



REPUBLIK ÖSTERREICH
Oberlandesgericht Wien
Der Präsident

Wien, am

21. Februar 1995
Schmerlingplatz 11

Justizpalast

A-1016 Wien

Briefanschrift

A-1016 Wien, Postfach 58

Telefon

0 22 2/52 1 52-0

Telefax 0 22 2/52 1 52-690

Sachbearbeiter Dr. Solé

Klappe 438 (DW)

Jv 5-2/95

An den

Herrn Präsidenten des

Nationalrates

W i e n

BOTH GESETZENTWURF	
Zi. <u>1</u>	-GE/19
Datum: 27. FEB. 1994	
Verf. 28. Feb. 1995	

St. Sommerger

Betrifft: Entwurf einer Novelle zum
Suchtgiftgesetz 1951; allgemeines
Begutachtungsverfahren.

Bezug: 21.551/32-II/D/14/94 des Bundesministeriums
für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz.

Zu oben bezeichnetem Entwurf erlaube ich mir nachster-
hende neue

S t e l l u n g n a h m e

des Senates gemäß § 36 GOG des Oberlandesgerichtes Wien
vorzulegen:

Zu den §§ 12, 14, 16, 34, 35 und 42 SMG:

Die getrennte Erfassung der einzelnen Suchtmittel in
den Strafbestimmungen der §§ 34, 35 und 42 SMG erscheint
sehr problematisch. Nicht nur, daß die Strafsätze zum Teil
willkürlich festgesetzt erscheinen (so normiert § 42 Abs.1

- 2 -

für den Erwerb und Besitz einer großen Menge eines Vorläuferstoffes eine Freiheitsstrafe bis zu 3 Jahren und entspricht damit § 14 des Gesetzesentwurfes, während in § 35 Abs.1 für den Erwerb und den Besitz einer großen Menge psychotroper Stoffe nur 2 Jahre Freiheitsstrafe vorgesehen sind), birgt die verschiedene Behandlung der in Rede stehenden Stoffe vor allem dogmatischen Sprengstoff. So entspricht es den Erfahrungen der Praxis, daß (jedenfalls) Suchtgifte und psychotrope Stoffe nicht nur vielfach kombiniert auftreten (vgl. dazu Pkt. 7.1. des allgemeinen Teiles der Erläuterungen), sondern auch vom Konsumenten oftmals angesichts ihrer ähnlichen Wirkungen miteinander verwechselt werden. Selbst wenn psychotrope Substanzen (ausgenommen Designerdrogen) derzeit noch vielfach in Tablettenform hergestellt werden und sich damit von Suchtgiften oft schon äußerlich unterscheiden, ist im Hinblick auf deren strafrechtliche Erfassung durch das SMG wohl mit einer Anpassung der (illegalen) Vertriebsform zu rechnen. Sieht man von spektakulären Großaufgriffen, die indes häufig auf einer bedenklichen Einschätzung des § 25 StPO beruhen und rechtsstaatlich problematisch erscheinen (vgl. Steininger, ÖJZ 1981, 308) ab, so gelingt die Aufdeckung des Suchtgifthandels in der Regel durch freiwillige Preisgabe der Händler von seiten der Konsumenten. Wurde das in Verkehr gesetzte Suchtmittel aber bereits konsumiert und steht demnach für eine chemische Analyse nicht mehr zur Verfügung, kommt es auf die subjektive Einschätzung des Zeugen darüber an, ob ihm ein Suchtgift oder ein psychotroper Stoff (allenfalls auch ein Vorläuferstoff) überlassen wurde. Kann diese Frage angesichts der unstreitig ähnlichen Wirkung nicht mit der für eine Verurteilung erforderlichen Sicherheit geklärt werden (und den Zweifelsgrundsatz des Art.6 Abs.2 MRK sollte man nicht wegen einer einfachgesetzten Spezialvorschrift über Bord werfen), so müßte das Gericht (angesichts der einen objektiven Standpunkt vertretenden Judikatur des Obersten Gerichtshofes zum absolut untauglichen Versuch des § 15 Abs.3 StGB) in solchen Fällen mit einem Freispruch vorgehen (vgl. zum Problem der

- 3 -

sogenannten wahldeutigen Feststellungen: Mayerhofer-Rieder StPO³ § 260 E 65), was zu kriminalpolitisch schlichtweg unververtretbaren Ergebnissen führen würde. Eine dahingehende Verteidigungsvariante sich zurechtzulegen, dürfte im übrigen nicht allzu schwierig sein.

Die Frage verliert ihre Schärfe im Zusammenhang mit den Qualifikationsbestimmungen des derzeitigen § 12 Abs.1 und Abs.3 Z 1, 2 und Abs.4 SGG. Bloß durch ihre Menge qualifizierte Manipulationen eines Suchtgiftes im Sinne des derzeitigen § 12 Abs.1 und Abs.3 Z 3 SGG aber müßten, um dieser kriminalpolitischen Widersinnigkeit aus dem Weg gehen zu können, in Form eines alternativen Mischtatbestandes erfaßt werden. Was spricht angesichts der ohnedies über eine Rechtsverordnung zu klärenden Grenzmengenqualifikation dagegen, im § 12 Abs.1 und Abs.3 Z 3 SMG statt von "Suchtgift" von "Suchtmittel (§ 1 Abs.1)" zu sprechen (aus welchem Begriff Vorläuferstoffe dann, wenn diese einen ähnlichen Effekt beim Konsumenten nicht auszulösen imstande sein sollten, unter Umständen ausgeschieden werden könnten)?

Eine aus praktischer Sicht durchaus drängende Frage der Anwendung des § 12 Abs.1 und Abs.3 Z 3 SGG hat der Entwurf im übrigen zu klären unterlassen.

Bekanntlich werden bei Bejahung einer Handlungseinheit, welche in subjektiver Hinsicht die bewußt kontinuierliche Begehung der einzelnen Tathandlungen voraussetzt, einzelne Suchtgiftmengen, welche, isoliert betrachtet, die Grenzmenge nicht übersteigen würden, zur Unterstellung aller Teilakte unter den Verbrechenstatbestand des § 12 Abs.1 SGG addiert (vgl. statt aller: EvBl 1991/63).

Das scheint kriminalpolitisch sinnvoll zu sein. Die dogmatische Grundlage dafür ist aber schwer auszumachen. Um ein sogenanntes fortgesetztes Delikt (dessen Kriterien nach der Rechtsprechung des OGH allerdings erfüllt sein müssen) soll es sich nämlich offenbar nicht handeln. Damit wäre in der Tat das Problem verbunden, daß schon Ausführungsnahe zum ersten Teilakt den Tatbestand der §§ 15 Abs.1 StGB, 12 Abs.1 (und allenfalls auch Abs.3 Z 3) SGG (künftig SMG) herstellen

würde.

Auch die Ablehnung der dogmatischen Konstruktion eines fortgesetzten Deliktes führt aber insoweit zu keinem anderen Ergebnis, was trotz des (kriminalpolitisch vernünftigen) Konstruktes der Addition einzelner Tathandlungen gerade im Fall eines exzessiv geständigen Täters zu einem höchst unerwünschten, viel zu strengen Ergebnis führen müßte.

Eine legistische Klärung des Problems scheint demnach dringend vonnöten und könnte in einer der Bestimmungen des § 29 StGB ähnlichen Norm gefunden werden.

Bleibt in diesem Zusammenhang anzumerken, daß es sich bei "Profidealern" langsam herumsprechen dürfte, daß der Erfolg einer verdeckten Fahndung dann weitgehend verunmöglichlicht wird, wenn der (vollendete) Transport des Suchtgiftes über eine Staatsgrenze vor dessen Übergabe vereinbart wird (vgl. zur Problemlage: Fabrizy im Wk § 12 Rz 59).

Zu begrüßen sind demgegenüber die Formulierungen der §§ 12 Abs.2 2.Satz und 16 Abs.2 Z 2 2.Halbsatz SMG, weil schwer Süchtige bekanntlich nicht arbeitsfähig sind und in der Regel auch keinerlei sonstigen finanziellen Rückhalt haben, sodaß sie sich mit dem Handel von Suchtgift nicht nur die Mittel verschaffen, die ihnen den eigenen Suchtgiftmißbrauch ermöglichen, sondern darüberhinaus auch das wenige, das sie für Wohnen, Kleidung und Essen benötigen.

Ganz wesentlich wird sich der neue Absatz 5 des § 12 SMG auswirken, weil bisher der Oberste Gerichtshof - in diesem Punkt entgegen den Vorschlägen des Suchtgiftbeirates - die Grenzmenge bei Heroin mit 1,5 g angenommen hat. Gerade wenn man auf das Gewöhnungsverhalten von Suchtkranken bedacht nimmt, wie es der Gesetzgeber vorsieht und bedenkt, daß schwer Heroinabhängige täglich 1,5 g reinen Heroins und mehr verbrauchen, ist leicht abzusehen, daß die Grenzmenge im Verordnungsweg jedenfalls nicht unter jenen Werten festgesetzt werden wird, die seinerzeit der Suchtgiftbeirat vorgeschlagen hat. Die Grenzmenge bei Heroin wird sich wohl bei 5 g oder bei einem höheren Wert finden lassen. Das bedeutet aber für die Praxis, daß § 16 SGG künftig Bereiche

- 5 -

abdecken wird, die bisher unter § 12 SGG gefallen sind.

Schon jetzt ist die Diskrepanz zwischen den Strafsätzen des § 16 und des § 12 SGG zu groß. Es sollte daher der Strafsatz beim Grunddelikt des § 16 SMG auf ein Jahr angehoben werden. Da inzwischen die Zuständigkeit des Bezirksgerichtes dafür hinreicht, ergäben sich daraus keinerlei prozessuale Probleme. Nur unter dieser Voraussetzung erscheint es ohne weiteres vorstellbar, die Bestimmung der Grenzmenge der Ingerenz der Judikatur gänzlich zu entziehen. Denn der Oberste Gerichtshof ist vor allem aus der Erwägung zu einer Abweichung von den Vorschlägen des Suchtgiftbeirates gelangt, daß sich die sogenannten süchtigen Dealer an der Grenzmenge orientieren und regelmäßig gerade soviel Suchtgift bei sich führen, daß ihnen das Verhandeln einer großen Menge eben noch nicht vorgeworfen werden kann. Bedenkt man, daß aus einem Gramm Heroin 200 Einzeldosen für Ungewohnte hergestellt werden können und die Grenzmenge künftig voraussichtlich bei 5 g (also 1000 Einzeldosen) liegen wird, ist unter diesem Gesichtspunkt der Strafsatz des § 16 Abs.1 SGG unvertretbar gering.

Daß künftig § 17 unter den im Abs.2 dieser Gesetzesstelle dargelegten Voraussetzungen auch anwendbar sein soll, wenn eine nach § 16 mit Strafe bedrohte Handlung in bezug auf eine größere als eine bloß geringere Menge begangen wurde, ist vertretbar. Auch die formlose Zurücklegung der Anzeige beim Erstmißbrauch von Haschisch erscheint durchaus sachgerecht.

Zu § 21 Abs.2 SMG:

Prinzipiell zu begrüßen ist die vorgeschlagene Regelung des § 21 Abs.2 SMG, wonach der Bund bestimmte Behandlungskosten trägt. Es darf jedoch insbesondere im Hinblick auf die angestrebte Budgetsanierung nachdringlich auf die nach wie vor ungelösten tariflichen Probleme hingewiesen werden. Im Falle einer stationären Drogentherapie hat daher das

- 6 -

Gericht zu entscheiden, ob Anstaltspflege oder eine Unterbringung in einem Wohnheim vorliegt. Im zweiten Fall wäre nach Auskunft der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter nichts, im ersten Fall aber der volle Spitalsaufwand zu tragen (vgl. Blg 2). Es braucht nicht gesondert darauf hingewiesen werden, daß die eine Lösung zu wenig, die andere aber zu viel an Kosten verursacht.

Zu den §§ 17 Abs.2, 23a Abs.1 und 23b SMG:

So begrüßenswert es wäre, die vielfach mit Drogenkonsum und -handel verbundene Begleitkriminalität "wie Rezeptfälschung oder Einbruchdiebstahl in Apotheken" (vgl. Seite 47 der Erläuterungen) zu berücksichtigen, erfaßt die nach den Erläuterungen nur darauf bezogene Formulierung der §§ 17 Abs.2 und 23a Abs.1 SMG in Wahrheit jedwede Begleitkriminalität. Während § 17 Abs.1 SMG angesichts weiterer, dort sich findender, eine sachgerechte Einschätzung durch den Staatsanwalt ermöglichender Kriterien noch angeht, beinhaltet § 23a Abs.1 SMG einen unbedingten Gesetzesbefehl aufgrund des dort verwendeten Wortes "ist".

"Im Zusammenhang mit seiner Gewöhnung an Suchtgift" wird aber etwa auch ein Kokainsüchtiger nicht selten ein Wirtschaftsdelikt begehen, kommen Verbrechen des schweren Raubes und Vergewaltigungen vor, ohne daß diese naheliegende Problematik hier weiter erörtert werden soll. Warum kann man nicht, wie dies auch § 37 Abs.1 SMG tut, auch in Fällen des § 23a Abs.1 SMG durch das Wort "kann" die Entscheidung dem sachgerechten Ermessen des Richters überlassen? Sollte dies indes nicht gewünscht sein, so bedarf es dringend einschränkender sachgerechter Kriterien gegen die uferlose Ausweitung der kriminalitätspolitisch höchst bedenklichen Bestimmung. Diese ist nämlich im Zusammenhang damit zu sehen, daß der Verurteilte nicht mehr durch eine entsprechende Weisung zu einer (nach allfälliger Befragung eines Sachverständigen) als sachgerecht beurteilten Therapie veranlaßt werden darf. Das ist bisher vielfach - mit Erfolg geschehen. Denn auch

- 7 -

ein Leidensdruck fordert - im Gegensatz zu manchen praxisfernen Meinungen - sehr wohl die Theraphiebereitschaft und führt vielfach zur Freiheit von Suchtgiften.

§ 8 Abs.2 SMG, auf den § 23a SMG verweist, sieht eine solche Möglichkeit, was auch die Erläuterungen (vgl. Seite 48) unumwunden einräumen, aber nicht vor.

Suchtverhalten ist nach den täglichen Erfahrungen der Praxis dadurch geprägt, sich der Verantwortung (auch für seine eigene Gesundheit) nicht zu stellen und an die Stelle notwendiger (oft einschneidender) Schritte ein Vermeidungsverhalten zu setzen, dem durch die neuen Bestimmungen der Weg freigemacht wird. Das bislang recht taugliche Instrument des § 23a SGG, durch entsprechenden Strafdruck einen Motivationsschub zu erzeugen, fällt vollends dahin.

Allenfalls vermuteter Verständnisunwilligkeit von Normanwendern wäre nach der Lebenserfahrung besser durch einfühlsame Schulung der befaßten Richter und Staatsanwälte beizukommen, als durch enge gesetzliche Regeln, die aufgrund ihrer Abstraktheit einerseits nicht selten an den Erfordernissen des Einzelfalles vorbeigehen, andererseits den Vertretern der Strafjustiz schrittweise das ihr Verantwortungsbewußtsein ungemein stärkende Gefühl nimmt, einen wesentlichen Beitrag für ein gedeihlich geordnetes Zusammenleben, das die größtmögliche Freiheit aller zu erreichen sucht, zu leisten.

Die Ausdehnung der Möglichkeit, den Vollzug einer Strafe durch selbstgewollte Theraphie zu vermeiden, auf Freiheitsstrafen bis zu 3 Jahren wäre daher nur unter der Voraussetzung zu begrüßen, daß das weitere Geschehen nicht vollends aus der Ingerenz des Strafgerichtes in die Hand eines "Süchtigen" gegeben wird. Zur allgemeinen Feststellung der Normtreue könnte eine solche Bestimmung nämlich keinen Beitrag leisten.

Der Verweis auf den "Gleichheitssatz" in den Erläuterungen stellt sich im übrigen als petitio principii der Art dar, daß die Bevorzugung süchtiger Krimineller aufgrund des Gleichheitsgebotes gegenüber allen anderen (auch

behandlungsbedürftigen) Tätern unterstellt wird, was aus den Grundsätzen der Verfassung erst zu beweisen wäre. Alkoholiker, alle anderen Süchtigen (vgl. auch § 37 Abs.1 SMG) und Kranke werden solch bevorzugter Behandlung jedenfalls nicht zuteil.

Aus forensisch psychiatrischer und kriminologischer Sicht soll zum angeschnittenen Problemkreis auf das beiliegende Positionspapier des Drogenbeauftragten der Vorarlberger Landesregierung, des Chefarztes des Suchtkrankenhauses Stiftung Maria Ebene, Prim.Univ.DoZ. Dr.Reinhard Haller, verwiesen werden (Blg.1).

Dabei ist der vorgeschlagenen Bestimmung des § 180 Abs.5 Z 2a StPO durchaus beizupflichten. Auch die Möglichkeit eines Teilwiderrufes, welche § 23b Abs.3 SMG vorschlägt, erscheint sachgerecht, wenngleich sie wohl sinnvollerweise durch eine der Bestimmung des § 46 Abs.4 2. und 3.Satz StGB vergleichbare Regelung zu ergänzen wäre.

Schließlich ist die prozessuale Regelung über die sachliche Zuständigkeit für die nachträgliche Gewährung einer bedingten Strafnachsicht, die auf einen Verweis in Richtung des § 410 StPO verzichtet, uneingeschränkt zu begrüßen.

Wie aber der Erfolg im Sinne des § 23b Abs.1 SMG überprüft werden soll, wenn man sich vor Augen hält, daß die lex artis einer psychiatrischen Begutachtung neben der Momentaufnahme vornehmlich einen "Längsschnitt" vorschreibt, liegt angesichts der neu einzuführenden Verschwiegenheitspflicht des § 22 Abs.4 SMG einigermaßen im Dunkeln. Der Mißbrauch bloßer "Formalbestätigungen" und solcher, die der "Süchtige" selbst beizubringen hat, liegt auf der Hand. Dazu kommt, daß im Falle eines solcherart undefiniert gebliebenen "Erfolges" das Gericht ohne jede weitere Erwägungen (etwa in Richtung der Kriterien des § 43 StGB) die Strafe bedingt nachzusehen hat.

- 9 -

Zu § 23a Abs.3 SMG:

Auch die Widerrufsbestimmung des § 23a Abs.3 SMG scheint nochmaliger Überlegung zu bedürfen.

Wie angesichts vielfach unbekannter Adressen eine förmliche Mahnung im Sinne des § 23a Abs.3 Z 1 SMG erteilt werden soll, dürfte nicht leicht zu beantworten sein. Selbst die Zustellung einer schriftlichen Mahnung in Form der Hinterlegung dürfte dann, wenn sie nicht vom Adressaten selbst behoben wird, nicht als "förmlich" im Sinne der vorgeschlagenen Regelung angesehen werden können. Eine zwangsweise Vorführung zu "förmlicher Mahnung" aber sieht das Gesetz nirgends vor.

Schließlich steht das Erfordernis einer förmlichen Mahnung in einem bemerkenswerten Spannungsverhältnis zum Postulat der Eigenverantwortlichkeit des "Süchtigen".

Was soll im Übrigen gelten, wenn, was künftig verstärkt auftreten dürfte, der Süchtige die gewählte Therapie mehrfach abbrechen sollte und sich schließlich keine in Frage kommende Institution mehr bereit erklärt, diesen aufzunehmen?

Wenn er sich zu einer gesundheitsbezogenen Maßnahme (§ 8 Abs.2) weiterhin bereit erklärt, kommt ein Widerruf nach § 23a Abs.3 Z 1 SMG wohl nicht in Frage. Der Verurteilte unterläßt es ja auch nicht, "sich ihr weiterhin zu unterziehen" (§ 8 Abs.2), es wird ihm vielmehr von dritter Seite hierzu keine Möglichkeit mehr geboten.

Warum aber im Gegensatz zu § 6 Abs.4 Z 3 StVG der Widerruf gemäß § 23a Abs.3 Z 2 SMG eine bereits rechtskräftige Verurteilung, die vielfach ohnehin angesichts der Höchstfrist für einen Aufschub dessen Widerruf unpraktisch erscheinen läßt, erfordert, ist gerade unter dem Blickwinkel des "Gleichheitssatzes" nicht zu begründen.

Bei einer Flucht des Verurteilten, die naturgemäß ohne Bekanntgabe einer Zustelladresse erfolgt, ist (wenn nicht die Möglichkeit einer Untersuchungshaft oder einer zwangsweisen Vorführung im Sinne des § 174 StPO offensteht) ein

- 10 -

Widerruf nach § 23a Abs.3 SMG ohnehin nicht möglich.

Zuletzt soll auf die therapeutische Komponente gerichtlich nicht steuerbarer Therapieabbrüche hingewiesen werden. Die Institutionalisierung der Möglichkeit des "Davonlaufens vor sich selbst" ist nach forensischer Erfahrung gerade zu kontraindiziert, wenn man wirklich einen Behandlungserfolg des Süchtigen anstrebt.

In Vertretung:

Dr. Ramoser

Für die Richtigkeit
der Ausfertigung:

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Mee', written over the text 'Für die Richtigkeit der Ausfertigung:'.

Prim. Doz. Dr. Reinhard Haller

Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, Psychotherapeut
Chefarzt des Krankenhauses Maria Ebene
Drogenbeauftragter der Vorarlberger Landesregierung
Allg. gerichtl. beeid. Sachverständiger
Universitäts-Forschungsinstitut für Suchtprophylaxe
am KH Stiftung Maria Ebene
A-6820 Frastanz, Maria Ebene 17

Stellungnahme zum Entwurf eines Bundesgesetzes, mit dem das Suchtgiftgesetz 1951, das Strafgesetzbuch, die Strafprozeßordnung und das Rezeptpflichtgesetz geändert werden (im folgenden als SMG bezeichnet)

Der Entwurf zum SMG enthält eine ganze Reihe von begrüßenswerten Klarstellungen, Erweiterungen und Neuerungen, von denen allerdings einige in dieser Form bedenklich, realitätsfremd, moderne kriminalpsychologische und suchtherapeutische Kenntnisse ignorierend und in ihren gesamtgesellschaftlichen Auswirkungen sehr zweifelhaft sind, zudem in letzter Konsequenz auch dem Wohl des Suchtkranken zuwider laufen würden. Dies betrifft insbesondere die §§ 17 Abs. 2, 23a Abs. 1 und 23b SMG.

1. zu § 17. Abs. 2 ".... mit Strafe bedrohte Handlungen im Zusammenhang mit der Gewöhnung an Suchtgift"

Laut Vorblatt soll die Vorgangsweise nach § 17 Abs. 2 auch dann möglich ein, wenn eine Person angezeigt wird, weil sie eine andere als eine nach dem Suchtgiftgesetz 1951 mit Strafe bedrohte Handlung "**im Zusammenhang mit ihrer Gewöhnung an Suchtgift**" begangen hat.

Dazu ist festzustellen, daß die kriminologische Forschung nachgewiesen hat, daß jegliche Form der Kriminalität im Zusammenhang mit Gewöhnung an Suchtgift stehen kann bzw. daß Suchtgiftgewöhnte bei allen Delinquenzformen stark überrepräsentiert sind. Angeführt seien etwa die großen Untersuchungen von GUNN et al (1978), wonach bei 10 % der männlichen und 23 % der weiblichen Gefängnisinsassen, die wegen unterschiedlichster Delikte verurteilt wurden, eine Drogenabhängigkeit vorliege. BLAND (1989) fand bei Häftlingen Lebenszeitprävalenzraten für Drogenmißbrauch von 69 % (!). Nach MADEN et al (1988) sind 10 % der männlichen und 23 % der weiblichen Häftlinge unabhängig von der Art des Anlaßdeliktes drogenabhängig. SCHILES et al (1990) ermittelten mit dem Diagnostischen Interview Schedule (DIS) bei 61 % der weiblichen Häftlinge in einem Washingtoner Gefängnis Drogenmißbrauch oder Drogenabhängigkeit.

Mit dem allgemeinen Kriminalitätsrisiko Drogensüchtiger beschäftigen sich zahlreiche Untersuchungen. Nach HARROFF et al (1981) ist ein erhöhtes Gewalttätigkeitsrisiko nicht nur während der akuten Berausungsphasen, sondern ebenso in der posteuphorischen Depression und während des akuten Entzugs eklatant erhöht. Nach TEPLIN (1990) und ABRAM (1990) erweisen sich Alkohol- und Drogenmißbrauch besonders in Kombination mit der bei Straffälligen häufigen antisozialen Persönlichkeitsstörung als äußerst schlechte kriminal-prognostische Faktoren. SAVAGE und SIMPSON (1981) eruierten in einer Follow-up-Studie an 1155 opiatabhängigen Männern eine stark erhöhte Prävalenzrate nicht nur für Dealen und Einbruchsdiebstahl zeigten, sondern auch für schwere Kriminalität wie Tötung, Körperverletzung und Raub. Die Kriminalität war auch bei den letzten Straftaten eng mit dem Drogenmißbrauch, speziell mit Opiatsucht, assoziiert und stieg parallel zum Drogenrezidiv. Laut WASHTON und TATARSKY bestehen bei Kokainabhängigen schwere Tendenzen zur Gewalttätigkeit. HARROFF et al (1981) wiesen nach, daß die in Memphis 1988 zu registrierende Rekordzahl von Tötungen mit der ausufernden Kokainsucht in Verbindung zu bringen sind (17,3 % aller Tötungsdelinquenten wiesen positive Kokainbefunde auf !). Aus dem deutschsprachigen Raum ist insbesondere auf die Untersuchungen von RASCH (1966) und JOACHIM (1994) zu verweisen, wonach es im Zustand der "toxischen Reizoffenheit" als hirnorganischem Korrelat der drogenbedingten Bewußtseinsstörung zu einer Häufung aller Arten der Kriminalität komme. Nach KREUZER (1988) führt zwar keine Rauschdroge per se zu Aggressionsdelinquenz, aber der Mißbrauch der meisten Drogen kann latente Aggressionsbereitschaft in bestimmten Stadien und Situationen aktualisieren. Dieses Aggressionspotential ist bei Amphetaminen, Kokain und Alkohol am stärksten. Zudem ist durch mehrere Untersuchungen nachgewiesen, daß extremer Drogenmißbrauch besonders von jungen Menschen betrieben wird, die prädisponiert für und erfahren in Aggressionsdelinquenz sind. KREUZER hat auch die These widerlegt, daß Drogenabhängige nur infolge der gesetzlichen Kriminalisierung von Suchtgiften in delinquente Milieus und in Haftanstalten gerieten, sondern schn vor Einsetzen des Suchtmittelproblems überzufällig häufig delinquent geworden waren.

Man denke in Anbetracht dieser und zahlreicher ähnlicher Ergebnisse an die praktischen Auswirkungen hinsichtlich Wirksamkeit von Strafmaßnahmen und des Strafvollzugs, wenn ein so hoher Prozentsatz letztlich durch die Maßnahmen nach § 23 a SGG versorgt werden müßten.

Vorgeschlagen wird deshalb, den Begriff "in Zusammenhang mit ihrer Gewöhnung an Suchtmittel begangen" zu ersetzen durch jenen der "**Versorgungsdelinquenz**", der im Gegensatz zur Folgedelinquenz die Verschaffungs- und Beschaffungsdelikte mittlebarer und unmittelbarer Art meint. Unter Verschaffungsdelinquenz fallen Handel, Schmuggel,

- 3 -

Verleiten anderer usw. Unter "unmittelbaren Beschaffungsdelikten" werden Verstöße gegen das SGG, aber auch Rezeptfälschungen, Apothekeneinbrüche usw. verstanden. Die "mittelbaren Beschaffungsdelikte" betreffen Diebstahl, Drogenverkauf für Geld zur Drogenbeschaffung etc. Durch diese Unterteilung wäre die Folgedelinquenz (z.B. Aggressions- oder Straßenverkehrsdelikte unter Drogeneinfluß) ausdrücklich ausgegrenzt. Für diese dürfte es wohl zu keiner Privilegierung gegenüber Alkoholkranken, welche nach § 22 StGB dann in eine Anstalt für entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher eingewiesen werden, kommen. Im Sinne des Gleichheitprinzips kann es wohl nicht so sein, daß jene, die das Pech haben, auf eine gesellschaftlich integrierte, in unserem Leben stets präsenste, auch andere Funktionen erfüllende Drogen süchtig zu sein, schlechter gestellt werden als diejenige, die ein Suchtmittel, dessen Einnahme mit einer wesentlich höheren Hemmschwelle verbunden ist, abundieren.

2. zu § 8 und § 23a Abs. 1 und § 23b SMG

Zu kritisieren sind insbesondere die laut Entwurf leicht mögliche Unterscheidung von "mißbrauchenden" und "abhängigen" sowie nichtsüchtigen Suchtmittelstraftätern, ferner die mangelnde Strukturierung und Transparenz hinsichtlich der zur Anwendung kommenden "gesundheitsbezogenen Maßnahmen", der unklare Stellenwert der Psychotherapie und schließlich die dem allen zugrundeliegende (wissenschaftlich jederzeit widerlegbare) Annahme, wonach Therapie unter justitiellen Zwang nicht erfolgreich sei.

Der Entwurf unterscheidet zwischen Personen, die "wiederholt Suchtgift mißbrauchen" (bei denen eine ärztliche Behandlung in der Regel nicht erforderlich sei) und solchen, die bereits drogenabhängig sind. Diese Unterscheidung ist in der Praxis in vielen Fällen außerordentlich schwierig, da zwischen Mißbrauch und Abhängigkeit ein fließender Übergang besteht und es selbst dem Fachmann oft schwerfällt, die im Entwurf vorausgesetzte Abgrenzung in der Praxis wirklich vorzunehmen. Hier ist die Hinzuziehung eines Sachverständigen in vielen Fällen ebenso ratsam wie zur Klärung der Frage, ob es sich beim Suchtgiftstraftäter um einen süchtigen Dealer oder um einen Drogenhändler ohne Mißbrauch und Abhängigkeit von psychotropen Substanzen handelt. In der Praxis dominiert nämlich die große Gruppe jener Suchtgiftstraftäter, die zwar selbst auch Drogen (in mißbräuchlicher oder abhängiger Form) einnehmen, jedoch Drogengeschäfte in großem Stil, der weit über ihren eigenen Bedarf hinausreicht, betreiben.

Ferner ist zu bedenken, daß Personen, die "nur" einen Mißbrauch von Suchtmitteln aufweisen oft wesentlich schwerere Schädigungen (z.B. drogeninduzierte Psychosen nach singulärem Halluzinogenmißbrauch) aufweisen als solche, die schon längere Zeit mani

fest abhängig sind. Auch im Stadium des Mißbrauchs ist ärztliche Behandlung in vielen Fällen dringend indiziert.

Es ist zu begrüßen, wenn im § 8 Abs. 1 bzw. § 23a 1 SGG die ursprüngliche "ärztliche Behandlung" jetzt durch "gesundheitsbezogene Maßnahmen" ersetzt und erweitert wird. Dabei müssen allerdings die einfachen und selbstverständlichen Regeln der Suchtkrankenbehandlung wie auch der Psychotherapie beachtet werden, da diese Maßnahmen bei falscher Indikation und unstrukturiertem Einsatz nicht nur wirkungslos, sondern in vielen Fällen kontraproduktiv sind.

Grundsätze der therapeutischen Arbeit mit Süchtigen sind klare Strukturierungen und Grenzsetzungen sowie Transparenz und Zielgerichtetheit der eingeleiteten therapeutischen Maßnahmen. Wenn dem Süchtigen in der Therapie keine Grenzen gesetzt werden, wird er dieser selbst ausweiten, er wird - dies ist suchtherapeutisches Basiswissen - bei jeglicher Anforderung ausweichen und stets den leichtesten Weg gehen. Selbstverständlich wird es keinem Süchtigen mehr zumutbar sein, eine z.B. ganz klar notwendige stationäre Langzeittherapie zu absolvieren, selbstverständlich wird jegliche Anforderung im Rahmen des therapeutischen Prozesses (welcher zu oft sehr belastenden und schmerzhaften Situationen führen kann) zum sofortigen Ausweichen, d.h. Therapieabbruch führen. Wir wissen heute aus den Ergebnissen der Therapieforschung sehr genau, welche Art von Therapie bei welcher Art von Sucht indiziert und erfolgsversprechend ist (z.B. daß bei einem "nur"-Haschischabundanten in den meisten Fällen eine ambulante Therapie oder eine stationäre Kurzzeitbehandlung ausreicht, daß bei langjährigen i.v.-Heroinisten nur von einer stationären Langzeittherapie mit langfristiger soziotherapeutischer Nachbetreuung ein Erfolg zu erwarten ist und daß nahezu jeder Süchtige am Anfang zur Therapie "gedrängt" werden muß). Unter diesen Voraussetzungen scheint es - insbesondere in Hinblick auf die Effizienz der therapeutischen Maßnahme und damit auch auf die anfallenden Kosten - völlig inakzeptabel, wenn der Entwurf vorerst ein "Probieren" unter den 4 gesundheitsbezogenen Maßnahmen zuläßt und den Richter erst im nachhinein beurteilen läßt, ob eine Maßnahme richtig war (von "erfolgreich" im Sinne der Lösung des die Kriminalität bewirkenden psychischen Problems darf ja laut Entwurf nicht gesprochen werden). Moderne Suchtkrankenbetreuung und -therapie geht mit den Methoden des "Casemanagements" und der Therapieplanung vor. Wenn bei einer derart komplexen Problemstellung wie Drogensucht, deren Behandlung nach multidimensionalen Prinzipien zu erfolgen hat, ein Ziel (z.B. jenes der Suchtmittelabstinenz, der Verbesserung des Gesundheitszustandes, der Lebensqualität, der Konfliktfähigkeit, der Frustrationstoleranz, der sozialen Kompetenz usw.) erreicht werden soll, müssen die umfassenden Therapiemaßnahmen genau geplant und unter Vorgabe der Zielvorstellungen auf einen optimierten Weg angestrebt werden. Alles andere bedeutete Verlängerung der Suchtkrank-

heit, weitere körperliche, psychische und soziale Schädigung, ferner vergeblichen Einsatz der helferischen Bemühungen und letztlich auch unnötige Verschwendung finanzieller Mittel.

Es ist deshalb dringend erforderlich, daß der Richter sehr wohl über die Art der indizierten Therapiemaßnahme entscheiden kann. Dabei kann er sich an bestimmte Richtlinien (z.B. die Kriterien des Methadon-Erlasses) halten und nötigenfalls jederzeit einen Sachverständigen hinzuziehen.

Wie real die Gefahr der primär falschen Auswahl einer gesundheitsbezogenen Maßnahme tatsächlich ist, scheint den Verfassern des Entwurfs durchaus bewußt zu sein, wenn sie auf Seite 49 (Zeile 24-26) schreiben: "Der Grund für den Wechsel der therapeutischen Einrichtung kann schließlich auch in einem für den konkreten Anlaßfall ungeeigneten Therapiemodell gelegen sein". Genau dies, nämlich von vornherein das bestgeeignete Therapiemodell für den individuellen Fall zu finden, ist unter Hinblick auf die Gesundheit des Suchtgiftdelinquenten die beste Chance und bedeutete tatsächlich "Therapie statt Strafe".

Für die Sinnhaftigkeit der Psychotherapie ist es nach den Ergebnissen der Therapieforschung und der Qualitätskontrolle in der Psychotherapiepraxis von allergrößter Wichtigkeit, daß die jeweilige psychotherapeutische Methode gezielt, je nach gegebener Störung zur Anwendung kommt. Der Entwurf geht offensichtlich davon aus, daß jegliche Form der anerkannten Psychotherapie auch bei jeglicher Art von psychischer Störung einschließlich süchtiger Fehlhaltung erfolgreich sei, was in krassem Gegensatz zu den Ergebnissen der Evaluationsforschung steht (siehe z.B. "GRAWE K., 1992 a: Psychotherapieforschung zu Beginn der 90er Jahre. Psychologische Rundschau 43, 132-162" oder "SCHULTE D., 1993: Wie soll Therapieerfolg gemessen werden?, Zeitschrift für klinische Psychologie, 22, 374-393" oder "SMITH M.L., GLASS G.V., 1977: Meta-Analysis of Psychotherapy, American Psychologic, 41, 165-180"). Zudem sei darauf hingewiesen, daß nicht alle psychotherapeutische Schulen über einen konzeptuellen Ansatz zur Suchtkrankenbehandlung verfügen, ja suchtkranke Patienten als nicht geeignet für ihre Behandlung ansehen. Abstinenz von psychotropen Substanzen (im Entwurf nicht einmal notwendig, um von einem "Behandlungserfolg" zu sprechen), gilt bei den meisten Psychotherapien als erste Voraussetzung, um mit dieser Maßnahme überhaupt beginnen zu können! Es kann nicht im Sinne des Steuerzahlers sein, eine Maßnahme zuzulassen, die bei der der Sucht zugrundeliegenden speziellen Störung überhaupt nichts bringt oder daß z.B. erst nach vielen, kostspieligen Psychotherapiestunden die Kenntnis wächst, daß dieses Verfahren doch nicht die richtige gesundheitsbezogene Maßnahme für den Suchtkranken war.

Die im Entwurf vorgenommene Ausdeutung des Begriffes "Erfolg der gesundheitsbezogenen Maßnahmen" ist in ihrer Art - auch nach der gesamten wissenschaftlichen Literatur - einmalig. Es existiert keine einzige wissenschaftliche Arbeit und kein einziges Forschungsergebnis, das eine Suchtmittelverlagerung als Erfolg einer therapeutischen Maßnahme wertet. Hier scheinen im Entwurf Behandlungskriterien und Richtlinien mit den Begriffen "harm-reduction", "Minimierung der Folgeschäden", "Verelendungsprophylaxe" usw. verwechselt worden zu sein. Wenn es also um eine "Therapie statt Strafe" gehen soll, muß diese auf Lösung des Suchtproblems und Hebung der der süchtigen Fehlhaltung zugrundeliegenden biophysischen und psychosozialen Probleme ausgerichtet sein, wobei in einem therapeutischen Prozeß die Möglichkeit eines Rezidivs nicht als Scheitern der Maßnahme zu verstehen ist. Sollte von diesen Überlegungen hinsichtlich der Substitutionsbehandlung abgegangen werden, könnte dies für diesen einen Bereich dezidiert festgelegt werden; ein Wechsel der unkontrollierten Abhängigkeit auf Opiate auf jene von z.B. Kokain oder Amphetamine kann aber wohl nicht als Behandlungserfolg bezeichnet werden, weder im medizinisch-therapeutischen noch im kriminalprognostischen Sinn.

Der Entwurf geht "von der Erfahrung, daß eine behördlich angeordnete Behandlung ohne Behandlungsbereitschaft des Patienten aus therapeutischer Sicht nicht als zweckmäßig oder erfolgsversprechend angesehen werden kann" aus, eine Annahme, die in kräftigem Widerspruch zu den Ergebnissen der Therapie- und Evaluationsforschung steht. Verwiesen sei auf die Untersuchungen von COLLINS und ALLISON (1983), McGLOTHLIN und ANGLIN (1986), HERBST et al (1989 und 1990), EGG (1991) und MELCHINGER (1991). Daraus geht zusammenfassend folgendes hervor:

1. Entgegen früheren Erwartungen sind die Ergebnisse für Drogenabhängige, die unter justitiellen Zwängen in Therapie sind, nicht schlechter. Es bestehen im Gegenteil sogar deutliche Hinweise, daß die Abbruchquote geringer und die langfristige Stabilität besser ist. Schwieriger ist allerdings die Arbeit der Therapeuten, insbesondere in der Anfangszeit einer Behandlung, geworden. Hierzu wird es notwendig sein, teilweise den Personalschlüssel, auf jeden Fall aber die Ausbildung der Therapeuten, vor allem in Hinblick auf eine individuellere Behandlung und auf Maßnahmen zur Förderung der aktiven Beteiligung der Patienten an der Behandlung zu verbessern. Nach diesen Untersuchungen bestätigt sich auch die These, daß justitielle Zwänge vor allem dann wirksam sind, wenn sie mit einem intensiven und qualitativ hochstehenden therapeutischen Angebot verbunden sind. Z.B. zeigt die amerikanische Studie von McGLOTHLIN und ANGLIN (1986), daß eine langfristige Bewährungsaufgabe nach Ende der stationären Behandlung dann bessere Ergebnisse bringt, wenn gut ausgebildete Bewährungshelfer mit einem hohen Zeitaufwand für jeden einzelnen Drogenabhängigen

- 7 -

gen zur Verfügung stehen. Voraussetzung für den Einsatz justitieller Zwänge und der therapeutischen Gesichtspunkte ist, daß ein qualitativ hochstehendes Behandlungsangebot zur Verfügung steht.

2. Unbestritten erleichtert die freiwillige Mitarbeit an einem therapeutischen Konzept die Behandlung. Diese Vorstellung entspricht aber eher unrealistischem Wunschdenken als dem Wesen einer Suchtkrankheit. Hierzu kommt, daß auch sogenannte "freiwillige" Behandlungen nicht auf absoluter Freiwilligkeit basieren, da jeder Mensch in einem sozialen Umfeld lebt und entsprechendem sozialen Druck oder Zwang unterliegt. Insbesondere ist dabei an den Druck von Lebenspartnern, Eltern, Verwandten, Dienstgebern, Führerscheinbehörden usw. zu denken. Versteht man Strafrecht nur als die intensivste Ausprägung sozialen Zwangs, liegt es nicht fern, strafjustitiellen Druck ergänzend zur Therapieüberleitung nutzbar zu machen. Nach den schon zitierten Untersuchungen von EGG (1991) sowie BECKER und V. LÜCK (1990) ist der Einsatz des Strafrechtes zur Erreichung eines Therapieantrittes im Rahmen der Strafaussetzung unbestritten.

ROCH et al (1992) kommen in einer Überblicksarbeit über 71 englisch- und 54 deutschsprachige Artikel hinsichtlich der justitiell verordneten Therapie zu folgendem Ergebnis: "Ein positiver Zusammenhang mit regulärer Therapiebeendigung besteht bei den Variablen "anhängige Verfahren/ausstehende Haftstrafen" sowie "Therapiebeginn unter gerichtlichen Auflagen", d.h., Klienten mit Auflagen (in 50 % der Studien) bzw. anhängi-

gen Verfahren (in 40 % der Studien) beenden die Therapie eher regulär als solche ohne diese Auflagen. Ob die Motivation eines Suchtgiftkranken vordergründig, tiefgehend oder ambivalent ist, kann vor dem Hintergrund eines Gerichtsverfahrens ohnehin nicht geklärt werden, zumal dazu in der Regel eine Längsschnittbeurteilung erforderlich ist. Vorschlagen ist deshalb, sich in dieser Frage eher auf die handfesten und in der Rechtssprechung bewährten Begriffe, ob eine Behandlung "erfolgsversprechend" oder "aussichtslos" sei, zu besinnen, als mit vagen Vermutungen der Motivationspsychologie herumzudeuten.

Eine vernünftige Lösung der aufgezeigten Dilemmata stellte jene Vorgehensweise dar, die z.B. am LG Feldkirch in den letzten Jahren in enger Zusammenarbeit zwischen Justiz und Drogenberatung/-betreuung/-therapie mit Erfolg durchgeführt wird:

1. **Der Richter determiniert sehr wohl die zur Anwendung kommende Maßnahme. Dies kann nach allgemein anerkannten Richtlinien (Ergebnisse aus der Therapieforschung liegen ja vor) oder in schwierigen Fällen nach Einholung eines Sachver-**

ständigengutachtens erfolgen. Damit besteht zumindest die Chance, daß in der prognostisch ohnehin schwierigen Suchttherapie wenigstens ein Optimum angestrebt und herausgeholt wird. Therapie erfolgt dann nicht nach dem "Theriak-Prinzip", sondern nach klarer Indikationsstellung hinsichtlich der möglichst effizienten, das Ziel der Suchttherapie und der Maßnahme "Therapie statt Strafe" erreichenden und somit auch kostengünstigsten Variante.

2. Ziel des Prinzips "Therapie statt Strafe" muß sehr wohl die Suchtmittelabstinenz sein, wenngleich im Rahmen des therapeutischen Prozesses selbstverständlich Krisen und somit auch Rückfälle vorkommen können, welche zu tolerieren sind. Wiederum wissen wir aus den Ergebnissen der (vornehmlich amerikanischen) Therapieforschung, daß nach absolvierter Therapie singuläre Rezidive nicht den Erfolg der Behandlung aufheben, sondern therapeutisch genutzt werden können. Auch hier könnte sich der Richter selbst ein Bild machen bzw. im Zweifelsfall ein Gutachten einholen. Einfach aber festzustellen, daß schon ein "Syndromshift" (z.B. von Abhängigkeit auf Heroin auf Sucht von Alkohol oder Kokain) ein Erfolg darstelle, ist eine wissenschaftliche nicht begründbare Meinung.
3. Wenn die Therapiemaßnahme a priori gut geplant und richtig indiziert war, erübrigt sich das Problem des Therapieabbruchs und des Wechsels der therapeutischen Einrichtung in den meisten Fällen. Der Entwurf ließe es ja geradezu zu, daß vorerst "falsche" Maßnahmen probiert und im Bedarfsfall kostenspielig und krankheitsprotrahierend gewechselt werden. Dies käme dem Ausweichverhalten des Süchtigen sehr entgegen. Wenn der Richter determinierend in die Maßnahme eingreifen kann, wird er im Einzelfall auch entscheiden können (nach Rücksprache mit der therapeutischen Einrichtung), ob ausnahmsweise ein Wechsel möglich ist. In der schon zitierten Vorgangsweise des LG Feldkirch hat sich dieses Problem bei über 50 Maßnahmen nach § 23a Punkt 1 SGG im Jahr 1994 ein einziges Mal ergeben.
4. Die Determinierung der gesundheitsbezogenen Maßnahmen durch das Gericht scheint umso notwendiger, alsdaß bekanntermaßen auch Beratungseinrichtungen und Psychotherapieschulen in sich uneins sind und durch ihre Konflikte nicht selten Agieren und Spaltungstendenzen des zu behandelnden Süchtigen zulassen, was den Krankheitsprozeß unnötig protrahiert.
5. Gesamthaft scheint der Entwurf keinesfalls dem internationalen Trend zu entsprechen, sondern läuft diesem zuwider. Gerade das so gern herangezogene holländische Modell berücksichtigt die oben angeführten Überlegungen des gezielten Einsatzes von Betreuungsmaßnahmen unter justitiellem Druck in vorbildlicher Weise. Zur Frage der Liberalisierung bzw. Legalisierung bislang verbotener Drogen darf auf eine dpa-Meldung vom 21.01.1995 verwiesen werden, wonach Holland hinkünftig eine härtere Vorgehensweise im Drogenproblem beabsichtige, da die bisherigen

- 9 -

Experimente großteils gescheitert seien: Man habe feststellen müssen, daß in den über 1.500 coffee-shops neben dem zugelassenen Cannabis vor allem auch harte Drogen gehandelt werden.

Prim. Univ.Doiz. Dr. Reinhard Haller

**VERSICHERUNGSANSTALT ÖFFENTLICH BEDIENTETER (BVA)**

Hauptgeschäftsstelle, Wien 8, Josefstädter Straße 80

Postleitzahl 1081, Postfach 500, DVR: 0024155, Telefon (0 22 2) 404 05

Parkierenverkehr werktags, ausgenommen Samstag, von 8 Uhr bis 13 Uhr (Garagoneinfahrt Uhlplatz 2)

Zl. 7386-H-1992-VIWIEN, am 5. Mai 1992

Bitte im Antwortschreiben angeben.

Tel. Klappe 2535 Durchwahl

An das
Landesgericht Feldkirch
z.Hd. Dr. Eckart RATZ
Schillerstraße 1
6800 Feldkirch

Betreff: Anfragen bezüglich § 21 SGG;

Bezugnehmend auf obige Angelegenheit können wir Ihnen folgendes mitteilen:

Hinsichtlich der von Ihnen gewünschten Bekanntgabe der sich fiktiv ergebenden Kostendeckung durch die BVA ist maßgeblich, ob es sich um Anstaltspflege oder um eine Unterbringung in Wohnheimen handelt.

Liegt Anstaltspflege im Sinne der §§ 66 ff B-KUVG vor, also war in concreto zur Behandlung der Suchtgiftkranken Anstaltspflege nötig - was gem. § 21 (1) SGG vom Gericht zu beurteilen ist (vgl. OGH 12.4.1989, 14 Os 24/89, EvBl. 1989/154 und den Erlaß des BMJ vom 20.3.1990, JMZ 703015/22-II 2/90) - sind für die Unterbringung in den von Ihnen angegebenen Institutionen die in der Anlage angeführten Pflegegebührenersätze zu vergüten.

Handelt es sich aber nicht um Anstaltspflege im Sinne der gesetzlichen Bestimmungen so hätte die BVA für die do. Unterbringung nichts zu bezahlen. Allerdings wären bei Vorlage der entsprechenden Belege die Kosten einer fallweisen ambulanten Behandlung durch einen niedergelassenen Arzt, Psychotherapeuten u.ä. von seiten der BVA zu ersetzen.



VERSICHERUNGSANSTALT ÖFFENTLICH BEDIENTETER (BVA)
 Hauptgeschäftsstelle, Wien 8, Josefsstädter Straße 80
 Postleitzahl 1081, Postfach 500, DVR: 0024155, Telefon (0 22 2) 404 05
 Parteienverkehr werktags, ausgenommen Samstag, von 8 Uhr bis 18 Uhr (Garageneinfahrt UH/Platz 2)

Zl. 7386/3-H-1992-VI.

Bitte im Antwortschreiben angeben.

WIEN, am 2. Juni 1992

Tel. Klappe 2535 Durchwahl

An das

Landesgericht Feldkirch
 z.Hd. Herrn Dr. Ratz
 Schillerstr. 1
6800 Feldkirch

Betreff: § 21 SGG;

Sehr geehrter Herr Doktor!

Ergänzend zum Schreiben vom 5. Mai 1992 geben wir folgendes bekannt:

Bei einer Fiktion der vom "Grünen Kreis" organisierten Landaufenthalte für Suchtgiftkranke als Anstaltspflege und damit als Unterbringung in einer Privatkrankenanstalt, ist zunächst der Pflegegebührenersatz des jeweiligen Bundeslandes, indem der Landaufenthalt erfolgt, maßgebend. Ist allerdings der Wr. Pflegegebührenersatz höher (dies ist mit Ausnahme von Salzburg in allen Bundesländern der Fall), so ist dieser maßgebend.

Der Wr. Pflegegebührenersatz beträgt für das Jahr 1992 S 1.218,--.

Der Salzburger Pflegegebührenersatz beträgt für das Jahr 1992 S 1.221,--.

Mit vorzüglicher Hochachtung

Versicherungsanstalt
Öffentlich. Bediensteter
Der Generaldirektion
i. A.



Dr. Lugger



VERSICHERUNGSANSTALT ÖFFENTLICH BEDIENTETER (BVA)

Hauptstelle, Wien 8, Josefstädter Straße 80

Postleitzahl 1081, Postfach 500, DVR: 0024155, Telefon (0 22 2) 404 05, Telefax 404 05-25 50

Parteienverkehr werktags, Mo - Do 8 - 14 Uhr, Fr 8 - 13 Uhr (Garageneinfahrt Uhiplatz 2)

Zl. 5662-H-1995-VI

Bitte im Antwortschreiben angeben.

WIEN, am 16. Januar 1995

Tel. Klappe 2475 Durchwahl

Sachbearbeiter:

Landesgericht Feldkirch
z.Hd. Frau Fussenegger
Schillerstraße 1
6800 Feldkirch

Betreff: § 21 SGG;
Pflegegebührenersätze
für das Jahr 1995

Bezug: Telefonat vom 9.1.1995

Sehr geehrte Frau Fussenegger!

Unter Bezugnahme auf das obige Telefonat werden von seiten der BVA die Pflegegebührenersätze für das Jahr 1995 bekanntgegeben:

- 1.) Drogenstation
Anton-Proksch-Institut Mödling
Husarentempelgasse
2340 Mödling S 1.283,--
- 2.) Sonderkrankenanstalt für
Drogenabhängige "Erlenhof"
PTR: pro mente infirmis
Volkersdorf 13
4470 Enns S 1.455,--
- 3.) Kontakt-Informations-Therapie
Rehabilitationseinrichtung
Steinach am Brenner
Herrengschendt 111
6510 Steinach/Brenner S 1.455,--
- 4.) Stiftung Maria Ebene
Sonderheilanstalt für
Suchtgiftkranke
Maria Ebene 17
6800 Frastanz S 1.458,--

K I T

KONTAKT-INFORMATION-THERAPIE
REHABILITATIONSEINRICHTUNG

EINRICHTUNGEN DES VEREINES KIT:

- REHABILITATIONSZENTRUM
VERWALTUNG
6150 STEINACH, HERRENGSCHWENDT 111
TELEFON 0 52 72 - 66 47
- BERATUNGSSTELLE
6020 INNSBRUCK, MENTLGASSE 12
TELEFON 0 512 - 58 27 27
- BILDUNGSHAUS EGERTBODEN
6130 SCHWAZ, SCHLINGELBERG 10
TELEFON 0 52 42 - 45 62

Landesgericht Feldkirch
Strafabteilung

6800 Feldkirch

1994
1995
1996
1997
1998
1999
2000
2001
2002
2003
2004
2005
2006
2007
2008
2009
2010
2011
2012
2013
2014
2015
2016
2017
2018
2019
2020
2021
2022
2023
2024

Steinach, am 07.12.94

Tagsätze 1995

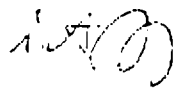
Die Tagsätze werden ab 01.01.95 auf

S 1.275,--

+ 10 % MwSt. angehoben!

Mit freundlichen Grüßen

für den Verein KIT


i. A. Stieger

Verein KIT
Kontakt-Information-Therapie
Rehabilitationseinrichtung
und Verwaltung
Herrenschwendt 111
A-6150 Steinach i.T.
Telefon 05272/6647

- 2 -

Der Wiener Pflegegebührenersatz beträgt für das Jahr 1995	S 1.455,--
Der Salzburger Pflegegebührenersatz beträgt für das Jahr 1995	S 1.458,--

Mit freundlichen Grüßen

Versicherungsanstalt
öffentlich Bediensteter
Der Generaldirektor:
i.A.

D. Pfaffl
Dr. Pfaffl