

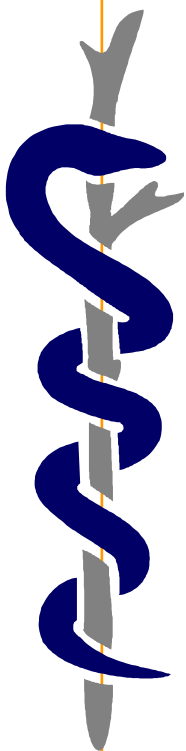


# Forensische Aspekte

in der Begutachtung und Behandlung  
von Suchtkranken

von

R. Haller, I. Dittrich & E. Kocsis



Herausgeber:

Leopold-Franzens-Universität Innsbruck  
Institut für Suchtforschung/KH Maria Ebene  
A-6800 Feldkirch, Postfach 35

Frastanz, im Juni 2003

# Inhaltsverzeichnis:

<b>1</b>	<b>Einleitung</b> .....	2
<b>2</b>	<b>Illegale Drogen</b> .....	2
2.1	Drogen und Kriminalität .....	2
2.2	Suchtmittelgesetz .....	5
2.3	Nachweis einer Suchtmittelgewöhnung .....	6
2.4	Anwendung der gesundheitsbezogenen Maßnahmen .....	9
2.5	Begutachtung von Drogenproblemen.....	13
<b>3</b>	<b>Alkohol</b> .....	14
3.1	Beurteilung der Zurechnungsfähigkeit bei Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit .....	15
3.2	Unterbringung und Behandlung von Straftätern mit Alkoholproblemen .....	21
<b>4</b>	<b>Nicht-substanzgebundene Süchte</b> .....	22
4.1	Störungen der Impulskontrolle und Zurechnungsfähigkeit.....	22
4.2	Rechtliche Rahmenbedingungen bei Spielsüchtigen.....	23
	<b>Literatur</b> .....	I

## 1 Einleitung

Alkohol und Drogen haben eine enorme forensische Bedeutung und spielen bei mehr als der Hälfte der Straftaten als veranlassende, auslösende oder konstellative Faktoren eine Rolle. Auch nicht-substanzgebundene Süchte, insbesondere die Spielsucht, berühren das Strafrecht in verschiedener Weise und werfen die Frage nach Therapiemöglichkeiten für Menschen, die im Zusammenhang mit ihrem Suchtproblem kriminell geworden sind, auf. Im Folgenden werden die wichtigsten forensischen Aspekte in der Begutachtung und Behandlung bei Suchtmittel- und Alkoholproblemen sowie suchtartigen Störungen der Impulskontrolle erörtert.

## 2 Illegale Drogen

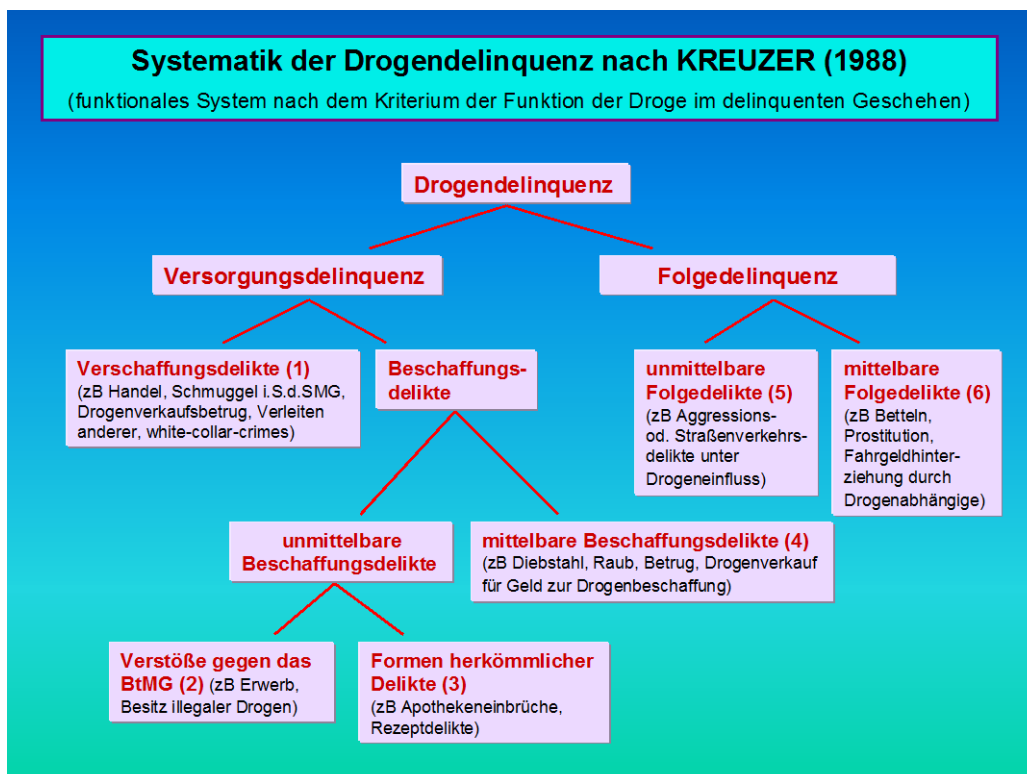
### 2.1 Drogen und Kriminalität

Die Beziehungen zwischen Drogenmissbrauch bzw -abhängigkeit und Kriminalität sind äußerst komplex. Dies hängt nicht nur mit der Tatsache, dass Besitz, Handel und Konsum mancher Drogen an sich schon strafbares Verhalten darstellen, sondern auch mit den völlig unterschiedlichen Hauptwirkungen der verschiedenen Drogentypen, die kriminelles Verhalten zum Teil begünstigen, zum Teil möglicherweise zurückdrängen können, zusammen. Während anregend-aufputschende Drogen wie Kokain und Amphetamin das Gewalttätigkeitsrisiko steigern, können dämpfende Substanzen wie Heroin, Cannabis oder Benzodiazepine dieses offensichtlich unterdrücken. Deshalb wird beispielsweise in der Methadon-Diskussion häufig argumentiert, dass dieses Substitutionspräparat generell kriminalitätsminimierend wirke und zwar nicht nur im Bereich der Beschaffungsdelinquenz. Faktisch ist aber über die genaue Verbreitung von psychotropen Substanzen bei Straftaten aber ebenso wenig bekannt wie über die möglichen Interaktionen zwischen Sucht und Delinquenz. Dies ist u.a. in der mangelnden Kenntnis über die genaue Verbreitung von illegalen Drogen und im Problem, dass sich manche Drogen einem laborchemischen Nachweis entziehen, begründet. Zudem werden bei Straftaten oder Verkehrsdelikten Untersuchungen auf illegale Drogen ungleich weniger häufig veranlasst als auf Alkohol. Die Probleme der Quantifizierung und des nicht-linearen Ausscheidens mancher Suchtmittel aus den verschiedenen Körperdepartements tun ein Übriges zur Unklarheit in dieser hinkünftig allerdings sehr wichtigen Frage.

Die Drogendelinquenz ließe sich nach verschiedenen Leitkriterien einteilen: nach den Straftatbeständen (zB Strafgesetzbuch, Suchtgiftgesetz, Verschreibungsverordnung usw.), nach dem Schutzgut der betreffenden Strafnormen, nach den Drogenarten oder nach den Tätermerkmalen (zB süchtige oder nicht süchtige Täter).

KREUZER (1988) hat eine funktionale Systematik der Drogendelinquenz vorgeschlagen, in der versucht wird, den Stellenwert der Drogen im jeweiligen delinquenten Geschehen zu beschreiben. Dabei wird zwischen Versorgungs- und Folgedelinquenz unterschieden. Die Versorgungsdelinquenz besteht aus Verschaffungs- und Beschaffungsdelikten, letztere sind wiederum zu unterteilen in mittelbare und unmittelbare Beschaffungsdelikte, welche sich aus Verstößen gegen das Suchtgiftgesetz, zB Erwerb und Besitz illegaler Drogen und aus verschiedenen Formen herkömmlicher Delikte wie Rezeptfälschungen oder Einbrüche in Arztpraxen zusammensetzen. Die Folgedelinquenz umfasst zwei große Gruppen, nämlich die unmittelbaren Folgedelikte, zB Aggressionstaten unter Drogeneinfluss, und die mittelbaren Folgedelikte, zB Betteln oder Prostitution.

Abb 1: Systematik der Drogendelinquenz nach KREUZER (1988)



Die wichtigsten Erscheinungsformen der Drogendelinquenz bestehen im verbotenen Drogenhandel, im illegalen Drogenbezug über Ärzte und Apotheken, in Vermögens- und Verwahrlosungskriminalität und in Aggressionsdelinquenz. Mit zunehmender Integration in die Drogenszene und mit fortschreitender Drogenabhängigkeit sind eine Reihe unterschiedlicher Formen der Verwahrlosungsdelinquenz wie Bettelei, kleinere Diebstähle, Hinterziehen von Fahrgeld, Betrügereien und Kreditschwindel verbunden. Prostitution und Zuhälterei sind qualitativ und in ihrer Genese sehr unterschiedliche Delikte, denen man auch außerhalb der Drogenszene begegnet, wenngleich selten in dieser Dichte.

Strukturen, Rollen und Praktiken des Drogenhandels - wegen seiner Illegalität und Undurchsichtigkeit ohnehin nur bruchstückhaft darzustellen - können hier nicht näher behandelt werden. Es sei aber darauf verwiesen, dass der weltweite Umsatz des Handels mit illegalen Drogen laut einer WHO-Schätzung schon im Jahr 1992 mit über 500 Milliarden DM angegeben wurde, womit das Gesamtvolumen des Erdölhandels überstiegen ist.

Zahlreiche Untersuchungen von Fixerkarrieren zeigen, dass beinahe bei jedem Fixer parallel mit der Drogenkarriere eine delinquente Entwicklung einhergeht. Delinquenz bezieht sich nicht allein auf kriminelle Formen des Drogenerwerbs, sondern auch auf die gesamte Lebensführung. Bei einem Großteil von Fixern mit Drogenkarrieren sind diese einer bestehenden delinquenten Entwicklung sozusagen „aufgesetzt“. Der Drogenmissbrauch ist ein weiteres, zuerst nahezu austauschbar erscheinendes, dann aber stark prägendes Symptom einer allgemeinen dissozialen Entwicklung. KREUZER (1982) hat aufgrund biographisch orientierter Intensivinterviews bei Fixern versucht, den zeitlichen Zusammenhang zwischen Drogen- und Delinquenzkarriere zu erfassen. Dabei zeigte sich, dass bei nahezu jedem Heroinabhängigen der Drogenkarriere eine delinquente Entwicklung, welche sich nicht allein auf die kriminellen Formen des Drogenerwerbs bezieht, einhergeht. Die Tatsache, dass bei über 35% die Delinquenzkarriere schon lange vor den Drogenproblemen eingesetzt hat, verdeutlicht, dass der Drogenmissbrauch zweifelsohne ein stark prägendes Symptom einer allgemeinen dissozialen Entwicklung darstellt, jedoch nicht in eindimensionaler Sichtweise als deren einziger Grund gesehen werden kann. Maßgebend sind in hohem Maße die Persönlichkeit des Süchtigen, vorangehende und begleitende Sozialisationsbedingungen bzw -störungen, delinquente Vorerfahrungen, Alter und sozialer Kontext bei Beginn der Drogenkarriere, Eigendynamik der Drogenabhängigkeit, Abhängigkeit vom Milieu der Drogenszene und schließlich

verstärkende oder abschwächende Einflüsse drogenpolitischer Kontrollstrategien und -taktiken.

## 2.2 Suchtmittelgesetz

Das am 1.1.1998 in Kraft getretene Bundesgesetz über Suchtgifte, psychotrope Stoffe und Vorläuferstoffe (Suchtmittelgesetz, SMG) enthält eine Reihe von gesundheits-, sozial- und kriminalpolitischen Neuerungen. Ausdrücklich verankert sind die Schmerztherapie (§ 8 SMG) mit suchtmittelhaltigen Arzneimitteln und die Substitutionsbehandlung (§ 11 Abs 2 SMG). Während im Bereich der Schmerztherapie Möglichkeiten geschaffen werden sollen, eine dem jeweiligen Schmerzniveau angepasste ärztliche Behandlung auch mit suchtmittelhaltigen Arzneimitteln zu ermöglichen, trägt die Verankerung der Substitutionstherapie der Tatsache Rechnung, dass eine Abstinenz von Opiaten nicht immer erreicht werden kann und in diesen Fällen die Behandlung mit suchtmittelhaltigen Arzneimitteln einer weiteren illegalen Opiatabhängigkeit vorzuziehen ist.

Auf die im § 11 des SMG definierten gesundheitsbezogenen Maßnahmen und deren Anwendung sowie die Möglichkeit des Aufschubs des Vollzugs einer Strafe zur Absolvierung einer Therapie nach § 39 SMG wird in einem eigenen Kapitel eingegangen.

Das SMG hält grundsätzlich an der Freiwilligkeit der Behandlung von Suchtkranken fest. Es obliegt der Gesundheitsbehörde allerdings, „darauf hinzuwirken“, dass sich die betreffenden Personen den Maßnahmen unterziehen. Bei Verdacht eines geringen Suchtgiftdelikts entfällt die Anzeigepflicht der Gesundheitsbehörde.

Die schon im früheren Suchtgiftgesetz bekannte Privilegierung bei gewerbsmäßiger oder bandenmäßiger Begehung eines Suchtgiftdeliktens ist dahingehend ausgeweitet, dass der jeweils mildere Strafsatz schon dann anzuwenden ist, wenn der Täter selbst an ein Suchtmittel gewöhnt ist und die Tat „vorwiegend“ zur Finanzierung seiner eigenen Sucht begangen hat. Damit wird auch auf die indirekte Beschaffungskriminalität abgestellt. Die fakultative Zurücklegung der Anzeige ist allerdings nur bei weniger schweren Straftaten möglich.

Der § 35 des SMG enthält eine Sonderregelung für Cannabisprodukte, um eine ausufernde Anwendung gesundheitsbezogener Maßnahmen in diesem Bereich zu vermeiden. Der Staatsanwalt kann von der Einholung einer Stellungnahme der Bezirksverwaltungsbehörde (also des Amtsarztes) absehen, wenn eine Person ausschließlich deshalb angezeigt wird, weil sie Cannabisprodukte in geringer Menge zum eigenen Gebrauch erworben oder besessen hat, und wenn kein Grund zur Annahme besteht, dass sie einer gesundheitsbezogenen Maßnahme bedarf.

Die mit der Verstärkung des Grundsatzes „Helfen statt Strafen“ verbundene Ausweitung gesundheitsbezogener Maßnahmen wird einerseits durch klare Bestimmungen über Anerkennen, Förderung und Qualitätsstandard von Betreuungseinrichtungen (§ 15, 16 SMG) sowie andererseits durch erweiterte Kostentragungsregelungen (§ 41 SMG) für gesundheitsbezogene Maßnahmen flankiert.

**Abb 2: Verurteilungen nach dem SMG und Verurteilungen insgesamt in Österreich**

Verurteilungen nach dem Suchtgiftgesetz/Suchtmittelgesetz und Verurteilungen insgesamt in Österreich (1991-2000)					
Jahr	Gesamtzahl der Verurteilungen nach SGG/SMG	Verurteilungen nach § 12 SGG / § 28 SMG	Verurteilungen nach § 16 SGG / § 27 SMG	Verurteilungen Gesamtzahl	In Österreich davon nach SGG/SMG in %
1991	1.469	503	947	75.155	2,0
1992	1.720	617	1.074	74.419	2,3
1993	2.683	952	1.700	74.937	3,6
1994	3.275	1.230	2.010	69.458	4,7
1995	3.261	1.124	2.102	69.779	4,7
1996	3.454	1.027	2.382	66.980	5,2
1997	3.797	1.036	2.717	65.040	5,8
1998	3.327	1.041	2.207	63.864	5,2
1999	3.359	1.022	2.230	61.954	5,4
2000	3.240	933	2.245	41.624	7,8

### 2.3 Nachweis oder Ausschluss einer Suchtmittelgewöhnung

Eine häufige gutachterliche Aufgabe ist die Feststellung, ob beim Täter eine Suchtmittelgewöhnung vorliegt oder er zu den nicht süchtigen Kriminellen zu zählen sei. In der Praxis ist diese kriminalpolitisch sinnvolle Unterscheidung oft nicht in klarer Form möglich, da viele Großdealer auch süchtig sind und viele Süchtige in Beschaffungs- oder Folgedelikte, die weit über den Rahmen der Eigenversorgung mit Drogen hinausgehen, involviert sind. Weiters ist zu bedenken, dass der Begriff der Suchtmittelergebenheit nicht

mit den standardisierten Kriterien des schädlichen Gebrauchs oder der Abhängigkeit im medizinischen Sinne zu messen ist.

Um die notwendigen forensischen Differenzierungen zu treffen, ist es zunächst erforderlich, die vom Untersuchten erhaltenen Informationen durch verschiedene Untersuchungsmethoden zu objektivieren und in einem zweiten Schritt die Sucht zu quantifizieren.

Wichtige Hinweise in dieser Frage liefern aber bereits die äußeren Kennzeichen der Sucht, seien es das oft typische „Outfit“ oder die somatischen Zeichen nach häufiger Drogeneinnahme, so alte und frische Injektionsstellen, verhärtete Venen, chronische Augen-Bindehautentzündung, Verschnupftheit oder auch Abmagerung, fahles Hautkolorit, Zittern usw. Stets ist bei dieser Symptomatik an das Vorliegen akuter Intoxikations- oder Entzugszeichen, wie sie oben beschrieben wurden, zu denken. Die genaue Erhebung der medizinischen Vorgeschichte kann wichtige Hinweise (Hepatitis, Aufnahme auf Intensivstationen oder psychiatrische Abteilungen, Kontakte mit Drogenberatungsstellen usw.) liefern. Bei der Befragung über die Drogenerfahrung zeigt sich rasch, ob der Untersuchte die spezielle Wirkung der Drogen kennt, ob er diese phänomenologisch zutreffend schildern kann und charakteristische Entzugssymptome nennt.

Die meist zu beobachtende drogenbedingte Persönlichkeitsveränderung bereitet dem Erfahrenen wenig Schwierigkeiten, im Zweifelsfall können testpsychologische Verfahren zur Objektivierung des psychopathologischen Befundes zu Hilfe genommen werden.

Besondere Bedeutung kommt der Feststellung und Zuordnung von Entzugserscheinungen, welche grundlegende Voraussetzung für die Annahme einer körperlichen Abhängigkeit sind, zu. Insbesondere medizinisches Personal auf psychiatrischen Entzugsstationen oder in Justizanstalten sollten mit den typischen Entzugserscheinungen vertraut sein und diese dokumentieren, da deren Auftreten bei einem unvermittelt aus der Drogen-szene herausgerissenen Süchtigen ein wichtiges Indiz darstellt.

Jede Untersuchung sollte eine Urinanalyse auf illegale Drogen enthalten. Die Nachweisdauer von Suchtmitteln im Harn ist allerdings von zahlreichen Faktoren wie Applikationsmenge, -form und -frequenz, Einfluss von anderen Fremdstoffen, Flüssigkeitsaufnahme, Alter, zusätzliche Krankheiten, Gewöhnungsgrad usw. abhängig. Es können deswegen bezüglich der Nachweisbarkeit, die auch durch die Empfindlichkeit der eingesetzten Analysemethoden bedingt ist, nur Richtwerte genannt werden, bei denen

mit nicht unbeträchtlichen Abweichungen nach oben und unten gerechnet werden muss (s. Abb 3).

**Abb 3: Nachweismöglichkeiten wichtiger Arzneimittel und Drogen**

<b>Nachweismöglichkeiten wichtiger Arzneimittel und Drogen</b>	
<b>Substanz</b>	Ungefähre Nachweisbarkeitsdauer (Schwankungen möglich!)
<b>Amphetamine</b>	48 Stunden
<b>Barbiturate</b>	24 Stunden (kurz wirksame) 2 – 3 Wochen (lang wirksame)
<b>Benzodiazepine</b>	etwa 3 Tage nach therapeutischer Dosis 4 – 6 Wochen nach Langzeiteinnahme
<b>Cannabinoide</b>	24 – 36 Stunden (einmaliges Rauchen) 5 Tage (mäßiger Raucher, 4 x pro Woche) 10 Tage (starker Raucher, täglich) bis zu 20 Tage bei chronischem Abusus
<b>Kokain-Metabolit</b>	2 – 4 Tage
<b>Methadon</b>	ca. 3 Tage
<b>Opiate</b>	ca. 2 Tage (stark abhängig von der Dosis u. a. Faktoren)
<b>Phencyclidin</b>	bis zu 30 Tage bei chronischem Abusus

In neuerer Zeit gelingt durch Haaranalyseverfahren selbst der Nachweis länger zurückliegenden Drogenkonsums. Durch chemisch-toxikologische Untersuchungen von Kopfharen ist der Nachweis eines länger andauernden oder weiter zurückliegenden Suchtgiftkonsums, insbesondere von harten Substanzen wie Heroin oder Kokain, möglich. Da Haare durch die Einlagerung von Betäubungsmittelmolekülen oder deren Abbauprodukten einen Langzeitspeicher darstellen, lassen sich auch noch Zeiträume erfassen, die mit Harn- oder Blutuntersuchungen nicht mehr kontrollierbar wären.

Die Haaranalyse kann deshalb zur Bestätigung oder Widerlegung von Aussagen Betroffener zum Suchtgiftkonsum verwendet werden, wobei nur Aussagen zu Zeitintervallen, nicht zu konkreten Zeitpunkten, möglich sind.

Nach dem Versuch der Objektivierung der vom Untersuchten vorgebrachten Angaben soll in einem zweiten gutachterlichen Schritt die Quantifizierung der Sucht erfolgen. Diese hängt von Art und Menge der missbrauchten Substanzen, von Dauer und Grad der Abhängigkeit und von dispositionellen Faktoren ab. Bewährt hat sich in dieser Frage die

Beurteilung des Abhängigkeitsgrades nach WALDMANN (1975), welcher den Suchtprozess in vier Stadien einteilt:

Das Stadium der Drogenmotivation ist durch neugieriges Ausprobieren der Substanzen, durch singuläre Versuche und gesamthafte eingeschränkte Drogenerfahrungen gekennzeichnet. Im Stadium der Drogenerfahrung werden neuartige Erlebnisse unter Suchtmittel einfluss gesucht und rasche Änderungen des Befindens angestrebt. Die Konsumenten suchen den Kreis von Gleichgesinnten, mit denen sie die Drogen gemeinsam einnehmen und richten ihren Tagesablauf immer mehr auf Gelegenheiten zum Drogenkonsum aus. Eine Drogenbindung und damit eine Gewöhnung an Suchtmittel tritt im dritten Stadium auf, in welchem bei alltäglichen Konflikten die „Flucht in die Drogen“ gesucht wird und sich das bisherige soziale Gefüge allmählich auflöst. Der Konsum von Drogen bringt nun wesentlich mehr Nach- als Vorteile mit sich, es liegt aber noch keine Süchtigkeit vor. Diese wird erst im vierten Stadium, jenem der Drogenkonditionierung erreicht, in welchem es zu Kontrollverlusten, Unfähigkeit zur Abstinenz, Drogenkonsum zur Vermeidung von Entzugserscheinungen und dadurch zur Auslösung des „Circulus vitiosus“ der Sucht kommt.

Die Objektivierung des Vorliegens von Drogenmissbrauch und -abhängigkeit bzw Suchtmittelgewöhnung und die Quantifizierung der Sucht nach den genannten Richtlinien bildet die Grundlage für gutachterliche Empfehlungen im Rahmen der gesundheitsbezogenen Maßnahmen und für die Beurteilung der Zurechnungsfähigkeit von Drogensüchtigen.

## **2.4 Anwendung der gesundheitsbezogenen Maßnahmen**

Die nationalen und internationalen Suchtmittelgesetze bringen das Prinzip „Therapie statt Strafe“ für verurteilte Drogensüchtige in unterschiedlicher Form zur Anwendung. Das österreichische Suchtmittelgesetz (SMG) verfolgt, wie bereits unter Punkt 2.2 ausgeführt wurde, vor allem das Ziel, Personen, die wegen Suchtgiftmissbrauchs oder Gewöhnung an ein Suchtmittel einer ärztlich-psychotherapeutischen Behandlung bedürfen, mit gesundheitsbezogenen Maßnahmen zu helfen.

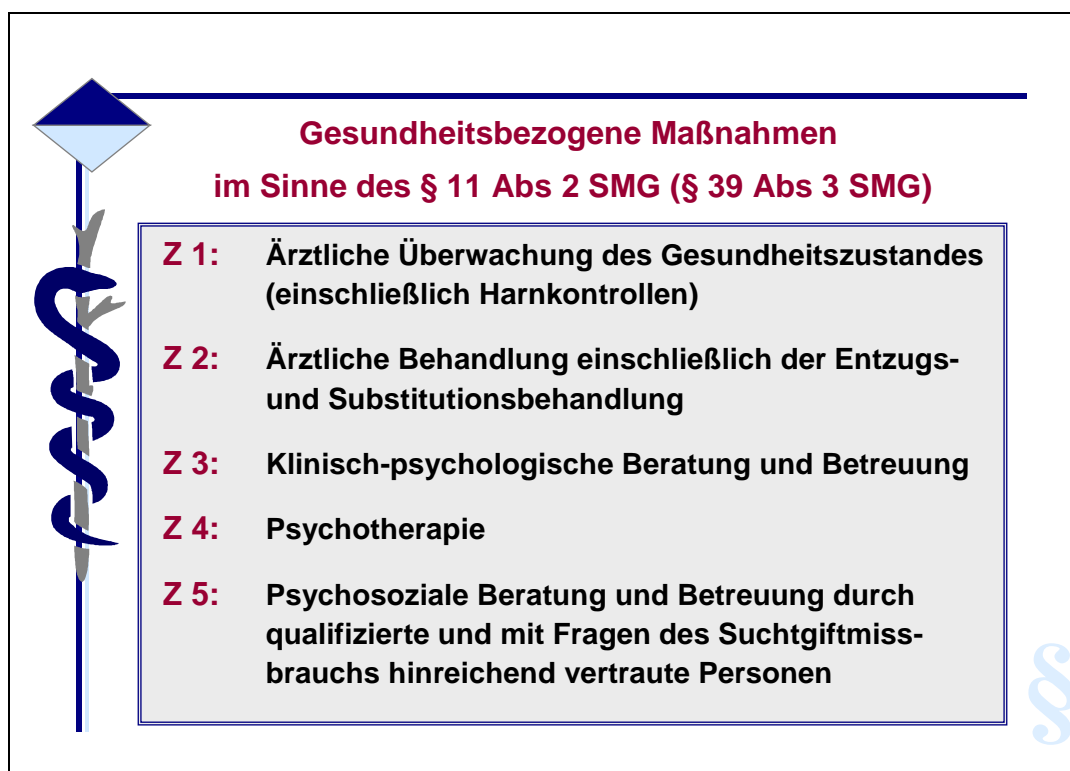
Der Grundsatz „Helfen statt Strafen“ kommt hier zum Ausdruck. Während das alte Suchtgiftgesetz (SGG) aus dem Jahr 1951 ausschließlich den Begriff „der notwendigen, möglichen und zumutbaren ärztlichen Behandlung oder Überwachung des Gesundheitszustandes“ verwendete, geht das SMG zusätzlich davon aus, dass bei Personen,

die nur gelegentlich Suchtmittel konsumieren, eher psychische oder soziale als medizinische Probleme auftreten. Dem entsprechend sind auch soziale und psychologische Beratungs- und Behandlungsmaßnahmen in solchen Fällen ausreichend bzw. gegenüber medizinisch-ärztlichen Verfahren zu bevorzugen. Das Gesetz erweitert daher die Bandbreite möglicher Interventionen und differenziert das Behandlungsangebot.

Für die entsprechenden Möglichkeiten wurde der Begriff der „gesundheitsbezogenen Maßnahmen“ eingeführt, der in § 11 Abs 2 SMG definiert wird (s. Abb 4).

Basierend auf den bisherigen Erfahrungen ergeben sich folgende Kriterien zur Anwendung der gesundheitsbezogenen Maßnahmen:

**Abb 4: Gesundheitsbezogene Maßnahmen im Sinne des SMG**



Nach § 39 SMG ist einem nach dem Suchtmittelgesetz Verurteilten, sofern er an ein Suchtmittel gewöhnt ist, unter bestimmten Voraussetzungen ein Aufschub des Vollzugs einer über ihn verhängten Geldstrafe oder einer zwei Jahre nicht übersteigenden Freiheitsstrafe für die Dauer von höchstens zwei Jahren zu bewilligen, sofern er sich bereit erklärt, sich einer notwendigen gesundheitsbezogenen Maßnahme zu unterziehen. Ein Strafaufschub ist obligatorisch, vorausgesetzt, dass der Verurteilte einen Antrag gestellt hat und sich freiwillig der Suchtbehandlung unterziehen will.

Die gesundheitsbezogenen Maßnahmen müssen notwendig und zweckmäßig und nach den Umständen möglich, zumutbar und nicht offenbar aussichtslos sein. Durchzuführen sind die Maßnahmen von „qualifizierten und mit Fragen des Suchtgiftmissbrauchs hinreichend vertrauten Personen“, wobei bei den nicht rein medizinischen Formen vor allem eine Heranziehung der anerkannten Einrichtungen und Vereinigungen zur Suchtkrankenbetreuung geboten erscheint, wenn gleich auch die Behandlung und Betreuung durch entsprechend qualifizierte niedergelassene Ärzte, Psychotherapeuten oder klinische Psychologen möglich ist. Der Verurteilte kann somit, sofern er nicht eine über zwei Jahre dauernde Freiheitsstrafe verbüßen muss, einen Antrag auf Aufschub der Haftstrafe stellen und sich stattdessen einer adäquaten gesundheitsbezogenen Maßnahme im Sinne des § 11 Abs 2 SMG unterziehen.

Hat sich ein an Suchtmittel gewöhnter Rechtsbrecher mit Erfolg einer entsprechenden gesundheitsbezogenen Maßnahme unterzogen, so soll seine dadurch bekundete Resozialisierungsbereitschaft und -fähigkeit dadurch honoriert werden können, dass die urteilsmäßig über ihn verhängte Strafe nicht vollzogen, sondern nachträglich bedingt nachgesehen wird. Es soll also ein Anreiz geschaffen werden, sich nicht nur einer Therapie zu unterziehen, sondern diese Behandlung auch durchzustehen.

Alle Behandlungs- und Betreuungsarten können alternativ oder in Kombination zur Anwendung kommen, jedoch sollten die gesundheitsbezogenen Maßnahmen nicht Selbstzweck sein, sondern müssen immer in einem vertretbaren Verhältnis zu den Lebens-, Berufs- und Wohngegebenheiten und der gesundheitlichen Situation des Betroffenen stehen.

Der verurteilte Süchtige wird über richterliche Anordnung durch mindestens einen Sachverständigen aus dem Gebiet der Psychiatrie oder klinischen Psychologie, der mit Fragen des Suchtmittelmissbrauchs hinreichend vertraut ist, untersucht. Das Gesetz schränkt diese Begutachtung zwar nur auf die Frage der im Raum stehenden stationären Therapie ein, de facto ist die Begutachtung aber erforderlich, um die Frage zu entscheiden, ob eine ambulante oder stationäre Behandlung erforderlich ist und gegebenenfalls, welche Art der Betreuung dem Störungsbild des Verurteilten am besten entspricht.

Unter den gesetzlich vorgesehenen gesundheitsbezogenen Maßnahmen ist die im Einzelfall am besten geeignete auszuwählen. Dabei ist das Wohl des Betroffenen, insbesondere der zu erwartende therapeutische Nutzen, zu beachten. Auch sollen neben der bereits erwähnten Zumutbarkeit die Kosten im Verhältnis zum Erfolg bei Wahrung der Qualität der Therapie möglichst gering sein.

Im Einzelnen bestehen diese Maßnahmen in der ärztlichen Überwachung des Gesundheitszustandes, der ärztlichen Behandlung einschließlich der Entzugs- und Substitutionsbehandlung, der klinisch-psychologischen Beratung und Betreuung, der Psychotherapie und der psychosozialen Beratung und Betreuung durch qualifizierte und mit Fragen des Suchtgiftmissbrauchs hinreichend vertraute Personen. Wenn die Maßnahmen mit Erfolg absolviert werden, wird die Strafe nicht mehr vollzogen.

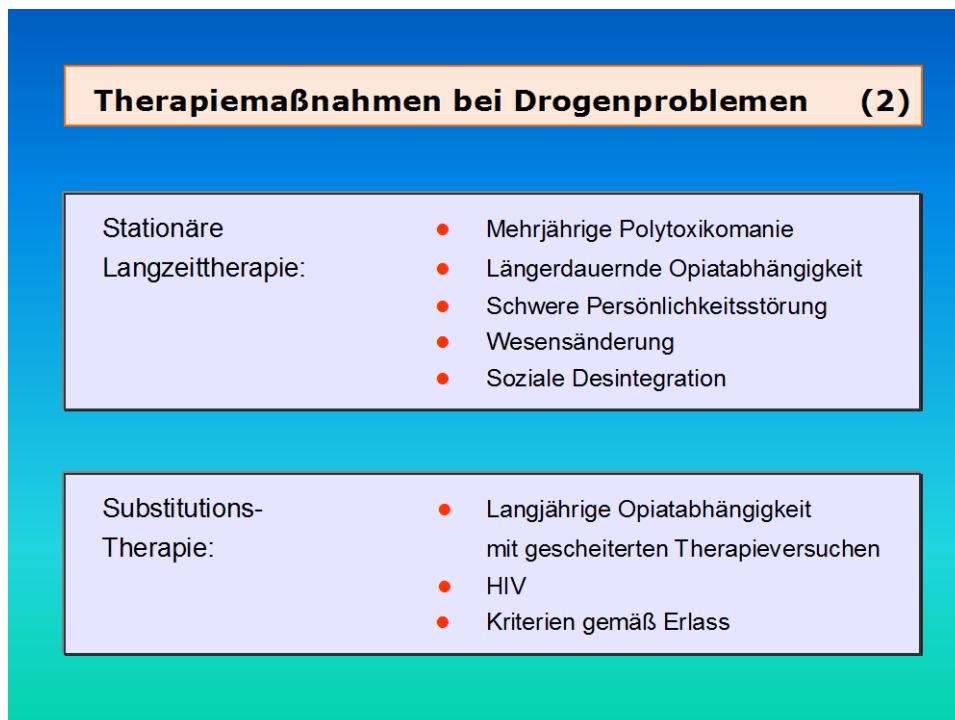
Die gesundheitsbezogenen Maßnahmen ermöglichen differenzierte Therapieanwendungen bei süchtigen Verurteilten. Damit soll gewährleistet werden, dass bei relativ geringfügiger Drogenproblematik keine Weisungen mehr zu unverhältnismäßig aufwendigen Therapiemaßnahmen – etwa zu stationärer Langzeittherapie – erfolgen, umgekehrt soll ein Süchtiger in einem weiter fortgeschrittenen Abhängigkeitsstadium eine erfolgsversprechende Behandlung unter Ausnützung aller medizinischer, psychiatrischer und sozio-rehabilitativer Möglichkeiten erfahren.

Während früher fast ausschließlich die stationäre Drogen-Langzeittherapie zur Anwendung gekommen ist, stehen nach dem neuen Suchtmittelgesetz auch die stationäre Kurzzeittherapie, die ambulante Psychotherapie, die Drogenberatung und selbst die Substitutionstherapie zur Verfügung. Die Absolvierung der gesundheitsbezogenen Maßnahmen ist nur über stationäre und ambulante Einrichtungen, die vom Gesundheits- bzw. Sozialministerium anerkannt sind, möglich und erfordert eine enge Kooperation zwischen Gericht, Betreuungsstelle, Sachverständigem und Verurteiltem.

**Abb 5: Therapiemaßnahmen bei Drogenproblemen (1)**



Abb 6: Therapiemaßnahmen bei Drogenproblemen (2)



## 2.5 Begutachtung von Drogenproblemen

Sofern eine Drogenbindung oder eine Drogenkonditionierung, also ein schädlicher Gebrauch oder eine Abhängigkeit nach der ICD-10-Klassifikation vorliegt und die Delinquenz mit dem Missbrauchs- bzw Suchtverhalten in Verbindung steht, ist eine mehr oder minder starke Verminderung der Steuerungsfähigkeit anzunehmen. Diese ist auch gegeben, wenn es im Rahmen der Drogensucht zu Persönlichkeitsveränderungen (Wesensänderung) kommt oder wenn schwere comorbide Störungen vorliegen. Eine Aufhebung der Zurechnungsfähigkeit ist nur zu attestieren, wenn psychosewertige Reaktionen oder Dauerschäden eintreten. Handlungen unter akuter Drogenwirkung werden nach ähnlichen Kriterien beurteilt, wie sie sich anhand unserer gesellschaftlichen Hauptdroge, des Alkohols, ergeben.

Für die forensisch-psychiatrische Beurteilung von Drogenpsychosen kommt es bei der Beantwortung der Frage nach der Zurechnungsfähigkeit im Gegensatz zur Beurteilung von Alkoholtätern meist weniger auf die Folgen akuter Intoxikationen als vielmehr auf die Auswirkungen chronischer Drogeneinnahme an. Die Vorgehensweise bei alkoholisierten Straftätern kann aber als Modell für die Begutachtung der Zurechnungsfähigkeit bei Drogenabhängigen gelten. Im Einzelfall sind die Persönlichkeitsveränderungen unter langem Drogenmissbrauch bis hin zur Depravation, der Einfluss von Entzugserscheinungen und die Auswirkungen akuter Intoxikationszustände zu berücksichtigen. Bei Beschaffungsdelikten ist der Freiheitsgrad des Delinquenten in der Regel erheblich eingeschränkt, weil die Drogenabhängigkeit die Führung über das individuelle Handeln übernimmt. Die Sucht zwingt den Betroffenen zu einem Verhalten, das er ohne Sucht nicht zeigen würde. Die Zurechnungsfähigkeit ist also weniger an Leistungsausfällen, als an der Motivationsstruktur für das Delikt zu messen. Bei chronischer Drogeneinnahme ist eine erhebliche Beeinträchtigung der Steuerungsfähigkeit dann anzunehmen, wenn eine ausgeprägte Drogenbindung besteht, sich die Persönlichkeit bereits durch die Abhängigkeit im Sinne einer Depravation verändert hat und bei beschaffungskriminellen Handlungen die Sucht das individuelle Handeln dominiert. Floride psychotische Symptome, im Verlauf der polytoxikomanen Suchtmittleinnahme häufig auftretend, führen zu einer so ausgeprägten Störung des Persönlichkeitsgefüges, dass eine willentlich gesteuerte, einsichtsvolle Handlung nicht mehr möglich ist. Beim gleichzeitigen Vorliegen von psychotischen Symptomen und Suchtsymptomen, ist die Beurteilung der Prognose im Hinblick auf die Behandlung sehr wichtig. Tritt das delinquente Handeln infolge der Abhängigkeit auf, so ist eine ärztliche Behandlung gemäß § 39 SMG in einer Drogenfachklinik indiziert. Ist künftige Delinquenz aber auf die Psychose zurückzuführen, ist primär die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus anzustreben.

### 3 Alkohol

Alkohol ist in unserer Gesellschaft die kriminologisch mit großem Abstand bedeutendste Droge. Dies beruht neben seiner weiten Verbreitung und seiner beinahe steten Gegenwart bei sozialen Begegnungen (in denen sich Kriminalität oft vollzieht) auf dessen psychopharmakologischer Wirkung: Der genaue Wirkmechanismus im Gehirn - dies sei an dieser Stelle eingefügt - ist allerdings noch nicht bekannt. Neben allgemeinen, die zerebrale Erregbarkeit dämpfenden Eigenschaften scheint Alkohol auch spezifisch auf bestimmte neuronale Regelkreise und Neurotransmitter (vor allem GABA und Serotonin, aber auch Dopa und Glutamat) einzuwirken. Im Wirkprofil ist er mit den meisten Narkosemitteln vergleichbar: Auch bei Alkohol folgen je nach Dosis Analgesie-, Exzitations-, Toleranz- und Asphyxiestadien aufeinander. In niedrigen Konzentrationen wirkt Alkohol anregend, in höheren dämpfend, bei Überdosierung erfolgt der Tod durch Atemdepression. Generell sind die psychopathologischen Auswirkungen in der Anflutungsphase ausgeprägter als in jener des Abbaus (13).

Klassische „Rauschtaten“ sind neben der hier nicht berücksichtigten Fahrlässigkeits- und Straßenverkehrsdelinquenz Erregungs- und Enthemmungsdelikte wie Beleidigung, Sachbeschädigung, Widerstand und Körperverletzung. Bei chronischen Alkoholikern sind besonders Eigentumsdelikte wie Zechprellereien, Diebstähle und Einbrüche, aber auch Sachbeschädigungen, Körperverletzungen und Sexualdelikte zu beobachten.

#### 3.1 Beurteilung der Zurechnungsfähigkeit bei Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit

Aufgabe des psychiatrischen Gutachters ist es in diesem Zusammenhang, das Vorliegen eines die Zurechnungsfähigkeit ausschließenden, qualitativ oder quantitativ abnormen Rausches nachzuweisen oder auszuschließen. Voraussetzung dazu ist die Berechnung der Blutalkoholkonzentration zur Tatzeit, die anhand etwaiger, in zeitlichem Zusammenhang mit der Tat entnommener Blutproben oder aus den (möglicherweise durch Zeugenaussagen gedeckten) Konsumationsangaben des Täters mit mehr oder weniger großen Fehlermöglichkeiten berechnet werden kann. Dem ermittelten Wert kommt aber nur eine relative Bedeutung zu, da ein komplexes Phänomen, wie es der Alkoholrausch darstellt, von mehreren Faktoren als dem reinen Blutalkoholspiegel ab-

hängig ist, sodass Alkoholunserfahrene und weit fortgeschrittene Trinker mit Toleranzbruch schon bei Werten um 1,5 Promille infolge eines „Vollrausches“ zurechnungsunfähig sein können, während gewohnheitsmäßige Trinker bei Werten von über 3,0 Promille möglicherweise noch über genügend Diskretions- und Dispositionsvermögen verfügen. Trotz der recht eingeschränkten Bedeutung, die die Höhe des Blutalkoholspiegels für die psychopathologische Beurteilung hat, kann man die Rauschzustände grob klinisch bei Werten von 0,5 bis 1,5 Promille als leicht, zwischen 1,5 und 2,5 Promille als mittelgradig und über 2,5 Promille als schwer beurteilen.

Die konventionelle psychopathologische Einteilung der akuten Alkoholintoxikationen unterscheidet den gewöhnlichen, den komplizierten und den pathologischen Rausch.

Normale oder gewöhnliche Rausche sind durch Enthemmung, Stimulation, Herabsetzung der Selbstkritik und erhöhte Bereitschaft, sonst kompensierten Trieben nachzugeben, gekennzeichnet, begünstigen häufig aggressive Durchbrüche, sexuelle Entgleisungen und Eigentumsdelikte, beeinträchtigen das Steuerungsvermögen je nach Intensität unterschiedlich, führen aber nur in schwerster Form zu einer Aufhebung von Diskretions- und Dispositionsvermögen. Für einen derartig quantitativ abnormen Rauschzustand hat sich mancherorts die auf ZIEHEN zurückgehende Bezeichnung „komplizierter Rausch“ eingebürgert, der sich nach BINDER (3) durch „vitale Erregung“ und „gänzliche Persönlichkeitsfremdheit“, nach BLEULER (4) lediglich durch das quantitativ Abnorme vom einfachen Rausch unterscheidet. Andere Autoren betonen bei derartigen, die Zurechnungsfähigkeit ausschließenden Rauschzuständen neben der Wesensfremdheit die Bedeutung der Sinnlosigkeit des Rauschverhaltens und der Amnesie für die Zeit der Rauschtat.

Erinnerungsverluste für Delikte unter Alkoholeinfluss werden von den Tätern häufig vorgebracht und bilden immer wieder den Hauptinhalt der an den Gutachter gestellten Fragen. Obwohl die Amnesie als Begleitzeichen des Rausches weitgehend unbestritten ist und in zahlreichen experimentellen Studien bestätigt wurde (4, 11), gilt ihr diagnostischer Stellenwert als zweifelhaft, zumal „Blackouts“ oft als Schutzbehauptung angeführt werden. Erschwert wird die Beurteilung durch die Tatsache, dass durch exzessiven Nachtrunk im Anschluss an die Tat sogenannte retardierte Amnesien auftreten, bei denen - wie dies RASCH ausdrückt - „das Geschehen voll präsent ist, solange der Rausch und die mit ihm gegebene Gestimmtheit anhalten, eine Unterbrechung des Erlebniscontinums im Schlaf aber genügt, um die Erinnerung an Ereignisse aus dieser Episode auszulöschen“ (16). Ferner wird das Tatverhalten, insbesondere bei weit zurückliegenden Bagatelldelikten, manchmal schlicht und einfach vergessen, in manchen Fällen möglicherweise auch aufgrund schwerer, langdauernder Affektstörungen verdrängt.

Ob man nun den Stellenwert der Amnesie bei der Beurteilung der Zurechnungsfähigkeit hoch einschätzt oder überhaupt vernachlässigen will, so ist es jedenfalls von größter Wichtigkeit, nach Vorhandensein oder Fehlen anderer psychopathologischer Symptome - besonders in der Zeit vor und nach der Straftat - zu fahnden. Die Charakteristika der zwei wesentlichen Formen der Erinnerungslücken müssen phänomenologisch genau herausgearbeitet werden: Bei der totalen Amnesie sind gewöhnlich exakt bestimmbarer Beginn mit fehlender terminaler Abgrenzung, völliges Fehlen einer Zeitstrecke mit Erinnerungsverlust sämtlicher Ereignisse (fehlende Ereignisfixierung) und eine nur bedingte nachträgliche Teilaufhellung zu erfassen, während sich bei der partiellen Amnesie die amnestische Lücke im Verlauf von Stunden bis Tagen nach der Berausung verringert, Beginn und Abschluss eher verschwommen sind und in den meisten Fällen Palimpseste-artige Erinnerungsreste bestehen bleiben. Obwohl die Amnesie in der wissenschaftlichen Literatur von fast allen Autoren als Hauptkriterium des qualitativ und auch quantitativ abnormen Rauschzustandes angeführt wird, gilt sie in der Praxis als schwächstes Kriterium für den Nachweis von durch Zurechnungsunfähigkeit bedingten Rauschzuständen.

Eine abnorme Alkoholreaktion (= komplizierter Rausch) ist durch Erregungszustände, inadäquaten Affekt, Überreaktion auf Reize, Situationsverkennungen und ausgeprägte affektive Labilität, die bis zur schweren Depression mit Suizidalität reichen kann, gekennzeichnet. Das Verhalten steht im krassen Gegensatz zur Persönlichkeit des Berauschten. Meist folgt einer abnormen Alkoholreaktion eine mehr oder weniger stark ausgeprägte Erinnerungsstörung.

Unter einem pathologischen Rausch, nach moderner Terminologie auch als idiosynkratische Alkoholintoxikation bezeichnet wird ein durch relativ geringe Mengen Alkohol verursachter psychotischer Zustand verstanden, bei dem es zu Verwirrtheit, Realitätsverkennungen und vor allem zu psychomotorischer Erregung kommt. Nach der Beschreibung des ICD-10 kommt es bei dieser Störung (die nur auf Alkohol anwendbar ist) kurz nach dem Trinken einer Menge, die bei den meisten Menschen keine Intoxikation hervorrufen würde, zu einem plötzlichen Ausbruch von aggressivem, oft gewalttätigem Verhalten, das für den Betroffenen in nüchternem Zustand untypisch ist.

Der Begriff „idiosynkratische Alkoholintoxikation“ war im DSM-III-R enthalten, wird allerdings aufgrund geringer Bestätigung in der Literatur bezüglich der Validität dieser Störung im DSM-IV nicht mehr als eigenständige Diagnose erwähnt. Das DSM-IV kennt den Begriff des pathologischen Rausches nicht, sondern spricht von alkoholinduzierten psychotischen Störungen mit Wahn (Nr. 291.5) oder mit Halluzinationen (Nr. 291.3), ferner von alkoholinduzierten affektiven Störungen (Nr. 291.8) und Angststörungen (Nr. 291.8).

Bei der akuten Alkoholintoxikation (Nr. 303.0) werden klinisch bedeutsame, unangepasste Verhaltensstörungen und psychische Veränderungen (unangepaßtes Aggressions- und Sozialverhalten) genannt, die sich während oder kurz nach der Alkoholaufnahme entwickeln. Die alkoholinduzierten psychotischen Störungen werden dadurch unterschieden, dass die Symptome deutlich über diejenigen der gewöhnlichen Alkoholintoxikation oder des Alkoholentzugs hinausgehen.

Dabei können die Betroffenen sehr impulsiv, gewalttätig aber auch suizidal reagieren. Der Zustand dauert meist einige Stunden und endet oft in einem längeren Schlaf. Die Ursachen sind nicht restlos bekannt. Hirnschädigungen, Drogen oder Übermüdung werden als Risikofaktoren angesehen. Pathologische Rausche werden sehr selten beobachtet, meist wird dann auch eine Blutalkoholkonzentration von über 1,5 Promille gemessen.

Bei jeglichem Rausch, ob qualitativ oder quantitativ abnorm, müssen dessen Auswirkungen auf die Persönlichkeit des Täters beachtet und der Stellenwert konstellativer Faktoren wie Schlafentzug, zusätzliche Medikamenteneinnahme, einschlägige Vorerkrankheiten oder relevante Aktualstörungen entsprechend gewürdigt werden. SOYKA (14) nennt diese im einzelnen (s. Abb 5).

**Abb 5: Variablen bei der Beurteilung eines Rausches nach SOYKA**

<b>Variablen bei der Beurteilung eines Rausches</b>	
✓	<b>Individuelle Alkoholgewöhnung und -toleranz</b>
✓	<b>Hirnorganische Beeinträchtigungen</b>
✓	<b>Persönlichkeit des Intoxikierten</b>
✓	<b>Körperliche Verfassung und Konstitution</b>
✓	<b>Psychische Befindlichkeit vor dem Alkoholkonsum (z.B. Konflikte, sexuelle Erregung)</b>
✓	<b>Situative Faktoren (z.B. Übermüdung, Hunger, Hitze)</b>
✓	<b>Zusätzliche Medikamenten oder Drogen</b>

Es ist mit der Erfahrung vereinbar, dass bei Delikten unter Alkoholeinfluss eine erheblich verminderte oder aufgehobene Steuerungsfähigkeit vorliegt. Die psychopathologischen Kriterien, die der forensischen Beurteilung des Rauschzustandes dienen, können in Anlehnung an KONRAD und RASCH (8) folgendermaßen zusammengefasst werden (s. Abb 6).

**Abb 6: Psychopathologische Kriterien zur forensischen Beurteilung des Rauschzustandes nach KONRAD und RASCH**

<b>Psychopathologische Kriterien zur forensischen Beurteilung des Rauschzustandes</b>	
(nach KONRAD und RASCH, 1992)	
v	<b>Orientierungsstörungen (insbesondere bezüglich der situativen Orientierung)</b>
v	<b>Personenverkennung</b>
v	<b>Schablonenhafte Reaktionsmuster</b>
v	<b>Zusammenhanglose Äußerungen</b>
v	<b>Psychomotorische Anspannung Unruhe und Hyperaktivität</b>
v	<b>Assoziative Lockerung des Denkens Sprunghaftigkeit der Äußerungen Perseveration des Verhaltens</b>
v	<b>Erhebliche Verstimmungen Übermäßige Gereiztheit Suizidalität</b>

Derartige Symptome können oft von Zeugen nur auf detailliertes Fragen hin berichtet werden. Vor allem die Beobachtung kognitiver Einbußen, wie Orientierungsstörungen, Personenverkennungen und Hinweis auf wahnhaftige Realitätsverkennungen, sprechen in der Regel für eine so ausgeprägte psychische Beeinträchtigung, dass Steuerungsunfähigkeit erwogen werden muss. Die bei der Exploration des Probanden zu erhebenden Merkmale wie Akzentuierung bereits vorhandenen Persönlichkeitszüge, Aufbrechen verborgener Motivationsgefüge, Unterbrechung der Erlebniszusammenhänge, Fehlen von sinn-gesetzlichen Vorgehensweisen und Verlust finaler Handlungsdetermination sind weniger leicht objektivierbar und nur in Zusammenschau mit den von Zeugen berichteten Symptomen als rauschbedingt zu werten. Die psychopathologischen Phänomene sind zunächst unabhängig von der Alkoholisierung zu erfassen. Wenn die forensisch-psychiatrische Beurteilung aufgrund derartiger psychopathologischer Auffälligkeiten erfolgt - wie FOERSTER (7) zurecht betont - erübrigt sich auch die Diskussion um das Vorliegen eines „pathologischen Rausches“. Liegen ausschließlich Stimmungsänderungen,

verminderte Reaktionsfähigkeit auf Außenreize, Unruhe und Hyperaktivität, aber auch Perseverationen vor, spricht dies eher für eine erhebliche Verminderung als für eine Aufhebung der Steuerungsfähigkeit. Neurologische Symptome wie Ataxie, Koordinations- und Artikulationsstörungen, die bei alkoholisierten Menschen beobachtet werden können, werden von Zeugen häufiger auch ungefragt angegeben. Auch sie können ein Indikator für das Ausmaß der alkoholbedingten Beeinträchtigung sein, ohne dass jedoch eine exakte Grenzziehung möglich ist. Alkoholgeruch und Augenrötung allein sagen hingegen nichts über den Grad der Berausung aus.

Bei der Exploration des Beschuldigten sind besonders auch jene Kriterien verlässlich zu erfragen, die gegen eine alkoholbedingte Beeinträchtigung sprechen, z.B. detailreiche Erinnerungen an die Tatabläufe oder Erinnerungslücken, die sich lediglich auf Tat und Nachtatverhalten beziehen, komplexe Handlungsabläufe, Reaktionen auf periphere Reize, Reflexionen des eigenen Handelns und der eigenen Motive. Diese Merkmale legen in der Regel eine weitgehende Intaktheit der psychischen Funktionen und damit auch einen Erhalt der Steuerungsfähigkeit nahe.

Im übrigen ist bei der rechtlichen Beurteilung einer unter Rauschmitteleinfluss begangenen Straftat, wie sie besonders im Straßenverkehr anfallen, zwischen verschuldeter und unverschuldeter Berausung zu unterscheiden. Im § 81 Z 2 (fahrlässige Tötung unter besonders gefährlichen Verhältnissen) wird eine Tatbegehung im Zustand verschuldeter (aber nicht voller) Berausung als Sonderfall des Handelns "unter besonders gefährlichen Verhältnissen" normiert und mit einer strengeren Strafe als das Grunddelikt bedroht. Wird hingegen gemäß § 89 StGB (Gefährdung der körperlichen Sicherheit) der Rauschzustand weder vorsätzlich noch fahrlässig, sondern unverschuldet herbeigeführt oder konnte der Täter im Zeitpunkt des Genusses des berausenden Mittels die bevorstehende Gefährlichkeit der Tätigkeit nicht voraussehen, bestünde durch die Alkoholbeeinträchtigung ein Milderungsgrund nach § 35 StGB, wenn die "Herabsetzung der Zurechnungsfähigkeit nicht durch den Vorwurf aufgehoben wird, den der Genuss oder der Gebrauch des berausenden Mittels den Umständen nach begründet".

### **3.2 Unterbringung und Behandlung von Straftätern mit Alkoholproblemen**

Sofern ein Rechtsbrecher im Zusammenhang mit seinem Alkoholproblem straffällig geworden ist, kann ihn das Gericht unter bestimmten Voraussetzungen nach § 22 StGB in

eine Anstalt für entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher einweisen. Darüber hinaus ist gemäß § 68 a Abs 1 bis 2 StVG ein Strafgefangener einer Entwöhnungsbehandlung zu unterziehen, wenn nach der Erklärung des Anstaltsarztes der Strafgefangene dem Missbrauch eines berauschenden Mittels oder Suchtmittels ergeben ist und die Behandlung im Hinblick auf die Dauer der Strafzeit zweckmäßig erscheint oder wenn die Strafzeit mehr als zwei Jahre beträgt und nur aus diesem Grund von einer Einweisung in eine Anstalt für entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher abgesehen worden ist. Von der Einleitung oder Fortsetzung einer Entwöhnungsbehandlung, die in einer speziellen Anstalt (oft in Kooperation mit Entwöhnungskliniken) geschieht, ist abzusehen, wenn der Versuch einer solchen Behandlung von vornherein aussichtslos erscheint oder ihre Fortsetzung keinen Erfolg verspricht, etwa bei Patienten mit Alkoholdemenzen oder sonstigen schweren Folgesymptomen.

Bei der Unterbringung in einer Anstalt für entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher (§ 22 StGB), die dem früheren Recht unbekannt war, bedarf es - wie bei jeder vorbeugenden Maßnahme - einer Anlasstat. Diese ist entweder im Zustand voller Berauschung oder im Zusammenhang mit der Gewöhnung des Täters an berauschende Mittel begangen worden. In einer Entwöhnungsanstalt kann bei Vorliegen einer solchen Anlasstat aber nur untergebracht werden, wer dem Missbrauch, d.h., dem übermäßigen Genuss eines berauschenden Mittels, insbesondere des Alkohols oder eines Suchtmittels, also psychotroper Stoffe, ergeben ist, wer das Mittel mit Selbstverständlichkeit gebraucht oder wem sein Genuss so sehr zum Bedürfnis geworden ist, dass er nicht oder nur mit äußerster Anstrengung der Willenskraft den Genuss unterlassen kann. Eine weitere Voraussetzung ist eine ungünstige Prognose, nämlich die Befürchtung, dass der Rechtsbrecher ohne Entwöhnung wenigstens eine einzige Tat mit schweren Folgen oder mehrere Taten mit nicht bloß leichten Folgen begehen werde. In drei Fällen findet trotz Vorliegens der Voraussetzungen nach Abs 1 keine Unterbringung in einer Entwöhnungsanstalt statt: Wenn der Rechtsbrecher eine zwei Jahre überschreitende Strafzeit noch zu verbüßen hat, wenn er in eine Anstalt für geistig abnorme Rechtsbrecher eingewiesen wird und wenn der Versuch einer Entwöhnung von vornherein aussichtslos erscheint.

## **4 Nicht-substanzgebundene Süchte**

### **4.1 Störungen der Impulskontrolle und Zurechnungsfähigkeit**

Verschiedene nicht-stoffgebundene Abhängigkeiten besitzen erhebliche forensische Relevanz, so das pathologische Glücksspiel, die pathologische Brandstiftung (Pyromanie) und das pathologische Stehlen (Kleptomanie). Diese Störungen wurden früher auch als „impulsives Irresein“ bezeichnet, werden nunmehr zu den Persönlichkeitsabnormitäten gezählt und weisen als gemeinsames Kennzeichen eine Störung der Impulskontrolle auf. Charakteristisch sind wiederholte Handlungen, welche keine vernünftige Motivation erkennen lassen, auf einem erheblichen psychischen Drang beruhen und oft ähnliche Kriterien wie eine Abhängigkeitserkrankung (Dosis- und Frequenzsteigerung, Auftreten von psychischen Entzugserscheinungen) aufweisen.

Bei allen Störungen der Impulskontrolle können folgende Richtlinien von FOERSTER (1991) bei der Erörterung des Vorliegens einer eventuellen Einschränkung der Steuerungsfähigkeit nützlich sein:

1. Die Symptomatik, also zB das Spielen, muss außerhalb des Deliktes vorgelegen haben. Möglicherweise hat der Proband wegen dieser Symptomatik unabhängig von der Straftat bereits fachliche Hilfe in Anspruch genommen.
2. Eine innere, motivisch-psychodynamische Beziehung zwischen Symptomatik und Delikt muss sich aufzeigen lassen.
3. Es müssen zusätzliche Belastungen vorgelegen haben, die zu einer Erschütterung der Ich-Funktionen geführt haben, etwa in den Bereichen soziale Kompetenz oder berufliche und zwischenmenschliche Beziehungen.
4. Die Taten erfolgten impulsiv-dranghaft, ohne Vorplanung und ohne Organisation.

Liegen diese Voraussetzungen vor und stehen dem Probanden aufgrund einer langdauernden chronischen Entwicklung kaum alternative Lösungsstrategien zur Verarbeitung seines Grundkonfliktes und zur Lebensbewältigung zur Verfügung, dann ist anzunehmen, dass die Steuerungsfähigkeit erheblich eingeschränkt, wenngleich nicht aufgehoben ist.

#### **4.2 Rechtliche Rahmenbedingungen bei Spielsüchtigen**

Gesonderter Erörterung verdient die Behandlung von straffällig gewordenen Spielsüchtigen. Da delinquent gewordene Spielsüchtige in erster Linie auch kranke Menschen

sind, sollte es idealerweise Möglichkeiten geben, sie statt oder trotz einer strafrechtlichen Verurteilung einer zielgerichteten, fachgerechten Therapie zuzuführen. Dies ist bei der gegenwärtigen Gesetzeslage trotz der detaillierten Bestimmungen des Suchtgiftgesetzes nicht ohne weiteres möglich:

Die Ausdrücke „Mittel und Suchtmittel“ beziehen sich im § 22 StGB, der die Einweisung in einer Anstalt für entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher regelt, nur auf substanzgebundene Ergebenheiten. Daher ist die Anwendung des § 22 StGB auf Spielsüchtige, auch wenn sie zu einer unbedingten Haftstrafe verurteilt worden sind, nicht möglich. Ein analoges Vergehen für nicht-substanzgebundene Süchte kommt wegen des im materiellen Strafrecht generell geltende Analogieverbotes des § 1 StGB nicht in Betracht. Das gleiche gilt für § 17 SGG: Schon die Formulierung „Suchtgift erworben“ heißt, dass diese Bestimmung spezifisch nur auf Suchtmittel des Suchtgiftgesetzes anzuwenden ist. Eine analoge Anwendung auf Spielsüchtige ist mangels einer planwidrigen Lücke (ohne dass es erforderlich wäre, auf die Frage, inwieweit das Analogieverbotes des § 1 StGB auch hier zu beachten wäre) nicht möglich.

Sonst müsste jedes Suchtverhalten (und andere als aufgrund von Suchtmitteln im Sinne des SGG waren dem Gesetzesgeber natürlich bekannt; man denke nur an die Alkoholkrankheit) analog § 17 SGG behandelt werden können.

Dem gegenüber wäre die Bestimmung des § 21 StGB grundsätzlich anwendbar. Zu beachten ist hierbei, dass dies Bestimmung das Vorliegen einer psychischen Abnormität höheren Grades beim Täter voraussetzt, die auf einem der im § 11 StGB genannten Zustände beruht, von einer gewissen Dauer und geeignet sein muss, die Willensbildung wesentlich zu beeinflussen. Daneben muss der Zustand eindeutig außerhalb der Variationsbreite des noch Normalen liegen, trifft also nur für schwerwiegende neurotisch Fehlentwicklungen, ausgeprägte Persönlichkeitsstörungen und gravierende Wesensänderungen, die noch nicht Zurechnungsunfähigkeit bedingen, zu. Demnach kann der Spielsucht nur über § 21 StGB und die allgemeinen Bestimmungen des Strafvollzugsgesetzes therapeutisch begegnet werden.

Sieht man dies als unbefriedigend an, so wäre zum einen zu überlegen, ob die Bestimmungen des § 17 SGG in angepasster Form auch für die Spielsucht nutzbar gemacht werden könnte. Hierbei sind jedenfalls die Beispielfolgen – man müsste wohl wegen der prinzipiell gleichen Sachlage auch jede andere süchtige Entartung hier einbeziehen – ebenso zu berücksichtigen, wie die mit einer dem § 17 StGB entsprechenden Bestimmung verbundene – und damit möglicherweise unter Berücksichtigung des ersten Argumentes zu weit gehende – Entkriminalisierung.

Spielsüchtige, die wegen einer zugrundeliegenden Geisteskrankheit oder höhergradigen psychischen Abnormität nach § 21 Abs 1 oder 2 StGB eingewiesen worden sind, in einer Anstalt nach § 22 StGB unterbringen zu lassen, ist wohl wegen des damit verbundenen Sicherheitsrisikos nicht sinnvoll, selbst dann, wenn die in einer Anstalt nach § 22 StGB praktizierte Therapie der Spielsucht besser als jene in einer Anstalt nach § 21 Abs 1 oder 2 begegnen könnte.

In Anbetracht der Gesamtumstände könnte wohl auch der § 68 a StVG auf Süchtige ausgedehnt werden. Derzeit erstreckt sich seine Reichweite nur auf Strafgefangene, welche an substanzgebundenen Süchten leiden. Da § 159 Abs 2 StVG anordnet, dass in den Anstalten und besonderen Abteilungen für entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher auch der Strafvollzug an entwöhnungsbedürftigen Strafgefangenen im Sinne des § 68 a StVG durchgeführt werden darf, könnte auf diese Weise wohl die therapeutische Behandlung von Spielsüchtigen, welche aus ärztlicher Sicht am besten in einer Anstalt für entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher im Sinne des § 22 StGB durchgeführt würde, sichergestellt werden.

Juristisch sind nach der derzeitigen Rechtslage zur therapeutischen Betreuung von Spielsüchtigen nur die sehr eingeschränkten Möglichkeiten des § 21 StGB und in manchen Fällen die Annahme eines Milderungsgrundes nach § 34 Z 1 StGB gegeben, während das Strafvollzugsgesetz, in welchem eine flexible Handhabung des in Rede stehenden Problems in pragmatischer Weise festgeschrieben werden könnte, gegenwärtig nur auf substanzgebundene Süchte abhebt. Die Behandlung des Problems im Rahmen des Strafvollzuges hätte zum einen den besonderen Vorteil der Flexibilität bei gleichzeitiger Vermeidung des sonst augenscheinlichen Nachteils einer ungewollten und wohl auch einseitigen (man denke an Alkoholsucht, sexuelle Perversionen etc.) Entkriminalisierung. Nähme der Gesetzgeber eine derartige Änderung vor, würde es sich empfehlen, einen psychiatrischen oder psychologischen Sachverständigen bereits in der Hauptverhandlung zur Art der Behandlung Stellung nehmen zu lassen, zumal das Bundesministerium für Justiz bei der Klassifikationsentscheidung in die Straftaten Einsicht zu nehmen hat (§ 134 Abs 3 StVG).

Auch sonst könnte der Richter im Falle einer (auch teil-) bedingten Strafnachsicht eine Weisung zu einer psychotherapeutischen oder psychiatrischen Behandlung, die jedoch nur mit Einwilligung des Angeklagten möglich ist, erteilen. Im Falle einer bedingten Entlassung könnte bei Anhaltspunkten in Richtung einer Spielleidenschaft ein psychiatri-

scher Gutachter wertvolle Hinweise für Therapieplan und Zukunftsprognose geben und damit die Zielrichtung etwaiger Weisungen in dieser Richtung bestimmen.

## Literatur

- AULINGER S. (1997): Rechtsgleichheit und Rechtswirklichkeit bei der Strafverfolgung von Drogenkonsumenten. Schriftenreihe des BM für Gesundheit, Band 89. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- BERGHOF H. (1995): Therapie und Strafe im Betäubungsmittelrecht. Frankfurt
- BURGSTALLER M. (1989): Regionale Unterschiede der Strafzumessung in Österreich. In C. Pfeiffer & M. Oswald (Hrsg.). Strafzumessung. Empirische Forschung und Strafrechtsdogmatik im Dialog (S. 7ff.). Stuttgart.
- DÖLLING D. (1995): Eindämmung des Drogenmissbrauchs zwischen Repression und Prävention. Schriftenreihe Juristische Studiengesellschaft Karlsruhe, Heft 217. Heidelberg.
- FOREGGER, LITZKA & MATZKA (2001): SMG Suchtmittelgesetz. Manzsche Verlags- und Universitätsbuchhandlung. Wien.
- HALLER, R.: Das psychiatrische Gutachten. Schriftenreihe Recht der Medizin. Band, Manz Verlag, Wien, 1996.
- HAUF C. (1995): Praktizierte Ausfilterung versus Entkriminalisierung. MSchrKrim, 366ff.
- HELLEBRAND J. (1992): Große Jagd auf kleine Fische (Überlegungen zum sinnvollen Einsatz des Strafrechts im Drogenbereich). ZRP, 247ff.
- MICHELIS I. & STÖVER H. (1992): Entkriminalisierung der Konsumenten. Legalisierung der Drogen. In J. Neumeyer & G. Schaich-Walch (Hrsg.). Zwischen Legalisierung und Normalisierung (S. 97ff.). Marburg.
- NEDOPIL, N.: Forensische Psychiatrie. Klinik, Begutachtung und Behandlung zwischen Psychiatrie und Recht. (unter Mitarbeit von V. Dittmann, F.-J. Freisleder, R. Haller). Georg Thieme Verlag. Stuttgart, New York, 2000.
- ÖBIG (2001): Bericht zur Drogensituation 2001.
- RASCH, W.: Forensische Psychiatrie. 2. Auflage. Kohlhammer Verlag, Stuttgart, Berlin, 1999.
- RATZ, E.: Zur Eingrenzung des Anwendungsbereiches der §§ 21 bis 23 StGB. ÖJZ (1986) 678
- SCHÖCH H. (1993): Entkriminalisierung, Entpönalisierung, Reduktionismus (Quantitative Prinzipien in der Kriminalpolitik). Festschrift für Horst Schüler-Springorum, S.245ff. Köln.
- VENZLAFF, U.: Psychiatrische Begutachtung. Ein praktisches Handbuch für Ärzte und Juristen. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart, New York 1986
- WALDMANN H. (1975): Stadieneinteilung und Typologie jugendlicher Drogenkonsumenten. In H. Waldmann & W. Zander (Hrsg.), Zur Therapie der Drogenabhängigkeit. Göttingen: Vandenhoeck und Rupprecht.

---

## Gestaltung&Druck&Layout:

Margit Halbeisen, Institut für Suchtforschung  
p.A.: 6800 Feldkirch, Postfach 35  
Tel.: +43-5522 72746-1981; Fax.: +43-5522 72746-1980  
Email: [forschungsinstitut@vol.at](mailto:forschungsinstitut@vol.at)  
Homepage: <http://www.suchtforschung.at>

