

# Forensische Psychiatrie

Klinik, Begutachtung und Behandlung  
zwischen Psychiatrie und Recht

Jürgen Leo Müller  
Norbert Nedopil

 Online-Version in der eRef

Unter Mitarbeit von  
F. J. Freisleder  
M. Graf  
R. Haller

5., überarbeitete Auflage



Thieme





# Forensische Psychiatrie

**Klinik, Begutachtung und Behandlung  
zwischen Psychiatrie und Recht**

Jürgen Leo Müller  
Norbert Nedopil

Mit Kapiteln von  
Franz Joseph Freisleder  
Marc Graf  
Reinhard Haller

5., überarbeitete Auflage

16 Abbildungen

Georg Thieme Verlag  
Stuttgart • New York

*Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek*

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

**Ihre Meinung ist uns wichtig! Bitte schreiben Sie uns unter**

**[www.thieme.de/service/feedback.html](http://www.thieme.de/service/feedback.html)**



**Wichtiger Hinweis:** Wie jede Wissenschaft ist die Medizin ständigen Entwicklungen unterworfen. Forschung und klinische Erfahrung erweitern unsere Erkenntnisse. Ganz besonders gilt das für die Behandlung und die medikamentöse Therapie. Bei allen in diesem Werk erwähnten Dosierungen oder Applikationen, bei Rezepten und Übungsanleitungen, bei Empfehlungen und Tipps dürfen Sie darauf vertrauen: Autoren, Herausgeber und Verlag haben große Sorgfalt darauf verwendet, dass diese Angaben dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes entsprechen. Rezepte werden gekocht und ausprobiert. Übungen und Übungsreihen haben sich in der Praxis erfolgreich bewährt. Eine Garantie kann jedoch nicht übernommen werden. Eine Haftung des Autors, des Verlags oder seiner Beauftragten für Personen-, Sach- oder Vermögensschäden ist ausgeschlossen.

1. Auflage 1996
2. Auflage 2000
3. Auflage 2007
4. Auflage 2012

© 2017 Georg Thieme Verlag KG  
Rüdigerstr. 14  
70469 Stuttgart  
Deutschland  
[www.thieme.de](http://www.thieme.de)

Printed in Germany

Zeichnungen: Barbara Gay, Bremen; Heike Hübner, Berlin  
Umschlaggestaltung: Thieme Gruppe  
Umschlaggrafik: Martina Berge, Stadtbergen  
Redaktion: Susanne Drosihn, Winterbach  
Satz: L42 AG, Berlin  
gesetzt in: Arbortext APP  
Druck: Grafisches Centrum Cuno, Calbe (Saale)

DOI 10.1055/b-005-146 531

ISBN 978-3-13-103455-7

1 2 3 4 5 6

Auch erhältlich als E-Book:  
eISBN (PDF) 978-3-13-240092-4  
eISBN (epub) 978-3-13-240093-1

Geschützte Warennamen (Warenzeichen ®) werden nicht immer besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Das Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen oder die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

## Vorwort zur 5. Auflage

Forensische Psychiatrie bewegt sich in einem sich ständig ändernden politischen, rechtlichen und wissenschaftlichen Umfeld, das in den letzten Jahren erneut an Dynamik gewonnen hat. Gesellschaftlich wurden mit der Stärkung der Patientenautonomie und der Betonung der Verhältnismäßigkeit bei strafrechtlichen Unterbringungen Akzente für eine freiheitlichere Gestaltung und einer angemessenen und zeitlich begrenzten Unterbringung im Maßregelvollzug gesetzt. Rechtlich schlug sich dies in der Codierung der Patientenrechte, in der Überarbeitung der Maßregelvollzugs- und der Psychiatrischen Krankengesetze sowie in der Novellierung des Paragraphen 63 StGB nieder. Psychiatrisch wurde das Diagnostische Manual DSM-5 veröffentlicht, die Internationale Klassifikation Psychischer Störungen ICD-11 steht vor der Fertigstellung. Wissenschaftlich fanden zunehmend empirisch fundierte Behandlungs- und Forschungsansätze sowie Versuche einer Standardisierung Eingang in Begutachtung und Behandlung. Diese veränderten Rahmenbedingungen prägten die Überarbeitung und Aktualisierung dieses Buches. Auch in der 5. Auflage wollten wir das seit der 1. Auflage 1996 bewährte Konzept grundsätzlich beibehalten, nicht zuletzt da sich hierin Strömungen nachvollziehen und aktuelle Entwicklungstendenzen verstehen lassen. Gleichwohl erforderten die aktuellen wissenschaftlichen Fortschritte und gesellschaftlichen Strömungen zum Teil erhebliche Anpassungen, die wichtige Modifikationen nach sich zogen. Zusätzlich zur Einarbeitung dieser aktuellen Entwicklungen wurden wie-

derum einzelne Kapitel grundlegend überarbeitet und das Literaturverzeichnis aktualisiert. Nicht nur für Deutschland, auch für die Schweiz und Österreich wurden wichtige Aktualisierungen in dieser Auflage umgesetzt.

Das Buch soll natürlich weiterhin sowohl umfassend informieren als auch als Nachschlagewerk brauchbar sein. Deshalb wurden das umfangreiche Stichwortverzeichnis und die lange und interdisziplinäre Arbeiten und Diskussionen abbildende Literaturliste beibehalten. Wir hoffen, dass das Buch mit diesen Neuerungen den gleichen Anklang finden wird wie schon die vorhergehenden Auflagen.

Für die sorgfältige Durchsicht dieser Auflage danken wir ganz vielen befreundeten Fachleuten und Weggefährten aus allen Sparten der in diesem Buch relevanten Fachbereiche zwischen Recht, Medizin und Psychiatrie, die mit ihren Anregungen und Tipps wertvolle Hilfe bei der inhaltlichen Präzisierung leisteten. Den Mitarbeitern des Göttinger Ludwig Meyer Instituts möchten wir besonders für die nochmalige zeitaufwändige Durchsicht danken. Nicht zuletzt gebührt großer Dank für die verlagsseitige Betreuung Frau Heide Addicks, Georg Thieme Verlag. Ohne ihre tatkräftige, überaus fleißige und vor allem auch sehr geduldige und motivierende Unterstützung wäre das Buch kaum in der vorgesehenen Zeit fertiggestellt worden.

Göttingen, München im September 2017  
Jürgen L. Müller  
Norbert Nedopil

---

# Vorwort zur 1. Auflage

Die Entstehung des Buches hat eine lange Geschichte. Die Anfänge wurden bereits vor mehr als 15 Jahren vom Thieme Verlag und meinem verehrten Lehrer, Herrn Professor Dr. Werner Mende, konzipiert. Das Drängen von beiden, Verlag und Initiator, haben dazu beigetragen, dass dieses Buch jetzt geschrieben wurde. Es hat sicher eine andere Form bekommen als ursprünglich geplant, und es setzt auch andere Akzente. Es soll auch nicht die unverwechselbare Handschrift eines Autors tragen oder der Schulbildung in der forensischen Psychiatrie dienen. Vielmehr sollten derzeitiges Wissen und derzeitige Meinungsbildung aus mehreren Perspektiven dargestellt werden.

Das Buch ist durch vielerlei Hilfe möglich geworden. Viele Diskussionen mit medizinisch-psychologischen und juristischen Fachleuten und Anfängern bei den Interdisziplinären Niederpöckinger Seminaren für forensische Psychiatrie und Psychologie, einer Weiterbildungsveranstaltung, die seit 1990 jährlich stattfindet, haben mir die Augen für Probleme geöffnet, die mir sonst kaum aufgefallen wären. Sie haben auch Lösungsansätze gezeigt, an die ich allein nicht gedacht hätte. Hierfür bin ich den dozierenden und diskutierenden Mitstreitern, aber auch den fragenden und anregenden Teilnehmern in Niederpöcking sehr dankbar.

Das Manuskript hat viele Wandlungen und – ich hoffe – Verbesserungen erfahren. Für die aufmerksame Lektüre, die Korrektur und die Verbesserungsvorschläge bin ich meinen Mitarbeitern/innen Frau Dr. Lutz, Frau Dr. Steinwachs und Herrn Dr. Krupinski zu großem Dank verpflichtet. Es bleiben sicher einige Ungereimtheiten und Unzulänglichkeiten bestehen. Über einige bin ich mir bewusst, ohne eine adäquate Lösung gefunden zu haben, andere werde ich wohl erst nach dem Erscheinen des Buches erfahren. Für die Unausgewo-

genheit der Geschlechtsbezeichnungen möchte ich mich entschuldigen. Ich habe zugunsten der Lesbarkeit auf „innen“ verzichtet. Täter und Opfer bleiben, wo sich geschlechtsspezifische Formulierungen nicht vermeiden ließen, männlich. Wenngleich Männer tatsächlich in diesem Feld überrepräsentiert sind, wollte ich eine geschlechtsspezifische Voreingenommenheit in meinen Formulierungen nicht ausdrücken.

Ärztliches Handeln und rechtliches, insbesondere strafrechtliches Denken, scheinen oft wie zwei Pole eines Spektrums, aus dem menschliches Handeln betrachtet werden kann und muss. Die dabei auftretenden Gegensätze sollen nicht verwischt werden. Angemessene Entscheidungen können häufig erst getroffen werden, wenn man einen Sachverhalt oder eine Person aus verschiedenen Positionen betrachtet und bedenkt. In dem Forum, in dem die Entscheidungen getroffen werden, haben die einzelnen Akteure unterschiedliche Rollen und Aufgaben. Es erscheint mir wichtig, dass diese Rollen möglichst transparent bleiben und dass die Akteure ihre Rollen nicht verlassen, dass sie nicht vereinnahmt werden und sich nicht vereinnahmen lassen. Um dies zu gewährleisten, sind sowohl fundierte Kenntnisse der eigenen Aufgaben wie ausreichendes Wissen um die Aufgaben der anderen erforderlich und es bedarf des gegenseitigen Respektes. Das Buch soll dazu dienen, Wissen und Verständnis zu vermitteln; die gegenseitige Achtung nicht nur der Personen, sondern auch der Rollen, die sie auf dem Forum spielen, kann der Autor sich und den anderen Beteiligten im forensisch-psychiatrischen Dialog nur wünschen.

München, im März 1996  
Norbert Nedopil

# Inhaltsverzeichnis

## I Allgemeine Grundlagen

<b>1</b>	<b>Einführung</b> .....	18
<b>1.1</b>	<b>Begriffsbestimmung</b> .....	18
<b>1.2</b>	<b>Historische Entwicklung</b> .....	20
<b>2</b>	<b>Grundlagen forensisch-psychiatrischen Vorgehens</b> .....	27
<b>3</b>	<b>Stellung des Sachverständigen vor Gericht</b> .....	30
<b>3.1</b>	<b>Rechtliche Vorgaben</b> .....	30
<b>3.2</b>	<b>Praktische Probleme</b> .....	31
<b>1.3</b>	<b>Standortbestimmung</b> .....	25
<b>3.3</b>	<b>Rollenkonflikte</b> .....	32
<b>3.4</b>	<b>Öffentlichkeit und Presse</b> .....	33

## II Rechtliche Rahmenbedingungen und Implikationen für den Psychiater

<b>4</b>	<b>Strafrecht</b> .....	37
<b>4.1</b>	<b>Schuldunfähigkeit und verminderte Schuldfähigkeit</b> .....	37
<b>4.1.1</b>	Eingangsmerkmale .....	39
	Krankhafte seelische Störung .....	39
	Tiefgreifende Bewusstseinsstörung .....	40
	Schwachsinn .....	40
	Schwere andere seelische Abartigkeit ..	40
<b>4.1.2</b>	Funktionsbeeinträchtigungen .....	41
	Einsichtsunfähigkeit .....	41
	Steuerungsunfähigkeit und verminderte Steuerungsfähigkeit .....	41
<b>4.2</b>	<b>Maßregeln der Besserung und Sicherung</b> .....	42
<b>4.2.1</b>	Prognosen im Erkenntnisverfahren	44
	Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus (§ 63 StGB) .....	45
	Unterbringung in einer Entziehungsanstalt (§ 64 StGB) .....	46
	Einstweilige Unterbringung (§ 126a StPO)	47
	Sicherungsverwahrung (§ 66 StGB) .....	48
	Vorbehaltene Sicherungsverwahrung (§ 66a StGB) .....	51
	Nachträgliche Sicherungsverwahrung ..	52
<b>4.2.2</b>	Prognosen im Verlauf der Unterbringung .....	52
	Änderung der Vollstreckungsreihenfolge	53
	Späterer Beginn der Maßregel .....	53
	Änderung der Art der Maßregel .....	54
	Einweisung in die Sozialtherapeutische Abteilung einer Justizvollzugsanstalt ..	54
	Lockerungen .....	54
<b>4.2.3</b>	Prognosen zur Entlassung aus der Unterbringung .....	55
	Aussetzung von Maßregeln zur Bewährung .....	56
	Fortdauer der Unterbringung nach 10 Jahren (§ 67 d Abs. 3 StGB) .....	56
	Beendigung der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt wegen Aussichtslosigkeit (§ 67 d Abs. 5 StGB) ..	57
	Erledigung der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus (§ 67 d Abs. 6 StGB), sog. Fehleinweisungen ..	57
<b>4.2.4</b>	Therapieunterbringungsgesetz (ThUG) .....	57
<b>4.2.5</b>	Führungsaufsicht .....	58

<b>4.3</b>	<b>Betäubungsmittelgesetz (BtmG) und Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtmVV) .....</b>	59	<b>4.6</b>	<b>Disziplinarrecht .....</b>	61
<b>4.4</b>	<b>Verhandlungsunfähigkeit .....</b>	59	<b>4.7</b>	<b>Indikationen zur Anforderung eines psychiatrischen Gutachtens im Straf- und Disziplinarverfahren .....</b>	62
<b>4.5</b>	<b>Haftunfähigkeit .....</b>	60			
<b>5</b>	<b>Zivilrecht .....</b>				64
<b>5.1</b>	<b>Geschäftsunfähigkeit .....</b>	64	<b>5.4.2</b>	Begutachtung .....	74
<b>5.2</b>	<b>Testierunfähigkeit .....</b>	67	<b>5.4.3</b>	Exkurs: Einwilligung in ärztliche Behandlung .....	75
<b>5.3</b>	<b>Prozessunfähigkeit .....</b>	68	<b>5.5</b>	<b>Eherecht .....</b>	78
<b>5.4</b>	<b>Betreuungsrecht .....</b>	68	<b>5.6</b>	<b>Bürgerliches Haftungs- und Schadensersatzrecht .....</b>	78
<b>5.4.1</b>	Rechtliche Grundlagen .....	69	<b>5.6.1</b>	Deliktunfähigkeit .....	78
	Vollmacht, Patientenverfügung und Betreuung .....	70	<b>5.6.2</b>	Entschädigung .....	79
	Einwilligungsvorbehalt .....	72	<b>5.6.3</b>	Bundesentschädigungsgesetz .....	79
	Geschäftsunfähigkeit und Betreuung ..	72			
	Zustimmung des Betreuungsgerichts ..	72			
	Behandlung gegen den Willen des Betroffenen (Zwangsbehandlung) .....	73			
<b>6</b>	<b>Sozialrecht .....</b>				81
<b>6.1</b>	<b>Häufige Begriffe im Sozialrecht .</b>	83	<b>6.2.2</b>	Beweisanforderungen .....	89
<b>6.2</b>	<b>Zusammenhangsfragen .....</b>	87		Besonderheiten bei psychischen Störungen .....	90
<b>6.2.1</b>	Wesentliche Bedingung .....	88			
<b>7</b>	<b>Unterbringung .....</b>				91
<b>7.1</b>	<b>Unterbringungsformen .....</b>	91	<b>7.3</b>	<b>Ärztliches Zeugnis und Gutachten .....</b>	93
<b>7.1.1</b>	Zivilrechtliche Unterbringung ....	91	<b>7.4</b>	<b>Empirische Daten .....</b>	94
<b>7.1.2</b>	Öffentlich-rechtliche Unterbringung .....	92	<b>7.5</b>	<b>Auswirkungen auf die Unterbrachten .....</b>	94
<b>7.1.3</b>	Strafrechtliche Unterbringung ....	93			
<b>7.2</b>	<b>Untersuchung und vorläufige Unterbringung .....</b>	93			
<b>8</b>	<b>Straßenverkehrsrecht und Fahreignung .....</b>				96

<b>9</b>	<b>Rechtsfragen bei Kindern, Jugendlichen und Heranwachsenden. ....</b>	<b>97</b>		
	<i>F. J. Freisleder</i>			
<b>9.1</b>	<b>Gesetzliche Altersstufen im Kindes- und Jugendalter .....</b>	<b>97</b>	<b>9.2.4</b>	Erziehungsmaßnahmen im Jugendstrafrecht .....
				<b>104</b>
<b>9.2</b>	<b>Strafrecht .....</b>	<b>98</b>	<b>9.3</b>	<b>Zivilrecht und öffentliches Recht</b>
				<b>104</b>
<b>9.2.1</b>	Die Reifebeurteilung jugendlicher und heranwachsender Rechtsbrecher .....	<b>98</b>	<b>9.3.1</b>	Deliktfähigkeit .....
	Zur strafrechtlichen Verantwortlichkeit jugendlicher Täter (§ 3 JGG) .....	<b>98</b>	<b>9.3.2</b>	Entschädigungspflicht .....
	Jugendstrafrecht oder allgemeines Strafrecht beim heranwachsenden Täter (§ 105 JGG) .....	<b>99</b>	<b>9.3.3</b>	Familien- und Sorgerecht, Adoption
<b>9.2.2</b>	Exkurs: Überlegungen zu einer Reform des § 105 JGG .....	<b>101</b>	<b>9.3.4</b>	Geschlossene Unterbringung von Kindern und Jugendlichen .....
			<b>9.3.5</b>	Exkurs: Überlegungen zu einer Reform des § 1631b BGB. ....
<b>9.2.3</b>	Exkurs: Sicherungsverwahrung auch für jugendliche und heranwachsende gefährliche Straftäter? .	<b>102</b>		
			<b>9.4</b>	<b>Kinder- und Jugendhilferecht und Sozialrecht .....</b>
				<b>107</b>
<b>III</b>	<b>Psychiatrische Krankheitslehre und Implikationen für die forensische Beurteilung</b>			
<b>10</b>	<b>Psychopathologische Grundbegriffe .....</b>	<b>112</b>		
<b>10.1</b>	<b>Psychopathologische Symptome</b>	<b>112</b>	<b>10.2</b>	<b>Psychopathologische Dokumentationssysteme .....</b>
				<b>119</b>
<b>10.1.1</b>	Psychische Funktionen und ihre Störungen .....	<b>113</b>	<b>10.3</b>	<b>Zusammenfassung zu Syndromen</b>
<b>10.1.2</b>	Besondere Verhaltens- und Erlebensweisen .....	<b>119</b>	<b>10.4</b>	<b>Verlaufsbeschreibung .....</b>
				<b>121</b>
<b>11</b>	<b>Klassifikation psychischer Störungen .....</b>	<b>122</b>		
<b>11.1</b>	<b>Entwicklung der diagnostischen Konzepte .....</b>	<b>122</b>	<b>11.3</b>	<b>Forensische Relevanz .....</b>
				<b>124</b>
<b>11.2</b>	<b>Moderne psychiatrische Klassifikationssysteme .....</b>	<b>123</b>	<b>11.4</b>	<b>Kriterienkataloge, Merkmalslisten, Richtlinien und Mindestanforderungen .....</b>
				<b>126</b>

<b>12</b>	<b>Einzelne Störungen</b> .....	128		
<b>12.1</b>	<b>Organisch bedingte Störungen</b> .	128		Benzodiazepine .....
				Kokain .....
12.1.1	Klinik .....	128		Amphetamine und andere
	Vorübergehende hirnorganische			Psychostimulanzien .....
	Störungen (Delir) .....	129		Halluzinogene .....
	Chronische hirnorganische Störungen .	129		Gammahydroxybuttersäure (GHB) . . . .
	Exkurs: Aufmerksamkeitsdefizit-			Inhalanzien .....
	Hyperaktivitäts-Störung (ADHS) . . . . .	131		Polytoxikomanie .....
12.1.2	Behandlung .....	133		Neue psychoaktive Substanzen (NPS) . .
12.1.3	Delinquenz .....	134	12.4.3	Behandlung .....
12.1.4	Begutachtung .....	135	12.4.4	Delinquenz .....
	Strafrecht .....	135	12.4.5	Begutachtung .....
	Zivilrecht .....	136		Strafrecht .....
	Sozialrecht .....	137		Zivilrecht .....
	Fahreignung .....	138		Sozialrecht .....
				Fahreignung .....
<b>12.2</b>	<b>Störungen durch psychotrope</b>			
	<b>Substanzen</b> .....	138	<b>12.5</b>	<b>Schizophrene, schizotype und</b>
				<b>wahnhaftige Störungen</b> .....
12.2.1	Psychiatrische Terminologie .....	139		
12.2.2	Diagnostik .....	140	12.5.1	Klinische Formen .....
				Schizophrenien .....
<b>12.3</b>	<b>Alkoholbedingte Störungen</b> . . . .	142		Schizotype Störung .....
				Wahnhaftige Störungen .....
12.3.1	Klinik .....	142		Vorübergehende akute psychotische
	Substanz und Stoffwechsel .....	142		Störungen .....
	Wirkung .....	143		Schizoaffektive Störungen .....
	Epidemiologie .....	145		Weitere psychotische Störungen . . . . .
	Typologie nach Cloninger .....	146	12.5.2	Behandlung .....
	Alkoholfolgen .....	146	12.5.3	Delinquenz .....
	Entzugserscheinungen .....	148	12.5.4	Begutachtung .....
12.3.2	Behandlung .....	148		Strafrecht .....
12.3.3	Delinquenz .....	149		Zivilrecht .....
	Kriminalität .....	149		Sozialrecht .....
	Verkehrsdelikte .....	150		Fahreignung .....
12.3.4	Begutachtung .....	151	<b>12.6</b>	<b>Affektive Störungen</b> .....
	Strafrecht .....	152		
	Zivilrecht .....	154	12.6.1	Klinik .....
	Sozialrecht .....	154		Manische Episode .....
	Fahreignung .....	155		Depressive Episode .....
				Rezidivierende affektive Störung . . . . .
<b>12.4</b>	<b>Störungen durch illegale und</b>			Dysthymia .....
	<b>andere psychotrope Substanzen</b>	155	12.6.2	Behandlung .....
			12.6.3	Delinquenz .....
12.4.1	Epidemiologie .....	155	12.6.4	Begutachtung .....
12.4.2	Beschreibung der einzelnen			Strafrecht .....
	Substanzen und ihrer Wirkungen .	155		Zivilrecht .....
	Opioide .....	155		Sozialrecht .....
	Cannabinoide .....	157		Fahreignung .....
	Sedativa, Hypnotika und Anxiolytika . .	159		

<b>12.7</b>	<b>Neurosen, psychosomatische Störungen und Belastungsreaktionen</b> . . . . .	196	12.10.3	Exhibitionismus. . . . .	243
12.7.1	Klinik. . . . .	197	12.10.4	Fetischismus. . . . .	244
	Phobische Störungen und Angststörungen . . . . .	197	12.10.5	Pädophilie. . . . .	244
	Zwangsstörungen. . . . .	198	12.10.6	Sadismus und Sodomasochismus . . . . .	246
	Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen. . . . .	198	12.10.7	Prävalenz . . . . .	247
	Dissoziative und Konversionsstörungen. . . . .	200	12.10.8	Behandlung . . . . .	247
	Somatoforme Störungen. . . . .	201	12.10.9	Delinquenz. . . . .	247
	Neurasthenie. . . . .	202	12.10.10	Begutachtung. . . . .	248
12.7.2	Behandlung . . . . .	202		Strafrecht . . . . .	248
12.7.3	Delinquenz. . . . .	203	12.10.11	Begutachtung bei Transsexualität. . . . .	250
12.7.4	Begutachtung. . . . .	204		Klinik. . . . .	251
	Strafrecht . . . . .	205		Standards der Diagnostik und Begutachtung . . . . .	252
	Zivilrecht. . . . .	206		Das Transsexuellengesetz (TSG) . . . . .	254
	Sozialrecht . . . . .	206	<b>12.11</b>	<b>Intelligenzminderung</b> . . . . .	254
	Fahreignung . . . . .	209	12.11.1	Klinische Einteilung . . . . .	255
12.7.5	Exkurs: Simulation und Aggravation . . . . .	209	12.11.2	Behandlung und Betreuung. . . . .	256
<b>12.8</b>	<b>Persönlichkeitsstörungen</b> . . . . .	213	12.11.3	Delinquenz. . . . .	256
12.8.1	Einzelne Persönlichkeitsstörungen. . . . .	217	12.11.4	Begutachtung. . . . .	258
12.8.2	Exkurs: Das heutige Konzept der „Psychopathy“ . . . . .	221		Strafrecht . . . . .	258
12.8.3	Behandlung und Verlauf von Persönlichkeitsstörungen. . . . .	226		Zivilrecht. . . . .	260
12.8.4	Delinquenz. . . . .	228		Sozialrecht . . . . .	260
12.8.5	Begutachtung. . . . .	230		Fahreignung . . . . .	261
	Strafrecht . . . . .	231	<b>12.12</b>	<b>Störungen des Kindes- und Jugendalters</b> . . . . .	261
	Zivilrecht. . . . .	234		<i>F. J. Freisleder</i>	
	Sozialrecht . . . . .	234	12.12.1	Klassifikation kinder- und jugendpsychiatrischer Störungen und Erkrankungen . . . . .	262
	Fahreignung . . . . .	235		Jugendspezifische Besonderheiten bei psychischen Störungen . . . . .	263
<b>12.9</b>	<b>Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle</b> . . . . .	236		Entwicklungsstörungen und Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend . . . . .	266
12.9.1	Klinik. . . . .	236	12.12.2	Besonderheiten kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung . . . . .	267
12.9.2	Behandlung . . . . .	237	12.12.3	Delinquenz. . . . .	269
12.9.3	Begutachtung. . . . .	238	12.12.4	Begutachtung. . . . .	271
<b>12.10</b>	<b>Abweichendes Sexualverhalten</b> . . . . .	239		Strafrecht . . . . .	271
12.10.1	Ätiologie . . . . .	241		Jugendliche und Heranwachsende im Maßregelvollzug . . . . .	273
12.10.2	Paraphilien oder Störungen der Sexualpräferenz. . . . .	242		Glaubwürdigkeitsbegutachtung von Kindern und Jugendlichen. . . . .	273

<b>IV</b>	<b>Besondere Fragestellungen an die forensische Psychiatrie</b>	
<b>13</b>	<b>Besonderheiten bei der Beurteilung und Behandlung delinquenten Verhaltens</b>	277
<b>13.1</b>	<b>Affektdelikte</b>	277
<b>13.2</b>	<b>Sexualdelinquenz</b>	284
13.2.1	Aggressive Sexualdelikte	285
	Sexuelle Nötigung und Vergewaltigung	286
	Sexueller Kindesmissbrauch	287
	Inzest	288
	Prävention sexuellen Missbrauchs	289
	Sexuell motivierte Tötungen	289
13.2.2	Besonderheiten bei der Untersuchung aggressiver Sexualstraftäter	291
13.2.3	Behandlung und Rückfallverhütung	292
	Medizinische Behandlung	292
	Psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten	294
	Therapieeinrichtungen für Sexualstraftäter	295
13.2.4	Risikoeinschätzung und Risikominimierung	296
<b>13.3</b>	<b>Aggressionsdelikte</b>	299
13.3.1	Psychopathologische Erfassung, Entstehung und Prophylaxe aggressiven Verhaltens	299
	Aggression bei psychischen Störungen	299
	Aggressionsformen und Tätertypen	301
	Entstehungsbedingungen aggressiven Verhaltens	303
	Jugendliche Aggressionstäter	305
	<i>F. J. Freisleder</i>	
13.3.2	Behandlung und Prävention bei Aggressionstätern	308
	Prävention unmittelbarer Aggression	308
	Pharmakologische Behandlung	310
	Langfristige Verhaltensmodifikation bei Aggressionstätern	311
13.3.3	Sonderfälle von Gewalttaten	312
	Mord und Totschlag	312
	Gewaltdelikte von Frauen	313
	Gewalt in der Familie	314
<b>13.4</b>	<b>Brandstiftung</b>	320
<b>13.5</b>	<b>Stalking</b>	322
<b>13.6</b>	<b>Altersdelinquenz</b>	324
<b>14</b>	<b>Begutachtung bei speziellen Syndromen</b>	327
<b>14.1</b>	<b>Begutachtungsprobleme bei Suizidalität und Autoaggressivität</b>	327
14.1.1	Suizidprävention versus Sterbehilfe	327
14.1.2	Grundlagen für die Beurteilung der Suizidalität	330
	Epidemiologische Daten	330
	Bedingungsfaktoren bei Suizidalen	330
	Suizidalität und autonome Entscheidung	332
14.1.3	Interventionsformen	333
14.1.4	Strafrechtliche Sonderfälle: Parasuizidale Geste und erweiterter Suizid	334
<b>14.2</b>	<b>Selbstverletzungen</b>	335
<b>14.3</b>	<b>Störungsbilder, die bislang empirisch noch nicht zugeordnet werden konnten</b>	336
<b>14.4</b>	<b>Schmerzsyndrome</b>	339

<b>15</b>	<b>Rückfallprognosen, Risikoeinschätzung und Risikomanagement</b> . . . . .	344		
<b>15.1</b>	<b>Geschichte der Prognoseforschung</b> . . . . .	344	<b>15.4</b>	<b>Risikomanagement – Konvergenz von Prognose und Behandlung</b> . . . . .
<b>15.2</b>	<b>Konzepte zur Risikoerfassung</b> . . . . .	346	<b>15.5</b>	<b>Grenzen von Rückfallprognosen</b> . . . . .
15.2.1	Methodische Voraussetzungen . . . . .	347	<b>15.6</b>	<b>Inhalt von Prognosegutachten</b> . . . . .
15.2.2	Prognoseinstrumente . . . . .	350	<b>15.7</b>	<b>Zusammenfassung des derzeitigen Wissensstandes</b> . . . . .
15.2.3	Protektive Faktoren . . . . .	353		
15.2.4	Unterschiedliche prognostische Fragestellungen . . . . .	354		
<b>15.3</b>	<b>Risikokommunikation</b> . . . . .	355		
<b>16</b>	<b>Behandlung psychisch gestörter Rechtsbrecher</b> . . . . .	366		
<b>16.1</b>	<b>Rechtliche Rahmenbedingungen</b> . . . . .	368	16.3.1	Konzepte und Tendenzen der Behandlung psychisch gestörter Rechtsbrecher . . . . .
16.1.1	Maßregelvollzugsgesetze . . . . .	368	16.3.2	Individuelle, hypothesengeleitete Therapiekonzepte . . . . .
16.1.2	Rechtliche Grundlagen der Therapie Behandlung, Behandlungspflicht und Duldung der Behandlung . . . . .	369	16.3.3	Therapeutische Spezialisierung und Differenzierung . . . . .
	Verschwiegenheitspflicht und Offenbarungspflicht . . . . .	370	16.3.4	Behandlungsergebnisse . . . . .
	Stufenplan, Lockerungen und Belastungserprobung . . . . .	372	<b>16.4</b>	<b>Behandlung in einer Entziehungsanstalt (§ 64 StGB)</b> . . . . .
	Verantwortlichkeit bei Fehlentscheidungen . . . . .	375	<b>16.5</b>	<b>Unterbringung in der Siche- rungsverwahrung §§ 66ff. StGB)</b> . . . . .
<b>16.2</b>	<b>Derzeitige Situation des Maßregelvollzugs</b> . . . . .	375	<b>16.6</b>	<b>Entwicklungstendenzen</b> . . . . .
<b>16.3</b>	<b>Grundlagen der Therapie unter forensischen Bedingungen</b> . . . . .	377	<b>16.7</b>	<b>Ambulante forensische Therapie</b> . . . . .
			<b>16.8</b>	<b>Sozialtherapeutische Abteilungen</b> . . . . .
<b>17</b>	<b>Glaubhaftigkeit von Zeugenaussagen</b> . . . . .	392		
<b>18</b>	<b>Begutachtung und Behandlung von Opfern</b> . . . . .	397		
<b>19</b>	<b>Gefängnispsychiatrie</b> . . . . .	401		
<b>19.1</b>	<b>Haftreaktionen</b> . . . . .	402	<b>19.5</b>	<b>Schweigepflicht und Offenbarungspflicht</b> . . . . .
<b>19.2</b>	<b>Suizidalität</b> . . . . .	403	<b>19.6</b>	<b>Behandlungskonzepte</b> . . . . .
<b>19.3</b>	<b>Alkohol- und Drogenmissbrauch</b> . . . . .	404		
<b>19.4</b>	<b>Haftfähigkeit</b> . . . . .	405		

<b>20</b>	<b>Gutachtenerstellung</b> .....	407		
<b>20.1</b>	<b>Rechtliche Rahmenbedingungen</b>	407		Information über das Gutachtenergebnis. .... 417
20.1.1	Verschwiegenheitspflicht des Arztes und Aussagepflicht des Sachverständigen .....	408	<b>20.2.3</b>	<b>Schriftliches Gutachten</b> .....
20.1.2	Rechtliche Bestimmungen zur Gutachtensdurchführung .....	409		Einleitung und Formalia .....
<b>20.2</b>	<b>Praktische Durchführung des Gutachtenauftrags</b> .....	409		Aktendarstellung .....
20.2.1	Aktenstudium .....	410		Angaben des Probanden .....
20.2.2	Exploration und Untersuchung ...	411		Befunde .....
	Aufklärung des Untersuchten .....	412	<b>20.2.4</b>	Beurteilung .....
	Untersuchungsablauf .....	412		Teilnahme an der Hauptverhandlung .....
	Besonderheiten der Untersuchung im Strafverfahren .....	414		Verfahrensengang im Strafrecht. ....
	Intervenierende Variablen bei der Begutachtung .....	415	<b>20.3</b>	Mündliches Gutachten .....
				Befragung des Sachverständigen ....
				<b>Fehlermöglichkeiten bei der Begutachtung</b> .....
<b>21</b>	<b>Sachverständigenvergütung</b> .....	427		425
<b>22</b>	<b>Entwicklungstendenzen und Forschungsrichtungen</b> .....	429		
<b>22.1</b>	<b>Weiterbildung und Qualitätssicherung</b> .....	429		Neurobiologische Ansätze zur Aggressionsgenese. .... 438
<b>22.2</b>	<b>Forschung</b> .....	431		Biologische Resilienz. .... 439
22.2.1	Rückblick .....	431	<b>22.2.3</b>	Neue Forschungsansätze .....
22.2.2	Derzeitige Situation .....	432	<b>22.2.4</b>	Grenzen der Nutzung aktueller Befunde in foro .....
	Neurophysiologische Untersuchungen bei forensisch relevanten Störungen...	433	<b>22.2.5</b>	Neurowissenschaften in der derzeitigen forensisch-psychiatrischen Praxis .....
	Neurobiologische und neurophysiologische Ansätze bei „Psychopathy“ .....	435	<b>22.2.6</b>	Neurobiologie und forensische Psychiatrie – kritische Zusammenfassung .....
	Veränderungen psychischer Funktionen und ihrer neurophysiologischen Korrelate bei „Psychopathy“ .....	436	<b>22.2.7</b>	Vorläufer von Delinquenz und Gewalt im Kindes- und Jugendalter .....
	Kritische Bewertung .....	437	<b>22.2.8</b>	Biopsychosoziales Modell .....
	Neurobiologische Befunde bei Sexualdevianz .....	437	<b>22.2.9</b>	Frauen in der forensischen Psychiatrie .....
			<b>22.2.10</b>	Forensische Psychiatrie und Polizei .....

<b>23</b>	<b>Forensische Psychiatrie in Österreich</b> .....	448		
	<i>R. Haller</i>			
<b>23.1</b>	<b>Einleitung</b> .....	448	<b>23.5</b>	<b>Unterbringung psychisch Kranker</b> 456
<b>23.2</b>	<b>Strafrecht</b> .....	449	<b>23.6</b>	<b>Begutachtungsschwerpunkte im Zivil- und Sozialrecht</b> .....
23.2.1	Zurechnungsfähigkeit .....	450	23.6.1	Rechtliche Betreuung .....
23.2.2	Straftaten im Zustand voller Berauschung .....	451	23.6.2	Geschäfts- und Testierfähigkeit ...
23.2.3	Vorbeugende Maßnahmen .....	451	23.6.3	Ehegesetz .....
23.2.4	Behandlung psychisch gestörter Rechtsbrecher .....	453	23.6.4	Berufsunfähigkeit – Invalidität ....
<b>23.3</b>	<b>Suchtmittelgesetz</b> .....	454	23.6.5	Schmerzensgeld .....
<b>23.4</b>	<b>Jugendgerichtsgesetz</b> .....	456	23.6.6	Pflegegeldgesetz .....
<b>24</b>	<b>Forensische Psychiatrie in der Schweiz</b> .....	462	<b>23.7</b>	<b>Ausblick</b> .....
	<i>M. Graf</i>			
<b>24.1</b>	<b>Zur Situation der forensischen Psychiatrie in der Schweiz</b> .....	462	<b>24.3</b>	<b>Zivilrecht</b> .....
<b>24.2</b>	<b>Strafrecht</b> .....	463	24.3.1	Handlungs- und Urteilsfähigkeit ...
24.2.1	Notwendigkeit der Begutachtung ..	463	24.3.2	Erwachsenenschutzrecht .....
24.2.2	Schuldfähigkeit .....	464	24.3.3	Eherecht .....
24.2.3	Strafrechtliche Maßnahmen .....	465	<b>24.4</b>	<b>Sozialversicherungsrecht</b> .....
<b>V</b>	<b>Anhang</b>			
<b>25</b>	<b>Literatur</b> .....	476		
<b>26</b>	<b>Abkürzungsverzeichnis</b> .....	526		
	<b>Sachverzeichnis</b> .....	528		

---

# Anschriften

Prof. Dr. med. Franz Joseph **Freisleder**  
kbo-Heckscher-Klinikum gGmbH  
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie,  
Psychosomatik und Psychotherapie  
Deisenhofener Str. 28  
81539 München

Prof. Dr. med. Marc **Graf**  
Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel  
Forensisch-Psychiatrische Klinik  
Wilhelm-Klein-Str. 27  
4002 Basel  
Schweiz

Univ.-Prof. Dr. med. Reinhard **Haller**  
Krankenhaus Maria Ebene  
Suchtbehandlungszentrum  
Maria Ebene 17  
6820 Frastanz  
Österreich

Prof. Dr. med. Jürgen Leo **Müller**  
Universitätsmedizin  
Schwerpunktprofessur für Forensische Psychiatrie  
Asklepiosklinik für Forensische Psychiatrie und  
Psychotherapie  
Rosdorfer Weg 70  
37081 Göttingen

Prof. Dr. med. Norbert **Nedopil**  
Psychiatrische Universitätsklinik  
Abt. Forensische Psychiatrie  
Nußbaumstr. 7  
80336 München

# Teil I

## Allgemeine Grundlagen

1	Einführung	18
2	Grundlagen forensisch- psychiatrischen Vorgehens	27
3	Stellung des Sachverständi- gen vor Gericht	30



# 1 Einführung

Die forensische Psychiatrie ist nach heutigem Verständnis ein Spezialgebiet der Psychiatrie, welches sich mit den fachspezifischen Begutachtungsfragen auf allen Rechtsgebieten und mit der Behandlung psychisch kranker Rechtsbrecher befasst.

Forensisch vom lateinischen „Forum“ (= der Platz, das Theater, das Gericht) bezieht sich im weitesten Sinn auf die Anwendung einer Wissenschaft zur Beantwortung von gerichtlichen Fragen. „Forensisch“ ersetzt somit den deutschen Begriff „Gerichts-“ oder „Rechts-“ in den jeweils zusammengesetzten Wörtern, wie Gerichtsmedizin, Rechtsmedizin und gerichtliche Psychiatrie.

Seine historischen Wurzeln hat das Fach in der Rechtswissenschaft und der Rechtsmedizin. Der forensische Psychiater bewegt sich an den Grenzen zu einer Reihe anderer Fächer: Rechtswissenschaften, Kriminologie, Soziologie, Psychologie, Rechtsmedizin und die verschiedenen Strömungen der Psychiatrie haben Anteil an seinem Denkgebäude. Aus der Vielzahl der Wissenschaften sind es jedoch jeweils nur Einzelbereiche, die er für die Erfüllung seiner Aufgaben beherrschen muss. Der forensische Psychiater gerät somit in Gefahr, von vielen Fachgebieten ein wenig zu wissen, keines aber durch fundierte und umfassende Kenntnis zu beherrschen.

Dieses Dilemma spiegelt sich auch in dem vorliegenden Lehrbuch wider, nicht zuletzt, weil dessen Umfang relativ begrenzt sein soll: Keines der von der forensischen Psychiatrie tangierten Gebiete kann ausführlich dargestellt werden. Selbst die Strömungen der Psychiatrie, die für die Forensik relevant sind, können nicht alle im Detail erläutert werden. Dieser Begrenzung muss man sich stets bewusst bleiben. Als Leitfaden soll das Buch dem Anfänger und dem fachfremden Leser einen Überblick vermitteln und ihm ermöglichen, sich im forensischen Fachgebiet zu orientieren. Es soll darüber hinaus die wesentlichen Hilfestellungen für eigene gutachterliche Tätigkeit anbieten und Hinweise auf weiterführende Literatur zur Beantwortung spezieller Fragen liefern.

Das Buch orientiert sich vorwiegend an einer deskriptiven, phänomenologisch ausgerichteten Psychopathologie und Psychiatrie, wie sie den modernen Diagnoseschemata ICD-10 und DSM-5 zugrunde liegen und wie sie auch von der herrschenden Meinung in der forensischen Psychiatrie getragen werden. Hinweise auf biologische Erklä-

rungsmodelle oder psychodynamische Konzepte bleiben deshalb immer unvollständig und zum Teil sogar bruchstückhaft. Sie dürfen aber unserer Meinung nach nicht fehlen, um den Lesern das breite Spektrum der psychiatrischen Denkmöglichkeiten aufzuzeigen und sie ggf. zu vertiefender Lektüre der jeweiligen Grundlagenliteratur anzuregen.

## 1.1 Begriffsbestimmung

Die forensische Psychiatrie im engeren Sinn befasst sich mit den Fragen, die von Gerichten und Behörden an Psychiater gestellt werden. In einem weiteren Sinn deckt das Fach jenen breiten Überlappungsbereich zwischen Recht und Psychiatrie ab, der sich sowohl aus den rechtlichen Problemen im Umgang mit psychisch Kranken und Gestörten für Ärzte, Gerichte und Behörden ergibt als auch aus den Auswirkungen der medizinischen und psychologischen Probleme dieser Menschen auf ihre Fähigkeit zu rechtsrelevantem Handeln. Die *Definition* des Faches, die von einer europäischen Arbeitsgruppe gefunden wurde, lautet: Forensische Psychiatrie ist ein Spezialgebiet der Medizin, welches auf einem detaillierten Wissen der relevanten rechtlichen Aspekte des Strafrechts, des Zivilrechts und des Gesundheitswesens und auf der Beziehung zwischen psychischen Störungen, antisozialem Verhalten und Kriminalität gründet. Seine Aufgabe ist die Erfassung und Beurteilung, die Betreuung und Behandlung psychisch kranker Rechtsbrecher und anderer, die vergleichbarer Dienste bedürfen. Risikoeinschätzung, Risikomanagement und das Verhindern künftiger Viktimisierung sind die Kernelemente der Aufgaben (Nedopil 2009 [1215]).

In allen medizinischen Fächern gibt es einen meist unterschätzten Einfluss rechtlicher Vorgaben auf medizinisches Handeln und einen relativ großen Einfluss ärztlicher Entscheidungen auf rechtsrelevante Fragen: *Ärztliche Eingriffe sind Körperverletzungen* und somit prinzipiell strafbare Handlungen und Eingriffe in das Persönlichkeitsrecht der Selbstbestimmung eines Menschen. Sie sind nur gerechtfertigt durch die Einwilligung des Betroffenen nach ordnungsgemäßer Aufklärung. Ärztliches Handeln tangiert also immer Grundrechte der Patienten. Darüber hinaus sind Bescheinigungen, Atteste und Formulgutachten rechts-

verbindliche Aussagen. Die sozialrechtlichen Fragen nach Arbeitsunfähigkeit, nach Minderung der Erwerbsfähigkeit, nach Berufsunfähigkeit oder nach Unfallfolgen müssen von jedem Arzt beantwortet werden. Begutachtungen gehören somit ebenfalls zum Alltag von praktizierenden Ärzten aller Fachrichtungen. Über das hierfür erforderliche Wissen informieren spezielle Lehrbücher (Fritze u. Mehrhoff 2008 [502]; Dörfler et al. 2008 [329]; Deutsche Rentenversicherung Bund 2011 [289]).

In der Psychiatrie hat die Begutachtungskunde jedoch eine wesentlich größere Bedeutung als in den anderen medizinischen Fachgebieten. Die *Sonderstellung der Begutachtungskunde in der Psychiatrie* resultiert aus dem großen Überlappungsbereich mit der Rechtsprechung und der historischen wie tatsächlichen Nähe zur Rechtsmedizin. Die sachlichen Notwendigkeiten für den Überlappungsbereich von Recht und Psychiatrie ergeben sich zum einen aus einer am einzelnen Menschen orientierten Rechtsprechung, zum anderen aus der Forderung, Rechte des Menschen auch dort zu respektieren, wo dieser seine Rechte nicht mehr selber wahrnehmen kann oder aufgrund einer Krankheit zu seinem eigenen Schaden auf vermeintlichen Rechten besteht. In den zurückliegenden Jahren waren forensisch psychiatrische Fragestellungen wiederholt Gegenstand höchstrichterlicher Entscheidungen: die Privatisierbarkeit hoheitlicher Aufgaben am Beispiel des hessischen Maßregelvollzugs (2 BvR 133/10); die medikamentöse Zwangsbehandlung (zuerst der Beschluss 2 BvR 228/12 [www.bundesverfassungsgericht.de](http://www.bundesverfassungsgericht.de)), die Regelungen der Sicherungsverwahrung vom 04.05.2011 (zuerst: 2 BvR 2365/09, 2 BvR 740/10, 2 BvR 2333/08, - 2 BvR 1152/10), zum Therapieunterbringungsgesetz (z. B. der Beschluss 2 BvR 94/11 [www.bundesverfassungsgericht.de](http://www.bundesverfassungsgericht.de)), zur psychischen Störung als Rechtsbegriff (z. B. 2 BvR 2302/11), zur Verhältnismäßigkeit bei Anordnung und Fortdauer der Unterbringung (z. B. 2 BvR 442/12)

Unabhängig von philosophischen Erwägungen und wissenschaftlichen Hypothesen wie dem Diskurs über Determinismus und Indeterminismus (Zusammenfassend: Stompe u. Schanda 2010 [1694]) gehen Gesetze und Rechtsprechung davon aus, dass der erwachsene, rechtsmündige Mensch weitgehend frei über seinen Willen verfügen und die Verantwortung für sein eigenes Handeln übernehmen kann. Die für sein Handeln erforderlichen Fähigkeiten werden weder definiert, noch werden

die Voraussetzungen, die dafür erforderlich sind, beschrieben. Der gesunde Erwachsene ist schuld-fähig und geschäftsfähig, einwilligungsfähig und berufsfähig und vieles andere mehr. Die Rechtswissenschaft und die forensische Psychiatrie sind sich seit jeher der philosophischen Problematik „des freien Willens“ und der Relativität der Aussage, dass der Mensch gemäß einer freien Willensbestimmung handeln kann, bewusst. Der Diskurs über die Willensfreiheit hat die Geschichte der Rechtswissenschaft und der forensischen Psychiatrie mit unterschiedlichen religiösen, philosophischen, psychologischen und naturwissenschaftlichen Argumenten begleitet und offenbar mit jeder neuen Methodenentwicklung der letzten Jahrhunderte (z. B. Psychoanalyse, Behaviorismus, funktionelle Bildgebung) neue Nahrung erhalten (Nedopil 2010b [1217]).

Psychische Krankheiten können jedoch die kognitiven und voluntativen Fähigkeiten von Menschen beeinträchtigen, sodass ihnen vernünftige Willensäußerungen nicht mehr möglich sind. Normkonformes Verhalten kann durch eine psychische Erkrankung beeinträchtigt oder verhindert werden. Die Aufhebung einer eigenen vernünftigen Willensentscheidung kann sich auch auf die medizinische Behandlung auswirken. Beispielsweise kann ein Patient durch seine Krankheit selbst gehindert werden, die Notwendigkeit einer Behandlung einzusehen. Die Abwendung einer mit der Störung verbundenen erheblichen Eigen- und /oder Fremdgefährdung macht unter Umständen eine Behandlung gegen den natürlichen Willen oder ohne Zustimmung des Patienten erforderlich. Diese ist nur unter bestimmten Voraussetzungen zulässig (Beschluss 2 BvR 228/12 [www.bundesverfassungsgericht.de](http://www.bundesverfassungsgericht.de) [533]). Die UN-Behindertenrechtskonvention betont, dass niemand wegen seiner Behinderung benachteiligt werden darf und fordert die Gleichstellung Behinderter vor dem Recht, selbst wenn sich der Betroffene damit schadet (United Nations 2014 [1796]). Aus psychiatrischer Sicht wird der, bei der Umsetzung dieser Forderung, eingetretene Rückschritt kritisiert. Die Umsetzung der geforderten Gleichstellung, beispielsweise vor Gericht, kann zur Ausgrenzung und Benachteiligung und damit zum Ausschluss von sozialer Teilhabe führen (Freeman et al. 2015 [474]). Wenn psychische Störungen auch eine Impulskontrolle beeinträchtigen und auch fremdgefährliche Handlungen bedingen können, so sind aggressive ebenso wenig wie kriminelle Handlungen

gen mit psychischer Störung gleichzusetzen. Gefährlichkeit und Delinquenz finden sich auch bei Menschen, bei denen keine psychische Störung im Sinne des operationalisierenden Diagnosesystems vorliegt. Auch gesunde Menschen können schwere Verbrechen begehen. Diese Selbstverständlichkeit wurde angesichts des Therapieunterbringungsgesetzes (ThUG) [534] und der Neuregelung der Sicherungsverwahrung so bedeutsam, dass das Bundesverfassungsgericht einen Rechtsbegriff „psychische Störung“ von dem psychiatrischen Begriff abgrenzte und als eine Grundlage für die Fortdauer der Unterbringung in der Sicherungsverwahrung bzw. im ThUG bestimmte (Bundesverfassungsgericht 2011 [196] Beschluss vom 15. September 2011 2 BvR 1516/11). Ungeachtet dessen setzen die Feststellung und Beurteilung psychischer Störungen psychiatrische bzw. psychologische Expertise voraus und können nicht von psychiatrischen Laien vorgenommen werden.

Psychische Störungen können sich auf viele Bereiche rechtsrelevanten Handelns auswirken; rechtliche Vorschriften beeinflussen die Behandlung psychischer Störungen häufiger als in anderen Bereichen der Medizin. Dies hat schon relativ früh die Entwicklung einer Spezialisierung zur forensischen Psychiatrie angestoßen. Neben der *Begutachtungskunde für Gerichte und Behörden* ist die forensische Psychiatrie auch gefordert, wenn psychisch kranke Rechtsbrecher behandelt werden oder wenn *Zwangmaßnahmen zum Schutz der Patienten oder auch der Allgemeinheit* notwendig werden. Der forensische Psychiater fungiert als Bindeglied zwischen den Disziplinen. Entsprechende Maßnahmen sind in den Gesetzen der Länder geregelt. Forensisch relevante Störungen, deren rechtliche Folgen und Behandlungsbedingungen können indes mit gravierenden Eingriffen in die Grundrechte verbunden sein, sodass eine einheitliche Regelung der rechtlichen Vorgaben für Behandlungen erstrebenswert und geboten ist.

Forensische Psychiatrie beschränkt sich jedoch nicht auf den Austausch und die Vermittlung von Wissen und Lehrmeinungen zwischen Recht und Psychiatrie. Die *Behandlung psychisch kranker Rechtsbrecher*, die im Konfliktbereich zwischen rechtem Sicherungsauftrag und ärztlicher, am Individuum orientierter Behandlungsethik stattfindet, gehört zu ihren schwierigsten Aufgaben.

Aus diesem Bereich kommen auch die meisten Forschungsimpulse: Zusammenhänge zwischen psychischen Störungen und Delinquenzmustern,

die Entwicklung und Wirksamkeitsüberprüfung kriminalpräventiver Interventionsstrategien, Vorhersagemöglichkeiten künftiger Delinquenz der Behandelten und die Überprüfung der Verlässlichkeit der Prognosen bleiben wichtige Forschungsaufgaben in diesem Bereich. Umso mehr müssen der Schutz der Autonomie und die Wahrung des Selbstbestimmungsrechts betroffener Patienten verstärkt Beachtung finden. Darüber hinaus sind von der forensischen Psychiatrie die Abgrenzungen zwischen juristischen Normvorgaben, statistischen Normen und psychopathologischen Abweichungen, die Objektivierung psychiatrischer Befunderhebungen und deren forensischer Relevanz sowie die Bewertung der Auswirkungen sozialrechtlicher Entscheidungen auf die künftige Lebensqualität psychisch Gestörter auf empirisch-wissenschaftlicher Grundlage gefordert. Die enge Nachbarschaft zur Kriminologie und Soziologie wird durch derartige Themenkataloge deutlich. Die besondere Aufgabe in diesem mehrfachen Überlappungsbereich, die praktischen Anforderungen im Umgang mit Auftraggebern und Klientel und die Forschungsbereiche zeigen die Notwendigkeit einer Spezialisierung der forensischen Psychiatrie, aber auch das Gewicht, welches dieses Fach für die Psychiatrie und die Medizin insgesamt hat. Forensische Psychiatrie bleibt aber trotz aller Spezialkenntnisse und Spezialanforderungen Teil des Gesamtfaches Psychiatrie, zumal historisch die Begutachtung, die Behandlung und ggf. die Verwahrung psychisch Kranker und sozial störender Menschen wichtige Aufgaben des Faches waren und es bis heute sind (Hoff 2005 [735]; Kröber 2005 [892]; Nedopil 2005a [1213]).

## 1.2 Historische Entwicklung

Fragen, die heute üblicherweise an den forensischen Psychiater gestellt werden, wurden in Rechtsprechung und Gesetzgebung erörtert, lange bevor es das Fach Psychiatrie oder gar eine forensische Psychiatrie gab. *Aristoteles* (Nikomachische Ethik) entwarf als Erster die Idee, dass psychisch Kranke nicht bestraft werden sollten, wenn ihre Krankheit die Grundlage ihres Rechtsverstoßes war, wenn der Täter aufgrund eines Wahns oder aufgrund von Desorientiertheit handelte. Im *römischen Recht* gingen „*furiosi*“ (die Rasenden), „*mentes capti*“ (die Verblödeten) und „*dementes*“ (die Toren) straffrei aus. Bei ihnen war man der Meinung, dass sie durch ihr Schicksal genug gestraft

seien („furiosum fati infelicitas excusat, satis furore ipso punitur“; (Lenckner 1972 [956]). Auch schwerer Affekt und Trunkenheit wirkten sich nach römischem Recht strafmindernd aus.

Unter Justinian (483-565) gab es bereits Kuratoren für Personen, die wegen „imbecillitas“ (Verstandesschwäche) in ihrer Verfügungsfreiheit eingeschränkt waren (von Krafft-Ebing 1885 [867]). Das römische Recht unterschied sich von der in Mitteleuropa bis in das 16. Jahrhundert praktizierten Rechtsausübung insofern, als es neben der Tat auch die subjektiven Tatumstände für die Strafzumessung berücksichtigte. Das römische Recht legte allerdings nicht fest, wer über die Geisteszustände der Angeklagten zu befinden hatte. Zwar sind Einflüsse von Ärzten, wie Aretaeus (ca. 150 n. Chr.) oder Galenus (129-201 n. Chr.), die sich auch mit Geisteskrankheiten befassten, auf die römische Gesetzgebung unverkennbar, bei der Ermittlung des Geisteszustandes im Einzelfall wurde der Arzt jedoch nicht eingeschaltet. Erst über ein Jahrtausend später empfahl Paolo Zacchia (1584-1659), Leibarzt des Papstes und Berater der Rota Romana, des obersten Gerichtshofes der katholischen Kirche und des Kirchenstaates, bei bestimmten Verfahren Ärzte hinzuzuziehen. Er schrieb 1621 die „Quaestiones medico-legales“. In Quaestio 1 steht: „Dementia, ac similes morbi, passiones cerebri sunt solis medicis notae“ (dass Geisteskrankheiten Leiden des Gehirns sind, die nur dem Arzt bekannt sind). Er unterschied 3 verschiedene Formen der gestörten Geistestätigkeit, die zur Beeinträchtigung des Verstandes führen könnten („qui rationem laedunt“):

1. Fatuitas (Geistesschwäche, Stumpfsinn),
2. Phrenitis (Wahn, Halluzinationen, Delirium) und
3. Insania (gänzlicher Verlust des Verstandes).

Nach den Rechtspraktiken der meisten deutschen Reichsstädte und Fürstentümer durften im Mittelalter Geistesranke nicht mit dem Tode bestraft werden. Sie konnten auf andere Weise „unschädlich gemacht“ werden (Lenckner 1972 [956]). In der Gesetzgebung des Heiligen Römischen Reiches Deutscher Nation kam es durch die Einführung der Constitutio Criminalis Carolina 1532 durch Karl V. zu einer Betonung des öffentlichen Charakters der Strafe. Offenbar wurden ab dieser Zeit in Anlehnung an römisch-italienische Rechtsprinzipien und an die Kanonistik, die im 14. Jahrhundert entwickelt worden war, auch in Mitteleuropa Geistes-

gestörte nicht bestraft. Entscheidenden Einfluss erhielt die Betrachtung geistesgestörter Menschen durch die Rechtsprechung von der Naturrechtsbewegung und der sich daraus entwickelnden Imputationslehre. Sie geht davon aus, dass für die Bestrafung der Erfolg der Tat nur maßgebend ist, insofern sie dem Täter zurechenbar war. Nach dem Rechtsphilosophen Samuel Pufendorf (1632-1694) führt die Differenz zwischen den physischen Gegebenheiten und der Norm zu einer „actio moralis“, zur Zurechnung von Schuld und Verdienst. Für die Zurechnung (imputatio) sind sowohl ein „praelucens intellectus“ (vorleuchtende Einsicht) wie ein „decernens voluntas“ (unterscheidender Wille) Vorbedingung. Ein Willensdefekt führt zur Zurechnungsunfähigkeit. Nach dieser Auffassung ist die Willensfreiheit die Grundlage für die Verantwortung des Menschen.

Wenn auch noch mit vielen Unklarheiten behaftet, war hier zum ersten Mal ein übergreifendes Konzept erarbeitet worden, welches die verschiedenen Formen der Geistesstörungen unter einem forensisch relevanten Gesichtspunkt zusammenfasste. In der Folge wurde von mehreren Autoren eine Reihe von Geistesstörungen aufgezählt, die zum Ausschluss der Willensfreiheit führen sollen. Joh. Samuel Freiherr von Böhmer (1704-1772) erwähnte:

- Furiosi (Rasende),
- Dementes (Schwachsinnige),
- Maniaci (Geistesverwirrte) und
- die an schwerer, mit Wahn verbundener Form der Melancholia Leidenden.

Als vermindert schuldfähig wurden Angeklagte wegen „Dummheit“, gerechten Zornes und angeborener Taubstummheit, außerdem wegen objektiver Affekt-, Rausch- und Schlafzustände angesehen.

Von Böhmer riet den Richtern, wegen der Schwierigkeit bei der Unterscheidung dieser Zustände die Ärzte zu befragen. Nachhaltig vertreten wurde diese Auffassung in einem 1740 von Joh. Zacharias Platner verfassten Werk mit dem Titel: „Programma, quo ostenditur medicos de insanis et furiosis audiendos esse“ (Konzept, in dem gezeigt wird, dass Ärzte über Geistesranke und Rasende zu hören sind; von Krafft-Ebing 1885 [867]). Dass Ärzte zu hören seien, wurde damit begründet, dass die Tollheit eine Krankheit des Körpers ist, die das Gehirn derart beeinträchtigt, dass es die Dinge weder recht bedenken kann, noch in der Lage ist, seinem Willen zu befehlen (Janzarik 1972 [767]).

Im Laufe des 18. Jahrhunderts bestanden aber weiterhin Zweifel, wer die verminderte Willensfreiheit eines Menschen zu beurteilen hat. Kant (1724-1804) vertrat in seiner Anthropologie (1798) die Auffassung, dass es sich dabei um ein psychologisches und nicht um ein medizinisches Problem handele („eine gerichtliche Arzneikunde betreibt, wenn es auf die Frage ankommt, ob der Gemütszustand des Täters Verrückung oder mit gesundem Verstande genommene Entschließung sei, Einmischung in fremdes Geschäft“; §41). In der Praxis hatte sich dennoch die sog. „gerichtliche Arzneiwissenschaft“ mit jenen zweifelhaften Seelenzuständen zu befassen, die zu Straffreiheit oder Strafminderung führten.

Zwischenzeitlich hatte sich auch das Wissen um die psychischen Erkrankungen ausgeweitet. Mit Philippe Pinel (1745-1826) begann eine neue Anschauung der geistig-seelischen Störungen. Er versuchte, die einzelnen Krankheitsbilder detailliert zu schildern (Jaspers 1973 [768]). Die Psychiater jener Zeit stellten häufig neben den sorgfältigen Beschreibungen der Krankheitsbilder auch die Auswirkungen der Krankheiten auf den rechtlichen Umgang mit den Patienten dar. Aus dieser Krankheitsbeschreibung entwickelte ein Schüler Pinels, Jean Etienne Dominique Esquirol (1772-1840), die Monomanienlehre, die zunächst großen Einfluss auf die forensische Psychiatrie ausübte. Auch heute erinnern Begriffe wie Kleptomanie oder Pyromanie an den französischen Psychiater. Die Monomanienlehre wurde in den folgenden Jahren heftig angegriffen. Wilhelm Griesinger (1817-1869) schrieb darüber z. B.: „*Die Tat selbst zum wesentlichen Kriterium eines anomalen Zustandes zu machen, hat zu der Lehre von den Monomanien geführt, die für die Wissenschaft gleich gefährlich war und nur dazu diente, das ärztliche Urteil mit Recht bei den Richtern in Verruf zu bringen*“ (Janzarik 1972 [767]). Diese Kritik soll jedoch die Bedeutung Esquirols für die Entwicklung der forensischen Psychiatrie und auch für die Gesetzgebung nicht schmälern. In seinem 1838 erschienenen Lehrbuch nimmt der rechtliche Aspekt des Umgangs mit den Kranken einen wichtigen Platz ein.

Neben der Beschreibung immer neuer Krankheitsbilder kam aus Frankreich in Form der Degenerationslehre eine andere, sehr einflussreiche Lehrmeinung, welche die Entwicklung der forensischen Psychiatrie des späten 19. und des beginnenden 20. Jahrhunderts maßgeblich beeinflusste: Benedict Augustin Morel (1809-1873) führte 1857

einen Teil der Geisteskrankheiten auf eine von Generation zu Generation zunehmende Abweichung von dem ursprünglichen Menschentyp (type primitif von Rousseau) zurück. Die milieubedingten Schäden würden durch Degeneration und Vererbung fortschreiten bis zur vorzeitigen Verblödung, die er „*démence précoce*“ nannte. Diese mehr romantische Anschauung wurde durch die Übernahme der Lehren Darwins nach damaliger Anschauung naturwissenschaftlich untermauert. Valentin Magnan (1835-1916) führte die Degeneration auf Fehlentwicklungen der menschlichen Evolution zurück: Das Ausmaß der Störung des seelischen Gleichgewichts entspreche demnach dem Grad der Degeneration.

Die Auswirkungen der *Entartungslehre* zeigten sich besonders in der forensischen Psychiatrie und in der *Kriminalanthropologie*: Bezüglich ihrer Genese wurden Geisteskrankheiten und Kriminalität gleichgesetzt. Erbliche Belastung, ausschweifende Lebensführung und Alkoholismus wurden von den Vertretern dieser Lehre als die häufigsten Voraussetzungen von Kriminalität und Geisteskrankheit angesehen. Der exponierteste Vertreter dieser Auffassung, Cesare Lombroso (1836-1910), verfasste 1876 sein viel zitiertes und bereits damals sehr umstrittenes Werk „*delinquente nato*“, auf Deutsch „*Der Verbrecher in anthropologischer, ärztlicher und juristischer Beziehung*“ (Lombroso 1894 [1000]). Seiner Auffassung nach sind Verbrecher Menschen, die auf eine niedrigere Evolutionsstufe zurückgesunken sind. Dieser Rückschritt lasse sich nicht nur an der Verhaltensweise, sondern auch an anatomischen Merkmalen feststellen. Mit der Wiederentdeckung der Mendel'schen Arbeiten über den tatsächlichen Mechanismus der Vererbung zu Beginn des 20. Jahrhunderts waren auch die Theorien der Degenerationslehre in der Psychiatrie bald wissenschaftlich überholt. Sie wurden dennoch später zu einem der Mosaiksteine eines radikalen, menschenverachtenden Umgangs mit psychisch Kranken, der erst in den letzten Jahren in begrenztem Umfang aufgearbeitet wurde (Leonhardt u. Foerster 1996 [959]). In der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts weckten neben der Zunahme der psychiatrischen Erkenntnisse auch Reformbewegungen der Rechtsprechung das Bedürfnis, psychiatrisches Wissen für die richterliche Wahrheitsfindung nutzbar zu machen. Während zuvor der Verbrecher eine Person war, der ein Delikt zugeschrieben wurde, begann man jetzt, nach den Charakterzügen und Motiven des Verbrechers zu fragen.

Während zuvor die Frage des Gerichts lautete: „Was muss wie bestraft werden?“, hieß die Frage jetzt: „Wer kann bestraft werden?“ (Foucault 1976 [468]). Das Interesse an der Person des Täters und an seinen Motiven, geweckt durch immer wieder zitierte dramatische Verbrechen, verlangte nach psychologischen und psychiatrischen Erklärungen. Zu Beginn des 19. Jahrhunderts gab es eine sehr große Zahl von Lehrbüchern, kasuistischen Beiträgen und theoretischen Auseinandersetzungen. Bei letzteren spielte die Frage, ob es aus naturwissenschaftlich-psychiatrischer Sicht überhaupt eine Willensfreiheit gäbe, ob somit die Voraussetzungen für die Strafbarkeit eines Handelns überhaupt angenommen werden könnten, eine große Rolle. Dieser *Determinismus-Indeterminismus-Streit* ist bis heute noch nicht endgültig geklärt und wird wohl auch einer letzten wissenschaftlichen Klärung nicht zugänglich sein (Kap. 1.1). Die frühen Psychiater, insbesondere Johann Christian August Heinroth (1773-1843), ein sog. Psychiker, hatten in ihren Grundideen eher indeterministische Standpunkte vertreten. Sie hielten den Menschen nicht nur für seine Verbrechen, sondern zum Teil auch für seine psychische Erkrankung für verantwortlich. Heinroth schrieb 1825 ([687], S.261): *„Der Mensch hat es sich jederzeit selbst zuzuschreiben, wenn er melancholisch, verrückt, wahnsinnig usw. wird: denn er hat das köstlichste Gut seines Lebens, die Freiheit, im Widerspruche gegen das Gesetz derselben, dessen er sich gar wohl bewusst ist, nicht bewahrt.“*

Demgegenüber sahen die *Somatiker* unter den Psychiatern, wie Friedreich (1842 [499]), ihre Aufgabe darin, die Erkenntnisse der psychologischen Medizin in die Gesetzgebung und Rechtsprechung einzubringen: *„So wollen wir denn hoffen, dass die neue Zeit eine alte, sich oft nur in geistlosen Formen bewegende Juristerei zu Grabe getragen und dafür das Dogma geschaffen hat, dass Gesetzgebung und Rechtspflege ohne Anthropologie und Psychologie nur zu elender Barbarei führen. Möchten Inquirenten und erkennbare Richter sich immer bemühen, den ganzen Menschen, welcher als Angeklagter vor ihnen steht, möglichst kennen zu lernen: es ist eine schöne und reichlich lohnende Aufgabe nachzuweisen, dass der Verbrecher nur ein Unglücklicher sei“*. Die Auseinandersetzung zwischen Psychikern, wie Heinroth und Ideler, und Somatikern, wie Friedreich, wirkte sich auch auf die forensisch-psychiatrischen Lehrmeinungen aus. Die Ersteren neigten mehr zu indeterministischen, die Letzteren eher zu deterministischen Anschauungen.

Gegen Ende des 19. Jahrhunderts war die forensische Psychiatrie ebenso wie die klinische Psychiatrie davon überzeugt, dass durch naturwissenschaftlich-medizinische Erkenntnisse in naher Zukunft die psychischen Erkrankungen erklärt und konkrete Maßnahmen zu ihrer Verhinderung unternommen werden könnten. Zudem glaubte man, dass durch die wissenschaftlichen Erkenntnisse die Verbrechensbekämpfung wesentlich erleichtert werde: Die Identifizierung von Verbrechertypen, ihre spezifische Behandlung oder Verwahrung würden Strafen unnütz und Behandlung möglich machen. Krafft-Ebing schrieb 1885: *„Als in nicht ferner Zeit an zu hoffende Fortschritte unserer Wissenschaft sind die Klärung gewisser Zustände, die sich äußerlich wie bloße moralische Verkommenheit anfühlen, in Wirklichkeit aber krankhafte sind, die Verwertung neuerer Forschungen über die Erblichkeit psychischer Gebrechen, über den Einfluss gewisser verborgener Nervenkrankheiten (Epilepsie; Hysterie) auf das Zustandekommen unfreier Geisteszustände zu verzeichnen.“* Kraepelin (1880 [865]) erwartete, dass durch die Einrichtung von Erziehungsanstalten, die lebenslängliche Verwahrung von Unverbesserlichen und die Fürsorge für Entlassene rückfälligkeit weitgehend vermieden werden könnte. Die positivistischen Anschauungen jener Zeit führten zu einer Vielzahl von Untersuchungen an Verbrechern. Neuroanatomische Studien an Verbrechergehirnen, Studien über Familien von Kriminellen und über die Wirkung des Alkohols auf die Entwicklung von Verbrechern (Zusammenfassung bei Lombroso 1894 [1000]) führten zu wissenschaftlich nicht haltbaren Schlüssen, die auch von einer Reihe anderer namhafter Psychiater vertreten wurden (Bleuler 1896 [132]). Ihre überzogene Propagierung durch Binding u. Hoche (1920) diente später der Rechtfertigung für politisch motivierte Eingriffe in die Freiheit, Unversehrtheit und schließlich in das Leben psychisch Kranker (Dörner 1989 [330]). Solche Denkansätze wurden aber bereits um die vorletzte Jahrhundertwende kritisiert (Aschaffenburg 1906 [46]). Der Missbrauch dieser Denkansätze im Nationalsozialismus begründete ihre massive Ablehnung nach dem 2. Weltkrieg durch die Psychiatrie in Deutschland und führte zu einer *Abwendung von der Suche nach biologischen Grundlagen der Delinquenz*. Die biologische Psychiatrie widmete sich den endogenen Psychosen. Das Interesse der Psychiatrie an den Rechtsbrechern ließ nach. Die Intentionen gingen eher dahin, nachzuweisen, dass psychische Krankheit und Rechtsbruch unabhängig voneinander

der auftreten. Somit zeigt die Geschichte, dass einerseits psychiatrische Anschauungen in grober Weise für politische Zwecke missbraucht werden können und dass andererseits die Angst vor dem Missbrauch sinnvolle Forschung hemmen oder gar verhindern kann. Zur Jahrtausendwende waren durch die Entwicklung und Nutzen neuer Methoden auch forensisch relevante Störungen zunehmend zum Gegenstand empirischer Forschung geworden. Insbesondere Studien zur Aggressionsgenese, Persönlichkeitsstörung und "Psychopathy" und zur sexuellen Devianz stießen eine Renaissance wissenschaftlich fundierten forensischen Psychiatrie an. Diese Forschungen beeinflussen zunehmend auch die forensische Psychiatrie und die Begutachtung (s. Kap. 22.2.2).

Andererseits haben die *soziologischen Forschungen* und die daraus resultierenden kriminologischen Theorien auch dargelegt, dass Delinquenz nicht ausschließlich dem Individuum zuzuordnen ist, sondern dass sowohl das gesellschaftliche System und seine Reaktions- und Sanktionsformen als auch das Milieu der unmittelbaren Umgebung des Einzelnen und nicht zuletzt die jeweilige Situation, in der sich ein Individuum zum Zeitpunkt seines Handelns befindet, wesentliche Anteile am Zustandekommen seines Fehlverhaltens haben.

Die *gesetzlichen Entwicklungen* haben, wenn überhaupt, nur sehr verzögert auf die Erkenntnisse aus Forschung und Theorienbildung reagiert. Mit dem ersten Strafgesetzbuch des Deutschen Reiches 1871 wurde im § 51 ein Strafausschluss wegen psychischer Krankheiten festgelegt. Eine verminderte Zurechnungsfähigkeit gab es jedoch nicht. Die gesetzlichen Eingangsmerkmale, um wegen einer Krankheit Straffreiheit zu erlangen, lauteten: Bewusstlosigkeit und krankhafte Störung der Geistestätigkeit. Sie mussten einen Ausschluss der freien Willensbestimmung zur Folge haben. Von den Psychiatern, an ihrer Spitze Gustav Aschaffenburg, wurde das Fehlen von juristischen Zwischenstufen für die psychopathologischen Graduierungen zwischen Gesundheit und schwerer Krankheit, welche Straffreiheit nach sich zog, kritisiert. Zuletzt wurde mit der *Strafrechtsreform 1933* eine verminderte Zurechnungsfähigkeit im § 51 Abs. 2 StGB eingeführt. Die Eingangsmerkmale lauteten in dem neuen Gesetz: Bewusstseinsstörung, Geistesschwäche und krankhafte Störung der Geistestätigkeit. Die Exkulpierungsvoraussetzungen blieben weiterhin nahezu ausschließlich auf krankhafte Störungen begrenzt. Im Laufe der Jahre hat die Rechtsprechung die Stö-

rungen und Beeinträchtigungen, die eine verminderte Zurechnungsfähigkeit nach sich ziehen können, ausgeweitet. Sie mussten aber „krankheitswertig“ sein, um forensisch relevant zu werden. Der Begriff der *Krankheitswertigkeit* muss in diesem Zusammenhang jedoch sehr kritisch gesehen werden, da er im forensischen Sprachgebrauch lediglich auf das Ausmaß der psychosozialen Beeinträchtigung durch die Krankheit abhebt. Nicht gemeint ist hingegen eine Reihe von anderen medizinischen Definitionsmerkmalen des Krankheitsbegriffes, wie Schicksalhaftigkeit, regelhafter Verlauf u.a. (zum Krankheitsbegriff s. Kap. 1.1). In der *Strafrechtsreform von 1975* wurde der juristische Merkmalskatalog entsprechend den Kompromissen, die zwischen den verschiedenen psychiatrischen und psychologischen Schulen und den Juristen möglich waren, erweitert. Sie lauten nun krankhafte seelische Störung, tiefgreifende Bewusstseinsstörung, Schwachsinn und schwere andere seelische Abartigkeit. Sie umfassen damit auch eindeutig Beeinträchtigungen, die *nicht* dem damaligen Konzept von Krankheit entsprachen, sondern lediglich Normabweichungen oder Ausnahmezustände darstellten. Die Definition der Schuldfähigkeit oder der Schuldunfähigkeit ist dadurch nicht einfacher geworden.

Im *Zivilrecht* ist das Beharrungsvermögen noch ausgeprägter als im Strafrecht. Bis zum 01.01.1992 bestand das 1896 geschaffene *Vormundschafts- und Pflegerrechtsrecht* mit seiner antiquierten und heute als diskriminierend empfundenen Terminologie. Im Vordergrund der gesetzlichen Regelungen stand die Sorge um das Vermögen und das Wohlergehen der Familie. Bestrebungen, die Sorge um den Kranken selbst in den Mittelpunkt der gesetzlichen Bestimmungen zu stellen, sind mehrere Jahrzehnte lang zurückzuverfolgen (Lenckner u. Schumann 1972 [955]). Die Anfänge der Rechtsreform, die 1992 in Kraft trat, sind auf die *Psychiatrie-Enquête 1975* zurückzuführen. Seither trat in relativ rascher Folge eine Reihe von Neuregelungen in Kraft, die zunehmend die Autonomie der Betroffenen gestärkt haben. Mit dem 3. Betreuungsrechtsänderungsgesetz wurde 2009 die Patientenverfügung (s. Kap. Vollmacht, Patientenverfügung und Betreuung) eingeführt, 2013 die Vorschriften zur medikamentösen Zwangsbehandlung, bereits davor im Februar 2013 das Patientenrechtegesetz (§§ 630a bis 630h BGB). Die gesetzlichen Bestimmungen über Geschäftsfähigkeit und Testierfähigkeit haben sich allerdings seit 1896 nicht geändert.

## 1.3 Standortbestimmung

Der Bundesgerichtshof hat in Anlehnung an Beschreibungen des Reichsgerichts den Gutachter als „*Gehilfen des Richters*“ (BGHSt 3, 28) bezeichnet. Sein Gutachten ist ein Beweismittel wie jedes andere. Er liefert jedoch aufgrund seines Fachwissens Erkenntnisse, die dem Entscheidungsträger nicht ohne Weiteres zugänglich sind; er zieht Schlüsse, die ein Laie nicht von vornherein nachvollziehen kann. Die Fähigkeit und Berechtigung zum medizinischen und psychologischen Erkenntnisgewinn und zur fachbezogenen Schlussfolgerung heben ihn von anderen Zeugen ab. Durch seine fachlichen Schlussfolgerungen schafft er neue Tatsachen, die das Gericht in den Gesamtzusammenhang einbezieht. Die Diagnostik ist in der Psychiatrie mehr als in anderen Gebieten der Medizin von Konventionen abhängig. Verschiedene Lehrmeinungen und Schulen prägen die psychiatrische Krankheitslehre. Die Grenzen zwischen Auffälligkeiten des Verhaltens und Empfindens, die in die Randzonen des normalpsychologischen Spektrums fallen, und Krankheitssymptomen sind oft fließend. Die dadurch entstehenden Unsicherheiten, die häufig auch zu Meinungsverschiedenheiten zwischen Gutachtern führen, machen es notwendig, dass der Sachverständige dem Auftraggeber die Grundlagen seiner gutachterlichen Äußerungen und die Logik seiner Schlussfolgerungen verständlich macht. Nur so kann dieser die Wertigkeit der gutachterlichen Schlussfolgerungen beurteilen und Aussagen verschiedener Gutachten gegeneinander abwägen. Der Psychiater muss somit im Gutachten viel mehr Informationen über sein fachliches Vorgehen vermitteln als andere Ärzte.

Gutachter müssen

1. die Prinzipien juristischen Denkens, soweit sie für die Psychiatrie relevant sind, verstehen,
2. die Gesetze und Vorschriften kennen, die den Umgang mit den Patienten regeln und auch die Rechtsstellung psychisch Kranker beeinflussen, und
3. die Fähigkeit erwerben, den Gerichten ihr Fachwissen in einer Weise zu vermitteln, dass es von den Juristen angewandt werden kann.

Um diesen Aufgaben gerecht zu werden, erscheint es auch aus praktischen Erwägungen sinnvoll, der forensischen Psychiatrie innerhalb der Psychiatrie eine besondere Position zuzuschreiben. Um einen Rollenkonflikt zwischen dem helfenden Arzt und

Therapeuten einerseits und dem der Neutralität und Objektivität verpflichteten sachverständigen Berater Dritter zu vermeiden, ist die Rolle des Gutachters von jener des Therapeuten zu trennen.

Behandlung und Begutachtung finden in jeweils unterschiedlichen Bezugsrahmen statt, Therapeut und Gutachter haben ganz unterschiedliche Rollen und Funktionen, selbst wenn sie sich häufig der gleichen Techniken bedienen:

Die Zielsetzung des Gutachters ist das Verständnis, welches er vom Betroffenen erwirbt und welches er dem Gericht vermitteln kann, das Ziel des Therapeuten ist das Lindern des Leidens des Patienten und in der forensischen Psychiatrie auch die Reduktion fremdgefährlichen Verhaltens oder schädlicher Kognitionen, apriorischer Annahmen und dysfunktionaler Schemata.

Psychiatrische Behandlung setzt ein besonders intensives und meist auch langfristiges *Arzt-Patient-Verhältnis* voraus. Gutachten, die für viele Menschen enorme und nicht immer nur die erwünschten Konsequenzen haben, können das für die Behandlung erforderliche Vertrauensverhältnis zerstören. Ein behandelnder Arzt hat große Schwierigkeiten, neutral und sachlich zu rechtlichen Fragen Stellung zu nehmen, wenn er dadurch die therapeutische Allianz gefährdet weiß.

Der Fokus der Aufmerksamkeit ist bei der Begutachtung ein grundsätzlich anderer als bei der Behandlung: Während der Therapeut Diagnosen stellt, um daraus eine Hierarchie von Behandlungsmaßnahmen für das subjektive Leiden des Patienten abzuleiten, und Aspekte vernachlässigt, die für die Behandlung unbedeutend sind, ist der Gutachter bestrebt, Diagnosen und die daraus resultierenden rechtlichen Konsequenzen möglichst umfassend abzusichern. Er stellt dabei auch die Angaben des Untersuchten infrage und fahndet nach Unstimmigkeiten. Allerdings ist es keinesfalls Aufgabe des Gutachters, „Detektiv zu spielen“ (Slovenko 1997 [1603]). Psychiater bleiben, auch wenn sie Gutachter werden, der *medizinischen Ethik* verpflichtet (Arboleda-Florez 2005 [36]; Nedopil 2004a [1208]).

Eine Begutachtung unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht. Befunde, die ein behandelnder Arzt erhoben hat, dürfen, mit Ausnahme der vorläufigen Unterbringung nach § 126a StPO, nicht ohne das Wissen des Patienten und nur mit seiner Zustimmung an den Gutachter oder den Auftraggeber weitergegeben werden. Die Grenzziehung zwischen solchen Informationen, die einem Therapeuten im Vertrauen auf seine Schweigepflicht

mitgeteilt werden, und solchen, die über ein Gutachten an eine Behörde oder gar öffentlich in den Gerichtssaal gelangen, sollte dem Patienten und nicht dem Therapeuten überlassen werden.

Für eine eigene Rolle des Fachs und besondere Fortbildung in forensischer Psychiatrie spricht auch, dass der gutachtende Psychiater häufig, in Strafverfahren immer, vor das Gericht gerufen wird, um seine Beurteilung mündlich zu erläutern. Gerichte erwarten, dass dem Fachmann die wesentlichen Abläufe des Gerichtsverfahrens bekannt sind und dass er sich im Gericht zu bewegen weiß.

Der forensische Psychiater beschränkt sich jedoch nicht auf die Begutachtungskunde. Er ist nicht nur Vermittler medizinischen Erfahrungswissens für Gerichte oder Behörden, sondern sollte dem klinisch tätigen Psychiater auch die *rechtlichen und ethischen Normen, an denen sich Behandlung und Therapieforschung orientieren*, näher bringen. Hier bestehen besonders dann Unsicherheiten, wenn die Einwilligungsfähigkeit aufgehoben oder beschränkt ist. Dort, wo rechtliche Vorgaben ärztliches Handeln besonders eng begrenzen, z. B. im psychiatrischen Maßregelvollzug, ist der forensische Psychiater nicht nur Wissensvermittler, Berater oder Bindeglied zwischen den Wissenschaften, sondern *direkt verantwortlich für die Therapie*. Diese Verantwortlichkeit unterscheidet sich zumindest quantitativ von der sonst üblichen klinischen Praxis. Jeder Arzt trägt sowohl gegenüber dem von ihm betreuten Patienten wie gegenüber der Allgemeinheit Verantwortung. Die Gewichte sind allerdings unterschiedlich verteilt. Während sich die Verantwortung der Kliniker für die Allgemeinheit auf akut bedrohliche Fälle beschränkt, z. B. bei Ansteckungsgefahr durch eine Seuche oder unmittelbar geäußerte Bedrohung eines Dritten, hat der forensische Psychiater direkte Verantwortung gegenüber der Öffentlichkeit. Der Leiter einer Klinik für Forensische Psychiatrie ist als Arzt dem Patientenwohl verpflichtet, als Vollzugsleiter aber auch verantwortlich für ordnungspolitische Aufgaben. Dementsprechend unterscheidet sich sein Vertragsverhältnis auch vom klinischen Arzt. In der Klinik und in der ärztlichen Praxis geht der Patient ein unmittelbares Vertragsverhältnis ein. In der forensischen Psychiatrie besteht ein entsprechendes Vertragsverhältnis zum Auftraggeber, also zur Justiz oder Behörde; dies gilt selbst dann, wenn gleichzeitig eine Therapie durchgeführt werden soll. Der Untersuchte ist nicht nur Subjekt, welches autonom in eine Behandlung einwilligt, sondern auch Objekt, über welches Befunde für Dritte erhoben und an Dritte weitergegeben werden. Die

Interessenlagen von Auftraggeber und Untersuchten sind häufig ganz verschieden. Diese Situation ist dem Untersuchten auch zu erklären. Der zur Behandlung untergebrachte Patient ist in der Wahrnehmung seiner Rechte eingeschränkt. In dem Maße wie ihm die Fähigkeit, seine persönlichen Belange wahrzunehmen, beschränkt wird, steigt die Fürsorgepflicht, die Vollzugsleiter und Therapeuten wahrnehmen müssen. Ein untergebrachter, isolierter Patient ist umfassend auf die Fürsorge Dritter angewiesen. Diese Pflicht zur Fürsorge umfasst medizinische wie pflegerische Versorgung und auch den Schutz seiner Rechte. Die Grundsätze der Aufklärung bei der Begutachtung finden sich in Kap. 20.2.2 20.2.2, jene über die Verschwiegenheits- und die Offenbarungspflicht im Maßregelvollzug in Kap. 16.1.2.

Forensische Psychiatrie hat in den letzten Jahren enorm an Bedeutung gewonnen. Auf der einen Seite sind die Anfragen an Begutachtungen und der Umfang an Behandlungsaufträgen, aber auch der Druck der Öffentlichkeit gewachsen; auf der anderen Seite haben die Forschung in der forensischen Psychiatrie und das Wissen in vielen Bereichen, die für Begutachtung und Behandlung entscheidend sind, erheblich zugenommen. Die Zahl derer, die in der forensischen Psychiatrie tätig sind, ist massiv angestiegen. Dies alles, aber auch die immer noch vorhandenen Mängel in vielen Bereichen haben dazu geführt, dass auch *Qualitätsanforderungen* in der forensischen Psychiatrie wieder in den Blickpunkt gerückt sind und dass Wege gesucht wurden, um Qualitätsstandards zu entwickeln und durchzusetzen (Boetticher et al. 2002 [140], 2005 [141], 2006 [142], 2009 [143]; Greuel 2000 [585]; Großpietzsch et al. 1997 [589]; Hansis 2002 [639]; Saß 2000 [1474]; Müller et al. 2012 [1155], 2014 [1156]):

- Verbesserung und Systematisierung der Dokumentation
- Übernahme von Methoden des Qualitätsmanagements aus der Medizin
- Herausgabe von Leitlinien und Leitfäden
- Zertifizierung und Schwerpunktarztbildung
- Erarbeitung von Mindestanforderungen (für die gerichtliche Überprüfung von Gutachten)
- Entwicklung von Standards einer Behandlung in der forensischen Psychiatrie

Die Maßnahmen zur Qualitätssicherung werden in verschiedenen Kapiteln dieses Buches ausführlicher dargestellt.

## 2 Grundlagen forensisch-psychiatrischen Vorgehens

Die Voraussetzungen, die einen Menschen befähigen, sich an Normen zu orientieren und entsprechend zu handeln, werden in keinem Gesetz definiert. In den jeweiligen Gesetzen sind immer nur die Umstände genannt, die ihn von den rechtlichen Folgen seines Handelns ausnehmen, wie z. B. die Schuldunfähigkeit oder die Geschäftsunfähigkeit. Feststellungen dieser Ausnahmen fallen in die Zuständigkeit der Gerichte oder Behörden. Der Arzt, der sich hierzu direkt äußert, überschreitet die Grenzen seiner Kompetenz. Seine Aufgabe ist es lediglich, dem Gericht die medizinischen und psychologischen Voraussetzungen zu benennen und sie zu erläutern, damit das Gericht möglichst gut gerüstet ist, selbstständig die Entscheidung zu fällen, ob in einem konkreten Fall die vom Gesetz vorgesehene Ausnahme vorliegt oder nicht. Der Arzt muss allerdings wissen, welche Voraussetzungen das Gericht benötigt, um derartige Entscheidungen zu treffen. Hierzu muss er den juristischen Krankheitsbegriff verstehen und ihn so anwenden können, wie er für die jeweilige Fragestellung relevant ist.

Der juristische Krankheitsbegriff unterscheidet sich grundsätzlich vom medizinischen Krankheitsbegriff, obwohl der Gesetzgeber wiederholt versucht hat, sich der medizinischen Terminologie anzunähern.

Der *medizinische Krankheitsbegriff* hebt nach herkömmlichem Verständnis auf natürliche Krankheitseinheiten ab, die definiert sind durch Ursache, Symptomatik, Verlauf und Therapierbarkeit.

Um den Minimalanforderungen des medizinischen Krankheitsmodells zu genügen, sollte eine Krankheit durch eine möglichst eindeutige Beschreibung der Symptome, deren Entstehung und Entwicklung, durch die differenzialdiagnostische Abgrenzbarkeit von anderen Störungen und durch den zu erwartenden Verlauf der Symptomatik definiert sein.

Dieser Krankheitsbegriff wurde in der Psychiatrie verlassen. Die derzeitigen operationalisierten Klassifikationssysteme beschränken sich auf eine möglichst genaue, einheitliche Beschreibung von Symptomkonstellationen. Dadurch ist jedoch nur ein Element des medizinischen Krankheitsmodells erfüllt. Die diagnostischen Zuordnungen sind auf eine möglichst vergleichbare Beschreibung der Störungsbilder zum Zweck der Verständigung unter Fachleuten reduziert. Die Beschränkung macht

die begrenzte forensische Relevanz der Diagnosen in DSM-5 oder ICD-10 verständlich.

Der *juristische Krankheitsbegriff* setzt von vornherein einen anderen Schwerpunkt. Bei ihm geht es unabhängig von der Ursache und der Therapierbarkeit vorwiegend um die Ausprägung einer Störung. Krankheit ist somit im juristischen Sinne vor allem vom Überschreiten einer bestimmten, unter Umständen sogar normativ gesetzten Schwelle abhängig. Insofern kommt es vor allen Dingen auf das Ausmaß der Funktionseinschränkungen an. Dieses Ausmaß muss dem Juristen verdeutlicht werden, damit er die Subsumption einer Störung unter einen juristischen Krankheitsbegriff oder besser ein juristisches Merkmal nachvollziehen kann. Man hat allerdings versucht und versucht es bei neuen Gesetzen auch weiterhin, die juristische Nomenklatur dem medizinischen Krankheitsbegriff anzugleichen, um den erfahrungswissenschaftlichen Erkenntnissen und den in der Medizin vorherrschenden Strömungen Rechnung zu tragen. Ob solche Versuche sinnvoll sind, muss dahingestellt bleiben, gelungen sind sie bislang nicht. Die medizinische Diagnostik ist einem fortwährenden Wandel unterzogen und wird laufend den wissenschaftlichen Fortschritten und den Konventionen der medizinischen Profession angepasst. Etwa alle 10 Jahre wird ein neues Diagnoseschema der WHO (ICD) und noch öfter eine Revision des Amerikanischen Diagnostischen Manuals (DSM) herausgegeben. 2013 ist die neue Auflage des DSM-5 (2014 in der deutschen Version erschienen) am ICD-11 wird gearbeitet. Für juristische Begriffe bedarf es eines längerfristigen Bestandes. Die Krankheitsbegriffe des Bürgerlichen Gesetzbuches haben schon über 100 Jahre Bestand und jene des Strafgesetzbuches immerhin schon 25 Jahre. Aus Gründen der Rechtssicherheit erscheint es wichtig, den juristischen Krankheitsbegriff möglichst präzise zu fassen und ihn nicht den Modeströmungen der medizinischen Terminologie anzupassen (Nedopil 2000a [1201]). Derartige Modeströmungen können beispielhaft an den Begriffen aufgezeigt werden, welche die aktuellen Klassifikationssysteme für Intelligenzmindierungen erfunden haben. Die achte Ausgabe von ICD, die gültig war, als das Strafgesetzbuch 1975 die §§ 20 und 21 StGB einführt, definierte einen Hamburg-Wechsler-Intelligenzquotienten (IQ) von 75 bis 79 als „leichten Schwachsinn“ (ICD-8

Nr. 311). In ICD-9 wurde ein Mensch mit diesem IQ als grenzdebil bezeichnet (ICD-9 Nr. 317.0 „Niedrige Intelligenz“), und ICD-10 ebenso wie DSM-5 diagnostizieren für diesen Bereich keine Störung. Um die Betroffenen nicht zu stigmatisieren, ordnen die heutigen Diagnosesysteme der „leichten Intelligenzminderung“ einen IQ von 50 bis 69 zu, ein Bereich, den ICD-9 als leichte intellektuelle Behinderung oder Debilität bezeichnete und der in ICD-8 als deutlicher (IQ-Bereich 60 bis 74) oder schwerer Schwachsinn (IQ-Bereich 40 bis 59) aufgeführt wurde. Es wäre jedoch falsch, davon auszugehen, dass „leicht Intelligenzgeminderte“ im Jahr 2000 eher steuerungsfähig wären als „deutlich Schwachsinnige“ im Jahr 1975. Der juristische und der medizinische Krankheitsbegriff haben zwar einen gewissen Überlappungsbereich, dürfen aber keinesfalls gleichgesetzt werden, da sie häufig selbst dann etwas grundsätzlich Anderes bezeichnen, wenn eine vergleichbare oder gar identische Terminologie gebraucht wird. Dies wurde in der Diskussion um den Terminus „Psychische Störung“ im Rahmen des Therapieunterbringungsgesetzes verdeutlicht: Eine psychische Störung als Rechtsbegriff kann auch dann juristisch festgestellt werden, wenn die Kriterien einer psychischen Störung gemäß ICD oder DSM nicht erfüllt sind (Beschluss 2 BvR 2302/11 [www.bundesverfassungsgericht.de](http://www.bundesverfassungsgericht.de)). Es kommt somit wesentlich darauf an, die in den verschiedenen Gesetzen verwendeten Bezeichnungen oder Eingangsmerkmale für den juristischen Krankheitsbegriff zu kennen und zu wissen, welche klinischen Diagnosen unter ihnen subsumiert werden. Bei den meisten Begutachtungen genügt es nicht, eine klinische Diagnose zu stellen und diese einem juristischen Eingangsmerkmal zuzuordnen; es kommt vielmehr auf die durch eine Störung bedingte Funktionseinschränkung an. Daraus ergibt sich ein 2- oder mehrstufiges Beantwortungsschema. Zuerst muss geklärt werden, ob das Ausmaß der durch die klinische Diagnose beschriebenen Störung ausreicht, um den je nach anzuwendendem Gesetz geforderten juristischen Krankheitsbegriff zu erfüllen. Beispielsweise heißen die Krankheitsbegriffe im Strafrecht nach § 20 StGB „krankhafte seelische Störung“, „tiefgreifende Bewusstseinsstörung“, „Schwachsinn“ oder „schwere andere seelische Abartigkeit“. Im Betreuungsrecht heißen sie „psychische Krankheit“ oder „körperliche, geistige oder seelische Behinderung“ (§ 1896 BGB).

Erst wenn die Antwort auf diese Frage positiv ausfällt, kann die 2. Frage beantwortet werden. Diese lautet: „Welche durch Gesetz oder Rechtsprechung bestimmte Funktionsbeeinträchtigung wird oder wurde durch die Störung bedingt?“ Auch diese Funktionsbeeinträchtigung wird je nach Gesetzestext unterschiedlich benannt. Sie heißt im § 20 StGB „Unfähigkeit, das Unrecht des Handelns einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln“, im § 104 BGB, der die Geschäftsunfähigkeit regelt, heißt sie „Ausschluss der freien Willensbestimmung“.

Bei sehr vielen gutachterlichen Problemfällen kommt es nicht oder nicht nur auf die augenblicklich zu beobachtende Symptomatik an. Ausschlaggebend ist vielmehr die Psychopathologie zur Tatzeit bzw. zum Zeitpunkt des Geschäftsabschlusses oder die Prognose der festgestellten Störung oder Verhaltensweise. Somit müssen häufig *Befunde aus zurückliegenden Zeiträumen* in Erfahrung gebracht und beurteilt werden, oder es ist ein künftig erwarteter psychischer Befund für die Beurteilung ausschlaggebend. Derartige Einschätzungen können jedoch nur hypothetischen Charakter haben. *Hypothesen*, die der Arzt bei der Beantwortung rechtlich relevanter Fragen bildet, beruhen auf der klinischen Erfahrung und empirischen Erkenntnissen. Aufgrund des hypothetischen Charakters der Antwort muss erwogen werden, mit welcher Wahrscheinlichkeit die Hypothese zutrifft. Bei der Beantwortung einer Rechtsfrage muss somit in aller Regel in mehreren Schritten vorgegangen werden.

1. Stellen einer klinischen Diagnose
2. Subsumtion unter einen juristischen Krankheitsbegriff
3. Entwicklung einer Hypothese über die störungsbedingte Funktionsbeeinträchtigung aufgrund des klinischen Erfahrungswissens
4. Quantifizierung der rechtsrelevanten Funktionsbeeinträchtigung
5. Benennung der Wahrscheinlichkeit, mit welcher die klinische Hypothese zutrifft

Die *Wahrscheinlichkeitsgrade*, welche die Annahme einer Hypothese rechtfertigen, sind wiederum je nach Gesetz sehr unterschiedlich; z. B. gilt im Strafrecht der Grundsatz „im Zweifel für den Angeklagten“, bei der Annahme der Geschäftsunfähigkeit muss diese jedoch zur vollen Überzeugung des Gerichts belegt werden. Die Anwendung juristischer Beweisregeln ist immer Aufgabe des Ge-

richts und hat nur selten einen direkten Einfluss auf das Gutachten.

Der Begriff Wahrscheinlichkeit kann zudem leicht missverstanden werden. Im wissenschaftlichen Sprachverständnis bezieht er sich auf die Beobachtung vieler Ereignisse; bei der Begutachtungsentscheidung handelt es sich jedoch immer um eine Einzelfallanalyse.

Die Unsicherheit wissenschaftlicher Erkenntnisse, die verschiedenen psychiatrischen Schulen und die Unzulänglichkeit der sprachlichen Verständigung bei Gutachtenerstattungen vor Gericht lassen nicht nur bei Laien häufig Zweifel an den sachverständigen Fähigkeiten der Psychiater aufkommen. Psychiatrische Gutachten scheinen einer allzu großen Beliebigkeit unterworfen zu sein (Detter 1999 [285]). Es ist deshalb für gutachterlich tätige Psychiater erforderlich, die Aufgaben zu erkennen und Regeln der Sachverständigentätigkeit zu beherzigen.

Gutachterliche Aufgabe ist es, psychiatrische Sachverhalte an medizinische Laien zu vermitteln, sodass diese sie in ihrem Fachgebiet anwenden können. Der Sachverständige ist somit zugleich Dolmetscher, der beide Sprachen und die Regeln des Denkens in dem anderen Fachgebiet kennen muss.

Daraus folgt für die Praxis, dass er dem Adressaten seines Gutachtens nicht nur seine Schlussfolgerungen vorstellt, sondern auch erklärt, wie er zu diesen Schlussfolgerungen gekommen ist. Er muss ggf. klassisches psychiatrisches Erfahrungswissen vermitteln und darlegen, inwiefern der Einzelfall von diesem Erfahrungswissen abweicht. Er hat dabei die Aufnahmekapazität des Adressaten zu berücksichtigen und darf sie nicht überfordern. Dies gilt nicht nur, wenn er dem medizinischen Laien psychiatrisches Verständnis zu vermitteln sucht, sondern auch, wenn er dem klinisch tätigen Kollegen rechtliche Normen, die den Umgang mit Patienten regeln, näher bringen will.