

Sekretariat der Österreichischen Bischofskonferenz

A-1010 Wien, Rotenturmstraße 2

Wien, 1995 02 23

BK 5/2/95

Beiliegend 25 Ausfertigungen **Mit der Bitte um:**
unserer Stellungnahme zum Entwurf einer
Novelle zum Suchtgiftgesetz 1951 des
Bundesministeriums für Gesundheit, Sport
u. Konsumentenschutz, GZ 21.551/32-II/D/14/94

- Kenntnisnahme
- direkte Erledigung
- Stellungnahme
- Rücksprache
- Weiterleitung
- Weitere Veranlassung
- Rücksendung

ohne Begleitschreiben an:

Gesetzentwurf	
Zi.	GE/19
Datum:	27. FEB. 1994
Verf.:	28. Feb. 1995

- Zur freundlichen Information
- Im Sinne des Tel. Gesprächs vom
- In Beantwortung des Schreibens vom

An den
Präsidenten des
Nationalrates

Dr. Karl Renner-Ring 3
1017 Wien

A. Sauruggin

Mit besten Empfehlungen

Sekretariat der
Österreichischen Bischofskonferenz

M. Schellner

Sekretariat der Österreichischen Bischofskonferenz

A-1010 Wien, Rotenturmstraße 2, Telefon 51 5 52/DW 280

BK 5/1/95

Wien, 1995 02 23

An das
Bundesministerium
für Gesundheit, Sport
und Konsumentenschutz

Radetzkystraße 2
1031 W i e n

Betr.: Entwurf einer Novelle zum Suchtgiftgesetz 1951 - Begut-
achtungsverfahren

Das Sekretariat der Österreichischen Bischofskonferenz über-
mittelt in der Beilage zum do. Schreiben GZ 21.551/32-II/D/14/94
eine von Herrn Primarius Dozent Dr. Reinhard Haller, Frastanz,
ausgearbeitete Stellungnahme.

Das Sekretariat der Österreichischen Bischofskonferenz schließt
sich dieser Stellungnahme an.

Gleichzeitig werden 25 Exemplare der Stellungnahme samt diesem
Schreiben in Ablichtung an den Präsidenten des Nationalrates über-
mittelt.

Michael Wilhelm



(Msgr. Dr. Michael Wilhelm)

Sekretär
der Bischofskonferenz

Prim. Doz. Dr. Reinhard Haller

Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, Psychotherapeut
 Chefarzt des Krankenhauses Maria Ebene
 Drogenbeauftragter der Vorarlberger Landesregierung
 Allg. gerichtl. besid. Sachverständiger
 Universitäts-Forschungsinstitut für Suchtprophylaxe
 am KH Störung 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.

- 2 -

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 Einbruchdiebstahl 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 himorganischem 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 schon 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 mittelbarer 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 erwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher eingewiesen werden, kommen. Im Sinne des Gleichheitsprinzips kann es wohl nicht so sein, daß jene, die das Pech haben, auf eine gesellschaftlich integrierte, in unserem Leben stets präsente, 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 Baswissen - 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 anders bedeutete Verlängerung der Suchtkrank-

- 5 -

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 unser 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 stichtiger 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 psychotherapeutischen 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", "Verletendungsprophylaxe" 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 Fehllhaltung 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 folgende 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 Mc GLOTHLIN 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 justizieller 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, Führerscheinebehörden usw. zu denken. Versteht man Strafrecht nur als die intensivste Ausprägung sozialen Zwangs, liegt es nicht fern, strafjustiziellen 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. Vorzuschlagen ist deshalb, sich in dieser Frage eher auf die handfesten und in der Rechtsprechung 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 Therapiefor-

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, als daß 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 größtenteils 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. Doz. Dr. Reinhard Haller