Journal für
Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie

www.kup.at/
JNeurolNeurochirPsychiatr

Zeitschrift für Erkrankungen des Nervensystems

Verstöße gegen das Suchtmittelgesetz (§ 35 SMG): Konsumtypen und Delinquenz

Ritter K, Lesch S, Höld E

Stompe T

Journal für Neurologie Neurochirurgie und Psychiatrie

2010; 11 (2), 38-42

Homepage:

www.kup.at/ JNeurolNeurochirPsychiatr

Online-Datenbank mit Autoren- und Stichwortsuche

Indexed in
EMBASE/Excerpta Medica/BIOBASE/SCOPUS

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031117M, Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21 Preis: EUR 10,–

Journal für

Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie

Datenschutz:

Ihre Daten unterliegen dem Datenschutzgesetz und werden nicht an Dritte weitergegeben. Die Daten werden vom Verlag ausschließlich für den Versand der PDF-Files des Journals für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie und eventueller weiterer Informationen das Journal betreffend genutzt.

Lieferung:

Die Lieferung umfasst die jeweils aktuelle Ausgabe des Journals für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie. Sie werden per E-Mail informiert, durch Klick auf den gesendeten Link erhalten Sie die komplette Ausgabe als PDF (Umfang ca. 5–10 MB). Außerhalb dieses Angebots ist keine Lieferung möglich.

Abbestellen:

Das Gratis-Online-Abonnement kann jederzeit per Mausklick wieder abbestellt werden. In jeder Benachrichtigung finden Sie die Information, wie das Abo abbestellt werden kann.

e-Abo kostenlos

Das e-Journal **Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie**

- ✔ steht als PDF-Datei (ca. 5–10 MB) stets internetunabhängig zur Verfügung
- ✔ kann bei geringem Platzaufwand gespeichert werden
- ✔ ist jederzeit abrufbar
- ✔ bietet einen direkten, ortsunabhängigen Zugriff
- ✔ ist funktionsfähig auf Tablets, iPads und den meisten marktüblichen e-Book-Readern
- ✔ ist leicht im Volltext durchsuchbar
- ✔ umfasst neben Texten und Bildern ggf. auch eingebettete Videosequenzen.

www.kup.at/JNeurolNeurochirPsychiatr

Verstöße gegen das Suchtmittelgesetz (§ 35 SMG): Konsumtypen und Delinquenz

K. Ritter[1], S. Lesch[1], E. Höld[1], T. Stompe[2]

Kurzfassung: Das Institut für Suchtdiagnostik ist vorwiegend für die Begutachtung von Personen zuständig, die Verstöße gegen das Suchtmittelgesetz begangen haben. In der vorliegenden Arbeit untersuchten wir das Konsumverhalten von 100 Klienten. In der Hauptkomponentenanalyse fanden sich 4 unterscheidbare Substanzkonsummuster (Faktor 1: Halluzinogene, Amphetamine, Ecstasy dominant; Faktor 2: Opiate, Kokain, Benzodiazepine dominant; Faktor 3: Opiate oder Cannabis dominant; Faktor 4: Alkohol dominant). In der Anamnese von Faktor-2- und Faktor-4-Konsumtypen fanden sich schwerwiegendere Delikte und mehr Vorstrafen. Es wäre daher erforderlich, für diese Personengruppen psycho- und soziotherapeutische Module zur Verfügung zu stellen, um ein weiteres Abgleiten in die Kriminalität zu verhindern.

Abstract: Violations of the Drug Law: Types of Consumption and Delinquency. The Department for Substance Abuse Diagnostics ("Institut für Suchtdiagnostik") is primarily in charge of the expertise of person who violated the drug laws ("Suchtmittelgesetz"). The paper presents data on the consumer behavior of 100 clients. By means of major component analysis we found 4 different patterns of substance consumption (factor 1: predominantly hallucinogens, amphetamines, ecstasy; factor 2: predominantly opiates, cocaine, benzodiazepines; factor 3: predominantly opiates or cannabis; factor 4: predominantly alcohol). Subjects with factor 2 and factor 4 consumers' behavior had more severe offences and a higher number of previous convictions. To avoid further criminal offending, it is necessary to provide psycho- and sociotherapeutic programs for this population. **J Neurol Neurochir Psychiatr 2010; 11 (2): 38–42.**

Einleitung

Konsum von illegalen Drogen und Alkohol in Österreich

Der Gebrauch von psychotropen Substanzen findet sich in allen uns bekannten Kulturen und in allen Epochen. Hinweise auf den Gebrauch halluzinogener Pilze in schamanistischen Ritualen finden sich bereits auf steinzeitlichen Felsbildern, auch Alkoholkonsum ist in allen Hochkulturen der Alten und Neuen Welt bekannt. Jedes Land hat allerdings eine eigene Tradition des Substanzkonsums, was sich in der Prävalenz abbildet (Tab. 1).

Österreich blickt auf eine lange Tradition des Alkoholkonsums zurück, in der Trinkmenge pro Kopf/Jahr liegt unser Land im west- und zentraleuropäischen Spitzenfeld an dritter Stelle. Lediglich in Irland und in Frankreich wird mehr getrunken. Der WHO-Report 2004 spricht von 17,3 % alkoholmissbrauchenden Männern und 7,0 % alkoholmissbrauchenden Frauen (Definition: 40 g reiner Alkohol/Tag bei Männern, 20 g bei Frauen). Innerhalb dieser Gruppe waren 28,7 % der Männer und 8,5 % der Frauen schwere Trinker (> 60 g reiner Alkohol/Tag bei den Männern, > 40 g bei den Frauen) [1]. Nach den CAGE-Kriterien finden sich 16–42 % Problemtrinker und 2,2 % Alkoholabhängige in der österreichischen Bevölkerung. Insgesamt 89 % der Erwachsenen hatten im Jahr der Untersuchung Alkohol getrunken. Im Gegensatz dazu wird in Österreich relativ selten Cannabis konsumiert. Die Ein-Jahres-Prävalenz beträgt 3,5 %. Im Vergleich dazu konsumierten 10,9 % der Schweizer und 14,6 % der Italiener im vorangegangenen Jahr Marihuana oder Haschisch [2]. Bezüglich der Opiate und den antriebssteigernden Substanzen Kokain, Amphetamine und Ecstasy liegt Österreich im europäischen Mittelfeld. Im Unterschied zum Alkoholkonsum unterliegt der Besitz der meisten übrigen psychotropen Substanzen der strikten gesetzlichen Regulierung des Suchtmittelgesetzes (SMG), welches die Rahmenbedingungen der Tätigkeit des Instituts für Suchtdiagnostik Wien vorgibt.

Rechtliche Grundlage – das österreichische Suchtmittelgesetz

Suchtgifte im Sinne des SMG sind Stoffe und Zubereitungen, die in der Suchtgiftkonvention von 1961 in der durch das Protokoll von 1972 geänderten Fassung als Suchtgifte bezeichnet werden, wie etwa Cannabis, Kokain oder Opiate, sowie Substanzen in den Anhängen I und II der Konvention über psychotrope Substanzen von 1971, wie LSD, Psilocybin, Amphetamin und dessen Derivate (MDMA) und Phencyclidin. Psychotrope Stoffe sind Stoffe und Zubereitungen, die in den Anhängen III und IV der Psychotropenkonvention 1971 enthalten sind, z. B. Barbiturate und Benzodiazepine. Bei Substanzen, die von der Suchtgiftkonvention kontrolliert werden („Suchtgifte"), sind auch Derivate dieser Substanzen mit enthalten.

Vorläuferstoffe sind Substanzen, die bei der Herstellung von Suchtgiften und psychotropen Stoffen verwendet werden. Sie sind im Anhang der EU-Verordnungen Nr. 3677/90 vom 13. Dezember 1990 und Nr. 3769/92 vom 21. Dezember 1992 angeführt: z. B. Ephedrin, Safrol, Essigsäureanhydrid, Aceton, Schwefelsäure und Salzsäure. Viele Vorläuferstoffe haben auch legitime industrielle und private Anwendungen und lassen sich nicht effektiv kontrollieren.

Die meisten Suchtgifte, mit Ausnahme von Cannabis oder Pilzen, müssen mit besonderen Chemikalien aufbereitet werden. Eines der Ziele des Übereinkommens der Vereinten Nationen gegen den unerlaubten Verkehr mit Suchtgiften und psychotropen Stoffen (so genanntes „Wiener Übereinkommen" von 1988) ist es, den Handel mit solchen Vorläuferstoffen zu kontrollieren, was sich in mehreren EU-Verordnungen und einer EU-Richtlinie widerspiegelt, die in Österreich mit der Vorläuferstoffeverordnung umgesetzt wurde.

Aus dem [1]Institut für Suchtdiagnostik (ISD), Sucht- und Drogenkoordination Wien GmbH und der [2]Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Medizinische Universität Wien

Korrespondenzadresse: Dr. med. Dr. phil. Kristina Ritter, Institut für Suchtdiagnostik (ISD), Sucht- und Drogenkoordination Wien GmbH, A-1030 Wien, Modecenterstraße 16; E-Mail: kristina.ritter@sd-wien.at

For personal use only. Not to be reproduced without permission of Krause & Pachernegg GmbH.

Tabelle 1: Ein-Jahres-Prävalenz (%) von illegalen Drogen und Alkohol pro Kopf/Jahr (Liter) in West- und Zentraleuropa. Aus [1].

	Cannabis	Opiate	Kokain	Amphetamine	Ecstasy	Alkohol
Dänemark	5,2	0,60	1,0	0,7	0,3	11,93
Deutschland	4,7	0,29	0,7	0,5	0,4	12,89
Estland	4,6	3,79	0,6	0,6	0,5	9,85
Frankreich	8,6	0,51	0,6	0,2	0,5	13,54
Griechenland	1,7	0,28	0,1	0,2	0,2	10,20
Großbritannien	7,4	1,00	2,3	1,0	1,5	11,35
Irland	6,3	0,50	1,7	0,4	1,2	14,45
Island	3,5	0,40	0,9	0,9	0,5	6,99
Italien	14,6	0,79	2,2	0,7	0,7	9,14
Lettland	4,9	0,80	0,5	0,9	1,5	9,61
Litauen	2,2	0,10	0,3	0,3	0,4	12,32
Niederlande	5,4	0,31	0,6	0,3	1,2	9,74
Norwegen	4,6	0,33	0,8	1,1	0,5	5,81
Österreich	3,5	0,43	0,9	0,5	0,5	12,58
Polen	2,7	0,11	0,2	0,7	0,3	8,68
Portugal	3,6	0,50	0,6	0,2	0,4	12,49
Slowakei	6,9	0,82	0,6	0,2	1,2	12,41
Slowenien	4,1	0,53	0,9	0,6	0,7	6,74
Spanien	10,1	0,40	3,0	0,9	1,1	12,35
Schweden	2,1	0,17	0,6	0,6	0,3	8,86
Schweiz	10,9	0,78	0,8	0,7	0,4	11,53
Tschechien	9,3	0,17	0,2	0,7	3,5	16,21
Ungarn	2,3	0,42	0,2	0,6	0,5	13,60

Der Konsum von Suchtgiften an sich ist nicht strafbar. Strafbar ist jedoch fast alles, was damit zusammenhängt: der Erwerb, der Besitz, das Inverkehrsetzen, die Ein- oder Ausfuhr, die Erzeugung, das Überlassen oder Verschaffen. Das SMG unterscheidet nicht zwischen so genannten „weichen" und „harten" Suchtgiften, auch die Strafdrohung ist bei allen Suchtgiften gleich. Jedoch unterscheidet es zwischen geringen, großen und übergroßen Mengen, wobei an größere Mengen prinzipiell auch strengere Strafen geknüpft sind. Ausnahmen sind der Erwerb und Besitz von Suchtgiften für den Eigenbedarf, die als gesundheitspolitisches und weniger als kriminalpolitisches Thema wahrgenommen werden. Als „weich" geltende Suchtgifte, etwa MDMA, Cannabis und Kokain, sind insofern privilegiert, weil sie größere Grenzmengen haben.

Die Staatsanwaltschaft hat unter bestimmten Voraussetzungen und Bedingungen von der Verfolgung einer Straftat nach den §§ 27 Abs. 1 und 2 oder 30, die ausschließlich für den eigenen persönlichen Gebrauch oder den persönlichen Gebrauch eines anderen begangen worden ist, ohne dass der Beschuldigte daraus einen Vorteil gezogen hat, unter Bestimmung einer Probezeit von einem Jahr bis zu 2 Jahren vorläufig zurückzutreten. Ähnlich hat die Staatsanwaltschaft von der Verfolgung einer anderen Straftat nach den §§ 27 oder 30–31a, einer Straftat nach den §§ 28 oder 28a, sofern der Beschuldigte an Suchtmittel gewöhnt ist, oder einer im Zusammenhang mit der Beschaffung von Suchtmitteln begangenen Straftat unter Bestimmung einer Probezeit von einem Jahr bis zu 2 Jahren vorläufig zurückzutreten.

Die vorläufige Zurücklegung der Anzeige setzt eine Stellungnahme der Bezirksverwaltungsbehörde als Gesundheitsbehörde voraus, ob der Angezeigte einer gesundheitsbezogenen Maßnahme gemäß § 11 Abs. 2 SMG bedarf. Deswegen ist eine Anzeige wegen Suchtmittelbesitzes meist mit einer sozialmedizinischen oder psychiatrischen Untersuchung verbunden. Die Staatsanwaltschaft kann von der Einholung einer Stellungnahme der Bezirksverwaltungsbehörde absehen, wenn eine Person ausschließlich deshalb angezeigt wird, weil sie Stoffe oder Zubereitungen aus der Cannabispflanze in geringer Menge zum eigenen Gebrauch erworben oder besessen hat, und wenn kein Grund zur Annahme besteht, dass die Person einer gesundheitsbezogenen Maßnahme bedarf. Eine Stellungnahme ist jedoch einzuholen, wenn eine Person innerhalb der vergangenen 5 Jahre vor dieser Anzeige bereits deswegen angezeigt wurde.

Bedarf der Beschuldigte einer gesundheitsbezogenen Maßnahme gemäß § 11 Abs. 2, so hat die Staatsanwaltschaft den vorläufigen Rücktritt von der Verfolgung davon abhängig zu machen, dass sich der Beschuldigte – hat er einen gesetzlichen Vertreter, mit dessen Zustimmung – bereit erklärt, sich einer solchen Maßnahme zu unterziehen.

Das Institut für Suchtdiagnostik

In der Regel wird das Institut für Suchtdiagnostik (ISD) von der Gesundheitsbehörde (MA40) beauftragt, Personen einer ärztlichen Begutachtung zu unterziehen, die von der Staatsanwaltschaft/Gericht oder dem Militär nach §§ 35, 37, 12, 13 des Suchtmittelgesetzes (SMG) und § 5 der Straßenverkehrsordnung (STVO) wegen Übertretungen des Suchtmittelgesetzes (Verdacht des Suchtmittelmissbrauchs oder -einflusses) angezeigt wurden. Festgestellt werden soll, ob diese Personen einer gesundheitsbezogenen Maßnahme nach § 11 SMG bedürfen, und welche Maßnahmen erforderlich sind. Diese

Begutachtung inkludiert die Erhebung allgemeiner Grunddaten durch Diplomsozialarbeiter sowie die Begutachtung durch Ärzte. Ziel dieser Begutachtungen ist es, den Grad der Suchterkrankung festzustellen, d. h. ob sich der Klient am Beginn einer Suchterkrankung befindet oder diese bereits über einen längeren Zeitraum besteht. In der Diagnostik soll der Grad der Suchterkrankung festgestellt werden (von „unauffälligem Konsum“ bis zum „Vollbild der Abhängigkeit“). Darüber hinaus dient das ISD als Informations- und Beratungsdienst betreffend Suchtkrankheit, -mittel und Therapiemöglichkeiten. Damit sollen Erwachsene und Jugendliche rechtzeitig in Beratung und Betreuung gebracht werden, da dadurch die Chance erhöht wird, dass der Substanzkonsum nicht in die Abhängigkeit führt. Die Klienten sollen motiviert werden, dem für sie vorgesehenen Therapieplan zuzustimmen. Ein Teil der Klienten wird in das hauseigene Betreuungsangebot eingeschlossen. Dieses besteht in der ärztlichen Überwachung des Gesundheitszustandes in Form von Verlaufskontrollen als Unterstützung zur Aufrechterhaltung der Abstinenz, in der Bearbeitung von Therapieplatzansuchen von Abhängigkeitserkrankten, der Erstellung von Diagnosen in allen Fragen der Suchterkrankung sowie der Unterstützung bei der Reintegration von Erkrankten.

Personell ist das ISD mit 5 Fachärzten, 5 Diplomsozialarbeitern, 5 Psychologen und 6 Fachmitarbeitern ausgestattet. Kommt eine Begutachtung nach § 35 SMG zum Schluss, dass der Klient einer gesundheitsbezogenen Maßnahme bedarf, sind folgende Möglichkeiten zu unterscheiden:

- Z1: Ärztliche Überwachung des Gesundheitszustandes, welche sich über einen Zeitraum von 2 Jahren erstreckt und im ISD durchgeführt wird.
- Z2: Ärztliche Überwachung einschließlich der Entzugs- und Substitutionsbehandlung: Vermittlung durch das ISD.
- Z3: Psychologische Beratung und Betreuung: Vermittlung durch das ISD.
- Z4: Psychotherapie: Vermittlung durch das ISD.
- Z5: Psychosoziale Beratung und Betreuung: Wird zum Teil im ISD durchgeführt.

Bei Verdacht auf Suchtgiftmissbrauch eines Schülers hat der Leiter der Schule diesen einer schulärztlichen Untersuchung zuzuführen. Wird diese verweigert, so hat der Schulleiter anstelle einer Strafanzeige die Gesundheitsbehörde (MA40) zu verständigen. Diese wiederum hat nach § 12 SMG vorzugehen und den Schüler einer Begutachtung nach § 13 SMG durch einen mit Fragen des Suchtgiftmissbrauchs vertrauten Arzt zuzuführen. Es erfolgt keine Anzeige. Dieselbe Vorgangsweise ergibt sich bei der Verweigerung einer Untersuchung bei Wehrpflichtigen. Hier wird die Gesundheitsbehörde seitens der Militärbehörde verständigt.

Personen, die unter Verdacht stehen, sich im Straßenverkehr unter Suchtmitteleinfluss zu befinden oder Suchtmittelmissbrauch zu betreiben, werden auf der gesetzlichen Grundlage des § 5 der Straßenverkehrsordnung (STVO) begutachtet. Diese Personen erhalten keine Anzeige nach dem SMG, sondern es erfolgt eine Meldung bei der Gesundheitsbehörde (MA40) durch die Polizei. Die MA40 beauftragt das ISD mit der ärztlichen Begutachtung, welche dem Ablauf nach den Begutachtungen gemäß § 35 SMG entspricht.

Die hier vorliegende Arbeit möchte (1) das Muster des Substanzkonsums von Klienten erfassen, die gemäß § 35 SMG begutachtet wurden, und (2) Zusammenhänge zwischen Substanzkonsum und Delinquenz untersuchen.

Methode

Substanzkonsum

100 Klienten (69 Männer, 31 Frauen; Alter: 28,6 ± 9,1 Jahre), die nach § 35 SMG begutachtet wurden, wurden nach ihrem Substanzkonsum im vergangenen Jahr befragt. Erfasst wurden Alkohol, Cannabis, Opiate, Halluzinogene, Amphetamine, Ecstasy und Benzodiazepine. Der Schweregrad des Konsums wurde 5-stufig klassifiziert: 0 = abstinent; 1 = < 1× Monat; 2 = > 1×/Monat und < 1×/Woche; 3 = mindestens 1×/Woche; 4 = abhängig.

Delinquenz

Zwei Parameter des delinquenten Verhaltens wurden erfasst: (1) die 3 schwersten Delikte in der Anamnese und (2) die Anzahl der Vorverurteilungen. Der Schweregrad der Delikte wurde nach Taylor [3] in (a) leichtes Delikt, (b) mäßig leichtes Delikt, (c) mäßig schweres Delikt und (d) schweres Delikt kategorisiert.

Statistik

Das Muster des Substanzkonsums von Klienten mit multiplem Substanzgebrauch wurde mittels eines faktorenanalytischen Verfahrens (Hauptkomponentenanalyse mit Varimaxrotation) berechnet. Die Regressionswerte der daraus resultierenden Faktoren wurden für weiterführende Berechnungen abgespeichert. Zur Beantwortung der Frage nach möglichen Zusammenhängen zwischen Substanzkonsum und Delinquenz wurde eine Pearson-Korrelation mit den Faktoren und dem Schweregrad des schwersten Deliktes sowie der Anzahl der Vorverurteilungen berechnet.

Ergebnisse

Substanzkonsum

Die Daten einer Stichprobe von 100 Klienten, die im Institut für Suchtdiagnostik begutachtet wurden, wurden analysiert. Lediglich 12 % davon konsumierten nur eine Substanz (6 Cannabis, 6 Opiate). Die höchste Ein-Jahres-Prävalenz zeigte sich für Cannabis (80 %), gefolgt von Alkohol (57 %), Opiate (53 %), Kokain (47 %), Benzodiazepine (37 %), Amphetamine und Ecstasy je 10 %, nur 6 % konsumierten im vergangenen Jahr Halluzinogene. Klienten waren von einer oder mehreren Substanzen abhängig: Alkohol (17 %), Cannabis (25 %), Opiate (37 %), Kokain (10 %) und Benzodiazepine (20 %). Keiner der Begutachteten war von Halluzinogenen, Amphetaminen oder Ecstasy abhängig (Tab. 2).

Die Hauptkomponentenanalyse ergab eine 4-Faktoren-Lösung, die 78,5 % der Gesamtvarianz erklärten. Amphetamine, Halluzinogene und Ecstasy laden am höchsten im Faktor 1 (Eigenwert = 2,22), Benzodiazepine, Opiate und Kokain im Faktor 2 (Eigenwert = 1,72), Faktor 3 ist bipolar ausgerichtet (Eigenwert = 1,23): Personen, die häufig Cannabis konsumieren, scheinen selten Opiate zu nehmen. Faktor 4 (Eigenwert = 1,11) wird vollständig von Alkohol dominiert (Tab. 3).

Tabelle 2: Substanzmissbrauch bei Personen, die im Institut für Suchtdiagnostik begutachtet wurden (n = 100)

	abstinent	> 1× Monat	> 1× Woche	< 1× Woche	abhängig
Alkohol	43 %	14 %	18 %	8 %	17 %
Cannabis	20 %	25 %	20 %	10 %	25 %
Opiate	47 %	6 %	6 %	4 %	37 %
Kokain	53 %	21 %	10 %	6 %	10 %
Halluzinogene	94 %	4 %	2 %	–	–
Amphetamine	90 %	6 %	2 %	2 %	–
Ecstasy	90 %	6 %	2 %	2 %	–
Benzodiazepine	63 %	10 %	4 %	2 %	21 %

Tabelle 3: Substanzkonsummuster von Klienten, die im Institut für Suchtdiagnostik begutachtet wurden (n = 100)

	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Faktor 4
Amphetamine	.88			
Halluzinogene	.86			
Ecstasy	.80			
Benzodiazepine		.88		
Opiate		.69	.50	
Kokain		.63		
Cannabis			.90	
Alkohol				.92

Hauptkomponentenanalyse mit Varimaxrotation

Delinquenz

Alle Klienten waren wegen Verstößen gegen das Suchtmittelgesetz in das ISD zur Begutachtung zugewiesen. Darüber hinaus wiesen 20 % mindestens ein Delikt aus anderen Deliktkategorien auf: 18 Eigentumsdelikte, eine Sachbeschädigung und 12× Körperverletzung. Kategorisiert nach Taylor ergibt das einen durchschnittlichen Schweregrad der Delikte von 1,3 ± 0,7. Die durchschnittliche Anzahl der Vorstrafen beträgt 2,5 ± 4,8.

Substanzkonsum und Deliktmuster

Das Faktor-1-Konsummuster (Halluzinogene, Amphetamine, Ecstasy) und das Faktor-3-Konsummuster (Opiate oder Cannabis dominant) zeigen keinen Zusammenhang mit dem Schweregrad des Deliktes oder der Anzahl der Vorstrafen. Vor allem das Faktor-2-Konsummuster (Benzodiazepine, Opiate, Kokain) korreliert mit schweren Delikten und einer größeren Zahl von Vorstrafen. Ähnliches findet sich in schwächerer Form bei der Gruppe, in der der Alkoholkonsum dominiert (Faktor 4). Ein schwacher Zusammenhang findet sich zwischen dem Alter und der Zahl der Vorstrafen, die oben beschriebenen Korrelationen bleiben aber erhalten, wenn für das Alter korrigiert wird (Tab. 4).

Diskussion

In der hier vorliegenden Arbeit gingen wir den Fragen nach, ob sich bei der Klientel, die im ISD begutachtet wurde, bestimmte Muster des Substanzmissbrauchs feststellen lassen und ob diese Muster mit delinquenten Verhaltensweisen

Tabelle 4: Zusammenhang zwischen Alter, Anzahl der Vorstrafen, Deliktschweregrad und Suchttypen (n = 100)

	Alter	Anzahl der Vorstrafen	Delikt-schweregrad
Faktor 1	.21	.07	.15
Faktor 2	.15	.35*	.45**
Faktor 3	.12	.07	.07
Faktor 4	.32*	.35*	.35*

Pearson-Korrelation, 2-seitig; * p < 0,05, ** p < 0,01

(Schweregrad und Häufigkeit von Delikten in der Vergangenheit) verbunden sind. Das Institut für Suchtdiagnostik ist eine zentrale Anlaufstelle für Personen, die mit dem Suchtgiftgesetz in Konflikt gekommen sind, aber zu diesem Zeitpunkt kein so schweres Delikt begangen haben, das zu einer Verurteilung zu einer Gefängnisstrafe oder einer Einweisung in den Maßnahmenvollzug nach § 22 StGB führen würde. Das ISD hat damit durch die genaue Diagnostik und die Erarbeitung von Therapieplänen auch eine kriminalpräventive Aufgabe. Menschen mit Alkohol- und Drogenmissbrauch zeichnen sich durch eine deutlich über der der Allgemeinbevölkerung liegenden Gewaltbereitschaft aus. Alkohol- und Dogenkonsum bilden mit Eigentums- und Gewaltkriminalität ein Problemverhalten, das sich trotz unterschiedlicher Gewichtung der einzelnen Komponenten in allen Kulturen findet [4]. Das von Hiday [5] entworfene Pfadmodell der Kriminalitätsentwicklung spricht eine eindeutige Sprache: Alkohol- und Drogenmissbrauch bzw. -abhängigkeit sind ganz wesentliche Prädiktoren für Gewaltdelikte. Vor allem Alkohol erhöht die Aggressionsbereitschaft, während von sedativ wirksamen Substanzen Abhängige vorwiegend durch Beschaffungskriminalität straffällig werden [6–13].

Die Mehrheit der 100 Begutachteten bietet einen multiplen Substanzmissbrauch, ein Konsummuster, das bei gesunden und schizophrenen Delinquenten deutlich häufiger zu finden ist als bei nicht-delinquenten Menschen [14]. Die Faktorenanalyse der Konsumgewohnheiten von 100 Begutachteten ergibt 4 Typen (Tab. 3): Faktor 1 beschreibt Personen, die vorwiegend Halluzinogene, Amphetamine und Ecstasy konsumieren, Substanzen also, die den Antrieb steigern und außergewöhnliche visionäre Bewusstseinszustände auslösen. Im Gegensatz zu Giancola und Parrott [15] finden wir in unserer Untersuchung keinen Zusammenhang zwischen den Konsum aktivierenden Substanzen und delinquenten Verhaltensweisen (Tab. 4). Einschränkend ist allerdings festzuhalten, dass diese Personengruppe im ISD eher unterrepräsentiert ist (Tab. 2), was allerdings vermutlich auch mit der vergleichsweise niedrigen Ein-Jahres-Prävalenz des Konsums dieser Substanzen in der österreichischen Bevölkerung in Verbindung steht (Tab. 1). Personen, die vorwiegend Opiate oder Cannabis konsumieren (Faktor 3), zeigen ebenfalls keine erhöhte Delinquenzneigung. Dagegen sind ein multipler Missbrauch mit Opiaten, Kokain und Benzodiazepinen (Faktor 2), sowie ein Substanzkonsum, in dessen Mittelpunkt Alkohol steht (Faktor 4), mit schweren und häufigeren Delikten in der Vergangenheit assoziiert. Auch wenn die Schwelle zu schweren und schwersten Gewalttaten noch nicht überschritten wurde, zeigt sich bereits hier einmal mehr der zentrale Stellenwert

von Alkohol in der Delinquenzentwicklung. Aber auch das rasche Schwanken zwischen Aufputschen (Kokain) und Sedieren (Opiate, Benzodiazepine) scheint die Aggressionsschwelle zu senken und die Deliktbereitschaft zu erhöhen.

Zusammenfassend fanden wir bei den Klienten, die im Institut für Suchtdiagnostik begutachtet wurden, 4 unterscheidbare Formen von Substanzkonsum. Zwei davon sind mit einer erhöhten Delinquenzneigung verbunden. Kriminalpräventiv wäre es sinnvoll, diese Personengruppen verstärkt in psycho- und soziotherapeutische Programme einzubinden.

Relevanz für die Praxis

Substanzmissbrauch ist einer der zentralen Prädiktoren für delinquente Verhaltensweisen. Der hier vorliegende Artikel beschreibt die Klientel der Personen mit Substanzmissbrauch, die über den § 35 Suchtmittelgesetz dem Institut für Suchtdiagnostik zur Begutachtung zugewiesen wurden. Verschiedene Substanzkonsummuster sind unterschiedlich stark mit Delinquenz assoziiert, ein Befund, der vor allem für die Prävention weiterer schwerer Gewaltdelikte von praktischer Bedeutung ist.

Literatur:

1. World Health Organisation (WHO). Department of Mental Health and Substance Abuse. Global Status Report on Alcohol 2004. Geneva, 2004.
2. United Nations Office of Drug and Crime. World Drug Report 2009. United Nations Publication, 2009.
3. Taylor PJ. Motives for offending among violent and psychotic men. Br J Psychiatry 1985; 147: 491–8.
4. Eisner M. Gewalt und andere Formen von Problemverhalten. Ähnlichkeiten und Unterschiede in internationaler Perspektive. J Konflikt Gewaltforsch 2001; 3: 44–67.
5. Hiday VA. Understanding the connection between mental illness and violence. Int J Law Psychiatry 1997; 20: 399–417.
6. Bushman BJ. Effects of alcohol on human aggression. Validity of proposed explanations. Recent Dev Alcohol 1997; 13: 227–43.
7. Bushman BJ, Cooper HM. Effects of alcohol on human aggression: an integrative research review. Psychol Bull 1990; 107: 341–54.
8. Giancola PR. Influence of subjective intoxication, breath alcohol concentration, and expectancies on the alcohol-aggression relation. Alcohol Clin Exp Res 2006; 30: 844–50.
9. Giancola PR. The underlying role of aggressivity in the relation between executive functioning and alcohol consumption. Addict Behav 2007; 32: 765–83.
10. Giancola PR, Saucier DA, Gussler-Burkhardt NL. The effects of affective, behavioral, and cognitive components of trait anger on the alcohol-aggression relation. Alcohol Clin Exp Res 2003; 27: 1944–54.
11. Giancola PR, Parrott DJ. Differential effects of past-year stimulant and sedative drug use on alcohol-related aggression. Addict Behav 2005; 30: 1535–54.
12. Hoaken PN, Pihl RO. The effects of alcohol intoxication on aggressive responses in men and women. Alcohol Alcohol 2000; 35: 471–7.
13. Pihl RO, LeMarquand D. Serotonin and aggression and the alcohol-aggression relationship. Alcohol Alcohol 1998; 33: 55–65.
14. Stompe T. Schizophrenie, Substanzmissbrauch und Delinquenz. In Haller R, Jehle JM (Hrsg). Drogen – Sucht – Kriminalität. Neue Kriminologische Schriftenreihe. Forum Verlag Godesberg, Mönchengladbach, 2009; 117–29.
15. Parrott DJ, Giancola PR. The effect of past-year heavy drinking on alcohol-related aggression. J Stud Alcohol 2006; 67: 122–30.

DDr. Kristina M. Ritter

Geboren in Wien, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin, Psychotherapeutin (Verhaltenstherapie, EMDR-Traumatherapeutin), Kultur- und Sozialanthropologin (Ethnologin).

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere

zeitschriftenübergreifende Datenbank

☑ **Bilddatenbank** ☑ **Artikeldatenbank** ☑ **Fallberichte**

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☑ **Bestellung e-Journal-Abo**

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

Impressum **Disclaimers & Copyright** **Datenschutzerklärung**