich haben sich *E. Meyer*¹⁴ und *P. Wolff*²⁸ geäußert. Nicht ganz folgerichtig vertritt auch *A. Kauffmann*⁸ den gleichen Standpunkt, obwohl er vorher ausgeführt hat, „daß die im Interesse des Kranken und seiner Familie so notwendige Entmündigung“ schon zu einem Zeitpunkt erfolgen müsse, „wo weder eine Geisteskrankheit oder eine Geistesschwäche im Sinne des Gesetzes vorliegt, noch die Gefahr des Notstandes für den Kranken oder seine Familie akut geworden ist“. Einige dieser Autoren gehen freilich mit ihren Forderungen schon weiter, wie noch zu zeigen ist.

Darüber, daß die bisherige Praxis nicht ausreicht, besteht wohl Übereinstimmung, so daß ich auf diese Frage nicht näher einzugehen brauche*. Es fragt sich nun, ob die vorgeschlagene Änderung des BGB. genügen würde, um das Ziel, die Entsuechtung sowohl des Einzelnen wie auch des ganzen Volkes zu erreichen. Diese Frage stellen heißt sie verneinen:

1. muß jemand da sein, der den Antrag auf Entmündigung stellt. Daß das die Angehörigen, die ja in der Regel zuerst Kenntnis von der Sucht haben, tun werden, ist nicht zu erwarten. Aber auch eine Ausdehnung des Kreises der Antragsberechtigten auf Staatsanwaltschaft, Fürsorgeämter, ja selbst auf die Kreisärzte, wie etwa *Steinmann*²⁴ im Sinne hat, würde nicht viel weiterführen.

2. Vorausgesetzt nämlich, Anträge würden rechtzeitig gestellt werden, so könnte doch dem Antrage in der Regel nicht entsprochen werden, weil die übrigen Voraussetzungen (Nicht imstande sein, seine Angelegenheiten zu besorgen usw.) nicht erfüllt wären. Wenn ein Rauschgiftsüchtiger aber erst so weit gekommen ist, daß er diese Voraussetzungen oder auch nur eine von ihnen erfüllt, dann ist der günstigste Zeitpunkt für eine Heilung, die nach den Feststellungen von *Schwarz*²¹ und *Panse*¹⁶ durchaus möglich ist, wenn die Entziehung rechtzeitig vorgenommen wird, versäumt; der Rauschgiftsüchtige wäre außerdem während dieser Zeit eine Infektionsquelle für andere.

Die Entmündigung wegen Rauschgiftsucht kann daher nur ein *Hilfsmittel* sein, auf das ich als solches noch zurückkommen werde. Für die wirksame Bekämpfung der Rauschgiftsuchten von der Verbraucher-

* Die Praxis der Entmündigungsgerichte ist ebenso verschieden wie die Ansichten der Sachverständigen. Ich habe in Hamburg in einer ganzen Reihe von Fällen die Entmündigung wegen Geistesschwäche durchgesetzt. In einem, meines Erachtens einwandfreien Falle mißlang mir das; nach der Ablehnung der Entmündigung stellte sich heraus, daß der bis dahin unbescholtene Mann bereits so weit depraviert war, daß er, um eine Versicherungssumme zu erhalten, einen Einbruch bei sich fingiert hatte, und daß er in dem darauf folgenden Zivilprozeß einen Meineid geschworen hatte. In einem anderen Falle, in dem ich später die Entmündigung durchsetzte, war ein früheres Verfahren erfolglos geblieben, weil der Sachverständige, ein früherer Anstaltsdirektor, bei der sehr schweren Psychopathin keinen „Schwachsinn“ hatte feststellen können.

seite her kommt meines Erachtens nur *ein* Mittel in Betracht: *das ist die zwangsweise Entziehung und die darauf folgende Beaufsichtigung der Rauschgiftsüchtigen*. Das kann erreicht werden durch gesetzliche Bestimmungen, in die für schwere Fälle die Entmündigung einzubauen wäre.

Der Gedanke der zwangsweisen Entziehung ist nicht neu. Ich habe bereits darauf hingewiesen, daß ein Teil der Autoren, die sich für die Entmündigung wegen Rauschgiftsucht ausgesprochen haben, noch darüber hinausgehende Forderungen stellen. So will *Remertz*¹⁹ ehemalige Rauschgiftsüchtige unter staatliche Kontrolle stellen. *Meyer*¹⁴ verlangt, ein morphinsüchtiger Arzt müsse „gezwungen werden, sich sofort einer Entziehungskur zu unterziehen und länger, am besten mindestens $\frac{1}{2}$ Jahr der ärztlichen Tätigkeit fern zu bleiben und diese nicht eher wieder aufzunehmen, als bis wiederholte Kontrollversuche durch einen Facharzt die Möglichkeit des Freibleibens bekunden“. *Kauffmann*⁸ fordert: „Die Verbringung von Toximanen in eine Heilanstalt auch gegen ihren Willen zum Zwecke der Entziehung sollte durch gesetzliche Bestimmungen ermöglicht werden.“ *Wolff*²⁸ sagt, gerade der freie Wille des Süchtigen sei die Gefahr, die es auszuschalten gelte. Daher müsse „die Tatsache der Erkrankung an Alkaloidsucht schon die *staatliche Berechtigung zur Unterbringung in einer Entziehungsanstalt* auslösen“. *Steimann*²⁴ will ebenfalls eine Zwangsentziehung und für die Dauer derselben eine Entmündigung auf kreisärztliches Zeugnis. *Leppmann*¹⁰ hat gegen die gesetzliche Ermöglichung von Zwangsentziehungen grundsätzlich nichts einzuwenden; und der Jurist *Seidenspinner*²² sieht im Hinblick auf die Verhältnisse bei den Geschlechtskranken nicht ein, weshalb nicht auch bei den Rauschgiftsüchtigen die „Zwangsheilung gesetzlich normiert werden“ solle. Er hält es dabei mit Recht für nötig, die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt „unabhängig zu machen von der Voraussetzung eines auf Strafe lautenden Erkenntnisses“. *H. W. Maier*¹³ nimmt in seiner bekannten Arbeit über den Cocainismus einen ähnlichen Standpunkt ein; er hält jeden Cocainisten in Übereinstimmung mit *Zangger* und französischen Autoren für einen „gemeingefährlichen, ansteckenden Kranken . . ., gegen den auch im Interesse der Gesellschaft die strengsten Maßregeln nötig“ seien. Handele es sich um prognostisch ungünstig gelagerte Fälle (cocainisierte Kriminelle), so müßten nach Ansicht *Maiers* die „sichernden Maßnahmen um so energischer erwogen und durchgeführt werden“. *Ollendorff*¹⁵ schließlich spricht von einer Lücke im Opiumgesetz, die im Fehlen einer Bestimmung für die Zwangsentziehung mit Meldezwang der Ärzte an eine Zentralstelle bestehe.

Freilich sind auch gewisse Bedenken oder doch einschränkende Wünsche gegen die Zwangsentziehung geltend gemacht. Insbesondere

meint *Leppmann*¹⁰, sie dürfe keinesfalls so angeordnet werden, daß der Betroffene seine Stellung, seine Existenz verliere. Er fragt weiter, wie oft denn Rückfällige entzogen werden sollen. Und schließlich meint er, es gäbe Morphinisten, bei denen die Entziehung die Gesundheit schädige. *Joachimoglu*⁶ hält sich für berechtigt, langjährigen Morphinisten, die mehrere Entziehungskuren ohne Erfolg gemacht haben, Morphin zu verschreiben; er beruft sich auf *Wolff* und *Scheurlen*, die ähnliche Ansichten vertreten.

Ich halte diese Einwendungen nicht für stichhaltig: Früher oder später wird bei Rauschgiftsüchtigen doch einmal die Sucht bemerkt werden und zur Entlassung führen; es dürfte leichter sein, dem Süchtigen im Beginn seiner Sucht die Stellung zu erhalten als später, wenn er vielleicht schon durch Unregelmäßigkeiten aller Art das Vertrauen seiner Vorgesetzten sich verscherzt hat. Rückfällige bedürfen einer besonderen Behandlung. Gesundheitsschädigungen durch die Entziehung sind so selten, daß sie außer Betracht bleiben können. Jedenfalls steht das Wohl des ganzen Volkes über dem Interesse einzelner Süchtiger.

Während bisher nur ganz allgemein die Forderung einer gesetzlichen Normierung der Zwangsentziehung erhoben ist, stelle ich nunmehr die folgenden konkreten Vorschläge zur Diskussion:

1. *Rauschgiftsüchtig im Sinne eines zu schaffenden Gesetzes ist, wer ohne ausreichende ärztliche Indikation wiederholt ein Rauschgift zu sich nimmt. Die Mittel, die als Rauschgifte im Sinne dieses Gesetzes anzusehen sind, werden durch Verordnung bestimmt.*

Dazu ist zu bemerken: Bei der Bestimmung des Begriffs „Rauschgiftsucht“ kann es einer gesetzlichen Verordnung, die sich die vollständige Ausrottung der Rauschgiftsuchten zum Ziel gesetzt hat, nicht auf eine allen Anforderungen genügende Definition ankommen. Es gilt vielmehr den Begriff so zu umgrenzen, daß er einmal praktisch brauchbar ist, daß er zum anderen die möglichst frühzeitige Erfassung aller Rauschgiftsüchtigen gewährleistet. Ein Übel ist leichter und zuverlässiger im Entstehen zu bekämpfen, als wenn es sich erst eingefressen hat.

Wichtig ist natürlich der Mangel an ausreichender ärztlicher Indikation. Wer also wegen eines schmerzhaften Magenkrebses oder dergleichen regelmäßig Morphin erhält, ist zwar morphinkrank*, aber nicht rauschgiftsüchtig im Sinne obiger Vorschläge. Wer dagegen wegen mäßiger Zahnschmerzen auch nur einige Male Morphin nimmt, ist erheblich gefährdet und daher als Rauschgiftsüchtiger zu behandeln. Das Wort „gewöhnheitsmäßig“ habe ich vermieden; es gibt ja Cocainisten, die nicht täglich Cocain zu sich nehmen, Gelegenheitsschnupfer,

* Ähnlich auch *Gaupp* (4, S. 17).

die trotzdem für sich und andere eine Gefahr sind. Man sollte aber die Infektionsgefahr bei der anerkannten Neigung der Cocainisten zur Proselytenmacherei nicht gering einschätzen. Ich habe es daher vorgezogen, den Ausdruck „wiederholt“ zu verwenden. Auch dieser Ausdruck hat noch etwas Unbestimmtes; man wird sich vielleicht scheuen, jemanden, der 2mal ungenügend begründet Morphin erhält, als rauschgiftsüchtig zu bezeichnen. Immerhin wird niemand daran zweifeln, daß jemand, der etwa 5mal sich ein Rauschgift einverleibt, unter die Verordnung fallen würde.

Der Kreis der Mittel, die als Rauschgifte zu bezeichnen wären, sollte meines Erachtens weit gezogen werden. Man sollte alle Opiate, natürlich auch alle morphinhaltigen Mittel wie das Eumecon und das Trivalin, ferner das Cocain, aber auch gewisse Schlafmittel, namentlich das Phanodorm* dazu rechnen. Denn der Verbrauch von Schlafmitteln hat, worauf 1934 *Pohlisch* und *Panse*¹⁸ und 1936 *Dörries* und *Langelüddeke*³ hingewiesen haben, an manchen Orten überhand genommen. Das Phanodorm ist in einer Anzahl von Fällen zu einem reinen Suchtmittel geworden.

2. *Jeder Rauschgiftsüchtige ist vom behandelnden Arzt dem Amtsarzt zu melden; ebenso ist jeder Kranke zu melden, der regelmäßig aus ärztlicher Indikation Rauschgifte erhält. Der Amtsarzt entscheidet im Benehmen mit dem behandelnden Arzt, ob die Indikation ausreicht.*

Es kommt darauf an, alle Rauschgiftsüchtigen zu erfassen. Daher müssen im Interesse einer einheitlichen und gründlichen Bekämpfung der Rauschgiftsuchten auch alle gemeldet werden. Die Amtsärzte bzw. die Gesundheitsämter scheinen mir die gegebenen natürlichen Zentralstellen dafür zu sein.

Der Zwang, jeden Kranken zu melden, der aus ärztlicher Indikation Rauschgifte regelmäßig erhält, wird auf Widerstand stoßen. Freilich ist hier schon das Wort „regelmäßig“ eingeschaltet. Erhält also jemand wegen Gallensteinkoliken gelegentlich, auch „wiederholt“ Morphin, so ist eine Meldung nicht erforderlich. Nur die *regelmäßige* Verordnung soll die Meldung erforderlich machen. Diese erscheint mir notwendig, obwohl ich sie gern vermieden sähe. *Kraepelin* hat einmal gesagt: „Gäbe es keine Ärzte, so gäbe es auch keinen Morphinismus“⁹. Dem „gewissenlosen Treiben mancher Ärzte und Apotheker“, von dem *Gaupp*⁴ noch spricht, dürfte zwar durch das Opiumgesetz und die Reichsärzteordnung einerseits, durch die andere Einstellung des neuen Staates zu solchen Schädlingen andererseits ein Riegel vorgeschoben sein**.

* Auf dem Frankfurter Kongreß der Neurologen und Psychiater hat *Pohlisch* diese Forderung ganz besonders unterstrichen.

** Wenn *Thomas*²⁵ sagt, daß illegaler Opiumhandel in Deutschland fast nur noch unter Mithilfe von Apothekern und Ärzten zustande komme, so gibt es dafür

Wer aber viel mit Rauschgiftsüchtigen zu tun hat, wird sich der Einsicht kaum verschließen können, daß es durchaus achtenswerte Ärzte gibt, die aus einer gewissen gutmütigen Schwäche gegenüber den Wünschen ihrer Patienten oder aus anderen Gründen die Indikation für das Verschreiben von Rauschgiften nicht scharf genug stellen. Diese Erfahrung wird bestätigt durch eine Mitteilung von *Thomas*²⁵, nach der von 61 Fällen, in denen sich Ärzte auf ihre ärztliche Überzeugung beriefen, nur 5 durch gerichtsärztliches Gutachten als gerechtfertigt angesehen wurden. Durch die genannte Bestimmung soll diesen Ärzten das Rückgrat gesteuft werden; leider wird es sich nicht umgehen lassen, daß andere darunter leiden.

3. *Rauschgiftsüchtige sind vom Amtsarzt vorzuladen. Dieser entscheidet nach Prüfung des Falles darüber, ob eine Entziehung außerhalb der Anstalt möglich erscheint, oder ob der Rauschgiftsüchtige in eine Anstalt einzuweisen ist.*

Im ersten Falle muß längstens innerhalb Monatsfrist völlige Freiheit von Rauschgiften erzielt sein; die weitere Beaufsichtigung erfolgt wie bei den übrigen Rauschgiftsüchtigen.

Im zweiten Falle fordert der Amtsarzt den Rauschgiftsüchtigen auf, sich innerhalb einer gegebenen Frist, die in der Regel einen Monat nicht übersteigen soll, sich in die für den Kreis zuständige Anstalt zu begeben. Kommt der Rauschgiftsüchtige dieser Aufforderung nicht nach, ist er mit Hilfe der Polizei in die Anstalt zu bringen.

Die Schwierigkeiten, die hierdurch den Ärzten, insbesondere den Amtsärzten entstehen werden, dürften verhältnismäßig gering sein. Es handelt sich ja im Vergleich mit anderen Maßnahmen (z. B. Erbgesundheitsgesetz, Ehestandsdarlehen usw.) um geringe Zahlen. Doch gehören diese Maßnahmen, wie ich glaube, weder in die Hand der Fürsorgebehörden, noch in die der Polizei; sie sind vielmehr Angelegenheit der ärztlichen Betreuung des Volkes.

Die Entziehung außerhalb der Anstalten ist natürlich nur möglich bei den allerleichtesten und noch im Entstehen begriffenen Fällen; hier wird man, namentlich wenn die Anstalt droht, in vielen Fällen das gesteckte Ziel auch ohne Anstalt erreichen können. Schon in den mittelschweren Fällen und erst recht bei schweren Suchten wird die Einweisung in eine Anstalt erforderlich sein. Viel wird bei der Entscheidung für die eine oder die andere Möglichkeit auch auf die häuslichen

kein anderes Mittel, als drakonische Strafen. In China sind nach einer Zeitungsmeldung²⁷ in den ersten 11 Wochen des Jahres 1936 49 Opiumhändler hingerichtet worden. Auch die Käufer unterliegen dort schweren Strafen. Auch in Deutschland sollte man mindestens die Rauschgifthändler mit *langen* Freiheitsstrafen belegen; das ist, soweit ich sehe, auch die übereinstimmende Meinung aller Autoren, die sich mit dieser Frage befaßt haben.

Verhältnisse des Süchtigen und auf die Persönlichkeit des behandelnden Arztes ankommen.

4. Zur Entziehung werden in den einzelnen Teilen des Reiches geeignete geschlossene Anstalten bestimmt.

Daß es geschlossene Anstalten sein müssen, darüber besteht im allgemeinen wohl Einigkeit. Ich habe keine Bedenken, daß auch Privatanstalten, soweit ihr Leiter über genügend Erfahrung auf diesem Gebiete verfügt und soweit solche Anstalten sonst geeignet erscheinen, zur Entziehung herangezogen werden. Die Zahl der entziehenden Anstalten darf nicht zu groß sein. In den einzelnen Provinzen und Ländern dürfte es mit wenigen Ausnahmen (etwa Berlin, Bayern, evtl. Hamburg) genügen, wenn neben den Universitätskliniken eine Anstalt bestimmt würde. Wenn es sich um Provinzen mit überwiegend ländlicher Bevölkerung handelt, würde sogar eine Anstalt für zwei Provinzen ausreichen. Diese Zentralisierung hat den Vorteil, daß in den wenigen Entziehungsanstalten weit bessere Erfahrungen gesammelt werden können als bei einer Verteilung auf viele Anstalten. Dadurch steigen zweifellos die Heilungsaussichten. Die Heranziehung der Kliniken scheint mir zweckmäßig, weil für die Kranken dann die immer noch vorhandene Abneigung gegen die Provinzialanstalten fortfällt. In leichteren Fällen wird der Aufenthalt in diesen „Nerven“kliniken auch schon genügen. In schwereren Fällen mit voraussichtlich längerer Aufenthaltsdauer sind die Provinzialanstalten unentbehrlich.

5. Die Dauer der Internierung richtet sich nach der Lage des Falles; sie soll in der Regel nicht weniger als 2 Monate, nicht mehr als 9 Monate betragen. Für Entlassungen, die vor Ablauf von 2 Monaten erfolgen sollen, wie für über 9 Monate dauernde Internierungen ist die Zustimmung des Amtsarztes erforderlich. Entlassungen sind dem zuständigen Amtsarzt unter Angabe der zukünftigen Wohnung des Rauschgiftsüchtigen zu melden.

Die Grenzen von 2 und 9 Monaten entsprechen der ärztlichen Erfahrung. Die große Mehrzahl der Kranken wird in dieser Zeit entlassungsreif werden. In der Mitwirkung des Amtsarztes bei früheren Entlassungen und länger dauernden Internierungen sehe ich ein Sicherheitsventil für die Entziehungsanstalt, der in beiden Fällen Vorwürfe gemacht werden könnten.

6. Aus der Anstalt entlassene Rauschgiftsüchtige sind im ersten Halbjahr nach der Entlassung mindestens einmal im Monat, später seltener vom Amtsarzt vorzuladen und zu untersuchen. Nach Ablauf von insgesamt 3 Jahren nach der Entlassung soll eine 3tägige Unterbringung in der zur Entziehung bestimmten Anstalt stattfinden. Ergibt sich dabei kein Verdacht, soll die Beaufsichtigung abgeschlossen werden. Ergibt eine amtsärztliche Untersuchung den Verdacht, daß der Rauschgiftsüchtige wieder Rausch-

gifte nimmt, so kann der Amtsarzt eine 3tägige Unterbringung in der Entziehungsanstalt anordnen. Die dann etwa weiter erforderlichen Maßnahmen bestimmt der Amtsarzt nach Rücksprache mit dem Leiter der entziehenden Anstalt.

Daß nach der Entlassung aus der Anstalt eine weitere Kontrolle nötig ist, daß das Wissen um eine solche Kontrolle im Kranken gegenüber etwa auftauchenden Wünschen nach Rauschgiften starke Hemmungen setzt, weiß jeder Erfahrene. Ich habe auch bei schwersten Rauschgiftsüchtigen noch Gutes erreicht, wenn es mir gelang, den Kranken nach der Entlassung auf irgendeine Weise zum regelmäßigen Sichvorstellen zu zwingen. Die Untersuchungen sollten bei diesen Gelegenheiten möglichst genau sein: Einstichstellen, Naseneingang, Pupillen, Puls, Gewichtskurve, Urinuntersuchung, Allgemeineindruck sind die wichtigsten dabei zu berücksichtigenden Punkte. Enge Zusammenarbeit des Amtsarztes mit dem Leiter der entziehenden Anstalt ist erforderlich. Liegt die Anstalt dem Wohnsitz des Rauschgiftsüchtigen nahe, so könnte die Kontrolle auch durch die Anstalt ausgeübt werden. Bei Rückfällen sollte der Anstaltsleiter, der in der Regel den Kranken besser kennt, stets um seine Meinung über die zu treffenden Maßregeln gefragt werden.

7. Rauschgiftsüchtige, die nicht imstande sind, ihre Angelegenheiten zu besorgen oder sich oder ihre Familie der Gefahr des Notstandes aussetzen, oder sich oder andere gefährden, sind zu entmündigen. Antragsberechtigt sind außer den sonst berechtigten Verwandten die Staatsanwaltschaft, der Amtsarzt und der Leiter der entziehenden Anstalt.

Den Wortlaut des Entmündigungsparagraphen habe ich absichtlich etwas anders gefaßt wie den § 6, Abs. 3 BGB. Einmal ist aus der Kannvorschrift eine Mußvorschrift geworden. Es soll dadurch auf die verantwortlichen Betreuer der Kranken, insbesondere auf den Amtsarzt und den Anstaltsleiter ein Druck ausgeübt werden, daß sie den Entmündigungsantrag rechtzeitig stellen. Zweitens ist der Ausdruck die „Sicherheit anderer gefährden“ durch den viel weiter gefaßten „sich oder andere gefährden“ ersetzt. Ein Morphinist gefährdet kaum einmal die Sicherheit anderer, wohl aber gefährdet er seine eigene Gesundheit auch dann, wenn er nur in beschränktem Ausmaße spritzt. Dadurch soll die Entmündigung erleichtert werden.

Der Kreis der Antragsberechtigten mußte erweitert werden, weil die Beschränkung auf die Verwandtschaft die Maßnahme praktisch illusorisch machen würde. Um das Verfahren möglichst zu beschleunigen, habe ich die ärztlichen Instanzen mit hineingenommen. Die Staatsanwaltschaft arbeitet nach meinen Erfahrungen in diesen Fragen oft etwas langsam.

8. Rauschgiftsüchtige, die mindestens dreimal rückfällig geworden sind, können dauernd in einer geschlossenen Anstalt verwahrt werden.

Die Einweisung kann die Staatsanwaltschaft, die Polizei, der Amtsarzt und der Vormund veranlassen. Nach Ablauf von 3 Jahren ist zu prüfen, ob die Maßnahme noch zu Recht besteht.

Die Vorschrift bezweckt die dauernde Beseitigung einer latenten Gefahr aus dem Volkskörper. Das „kann“ dieser Vorschrift soll darauf hinweisen, daß nach Lage des Falles zu verfahren ist. Die Verwahrung kann in jeder geschlossenen Anstalt erfolgen, ist also nicht an die Entziehungsanstalten gebunden.

Mein Vorschlag weicht hierin erheblich von den Ansichten *Joachimoglus*⁶ ab, der sich, wie schon erwähnt, mit *Wolff* und *Scheurlen* für berechtigt hält, langjährigen Morphinisten, die mehrere Entziehungskuren ohne Erfolg gemacht haben, weiter Morphin zu verschreiben. Auch *Steimann*²⁴ nimmt einen von diesen Autoren abweichenden, meinem Vorschlag angenäherten Standpunkt ein. Man sollte alten Morphinisten gegenüber nicht deshalb nachgiebig werden, weil man resigniert.

Die gesamten Zwangsmaßnahmen lassen sich also in 3 Stufen gliedern:

Stufe 1: Bei den leichtesten Fällen nach Entziehung außerhalb der Anstalt Beaufsichtigung für eine bestimmte Zeit.

Stufe 2: In mittelschweren Fällen Zwangsentziehung in einer Anstalt mit nachfolgender Beaufsichtigung auf bestimmte Zeit.

Stufe 3: In schweren und schwersten Fällen außerdem Entmündigung und gegebenenfalls dauernde Verwahrung.

9. Die Kosten für die Unterbringung in der Entziehungsanstalt trägt der Rauschgiftsüchtige. Ist er nicht dazu imstande, treten die Fürsorgeverbände ein. Ist der Rauschgiftsüchtige versichert, so wird die Krankenversicherung und die Invaliden- bzw. die Angestelltenversicherung zu je einem Drittel zur Tragung der Kosten in der niedrigsten Verpflegungsklasse herangezogen.

Die Kostenfrage ist hier ähnlich zu regeln wie bei der Trunksucht. Daß die Krankenkassen allein die Kosten tragen, scheint mir nicht tunlich; die Krankenkassen wehren sich dagegen mit der gewiß nicht ganz unberechtigten Behauptung, daß der Kranke selbst eine Schuld an seinem Zustande habe. Da die Versicherungsanstalten ein Interesse daran haben, die Rauschgiftsüchtigen arbeitsfähig zu erhalten bzw. sie wieder arbeitsfähig zu machen, scheint mir die Dreiteilung eine gerechte Lösung der Kostenfrage zu sein.

10. Zum Vormund wird ein Berufsvormund ausgewählt, der jeweils einen größeren Bezirk zu versorgen hat. Neben diesem kann ein Gegenvormund bestellt werden. Bei Meinungsverschiedenheiten entscheidet das Vormundschaftsgericht.

Um die Vormundschaft über Rauschgiftsüchtige mit Nutzen ausüben zu können, bedarf es der Erfahrung. Diese wird sich nur der

Berufsvormund erwerben, ähnlich den Verhältnissen bei den Trunksüchtigen. Mit Recht fordern daher auch *Ilberg*¹ und *Wolff*²⁸ den Berufsvormund. Zweckmäßig wäre ein Arzt oder ein mit der Materie vertrauter Jurist zu bestimmen. Die Berufsvormundschaft mit den zahlreichen Mündeln hat jedoch auch ihre Nachteile, die bei Trinkern immer wieder hervorgetreten sind: der Berufsvormund kann sich nicht genügend um den einzelnen kümmern; er kann nicht genügend individualisieren. Der Rauschgiftsüchtige braucht aber einen Anhalt; er braucht einen Menschen, an den er sich jederzeit wenden kann, der ihn anhört, bei dem er sich aussprechen kann. Dazu hat der Berufsvormund in der Regel keine Zeit. Der hierin liegende Mangel soll ausgeglichen werden durch den Gegenvormund, der die besondere Aufgabe hätte, sich des Rauschgiftsüchtigen in mehr freundschaftlicher Weise anzunehmen. Das scheint mir gerade bei den Süchtigen ein dringendes Erfordernis und ein Stück praktischer Psychotherapie.

Die von mir gemachten Vorschläge sind hart. Aber ohne Härte läßt sich hier nichts erreichen. Und was für den Süchtigen zunächst als Härte erscheint, bedeutet auch für ihn letzten Endes eine Wohltat. Denn dadurch wird es möglich, ihn mit ziemlich großer Wahrscheinlichkeit zu *heilen*, wie die Untersuchungen von *Schwarz*²¹ und *Panse*¹⁶ über die Prognose des Morphinismus lehren. Darüber hinaus aber gilt es, das Volk von einer verheerenden Seuche zu befreien, unsere Nachkommen gegen die Gefahren derselben zu schützen. Nach *Panse*¹⁶ „sind die Aussichten für eine erfolgreiche Bekämpfung des Opiatmißbrauches in Deutschland . . . nicht schlecht, wenn eine straffe Regulierung und Überwachung des Verbrauchs mit intensiver Erfassung jedes als Mißbraucher Erkannten Hand in Hand gehen. Es dürfte“, so sagt *Panse* weiter, „sogar möglich sein, den Opiatmißbrauch und damit einen schweren Volksschaden in Deutschland ganz zu beseitigen“. Nach *Seidenspinner*²² sollen in Schweden und in England mit der Zwangsheilung erhebliche Erfolge erzielt worden sein. Das auch für Deutschland zu erreichen, ist der Sinn und das Ziel meiner Vorschläge.

Literaturverzeichnis.

- ¹ *Bonhoeffer* u. *Ilberg*, Allg. Z. Psychiatr. **83**, 228 (1926). — ² *Dörries* u. *Langelüddeke*, Z. Neur. **154**, 658 (1936). — ³ *Fraeb* u. *Wolff*, Die straf- und zivilrechtliche Stellungnahme gegen den Rauschgiftmißbrauch. Georg Thieme. Leipzig 1927. — ⁴ *Gaupp*, Die Gefahren der Rauschgifte für das deutsche Volk. Bericht, erstattet auf dem 47. Deutschen Ärztetag am 29. u. 30. VI. 1928 in Danzig. — ⁵ *Gerfeldt*, Allg. Z. Psychiatr. **85**, 309 (1927). — ⁶ *Joachimoglu*, Ärtzl. Sachverst.ztg **34**, 61 (1928). — ⁷ *Joel* u. *Fränkel*, Klin. Wschr. **1927** I, 1053. — ⁸ *Kauffmann*, A., Allg. Z. Psychiatr. **80**, 391 (1924). — ⁹ *Kraepelin*, Psychiatrie. 8. Aufl. Bd. II. — ¹⁰ *Leppmann*, Ärtzl. Sachverst.ztg **34**, 77 (1928). — ¹¹ *Linz*, Dtsch. med. Wschr. **1932** II, 1134. — ¹² *Linz*, Gesdh. u. Erziehg **46**, 496 (1933). — ¹³ *Maier*, H. W.,

Der Cocainismus. Georg Thieme. Leipzig 1926. — ¹⁴ Meyer, E., Arch. f. Psychiatr. **81**, 500 (1927). — ¹⁵ Ollendorf, Ärztl. Sachverst.ztg **34**, 79 (1928). — ¹⁶ Panse, Der öff. Gesdh.dienst **1**, 73 (1935) B. — ¹⁷ Pohlisch, Die Verbreitung des chronischen Opiatmißbrauchs in Deutschland. S. Karger. Berlin 1931. — ¹⁸ Pohlisch u. Panse, Schlafmittelmisbrauch. Georg Thieme. Leipzig 1934. — ¹⁹ Remertz, Arch. f. Psychiatr. **53**, 943 (1914). — ²⁰ Rode, Psychiatr.-neur. Wschr. **1931**, 115. — ²¹ Schwarz, Mschr. Psychiatr. **63**, 188 (1927). — ²² Seidenspinner, Ärztl. Sachverst.ztg **34**, 69 (1928). — ²³ Seifart, Die gerichtsärztliche Begutachtung von Delikten der Morphinisten nach geltendem und künftigen Recht. Inaug.-Diss. Breslau. — ²⁴ Steimann, Münch. med. Wschr. **1927** I, 719. — ²⁵ Thomas, Z. f. Gesdh.verw. **5**, 105 (1934). — ²⁶ Thomas, Dtsch. Ärztebl. **1936**, 680. — ²⁷ Völkischer Beobachter vom 19. III. 1936. — ²⁸ Wolff, P., Dtsch. med. Wschr. **1928** I, Nrn 1, 2, 4, 6, 7, 9 u. 10.
