
Seminar und Vorlesung Forensische Psychiatrie

Skript des Inhalts und zusätzliche Informationen

Von

Dr. Peter Grampp

© Copyright 2023 von Dr. Peter Grampp - Alle Rechte vorbehalten.

Es ist nicht zulässig, Teile dieses Dokuments elektronisch oder in gedruckter Form zu reproduzieren, duplizieren oder zu übertragen. Die Aufzeichnung dieses Skript ist untersagt.

Dieses Skript begleitet das Seminar des Schwerpunkts „Strafrecht“, das die Thematik Gutachten, Einblicke für Juristen in das Fach Psychiatrie

Inhalt

| | |
|--|----|
| Kapitel 1: Einleitung | 13 |
| Forensische Psychiatrie - Definition..... | 15 |
| Qualifikation des Forensischen Psychiaters | 16 |
| Ethische Fragen in der Forensischen Psychiatrie | 17 |
| Diagnosen in der Medizin | 18 |
| Die Klassifikation psychischer Störungen gem. ICD-10..... | 19 |
| Kapitel 2: Schuldfähigkeit - Einsichts- oder Steuerungsfähigkeit (§§ 20, 21 StGB) | 26 |
| Schuld und Strafe: | 26 |
| Der Umgang mit der „Willensfreiheit“: | 29 |
| Nebenaspekt: die Frage des neurobiologischen Determinismus..... | 31 |
| Aufbau der §§ 20,21 StGB und der Auftrag des Gutachters | 31 |
| Das kaskadierte Vorgehen bei der Einschätzung der Schuldfähigkeit (§§ 20, 21 StGB): | 33 |
| Die Eingangsmerkmale der §§ 20/21 StGB..... | 35 |
| „Krankhafte seelische Störungen“ | 37 |
| Tiefgreifende Bewusstseinsstörung | 38 |
| Der Intelligenzminderung - die Intelligenzminderung (ICD-10: F 70-F79)48 | |
| Schwere andere seelische Störung:..... | 50 |
| Fehlende Einsichtsfähigkeit..... | 59 |
| Steuerungs(un)fähigkeit | 62 |
| Die verminderte Schuldfähigkeit..... | 65 |
| Schwerebeurteilung:..... | 66 |
| Kapitel 3: Spezieller Teil, Krankheitsbilder | 77 |
| Endogene Psychosen | 77 |
| Die Gruppe schizophrener Erkrankungen: | 77 |
| Ex- oder Dekulpierung bei schizophrenen Psychosen..... | 82 |

| | |
|--|-----|
| Die Gruppe der Affektiven Psychosen und bipolaren affektiven Störungen (ICD- 10: F3x)..... | 84 |
| Bewertung hinsichtlich der Ex- oder Deculpierung bei affektiven Psychosen | 86 |
| Organische bedingte (einschließlich symptomatischer) psychische Störungen (F0x.x)..... | 87 |
| Intelligenzminderung i.S. des Intelligenzdefizit (ICD-10: F7)..... | 89 |
| Sucht..... | 91 |
| Alkohol..... | 95 |
| Alkoholrausch (krankhafte seelische Störung) | 95 |
| Alkoholmarker..... | 107 |
| Alkohol in der Atemluft oder im Serum..... | 111 |
| Alkoholkrankheit (andere schwere seelische Störung)..... | 112 |
| Illegale Drogen: | 116 |
| Schuldfähigkeit des Suchtkranken:..... | 123 |
| Persönlichkeitsstörungen..... | 127 |
| Paranoide Persönlichkeitsstörung: (ICD-10: F60.0)..... | 128 |
| Schizoide Persönlichkeiten (ICD-10: F60.1):..... | 128 |
| Emotional instabile Persönlichkeiten(ICD-10: F60.) | 129 |
| Dissoziale Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.2), „antisozialen Persönlichkeit“ nach DSM..... | 130 |
| Schuldfrage..... | 133 |
| Neurosen..... | 134 |
| Querulantenwahn:..... | 134 |
| Kleptomanie (F63.2 Pathologisches Stehlen, Kleptomanie): | 135 |
| Stalking: Tatbestandsmerkmale Nachstellung, Anwendung des § 238 StGB | 136 |
| Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen | 138 |
| Störungen der Sexualpräferenz(ICD- 10:F 65)..... | 139 |
| Pathologisches Spielen | 145 |
| Pathologisches Stehlen, pathologische Brandstiftung | 146 |

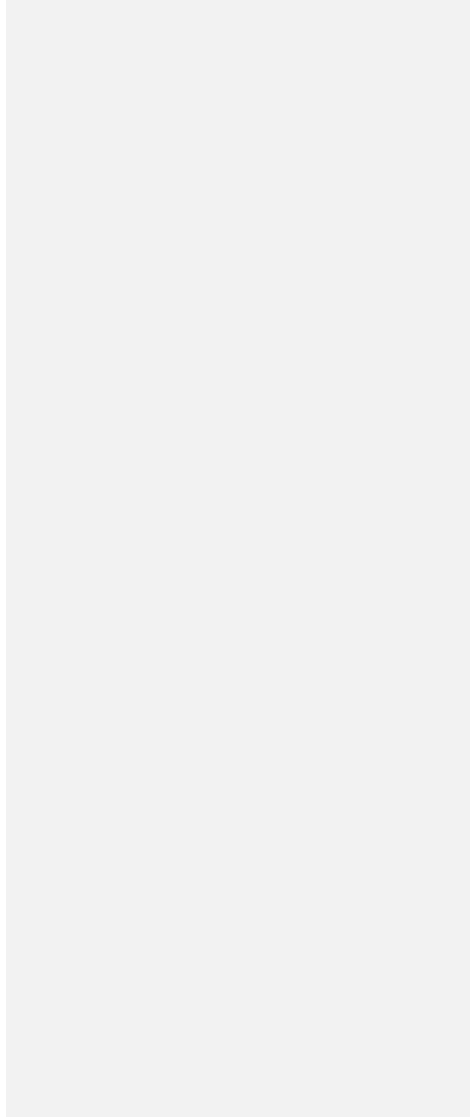
| | |
|--|-----|
| Kapitel 4: Maßregelvollzug | 150 |
| Die Voraussetzung der Unterbringung in der Maßregel..... | 151 |
| Innere Rahmensetzung | 153 |
| Behandelte Krankheitsbilder: | 153 |
| Auftrag des Maßregelvollzugs..... | 154 |
| Konsequenzen für die Maßregelanzahlung..... | 156 |
| Unterbringung gem. § 63 StGB:..... | 159 |
| Unterbringung in einer Entziehungsanstalt gem. § 64 StGB | 163 |
| Unterbringung in der Sicherungsverwahrung gem. § 66 StGB | 165 |
| Der Vorwegvollzug § 67 StGB | 170 |
| Überweisung in eine andere Maßregel gemäß § 67 a StGB | 173 |
| § 67b StGB Aussetzung zugleich mit der Anordnung..... | 175 |
| § 67c StGB: Späterer Beginn der Unterbringung | 176 |
| § 67 d StGB (nach der Revision 2016)..... | 179 |
| Überprüfung der Unterbringung gem. § 67e | 181 |
| Das Problem der Beendigung der Maßregel (nach §§ 63,64 StGB) | 183 |
| § 67 f StGB Mehrfache Anordnung der Maßregel | 183 |
| § 67 g StGB: Widerruf der Aussetzung | 184 |
| § 67 h StGB: Befristete Wiederinvolzugsetzung, Krisenintervention | 185 |
| Die externe Begutachtung bei der Vollstreckung des § 63 StGB nach (§ 463 Abs. 4 StPO) | 186 |
| Aufsichtsstelle, Bewährungshilfe, forensische Ambulanz, gemäß § 68a | 189 |
| Durchführung der Behandlung in der Maßregel..... | 193 |
| Personelle Ausstattung in der Maßregel | 196 |
| Unterkunftsqualität | 198 |
| Dokumentationsprinzipien..... | 204 |
| Erkennungsdienstliche Behandlung der Maßregelpatienten | 207 |
| Art. 28 BayMRVG Erkennungsdienstliche Maßnahmen | 208 |
| Methoden und Prinzipien der Behandlung von Maßregelpatienten..... | 208 |
| Art. 4 BayMRVG Aufnahme | 209 |

| | |
|--|-----|
| Behandlungs- und Vollzugsplan..... | 209 |
| Art. 5 BayMRVG Behandlungs- und Vollzugsplan | 210 |
| Behandlungsmethoden | 210 |
| Behandlung und Maßnahmen gegen den Willen des Patienten | 217 |
| Besondere Sicherungsmaßnahme: | 220 |
| Festnahmen:..... | 222 |
| Durchsuchungen und Untersuchungen | 222 |
| Besondere Sicherungsmaßnahmen | 223 |
| Unmittelbarer Zwang; | 224 |
| Fixierungen von Patienten:..... | 225 |
| Nachteinschluss:..... | 230 |
| Disziplinarmaßnahmen:..... | 230 |
| Deeskalation und Nachbearbeitung | 230 |
| Pflicht zur Verschwiegenheit und zur Offenbarung | 230 |
| Besondere Patientengruppen | 236 |
| Patienten mit Migrationshintergrund | 236 |
| Patientinnen im Maßregelvollzug | 237 |
| Art. 42 BayMRVG: Untergebrachte schwangere Frauen und Mütter von Neugeborenen | 239 |
| Art. 43 BayMRVG: Untergebrachte Personen mit Kindern..... | 239 |
| Junge Patienten im Maßregelvollzug..... | 239 |
| Lockerungen, Aussetzung bzw. Erledigung von Haftstrafe und Maßregelvollzug | 241 |
| Beurlaubungen..... | 244 |
| Sonderkapitel Vorführung, Ausführungen | 247 |
| Prognostischer Rahmen für Lockerungen | 247 |
| Risikobewertung..... | 252 |
| Aussetzung der Haftstrafe (§§ 57 Abs. 1 StGB,454 Abs. 2 StPO)..... | 253 |
| Forensische Nachsorgeambulanz(en) | 254 |
| Aufgaben | 255 |

| | |
|--|-----|
| Behandlungsergebnisse | 255 |
| Forschung und Ausblick | 257 |
| Risikomanagement | 258 |
| § 126a StGB | 259 |
| Kapitel 5: Prognosen | 261 |
| Kritische Betrachtung | 264 |
| Mindestanforderungen an Prognosegutachten | 269 |
| Generelle Aussagen zur Prognosesetzung: | 273 |
| Die Bedeutung der Basisrate (Statistik) und Rückfallstatistiken | 275 |
| Empirische Rückfallquoten ¹⁰⁶ | 278 |
| Spezielle Fragestellungen | 281 |
| Leugnen der Tat in der prognostischen Begutachtung | 281 |
| Bedeutung der Leugnung der Tat für die Prognose | 281 |
| Zu den Prognoseinstrumenten | 282 |
| Die intuitive Prognose (1. Generation) | 285 |
| Die klinische Methode | 286 |
| Die Statistisch -nomothetischen Methoden | 286 |
| Psychopathy Checklist PCL-R | 289 |
| LSI-R | 292 |
| SAPROF | 295 |
| START | 295 |
| Der HCR | 299 |
| Verfügbare Instrumente bei Sexualstraftäter: | 305 |
| SVR – 20 | 309 |
| Dittmann Liste (Nordwest- und Innerschweiz) als Beispiel eines prognostischen Merkmalkataloges: | 310 |
| StaticMerkmale des Static-99 | 317 |
| Merkmale des Static-2002 | 318 |
| SONAR 2000 (Sex Offender Need Assessment Rating) | 319 |
| Rückfallrisiko bei Sexualstraftätern (RRS) | 319 |

| | |
|---|-----|
| RRS-SM | 320 |
| Klinisch-idiografische Prognosemethode..... | 320 |
| Integrierte Liste der Risikovariablen (ILRV) nach Nedopil | 327 |
| Anhang | 330 |
| Wirkungsweisen von Neuroleptika..... | 335 |
| Antidepressiva | 338 |
| Sedierende und angstlösende Substanzen..... | 341 |
| Angstlösende Mittel und Schlafmedikamente | 341 |
| Höheres Risiko für Pneumonie und Sterblichkeit..... | 342 |
| Chlordiazepoxid, Diazepam, Lorazepam und Temazepam | 342 |
| Anhang der Fall Mollath | 350 |
| Die Kritik an den Gutachten im Fall Mollath:..... | 356 |
| Zu den Mindestanforderungen | 361 |
| Literatur:..... | 374 |
| A..... | 374 |
| B..... | 374 |
| C..... | 377 |
| D..... | 377 |
| E..... | 379 |
| F..... | 381 |
| G..... | 382 |
| H..... | 383 |
| I..... | 386 |
| J..... | 386 |
| K..... | 387 |
| L..... | 389 |
| M..... | 390 |
| N..... | 392 |
| O..... | 393 |
| P..... | 393 |

| | |
|----------------|-----|
| Q..... | 394 |
| R..... | 394 |
| S..... | 395 |
| T..... | 399 |
| V..... | 400 |
| W..... | 401 |
| Webseiten..... | 403 |



Kapitel 1: Einleitung

Das Skript richtet sich an die Studenten für den strafrechtlichen Schwerpunkt der Universität Passau und Ärzte in der Weiterbildung im Schwerpunkt „Forensische Psychiatrie“. Andere Nutzer sind selbstverständlich nicht ausgeschlossen. Inhaltliches Ziel ist die Diskussion, die Auseinandersetzung mit dem jeweilig anderen Denken und das Schlagen von Brücken zwischen medizinisch-ärztlichen und juristischen Perspektiven. Dabei werden die unterschiedlichen Perspektiven für sich nicht in Frage gestellt. Die Unterschiedlichkeit der Definition von Subjekt und Objekt sowie die Position innerhalb der Aufgabenfelder soll hier nicht verändert, sondern erläutert werden. Dies gilt auch für die Varianzen der Herangehensweisen innerhalb der jeweiligen Berufsgruppen. Dies fordert schon der Respekt vor den Berufsfeldern, der hohen Veränderungsdynamik innerhalb dieser, den inhärenten Ordnungen und Idealen, von denen die Tätigkeiten getragen sind. Allein schon Begriffe eine „fairen juristischen Verfahrens“ oder eines „partizipativ begleiteten Krankheitsprozesses“ sprechen davon. Beide Tätigkeitsfelder greifen auf sehr alte Traditionen, wie dem Kodex Hammurabi¹ oder den Grundlagen ägyptischer Heilkunde² zu. Bereits aus dieser Entwicklung erklären sich die verschiedenen Arbeitsstrukturen.

Beide fühlen sich berufen Fragestellungen „gerecht“ werden zu wollen. Auf beiden Seiten sucht man nach verfügbaren Tatbeständen. Die einen nutzen Indizien, die anderen Symptome, deren Interpretation dann zu Ziel führt. In diesen Beurteilungen liegen für beide Fächer die Grundlagen des möglichen Irrtums. Tatsachbestände werden entweder im Vorfeld ermittelt oder als Untersuchungsergebnis erzeugt. Die Nähe zwischen Justiz und Psychiatrie erkennt man an der Methodik des Ergründens, beide nutzen die Sprache, die Exploration und die Interpretation in ihrem Vorgehen.

Die bisweilen überraschende Nähe beider Fächer zeigt sich im Fall „Gustav Mollath“ bereits darin, wie man sich gegenseitig medial die Schuld zuschob. Dabei litt auf beiden Seiten etwas die differenzierte Sicht unter der Neigung zu spalten. Schon der Fall „Sokrates“ (470-399 v. Chr.), der zum Schierlings-Becher verurteilt wurde, da man ihn beschuldigt hatte, neue Götter einzuführen oder der Fall „Aristoteles“ (384-322 v. Chr.), der jedoch noch aus Athen fliehen konnte, zeigen das geschichtliche Überdauern schwieriger Beurteilungen und von Fehleinschätzungen nicht neu sind und zudem Moden unterliegen. Auch hier nehmen sich beide Fächer nichts.

¹ Hugo Winckler (Herausgeber) (2014) Der Codex Hammurabi in deutscher Übersetzung. Literaricon.

² Curic, Anton „Die Medizin der Pharaonen - Heilkunst im Alten Ägypten“ Predita Verlag 2001,

Erwartungen an die eigene Perfektion und eigener Evidenz tragen bei beiden Fächern gerne dazu bei, sich jeweilig eine Omnipotenz und Unfehlbarkeit anzueignen. Gemein ist beiden Gebieten zudem die Neigung das eigene Vielwissen mit dem Abstand zur Gemeinschaft zu sichern und damit diese in ihrer Sichtweise gering zu werten. Gemeinsam sind beiden Disziplinen die jeweiligen wissenschaftlichen Grundlagen, deren Erschließung aufwändig ist. Im Rahmen einer anthropologischen Gemeinsamkeit gehen Juristen deduktiv von a priori bestehenden Normativen aus, die Psychiatrie eher induktiv vor, indem sie aus Phänomenen versuchen naturwissenschaftliche Gesetzmäßigkeiten zu bilden. Gemeinsam ist die Regelprüfung, die sich auf den Einzelfall bezieht.

Vor dem Gesetz sind die Rollen beider Berufsgruppen klar verteilt. Der Richter urteilt, der Arzt liefert ihm als Faktenlieferant Tatsachen, die der Jurist in seine Urteile einbringt. Der Arzt erweitert die Sicht des Juristen in für ihn nicht offenkundige Bereiche und Geschehnisse. Ziel ist jeweils die Evidenz einer Entscheidung zu erhöhen. Dabei ist diese Rolle dem Arzt üblicherweise nicht eigentümlich, da er in anderem Kontext die Entscheidungsfunktion innehat. Damit sind die Psychiater im Sinne von Gracian aushelfende Geister.

„Jene aushelfenden Geister suchen zuvörderst die Lection zusammen und tischen sie uns sodann in Quintessenzen auf.“³

Die Entscheidung und die Auswahl der Tatsachbestände sowie deren Wertung bleiben im Gericht beim Richter und in der Klinik beim Arzt; keinem von beiden ist es erlaubt diese einfach auf den jeweilig anderen abzuschieben.

Dabei beachtet das Strafrecht nur zum Teil die Vergangenheit, sondern verweist prognostisch auf die Zukunft, wenn nach der Feststellung der Täterschaft und der Schuld, die Frage folgt, inwieweit die dadurch offenkundig gewordene Gefährlichkeit auch für die Zukunft zu erwarten ist. Auch hier treffen sich die Fragen der Justiz und der Psychiatrie, die ihrerseits nach der Feststellung einer Erkrankung nach deren Fortbestand prognostische Aussagen trifft. Dem folgen dann Entscheidungen des Gerichts für die Zukunft und des Psychiaters für die Behandlung (Inhaftierung, Maßregel). Dafür bedarf es eines wissenschaftlichen Erfahrungswissens, das über die individuelle Lebenserfahrung generalisiert und den Einzelfall in einem Prozentrang zur Wissenschaftsaussage bringt. Hier dichotomisiert die Justiz, indem sie für die Entscheidungen eigene Umschlagpunkte vorgibt (z.B. an Sicherheit grenzende Wahrscheinlichkeit). Dies muss der Psychiater berücksichtigen und in ein mit dem Normativ kompatibles Vokabular bringen (z.B. §§ 20, 21, 63, 64 und 66 StGB). Gerade

³ Balthasar Gracian. (1890) Gracian's Orakel der Weltklugheit. In: Arthur Schopenhauer's handschriftlicher Nachlaß Philipp Reclam jun.

bei der Frage der Gefährlichkeit ist dies von tragender Bedeutung, da der Psychiater den Begriff Risiko in den Begriff Gefahr überführen muss (§§ 57 Abs. 1 StGB, 454 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 u. Satz 2 StPO). Umgekehrt ist es für den Juristen zumindest nicht schädlich, Aspekte des psychiatrischen Denkens und die Grundlagen der Diagnosen und der Psychopathologie zu kennen, da dieses die Kommunikation erleichtert und Missverständnisse verhindern hilft. Damit folgen diese Ausführungen dem Folgesatz des vorausgehenden Zitats von Gracian:

„Wer nun aber es nicht dahin bringen kann, die Weisen in seinem Dienst zu haben, ziehe Nutzen von ihnen im Umgang.“

Forensische Psychiatrie - Definition

Die Forensische Psychiatrie hat sich als eigener Schwerpunktbereich aus der Psychiatrie heraus entwickelt. Darin werden wissenschaftliche Grundlagen der Bio – Psycho – Sozialen Psychiatrie in den Bereich juristischer Fragestellungen übersetzt. Die Abgrenzung zur Rechtsmedizin ist ein fachlicher. Die Rechtsmedizin hat sich aus der somatischen Pathologie und die Forensische Psychiatrie aus der psychosozialen Medizin heraus differenziert. Beide dienen mit ihrem Wissen dem Juristen, komplexe und nicht offensichtliche Tatbestände besser einschätzen zu können.

Neben der reinen Gutachtentätigkeit umfasst das Gebiet auch die Behandlung und Reduktion der Gefährlichkeit von Patienten im Maßregelvollzug (Maßregel gemäß §§ 63, 64 StG). In die eigene Tätigkeit binden Forensische Psychiater Kenntnisinhalte unterschiedlicher anderer, jedoch verwandter Wissenschaften mit ein. Die Forensische Psychiatrie beforcht zunehmend Themen des eigenen Arbeitsgebietes, dies umfasst auch Fragen der Delinquenz und der Psychopathologie.

Die juristischen Tätigkeitsbereiche übergreifen jedoch wesentlich mehr als die strafrechtlichen Bereiche. Hier begegnen Juristen den Ärzten vor allem bei Fragen der Schuldfähigkeit und der Maßregel, der Gefährlichkeitseinschätzung oder bei ausgangspsychologischen Gutachten. Im Zivilrecht werden Gutachten neben dem Betreuungsrecht, Nachlassangelegenheiten zunehmend im Versicherungsrecht und bei Zivildreitigkeiten benötigt. Im Sozialrecht erstellen forensische Gutachter vor allem

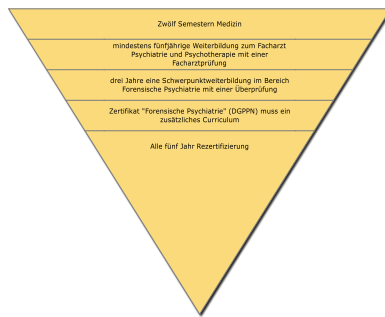


Experten in den Bereichen der Arbeits- und Erwerbsfähigkeiten, des Schädigungsrechts und bei juristischen Zuordnungsfragen. Im Ordnungsrecht erbringen sie die Grundlagen bei Unterbringungsfragen (Freiheitsbeschränkung, Fixierung, Behandlung gegen den Willen).

Qualifikation des Forensischen Psychiaters

Der Forensische Psychiater ist immer ein approbierter Arzt. Dazu

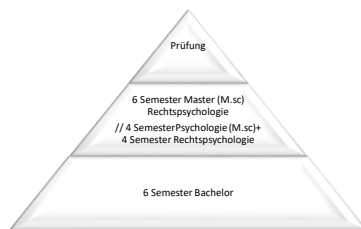
muss er eine Mindeststudienzeit von zwölf Semestern Medizin nachweisen. Danach muss er eine mindestens fünfjährige Weiterbildung zum Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie abgeschlossen haben, bevor er postgraduiert drei Jahre eine Schwerpunkt-



weiterbildung im Bereich Forensische Psychiatrie mit einer Überprüfung abschließen muss. In diesen Weiterbildungsgang ist eine Psychotherapieweiterbildung integriert. Für das Zertifikat „Forensische Psychiatrie“ muss ein zusätzliches Curriculum an theoretischen Fortbildungen und eine erhebliche Anzahl von Gutachten, wovon müssen einige zur Überprüfung eingereicht werden müssen, nachgewiesen werden. In Fünfjahresabständen müssen dann neuerliche Nachweise beigebracht werden. Forensische Psychiater weisen demnach Kenntnisse von abnormalen psychischen Abläufen auf. Dies umfasst bio – psycho – soziale Störungen, bei denen die biologischen Störungen dem Begriff der psychischen Erkrankung im juristischen Sinne oder dem Intelligenzminderung entsprechen. Die psychosozialen Störungen findet man in den Eingangskriterien des „§20 StGB) in den Begriffen der „krankhaften seelischen Störung“, den „Bewusstseinsstörung“, dem „Intelligenzminderung“ und der „schweren anderen seelischen Störung“. Dies umfasst damit auch die sogenannten normalen seelischen Abläufe (bis zu Anpassungsstörungen, abnormale psychische Reaktionen) wie Abhängigkeitserkrankungen, sexuelle Deviationen, Persönlichkeitsstörungen und andere. Ähnlich dem Ermittlungsbeamten exploriert der Psychiater den Probanden und nutzt dabei ein psychopathologisches Referenzsystem.

◊ Der „Forensische Psychiater und Psychotherapeut“ setzt auf eine mehrjährige Qualifikation (postgraduiert) nach dem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie auf.

Neben dem forensischen Psychiater gibt es auch forensische Psychologen, die ebenfalls eine postgraduierte Weiterbildung nachweisen müssen. Diese wenden psychologische Theorien, Methoden und Erkenntnisse auf Probleme des Rechtswesens an. Man unterscheidet davon die Kriminalpsychologen, die sich mit der Entstehung und Aufdeckung von Kriminalität, der Kriminalprävention sowie der Behandlung von Straftätern beschäftigen. Dabei begutachten Forensische Psychologen vor allem für Familiengerichte (Sorge- und Umgangsrecht bei Scheidungs- oder Misshandlungsfällen bzw. Familien mit Pflegekindern sowie über die Zuverlässigkeit und Glaubwürdigkeit von Zeugenaussage). Strafrechtlich beantworten diese auch Fragen zur Schuldfähigkeit und Gefährlichkeit der Straftäter.



Ethische Fragen in der Forensischen Psychiatrie

Der Gutachter vor Gericht unterscheidet sich vom behandelnden Arzt dahingehend, dass es sich bei ihm nicht um Patienten handelt, die selbst darüber entscheiden, ob sie sich diagnostizieren oder behandeln lassen, sondern dazu verpflichtet werden können. Weiterhin untersteht der Gutachter der Offenbarungspflicht gegenüber dem Auftraggeber.

In der Medizin gibt es keine Fragestellung nach einem Rechtsbrecher, einer Schuld oder einer Strafe. Im Gutachten wird der helfende und heilende Arzt zu einem Beurteiler. Dies schafft ein besonderes Gewaltverhältnis, indem das Ergebnis eines Gutachtens Folgen auf die Freiheit der Bewegung oder der Entscheidung (Inhaftierung, Unterbringung, Zwangsbehandlung usw.) haben kann. Im Rahmen dessen hat die

WPO (World Psychiatric Association) in der Deklaration von Madrid eine Deklaration abgegeben. Diese wurde durch die Ethikrichtlinien der American Association of Psychiatry and Law nochmals präzisiert und diese umfassen folgende Kriterien⁴:

- 1) „Confidentiality“: Verlässlichkeit der Absprachen. (Respekt für das individuelle Recht auf Privatheit und Vertraulichkeit). Soweit dies eingeschränkt ist, muss es mit dem Probanden abgeklärt sein.
- 2) „Consent“: Eindeutige Aufklärung über die Rolle des Gutachters, Vorliegen einer informierten Zustimmung (Erklärung)
- 3) „Honesty and striving for objectivity“: Redlichkeit und Bemühen um Objektivität, dies umfasst die zentrale moralische Forderung an den Sachverständigen, nach bestem Wissen und Gewissen auszusagen, sein eigenes Tun zu reflektieren, eigene emotionale Reaktionen zu berücksichtigen und sich auf die eigene Rolle zu beschränken, also weder als Strafender noch als Retter.
- 4) „Qualifications“: Fachliche Kompetenz. Wer Herzen operiert, muss das können; wer an Entscheidungen mitwirkt, die lebenslangen Freiheitsentzug bedeuten können, muss sich dafür qualifiziert haben und weiter qualifizieren.
- 5) “Procedures for handling complaints of unethical conduct“: Der Schutz vor Diskriminierung; vorurteilsfreie Begutachtung wird in Deutschland über die Schiedsstellen und Ethikstellen beurteilt.

Diagnosen in der Medizin

In der Medizin und vor allem in der Psychiatrie werden Diagnosen klassifiziert. Damit versucht man eine möglichst hohe Übereinkunft und Verbindlichkeit zu erzeugen. Es gibt derzeit zwei Systeme, die mehr oder weniger in den Diagnosen vergleichbar sind. Diese Systeme entstanden nicht als forensische Klassifikationssysteme, sondern als Konsenssysteme für die Forschung. Damit korrelieren die Diagnosen nicht eindeutig mit den forensischen oder juristischen Bedürfnissen. Die Systeme sind:

⁴ James L. Knoll (2018) Ethics in Forensic Psychiatry. In Gold, Liza H., Frierson Richard L. The American Psychiatric Publishing Textbook of Forensic Psychiatry. American Psychiatric Association Publishing. (3. Aufl.) S. 27 – 41.

- *∅ Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation⁵*
- *∅ Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen (DSM-V der American Psychiatric Association⁶)*

Begutachtungen im deutschen Recht beziehen sich in der Regel auf die ICD- 10 der WHO.

Die Klassifikation psychischer Störungen gem. ICD-10

Die Klassifikation (neurologischer und) psychiatrischer Störungen lehnt sich an die Grundsätze der körperlichen Krankheiten an. Das Ziel ist, diese voneinander trennen zu können. Die kategorialen Ordnungssysteme sind jedoch nicht immer dem Laien zugänglich. Hinter den Kategorien und einzelnen Diagnosen findet man Merkmale und Merkmalgruppen, die als Definitionsgrundlage der einzelnen Diagnosen gelten. Hier zeichnet sich der Ursprung des Systems als Forschungsinstrument ab, dessen Ziel es ist für diese Aufgaben homogene Symptome zu umgrenzen. Dazu dienen auch Checklisten, die in ihrer Mechanik nicht darüber hinwegtäuschen können, dass sie weder die Wirklichkeit, noch eine forensische Fragestellung abbilden.

„Man erlebt heute, wie in einer Hauptverhandlung Diagnosen nach einer checklistenartigen Bearbeitung des Falls gestellt und für die Beurteilung herangezogen werden. Ein weiterer Niedergang der Praxis der forensischen Psychiatrie, die einmal als die hohe Schule der Psychiatrie galt, ist kaum vorstellbar“⁷.

⁵ Dilling et al. 1991

⁶ Peter Falkai u.a. 2014

⁷ Rasch, (1964): „Die Tötung des Intimpartners“

*♠ Psychiatrische Kunst ist keine Ableistung
von Checklisten*

Die Kritik gilt einem materiellen Positivismus, der naturwissenschaftliche Phänomene mit Determinismus gleich setzt. Letztlich handelt es sich jedoch um eine diagnostische Subjektivität und um jeweilige zeitgeistige Moden bei der Nutzung der einzelnen „Items“ der jeweiligen diagnostischen Checkliste“. Die Diagnose durch einen forensischen Psychiaters reicht weiter, da er die ICD- 10 Diagnose noch in die Eingangskriterien des „§20 StGB“ übersetzen muss. Er stellt den jeweiligen Fall zu einem diskreten Zeitpunkt in das Zentrum und bringt die Psychopathologie und die Psychodynamik zusammen. Der Begriff „Klinik“ beschreibt die im Alltag relevanten Zeichen einer Diagnose.

Ungeachtet dessen besagt das Setzen einer Diagnose noch nichts über den juristischen Krankheitsbezug, den Einfluss auf die Willensfunktionen und die Möglichkeit eines normativen Verständnisses. Daneben gibt es Täter, für die keine juristische Krankheit belegt werden kann, dennoch zeigen deren Handlungen Abnormitäten, die jedoch im Diagnosesystem des ICD nicht erfasst werden. Dies kann beispielsweise bei einer Affektat vorkommen. Umgekehrt kann man die Diagnosen des ICD- 10 nur teilweise den Eingangskriterien der Schuldfähigkeit gem. §§ 20, 21 StGB („wegen einer krankhaften seelischen Störung, wegen einer tiefgreifenden Bewusstseinsstörung oder wegen Intelligenzminderungs oder einer schweren anderen seelischen Störung“) zuordnen.

Die Klassifikation folgt dem folgenden Schema:

| Nr. | Bezeichnung | Forensisch relevante Psychopathologie |
|-----|--|--|
| F0 | Organische einschließlich symptomatischer psychischer Störungen | |
| F00 | Demenz bei Alzheimer-Krank- Aufmerksamkeits-, heit | Konzentrations-, Gedächtnisstörungen, Affektlabilität, Affektinkontinenz |
| F01 | Vaskuläre Demenz | Gedächtnis, kognitive Funktionen |
| F07 | Persönlichkeits- und Verhal-Ohne | Bewusstseinsstörung, also |
| | tenstörungen aufgrund einer Schläfrigkeit oder gar Koma, und ohne Krankheit, Schädigung oder Gedächtnisstörungen wandelt sich die Funktionsstörung des Gehirns | |

| Nr. | Bezeichnung | Forensisch relevante Psychopathologie |
|-------|---|---|
| F07.0 | Organische Persönlichkeitsstörung | Persönlichkeit in ihrem Denkvermögen, ihren affektiven Äußerungen, ihrem Sexualverhalten |
| F07.2 | Organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma | |
| F1 | Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen | |
| F10 | Störungen durch Alkohol | Intoxikation mit einer Störung der Auffassung, Exekutive, Gedächtnis u.a. |
| F11 | Störungen durch Opioide | |
| F12 | Störungen durch Cannabinoide | Euphorie, grandiose Überzeugungen, Streitlust, paranoide Vorstellungen |
| F14 | Störungen durch Kokain | |
| F19 | Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen | |
| F1x.0 | Akute Intoxikation | |
| F1x.1 | Schädlicher Gebrauch | |
| Fix.2 | Abhängigkeitssyndrom | |
| F1x.3 | Entzugssyndrom | körperlicher (Zittern, Schwitzen, Schlaflosigkeit, Schmerzen) und/ oder psychischer (Depressionen) Art |
| F2 | Schizophrenie | |
| F20.0 | Paranoide Schizophrenie | Gedankenlautwerden, Gefühl des Gemachten, kommentierende o. dialogische Stimmen, bizarrer Wahn, Einschränkung der Leitbarkeit der Denkvorgänge, Verfolgungswahn, Eifersuchtswahn, Größenwahn, Affektverflachung |
| F20.1 | Hebephrene Schizophrenie | Bei Jugendlichen oder jungen Erwachsenen mit starker Affektverflachung |
| F20.5 | Schizophrenes Residuum | Überdauernde Verlangsamung, Affektverflachung, Passivität, Initiativemangel |
| F22 | Anhaltende wahnhafte Störung | Wahrnehmung, Denken |

| Nr. | Bezeichnung | Forensisch relevante Psychopathologie |
|-------|---|---|
| F25 | Schizoaffective Störung | Antrieb, Wahrnehmung, Denken |
| F3 | Affektive Störungen | |
| F30 | Manische Episode | Gesteigerte Aktivität, kein Schlafbedürfnis, gesteigerte Triebhaftigkeit, kein Risikobewusstsein |
| F32 | Depressive Episode | Affektive Bewertung, Denken |
| F4 | Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen | Forensisch nur selten relevant. |
| F43 | Akute Belastungsreaktion | Überreaktionen (Verhältnismäßigkeiten der Reaktion) |
| F43.1 | Posttraumatische Belastungsstörung | Belastungs-Flashbacks, emotionale Abstumpfung u.a. |
| F43.2 | Anpassungsstörungen | |
| F6 | Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen | |
| | | In der späten Kindheit oder Jugend beginnende, starre Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen mit deutlichen Abweichungen im Wahrnehmen, Denken, Fühlen und in den Beziehungen zu anderen. Es handelt sich um schwere Störungen der charakterlichen Konstitution. |
| F60.0 | Paranoide rührung | Persönlichkeitsstö- Erlebt die Umwelt als feindlich, reagiert entsprechend feindselig, streitsüchtig, egozentrisch, misstrauisch und voller Argwohn sowie querulatorisch; z. T. Ausbildung und Realisierung schwerwiegender Rachepläne |
| F60.1 | Schizoide rührung | Persönlichkeitsstö- Emotional kühler Einzelgänger mit einer eingeschränkten Bandbreite gemüthlicher Ausdrucksmöglichkeiten bei gleichzeitig meist hoher Verletzbarkeit und Kränkbarkeit mit der Folge der Ausbildung destruktiv-aggressiver Imaginationen |

| Nr. | Bezeichnung | Forensisch relevante Psychopathologie |
|--------|---|---|
| F60.2 | Dissoziale Persönlichkeitsstörung | Synthyme Aggressionen und sozial abweichende Verhaltensweisen |
| F60.3 | Emotional instabile Persönlichkeitsstörung | Dysthyme Reaktionsbereitschaften vor allem im Beziehungskontext |
| F60.30 | - Impulsiver Typ | Launisch, streitsüchtig, Wut- und Gewaltausbrüche, handelt ohne Berücksichtigung von Konsequenzen |
| F60.31 | - Borderline-Typ | Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, labiles Selbstbild und instabile innere Präferenzen, fürchtet das Verlassen werden, anhaltendes Gefühl der Leere; idealisiert seine Mitmenschen und reagiert mit heftigem Zorn, wenn er sich enttäuscht sieht |
| F63 | Abnorme Gewohnheiten | |
| F63.0 | Pathologisches Glücksspiel | Zwanghaftes Spielen |
| F63.2 | Pathologisches Stehlen (Klepto-Zwangsähnliches Stehlen manie) | |
| F65 | Störungen der Sexualpräferenz (Paraphilie, Perversion) | Satisfaktion in der Sexualität nur durch spezielle Vorgehensweisen oder abweichende Partnerpräferenzen. |
| F65.2 | Exhibitionismus | Sexualität und Bemächtigungszwänge |
| F65.4 | Pädophilie | Vorzug von Kindern und Jugendlichen bei der Partnerwahl |
| F65.5 | Sadomasochismus | Vorzug besonderer Sexualtechniken, die sich um Dominanz und Unterwerfung drehen |
| F7 | Intelligenzminderung | |
| F70 | Leichte Intelligenzminderung | Angeboren oder früh erworben, Schwierigkeiten beim Trennen von Wesentlichem und Unwesentlichem, beim Abwägen von Gründen und Gegenständen |

| Nr. | Bezeichnung | Forensisch relevante Psychopathologie |
|-----|---|--|
| F71 | Mittelgradige Intelligenzmin- derung | |
| F9 | Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend | |
| F90 | Hyperkinetische Störungen | Beginn in den ersten 5 Lebensjahren mit Mangel an Ausdauer bei kognitiven Aufgaben; desorganisierte, überschie- ßende Aktivität, nicht zielführendes Verhalten |
| F91 | Störungen des Sozialverhaltens | Schon in der Schule extremes Maß an Streitereien, Grausamkeiten, Wutaus- brüchen |

Nicht zuletzt werden Klassifikationssysteme in Abständen von 20 bis 30 Jahren revidiert und die Zuordnungen erfolgen nach neuen, der Forschung untergeordneten, Kriterien. Bisweilen ergeben sich völlig neue Krankheitsdiagnosen. Gerade aktuell wurde das DSM IV-R in das DSM - 5 überführt und aktuell befindet sich das ICD-11 in der Einführung.⁸ Die Kriterien im Strafrecht sind hier überdauernder. Damit agiert das Strafrecht wesentlich konservativer.

⁸ „Alles verschwindet und wird zum Märchen“ (Marc Aurel).

Kapitel 2: Schuldfähigkeit - Einsichts- oder Steuerungsfähigkeit (§§ 20, 21 StGB)

Schuld und Strafe:

Die Strafbarkeit eines Verhaltens setzt die Schuldfähigkeit des Täters voraus.⁹ Das Strafrecht geht bei Personen oberhalb des 18. Lebensjahr von einer Schuldfähigkeit aus.¹⁰ Kinder unterhalb des 14. Lebensjahres gelten generell als schuldunfähig (§ 19 StGB), und Jugendliche, vom vollendeten 14. Lebensjahr bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, sind bedingt schuldfähig und damit ist die Schuldfähigkeit in jedem Fall positiv zu begründen (§ 3 JGG). Die Gründe dafür liegen in der General- und Spezialprävention.¹¹ Man ist solange ein verantwortliches Mitglied der Rechtsgemeinschaft so lange nicht methodisch einwandfrei die Unansprechbarkeit gegenüber Normen widerlegt oder zumindest begründet erschüttert ist. Die Norm ist die „Nicht – Überprüfung“. Davon wird erst dann abgewichen, wenn Umstände ins Feld geführt werden oder offensichtlich sind, die die Möglichkeit des Ausschlusses oder der Reduzierung nahelegen.¹² Dabei folgen Strafen nicht nur dem Schuldgedanken sondern vor allem auch general- und spezialpräventiven Gründen¹³

Unter dem Begriff Schuld versteht man somit „unrechtes Handeln trotz normativer Ansprechbarkeit“.¹⁴

- Kinder bis zum vollendeten 14. Lebensjahr sind generell schuldunfähig (§ 19 StGB).
- Vom vollendeten 14. Lebensjahr bis zum vollendeten 18. Lebensjahr besteht eine bedingte Schuldfähigkeit, diese muss in jedem Fall positiv festgestellt werden (§ 3 JGG).
- Ab einem Alter von 18 Jahren einer Person wird die Schuldfähigkeit vorausgesetzt und ab diesem Zeitpunkt an ist jeder Mensch ein verantwortliches Mitglied der Rechtsgemeinschaft..

⁹ Schöch 2006 a, S. 50

¹⁰ Schöch 2006 a, S. 50

¹¹ Roxin 1979, S. 279, 293

¹² Jähne 1993, § 20 Rn 13; OLG Düsseldorf NStZ-RR 1996, 134

¹³ Roxin 1979, S. 279, 293

¹⁴ Roxin 2006, S. 868; ähnlich Schreiber u. Rosenau 2004, S. 59

- Es gibt Ausnahmen von der Regel. Diese bedingen, dass der Täter gegenüber Normen nicht ansprechbar ist oder eine Unansprechbarkeit gegenüber diesen nicht einwandfrei widerlegt oder erschüttert werden kann.
- Die Schuldfähigkeit wird nicht primär überprüft. Sie erfolgt nur wenn Umstände erkennen lassen, dass möglicherweise ein Ausschluss oder Verminderung vorhanden ist.¹⁵

Als Schulselemente gelten:

- Unrechtsbewusstsein
- Eingreifen oder Nichtvorliegen von Entschuldigungsgründen (z. B. §§ 33, 35 StGB, Notwehr oder entschuldigender Notstand)
- bei einigen Deliktformen: die Zumutbarkeit des Andershandelns, des Anderskönnens und des dazu notwendigen Bewusstseins.¹⁶

Relevanz der Schuldfähigkeit:

- bei tatbestandsmäßigem und rechtswidrigem Verhalten
 - vorsätzliches oder fahrlässiges menschliches Handeln oder Unterlassen
 - das Verhalten muss vom Willen beherrscht oder beherrschbar sein
 - dies gilt nicht bei verbrecherischen Gedanken, bei bloßen Reflexen oder bei Verhalten unter vis absoluta und nicht, wenn das Handeln aufgrund eines Rechtfertigungsgrundes erlaubt ist

Im Gegensatz zu moralischen Wertungen zählt im Strafrecht nur der Handlungsvollzug, ein Erwägen oder Denken ist hier nicht zu beachten („tatsachbestandsmäßiges“ und „rechtswidriges Verhalten im Sinne des Tuns und Unterlassen, im Rahmen des Vorsatzes oder Fahrlässigkeit).

Der Gutachter entscheidet nicht über die Schuld oder Unschuld, dies verbleibt dem Juristen! Die Überlegung einer Dekulpierung

¹⁵ Jähnke 1993, § 20 Rn 13; OLG Düsseldorf NSIZ-RR 1996, 134

¹⁶ Burkhardt 2003, S. 24

oder Exkulpierung impliziert eine schuldhafte Tat.

Eine Besonderheit gibt es bei der Rauschat. Im Vollrausch liegt ein krankhafter seelischer Zustand vor (Toxische Reaktion des Gehirns) mit entsprechender Reduktion der Wachheit, der Auffassung und der Reaktionsfähigkeit. Bei einer entsprechenden Beeinflussung des Bewusstseins und demnach dem Gleichkommen einer Bewusstlosigkeit liegt im Sinne einer vis absoluta eine Schuldunfähigkeit vor. Geschieht dies im Rahmen einer Trunkenheit, so stellt sich die Frage nach einer Vorverlagerung der Schuld (§ 323a StGB) und damit der actio sine libera in causa. Dies geht über die „Schuld des Willens“ (sichtbar in der erfolgten Tat von Hegel hinaus).¹⁷

Ein solcher Fall liegt beispielsweise vor, wenn jemand die Bremse bei einem Fahrzeug löst, das auf einer abschüssigen Straße steht, und dies im volltrunkenen Zustand macht. Der Wagen rollt und führt zu einem Unfall mit Körperverletzung. Hier würde auch dann die Schuld in Frage kommen, wenn jemand sich in den alkoholisierten Zustand versetzt, nicht nur den Rausch beabsichtigt, sondern auch durch das Mitführen des Autos billigend in Kauf nimmt, dass er sich in das Auto zum Schlafen setzt und dabei die Bremse löst. Die Folgen davon nimmt er quasi auch mit in Kauf, zu mehreren Zeitpunkten hätte der Täter anders handeln können.

Schuld stellt somit ein Axiom dar, das im Strafrecht vorausgesetzt wird. Dabei ist zu prüfen, ob sich der Täter nicht hätte rechtmäßig verhalten können. Dazu gibt es zwei Vorstellungen:

- Die eine ist, dass jemand normativ ansprechbar sein muss, d.h. er muss seitens des Alters und seiner mentalen Grundstruktur in der Lage sein, die Norm zu erkennen.
- In der zweiten Ebene wird dann geprüft, ob bei Vorliegen einer normativen Ansprechbarkeit das unrechte Verhalten „vorwerbar“ ist.¹⁸

Die strafrechtliche Folgensetzung ist Ausdruck und Verhältnismaßstab der verfassungsrechtlich begründeten Schuld. Der Grundrechtseingriff in die Freiheit bzw. das

¹⁷ Hegel (1930)

¹⁸ BGHSt – GS 2, 194, 200; Roxin 2006, S. 868; ähnlich Schreiber u. Rosenau 2004, S. 59; Günther Klaus (2004)

Vermögen des Täters beinhaltet damit auch einen sozialetischen Tadel.¹⁹ Von diesen Grundsätzen leitete sich dann die Forderung nach einer Verhältnismäßigkeit (Angemessenheit) von Straftat, Strafhöhe ab, die damit einem Präventionsaspekt zu genügen hat (Strafbegründung und –bemessung).²⁰ Dies erweitern die §§ 20/21 StGB in die Richtung der Gefährlichkeitskontrolle, die dann wiederum zur Grundlage der Anordnung der Maßregeln werden. Pragmatisch beschreibt Schreiber die Schuld, „als Zurückbleiben hinter dem Maß an Verhalten, das vom Bürger unter normalen Bedingungen erwartet werden kann und erwartet wird, als Fehlgebrauch eines Könnens, das wir uns wechselseitig für die Praxis unseres individuellen und sozialen Lebens zuschreiben“²¹, damit vergleicht man auch den „normalen Täter von einem anderen.

Der Umgang mit der „Willensfreiheit“:

Es geht bei der Schuld um die „subjektive Zurechnung rechtswidrigen Verhaltens trotz normativer Ansprechbarkeit“²² und damit dem persönlichen Vorwurf unter der Voraussetzung der Willensfreiheit des Täters. Der BGH hat dieses bereits in den 50er Jahren definiert:

*„Mit dem Unwerturteil der Schuld wird dem Täter nicht nur vorgeworfen, dass er sich nicht rechtmäßig verhalten, sondern dass er sich für das Unrecht entschieden hat, obwohl er sich rechtmäßig verhalten, sich für das Recht hätte entscheiden können. Der innere Grund des Schuldvorwurfes liegt darin, dass der Mensch auf freie, verantwortliche, sittliche Selbstbestimmung angelegt und deshalb befähigt ist, sich für das Recht und gegen das Unrecht zu entscheiden“.*²³

Dem Argument vieler Täter, dass man sich keine Gedanken gemacht habe oder mancher Gutachter, dass man nicht wissen könne, ob der Täter den Ausgang seines Handelns (Erfolg) so wirklich gewollt habe, steht hier gegenüber, „dass das Prinzip der Verantwortlichkeit des sittlich reifen und seelisch gesunden Menschen eine unumstößliche Realität unserer sozialen Existenz“²⁴ ist. Schuld bedingt die individuelle

¹⁹ Kühl 2005, S. 296

²⁰ BGHSt 7, 28, 32; 28, 318, 326; BVerfGE 54, 100; Achenbach 1974, S. 4, 10 ff.; Schöch 1998, S. 85 ff.

²¹ Schreiber u. Rosenau 2004, S. 59; ähnlich Jescheck u. Weigend 1996, S. 427

²² Roxin 2006, S. 868; Schreiber u. Rosenau 2004, S. 59

²³ BGHSt 2, 194, 200, Entscheidung vom 18. März 1952

²⁴ Wessels u. Beulke 2005, S. 141 f.

vorwerfbare Verantwortung für eine Straftat.²⁵ Eine Ex- oder Deculpierung erzwingt den Beleg für die fehlende oder teilweise Gegenbenheit der Schuld.

Seitens der Psychopathologie stellt sich die Frage der Störung des Willensprozesses. Damit prüft man im Nachgang die Freiheitsgrade, die der einzelne tatsächlich bei der voluntativen Abwägung hatte um den Willensakt durchzuführen oder zu verhindern. Dieses erfolgt entweder darin, dass die Grundlagen eines gebildeten Willens nicht der Realität entsprechen (z.B. Wahn oder Halluzinationen) oder der Betreffende aufgrund seiner mentalen Verarbeitung nicht / weniger in der Lage war, entsprechend einer richtigen Auffassung und Zuordnung zu reagieren. Dies ähnelt dann einer Reflexhandlung. Der Mangel oder Verlust der Willensbildung muss durch den Gutachter aufgezeigt werden. Damit muss das Gericht nachvollziehen können, an welchem Punkt der Willensbildung stattfand, welcher Art der Mangel war und ob der Mangel nicht zu verhindern gewesen wäre. Damit kann dann das Gericht entscheiden, ob die juristischen Grundlagen einer Exkulpation (§ 20 StGB) bzw. Dekulpation bei (möglicherweise) erheblicher Minderung dieser Eigenschaft (§21 StGB) zum Tatzeitpunkt vorlagen.

Die Frage der Schuldfähigkeit umfasst damit folgende Teilfragen:

- Gibt es einen krankhaften oder krankheitsvergleichbaren Zustand (psychopathologisch fassbare Auswirkungen auf die Willensfunktion), der nicht das Ergebnis einer willentlichen Handlung ist?
- Zeigen sich in den Lebensvollzügen Hinweise auf Störungen des Denkens und des Handelns im Umgang mit Emotionen (Aggression, Hass, Wut, Lüsten, Begehren)? Zeigen diese, dass das Individuum keinen Zugang zu den geltenden Normen hat? Ist dieses vorwerfbar?
- Hat diese Störung des Denkens, Fühlens und Handelns den Täters derart beeinträchtigt, dass dieser nicht mehr in der Lage war, autonom (frei) zur Norm entscheiden (innerhalb sozialer Erwartungen zu verhalten)?
- Bestehen beim Individuum die intellektuellen und emotionalen Möglichkeiten, dass er in der Lage ist, besonnen zu reagieren?

der Gutachter entscheidet über die Abweichungen von der „Normalpsychologie“.

²⁵ Hillenkamp 2005, S. 320

die Erheblichkeit ergibt sich aus dem Disput de foro!

Nebenaspekt: die Frage des neurobiologischen Determinismus

In Gefolge der Hirnforschung provozierten einige Neurophysiologen damit, dass sie einen neurophysiologischen Determinismus propagierten, um damit die Schuldgrundlage zu nihilieren. Hintergrund war der Nachweis neurochemischer und -physiologischer Hirnprozesse, deren Nachweis vor dem Bewusstwerden erfolgt war. Man sah messbare, unbewusste, limbische und frontale Hirnprozesse und korrelierte diese danach mit bewussten Äußerungen oder motorischen Abläufen (Willenskorrelaten). Das Bewusstsein wurde mit dem „Ich“ in Verbindung gesetzt und dann hat man „ein Drittes“ eingeführt, das das Subjekt („Ich“) steuere. Diese postulierte „Determinierung“ würde die Verantwortung nihilieren, da man eben nicht anders hätte handeln können. Damit tue man nicht was man will, sondern handle und erst danach wolle man.²⁶

Dieser Vorgang beruht alleine auf messbare Ergebnisse, die Folge der Messinstrumente sind. Eine Unfreiheit menschlicher Entscheidung sind selbst aus Sicht physiologischer und mnestisch abrufbarer Prozesse fraglich.²⁷ Selbst hier unterschlägt man die Möglichkeiten des Unterbrechens („Inhibieren“) von Handlungsentwürfen. Dabei unterscheidet man nicht zwischen Dispositionen und Reaktionen. Als weitere Entgegnung kann man bei Jakobs finden. Dieser übergeht aus der generalpräventiven Sicht heraus die Frage der Entscheidungsfreiheit, dass weniger die Willensfreiheit den Schuldvorwurf trage, sondern „die Stabilisierung des durch das deliktische Verhalten gestörten Ordnungsvertrauens“.²⁸

Aufbau der §§ 20,21 StGB und der Auftrag des Gutachters

Der § 20 StGB, die Schuldunfähigkeit, und der § 21, die verminderte Schuldfähigkeit, sind als Ausnahme von der Regel (der Schuld) formuliert worden.

Die folgende Sichtweise der Gütekriterien der Gutachten folgt einer interdisziplinären Arbeitsgruppe von Juristen, forensischen Psychiatern und Psychologen sowie

²⁶ Roth 2002, S. 43 ff., 55 ff., 57; 2003, S. 530 ff., 536 ff.; Singer 2002, S. 194; 2003, S. 12, 22, 32, 58 f.; Prinz 1996, S. 98

²⁷ Siehe auch Kröber 2003, S. 37; Burkhardt 2003, S. 21 ff.; Schreiber u. Rosenau 2004, S. 57 f.; Hillenkamp 2005, S. 313 ff..

²⁸ Jakobs 1991, S. 8 ff.

Sexualmedizinern, in der man „Mindestanforderungen für Schuldfähigkeitsgutachten“ für die fachgerechte Erstellung von Schuldfähigkeitsgutachten von forensischen Sachverständigen definiert.²⁹ Das Ziel ist es, den Verfahrensbeteiligten zu erleichtern, die Aussagekraft der Gutachten zu bewerten. Darin gehen die juristischen Anforderungen an Schuldfähigkeitsgutachten nach den Grundsätzen der 5 Strafsenate des BGH ein und daraus hat man einen Katalog formeller und materieller Mindestanforderungen für alle Schuldfähigkeitsgutachten definiert. Dabei ist man speziell auf die Begutachtung von Persönlichkeitsstörungen und sexueller Devianz eingegangen.

| | |
|--|---|
| <p>§ 20 StGB Schuldunfähigkeit wegen seelischer Störungen</p> <p>Ohne Schuld handelt, wer bei Begehung der Tat wegen einer krankhaften seelischen Störung, wegen einer tiefgreifenden Bewusstseinsstörung oder wegen einer Intelligenzminderung oder einer schweren anderen seelischen Störung unfähig ist, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln.</p> | <p>§ 21 StGB Verminderte Schuldfähigkeit</p> <p>Ist die Fähigkeit des Täters, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln, aus einem der in § 20 bezeichneten Gründe bei Begehung der Tat erheblich vermindert, so kann die Strafe nach § 49 Abs. 1 gemildert werden.</p> |
|--|---|

Hier geht es um Schuldunfähigkeit (negative Formulierung): („Ohne Schuld handelt, wer [. . .]“). Dazu gibt es eine zweistufige „biologisch-psychologische“³⁰ oder „psychisch-normative Methode“³¹

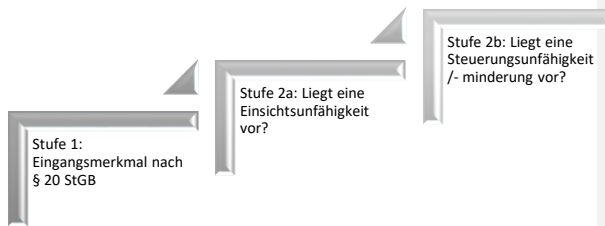
- Stufe 1: Vorliegen einer psychischen Störung anhand der vier Eingangsmerkmale des § 20 StGB
- Stufe 2: hatte der psychopathologische Zustand Auswirkungen auf die Einsichtsfähigkeit oder Steuerungsfähigkeit des Täters³²

²⁹ Boetticher et al. 2005, S. 57 ff.

³⁰ Lackner u. Köhl 2004, § 20 Rn 1

³¹ vgl. Jescheck u. Weigend 1996, S. 437 Fn 19; Schreiber u. Rosenau 2004, S. 60 mwN; Streng 2003, § 20 Rn 15

³² Schöch 2006 a, S. 50



Das kaskadierte Vorgehen bei der Einschätzung der Schuldfähigkeit (§§ 20, 21 StGB):

Der Hintergrund des kaskadierten Vorgehens liegt darin, dass einerseits die tatzeitgebundene Akuität oder Chronizität der Störung hinterlegt wird, die im Nachgang auch Einfluss auf die Prognosebeurteilung nimmt.

Der erste Schritt/ Stufe der Kaskade fordert die Zuordnung der medizinischen zur forensisch – juristischen Nomenklatur. Dies erfolgt wie folgt:

1. Liegt ein Eingangsmerkmal der §§ 20/ 21 StGB vor?

| ∅ Eingangsmerkmal §§ 20/21 STGB zum Tatzeitpunkt | |
|--|--|
| „Krankhafte seelische Störung“: | organische und symptomatische Störung bis zum Ausprägungsgrad einer Psychose |
| | Intoxikation durch psychotrope Substanzen |
| | Schizophrenie und wahnhafte Störung |
| | schwere affektive Beeinträchtigung wie psychotische Depression und Manie |
| „Tiefgreifende Bewusstseinsstörung“: | Affektat, |
| | akute Belastungsreaktion |
| „Intelligenzminderung“: | Angeborene Intelligenzminderungen |
| „Schwere andere seelische Störung“: | Massive Abhängigkeiten von psychotropen Substanzen |
| | schwere Persönlichkeitsstörungen |
| | starke Störungen der Sexualpräferenz |
| | schwere und länger andauernde Anpassungsstörungen |

2. Ist das Eingangsmerkmal kausal für die Tatbegehung und das Delikt zuständig. Dabei muss der Täter infolge seiner geistigen oder seelischen Störung unfähig sein, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln (Tröndle u. Fischer 2006, § 20 Rn 3), bzw. gibt es Hinweise auf zumindest eine erhebliche Minderung darauf (Steuerungsfähigkeit).

Wie vorab schon verwiesen, bedarf es bei der ersten Stufe nicht nur eines Merkmals, sondern hier kann es zur Kumulation mehrerer (in der Regel länger anhaltender) psychischer Störungen (Korbidität³³) kommen, die dann die De-/Exkulpierung begründet.

³³ Nedopil 2000, S. 84, 124, 126

Die Eingangsmerkmale der §§ 20/21 StGB

Im Rahmen einer Strafrechtsreform versuchte der Gesetzgeber die psychischen Eingangsmerkmale des § 20 StGB an die psychiatrische Terminologie anzunähern. Grundlage dieser Bemühungen war die Heterogenität der terminologischen Begriffe für teilweise ähnliche oder gleiche Tatsachbestände.³⁴ Die zugrunde gelegten und tradierten Rechtsbegriffe überdauerten sodann. Für die Gutachter ist bedeutend, dass sie zwar eine Zuordnung vorschlagen, jedoch nur das Gericht diese verbindlich festlegt.³⁵

Eine Konkordanz zwischen juristischer „psychischer Störung“ und „Krankheit“ in der Medizin spielt somit eine untergeordnete Rolle.³⁶ Im Vordergrund für den Juristen steht der „Krankheitswert“. Dieser ähnelt dann wieder eher der Fähigkeitsstörung des ICF³⁷, das Funktionsstörungen mit/ohne Strukturstörungen zu Fähigkeitsstörungen verdichtet. Damit ist der Krankheitswert als Fähigkeitsstörung zu betrachten.

Gerade bei der „schweren anderen seelischen Störung“ fehlen (juristisch) krankheitstypische pathologische Befunde wie Realitätsverlust, Wahn, Halluzinationen oder der Verlust der Meinhaftigkeit des Erlebens. Die Krankhaftigkeit steht hier eher synonym für die vergleichbare Schwere der „nicht krankhaften“ Ursachen.³⁸

Der Gutachter arbeitet dem Gericht konkrete Feststellungen zum Ausmaß der vor-handenen Störung und ihrer Auswirkung auf die Tat zu. Eine einfache Stellung der Diagnosen reicht damit nicht aus.³⁹ Die Diagnose und die Einordnung in das ICD-System (bzw. DSM) wird zur Nachvollziehbarkeit durch die Verfahrensbeteiligten zwar gefordert, sind allerdings weder im materiellen oder formalen Recht zwingend.⁴⁰ Dieses gilt für die rechtliche Schuldfähigkeitsbeurteilung auch für die Bezeichnung einer oder mehrerer Störungen.⁴¹ Die Frage zu welchem Eingangsmerkmal, gemäß § 20 StGB, der Befund eines Gutachters zugeordnet wird, entscheidet

³⁴ kritisch Schreiber 1981, S. 46; Rasch 1984, S. 265

³⁵ Schreiber u. Rosenau 2004, S. 60

³⁶ Jähnke 1993, § 20 Rn 21

³⁷ DIMDI (2018);
Schuntermann, M.F. (2008)

³⁸ BGHSt 34, 22, 24; 35, 76, 78; 35, 200, 207; 37, 397, 401

³⁹ BGHSt 37, 397 ff., NSZ 97, 383

⁴⁰ Bötticher et al. 2005, S. 58

⁴¹ BGHSt 37, 397, 401; NSz 1995, 176; StV 2001, 564 f.

das Gericht (z.B. insbesondere bei der Spielsucht, Klepto-, Pyromanie). Dies gilt auch für das Ausmaß⁴² und die strafrechtliche Relevanz⁴³ der Störung.

Der Gutachter arbeitet in der Gesamtbetrachtung der Person und der Geschehnisse zur Tat die Psychopathologie zu. Deren Muster / Kombination oder Klassifikationskategorie (z.B. ICD- Diagnose) sind für den Juristen ein Anhalt für folgende Bereiche⁴⁴:

- Art der Auffälligkeit
- Einflüsse der Störung auf die psychischen Funktionen
- Soziale Kontextfaktoren
- Summarischer Einfluss auf die konkrete Anlasstat zum Tatzeitpunkt.

∅ Der Gutachter beschreibt, bezieht und schafft die Grundlage der Gesamtwürdigung der Persönlichkeit.

Der BGH hat in einer Grundsatzentscheidung Aussagen zur Einschätzung der Dimensionalität getätigt. So hat er beispielsweise einer schizotypen Persönlichkeitsstörung eine nicht geringfügige Beeinträchtigung zugeordnet.⁴⁵ Wenn nun die Zuordnung zu einer ICD – Kategorie erfolgt ist und die Schwere der psychosozialen Auswirkung im Bezug zur Tat und Tatzeitpunkt bestätigt sind, so dass eine erhebliche Verminderung der Schuldfähigkeit im Sinne des § 21 StGB naheliegt, so hat der Richter ein Abweichen von dieser Empfehlung zu begründen.⁴⁶

Fall: Ein Täter mit einer schizotypen Persönlichkeitsstörung verübt einen Mord (Erbstreit). Als Symptome stellt der Gutachter Aussagen des Beschuldigten fest, wie: „Geist zerfalle“, „seine Fettzellen seien nicht angeschlossen“. Der Gutachter zweifelte am Gewicht der Störung hinsichtlich der Einsicht und der Steuerungsfähigkeit.

⁴² BGH NStZ 1997, 383; Tröndle u. Fischer 2006, § 20 Rn 7

⁴³ BGH NStZ 2005, 205 ff.

⁴⁴ Boetticher et al. 2005, S. 58

⁴⁵ BGHSt 37, 397, 400 f.; NStZ-RR 1998, 188 ff.

⁴⁶ BGH NStZ-RR 1998, 188; BGHSt 37, 397 ff, Urteil vom 4. 6. 1996

Das Gericht verurteilt den Täter wegen eines heimtückischen Mordes. Der 5. Strafsenat hat die Verurteilung des Beschuldigten wegen heimtückischen Mordes bei völliger Schuldfähigkeit aufgehoben, da man der schizotypen Persönlichkeit nicht Gewicht verliehen hatte, was zumindest eine erhebliche Minderung der Steuerungs- und Schuldfähigkeit zur Folge gehabt hätte.

Die Nähe einer schizotypen Störung zur Schizophrenie führt zu einer Schweregradbeurteilung analog einer krankhaften seelischen Störung. Dies Störung wird somit von einer schizoiden Persönlichkeitsstörung unterschieden, die anhand der psychopathologischen Symptome eher im Bereich einer Borderlinestörung liegt.⁴⁷ Da im konkreten Urteil die Prüfung der Auswirkung der Störung auf das soziale Funktionsniveau des Beschuldigten fehlte, sowie die Prüfung, ob diese nicht analog zu einer krankhaften seelischen Störungen einzuschätzen ist, hat man das Urteil aufgehoben.⁴⁸ Dabei ist zwischen Exkulpierung und Dekulpierung zu unterscheiden, da bei der Exkulpierung der Vergleich zu den krankhaften seelischen Störungen sicher zu treffen ist, bei einer Dekulpierung reicht der Vergleich mit schwächeren Formen.⁴⁹

„Krankhafte seelische Störungen“

Dieser Begriff umfasst angeborene Zustände psychischer Krankheiten (seelisch steht synonym zu psychisch). Dies umfasst kognitive (intellektuelle) und emotionale Störungen gleichermaßen.

Der Begriff „krankhaft“ steht für die Annahme einer strukturellen (körperlichen) Schädigung/ Ursache.⁵⁰ Unter dieser juristischen Begrifflichkeit fallen eine Reihe von Krankheiten aus dem ICD- Katalog. Weiterhin wird neben der Qualität auch die Quantität der Störung benannt. Diese legt zumindest nahe, dass die willentliche Steuerung durch die Erkrankung und der Erschütterung des Persönlichkeitsgefüges, erheblich gemindert ist. Damit muss in der Folge die Einsichts- und Steuerungsfähigkeit auch in ihrer Aufhebung geprüft werden.⁵¹ Im Mittelpunkt dieses Rechtsbegriffes stehen folgende Kategorien an Diagnosen, die mit einer Störung der Verstandestätigkeit sowie des Willens-, Gefühls- oder Trieblebens einhergehen.⁵²

⁴⁷ Saß 1987, S. 26

⁴⁸ BGHSt 34, 22, 28

⁴⁹ vgl. Saß 1987, S. 112

⁵⁰ Lackner u. Kühl 2004, § 20 Rn 3

⁵¹ Nedopil 2000, S. 21

⁵² BGHSt 14, 30 ff.

- die durch Hirnverletzungen oder Hirnerkrankungen bedingten „organischen“ Psychosen,
 - degenerative Hirnerkrankungen, epileptische Erkrankungen (ICD-10: F00-F09)
 - genetisch bedingte Behinderungen (z. B. das Down-Syndrom oder das Klinefelter-Syndrom, Smith – Magenis – Syndrom, M. Huntington u.a.)
 - Alkohol-, Drogen- und Medikamentenrausch
 - körperliche Abhängigkeiten von Suchtmitteln⁵³
- endogenen Psychosen
 - Schizophrene Psychosen
 - Affektive Psychosen
 - bipolare Psychosen, wahnhafte Störungen usw.) (ICD-10: F2x – F3x)
- „eine naturwidrige geschlechtliche Triebhaftigkeit“⁵⁴

Auch diese Erkrankungen sind im Rahmen der Bio – Psycho – Sozialen Betrachtung zwar primär organisch begründet, dennoch wirken in die Psychopathologie auch die Biografie und soziale Umfeldfaktoren mit hinein. Wer diese Erkrankung hatte, galt von jeher als krank. Sie stellen quasi die Prototypen für die Frage einer fehlenden freien Willensbildung oder Realitätsverkennung dar. Daher waren diese Erkrankungen immer schon eine Grundlage, über eine De- oder Exkulpierung nachzudenken. Im Preußischen Allgemeinen Landrecht (1794)⁵⁵ hieß es „Wer frei zu handeln unvermögend ist, bei dem findet kein Verbrechen, also auch keine Strafe statt.“. Als Gründe nannte man „*völlige Gemütsverrückung, als bey Toll und Unsinnigen*“.

Tiefgreifende Bewusstseinsstörung

Hier handelt es sich um ebenso um eine forensisch – juristische Begrifflichkeit.

⁵³ Nedopil 2000, S. 21

⁵⁴ BGHSt 23, 176, 190: Fall Jürgen Bartsch

⁵⁵ <https://opiniojuris.de/quelle/1622>, Zugriff am 08.01.2019, 17:00 Uhr. S.F. Koch (1870) Landrecht in zwei Theilen oder vier Bänden. Band 2: Allgemeines Landrecht für die preußischen Staaten. Mit Kommentar und Anmerkungen. Verlag I. Guttentag. Berlin..

Zur Definition:

Mit dem Begriff werden psychopathologische Zustandsbilder beschrieben, die weder auf eine organische Hirnschädigung oder angenommene neuronale Fehlfunktionen (z.B. endogene Psychosen) beruhen. Damit beschreibt dieser Begriff sehr selten vorkommende „normal-psychologische“ Trübungen oder Einengungen der Wahrnehmungs- und Erlebnisfähigkeit aufgrund akuter Belastungsreaktionen. Darunter fallen:

- Übermüdungs-, Erschöpfungs- und Dämmerzustände⁵⁶
- affektive Erregungs- und Ausnahmezustände (Affektat)

Im Begriff „tiefgreifend“ wird angegeben, dass diese Bewusstseinstörungen Funktionsstörungen ähnlich einer krankhaft seelischen Störung bewirken und damit den Betroffenen mit einer ungewöhnlichen Intensität erfassen müssen, so dass sie das Persönlichkeitsgefüge vergleichbar schwerwiegend beeinträchtigen, ohne selbst als solche bezeichnet zu werden.⁵⁷ Die krankhafte seelische Störung ist als Dimension zu verstehen, die erreicht sein muss.

*∅ Hier handelt es sich um eine
Ausnahmesituation bei sonst ungestörter
Persönlichkeit*

Der Prototyp dieser Störungen stellt die Affektat dar. Hier handelt es sich um Taten aus einem hochgradigen Affekt heraus und diese stellen den bedeutsamsten Fall bei der Anwendung der tiefgreifenden Bewusstseinsstörungen dar. Zeitgleich sind diese schwer zu beurteilen. Das Problem bei der Beurteilung ergibt sich aus folgenden Gründen:⁵⁸

1. Der Gutachter muss eine einmalige Lebenssituation rekonstruieren
2. Häufig fehlen Tatzeugen

⁵⁶ BGH NStZ 1983, 280

⁵⁷ BGH NStZ 90, 231; BGHSt 34, 22, 25; 35, 200, 207; 37, 397, 401; Tröndle u. Fischer 2006, § 20 Rn 29

⁵⁸ Verrel 1995, S. 109

3. Eine Extrapolation aufgrund der Biografie oder aktueller Verhaltensstörungen ist meist nicht möglich.
4. Die Abgrenzung zu anderen Tötungsdelikten ist schwierig, da auch bei einem Viertel dieser Delikte hohe affektive Anspannungen eine Rolle spielen.

Affekt:

Affekt steht für leibhafte Gefühle besonderer Ausprägung z. B. Wut, Angst und Schrecken, Verzweiflung). Diese müssen stark genug sein um die Auffassung und Wahrnehmung als normalpsychologische Erscheinung derart einzuschränken, dass das Bewusstsein sich zunehmend einengt, so dass die bewusste Beziehung zur Umwelt verloren geht.⁵⁹ Damit ist nicht jeder Affekt „pathologisch“. *„Der kalkulierte Zorn ist generell erforderlich und hilfreich im Alltagsleben, ... um das Verhältnis von Nähe und Distanz dort zu regeln, wo es geboten erscheint“*⁶⁰. Damit trägt der Affekt primär zur Kommunikation bei, solange dieser durch die Psychomotorik Ausdruck erhält und auf der anderen Seite verstanden wird. Ohne Psychomotorik (Gestik, Mimik) bleibt dieses Verständnis aus oder das Gegenüber besitzt aus diversen Gründen keine Offenheit, diese Signale zu verstehen. Probleme, diese Affekte als Kommunikation (als Sender/Empfänger) zu nutzen, liegen tatsächlich bei krankhaften seelischen Störungen vor, können aber auch sonst nicht kranke Menschen betreffen. Affekte können im Rahmen der Erkrankung nicht verstanden (z.B. bei autistischen Störungen) oder nicht vermittelt werden (z.B. im Fall einer Abflachung oder der Inadäquatheit des Affekts, z.B. bei einer Parathymie eines schizophrener Menschen).

Antrieb:

Der Antrieb umfasst nicht nur die Energie, die der Einzelne in die Welt trägt, sondern auch die Möglichkeit die inneren Kräfte zu bändigen. Dabei findet man zum einen den hochgradig gehemmten Antrieb, der sich bis zur absoluten Starre (Stupor) erstreckt bis hin zur Enthemmung.

In der Verbindung mit Affekten kann es zu Impulskontrolldurchbrüchen kommen. Diese sind abhängig von der Affektstärke und der Impulskontrolle. Eine andere Möglichkeit sind Impulskontrolldurchbrüche aufgrund einer psychotischen Enthemmung, durch einen Gehirnschadens (Frontalhirnschaden) aber auch durch eine Reaktivierung besonders extremer Affektstärken, wie sie bisweilen bei schweren Persönlichkeitsstörungen zu finden sind. Eine Steuerung ist somit auch davon abhängig, wieviel Zeit zur Verfügung steht. Wenn intensive Affekte nicht neutralisiert werden kann

⁵⁹ Schöch 1983, S. 333 ff.

⁶⁰ Schmid, W. (2000)

dies zu einer Eskalation und zu einem Affektsturm kommen. Extreme Affekte führen zu einer Arrodierung vernünftiger Denkprozesse (Abwägen), man kann sich nicht besinnen. Normalpsychologisch kennen das viele Menschen innerhalb Partnerschaftskonflikten. Andererseits sind im seltensten Fällen Delikte (insbesondere Tötungsdelikte) in diesem Rahmen als reine Affektdelikte zu verstehen. Dies gilt trotz leidenschaftlicher Beziehungen. In der Regel handelt es sich bei Tätlichkeiten innerhalb von Beziehungen um Machtfrazen oder um Entwertungen (nach Idealisierungen). Anlässe sind dann Trennungen, die Verteilung der Finanzen oder der Wunsch nach Eigenständigkeit des Partners. Damit ist nicht nur Liebe und Leidenschaft sondern auch Hass und Wut Ursachen von Tätlichkeiten. Auch hier ist die Verfügbarkeit von Zeit bei der Reflexion wichtig, was schon Kant beschreibt: „Was der Affekt dabei nicht in der Geschwindigkeit tut, das tut er gar nicht, und er vergisst leicht“⁶¹. Dennoch sind diese Handlungen nicht frei von der Möglichkeit reflektierter Kontrolle. Die Kontrolle folgt einem weiteren Affekt, der Angst. Dabei handelt es sich um die Angst vor den Folgen eigenen Handelns⁶². Hierbei handelt es sich um ein regelhaftes Verhalten.

Damit stellt der leidenschaftliche Affekt den Gegenpol zum stoischen und stumpfen Affekt dar.

Juristisch relevante Affekte sind jedoch äußerst selten, da die Impulse regelhaft kontrollierbar sind, die Ausnahme hiervon sind Affekttaten, bei denen der Betroffene dem Affekt ausgeliefert ist.⁶³ Hier widerspricht die Justiz der bis zum Kriegsende dominierenden Psychiatriemeinung, dass normalpsychologische, d. h. nicht auf krankhaften körperlichen Erscheinungen beruhende Affekte die Schuldfähigkeit ausschließen könnten.⁶⁴ Damit widersprach man der Fachmeinung von Karl Jaspers, der 1904 auf Delikte hinwies, deren Hintergrund Heimweh gewesen sei.⁶⁵

Die Affekttat

Affekttaten stellen die absolute und seltene Ausnahme von dieser Regel dar.

In einem Fall von 1957 hat ein Täter seine Ehefrau im Rahmen einer heftigen tätlichen Auseinandersetzung getötet. Diese wollte sich von ihm scheiden lassen. Im

⁶¹ Kant, Anthropologie, Von den Affekten, Frankfurt 1982, 582 - 584.

⁶² Schopenhauer oder bei Nietzsche, Nachgelassene Fragmente: „Nicht Reue! Sondern Böses durch eine gute Handlung gut machen.“

⁶³ Demmerling/Landweer, 2007

⁶⁴ Bresser 1978, S. 1188 ff.

⁶⁵ Karl Jaspers 1904

Vorfeld hatte es mit ihr bis in die Nacht hinein zermürbende Streitigkeiten gegeben. Zum Ende hat der Täter der Ehefrau mit einem Kartoffelschälmesser vier Stiche in den Hals beigebracht. Das primär entscheidende Schwurgericht hat festgestellt, dass die Entladung der Affektstauung von keinem gezielten Willen geleitet gewesen ist. Der Täter erinnerte sich nicht mehr an das eigentliche Tatgeschehen. Man konnte bei dem Täter keine krankhafte seelische Störung feststellen. Der BGH⁶⁶ stellte fest, dass „Eine Bewusstseinsstörung im Sinne des § 51 StGB⁶⁷ kann bei einem in äußerster Erregung handelnden Täter auch dann gegeben sein, wenn er an keiner Krankheit leidet und sein Affektzustand auch nicht von sonstigen Ausfallerscheinungen (wie z. B. Schlaftrunkenheit, Hypnose, Fieber oder ähnlichen Mängeln) begleitet ist“. Es wird auf die vom Generalbundesanwalt vorgetragene generalpräventiven Bedenken und die unwiderlegbaren Einlassungen des Täters hingewiesen, diese jedoch zurückgewiesen: „Es darf jedoch nicht übersehen werden, dass es, wie auch der vorliegende Fall beweist und die Lebenserfahrung bestätigt, nicht von ungefähr bei einem Menschen zu plötzlichen Affektausbrüchen, gewissermaßen wie zu einem Blitzschlag aus heiterem Himmel, kommt, sondern dass diesem Ereignis in der Regel eine längere Entwicklung und Vorgeschichte vorausgeht. Sie ist der Aufklärung durch Zeugen auch nach der Tat in der Regel noch zugänglich“.⁶⁸ Die Folgeentscheidungen, beispielsweise einer Exkulpation bei einem verschuldeten Affekt auszuschließen wurde darin relativiert, dass das Schwurgericht festgestellt hatte, „dass der warm- und gutherzige, weiche, friedliebende, gewissenhafte und arbeitsame Angeklagte durch jahrelange Gehässigkeiten seiner aktiven, zielbewussten, selbststüchtigen, herrschsüchtigen und überheblichen Frau und seiner ebenso gearteten Schwiegermutter an den Rand der Verzweiflung gebracht und zermürrt wurde, so dass die in ihm unentwegt arbeitenden und kämpfenden, zunächst noch mühsam niedergehaltenen Empfindungen hervorbrachen und sich alle Dämme der Beherrschung durchstoßend entluden“.⁶⁹ Dies habe die Schuld, sich in den Affekt und damit Zustand höchster Erregung gebracht zu haben, nicht ergeben. Damit habe der Täter ohne eigene Schuld aufgrund dieser Verfassung seiner Frau die tödlichen Stiche beigebracht.

⁶⁶ BGH. BGHSt 11, 20 ff.: Grundsatzentscheidung des 4. Senats vom 10. 10. 1957; (OGHSt 3, 82; BGHSt 3, 199)

⁶⁷ Jetzt § 20 StGB

⁶⁸ BGH. BGHSt 11., S. 25

⁶⁹ BGH. BGHSt 11., S. 26

Affektaten erfolgen von psychisch gesunden Personen. Dahingehend stellt sich die Frage in welcher Form sich deren Verhaltens von gesundem Verhalten unterscheiden muss.⁷⁰ Hier wird auf eine Mischung von empirischen und normativen Gesichtspunkten zurückgegriffen. Diese juristische und psychiatrische Durchmischung wird dahingehend kritisiert, dass dadurch kein Erkenntnisgewinn entsteht.⁷¹ Im Wesentlichen wird heute der Kriterienkatalog von Saß herangezogen.⁷² Die Kriterien sind:

- spezifische Vorgeschichte und Tatanlaufzeit; affektive Ausgangssituation mit Tatbereitschaft; psychopathologische Disposition der Persönlichkeit;
 - Eine sich oft über Jahre hinziehende seelische Zermürbung im Rahmen eines Partnerschaftskonfliktes, in dessen Rahmen der potenzielle Täter durch die Überlegenheit des Partners und späteren Opfers immer wieder beschämende Niederlagen und Demütigungen erleidet.⁷³
 - Eine zunehmende Isolierung des Täters in der engeren und weiteren Familien- oder Bezugsgruppe mit Verstärkung seiner Rat- und Hilflosigkeit (Ventzlaff).
 - psychopathologische Abwandlung im situativen Tatvorfeld in Richtung einer präsuizidalen bzw. depressiven Symptomatik unter anderem in Verbindung mit psychosomatischen Störungen oder allgemeinen Erschöpfungszuständen. (Ventzlaff)
- konstellative Faktoren (Alkohol, Medikamente, Übermüdung);
 - Eine kurzdauernde, die Anlasssituation nicht mit einschließende Erinnerungslücke oder gewisse Erinnerungunschärfen (Ventzlaff).
 - Das Vorhandensein körperlicher oder psychischer konstellativer Faktoren (Ventzlaff).

⁷⁰ Schöch 1983

⁷¹ Nedopil 2000, S. 194

⁷² Saß 1983, S. 557 ff., 562; 1985, S. 55, 61; Salger 1989, S. 201 ff.

⁷³ Schreiber, H.-L., Rechtliche Grundlagen der psychiatrischen Begutachtung, in: Ventzlaff/ Förster, a. a. O., 20f. ebenso für die weiteren Unterpunkte, hier Charaktereigenschaft i.S: einer prädeliktische Disposition zur Unterwerfung.

- abrupter elementarer Tatablauf ohne Sicherungstendenzen;
 - „aus einem plötzlichen, augenblicklichen Impuls heraus handelnd, einer Eingebung sogleich folgend.“⁷⁴
- charakteristischer Affektaufbau und -abbau;
 - Ein eruptiver Affektdurchbruch ohne Vorkonstituierung und Risikoabsicherung auf einen konfliktspezifischen Reiz hin (Ventzlauff).
- Folgeverhalten mit schwerer Erschütterung; Einengung des Wahrnehmungsfeldes und der seelischen Abläufe; Missverhältnis zwischen Tatanstoß und Reaktion;
 - Eine Phase planlosen oder impulsiven Verhaltens nach der Tat wie länger dauernder Affektstupor, panikartiges Fortlaufen, Suizidversuch oder hilflose Verzweiflung (Ventzlauff).⁷⁵
- Persönlichkeitsfremdheit; Störung der Sinn- und Erlebniskontinuität⁷⁶
- Erinnerungsstörungen (nicht bei Saß);

Gegen eine Beeinträchtigung der Schuldfähigkeit sprechen:⁷⁷

- aggressives Vorgestalten in der Phantasie
- Ankündigen der Tat
- Vorbereitungshandlungen der Tat
- aggressive Handlungen in der Tatanlaufzeit (z.B. häusliche Gewalt)
- Konstellierung der Tatsituation durch den Täter
- Provokation –Erregung – Tat
- zielgerichtete Gestaltung des Tatablaufs vorwiegend durch den Täter

⁷⁴ Saß, 1993, 1.

⁷⁵ Rösler, M.: Zur kriteriengeleiteten Erfassung von Affektdelikten, Nervenarzt 1991, 49ff.

⁷⁶ Saß 1983, S. 562; ähnlich Ventzlauff 1985, S. 391

⁷⁷ Saß 1983, S. 567, Salger 1989, S. 201 ff. für die letzten beiden Aspekte; BGH StV 1987, 434; 1988, 57, 58; 1989, 12, 335 mit Anm. Schlothauer; NStZ 1990, 331; Rasch W.(1980) 1309ff Theune (1999) 273ff

- lang hingezogenes Tatgeschehen
- komplexer Handlungsablauf in Etappen
- Fehlen von vegetativen, psychomotorischen und psychischen Begleitscheinungen heftiger Affekterregung
- erhaltene Introspektionsfähigkeit (Selbstbeobachtung) bei der Tat
- exakte, detailreiche Erinnerung; zustimmende Kommentierung des Tatgeschehens

*Es geht um einen Täter, der vier Jahre nach der Scheidung seiner Ehe und jahrelangen Konflikten mit den Schwiegereltern, diese mit einer Schrotflinte besuchte und dann zuerst den Schwiegervater außer Haus, dann die Schwiegermutter im Haus und zuletzt seine Ex – Ehefrau in einem Abstellraum, wohin er diese verfolgt und erschossen hatte. Das Landgericht entschied Gutachter – gestützt gegen einer Affekttat (tiefgreifende Bewusstseinsstörung). Der BGH stütze diese Entscheidung, da die Tat gedanklich vorweggenommen und vorbereitet wurde. Der Tatablauf war mehrschrittig und komplex, von Komplikationen durchzogen und das Nachtatverhalten gestuft. Es bestanden „detaillierte Schilderungen zum Tathergang“.*⁷⁸

Spezielle Fälle im Rahmen der Rechtsmeinungen bei Affektdelikten können folgende sein:

- Gruppentat⁷⁹: Aspekte, die hierfür angeführt werden, sind:
 - Überindividuelle Kräfte, die im Rahmen der Gruppenrollen evident werden. Dies ist abhängig vom Organisationsgrad der Gruppe, der Enge der emotionalen Binnenkontakte und Grad der Überantwortung (emotional, Wahrnehmung i.F. der Indoktrination, Denken, psychoaffektive Vorgänge), der Bestimmung dieser Funktionen durch die Gruppe, die Gleichschaltung dieser Funktionen unter ein Gruppenmodell, dem Konformierungsdruck der Gruppe, damit der Verstärkerfunktion der Gruppe und Auslassung hemmender Vorstellungen. Bei der Tat geht es um den Drang, Aktionismus und Auslassung hemmender Vorstellungen. Die Tat selbst erfordert eine sturzhaften Entladung bzw. Umsetzung in konkretes, oft kriminelles motorisches Handeln mit extremer Risikobereitschaft

⁷⁸ BGH StV 1990, 493; 1993, 637, Urteil vom 14. 12. 2000; Saß 1993, S. 43, 46 ff.; kritisch Rasch u. Konrad 2004, S. 271 ff.; vgl. auch BGH StV 2001, 228 ff.=BGHR § 21 StGB, Affekt 11

⁷⁹ Plate 2002, 475

(Verantwortung wird an die Gruppe abgegeben. Hier wird empfohlen, dass die so beschriebenen gruppendynamischen Einflusskräfte „unter dem Gesichtspunkt der Praktikabilität“ (nur) bei Jugendlichen als tiefgreifende Bewusstseinsstörung bei §§ 20, 21 StGB eingeordnet werden.

- Kriterien hierfür sind:
 - Jungendliches Alter
 - Hohe Gruppenkräfte, die sich auf einen Mittelpunkt der Gruppe richten und hoch emotional besteht sind. Diese grenzen sich gegenüber der Außenwelt ab. Hinzu kommt dann eine schädigende Handlungskette.
 - nicht bewusstseins- „gestört“, sondern „hellwach“ und die Komplexität der Realität wahrnehmend handeln
 - die Fähigkeit zur kontrollierenden Selbstbeobachtung und zur durchgehenden Erinnerung
 - die Organisiertheit des Verhaltens
 - die zeitliche Ablaufstruktur des Tathandelns und des Tathandverhaltens
 - die Persönlichkeitsfremdheit der Tat
 - die Plötzlichkeit des Entschlusses
 - die Konformität des Handelns
 - eine geringe kognitive Beteiligung ohne Planung
 - die Steuerung oder Ausrichtung an den situativen Gegebenheiten
 - eine Primitivierung des Verhaltens ohne differenzierende Täter-Opfer-Aktion
- Hierzu gibt es keine Rechtsprechung

Insgesamt muss der jeweilige Einzelfall beurteilt werden⁸⁰. Kritisch wird ins Feld geführt, dass in den Kriterien vor allem „alltagspsychologische Umschreibungen“

⁸⁰ Saß 1993, S. 214, 216 f

vorkommen.⁸¹ Gerade angesichts der Komplexität wird von einer Subsumtionstechnik durch Juristen abgeraten⁸². Dies verkenne die integrative Synopsis der wechselseitigen Bedingungs Ebenen.⁸³ Die Kriterien könne man jeweils für und gegen die Annahme einer tiefgreifenden Bewusstseinsstörung auslegen. Man könne hier auch die pro und contra – Argumente nicht verrechnen⁸⁴.

Der Gutachter muss dem Gericht die Abgrenzungen verdeutlichen und positive Argumente für die Tat vermitteln. Dabei hat er auch psychopathologische Begriffe mit dem Gericht zu verständigen (Dialog).

Die Folgen einer Affekttat:

Dennoch wird der Merkmalkatalog eher positiv gesehen, da dieser einen Ansatz der Objektivierung der Voraussetzungen für eine tiefgreifende Affekttat bieten. Sie würden den Gerichten auch als Anlass dienen, einen Sachverständigen zu beauftragen, was sonst bei Tötungsdelikten nicht selbstverständlich sei. Dabei geben die Kriterien auch den Juristen Anhaltspunkte zur Abwägung. Dahingehend lösen sie die Unschärfen früherer Exkulpationen aufgrund von Affektdelikten ab. Umgekehrt verhindert ein Verschulden des Täters für den Affekt eine Ex-/Dekulpierung⁸⁵. Dies gleicht das Schulddefizit bei der Begehung der Tat aus⁸⁶. Darunter versteht man, dass der Affekt durch das Opfer und das Ergebnis der Affekttat herbeigeführt wurden.⁸⁷ Die Grundaffekte der Täter dürfen somit auch nicht von Wut, Hass und ungerichteten Aggressionen bestimmt sein, sondern von asthenen Affekten wie Panik, Verwirrung,

⁸¹ Ziegert 1993, S. 43

⁸² Blau 1989, S. 123

⁸³ Blau 1989, S. 123

⁸⁴ Rasch u. Konrad 2004, S. 271 f.

⁸⁵ OGHSt 3, 23; BGHSI 3, 194, 199; MDR 1977, 459; zweifelnd BGHSt 7, 325, 327

⁸⁶ vgl. Tröndle u. Fischer 2006, § 20 Rn 34

⁸⁷ Jähnke 1993, § 20 Rn 59 mwN

Furcht oder Schrecken⁸⁸. Auch ein vorhersehbarer Affekt aufgrund der konkreten Umstände (z.B. eine Alkoholisierung mit Wissen um die Folgen davon) schließt die Affekttat aus.⁸⁹ Dabei wird auch gefordert, dass der Täter jeder Vorgestaltung der Tat im Rahmen eines Beziehungskonfliktes entgegenwirken hat müssen. Dazu passt weder die Mitnahme einer Tatwaffe oder alles was sonst eine Eskalation der Situation nahelegt.⁹⁰ Eine Rolle bei der restriktiven Anwendung der Affekttat oder der tiefgreifenden Bewusstseinsstörung liegt in den generalpräventiven Erwägungen. Dabei bestimmt die Prognose auch die Beziehungstat vor allem zwischen Intimpartnern, da die Täter bislang unauffällig waren und die Prognose insgesamt keine Folgetaten erwarten lässt. Daher scheiden Maßregeln zur Besserung und Sicherung aus. Wiederum daraus ergibt sich die übliche exkulpierende Wirkung dieses Eingangsmerkmals. Dies läuft dem allgemeinen Rechtsempfinden zuwider.⁹¹

Eine daneben bestehende Rechtsmeinung schließt die Nicht - Exkulpierung wegen des Vorverschuldens aufgrund des Schuldprinzips aus. Man bezieht sich auf die tiefgreifende Bewusstseinsstörung „bei Begehung der Tat“ beim § 20 StGB. Ein vorausgehendes Verschulden scheidet aufgrund einer schuldhaften Vorsatztat aus, so dass nur eine *actio libera in causa* bei der Affekttat eine Deculpierung ausschließen könne.⁹² Damit hätte der Täter den schuldausschließenden Affekt vorsätzlich herbeigeführt/nicht abgewendet. Dies sei kaum belegbar. Damit würde es sich um eine fahrlässige Herbeiführung/Nicht Abwendung handeln. Fahrlässig sei, dass der Täter die Entstehung und Verschärfung des Konfliktes (Vorgestaltung der Tat hätte nach der Sorgfalt bedingt, dass man diese verhindert hätte um eine spätere nicht mehr kontrollierbare Affektentladung zu unterbinden.) nicht unterbunden hat und sich beispielsweise vom Opfer nicht entfernt habe. Dies entspreche einer leichtfertigen Handlung in der Annahme, den Affektdurchbruch meiden zu können.⁹³

Der Intelligenzminderung - die Intelligenzminderung (ICD-10: F 70-F79)

Mit diesem Merkmal, das der § 20 StGB als Unterfall der „schweren seelischen Störung“ aufführt, wird nur eine angeborene Intelligenzschwäche ohne nachweisbaren Organbefund erfasst. Intelligenzdefekte mit bekannter körperlicher Ursache (z.

⁸⁸ BGH StV 2001, 563; vgl. Tröndle u. Fischer 2006, § 20 Rn 30

⁸⁹ BGHSt 35, 143 ff; BGH NSZ 1984, 311; NJW 1988, 1153)

⁹⁰ BGHSt 8, 113, 125; BGHR § 21, Affekt 3; Jähnke 1993, § 20 Rn 61 mwN

⁹¹ Krümpelmann 1987, S. 191, 221; Jähnke 1993, § 20 Rn 58

⁹² Roxin 2006, S. 894 f.; Lenckner u. Perron 2006, § 20 Rn 15 a; Schreiber u. Rosenau 2004, S. 68; Tröndle u. Fischer 2006, § 20 Rn 34

⁹³ vgl. Roxin 2006, S. 895

B. als Folge einer intrauterinen, geburtstraumatischen oder frühkindlichen Hirnschädigung sowie als Folge eines himorganischen Krankheitsprozesses) fallen bereits unter die „krankhaften seelischen Störungen“.

Bei den Intelligenzminderungen ist das Erlernen von Wissen massiv erschwert. Selbst mit erlernten Kenntnissen können Intelligenzgeminderte nur eingeschränkt handeln. Wenn ein Proband eine Kulturtechnik (Lesen, Schreiben, Rechnen) erlernt hat, sind Zweifel an der Diagnose einer so massiven geistigen Behinderung angebracht. Das Ausmaß einer Intelligenzminderung lässt sich präzise mit einem standardisierten Intelligenztest ermitteln.

Diagnostisch entscheidend sind aber auch die lebenspraktischen Tüchtigkeiten des jeweiligen Probanden. Ein bewährter Anhaltspunkt ist der Intelligenzquotient (IQ nach dem Hamburg-Wechsler-Intelligenztest HAWIE). Im Rahmen dessen werden die Intelligenzminderungen wie folgt differenziert:

- Niedrig normale Intelligenz (Borderlineintelligenz oder Teilleistungsschwächen): IQ 70 – 80), hier ist entscheidend, ob andere Störungen hinzutreten.
- Leichte Intelligenzminderungen (früher Debilität): IQ 50-69 (die Intelligenzleistung liegt in einem Bereich eines Lebensalters von 9-12 Jahren)
- Mittelgradig Intelligenzminderungen (früher Imbezillität): IQ 35–49 (die Intelligenzleistung liegt in einem Bereich eines Lebensalters von 6–9 Jahre)
- Schweregradige Intelligenzminderungen (früher Idiotie): IQ 20 - 34
- Schwerste Intelligenzminderungen (unter 20)

Die Intelligenzalter haben keinen Einfluss auf das juristische Alter, sondern sind rein als Komparativmodelle angewendet.

Leichte Intelligenzminderung, Klinik:

Bei den Betroffenen beobachtet man Schwierigkeiten bei der Schulausbildung, wobei die Erwachsenen aber durchaus arbeiten und auch stabile soziale Beziehungen eingehen können. Die forensisch wunden Punkte dieses Klientels liegen in der leichteren Verleitbarkeit zu normwidrigem Verhalten, insbesondere in Gruppen, in ihrer Tendenz zu wütender Eskalation und in einer zuweilen zu beobachtenden Freude an Brandstiftungen.

Mittelgradige Intelligenzminderung, Klinik:

Den mittelgradigen Intelligenzbeeinträchtigungen (IQ 35–49, entsprechend einem mentalen Alter von 6-9 Jahren; Imbezillität) sind beträchtliche Entwicklungsschwierigkeiten schon in der Kindheit eigen; die Kranken benötigen Unterstützung für ihr Leben und Hilfe beim Arbeiten in der Gemeinschaft. Forensisch können sie

aus den für die Deblen genannten Gründen und durch Unterlassungen, bei denen die Gerichtetheit des Handelns wegbriecht, auffällig werden.

Schwere und schwerste Intelligenzminderung, Klinik:

Bei den schweren und schwersten Intelligenzbeeinträchtigungen (IQ 20-34 bzw. unter 20; schwere Oligophrenie und Idiotie) besteht in zunehmendem Maße Bedarf an kontinuierlicher Hilfe bis hin zur Unfähigkeit hinsichtlich der Selbstversorgung. Die forensische Bedeutung trifft hier mehr den Betreuungs- als den Strafrichter.

Zur Umsetzung hinsichtlich der De- oder Exkulpierung:

Bei der Schuldfähigkeit der Intelligenzminderungen kommt es sehr auf die jeweilige Tatsituation und die Tat selbst an. Dabei ist es wesentlich, ob die Tat in ihrem Gebots- oder Verbotscharakter leicht zu übersehen ist. Es ist auch zu prüfen, ob der Täter im Allgemeinen in der Lage ist sich im Alltag regelkonform zu verhalten. Bei einer leichten Intelligenzminderung (Debilität) wird am ehesten die Steuerungsfähigkeit beeinträchtigt sein. Damit beschränkt sich die Beurteilung nicht auf die Intelligenzmessergebnisse, sondern es geht immer um die praktische Intelligenz, soziale Fertigkeiten und Teilleistungsschwächen und deren Bezug zur Tat.⁹⁴

Schwere Formen der Intelligenzminderung legen eine Exkulpation nahe, jedoch handelt es sich hier um Einzelfälle, da die meisten Betroffenen pflegebedürftig sind und häufig permanent unter Aufsicht stehen. Bei Menschen mit einer leichten Intelligenzminderung kommen eher schon Straftaten vor, bei denen immer zu prüfen ist, ob eine Einsicht in das Unrecht gegeben ist. Häufig besteht dies rudimentär, dann werden häufig die Frage der Steuerungsfähigkeit und eine Dekulpierung in den Mittelpunkt rücken. Die Gerichte sind bei einem Hinweis auf eine relevante Intelligenzminderung verpflichtet einen Sachverständigen zu hören, der dann prüft, in wieweit andere seelische Kräfte oder der Wille beeinträchtigt sind.⁹⁵

Schwere andere seelische Störung:

Dieser Begriff wurde 1975 aufgenommen. Damit löste sich das Recht nach einer Reihe von Rechtsprechungen vom biologischen Korrelat psychischer Störungen (im Gefolge körperlicher Prozesse⁹⁶). Man erkannte bei schweren Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und Triebanomalien ähnlich gravierende psychische Auswirkungen.⁹⁷

⁹⁴ Streng 2003, § 20 Rn 39; Nedopil 2000, S. 172; BGH NJW 1967, 299

⁹⁵ BGH NJW 1967, 299

⁹⁶ Schneidersche Schule: Schneider 1956; Witter 1972, S. 477 ff.; vgl. Göppinger 1997, S. 222 f.

⁹⁷ Rasch u. Konrad 2004, S. 63 ff.; Venzlaff 2000, S. 69 f.

Eine wiederholt zur Kritik führende Störung stellen dissoziale Persönlichkeitsstörungen dar.⁹⁸ Der Terminus der „Störung“ bei den Eingangsmerkmalen erscheint veraltet und verknüpft sich mit dem Sozialdarwinismus und dem Krankenmord der NS – Zeit. Versuche der Umbenennung in „vergleichbar schweren Störung“, „Persönlichkeitsanomalie“ oder in Viertes Merkmal sind noch nicht etabliert.⁹⁹

Es gibt immer wieder die Hoffnung, dass man mittels bildgebenden Verfahren (CT, NMR, siehe unten) oder dem Messen von Stoffwechselprozessen „objektiv“ auf Willensfunktionen rückschließen kann. Dies ist derzeit jedoch reine Utopie, zumal das juristische Konstrukt der Willensfreiheit gänzlich anders ist als das der Naturwissenschaft. Unter diesem Eingangsmerkmal sind folgende Diagnosen aus den ICD-10 Kategorien zu subsumieren:

- Neurosen und psychogene Reaktionen
- Persönlichkeitsstörungen (ICD-10: F60)
- Sexuelle Deviationen (ICD-10: F65)
- Abhängigkeitssyndrome (ICD-10: F1x.2)
- Neurotische Störungen (F 4x.)
- Essstörungen und Impulskontrollstörungen (F5x).
- Schizotype Persönlichkeitsstörung¹⁰⁰

Das Grundproblem liegt hier in der Differenzierung zwischen Charakterausprägung und Persönlichkeitsstörungen und dem Eingangsmerkmal der „schweren (anderen) seelischen Störung“.

Für diese Zuordnung muss die Diagnosekategorie des ICD- 10 zuerst eingegrenzt werden. Hierzu dient vor allem der dimensionale Hinweis „schwer“.¹⁰¹

⁹⁸ Nedopil 2000, S. 20, 151

⁹⁹ Rasch u. Konrad 2004, S. 71; Venzlaff 1977, S. 257; Schreiber u. Rosenau 2004, S. 69

¹⁰⁰ Nedopil 2000, S. 152 ff.

¹⁰¹ BGHSt 34, 22, 24 f., 28 f.; 35, 76, 78 f.; 37, 397, 401

Persönlichkeit

Unter Persönlichkeit versteht man die Gesamtheit aller überdauernden individuellen Besonderheiten im Erleben und Verhalten eines Menschen („personare“: hindurch – tönen). Dabei gibt es dimensional ausgeprägte Ebenen. Beschreibungen dieser findet man in den Kategorien

- intelligent (clever) versus stumpf
- aggressiv versus friedfertig
- gesellig versus zurückgezogen
- leistungsmotiviert versus lethargisch
- konservativ versus progressiv

„Überdauernd“ bezeichnet lange (Monate, Jahre) Zeiträume stabiler Ausprägungen der Eigenschaften, die damit zur Disposition werden, wie Situationen erlebt und darauf reagiert werden. Dabei sind langfristige Veränderungen („Entwicklung“) nicht ausgeschlossen. Die Ausprägungen werden zu einem Mittel in der Alterskohorte in Bezug gesetzt. Das Profil ermittelt sich aufgrund der Dimensionalität der Abweichung von einem Mittel. Dabei liegen die zu einer Persönlichkeit angegebenen Kategorien außerhalb der Standardabweichung, wenn man ein entsprechendes kategorial ausgelegtes Testinstrument einsetzt. Damit werden Profile oder Eigenschaften gemessen. Der Mehrwert dieser operationalisierten Tests gegenüber einem eklektischen Blick (Erfahrung) ist dabei umstritten. Der Grund liegt in der gesellschaftlichen und der traditionellen Verhaltenszuschreibungen. Auch faktorenanalytische Modelle (Fünf-Faktoren-Modell: Extraversion, Neurotizismus, Verträglichkeit, Gewissenhaftigkeit und Offenheit für neue Erfahrungen) entstehen aus einem gesellschaftlichen zeitlichen Querschnitt und neigen zur Einengung der Gesamtsicht. Damit folgen die Klassifikationen willkürlich gebildeten wissenschaftstheoretischen Konstrukten.

Persönlichkeiten entwickeln sich multifaktoriell aus einer genetischen Disposition heraus. Diese ist Grundlage einer Bindungsentwicklung und von Lern dispositionen. Die Persönlichkeitseigenschaften fußen auf dauerhaften Eigenschaften (z.B. Temperament) als Trait – Basis. Die Persönlichkeit bestimmt charakterologische Ausprägungen des Temperaments, der emotionalen Grundverfassung, des Denkens, Fühlen und Handelns. Anlassbezogenes Handeln setzt sich dann darauf, geht jedoch eine unmittelbare Beziehung zum Charakter ein. Damit bestehen reaktive und konstitutionelle Phänomene nicht unabhängig voneinander, sondern stehen in enge Verbindung zueinander (z.B. Angst und Aggression). Die anlassbezogenen Auffälligkeiten treten passager auf, können sich häufig wiederholen und je nach Häufung auch chronifizieren. Wenn sich Anlässe in ihrer Bedeutung für die Phänomenologie relativieren oder ausweiten, spricht man von einer transsituativen Konsistenz. Damit gehen vom Grundcharakter als Disposition emotional – kognitive und motorische Reizantworten aus. Diese werden durch eine spezifische Informationsverarbeitung und das

Gedächtnis bestimmt. Sie schleifen sich mit der Zeit ein und es kommt zu reflexartigen implizierten Bereitschaften der Reaktionen. Hinsichtlich neuronaler Netzwerke gibt es Hinweise auf eine Netzwerkprägung¹⁰². Persönlichkeiten sind eine normalpsychologische Variation der Existenz und führen weder zur De- noch zur Exkulpierung.

| | |
|---|--|
| Sonderbares oder exzentrisches Verhalten, Gruppe A | Paranoide Persönlichkeitsstörung |
| | Schizoide Persönlichkeitsstörung |
| | Schizotypische Persönlichkeitsstörung |
| dramatisches, emotionales oder launenhaftes Verhalten: Gruppe B | Borderline Persönlichkeitsstörung |
| | Histrionische Persönlichkeitsstörung |
| | Narzißtische Persönlichkeitsstörung |
| Ängstliches- und furchtgeprägtes Verhalten: Gruppe C | Hypersensitive (ängstlich-vermeidende) Persönlichkeitsstörung: |
| | Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung |
| | Dependente Persönlichkeitsstörung |
| | Zwanghafte Persönlichkeitsstörung |

Persönlichkeitsstörungen

Unter der Persönlichkeitsstörung werden Charakteranomalien verstanden, die sich klinisch in strukturellen Auffälligkeiten darstellen. Seitens der Symptomatik entsprechen diese grundsätzlich den Persönlichkeiten.

Im Gegensatz zur Persönlichkeit handelt es sich bei Persönlichkeitsstörungen um eine dimensionale Übersteigerung der Persönlichkeitseigenschaften, die entweder vom Betroffenen selbst oder zumindest von seiner Umwelt als störend, hoch auffällig oder belastend erkannt werden. Daneben unterscheiden sich Persönlichkeitsstörungen

¹⁰² Asendorpf, J. B. & Neyer, F. J. (2012);
Boyle, G. J., Matthews, G. & Saklofske, D. H. (Eds.). (2008)
John, O. P., Robins, R. W. & Pervin, L. A. (Eds.). (2008)

gen von den normalpsychologischen Persönlichkeiten, dass diese unflexibel reagieren und sich an reale Situationen nicht anpassen können.¹⁰³ Ein weiteres Charakteristikum ist die verzerrte Realitätswahrnehmung der Betroffenen, die beim Gegenüber Irritation, Verwirrung und Unverständnis erzeugt. Dabei werden Situationen hochgradig rigide, einer wenig oder nicht geprüften Vorstellung folgend, interpretiert. Dies führt zu einem hochgradig unangepassten und unangemessenen Verhalten (für die jeweilige Art der Persönlichkeitsstörung typisch). Dies wirkt sich auch auf die persönliche Leistungsfähigkeit im sozialen, beruflichen und privaten Leben aus. Persönlichkeitsstörungen werden erst im Erwachsenenalter diagnostiziert. Dies gilt auch dann, wenn man bei Kindern und Jugendlichen Vorstufen oder Risikokonstellationen von Persönlichkeitsstörungen schon erkennen kann. Hier werden dann eher deskriptive Diagnosen wie „Störung des Sozialverhaltens“ oder andere Diagnosen aus dem Spektrum der Entwicklungsstörungen angegeben.

Persönlichkeitsstörungen werden analog der Persönlichkeiten nach charakteristischen Merkmalen unterteilt, wobei jedoch häufig Überschneidungen vorkommen. In Psychiatrie und klinischer Psychologie wurden dazu verschiedene Typologien oder Klassifikationen entwickelt, etwa im ICD-10 und DSM-5. Der Begriff Persönlichkeitsstörung wurde früher auch als Charakterneurose bezeichnet und ist eng verwandt, aber nicht inhaltlich identisch mit den Begriffen Neurosenstruktur und Neurosenendisposition.

Typische Phänomene, die der Gutachter aus der Beschreibung des Alltags des Täters ermitteln muss, sind:

- Empfindlichkeit gegenüber Zurückweisung
- Neigung zur Selbstbezogenheit
- Tendenz zu verzweifelter Verzagen
- Unangemessene Explosibilität auf geringe Anlässe
- Tendenz zur Ordnung
- Absicht, im Mittelpunkt stehen zu wollen
- Wunsch zum Rückzug aus sozialen Kontakten
- bejahendes Interesse an Unwahrheiten und Neigung zur Egozentrik
- Selbstunsicherheit

¹⁰³ Henning Saß (2001)

Für die Diagnose ist zudem ein überdauerndes Muster von innerem Erleben und Verhalten, das merklich von den Erwartungen der soziokulturellen Umgebung abweicht, gefordert.

Der Gutachter muss Kriterien für die Schwere der anderen seelischen Störung aufzeigen.

Dieses Muster manifestiert sich in mindestens zwei der folgenden Bereiche:

- Kognition (d. h. die Art, sich selbst, andere Menschen und Ereignisse wahrzunehmen und zu interpretieren),
- Affektivität (d. h. die Variationsbreite, Intensität, Labilität und Angemessenheit emotionaler Reaktionen),
- Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen.
- Impulskontrolle.

Weiter ist entscheidend für die ausreichende Schwere der Beeinträchtigung und Zerrüttung des Lebensvollzuges:

- Das überdauernde Muster führt in klinisch bedeutsamer Weise zu Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.
- Das Muster ist stabil und lang andauernd, und sein Beginn ist mindestens bis in die Adoleszenz oder ins frühe Erwachsenenalter zurückzufolgeln.
- Das überdauernde Muster lässt sich nicht besser als Manifestation oder Folge einer anderen psychischen Störung erklären.
- Das überdauernde Muster ist nicht Folge der physiologischen Wirkung einer Substanz oder eines medizinischen Krankheitsfaktors (z. B. Hirnverletzung).
- Das überdauernde Muster ist unflexibel und tiefgreifend in einem weiten Bereich persönlicher und sozialer Situationen.

Diese Eigenschaft muss derart ausgeprägt sein, dass sie entweder für den Täter oder für sein Umfeld eine massive Belastung darstellt. Daneben begründet diese Struktur den Lebensstil der Täter, deren individuelle, habitualisierte Wesenskern und Weltinterpretationsbereitschaften, die Sicht des Anderen und die Reaktionsdispositionen auf andere Menschen.

Bei Persönlichkeitsstörungen wird heute eine Bio- Psycho- Soziale Sichtweise favorisiert. Dabei verlässt man die reine genetische-psychotherapeutische Betrachtung und bezieht beispielsweise Adoptionsstudien mit ein, die deutliche Hinweise auf biologische/genetische Wurzeln belegt haben.

Die Wesensmerkmale der Persönlichkeitsstörungen wirken auf Nicht- Spezialisten häufig relativ unspezifisch und nur für speziell weitergebildete Gutachter transparent. Jedoch ist gerade hier ist die Quantifizierung unerlässlich, um die Prüfung einer erheblichen Steuerungsminderung plausibel zu machen¹⁰⁴. Besonders Begriffe wie fehlende Persönlichkeitstiefe, Kritischschwäche, Unvernunft, Unbekümmertheit, Labilität, egozentrisch globalisierende Denkmuster und Frustrationsintoleranz sind Teile der Laiensprache und legen ein Verhalten nahe, das sich in der Bandbreite normalpsychologischen menschlichen Verhaltens bewegt. Auch Begriffe, wie die Einordnung in den „mittleren klinischen Bereich“ helfen hier nicht, da der klinische Bereich undefiniert ist. Die Strukturstufen im Sinne des Stoneschen Würfels (Differenzierung hoher – mittlerer – niederer Strukturbereich) sind nur für speziell Weitergebildete offensichtlich, daher müssen in jedem Fall die Funktionsausfälle klar in der Art und Dimensionalität aufgezeigt werden. Weiterhin muss der Tatbezug der einzelnen Funktionsstörung aufgezeigt werden.¹⁰⁵ Eine lakonische Feststellung einer Steuerungsminderung ist nicht ausreichend.¹⁰⁶

„Nur wenn die durch die Persönlichkeitsstörung hervorgerufenen Leistungseinbußen mit den Defiziten vergleichbar sind, die im Gefolge forensisch relevanter krankhafter seelischer Störungen auftreten, kann von einer schweren anderen seelischen Störung gesprochen werden“.¹⁰⁷ Damit müssen die Persönlichkeitsstörungen möglichst genau quantifiziert werden.¹⁰⁸

Ein 16 8/12 Jahre alter Beschuldigter hat eine 19-jährige Studentin tagelang unter entwürdigenden Umständen in seiner Gewalt gehabt. Zum Ende hat er sie nach frustrierenden Erdrosselungsversuchen mit mehreren Messerstichen getötet. Das Gericht sah gutachterlich beraten das Vorliegen einer Störung des Sozialverhaltens mit Beginn in der Kindheit und Jugend (ICD-10: F91) im schweren Grad als erfüllt an. Der Krankheitswert und der Tatzusammenhang wurden verneint. Das Urteil erfolgte wegen Mordes in Tateinheit mit Freiheitsberaubung mit Todesfolge. Der BGH hob das

¹⁰⁴ vgl. auchBGHSt 37, 397, 401 f.

¹⁰⁵ NStZ-RR 98, 106 mit Verweisen auf BGH NStZ97, 383 und NJW 97, 3101

¹⁰⁶ BGH NStZ-RR 1998, 188

¹⁰⁷ Boetticher et al. 2005,S. 60,

¹⁰⁸ BGH NStZ-RR 1998, 106

Urteil auf. Man sah „ein extrem skrupelloses, rücksichtsloses und mitleidloses Vorgehen“ gegen das Tatopfer und bezog dies auf die Persönlichkeitsstörung und votierte zugunsten einer „erheblichen“ Verminderung der Schuldfähigkeit im Sinne des § 21 StGB. Kritik entstand auch, weil der Tatrichter zwar die Erheblichkeit dieser schweren seelischen Störung negiert hat, dies jedoch nicht näher begründet hat. Dies hätte er auch für die fehlende kausale Verknüpfung zwischen dieser Persönlichkeitsstörung und dem Tatgeschehen ausführen müssen. Weiterhin hielt man die sorgfältige Prüfung der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus gemäß § 63 StGB für erforderlich.¹⁰⁹

Ein Beschuldigter lockte eine Frau mit einer Kontaktanzeige in seine Wohnung. Dies äußerte eine kränkende Bemerkung. Er erwürgte sie sodann und übte postmortal den Geschlechtsverkehr mit der Toten aus, was nicht zu einer Ejakulation führte und er sodann diesen abbrach. Diagnostisch konsenterte das Gericht mit dem Gutachter zugunsten einer paranoiden Persönlichkeitsstörung (fünf von zehn Kriterien nach ICD-10), der schweren anderen seelischen Störung im Sinne von § 20 und verneinte den Tatzusammenhang damit. Der BGH widersprach diesem, hob das Urteil wegen Mordes zur Befriedigung des Geschlechtstriebes auf, weil die Nicht – Anwendung des § 21 StGB nicht ausreichend begründet worden war. Der BGH hielt es als nicht ausschließbar, dass die als schwere seelische Störung bewertete Persönlichkeitsstruktur mit der Tat im Zusammenhang gestanden habe, da die Tat als Reaktion auf eine kränkende Bemerkung des Opfers erfolgt sei. Hier seien motivisch die Kritischschwäche und die sexuelle Motivation tatauflösend und den Fortgang bestimmend gewesen.¹¹⁰

Anwendungshäufigkeit

Wie aus Tabelle 2.3-1 ersichtlich ist, wird weitaus häufiger als eine Aufhebung (§ 20 StGB) eine Verminderung (§ 21 StGB) der Schuldfähigkeit angenommen (2003: 0,09% der Abgeurteilten exkulpiert, 2,9% der Verurteilten dekulpiert; 2002 waren es sogar 0,10% bzw. 3,1%).

| Jahr | Abgeurteilte § 20 | | | § 63 | | Verurteilte § 21 | | | § 63 | | § 64 | |
|------|-------------------|-----|------|------|------|------------------|------|-----|------|-----|------|---|
| | N | n | % | n | % | N | N | % | n | % | n | % |
| 1967 | 628751 | 656 | 0,10 | 197 | 30,0 | 558384 | 6047 | 1,1 | 98 | 1,6 | — | — |
| 1969 | 607920 | 637 | 0,10 | 212 | 33,3 | 530947 | 6226 | 1,2 | 90 | 1,4 | — | — |
| 1971 | 653349 | 691 | 0,11 | 228 | 33,0 | 571423 | 6248 | 1,1 | 86 | 1,4 | — | — |

¹⁰⁹ BGH NStZ-RR 1998, 106, 4. Senat vom 2. 12. 1997

¹¹⁰ BGH NStZ-RR 2004, 8: 2. Senat

| Jahr | Abgeurteilte § 20 | | | § 63 | | Verurteilte § 21 | | | § 63 | | § 64 | |
|------|-------------------|-----|------|------|------|------------------|-------|-----|------|-----|------|-----|
| 1973 | 687651 | 578 | 0,08 | 201 | 34,8 | 601419 | 6679 | 1,1 | 112 | 1,7 | --- | |
| 1975 | 655971 | 312 | 0,05 | 167 | 53,5 | 567605 | 7356 | 1,3 | 123 | 1,7 | 61 | 0,8 |
| 1977 | 726375 | 423 | 0,06 | 201 | 47,5 | 607307 | 10824 | 1,8 | 118 | 1,1 | 133 | 1,2 |
| 1979 | 723247 | 485 | 0,07 | 195 | 40,2 | 591543 | 11168 | 1,9 | 108 | 1,0 | 205 | 1,8 |
| 1981 | 743788 | 372 | 0,05 | 193 | 51,9 | 605946 | 12341 | 2,0 | 131 | 1,1 | 190 | 1,5 |
| 1983 | 776655 | 502 | 0,06 | 243 | 48,4 | 636105 | 14086 | 2,2 | 118 | 0,8 | 233 | 1,7 |
| 1985 | 741861 | 455 | 0,06 | 247 | 54,3 | 600798 | 13556 | 2,3 | 124 | 0,9 | 242 | 1,8 |
| 1987 | 737932 | 449 | 0,06 | 235 | 52,3 | 591321 | 12536 | 2,1 | 108 | 0,8 | 258 | 2,6 |
| 1989 | 755376 | 525 | 0,07 | 234 | 44,6 | 608548 | 14033 | 2,3 | 147 | 1,1 | 264 | 1,9 |
| 1991 | 754420 | 548 | 0,07 | 305 | 55,7 | 622390 | 13295 | 2,1 | 132 | 1,0 | 283 | 2,1 |
| 1993 | 817044 | 523 | 0,06 | 293 | 56,0 | 688128 | 14730 | 2,1 | 143 | 1,0 | 311 | 2,1 |
| 1995 | 813055 | 607 | 0,07 | 339 | 55,8 | 683258 | 14889 | 2,2 | 185 | 1,2 | 334 | 2,2 |
| 1997 | 821706 | 685 | 0,08 | 432 | 63,1 | 692723 | 17599 | 2,5 | 253 | 1,4 | 525 | 3,0 |
| 1999 | 795483 | 661 | 0,08 | 447 | 67,6 | 666059 | 18740 | 2,8 | 221 | 1,2 | 523 | 2,8 |
| 2001 | 744122 | 724 | 0,10 | 749 | 66,2 | 622027 | 17980 | 2,9 | 247 | 1,4 | 584 | 3,2 |
| 2002 | 739555 | 771 | 0,10 | 524 | 68,0 | 618269 | 19236 | 3,1 | 263 | 1,4 | 702 | 3,6 |
| 2003 | 758667 | 695 | 0,09 | 508 | 73,1 | 634735 | 18612 | 2,9 | 292 | 1,6 | 746 | 4,0 |

= niedrigster (genauer) % – Wert *=% bezogen auf Abgeurteilte bzw. Verurteilte= höchster (genauer) % – Wert **=% bezogen auf § 20 bzw. § 21

Insgesamt zeigt die Statistik, dass Beeinträchtigungen der Schuldfähigkeit bei den abgeurteilten Tätern in der Gerichtspraxis bis heute eine Ausnahme darstellen. Ein befürchteter Dammbbruch aufgrund der Einbeziehung des Eingangsmerkmals „schwere andere seelische Störung“ in § 20 StGB im Jahre 1975 ist nicht eingetreten. Diese Befürchtung entstand, da man sich an der Stelle der nur schuld mindernden Berücksichtigung der „schweren anderen seelischen Störungen“ zugunsten einer Einheitslösung entschieden hatte.¹¹¹ Die Zunahmen von Dekulpierungen (Durchschnitt von 1,1% auf 2,9% werden am ehesten mit dem gestiegenen Suchtmittelkonsum in der Gesellschaft zusammen gebracht.¹¹² Dabei kommt eventuell die häufigere Anerkennung abweichenden Sexualverhaltens als Paraphilien im Sinne des ICD-10/DSM

¹¹¹ Schreiber/Rosenau 2004, S. 62; Lenckner 1972, S. 3 ff., 109 ff.).

¹¹² Verrel 1995, S. 108, Dölling 1998, S. 1337 ff. Mameros et al. 2002, S. 80 ff

IV hinzu.¹¹³ Damit haben sich weniger die Einweisungen auf die Belegung der Kliniken als die Anforderungen an die Prognosen bei der Entlassung der Maßregelpatienten ausgewirkt.¹¹⁴ Daneben wurde auch die Strafvollstreckung gemäß § 35 BtMG seltener zurückgestellt. Vergleicht man die Diagnosen hinsichtlich ihrer Anteile an der Ex- und Dekulpierung so gibt es erhebliche Unterschiede.¹¹⁵ Bei Exkulpierungen dominieren mit 6,97% Delikte gegen das Leben. Sie werden gefolgt von gemeingefährlichen Straftaten mit 2,69%, von Sexualdelikten mit 0,5% und Raub und Erpressung mit 0,47%. Bei der Dekulpierung findet man mit 25,67 % als häufigsten Anlass Tötungsdelikte, es folgen Raub und Erpressung (11,67%), Sexualdelikte (8,91%) sowie Körperverletzungen (8,84%). Gründe für diese Verteilung kann in der charakteristischen gefahrenassoziierten Phänomenologie der jeweiligen Erkrankungen gelegen haben, oder dass vor allem weniger schwerwiegende Delikte durch Staatsanwaltschaften und Gerichte nur in der Ausnahmesituation geprüft wurden.¹¹⁶ Die Begutachtung bei Tötungs- und Sexualdelikten wird aufgrund deren Gewichtigkeit häufiger in Betracht gezogen als bei Bagatelldelikten.¹¹⁷

Fehlende Einsichtsfähigkeit

„Einsicht“ bedeutet das „Verbot der Tat“ erkennen zu können. Das Merkmal ist dichotom definiert und damit ist es entweder gegeben oder nicht. Eine Metrik oder eine ordinale Aussage wie „erheblich vermindert“ sind nicht vorgesehen. Dies zeigt die Verwandtschaft des „§ 20 StGB“ mit dem Verbotsirrtum gem. § 17 StGB oder einen besonderen Anwendungsfall dessen.¹¹⁸ Schuld setzt voraus, dass der Betroffene anders hätte handeln können, was wiederum ein Erkennen des Unrechts voraussetzt. Damit muss ein Täter bis zum Unrechtsbewusstsein durchdringen können.¹¹⁹ Diese Fähigkeit setzt man bei einem Menschen nach Vollendung des vierzehnten Lebensjahres voraus. In der Regel wird dies zutreffen. Damit ist die Annahme einer „fehlenden Einsichtsfähigkeit“ ein absoluter Ausnahmezustand. Diese muss deshalb äquiva-

¹¹³ Rasch u. Konrad 2004, S. 52 ff.; Nedopil 2000, S. 81 ff., 164 ff.

¹¹⁴ Schöch 2004, S. 393; Schöch 1998 a, S. 1258, 1262

¹¹⁵ Streng 2003, § 20 Rn 9

¹¹⁶ Streng 2003, § 21 Rn 4

¹¹⁷ Marneros et al. 2002, S. 101

¹¹⁸ BGH MDR 1968,854; Lenckner u. Perron 2006, § 20 Rn 27

¹¹⁹ Lackner u. Kühl 2004, § 20 Rn 12

lent belegt werden. Dieser Grundgedanke gilt grundlegend für die gesamte Anwendung und die Grundlagen der §§ 20, 21 StGB.¹²⁰ Aus dieser Logik ist abzuleiten, dass die fehlende Einsichtsfähigkeit keine Persönlichkeitseigenschaft eines Menschen ist, sondern immer auf das Verhalten eines Menschen zu einem konkreten Tatbestand geprüft werden muss.¹²¹ So kann ein geistig Behinderter zwar das Unrecht einer Körperverletzung erkennen, nicht jedoch das Wegnehmen eines Fahrrades als Diebstahl verstehen, nachdem er es vorher verschenkt hat. Dabei kann es auch vorkommen, dass im Fall der Tateinheit nur bei einer Teilhandlung eine Einsichtsunfähigkeit besteht. Dabei erschließt sich das insbesondere dann nicht, wenn ein scheinbar unauffälliges Vortatverhalten gegeben ist. Gerade bei Psychosen kann das Vortatverhalten über zeitliche Strecken relativ unauffällig sein. Entweder handelt es sich dabei um eine Form der doppelten Buchführung oder der Täter integriert das Opfer in ein isoliertes Wahngeschehen (z.B. dass er ein Geheimdienstmitarbeiter ist und verfolgt wird, was dann in einer Körperverletzung mündet). Entscheidend ist hier die subjektive Position des Täters.¹²² Eine Einsichtsunfähigkeit führt rasch zu einer Exkulpierung (§20 StGB).

„Die 1. Alternative des § 21 StGB scheidet aus, wenn der Täter trotz erheblich verminderter Einsichtsfähigkeit das Unerlaubte seines Tuns erkennt. Fehlt dem Täter hingegen die Einsicht wegen einer krankhaften seelischen Störung oder aus einem anderen in § 20 StGB bezeichneten Grund, ohne dass ihm das zum Vorwurf gemacht werden kann, so ist auch bei nur verminderter Einsichtsfähigkeit nicht § 21 StGB, sondern § 20 StGB anwendbar. Die Voraussetzungen des § 21 StGB liegen in den Fällen der verminderten Einsichtsfähigkeit nur vor, wenn die Unrechtseinsicht gefehlt hat, dies aber dem Täter vorzuwerfen ist“¹²³

Eine schwere andere seelische Störung – im Speziellen eine Persönlichkeitsstörung – kann durchaus eine Verzerrung des Wirklichkeitserlebens aufweisen. Dennoch ist eine Einsichtsunfähigkeit kaum zu rechtfertigen. Der Grund liegt darin, dass es eine restliche Kontrollfähigkeit vorliegt (anders bei einer Psychose mit einem Verlust der Realitätssicht).¹²⁴

Die Prüfung einer fehlenden Einsichtsfähigkeit erfolgt dreistufig:

¹²⁰ Schreiber u. Rosenau 2004, S. 74

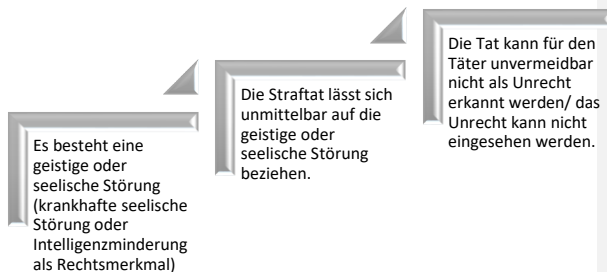
¹²¹ BGHSt 14, 114, 116; BGH NStZ 1990, 231

¹²² BGH NStZ-RR 2002, 202

¹²³ BGH NStZ 1990, 333 f.

¹²⁴ Boetticher et al. 2005, S. 61

- Stufe 1: Es besteht eine geistige oder seelische Störung (krankhafte seelische Störung oder Intelligenzminderung als Rechtsmerkmal)
- Stufe 2: Die Straftat lässt sich unmittelbar auf die geistige oder seelische Störung beziehen.
- Stufe 3: Die Tat kann für den Täter unvermeidbar nicht als Unrecht erkannt werden/ das Unrecht kann nicht eingesehen werden.¹²⁵



Kommen mehrere Erkrankungen zusammen und wirken diese zusammen auf die Einsichtsfähigkeit ein, so entscheidet die Resultante (nicht die einfache Summe der Einzelwirkungen)¹²⁶, ob eine Einsichtsunfähigkeit vorliegt. Dies kann beispielsweise im Rahmen einer Komorbidität einer dissoziale Persönlichkeitsstörung mit Psychose oder extremer Affekt mit einer Neurose zutreffen.¹²⁷ Dabei unterscheiden sich die §§ 20/21 StGB hinsichtlich der Eingangsmerkmale nicht („Einheitslösung“).¹²⁸

¹²⁵ Tröndle u. Fischer 2006, § 20 Rn 3

¹²⁶ Vgl. Nedopil 2000, S. 84, 124, 126

¹²⁷ vgl. Schreiber u. Rosenau 2004, S. 61

¹²⁸ Schöch 2006 a, S. 55

Steuerungs(un)fähigkeit.

Besteht eine Einsicht in das Unrecht der Tat, so schließt diese weder eine Ex- noch eine Dekulpierung aus. Der Gesetzgeber hat der Einsicht auch die Möglichkeit diese umzusetzen, an die Seite gestellt. Wenn demnach ein Täter trotz bestehender Einsicht nicht in der Lage ist oder er es erheblich schwerer hat, nach einer gegebenen Einsicht zu handeln (eingeschränkte reflektierte Handlungskontrolle), dann kann ebenfalls eine De- oder Exkulpierung erfolgen. Besteht eine Einsichtsunfähigkeit entfällt die Prüfung der Steuerungsfähigkeit.¹²⁹

Damit gibt es hier zwei Aspekte die geprüft werden:

- Exekutive Steuerungs-minderung: Diese umfasst die Prüfung, ob der Täter überhaupt in der Lage war oder es ihm wesentlich schwerer fiel, eine anfängliche normative Willensbildung in ein konsequentes Handeln umzusetzen (reflektierte Handlungskontrolle). Diese Fähigkeit kann im Rahmen eines Raptus, d.h. eines einschließenden Wahngedanken, einer imperativen Halluzination oder ähnlichen bedeutsam sein.
- Motivationale Fähigkeit in einer Ambitendenz der Verlockung zur Tat die Hemmung (die aus einer normativen Kenntnis und Einsicht her rührt) entgegen zu setzen.

Bei beiden Varianten beginnt dies mit dem Wissen um das normengemäße Handeln. In der nächsten Ebene folgt die Frage einer konkordanten Abwägefähigkeit und eines konkordanten Willensentschlusses.¹³⁰ Der Ausschluss der Steuerungsfähigkeit kommt nur dann in Frage, wenn bei Aufbieten aller möglichen Widerstandskräfte diese nicht ausreichen, um die Tat zu verhindern.¹³¹

In der Gesamtwürdigung müssen die Tatumstände, das Verhalten vor, während und nach der Tat, die Beziehung zwischen Täter und Opfer und handlungsleitend

¹²⁹ Tröndle u. Fischer 2006, § 20 Rn 4

¹³⁰ RGSt 57, 76; 67, 150

¹³¹ BGHSt 14, 31, 32; 23, 176, 190; Lenckner u. Perron, § 20 Rn 29

Motive einbezogen werden.¹³² Je schwerer die Tat ist, desto höher wird die Hemmschwelle erwartet.¹³³ Umgekehrt kann allerdings nicht einfach von einem planmäßigen und koordinierten Verhalten im Tatzeitumfeld auf die volle Steuerungsfähigkeit rückgeschlossen werden.¹³⁴

Es erfolgt durch ein Landgericht die Verurteilung aufgrund eines Anstiftens zu versuchtem Mord zu 12 Jahren Freiheitsentzug. Der Gutachter bescheinigte der Täterin eine Persönlichkeitsstörung im Sinne der schweren anderen seelischen Störung, schloss allerdings die erhebliche Verminderung der Steuerungsfähigkeit aus. Er begründete dies mit einem zielgerichteten, lange geplanten Tatablauf. Das Urteil wurde aufgehoben, indem darauf verwiesen wurde, dass die Folgen der schweren anderen seelischen Störung die Täterin analog einer krankhaften seelischen Störung beeinflussten. Dahingehend sah man die Minderung der Steuerungsfähigkeit und die erhebliche Verminderung der Schuldfähigkeit gegeben an. Das Nicht – Vorliegen habe das Landgericht nicht begründet. Im Urteil heißt es: „Dass die Angeklagte überlegt und zielgerichtet gehandelt hat, schließt erheblich verminderte Steuerungsfähigkeit nicht aus. Auch bei geplantem und geordnetem Vorgehen kann die Fähigkeit erheblich eingeschränkt sein, Anreize zu einem bestimmten Verhalten und Hemmungsvorstellungen gegeneinander abzuwägen und danach den Willensentschluss zu bilden.“ Mit diesem Urteil werden die Gegensteuerkompetenz und die Fähigkeit des Andershandelns angesprochen.¹³⁵

Im Falle eines geplanten und geordneten Verhaltens ist allerdings stets zu klären, wie dieses zur psychischen Störung passt. Dies gilt beispielsweise für einen Vollrausch, einer Demenz oder einem Zustand, der eine Affekttat begründen und bei der eine Inhibitorierung nicht mehr möglich gewesen sein soll.¹³⁶ Damit gibt es kein festgelegtes Kochbuch für alle Fälle einer Steuerungsunfähigkeit, da diese individuell für die Störung, auf die Tat bezogen, eingeschätzt werden muss.¹³⁷ Es gibt jedoch einen

¹³² Boetticher et al. 2005, S. 61

¹³³ BGH NStZ 1990, 231 für einen Mord nach einem Sexualdelikt

¹³⁴ BGH NJW 1982, 2009 mit Anm. Blau; NStZ 1984, 259; StV 1990, 302; 2002, 17 f.

¹³⁵ 1. Senat des BGH StV 2002, 17, Beschluss vom 22. 8. 2001, BGHR StGB § 21 seelische Störung 14; BGH StV 2000, 17;

¹³⁶ vgl. BGH StV 1991, 155

¹³⁷ Streng 2003, § 20 Rn 67

Konsens zu den Persönlichkeitsstörungen. Selbst schwere Störungen heben die Steuerungsfähigkeit nicht komplett auf.¹³⁸

Bei einer Entführung mit Lösegeldforderung (erpresserischer Menschenraub, gefährliche Körperverletzung und räuberischer Diebstahl) zeigte der Täter eine gemischte Persönlichkeitsstörung mit dissozialen und schizoiden Anteilen. Das Landgericht verurteilte den Täter zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von acht Jahren, erkannte gutachterlich begleitet eine schwere andere seelische Störung, ohne die Persönlichkeitsstörung auf die Tat zu beziehen. Der Grund wurde in der akribischen über Tage dauernden Planung gesehen. Der BGH stützte diese Einschätzung.¹³⁹

Die Steuerungsfähigkeit muss sich auf die konkrete Tat beziehen, da diese nur in einer jeweiligen Kombination zu beurteilen ist und keinen Automatismus darstellt.¹⁴⁰ Das Gericht prüft die gutachterliche Diagnose, Schweregrad, rechtliche Zuordnung und den Bezug zur Tat und bringt das Ergebnis in das Urteil ein.¹⁴¹ Dabei können – wie bei der Einsichtsfähigkeit – bei zusammenhängenden Taten für die eine die erhebliche Steuerungsminderung bestätigt und für die andere abgelehnt werden.

Ein Mann hat zuerst ein 6-jähriges Mädchen sexuell missbraucht. Als dieses nach Hause drängte, hat er dieses getötet, um die Straftat zu verdecken. Für die sexuellen Handlungen wurde eine erhebliche Steuerungsminderung (Dekulpierung) festgestellt, aufgrund der höheren Hemmschwelle für Tötungsdelikte wurde diese jedoch für die Tötung des Kindes verneint. Dies gilt insbesondere auch bei einem Zusammenkommen mehrere Tatmerkmale aus der ersten Stufe der Schuldfähigkeitsbeurteilung. In diesem Fall war der Mann intelligenzgemindert und erheblich alkoholisiert (3 ‰). Der BGH kritisierte in diesem Fall, dass hier zumindest für einen Teil der Handlung eine Prüfung der Schuldfähigkeit und bei Verneinung eine genaue Begründung hätte erfolgen müssen.¹⁴²

¹³⁸ BGH NSiZ 1991, 31 f.; BGHR StGB § 20 seelische Störung, Stalking; Jähnke 1993, § 20 Rn 64; Tröndle u. Fischer 2006, § 20 Rn 42

¹³⁹ BGH NSiZ 2004, 437 f.; 1. Senat Urteil vom 21. 1. 2004

¹⁴⁰ BGHSt 14, 116; BGH NSiZ 1990, 231

¹⁴¹ Böttcher et al. 2005, S. 58

¹⁴² BGHSt 14, 116; StV 1984, 419).BGH NSiZ 1990, 231; Urteil des 3. Senats vom 13. 12. 1989; BGH StraFo 2004, 19 ff.

Die verminderte Schuldfähigkeit

Die verminderte Schuldfähigkeit (Dekulpierung) ist eine eigenständige Form der Schuldfähigkeit und keine „Halbzurechnungsfähigkeit“¹⁴³ Die verminderte Schuldfähigkeit tritt viel häufiger auf als die Schuldunfähigkeit. Die Voraussetzung ist hier auch die Einsichtsfähigkeit. Dies beinhaltet die grundsätzliche Verantwortung und Strafwürdigkeit des Täters.

Damit ist die Schuldfähigkeit als dimensionales Modell zu verstehen.¹⁴⁴ Der § 21 StGB kann (muss nicht) die Strafe mildern. Dabei gleichen sich die normativen und psychischen Merkmale mit denen der Exkulpierung des § 20 StGB. Die Dimensionalität findet sich bereits in den Eingangsmerkmalen, wenn Begriffe verwendet werden wie „schwer“ und „tiefgreifend“.

Der Gesetzgeber hat mit der Dimensionsangabe „erhebliche“ Verminderung der Einsichts- oder Steuerungsfähigkeit eine weitere Eingangshürde gesetzt, damit geringer ausgeprägte Psychopathologien, die bei vielen Delikten gegeben sind, aus pragmatischen Gründen ausgenommen bleiben.¹⁴⁵ Die allgemeine Strafzumessung bezieht diese Faktoren dann in das Urteil mit ein.

Die im § 21 StGB geforderte „Erheblichkeit“ definiert das Gericht eigenständig und ist somit nicht an die Einschätzung des Gutachters gebunden.¹⁴⁶ Der Gutachter erläutert und bringt Indizien (Tatsachen) bei, das Gericht verbindet diese dann mit den normativen Überlegungen. Diese richten sich an die Anforderungen, die die Rechtsordnung an die Bürger stellt. Diese fallen umso höher aus, desto schwerer das jeweilige zu beurteilende Delikt wiegt.¹⁴⁷

Das zweistufige Beurteilungssystem sieht folgende Kaskade vor:¹⁴⁸

1. Kategorie und Dimension des Eingangsmerkmals
2. Kausalität des Eingangsmerkmals zur Tat

¹⁴³ Jescheck u. Weigend 1996, S. 443

¹⁴⁴ Schöch 1983, S. 333, 339; Jähne 1993, § 21 Rn 1; Rasch 1991, S. 126

¹⁴⁵ Begründung 1962, BT-Drucksache IV/650, 142

¹⁴⁶ BGH NSZ-RR 2004, 39 f.

¹⁴⁷ Boetticher et al. 2005, S. 58

¹⁴⁸ vgl. Nedopil 2000, S. 23

Einfluss des Eingangsmerkmals (der Störung) auf die Handlungssteuerung bei der konkreten Tat und zur Tatzeit. Dabei ist die Dimensionalität („Erheblichkeit“) konkret darzustellen.

Bei schweren seelischen Störungen wurde den Gerichten durch den BGH nahe gelegt, den Ausschluss einer Steuerungsminde rung sorgfältig zu prüfen, da die Dimensionalität der Funktionsstörungen diese auf die Ebene der krankhaften seelischen Störung hebt.¹⁴⁹ Umgekehrt sind auch Kurzschlüsse zwischen dieser Kategorie und einer verminderten Steuerungsfähigkeit zu vermeiden.¹⁵⁰ Der Gutachter ordnet damit die Diagnose nicht nur der normativen Kategorie zu, sondern legt besonderen Wert auf die Quantifizierung der psychischen Störung.¹⁵¹ Der Richter wertet diese Fakten dann frei und bringt sie in das Urteil ein.¹⁵²

Schwerebeurteilung:

Ein Problem, das sich bei den Bewertungen ergibt, ist die Schweregradbestimmung („schwere seelische Störung“, „erheblich verminderte“ Steuerungsfähigkeit, usw.). Hierzu ist das „psychopathologische Referenzsystem“ zu nutzen¹⁵³. Dieses dient als Komparativbasis für psychopathologische Symptome und beziffert die Funktionsstörungen und Fähigkeitsstörungen (analog der ICF - Kategorie) aufgrund der Erkrankungen, in Bezug auf die Einsicht und Steuerung. Dabei bezieht man sich in der Referenz auf die körperlich begründbaren und endogenen Psychosen (Schizophrenie und Manisch – Depressive Erkrankungen u.a.). Diese sind als krankhafte seelische Störung anerkannt. Dadurch ergibt sich eine Höhenmarke der Schuldfähigkeitsbeurteilung.¹⁵⁴ Ein Vorteil ist die breite empirische Erfahrung mit diesen Krankheitsbildern.¹⁵⁵

Folgende psychopathologische Aspekte sind hier besonders geeignet:

- Analyse der Desintegration der psychischen Funktionen
 - Denken

¹⁴⁹ BGH NSiZ 1996, 380

¹⁵⁰ Nedopil2000, S. 23, BGH R&P 1996, 200; BGH NSiZ 97, 278

¹⁵¹ Schöch 1983, S. 338;Schreiber u. Rosenau 2004, S. 77; Winckler u. Foerster 1997, S. 334

¹⁵² Roxin 2006, S. 904

¹⁵³ Saß 1985, S. 34, 37; 1991, S. 266, 271 ff.).

¹⁵⁴ Krümpelmann 1976, S. 6 ff.

¹⁵⁵ Saß 1991, S. 272

- Fühlen
- Handeln
- Für den Intelligenzminderung, für die tiefgreifende Bewusstseinsstörung und der schweren anderen seelischen Störung sind daraus spezielle Kriterien zu entwickeln.¹⁵⁶

Der Krankheitsbegriff im § 20 StGB ist formal zu begreifen und Krankheiten sind nicht einfach a priori mit Schuldunfähigkeit oder verminderter Schuldfähigkeit gleich zu setzen, sondern jeweils im Einzelfall tatbezogen zu bewerten.¹⁵⁷

Für die Einsichts- und Steuerungsfähigkeit wurde lange Zeit über die Rechtsprechung versucht, den „Krankheitswert“ zu erfassen. Dies betraf Bewusstseinsstörungen, die das Persönlichkeitsgefüge ähnlich zu beeinträchtigen hatten wie eine krankhafte seelische Störung.¹⁵⁸ Gerade hier erschien dies widersinnig, da gerade „nicht krankhafte“ Zustände mit diesem Kriterium verbunden wurden (nicht krankhaft bedingte Bewusstseinsstörungen).¹⁵⁹ Auch bei der schweren anderen seelischen Störungen hatte dieses Modell logische Schwierigkeiten, da man dann wieder bei den krankhaften seelischen Störungen angekommen war.¹⁶⁰ Aus dieser Logik heraus begründete sich die Position, dass der Krankheitswert ein Maß darstellte, das eine Aussage über die Dimensionalität und nicht die Kategorie der Erkrankung zuließ.¹⁶¹ Dabei ist Krankheit kaum dimensional objektivierbar. Bekannt sind dagegen die schweren Defektzustände und akuten Zustände bei den Psychosen (insbesondere bei Schizophrenien) mit der Folge einer Schuldunfähigkeit, weshalb diese als Vergleichsmaß dienen.¹⁶² Normalpsychologische Störungen ohne Krankheitsaspekt sind dennoch damit nur schwer abzubilden und hinsichtlich der Ex- und Dekulpierung kaum zu bemessen. Aus dieser Logik bestehen Zweifel an der Ex- und Dekulpierung bei diesen Störungen. Ein Kritikpunkt ist hier auch, dass diese Störungen in ihrer Diagnostik und Sichtweise stark wissenschaftlichen Strömungen der Psychowissenschaften unterliegen. In der Folge neigen die Gutachter hier gerne dazu Prozenztränge anstelle der im

¹⁵⁶ Saß 1985, S. 38 ff.; 1991, S. 273 ff.

¹⁵⁷ BGHR StGB § 21 seelische Störung 6, 9, 14, 19; Jähne 1993 § 20 Rn 23; Schöch 2007, § 20 Rn 23

¹⁵⁸ BGH NStZ 1990, 231; BGHSt 34, 22, 25; 35, 200, 207; 37, 397, 401

¹⁵⁹ Tröndle u. Fischer 2006, § 20 Rn 29

¹⁶⁰ BGHR StGB § 21 seelische Störung 19

¹⁶¹ BGHSt 34, 22, 24; 35, 76, 78; 35, 200, 207

¹⁶² Jähne 1993, § 20 Rn 27; Schöch 2007, § 20 Rn 27; Jähne 1993, § 20 Rn 27; Schöch 2007, § 20 Rn 27

Gericht benötigten forcierten dichotomen Entscheidung zwischen Ja und Nein anzugeben. Bei der Frage der Realitätssicherheit handelt es sich um ein objektiv zu bemessenes Kriterium¹⁶³.

Dies kann dazu führen, dass die Prüfung der Schuldfähigkeit fälschlicherweise abgebrochen wird, wenn Anzeichen einer Krankheit im Sinne eines pathologischen Geschehens nicht ermittelt werden¹⁶⁴, aber auch dazu, dass Krankheit ohne sorgfältige Prüfung der weiteren Voraussetzungen mit Schuldunfähigkeit oder verminderter Schuldfähigkeit gleichgesetzt wird. Dies ist nicht zielführend. Daher hat man das Kriterium des „Krankheitswertes“ der jeweiligen Störung seitens der Rechtsprechung gesetzt, um vergleichbare rechtliche Maßstäbe für die Beurteilung der Einsichts- und Steuerungsfähigkeit zu gewinnen. Damit muss auch bei einer Bewusstseinsstörung das Persönlichkeitsgefüge vergleichbar schwer beeinträchtigt sein wie eine krankhafte Störung.¹⁶⁵ Das hier aufkeimende Problem liegt darin, dass sich die Psychiatrie, aber auch die Psychologie mit dem Begriff des Krankheitswertes schwertut. Auch aus juristischer Sicht ist der Begriff nicht eindeutig, da es nicht um eine krankhaft bedingte Bewusstseinsstörung geht, sondern um normalpsychologisch verortete Störungen.¹⁶⁶ Dies gilt auch für die schwere andere seelische Störung. Dies widerspricht der Definition der krankhaften seelischen Störung, so dass ein Verstehen darüber paradox erscheint.¹⁶⁷ Andererseits würde bei einer tatsächlichen Anwendung dieser Kategorien, mangels analoger Symptome bei den nicht krankhaften seelischen Störungen, die Exkulpierung (§ 20 StGB) nur bei krankhaften seelischen Störungen Anwendung finden. Der Ausweg aus diesem Dilemma konnte nur über das Komparativmodell gehen, indem der Begriff „Krankheitswert“ ein Maßbegriff des Gewichtes ist, das ein seelischer Zustand erreichen muss um zur De- oder Exkulpierung zu führen. Damit handelt es sich nicht um ein Synonym für die krankhafte seelische Störung.¹⁶⁸ Jedoch kann man auch zum Maßstab des „Krankheitswertes“ kritisch stehen¹⁶⁹, da er impliziert, dass der Krankheit eine objektive metrische Messgröße zur Seite steht, die auch normalpsychologische Störungen messen kann, was nicht möglich ist. Für den Extremzustand eines schweren Defektzustandes einer endogenen Psychose ist dies

¹⁶³ BGHSt 37, 397, 401

¹⁶⁴ vgl. BGHSt 34, 22, 24; 35, 76, 78; 35, 200, 207; Seite 101/ Band 1 GHR StGB § 21 seelische Störung 6, 9, 14, 19

¹⁶⁵ BGH NStZ 1990, 231; BGHSt 34, 22, 25; 35, 200, 207; 37, 397, 401

¹⁶⁶ Tröndle u. Fischer 2006, § 20 Rn 29

¹⁶⁷ BGHR StGB § 21 seelische Störung 19

¹⁶⁸ BGHSt 34, 22, 24; 35, 76, 78; 35, 200, 207

¹⁶⁹ Jähne 1993, § 20 Rn 27; Schöch 2007, § 20 Rn 27 mwN

leicht zuzuordnen, da diese Zustände nahezu regelmäßig zu einer Exkulpierung führen. Damit eignet sich dieser Zustand dazu, einen Eckwert des Vergleichsmaßstabes der Schuldunfähigkeit zu markieren.¹⁷⁰ Aufgrund der rechtlichen Regelung kann das Gericht die Schwere nicht als Analoggegenstand festlegen. Eine einfache Subsumierung liegt allerdings auch nicht vor. Dennoch ergibt sich aus diesem metrischen Modell eine Vorstellungsgabe, ab welcher Schwelle (cut off) eine Schuldunfähigkeit vorliegt. Wenn die Symptomatik hinsichtlich der Einschränkungen maximal ausgeprägt ist, erscheint die Zuordnung machbar zu sein. Je mehr sich die Ausprägung relativiert, desto stärker entsteht bei der Zuordnung ein Graubereich. Gerade die Grenze zwischen dem normalpsychologischen Bereich und einem Ausmaß der krankhaften seelischen Störung ist der Bereich, innerhalb dessen man die Frage der Anwendung des § 21 StGB zu beantworten hat. Damit wird die Psychopathologie (die Zerrüttung der Persönlichkeit durch das innerweltliche Erleben) zusammengesetzt. In einer Gesamtschau hat der Gutachter das Maß der Zerrüttung des Täters zum Tatzeitpunkt zu rekonstruieren und damit eine Resultante zu bilden. Bei dieser Störungsmatrix ist die Zuordnung zu einer endogenen Psychose kaum zu leisten. Der Hauptgrund liegt darin, dass diese Störungen meist ohne einen Realitätsverlust und ohne Halluzinationen einhergehen. Damit bedarf es anderer Komparativmodelle oder „schwächerer Formen“, deren Gewicht jedoch offenkundig sein muss.¹⁷¹ Es gibt jedoch keine abgeschwächte krankhafte Störung, die als Bezugsgröße geeignet ist, da deren Auswirkung jeweils im konkreten Fall bestimmt werden müsste. Insbesondere Diagnosen und strafrechtliche Relevanz lassen sich nicht gleichsetzen, da selbst umschriebene und bekannte Hirnverletzungen in ihren Auswirkungen variieren und durchaus (vor allem bei frühkindlichen Formen) auch ohne Folgen bleiben können. Würde man diesen Referenzpunkt zum „Krankheitswert“ nehmen, so ersetzt man nur eine Unbekannte durch eine andere.¹⁷²

Die aktuell bevorzugte Lösung liegt darin, eine empirisch-vergleichende Einschätzung zu leisten, die darin besteht zu erforschen, wie sich ein Mensch in der inneren und äußeren Situation des Täters verhalten hätte. Wenn dieser Mensch sich in derselben Lage anders verhalten und die Tat vermieden hätte, dann rechtfertigt dies den Schluss, dass auch der Täter dazu in der Lage gewesen wäre. Ist es so, dann besteht eine schuldhafte Tatbegehung.¹⁷³

¹⁷⁰ Saß 1985, S. 34, 37; 1991, S. 266 ff.

¹⁷¹ BGHSt 37, 397, 401

¹⁷² Jähnke 1993, § 20 Rn 27; Jescheck u. Weigend 1996, S. 440 f.

¹⁷³ Jescheck u. Weigend 1996, S. 427 f.; Schreiber u. Rosenau 2004, S. 57, 75; Schreiber 1977, S. 242, 245

Dieses Vorgehen bezeichnet man als „analogisches Verfahren“. Dies besteht daraus, dass der Sachverständige und der Richter einen „Normal- oder Idealtypus“ konstruieren, dessen durchschnittliche Fähigkeiten in der jeweiligen Tatsituation den Maßstab für die Anforderungen liefern, welche an den einzelnen Täter zu stellen sind.¹⁷⁴ Dem wird gerne polemisch gegengehalten, dass damit die Norm nicht die Fähigkeiten des Täters, sondern die Anderer seien und dass es keinen Durchschnittsmenschen in der Situation des Täters gebe.¹⁷⁵ Andererseits ist dieses „Normalkonstrukt“ das Werkzeug des Psychopathologen, die letztlich auch die Grundlagen der Verortung von Psychosen und damit krankhafter seelischer Störungen stellt. Damit benötigt nicht nur die Psychopathologie sondern auch die materielle Schuldauffassung (Schuld bedarf eines empirischen Substrats) eine Orientierung am Normalen. Das Verfahren wird als **empirisch-normative Methode** bezeichnet und alle empirisch-vergleichenden Beurteilungen nutzen diese in unterschiedlicher Gewichtung. Das juristische Axiom verbleibt darin, dass der geistig gesunde, normal veranlagte Mensch der Regelfall und im Allgemeinen schuldfähig ist. Nur durch die erhebliche Abweichung von dieser Normalität entsteht der Ausnahmefall. Der Täter entspricht nicht mehr dem als Regel vorausgesetzten Menschenbildes. Damit ist das Maß definiert, das nur empirisch festzusetzen ist.

Es obliegt deshalb zunächst dem Sachverständigen, das Ausmaß der psychischen Abweichung und deren Auswirkung auf die Tat(en) zu bestimmen. Dazu erstellt er eine Gesamtwürdigung des Täters in Bezug zur Tat und zum Zeitpunkt der Tat. Er ermittelt das Maß der Störung und stellt diese in den Bezug zu ihrer Auswirkung auf dessen soziale Anpassungsfähigkeit.¹⁷⁶ Der Richter erforscht seinerseits die innere Verfassung des Täters und bezieht diese auf die Fähigkeit zur normativen Willensbildung. Auch er nutzt sein Erfahrungswissen über das Verhalten von Menschen in der Situation des Täters, wobei er normalpsychologische Täter als zusätzliche Referenz heranzieht.¹⁷⁷ Damit definiert der Richter das Maß, das dem Täter auferlegt wird, das man zur Vermeidung der Tat hätte erwarten müssen, und leitet davon sein normatives Urteil ab.¹⁷⁸ Damit weicht die Methode für den Juristen grundsätzlich nicht von seinen üblichen Tätigkeiten ab. Neu sind die zusätzlich eingebrachten Tatsachen wie das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung. Dieses geht in die Verhandlung nun

¹⁷⁴ BGH NJW 1983, 350; RGSt 67, 251, 252; Schöch 1983, S. 333, 339

¹⁷⁵ Krümpelmann 1976, S. 6, 32 f.; Roxin 2006, S. 861

¹⁷⁶ Boetticher et al. 2005, S. 59 ff.

¹⁷⁷ BGH StV 1990, 302

¹⁷⁸ vgl. BGHSt 8, 113, 124; 49, 45, 53; Lackner u. Kühl 2004, § 20 Rn 13; Lenckner u. Perron 2006, § 20 Rn 26

neu ein und wird vom Richter eigenständig gewichtet. Diese neuen Tatsachbestände heben keinesfalls ein an der Schuld orientiertes Strafrecht aus den Angeln¹⁷⁹, solange Richter und Gutachter intensiv zusammenarbeiten und bei den Abwägungen die Grundlagen beider Fächer wirksam werden¹⁸⁰. Für die Richter fehlt derzeit eine Art Ordinalskala für die Zumutbarkeit des rechtmäßigen Verhaltens im Einzelfall¹⁸¹. Nimmt man jedoch die Art der Störung, so reduziert die Psychopathologie die Erwartung normativen Handelns. Diese Differenz entsteht aus der Lebenserfahrung, dass ubiquitäre Abweichungen auf normalpsychologischer Grundlage existieren. Diese folgen oft weit verbreiteten Zornaffekten, Triebregungen oder anderen Psychopathologien, bleiben dennoch „normal“.¹⁸² Wenn diese konstitutionell oder aus anderen Gründen besonders ausgeprägt und von besonderer Intensität sind, dann gestalten sie den Unterschied nicht nur zum Normalmaß des Verhaltens der Menschen, sondern im Betrag auch die Reduktion der Zumutbarkeit des normativen Verhaltens. Der psychiatrische Gutachter wird erst angefragt werden, wenn der Betroffene oder die Umgebung darunter leiden.¹⁸³ Demnach sind diese Menschen für den Juristen und den Psychiater Ausnahmerscheinungen der Invarianten normalpsychologischer Daseinsformen. Aus dieser Logik versteht sich die Ausnahme der Schuldunfähigkeit im Katalog des §20 StGB.¹⁸⁴ Der gesunde Mensch verfügt im Normalfall über die Fähigkeit, den Verführungen zu Straftaten zu widerstehen. Diesen zu widerstehen ist zumutbar und Pflicht des Einzelnen.¹⁸⁵ Aus dieser Logik heraus reichen leichtere Störungen (wie auch Hirnschädigungen und Intelligenzmängel) nicht, um eine Strafminderung zu begründen.¹⁸⁶ Daraus begründet sich auch die Einzelfallprüfung der Bezüge des verletzten Rechtsgutes, Art und Schwere der Störung und die Beziehung dieser Elemente zum Tatzeitpunkt zueinander.¹⁸⁷ Je normaler der Täter und je näher seine Psychopathologie sich am Normalmaß bewegt, desto unwahrscheinlicher wird die Frage einer Schuldminderung sein, jedoch bedarf dies des Abgleichs der Realität

¹⁷⁹ BGH NJW 1983, 350

¹⁸⁰ Stratenwerth u. Kühlen 2004, S. 198; Schöch 2005, S. 1386 f. Schöch 2006, § 20 Rn 89 ff.

¹⁸¹ Jähnke 1993, § 20 Rn 18

¹⁸² Jakobs 1991, S. 534

¹⁸³ SaB 1987, S. 14

¹⁸⁴ Jähnke 1993, § 20 Rn 18

¹⁸⁵ BGHSt 14, 30, 32; 23, 176, 190

¹⁸⁶ BGH NJW 1983, 350

¹⁸⁷ BGH NJW 1966, 1871; Blau 1989, S. 109, 118; Jähnke 1993, § 20 Rn 18

zum Tatzeitpunkt, weshalb auch hier kein Schema abzuleiten ist.¹⁸⁸ Das Gericht begrenzt die Schuldminderung auf die schwereren Ausprägungen psychischer Störungen.¹⁸⁹

Ein Aspekt ist auch die Art, wie die Störung entstanden ist. Dabei unterscheidet man Schicksal und Verursacher. Wenn eine Störung verursacht wird, so fordert man von diesem erheblich höhere Anstrengungen, die schädlichen Folgen zu vermeiden, als wenn es sich um ein schicksalhaftes Geschehen handelt.¹⁹⁰ Eine Fremdverursachung wird in den Bereich des Notstandes (§ 35 StGB) gerückt und es wird auf die Risikoverteilung beim Affekt hingewiesen.¹⁹¹ Dieser Aspekt ist vor allem bei Körperverletzungen im Bereich alkoholbegleiteter Straftaten bedeutsam. Bei einem Alkoholrausch bleibt dieser Aspekt jedoch hinter der Erwartung zurück, da der Rausch selbst verursacht ist. Dies gilt auch bei einer Betäubungsmittelkriminalität, bei der die einfache Abhängigkeit zu keiner Schuld-minderung führt.¹⁹² Jedoch zählt auch hier die Gesamtwürdigung, bei der die Psychopathologie lediglich einen Tatsachbestand darstellt.¹⁹³

Für die Dimensionalität der „erheblichen Verminderung“ der Steuerungsfähigkeit bietet sich folgender Algorithmus bei der Quantifizierung an.¹⁹⁴

1. Definition des Maßes (Normalmaß), das man vom normalen Durchschnitt der Bevölkerung erwarten kann. Dieses Maß ist in seinem akzeptierten Streuungsmaß und dem Cut – off zu erklären. Das Spielmaß der Abweichung unterscheidet sich auch im Rahmen der Schwere des Deliktes.
2. Darstellung der Art und des Ausmaßes (Psychopathologie), in der sich der Täter in seiner Steuerungsfähigkeit vom Normal der Bevölkerung abhebt. Als Richtwert orientiert sich die Rechtsprechung an den Dimensionen des Alkoholrausches genutzt.
3. Die erhebliche Steuerungsminderung wird angenommen

¹⁸⁸ BGH StV 1990, 302; vgl. femer BGHR StGB § 21 seelische Störung 14; Meyer 1976, S. 46, 48

¹⁸⁹ Stratenwerth u. Kühlen 2004, S. 201

¹⁹⁰ Jakobs 1991, S. 509 ff.

¹⁹¹ vgl. BGHSt 11, 20, 26

¹⁹² Jähnke 1993, § 20 Rn 1

¹⁹³ Streng 2003, § 20 Rn 15 unter Verweis auf BGH NSStZ 2001, 82; StV 2001, 228, 230; BGHSt 43, 66, 77

¹⁹⁴ Roxin 2006, S. 904

- a. bei einfachen Delikten ab 2‰ Blutalkoholkonzentration
- b. bei Tötungsdelikten und anderen schweren Gewaltdelikten ab 2,2‰ Blutalkoholkonzentration

Hier erkennt man den Unterschied zwischen der verminderten Steuerungsfähigkeit und dem Modell des Verbotsirrtums (§ 17 Abs. 2 StGB). Die Steuerungsminderung kommt nur bei bestehender Einsicht in Frage und zeigt den Exekutivmangel auf. Damit handelt es sich um einen Mangel in der Umsetzung der Einsicht, der sich dann dekupierend auswirken kann.¹⁹⁵ Diese Einschätzung verleiht den §§ 20, 21 StGB eine Eigenständigkeit, die sich auch darin ausdrückt, dass mit ihr die Möglichkeit der Verhängung der Maßregeln gem. §§ 63, 64, 69 StGB eröffnet wird.¹⁹⁶ Die Voraussetzung der verminderten Steuerungsfähigkeit (Anwendung des § 21 StGB) ist die vorhandene Einsicht.¹⁹⁷ Der Richter kann im Rahmen der Normen die Strafe nur im Rahmen des § 49 Abs. 1 StGB mildern, muss dies allerdings nicht. Dieser Aspekt der „Kann“ – Bestimmung wird im Rahmen einer Rechtsmeinung im Widerspruch zum Schuldprinzip der Verfassung gesehen.¹⁹⁸ Dabei knüpft man daran an, dass eine erhebliche Schuldinderung nur dann erfolgen kann, wenn der Täter eine erhebliche vorbestehende Schuld aufweist.¹⁹⁹ Aus dieser Logik heraus kann eine Schuldinderung nur bei schwerer Schuld und damit bei schwergradigeren Delikten erfolgen. Eine andere Rechtsmeinung kritisiert das Ermessen der Richter und fordert, den Verzicht auf Minderung nicht nur auf Ausnahmen zu begrenzen,²⁰⁰ sondern als Regel vorzusehen.²⁰¹ In den letzten Jahren nahm die Zahl der Dekulpierungen um mehr als das 2,5 fache zu. Diese Zahl ist am ehesten dem veränderten Umgang zugunsten der Anwendung des § 21 StGB mit den „schweren anderen seelischen Störungen“ und hier besonders auch der häufigeren Anerkennung abweichenden Sexualverhaltens als Paraphilien zuzuschreiben.²⁰²

¹⁹⁵ Vgl. Roxin 2006, S. 905; Lenckner u. Perron, § 21 Rn 7

¹⁹⁶ Schreiber u. Rosenau 2004, S. 79

¹⁹⁷ Jähnke 1993, § 21 Rn 4; BGH NSZ 1990, 333

¹⁹⁸ BVerfGE 50, 10

¹⁹⁹ Schreiber u. Rosenau 2004, S. 79

²⁰⁰ Foth 2000, S. 97 ff.; dagegen BGH NJW 2004, 3350, 3351

²⁰¹ Lenckner u. Perron 2006, § 21 Rn 14 mwN; ders 1966 § 22 AE-StGB

²⁰² Rasch u. Konrad 2004, S. 52 ff.; Nedopil 2000, S. 81 ff., 164 ff.

Im Rahmen der überlasteten Maßregelkliniken fordert man die vorsichtiger Handhabung der Dekulpierung nach § 21 StGB. Auch die Veränderung der rechtlichen Grundlagen bei der Anwendung der Maßregel wird sich in diese Richtung auswirken. Dies berücksichtigt, dass eine nicht ausschließbare erhebliche Steuerungs-minderung auch die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus ermöglichen soll.²⁰³ Hier helfen auch die Klassifikationssysteme des ICD- 10 oder das DSM-V nicht, da diese ursprünglich für wissenschaftliche Studien entwickelt, hier schon zur Abrechnung von Leistungen genutzt wurden, jedoch keine Zielstellung im forensischen Bereich erfüllen. Dies wird insbesondere bei den Diagnosen Paraphilie, dis-soziale Persönlichkeitsstörungen und Borderlinestörungen deutlich. Wenn man Straftäter nach Diagnosen untersucht, so zeigen 35,2% eine dissoziale, 18,1% eine Borderlinestörung und insgesamt 43,8% eine Persönlichkeitsstörung.²⁰⁴ Ein ähnliches Ergebnis erzielte man bei der Diagnose von Inhaftierten im offenen Vollzug, dort hat man bei 50% eine Persönlichkeitsstörung festgestellt.²⁰⁵ Die Erheblichkeit für die forensische Fragestellung ergeht nur sehr bedingt aus diesen Fragestellungen. Andererseits ist es auch nicht nachvollziehbar und schafft eher eine Verfassungsfrage, wenn die Schweredefinition am Ergebnis der Belegung der Maßregelkliniken ausgerichtet wird. Nicht selten beklagen diese Kliniken die Überbelegung und verknüpfen dieses mit einem laxem Umgang mit der Schweredefinition und implizieren damit eine Verschärfung dieses Prozesses. Die Frage der Erheblichkeit hat sich an der Psychopathologie und an den Normen zu orientieren und weniger am Opportunismus der Klinikbelegung. Analog kann man fordern, Straftäter nicht mehr zu verurteilen, um die Kosten des Justizvollzugs zu mindern, was durchaus auch geschieht (z.B. bei der Frage der Freigabe von Drogen).

„Was in den Niederlanden und anderen Ländern der Welt nicht geahndet wird, gilt in Deutschland als Straftat: Wer Cannabis besitzt oder nach dem Cannabis-Konsum Auto fährt, muss mit Führerscheinentzug, Geldstrafen oder sogar einer Freiheitsstrafe rechnen. Pro Jahr kommen hierzulande ungefähr so viele Cannabis-Delikte zustande wie Wohnungseinbrüche – Polizisten und Richter sind gut beschäftigt.

²⁰³Reformprojekt der Bund-Länder-Arbeitsgruppe bei der 74. Justizministerkonferenz, Juni 2003

²⁰⁴ Marneros et al.2002, S. 75

²⁰⁵ Frädlich u. Pfäfflin 2000, S. 95 ff.

Könnte eine Legalisierung die Justiz entlasten? Und würde eine Aufhebung des Cannabis-Verbots den Konsum reduzieren, weil der Reiz des Verbotenen wegfiel? Bringt eine Legalisierung dem Staat am Ende sogar mehr Geld?''²⁰⁶

Nicht selten findet man beim Täter mehrere Diagnosen (z.B. Doppeldiagnose einer Schizophrenie und Drogenabhängigkeit).²⁰⁷ Jedoch stellen schon die Kombination einer Suchterkrankung und der jeweilige Rausch eine derartige Situation da. Diese kombinieren sich nicht selten zusätzlich mit einer Persönlichkeitsstörung.²⁰⁸ Das stellt für die Beurteilung kein wirkliches Problem dar, wenn man das Problem von den Funktions- und Fähigkeitsstörungen aus betrachtet.²⁰⁹ Es gibt weiterhin Kombinationen von Intelligenzminderung und Depression, krankhaften seelischen Störungen und Alkoholeinfluss,²¹⁰ Bluthochdruck, Diabetes und Belastungsstörungen mit psychischen Erkrankungen.²¹¹ Im formalen Recht zur De- und Exkulpierung fokussiert man gerne auf ein Eingangsmerkmal, wobei die anderen Merkmale die Dimension erhöhen können.²¹² Damit erhöht bei der Grundlage einer krankhaften seelischen Störung eine Abhängigkeitserkrankung oder andere seelische Störung die Schwere der Störung.²¹³ Dahingehend wäre eine einstufige Beurteilung ohne Eingangsmerkmale, die sich nur auf die psychopathologisch begründete Funktions- und Fähigkeitsstörung für die De- und Exkulpierung beschränkt, eine Vereinfachung des Vorgehens.²¹⁴ Aufgrund von Vorbehalten gegenüber der nicht ausreichend präzise eingeschätzten Psychopathologie fürchtet man eine Einbuße an Rechtssicherheit.²¹⁵ Dem widerspricht jedoch, dass für die Schwerebewertung weniger eine zweite Diag-

²⁰⁶ Was bringt eine Legalisierung? | Quarks & Co | 12.04.2016 | 02:33 Min. | WDR, Stand: 12.04.2016, 13:00, in: <https://www1.wdr.de/fernsehen/quarks/wasbringteinelegalisierung100.html>, Zugriff am 12.08.2018

²⁰⁷ Streng 2004, S. 614 ff.

²⁰⁸ Nedopil 2000, S. 100

²⁰⁹ Verrel 1995, S. 107 f.; Marneros et al. 2002, S. 87 f.

²¹⁰ z. B. BGHSt 44, 338, 344, 369, 375; BGH NSStZ 2004, 197; Streng 2004, S. 614 ff; BGHR § 21 StGB

²¹¹ BGH NSStZ 2003, 363 f.

²¹² BGHSt 34, 59, 62; BGH StV 1989, 14; StV 2003, 73; StV 1990, 544

²¹³ Streng 2004, S. 616

²¹⁴ vgl. Roxin 2006, S. 888; Tröndle u. Fischer 2006, § 20 Rn5; Schild 2005, § 20 Rn 21

²¹⁵ vgl. Roxin 2006, S. 888; Streng 2004, S. 620

nose als die Psychopathologie und die damit verknüpfte Funktionsstörung herangezogen wird.²¹⁶ Eine Relevanz hat die Komorbidität jedoch für die Zuordnung der Maßregel. Dies gilt vor allem für die substanzgebundene Suchterkrankung („Hang“), die die Anwendung einer Maßregel gem. §64 StGB möglich macht. Auch können erheblich schulderhöhende Merkmale dadurch relativiert oder präzisiert und in das Gesamtbild eingepasst werden.²¹⁷ Wenn beispielsweise eine Rauschtat besteht und ein Hang hinzukommt, so relativiert der Hang die sonst angenommene Ablehnung der Strafraumenverschiebung (§ 323 StGB).²¹⁸ Dies gilt auch im Rahmen eines zum Hang hinzukommenden organisch bedingten Psychosyndroms, wenn die Psychopathologie nicht im Wesentlichen auf dem Hang beruht (z.B. Anwendung des § 323 a StGB).²¹⁹ Führt jedoch das organische Psychosyndrom dazu, dass er aus den persönlichen Kenntnissen und Fähigkeiten die erhöhte Rauschgefahr und deren Folgen nicht überschauen konnte oder sich nicht danach verhalten, dann liegt der subjektive Tatbestand nicht mehr vor.²²⁰

²¹⁶ Roxin2006, S. 886; Streng 2004, S. 617; BGH NStZ 1996, 380

²¹⁷ BGH NJW 2004, 3350 ff.; Streng 2004, S. 617;

²¹⁸ BGH NStZ 2003, 480 ff.; BGHSt 49, 239 ff.; Tröndle u. Fischer 2006, § 21 Rn 25 a; BGHStV 2005, 495; BGHR StGB § 21, 32, 33; Lackner u. Köhl 2004, § 323 a Rn 1

²¹⁹ BGHSt 26, 363 ff.

²²⁰ BGHSt 26, 363, 366; BGH StV 1997, 29; Tröndle u. Fischer2006, § 323 a Rn 16

Kapitel 3: Spezieller Teil, Krankheitsbilder

Endogene Psychosen

Gemeinsam ist diesen Erkrankungen das Postulat einer somatischen Ursache.

Die Gruppe umfasst Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises (inkl. diverser Formen der Schizophrenie, wahnhafte Störungen und Halluzinationen, Alkoholhalluzinose und alkoholischer Wahn), des affektiven Formenkreises (inkl. Schwere Depressionen, Bipolare affektive Störungen).²²¹

Wahnhafte Störungen wie ein Eifersuchtswahn oder andere psychoeähnliche Wahnentwicklungen (Querulantenwahn), die keine somatischen Ursachen haben, gehören dagegen zur „schweren anderen seelischen Störung“.²²²

Die Gruppe schizophrener Erkrankungen:

Bei diesen Erkrankungen wird eine somatische (hirneigene) Ursache postuliert. Belege dafür finden sich in diversen Hypothesen, die auf eine genetische Basis hinweisen (Zwillingsstudien). Man findet auch strukturelle Abweichungen in den Anordnungen der Nervenzellen (Migrationshypothese der Pyramidenzellen) oder neurochemische Auffälligkeiten (Dopaminhypothese, d.h. Überaktivität dopaminerger Signalübermittlung, Serotoninhypothese). Die Auftretenshäufigkeit (lebenszeitlich in der Bevölkerung, Prävalenz) der Erkrankung liegt bei 0,5 bis 1%. Davon wird nur jeder Zweihundertste in Deutschland in einem psychiatrischen Krankenhaus gemäß § 63 StGB (0,025-0,05 %) untergebracht. Man geht heute jedoch – wie bei vielen psychischen Erkrankungen - von einer multimodalen Ursache aus. Die Genetik führt ihrerseits zu einer besonderen Vulnerabilität für prä-, peri- und postnatale Schädigungen. Die Resultante vieler Ursachen zeigt sich in motivationalen und neurokognitiven Defizite wie Schwächen in der selektiven Aufmerksamkeit bzw. Filterfunktion für irrelevante Informationen sowie einen signifikant reduzierten Hirnstoffwechsel insbesondere im Frontalhirnbereich. Gerade diese können gewalttätiges Verhalten im Rahmen einer produktiv-psychotischen Episode mit verursachen.²²³

²²¹ Nedopil 2000, S. 131

²²² Schreiber u. Rosenau 2004, S. 64

²²³ FervahaG, Foussias G, AgidO, RemingtonG(2014), S. 243–256

Allgemein zeigen an Schizophrenie erkrankte Menschen ein vier bis fünffach erhöhtes Risiko für Verurteilungen wegen Gewalttaten oder für ein aggressives Verhalten.²²⁴ Oft findet man schon vor der Erstdiagnose Aggressionen (in 28 % der Fälle) im Leben der Erkrankten²²⁵. Einer Unterbringung in der Maßregel geht die Erstmanifestation der Erkrankung durchschnittlich zehn Jahre voraus.²²⁶ Besonders gefährträchtig sind junges Alter, männliches Geschlecht, Zwangsunterbringung bei Erstmanifestation, Mehrfachaufnahmen, selbstschädigendes sowie fremd aggressives Verhalten und Substanzkonsum in der Anamnese.²²⁷ Das Delinquenzspektrum ist grundsätzlich breit, Vorrang haben allerdings Gewalttaten. Dabei werden die Opfer selten zufällig ausgewählt (12%), oft findet man Opfer aus dem Kreis der Angehörigen oder Helfer (z. B. Betreuer, Pflegepersonal, Ärzte). Alleine die Doppeldiagnose Schizophrenie und Substanzkonsum verdoppelt das Gewaltisiko²²⁸. Bei einer zusätzlichen antisozialen Vorpersönlichkeit steigt das Risiko noch um ein Weiteres.²²⁹ Innerhalb dieser Gruppe lassen sich nochmals drei Untergruppen differenzieren:

- Individuen mit einer im Kindesalter beginnenden Störung des Sozialverhaltens, die sowohl vor als auch nach Ausbruch der Schizophrenie antisoziales und aggressives Verhalten zeigen,
- Individuen ohne Vorgeschichte von Verhaltensproblemen, die mit Ausbruch der Erkrankung aggressives Verhalten zeigen,
- Individuen, die nach vieljährigem Krankheitsverlauf erstmalig schwere Gewalttaten begehen.

Die schizophrenen Erkrankungen (ICD-10: F20) werden anhand der zeitlichen Querschnitts- und Längsschnittsymptomatik in Gruppen unterteilt. Dazu zählen:

- **Hebephrene Schizophrenie:** Die Betroffenen neigen zu einem früheren Krankheitsbeginn, meist in der Jugend oder im jungen Erwachsenenalter. Vorrangig zeigen die Betroffenen bizarre und uneinführbare Emotionen (Affekt) mit vor allem situationsinadäquatem läppisch – heiterem Affekt und desorganisiertem Denken. Wahn und Halluzinationen stehen eher nicht

²²⁴Hodgins S, Müller-Isberner R (2014)

²²⁵ Winsper C, Ganapathy R, Marwaha S, Large M, Birchwood M, Singh SP (2013)

²²⁶ Kutscher S, Schiffer B, Seifert D (2009):91–96.

²²⁷ Kutscher S, Schiffer B, Seifert D (2009): 255–268.

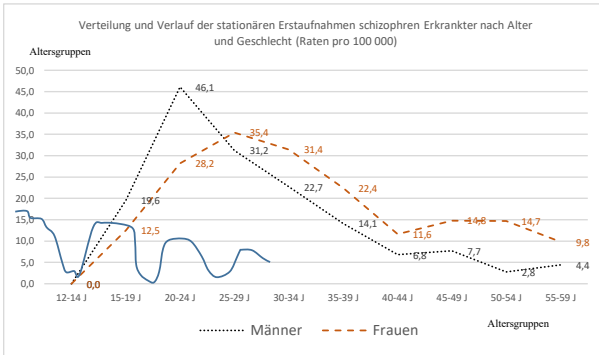
²²⁸ Short T, Thomas S, Mullen P, Ogloff JR (2013):306–313

²²⁹ Maier W, Hauth I, Berger M, Saß H (2016):273–274.

im Vordergrund, im Verlauf kommt es zu einem sekundär autistischen Wesenswandel mit einer schweren sozialen Isolierung. Forensisch bedeutsam sind die Desorganisation der Persönlichkeit und der soziale Abstieg. Gerade diese Gruppe an Patienten zeigt besonders häufig eine Komorbidität mit einer Drogen- und Alkoholabhängigkeit.

- **Paranoide Schizophrenie:** Diese Gruppe zeichnet im Kern der durchgehende Wahn (Paranoia) und begleitend akustischen Halluzinationen aus. Diese führen ihrerseits zu einer Verstimmung (Affektstörung), wobei hier eine morose und aggressive Grundtönung, aber auch eine verminderte Schwingungsbreite typisch ist. Daneben wird der Antrieb häufig beeinträchtigt. Motivational reagieren die Betroffenen oft im Rahmen eines Grundlagenirrtums und folgen ihren innenweltlichen Trugvorstellungen und – Wahrnehmungen, aus denen sich Ängste und Aggressionen entwickeln können. In Einzelfällen führen diese Symptome zu schweren Körperverletzungen bis hin zu Tötungen.
- **Katone Schizophrenie:** Bei katatonen Verlaufsformen dominiert die Psychomotorik und die Willensbeeinträchtigung. Dabei kommen bei der Psychomotorik beide Pole zur Geltung, die Erregung (Proskinesen, Automatismen, Parakinesen, Echophänomene, Stereotypien) und die Erstarrung (Stupor, Katalepsie, Negativismus). Häufig bestehen massive Ich – Störungen (Störung der Meinhaftigkeit, im Sinne dessen, dass Handlungen/ Unterlassungen der eigenen Person zugeschrieben werden und nicht fremdbestimmt sind). Heute sieht man die Symptomatik nur noch selten in voller Ausprägung. Die Gefahr entsteht meist im Rahmen des Weglassens der Medikamente und der plötzlichen explosiblen Gewalt. Motorische Blockaden (Stupor) sind eher Gegenstand der gegenwärtigen Eigengefährdung und begeben bisweilen dem Betreuungsrichter.
- **Schizophrenia simplex:** Diese Gruppe der Erkrankten ist besonders schwer zu erkennen. Diese zeigt im Grund ein reines Residualsyndrom (anderer Begriff „Defektsymptomatik“) mit einem kontinuierlichen Verlust des Antriebs und Einebnung des Affekts (Emotionen). Wahn und Halluzinationen stehen weit im Hintergrund, dominiert wird das Bild durch ein Versanden aller Leistungen.

Die Erkrankungen zeigten im Beginn mehrere Gipfel, der erste liegt in der späten Adoleszenz, der zweite in der dritten Dezime und ein kleiner Gipfel in der ersten Hälfte der vierten Dezime. Psychosen während der dritten Dezime sind nicht selten durch ein einmaliges Auftreten gekennzeichnet und hinterlassen nach dem Abklingen kaum Spätfolgen. Man geht heute von 30 % Heilung aus, wobei diese Gruppe in einer alternativen Zuordnung oft unter den „cycloiden Psychosen“ eingeordnet wird.

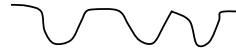


Es gibt daneben Verläufe mit schubförmigen Verläufen, die zunehmende Persönlichkeitsveränderungen zeigen²³⁰.

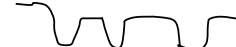
Singuläre Episode mit vollständiger Remission



Mehrfache Episoden mit zwischenzeitlicher vollständiger Remission



Mehrfache Episoden mit zwischenzeitlichem konstantem Residuum



Schubförmiger Verlauf mit progressivem Residuum



Forensisch ist die Frage nach den psychosozialen Auswirkungen der Erkrankung maßgeblich. So gibt es Verläufe, die bereits nach dem ersten Schub erhebliche überdauernde Veränderungen im Persönlichkeitsgefüge hinterlassen (Schub), andere erst

²³⁰ Ciompi, L. (1976)

Jahre später. Die Erkrankten zeigen die Symptome bei durchgehender Bewusstseinsklarheit. Entscheidend ist die Floridität, dies meint das Ausmaß der Desintegration von Denken, Fühlen, Wollen und Sich-Äußern. Die Betroffenen fallen im Kontakt oft schon durch ein Auseinanderklaffen zwischen Anlass und Affekt auf (Parathymie, z.B. Lachen am Grab). Die Betroffenen stehen nicht selten unter dem Einfluss befehlender (imperativer), beleidigender oder kommentierender Stimmen, Missempfindungen im Körper (bizarre Vorstellungen, dass sich der Körper verändert, dass irgendetwas im Körper herumwandert, dass eine Bestrahlung stattfindet, i.S. von Coenästhesien), eines Gedankenzugs oder eines oktroyierten Willens (z. B. Strahlen, Beeinflussung über Radio oder Fernseher). Dem fühlen sich die Betroffenen ausgeliefert. Das von außen Gemachte kann zu unterschiedlichsten Fehlhandlungen führen, wie sonderbare Gewohnheiten, plötzliche raptusartige Sprünge aus einem Fenster oder eine Fugue – Symptomatik in Form eines Mit- dem -Auto -durch -die -Stadt -rasen. Der Mensch lebt damit in seinem Wahn, der ihm zum Handeln außerhalb dessen jede Freiheit nimmt. Dabei kann es zu einem zerfahrenen Denken kommen (unnachvollziehbare Zusammenhänge im Denken), zu Gedankenabbrüchen, Paralogik, bis hin zu Begriffsneuschöpfungen, Wortsalat oder nur noch pulsatile Lautäußerungen (Neologismen, Begriffsverschiebungen, - Kontaminierungen, Schizophasie, Iterationen). Diese Kranken begegnen uns als verwirrt, konfus, neben sich stehend. Der Wahn ist für Außenstehende nicht korrigierbar, unnachvollziehbar, in seinem Inhalt falsch, für den Betroffenen aber absolut logisch, richtig und evident²³¹. Der Wahn bestimmt sodann die Grundlagen des Handelns. Im Größenwahn werden Haltungen beim Anderen gefordert, man agiert als Gott, als Erlöser usw.. Daneben gibt es andere Inhalte wie einen Liebeswahn, der zum Stalking, oder einen Verfolgungswahn, der zu plötzlichen kontraphobischen Angriffen mit extremer Gewalt führen kann. Akustische befehlende Halluzinationen werden als „echte“ Stimmen vernommen und können die Tötung eines Menschen anordnen (z. B. „Bring ihn um!“). Hier kann die dabei parallel gehende affektive Abflachung den Simulanten vom Kranken unterscheiden helfen. Ein Halluzinierender richtet bisweilen seinen Blick auf die außen wahrgenommenen Stimmen, halten bisweilen inne, usw.. Insgesamt ist es für einen Ungeübten sehr schwer, diese Symptome vor einem erfahrenen Psychiater zu simulieren.

In der Regel werden Psychosen heute multimodal behandelt. Darunter versteht man eine Kombination aus:²³²

- (Biologisch) antipsychotischer Pharmakotherapie

²³¹ Huber (1994), 272 ff.

²³² Hodgins S, (2004):245–250

- Psychotherapie
- (Soziotherapie) Arbeits- und Soziotherapie
- (Forensische Behandlung) Reduzierung der kriminogenen Risikofaktoren

Dabei führt die Unterbringungsdauer zu einer positiv zu wertenden Personal Konstanz, einem einheitlichen Setting und intensiver Behandlung. Die Gefahr ergibt sich jedoch nicht selten bei einem schlechten Ansprechen oder Verweigern der Medikation, dass sich die Behandlung lange hinzieht und der Patient zunehmend hospitalisiert und einer langen Freiheitsrestriktion unterzogen wird. Das Problem der Medikation liegt nicht selten darin, dass belegt wirksame Substanzen nicht nebenwirkungsfrei sind (z.B. Clozapin), deshalb sind diese Substanzen eher Reservepräparate.²³³ Nachteilig wirkt sich auch aus, wenn keine Depotform vorliegt. Heute werden zunehmend Substanzen in Depotform eingesetzt und zur Frage der Einnahmesicherheit oder Stoffwechselanomalien auch die Medikamentenspiegel kontrolliert (TDM= Therapeutisches Drug Monitoring).

Die Behandlung in der Maßregel folgt ebenso dem RNR – Prinzip (vgl. unten). Dabei sind Antisozialität, Substanzkonsum und Intelligenzminderung besonders zu beachten. Therapeutisch werden häufig folgende Methoden angewendet:

- metakognitives Training,
- kognitive Verhaltenstherapie nach Lincoln,
- kognitive Remediation,
- Adhärenztherapie

Bei der bedingten Entlassung (z.B. aus dem Maßregelvollzug) sind die gesicherte Medikation, Angehörigenarbeit und ein sozialer Empfangsraum mit Wohnung und Tagesstruktur sowie ein hilfegebendes Umfeld erforderlich. Hierbei muss frühzeitig ein spezielles Entlassmanagement durchgeführt werden (Zusammenarbeit mit Bewährungshilfe, Führungsaufsichtsstelle, forensischer Institutsambulanz und anderen sozialpsychiatrischen Einrichtungen, Stationäre Krisenintervention).

Ex- oder Dekulpierung bei schizophrenen Psychosen

Bei einem **akuten Schub** mit florider schizophrener Symptomatik liegt eine Exkulpierung nahe. Gerade bei einer Wahnsymptomatik oder massiven Halluzinationen, die mit der Tat in unmittelbarer Verbindung stehen, bietet sich dies an. Nicht

²³³ Brown D (2014):391–402;
Kraus JE (2005) 604–655

selten fehlt es an der Einsichtsfähigkeit, da die Betroffenen auf der Basis falscher Grundannahmen agieren. Delikte, die als direkter Ausdruck der psychotischen Plus-Symptomatik (Wahn, Halluzinationen) aufzufassen sind, fallen hier darunter. Auch die psychotisch bedingte Aggressivität von Schizophrenen (häufig Männer), die sich gegen vermeintliche Verfolger wehren und z. B. auf vorbeifahrende PKWs mit Stangen einprügeln, weil sie aus den Wagen Stimmen hören, wenn sie sich überhaupt in defensiver Position gegenüber überirdischen Kräften wähnen, agieren auf der Basis eines Irrtums hinsichtlich der Wirklichkeit.

Bei Betroffenen mit **leichten Residualzuständen** wird man seltener ex-sondern häufiger dekulpiert (aufgrund einer erheblich verminderten Steuerungsfähigkeit). Dies gilt prinzipiell auch für die bei chronisch schizophrenen Patienten zu beobachtende, Verwahrlosungskriminalität („Strafenschizophrenie“) mit Diebstählen, Zechbetrug usw..

Ein Täter, der hinsichtlich der Erkrankung **vollständig remittiert** ist, kann auch die volle Schuldfähigkeit zuerkannt bekommen, wenn das Delikt eine normalpsychologisch nachvollziehbare Entwicklung aus dem Leben des Betroffenen abbildet.²³⁴ Dabei muss die Möglichkeit einbezogen werden, dass frühere Straftaten schon im Zustand einer Psychose begangen wurden, diese nur in ihrem Kern nicht erkannt wurden.

In einem Fall eines versuchten Totschlags in drei Fällen urteilte das Landgericht zugunsten einer Gesamtfreiheitsstrafe von 10 Jahren. Die Tat bestand daraus, dass der 37-jährige Beschuldigte bei einer Fahrscheinkontrolle in der U-Bahn einen der Kontrolleure unvermittelt mit dem Messer attackiert und in den Rücken gestochen hatte. Danach ging er noch weitere Kontrolleure an und stach auf diese ein. Der Beschuldigte war obdachlos, einkommenslos und es bestand laut Gutachter eine „paranoid-halluzinatorischen Psychose mit episodischem Verlauf und residualer Wahnsymptomatik“. Zwei Jahre vor der Tat war die Erkrankung im Rahmen einer Strafverbüßung erstdiagnostiziert worden. Gutachter und Gericht sahen damit eine zwei-jährige Unauffälligkeit und einen „autistischen Rückzug (...) in eine wahnhaftgefärbte Gedankenwelt“ des Angeklagten. Es wurde die uneingeschränkte Schuldfähigkeit angenommen. Der BGH hob das Urteil auf. Man sah Indizien für ein tatbegleitendes Wahngeschehen. Dabei sei ein vorausgehendes „unauffälliges Verhalten kein Beweiszichen für eine intakte Einsichts- und Steuerungsfähigkeit.“²³⁵

²³⁴ Nedopil 2000, S. 128; Jähnke 1993, § 20 Rn 40

²³⁵ BGH NSz RR 2002, 202 f. Urteil vom 9. 4. 2002

Die Gruppe der Affektiven Psychosen und bipolaren affektiven Störungen (ICD-10: F3x)

Die Häufigkeit des Auftretens dieser Erkrankungen liegt geschlechtsunabhängig bei ca. 1%. Die rein affektiven Psychosen spielen bei der Straftatbegehung und vor allem im Maßregelvollzug eine eher untergeordnete Rolle.

Das kleinste gemeinsame Vielfache dieser Krankheitsgruppe ist der phasenhafte Verlauf. Damit handelt es sich in der Regel nicht um dauerhafte Zustände (eine Bedingung für die Anwendung des § 63 StGB). Man kann diese Erkrankungen gut behandeln. Die Unterbringung in einen psychiatrischen Krankenhaus (§ 63 StGB) wird somit meist nur bei einer Therapieresistenz oder fehlender Mitarbeitsbereitschaft eine Rolle spielen. Straftaten treten in der Regel nur bei chronisch gereizt/ enthemmt manischen Zuständen oder völliger Selbstüberschätzung auf. Auch bei dieser Krankheitsgruppe geht man von einer multifaktoriellen Genese aus, bei der genetische, biologische Faktoren in der Form einer Disposition und psychosoziale Gründe in der Frage der Auslöser eine Rolle spielen.

Die Formen der Erkrankung (Pole):

- **Depressiver Pol:** dies bezeichnet ein Herabgestimmtsein im Sinne einer Depression. Bereits vom Aspekt her begegnet man einem bewegungsarmen Kranken, der apathisch-düster verstimmt, angespannt, unfähig zur Entscheidung und zutiefst hoffnungslos bleibt. Die Betroffenen zeigen oft schwere Schlafstörungen mit Grübeln und Früherwachen sowie eine vor allem morgens betonte Bannung vor dem Tag („verbleibt am Morgen wie gelähmt im Bett, der Tag liegt wie ein Berg vor ihm“. Nicht selten gesellen sich schwere inhaltliche Denkstörungen im Sinne eines zur verzweifelten Stimmung passenden (d. h. synthymen) Wahns nach Art des Verschuldungs- oder Versündigungswahnes oder eines Krankheits- Wahns mit dem Glauben, von Tuberkulose, Krebs, HIV etc. nie mehr genesen zu können, hinzu. Von einer Wahnlogik bestimmt kann auch ein Melancholiker seine Familie im Rahmen eines erweiterten Suizides töten, weil er in seinem Verarmungswahn seine geliebten Angehörigen nicht in dieser grausamen Welt verelenden lassen will.
- **Manische Pol:** Die davon Betroffenen sind im günstigsten Falle ausgelassen, fröhlich, in allem euphorisch-enthemmt und extrem witzig; ihr Antrieb ist gesteigert, sie brauchen keine Erholung und kaum Schlaf. Nicht selten bestimmt die Getriebenheit das Bild und es gesellt sich eine aggressive, gezeigte, arrogante Grundhaltung hinzu. Wenn ein Maniker auf die Umgebung korrigierend einwirkt und einen Widerstand bemerkt, kann er massiv gereizt reagieren. Dabei kommt es rasch zu körperlichen Aggressionen.

Wer einen an einem Wahn Erkrankten verstehen will, der muss das Dasein des Wahnes als Denkprämisse akzeptieren. Viele Handlungen von Wahnkranken werden logisch, nachdem man einen gedanklichen Sprung in diese ganz andere Welt vollzogen hat.

- Gemischter Pol: die Delikte resultieren aus beiden vorbeschriebenen Polen.

Die Arten der Delikte folgen in der Regel dem Phasentyp der Affektstörung und dem Geschlecht. In der depressiven Phase finden wir am ehesten erweiterte Suizide (bei einem Selbsttötungsversuch werden die Kinder oder Partner mitgenommen) und Brandstiftungen, in den manischen Zuständen Eigentumsdelikte, Vandalismus, gefährliches Verhalten im Straßenverkehr, Körperverletzungen und sexuelle Grenzverletzungen. Vor allem in manischen Zuständen besteht eine erhöhte Aggressionsbereitschaft und im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ein 2,8- bis 5-fach erhöhtes Gewaltrisiko.²³⁶

Menschen mit einer bipolar affektiven Störung zeigen eine höhere Suizidgefahr als andere psychotische Erkrankungen.

Auch bei diesen Betroffenen finden sich prädiktive Faktoren, diese sind:²³⁷

- Notwendigkeit einer stationären Aufnahme im Rahmen der ersten beiden Krankheitsepisoden,
- Suizidversuche in der Anamnese
- diagnostizierte Drogen- und/oder Alkoholabhängigkeit,
- kriminelles Verhalten vor Diagnosestellung.

Auch zu dieser Krankheitsgruppe gibt es multimodale, leitliniengerechte Behandlungsstrategien. Diese sind:

- Psychopharmakotherapie: Stimmungsstabilisatoren, in depressiven Phasen Antidepressiva, zur Aggressionsreduktion atypische Neuroleptika (Risperidon und Quetiapin), zur Reduktion manischer Symptome (Olanzapin)²³⁸

²³⁶ Webb RT (2014):809–816;
Monk KM (2012) 283–290;
Maier W (2016)
Fovet T A (2015) 348–353;
Ballester J(2014):262–269

²³⁷ Webb RT (2014): 809–816

²³⁸ Masi G (2015):587–590

- Psychotherapie: interpersonelle und kognitive Verhaltenstherapie kombiniert mit psychoedukativen Maßnahmen.
- Forensische Behandlung: Zur Vermeidung von Delinquenz ist auch hier die Reduzierung der spezifischen Erkrankungsrückfälligkeit wichtig: geregelte Lebensführung, Sensibilisierung für Frühwarnzeichen, Alkohol- und Drogenabstinenz, Medikamentencompliance, kein Schichtdienst. Insbesondere muss die Behandlung einer komorbiden Abhängigkeitserkrankung ebenso erfolgen, wie die einer komorbiden Persönlichkeitsstörung.

Bewertung hinsichtlich der Ex- oder Deculpierung bei affektiven Psychosen

Generell kann man bei den Schizophrenen, schweren Depressionen und Manien davon ausgehen, dass normativ über eine Aufhebung der Einsichtsfähigkeit zu diskutieren ist, weil schizophrene und affektpsychotische Veränderungen tiefgreifend in die seelische Struktur eingreifen und ein Erfassen der tatsächlichen Verhältnisse häufig nicht mehr möglich ist. Die Anwendung des § 20 StGB ist in diesen Fällen dann gerechtfertigt.

Das Problem bei den affektiven Symptome und Erkrankungen (z.B. bei Affekterkrankungen) liegt darin, dass diese übersehen oder in ihren psychosozialen Auswirkungen unterschätzt werden.

Ein beschuldigter Beamter wird wegen einer versuchten Erpressung zu einer Freiheitsstrafe von einem Jahr verurteilt und seine Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus angeordnet. Beides wurde zur Bewährung ausgesetzt, führte jedoch zu beamtenrechtlichen Folgen. Das Landgericht hatte die Schuldunfähigkeit und auch die erhebliche Minderung der Steuerungsfähigkeit ausgeschlossen, da man „keine Manie im Sinne einer Psychose“ sah. Der 2. Senat des BGH hob das Urteil auf.²³⁹ Der Grund lag darin, dass bei einer schweren manischen (oder depressiven „Episoden“) es sich um Psychosen (affektive Störungen) handelt, bei denen die Aufhebung oder zumindest die erhebliche Verminderung der Steuerungsfähigkeit jedenfalls nicht fern liegt.²⁴⁰

²³⁹ BGHSt 46, 257, 260: Beschluss vom 10. 1. 2001

²⁴⁰ Nedopil, 2000, S. 135

Organische bedingte (einschließlich symptomatischer) psychische Störungen (F0x.x)

Die Häufigkeit (im Sinne der Prävalenz)²⁴¹ dieser Erkrankungen beträgt in Deutschland etwa 2,7%. Hier handelt es sich um Störungen, die nachweisbar auf himorganischen Ursachen beruhen. Wie jedes andere Organ kann auch das Gehirn für sich isoliert erkranken und geschädigt werden.

Dazu gehören **Primäre Erkrankungen** des Gehirnes („organische psychische Störung“):

- Die größte Gruppe umfasst die verschiedenen Formen von Demenzen (in Deutschland ca. 1,5 Mio. Betroffene). Bekannteste Erkrankung ist die Alzheimer-Krankheit. Dazu zählen auch himorganisch bedingter Persönlichkeitsabbau im Sinne der Demenz (Hirnarteriosklerose, Hirnatrophie oder krankheitsbedingter – nicht angeborener – Intelligenzminderung; „Altersintelligenzminderung“)²⁴²
- Akute himorganische Störungsbilder (z. B. Delir nach Alkohol-/Drogenkonsum oder nach medikamentöser Überdosierung, Vergiftungen, akute Verwirrheitszustände nach Operationen /im Alter) und chronische himorganische Störungsbilder; hierunter versteht man dauerhafte Verhaltensauffälligkeiten (organische Persönlichkeitsstörung oder Wesensänderung z. B. bei einer Epilepsie oder nach einer schwerwiegenden Schädel- Hirnverletzung, Infektionspsychosen z. B. progressive Paralyse, Enzephalitis oder Meningitis).²⁴³
- **Sekundär hirn beteiligende Erkrankungen** („symptomatische psychische Störung“): himorganische Schädigungen infolge längeren Drogenkonsums und Intelligenz- und Persönlichkeitsabbau bei chronischen Alkoholikern sowie körperliche Abhängigkeit von psychotropen Substanzen, reversible Intoxikationspsychosen in Form der Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenintoxikation. Darunter zählen jedoch auch Schädigung des Gehirnes in Folge somatischer Erkrankungen wie Erkrankungen des Herzens, der Lunge, des Blutdrucks, Blutarmut (Sauerstoffmangel im Gehirn), Vergiftung, bei Infektionskrankheiten, vielen inneren Erkrankungen Stoffwechselleiden (z.

²⁴¹ Tölle R (2014) S. 272

²⁴² vgl. BGH NSZ 1983, 43; StV 1989, 102 f.; 1994, 14, 15

²⁴³ Epilepsie: vgl. BGH NJW 1995, 795 zum Verschulden und zur Einsichtsfähigkeit eines Epileptikers bei einem von ihm verursachten tödlichen Verkehrsunfall

B. Urämie, Diabetes), Hormonstoffwechselstörungen (z. B. Schilddrüsen- und Nebennierenrindenhormone).

Die Ätiologie dieser psychischen Störungen umfasst nachweisbare zerebrale Krankheiten, Hirnverletzungen oder andere Schädigungen, die zu einer Hirnfunktionsstörung führen. Deshalb kann die Diagnose über die Psychopathologie hinaus in der Kombination von bildgebenden Verfahren (Computertomographie (CT), Magnetresonanztomographie (NMR) und Liquorpunktion (= hirnumgebende Flüssigkeit)) erfolgen. Die Psychopathologie der Hirnleistungsstörungen besteht häufig aus Aufmerksamkeits-, Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen, gesteigerter Impulsivität, Reizoffenheit und Reizbarkeit sowie verminderter Affektkontrolle.

Organische psychische Störungen gehen mit einem höheren Delinquenzrisiko einher. Dies betrifft vor allem Enthemmungsdelikte wie Gewalt- und Sexualdelikte. Die Anfallskranken zeigen eher ein geringeres Deliktrisiko, bei erworbenen Hirnschädigungen vergesellschaftet sich nicht selten ein Suchtmittelkonsum zur organischen Diagnose.²⁴⁴ Im Fall von Abhängigkeitskrankheiten zeigen sie vermehrt Suchtmittelrückfälle, aber auch höhere prämorbid Auffälligkeiten.²⁴⁵ Damit wird bei der Deliktbeurteilung gehäuft die Komorbidität (Kombination aus Störungen) eine Rolle spielen.²⁴⁶ Im Maßregelvollzug findet man ca. 10% Patienten mit dieser Störung, dann jedoch nicht selten mit Straftaten gegen die körperliche Unversehrtheit, sexuelle Selbstbestimmung, Eigentumsdelikte und Brandstiftung.²⁴⁷ Inwieweit dies Ausdruck dessen ist, dass viele dieser Betroffenen bei mittleren Delikten eher eine Verfahrenseinstellung erhalten und in Betreuungseinrichtung über das Betreuungsrecht eingewiesen werden, ist nicht klar. Eine automatische verminderte oder aufgehobene Schuldfähigkeit kann jedoch auch hier nicht unterstellt werden. Das Leistungsvermögen ist grundsätzlich klinisch zu bestimmen. Hier können eine Labordiagnostik oder andere medizinische Diagnosemethoden nur bei besonderer Begründung Einsatz finden. Aufgrund der Bedeutung des Alkohols als „kriminologisch bedeutsamste Droge“ wird diese in einem besonderen Abschnitt behandelt. Zunehmend wird auch der akute Drogenrausch bedeutsamer, ebenso Intoxikationen durch zentral wirksamen Medikamente (z. B. Benzodiazepine, morphinhaltige Medikamente, Neuroleptika). Diese Erkrankungen werden den **krankhaften seelischen Störungen** zugeordnet.

²⁴⁴ Fazel S (2009)

²⁴⁵ Grekin ER (2001): 1099–1104

²⁴⁶ Kröber HL (2009): S321–337

²⁴⁷ ceus consulting/FOGS (2015)

Erweiterte Diagnostik bei den organischen Störungen: Entscheidend ist die Klinik, da der Gesetzgeber nach der „krankhaften seelischen Störung“ fragt. Damit ist die Psychopathologie das Zentrum der Diagnose. Damit sind weiterführende diagnostische Methoden nur von subsidiärer Bedeutung. Diese erfassen nicht die klinisch bedeutsame Symptomatik. Für die Alkoholerkrankung hat der BGH 1997 folgendes entschieden:

„Es gibt keinen gesicherten medizinisch statistischen Erfahrungssatz darüber, dass ohne Rücksicht auf psychodiagnostische Kriterien allein wegen einer bestimmten Blutalkoholkonzentration (BAK) zur Tatzeit in aller Regel vom Vorliegen einer alkoholbedingt erheblich verminderten Schuldfähigkeit auszugehen ist.“²⁴⁸

Quantitativ werden Gutachter vor allem bei den die reversiblen Intoxikationspsychose in Form der Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenintoxikation beigezogen.

Eine Heilung wird in der Regel nicht zu erzielen sein, wenn definitive Hirnschäden vorhanden sind. Jedoch können die psychopathologischen Symptome oft gut angegangen werden.

- Pharmakologische Behandlung:
 - Impulsivität: Neuroleptika oder Betablocker (z. B. Propranolol)
 - kognitive Defizite: Behandlung analog der Intelligenzminderung²⁴⁹
 - Behandlung der Komorbidität (Sucht)
 - Stärkung sozialer Fertigkeiten.
 - Optimierung des sozialen Empfangsraums, ggf. Entlassung in eng strukturierte komplementäre Einrichtungen

Intelligenzminderung i.S. des Intelligenzdefizit (ICD-10: F7)

Die Häufigkeit des Auftretens von Intelligenzminderungen in der Bevölkerung wird auf 1 % geschätzt. Die Einordnung in die Klassifikationsmodelle und die Begrifflichkeiten sind hier im Wandel. Das DSM- 5 spricht von einer Entwicklungsstörung („intellectual development disorder“²⁵⁰) und erheblichen Einschränkungen der

²⁴⁸ BGHSt 43, 66.

²⁴⁹ Seifert D (2014):183–190

²⁵⁰ APA–American Psychiatric Association (2015)

Intelligenz in den Bereichen der Wahrnehmung, des abstrahierenden und theoretischen Denkens, der Introspektionsfähigkeit, der Sprache, der Problemlösefähigkeit, der Gedächtnisleistung, der Übersichtsfähigkeit sowie der motorischen, sozialen und emotionalen Fertigkeiten.

Als Ursache geht man von prä-, peri- und postnatale Störungen aus. Bei ausreichender Untersuchung kann bei 70 % der Betroffenen eine Ursache medizinisch gefasst werden, diese sind:

- Pränatal: Genmutationen, Chromosomenanomalien, exogene Schädigungen
- Perinatal: z. B. Geburtstraumata oder Infektionen des Neugeborenen
- Postnatal: z. B. Schädel-Hirn-Verletzungen, eine ausgeprägte Mangelernährung oder Hirn[haut]entzündungen

Nicht selten zeigen die Betroffenen auch komorbide internistische oder psychiatrische Krankheiten. Die typischen Delikte von Intelligenzgeminderten sind:

- Diebstahl, Einbruch, Sachbeschädigung
- leichte Körperverletzung

Meist sind die Delikte nicht für eine Unterbringung in der Maßregel ausreichend. In den Fällen einer Unterbringung in der Maßregel (Anteil liegt bei 5 bis 20 %²⁵¹) handelt es sich zumeist um:²⁵²

- Sexualstraftaten, vornehmlich gegenüber Kindern,
- Brandstiftungen
- Körperverletzungen

Auch hier erfolgt die Behandlung multimodal

- Spezielles Behandlungsmilieu²⁵³, das auf die kognitiven Fähigkeiten orientiert ist. Ziel ist die resourcenadaptierte konkrete Bewältigung von Alltagssituationen (vgl. UN-Behindertenrechtskonvention)
- Heilpädagogik, strukturierter Tagesablauf

²⁵¹ Leygraf N (1988); Hoffmann K (2017a):47–53; ceus consulting/FOGS (2015)

²⁵² Hoffmann K (2017a):47–53; Seifert D (2014) 183–190

²⁵³ Seifert D (2015a): S271–290

- Beziehungskonstanz im therapeutischen Team aufgrund der geringen Flexibilität und Umstellungsfähigkeit
- Geringere Leistungserwartung an die kognitiven Fähigkeiten, Anweisungen sind einfach und eingliedrig zu halten, die Emotion ist konsistent zum Inhalt zu formulieren, Inhalte sind zu wiederholen²⁵⁴.
- Pharmakotherapie: Zurückhaltende symptomatische Behandlung (v.a. Antipsychotika, Stimmungsstabilisierer etc.)
- Enger Einbezug der Angehörigen
- Nachsorge: nahezu sämtliche Patienten werden in geeignete komplementäre Einrichtungen entlassen²⁵⁵. Hier entscheidet hinsichtlich der Legalprognose eine gute Integration der Patienten in betreute Wohnheime und beschützende, angepasste Werkstätten.
- Individuelles Risikomanagement.

Sucht

In früheren Jahren sprach man im Allgemeinen von einer „Sucht“ nur dann, wenn bei der Reduzierung oder beim Absetzen einer Substanz körperliche Missempfindungen oder körperliche Entzugserscheinungen schwerer Art auftraten. Unter einer körperlichen Abhängigkeit versteht man folgendes:

- Körperliche Abhängigkeitsentwicklung
- Toleranzsteigerung: der Körper stellt sich durch die Gewöhnung auf die Aufnahme immer größerer Mengen des Suchtmittels ein, um die gleichen Effekte zu erzeugen.

Dies hat sich vor allem durch die größere Breite konsumierter Substanzen auf die psychische Abhängigkeit von einer Substanz erweitert. Diese ist von folgenden Symptomen geprägt:

- großes, nicht mehr beeinflussbares Verlangen, die Droge zu konsumieren („Craving“)
- Plötzliche emotional intensive Erinnerungen zu Triggersituationen an die Drogenwirkung, diese gehen oft mit heftigen vegetativen Reaktionen einher (Schweißausbrüche, Speichelfluss)

²⁵⁴ Rahn E (2014): S349–355

²⁵⁵ Reinke B (2012)

- Alpträume mit Inhalten des Drogenkonsums, auch hier wird heftig vegetativ reagiert.
- Depressive Verstimmungen innerer Unruhe, Gereiztheit bis hin zu Aggressivität, die oft zu einem Erinnern der Drogenwirkung führen

Suchterkrankungen verteilen sich nicht – wie viele psychiatrische Störungen – ähnlich über den ganzen Globus, sondern zeigen erhebliche Unterschiede, je nach Länder und Kulturen. Die aktuellen Prävalenzzahlen in Deutschland sind:

- Alkohol: 4 % der Bevölkerung (4,8 % männlich, 2,0 % weiblich)²⁵⁶
- Drogenkonsum: 0,41 % im Alter von 15 bis 64 Jahren (im weltweiten Vergleich eher geringe Prävalenz).²⁵⁷ Das gesellschaftliche Problem ergibt sich daraus, dass diese Störungen vor allem im Alter zwischen 18 und 24 Jahren auftreten. In diesem Alter ergibt sich sowieso eine hohe Zahl an Gewaltdelinquenzen.²⁵⁸

Die Ursache von Substanzkonsumstörungen ist multimodal zu sehen. Die Resultate sind funktionelle Veränderungen neuronaler Netzwerke auf der Basis einer individuellen Vulnerabilität.²⁵⁹ Diese ist wiederum Folge genetischer Prozesse wie aber auch früher Bindungserfahrungen²⁶⁰ oder Milieueinflüsse. Dies betrifft auch die Nähe zur Kriminalität, zumal sich Suchterkrankungen häufig mit Persönlichkeitsstörungen und männlichem Geschlecht verknüpfen. Dabei erhöht sich bei Männern die Gewaltbereitschaft um den Faktor (9-) 15 und bei Frauen sogar um den Faktor (15 –) 55. Dennoch gibt es eindeutige Beziehung zwischen der konsumierten Substanz und Delikt(art). Typisch für Alkoholiker sind Trunkenheitsfahrten, Widerstand, Beleidigung und Bedrohung gegen Ermittlungsbeamte, zufällige Passanten, Trinkkumpane, Partnerinnen (häusliche Gewalt), Kindesmissbrauch (Kinder im sozialen Nahraum).

Folgeerscheinungen der Sucht zeigen sich in den folgenden Symptomen:

- Persönlichkeitsveränderung
- Demenzen, Korsakoff – Psychosen

²⁵⁶ Pabst A (2013):321–331

²⁵⁷ APA–American Psychiatric Association(2015): S. 29

²⁵⁸ Lehner B (2014): S. 670

²⁵⁹ Mayfield RD (2008): 275–287

²⁶⁰ Brisch KH (2013)

Im Mittelpunkt stehen hier die Alkohol-, Drogen- und Medikamentensucht, die in der Terminologie der Weltgesundheitsorganisation als Abhängigkeit bezeichnet wird. Die ICD-10 F1x.2 spricht deshalb vom Abhängigkeitssyndrom, das nach verschiedenen psychotropen Substanzen aufgeschlüsselt wird

- Alkohol,
- Opioide,
- Cannabinoide,
- Sedativa oder Hypnotika,
- Kokain,
- sonstige Stimulanzien einschließlich Koffein,
- Halluzinogene,
- Tabak,
- Flüchtige Lösungsmittel,
- sonstige psychotrope Substanzen.

Allerdings lassen sich für bestimmte Substanzgruppen mehr oder weniger typische Deliktformen angeben. Illegale Drogen verbinden sich häufig mit Betäubungsmittel (BtM)-Delikten, Beschaffungstaten (auch in Gruppen), Raub, Diebstahl, Betrug (Überbegriff: Beschaffungskriminalität). Kokain, Crystal verbinden sich nicht selten mit Gewaltdelikten.

Die Behandlung von Suchtpatienten erfolgt in Stufen, diese sind auf der formalen Ebene:²⁶¹

- a) Regelbehandlung
 - Motivation
 - Qualifizierter Entzug
 - b) Intensivbehandlung
 - Detoxifizierung
 - Delirbehandlung
-

²⁶¹ Mann K (2016):13-25

c) Entwöhnung und Rehabilitation

- Anschlussentwöhnungsbehandlung

d) Stabilisierungsbehandlung

- Rückfallspräventionsbehandlung (Arbeit, Beziehung)
- Arbeit,

Inhaltliche Kriterien in der Behandlung sind:²⁶²

- gut organisierte therapeutische Gemeinschaften:
 - hohe Alltagsverantwortung der Patienten
 - sinngebende Arbeit
 - aktive Freizeitgestaltung
 - Sport- und Kulturangebote
- Gruppenpsychotherapien
 - Deliktbearbeitung
- Motivations- adaptiertes RNR-Prinzip²⁶³ (Risk Need-Responsivity Modell) und des GLM²⁶⁴ (Good Lives Modell) beispielsweise das Konzept des „motivational interviewing“ (MI)²⁶⁵. Das Ziel sind die Veränderungen des Verhaltens. Das MI – Modell ist sehr gut validiert²⁶⁶ und es konnte auch bei Cannabisabhängigen gut überzeugen. Hinzu kommt die gute Kombinierbarkeit mit anderen Therapiemodellen. Hier scheinen insbesondere Borderlinepatienten besonders gut zu profitieren.²⁶⁷
- Übertragungsfokussierte Psychotherapie („transference focused psychotherapy“ [TFP])²⁶⁸

²⁶² Havemann-Reinecke U (2004): 226–257

²⁶³ Andrews DA (2010)

²⁶⁴ Ward T (2014): S115–130

²⁶⁵ Ginzburg JID (2002); Prochaska JO (1985): S3–27

²⁶⁶ Ginzburg JID (2002):415–424; Brown RA (2015):20–29

²⁶⁷ Durbeej N (2014):574–583; Evershed S (2003):198–213; Oermann A (2013):115–131

²⁶⁸ Holzinger B (2017): S289–296

- Für kombinierte Störungen (Psychose + Suchterkrankungen) haben sich spezielle Programme bewährt, die auch für Kombinationen mit impulsiven und antisozialen Verhaltensweisen angepasst wurden.²⁶⁹

Die Frage der Substitution in der Maßregel ist Gegenstand einer kontroversen Debatte. Wenn, dann bedarf es einer individuellen Indikationsstellung.²⁷⁰ Zumeist wird man dann Buprenorphin oder Naloxon geben, da die Daten günstiger als die von Methadon sind.²⁷¹

Somatische Begleiterkrankungen bestehen überwiegend aus Folgeschäden des Alkohols und inadäquater Applikation illegaler Drogen. Die Untergebrachten haben ebenso Anspruch auf medizinische Versorgung dieser Begleiterkrankungen wie Patienten außerhalb des Maßregelvollzugs. Dies gilt auch für kostenintensive Behandlungen mit neuen Medikamenten zur Therapie von HIV („human immunodeficiency virus“)- oder Hepatitis-C-Infektionen.

Alkohol

Alkoholrausch (krankhafte seelische Störung)

Alkohol ist ein Toxin, das sich auf die Psyche auswirkt und deshalb als „psychotrop“ bezeichnet wird. Diese Wirkung wird durch Gewöhnung und die Toleranz des Konsumenten modifiziert. Im Rahmen der Alkoholisierung werden Phasen durchlaufen, die psychopathologisch die Alkoholintoxikation in ihrem Ausmaß einschätzen lassen. Im Rausch werden typische Phasen durchlaufen.

| | |
|--|--|
| Alkoholintoxikation (akuter Rausch, F10.0) | <ul style="list-style-type: none"> • akute Beeinträchtigungen des Bewusstseins, der Kognition, der Wahrnehmung, der Affekte oder des Verhaltens |
| Verhaltenssymptome | <ul style="list-style-type: none"> • Enthemmung, Streitlust, • Aggressivität, Affektlabilität, • Aufmerksamkeitsstörung, • Einschränkung der Urteilsfähigkeit • Beeinträchtigung der persönlichen Leistungsfähigkeit. • Gangunsicherheit (Ataxie), |

²⁶⁹ Holzinger B, Kirste A (2017) S289–296; Hoffmann K (2012):395–412

²⁷⁰ akzept e. V. Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik (Hrsg) (2011); Hoffmann K (2017b); Cordess C (1996)

²⁷¹ Peddicord AN (2015)

- Standunsicherheit,
 - verwaschene Sprache,
 - Nystagmus (ruckartige Augenbewegungen),
 - Bewusstseinsminderung (z. B. Somnolenz, Koma),
 - Gesichtsröte (Erröten),
 - Bindehautrötung (konjunktivale Injektion).
- schwere und lebensbedrohliche Alkoholintoxikation:
- Hypotonie (niedrigem Blutdruck),
 - Hypothermie (Unterkühlung),
 - abgeschwächter Würgereflex,
- komplizierter Rausch
- Verletzungen,
 - Aspiration von Erbrochenem,
 - Delir,
 - Wahrnehmungsstörungen,
 - Koma,
- pathologische Alkoholintoxikation F10.07 (Ausschluss einer organischen Hirnschädigung)
- Alkoholintoxikation tritt bereits bei einer Trinkmenge auf, die bei den meisten Menschen keine Intoxikation hervorruft (unter 0,5 Promille),
 - verbale Aggressivität,
 - körperliche Gewalt.

Einschätzung des Trunkenheitsgrades:²⁷²

- Missverhältnis zwischen Tatanlass und Tatschwere
- Fehlen der Absicherung einer Aufdeckung
- Halluzinationen können auch als Kontinuitätsdelir vorkommen (nicht nur beim Entzugsdelir; es werden nicht vorhandene Dinge wahr genommen)
- Illusionäre oder wahnhafte Verkennungen von Situationen und Personen
- Plötzliche Verwirrtheit im Sinne eines inkohärenten Denkens, fehlender intentionaler Bogen, assoziative Lockerung,
- Stereotype Äußerungen im Sinne des Verwirrten

²⁷² Kröber (1996) 569 ff.

- Diffuse frei flottierende Ängste
- Übermäßige oder mangelhafte Reaktion auf Außenreize, da die Außenwelt nicht mehr sicher erkannt werden kann.
- Erregungszustände, die durch eine normale Reaktion nicht mehr zu erklären sind im Sinne einer massiven Impulskontrollstörung

Gegen eine Trunkenheit sprechen:

- Angekündigte Tathandlung mit einer entsprechenden Vorbereitung,
- langes Vortatgeschehen
- Klare exakte, detailreiche Erinnerung (typisch ist eine Palimpseste, d.h. eine pergamentschriftartige Erinnerung mit unscharfen Erinnerungsrändern)
- Mehrschrittiger Tatablauf mit situative Anpassungsleistungen bei Störungen,
- langstreckiger Tatverlauf in mehreren Etappen.
- Absichernde Tatgestaltung mit Planung und Einbezug von Widerstand und Problemen,
- Taten wie mehrschrittige Erpressung,
- Einfuhr von Drogen usw.
- Normalpsychologisch motivierte Taten (Hass, Rache, Diebstahl mit komplexen Ablauf),
- Taten, die konkordant zum bisherigen Leben der Täter passen.

Das Problem der häufig vorgebrachten Palimpseste („Filmriss“) stellt die Zuordnung dar. Es gibt diese Fälle von einem im wachen Zustand erfolgten Informationsverlust des Gedächtnisses. Typisch für dieses zustandsabhängige Gedächtnis sind beständige Inseleinerinnerungen.

Die Straftaten unter Alkoholeinfluss sind aufgrund ihrer Häufigkeit und Individualität der psychischen Ausfälle je nach Alkoholisierungsgrad besonders.²⁷³

Dabei handelt es sich um die am häufigsten vorkommende Intoxikationspsychose. Früher wurde diese Diagnose bisweilen zur tiefgreifenden Bewusstseinsstörung zu-

²⁷³ BGH, NJW 2004, 3350ff.

geordnet. Da es sich um eine Intoxikation des Gehirnes handelt, ist die richtige Zuordnung die zur „krankhaften seelischen Störung“²⁷⁴. Das Grundproblem des Alkoholrausches liegt in dem Problem, dass man nicht deterministisch von der Höhe der Blutalkoholkonzentration (BAK) auf die Tatsituation und auf das Ausmaß der Ausfallerscheinungen schließen kann. Der Grund liegt in der unterschiedlichen Gewöhnung, so dass bei einer starken Alkoholgewöhnung oder -toleranz selbst eine BAK von 3‰ und mehr nicht zwingend größere Ausfallerscheinungen zur Folge hat, während bei Ungewohnten die gleiche Dosis lebensbedrohlich ist. Daher gibt es eine Reihe von Rechtsmeinungen zur BAK und der Frage der Schuldfähigkeit, die teilweise auch in die höchstrichterliche Rechtsprechung Eingang finden. So hat der 4. Senat des BGH entschieden, dass ab einer BAK von 2,0‰ man eine erheblich verminderte Schuldfähigkeit kaum widerlegen könne. Die Entscheidung ordnete psychopathologischen Faktoren nur ausnahmsweise eine Bedeutung zu, wenn sie von einem fachkundigen ärztlichen Gutachter diagnostiziert werden²⁷⁵. Man wollte dem Massenphänomen „Alkoholisierung“ praktikabel begegnen²⁷⁶. Dies erforderte sowohl bei den Juristen als auch von den Gutachtern zur Kritik²⁷⁷. Eine Schuldunfähigkeit (§ 20 StGB) kommt übereinstimmend frühestens erst ab einem BAK von 3‰ in Betracht. Dies beinhaltet jedoch eine zusätzliche klinische Symptomatik²⁷⁸. Es gibt vor allem einen Konsens, dass es keine eindeutige Zuordnung zwischen BAK und die Annahme einer Ex- oder Dekulpation gebe²⁷⁹. Die Grundlage dafür hat man der Psychopathologie zuerkannt²⁸⁰.

Ein seit dem 14. Lebensjahr alkoholgewohnter Beschuldigter mit erfolglosen Entziehungskuren (Anschluss- Entwöhnungsbehandlungen), Entzügen (Akutbehandlungen und Regelbehandlungen) hat einen Bekannten dazu motiviert, während eines Trinkgelages mit einem Messer, das aus der Küche geholt wurde, auf dessen Lebensgefährtin einzustechen. Nach dieser Tat hat er das Messer aus dem Bauch gezogen, es abgewaschen und den Rettungsdienst ohne verwaschene Sprache alarmiert. Er hat dabei folgerichtig auf Nachfragen der Leitstelle reagiert. Eine Blutentnahme, die 45 Min. nach der Tat entnommen wurde, ergab eine BAK von 2,92‰. Das Landgericht,

²⁷⁴ Lenckner u. Perron (2006) 66, 68; Nedopil (2000), S. 21; Foerster (2004 a) S. 200

²⁷⁵ Vom 22. 11. 1990 (BGHSt 37, 231 ff.); BGHSt 37, 231 ff., 241, 244

²⁷⁶ vgl. Salger 1988, S. 379 ff.

²⁷⁷ BGH NStZ 1996, 592 ff

²⁷⁸ BGH NStZ 1996, 593

²⁷⁹ BGHSt 43, 66 ff.; Anfragebeschluss BGH NStZ 1996, 592 ff.

²⁸⁰ vgl. Lenckner u. Perron 2006, § 20 Rn 16 a; 1. Strafsenat vom 22. 10. 2004; BGH NStZ 2005, 329

dem der BGH zustimmte, hat zugunsten einer nicht beeinträchtigten Einsichts- und Steuerungsfähigkeit des Beschuldigten zum Tatzeitpunkt entschieden. Die Gründe lagen in den fehlenden psychopathologischen Anzeichen trotz der Beweise der BAK – Bestimmung. Dies bezog man auf die Trinkgewöhnnung des Angeklagten (Anmerkung des Gutachters: so dass die höhere Hemmschwelle nicht mehr zum Tragen kam).²⁸¹

Als grobes Ausgangsmaß der Überlegung gilt bei einer entsprechenden Psychopathologie folgende:

- Blutalkoholkonzentration ab 2‰: Dekulpation
- Blutalkoholkonzentration ab 3‰: Exkulpation²⁸²
- Je kürzer die Zeit zwischen Tat und Blutentnahme, je höher die BAK, je alkoholgewohnter der Täter ist, desto größer ist der Indizienwert der BAK.²⁸³
- Bei höherer Hemmschwelle (Delikte gegen das Leben) wird ein um 10% höherer Schwellenwert angenommen (2,2‰ für § 21 StGB und 3,3‰ für § 20 StGB).²⁸⁴
- im Einzelfall – insbesondere bei Erschöpfung oder nach Einnahme von Schlaf- oder Beruhigungstabletten sowie bei trinkungewohnten Personen – können die Indizwerte auch erheblich niedriger liegen
- Bei nicht vorhandener Blutalkoholbestimmung muss der Gutachter versuchen (mit einer gewissen erhöhten Unsicherheit) die BAK aus Trinkmengenangaben und/oder aufgrund sonstiger Symptome der Rauschtat zu berechnen. Einzubeziehen sind die Tatrekonstruktion, die Würdigung des Tatgeschehens und des Verhaltens vor und nach der Tat unter den Aspekten Persönlichkeitsfremdheit der Tat, Sinnlosigkeit des Rauschverhaltens, äußerlich erkennbare Ausfallerscheinungen, Erkennen der Situation, Reagieren auf unvorhergesehene Veränderungen. Dabei sind auch Zeugenaussagen einzubinden. Hier wird regelhaft ein Gutachter benötigt. Je länger die Trinkzeiträume sind, desto unsicherer sind die Ergebnisse.²⁸⁵

²⁸¹ BGH NStZ 2005, 329, Urteil des 1. Strafsenats vom 22. 10. 2004

²⁸² vgl. BGH NStZ-RR 97, 162 f., 163 ff.; Lenckner u. Perron 2001, § 20 Rn 16 a

²⁸³ Nedopil (2000) S. 103; Detter (1999) S. 121

²⁸⁴ vgl. BGHSt 37,231, 235; BGH NStZ (1991) 126; BA (2001) 186

²⁸⁵ BGH NStZ (2000) 136 f.; nach Kröber (1996) S. 569, 576

- Die psychopathologischen Symptome tragen demnach im Einzelnen einen höheren Beweiswert. Je länger die Tat zurückreicht, desto geringer ist der Beweiswert von Trinkmengenangaben.
- Hinsichtlich der Alkoholbeeinflussung wird nicht ganz selten auch der Grundsatz „in dubio pro reo“, der für den Beschuldigten günstigere Tatbestand angenommen, wenn weitere Indizien fehlen.²⁸⁶
- Gibt es keine Hinweise auf den Alkoholkonsum so wird auf die Psychopathologie zurückgegriffen.²⁸⁷
- Fehlt es an einer Psychopathologie zum Tatzeitpunkt, so wird auf den gemessenen oder berechneten BAK zurückgegriffen.²⁸⁸

Im Rahmen eines Mordversuches hat das LG eine volle Schuldfähigkeit festgestellt, obgleich in der BAK-Berechnung aufgrund der Trinkmengenangabe eine BAK zwischen 2,8 und 4,5‰ zur Tatzeit berechnet wurde. Dem entsprach der BGH²⁸⁹, da der Geschädigte ein Erscheinungsbild glaubhaft vermittelte, das eine geringere Beeinträchtigung nahelegte. Bei der Tat sei er listig vorgegangen, habe auf unvorhergesehene Dinge rasch reagiert und Scheinangriffe durchgeführt.²⁹⁰

²⁸⁶ Tröndle u. Fischer 2006, § 20 Rn 15

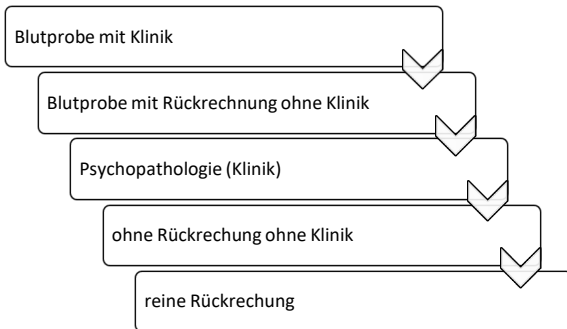
²⁸⁷ BGH NStZ 1994, 334; BGHSt 36, 286, 291

²⁸⁸ Tröndle u. Fischer 2006, § 20 Rn 26

²⁸⁹ BGH NStZ 1998, 457 f., Beschluss vom 6. 5. 1998; BGHSt 35, 308, 315

²⁹⁰ BGHNStZ 2002, 532; BAK bis zu 3,54%

Indizienqualität: ²⁹¹



Zu Gunsten des Beschuldigten wird in der Regel der errechnete Maximalwert dem Indiz für die Beurteilung der Schuldfähigkeit zugeordnet (solange keine anderen Befunde vorliegen)²⁹². Ungeachtet dessen verbleibt es beim Richter, die Gesamtwürdigung davon abweichen zu lassen²⁹³. Dabei gibt es keine operativ eindeutige Linie zwischen Alkoholgewöhnung und –verträglichkeit und BAK zur Frage der Schuldfähigkeit²⁹⁴. Hier differieren auch die Einschätzungen zwischen den Senaten des BGH erheblich²⁹⁵.

Dabei gibt es psychopathologische Symptome, die auch unterhalb der Schwellenwerte als Schuld mindernd im Zusammenhang mit einer Alkoholisierung anerkannt sind:

²⁹¹ BGH NStZ (2000), 136 f.; nach Kröber (1996) S. 569, 576

²⁹² BGHSt 36, 286, 291

²⁹³ vgl. BGHSt 35, 308, 316 f.; Jähne (1993) § 20 Rn 49; Streng (2003) § 20 Rn 30, 72

²⁹⁴ Kröber, NStZ (1996) 569 ff., Joachim, mitgeteilt bei BGHNStZ (1996) 592 ff.

²⁹⁵ BGHSt 43, 63, 66 ff.; Lenckner u. Perron (2006) § 20 Rn 16 e; BGHNStZ (1998), 295 f., der 1. Senat in BGH NStZ (2005) 339 ff.

- Affekte oder affektive Erregungen²⁹⁶
- Unfallschock²⁹⁷
- hirnorganische Schädigungen²⁹⁸
- Schizophrenie²⁹⁹
- schwere Persönlichkeitsstörung³⁰⁰, schwere neurotische Fehlentwicklung³⁰¹
- soziopathische Persönlichkeitsstruktur³⁰²,
- zusätzliche Einnahme von Drogen³⁰³
- Zusammenwirken mit Medikamenten³⁰⁴

Ausnahmefälle, bei denen ein geringerer Alkoholisierungsgrad dennoch Relevanz für die Schuldfähigkeit hat, bestehen bei:

- durch gesteigerte Erregung gekennzeichnete abnorme Alkoholreaktion (so genannter abnormer oder komplizierter Rausch)
- einer quantitativen Steigerung der Alkoholwirkung aufgrund hirnorganischer Beeinträchtigungen, die sich in einer außergewöhnlich starken Ausprägung einzelner rauschtypischer Merkmale wie Streitsucht oder Gereiztheit äußert³⁰⁵.

Davon unterscheidet man den „pathologischen Rausch“³⁰⁶.

²⁹⁶ BGHSt 35, 308, 317; NStZ (1986) 114; (1987) 321; (1988) 268; Venzlaff (1997) 232; (1999) 508

²⁹⁷ BGH VRS 24, 189

²⁹⁸ BGH NStZ (1992) 32; StV (1987) 246; Neumann (1993) 187

²⁹⁹ BGH NStZ (1991) 352

³⁰⁰ BGHNStZ (1999) 508

³⁰¹ BGH NJW (1984)1631

³⁰² BGH StV (1993) 185 f.; BGHR§ 20 StGB

³⁰³ BGH StV (1988) 294

³⁰⁴ OLG Karlsruhe VRS 80 (1991), 440, 448

³⁰⁵ BGHSt 40, 198, 199

³⁰⁶ BGHSt 40, 198, 200; Rasch u. Konrad 2004, S. 224; Schneider u. Frister (2002), S. 28,

- Alkoholausgelöster Dämmerzustand

Ist eine Alkoholintoxikation vorwerfbarer, so wird bei Körperverletzungsdelikten und Gewaltdelikten eine verminderte Schuldfähigkeit eher verwehrt, wenn eine Aggression oder Gewalt unter einer Alkoholisierung aus der Vorerfahrung nahe lag.³⁰⁷

Zu den klassischen Rauschphasen und der Korrelation zur BAK (bei ungetriebenen Trinkern).

| | Phase | Promille | Symptomatik |
|------------|-------|-------------------|---|
| Enthemmung | | 0,1 bis 0,3 ‰ BAK | <ul style="list-style-type: none"> • gehobene Stimmung • Wärmegefühl • Zwanglosigkeit, Fröhlichkeit • gesteigertes Selbstwertgefühl • Selbstüberschätzung |
| | | 0,6 bis 0,8 ‰ BAK | <ul style="list-style-type: none"> • Rededrang • Verlangsamung der Reaktionen und Bewegungsabläufe • Konzentration und Reaktionsvermögen lassen deutlich nach • die Wahrnehmung funktioniert nicht mehr optimal • man fühlt sich enthemmt und überschätzt sich selber, auch Aggressionen |
| Rausch | | 0,8 ‰ BAK | <ul style="list-style-type: none"> • Gleichgewichtsstörungen • Störungen der Bewegungsabläufe, unsicheres Gehen und Stehen • Verlust der Selbstkontrolle, Enthemmung • das Gesichtsfeld ist eingeschränkt |

³⁰⁷ BGHSt 49, 239 ff.; BGH NStZ (2003) 480 ff.

Phase Promille Symptomatik

- die Reaktionszeit verlängert sich um mehr als 50 %
-

| | Phase | Promille | Symptomatik |
|-------------------------------|-------|---------------------|---|
| Mittelgradiger Rausch | | bis zu 2,0 ‰ BAK | <ul style="list-style-type: none"> • die vorherigen Symptome verstärken sich • Sprachstörungen und Verwirrtheit treten zusätzlich auf • Erbrechen • Ermüdung, Verwirrtheit • Gedächtnisstörungen |
| | | 2-3 ‰ BAK | <ul style="list-style-type: none"> • Bewußtseinstrübung • Muskeler schlaffung, erste Atmungsschwierigkeiten |
| Lethalphase/Betäubungsstadium | | ab 3,0 ‰ BAK | <ul style="list-style-type: none"> • Lähmungsstadium mit Bewusstlosigkeit und schwachem Atem • Lebensgefahr • flache Atmung • Unterkühlung • Tiefe Lähmung, übergehend in Koma mit Reflexlosigkeit |
| | | ab 4,0 ‰ BAK | <ul style="list-style-type: none"> • schließlich tritt Atemlähmung ein - Tod! • Einzelfälle mit hoher Toleranz überleben auch über 5 ‰ BAK |

Berechnung der Alkoholmengen:

Sodann kann die sog. Widmark-Formel angewandt werden (wobei die Alkohol-Gramm-Mengen für die verschiedenen Getränke aus Tabellen entnommen werden müssen):

$$\text{Blutalkoholkonzentration} = \frac{\text{Alkoholmenge in Gramm}}{\text{Körpergewicht in kg} \times \text{Verteilungsfaktor}}$$

Als Verteilungsfaktor ist bei Männern 0,7, bei Frauen 0,6 zugrunde zu legen.

Gehalt an Alkohol in den Getränken:

Alkoholmengen in verschiedenen Getränken

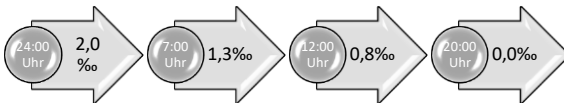
| Getränkart | Menge | Gramm Alkohol |
|------------|--------|---------------|
| Bockbier | 0,5 l | 20 gr. |
| Weißwein | 0,25 l | 20 gr. |
| Rotwein | 0,25 l | 22,5 gr. |
| Korn | 2 cl | 5 gr. |
| Weinbrand | 2 cl | 5 gr. |
| Rum | 2 cl | 5 gr. |

Rückrechnung des Alkoholisierungsgrades zum Tatzeitpunkt:

Häufig wird der Restalkoholwert dramatisch unterschätzt. Der Alkoholabbau erfolgt im Körper mit ca. 0,15 Promille stündlich bei Männern (Frauen etwas weniger).

Beispiel:

Ein Mann mittlerer Größe und Gewicht (75 kg) trinkt im Laufe von 4 Std. (20:00 - 24:00 Uhr) 7 Glas Bier (0,5 l Glas). Er hat damit etwa 2,8 Promille Blutalkohol erreicht und ist somit volltrunken. Nach Beendigung der Trinkzeit hat der Konsument noch ca. 2,2 Promille Blutalkohol. Wer um 24:00 Uhr mit 2,0 Promille schlafen geht, ist erst am nächsten Abend 20:00 Uhr wieder nüchtern.



Errechnung des Alkoholisierungsgrades aus bekannten Trinkmengen mit einem Abbauwert von 0,20 Promille:

Vor der Berücksichtigung des stündlichen Abbaus muss noch ein sog. Resorptionsdefizit von 10 % (bis maximal 30%) der konsumierten Alkoholmenge vorab in Abzug gebracht werden, da nicht jeglicher genossene Alkohol voll in den Blutkreislauf überführt wird.

Soll aus Trinkmengen auf den Alkoholisierungsgrad zum Tatzeitpunkt hochgerechnet werden, muss für jede abgelaufene Stunde seit dem Trinkbeginn ein Abbau von 0,20 ‰ berücksichtigt und demzufolge von dem sich aus der bekannten Trink-

menge ergebenden Alkoholisierungsgrad abgezogen werden. Denn es soll ja zugunsten des Betroffenen der niedrigste denkbare Gesamtwert gefunden werden, der nur bei dem denkbar höchsten Abbauwert zu Stande kommt.

Rückrechnung aus der BAK auf die Alkoholisierung zur Tatzeit mit einem Abbauwert von 0,20 Promille bedingt, dass man sicher sein muss, dass der Proband sich bereits in der Abbauphase (im sog. absteigenden Ast der Alkoholisierungskurve) befindet. Die Blutprobe muss mindestens in einem zeitlichen Abstand von 2 Stunden nach dem Ende des Trinkens entnommen worden sein. Berechnet man den stündlichen Abbauwert mit 0,10 ‰, berücksichtigt man den minimalen Alkoholwert zum Tatzeitpunkt. Der Abbauwert von 0,10 ‰ pro Stunde ist der medizinisch denkbar geringste Wert. Ein Wert von 0,2 ‰ entspricht der maximal mögliche Abbaugeschwindigkeit. Bei dieser Rechnung addiert man einen Sicherheitszuschlag von weiteren einmaligen 0,20 ‰³⁰⁸.

Alkoholmarker

Der Umgang mit Alkoholmarkern ist nicht frei von Obskurität, im Grunde ist dies jedoch trivial. Im Grunde gilt, dass kein Marker für sich alleine eine Aussage zur Frage „Alkoholabhängigkeit“ zulässt. Dies gilt auch für den Konsum.

Prinzipiell gibt es 2 unterschiedliche Alkoholismusermarker³⁰⁹:

- Marker, die die Folgen des Alkoholkonsums nachweisen
die Alkoholwirkung ist lange nachweisbar, wird durch einzelne Alkoholexzesse aber auch durch kurze Abstinenzphasen nicht so sehr beeinflusst. Nachteile: eine akute Alkoholvergiftung kann man damit nicht beurteilen und es gibt außer dem Alkoholismus auch andere Krankheiten oder Ursachen, die den Messwert verändern können
- Marker, die den Alkohol selbst oder eines seiner Abbauprodukte nachweisen.
die Erhöhung des Wertes liegt ziemlich sicher am Alkoholkonsum und dieser wird mit hoher Empfindlichkeit nachgewiesen. Man kann so auch eine Vergiftungssituation abklären. Nachteile: der Alkohol und seine Abbauprodukte sind nicht sehr lange nachweisbar. Das Ergebnis wird durch

³⁰⁸ BGH NJW (1974) 246 ff. = Blutalkohol 11, 136 ff. = BGHSt 25, 246 ff. (Beschl. v. 11.12.1973 - 4 StR 130/73); BGH NJW (1991), 852 ff. = VRS 80, 200 ff. = BGHSt 37, 231 (Urt. v. 22.11.1990 - 4 StR 117/90); (BGHSt 49, 239 ff.; BGH NSZ (2003) 480 ff.; s. 2.3.6.2.),

³⁰⁹ Hannuksela M.L., Clinical Chemistry and Laboratory Medicine, 2007; Niemelä O., Clinica Chimica Acta, 2007; Niemelä O., Environmental Research and Public Health, 2016; Salaspuro M., Alcohol, 1999.

einzelne Alkoholexzesse aber auch durch kurze Abstinenzphasen stark beeinflusst.

| Parameter | Prinzip | Sensitivität | Spezifität | Wie schnell erhöht? | Wann wieder normal? |
|--|---|------------------------------|-----------------------------------|------------------------|--|
| Gruppe 1: Marker, die Folgen des Alkoholismus sind | | | | | |
| CDT ↑ | Bildung abnormer Proteine zur Folge | mäßig; 50-90% ³¹⁰ | sehr gut, bis zu 100% | nach 1-2 Wochen | nach 2-4 Wochen; bei höheren Werten auch länger |
| Gamma-GT ↑ | Alk. Leberschaden erhöht GGT | mäßig; meist bei ca. 50-70%, | schlechter; 18-95% ³¹¹ | einige Tage bis Wochen | 2-3 Wochen erhöht, hohe Werte länger, Halbierung in 21 Tagen |
| MCV ↑ | Unter Alkoholkonsum grö- ßere rote Blutkörperchen | mäßig; 34-89% ³¹² | schlechter, 26-95% ³¹³ | erst nach Monaten | nach 2-4 Monaten |
| Gruppe 2: Alkohol und seine Abbauprodukte | | | | | |

³¹⁰ erst bei hohem Konsum (ab 40 Gramm/tgl) erhöht, aber Änderungen des Trinkverhaltens bilden sich gut ab

³¹¹ viele Leber-/ Gallenerkr. und Medikam. erhöhen GGT

³¹² aber Änderungen des Trinkverhaltens bilden sich gut ab

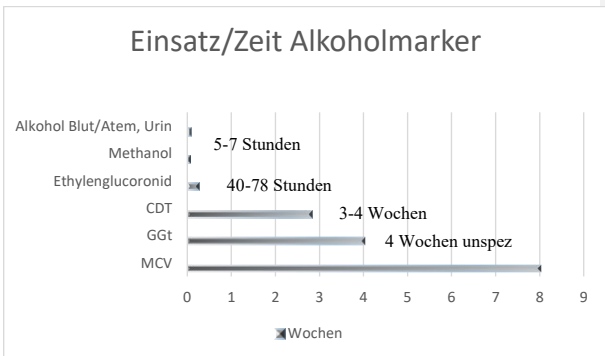
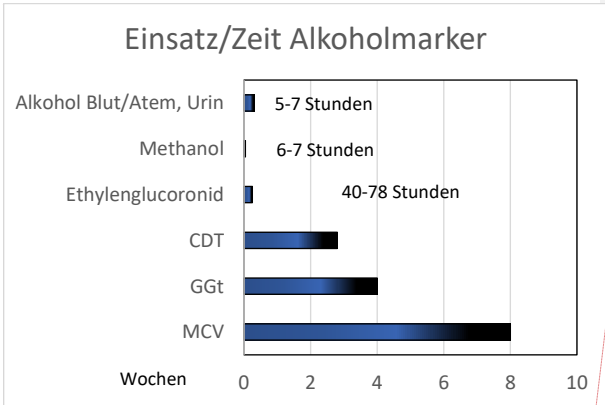
³¹³ viele andere Erkr. haben hohes MCV, Gesunde selten; ca. 4% aller Menschen haben erhöhtes MCV, davon 65% wegen Alk.

| Parameter | Prinzip | Sensitivität | Spezifität | Wie schnell erhöht? | Wann wieder normal? |
|-----------------------------------|--|---|---------------------|---|---|
| Alkohol | Nach Alkoholkonsum im Blut | Einzelbefunde erkennen eher Alkoholisierung als Alkoholismus | | nach wenigen Minuten; Maximum nach 1-3h | rasch; sinkt ca. 0,1 Promille pro h |
| Ethylglucuronid (ETG) | Alkoholabbauprodukt | Einzelbefunde erkennen eher eine Alkoholisierung, auch eine etwas länger zurückliegende. ³¹⁴ | | nach wenigen Minuten; Maximum nach 2-4h | 8-12h im Blut, 2-5 Tage im Harn nachweisbar |
| Phosphatidylethanol (PEth) | Phospholipid, das nur in Gegenwart von Alkohol gebildet wird | offenbar >95%*** | 100% ³¹⁵ | folgt dem Alk sehr rasch, Maximum nach 2-4h | 1-3 Wochen im Blut nachweisbar |

³¹⁴ Alkoholismuserkennung ev. durch Haaranalyse. Noch wenige Studien.

³¹⁵ (noch wenige Studien), Blutproben problematisch: kann im Röhrchen entstehen, wenn Alkohol pos.

Kommentiert [PG1]:



Oft sind klinische Erfahrungen und Befunde aussagekräftiger. Wenn jemand beim Arztbesuch mehr als 1 Promille hat, oder mehr als 1,5 Promille ohne dass man es ihm

anmerkt, oder irgendwann über 3 Promille, dann sprechen auch diese Einzelwerte für Alkoholismus³¹⁶.

Alkohol in der Atemluft oder im Serum

Vor Gericht wechseln oft die Begriffe und führen dann durchaus zur Verwirrung. Dabei liegt es bei den Alkoholkonzentrationen nicht selten daran, dass einmal der Alkoholgehalt der Atemluft und einmal in Serum angegeben werden. Grundsätzlich ist die einfache Umrechnung nicht korrekt. Zwar hängt das eine vom anderen ab, jedoch gibt es hierzu keine eindeutige Linearität. Je nach Trinkzeit, Physiologie usw. gibt der Körper unterschiedlich viel vom Alkohol in die Atemluft ab. Damit ist die Atemalkoholkonzentration ein Hinweis auf den Serumspiegel, jedoch kein Beleg dafür (z.B. Jemand hat noch Alkohol auf den Schleimhäuten, atmet aus, dann kann der Gehalt erheblich höher liegen). Eine Korrelation gibt es dann nur in Standardbedingungen. Diese schließen Lungenerkrankungen, Nachtrunk usw. aus. Damit handelt es sich bei den „Umrechnungen“ um Schätzungen.

Für die Gerichtsverwertbarkeit hat sich folgende Faustformel durchgesetzt:

| | Mg/L Atemalkoholkonzentration ³¹⁷ | Promille Blutalkoholwert | Ethanol im Vollblut |
|-------------------|--|--------------------------|---|
| Beispiel | 0,25 mg/L | 0,5 ‰ (g/Kg) | BAK x 1,057(g/L) |
| Faktor der Formel | 1 | 2 | BAK (‰) = Ethanol im Serum oder Plasma (g/L)/1,2312 |

Atemalkoholkonzentration: Atemalkoholkonzentration des Alkohols in der Atemluft in mg Alkohol pro Liter Luft (mg/L).

Blutalkoholkonzentration: Blutalkoholkonzentration des Alkohols im Vollblut in Gramm Alkohol pro Liter Vollblut (g/L).

³¹⁶ National Council on Alcoholism (1972) Annals of Internal Medicine, 77:249-58

³¹⁷ Anmerkungen: Plasma- oder Serumalkoholspiegel sind ca. 20 % höher als Blutalkoholspiegel, weil in den roten Blutkörperchen weniger Alkohol enthalten ist als in der Blutflüssigkeit (=Serum oder Plasma).

Blutalkoholkonzentration in ‰: Konzentration des Alkohols im Vollblut als Gramm Alkohol pro Kilogramm Blut.

| Atemalkoholkonz. in mg/L | Blutalkoholkonz. in g/L | Blutalkoholkonz. in ‰ (g/Kg) |
|-----------------------------|----------------------------|---------------------------------|
| 1 mg/L | ungefähr 2,144 g/L | ungefähr 2 ‰ |
| ungefähr 0,473 mg/L | 1 g/L | 0,946 ‰ |
| ungefähr 0,5 mg/L | 1,057 g/L | 1 ‰ |

Alkoholkrankheit (andere schwere seelische Störung)³¹⁸

Der Missbrauch oder die Abhängigkeit von Alkohol ist die häufigste psychische Störung. Ein erhöhter Alkoholkonsum wird bei 10–12%, ein schädlicher Konsum bei 3–5% und eine manifeste Alkoholabhängigkeit bei 3% aller Personen zwischen dem 18. und 60. Lebensjahr festgestellt.

Die ICD- Klassifikation unterscheidet zwischen akuten Intoxikationen (syn. Rausch), dem Abhängigkeitssyndrom, dem Missbrauch, den Entzugssyndromen einschließlich dem Delir, die alkoholbedingten psychotischen Störung und die Folgezustände nach langem Alkoholkonsum.

Schädlicher Gebrauch und Abhängigkeitssyndrom

F1x.1 Schädlicher Gebrauch

- Tatsächliche Schädigung der psychischen/physischen Gesundheit des Konsumenten
- Schädliches Konsumverhalten wird von anderen kritisiert und hat häufig auch negative soziale Folgen
- Eine akute Intoxikation oder ein „Kater“ beweisen nicht den „Gesundheitsschaden“
- Bei einem Abhängigkeitssyndrom, einer psychischen Störung oder bei anderen substanzspezifischen Störungen nicht zu diagnostizieren

³¹⁸ Athen, Alkoholabhängigkeit als differentialdiagnostische Herausforderung, Nervenheilkunde 1998, 378 ff,

Flx.2 Abhängigkeitssyndrom: die Diagnose nur zu stellen, wenn während des letzten Jahres drei oder mehr der folgenden Kriterien gleichzeitig vorhanden waren:

- Verminderte Kontrollfähigkeit bzgl. Beginn, Beendigung und Menge des Konsums
- Körperliches Entzugssyndrom
- Nachweis einer Toleranz
- Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen/Interessen zugunsten des Substanzkonsums
- Anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen

Gemeinsam ist den Störungen der Übermaßkonsum von Alkohol. Individuell unterschiedlich beginnt sich eine Abhängigkeit auszubilden. Diese zeigt folgende Kriterien:

- Starkes oder zwanghaftes Verlangen, Alkohol zu konsumieren (Fachterminus: Craving)
- Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich der Menge, des Beginns oder Ende des Konsums (d.h. es wird regelmäßig mehr Alkohol oder über einen längeren Zeitraum konsumiert als geplant, bestehender anhaltender Wunsch und Versuche, den Alkoholkonsum zu verringern oder zu kontrollieren, ohne dass dies nachhaltig gelingt)
- Körperliche Entzugserscheinungen bei Konsumstopp oder Konsumreduktion
- Entzugserscheinungen mit Zittern, Schwitzen etc. bei erheblicher Verminderung der Alkoholaufnahme oder plötzlicher Abstinenz, z.B. bei einer Inhaftierung.
- Nachweis einer Toleranz; um die gewünschte Wirkung hervorzurufen, sind zunehmend größere Mengen an Alkohol erforderlich
- Einengung des Denkens auf Alkohol d. h. Vernachlässigung anderer Interessen zugunsten des Alkoholkonsums
- Anhaltender Substanzkonsum trotz gesundheitlicher und sozialer Folgeschäden für den Konsumenten, obwohl der Betroffene sich über die Art und das Ausmaß des Schadens bewusst ist (z. B. Leberkrankheiten wie Leberzirrhose, einer Verschlechterung der kognitiven Funktionen, Verlust des Führerscheins oder Arbeitsplatzes, Trennung des Lebenspartners, Rückzug des Bekannten- und Freundeskreises etc.)

Phasen der Alkoholkrankheit:

Typ A

- Erleichterungstrinker
- Alkohol wird gezielt eingesetzt, wenn Schwierigkeiten auftreten.
- Alkohol gibt eine scheinbare Sicherheit
- Meistens sind sie körperlich (noch) nicht abhängig, aber sehr wohl seelisch.

Typ B

- Gelegenheitstrinker
- trinken, weil es eben dazu gehört
- zu Anlässen und in der Freizeit
- trinken regelmäßig und nicht selten große Mengen, haben häufig bereits Organschäden
- sind nicht körperlich oder seelisch abhängig

Typ C

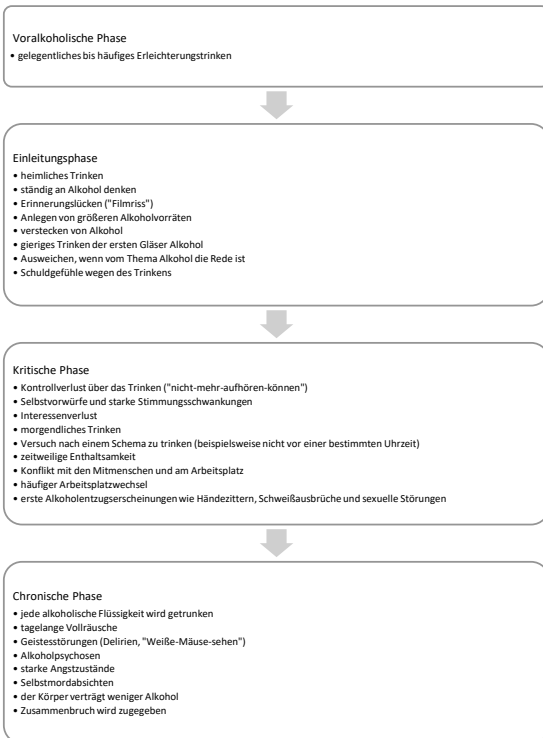
- Gewohnheitstrinker (Spiegeltrinker)
- müssen permanent einen Alkoholspiegel halten, da sich sonst stärkste Entzugserscheinungen einstellen
- Nicht selten wird ein Spiegel von 2,5 Promille gehalten und damit werden Ausfallerscheinungen vermieden

Typ D

- Pegeltrinker, Spiegeltrinker, Alkoholiker
- Diese Menschen sind regelrecht krank vom Alkohol. Sie sind körperlich und seelisch abhängig vom Stoff.

Typ E

- Quartalstrinker
- Trinker verlieren in unterschiedlichen Zeitabständen die Kontrolle über ihren Alkoholkonsum
- können wochenlang keinen Alkohol trinken
- plötzlich überkommt sie ein unstillbares Verlangen nach großen Mengen Alkohol, was nicht selten in tagelangem Vollrausch endet



Die Alkoholkrankheit kann sich über 15 bis 20 Jahre erstrecken. Darin sind auch Phasen integriert, in denen der Alkoholkranke das Trinken unterbricht die Abstinenz durch Rückfälle unterbrochen wird. Dies gilt auch für die Behandlung. Als Süchtiger hat man das normale Leben verlernt. Ein Aspekt neben der Abstinenz sind Selbsthilfegruppen.

Alkoholentzugssyndrom:

Die Entzugssymptomatik ist klinisch vielgestaltig und lässt sich in drei Gruppen gliedern:

- Allgemein-internistisch: allgemeines Unwohlsein, Inappetenz, Übelkeit, Erbrechen, Magenschmerzen, Durchfälle, Herz- Kreislauf- Störungen mit schnellem Puls (Tachykardie) erhöhter Blutdruck.
- Neurologisch: Zittern (Tremor) der Hände auffällig. Gelegentlich kommt es zu epileptischen Anfällen (Entzugskrämpfe)
- Psychisch; Angst, Reizbarkeit, motorische und innere Unruhe, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen. Selten Bewusstseinsstörungen, beim Entzugsdelir vorübergehende optische Halluzinationen (kleine bewegte Gegenstände oder Figuren wie z. B. „weiße Mäuse“).

Dabei handelt es sich um ein Absetzphänomen nach völliger oder relativer Unterbrechung der Alkoholfuhr. Dieses zeichnet sich wie folgt aus:

- Beginn innerhalb einiger Stunden oder weniger Tage nach Abstinenz
- Dauer selten länger als 5-7 Tage
- Danach folgt eine 10-14-tägige Phase allgemeinen Unwohlseins und unspezifischer Symptome und deutlichen Missbefindens

Schädlicher Gebrauch („Missbrauch“) von Alkohol (F 10.1 des ICD-10):

Dabei handelt es sich um einen Alkoholkonsum, der zu körperlichen und/oder psychischen Gesundheitsschädigungen geführt hat. Gegen die Alkoholkrankheit gibt es keine Heilmittel. Die Krankheit ist die Angst, sich selbst zu äußern - das ist das Grundproblem. Und diese Grundangst bleibt, wie auch die Alkoholkrankheit, ein Leben lang. Alkohol ist das zum Tode führende und für kurzzeitige, vermeintliche Befreiung sorgende Mittel.

Illegale Drogen:

Der Haschischrausch, die Abhängigkeit, der Haschischentzug

Cannabismissbrauch ist nach Alkohol und Nikotin die dritthäufigste Form der Abhängigkeit. Dabei wird sowohl Marihuana, als zerkleinerten harzhaltigen Blütenrauben und blüthennahen, kleinen Blätter der weiblichen Pflanze (umgangssprachlich Gras oder Weed) oder das Harz (Shit) geraucht.

Die psychoaktive Substanz ist das Cannabinoid THC (Tetrahydrocannabinol). Die Substanz interagiert mit Anandamidrezeptoren (CB1 - Gehirn und CB2 - Lunge) im Körper, ist zellwandgängig und interagiert mit dem Zellinneren. Die häufigste Konsumform ist das Rauchen von Joints (umgangssprachlich „kiffen“). Dabei wird entweder das Harz oder die Blüten mit Tabak vermischt und als eine Zigarette gedreht

(„Tüte“). Andere Konsumformen erfolgen über eine Bong oder ähnliche selbstgebaute Konstrukte. Der Vorteil davon ist, dass der Rauch herabgekühlt die Lunge erreicht, da Cannabis wesentlich heißer verbrennt als Tabak. Man kann Cannabis auch in Kekse ("Space - cakes") einbacken oder als Tee trinken. Cannabis ist hoch fettlöslich, dies führt zu langen Abbauzeiten, so dass man die Substanz gut eine Woche nach dem letzten Konsum im Serum und einen Monat als Metabolit im Urin nachweisen kann. Die Konzentrationen von THC haben in den letzten Jahrzehnten von 4 auf bis zu über 20% zugenommen. Neuerdings gibt es synthetische Cannaboide, die über Kräutermischungen (Spice) vertrieben wurden.

Die Wirkung ist entspannend, muskelerschlaffend, sedierend und antiemetisch (Breachreiz unterdrückend). Die WHO schätzt in ihrem Drogenbericht für das Jahr 2017 183 Millionen Konsumenten. Marokko, Afghanistan, Holland und Israel sind die Ursprungsländer von Cannabis.³¹⁹

Die Wirkung setzt binnen weniger Minuten nach dem Rauchen ein, 15 Minuten bedarf es bis zum Wirkmaximum. Cannabis durchschreitet die Blut- Hirn Schranke mühelos. Nach ca. einer Stunde klingt die Wirkung langsam ab, um nach zwei bis drei Stunden vorüber zu sein. Nimmt man THC über den Magen zu sich, flutet die Substanz langsamer an, jedoch werden dann oft höhere Dosen aufgenommen.

Cannabis wirkt individuell höchst unterschiedlich und es spielen Faktoren wie das Setting und Grundstimmung eine entscheidende Rolle. In der Folge wird ein typischer Rauschverlauf geschildert:

- Sanfte Euphorisierung
- Gefühl der Entspannung und des Wohlbefindens
- gesteigertes Kommunikationsbedürfnis, Albernheit,
- Intensivierung von akustischen und visuellen Sinneswahrnehmungen

Negative Erlebnisse:

- niedergedrückte Stimmung
- psychomotorische Erregung
- Unruhe
- Angst und Panikreaktionen (v.a. bei unerfahrenen Konsumenten)

³¹⁹ World Drug Report (2018)

- Verwirrtheit mit Verfolgungsphantasien bis hin zu paranoiden Wahnvorstellungen

Langzeitfolgen:

- Die meisten Konsumenten nutzen THC gelegentlich und in Gruppen Gleichgesinnter.
- Eine Gruppe konsumiert nur kurze Zeit.
- Ein Teil konsumiert regelmäßig und große Mengen über Jahre hinweg.
- Es sind keine substantiellen Hirnschäden nachweisbar.
- Die Hirnleistungsfähigkeit nimmt mit zunehmender Dauer und Intensität des Konsums ab.
 - schlechtere Lern- und Gedächtnisleistungen (teilweise reversibel)
 - früher Einstieg führt zu einer nachhaltigen Beeinträchtigung der kognitiven Leistungsfähigkeit
- Atemwegserkrankungen, Emphysem, Bronchitis sowie Entzündungen der Nasen- und Rachenschleimhaut
- erhöhtes Herzinfarktrisiko im Verlauf der ersten Stunde nach dem Konsum (Erhöhung der Herzfrequenz)
- psychische Abhängigkeit (Craving = Gier des Weiterkonsums)
 - Komorbidität: Depressionen oder Angstsymptome
- es gibt eine milde körperliche Abhängigkeit
- Psychosen:
 - es gibt keine eigenständige Cannabis-Psychose
 - Cannabis löst eine Schizophrenie aus (Schwellensenker)

Der Kokainrausch, die Kokainabhängigkeit, der Kokainentzug

Kokain ist ein Ecogonin aus den Blättern des Coca-Strauch. In den Blättern befindet sich 1% Kokain. Dieses wird chemisch extrahiert um Kokainhydrochlorid zu gewinnen (weißes, kristallines Pulver). Die Substanz wurde bereits bei den Inkas zu rituellen Zwecken gekaut oder verbrannt. Die Kokainresorption durch Blätter- Kauen setzt unvergleichbar weniger Substanz frei als der nasale Konsum. Über eine Reaktion mit Natriumbikarbonat entsteht Crack, das wesentlich kürzer und intensiver als Kokain wirkt und wesentlich toxischer wirkt.

Intravenös oder nasal eingenommen wirkt Kokain schnell und intensiv. Am häufigsten wird die Substanz gesniff, gefolgt von der intravenösen Injektion. Seltener ist die Freebase - Inhalation.

Kokain setzt im Gehirn exzidierende Übertragungssubstanzen (entspeichert Dopamin, Noradrenalin, Serotonin) frei.

- Die Wirkung tritt binnen weniger Minuten ein
- dauert ca. 20 bis 60 Minuten
- Das Wirkmaximum wird nach 10 Minuten erreicht.
- gesteigerte Wachheit
- starke euphorisierende und enthemmende Wirkung als "Rush", "Flash" oder "Kick"
- senkt - je nach Kontext - soziale und sexuelle Hemmungen
- erhöht das Selbstwertgefühl
- motorische Hyperaktivität
- Übererregung, zerebrale Krampfanfälle
- Verwirrtheit und Bewusstseinsstörungen
- Koma
- Aggressivität
- Wahnvorstellungen und Halluzinationen
- Erhöhte Körpertemperatur (Hyperthermie)
- Anstieg der Pulsfrequenz, des Blutdruck, der Körpertemperatur und der Atemfrequenz
- Es werden die Kraftreserven verbraucht
- Atem- und Kreislaufversagen, Herzinfarkt
- Die Abhängigkeitspotenz ist sehr hoch
- Rauschphasen:
 - nach Abklingen der Euphorie: Crash
 - Ängstlich-paranoide Stimmungen mit akustischen oder auch optischen Halluzinationen

- Niedergeschlagenheit, Müdigkeit und Erschöpfung
- Angstzustände, Schuldgefühle, Selbstvorwürfe und Suizidgedanken
- Flashbacks

Der Heroinrausch, Heroinabhängigkeit, der Entzug

Der Ursprung des bei uns gebräuchlichen Heroins ist Opium, aus dem Morphin gewonnen werden und wiederum chemisch zu 3,5-Diacetylmorphin synthetisiert wird.

Heroin wird als Pulver nasal eingenommen, injiziert oder geraucht (Folie: "chasing the dragon").

Wirkungen:

- Beruhigend
- Entspannend
- Schmerzlösend
- Euphorisierend
- dämpft die geistige Aktivität
- beseitigt unangenehme Empfindungen wie Angst, Unlust und Gefühle der Leere
- Probleme und Konflikte werden ausgeblendet
- Subjektiv führt die Substanz zu einem vollkommen glücklichen und zufriedenen Gefühl

Risiken:

- Keine Organschäden durch die reine Substanz
- Geringe therapeutische Breite (Wirkung und Nebenwirkungen und Lebensgefahr liegen bei der Dosis eng zusammen)
- Nicht- Konsumenten: bei 5 mg mit Bewusstlosigkeit, Atemdepression, Kreislaufversagen und Verlangsamung der Herzrätigkeit
- Todesfälle aufgrund der Atemlähmung
- Bewusstlosigkeit und Aspiration des eigenen Erbrochenen
- Verlust des Schmerzempfindens

- Beimischungsrisiken
- Toleranz und Gewöhnung, Substanzsteigerung verlieren sich bei einer Abstinenz
- Infektionsrisiken (z.B. mit Hepatitis-Viren oder HIV)
- unsauberes Spritzbesteck bei der Injektion
- hohes Abhängigkeitspotential
- Veränderungen der Persönlichkeit und der sozialen Situation
- Hoher Beschaffungskriminalität und Prostitution und Verwahrlosung

Heroinrausch ³²⁰

- abhängig von Dosis, Reinheitsgrad, Gewöhnungseffekten, Konsumform sowie von Set (psychische und physische Voraussetzungen des Users) und Setting (Rahmenbedingungen des Konsums)
- bei intravenösem Konsum Wirkungseintritt: nach etwa 10 Sekunden, geraucht oder gesniff nach ein paar Minuten
- Wirkdauer 2 – 5 h
- Kick
 - euphorisierende, ausgleichendberuhigende und angstlösende Wirkung
 - Gefühle von Geborgenheit und tiefer Selbstzufriedenheit
 - Wattegefühl
- Analgesie (schmerzlindernd) und hustendämpfend
- Verlangsamung der Atem- und Herzfrequenz
- herabgesetzter Stoffwechsel sowie verminderte Darmtätigkeit
- Blutdruckabfall, Pulsverlangsamung, Pupillenverengung, Harnverhaltung (Blasenentleerungsstörung) und Atemnot

³²⁰ Daunderer, a. a. O., Heroin

- Apathie und Sedierung, psychomotorische Verlangsamung, Aufmerksamkeitsstörung, Einschränkung der Urteilsfähigkeit und verengte Pupillen

Drogenentzugssyndrom:

- Etwa 4-6 Stunden nach der letzten Aufnahme
 - intensives Denken an Heroin mit einem Verlangen nach der Droge („craving“)
 - Ängstlichkeit und Rastlosigkeit
 - Reizbarkeit.
- Etwa 8 Stunden nach der letzten Zufuhr
 - Abfluss von Sekret aus der Nase, zum Tränenfluss, zum Schwitzen und zu Juckreiz
 - beginnende, erhöhte Schmerzempfindlichkeit.
- 12 Stunden nach der letzten Heroininjektion, zusätzlich
 - erweiterte Pupillen („Supenteller“),
 - Gänsehaut
 - Muskelzuckungen,
 - heiße und kalte Schauer,
 - Knochen- und Muskelschmerzen
 - Appetitlosigkeit.
- 18 bis 24 Stunden nach der letzten Dosis, zusätzlich
 - vermehren sich die beschriebenen Symptome weiter, der Blutdruck steigt, die Körpertemperatur erhöht sich, der Puls wird schnell, die Atmung nimmt an Frequenz zu, Schlaflosigkeit stellt sich ein.
- 24 bis 36 Stunden zusätzlich
 - wirkt fiebrig
 - Muskelkrämpfe,
 - Durchfälle,
 - Erbrechen,
 - Schock

- 1-3 Tagen
 - Maximum erreicht
 - Symptome lassen innerhalb einer Woche deutlich nach.
- Diese Zeitabläufe sind dann relevant, wenn Pusher oder Dealer sich auf eine Entzugssymptomatik berufen, die sie sich ausgedacht haben, um in den Vorzug einer Maßregel zu kommen.

Ein konventioneller Heroin-Entzug mit Methadon kann nach folgendem Schema erfolgen:

| Einfacher Entzug | Schwerer Entzug |
|------------------------------|------------------------------|
| • 3 Tage 30 mg Methadon 1 %, | • 50 mg Methadon 1 % |
| • 3 Tage 20 mg Methadon 1 %, | • 3 Tage 30 mg Methadon, 1 % |
| • 3 Tage 10 mg Methadon 1 % | • 3 Tage 10 mg Methadon, 1 % |
| • | • 5 mg Methadon 1 %. |

Schuldfähigkeit des Suchtkranken:³²¹

Das Grundkriterium des Rausches nach Hedonie kann man nach Giese auch für die Sexualdevianz angeben. Analog ist die Frage der Zuordnung zu den Eingangskriterien der „schweren anderen seelischen Störung“ ebenfalls eine dimensionale Zuordnung.³²² Dass „alle Lust Ewigkeit will“ ist hier trivial, die zerstörerische Wirkung liegt jedoch bereits im Satz hinterlegt.

Die Schwere der anderen seelischen Störung ergibt sich aus folgenden Aspekten:

- Ambivalenz des Betroffenen zwischen Rausch und Leben
- dauerhafte Prägung des Fühlens, Denkens und Handelns, aufgrund der Willensdominanz nach Zufuhr des Rauschagens

³²¹ Präfmin, F (1994), S. 334.

³²² Rasch u. Konrad (2004), S. 291 ff.; Nedopil (2000), S. 92 ff.; BGH StV (2001) 564

- Nachlassen der gesundheitsorientierter Selbstsorge und der Missachtung von Besorgnis für andere
- Einengung des Lebens auf eine immer höhere Frequenz der Stoffzufuhr
- Verlust der „Macht über die Macht der Lust“³²³
- Repetitives Verhaltensmuster nimmt zu, der Teufelskreis zwischen Absetzen der Substanz und Entzugerscheinungen bestimmt das Bild.
- Entzugerscheinungen im Sinne vegetativer Beschwerden bestimmen zunehmend auch in der Angst davor das Leben der Betroffenen
 - nervös flackernder Unruhe
 - Schwitzen
 - Zittern u. a. (Alkohol)
 - körperliche Schmerzen (Heroin)
 - Depression (Kokain, Crack)

Diese Aspekte bestimmen auch das gesamte Verhalten, so dass gerade bei den o.g. Abhängigen auch die Beschaffung zur Kriminalität führt. Die Grenze beginnt dort, wo Kriminalität nur oder „auch“ zur „Beschaffung“ führt. Auch diese Mittel dienen zur Hedonie auf Kosten anderer. Hier kommt es zum Übergang von Sucht zur Dissozialität. Hier muss dann die Priorität festgestellt werden. Für diese Differenzierung können folgende Punkte helfen:

- Haarproben, Urin usw. zeigt den Konsum auf, nicht zwingend die Sucht.
- Eine Abhängigkeit rechtfertigt für sich genommen nicht die Dekulpierung
- „Führt die Betäubungsmittelabhängigkeit zu einer starken Persönlichkeitsveränderung in der Art einer Depravation, so liegt eine schwere seelische Störung vor. Eine Depravation ist eine Deformierung derjenigen Persönlichkeitsschichten, die dem Menschen das Leben als soziales Wesen ermöglichen. Als Symptome einer derartigen Persönlichkeitsveränderung werden angesehen: psychische Instabilität, Abschwächung oder sogar Verlust zwischenmenschlicher Bindungen, Frustrationsintoleranz, vermindertes Durchhaltevermögen, Sprunghaftigkeit, Deformierung von Wertvorstellungen

³²³ Schmid, W.

und sozialer Haltung, Verwahrlosung.“³²⁴ Damit passen folgende Aspekte dort hinein:³²⁵

- „starke Entzugserscheinungen“
- „akuter Rausch“
- einer erheblichen Verminderung der Schuldfähigkeit erfolgt bei Substanzabhängigkeit nur „ausnahmsweise“
- Schwerstabhängigkeit mit einem Tatmotiv der Beschaffung von Stoff für den Eigenbedarf spricht für eine erhebliche Minderung der Steuerungsfähigkeit (§ 21 StGB), eine Schuldunfähigkeit wird nur extrem selten relevant sein.
 - Die Bevorratung einer Wochenration erscheint noch als Beschaffungskriminalität nachvollziehbar. Bei größeren Mengen handelt es sich um ein Pushen oder Dealen. Dieses wäre dann freibestimmt.
- Die Frage der Annahme der Eingangsmerkmale des § 20 StGB und die Anwendung der §§ 20, 21 StGB im konkreten Einzelfall obliegt dem Richter.
- Der Gutachter kann (und sollte) auf diese Urteile bezugspflichtig beziehen („Ort der Wahrheit“³²⁶). Hier hat bereits das OLG Hamm darauf verwiesen, dass in einem Urteil gegebene Tatdarstellungen (auch ausgeschlossene Tatdarstellung) für spätere Gutachten als verbindlich anzusehen sind. OLG Hamm
 - Ein Urteil verleiht den Taten und früheren Gefährlichkeit (Art und Schwere) Wirklichkeit. Deshalb habe man den Täter verurteilt.
 - Ein Urteil ist für das Leben des Betroffenen bis zum Zeitpunkt des Ausspruchs sockelbildend.

Eine Schuldunfähigkeit/verminderte Schuldfähigkeit ist eher nicht anzunehmen, bei (analog dem Referenzsystem nach Saß³²⁷):

- hoch komplexem Tatgeschehen

³²⁴ Richter am BGH, Theune, in NStZ (1997) 5 7 ff.

³²⁵ BGH, NStZ (2001), 82 f.; BGH, NStZ (2001), 83f.; BGH, NStZ (2001), 85.

³²⁶ Gadamer

³²⁷ Saß (1985), S. 34, 37; 1991, S. 266, 271 ff.

- lange voraus geplanter Tat
- klare Zielrichtung der Planung
- egozentrischen Zweck der Tat
- Abwarten von Tatumständen: lange Zeit auf eine günstige Tatkonstellation warten und eine kreative Steuerung zeigen.
- Angemessene und geschickte Reaktion auf Außenreize und unerwartete Ereignisse
- Weit- und Umsicht im Rahmen eines komplexen Handlungsablaufes

Grundsätzlich kann eine Suchterkrankung auch zu einer Exkulpierung führen, wengleich hier die Voraussetzungen sehr hoch sind.³²⁸

- Die Einordnung nach ICD-10 F1x.2 ist ein gewichtiges Indiz für eine nicht-ganz unerhebliche Beeinträchtigung, ist jedoch nicht mit einer anderen schweren seelischen Störung nicht gleichzusetzen.³²⁹
- Ein wahlloses Verhalten ist für eine Minderung der Schuldfähigkeit nicht zwingend notwendig.³³⁰ Dies belegt nur, dass er trotz Entzugserscheinungen noch imstande war, sich normgemäß zu verhalten, d.h. von derartigen Raubüberfällen abzusehen
- Die Kausalität zwischen Intoxikation oder Entzug muss klar erkennbar sein. Nur der Konsum und ggf. ein Gefühl („Supermann“) reichen nicht aus.³³¹
- Nach der Rechtsprechung des BGH können der Betäubungsmittelkonsum/Abhängigkeit nur in Ausnahmefällen eine erheblich verminderte Schuldfähigkeit begründen, wenn ein langjähriger Konsum vorliegt und vor allem harte Drogen zu schwersten Persönlichkeitsveränderungen geführt haben, bei starken Entzugserscheinungen, im aktuellen Drogenrausch oder im Rahmen der Beschaffung bei Heroinabhängigkeit (Drogenbeschaffung).³³²

³²⁸ Streng (2003), § 20 Rn105

³²⁹ BGH StV (2001), 564 f.

³³⁰ BGHR § 20, 5. Senat, Urteil vom 8. 5. 1990

³³¹ BGH NStZ (2001), 83, Urteil vom 19. 9. 2000

³³² BGH NStZ 2001, 85: In einem Urteil vom 7. 11. 2000

- Ein Dekulpation kann nur dann erfolgen, wenn der Abhängige aus massiver Angst vor Entzugserscheinungen zu einer Straftat getrieben wird, die (un-)mittelbar der Suchtmittelbeschaffung dient. *„Begeht ein Abhängiger Vermögensdelikte unterschiedlichen Charakters, die nach seinen Angaben mittelbar der Befriedigung seiner Sucht dienen, liegt die Annahme einer erheblich verminderten Steuerungsfähigkeit des Täters jedenfalls bei langfristiger Planung zukünftigen Suchtmittelzugriffs dagegen eher fern“*³³³
- Heroin und Kokain werden anhand ihrer Suchtfolgen erheblicher eingestuft als die von Amphetaminen und Cannabisprodukten³³⁴. Die Frage der Selbstverschuldung (§323 StGB) spielt bei Drogen keine Rolle³³⁵.

Persönlichkeitsstörungen

Zu dieser Diagnosenengruppe gibt es verschiedene Prävalenzen in der Literatur.

- In der Allgemeinbevölkerung fand man in Großbritannien 4,4%³³⁶ und in den USA 14,8%³³⁷ für DSM-IV-Persönlichkeitsstörungen.
- in Gefängnispopulationen (Auswertung von 62 Studien, n = 22.790) fand sich eine Prävalenzrate von 47 %.³³⁸
- In Forensischen Kliniken sind diese Diagnosen deutlich höher als in der Allgemeinbevölkerung. Dabei geht man von ca. 5 % Patienten mit Persönlichkeitsstörungen als komorbide Störung im Maßregelvollzug aus.³³⁹

Auch hier geht man heute von einer multifaktoriellen Genese aus. Die klinischen Erfahrungen deuten auf Zusammenhänge mit Kindheitstraumata (Missbrauch, Gewalt, Vernachlässigung) hin. Für die antisoziale Persönlichkeitsstörungen und Borderline-Persönlichkeitsstörungen gibt es Hinweise auf eine Störung des fron-

³³³ BGH NStZ 2001, 85

³³⁴ BGHSt 33, 169; BGH JR 1987, 206

³³⁵ Streng 2003, § 20 Rn 105; BGHSt 35, 143; 43, 66

³³⁶ Coid J (2006): 423–431

³³⁷ Grant BF (2004): 948–958

³³⁸ Fazel S (2002): 545–550

³³⁹ ceus consulting/FOGS (2015)

tolimbischen Regelkreises. Dies betrifft vor allem Personen, die eine Impulskontrollstörung aufweisen, deren serotonerge Aktivität reduziert ist oder die eine Störung der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse aufweisen³⁴⁰.

Die Behandlungen fokussieren auf folgende evidente Ziele:

- Reduzierung psychopathologischer Symptome, die Wiederherstellung psychischer Gesundheit und die Verminderung eines subjektiven Leidenszustandes durch eine Psychotherapeutische Behandlung
- Minimierung der dysfunktionalen kriminogenen Denk- und Verhaltensmuster sowie die Stärkung der Resilienzfaktoren durch forensische Therapieverfahren. Gute Evidenz haben das R&R – Training, die Relapse-prevention-Programme³⁴¹. Weiterhin gibt es gute Daten für psychotherapeutische Methoden wie DBT, TFP, MBT und Schematherapie³⁴².
- Es gibt keine speziell zugelassenen Pharmaka, im Bereich der „freien Heilung“ werden verschiedene Substanzen supportiv eingesetzt³⁴³.

Paranoide Persönlichkeitsstörung: (ICD-10: F60.0)

Die paranoide Persönlichkeitsstörung zeigt folgendes klinische Bild:

- Extrem hohe Empfindlichkeit
- Die Handlungen anderer werden rasch als feindlich interpretiert
- Die Betroffenen sind streitsüchtig, beharren auf ihre Rechte
- Sie neigen zu destruktiven Gefühlen (Hass, Verachtung, Zorn) und Handlungen.

Schizoide Persönlichkeiten (ICD-10: F60.1):

Die schizoiden Persönlichkeiten zeigen folgende klinischen Symptome:

³⁴⁰ Flory JD (2009):34–37.

³⁴¹ Cullen AE (2012):1114–1120
Tong LSJ (2007):3–24;

³⁴² Rezk M (2012): S279–290
Dulz B (2016)

³⁴³ DGPPN (2017)
Renneberg B (2010):339

- Starke Neigung, in sich gekehrt zu sein
- Meiden von affektiven, sozialen und anderen Kontakten, Einzelgängertum

Emotional instabile Persönlichkeiten (ICD-10: F60.)

Diese Form der Persönlichkeitsstörung zeichnet sich durch folgende Auffälligkeiten aus:

- Impulse werden ohne Berücksichtigung von Konsequenzen mit Tendenz zu streitsüchtigem Verhalten ausagiert

Kaum eine Diagnose ist derart emotional überfrachtet wie die der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Selbst innerhalb der Psychiatrie und Psychotherapie emotionalisieren nicht nur die Patienten, sondern auch die Psychiater und Psychotherapeuten sich selbst. Damit ist es nachvollziehbar, dass diese Diagnose auch bei Juristen skeptische Reaktionen auslöst. Gerade Gutachter ohne ausreichende praktische Erfahrungen mit dieser Klientel laufen eine nicht geringe Gefahr einer Fehldiagnose³⁴⁴.

Ein mehrfach vorbestrafter Beschuldigter wird wegen mehrerer versuchter und einer vollendeten Vergewaltigung im Rahmen einer „Borderline-Persönlichkeitsstörung“ dekulpert (§ 21 StGB) und eine Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus gemäß § 63 StGB angeordnet. Der BGH forderte bei der Revision, dass der Richter sich Gewissheit verschaffen müsse, ob die Diagnose eindeutig ist und ob der psychopathologische Zustand ein dauerhafter ist (Voraussetzung des § 63 StGB). Die Tatrichter sollen sich nicht mit der Strukturdiagnose „Borderline“-Persönlichkeit“ zufriedengeben, da diese nur schwer an Symptomen zu definieren sei, nicht nachzuprüfen sei, ob diese sich auf ein allseits anerkanntes Motivationsmodell stützen könne oder nur ein Modekonstrukt sei. Man beruft sich auf die Definition des Borderline-Syndroms als Persönlichkeitsstörung mit alternierenden neurotischen und psychotischen Symptomen, das zwischen den Neurosen und Psychosen zu lokalisieren sei. Es wird darauf verwiesen, dass es keine eindeutige Zuordnung der Diagnose Borderline-Persönlichkeitsstörung zu einer biologischen Voraussetzungen (§§ 20, 21 StGB) gibt. Man gesteht dem Tatrichter zu, zu der verminderten oder aufgehobenen Schuldfähigkeit im Ergebnis der juristisch-normativer Bewertung und im Zweifelsgrundsatz (im Rahmen der Diagnose „Borderline“-Persönlichkeit beim Täter) kommen zu können, so er keine besseren Erkenntnisse habe und er die Ursache der Störung nicht genauer zuordnen könne. Kritisiert wird nach dieser Ableitung, dass der Zweifelsgrundsatz bei der Prüfung der Voraussetzungen des § 63 StGB nicht anzuwenden sei. Man fordert die Qualität und Quantität im Gutachten einzubeziehen

³⁴⁴ BGHSt 42, 385; Kröber 1998, S. 80 f.; Dannhorn 1998, S. 81 f.

(z. B. massive emotionale Instabilität, Störungen des Selbstbildes oder Selbstbeschädigungen bzw. Drohungen hiermit): Eine manifeste Psychose habe man ausgeschlossen. Da die Realitätsprüfung gegeben sei, die Objektbeziehungen und Ich - Funktionen nur bedingt gestört sind, unterscheiden sich diese Störungen qualitativ von den Psychosen.³⁴⁵ Der BGH hat die Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus aufgehoben, weil die Diagnose „Borderlinepersönlichkeit“ für sich allein nicht die Annahme erheblich verminderter Schuldfähigkeit begründe. Dies setze vielmehr voraus, dass der Täter aus einem mehr oder weniger unwiderstehlichen Zwang heraus gehandelt habe.

Meinungsführer der psychiatrischen Begutachtung sehen in diesem Urteil einen zu konservativen Umgang mit der Diagnose Borderline- Persönlichkeitsstörung, die sowohl im DSM als auch im ICD klar definiert wird. Dies umschließe zeitlich überdauernde, meist lebenslange Zustände mit dem Beginn in der Kindheit oder Jugend. Dem hätten Gutachter zu entsprechen. Bei einer entsprechenden Schwere der Störung, die den anderen Eingangsvoraussetzungen der §§ 20, 21 StGB vergleichbar ist und einer Kausalität der Eingangsvoraussetzung zum vorgeworfenen konkreten Delikt, würde dann der Weg zum juristischen Eingangskriterium der „schwere anderen seelischen Störung“ gebahnt sein.³⁴⁶

Dissoziale Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.2), „antisozialen Persönlichkeit“ nach DSM

Für die dissoziale oder antisoziale Persönlichkeitsstörung wird als Prävalenzzeit angegeben:³⁴⁷

- in der US-Allgemeinbevölkerung 1-3%
- in Haftanstalten bis zu 25%

Auch hier ergibt sich eine multifaktorielle Ursache, diese ist vergleichbar mit der von Persönlichkeitsstörungen.

Früher bestand der Mythos, das Therapie psychopathische Persönlichkeiten gefährlich mache. Dies ließ sich nicht bestätigen.³⁴⁸ Es bedarf allerdings sehr langfristiger Konzepte, die multimodal Therapieansätze kombinieren. Es helfen strukturierte und belohnungsassoziierte Konzepte. Dabei hilft es wenig auf die Verbesserung der

³⁴⁵ BGH, BGHSt 42, 385, Beschluss 4. Senat Beschluss vom 6. 2. 1997

³⁴⁶ Kröber 1998, S. 80 f. Dannhorn 1998, S. 81 f.; BGH bei Theune NStZ-RR 2004, 199, Nr. 5

³⁴⁷ Müller JL (2017): S84-95

³⁴⁸ Müller JL (2007): S557-572

Empathie oder emotionales Ansprechen zu setzen (biologisch – funktionales Defizit), sondern eher Impulsivität und Verhalten kontrollieren zu helfen sowie einen prosozialen Lebensstil zu unterstützen.

Diese Störung ist anzunehmen, wenn folgende Symptome in Vordergrund stehen:

- „Herzloses“ Unbeteiligt sein gegenüber den Gefühlen anderer
- Mangel an Empathie³⁴⁹
- andauernde Verantwortungslosigkeit und Missachtung sozialer Normen, Regeln und Verpflichtungen
- Unvermögen zur Beibehaltung längerfristiger Beziehungen
- sehr geringe Frustrationstoleranz
- niedrige Schwelle für aggressives, auch gewalttätiges Verhalten
- Unfähigkeit zum Erleben von Schuldbewusstsein
- Unfähigkeit zum Lernen aus Erfahrung, besonders aus Bestrafung
- Neigung, andere zu beschuldigen oder vordergründige Rationalisierungen für das eigene Verhalten anzubieten
- Permanente Konflikte mit der Gesellschaft aufgrund „andauernde Reizbarkeit“
- Der Betroffene muss mindestens 18 Jahre alt sein und die Anzeichen einer Störung des Sozialverhaltens mit wiederholten Verletzungen der Rechte anderer Menschen bestanden schon vor dem 15. Lebensjahr
- Gefühle betreffen nur die eigene Sache. Die Haltung des Gutachters wird exakt beobachtet. Dabei wird manipuliert, um die eigenen Interessen durchzusetzen (z.B. Freiheit).
- Das Streben gilt dem Besitz, den sie mit Glück, Macht und Wohlbefinden gleichsetzen. Verzicht ist ihnen fremd. „Sie leben nicht für andere, wohl aber akzentuiert für sich selbst. Sie werden sich nicht selbst zu Pein und Strafe“.³⁵⁰

³⁴⁹ Empathie (gr.-engl.): Bereitschaft und Fähigkeit, sich in die Einstellung anderer Menschen einzufühlen.

³⁵⁰ Augustinus 1982,1,12,19 (45).

- Das DSM IV fokussierte auf vorausgehende Rechtsbrüche wie Falschheit, Lügen und Betrügen, Impulsivität und Inkompetenz im Planen, auf Reizbarkeit und Aggressivität mit Schlägereien und Überfällen, auf das Versagen bei dauerhaften Verpflichtungen im beruflichen, sozialen und partnerschaftlichen Feld mit Missachtung finanzieller Verpflichtungen wie auch auf den Mangel an Reue u. a.
- Antisoziale Persönlichkeitsstörungen neigen zur „Konfabulatio Phantastica“ (notorisches Lügen).
- Diese Menschen richten ihr Leben zum egozentrischen Zweck effektiv aus, sie dosieren präzise und leben nach dem eigenen Vorteil.
- Moral entwerfen sie grundsätzlich, fühlen sich im üblichen Leben weder durch Schuld oder schlechtes Gewissen belastet. Sie leben ohne innerliche Begrenzung.
- Das Ziel ist möglichst schnell ohne persönlichen Einsatz möglichst viel Geld zu erwerben.³⁵¹

Diese Störung ist ohne andere relevante Befunde nicht mit dem Eingangsmerkmal „schwere andere seelische Störung“ zu verknüpfen.

Es gibt eine Reihe von Persönlichkeitsbesonderheiten, die ohne eigenes Leiden einhergehen, die eher eine Spielbreite des Effektiven sind und eine positive Erfolgsmeldung zurückgeben. Diese Besonderheiten findet man bei sozial erfolgreichen Personen ohne, dass diese die Kriterien der „schweren anderen seelischen Störung“ erfüllen. Es gibt dabei keine Hinweise auf eine Minderung der Steuerungsfähigkeit.

Der Unterschied zwischen einer Persönlichkeit und einer Störung liegt in der Dimensionalität, die ihrerseits die Persönlichkeitsstruktur ausmacht. Dabei haben Menschen anankastische, hysterische, paranoide Eigenschaften, ohne dass diese Menschen davon bestimmt werden. Die Abnormität ist das Ergebnis eines Leidens. Dabei gibt es auch im Leben „normaler Menschen“ soziale Situationen, die sie in eine Belastungssituation bringen, indem erhöhte Anpassungsforderungen abverlangt werden. Dabei sind Neid, Eifersucht sogenannte Grenzphänomene, die dazu neigen, die Grenze zwischen Eigenschaft und Pathologie zu überspringen. Gerade Neid führt zu einer Rigidisierung des Verhaltens und zu einer Einengung des Denkens. Dabei ähneln sich Neid und Eifersucht, da sie sich psychodynamisch in der Frage des Besitzes überschneiden können. Entscheidend sind die Affekte, die den Träger der Struktur

³⁵¹ BGH, NSzZ 2000, 192 f.

bestimmen, ihn übermannen und die Ausprägung dessen. Entscheidend ist die Ausprägung der Einflussnahme der resultierenden affektiven, kognitiven und exekutiven Prozesse auf die seelische Struktur des Täters, deren Zerrüttungsergebnis sich ähnlich der einer krankhaften seelischen Störung auswirkt. Dann handelt es sich um eine „schwere andere seelische Störung“. Dies bedeutet jedoch, dass das Tatmotiv Teil der schweren Persönlichkeitsstörung sein muss und das Motiv bestimmt. Dies ist beispielsweise bei einer impulskontrollgestörten Persönlichkeit der Fall, deren Explosivität offenkundig ist und „bei Begehung der Tat“ der Zorn, die Gereiztheit und Aggression direkt erkennbar sind. Wenn dann noch im Nachgang eine Reue entsteht (Drang zur Wiedergutmachung) oder wenn der Täter nur darauf bedacht ist, zu erklären, warum ihm nichts anderes übriggeblieben ist und das Opfer ihn zu sehr provoziert hat, oder bekannt ist, dass er dazu neigt zu betrügen, dann relativiert sich die Dimensionalität der Persönlichkeitsstörung.

Schuldfrage³⁵²

Bei Persönlichkeitsstörungen, bei denen die Frage einer Schuldminderung ansteht, sind zwei Aspekte zu betrachten:

- Dimensionalität der Störung und inwieweit ist diese als „schwere andere seelische Störung“ einzustufen³⁵³ sind:
 - Diese ist am „Ausmaß einer entindividualisierenden, typisierenden Umprägung eines Menschen zu messen“. Dabei spricht er von einer krankheitsbedingten Angleichung derjenigen im Sinne eines biografischen sozialen Knicks, die an dieser Persönlichkeitsstörung leiden, unabhängig ihrer Intelligenz oder anderer Ressourcen.
 - Damit ist die Inflexibilität ein Indiz für die Schwere der Störung, Stereotypisierung des Verhaltens bei unflexiblem Denkstil, Festgelegtsein auf bestimmte Verhaltensmuster
 - Ein Indiz ist die soziale Ausgrenzung der Störung: Abbruch bzw. Verlust von Kontakten
 - verzerrte Realitätsbeurteilung
 - Die außerhalb der Straftat bestehende Auffälligkeit, Konflikte auch außerhalb strafrechtlicher Belange

³⁵² BGH, NSiZ 2004, 437f.; BGH, NSiZ 2000, 585f.

³⁵³ Rasch, W (1999): 51.

- Generelle Einengung der Lebensführung, Arbeitsunfähigkeit

Neurosen

Neurotische Störungen zählen zu den erlebnisbedingten psychische Fehlentwicklungen, die sich in seelischen und/oder körperlichen Symptomen manifestieren können. Zu dieser Gruppe zählen:³⁵⁴

- Angst- und Zwangsneurose
- Psychosomatische Erkrankungen, somatoforme Schmerzstörungen
- paranoische und querulatorische Entwicklungen

Die ICD-10 führt den Begriff „Neurose“ nicht mehr. Dieser findet sich bei den psychosomatischen Störungen und den Belastungsreaktionen. Für die Begutachtung lohnt es den Begriff „Neurose“ beizubehalten.³⁵⁵ Strafrechtlich sind Neurosen nur selten auffällig.³⁵⁶ Die Neurosen, die psychoseähnliche Symptome³⁵⁷ aufweisen und tatsächlich die Voraussetzungen des § 21 StGB erfüllen werden heute eher die Kriterien der Persönlichkeitsstörungen erfüllen. Eine Ausnahme stellen Posttraumatische Störungen dar. Daneben gibt es die Kleptomanie und die Querulanz. Wenngleich nicht völlig ausgeschlossen, ist die Dekulpierung sehr selten.³⁵⁸

Querulantenwahn:³⁵⁹

Ein Beschuldigter ist wegen versuchter Nötigung in 13 Fällen zu einer Freiheitsstrafe und der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus verurteilt worden. Hintergrund waren regelmäßige Briefe wegen einer Zivilrechtstreitigkeit an verschiedene Gerichte. Er drohte mit der Ermordung von Anwesenden und weiteren Personen, wenn man seinen Wünschen nicht entsprechen würde. Das sachverständig beratene Landgericht erkannte eine anhaltende wahnhaftige Störung im Sinne eines Querulantenwahns sowie eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit querulatorisch-fanatischen, narzisstischen und paranoiden Zügen. Die wahnhaftige Störung wurde einer krankhaften seelischen Störung im Sinne des § 20 StGB zugewiesen, das

³⁵⁴ Rasch 1991, S. 126 ff.; Schreiber u. Rosenau 2004, S. 73; Nedopil 2000, S. 137

³⁵⁵ Rasch u. Konrad 2004, S. 284 ff.

³⁵⁶ Tröndle u. Fischer 2006, § 20 Rn 39

³⁵⁷ Jähne 1993, § 20 Rn 71

³⁵⁸ Venzlaff 1990, S. 11, 16, 20

³⁵⁹ BGH 5. NStZ-RR 2009, 164 Strafsenat des BGH vom 20. Februar

Tatgeschehen beruhe auf einer „absoluten subjektiven Gewissheit“, „unbeeinflussbar durch Erfahrung und durch zwingende Schlüsse“. Ein Andershandeln – Können wurde verneint. Es erfolgt eine De- jedoch keine Exkulpierung. Der BGH stellt fest, dass die Schwere der zu erwartenden Taten im Bereich der bestehenden liegen werden. Dies berechtige die hinreichend konkrete Befürchtung nicht, dass jemand zu Tode kommt.³⁶⁰ Dem vorausgehenden Gericht wird zugutegehalten, dass man eine gefühlte Gefahr angenommen hat, jedoch diese nicht mit konkreten und nachvollziehbaren Kriterien belegen konnte (Anmerkung des Autors: „Scheingefahr“). Das Ausmaß der Gefahr und die Gefährdung der Allgemeinheit (aus §62 StGB, Verhältnismäßigkeit) sei zudem nicht konkretisiert worden.³⁶¹ Daher wies man das Urteil zurück.

Kleptomanie (F63.2 Pathologisches Stehlen, Kleptomanie):³⁶²

Die Kleptomanie wird zu den Impulskontrollstörungen gerechnet und verbindet das altgriechische κλέπτειν - kléptein , mit der μανία - manía, also der Stehwwut. Der Begriff wird durchaus auch von Psychiatern kritisch betrachtet.³⁶³

Das Charakteristikum der Betroffene besteht daraus, dass die Betroffenen³⁶⁴

- immer wieder den unwiderstehlichen Drang, Dinge haben zu stehlen.
- Dinge stehlen, die keine besondere Bedeutung haben; anschließend werden die Gegenstände weggeworfen, verschenkt oder gehortet.
- direkt vor dem Diebstahl eine steigende innere Spannung spüren.
- sich während bzw. nach der Tat kurzfristig innerlich befriedigt fühlen.
- immer wieder Schamgefühle haben.
- meist allein stehlen und versuchen, die Taten zu verheimlichen.

Man geht derzeit von einer Häufigkeit von 0,6 % in der Bevölkerung aus. Die Störung zeigt eine ausgesprochene Nähe zu Zwangserkrankungen und affektiven Störungen.

³⁶⁰ BGH NStZ-RR 2006, 338; StraFo 2008, 300

³⁶¹ BVerfGE 70, 297, 312

³⁶² Rasch u. Konrad (2004, S. 287 f.

³⁶³ Möller, Hans-Jürgen (2009), S. 1612. Foerster, (2000): 457

³⁶⁴ Allroggen Marc (2011): S. 304.

Deutlich wird dabei, dass die Impulskontrolle versagt. Impulskontrolle ist mit dem Vorgang der Steuerungsfähigkeit eng verknüpft. Die Betroffenen wissen um den Normenverstoß und bei einem tatsächlichen kleptomane Verhalten erfolgt dieses „ich – dyston“, d.h. der Betroffene versucht sich zu wehren, zeigt Versuche auf, dieses umzusetzen, scheidet jedoch daran. Der Hintergrund ist, dass mit der Handlung diese durch ein Gefühl des Spannungsabfalls und der Befriedigung verknüpft wird.

Es gibt Studien, die davon ausgehen, dass 5 % aller Ladendiebstähle werden durch Kleptomanie verursacht werden. Die Frage der Zuordnung im Rahmen der Eingangskriterien der Schuldfähigkeitsbeurteilung betrifft in der Regel die schwere andere seelische Störung und letztlich wird eine Exkulpierung kaum in den Vordergrund geraten. Neben der Symptomatik einer Kleptomanie fördert die Rechtsprechung weitere Auffälligkeiten wie die einer schweren Persönlichkeitsstörung. Eine Dekulpierung bedarf allerdings der Schwere der Störung, die sich dadurch zeigt, dass der Betroffene in seinen Lebensvollzügen tiefgreifend und umfassend beeinträchtigt sein muss. Eine moderne Variante dieser Störung ist das pathologische Bestellen im Internet. Etwa 3/4 der Täter sind Frauen.

Dabei muss beim Phänomen „Kleptomanie“ sehr genau differenziert werden, ob nicht alternative Ursachen dahinterstehen³⁶⁵:

- Psychotische, schizophrene oder affektive Erkrankungen, organisch bedingte Hirnfunktionsstörungen (dem Eingangskriterium krankhafte seelische Störung zugeordnet), Epilepsien, Dopaminmedikation (z.B. bei Parkinson)
- Zwangserkrankungen (zählen zu den neurotischen Störungen)
- Persönlichkeitsstörungen

Stalking: Tatbestandsmerkmale Nachstellung, Anwendung des § 238 StGB

Bei einem "Stalker" handelt es sich dem Begriff nach um einen "Pirschjäger" oder "Anschleicher". Dies lässt sich bei einem Voyeur noch gut vorstellen. Im heutigen Gebrauch handelt es sich um Personen, die Menschen, die sie besonders bewundern oder begehren, als Besitz beanspruchen. Dahingehend definiert sich das Phänomen wie folgt:

- Stalking ist das wiederholte, aufdringliche beharrliche Belästigen oder Verfolgen eines Opfers durch einen von (beherrschenden) Gedanken an das Opfer bestimmten Täter. Typisch ist demnach das beharrliche wiederholte

³⁶⁵ Leygraf N, (1990):413–417; Lammel, M. (2008)

Handeln, das Missachten des entgegenstehenden Willens oder einer Gleichgültigkeit gegenüber den Wünschen des Opfers und die Intention, dieses Verhalten fortzusetzen. Entscheidend sind die beeinträchtigte Lebensgestaltung des Opfers (Verhaltens Einschränkung) und ernsthafte Folgen für die Lebensgestaltung.³⁶⁶ Beharrlich meint das wiederholte Handeln oder andauerndes Verhalten, Missachtung des Verbots oder Gleichgültigkeit des Täters.³⁶⁷

- Der Begriff "beharrlich" wird auch an anderer Stelle im StGB verwendet (§56 f Abs. 1 Nr. 2 und 3, §67 g Abs. 1 Nr. 2 und 3, § 70 b Abs. 1 Nr. 2 und 3, § 184 e StGB) und dort regelmäßig als interpretiert, das eine Übernahmehaltigkeit im Sinne einer Zwanghaftigkeit erkennen lässt.
- Stalking sind Verhaltensweisen, die durch ein wiederholtes Bedrohen oder Belästigen eines Opfers bei diesem Angst hervorrufen.
- Stalking ist das vorsätzliche, böswillige und wiederholte Verfolgen oder Belästigen einer Person, die dadurch in ihrer Sicherheit bedroht wird.
- Dabei kann Stalking auch als Symptom eines Eingangsmerkmals der krankhaften seelischen Störung auftreten. Viel häufiger liegen schwere andere seelische Störungen darunter.

Der Beschuldigte klingelte wiederholt an der Tür der Zeugin und als diese ihn zu verschwinden aufforderte, hat er sich für die nächsten Tage angekündigt. Er bedrohte das Opfer mit dem Tode und beleidigte sie. Dies wiederholte er telefonisch. Am Nachmittag fing er sie auf dem Rückweg von ihrer Arbeit ab, beobachtete durchgehend deren Wohnung mit dem Fernglas. Er drohte ihr auch mit dem Messer. Auch in den Folgetagen kam es zu Gewalddrohungen. Er werde sie nach einem Gerichtstermin in einer anderen Sache „kaputtschlagen und umbringen“. Das Opfer fürchtete somit um ihr Leben, unterließ Freizeitaktivitäten, verließ das Haus nicht mehr, schaltete das Licht am Abend nicht mehr ein usw. Es kam zu einem Gewichtsverlust und somatischen Beschwerden. Das Gericht sah die Nachstellung nach § 238 Abs 1 StGB als gegeben an. Dies verband sich tateinheitlich mit Bedrohung und Beleidigung. Die Beharrlichkeit des Handelns wurde betont, die Uneinsichtigkeit des Täters bestätigt und die Missachtung der entgegenstehenden Interessen des Opfers seien bekannt gewesen. Die bedrohlichen Handlungen wurden in der Gesamtheit berücksichtigt und diese haben das Opfer in seiner Lebensgestaltung massiv und fortgesetzt beeinträchtigt.

³⁶⁶ § 238 StGB, BGH, Beschl. v. 19.11.2009 – 3 StR 244/09 - StraFo 2010, 166

³⁶⁷ Fischer aaO § 184 e Rdn. 5; Valerius aaO S. 322; vgl. auch BGHSt 23, 167,172 f.

tigt. „Schwerwiegend“ wird definiert in weitergehende Schutzvorkehrungen des Opfers, wie etwa das Verlassen der Wohnung nur noch in Begleitung Dritter, ein Wechsel des Arbeitsplatzes oder der Wohnung und das Verdunkeln der Fenster der Wohnung. Der BGH änderte den Schuldspruch des vorher urteilenden Landgericht hinsichtlich der Tatfolge.³⁶⁸

Stalking ist eine erhebliche rechtswidrige Tat und kann eine Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus nach § 63 StGB rechtfertigen. Weitere Aspekte sind die Zuordnung zu einer mittleren Kriminalität, die erhebliche Störung des Rechtsfriedens und müssen das Rechtsgefühl der Bevölkerung erheblich beeinträchtigen. Straftaten mit einem Höchstmaß von unter fünf Jahren kann nicht ohne weiteres die Erhebliche Bedeutung zugeordnet werden. Stalking für sich alleine wird eher nicht die Grundlage einer Einweisung in ein psychiatrisches Krankenhaus begründen lassen, anders sieht es aus, wenn eine Körperverletzung oder ähnliches damit in Verbindung steht.³⁶⁹ Dies gilt auch für das Eingangsmerkmal der Schuldfähigkeitsbegutachtung. Stalking für sich alleine ist kein Eingangsmerkmal sondern ein Symptom. Tritt es in Zusammenhang mit anderen Eingangsmerkmalen auf, so wird im Rahmen dieser die Begutachtung durchgeführt.

Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen

Es handelt sich hier um eine Gruppe von Erscheinungen, die eines gemeinsam haben: Die unmittelbare Reaktion auf äußere Veränderungen oder Ereignisse. Die psychischen Symptome bewegen sich im depressiven Spektrum.³⁷⁰ Die Ursachen müssen immer aus subjektiver Sicht des Betroffenen außergewöhnlich sein und überdecken Todesfälle, familiäre oder partnerschaftliche Konflikte, Probleme im Berufsleben und andere. Sie unterscheiden sich regelhaft in der Konfliktdynamik, so dass bei Posttraumatischen Störungen plötzliche Ereignisse im Vordergrund stehen. Auch diese Ereignisse können im Nachgang Veränderungen der Reaktionsdisposition auf die Umwelt, psychische Symptome und Weitere beinhalten, hier spricht man dann über „andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung“ (ICD-10 Nr. F62.0).³⁷¹ Die Gefahr hier liegt im Fortbestand.

Aufgrund kriegerischer Ereignisse in den letzten Jahrzehnten traten Posttraumatische Störungen (nach Naturkatastrophen, Kriegsereignissen, Unfällen oder durch

³⁶⁸ StGB, BGH, Beschl. v. 19.11.2009 – 3 StR 244/09 – StraFo 2010, 166 Mosbacher NSiZ 2007, 665

³⁶⁹ BGH, Beschluss vom 18. Juli 2013, Az.: 4 StR 168/13).

³⁷⁰ vgl. Rasch u. Konrad 2004, S. 278; Nedopil2000, S. 137

³⁷¹ Nedopil2000, S. 140

Vergewaltigung, Verlust der sozialen Stellung oder des sozialen Bezugsrahmens durch den Tod mehrerer Angehöriger oder Ähnliches) in den Vordergrund.³⁷²

Rasch gab vor allem die länger dauernden depressiven Reaktionen als kriminologisch bedeutsam an, da sie die Basis für das Auftreten affektiver Erregungszustände bilden können (ICD-10 F43.21).³⁷³ Das pulsatile Umschlagen der Depression in eine Aggression kann sich in Suiziden oder amokartigen Handlungen widerspiegeln. Beim Suizid muss immer auch die erweiterte Variante mit einbezogen werden, hier werden Partner und nicht zuletzt Kinder mit einbezogen. Wenn der Täter überlebt, dann sind die strafrechtlichen Konsequenzen gutachterlich zu begleiten.

Störungen der Sexualpräferenz(ICD- 10:F 65)

Frühere Begriffe sind die der Triebstörungen oder Perversionen. Moderne Begriffe sind Paraphilien oder sexuelle Deviationen. Bei diesen Phänomenen dominieren forensisch die Pädophilie und Exhibitionismus, seltener der Sadismus, der Fetischismus oder andere Formen. Über diese Störung hat sich der Krankheitsbegriff in der Rechtsprechung fortentwickelt und ist in der „schweren anderen seelischen Störung“ eingegangen. Anfänglich hat es sich um einen eher somatischen Krankheitsbegriff gehandelt. Die Erweiterung hat dann die Willens-, Gefühls- und Triebleben einbezogen. Erheblich bedeutet, dass diese so schwer sein müssen, dass eine Schuldfähigkeit auszuschließen oder erheblich zu mindern ist³⁷⁴. Auch wenn sich in der heutigen Zeit der Normalitätsrahmen bei der Sexualität ausgedehnt hat, findet man immer noch erheblich davon abweichende Menschen. Diese betreffen:

- Die Stärke des sexuellen Antriebs
- Die Interessen und gelebte sexuelle Praktiken

Hier gibt es eine allgemeine Auffassung über eine thematisch abnorme Triebhaftigkeit. Im ICD- 10 finden sich diese Diagnosen in den „Störungen der Sexualpräferenz“. Zu diese zählen:

- Exhibitionismus: Neigung von Männern, ihr Genital in meist erigiertem Zustand vor gewöhnlich gegengeschlechtlichen Personen in der Öffentlichkeit zu deren Überraschung zu entblößen. Dabei geht es um Machtgefühle, die aus der Ohnmacht entsteht, wenn das Opfer vor Schreck erstarrt.

³⁷² Nedopil 2000, S. 140

³⁷³ Rasch (1999, S. 260)

³⁷⁴ BGHSt 14,30; 19, 201; 23, 176

- Pädophilie: Anomalie der Partnerwahl, des „Sexualobjektes“ also, mit sexueller Präferenz für präpubertäre Kinder (unter 13 Jahren), wobei man je nach dem bevorzugten Objekt der triebhaften Begierde von homosexueller, heterosexueller oder bisexueller Pädophilie spricht. Die betreffende Person ist älter als 16 Jahre und der Altersunterschied zum Sexualobjekt ist größer als fünf Jahre. Meist werden von heterosexuellen Erwachsenen 8 bis 10-jährige Mädchen präferiert. Manche Pädophile orientieren sich ausschließlich auf Kinder, andere haben auch zu Erwachsenen sexuelle Kontakte. Nicht selten hängt ein pädophiles Verhalten von psychosozialen Belastungsfaktoren ab. Eine zweimal höhere Rückfälligkeit haben Päderasten (homophile Pädophilie zu Jungen) als heterophile Pädophile.
- Sadismus: darunter versteht man eine sexualisierte Lust daran, dem anderen wehlosen und erniedrigten Partner Schmerzen zuzufügen. Hier gibt es homosexuelle, heterosexuelle und pädophile Varianten. Dabei kombinieren sich auch fetischistische Symptomatik oder Rituale hinzu (Latex, Schlagen mit einem Rohrstock als Schulkorrelat u.a.)
- Voyeurismus, das dranhafte Betrachten von sich entkleidenden oder nackten Menschen oder das sexuell Erregt – Werdens durch das Beobachten sexueller Handlungen. Im engeren Sinn bezeichnet der Begriff das heimliche Beobachten einer unwissenden Person, im weiteren Sinn jegliche Form der Lust am Betrachten. Das Gegenstück zum Voyeurismus ist der Exhibitionismus. Wissen Betrachter und ein sexuelle Handlungen ausführendes Paar voneinander, spricht man von Candaulismus. Für sich genommen ist in Deutschland Voyeurismus kein Straftatbestand. Strafbar sind jedoch unbenutzte Bildaufnahmen.

Früher galt die Homophilie als Perversion, davon ist man heute weit entfernt. Keine Pädophilie liegt vor, wenn sich Stiefväter für die Stieftochter als jüngere Variante der Partnerin entscheiden. Einvernehmliche SM – Spiele gelten als Minimalvariante des Sadismus und als Spielart der Normalen.

In Bevölkerungsuntersuchungen zeigte sich eine Häufigkeit (Prävalenz) von 1-7%. In einer repräsentativen Internetuntersuchung an deutschen Männern gaben 4,1 % an, sexuelle Fantasien, jedoch nur 0,1 % konkrete sexuelle Präferenzen auf Kinder bezogen zu haben.³⁷⁵ In forensischen Stichproben finden sich bei inhaftierten Sexu-

³⁷⁵ Dombert B (2016):214–223

alsträtern aus Österreich 40% Pädophile und 17 % ausschließlich Pädophile (Kernpädophile). Ein sexueller Sadismus trat bei 6 % und Exhibitionismus bei 5 % auf.³⁷⁶ Die Majorität von Sexualstraftaten begehen schuldfähige Täter. In der Maßregel sind nur 13-34% Sexualstraftäter. Davon ist nur ein Teil pädophil.

Auch hier geht man von einer multifaktoriellen Genese aus. Diese verknüpft Umwelterfahrungen und biologischen Anlagen und deren Interaktion sowie konkrete akute Auslöser und situative Faktoren. Dabei fallen vor allem Bindungsstörungen auf, aber auch Art und Ausmaß eigener, vor allem früherer sexueller Gewalt- und Missbrauchserfahrungen (i.B. in den Fällen von Kindsmisbrauch) sind hier einzu-beziehen.³⁷⁷ Hormonelle Störungen werden in der allgemeinen Bevölkerung als Ursache dieser Taten eher überbewertet, wengleich Testosteron, Serotonin und Dopamin einen Einfluss auf die sexueller Ansprechbarkeit, Impulskontrolle und das sexuelle Erleben und Verhalten haben. Dabei gibt es auch neurobiologische Auffälligkeiten bei Sexualstraftätern, wie ein auffälliges Aktivierungsverhalten im Frontal- und Temporallhirn, in der Amygdala sowie in Bezug auf die Verarbeitung devianter Stimuli.³⁷⁸ Dies besagt derzeit jedoch nichts zum Einzelfall. Als Auslöser für paraphiles Verhalten findet man dagegen häufiger aktuelle Lebens- und Selbstwertkrisen, z. B. im Zusammenhang mit dem Verlust des Arbeitsplatzes oder Partnerschaftsproblemen.

Das Ziel der Behandlung ist die Reduktion der Ansprechbarkeit auf paraphile Reize und die bessere Kontrolle, um Rückfälle zu reduzieren³⁷⁹.

Die Behandlung berücksichtigt vor allem die kriminogenen Faktoren (z. B. Antisozialität, sexuelle Devianz, Hypersexualität, feindselig-sexuelle Überzeugungen gegenüber Frauen, emotionale Kongruenz mit Kindern, Substanzkonsum). Weiterhin gibt es spezifische Programme (z.B. für Sexualstraftäter mit Intelligenzminderung).³⁸⁰ Jedoch fehlt die derzeitige stabile Evidenz.³⁸¹ Die Behandlungen umfassen in der Regel folgende Elemente:³⁸²

³⁷⁶ Eher R (2010a):23–35

³⁷⁷ Seto MC (2010): 526–575

³⁷⁸ Mohnke S (2014):1–23; Müller JL (2010):3–7

³⁷⁹ Hanson RK (2009): 865–891 ; Lösel F (2005):117–146; Lösel F (2015); Schmucker M (2015):597–630

³⁸⁰ Hanson RK (2007); Briken P (2013) S. 239–250;

³⁸¹ Dennis JA (2012); Långström N (2013):347

³⁸² Briken P (2007):609–613; Thibaut F (2010):604–655; Turner D (2013): 570–578

- Psychotherapie
- Pharmakotherapie in der zulassungsüberschreitenden Anwendung, vor allem SSRI bei weniger gefährlichen paraphilen Störungen (allenfalls sog. Hands-off-Delikte, Fetischismus, Exhibitionismus)
- für diesen Bereich zugelassene testosteronsenkende Medikamente (Cyproteronacetat und Triptorelin) (für Hands-on-Delikte und/oder eher risikoreichere Störungsbilder, Pädophilie, sexuellen Sadismus)³⁸³.

Auch die Paraphilie (Störung der Sexualpräferenz) wird primär dem Eingangskriterium zur Schuldfähigkeit „schwere andere seelische Störung“ zugeordnet, wenn die „Schwere“ als Dimension befürwortbar ist. Die Dimensionalität richtet sich auch hier auf das Maß des Einflusses dieser Störung auf die Persönlichkeitsstruktur. Dabei geht es um die „Entindividualisierung“ in der Störung. Aspekte, die dafür sprechen, sind:

- Veränderung des körperlich- seelischen Erlebens eines Orgasmus
- Die Verlaufsform der Devianz ist progredient
- Bei der Überflutung des Selbst durch paraphile Phantasien genügt es den Devianten nicht mehr, zuweilen und gelegentlich abnorme sexuelle Begierden in eine (strafbare) Handlung umzusetzen
- deviante Phantasien drängen sich immer mehr auf, geraten in den Vordergrund und es entstehen Tagphantasien, die immer mehr Raum einnehmen. Dabei sind die Reaktionen darauf und der Erfolg dieser mit anzugeben
- Die Phantasien nehmen häufig einen ich-dystonen (mit dem Selbstbild nicht vereinbaren) Verlauf. Der Betroffene kann sich immer weniger gegen diese erwehren.
- „sexuelle Süchtigkeit“³⁸⁴
 - Verfall an die Sinnlichkeit, d. h. die Beobachtung, dass spezifische Sinnesreize einen Signalcharakter für die Devianten haben, z. B. die Kinderstimme für den Pädophilen haben
 - zunehmende Frequenz der devianten Vollzüge bei abnehmender Befriedigung

³⁸³ Berner W (2007)

³⁸⁴ nach Giese, Psychopathologie der Sexualität, Stuttgart 1962

- Trend zur Promiskuität und Anonymität
- im Laufe der Zeit, ein immer weiterer Ausbau von devianter Phantasie, Praktik und Raffinement
- zunehmende Wehrlosigkeit gegen die Phantasien

Mit anderen Worten beschreibt dieses Schorch:³⁸⁵ „Die innere Spannung wächst und dies hat ein immer häufigeres, also immer drängender erlebtes, rastloses Bemühen zur Folge, durch ständige Wiederholung des perversen Rituals Entlastung zu schaffen, was immer weniger gelingt“.

Zwei homophile Männer erweitern ihre Sexualpraktiken, indem sie den sechsjährigen Neffen des einen Partners zum Sexualpartner erklären. Dabei tauschen sie über WhatsApp ihre Phantasien aus. Es geht ihnen um die Vorstellung eines Analverkehrs, der dabei strapazierten Anatomie. Es kommt dann zu einer Vergewaltigung des Jungen durch beide Täter. Dabei penetriert einer der Erwachsenen das Kind anal durch längliche Gegenstände. Der andere Täter befriedigte sich dann bis zum Orgasmus selbst.

Die Diagnostik sexueller Störungen bedarf einer genauen Sexualanamnese und die sekundäre Zuordnung zu einer Diagnose.³⁸⁶ Im Weiteren müssen folgende Aspekte berücksichtigt werden, um die Paraphilie als schwere seelische Störung einzustufen:

- Anteil der Paraphilie an der Sexualstruktur und im Persönlichkeitsgefüge des Beschuldigten
- inwieweit konnte der Beschuldigte bisher seine paraphilen Impulse kontrollieren (Steuerungsfähigkeit).³⁸⁷
- Gibt es Hinweise für eine „süchtige Entwicklung“ n. Giese³⁸⁸
 - Verfall an Sinnlichkeit
 - steigende Frequenz der sexuellen Betätigung bei abnehmender Satisfaktion
 - Ausbau von Phantasie, Praktik, Raffinement

³⁸⁵ Schorch

³⁸⁶ Boetticher et al. 2005, S. 61

³⁸⁷ Boetticher et al. 2005, S. 61 f

³⁸⁸ Giese 1963, S. 32 ff.; 1973, S. 155 ff.; BGH JR 1990, 119; NSiZ 1993, 181; NSiZ 2001,243

- Promiskuität und Anonymität
- Süchtigkeit des Erlebens
- dranghafte Unruhe
- Unrast
- Fahrigkeit, Reizbarkeit³⁸⁹

Zur Frage der Schuldfähigkeit wird die Frage nach der Einsichtsfähigkeit nur selten gestellt werden. Eine Exkulpation würde nur dann in Frage kommen, wenn der Trieb derart gesteigert ist, dass der Täter selbst bei Aufbietung aller ihm eigenen Willenskräfte ihm nicht zu widerstehen vermag.³⁹⁰ Dies wird eher extrem selten auftreten. Eine Dekulpierung kann bei naturwidriger Triebhaftigkeit (z. B. Pädophilie) schon dann in Frage kommen, wenn ein Trieb von durchschnittlicher Stärke auftritt.³⁹¹ Der BGH schrieb: „In solchen Fällen kommt es darauf an, ob die geschlechtliche Triebhaftigkeit des Täters – bei normaler Richtung – derart stark ausgeprägt ist, dass ihr der Träger selbst bei Aufbietung aller ihm eigenen Willenskräfte nicht ausreichen zu widerstehen vermag, oder ob sie – infolge ihrer Störung – den Träger in seiner gesamten inneren Grundlage und damit im Wesen seiner Persönlichkeit so verändert, dass er zur Bekämpfung seiner Triebe nicht die erforderlichen Hemmungen aufbringt, selbst wenn der abnorme Trieb nur von durchschnittlicher Stärke ist.“³⁹² Bei der Frage einer Pädophilie³⁹³ gibt es ebenso eine Reihe höchstrichterlicher Entscheidungen. Ebenso zum Sadismus³⁹⁴ und zur Hypersexualität.³⁹⁵

Nicht stoffgebundene Süchte

Problematisch sind in diesem Zusammenhang die nicht stoffgebundenen Süchte, insbesondere die Spielsucht (vgl. ICD-10 F63.0; DSM-IV-TR 312.31).³⁹⁶ Hier lassen

³⁸⁹ Giese 1963, S. 32 ff.; Streng 2003, § 20 Rn 98

³⁹⁰ Streng 2003, § 20 Rn 99; Schreiber u. Rosenau 2004, S. 73

³⁹¹ BGHSt 14, 31; 23, 176, 190; BGH JR 1990, 119 /kritisch Lenckner u. Perron 2006, § 20 Rn 23; Schreiber u. Rosenau 2004, S. 73

³⁹² BGH NJW 1982, 2009; Vgl. auch BGHR StGB § 21 seelische Störung

³⁹³ BGH NJW 1998, 2752, Winckler u. Förster NSiZ 1999, 236; BGH NJW 1998, 3654; NSiZ 1999, 611; 2001, 243; Nedopil NSiZ 2001, 474

³⁹⁴ BGH NSiZ 1994, 75; NSiZ-RR 98, 174

³⁹⁵ BGHR § 21 seelische Störung 22, 26, 32; StV 1996, 367

³⁹⁶ kritisch Nedopil 2000, S. 161 ff.

sich in krassen Fällen psychische Defekte und Persönlichkeitsänderungen feststellen, die eine ähnliche Struktur und Schwere aufweisen wie bei stoffgebundenen Süchten oder bei devianter Sexualität.³⁹⁷ Trotz der in den letzten 20 Jahren forensisch bedeutsamer gewordenen Problematik des „pathologischen Spielens“ verfährt die Rechtsprechung mit Recht überaus restriktiv bei der Anerkennung der Spielsucht als „schwere andere seelische Störung“ im Sinne der §§ 20, 21 StGB.³⁹⁸

Pathologisches Spielen

„Pathologisches Spielen“ oder „Spielsucht“ stellt für sich genommen keine die Schuldfähigkeit erheblich einschränkende oder ausschließende krankhafte seelische Störung oder andere seelische Störung dar. Maßgeblich ist insoweit vielmehr, ob der Betreffende durch seine Spielsucht gravierende psychische Veränderungen in seiner Persönlichkeit erfährt, die in ihrem Schweregrad einer krankhaften seelischen Störung gleichwertig sind³⁹⁹. Tatsächlich findet sich in der Rechtsprechung des BGH kein einziger Fall mit vollständiger Exkulpation, und die zitierten Entscheidungen zum pathologischen Spielen verneinen bzw. bezweifeln im Ergebnis auch durchweg eine erhebliche Verminderung der Steuerungsfähigkeit⁴⁰⁰. Die forensische Behandlung extremer Spieleidenschaft ist in der psychiatrisch-psychologischen Literatur umstritten⁴⁰¹. Ausgehend von den psychiatrischen Klassifikationssystemen, welche unter dem Sammelbegriff „abnorme Gewohnheiten oder Störungen der Impulskontrolle“ (ICD-10 F63; ähnlich DSM-IV-TR 312), das pathologische Glücksspielen neben Kleptomanie und Pyromanie nennen, will ein Teil der Literatur die Spielsucht als eigenständiges und einheitliches psychiatrisch-psychologisches Syndrom akzeptieren, das – ebenso wie Alkohol- oder Drogensucht – der „schweren anderen seelischen Störung“ zuzuordnen ist⁴⁰². Die wohl überwiegende Meinung in der psychiatrischen Literatur lehnt dagegen die eigenständige Bedeutung der „Spielsucht“ als Krankheit im Kontext der §§ 20, 21 StGB ab und behandelt exzessives Spielverhalten nur als Symptom für andere psychopathologische Auffälligkeiten⁴⁰³. Insbesondere

³⁹⁷ Rasch u. Konrad 2004, S. 301 f.; Streng 2003, § 20Rn 107

³⁹⁸ BGH NStZ 2005, 207 f. mit Anm. Bottke NStZ 2005, 327 ff.=JR 2005, 294 mit Anm. Schöch;...

³⁹⁹ vgl. auch BGHR StGB § 21 seelische Störung 7, 8, 17; BGH NStZ 1994, 501; 1999, 448, 449; 2004, 31 f.

⁴⁰⁰ vgl. Schöch 2005 a, S. 296 mwN

⁴⁰¹ vgl. Kröber 1987, S. 113 ff. mwN

⁴⁰² vgl. Schumacher 1981, S. 361 ff.; Meyer 1988, S. 213 ff.; Kellermann 1996, S. 335 f.

⁴⁰³ SaB u. Wiegand 1990, S. 435 ff.; ähnlich Kröber 1987, S. 113; 1989, S. 381; Nedopil 2000, S. 161 f.

weist sie nicht selten auf eine dissoziale, narzisstische oder Borderlinepersönlichkeitsstörung hin. Die vermittelnde Position des BGH, der bei „Spielsucht“ eine Primärstörung mit möglicherweise ursächlicher Wirkung für delinquentes Verhalten nicht grundsätzlich verneint, entspricht in etwa der Konzeption von Rasch, der verschiedene Kriterien für eine relevante Steuerungsbeeinträchtigung entwickelt hat und letztlich darauf abstellt, ob durch das exzessive Spielen eine „typisierende Umprägung“ der Persönlichkeit, eine „Persönlichkeitsentartung“ eingetreten sei, wie sie in der Rechtsprechung – unter Bezugnahme auf die stüchtige Persönlichkeit – bei der Beurteilung der schweren seelischen Störung verlangt werde⁴⁰⁴. Der Rechtsprechung ist zu empfehlen, die in der forensisch-psychiatrischen Literatur überwiegend vertretene engere Konzeption zugrunde zu legen; denn die vom BGH geforderte Gleichwertigkeit mit dem Schweregradeiner krankhaften seelischen Störung ist praktisch nur in den Fällen der Komorbidität zu erreichen, d. h. beim Zusammentreffen der Spielsucht mit anderen gravierenden psychopathologischen Auffälligkeiten. Dies ist auch sachgerecht, denn die primär an klinischen Aspekten orientierten Klassifikationssysteme DSM-IV-TR und ICD-10 sind forensisch nicht unmittelbar relevant⁴⁰⁵. Die für die klinische und therapeutische Behandlung der Spielsucht, der Kleptomanie und der Pyromanie sinnvolle Einordnung in ICD-10 und DSM-IV-TR bedeutet also nicht, dass diese „Störungen der Impulskontrolle“ automatisch auch als „schwere andere seelische Störung“ zu qualifizieren wären. Vielmehr ist es im Kontext der §§ 20, 21 StGB wegen der gebotenen engen Auslegung des 4. Merkmals und wegen der hohen Anforderungen an die Beeinträchtigung der Steuerungsfähigkeit sachgerechter, diese lediglich als Symptome für umfassendere psychopathologische Auffälligkeiten heranzuziehen. Was für die Kleptomanie und Pyromanie heute nahezu unstrittig ist, kann für die Spielsucht nicht anders beurteilt werden.

Pathologisches Stehlen, pathologische Brandstiftung

Pathologisches Stehlen (Kleptomanie ICD-10 F 63.2) und pathologische Brandstiftung (Pyromanie ICD-10 F 63.1) sind über den Diagnoseschlüssel der amerikanischen psychiatrischen Gesellschaft ebenfalls unter der Fallgruppe F63 (abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle) in den internationalen Diagnoseschlüssel gelangt. Sie werden jedoch in der deutschen Psychiatrie aufgrund einer langen und intensiven Diskussion nahezu einhellig als eigenständige Merkmale abgelehnt⁴⁰⁶. Dies schließt nicht aus, dass es bei diesen Delikten einen relativ hohen Anteil anderer relevanter Störungen geben kann. Auch die Rechtsprechung hat bisher ein

⁴⁰⁴ Rasch 1991, S. 129; Rasch u. Konrad2004, S. 301 f.

⁴⁰⁵ 2.3.2; BGHSt 37, 397, 401

⁴⁰⁶ Rasch u. Konrad2004, S. 303; Nedopil 2000, S. 161 f.; Foerster 2004, 321 ff.

eigenständiges Merkmal Kleptomanie nicht anerkannt⁴⁰⁷. Das Vorliegen einer oder mehrerer Störungen führt nur dann zur Exkulpation oder Dekulpation, wenn dadurch die Fähigkeit aufgehoben oder erheblich beeinträchtigt war, „das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln“ (intellektuelle bzw. voluntative Komponente der Schuldfähigkeit). Der psychopathologische Zustand muss sich ursächlich auf die Einsichts- oder Steuerungsfähigkeit ausgewirkt haben⁴⁰⁸. Es reicht aus, wenn eine der beiden Fähigkeiten beeinträchtigt ist, weshalb die Rechtsfolge der §§ 20, 21 StGB nicht gleichzeitig auf mangelnde Einsichts- und Steuerungsfähigkeit gestützt werden kann. Nur wenn sich bei der Prüfung ergibt, dass der Täter trotz einer auf der „biologischen“ Ebene vorhandenen Störung einsichtsfähig war, ist zu fragen, ob seine Steuerungsfähigkeit aufgehoben oder reduziert war⁴⁰⁹. Die Unterscheidung kann im Einzelfall schwierig sein, darf aber regelmäßig nicht offen bleiben⁴¹⁰. Allerdings kommt der Ausschluss der Einsichtsfähigkeit nur selten vor, z. B. bei schwerwiegenden intellektuellen Einbußen oder bei psychotischen Realitätsverkennungen⁴¹¹, während die anderen Störungen bei vorhandener Unrechtseinsicht zum Ausschluss oder zur Beeinträchtigung der Steuerungsfähigkeit führen können. Allerdings geht es bei dieser zentralen Problematik der §§ 20, 21 StGB nicht nur um wissenschaftlich nachweisbare intellektuelle oder voluntative Komponenten der Handlung, sondern um eine normative Bewertung nach den Maßstäben der Strafrechtsordnung. Es ist also zu prüfen, welche Anforderungen zu normgemäßem Verhalten an den Einzelnen legitimerweise gestellt werden dürfen und müssen⁴¹². In diesem Zusammenhang ist auch der „Agnostizismustreit“ zu sehen, bei dem es um die mit dem Indeterminismusproblem zusammenhängende Frage geht, ob wissenschaftlich begründete Aussagen der Psychiatrie oder Psychologie zur Einsichts- und Steuerungsfähigkeit überhaupt möglich sind⁴¹³. Die vor allem von Kurt Schneider geprägte agnostische Richtung vertrat die Ansicht, dass die Frage nach der Einsichts- und Steuerungsfähigkeit im Einzelfall wissenschaftlich nicht beantwortet werden könne⁴¹⁴, während die gnostische Richtung empirische Aussagen über die Wirkungen psychischer Störungen auf das Bedingungsgefüge des Handelns als Basis für die Beurteilung der

⁴⁰⁷ BGH NJW 1969, 563; OLG Düsseldorf NSiZ-RR 1996, 134

⁴⁰⁸ BGH NSiZ 1991, 527 f.; StV 1986, 14

⁴⁰⁹ BGH NSiZ 1991, 528, 529

⁴¹⁰ BGH NSiZ 2005, 205 ff.; Tröndle u. Fischer 2006, § 20 Rn44

⁴¹¹ Rasch u. Konrad 2004, S. 73; Nedopil 2000, S. 22

⁴¹² vgl. Lenekner u. Perron 2006, § 20 Rn26; Jähnke 1993, § 20 Rn 16; Streng 2003, § 20 Rn 14 f.

⁴¹³ Göppinger 1997, S. 242 ff.; Schreiber u. Rosenau 2004, S. 75 f. mwN

⁴¹⁴ Schneider 1961, S. 23

Einsichts- und Steuerungsfähigkeit für möglich hielt, da keine Entscheidung über die Willensfreiheit verlangt werde, sondern nur eine Beurteilung von unterschiedlichen Graden sozialer Kompetenz anhand des Vergleichsmaßstabs der normativen Ansprechbarkeit des durchschnittlichen Menschen. Dies entspricht dem oben dargestellten sozial-vergleichenden oder empirisch-pragmatischen Schuldbegriff, bei dem es auf den Nachweis der Willensfreiheit im Einzelfall nicht ankommt. Der psychiatrische oder psychologische Sachverständige hat neben der Diagnose der Störungen anhand der vier Eingangsmerkmale dem Gericht nur darzulegen, in welcher Weise und in welchem Ausmaß aus seiner fachwissenschaftlichen Sicht Einsichts- oder Steuerungsfähigkeit bei der Tat beeinträchtigt waren⁴¹⁵. Das abschließende normative Urteil über die Einsichts- oder Steuerungsfähigkeit ist ausschließlich Sache des Richters⁴¹⁶. So verfährt auch die forensische Praxis⁴¹⁷. Die für den Sachverständigen verbleibenden Wertungsprobleme beim Grad der individuellen Abweichung vom Durchschnittsmenschen beruhen nicht auf der Unlösbarkeit der Freiheitsfrage, sondern tauchen immer bei der normativen Bewertung medizinischer Befunde auf, z. B. bei der Beurteilung der Erwerbs- oder Berufsunfähigkeit, der Fahreignung oder der Arbeitsunfähigkeit im Rahmen einer Krankschreibung. Auch die psychischen Merkmale des ersten Stockwerks lassen sich nicht ohne Wertungen feststellen, wie bereits die Begriffe „tiefgreifende Bewusstseinsstörung“ und „schwere seelische Störung“ zeigen. Darüber hinaus führt die Einheitslösung dazu, dass der Sachverständige in allen Fällen die Frage nach Qualität und Intensität der Störung beantworten muss, denn auch bei den krankhaften seelischen Störungen und beim Intelligenzminderung führt nur ein kleiner Teil der Fälle regelmäßig zum Schuldausschluss (z. B. akute Schizophrenie). Es gibt also im Bereich der Schuldfähigkeitsbegutachtung kaum relevante Aussagen, die sich wie ein medizinischer Befund ausschließlich mit naturwissenschaftlichen Methoden feststellen lassen. Wenn deshalb bei der psychiatrischen und psychologischen Begutachtung über die psychischen Merkmale und die individuelle Motivationsstruktur hinaus eine Aussage über das Ausmaß der Beeinträchtigung des Täters im Vergleich zu Durchschnittsmenschen oder zu anderen Straftätern erwartet wird, so handelt es sich prinzipiell um nichts anderes als bei den sonstigen Schritten der Begutachtung.

⁴¹⁵ kritisch hierzu Eisenberg 2005, S. 305

⁴¹⁶ BGHSt 8, 113, 124; BGHR StGB § 20 Affekt1; BGH NSZ 1997, 383

⁴¹⁷ vgl. Verrel 1995, S. 123

Vom Sachverständigen wird also keine juristisch-normative Aussage erwartet, sondern eine empirisch-vergleichende Einschätzung⁴¹⁸. Die Äußerung des Sachverständigen nimmt dem Richter zwar die Letztentscheidung über § 20 StGB oder § 21 StGB nicht ab, ist aber eine wichtige Hilfe bei der gemeinsamen Suche nach psychiatrisch-juristischen Konventionen, ohne die eine einigermaßen einheitliche Konkretisierung der §§ 20, 21 StGB in der Gerichtspraxis nicht möglich wäre⁴¹⁹. Im Mittelpunkt der normativen Entscheidung des Gerichts steht der Vergleich des Täters mit anderen Menschen in einer vergleichbaren Situation unter Berücksichtigung der vom Sachverständigen beschriebenen Persönlichkeit, der Entstehungsbedingungen und des Ausprägungsgrades seiner Störung und ihrer Auswirkung auf die soziale Anpassungsfähigkeit⁴²⁰. Das Tatgericht hat hierbei einen Beurteilungsspielraum, innerhalb dessen die Qualität der in den Urteilsgründen dargelegten Gesichtspunkte darüber entscheidet, ob es sich um eine normativ überzeugende Entscheidung handelt oder nicht; die Kategorien richtig oder falsch passen insoweit nicht. In Analogie zu Prüfungsentscheidungen im Verwaltungsrecht oder Lockerungsentscheidungen im Strafvollzug kann man erst dann von einer rechtlich fehlerhaften Entscheidung sprechen, wenn das Tatgericht von einem unzutreffend oder unvollständig ermittelten Sachverhalt ausgegangen ist, wenn es die Eingangsmerkmale des § 20 StGB oder die Begriffe Einsichts- oder Steuerungsfähigkeit falsch ausgelegt oder angewendet hat oder wenn es den ihm zustehenden Beurteilungsspielraum deutlich überschritten hat⁴²¹.

⁴¹⁸ vgl. auch Kaiser 1996, § 82 Rn20

⁴¹⁹ Kaiser 1996, § 82 Rn 8; Schreiber u. Rosenau 2004, S. 85

⁴²⁰ Boetticher et al. 2005, S. 59 ff.

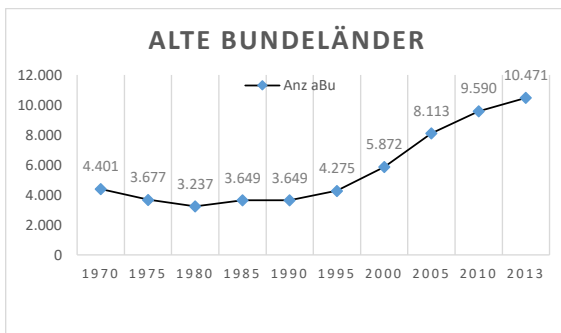
⁴²¹ vgl. BGHSt 30, 320 [zu § 11 Abs. 2 StVollzG] im Anschluss an BVerwGE 39, 197, 204

Kapitel 4: Maßregelvollzug

1893 kam es erstmalig zur Frage eines zweigliedrigen Umgangs mit schweren Delikten in der Schweiz. 1933 schuf Deutschland die Grundlage der Maßregel (Gesetz gegen gefährliche Gewohnheitsverbrecher und über Maßregeln der Sicherung und Besserung)⁴²². Seither gibt es die Zweispurigkeit im Strafrecht. Über Maßregel wird in Deutschland meist nur im Rahmen von Entweichungen oder Skandalen gesprochen. Dabei wird übersehen, dass es sich um ein wesentliches Instrument der präventiven Maßnahmen des Strafrechts handelt. Im Vergleich zum Strafvollzug gibt es eine wesentlich geringere Datenlage zu den Maßregelunterbringungen, zumal die neuen Bundesländer dazu auch keine Verwaltungsgrundlage besitzen.⁴²³

Für die alten Bundesländer gilt:⁴²⁴

| Jahr | 1970 | 1975 | 1980 | 1985 | 1990 | 1995 | 2000 | 2005 | 2010 | 2013 |
|----------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|
| Personen | 4.401 | 3.677 | 3.237 | 3.649 | 3.649 | 4.275 | 5.872 | 8.113 | 9.590 | 10.471 |



1975 proklamierte die Psychiatrie Enquete eine grundsätzliche Reform der Psychiatrie und kurz zuvor kam es 1973 zur Strafrechtsreform. Beides führte zu einem Rückgang der Belegungen. Seit 1990 ist dagegen ein Anstieg der Patienten in der

⁴²² RGBl. Teil I, Seite 995

⁴²³ H. Prantl (2013), S. 5

⁴²⁴ Statistisches Bundesamt (2013/2014)

Maßregel und eine Überbelegung eines der Themen der Unterbringung gem. § 63 StGB. Ein Analog gibt es auch für die Unterbringung gem. § 64 StGB. In beiden Einrichtungen besteht ein nicht unerheblicher Widerstand gegen eine Entlassung der Insassen. Die Verweildauern der Patienten liegen im Maßregeln gem. § 63 StGB bei sieben und einigen Bundesländern bis zu zehn Jahre. Der Hintergrund liegt meist bei der Befürchtung der Maßregelkliniken vor einem Rückfall. Ein Problem in der Maßregel liegt darin, dass mit zunehmender Unterbringungsdauer die Patienten zunehmend weniger von den Therapieprogrammen profitieren.

Die Maßregel wird über festgelegte Kostensätze finanziert, die pro Maßregelpatient bis nahezu 100 000 € /Jahr betragen, während die Kosten sich im Strafvollzug auf 40 000 € beschränken.⁴²⁵ Der Maßregelvollzug untersteht zumeist den Sozialministerien der Länder und diese betreiben auch die Maßregelkliniken (oder beleiht private Träger damit).

Die Voraussetzung der Unterbringung in der Maßregel

§ 63 StGB

- 1. Hat jemand eine rechtswidrige Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit (§ 20) oder der verminderten Schuldfähigkeit (§ 21) begangen, so ordnet das Gericht die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus an, wenn die Gesamtwürdigung des Täters und seiner Tat ergibt, daß von ihm infolge seines Zustandes erhebliche rechtswidrige Taten, durch welche die Opfer seelisch oder körperlich erheblich geschädigt oder erheblich gefährdet werden oder schwerer wirtschaftlicher Schaden angerichtet wird, zu erwarten sind und er deshalb für die Allgemeinheit gefährlich ist.
- 2. Handelt es sich bei der begangenen rechtswidrigen Tat nicht um eine im Sinne von Satz 1 erhebliche Tat, so trifft das Gericht eine solche Anordnung nur, wenn besondere Umstände die Erwartung rechtfertigen, dass der Täter infolge seines Zustandes derartige erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird.

Um in die Maßregel zu kommen, bedarf es beim § 63 StGB – Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus – folgender Grundlagen:

- Urteil einer Hauptverhandlung

⁴²⁵ Horst Entorf (2007)

- Ein positives Eingangsmerkmal des § 20 StGB.
 - Ein Zusammenhang des Eingangsmerkmals mit der Straftat und als Folge des Eingangsmerkmals eine
 - Schuldunfähigkeit oder eine erheblich verminderte Schuldfähigkeit (§ 20 oder § 21 StGB).
 - Die Erwartung, dass aufgrund des Zustandes (und Grundlage des Eingangsmerkmals) erhebliche rechtswidrige Taten, durch die die Opfer seelisch oder körperlich erheblich geschädigt oder erheblich gefährdet werden oder schwerer wirtschaftlicher Schaden angerichtet wird, zu erwarten sind und der Täter deshalb für die Allgemeinheit gefährlich ist. Dabei handelt es sich um eine fiktive, jedoch hinreichend begründete Gefahr (prognostische Klausel)
- Die Maßregel unterliegt keiner Befristung.

§ 64 StGB

• Hat eine Person den **Hang**, alkoholische Getränke oder andere berauschende Mittel im Übermaß zu sich zu nehmen, und wird sie wegen einer **rechtswidrigen Tat, die sie im Rausch begangen** hat oder die **auf ihren Hang zurückgeht, verurteilt** oder nur deshalb **nicht verurteilt**, weil ihre **Schuldunfähigkeit** erwiesen oder **nicht auszuschließen** ist, so soll das Gericht die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt anordnen, wenn die **Gefahr** besteht, dass sie **infolge ihres Hanges** erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird. Die Anordnung ergeht nur, wenn eine **hinreichend konkrete Aussicht** besteht, die Person **durch die Behandlung** in einer Entziehungsanstalt **innerhalb der Frist nach § 67d Absatz 1 oder 3** zu heilen oder über eine **erhebliche Zeit** vor dem Rückfall in den Hang zu bewahren und von der Begehung erheblicher rechtswidriger Taten abzuhalten, die auf ihren Hang zurückgehen.

§ 64 StGB – Unterbringung in der Entziehungsanstalt –

- bezieht sich auf Suchtmittel mit einem Hang konsumierende Straftäter (Hang zum Übermaßkonsum)
- Es muss ein Bezug zwischen dem Hang und der Straftat bestehen.
- Eine Schuldunfähigkeit oder erheblich verminderte Schuldfähigkeit (§ 20 oder § 21 StGB) ist nicht notwendig.

- Aufgrund des Hangs zum Übermaßkonsum muss sich eine Gefahr für die Allgemeinheit ergeben, es sind konkrete erhebliche suchtbedingte Straftaten für die Allgemeinheit zu erwarten
- Es bedarf der hinreichenden konkreten Gründe für eine Behandelbarkeit des Beschuldigten innerhalb des rechtlich gesetzten Zeitrahmens.
- Diese Maßregel ist grundsätzlich auf zwei Jahre befristet, wobei sich die Aufenthaltsdauer in der Maßregel durch entsprechende Höchstfristberechnungen verschieben/verlängern kann.

Innere Rahmensetzung

Der Vollzug in den Maßregelkliniken unterliegt dem Landesrecht. Dies erfolgt über spezielle Maßregelvollzugsgesetze (z.B. Bayern) oder über die Psychisch-Kranken-Gesetze. Für die Einhaltung der Menschenrechte, der Behindertenkonvention oder Anti-Folterkonvention sowie der Qualität der Unterbringung werden die Kliniken von Besuchskommissionen aufgesucht und es gibt Ombudspersonen, an die sich die Insassen wenden können. Außerhalb der Besuchskommissionen (i.d.R. von den Sozialministerien eingerichtet und berufen) gibt es keine Beiräte oder Justizvollzugsbeauftragte als Mittler zwischen Häftlingen, Bediensteten und Anstaltsleitungen. Insgesamt öffnen sich die Kliniken damit eher selektiv, für die breite Bevölkerung sind diese Einrichtungen wenig transparent.

Behandelte Krankheitsbilder:

Folgende Erkrankungen findet man in der Maßregel gehäuft:

Psychiatrisches Krankenhaus (§ 63 StGB)

- schizophrene Psychosen (Doppeldiagnosen mit Abhängigkeitserkrankungen)
- schwere Persönlichkeitsstörungen
- schwer behandelbare sexuelle Abweichungen (Paraphilien) wie Pädophilie
- Wahnkrankheiten (z. B. anhaltende wahnhafte Störung, isolierter Eifersuchtswahn)
- Organisch bedingte Psychosen
- Intelligenzminderung,
- Impulskontrollstörung

Entziehungsanstalt (§ 64 StGB)

- Alkoholabhängigkeit
- Drogenabhängigkeit
- Oft Komorbidität mit schweren Persönlichkeitsstörungen

Auftrag des Maßregelvollzugs

Der Maßregel hat die „Besserung und Sicherung“ als Auftrag. Dabei muss die Verhältnismäßigkeit streng beachtet werden. Die Sicherung steht seit den Strafrechtsreformen 1998 im Vordergrund, zu dieser Zeit hat man die Entlassungen erschwert.

Schutz und Therapie

Es geht um die Dichotomie von Sicherheit und Behandlung. Letztere muss nicht selten auch gegen den Willen des Patienten erfolgen. Das Ziel muss eine möglichst hohe psychische Stabilisierung und Rehabilitation sein.

Hierfür hat sich folgendes bewährt:

- abgestufte, ständig überprüfte Vollzugslockerungen von der Ausführung bis hin zum Freigang und Urlaub
 - besonders gesicherte Bereiche
- Jahre überdauernde Behandlungen (hohe rechtliche Anforderungen an die Entlassung)
 - bei eindeutig günstiger Prognosestellung durch forensische Sachverständige
- technische Überwachung
 - Sicherheitsschleusen, Überwachungskameras, Fenstervergitterung sowie Zäune
 - Therapie der Patienten und deren Beziehungen zu den Betreuern und Therapeuten
- Prognosebegutachtungen durch speziell geprüfte Gutachter

Entweichungen

Die Entweichungen aus dem Maßregelvollzug haben deutlich abgenommen. Dies gilt ebenso für gravierende Straftaten durch Patienten aus dem Maßregelvollzug. Dies senkt die Bedenken und Ängste der Anwohner solcher Kliniken nicht.

Kritik:

In den letzten Jahren gab es einige skandalumwobene Fälle, die in besonderen Maß auf Probleme des Maßregelvollzugs hingewiesen haben.

Beim Fall „Gustl Mollath“ und „Ilona Haslbauer“ richtete sich plötzlich der öffentliche Blick auf diese Kliniken.

„Der Fall Mollath ist in der Tat einer, in dem sich die grausamen Schwächen des Paragraphen 63 des Strafgesetzbuches symptomatisch zeigen. Kaum ein anderer Paragraph hat so massive Auswirkungen wie dieser, aber kaum ein anderer Paragraph genießt so wenig Beachtung. Der "63er" ist der Paragraph, der einen Straftäter flugs in die Psychiatrie bringt, aus der er dann gar nicht mehr flugs herauskommt. Dieser § 63 ist ein dunkler Ort des deutschen Strafrechts“⁴²⁶.

„Rechtsanwälte sagen, dass es keinen zweiten Bereich in der Justiz gibt, in dem dermaßen viel im Argen liegt. Sie versuchen daher, ihn weiträumig zu umgehen: Früher plädierte ein Verteidiger, um ein günstiges Urteil herauszuholen, auf "vermindert schuldfähig"; dann kann nämlich die Strafe gemildert werden. Heute ist so ein Plädoyer ein schwerer Fehler: Wenn verminderte Schuldfähigkeit oder gar Schuldunfähigkeit attestiert wird, folgt die Einweisung in die Psychiatrie fast automatisch“⁴²⁷.

„Der unmittelbare Einfluss, den forensisch-psychiatrische Gutachten auf Gerichtsentscheidungen ausüben, sollte die Gesellschaft hellhörig machen: Liegt dem Gericht die Aussage eines Sachverständigen vor, geschieht es höchst selten, dass es gegen den gutachterlichen Rat entscheidet oder die Ausführungen zumindest kritisch hinterfragt. Auch der Maßregelvollzug selbst ist ein konturloses Gebilde, das offiziell zwar nicht dem Strafvollzug, sondern angeblicher Therapie gilt, von manchen Betroffenen jedoch als weitaus schlimmer erlebt wird denn eine Gefängnisstrafe“⁴²⁸.

„Diese Einrichtungen sind von der Außenwelt abgeschirmte Folterhöhlen. Es geht hier nicht um Hilfe, es geht hier nicht um Behandlung. Es geht hier nicht um Therapie, sondern es geht um Missbrauch und Ausbeutung Abhängiger, durch private Kliniken. Es geht um Macht und Profit, mit Hilfe von Sklaverei und Menschenhandel. Hier herrschen aufgrund des Naziparagrafen § 63 StGB, und aufgrund fehlender Kontrollen in diesem rechtsfreien Raum, Gewalt, Willkür, Freiheitsberaubung, Einsperren im Zimmer, Isolation, Zwangsfixierung, Zwangsmedikation. Es ändert sich erst etwas, wenn dieser § 63 StGB endlich abgeschafft wird. Abgeschafft und nicht

⁴²⁶ H. Prandl (2013) S. 5

⁴²⁷ SZ 27. November 2012: Die Psychiatrie, der dunkle Ort des Rechts. - Seit fast sieben Jahren ist Gustl Mollath in der Psychiatrie, weil die bayerische Justiz ihn für unzurechnungsfähig und gemeingefährlich hält. Der Fall zeigt: Eine Justiz, die Menschen ohne gründlichste Prüfung einen Wahn andichtet, ist selbst wahnsinnig.

⁴²⁸ Gerhard Strate: 2014. Der Fall Mollath – Vom Versagen der Justiz und Psychiatrie, Kapitel 4, S. 63

*reformiert, denn jede Reform ist nur Kosmetik durch diejenigen, die gegen diese Auswüchse bisher nichts gemacht haben. Wir brauchen einen Paradigmenwechsel.*⁴²⁹

Konsequenzen für die Maßregelanordnung

Die positiv bestätigte erhebliche Schuldminderung oder Ausschluss der Schuld, der auf den Zusammenhang der Eingangsmerkmale (§ 20 StGB) und der Straftat beruht, ist bei der Anordnung der Maßregel gem. §63 StGB die Grundvoraussetzung. Wie bereits erwähnt können auch Eingangsmerkmale in ihrer Auswirkung kumulieren. Als weitere Bedingung muss das Eingangsmerkmal auch die Prognose (Gefahr weiterer erheblicher Straftaten) begründen. Für die Gefahr gilt es ebenso, dass mehrere Eingangskriterien zusammen diese bedingen können.

Die nicht selten anzutreffende Kombination eines Suchtmittelkonsums (illegale Drogen wie Metamfetamine oder Alkohol) mit einer krankhaften seelischen Störung führt allerdings dann zur Frage, ob man eine der Störungen priorisiert. Ein lange dauernder psychopathologisch relevanter Zustand, wie er durch die krankhafte seelische Störung gefordert ist, ist als trait (langdauernder) Parameter zu sehen. Eine Beirauschung ist regelhaft ein zeitlich umgrenzter Vorgang. Dieser ist schon alleine daher für eine Unterbringung nach § 63 StGB nicht geeignet. Im Fall, dass ein Alkoholkonsum zum Tatzeitpunkt die Schuldfähigkeit erheblich eingeschränkt hat, kann zwar die Anwendung des § 63 StGB in Betracht kommen, dennoch ist die eher ungewöhnlich.⁴³⁰

Ein vorübergehender und vor allem einmaliger Rausch wäre kein Argument für die Anwendung des § 63 StGB.⁴³¹ Andererseits gibt es Beispiele, bei denen man einen erweiterten Suizidversuch bejaht hat und der Betroffene in einem hochgradigen (auch hier vorübergehenden) Affekt gehandelt hat.

Im Rahmen von Kombinationen einer schweren anderen seelischen Störung und einem Rausch/Alkoholkrankheit/Persönlichkeitsstörung ist die Kausalität zu klären, ob der Schwerpunkt der Tat im Rahmen eines Alkoholkonsums, eines Rausches oder einer Persönlichkeitsstörung liegt. Im Falle eines Rausches ist die Anwendung eines

⁴²⁹ Rede von Ilona Haslbauer; Video vom 14. August 2014

15. Maßregelvollzugsgesetz - Fortschritt oder Bruchlandung; Video von der Podiumsdiskussion mit Ilona Haslbauer und Gustl Mollath in München am 24. November 2014

⁴³⁰ BGHSt 44, 338, 344; BGH NSZ 1998, 406; NStZ-RR 99, 265 f.

⁴³¹ Tröndle u. Fischer 2006, § 63 Rn 10; vgl. auch BGHSt 34, 22, 27, wo dieser Grundsatz auch für einen erweiterten Suizid im Zustand einer schweren reaktiven Depression in Verbindung mit einem vorübergehenden Affekt bejaht wird

§ 63 StGB nur schlecht vorstellbar.⁴³² Wenn der Rausch dagegen auf der Basis einer Störung der Persönlichkeit zu erklären ist, kann diese dann zur Anwendung eines § 63 StGB führen, wenn der Rausch sich auf die Persönlichkeitsstörung beziehen lässt. Dies gilt auch dann, wenn erst durch den Suchtmittelkonsum eine De- oder (theoretisch) zur Exkulpierung zur Tatzeit eingetreten ist (war nicht wegzudenken).⁴³³ Diese Entscheidungen berücksichtigten, dass die psychische Störung für sich genommen keine Ex- oder Dekulpierung begründen hätte lassen, obgleich diese ausreichend überdauernd bestanden hat⁴³⁴. Die Schwere wird damit erst durch die hinzukommende Abhängigkeit erreicht. Dagegen wird Kritik geäußert. Diese betrachtet die übervollen Maßregelkliniken und verweist darauf, dass auch in einer Justizvollzugsanstalt eine Therapie möglich sei⁴³⁵. Andererseits wäre die Unterbringung in einer Maßregel nach § 64 StGB zu überdenken. Dann würde man jedoch alleine auf den Hang zum Übermaßkonsum abstellen. Voraussetzung sind allerdings auch zu erwartende durch einen Hang bedingte Straftaten (Symptomtaten)⁴³⁶. Ein solcher Zustand kann durchaus auch angenommen werden, wenn eine Persönlichkeitsstörung einen Hang begründet und demnach darüber die Prognose bestimmt⁴³⁷. Wenn gar ein Vollrausch im Sinne einer Rauschat, gem. §232a StGB, zur Verurteilung führt, so kann nur die Maßregel, gem. § 64 StGB, diskutiert werden, da keine De- oder Exkulpierung erfolgt ist.⁴³⁸ Grundsätzlich kann gelten, dass eine psychische Störung, die vorbestand und selbst eine Dekulpierung bewirkt hätte und nur durch einen Rausch verstärkt wurde, eine Maßregel gem. §63 StGB begründen kann⁴³⁹.

Unabhängig davon kann nicht verkannt werden, dass der 4. Strafsenat des BGH dazu tendiert, bei einer Komorbidität einer Persönlichkeitsstörung und Alkoholabhängigkeit auch bei Schuldfähigkeit zu Rauschbeginn in Richtung einer „rechtswidrigen Tat im Sinne des § 63 StGB zu entscheiden. Hier geht der Rausch als krankhafte seelische Störung ein. Hier gab es bisher keine Gegenmeinung der anderen Senate. Bei den Fällen gab es einen doppelten Zweifelssatz, man hat dann keine Zusammenführung der Maßregeln (§ 72 Abs. 1 S. 2 StGB) gegen die Sicherungsverwahrung(§

⁴³² BGH NSiZ-RR 99, 265

⁴³³ BGHSt 44, 369, 375; ähnlich BGHSt 44, 338, 344

⁴³⁴ Streng 2004, S. 618

⁴³⁵ vgl. §§ 6, 7, 9 Abs. 1, 2 StVollzG

⁴³⁶ BGHNSiZ-RR 1997, 231; 2002, 107; Tröndle u. Fischer 2006, § 64 Rn 5

⁴³⁷ BGH NSiZ 2000, 25 f.; Streng 2004, S. 619

⁴³⁸ BGHNSiZ 1996, 41; NSiZ-RR 1997, 102 f., 299 f.; Tröndle u. Fischer 2006, § 63 Rn 10

⁴³⁹ Streng 2004, S. 619

66 StGB) und zugunsten der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus (§ 63 StGB) entschieden⁴⁴⁰.

Der Täter war mehrfach durch Alkoholstraftaten vorbestraft. In einem alkoholisierten Zustand (Tatzeit-BAK 4,02‰) hat er einen Trinkkumpen erheblich verletzt. Die zuständige Strafkammer hat ihn dafür wegen einer Rauschtat zu einer Freiheitsstrafe von zwei Jahren und neun Monaten und einer Sicherheitsverwahrung verurteilt. Der BGH hob die Sicherheitsverwahrung auf und verwies auf den § 72 StGB (Verbindung von Maßregeln). Dies begründete man damit, dass die Sicherheitsverwahrung erst dann angeordnet werden dürfe, wenn der § 63 StGB nicht angewendet werden kann. Die Rauschtat hätte die Voraussetzung für den § 63 StGB begründet, bei der die Komorbidität von Persönlichkeitsstörung Alkoholabhängigkeit und Rausch die Möglichkeit der Anwendung nach § 63 StGB begründet hätte.⁴⁴¹ Der Zweifel im Rahmen der Rauschtat hätte den § 21 StGB verhindert, dies dürfe den Beschuldigten nicht zum Nachteil gereichen. Im Rahmen des Zweifelsatzes sei er wegen Vollrausch verurteilt worden. Dann hätte man erneut im Rechtsfolgenausspruch den Zweifelsatz anwenden müssen und den § 63 StGB prüfen müssen. Dann hätte man der weniger einschneidenden Maßregel § 63 StGB (nach 72 Abs. 1 StGB) den Vorrang geben müssen. Der BGH hat damit Zweifel am bisherigen Umgang mit dem § 323 a StGB geäußert. Man sprach sich dabei mit den anderen Strafsenaten ab, ob bei der Annahme des § 323 a StGB (der die sichere Feststellung des § 21 StGB), eines Berauschens und einer rechtswidrigen Tat im Sinne des § 63 StGB nicht selbst auch eine Rauschtat sei. Die anderen Senate haben dem nicht widersprochen.⁴⁴²

§ 72 Verbindung von Maßregeln

(1) Sind die Voraussetzungen für mehrere Maßregeln erfüllt, ist aber der erstrebte Zweck durch einzelne von ihnen zu erreichen, so werden nur sie angeordnet. Dabei ist unter mehreren geeigneten Maßregeln denen der Vorzug zu geben, die den Täter am wenigsten beschweren.

(2) Im übrigen werden die Maßregeln nebeneinander angeordnet, wenn das Gesetz nichts anderes bestimmt.

⁴⁴⁰ BGH NJW 2004, 960

⁴⁴¹ BGHSt 44, 338

⁴⁴² BGH NJW 2004, 960; Kröber I 154

(3) Werden mehrere freiheitsentziehende Maßregeln angeordnet, so bestimmt das Gericht die Reihenfolge der Vollstreckung. Vor dem Ende des Vollzugs einer Maßregel ordnet das Gericht jeweils den Vollzug der nächsten an, wenn deren Zweck die Unterbringung noch erfordert. § 67c Abs. 2 Satz 4 und 5 ist anzuwenden.

§ 62 Grundsatz der Verhältnismäßigkeit

Eine Maßregel der Besserung und Sicherung darf nicht angeordnet werden, wenn sie zur Bedeutung der vom Täter begangenen und zu erwartenden Taten sowie zu dem Grad der von ihm ausgehenden Gefahr außer Verhältnis steht.

Unterbringung gem. § 63 StGB:

§ 63 StGB Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus⁴⁴³

- Hat jemand eine rechtswidrige Tat im Zustand der **Schuldunfähigkeit** (§ 20) oder der **verminderten Schuldfähigkeit** (§ 21) begangen, so ordnet das Gericht die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus an, wenn die Gesamtwürdigung des Täters und seiner Tat ergibt, daß von ihm infolge seines **Zustandes erhebliche** rechtswidrige Taten, **durch welche die Opfer seelisch oder körperlich erheblich geschädigt oder erheblich gefährdet werden** oder **schwerer wirtschaftlicher** Schaden angerichtet wird, zu erwarten sind und er deshalb für die **Allgemeinheit** gefährlich ist.
- Handelt es sich bei der begangenen rechtswidrigen Tat nicht um eine im Sinne von Satz 1 erhebliche Tat, so trifft das Gericht eine solche Anordnung nur, wenn **besondere Umstände die Erwartung rechtfertigen**, dass der Täter infolge seines Zustandes derartige erhebliche rechtswidrige Taten **begehen wird**.

Die Voraussetzung für die Anwendung des § 63 StGB:⁴⁴⁴

⁴⁴³ Novellierung des Rechts der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus gemäß § 63 des Strafgesetzbuches und zur Änderung anderer Vorschriften vom 08.07.2016 (BGBl. I S. 1610), in Kraft getreten am 01.08.2016

⁴⁴⁴ BGH, NSz 2005, 326f.

- Begehung einer rechtswidrigen Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit (§ 20 StGB) oder der sicher erheblich verminderten Schuldfähigkeit (§ 21 StGB)⁴⁴⁵
- der Zustand des Täters von gewisser Dauer und nicht nur vorübergehend ist⁴⁴⁶
- infolge dieses Zustandes sind auch weiterhin erhebliche rechtswidrige Taten zu erwarten
 - **bereits alltägliche Ereignisse** lösen eine erhebliche Minderung der Schuldfähigkeit in Bezug auf eine konkrete Tat aus.⁴⁴⁷
 - Dies kann auch dann Grundlage sein, wenn die Eingangstat nicht analog schwer ist.
- Aus der Gesamtwürdigung des Täters und seiner Taten lässt auf die Erwartung schließen, dass von diesem infolge seines Zustandes zukünftige erhebliche rechtswidrige Taten zu erwarten sind und dieser für die Allgemeinheit gefährlich ist.⁴⁴⁸
 - Taten, durch welche die Opfer seelisch oder körperlich erheblich geschädigt oder erheblich gefährdet werden
 - Taten, durch die ein schwerer wirtschaftlicher Schaden angerichtet wird
- Die Unterbringung erfolgt durch das Landgericht oder das Oberlandesgericht
- Die Unterbringung gemäß § 63 StGB ist zunächst einmal nicht befristet.
 - Nach Ablauf eines Jahres muss die zuständige Strafvollstreckungskammer prüfen, ob die Unterbringungs Voraussetzungen noch bestehen.

Kritik an der Reform des § 63 StGB

⁴⁴⁵ BGH NSiZ-RR 2007, 74; BGH NSiZ-RR 2003, 232.

⁴⁴⁶ BGH, NSiZ 1983, 429.

⁴⁴⁷ BGH v. 23. 1. 2008 - Az. 2 StR 426/07; BGH NSiZ-RR 2009, 136; BGH v. 21. 1. 2004, 1 StR 346/03, NSiZ 2004, 437.

⁴⁴⁸ Tröndle/Fischer, StGB, § 64 RN 10; SK- Horn, StGB, § 64 RN 8; BGH, NSiZ 2000, 25f.

Die Reform des § 63 StGB folgte folgenden Zielen:

- die Zahl der Unterbringungsanordnungen deutlich zu reduzieren.⁴⁴⁹

Die Tat erhielt eine höhere Eingangsschwelle: „durch welche die Opfer seelisch oder körperlich erheblich geschädigt oder erheblich gefährdet werden oder schwerer wirtschaftlicher Schaden angerichtet wird“. Dabei sieht man das Ziel, die Unterbringungsfälle zu reduzieren, nicht erreicht.

- Der Begriff der „Gefährdung“ wird als „Gefahr der Gefährdung“ kritisiert.⁴⁵⁰ Dies sei zu vage, da bereits potentielle Opfer in ihrer Gefährdung die Maßregel begründen, ohne dass diese Gefahr bereits verwirklicht sein muss. Damit ist die Anscheinsgefahr hierbei ausreichend. Es wird die Verhältnismäßigkeit eingefordert.
- Kritik wird auch an der Gefahr, dass „wirtschaftlicher Schaden angerichtet wird“, trotz der „Schwere“ kritisiert. Der Maßstab des § 63 StGB hebt sich von dem des § 66 Abs. 1 S. 1 Nr. 4 StGB („Hang zu erheblichen Straftaten“ (..) „namentlich zu solchen, durch welche die Opfer seelisch oder körperlich schwer geschädigt“) ab. Dennoch seien die Untergebrachten im Verlauf sonst gleichgestellt. Damit komme es auch bei nicht begangenen Taten zur Unterbringung, wenn diese nur erwartet werden würden. Damit habe man die Verhältnismäßigkeit auf die Prognose verlagert, wengleich dies nur die Ausnahme sein solle (§ 63 S. 2 StGB). Hier wird das Problem gesehen, dass man auch bei geringeren Anlasstaten eine unverhältnismäßige Unterbringung anordnet, obgleich der §62 StGB dieses verhindern würde. Gefordert wird, dass im Fall, dass der Betroffene keine „erheblichen“ rechtswidrigen Taten begangen hat, die Unterbringung unterbleibt.⁴⁵¹
- Die UN-Behindertenrechtskonvention (BRK) führe zur Infragestellung der §§ 20, 21 StGB und der Unterbringung gem. § 63 StGB. Dies liege nicht nur in der Unbestimmtheit, sondern auch an der Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen (i.S. der UN-BRK).⁴⁵² Es werden Freiheitsentziehungen mit dem § 63 StGB begründet, die mit dem Art. 14 UN-BRK nicht

⁴⁴⁹ Vgl. Niehaus, 2016, (2016), S. 200 ff.; Claus spricht in juris PR-StrafR 6/2016 Anm. 1 C. von einer „im Wesentlichen klarstellenden Funktion“.

⁴⁵⁰ Dr. jur. habil. Helmut Pollähne Nach der Reform des Unterbringungsrechts (§ 63 StGB) ist vor der Reform. KriPoz 3/2018 online

⁴⁵¹ Pollähne 2010, S. 98 ff.; Pollähne 2011, S. 299 ff.

⁴⁵² Schiemann, 2014, S. 101 ff

vereinbar sind, da bei fehlender Begehung die Erwartung solcher ausreichen soll.⁴⁵³

- Systemimmanent ist zu kritisieren, dass das Gesetz daran festhält, die Unterbringung (bei Vorliegen der jeweilige. Voraussetzungen) ausschließlich „in einem psychiatrischen Krankenhaus“ vorzusehen: Es wird auf Alternativen des psychosozialen Versorgungssystems hingewiesen⁴⁵⁴ und die Frage der sozialtherapeutischen Anstalten⁴⁵⁵ neu angesprochen.⁴⁵⁶ Das im § 63 StGB geforderte Subsidiaritätsprinzips auf der Anordnungsebene (Erforderlichkeit) wird auch nicht im § 67 b StGB ersetzt.⁴⁵⁷ Man sieht das Verhältnismäßigkeitsprinzip durch die Formulierungen in den diversen Maßregelparagrafen als nicht erfüllt an. Hier hätte man den § 63 StGB ergänzen müssen, um die Erforderlichkeit explizit zum Ausdruck zu bringen (Analog §126a Abs 1 StPO)⁴⁵⁸

⁴⁵³ Tolmein 2015, S. 79 ff.

Nach Artikel 14 Absatz 1 Buchstabe b der UN-Behindertenrechtskonvention darf Menschen mit Behinderungen die Freiheit nicht rechtswidrig oder willkürlich entzogen werden, jede Freiheitsentziehung darf nur im Einklang mit dem Gesetz erfolgen. Diese Vorschrift bezieht sich auf Artikel 9 Abs. 1 Satz 2 des UN-Zivilpaktes.

Artikel 14 Absatz 1 Buchstabe b der UN-Behindertenrechtskonvention stellt dabei ausdrücklich fest, dass eine Freiheitsentziehung allein aufgrund des Vorliegens einer Behinderung in keinem Fall gerechtfertigt ist.

Sowohl aus Artikel 14 Absatz 1 Buchstabe b als auch aus Absatz 2 ergibt sich, dass eine Freiheitsentziehung auch bei behinderten Menschen nicht grundsätzlich ausgeschlossen ist. Voraussetzung ist allerdings, dass zur Behinderung besondere Umstände hinzutreten müssen, die die Entziehung der Freiheit erforderlich machen. Das ist etwa der Fall, wenn nur mittels der Freiheitsentziehung eine Selbst- oder Fremdgefährdung vermieden werden kann. Sofern also zusätzliche Umstände vorliegen, die eine Freiheitsentziehung rechtfertigen, kann diese auch dann zulässig sein, wenn die die Freiheitsentziehung begründenden Umstände mit einer Behinderung zusammenhängen.

Strafrechtlich ist für eine Unterbringung nach § 63 StGB erforderlich, dass von der betroffenen Person erhebliche rechtswidrige Taten zu erwarten sind und sie deshalb für die Allgemeinheit gefährlich ist. Entsprechende Voraussetzungen bestehen für die Unterbringung aufgrund derjenigen Landesgesetze, die Schutz und Hilfe für psychisch kranke Menschen regeln.

⁴⁵⁴ Kammeier, H. (2014), S. 64-688

⁴⁵⁵ Gemäß des früheren § 65 StGB

⁴⁵⁶ Konrad (2014), S. 284 ff. und ders., WsFPP 2012, 189 ff.

⁴⁵⁷ Pollähne (2004), S. 241 ff.

⁴⁵⁸ Pollähne (2002), S. 229-244
Helmut Pollähne (2003) S. 229 (239 ff.)

§ 64 Unterbringung in einer Entziehungsanstalt⁴⁵⁹

1. Hat eine Person den **Hang**, alkoholische Getränke oder andere berauschende Mittel im **Übermaß** zu sich zu nehmen, und wird sie wegen einer **rechtswidrigen Tat, die überwiegend auf ihren Hang zurückgeht**, verurteilt oder nur deshalb nicht verurteilt, weil ihre Schuldunfähigkeit erwiesen oder nicht auszuschließen ist, so soll das Gericht die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt anordnen, wenn die **Gefahr besteht**, dass sie infolge ihres Hanges **erhebliche rechtswidrige Taten** begehen wird, der Hang erfordert eine Substanzkonsumstörung, infolge derer **eine dauernde und schwerwiegende Beeinträchtigung der Lebensgestaltung, der Gesundheit, der Arbeits- oder der Leistungsfähigkeit eingetreten ist und fort-dauert**.
2. Die Anordnung ergeht nur, wenn **aufgrund tatsächlicher Anhaltspunkte zu erwarten ist**, die Person durch die Behandlung in einer Entziehungsanstalt innerhalb der Frist nach § 67d Absatz 1 Satz 1 oder 3 zu heilen oder über eine erhebliche Zeit vor dem Rückfall in den Hang zu bewahren und von der Begehung erheblicher rechtswidriger Taten abzuhalten, die auf ihren Hang zurückgehen.

Das Besondere der Unterbringung gem. §64 StGB liegt in der zeitlichen Befristung und dass dieser auch in Frage kommt, wenn keine sichere Dekulpierung oder Exkulpierung erfolgt ist.

Der Hang muss durch den Gutachter eindeutig belegt sein, dies ähnelt den Suchtkriterien, die darin bestehen, dass die Sucht das Leben, die Lebensgestaltung, die Gesundheit und die Arbeits- und Leistungsfähigkeit beeinträchtigt. Konkret bedeutet dies, dass mehr als ein Missbrauch vorliegt. Dass der Konsum trotz der eingetretenen Schäden weiter zwangsähnlich konsumiert und gesundheitliche und soziale Folgen eingetreten sind.

⁴⁵⁹ Text in der Fassung des Artikels 1 Gesetz zur Überarbeitung des Sanktionenrechts - Ersatzfreiheitsstrafe, Strafzumessung, Auflagen und Weisungen sowie Unterbringung in einer Entziehungsanstalt G. v. 26. Juli 2023 BGBl. 2023 I Nr. 203; zuletzt geändert durch Artikel 3 G. v. 16.08.2023 BGBl. 2023 I Nr. 218 m.W.v. 1. Oktober 2023

Die Tat darf nicht nur begleitend sondern muss ein klarer eindeutiger Ausdruck der Sucht sein. Dies grenzt die Ursachen auf Rauschtaten und Beschaffungskriminalität ein.

Die Prognose der Behandlung muss präzise definiert werden, dabei muss der Beleg durch den Probanden erbracht werden. Im Rahmen eines fremdsprachlichen Probanden ist zu fordern, dass er die deutsche Sprache beherrscht und nicht, dass das fiktive Vorhandensein eines sprachkompetenten Therapeuten ausreicht.

Es werden derzeit viele Behandlungen wegen Aussichtslosigkeit erledigt (ca. 50%). Zwischen 1999 und 2014 nahmen die Einweisungen bundesweit um das Dreifache zu. Analog stiegen die Zahlen der Erledigungen absolut wegen Aussichtslosigkeit, blieben jedoch konstant bei über 50 % der Eingewiesenen. Bei den „Abbrechern“ handelt es sich um eine besondere Risikopopulation. Diese Abbrecher gestalten auch im Wesentlichen die Rückfälligkeit im Hellfeld nach der Behandlung⁴⁶⁰. Der Gesetzgeber verschärfte in der Folge die inhaltlichen Vorgaben der Einweisung und in der Regel folgt nun die Maßregel gem. § 64 StGB nach dem Strafvollzug. Damit gelangen den Kliniken häufiger sinnvolle Rehabilitationen in die ambulante Lebens- und Arbeitswelt. Daneben gelangen so auch viele Patienten mit langjährigen Haftverfahren in die Behandlung. Der Behandlungserfolg der Maßregel gem. § 64 StGB ist schwer messbar und mit Prädiktoren sicherbar zu machen, die in der Person des Patienten begründet liegen⁴⁶¹. Dies weist möglicherweise darauf hin, dass zum Urteilszeitpunkt der Verlauf der Maßregelbehandlung außerordentlich schwer mit Variablen der einzelnen Person festzusetzen ist. Möglicherweise gibt es Prädiktoren, die weniger in der Persönlichkeit, Sozialisation oder Lebensgeschichte des Patienten begründet liegen, jedoch den Verlauf entscheidend prägen.

Zusammengefasst führen folgende Umstände zur Fragestellung der Anordnung einer Maßregel nach § 64 StGB:

- **Vorliegen eines Hanges** („eine eingewurzelte, aufgrund psychischer Disposition bestehende oder erworbene, den Täter treibende und beherrschende Neigung, immer wieder Alkohol oder andere Rauschmittel im Übermaß zu sich zu nehmen“⁴⁶²). Der Hang muss das Leben bestimmen, körperliche und soziale Folgen aufweisen.

⁴⁶⁰ Jehle (2010); Jehle (2016)

⁴⁶¹ Fries (2011) 404–410; Quereingässer (2015), S. 34–41

⁴⁶² Lackner/Kühl, StGB, § 64 Anm.2; LK-Hanack, StGB, § 64 RN 40 m. w. N.

- **Symptomtat:** Die Tat hat ihre Wurzel“ im Hang zum Übermaßkonsum („**Im Rausch begangen (...) auf ihren Hang zurückgeht**“). Die Kausalität muss äquivalent sein. (früher reichte eine adäquate Form)
- Die „**Gefahr** (...) von **erheblichen** rechtswidrigen Taten infolge ihres **Hanges** (...)“. Dies beinhaltet den Verhältnismäßigkeitsgrundsatz und begründet, dass es sich nicht um Bagatelldelikte, sondern um erhebliche rechtswidrige Taten handeln muss.
- Die Dauer der Unterbringung wird auf **zwei Jahre (§ 67d Abs. 1 StGB) befristet**. (Deshalb erfolgen mit einem Halbjahresabstand engere Überprüfungsintervalle durch die zuständige Strafvollstreckungskammer).
- Die Anordnung unterbleibt, wenn im Rahmen **tatsächlicher Anhaltspunkte** eine Heilung **innerhalb der Frist nach § 67d Absatz 1 Satz 1 oder 3 zu erwarten ist** oder über eine erhebliche Zeit vor dem Rückfall in den Hang zu bewahren und von der Begehung erheblicher rechtswidriger Taten abzuhalten, die auf ihren Hang zurückgehen. (Therapieprognose binnen eines gesetzten Zeitrahmens) oder wenn jemand über Suchtmittelrückfälle De-/ Exkulpierungsgründe schafft⁴⁶³.
- Die Unterbringung nach § 64 StGB in einer Entziehungsanstalt erfolgt durch ein Amts- oder Landgericht

Unterbringung in der Sicherungsverwahrung gem. § 66 StGB

§ 66 Unterbringung in der Sicherungsverwahrung

(1) Das Gericht ordnet neben der Strafe die Sicherungsverwahrung an, wenn

1. jemand zu einer Freiheitsstrafe von mindestens zwei Jahren wegen einer vorsätzlichen Straftat verurteilt wird, die

a) sich gegen das Leben, die körperliche Unversehrtheit, die persönliche Freiheit oder die sexuelle Selbstbestimmung richtet,

b) unter den Ersten, Siebenten, Zwanzigsten oder Achtundzwanzigsten Abschnitt des Besonderen Teils oder unter das Völkerstrafgesetzbuch oder das Betäubungsmittelgesetz fällt und im Höchstmaß mit Freiheitsstrafe von mindestens zehn Jahren bedroht ist oder

⁴⁶³ BVerfGE 91, 1 ff., Entscheidung vom 16. 02. 1994

c) den Tatbestand des § 145a erfüllt, soweit die Führungsaufsicht auf Grund einer Straftat der in den Buchstaben a oder b genannten Art eingetreten ist, oder den Tatbestand des § 323a, soweit die im Rausch begangene rechtswidrige Tat eine solche der in den Buchstaben a oder b genannten Art ist,

2. der Täter wegen Straftaten der in Nummer 1 genannten Art, die er vor der neuen Tat begangen hat, schon zweimal jeweils zu einer Freiheitsstrafe von mindestens einem Jahr verurteilt worden ist,

3. er wegen einer oder mehrerer dieser Taten vor der neuen Tat für die Zeit von mindestens zwei Jahren Freiheitsstrafe verbüßt oder sich im Vollzug einer freiheitsentziehenden Maßregel der Besserung und Sicherung befunden hat und

4. die Gesamtwürdigung des Täters und seiner Taten ergibt, dass er infolge eines Hanges zu erheblichen Straftaten, namentlich zu solchen, durch welche die Opfer seelisch oder körperlich schwer geschädigt werden, zum Zeitpunkt der Verurteilung für die Allgemeinheit gefährlich ist.

Für die Einordnung als Straftat im Sinne von Satz 1 Nummer 1 Buchstabe b gilt § 12 Absatz 3 entsprechend, für die Beendigung der in Satz 1 Nummer 1 Buchstabe c genannten Führungsaufsicht § 68b Absatz 1 Satz 4.

(2) Hat jemand drei Straftaten der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 genannten Art begangen, durch die er jeweils Freiheitsstrafe von mindestens einem Jahr verwirkt hat, und wird er wegen einer oder mehrerer dieser Taten zu einer Freiheitsstrafe von mindestens drei Jahren verurteilt, so kann das Gericht unter der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 bezeichneten Voraussetzung neben der Strafe die Sicherungsverwahrung auch ohne frühere Verurteilung oder Freiheitsentziehung (Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 und 3) anordnen.

(3) Wird jemand wegen eines die Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe a oder b erfüllenden Verbrechens oder wegen einer Straftat nach § 89a Absatz 1 bis 3, § 89c Absatz 1 bis 3, § 129a Absatz 5 Satz 1 erste Alternative, auch in Verbindung mit § 129b Absatz 1, den §§ 174 bis 174c, 176, 177 Absatz 2 Nummer 1, Absatz 3 und 6, §§ 180, 182, 224, 225 Abs. 1 oder 2 oder wegen einer vorsätzlichen Straftat nach § 323a, soweit die im Rausch begangene Tat eine der vorgenannten rechtswidrigen Taten ist, zu einer Freiheitsstrafe von mindestens zwei Jahren verurteilt, so kann das Gericht neben der Strafe die Sicherungsverwahrung anordnen, wenn der Täter wegen einer oder mehrerer solcher Straftaten, die er vor der neuen Tat begangen hat, schon einmal zu einer Freiheitsstrafe von mindestens drei Jahren verurteilt worden ist und die in Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 und 4 genannten

Voraussetzungen erfüllt sind. 2 Hat jemand zwei Straftaten der in Satz 1 bezeichneten Art begangen, durch die er jeweils eine Freiheitsstrafe von mindestens zwei Jahren verwirkt hat und wird er wegen einer oder mehrerer dieser Taten zu einer Freiheitsstrafe von mindestens drei Jahren verurteilt, so kann das Gericht unter den in Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 bezeichneten Voraussetzungen neben der Strafe die Sicherungsverwahrung auch ohne frühere Verurteilung oder Freiheitsentziehung (Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 und 3) anordnen. 3 Die Absätze 1 und 2 bleiben unberührt.

(4) Im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 Nummer 2 gilt eine Verurteilung zu einer Gesamtstrafe als eine einzige Verurteilung.

Ist Untersuchungshaft oder eine andere Freiheitsentziehung auf die Freiheitsstrafe angerechnet, so gilt sie als verbüßte Strafe im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 Nummer 3.

Eine frühere Tat bleibt außer Betracht, wenn zwischen ihr und der folgenden Tat mehr als fünf Jahre verstrichen sind; bei Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung beträgt die Frist fünfzehn Jahre.

In die Frist wird die Zeit nicht eingerechnet, in welcher der Täter auf behördliche Anordnung in einer Anstalt verwahrt worden ist.

Eine Tat, die außerhalb des räumlichen Geltungsbereichs dieses Gesetzes abgeurteilt worden ist, steht einer innerhalb dieses Bereichs abgeurteilten Tat gleich, wenn sie nach deutschem Strafrecht eine Straftat der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, in den Fällen des Absatzes 3 der in Absatz 3 Satz 1 bezeichneten Art wäre.

Fassung aufgrund des Dreiundfünfzigsten Gesetzes zur Änderung des Strafrechtsgesetzbuches -Ausweitung des Maßregelrechts bei extremistischen Straftätern vom 11.06.2017 (BGBl. I S. 1612), in Kraft getreten am 01.07.2017

§ 66a Vorbehalt der Unterbringung in der Sicherungsverwahrung

(1) Das Gericht kann im Urteil die Anordnung der Sicherungsverwahrung vorbehalten, wenn

1. jemand wegen einer der in § 66 Absatz 3 Satz 1 genannten Straftaten verurteilt wird,

2. die übrigen Voraussetzungen des § 66 Absatz 3 erfüllt sind, soweit dieser nicht auf § 66 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 verweist, und

3. nicht mit hinreichender Sicherheit feststellbar, aber wahrscheinlich ist, dass die Voraussetzungen des § 66 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 vorliegen.

(2) Einen Vorbehalt im Sinne von Absatz 1 kann das Gericht auch aussprechen, wenn

1. jemand zu einer Freiheitsstrafe von mindestens fünf Jahren wegen eines oder mehrerer Verbrechen gegen das Leben, die körperliche Unversehrtheit, die persönliche Freiheit, die sexuelle Selbstbestimmung, nach dem Achtundzwanzigsten Abschnitt oder nach den §§ 250, 251, auch in Verbindung mit § 252 oder § 255, verurteilt wird,

2. die Voraussetzungen des § 66 nicht erfüllt sind und

3. mit hinreichender Sicherheit feststellbar oder zumindest wahrscheinlich ist, dass die Voraussetzungen des § 66 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 vorliegen.

(3) Über die nach Absatz 1 oder 2 vorbehaltene Anordnung der Sicherungsverwahrung kann das Gericht im ersten Rechtszug nur bis zur vollständigen Vollstreckung der Freiheitsstrafe entscheiden; dies gilt auch, wenn die Vollstreckung des Strafrestes zur Bewährung ausgesetzt war und der Strafrest vollstreckt wird. 2 Das Gericht ordnet die Sicherungsverwahrung an, wenn die Gesamtwürdigung des Verurteilten, seiner Tat oder seiner Taten und ergänzend seiner Entwicklung bis zum Zeitpunkt der Entscheidung ergibt, dass von ihm erhebliche Straftaten zu erwarten sind, durch welche die Opfer seelisch oder körperlich schwer geschädigt werden.

§ 66b Nachträgliche Anordnung der Unterbringung in der Sicherungsverwahrung

Ist die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus nach § 67d Abs. 6 für erledigt erklärt worden, weil der die Schuldfähigkeit ausschließende oder vermindernde Zustand, auf dem die Unterbringung beruhte, im Zeitpunkt der Erledigungsentscheidung nicht bestanden hat, so kann das Gericht die Unterbringung in der Sicherungsverwahrung nachträglich anordnen, wenn

1. die Unterbringung des Betroffenen nach § 63 wegen mehrerer der in § 66 Abs. 3 Satz 1 genannten Taten angeordnet wurde oder wenn der Betroffene wegen einer oder mehrerer solcher Taten, die er vor der zur Unterbringung nach § 63 führenden Tat begangen hat, schon einmal zu einer Freiheitsstrafe von mindestens drei Jahren verurteilt oder in einem psychiatrischen Krankenhaus untergebracht worden war und
2. die Gesamtwürdigung des Betroffenen, seiner Taten und ergänzend seiner Entwicklung bis zum Zeitpunkt der Entscheidung ergibt, dass er mit hoher Wahrscheinlichkeit erhebliche Straftaten begehen wird, durch welche die Opfer seelisch oder körperlich schwer geschädigt werden.

Dies gilt auch, wenn im Anschluss an die Unterbringung nach § 63 noch eine daneben angeordnete Freiheitsstrafe ganz oder teilweise zu vollstrecken ist.⁴⁶⁴

Die Unterbringung nach § 66 StGB (Sicherungsverwahrung) stellt einen Tribut des Betroffenen an die Gesellschaft dar. Hintergrund ist eine hohe Gefahr erwarteter weiterer erheblicher Straftaten. Die Grundlage ist eine nicht krankhafte (kein Krankheitswert) dissoziale Verformung der Persönlichkeitsstruktur.

Für den Gutachter bedeutet ein entsprechendes Gutachten den Ausschluss einer krankhaften seelischen Störung oder eines anderen Eingangstatbestandes (§ 20 StGB).⁴⁶⁵

Für die Anwendung des § 66 StGB sind folgende Aspekte grundlegend:

- „Gesamtwürdigung“ des Täters und seiner Taten
- Hanges zu erheblichen Straftaten, namentlich⁴⁶⁶ zu solchen, durch welche die Opfer seelisch oder körperlich schwer geschädigt werden oder schwerer wirtschaftlicher Schaden angerichtet wird, für die Allgemeinheit gefährlich ist.“
 - „Hangtäter ist derjenige, der dauernd zu Straftaten entschlossen ist oder der aufgrund einer fest eingewurzelten Neigung, deren Ursache unerheblich ist, immer wieder straffällig wird, wenn sich die Gelegenheit dazu bietet.“⁴⁶⁷
 - Beispiele: „Berufs-“ kriminelle wie Bankräuber, Terroristen, die aus den Straftaten eine Art Lebensmotto machen.
 - Zustimmende, also ich-syntone Haltung zur Delinquenz, Schuldzuweisung an Opfer, Außenstehende, Umwelteinflüsse (Externalisierung).

⁴⁶⁴ Fassung aufgrund des Gesetzes zur Neuordnung des Rechts der Sicherungsverwahrung und zu begleitenden Regelungen vom 22.12.2010 (BGBl. I S. 2300), in Kraft getreten am 01.01.2011

⁴⁶⁵ BGH, NSiZ 2003, 2011

⁴⁶⁶ Bedeutet hier „besonders“

⁴⁶⁷ BGH-Urteil vom 11. 9. 2002-2 StR 193/02.

- Fehlende psychosoziale Auslösefaktoren bzw. keine tatbegünstigenden Konflikte.
- Phasen der Delinquenz überwiegen gegenüber unauffälligen Lebensphasen.
- Progrediente Rückfallneigung, Missachtung von Auflagen.
- Aktive Gestaltung der Tatumstände bzw. der Tat
- Spezialisierung auf einen bestimmten Delinquenztyp
- Integration in eine kriminelle Subkultur.
- „Psychopathie“ nach Hare (vgl. PCL-R)Reizhunger, sozial unverbundene, augenblicksorientierte Lebensführung
- Antisoziale Denkstile, die eine situative Verführbarkeit bedingen (vgl. Haltschwäche als Hingabe an die Verlockungen des Augenblickes) oder kriminelle Verhaltensstile legitim erscheinen lassen.

Der Vorwegvollzug § 67 StGB

Mit der letzten Anpassung des Strafrechts wurde der Vorwegvollzug zum Grundsatz. Bereits im Vorfeld wurde dies eine zunehmende Praxis. Die Unterbringungsanordnungen nahmen von 2002 (1.532 Fälle) bis 2009 (2.176 Fälle) um 42,04 Prozent und 2011 (2.427 Fälle, davon in 562 Fällen wegen Verstoßes gegen das BtMG) zu.⁴⁶⁸ Wenn neben der Anordnung einer Maßregel nach § 64 StGB eine zeitige Freiheitsstrafe verhängen wird, stellt sich die Frage, in welcher Reihenfolge die Vollstreckung erfolgen muss. § 67 Abs. 1 StGB sieht vor, dass grundsätzlich die Maßregel des § 64 StGB zuerst zu vollstrecken ist. Nach § 67 Abs. 2 S. 1 StGB kann das Gericht aber bestimmen, dass die Strafe oder ein Teil der Strafe vor der Maßregel zu vollziehen ist, wenn der Zweck der Maßregel dadurch leichter erreicht wird (sog. Vorwegvollzug im Sinne eines vikariierenden Systems). Bei Anordnung der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt neben einer zeitigen Freiheitsstrafe von über drei Jahren soll das Gericht sogar einen solchen Vorwegvollzug bestimmen (§ 67 Abs. 2 S. 2 StGB). Ziel dieser Regelung ist die Entlastung der Entziehungsanstalten und die Sicherung des Therapieerfolges⁴⁶⁹. Der Tatrichter stellt zunächst mit Hilfe eines Sachverständigen fest, wie lange die Suchtbehandlung voraussichtlich dauern wird, und zieht diese

⁴⁶⁸ Volkmer in Körner/Patzak/Volkmer, BtMG, § 35 Rn. 482

⁴⁶⁹ Volkmer aaO Rn. (2016), S. 547

Zeit von der Hälfte der zu verhängenden Strafe ab.⁴⁷⁰ Wird der Täter also beispielsweise zu einer Freiheitsstrafe von 6 Jahren mit Unterbringung nach § 64 StGB verurteilt und stellt der Sachverständige eine voraussichtliche Therapiedauer von 2 Jahren fest, ist ein Vorwegvollzug von 1 Jahr anzuordnen (6 Jahre, davon Halbstrafe = 3 Jahre abzüglich der Therapiedauer von 2 Jahren = 1 Jahr Vorwegvollzug). Die erlittene Untersuchungshaft darf dabei nicht von der errechneten Dauer des Vorwegvollzuges abgezogen werden⁴⁷¹.

Der Beschluss des BGH vom 19.2.2013, 1 StR 24/13 zeigt, dass nicht alle Tatrichter die Anordnung des Vorwegvollzuges korrekt vornehmen:

„Ergänzend zu den Ausführungen des Generalbundesanwalts in seiner Antragschrift vom 16. Januar 2013 bemerkt der Senat, dass gemäß § 67 Abs. 2 Satz 2 und 3 i.V.m. § 67 Abs. 5 StGB und der von der Strafkammer für erforderlich gehaltenen Therapiedauer von 18 Monaten ein Vorwegvollzug von einem Jahr und acht Monaten anzuordnen ist. Der Senat kann gemäß § 354 Abs. 1 StPO analog die Dauer des Vorwegvollzuges selbst festlegen.“⁴⁷²

§ 67 StGB: Reihenfolge der Vollstreckung

(1) Wird die Unterbringung in einer Anstalt nach den §§ 63 und 64 neben einer Freiheitsstrafe angeordnet, so wird die Maßregel vor der Strafe vollzogen.

(2) Das Gericht bestimmt jedoch, daß die Strafe oder ein Teil der Strafe vor der Maßregel zu vollziehen ist, wenn der Zweck der Maßregel dadurch leichter erreicht wird. Bei Anordnung der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt neben einer zeitigen Freiheitsstrafe von über drei Jahren soll das Gericht bestimmen, dass ein Teil der Strafe vor der Maßregel zu vollziehen ist. Dieser Teil der Strafe ist so zu bemessen, dass nach seiner Vollziehung und einer anschließenden Unterbringung eine Entscheidung nach Absatz 5 Satz 1 möglich ist. Das Gericht soll ferner bestimmen, dass die Strafe vor der Maßregel zu vollziehen ist, wenn die verurteilte Person vollziehbar zur Ausreise verpflichtet und zu erwarten ist, dass ihr Aufenthalt im räumlichen Geltungsbereich dieses Gesetzes während oder unmittelbar nach Verbüßung der Strafe beendet wird.

(3) Das Gericht kann eine Anordnung nach Absatz 2 Satz 1 oder Satz 2 nachträglich treffen, ändern oder aufheben, wenn Umstände in der Person des Verurteilten es angezeigt erscheinen lassen. Eine Anordnung nach Absatz 2 Satz 4 kann das Gericht

⁴⁷⁰ Volkmer aaO Rn. (2016), S. 549

⁴⁷¹ Volkmer aaO Rn. (2016), S. 552

⁴⁷² BGH NSStZ-RR 2010, 171

auch nachträglich treffen. Hat es eine Anordnung nach Absatz 2 Satz 4 getroffen, so hebt es diese auf, wenn eine Beendigung des Aufenthalts der verurteilten Person im räumlichen Geltungsbereich dieses Gesetzes während oder unmittelbar nach Verbüßung der Strafe nicht mehr zu erwarten ist.

(4) Wird die Maßregel ganz oder zum Teil vor der Strafe vollzogen, so wird die Zeit des Vollzugs der Maßregel auf die Strafe angerechnet, bis zwei Drittel der Strafe erledigt sind.

(5) Wird die Maßregel vor der Strafe oder vor einem Rest der Strafe vollzogen, so kann das Gericht die Vollstreckung des Strafrestes unter den Voraussetzungen des § 57 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 und 3 zur Bewährung aussetzen, wenn die Hälfte der Strafe erledigt ist. Wird der Strafrest nicht ausgesetzt, so wird der Vollzug der Maßregel fortgesetzt; das Gericht kann jedoch den Vollzug der Strafe anordnen, wenn Umstände in der Person des Verurteilten es angezeigt erscheinen lassen.

(6) Das Gericht bestimmt, dass eine Anrechnung nach Absatz 4 auch auf eine verfahrensfremde Strafe erfolgt, wenn deren Vollzug für die verurteilte Person eine unbillige Härte wäre. Bei dieser Entscheidung sind insbesondere das Verhältnis der Dauer des bisherigen Freiheitsentzugs zur Dauer der verhängten Strafen, der erzielte Therapieerfolg und seine konkrete Gefährdung sowie das Verhalten der verurteilten Person im Vollstreckungsverfahren zu berücksichtigen. Die Anrechnung ist in der Regel ausgeschlossen, wenn die der verfahrensfremden Strafe zugrunde liegende Tat nach der Anordnung der Maßregel begangen worden ist. Absatz 5 Satz 2 gilt entsprechend.

Das Grundproblem der Maßregel nach § 64 StGB zeigt sich in der Frage der Erfolgsaussichten und der damit hinterlegten Fehleinweisungen. Man sprach teilweise von 40% der Eingewiesenen. Umgekehrt lebte man innerhalb der Kliniken das Paradigma der intrinsischen Therapiebereitschaft.

Die Frage der Erfolgsaussicht ist weiterhin das Nadelöhr der Maßregel gem. § 64 StGB. Der BGH gab an, dass im Fall einer gutachterlichen Empfehlung, das Gericht in Begleitung einer längeren Haftstrafe und dem Ergebnis, dass die Entziehungsbehandlung länger als zwei Jahre dauern werde, eine nicht mehr hinreichende Erfolgsaussicht im Sinne des § 64 S. 2 StGB anzunehmen ist. Dies würde die Ablehnung der Maßregel und den Justizvollzug bedeuten.⁴⁷³ Daher hat der Gesetzgeber im Sinne von Volckart die zeitliche Rahmensetzung „innerhalb der Frist nach § 67d Abs. 1 S. 1 oder 3“ eingefügt. Damit hat der Gesetzgeber intendiert, dass therapiebedürftige und –motivierte Suchtkranke im Strafvollzug untergebracht werden.

⁴⁷³ BGH, R&P 2011, 32 und NSStZ-RR 2015, 43, vgl. Pollähne, (2016), S. 5.

Überweisung in eine andere Maßregel gemäß § 67 a StGB

Ein Problem bei der Anordnung einer Maßregel besteht darin, dass mit der Verhängung nicht gleichzeitig die ideale Therapieform gesichert werden kann. Diese Situation findet man gehäuft in den Fällen einer Maßregel gem. § 63 StGB, wenn zudem eine Abhängigkeitserkrankung („Hang“) besteht.

§ 67a Überweisung in den Vollzug einer anderen Maßregel⁴⁷⁴

(1) Ist die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer Entziehungsanstalt angeordnet worden, so kann das Gericht die untergebrachte Person nachträglich in den Vollzug der anderen Maßregel überweisen, wenn ihre Resozialisierung dadurch besser gefördert werden kann.

(2) Unter den Voraussetzungen des Absatzes 1 kann das Gericht nachträglich auch eine Person, gegen die Sicherungsverwahrung angeordnet worden ist, in den Vollzug einer der in Absatz 1 genannten Maßregeln überweisen. Die Möglichkeit einer nachträglichen Überweisung besteht, wenn die Voraussetzungen des Absatzes 1 vorliegen und die Überweisung zur Durchführung einer Heilbehandlung oder Entziehungskur angezeigt ist, auch bei einer Person, die sich noch im Strafvollzug befindet und deren Unterbringung in der Sicherungsverwahrung angeordnet oder vorbehalten worden ist.

(3) Das Gericht kann eine Entscheidung nach den Absätzen 1 und 2 ändern oder aufheben, wenn sich nachträglich ergibt, dass die Resozialisierung der untergebrachten Person dadurch besser gefördert werden kann. Eine Entscheidung nach Absatz 2 kann das Gericht ferner aufheben, wenn sich nachträglich ergibt, dass mit dem Vollzug der in Absatz 1 genannten Maßregeln kein Erfolg erzielt werden kann.

(4) Die Fristen für die Dauer der Unterbringung und die Überprüfung richten sich nach den Vorschriften, die für die im Urteil angeordnete Unterbringung gelten. Im Falle des Absatzes 2 Satz 2 hat das Gericht bis zum Beginn der Vollstreckung der Unterbringung jeweils spätestens vor Ablauf eines Jahres zu prüfen, ob die Voraussetzungen für eine Entscheidung nach Absatz 3 Satz 2 vorliegen.

⁴⁷⁴ Fassung aufgrund des Gesetzes zur bundesrechtlichen Umsetzung des Abstandsgebotes im Recht der Sicherungsverwahrung vom 05.12.2012 (BGBl. I S. 2425), in Kraft getreten am 01.06.2013

Dabei besteht die Pflicht ein externes Sachverständigengutachten bei Vollziehung der Unterbringung in eine Entziehungsanstalt aufgrund nachträglicher Überweisung gem. § 67a StGB einzuholen.⁴⁷⁵

Nach § 63 StGB erfolgte Unterbringungen in einem psychiatrischen Krankenhaus sind regelhaft unbefristet.

Die Unterbringung im Rahmen einer Maßregel wird durch die Strafvollstreckungskammer beendet, wenn die Maßregel erledigt ist. Dies gilt auch dann, wenn die weitere Vollstreckung der Maßregel unverhältnismäßig wäre. Dabei sind folgende Termine und Zeitmodelle seit dem 01.08.2016 relevant:

- Nach einer Unterbringungsdauer von sechs Jahren ist die Fortdauer in der Regel nicht mehr verhältnismäßig, es sei denn
 - es besteht die Gefahr, dass der Untergebrachte infolge seines Zustandes erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird,
 - durch welche die Opfer seelisch oder körperlich schwer geschädigt werden
 - oder in die Gefahr einer schweren körperlichen oder seelischen Schädigung gebracht werden
- Nach einer Unterbringungsdauer von zehn Jahren erklärt das Gericht die Maßregel für erledigt, wenn nicht
 - die Gefahr besteht, dass der Untergebrachte erhebliche Straftaten begehen wird,
 - durch welche die Opfer seelisch oder körperlich schwer geschädigt werden⁴⁷⁶.

Hier wird ein Verhältnismäßigkeitsgrundsatz gesetzt. Die Unterbringung wird sachlich und zeitlich definiert und mit inhaltlichen Anforderungen der Ausgestaltung verknüpft. Im Vorfeld wurden diese Forderungen durch unterschiedliche Entscheidung durch höchstrichterliche Entscheidungen formuliert.⁴⁷⁷

⁴⁷⁵ OLG Stuttgart, 17.10.2017 - 2 Ws 262/17

⁴⁷⁶ § 67d Abs. 6 StGB

⁴⁷⁷ grundlegend: 2BvR1150/80

§ 67b StGB Aussetzung zugleich mit der Anordnung

„Der vorliegende Gesetzentwurf versucht diese Unverhältnismäßigkeit etwas zu korrigieren. Das ist ein Schritt in die richtige Richtung. Leider ist dieser Schritt aber viel zu kleinteilig. Das sehen auch viele Fachverbände und Juristen so, die befürchten, dass die vorgeschlagenen Änderungen sich kaum auf die Praxis auswirken werden.“⁴⁷⁸

§ 67b StGB Aussetzung zugleich mit der Anordnung

(1) Ordnet das Gericht die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer Entziehungsanstalt an, so setzt es zugleich deren Vollstreckung zur Bewährung aus, wenn besondere Umstände die Erwartung rechtfertigen, daß der Zweck der Maßregel auch dadurch erreicht werden kann. Die Aussetzung unterbleibt, wenn der Täter noch Freiheitsstrafen zu verbüßen hat, die gleichzeitig mit der Maßregel verhängt und nicht zur Bewährung ausgesetzt werden.

(2) Mit der Aussetzung tritt Führungsaufsicht ein.

Für die Verhinderung potenziell unverhältnismäßiger Freiheitsentziehungen in der forensischen Psychiatrie gem. § 63 StGB spielt der § 67b StGB – jenseits der verstärkten Beachtung des Subsidiaritätsprinzips bereits auf der Anordnungsebene (s.o. 1. c) – eine wesentliche Rolle, die legislativ nicht zufrieden stellt⁴⁷⁹:

- Die Forderung „besonderer Umstände“ (ähnlich § 56 Abs. 2 StGB) verstärkt die Wahrnehmung der Vorschrift als Ausnahme-Regelung. Dies wird als nicht sachgerecht kritisiert: Wenn „die Erwartung [zu] rechtfertigen“ ist, dass der „Zweck der Maßregel“ (Besserung und Sicherung) auch durch deren Anordnung mit gleichzeitiger Aussetzung zur Bewährung „erreicht werden kann“, dann bedarf es keiner „besonderen Umstände“, um dieses Vorgehen zu legitimieren.
- Ein Problem ergibt sich an der Rigidität der Zweijahresgrenze (§ 67 b Abs. 1 S. 2 in Anlehnung an § 56 Abs. 2 StGB), wenn Begleitstrafen vorliegen. Dabei können sich diejenigen, die im Rahmen des § 63 StGB nur de- (gem. § 21 StGB) und nicht exkulpert (gem. § 20 StGB) wurden.
- Die Frage stellt sich nach dem Vorgehen, wenn die Vollstreckung der freiheitsentziehenden Maßregel des § 63 StGB bei einer längeren Begleitstrafe erfolgt und sich nicht als erforderlich heraus stellt und damit nicht mehr verhältnismäßig ist.

⁴⁷⁸ Klein-Schmeink (2016), S.15044; Stübner (2015), S. 13

⁴⁷⁹ Nach Pollähne (2018)

- Dabei kann zum Problem werden, dass ein Konflikt mit den §§ 56, 57 StGB auftritt, da es keine Anrechnungsregel gibt. Wenn sich nun der Täter hinsichtlich der langen Begleitstrafen einer Vollstreckung entzieht, könnte man ihn nicht aussetzen, da die Voraussetzungen dafür nicht vorhanden wären.

Offensichtlich wich man vom Eckpunktepapier 2013 ab, in dem eine Neuregelung der Überprüfungsfristen in § 67 e StGB (im Sinne ihrer gestaffelten Verkürzung) vorgesehen war.⁴⁸⁰ Dabei fordert die Verhältnismäßigkeit ein indirekt proportionales Verhältnis von Unterbringungszeit zur Prüfzeiträumen.⁴⁸¹ Starre jährliche Fristen erscheinen hier lange und sind durch die Antragsmöglichkeiten des Unterbrachten kaum zu ersetzen.

Seitens kritischer Rechtsanwälte wird die Regelung als redundant erachtet, Gutachten der Maßregelanstalten einzufordern⁴⁸². Man sieht die Frage der Schweigepflicht nur bedingt gelöst. Hier können für den psychiatrischen Gutachter Nachteile entstehen⁴⁸³. Dabei ist die Frage bei der Bewährung gem. §§ 68a Abs. 8 geklärt. Eine analoge Formulierung war bisher dem Landesrecht unterworfen.

§ 67c StGB: Späterer Beginn der Unterbringung

Im Rahmen des § 67 StGB kann es bei zeitlich langem Strafraum unvermeidbar werden die Strafverbüßung oder einen Teil der Strafe vorweg zu verbüßen. Damit stellt sich die Frage, in welchen Zustand ein Täter nach seiner Strafverbüßung ist, da dieser sich vom Zeitpunkt der Tat grundsätzlich unterscheiden kann. Dies gilt insbesondere bei einer Dekulpierung oder vollen Schuldfähigkeit im Rahmen eines Handdeliktes (§ 64 StGB).

Dabei zählt die Gefährlichkeit zum Zeitpunkt der Aburteilung⁴⁸⁴. Dies erscheint auch logisch, da die Zukunft nicht konkret antizipiert werden kann. Eine Hoffnung

⁴⁸⁰ Stübner (2015), S. 13-19.

⁴⁸¹ BVerfGE 109, 130 und 117, 71

⁴⁸² § 463 Abs. 4 StPO, Nach Pollähne (2018)

⁴⁸³ Waider und Tolmein (2010), S. 99 ff., 123 ff.; vgl. BVerfG. 2 BvR 1349/05 vom 06.06.2006: es muss und dürfe jeder, der sich in ärztliche Behandlung begibt, erwarten, dass alles, was der Arzt im Rahmen seiner Berufsausübung über seine gesundheitliche Verfassung erfährt, geheim bleibt. Nur so könne zwischen Patient und Arzt jenes Vertrauen entstehen, das zu den Grundvoraussetzungen ärztlichen Wirkens zählt. Vgl. auch 2 BvR 2049/13 / 2 BvR 2445/14 vom 22.01.2015.

⁴⁸⁴ vgl. BGH NStZ 2006, 278, 279; 2007, 401; BGH, Beschl. v. 5.9.2008 - 2 StR 265/08; s. auch NStZ-RR 2004, 202, 203; Fischer StGB 55. Aufl. § 66 Rdn. 36 m.w.N.

auf Veränderung stellt weder einen Tatbestand dar noch ist diese hinreichend konkret⁴⁸⁵. Dazu dient die Regelung des § 67c Abs 1 StGB, der zukünftige Veränderungen berücksichtigen kann, so diese von besonderem Gewicht sind und Haltungsveränderungen erwarten lassen⁴⁸⁶. Diese Prüfung, ob der Zweck der Maßregel die Unterbringung noch erfordert, ist durch das Vollstreckungsgericht vor Ende des Strafvollzugs obligatorisch⁴⁸⁷.

Dies gilt auch dann, wenn die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt mit einer Sicherheitsverwahrung angeordnet und vorweg vollstreckt wird. Gerade hier kann die Absolvierung einer erfolgreichen Entziehungskur die Grundlagen für eine Aussetzung der Vollstreckung der Sicherungsverwahrung zur Bewährung schaffen oder die Chancen für eine Resozialisierung in der Sicherheitsverwahrung erhöhen⁴⁸⁸.

Eine häufig entgegen gebrachte Argumentation, dass man dann keine Vollzugslockerungen in der Entziehungsanstalt durchführen kann, ist hier nachrangig.⁴⁸⁹

Bei Mischfällen⁴⁹⁰ sind hinsichtlich der Erledigung der Sicherungsverwahrung oder der Aussetzung ihrer Vollstreckung zur Bewährung die Regeln gem. §§67c Abs. 1, 67e Abs. 1, 67d Abs. 2 StGB gültig. Dabei besteht für die Strafvollstreckungskammern die Pflicht die Erledigung und Aussetzung von Amts wegen zu prüfen. Im Fall des ungeprüften Verstreichens eines Termins führt dies zu einer Erledigung oder Aussetzung⁴⁹¹. Im anderen Fall erledigt sich der Vollzug der Sicherheitsverwahrung dann, wenn der Hang soweit gebessert ist, dass auch bei erwartbaren hangbedingten Straftaten die Schwere deutlich geringer ist und eine Anordnung der Sicherheitsverwahrung damit nicht mehr zu begründen ist⁴⁹². Analoges gilt grundsätzlich auch für

⁴⁸⁵ vgl. BGH, Urt. v. 19.7.2005 - 4 StR 184/05 - NStZ 2005, 337; BGH, Beschl. v. 5.9.2008 - 2 StR 265/08; BGH, Beschl. v. 1.2.2011 - 3 StR 439/10 betr. Möglichkeiten der Ausgestaltung der Führungsaufsicht "elektronische Fußfessel" nach § 68b Abs. 1 Nr. 12 StGB; vgl. hierzu auch BGH, Beschl. v. 28.3.2012 - 2 StR 614/11; Fischer StGB 55. Aufl. § 66 Rdn. 36

⁴⁸⁶ vgl. BGB NStZ 2005, 211; BGH, Beschl. v. 1.2.2011 - 3 StR 439/10

⁴⁸⁷ vgl. BGH, Urt. v. 19.7.2005 - 4 StR 184/05 - NStZ 2005, 337:

⁴⁸⁸ BGH, Beschl. v. 15.1.2015 - 5 StR 473/14; BGH, Beschl. v. 16.2.2016 - 1 StR 624/15

⁴⁸⁹ BGH, Beschl. v. 27.7.1999 - 4 StR 328/99; BGH, Beschl. v. 16.2.2016 - 1 StR 624/15

⁴⁹⁰ Eingrenzung dieses Begriffs vgl. OLG Karlsruhe NStZ 2011, 581; OLG München, Beschl. v. 24.10.2011 - 1 Ws 868-869/11; OLG Hamburg, Beschl. v. 17.11.2011 - 2 Ws 85/11 Rn. 109 ff.

⁴⁹¹ BGH, Beschl. v. 25.4.2012 - 5 StR 451/11

⁴⁹² BVerfGE 128, 326

die anderen Maßregeln. Dahingehend führte das initiale Urteil zu der späteren Bewertung des Falles⁴⁹³.

O. A. hat im Rahmen eine Drogenintoxikation auf einer autobahnähnlich ausgebauten Bundesstraße in Unterfranken einen schweren Autounfall verursacht, bei dem zwei Personen in ihrem Personenkraftwagen verbrannt sind. Neben einer Maßregel gem. §64 StGB wurde eine zeitliche Freiheitsstrafe von fünf Jahren verhängt, die vorweg vollzogen wurde. Nach zwei Jahren stand die Vollstreckung der Maßregel an. Der Pat. zeigte im Gutachten belastbare Gründe auf, die die Maßregel entbehrlich erscheinen ließ.

§ 67c StGB Späterer Beginn der Unterbringung⁴⁹⁴

(1) Wird eine Freiheitsstrafe vor einer wegen derselben Tat oder Taten angeordneten Unterbringung vollzogen und ergibt die vor dem Ende des Vollzugs der Strafe erforderliche Prüfung, dass

1. der Zweck der Maßregel die Unterbringung nicht mehr erfordert oder
2. die Unterbringung in der Sicherungsverwahrung unverhältnismäßig wäre, weil dem Täter bei einer Gesamtbetrachtung des Vollzugsverlaufs ausreichende Betreuung im Sinne des § 66c Absatz 2 in Verbindung mit § 66c Absatz 1 Nummer 1 nicht angeboten worden ist,

setzt das Gericht die Vollstreckung der Unterbringung zur Bewährung aus; mit der Aussetzung tritt Führungsaufsicht ein. 2Der Prüfung nach Satz 1 Nummer 1 bedarf es nicht, wenn die Unterbringung in der Sicherungsverwahrung im ersten Rechtszug weniger als ein Jahr vor dem Ende des Vollzugs der Strafe angeordnet worden ist.

(2) Hat der Vollzug der Unterbringung drei Jahre nach Rechtskraft ihrer Anordnung noch nicht begonnen und liegt ein Fall des Absatzes 1 oder des § 67b nicht vor, so darf die Unterbringung nur noch vollzogen werden, wenn das Gericht es anordnet. In die Frist wird die Zeit nicht eingerechnet, in welcher der Täter auf behördliche Anordnung in einer Anstalt verwahrt worden ist. Das Gericht ordnet den Vollzug an, wenn der Zweck der Maßregel die Unterbringung noch erfordert. Ist der Zweck der Maßregel nicht erreicht, rechtfertigen aber besondere Umstände die Erwartung, daß er auch durch die Aussetzung

⁴⁹³ BGH, Beschl. v. 25.4.2012 - 5 StR 451/11

⁴⁹⁴ Fassung aufgrund des Gesetzes zur bundesrechtlichen Umsetzung des Abstandsgebotes im Recht der Sicherungsverwahrung vom 05.12.2012 (BGBl. I S. 2425), in Kraft getreten am 01.06.2013

erreicht werden kann, so setzt das Gericht die Vollstreckung der Unterbringung zur Bewährung aus; mit der Aussetzung tritt Führungsaufsicht ein. Ist der Zweck der Maßregel erreicht, so erklärt das Gericht sie für erledigt.

§ 67 d StGB (nach der Revision 2016)

Es gibt folgende Regeln für die Überprüfung des Weiterbestandes der Maßregeln (§63, 64 StGB):

Die Gesamtdauer der Maßregel gem. § 64 StGB beträgt maximal 2 Jahre, wobei in halbjährigen Abständen die Fortdauer und damit der Fortbestand der Unterbringung überprüft werden.

Die Gesamtdauer der Unterbringung in einer psychiatrischen Anstalt gem. § 63 StGB ist grundsätzlich unbefristet. Dabei erfolgen jährliche gutachtengestützte Überprüfungen. Im Rahmen dessen kann die Maßregel entweder überprüft oder zur Bewährung ausgesetzt werden. Eine Aussetzung zur Bewährung erfordert die Erwartbarkeit, dass „(...) keine erheblichen rechtswidrigen Taten mehr begehen wird“. Dies fordert eine Verhältnismäßigkeitsentscheidung zwischen der Wahrscheinlichkeit, des bedrohten Rechtsgutes und des Eingriffes in die Freiheitsrechte.

Eine Reihe von Änderungen des § 67 d Abs. 2 S. 1 StGB folgten längst dominierende Rechtsmeinungen. Dabei entsprachen diese der inhärenten Logik des Verhältnismäßigkeitsgrundsatz, der sich schon in den Begrifflichkeiten der „erhebliche rechtswidrige Taten“ findet. Bereits die Anordnung der Maßregel fordert dieses und die Logik gilt damit auch für die Fortdauer der Unterbringung.⁴⁹⁵ Auch die Anordnung der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt bedingt die Erheblichkeit der Gefahr und der Taten (§ 63 Abs.1 StGB). Daraus leitet sich auch das Vermeiden von unverhältnismäßigen Freiheitsentziehungen (Übermaßverbot) bei den Unterbringungen gemäß § 63 StGB ab. Dies garantiert der § 67 d Abs. 6 StGB. Damit erhielt die Neuregelung der Vorbeugung vor unverhältnismäßigen Freiheitsentziehungen eine Schlüsselrolle (hier auch wörtlich zu nehmen) für viele Betroffene. Im Grunde folgt dies einem richtigen Ansatz, jedoch hat man die weitere Konsequenz der absoluten Befristung der Maßregel (insbesondere beim § 63 StGB) nicht umgesetzt. Damit hätte man die Therapie in der Maßregel betont und verhindert, dass sie ein Haftersatz ist⁴⁹⁶. Die Befristung ist derzeit relativ, wenn man „in der Regel“ so versteht und ermöglicht eine Vielzahl an Ausnahmen.

⁴⁹⁵ Pollähne, in: NK-StGB, 4. Aufl. (2013), § 67 d Rn. 16 m.w.N.

⁴⁹⁶ Stübner, S. (2015) 13-61.

Nach sechs Jahren Unterbringung fordert die Verhältnismäßigkeit, will man die Unterbringung fortauern lassen, dass der Untergebrachte „aufgrund seines **Zustandes**“ erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird, oder die Opfer „seelisch oder körperlich schwer geschädigt werden oder in die Gefahr einer schweren körperlichen oder seelischen Schädigung gebracht werden.“ 2013 hat man in einem Eckpunktepapier eine Vier- und Achtjahresregelung gefordert um der Verhältnismäßigkeit Rechnung zu tragen.

Aktuell wird die Regel aus dem § 67 d Abs. 3 S. 1 StGB nach zehn Jahren angewendet. Die Maßregel endet dann, wenn nicht mehr die Gefahr erheblicher rechtswidriger Taten durch den Untergebrachten drohen, bei denen die „Opfer seelisch oder körperlich schwer geschädigt werden“. Damit kehrt sich dann die Beweislast um.

Da bei der Anordnung einer Maßregel nach § 63 StGB regelhaft eine De- oder Exkulpierung zu Grunde liegt, ist ein Vorwegvollzug der Freiheitsstrafe schon alleine deswegen unwahrscheinlich. Dabei sind Strafen und Maßregeln aus einem Verfahren anrechenbar, womit die Strafe und die Maßregel vikariieren. Im Falle einer Dekulpierung (§ 21 StGB) einer Maßregel nach § 63 StGB, kann bei der Erledigung im Rahmen des § 67 Abs. 4 StGB ein Strafdrittel übrigbleiben. Wenn dieses im Umfang zu lange ausfällt kann die Reststrafe gemäß § 57 Abs. 1 StGB nicht zur Bewährung ausgesetzt werden. Damit drohen dem Betroffenen durch die Anwendung des § 67 d Abs. 6 StGB eine Härte, die nur noch im Rahmen des Erlasses auf dem Gnadeweg zu vermeiden ist. Damit stellt sich die Frage der Verhältnismäßigkeit.

§ 67d Dauer der Unterbringung

(1) Die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt darf zwei Jahre nicht übersteigen. Die Frist läuft vom Beginn der Unterbringung an. 3 Wird vor einer Freiheitsstrafe eine daneben angeordnete freiheitsentziehende Maßregel vollzogen, so verlängert sich die Höchstfrist um die Dauer der Freiheitsstrafe, soweit die Zeit des Vollzugs der Maßregel auf die Strafe angerechnet wird.

(2) Ist keine Höchstfrist vorgesehen oder ist die Frist noch nicht abgelaufen, so setzt das Gericht die weitere Vollstreckung der Unterbringung zur Bewährung aus, wenn zu erwarten ist, daß der Untergebrachte außerhalb des Maßregelvollzugs keine erheblichen rechtswidrigen Taten mehr begehen wird. Gleiches gilt, wenn das Gericht nach Beginn der Vollstreckung der Unterbringung in der Sicherungsverwahrung feststellt, dass die weitere Vollstreckung unverhältnismäßig wäre, weil dem Untergebrachten nicht spätestens bis zum Ablauf einer vom Gericht bestimmten Frist von höchstens sechs Monaten ausreichende Betreuung im Sinne des § 66c Absatz 1 Nummer 1 angeboten worden ist. Eine solche Frist hat das Gericht, wenn keine ausreichende Betreuung angeboten wird, unter Angabe der anzubietenden Maßnahmen bei der Prüfung der Aussetzung der Vollstreckung festzusetzen. Mit der Aussetzung nach Satz 1 oder 2 tritt Führungsaufsicht ein.

(3) Sind zehn Jahre der Unterbringung in der Sicherungsverwahrung vollzogen worden, so erklärt das Gericht die Maßregel für erledigt, wenn nicht die Gefahr besteht, daß der Untergebrachte erhebliche Straftaten begehen wird, durch welche die Opfer seelisch oder körperlich schwer geschädigt werden. Mit der Entlassung aus dem Vollzug der Unterbringung tritt Führungsaufsicht ein.

(4) Ist die Höchstfrist abgelaufen, so wird der Untergebrachte entlassen. Die Maßregel ist damit erledigt. Mit der Entlassung aus dem Vollzug der Unterbringung tritt Führungsaufsicht ein.

(5) Das Gericht erklärt die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt für erledigt, wenn die Voraussetzungen des § 64 Satz 2 nicht mehr vorliegen. Mit der Entlassung aus dem Vollzug der Unterbringung tritt Führungsaufsicht ein.

(6) Stellt das Gericht nach Beginn der Vollstreckung der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus fest, dass die Voraussetzungen der Maßregel nicht mehr vorliegen oder die weitere Vollstreckung der Maßregel unverhältnismäßig wäre, so erklärt es sie für erledigt. Dauert die Unterbringung sechs Jahre, ist ihre Fortdauer in der Regel nicht mehr verhältnismäßig, wenn nicht die Gefahr besteht, dass der Untergebrachte infolge seines Zustandes erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird, durch welche die Opfer seelisch oder körperlich schwer geschädigt werden oder in die Gefahr einer schweren körperlichen oder seelischen Schädigung gebracht werden. Sind zehn Jahre der Unterbringung vollzogen, gilt Absatz 3 Satz 1 entsprechend. Mit der Entlassung aus dem Vollzug der Unterbringung tritt Führungsaufsicht ein. Das Gericht ordnet den Nichteintritt der Führungsaufsicht an, wenn zu erwarten ist, dass der Betroffene auch ohne sie keine Straftaten mehr begehen wird.

Überprüfung der Unterbringung gem. § 67c

Das Gericht bestimmt jedoch, dass die Strafe oder ein Teil der Strafe vor der Maßregel zu vollziehen ist, wenn der Zweck der Maßregel dadurch leichter erreicht wird. Bei Anordnung der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt neben einer **zeitlichen Freiheitsstrafe von über drei Jahren** soll das Gericht bestimmen, dass **ein Teil der Strafe vor der Maßregel zu vollziehen ist**. Dieser Teil der Strafe ist so zu bemessen, dass nach seiner Vollziehung und einer anschließenden Unterbringung eine Entscheidung nach Absatz 5 Satz 1 möglich ist. Das Gericht soll ferner bestimmen, dass die Strafe vor der Maßregel zu vollziehen ist, wenn die verurteilte Person vollziehbar zur Ausreise verpflichtet und zu erwarten ist, dass ihr Aufenthalt im räumlichen Geltungsbereich dieses Gesetzes während oder unmittelbar nach Verbüßung der Strafe beendet wird.

§ 67e Überprüfung⁴⁹⁷

(1) Das Gericht kann jederzeit prüfen, ob die weitere Vollstreckung der Unterbringung zur Bewährung auszusetzen oder für erledigt zu erklären ist. Es muß dies vor Ablauf bestimmter Fristen prüfen.

(2) Die Fristen betragen bei der Unterbringung

in einer Entziehungsanstalt sechs Monate,

in einem psychiatrischen Krankenhaus ein Jahr,

in der Sicherungsverwahrung ein Jahr,

nach dem Vollzug von zehn Jahren der Unterbringung neun Monate.

(3) Das Gericht kann die Fristen kürzen. Es kann im Rahmen der gesetzlichen Prüfungsfristen auch Fristen festsetzen, vor deren Ablauf ein Antrag auf Prüfung unzulässig ist.

(4) Die Fristen laufen vom Beginn der Unterbringung an. Lehnt das Gericht die Aussetzung oder Erledigungserklärung ab, so beginnen die Fristen mit der Entscheidung von neuem.

Das vikariierende Prinzip im § 67 Abs. 2 dient der Zweckmäßigkeit und soll verhindern, dass bei einem automatisierten Vorwegvollzug der Maßregel im Einzelfall der Erfolg durch den Justizvollzug nihilisiert wird. Ziel ist zudem, dass der Betroffene bei einem erfolgreichen Maßregelverlaufs am Ende dieser entlassen werden kann (§ 64 StGB, Abs. 5). Damit ergibt sich, dass das „Bemessen“ der Maßregel dazu führt, dass der psychiatrische Sachverständige vor Gericht nach der Dauer der Maßregel befragt wird. Diese Prognose artet in der Regel als Spekulation mit der Glaskugel aus.

Die Entscheidung nach § 67e Abs. 3 ist ein Tribut an die bei Suchtkrankheiten oft spekulative Prognose. Dies verhindert, dass dauerhaft wenig themotivierte In-sassen die Behandlungen der anderen Patienten verhindern. Die frühere Maßgabe, dass diese Zeit dann verloren war, ist indes nicht zu halten, so dass der vierte Absatz die Anrechenbarkeit der Maßregel auf die Strafe beinhaltet und dies auch nach dem sechsten Absatz auf Strafen aus anderen Verfahren.

⁴⁹⁷ Fassung aufgrund des Gesetzes zur bundesrechtlichen Umsetzung des Abstandsgebotes im Recht der Sicherungsverwahrung vom 05.12.2012 (BGBl. I S. 2425), in Kraft getreten am 01.06.2013, eine Gesetzesbegründung ist verfügbar.

Das Problem der Beendigung der Maßregel (nach §§ 63,64 StGB)

Im Fall einer Beendigung oder Aussetzung der Maßregeln tritt diese mit dem Zeitpunkt ein, an dem sie ausgesprochen ist. Dies kann für eine Reihe der Betroffenen dazu führen, dass sie ohne Bleibe oder gar ohne Möglichkeiten mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu ihrem späteren Lebensmittelpunkt zu kommen, entlassen werden. Es gibt hierzu Regelungen der Bundesländer, die diese Situation fürsorglich regeln und die Möglichkeiten eines kurzen freiwilligen Verbleibs zubilligen.

Art. 36 BayMRVG: Freiwilliger Verbleib nach Beendigung der Unterbringung

¹Aus fürsorglichen Gründen und auf Kosten der Maßregelvollzugseinrichtung kann der untergebrachten Person auf schriftlichen unwiderruflichen Antrag der freiwillige Verbleib in der Maßregelvollzugseinrichtung

1. bis zum Vormittag des zweiten auf den Eingang der Entlassungsanordnung folgenden Werktags oder
2. bis zum Vormittag des auf den Ablauf der Unterbringungsfrist folgenden Werktags

gestattet werden. ²Die untergebrachte Person ist auf die Möglichkeit der Antragstellung hinzuweisen.

§ 67 f StGB Mehrfache Anordnung der Maßregel

Wenn eine Unterbringungsanordnung geboten ist, so kann nicht deshalb davon abgesehen werden, weil eine noch unvollstreckte frühere Maßregel besteht. Sie regelt, dass mit der aktuellen Anordnung die frühere erledigt ist.⁴⁹⁸ Wenn allerdings die aktuelle Tat vor der Anlasstat der früher angeordneten Maßregel ge-

⁴⁹⁸ vgl. BGH NSiZ 1992, 432; Beschl. v. 17.7.1997 - 4 StR 314/97; BGH, Beschl. v. 13.3.2002 - 1 StR 47/02; Tröndle/Fischer StGB 50. Aufl. § 64 Rdn. 15, § 67f Rdn. 1 m. w. N.

schehen ist, tritt dies nicht ein. Hier hat die nachträgliche Gesamtstrafenbildung Vorrang vor der Rechtsprechung des § 67f StGB.⁴⁹⁹ Der § 55 StGB Abs. 2 StGB hatte in einem Fall Vorrang vor dem § 67f StGB.⁵⁰⁰

§ 67 f StGB: Mehrfache Anordnung der Maßregel

Ordnet das Gericht die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt an, so ist eine frühere Anordnung der Maßregel erledigt.

§ 67 g StGB: Widerruf der Aussetzung

Wird ein Angeklagter zu einer Bewährungsstrafe verurteilt, neben der seine Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus angeordnet und zur Bewährung ausgesetzt wurde, und wird die Bewährungsstrafe erlassen, tritt damit gemäß § 67g Abs. 5 i.V.m. § 68g Abs. 3 Satz 1 StGB auch die Erledigung der ausgesetzten Maßregel ein.⁵⁰¹

§ 67g Widerruf der Aussetzung⁵⁰²

(1) Das Gericht widerruft die Aussetzung einer Unterbringung, wenn die verurteilte Person

1. während der Dauer der Führungsaufsicht eine rechtswidrige Tat begeht,
2. gegen Weisungen nach § 68b gröblich oder beharrlich verstößt oder
3. sich der Aufsicht und Leitung der Bewährungshelferin oder des Bewährungshelfers oder der Aufsichtsstelle beharrlich entzieht und sich daraus ergibt, dass der Zweck der Maßregel ihre Unterbringung erfordert. Satz 1 Nr. 1 gilt entsprechend, wenn der Widerrufsgrund zwischen der Entscheidung über die Aussetzung und dem Beginn der Führungsaufsicht (§ 68c Abs. 4) entstanden ist.

⁴⁹⁹ BGH, Urt. v. 10.12.1981 – 4 StR 622/81 - BGHSt 30, 305; BGH Beschl. v. 8.11.1991 - 2 StR 401/91; BGHR StGB § 55 Abs. 2 Aufrechterhalten 9; § 64 Anordnung 4; BGH, Urt. v. 11.9.1997 – 4 StR 287/97 - NSiZ 1998, 97; BGH Beschl. v. 22.7.2005 - 2 StR 258/05; BGH NSiZ 2009, 565; BGH, Beschl. v. 31.5.2011 - 3 StR 132/11; BGH, Beschl. v. 27.9.2016 - 5 StR 417/16

⁵⁰⁰ BGH, Urt. v. 10.12.1981 – 4 StR 622/81 - BGHSt 30, 305; BGH, Urt. v. 11.9.1997 – 4 StR 287/97 - NSiZ 1998, 97; BGH, Beschl. v. 27.9.2016 - 5 StR 417/16

⁵⁰¹ vgl. BGH, Beschl. v. 9.4.2013 - 5 StR 120/13

⁵⁰² Fassung aufgrund des Gesetzes zur Reform der Führungsaufsicht und zur Änderung der Vorschriften über die nachträgliche Sicherungsverwahrung vom 13.04.2007

(2) Das Gericht widerruft die Aussetzung einer Unterbringung nach den §§ 63 und 64 auch dann, wenn sich während der Dauer der Führungsaufsicht ergibt, dass von der verurteilten Person infolge ihres Zustands rechtswidrige Taten zu erwarten sind und deshalb der Zweck der Maßregel ihre Unterbringung erfordert.

(3) Das Gericht widerruft die Aussetzung ferner, wenn Umstände, die ihm während der Dauer der Führungsaufsicht bekannt werden und zur Versagung der Aussetzung geführt hätten, zeigen, daß der Zweck der Maßregel die Unterbringung der verurteilten Person erfordert.

(4) Die Dauer der Unterbringung vor und nach dem Widerruf darf insgesamt die gesetzliche Höchstfrist der Maßregel nicht übersteigen.

(5) Widerruft das Gericht die Aussetzung der Unterbringung nicht, so ist die Maßregel mit dem Ende der Führungsaufsicht erledigt.

(6) Leistungen, die die verurteilte Person zur Erfüllung von Weisungen erbracht hat, werden nicht erstattet.

§ 67 h StGB: Befristete Wiederinvolzugsetzung, Krisenintervention

Der § **67 h StGB** ermöglicht es, die Unterbringung für maximal sechs Monate wieder in den Vollzug zu setzen. Dies kann – je nach Landesrecht – auch zur Krisenintervention erfolgen. Damit sollen Rückfälle in die Delinquenz verhindert werden. Dabei können forensische, psychiatrische, psychotherapeutische, allgemeinärztliche, pflegerische, sozialarbeiterische und insbesondere auch aufsuchende Inhalte erfolgen. Diese Mitarbeiter müssen fachlich qualifiziert sein und forensische Erfahrungen, sowie Flexibilität, Engagement, selbständiges Handeln und lebenspraktisches Denken besitzen.

Damit bewegt sich die forensisch-psychiatrische Nachsorge zwischen Hilfe und Kontrolle. Es muss stets das aktuelle Risiko eingeschätzt und das Risikomanagement angepasst werden. Daneben müssen unterstützende, grenzensetzende, assertive Interventionen eingesetzt und ggf. auch das Gericht eingeschaltet werden.

Forensische Ambulanzen halten Sprechstunden, Einzel- und Gruppenpsychotherapien, Hausbesuche, Arbeitsplatzbetreuungen, medikamentöse Behandlung inkl. Drug-Monitoring, soziomilieutherapeutische Aktivitäten, regelmäßige Abstinenzkontrollen sowie telefonische Beratung und Hilfestellung vor. Diese geben Wissen (z.B. im Rahmen von Helferkonferenzen) weiter und koordinieren die Hilfen. Weiterhin wird das Hilfesystem mit Werkstätten, Heimeinrichtungen, Tagesstätten oder

des Betreuten Wohnens, von Psychotherapeuten, Nervenärzten, gesetzlichen Betreuern, Partnern, Familienangehörigen und Freunden sowie der Bewährungshelfer auf die Bedürfnisse der Betroffenen abgestimmt.⁵⁰³

§ 67h Befristete Wiederinvollzugsetzung; Krisenintervention⁵⁰⁴

(1) Während der Dauer der Führungsaufsicht kann das Gericht die ausgesetzte Unterbringung nach § 63 oder § 64 für eine Dauer von höchstens drei Monaten wieder in Vollzug setzen, wenn eine akute Verschlechterung des Zustands der aus der Unterbringung entlassenen Person oder ein Rückfall in ihr Suchtverhalten eingetreten ist und die Maßnahme erforderlich ist, um einen Widerruf nach § 67g zu vermeiden. Unter den Voraussetzungen des Satzes 1 kann es die Maßnahme erneut anordnen oder ihre Dauer verlängern; die Dauer der Maßnahme darf insgesamt sechs Monate nicht überschreiten. § 67g Abs. 4 gilt entsprechend.

(2) Das Gericht hebt die Maßnahme vor Ablauf der nach Absatz 1 gesetzten Frist auf, wenn ihr Zweck erreicht ist.

Die externe Begutachtung bei der Vollstreckung des § 63 StGB nach (§ 463 Abs. 4 StPO)

Die externe Begutachtung wurde zuletzt deutlich aufgewertet, indem diese Gutachten nach drei (anstelle früher nach fünf) Jahren und „ab einer Dauer der Unterbringung von sechs Jahren [sogar] nach jeweils zwei Jahren“ einzuholen sind. Dabei sind die Gutachter zu wechseln (darf nicht das Vorgutachten erstellt haben).⁵⁰⁵ Dennoch können sich hier auch Tendenzen einstellen. Schließlich fokussieren diese auch auf Vorgutachten und auf die Stellungnahmen der Maßregelkliniken, deren Verlaufseinträge in das Gutachten mit eingehen (§ 463 Abs. 4 S. 3 StPO). Eine Garantie für eine Unverhältnismäßigkeit entsteht daraus auch nicht.⁵⁰⁶

⁵⁰³ Freese R (2003) Ambulante Versorgung psychisch kranker Straftäter. Pabst, Lengerich; Seifert D, Schiffer B, Leygraf N (2003) Plädoyer für die forensische Nachsorge/ Ergebnisse einer Evaluation forensischer Ambulanzen im Rheinland. PsychiatrPrax 30 (5): 235–241

⁵⁰⁴ Vorschrift eingefügt durch das Gesetz zur Reform der Führungsaufsicht und zur Änderung der Vorschriften über die nachträgliche Sicherungsverwahrung vom 13.04.2007

⁵⁰⁵ Pollähne (2010), Rn. F 142 ff.

⁵⁰⁶ Pollähne, (2010), Rn. F 142 ff.; Neuhäus, in: Grundrechte-Report, S. 205: „Kosmetik“; Claus, jurisPR-StrafR 6/2016 Anm. 1 C, erwartet insoweit die „weitaus größten Auswirkungen ... für die Arbeit der StVK“ und eine „stärkere Belastung für die Gerichte – und den Justizfiskus“ (vgl. auch BT-Drs. 18/7244, S. 45, 47).

Es ist auch vorstellbar, dass es Einzelfälle gibt, bei denen der Vorgutachter im Sinne der Betroffeneninteressen neuerlich benannt wird. Analog kann dies auch für den Erstgutachter gelten, der im Vollzugsverfahren nicht mehr beauftragt werden soll. Dabei hätte dieser den Vorteil die Entwicklungsergebnisse besser einzuschätzen als neuerliche Gutachter.

Ein schwer lösbares Ziel ist die Beauftragung von „ärztlichen oder psychologischen Sachverständigen (...), die über forensisch-psychiatrische Sachkunde und Erfahrung verfügen“ (§ 463 Abs. 4 S. 5 StPO). Dabei bleibt offen, wie diese nachweisbar ist. Gerade die klinischen Erfahrungen werden bei Berufsgutachtern, die jahrzehntlang nicht mehr in der Klinik praktizieren, in Frage gestellt.⁵⁰⁷ Im Grunde sichert die Begutachtung die Verhältnismäßigkeit. Die Frage der Qualifikation und Erfahrung von Gutachtern regeln im ärztlichen Bereich die Ärztekammern (als Schwerpunktbezeichnung) und die Fachverbände (Zertifikat: „forensische Psychiatrie“). Die freie Beweiswürdigung und die Entscheidung über die Qualität der einzelnen Gutachterperson verbleiben damit jedoch beim Gericht. [26] Dabei ist folgendes zu empfehlen:

- Handelt es sich um einen in der Klinik arbeitenden Psychiater und Psychotherapeuten? Gutachter in freier Praxis, die ausschließlich Gutachten anfertigen, haben den Vorteil der geschliffenen und gerichtsmündenden Formulierungen. Diese entstehen durch die permanenten Kontakte zu den Gerichten. Das praktische und hier vor allem klinische Wissen verblasst mit dem Abstand zur Klinik. Nach vier oder fünf Jahren verlieren sich mit jedem Jahr potentiell die Kenntnisgrundlagen. Mancher Gutachter, der über zehn Jahre nur noch Gutachten anfertigt, bewegt sich auf einem Kenntniskorrelat eines zwei Jahre in der Ausbildung befindlichen Weiterbildungsassistenten. Durch die permanente Beschäftigung mit kriminellen Verhalten verschieben sich die Justierpunkte und die Begutachteten werden unter der Rubrik „gefährlich“ und „kriminell“ gesehen. Die zugrunde liegende Störung wird weniger in der relativen Gefahr sondern im Vergleich aller kriminellen Personen justiert. Dies führt zu einer Mehrung falsch positiver Einschätzungen. Die Gutachter agieren somit vor allem vom Schreibtisch aus, wenn sie über Diagnosen, Prognosen und Behandlungsaussichten philosophieren.⁵⁰⁸ Dieser Aspekt ist auch bei Gutachtern zu sehen, die durchgehend seit Jahren in der Forensischen

⁵⁰⁷ Stübner (2015), S. 13- 20;
Pollähne/Lange-Joest (Hg.), Achtung: Begutachtung! Sachverständige in Justiz und Gesellschaft: Erwartung und Verantwortung, 2016 (in Vorb.).

⁵⁰⁸ Saimeh, in: Pollähne/Lange-Joest, Achtung: Begutachtung!

Psychiatrie arbeiten, wobei diese zumindest in der klinischen Tätigkeit weiter expertiert bleiben. Der Vorteil für den Juristen besteht darin, dass die Terminologie sich den Gerichtsgepflogenheiten annähert (insbesondere bei Haus- und Hofgutachtern) und die Gutachtensinhalte primär sich an die Urteilstendenzen einer Kammer annähern.

- Besitzt dieser eine Schwerpunktbezeichnung „Forensische Psychiatrie“? Diese Zertifikate werden nach einem dreijährigen postgraduierten Weiterbildungsgang und nach einer erfolgreich absolvierten Prüfung vergeben. Dabei werden Erfahrungen in forensischer Begutachtung und den entsprechenden Fragestellungen vorausgesetzt und abgeprüft.
- Besteht ein Zertifikat des Fachverbandes DGPPN? Dieses Zertifikat gilt für einen Zeitraum von fünf Jahren. Beim Erstzertifikat werden willkürlich ausgewählte Gutachten aus einer Mindestzahl nachzuweisenden Anzahl an Gutachten aus verschiedenen Rechtsgebieten bewertet. In den Folgezertifikaten haben die Überprüften eine regelmäßige theoretische Fortbildungsaktivität nachzuweisen.

Dahingehend wird man geneigt sein, klinisch aktive und erfahrene Gutachter mit den oben benannten Zertifikaten als Gutachter zu empfehlen. Davon gibt es jedoch nur wenige und diese sind meist durch ihre Klinikpflichten nur zeitweilig für Gutachten frei. Daher können sie nur eine begrenzte Zahl an Gutachten übernehmen.

Beim Einsatz von psychologischen Gutachtern benötigen diese nicht nur eine „forensisch-psychiatrische Sachkunde und Erfahrung“, sondern sollten unbedingt auch klinische Erfahrung mitbringen. Bei den ärztlichen Gutachtern muss eine „forensisch-psychologische“ Sachkunde vorliegen. Dies geht über eine einfache psychologische oder ärztliche aber auch über eine kriminologische oder alleineige forensisch psychiatrische Qualifikation hinaus⁵⁰⁹. Für die Einholung eines Gutachters „soll“ (ist) ein Verteidiger zugeordnet werden (§ 463 Abs. 4 S. 8 StPO)⁵¹⁰. Kritik gibt es zudem fehlenden aufschiebenden Wirkung einer staatsanwaltlichen Beschwerde gegen eines Strafvollstreckungskammer (§§ 454 Abs. 3 S. 2 sowie 462 Abs. 3 S. 2 StPO). Im Fall des § 307 Abs 2 StPO kann das Gericht eine Aussetzung der Entscheidung bestimmen⁵¹¹.

⁵⁰⁹ Brettel (2016), S. 67 ff., vgl. auch LG Marburg, StraFo 2015, 429

⁵¹⁰ Pollähne Helmut in {Feest 2012 #5} § 454 Rn. 6 ff. und § 463 Rn. 5, 7.

⁵¹¹ Vgl. Kritik: Pollähne (2015), S. 198 f

Aufsichtsstelle, Bewährungshilfe, forensische Ambulanz, gemäß § 68a

Der § 68 StGB regelt das Verhältnis von Gericht, Führungsaufsichtsstelle und Bewährungshilfe sowie der forensischen Ambulanz. Dies umfasst beispielsweise die Einbindung der Patienten in je nach Bundesland unterschiedlich geregelte polizeiliche Rückfallpräventionsprogramme für spezielle Tätergruppen:

- Konzeption zum Umgang mit rückfallgefährdeten Sexualstraf Tätern [KURS]
- Zentralstelle zur Überwachung rückfallgefährdeter Sexualstraf Täter [ZÜRS]
- Haftentlassenen Auskunftsdatei Sexualstraf Täter [HEADS]

§ 68 StGB Voraussetzungen der Führungsaufsicht⁵¹²

(1) Hat jemand wegen einer Straftat, bei der das Gesetz Führungsaufsicht besonders vorsieht, eine zeitige Freiheitsstrafe von mindestens sechs Monaten verurteilt, so kann das Gericht neben der Strafe Führungsaufsicht anordnen, wenn die Gefahr besteht, daß er weitere Straftaten begehen wird.

(2) Die Vorschriften über die Führungsaufsicht kraft Gesetzes (§§ 67b, 67c, 67d Abs. 2 bis 6 und § 68f) bleiben unberührt

§ 68a StGB Aufsichtsstelle, Bewährungshilfe, forensische Ambulanz

(1) Die verurteilte Person untersteht einer Aufsichtsstelle; das Gericht bestellt ihr für die Dauer der Führungsaufsicht eine Bewährungshelferin oder einen Bewährungshelfer.

(2) Die Bewährungshelferin oder der Bewährungshelfer und die Aufsichtsstelle stehen im Einvernehmen miteinander der verurteilten Person helfend und betreuend zur Seite.

(3) Die Aufsichtsstelle überwacht im Einvernehmen mit dem Gericht und mit Unterstützung der Bewährungshelferin oder des Bewährungshelfers das Verhalten der verurteilten Person und die Erfüllung der Weisungen.

(4) Besteht zwischen der Aufsichtsstelle und der Bewährungshelferin oder dem Bewährungshelfer in Fragen, welche die Hilfe für die verurteilte Person und ihre Betreuung betreffen, kein Einvernehmen, entscheidet das Gericht.

(5) Das Gericht kann der Aufsichtsstelle und der Bewährungshelferin oder dem Bewährungshelfer für ihre Tätigkeit Anweisungen erteilen.

(6) Vor Stellung eines Antrags nach § 145a Satz 2 hört die Aufsichtsstelle die Bewährungshelferin oder den Bewährungshelfer; Absatz 4 ist nicht anzuwenden.

⁵¹² Fassung aufgrund des Gesetzes zur Reform der Führungsaufsicht und zur Änderung der Vorschriften über die nachträgliche Sicherungsverwahrung vom 13.04.2007

(7) Wird eine Weisung nach § 68b Abs. 2 Satz 2 und 3 erteilt, steht im Einvernehmen mit den in Absatz 2 Genannten auch die forensische Ambulanz der verurteilten Person helfend und betreuend zur Seite. Im Übrigen gelten die Absätze 3 und 6, soweit sie die Stellung der Bewährungshelferin oder des Bewährungshelfers betreffen, auch für die forensische Ambulanz.

(8) Die in Absatz 1 Genannten und die in § 203 Absatz 1 Nummer 1, 2 und 6 genannten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der forensischen Ambulanz haben fremde Geheimnisse, die ihnen im Rahmen des durch § 203 geschützten Verhältnisses anvertraut oder sonst bekannt geworden sind, einander zu offenbaren, soweit dies notwendig ist, um der verurteilten Person zu helfen, nicht wieder straffällig zu werden. Darüber hinaus haben die in § 203 Abs. 1 Nr. 1, 2 und 5 genannten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der forensischen Ambulanz solche Geheimnisse gegenüber der Aufsichtsstelle und dem Gericht zu offenbaren, soweit aus ihrer Sicht

1. dies notwendig ist, um zu überwachen, ob die verurteilte Person einer Vorstellungsweisung nach § 68b Abs. 1 Satz 1 Nr. 11 nachkommt oder im Rahmen einer Weisung nach § 68b Abs. 2 Satz 2 und 3 an einer Behandlung teilnimmt,

2. das Verhalten oder der Zustand der verurteilten Person Maßnahmen nach § 67g, § 67h oder § 68c Abs. 2 oder Abs. 3 erforderlich erscheinen lässt oder

3. dies zur Abwehr einer erheblichen gegenwärtigen Gefahr für das Leben, die körperliche Unversehrtheit, die persönliche Freiheit oder die sexuelle Selbstbestimmung Dritter erforderlich ist.

In den Fällen der Sätze 1 und 2 Nr. 2 und 3 dürfen Tatsachen im Sinne von § 203 Abs. 1, die von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der forensischen Ambulanz offenbart wurden, nur zu den dort genannten Zwecken verwendet werden.

Im § 68b Abs. 1 StGB ist ein Katalog von Weisungen hinterlegt, ein Verstoß gegen diese ist strafbar.

§ 68b Abs. 2 StGB beschreibt Weisungen, die nur mit Einwilligung des Patienten erteilt werden dürfen; dazu gehört insbesondere die zentrale Weisung, sich ärztlich und psychotherapeutisch behandeln und medizieren zu lassen. Hier kann die Weisung zurück genommen werden, ohne dass dies zu rechtlichen Folgen führt.

§ 68b Weisungen

(1) Das Gericht kann die verurteilte Person für die Dauer der Führungsaufsicht oder für eine kürzere Zeit anweisen,

1. den Wohn- oder Aufenthaltsort oder einen bestimmten Bereich nicht ohne Erlaubnis der Aufsichtsstelle zu verlassen,

2. sich nicht an bestimmten Orten aufzuhalten, die ihr Gelegenheit oder Anreiz zu weiteren Straftaten bieten können,
 3. zu der verletzten Person oder bestimmten Personen oder Personen einer bestimmten Gruppe, die ihr Gelegenheit oder Anreiz zu weiteren Straftaten bieten können, keinen Kontakt aufzunehmen, mit ihnen nicht zu verkehren, sie nicht zu beschäftigen, auszubilden oder zu beherbergen,
 4. bestimmte Tätigkeiten nicht auszuüben, die sie nach den Umständen zu Straftaten missbrauchen kann,
 5. bestimmte Gegenstände, die ihr Gelegenheit oder Anreiz zu weiteren Straftaten bieten können, nicht zu besitzen, bei sich zu führen oder verwahren zu lassen,
 6. Kraftfahrzeuge oder bestimmte Arten von Kraftfahrzeugen oder von anderen Fahrzeugen nicht zu halten oder zu führen, die sie nach den Umständen zu Straftaten missbrauchen kann,
 7. sich zu bestimmten Zeiten bei der Aufsichtsstelle, einer bestimmten Dienststelle oder der Bewährungshelferin oder dem Bewährungshelfer zu melden,
 8. jeden Wechsel der Wohnung oder des Arbeitsplatzes unverzüglich der Aufsichtsstelle zu melden,
 9. sich im Fall der Erwerbslosigkeit bei der zuständigen Agentur für Arbeit oder einer anderen zur Arbeitsvermittlung zugelassenen Stelle zu melden,
 10. keine alkoholischen Getränke oder andere berauschende Mittel zu sich zu nehmen, wenn aufgrund bestimmter Tatsachen Gründe für die Annahme bestehen, dass der Konsum solcher Mittel zur Begehung weiterer Straftaten beitragen wird, und sich Alkohol- oder Suchtmittelkontrollen zu unterziehen, die nicht mit einem körperlichen Eingriff verbunden sind,
 11. sich zu bestimmten Zeiten oder in bestimmten Abständen bei einer Ärztin oder einem Arzt, einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten oder einer forensischen Ambulanz vorzustellen oder
 12. die für eine elektronische Überwachung ihres Aufenthaltsortes erforderlichen technischen Mittel ständig in betriebsbereitem Zustand bei sich zu führen und deren Funktionsfähigkeit nicht zu beeinträchtigen.
- Das Gericht hat in seiner Weisung das verbotene oder verlangte Verhalten genau zu bestimmen. Eine Weisung nach Satz 1 Nummer 12 ist, unbeschadet des Satzes 5, nur zulässig, wenn

1. die Führungsaufsicht auf Grund der vollständigen Vollstreckung einer Freiheitsstrafe oder Gesamtfreiheitsstrafe von mindestens drei Jahren oder auf Grund einer erledigten Maßregel eingetreten ist,

2. die Freiheitsstrafe oder Gesamtfreiheitsstrafe oder die Unterbringung wegen einer oder mehrerer Straftaten der in § 66 Absatz 3 Satz 1 genannten Art verhängt oder angeordnet wurde,

3. die Gefahr besteht, dass die verurteilte Person weitere Straftaten der in § 66 Absatz 3 Satz 1 genannten Art begehen wird, und

4. die Weisung erforderlich erscheint, um die verurteilte Person durch die Möglichkeit der Datenverwendung nach § 463a Absatz 4 Satz 2 der Strafprozessordnung, insbesondere durch die Überwachung der Erfüllung einer nach Satz 1 Nummer 1 oder 2 auferlegten Weisung, von der Begehung weiterer Straftaten der in § 66 Absatz 3 Satz 1 genannten Art abzuhalten.

Die Voraussetzungen von Satz 3 Nummer 1 in Verbindung mit Nummer 2 liegen unabhängig davon vor, ob die dort genannte Führungsaufsicht nach § 68e Absatz 1 Satz 1 beendet ist. Abweichend von Satz 3 Nummer 1 genügt eine Freiheits- oder Gesamtfreiheitsstrafe von zwei Jahren, wenn diese wegen einer oder mehrerer Straftaten verhängt worden ist, die unter den Ersten oder Siebenten Abschnitt des Besonderen Teils fallen; zu den in Satz 3 Nummer 2 bis 4 genannten Straftaten gehört auch eine Straftat nach § 129a Absatz 5 Satz 2, auch in Verbindung mit § 129b Absatz 1.

(2) Das Gericht kann der verurteilten Person für die Dauer der Führungsaufsicht oder für eine kürzere Zeit weitere Weisungen erteilen, insbesondere solche, die sich auf Ausbildung, Arbeit, Freizeit, die Ordnung der wirtschaftlichen Verhältnisse oder die Erfüllung von Unterhaltungspflichten beziehen. Das Gericht kann die verurteilte Person insbesondere anweisen, sich psychiatrisch, psycho- oder sozialtherapeutisch betreuen und behandeln zu lassen (Therapieweisung). Die Betreuung und Behandlung kann durch eine forensische Ambulanz erfolgen. 4§ 56c Abs. 3 gilt entsprechend, auch für die Weisung, sich Alkohol- oder Suchtmittelkontrollen zu unterziehen, die mit körperlichen Eingriffen verbunden sind.

(3) Bei den Weisungen dürfen an die Lebensführung der verurteilten Person keine unzumutbaren Anforderungen gestellt werden.

(4) Wenn mit Eintritt der Führungsaufsicht eine bereits bestehende Führungsaufsicht nach § 68e Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 endet, muss das Gericht auch die Weisungen in seine Entscheidung einbeziehen, die im Rahmen der früheren Führungsaufsicht erteilt worden sind.

(5) Soweit die Betreuung der verurteilten Person in den Fällen des Absatzes 1 Nr. 11 oder ihre Behandlung in den Fällen des Absatzes 2 nicht durch eine forensische Ambulanz erfolgt, gilt § 68a Abs. 8 entsprechend.

Durchführung der Behandlung in der Maßregel

Die Verhältnismäßigkeit der Unterbringung wird nur durch das Sicherungsbefürfnis der Allgemeinheit gerechtfertigt. Die Unterbringung nach §63 StGB ist „ein Sonderopfer im Interesse der Allgemeinheit“⁵¹³:

- Die zugrunde liegende Störung oder Erkrankung muss schicksalhaft sein.
- Wichtig ist, dass „die aus ihr abzuleitende Gefährlichkeit kein vom Unterbrachten beherrschbares Persönlichkeitsmerkmal ist“.
- Die Resozialisierung ist ein Gebot aus der grundgesetzlichen Pflicht zur Achtung der Menschenwürde, dem Sozialstaatsprinzip und dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit.
- Der Staat ist verpflichtet „im Vollzug von Anfang an geeignete Konzepte bereitzustellen, um die Gefährlichkeit des Unterbrachten für die Allgemeinheit nach Möglichkeit zu beseitigen und ihn auf ein Leben in Freiheit vorzubereiten“, und „den Maßregelvollzug wegen des damit verbundenen Sonderopfers in besonderer Weise freiheitsorientiert und therapiegerichtet anzulegen“.
- Weiterhin muss der Staat, die Allgemeinheit vor weiteren Straftaten schützen.
- Der Behandlungsrahmen muss therapeutisch klar auf die Ziele einer Verringerung der Rückfallgefahr, der Entlassung in die Freiheit als realistische Möglichkeit und der Verringerung der Dauer der Freiheitsentziehung auf das unbedingt erforderliche Maß ausgerichtet sein.
- Es müssen ausreichende Personalkapazitäten vorhanden sein.
- Belastungen, die über die unabdingbare Einschränkung von Freiheiten hinausgehen, müssen vermieden werden.

⁵¹³ 2 BvR 2258/09: Beschluss vom 27.03.2012

- Gefordert wird eine Behandlungsuntersuchung (Eingangsdiagnostik), die unverzüglich, umfassend sowie entsprechend moderner wissenschaftlicher Anforderungen durchzuführen ist.
- Grundlage ist die Entwicklung eines individuell auf die untergebrachte Person zugeschnittener Behandlungsplan, der regelmäßig fortgeschrieben wird. In diesem müssen Maßnahmen beschrieben werden, wie Motivation und Mitarbeit des Untergebrachten gezielt gefördert, Risikofaktoren verringert und schützende Faktoren gestärkt werden.
- Die Maßnahmen zur Erprobung in Vollzugslockerungen sowie zur Entlassungsvorbereitung und ein Übergangmanagement durch Verzahnung der planmäßigen internen und externen Hilfen in staatlicher und freier Trägerschaft (z.B. forensische Ambulanzen, betreutes Wohnen, beschütztes Arbeiten) sind für die Phase nach der Entlassung vorzu sehen und zunehmend zu konkretisieren.
- Die Klinik ist dazu angehalten, für eine zügige, konsequente und intensive Umsetzung des Behandlungsplans durch ein multidisziplinäres Team und qualifizierte Fachkräfte zu sorgen.
- Wenn standardisierte Therapiemethoden keine Wirkung zeigen, müssen individuell zugeschnittene Therapieangebote entwickelt werden; Aufwand und Kosten dürfen insoweit keine Rolle spielen.
- Aspekte wie das Selbstbestimmungsrecht und der „Freiheit zur Krankheit“ sind zu achten.

Hier stützt sich das BVerfG auf sein Grundsatzurteil zur Ausgestaltung der Sicherungsverwahrung vom 04.05.2012.⁵¹⁴

Für die Therapeuten gibt es einen Konflikt, da man zeitgleich die Verantwortung für den individuellen Patienten und für die Sicherheitsinteressen der Gesellschaft übernehmen muss. Die daraus begründete therapeutische und präventive Doppelrolle bedarf im therapeutischen Kontext einer Reflexion, da auf der einen Seite das besondere zwischen Patient und Behandler die therapeutische Beziehung bestimmt, auf der anderen Seite sind die gesellschaftlichen Ansprüche zu respektieren. Diese Spannung begleitet auch Aspekte wie die Selbstbestimmung des Patienten, der Fürsorge, Gleichheit und Gerechtigkeit sowie des Keinen-Schaden- Zufügens. Diese Spannungsfeld reduziert sich durch die Muster-Berufsordnung der Bundesärztekammer

⁵¹⁴ die aus ihr abzuleitende Gefährlichkeit kein vom Untergebrachten beherrschbares Persönlichkeitsmerkmal ist“

(MBO-Ä) nicht: „Ärztinnen und Ärzte dienen der Gesundheit des einzelnen Menschen und der Bevölkerung“. Ärzte orientieren sich am Wohl der Patienten, Interessen Dritter sind nicht über die der Patienten zu stellen; es ihnen verboten, „das Interesse Dritter über das Wohl der Patientinnen und Patienten [zu] stellen“⁵¹⁵. Verboten ist Ärzten zudem „Weisungen von Nichtärzten entgegennehmen“.⁵¹⁶ In der Deklaration von Genf (Weltärztebund) heißt es: „The health of my patient will be my first consideration“.⁵¹⁷ Ähnliches wird auch in der Berufsordnung der Psychotherapeuten formuliert.⁵¹⁸ Hier ergibt sich ein Spannungsfeld zwischen den Berufsordnungen und den staatlichen Vorgaben im Maßregelvollzug. Hier müssen sich die Entscheidungen auch an den Straf- und Vollzugsgesetzen orientieren. Auch durch das Gleichbehandlungsgebot in den Berufsordnungen ergibt sich ein Spannungsfeld, da Patienten unabhängig von Alter, Geschlecht, Erkrankung, sozialer Stellung etc. grundsätzlich gleich zu behandeln sind.⁵¹⁹ Damit müssten Patienten unabhängig davon, ob sie sich in freiwilliger Behandlung befinden oder strafrechtlich untergebracht sind, gleich behandelt werden. Dieser Spannungsrahmen muss in einen Einklang gebracht werden. Hier sind Kompromisse unumgänglich, dabei ist das Ziel zu setzen, dass durchgehend nach dem kleinsten möglichen Eingriff in die Individualrechte des Einzelnen gesucht werden muss. Dabei muss immer Transparenz über die Offenbarungspflichten zum Patienten hin geschaffen werden. Kein Aspekt darf durch ökonomische Interessen entstehen.

Folgende Grundregeln in der Maßregel sind zu beachten:

- Die Diagnose und Behandlung haben sich an den Grundlagen forensischer Psychiatrie und Psychotherapie zu orientieren. Dies betrifft folgende Aspekte:
 - Transparenz, Ehrlichkeit, Fairness,
 - Vermittlung von Hausordnung (Grenzen des Umgangs miteinander)
 - Transparenz und Folgen bei den Einhaltung von Regeln
- Behandlungskonzepte

⁵¹⁵ § 2 II MBO-Ä

⁵¹⁶ § 2 IV MBO-Ä

⁵¹⁷ WMA Declaration of Geneva, Preamble; www.aapl.org/ethics.htm

⁵¹⁸ § 3 IV MBO-PP/KJP

⁵¹⁹ vgl. Gelöbnis MBO-Ä, § 3 III MBO-PP/KJP; Rahmenberufsordnung Deutscher Pflegerat 2004

- Es sind für alle eingewiesenen Patientengruppen Behandlungsmodelle vorzuhalten.

Sicherheitsorientierte Stufenmodelle erkennt man schon äußerlich an den baulichen Sicherheitsstandards. Diese reichen vom Hochsicherheitsbereich bis zum „offenen“ Vollzug. Weniger offensichtlich sind die unterschiedlichen Behandlungsbedürfnisse. Dies beginnt mit der Diagnostik, Therapieplanung, Behandlung, Rehabilitation, Reintegration, Entlassung und ambulanter Nachsorge. Daneben werden sehr unterschiedliche Krankheitsbilder betreut, hier ist auch den fachlichen Milieus und Therapieprogrammen Rechnung zu tragen.⁵²⁰ Je nach Krankheitsgruppe unterscheiden sich die Milieus der Behandlung. Üblich ist die Trennung von § 63 StGB und § 64 StGB. Die Trennung oder Separierung nach Geschlecht ist im Einzelnen zweckmäßig (derzeit 8-10 % der Maßregelpatienten sind Frauen).

Es gibt vereinzelt Patienten, bei denen mit der Anordnung der Maßregel diese zur Bewährung ausgesetzt werden kann (§67b StGB). Beispielsweise kann dies nach einer Unterbringung gemäß § 126a Strafprozessordnung (StPO) erfolgen. Dergleichen erfolgt nicht selten bei phasisch verlaufenden bipolaren oder affektiven Psychose.

Bei anderen Patienten bedarf es jahrelanger Behandlungen und eine Gruppe wird die Therapieziele nie erreichen lassen. Damit muss eine hohe Sicherung vor allem dort eingesetzt werden, wo keine Lockerung durchgeführt werden kann.

Maßregelbehandlung wird heute als Kontinuität von stationärer bis zur ambulanten Behandlung gesehen.⁵²¹ Auch ambulante Modelle sind heute eine Normalität. Dabei werden auch Formen der ambulanten stationsersetzenden Maßnahmen zukünftig überlegt werden. Zentrale Bedeutung haben hier die Risikoeinschätzungen, die dann entscheiden, ob eine ambulante, aufsuchende oder andere Form der Behandlung erfolgt. Dazu bedarf es eines Klinischen Case-Managements.

Personelle Ausstattung in der Maßregel

Die Behandlungsqualität in der Psychiatrie und Psychotherapie ist eng an eine ausreichend qualifizierte Personalstruktur gebunden.

- Die Qualifikation muss über die die ärztlich-therapeutischen Fähigkeiten auch fundiertes Wissen zu den juristischen Grundlagen und Deeskalation aufweisen. (Qualifikation der DGPPN „Forensische Psychiatrie“ und den Schwerpunkt der Landesärztekammern „Forensische Psychiatrie“, für

⁵²⁰ Müller-Isberner (1994) S.170–172

⁵²¹ Müller-Isberner R (1996), S. 81–86

Psychologen, „Fachpsychologen für Rechtspsychologie“, Zusatzqualifikation der Pflegekräfte „Forensische Psychiatrie und Psychotherapie“ oder „Maßregelvollzug“.

- Die Weiterbildung ist kontinuierlich fortzusetzen.
- Es bedarf einer Weiterbildung und einer Fall- und/ oder Teamsupervision.

Hier zeigt sich auch ein aktuelles Problem vieler Maßregelkliniken. Es fehlt an forensisch qualifizierten Fachärzten und psychologischen Psychotherapeuten. Dabei werden die Kennwerte, die verschiedene Bundesländer vorgeben, nur noch mit Schwierigkeiten erreicht.

| | Vollkraftstellen pro 100 Patienten ⁵²² |
|---|---|
| Ärzte | 7,6 |
| Psychologen | 5,8 |
| Sozialarbeiter | 4,5 |
| Sport- und Physiotherapeuten | 1,2 |
| Lehrer | 1,75 |
| Ergotherapeuten | 8,5 |
| Pflegepersonal nach Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV) Forensik 85% der Mitarbeiter des Pflegedienstes sollten eine dreijährige Ausbildung abgeschlossen haben, davon mindestens 65% im Bereich Kranken- oder Gesundheitspflege. | 1:1 |
| Organisationspersonal (Sekretariate, Verwaltung, Küche usw.) | |

Hier kann man die Anhaltszahlen mit denen des Europäischen Gerichtshofs vergleichen:

⁵²² Müller-Isberner R (1994) S. 166–171

Sozialministerium Baden-Württemberg (1991)

| | |
|---|---|
| Europäische Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR) Bergmann v. Deutschland, Urteil vom 07.01.2016 – 23279/14 | Vollkraftstellen pro 30 Patienten ⁵²³ |
| Ärzte/Psychiater | 1 |
| Psychologen | 4 |
| Sozialarbeiter | 5 |
| Sport- und Physiotherapeuten | |
| Lehrer | |
| Ergotherapeuten | |
| Pflegepersonal nach Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV) Forensik | |
| allgemeinen Vollzugsdienstes | 25 |

Dabei ist einzubeziehen, dass Sicherheitsverwahrte seltener, als Patienten in einer Maßregelklinik einer akuten psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Krisenintervention bedürfen. Im Tagdienst gilt es, eine Alltagsstruktur und ein therapeutisches Milieu zu gestalten.

Die Räumlichkeiten müssen sich an den Versorgungsmöglichkeiten der allgemeinen Psychiatrie orientieren. Dabei muss zusätzlich ein wesentlich höherer und abgestufter Sicherheitsstandard implementiert werden. In der Regel wird man Wohngruppen oder Stationen organisieren. Die Gebäudestruktur muss nach innen den Sicherheitsinteressen auch der Mitarbeiter dienen. Dies umfasst diverse Notrufsysteme, gesicherte Beschäftigungs-, Sport- und Freizeitmöglichkeiten. Die Einheitsgröße für die Behandlung wird sich zwischen 12 und 20 Betten bewegen. Dazu gehören besonders gesicherte Kriseninterventionsräume und Außenbereiche. Es sind Vorkehrungen vor Suiziden zu gewährleisten. Die Unterbringung erfolgt in Ein- oder Zweibettzimmer (Trend geht zugunsten von Einbettzimmern). Mobiliar ist regelmäßig zu erneuern. In jedem Fall muss man in der Behandlung Wertschätzung vermitteln.

Unterkunftsqualität

Analog des § 66 c StGB hat auch der Maßregelvollzug nach den §§ 63/64 StGB die Grundlage der Menschenwürde, der UN Konventionen zur Verhinderung

⁵²³ Müller-Isberner R (1994):166–171
Sozialministerium Baden-Württemberg (1991)

von Folter und Menschenrechte sowie die Behindertenkonvention zu berücksichtigen. Dabei folgen Überlegungen der Zimmerbelegung auch pragmatischen Überlegungen. Einerseits haben diese die Unversehrtheit der einzelnen Insassen zu garantieren, andererseits auch einem Sicherheitsinteresse und der Deeskalation zu garantieren. Nicht zuletzt müssen auch die Therapievoraussetzungen abgesichert werden.

Grundrechte wie die Freiheitsrechte, die Möglichkeiten sich zu informieren, Post zu senden und zu empfangen, Kontakte zu Menschen außerhalb der Einrichtung zu pflegen, Internetzugang u.v.a. sind nur dann einzuschränken, wenn eine Gefahr davon ausgeht. Jede Einschränkung ist gesondert zu begründen.

Diese Rechte umfassen vor allem auch die Freiheit der Religionsausübung.

Damit ist auch eine Hausordnung legitim, da diese den Ausgleich der Rechte aller Insassen sicher stellt und austariert.

§ 66c StGB - Ausgestaltung der Unterbringung in der Sicherungsverwahrung und des vorhergehenden Strafvollzugs

1) Die Unterbringung in der Sicherungsverwahrung erfolgt in Einrichtungen, die

1. dem Unterbrachten auf der Grundlage einer umfassenden Behandlungsuntersuchung und eines regelmäßig fortzuschreibenden Vollzugsplans eine Betreuung anbieten,

- a) die individuell und intensiv sowie geeignet ist, seine Mitwirkungsbereitschaft zu wecken und zu fördern, insbesondere eine psychiatrische, psycho- oder sozialtherapeutische Behandlung, die auf den Unterbrachten zugeschnitten ist, soweit standardisierte Angebote nicht Erfolg versprechend sind, und
- b) die zum Ziel hat, seine Gefährlichkeit für die Allgemeinheit so zu mindern, dass die Vollstreckung der Maßregel möglichst bald zur Bewährung ausgesetzt oder sie für erledigt erklärt werden kann,

3. eine Unterbringung gewährleisten,

- a) die den Unterbrachten so wenig wie möglich belastet, den Erfordernissen der Betreuung im Sinne von Nummer 1 entspricht und, soweit Sicherheitsbelange nicht entgegenstehen, den allgemeinen Lebensverhältnissen angepasst ist, und
- b) die vom Strafvollzug getrennt in besonderen Gebäuden oder Abteilungen erfolgt, sofern nicht die Behandlung im Sinne von Nummer 1 ausnahmsweise etwas anderes erfordert, und

4. zur Erreichung des in Nummer 1 Buchstabe b genannten Ziels

- a) vollzugsöffnende Maßnahmen gewähren und Entlassungsvorbereitungen treffen, soweit nicht zwingende Gründe entgegenstehen, insbesondere konkrete Anhaltspunkte die Gefahr begründen, der Untergebrachte werde sich dem Vollzug der Sicherungsverwahrung entziehen oder die Maßnahmen zur Begehung erheblicher Straftaten missbrauchen, sowie
- b) in enger Zusammenarbeit mit staatlichen oder freien Trägern eine nachsorgende Betreuung in Freiheit ermöglichen.

(2) Hat das Gericht die Unterbringung in der Sicherungsverwahrung im Urteil (§ 66), nach Vorbehalt (§ 66a Absatz 3) oder nachträglich (§ 66b) angeordnet oder sich eine solche Anordnung im Urteil vorbehalten (§ 66a Absatz 1 und 2), ist dem Täter schon im Strafvollzug eine Betreuung im Sinne von Absatz 1 Nummer 1, insbesondere eine sozialtherapeutische Behandlung, anzubieten mit dem Ziel, die Vollstreckung der Unterbringung (§ 67c Absatz 1 Satz 1 Nummer 1) oder deren Anordnung (§ 66a Absatz 3) möglichst entbehrlich zu machen.

Art. 8 BayMRVG Zimmerbelegung

Der untergebrachten Person soll ein Einzel- oder Zweibettzimmer zugewiesen werden. Eine Zimmerbelegung mit mehr als vier Personen ist nicht zulässig. 3Männern und Frauen sind getrennte Zimmer zuzuweisen.

Art. 9 Persönlicher Besitz und Ausstattung des Unterbringungsraums

(1) Die untergebrachte Person darf eigene Kleidung und Wäsche tragen, soweit sie für Reinigung, Instandsetzung und regelmäßigen Wechsel sorgt.

(2) Die untergebrachte Person darf ihren Unterbringungsraum in angemessenem Umfang mit eigenen Sachen ausstatten. Gegenstände, die die Ziele der Unterbringung, die Sicherheit oder das geordnete Zusammenleben in der Vollzugseinrichtung oder die Übersichtlichkeit des Unterbringungsraums gefährden, können ausgeschlossen werden.

(3) Ausgeschlossene Gegenstände werden auf Kosten der untergebrachten Person aufbewahrt oder an eine von ihr benannte Person übergeben oder versandt; andernfalls werden sie auf Kosten der untergebrachten Person aus der Maßregelvollzugseinrichtung entfernt.

(4) Der Besitz von Bild-, Ton- und Datenträgern kann davon abhängig gemacht werden, dass die untergebrachte Person deren Überprüfung zustimmt.

(5) Die untergebrachte Person darf Presseerzeugnisse in angemessenem Umfang durch Vermittlung der Maßregelvollzugseinrichtung beziehen, sofern diese nicht geeignet sind, die Ziele der Unterbringung zu gefährden.

Art. 10 Arbeit, Beschäftigung, Bildung

(1) Die Maßregelvollzugseinrichtung soll der untergebrachten Person eine Arbeit oder Beschäftigung zuweisen und sie dazu anhalten, in Abhängigkeit von deren Gesundheitszustand an Arbeits- und Beschäftigungsangeboten teilzunehmen. 2Dabei sind deren Fähigkeiten, Fertigkeiten und Neigungen zu berücksichtigen.

(2) Geeigneten untergebrachten Personen kann Gelegenheit zur schulischen Bildung, Berufsausbildung, beruflichen Weiterbildung oder Teilnahme an anderen aus- oder weiterbildenden Maßnahmen gegeben werden.

(3) Maßnahmen nach Abs. 1 und 2 können bei entsprechender Lockerung des Vollzugs (Art. 16 bis 18) in Betrieben geeigneter privater Unternehmen oder sonstigen Einrichtungen außerhalb der Maßregelvollzugseinrichtung durchgeführt werden.

(4) Die Maßregelvollzugseinrichtung soll die untergebrachte Person dazu anhalten, freiwillig an Deutsch- bzw. Integrationsunterricht entsprechend Art. 40 Abs. 2 und 3 BayStVollzG teilzunehmen, wenn dies den Zwecken des Maßregelvollzugs nicht widerspricht und ihr mit vertretbarem Aufwand ermöglicht werden kann.

Art. 11 BayMRVG Freizeitgestaltung

(1) Die untergebrachte Person erhält Gelegenheit und Anregungen, ihre Freizeit sinnvoll zu gestalten. 2Freizeitangebote und tagesstrukturierende Maßnahmen sind innerhalb der Maßregelvollzugseinrichtung zu gewährleisten.

(2) Der untergebrachten Person ist täglich mindestens eine Stunde Aufenthalt im Freien zu ermöglichen.

(3) Beschränkungen bei der Freizeitgestaltung sind nur zulässig, wenn andernfalls die Ziele der Unterbringung, die Sicherheit oder das geordnete Zusammenleben in der Maßregelvollzugseinrichtung gefährdet würden oder der Aufwand für Sicherung und Kontrolle unverhältnismäßig hoch wäre.

Art. 12 BayMRVG Besuch

(1) Die untergebrachte Person darf regelmäßig Besuch empfangen. Die Besuchszeit beträgt mindestens eine Stunde in der Woche.

(2) Aus Gründen der Sicherheit oder des geordneten Zusammenlebens in der Maßregelvollzugseinrichtung sowie zur Sicherung der Ziele der Unterbringung können Besuche

1. untersagt werden,

2. davon abhängig gemacht werden, dass sich die Besucher durchsuchen oder mit technischen Mitteln oder sonstigen Hilfsmitteln auf verbotene Gegenstände absuchen lassen, oder
3. überwacht werden.
- (3) Eine Überwachung und Aufzeichnung der Besuche mit technischen Mitteln ist zulässig, wenn die Besucher und die untergebrachte Person vor dem Besuch darauf hingewiesen werden. Die Aufzeichnungen sind spätestens mit Ablauf eines Monats zu löschen.
- (4) Die Unterhaltung darf nur überwacht werden, soweit dies im Einzelfall aus den in Abs. 2 genannten Gründen erforderlich ist. Eine Aufzeichnung der Unterhaltung ist nicht zulässig.
- (5) Ein Besuch darf abgebrochen werden, wenn Besucher oder die untergebrachte Person gegen die Vorschriften dieses Gesetzes oder die auf Grund dieses Gesetzes getroffenen Anordnungen trotz Abmahnung verstoßen. 2Die Abmahnung unterbleibt, wenn es unerlässlich ist, den Besuch sofort abzubrechen.
- (6) Gegenstände dürfen beim Besuch nur mit Erlaubnis übergeben werden.

Art. 13 BayMRVG Außenkontakte

Für den Schriftverkehr, den Empfang und die Absendung von Paketen, Telefongespräche sowie andere Formen der Telekommunikation gelten Art. 25 bis 31 des Bayerischen Sicherungsverwahrungsvollzugsgesetzes (BaySvVollzG) entsprechend mit der Maßgabe, dass dadurch die Ziele der Unterbringung, die Sicherheit oder das geordnete Zusammenleben in der Maßregelvollzugseinrichtung nicht gefährdet werden. Für Außenkontakte und Besuche mit bestimmten Personen gilt Art. 32 BaySvVollzG entsprechend. Für die beim Besuch vom Verteidiger oder von der Verteidigerin übergebenen Schriftstücke und sonstigen Unterlagen sowie den Schriftverkehr der untergebrachten Person mit ihrem Verteidiger oder ihrer Verteidigerin gelten Art. 32 Abs. 3 und 4 BaySvVollzG entsprechend mit der Maßgabe, dass bei erheblichem Verdacht auf Missbrauch des Schriftwechsels

1. ein Schreiben angehalten und auf unerlaubte Einlagen untersucht werden kann,
2. bei fehlender Absenderangabe zur Feststellung, ob Verteidigerpost vorliegt, die Identität des Absenders anhand der äußeren Umstände des Schreibens überprüft werden kann, soweit mildere Mittel nicht in Betracht kommen,
3. Schriftstücke und sonstige Unterlagen, die beim Besuch übergeben werden sollen, zur Behandlung nach Nr. 1 auf Verlangen an die Beschäftigten der Maßregelvollzugseinrichtung herauszugeben sind.

4. Bei Maßnahmen nach Satz 3 darf vom Inhalt des Schreibens keine Kenntnis genommen werden, es sei denn, die äußeren Umstände ergeben, dass keine Verteidigerpost vorliegt.

Art. 14 BayMRVG Recht auf Religionsausübung

(1) Der untergebrachten Person darf religiöse Betreuung durch einen Seelsorger oder eine Seelsorgerin einer Religionsgemeinschaft nicht versagt werden. Auf ihren Wunsch ist ihr zu helfen, mit einem Seelsorger oder einer Seelsorgerin ihrer Religionsgemeinschaft in Verbindung zu treten.

(2) Die untergebrachte Person darf religiöse Schriften besitzen. Gegenstände des religiösen Gebrauchs sind ihr in angemessenem Umfang zu belassen. Beides darf ihr nur bei grobem Missbrauch entzogen werden.

(3) Die untergebrachte Person hat das Recht, innerhalb der Maßregelvollzugseinrichtung an Gottesdiensten und anderen religiösen Veranstaltungen einer Religionsgemeinschaft teilzunehmen.

(4) Die untergebrachte Person kann von der Teilnahme an religiösen Veranstaltungen nur ausgeschlossen werden, wenn andernfalls die Ziele der Unterbringung, die Sicherheit, das geordnete Zusammenleben in der Maßregelvollzugseinrichtung oder das religiöse Empfinden des Seelsorgers oder der Seelsorgerin der Religionsgemeinschaft gefährdet würden.

(5) Für Angehörige weltanschaulicher Bekenntnisse gelten Abs. 1 bis 4 entsprechend.

Art. 15 BayMRVG Hausordnung

(1) Die Maßregelvollzugseinrichtungen erlassen im Benehmen mit dem Bezirk oder von diesem mit dem Vollzug der Unterbringung betrauten Unternehmen (Träger) eine Hausordnung, die die Rechte und Pflichten der untergebrachten Personen näher regelt. Die Hausordnung ist den untergebrachten Personen in geeigneter Weise bekannt zu geben; Art. 4 Abs. 1 Satz 1 bleibt unberührt.

(2) Die Hausordnung hat mindestens Folgendes zu regeln:

1. Einteilung des Tages in Beschäftigungs- und Behandlungszeiten, Freizeit und Ruhezeit,
2. Ausstattung der Zimmer mit persönlichen Gegenständen (Art. 9 Abs. 2),
3. Möglichkeiten der Verwendung und der Verwahrung eigener Sachen (Art. 9 Abs. 2 und 3),
4. Umgang mit den Sachen der Maßregelvollzugseinrichtung,

5. Maßnahmen zur Freizeitgestaltung (Art. 11),
6. Besuchszeiten sowie Häufigkeit und Dauer von Besuchen (Art. 12),
7. Außenkontakte (Art. 13),
8. Verfügung über Gelder (Art. 31),
9. Nutzung von elektronischen Geräten,
10. Zulässigkeit des Rauchens,
11. Einschluss.

Dokumentationsprinzipien

Zur Dokumentation und zum Inhaltsverzeichnis der Krankenakte (zur schnelleren Orientierung des Juristen) wird angegeben, dass diese im Rahmen der Patientenrechte nicht nur dem Juristen offen steht, sondern im Rahmen der Patientenrechte auch diesen (§ 630c ff BGB).

| Thema | Inhalt |
|--|--|
| Deckblatt für einen kurzen und schnellen Überblick | <ul style="list-style-type: none"> • Name, Geburtsdatum, Geburtsort und -land, Aktenzeichen der Justizbehörden (ggf. aktualisiert), • Personenbeschreibung, • Überhaftnotierungen • Unterbringungsdelikte • Diagnosen • Lockerungsstand • Bezugspersonen mit Adressen und Telefonnummern • Gefährdete Personen mit Adressen und Telefonnummern, Fahndungsbogen |
| Juristische Grundlage der Unterbringung | <ul style="list-style-type: none"> • Unterbringung • Urteil, andere Grundlagen der Unterbringung, z.B. einstweilige Unterbringung, Sicherungshaftbefehl, • Krisenintervention Aufnahmehersuchen, • Auszug aus dem Bundeszentralregister • Anordnungen der Gerichte (z.B. Kontaktverbote) • Juristische Vorgeschichte, Gerichtsentscheidungen aller Art, Widerrufsbeschlüsse Weisungsänderungen |

| Thema | Inhalt |
|--|--|
| Juristische Verlaufsdokumentation | <ul style="list-style-type: none"> • Gutachterliche Stellungnahmen (z.B. Fortdauer, Erledigung), Beschlüsse zur Fortdauer der Unterbringung |
| Gutachten | <ul style="list-style-type: none"> • Eingangsgutachten • Prognosegutachten • Lockerungsgutachten |
| Psychiatrische Vorgeschichte | <ul style="list-style-type: none"> • Gutachten aus früheren Verfahren, Gutachten zur Einrichtung oder Fortführung einer Betreuung • Frühere Arzt- und Entlassungsberichte • Epikrisen • Auszüge aus früheren Krankenakten, Berichte aus Heimen, von Jugendämtern etc. |
| Eingangsdagnostik | <ul style="list-style-type: none"> • Medizinische Eingangsuntersuchung und Diagnostik • Psychiatrische und somatische Anamnese • Delinquenzanamnese • Psychologische Testergebnisse • Risikobeurteilung • Pflegediagnosen • Erhebungen des Sozialdienstes • Erhebung des schulischen und beruflichen Ausbildungsstands und der Sprachkompetenzen |
| Behandlungsplanung | <ul style="list-style-type: none"> • Behandlungsplanung unmittelbar nach Aufnahme • Ausführlicher Behandlungsplan • Fortschreibung und Aktualisierung des Behandlungsplans, Krisen- und Notfallpläne, Aufklärungs- und Einwilligungsbögen, ggf. Patientenverfügung |
| Behandlungsverlauf und Verlaufsdagnostik | <ul style="list-style-type: none"> • Verlaufsdagnostik • Kontinuierliche Verlaufsdokumentation (u.a. dynamische Risikofaktoren und Symptombelastung, wichtige Zustandsbeschreibungen, Auffälligkeiten, aktuelle Ereignisse, besondere Vorkommnisse, Inhalte der multiprofessionellen Behandlungsmaßnahmen), Ergebnisse von Lockerungskonferenzen und Lockerungsentscheidungen mit Begründung |

| Thema | Inhalt |
|---|---|
| Somatische Befunde und Verlaufsdokumentation | <ul style="list-style-type: none"> • Verlaufsdocumentation • Medikamentenverordnungen mit Begründung und Aufklärung des Patienten, Drug-Monitoring, Laboruntersuchungen, Röntgen Elektrokardiographie, Computertomographie, Magnetresonanztomographie und weitere Untersuchungen, Konsiliaruntersuchungen und somatische Behandlungen |
| Eingriffe in die Rechte/ besondere Behandlungs- und Sicherungsmaßnahmen | <ul style="list-style-type: none"> • Besondere Behandlungs- und Sicherungsmaßnahmen • Behandlungen ohne Einwilligung, Kurzfristige Lockerungsrücknahmen, Fesselungen, Isolierungen, Fixierungen, Sicherungsmaßnahmen bei Ausführungen |
| Besondere Vorkommnisse | <ul style="list-style-type: none"> • Meldungen von Entweichungen und Zwischenfällen nach Regelungen der Länder- und der Krankenhausträger |
| Weitere Rubriken | <ul style="list-style-type: none"> • Weiterer Schriftwechsel • Beschwerden und Widersprüche • Sozialdienstliche Betreuung (z.B. Geldangelegenheiten, Aufenthaltsrecht), Gesetzliche Betreuung, Fotokopien aktueller und früherer Ermittlungsakten |

Transparenz bedeutet Dokumentation, die somit fachlich und rechtlich zwingend ist. Dies schafft Einblick in die Behandlungsmaßnahmen, Risikoeinschätzungen und Therapieerfolge. Dies entspricht auch dem Patientenrechtegesetz.⁵²⁴ Dazu kommen auch Forderungen des jeweiligen Landesrechts. Der Leiter der Maßregel verantwortet die Dokumentation, dabei dokumentieren die einzelnen Berufsgruppen parallel. Die Patientenakte wird zunehmend elektronisch geführt. Hier ist der Datenschutz usw. zu regeln. Die Behandlungen, Prognosewerkzeuge usw. sind transparent darzulegen. Die Behandlungspläne werden üblicherweise halbjährig in Behandlungsplan-konferenzen überarbeitet. Dabei ist es unerheblich, ob die Behandlung stationär oder ambulant verläuft.

In den Kliniken werden Deeskalationskonzepte vorgehalten. Diese übergreifen Krisen wie Feuer, Geiselnahmen, Ausbrüche und Evakuierung). Dabei sind dafür

⁵²⁴ vgl. auch §630f BGB „Patientenrechtegesetz“

konkrete Verfahrensweisen schriftlich zu hinterlegen. Auch Besucherkontrollen sind hinsichtlich ihrer Verhältnismäßigkeit ihrer Grundrechtseingriffe gestuft darzustellen. Dies umfasst auch das Aufführen sicherheitsrelevanter Gegenstände, Medien usw.. Weiterhin sind Krisenfälle in der Zusammenarbeit mit den Ermittlungsbehörden vorzudenken und zu konzeptieren (z.B. Gefährdung der Öffentlichkeit).

Ein nicht unerhebliches Problem in der Maßregel ist die Öffentlichkeitswirkung. Gerade die Senkung des Rückfallrisikos als Opferschutz ist zu vermitteln. Dies umfasst auch die Beachtung der Schweigepflicht. Dies gilt auch dann, wenn Angriffe von außen erfolgen.

Art. 32 BayMRVG Aktenführung

- (1) Zu jeder untergebrachten Person ist eine Krankenakte zu führen, in der die wesentlichen Entscheidungen und Anordnungen zu vermerken und zu begründen sind. Daten im Sinn von Art. 201 Abs. 1 BayStVollzG sind in einer gesonderten Akte zu führen. Die Akten sind durch die erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen gegen unbefugten Zugang oder Gebrauch zu schützen.
- (2) Erkennungsdienstliche Unterlagen (Art. 28) sind getrennt von den Krankenakten aufzubewahren.
- (3) Die in Abs. 1 und 2 genannten Akten können auch elektronisch geführt werden.

Erkennungsdienstliche Behandlung der Maßregelpatienten

Für die Maßregelpatienten haben die Ländergesetze auch die erkennungsdienstliche Behandlung vorgesehen. Diese Maßnahmen können durchaus unter dem Risikomanagement eingeordnet werden. Dabei dienen die Passbilder vor allem einer möglichen Fahndung im Falle einer Entweichung.

Umgekehrt hat man auch dem Datenschutz zu folgen und der Verhältnismäßigkeit einer Datenspeicherung. Dies findet den Ausdruck in der Forderung nach einer Entlassung des Patienten die Bilddokumente zu seiner Identitätsfeststellung zu löschen.

Art. 28 BayMRVG Erkennungsdienstliche Maßnahmen

¹Zur Sicherung des Vollzugs der Unterbringung, zur Identitätsfeststellung und zur Aufrechterhaltung der Sicherheit oder des geordneten Zusammenlebens in der Maßregelvollzugseinrichtung sind als erkennungsdienstliche Maßnahmen zulässig

1. die Aufnahme von Lichtbildern,
2. die Feststellung äußerlicher körperlicher Merkmale,
3. Messungen,
4. die Erfassung biometrischer Merkmale von Fingern, Händen, Gesicht und Stimme.

²Daten auf Grund einer erkennungsdienstlichen Maßnahme sind auf Antrag der untergebrachten Person nach Beendigung der Unterbringung und einer etwaigen Führungsaufsicht zu vernichten.

Methoden und Prinzipien der Behandlung von Maßregelpatienten

Es gibt je nach Individuum und Krankheitsspezifität unterschiedliche Erwartungen an die Behandlung, dies umfasst auch:⁵²⁵

Die Behandlung im Maßregelvollzug erfolgt auf der Grundlage einer umfassenden, multimodalen und multiprofessionellen Eingangsdiagnostik. Diese muss umgehend beginnen und sollte neben der körperlichen und neurologischen Untersuchung, einer vollständigen Anamneseerhebung einschließlich der forensischen Anamnese, der Erhebung des psychopathologischen Befundes sowie apparativen und psychologischen Zusatzuntersuchungen auch eine erste Risikobeurteilung umfassen. Festgestellte Diagnosen werden nach international gültigen diagnostischen Klassifikationssystemen verschlüsselt.⁵²⁶ Die Risikoerfassung und -beurteilung basiert auf allen verfügbaren Informationen und bezieht die Auswertung der Aktenlage einschließlich der Vorakten (z. B. Schule, Jugendamt, Justizakten, Krankenakten) mit ein. Die Risiko- beurteilung wird auf die üblichen Prognosemethoden (siehe Kapitel Prognose) gestützt.

⁵²⁵ Müller-Isberner (2016), S. 24–29

⁵²⁶ aktuell ICD-10: ICD: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

Zu Beginn der Behandlung steht auch eine umfassende Aufklärung über die Rechte und Pflichten.

Art. 4 BayMRVG Aufnahme

- (1) Die untergebrachte Person ist bei der Aufnahme schriftlich über ihre Rechte und Pflichten während der Unterbringung zu unterrichten; sie hat den Erhalt schriftlich zu bestätigen. Hat die untergebrachte Person einen Vertreter, so ist ihm Gelegenheit zu geben, an der Unterrichtung teilzunehmen. Andere untergebrachte Personen dürfen nicht anwesend sein.
- (2) Die untergebrachte Person ist alsbald ärztlich zu untersuchen.

Es wird eine Delinquenzanamnese, Delikthythese und ein individuelles Risikoprofil erarbeitet.

Behandlungs- und Vollzugsplan

Mit der Aufnahme und unmittelbar der Anamnese folgend wird unter forensischen Gesichtspunkten mit dem Insassen ein Behandlungs- und Vollzugsplan erstellt. Dies ist nicht nur vorgeschrieben, sondern erhöht für beide Seiten der Akteure die Transparenz der Behandlung.

Art. 5 BayMRVG Behandlungs- und Vollzugsplan

- (1) Unter Berücksichtigung aller Umstände, deren Kenntnis für eine planvolle Behandlung der untergebrachten Person erforderlich ist, wird unverzüglich ein Behandlungs- und Vollzugsplan aufgestellt.
- (2) Der Plan ist längstens im Abstand von sechs Monaten der Entwicklung der untergebrachten Person anzupassen. Dabei sind die Möglichkeiten für Lockerungen des Vollzugs, für Beurlaubungen, für eine Aussetzung der Vollstreckung der Unterbringung zur Bewährung und für eine Entlassung zu prüfen. Spätestens wenn abzusehen ist, dass die Vollstreckung zur Bewährung ausgesetzt wird oder dass die untergebrachte Person entlassen wird, sollen in den Behandlungs- und Vollzugsplan auch Angaben über die notwendigen vorbereitenden Maßnahmen aufgenommen werden.
- (3) Der Behandlungs- und Vollzugsplan sowie wesentliche Änderungen sollen mit der untergebrachten Person erörtert werden. Die Erörterung kann unterbleiben, wenn sich dadurch der Gesundheitszustand oder die therapeutische Entwicklung der untergebrachten Person verschlechtern würde. Die Erörterung ist nachzuholen, sobald der Gesundheitszustand dies zulässt. Hat die untergebrachte Person einen Vertreter, so findet die Erörterung auch mit ihm statt.

Behandlungsmethoden

Mit dem Aufnahmetag beginnt die Behandlung. Es wird ein Basisrisiko festgelegt. Dahinter werden die vorliegenden **dynamischen (=veränderbaren) Risikofaktoren** festgelegt. Der Behandlungsplan umfasst die Ziele, Strategien, Taktiken (Zeitliche Reihung) und Techniken (Methoden) des Vorgehens. Dies umfasst auch die Rahmenbedingungen der Behandlung. Die taktische Zielverfolgung wird in Teilziele gegliedert und als Zwischenziele angegeben. Diese fließen in die Behandlungspläne ein, die mit dem Patienten besprochen werden. Dies umfasst auch die Lockerungspläne.

Die Forensischen Rehabilitationsmodelle und Behandlungsprinzipien dienen der Reduktion krimineller Rückfälligkeit und zielen auf ein kriminalitätsfreies Leben in Freiheit.⁵²⁷ Folgende Methoden sind etabliert:

⁵²⁷ Stolpmann G (2016)

RNR-Prinzip⁵²⁸ (*Risk-need-responsivity-Prinzip*): Nach diesem werden im Einzelnen die Interventionen ausgewählt. „**Risk principle**“ (Risikoprinzip) meint, dass man das Rückfallrisiko über valide Methoden (Prognose siehe dort) erhebt. Der Therapieumfang (z.B. erhöhter zeitlicher Aufwand, mehr Therapiemaßnahmen, medikamentöse Behandlung, Sicherung etc.) richtet sich nach dem Risiko aus. „**Need principle**“ (Bedürfnisprinzip) meint, dass man sich im Rahmen der Behandlung nach kriminalpräventiven Interventionen auf die Maßnahmen bezieht, die zwischen niedrigem, mittlerem und hohem Risiko unterschieden. Man richtet sich nach den Merkmalen, die mit dem kriminellen Verhalten in Beziehung stehen („kriminogene Bedürfnisse“ oder „criminogenic needs“). „**Responsivity principle**“ (Ansprechbarkeitsprinzip) meint hier, dass die Behandlungsmethoden dem Lernstil und den Fähigkeiten der Patienten zu entsprechen haben. „**Central eight**“ der Kriminalität sind kriminelle Vorgeschichte, antisoziale Persönlichkeitsmuster, prokriminelle Einstellungen, Unterstützung kriminellen Verhaltens durch das soziale Umfeld, Alkohol- und Drogenmissbrauch, dysfunktionale familiäre/eheliche Beziehungen, Scheitern in Schule/Arbeit und antisoziale Freizeitaktivitäten.⁵²⁹

- Antisoziale Persönlichkeitsmuster (Impulsivität, „sensation- seeking“, Rastlosigkeit, Aggressivität und Irritierbarkeit):
 - Verbesserung von Selbst- und Ärgermanagement
 - Problemlösekompetenz
 - Rechtfertigende Einstellungen zur Kriminalität („prokriminelle Einstellungen“) durch Vermittlung prosozialer Einstellungen und Identität
 - Reduktion der Kontakte zum kriminellen Umfeld, Aufbau prosozialer Kontakte
 - Verlässliche Reduktion von Alkohol- und Drogenkonsum
 - Förderung von Arbeits-/ Lernfähigkeit, interpersoneller Beziehungen, prosozialen Freizeitaktivitäten und ggf. elterlicher Erziehungskompetenz
 - Aussichtsreiche forensische Behandlungsziele ergeben sich nur, wenn sie in einer funktionalen Beziehung zu dem kriminellen Verhalten stehen

⁵²⁸ Andrews DA (2010)

⁵²⁹ Bonta J, (2007)

- Psychosen, Schizophrenien:
 - Reduktion der psychopathologischen Symptome wie einen handlungsleitenden Wahn oder einer Impulskontrollstörung
- forensischen Patienten in der Psychotherapie:
 - Beziehungsbehandlung
 - Aufbau einer therapeutischen Beziehung
 - Optimieren des interpersonellen Einfluß durch Respekt und Akzeptanz
 - Kontingenz-/ Strukturierungsprinzip: interpersoneller Einfluß – prosozial vs. antisozial – durch gezielte Beachtung und Strukturierung der Inhalte, die in der Beziehung verstärkt werden („firm, but fair“; „empathisch, aber direktiv“)
 - Das Grundmodell basiert auf Respekt und Akzeptanz
 - Die individuelle Ansprechbarkeit berücksichtigt individuelle Stärken des Lernstils, die Persönlichkeit, die Motivation und biosoziale Merkmale und allgemeine kognitiv-behaviorale Strategien, die immer an den Einzelfall angepasst werden⁵³⁰.
- GLM⁵³¹ („Goodlivesmodel“): eine zufriedenstellende Lebensführung wirkt sich präventiv auf die zukünftige Straffälligkeit einer Person aus.
 - delinquent gewordene Menschen sollen beim Erreichen einer solchen Lebensführung unterstützt werden
 - Befriedigung sogenannter Grundbedürfnisse (z.B. Wissen, Autonomie, Verbundenheit, Gemeinschaft, Spiritualität etc.)
 - Der Weg dorthin erfolgt individuell
 - Wenn durch die Delinquenz versucht wird, ein bestimmtes Bedürfnis zu befriedigen, besteht ein direkter Zusammenhang zum kriminellen Verhalten.
 - Ein indirekter Zusammenhang besteht, wenn aufgrund zu starker Einengung auf bestimmte Grundbedürfnisse eine Destabilisierung

⁵³⁰ Bonta, J (2007)

⁵³¹ von Franqué F (2013) 22–27; Kröber HL (2016) 22–32

der Person oder ihrer Umwelt folgt, die kriminelles Verhalten begünstigt.

- zentrales Angebot von Rehabilitation: unterstützen von funktionaler und prosozialer Befriedigung ihrer Grundbedürfnisse⁵³²
- **Recovery-Modell**⁵³³ (**Rückfallvermeidungsmodell**): Methodentübergreifender konzeptioneller Rahmen für eine spätere ambulante Weiterbehandlung. Dieses Modell stammt aus der Suchtbehandlung und dient der Risikominderung. Einer Straftat geht meist eine Verhaltenskette voran, mit einer zunehmenden Einengung und Eskalation durch externe und interne Faktoren (Delinquenzspirale). Unter internen Faktoren versteht man bestimmte Gedanken, Fantasien, Wahrnehmungen und Gefühle. Externe Faktoren sind z.B. die Verfügbarkeit von Alkohol, Drogen, Waffen oder potenziellen Opfern delinquenten Verhaltens. Diese Verhaltensketten sind zu unterbrechen, je früher desto geringer ist das Rückfallrisiko.
- **Rehabilitationsmodelle**: Das Grundprinzip ist die Herstellung einer therapeutischen Beziehung. Die Behandlung folgt dem Bio (Pharmakotherapie, Somatische Behandlung) – Psycho – Sozialen Modell. Dies umfasst Arbeits- und Milieuthérapien und viele andere Verfahren. Auch diese benötigen die Mitarbeit des Patienten. Gerade deliktpräventive Methoden benötigen diese Zusammenarbeit.
 - **Psychopharmakotherapie**: Diese ist beim Vorliegen einer schizophrenen oder affektiven Störung meist von zentraler Bedeutung.
 - **selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRI)** und/ oder **testosteronsenkende Medikamente**: eine Methode bei paraphilen Sexualstraftätern⁵³⁴
 - **Betablocker oder Neuroleptika**: bei hirnganisch bedingter Aggressivität manchmal erfolgreich

⁵³² von Franqué F, (2013) 22–2
Kutscher, S (2009) 91–96.

⁵³³ WHO (2013)

⁵³⁴ Berner, W (2007)
Briken, P(2007), S. 609–613

- **Symptom- und syndromorientierte psychopharmakologische Behandlung:** Es gibt hierzu Hinweise bei Patienten mit Persönlichkeitsstörung
- **Somatische Erkrankungen:** werden leitlinienentsprechend behandelt.
- **Psychotherapeutische Richtlinienverfahren:** Verhaltenstherapie und psychodynamische Verfahren, und zwar in den Settings Einzel-, Gruppen-, Paar- und Familientherapie. Die Ausbildungsinstitute halten derzeit jedoch kaum Kompetenzen in der Therapie im forensischen Setting (Maßregel) vor. Manulisiert liegen derzeit die spezialisierte dialektisch- behaviorale Therapie Forensik (DBT-F), die mentalisierungsbasierte Therapie (MBT), die Schematherapie und die übertragungsfokussierte Therapie (TFP) vor.⁵³⁵ Aus der Straftäterbehandlung wird oft das R&R-Training (R&R: Reasoning & Rehabilitation) eingesetzt oder die kognitiv-behaviorale Sexualstraftäterbehandlung (z.B., „sexoffender treatment programme“ [SOTP], Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter [BPS]).⁵³⁶
- Sinnvolle Tagesstruktur mit Arbeit und kreativen Elementen: Diese sollen mit einer möglichst umfassenden Selbstversorgung und klarer Distanzierung von Übergriffen im Alltag einhergehen.⁵³⁷ Der Patient soll sich im Dialog mit den Therapeuten, Mitpatienten und Angehörigen selbstkritisch mit seiner psychischen Störung, den kriminogenen Bedürfnissen und deliktischen Folgen auseinandersetzen. Mit therapeutischer und Milieunterstützung soll er neue positive Erfahrungen im Stationsalltag machen. Ziel ist, eine neue sinnvolle Lebensstiländerung zu erlangen. Tages- und Wochenpläne, Arbeitstherapie und Selbstversorgung werden im Rahmen einer therapeutischen Gemeinschaft eingebunden. Alleine das Milieu schafft Sicherheit und ermöglicht eine selbständige Alltagsbewältigung. Die Lebensstiländerung beinhaltet auch „kleinere Brötchen zu backen“, vor allem wenn die Dissozialität zu Erfolgsgefühlen geführt hat („Leben auf der Überholspur“). Dabei

⁵³⁵ Endrass J, (2012)
Dulz, B (2016)

⁵³⁶ Gretenkord, I (2017) 433–442

⁵³⁷ Thomasius R (2004), S. 679–695

wird immer angestrebt, dass die Patienten zur Selbstachtung und Würde gelangen.

- Schulabschluss: Diese Maßnahme zielt auf eine zukünftige bessere Chance in der Gesellschaft ab, erhöht jedoch auch das Würdegefühl des Betroffenen.
- Freizeitgestaltung: sportliche und erlebnispädagogische Aktivitäten, Gruppenausflüge in die Natur oder kulturelle Angebote wie Musik-, Mal- oder Theaterprojekte verbessern das innere Zeitmanagement der Patienten.
- Angehörige: Wenn diese für den Patienten eine Ressource darstellen sind diese generell einzubeziehen, solange sie nicht Mitwirkende bei den Delikten sind.⁵³⁸

Art. 6 BayMRVG Behandlung psychischer Erkrankungen

(1) Die untergebrachte Person erhält die nach den anerkannten Regeln der ärztlichen Kunst zur Erreichung der Ziele der Unterbringung gebotene Behandlung ihrer psychischen Erkrankung.

(2) Behandlungsmaßnahmen, die in die körperliche Unversehrtheit eingreifen, bedürfen der schriftlichen Einwilligung der untergebrachten Person. Die Einwilligung muss auf der Grundlage einer ärztlichen Aufklärung der untergebrachten Person erfolgen und auf deren freien Willen beruhen.

(3) Ohne Einwilligung sind Behandlungsmaßnahmen im Sinn des Abs. 1 nur zulässig,

1. wenn die untergebrachte Person krankheitsbedingt zur Einsicht in die Schwere ihrer Krankheit und der Behandlungsbedürftigkeit oder zum Handeln gemäß dieser Einsicht nicht fähig ist,

2. soweit sie erforderlich sind

a) zur Erreichung der Entlassungsfähigkeit oder

b) bei einer konkreten Gefahr für das Leben oder einer konkreten schwerwiegenden Gefahr für die Gesundheit der untergebrachten Person

und wenn

⁵³⁸ Hoffmann K (2005) S.171–197

- 3a) zuvor frühzeitig, ernsthaft und ohne Druck auszuüben, versucht wurde, die Zustimmung der untergebrachten Person zu erhalten,
- b) ärztlich über Art, Dauer, Erfolgsaussichten und Risiken der beabsichtigten Maßnahme aufgeklärt wurde,
- c) die Maßnahme der untergebrachten Person unter Mitteilung, dass gegen deren Durchführung eine gerichtliche Entscheidung nach § 109 des Strafvollzugsgesetzes (StVollzG) herbeigeführt werden kann, rechtzeitig, mindestens aber 48 Stunden vorher, angekündigt wurde,
- d) die Maßnahmen geeignet sind, das Behandlungsziel zu erreichen,
- e) mildere Mittel keinen Erfolg versprechen,
- f) der zu erwartende Nutzen den möglichen Schaden einer Nichtbehandlung sowie die mit der Maßnahme verbundene Beeinträchtigung deutlich überwiegt,
- g) Art und Dauer auf das zwingend erforderliche Maß beschränkt werden sowie
- h) die Maßnahmen nicht mit einer erheblichen Gefahr für die Gesundheit oder das Leben der untergebrachten Person verbunden sind.
- (4) Willigt die untergebrachte Person in die Behandlung nicht ein, hat die Maßregelvollzugseinrichtung den Vorgang der nach §§ 110 und 138 Abs. 3 StVollzG zuständigen Strafvollstreckungskammer vorzulegen. Für das gerichtliche Verfahren gelten §§ 109 bis 121 StVollzG entsprechend, ohne dass es eines Antrags der untergebrachten Person bedarf. Die Maßnahme darf eine Behandlungsdauer von zwölf Wochen nicht überschreiten. Für die Verlängerung der Anordnung gelten die Vorschriften für die erstmalige Anordnung entsprechend. Die Maßnahmen sind durch einen Arzt oder eine Ärztin durchzuführen, zu überwachen und in regelmäßigen Abständen auf ihre Eignung, Notwendigkeit und Angemessenheit zu überprüfen. Eine wirksame Patientenverfügung der untergebrachten Person nach § 1901a Abs. 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs (BGB) ist zu beachten.
- (5) Bei Maßnahmen nach Abs. 3 Nr. 2 Buchst. b kann bei Gefahr in Verzug von den Vorgaben gemäß Abs. 3 Nr. 3 Buchst. a bis c und Abs. 4 Satz 1 abgesehen werden. Die Aufklärung nach Abs. 3 Nr. 3 Buchst. b ist nachzuholen, sobald es der Gesundheitszustand der untergebrachten Person zulässt. Die Vorlage nach Abs. 4 Satz 1 ist unverzüglich nachzuholen.
- (6) Ohne Einwilligung sind Behandlungsmaßnahmen bei Gefahr in Verzug für das Leben oder die Gesundheit einer anderen Person unter den Voraussetzungen des Abs. 3 Nr. 3 Buchst. d, e, g und h zulässig. Abs. 4 Satz 5 gilt entsprechend.

Art. 7 BayMRVG Behandlung anderer Erkrankungen

- (1) Die untergebrachte Person hat Anspruch auf Gesundheitsuntersuchungen, medizinische Vorsorgeleistungen, Krankenbehandlung und Versorgung mit Hilfsmitteln nach Maßgabe der Art. 59 bis 61, 63 und 64 des Bayerischen Strafvollzugsgesetzes (BayStVollzG).
- (2) Kann die erforderliche Behandlungsmaßnahme in der Maßregelvollzugseinrichtung nicht durchgeführt werden, ist die untergebrachte Person in eine andere Maßregelvollzugseinrichtung, in ein geeignetes Krankenhaus oder zu einem ambulanten Leistungserbringer außerhalb des Maßregelvollzugs zu verbringen.
- (3) Für Behandlungsmaßnahmen nicht psychischer Erkrankungen gelten Art. 6 Abs. 2, 3 Nr. 3 und Abs. 4 Satz 5 mit der Maßgabe, dass sie
 1. durch einen Arzt oder eine Ärztin anzuordnen sowie
 2. ohne Einwilligung nur zur Abwehr einer konkreten Gefahr für das Leben oder konkreten schwerwiegenden Gefahr für die Gesundheit der untergebrachten Person oder einer anderen Person zulässig sind. Unbeschadet bleibt das Recht der Leistung erster Hilfe für den Fall, dass ein Arzt oder eine Ärztin nicht rechtzeitig erreichbar und mit dem Aufschub Lebensgefahr verbunden ist. Eine wirksame Patientenverfügung der untergebrachten Person nach § 1901a Abs. 1 BGB ist zu beachten.

Auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin sind ohne Einwilligung der untergebrachten Person körperliche Untersuchungen und Maßnahmen, die nicht mit einem körperlichen Eingriff verbunden sind, Entnahmen von Haarproben, Blutentnahmen, Röntgenuntersuchungen ohne Kontrastmittelabgabe sowie die Gewinnung einer Urinprobe zulässig. Voraussetzung dafür ist, dass die Untersuchung oder Maßnahme der Kontrolle und Überwachung von Behandlungsmaßnahmen, dem Gesundheitsschutz oder der Hygiene dienen.

Behandlung und Maßnahmen gegen den Willen des Patienten

Der Grundsatz lautete „Aufklärung und Einwilligung“ der Patienten. Dies gilt für Eingriffe in die Unversehrtheit. Eine Behandlung ist regelmäßig nur zulässig, wenn der Untergebrachte einwilligt. Die Einwilligung muss frei und infor-

miert erfolgen. Heute wird man für eine partizipative Entscheidungsfindung plädieren. Dies fordert eine Einwilligungsfähigkeit des Patienten und das Fehlen von Druck.⁵³⁹

- Der Untergebrachte musste rechtzeitig vor Beginn der Behandlung ausführlich und in für ihn verständlicher Sprache über die Vor- und Nachteile der gewählten Therapie, über alternative Behandlungsformen sowie über die möglichen Nachteile einer unterbleibenden Behandlung informiert worden sein.
- Dies erfolgt unabhängig davon, ob eine Einwilligungsfähigkeit besteht. Im anderen Fall muss der gesetzliche oder rechtsgeschäftliche Vertreter aufgeklärt werden. Fehlt dieser, muss eine gesetzliche Betreuung angeregt werden. Der Betreuer muss dann mit den Patienten zusammenarbeiten und ihm behilflich sein, den Hintergrund einer Medikation zu verstehen und die Entscheidung im Sinne des Patienten zu treffen, nachdem versucht wurde, ihn zu überzeugen.⁵⁴⁰ Der Überzeugungsversuch muss mit einem gebotenen Ernst durchgeführt werden.⁵⁴¹ Es geht darum, dem Patienten auch die Konsequenzen im Falle der Behandlungsverweigerung aufzuzeigen, dass er möglicherweise dann in der Maßregel bleiben muss. Jedoch dürfen ihm keine Nachteile in Aussicht gestellt werden, die Folge einer Behandlungsverweigerung sein können.⁵⁴² Daher wird die Durchführung einer Partizipativen Entscheidungsfindung empfohlen.
- Die Behandlung darf erst mit der Einwilligung des Patienten begonnen werden. Diese könnte durchaus zu einem Zeitpunkt vor der Erkrankung in der Form einer Patientenverfügung (§ 1901a BGB) oder einer zu einem früheren Zeitpunkt abgeschlossenen Behandlungsvereinbarung mit seinen Behandlern erfolgt sein. Lehnt der Patient die Behandlung kategorisch ab, so darf diese nicht erfolgen. Dies gilt auch für eine Ablehnung im Rahmen des natürlichen (tatsächlichen) Willens. Das Recht auf Krankheit betrifft auch medizinisch dringend indizierte Eingriffe, selbst wenn sich die Maßregel dadurch verlängert.⁵⁴³ Damit kann auch der gesetzliche oder rechtsgeschäft-

⁵³⁹ BVerfG, Beschluss vom 23.03.2011 2 BvR 882/09

⁵⁴⁰ Bundestagsdrucksache 17/12086 S. 1, 11

⁵⁴¹ BGH, Beschluss vom 04.06.2014 - XII ZB 121/14

⁵⁴² BVerfG, Beschluss vom 23.03.2011 - 2 BvR 882/09

⁵⁴³ „Freiheit zur Krankheit“; BVerfG, Beschluss vom 23.03.2011 - 2 BvR 882/09

liche Vertreter mit keiner Entscheidung gegen den entgegenstehenden natürlichen Willen des Untergebrachten die Behandlung einfach so durchsetzen.⁵⁴⁴ Erklärt sich der Patient nicht oder stimmt er den Entscheidungen mittels seines natürlichen Willen zu, dann kann der Vertreter rechtsfähig einwilligen.⁵⁴⁵

- Auch hierzu gibt es eine Ausnahme. Diese erfolgt dann, wenn der Patient aufgrund der Schwere seiner Krankheit nicht in der Lage ist, eine Einsicht zur Notwendigkeit von Behandlungsmaßnahmen zu bilden. Dann ergibt sich ein spezifischer Hilfebedarf. Gerade Wahnerkrankungen können die Behandlung selbst zum Thema machen, so dass diese darin einbezogen werden. Dies ist beispielsweise bei einem Vergiftungswahn der Fall. Die Behandlung wird dann aufgrund falscher Anknüpfungsüberzeugungen, die für den Patienten unvermeidbar sind, abgelehnt. In diesem Fall wird der natürliche Wille der Behandlung entgegenstehen. In diesen gravierenden Fällen (als ultima ratio) kann eine Behandlung auch zur Überwindung des entgegenstehenden natürlichen Willens vorgenommen werden⁵⁴⁶. Dazu bedarf es Regelungen in den Landesgesetzen (PsychKGs oder Maßregelgesetzen) und der Erfüllung der Vorgaben⁵⁴⁷. Dabei werden häufiger psychische als somatische Krankheiten berücksichtigt. Die Landesgesetze regeln im Einzelfall vor allem die Verhältnismäßigkeit von einer drohenden erheblichen Beeinträchtigung der persönlichen Freiheit und/oder Gesundheit des Betroffenen auf der einen und der Intensität des Eingriffs und seiner Erfolgsaussicht auf der anderen Seite. Damit rechtfertigt der Schutz Dritter vor rechtswidrigen Taten in der Regel keine Zwangsbehandlung. Dieser Zweck kann alleine durch die Verlängerung der Unterbringung erbracht werden⁵⁴⁸. Die Frage des Schutzes der Mitpatienten oder der Behandler kann in einigen Bundesländern im Einzelnen durchaus eine Behandlung rechtfertigen. Dabei ist in einzelnen Ländern die Möglichkeit einer Zwangsbehandlung (gegen den erklärten natürlichen Willen des Patienten) gegeben, wenn dieser im konkreten Fall der am wenigsten belastende Eingriff ist⁵⁴⁹. In jedem Fall liegt die

⁵⁴⁴ BVerfG, Beschluss vom 23.03.2011 - 2 BvR 882/09

⁵⁴⁵ BGH, Beschluss vom 20.05.2015 - XII ZB 96/15

⁵⁴⁶ BVerfG, Urteil vom 26.07.2016 - 1 BvL 8/15

⁵⁴⁷ BVerfG, Urteil vom 23.03.2011 - 2 BvR 882/09

⁵⁴⁸ BVerfG, Urteil vom 23.03.2011 - 2 BvR 882/09

⁵⁴⁹ Koller M (2014a), S. 279–287;
Koller M (2014b), S. 44–548

Verantwortung beim Arzt. Für den Patienten hat er das Verfahren transparent zu gestalten und diesen über seine rechtlichen Möglichkeiten aufklären. Daneben ist die Zwangsbehandlung unabhängig hinsichtlich ihrer Indikation zu prüfen. Ausnahmen stellen lediglich Notfälle dar. Die Behandlungen sind präzise zu dokumentieren⁵⁵⁰. Die Behandlungsindikation besteht nur solange, wie sie unverzichtbar ist und muss daher engmaschig ärztlich überwacht werden. Dies gilt auch, wenn der vormalig Einwilligungsunfähige durch die Behandlung einwilligungsfähig wurde und sich für die Nicht – Behandlung entscheidet⁵⁵¹. Eine Beendigung der Behandlung erfolgt auch wenn unvorhersehbare Risiken oder eine fehlende Wirkung eintreten. Daneben sehen einige Landesgesetze auch eine Befristung der Behandlung vor⁵⁵². Es sind insbesondere frühere Patientenverfügung oder früher geäußerte Behandlungswünsche für die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zu beachten⁵⁵³. Bei einem fortgesetzten behandlungsverwehrenden natürlichen Willen des Patienten, so muss dieser im Einzelnen auch akzeptiert werden⁵⁵⁴.

- Diese Grundlagen gelten auch für Untersuchungsmaßnahmen, die bei einer Reihe der medikamentösen Behandlungen unverzichtbar sind⁵⁵⁵.

Besondere Sicherungsmaßnahme:

Besondere Sicherungsmaßnahmen sind im Rahmen des Schutzes des Mitpatienten und des Personals Teil eines komplexen Deeskalationskonzeptes. Kritisch werden Maßnahmen zur Disziplinierung der Patienten gesehen, da dieses die Frage der Achtung vor der Person und der Menschenrechte aufwirft. Unter diesen Methoden versteht man beispielsweise folgende:

- die Absonderung von anderen Untergebrachten,

⁵⁵⁰ BVerfG, Beschluss vom 23.03.2011 – 2
BVerfG, Beschluss vom 26.07.2016 - 1 BvL 8/15;
Jakovljevic A. (2016), S. 780–786

⁵⁵¹ Saimeh N (2017) S 136–148;
DGPPN (2014)

⁵⁵² Koller M (2014a), S.279–287

⁵⁵³ Koller M (2014a), S.:279–287; § 1901a Abs. 1 und 2 BGB

⁵⁵⁴ BVerfG, Beschluss vom 26.07.2016: 1 BvL 8/15

⁵⁵⁵ BVerfG, Beschluss vom 26.07.2016: 1 BvL 8/15

- die Unterbringung in einem besonders gesicherten Raum ohne gefährdende Gegenstände (analog dem besonders gesicherten Haftraum),
- der Entzug oder die Vorenthaltung von Gegenständen,
- der Entzug oder die Beschränkung des Aufenthaltes im Freien,
- die Fixierung durch mechanische Einschränkungen der Bewegungsfreiheit oder Medikamente,
- die Fesselung und die Beobachtung der untergebrachten Person, auch durch technische Hilfsmittel.

Grundsätzlich sind diese Maßnahmen zulässig, wenn der frei willensfähige Patient in diese einwilligt und sich dieser über seinen natürlichen Willen nicht erwehrt. Ohne eine Zustimmung bedarf es einer rechtlichen Legitimation. Diese finden sich in den diversen landesrechtlichen Regelungen. Nicht alle Landesgesetze lassen alle beispielhaft genannten Sicherungsmaßnahmen zu. Soweit die Landesgesetze besondere Sicherungsmaßnahmen zulassen, setzen diese eine von dem Untergebrachten ausgehende gegenwärtige, nicht anders abwendbare Gefahr für sich, andere Patienten oder Mitarbeitende voraus.

Das gilt für einwilligungsfähige wie einwilligungsunfähige Untergebrachte gleichermaßen. Bei der Anordnung dieser Maßnahmen kommt dem therapeutischen Ermessen ein großer, allerdings der gerichtlichen Kontrolle unterliegender Spielraum zu. In unterschiedlichem Ausmaß verlangen die Landesgesetze Genehmigungen der Aufsichtsbehörde oder des Gerichts; bei Gefahr im Verzug darf und muss allerdings sofort eingegriffen werden. Unterschiedliche Anforderungen stellen die Landesgesetze auch an eine transparente Dokumentation und Meldungen an die Fachaufsicht. Die Maßnahmen müssen in bestimmten Zeitabständen überprüft und umgehend beendet werden, wenn ihr Ziel erreicht bzw. ihr Anlass entfallen ist. Alle Maßnahmen müssen in jeder Hinsicht verhältnismäßig sein und unterstehen stets dem -langfristigen - Zweck der Maßregel.

Art. 22 BayMRVG Disziplinarmaßnahmen

(1) Verstößt die untergebrachte Person schuldhaft gegen eine Pflicht, die ihr durch dieses Gesetz oder auf Grund dieses Gesetzes auferlegt wurde, können gegen sie Disziplinarmaßnahmen angeordnet werden.

(2) Zulässige Disziplinarmaßnahmen sind

1. der Verweis,
2. unter Wahrung der Regelung in Art. 11 Abs. 2 der Entzug oder die Beschränkung des Aufenthaltes im Freien,

3. die Beschränkung oder der Entzug der Verfügung über Geldbeträge gemäß Art. 31 Abs. 1 bis zu einem Monat,
 4. die Beschränkung oder der Entzug des Hörfunk- und Fernsehempfangs bis zu einer Woche,
 5. die Beschränkung oder der Entzug der Gegenstände für eine Beschäftigung in der Freizeit bis zu einer Woche,
 6. die Beschränkung oder der Ausschluss von der Teilnahme an gemeinschaftlichen Unternehmungen bis zu einer Woche,
 7. der Entzug der zugewiesenen Arbeit oder Beschäftigung bis zu einem Monat unter Wegfall der in diesem Gesetz geregelten Bezüge.
- (3) Art. 109 Abs. 2 und 3, Art. 110 Abs. 3, Art. 111 Abs. 1 und 2 sowie Art. 113 BayStVollzG gelten entsprechend.

Festnahmen:

Eine diesbezügliche Regelung verwundert vorerst. Dabei gibt es nicht nur Beurlaubungen und Ausführungen, sondern auch klassische Entweichungen, die eine derartige Maßnahme notwendig machen kann. Die jüngeren Maßregelrechte regeln hier die Normative, dass die Maßregelklinik nicht auf Amtshilfe hoffen muss, sondern eigenständig aktiv werden kann.

Art. 23 BayMRVG Festnahmerecht

Hält sich die untergebrachte Person ohne Erlaubnis außerhalb der Maßregelvollzugseinrichtung auf, so kann sie durch Beschäftigte der Maßregelvollzugseinrichtung oder auf deren Veranlassung hin festgenommen und in die Maßregelvollzugseinrichtung zurückgebracht werden.

Durchsuchungen und Untersuchungen

Diese Möglichkeit wird in den meisten Maßregelgesetzen oder Psychatriegesetzen der Länder geregelt. Dabei ist auch hier die Verhältnismäßigkeit genau zu beachten. Auch die Würde und die Unversehrtheitsgarantien verhindern ein ungezügelltes Durchsuchen. Andererseits handelt es sich oft um eine wichtige Möglichkeit zu verhindern, dass gefährliche Gegenstände in die Einrichtung eingeschleust werden.

Art. 24 BayMRVG Durchsuchungen und Untersuchungen

(1) Die untergebrachte Person, ihre Sachen und ihr Wohn- und Schlafbereich dürfen durchsucht werden, um die Ziele der Unterbringung, die Sicherheit oder das

geordnete Zusammenleben in der Maßregelvollzugseinrichtung zu gewährleisten. Die Durchsuchung der Person darf außer bei Gefahr in Verzug nur von Personen gleichen Geschlechts vorgenommen werden; dies gilt nicht für das Absuchen mit technischen Mitteln oder sonstigen Hilfsmitteln. Auf das Schamgefühl ist Rücksicht zu nehmen. Durchsuchungen der Person dürfen nicht von einem Beschäftigten allein durchgeführt werden. Andere untergebrachte Personen dürfen nicht anwesend sein.

(2) Nur bei Gefahr in Verzug oder auf Anordnung der Leitung der Maßregelvollzugseinrichtung ist es zulässig, eine mit einer Entkleidung verbundene körperliche Durchsuchung vorzunehmen. Sie ist in einem geschlossenen Raum durchzuführen.

(3) Besteht der begründete Verdacht, dass eine untergebrachte Person Gegenstände im Körper versteckt hat, die die Ziele der Unterbringung, die Sicherheit oder das geordnete Zusammenleben in der Maßregelvollzugseinrichtung gefährden, kann die untergebrachte Person durch einen Arzt oder eine Ärztin untersucht werden. Abs. 1 Sätze 2 bis 5 und Abs. 2 Satz 2 gelten entsprechend.

(4) In den Fällen der Abs. 1 bis 3 kann auch angeordnet werden, dass bestimmte untergebrachte Personen bei jeder Rückkehr in die Maßregelvollzugseinrichtung oder in die Station und nach jedem Besuch zu durchsuchen oder zu untersuchen sind.

Besondere Sicherungsmaßnahmen

Besondere Sicherungsmaßnahmen gehen über die Freiheitsbeschränkung hinaus. Die Verhältnismäßigkeit der Anwendung ist immer mit dem Eingriff in die Persönlichkeitsrechte abzuwägen. Dies umfasst, dass nicht einfach persönlicher Besitz vorenthalten wird. Auch Überwachungen greifen in die persönliche Unversehrtheit ein und unterliegen vor allem dann, wenn es sich nicht nur um eine speicherlose Beobachtung handelt, dem Datenschutz. Ist eine Datenspeicherung, auch nur über begrenzte Zeit, Teil der Kameraüberwachung, unterliegt diese dem Datenschutz.

Das aktuelle formale Recht unterscheidet zudem zwischen Maßnahmen der Einschränkung der Freiheit und Maßnahmen der Freiheitsentziehung durch Maßnahmen, die nicht nur die Bewegung auf einen umgrenzten Ort einschränkt, sondern die Bewegung als solche. Die Letztere bedarf des Richtervorbehaltes.

Art. 25 BayMRVG Besondere Sicherungsmaßnahmen

(1) Gegen eine untergebrachte Person können besondere Sicherungsmaßnahmen angeordnet werden, wenn nach ihrem Verhalten oder auf Grund ihres Ge-

sundheitszustands in erhöhtem Maße Fluchtgefahr, die Gefahr von Gewalttätigkeiten gegen Personen oder Sachen oder die Gefahr einer Selbsttötung oder Selbstverletzung besteht.

(2) Zulässige besondere Sicherungsmaßnahmen sind

1. die ständige Beobachtung, auch mit technischen Mitteln,
2. die Verabreichung notwendiger Medikamente; Art. 6 und 7 bleiben unberührt,
3. der Entzug oder die Vorenthaltung von Gegenständen,
4. die nächtliche Nachschau,
5. die Trennung von anderen untergebrachten Personen,
6. der Entzug oder die Beschränkung des gemeinschaftlichen Aufenthalts im Freien,
7. die Unterbringung in einem besonders gesicherten Raum ohne gefährdende Gegenstände,
8. die Einschränkung der Bewegungsfreiheit durch unmittelbaren Zwang.

(3) Maßnahmen nach Abs. 2 Nrn. 3 bis 8 sind auch zulässig, wenn die Gefahr eines Ausbruchs, einer Befreiung oder einer erheblichen Störung des geordneten Zusammenlebens in der Maßregelvollzugseinrichtung nicht anders abgewendet werden kann.

(4) Maßnahmen nach Abs. 2 Nr. 8 sind bei einer Ausführung, Vorführung oder beim Transport der untergebrachten Person auch dann zulässig, wenn aus anderen Gründen als den in Abs. 1 genannten Fluchtgefahr besteht.

Unmittelbarer Zwang;

Es handelt sich hier um eine Form der Beleihung an die Maßregleinrichtung. Grundsätzlich ist dabei zu bedenken, dass nicht alle Maßregleinrichtungen mit Sicherheitspersonal ausgestattet sind. Wenn das therapeutische Personal in die Situation der Anwendung von Zwang gerät, stellt sich die Frage, wie sich das auf die zukünftige Behandlung auswirken wird.

Andererseits ermöglicht dies, rasch zu reagieren, wenn ein Befreiungsversucht erfolgt.

Art. 27 BayMRVG Unmittelbarer Zwang

(1) Anordnungen nach diesem Gesetz dürfen im Wege des unmittelbaren Zwangs gegenüber der untergebrachten Person durchgesetzt werden, wenn der damit verfolgte Zweck auf keine andere Weise erreicht werden kann.

(2) Gegenüber anderen Personen darf unmittelbarer Zwang angewendet werden, wenn sie es unternehmen, untergebrachte Personen zu befreien, wenn sie unbefugt in den Bereich der Maßregelvollzugseinrichtung eindringen oder sich unbefugt darin aufhalten.

(3) Unmittelbarer Zwang ist vorher anzudrohen. Die Androhung darf nur unterbleiben, wenn die Umstände sie nicht zulassen oder unmittelbarer Zwang sofort angewendet werden muss, um eine rechtswidrige Tat, die den Tatbestand eines Strafgesetzes erfüllt, zu verhindern oder eine gegenwärtige Gefahr abzuwenden.

(4) Das Recht zu unmittelbarem Zwang auf Grund anderer Vorschriften bleibt unberührt.

Fixierungen von Patienten:

Die Fixierung ist zulässig, wenn der Untergebrachte einwilligt. Diese Maßnahme ordnete sich bisher als eine unter den weiteren Sicherungsmaßnahmen ein. Das Bundesverfassungsgericht hob diese Maßnahme heraus, indem es inhaltlich auf folgende Aspekte verwiesen hat:⁵⁵⁶

- „Die Fixierung eines Patienten stellt einen Eingriff in dessen Grundrecht auf Freiheit der Person (Art. 2 Abs. 2 Satz 2 i.V.m. Art. 104 GG) dar.“
- „Sowohl bei einer 5-Punkt- als auch bei einer 7-Punkt-Fixierung von nicht nur kurzfristiger Dauer handelt es sich um eine Freiheitsentziehung im Sinne des Art. 104 Abs. 2 GG, die von einer richterlichen Unterbringungsanordnung nicht gedeckt ist. Von einer kurzfristigen Maßnahme ist in der Regel auszugehen, wenn sie abschbar die Dauer von ungefähr einer halben Stunde unterschreitet.“
- „Aus Art. 104 Abs. 2 Satz 4 GG folgt ein Regelungsauftrag, der den Gesetzgeber verpflichtet, den Richtervorbehalt verfahrensrechtlich auszugestalten, um den Besonderheiten der unterschiedlichen Anwendungszusammenhänge gerecht zu werden.“

⁵⁵⁶ Urteil des BVerfG vom 24. Juli 2018 Az.: 2 BvR 309/15, 2 BvR 502/16

Das Verfahren erfolgte im Rahmen öffentlich-rechtlicher Unterbringungen. Da die Landesregelungen in den meisten Bundesländern auch den Maßregelvollzug strukturieren, erscheint es naheliegend, den Beschluss auch darauf zu beziehen. Die Frage eines Eingriffs in die Grundrechte einer Person ist analog zu sehen. Der Richtervorbehalt ist somit auch für die Maßregel anzunehmen.⁵⁵⁷ Bislang wurde die Fixierung als spezielle Sicherung im Rahmen einer Unterbringung selbst mit abgedeckt.

Das Bundesverfassungsgericht hatte zwei Fälle der Verfassungsbeschwerde zu verhandeln. Im einen Fall⁵⁵⁸ wurde der Beschwerdeführer acht Stunden 7-Punkt-fixiert (beide Arme, Beine, Bauch, Brust und Stirn). Insgesamt hat er sich 12 Stunden in der Psychiatrie befunden. Die vorläufige Unterbringung erfolgte gem. BayUnterbrG, das Fixierungen nicht gesondert regelt. Der Beschwerdeführer forderte vom Freistaat Bayern Schadensersatz und Schmerzensgeld für die aufgrund der Fixierung erlittenen Verletzungen (Amtshaftung). Im zweiten Fall⁵⁵⁹ wurde der Beschwerdeführer an fünf Punkten (alle Extremitäten, Bauch) fixiert, die über mehrere Tage wiederholt ärztlich angeordnet worden war und in einer geschlossenen psychiatrischen Einrichtung untergebracht. Gegen diese Fixierung richtete sich der Beschwerdeführer über seinen Verfahrenspfleger. Die Unterbringung erfolgte gem. § 25 Abs. 3 des baden-württembergischen Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKHG BW). Der amtsgerichtliche Beschluss ordnete die Fixierung an.

*Das Gericht betonte den Eingriff in das Grundrecht auf Freiheit der fixierten Person. Aus diesem leiten sich der Verhältnismäßigkeitsgrundsatz und die strengen Anforderungen an die Rechtfertigung ab. Daher müssen die gesetzliche Ermächtigung und die Verfahren hinreichend bestimmt sein. Für diese **Freiheitsentziehung** sieht der Art. 104 Abs. 2 GG den Richtervorbehalt vor. Die Fixierung sämtlicher Gliedmaßen ist durch eine richterliche Unterbringungsanordnung nicht gedeckt, sondern als eigenständige Freiheitsentziehung zu qualifizieren.*

Man hat die Vorschriften des Landes Baden-Württemberg für verfassungswidrig erklärt und bestimmt, dass der baden-württembergische und der bayerische Gesetzgeber – der bislang keine spezielle Rechtsgrundlage für Fixierungen erlassen hat – verpflichtet sind, bis zum 30. Juni 2019 einen verfassungsgemäßen Zustand herbeizuführen.

⁵⁵⁷ Urteil des BVerfG vom 24. Juli 2018 Az.: 2 BvR 309/15, 2 BvR 502/16

⁵⁵⁸ 2 BvR 502/16

⁵⁵⁹ 2 BvR 309/15

Der Senat sah in der Fixierung einen Eingriff in das Grundrecht auf Freiheit der Personen (Art. 2 Abs. 2 Satz 2 in Verbindung mit Art. 104 GG). Das Freiheitsrecht wird dort als besonders hohes Rechtsgut beschrieben, in das nur aus wichtigen Gründen eingegriffen werden darf. Der Schutz gilt der tatsächlichen körperlichen Bewegungsfreiheit vor staatlichen Eingriffen. Dieser wiederum hängt von tatsächlichen, natürlichen Willen des Betroffenen ab. Die fehlende Einsichtsfähigkeit führt nicht zum Entfallen des Schutzes nach Art. 2 Abs. 2 Satz 2 GG, da er auch dem nicht Geschäftsfähigen zusteht. Gerade psychisch Kranke empfinden die Freiheitsbeschränkung, auch wenn ihnen die Gründe dafür nicht eingehen, als besonders bedrohlich. Das Bundesverfassungsgericht differenziert hierbei zwischen freiheitsbeschränkenden und -entziehenden Maßnahmen, die beide vom Art. 2 Abs. 2 Satz 2 GG geschützt sind. **Freiheitsbeschränkung** bedeutet das Hindern eines anderen durch die öffentliche Gewalt einen Ort aufzusuchen oder sich dort aufzuhalten, der ihm sonst zugänglich wäre. Die **Freiheitsentziehung** behindert die Bewegungsfreiheit als solche in jede Richtung⁵⁶⁰. Diese Eingriffsintensität ist nicht nur kurzfristig. Dem entsprechen die Formen der Fixierung, die über eine halbe Stunde hinausgegangen sind. Beide Maßnahmen haben die Betroffenen in seinem Krankenbett unbeweglich gemacht. Dies hätte den Richtervorbehalt ausgelöst. Dies gilt auch, wenn innerhalb der angeordneten Rechtsgrundlage Disziplinierungen wie Arrest oder besondere Sicherungsmaßnahmen (Einschluss in einen kleinen Bereich der Einrichtung) inbegriffen waren. Dieses seien Verschärfung der Freiheitsbeschränkung. Die benannten Fixierungen seien nicht daruntergefallen. Dies sei eine eigene Form der Freiheitsentziehung. Die Intensität der Fixierung wird umso stärker erlebt, je mehr die Betroffenen sich dem Geschehen hilflos und ohnmächtig ausgeliefert sehen. Gerade die Betroffenen erleben aufgrund ihrer psychischen Verfassung die Nichtbeachtung ihres Willens besonders intensiv. Daneben gehen von der Fixierung ernste medizinische Gefahren aus. Aus dem Grundrechtseingriff heraus ergeben sich strenge Anforderungen an die Rechtfertigung eines solchen Eingriffs, dies umfasst die „hinreichende Bestimmung“ und die Forderung der „ultima ratio“. Daneben bedarf es Verfahrensanforderungen zum Schutz der Grundrechte. Dies umfasst

- die Anordnung und Überwachung der Fixierungsmaßnahme durch einen Arzt
- die Eins-zu-eins-Betreuung durch therapeutisches oder pflegerisches Personal

⁵⁶⁰ Damit definiert das Verfassungsgericht jede Form der Fixierung, das Klemmbrett und andere Formen der direkten Anbindung von den Betroffenen als Freiheitsentziehung.

- die Dokumentation der maßgeblichen Gründe hierfür, ihre Durchsetzung, Dauer sowie der Art der Überwachung
- die Verpflichtung, die Betroffenen nach Beendigung der Maßnahme auf die Möglichkeit hinzuweisen, die Zulässigkeit der durchgeführten Fixierung gerichtlich überprüfen zu lassen

Damit liegen die in Art. 2 Abs. 2 Satz 2 GG über den durch den Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte aus Art. 3 der Europäischen Menschenrechtskonvention gefolgerten Anforderungen. Der Richtervorbehalt unterliegt nicht der Disposition des Gesetzgebers. Der Richtervorbehalt ist durch den Gesetzgeber verfahrensrechtlich auszugestalten. Da der Gesetzgeber seine Pflichten, ein entsprechendes Verfahren materiell zu definieren nicht nachgegangen ist, habe dies zur Verfassungswidrigkeit der zu der Freiheitsentziehung ermächtigenden Norm geführt. Der Richtervorbehalt zielt auf die Kontrolle der Maßnahme durch eine unabhängige und neutrale Instanz ab. Richter sind persönlich und sachlich unabhängig sowie dem Gesetz strikt unterworfen. Der Gesetzgeber hat die Pflicht, zur Tagzeit die Erreichbarkeit eines Richters sicher zu stellen⁵⁶¹. Die richterliche Anordnung soll der Freiheitsentziehung vorausgehen. Nachträglich sei sie nur zulässig, wenn der verfassungsrechtliche Zweck nicht anders zu erreichen sei. Die richterliche Entscheidung ist unverzüglich nachzuholen. Der Betroffene ist dann über seine Rechte der nachgehenden Überprüfung aufzuklären (Möglichkeit der nachträglichen Überprüfung). Dies gilt auch für nächtliche Fixierungen, die dann am nächsten Morgen zu erfolgen haben. Der richterliche Bereitschaftsdienst hat in Orientierung an den § 758a Abs. 4 Satz 2 ZPO den Zeitraum von 6:00 Uhr bis 21:00 Uhr abzudecken.

Damit wurden beide Kläger in ihren Grundrechten verletzt. Der § 25 PsychKHG BW sei zwar verfassungskonform hinsichtlich der Gründe der Maßnahmen ausreichend bestimmt, ihr fehlt allerdings der Hinweis, das nach Beendigung der Fixierung die gerichtliche Prüfung nachträglich überprüft werden kann. Weiterhin habe man den Richtervorbehalt nicht vorgesehen. Das ersturteilende Gericht hätte die Verfassungswidrigkeit erkennen und den Kläger schützen müssen. Man habe nur geprüft, ob die ärztliche Anordnung rechtmäßig gewesen ist. Beim Fall in München habe im Art. 12 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 19 BayUnterbrG keine gesetzliche Grundlage für die Fixierung des Beschwerdeführers vorgelegen. Diese Vorschriften seien nicht ausreichend bestimmt (Art. 104 Abs. 1 GG) gewesen, da sie weder konkret eine An-

⁵⁶¹ Anmerkung des Verfassers: Bedenkt man, dass Gerichtsvollzieher, Staatsanwaltschaften und ggf. Haft-richter Bereitschaftsdienste vorhalten, mag die Tagesabdeckung der Gerichtsökonomie dienen, dennoch ist diese nicht wirklich nachvollziehbar. Eine Nachtblindheit der Justiz erschließt sich nicht wirklich.

ordnung von Fixierungen im Rahmen der öffentlich-rechtlichen Unterbringung bezogene Regelung noch einen Richtervorbehalt vorsehen. Eine Teilnichtigkeit i.R. der Verfassungswidrigkeit des § 25 PsychKHG BW in Bezug auf Fixierungen wird verneint, da dem Leben und der körperlichen Unversehrtheit des Betroffenen selbst und bedeutender Rechtsgüter Dritter vor erheblichen Gefahren die Grundlage entzogen würde. Der Gesetzgeber muss sich auf die Lage einstellen können. Daher wird eine Übergangszeit definiert, in der die Gesetze anzupassen (Baden-Württemberg und Freistaat Bayern bis zum 30. Juni 2019) sind. In dieser Zeit kann das Verfahren im Sinne der §§ 312 ff. FamFG und §§ 70 ff. FamFG durchgeführt werden. Bereits in dieser Zeit müssen die Ärzte die Patienten davon informieren, dass sie nach dem Ende der Fixierung diese durch einen Richter überprüfen lassen dürfen. Auch im Freistaat Bayern sind Fixierungen nicht beliebig zulässig, diese müssen auf das **unbedingt notwendige begrenzt werden** (zeitlich), gelten nur für das **Abwenden gegenwärtige erhebliche Selbstgefährdungen oder einer gegenwärtiger erheblicher Gefährdung bedeutender Rechtsgüter anderer**.⁵⁶²

Hier wird auch im Bayerischen Maßregelrecht zu erwarten sein, dass im Sinne des Verfassungsurteils in absehbarer Zeit eine Nachbesserung erfolgen wird. Diese sieht einen Richtervorbehalt ab einer Fixierung über 30 Minuten vor.

Art. 26 BayMRVG Fixierungen

- (1) Die untergebrachte Person darf mechanisch fixiert werden, wenn und solange die gegenwärtige Gefahr besteht, dass sie gegen Personen gewalttätig wird oder sich selbst verletzt oder tötet. Sie ist auf gefährliche Gegenstände zu durchsuchen und ständig durch einen Beschäftigten zu betreuen und zu überwachen.
- (2) Eine Fixierung darf nur befristet angeordnet werden, längstens für 24 Stunden.
- (3) Eine Fixierung ist der untergebrachten Person durch die Maßregelvollzugseinrichtung anzukündigen. Willigt die untergebrachte Person in die Fixierung nicht ein, legt die Maßregelvollzugseinrichtung den Vorgang der nach §§ 110, 138 Abs. 3 StVollzG zuständigen Strafvollstreckungskammer zur gerichtlichen Entscheidung vor. Wenn mit dem Aufschub der Maßnahme Gefahr verbunden ist, kann die Fixierung durchgeführt werden, bevor die Entscheidung der Strafvollstreckungskammer ergangen ist. Hat sich die Fixierung vor der Entscheidung der Strafvollstreckungskammer erledigt, gilt § 115 Abs. 3 StVollzG.

⁵⁶² BVG Urteil vom 24. Juli 2018 Az.: 2 BvR 309/15, 2 BvR 502/16

Nachteinschluss:

Der Nachteinschluss erfolgt oft aus ökonomischen Gründen. Die Frage der Verhältnismäßigkeit stellt sich bei dieser Freiheitsbeschränkung.⁵⁶³

Disziplinarmaßnahmen:

Diese definieren sich als unmittelbar an verschuldeten Fehlverhalten eines Untergebrachten angeknüpfte Maßnahmen. Ihr Ziel ist die Aufrechterhaltung oder der Wiederherstellung der Sicherheit und Ordnung in der Maßregelvollzugsanstalt. Die Maßregelvollzugsgesetze des Freistaat Bayerns und Hessen sehen dieses vor.

Diese sollte man kritisch betrachten, da eine negative Konditionierung durch Sanktionen wissenschaftlich fraglich evident ist und oft nur vordergründig zu Verhaltensänderungen führt.⁵⁶⁴ Darüber hinaus gibt es ärztlich ethische Bedenken. Nicht zuletzt stellt sich damit die Frage der Trennung zwischen Therapie und Strafen.⁵⁶⁵

Deeskalation und Nachbearbeitung

Dabei handelt es sich um eine präventive Maßnahme, die den Umgang mit dem Patienten deeskaliert. Dazu zählen ein geregeltes Beschwerdesystem, ein allgemeines persönliches und ausreichend ausgestattetes Stationsklima, Rückzugsmöglichkeiten, eine räumliche Großzügigkeit und eine professionelle Teamarbeit. Entscheidend ist eine grundhaft entspannte Haltung der Mitarbeiter, die sich dann auch auf die Patienten übertragen kann. Wenn Zwangsmaßnahmen ergriffen werden müssen, gilt es, dass diese für beide Seiten, die Patienten wie Mitarbeiter möglichst wenig belastend sind. Traumatisierungen sind zwingend zu vermeiden.

Pflicht zur Verschwiegenheit und zur Offenbarung

Die Maßregel ist eine Behandlung, die weder vom Patienten noch vom Behandler frei entschieden wird. Dies belastet die Vertrauensbeziehung von Patienten und den Behandlern. Weiterhin fehlt die umfassende Verschwiegenheitspflicht, sondern die Behandler sind sogar verpflichtet, die Informationen in verschie-

⁵⁶³ Bulla J (2012), S. 204–216

⁵⁶⁴ Hermstein R. J. (1969) S. 49–69

⁵⁶⁵ Kröber HL (2016), S. 22–32

denen Zusammenhängen zu offenbaren. Hier gibt es unterschiedliche Länderregelungen, die jedoch kontinuierlich mit der Rechtsprechung und sich verändernden Datenschutzlagen abzustimmen sind.

Aus ärztlicher Sicht besteht grundsätzlich die Verschwiegenheitspflicht nach § 203 StGB. Andererseits gibt es Tatsachen, die das Gericht für seine Entscheidungen benötigt und die vom Maßregelvollzug abgefordert werden. Das Gericht, die Staatsanwaltschaft und die weiteren Verfahrensbeteiligten benötigen eine umfassende Tatsachengrundlage. Hierzu gibt es eine Reihe von teilweise divergierenden Rechtsmeinungen aber auch unterschiedliche Positionen zwischen den Juristen und den Therapeuten⁵⁶⁶.

*Im Verlauf verweigert der Patient (Beschwerdeführer) einer Maßregelklinik wiederholt die Offenbarung der Inhalte seiner Behandlung. 2007 bis 2012 hat sich die Klinik darauf und auf die eingeschränkte Informationsverwertbarkeit der jährlichen Stellungnahmen berufen. Man schilderte jedoch eine vollständige Therapieverweigerung, Konflikte mit Mitpatienten und ein soziales Rückzugsverhalten detailliert. Auch in der Stellungnahme im April 2013 wurde die Fortführung der Unterbringung befürwortet und verwies auf die Vorstellungsmaßnahmen. Gegen den Beschluss der Vollstreckungskammer zur Fortsetzung der Maßregel hat der Beschwerdeführer Revision eingelegt, dass das OLG zurückverwiesen hat. Man stützte sich dabei auch auf ein externes Prognosegutachten, das den Fortbestand im Rahmen einer kaum behandelbaren schizophrenen Psychose konstatierte. Das BVerfG gibt an, dass die Klinik auch ohne Entbindung durchaus etwas mitteilen darf. Damit verhindert man eine Extrapolation früherer Stellungnahmen auf das Aktuelle und auf die Zukunft. Dies steht jedoch einer Rechtsgüterabwägung entgegen, was man im Urteil auch vermisst. Man habe die **bestmögliche Sachaufklärung** angesichts des Grundrechts aus Art. 2 Abs. 2 Satz 2 in Verbindung mit Art. 104 Abs. 1 GG zu leisten. Aufgrund der Bedeutung dieses Rechts existieren besondere Verfahrensgarantien für die Beschränkung dieses Rechts⁵⁶⁷. Die Einschränkung dieses Rechts dient dem Schutz der Allgemeinheit⁵⁶⁸. Damit wird der richterlichen Sachaufklärung Vorrang gegeben⁵⁶⁹. Man habe deshalb auch einen externen Sachverständigen hinzuzuziehen, insbesondere dann, wenn die Gefährlichkeit eines in einem psychiatrischen Krankenhaus Untergebrach-*

⁵⁶⁶ BVerfG Beschluss vom 22.01.2015 - 2 BvR 2049/13, 2 BvR 2445/14

⁵⁶⁷ BVerfGE 35, 185; 109, 133 ; 128, 326

⁵⁶⁸ BVerfGE 22, 180; 45; 58, 208; BVerfG, 2. Kammer 2. Senats vom 4. März 2014 - 2 BvR 1020/13

⁵⁶⁹ BVerfGE 58, 208

ten betrifft und die Umstände für einen Richter oft schwer zu erkennen und abzuwägen sind⁵⁷⁰. Die Gründlichkeit ist im Einzelfall zu prüfen. Hier hat das Strafvollstreckungsgericht das Gutachten selbstständig zu beurteilen, die Prognoseentscheidung trifft nicht der Sachverständige, sondern das Gericht⁵⁷¹. Dabei muss es prüfen, ob die Grundlagen des Gutachtens für eine Entscheidung ausreichen und verwertbar als Voraussetzung für die eigene Entscheidung sind.⁵⁷² Damit dominiert bei der Anordnung und Fortdauer der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus die Verhältnismäßigkeit, die permanent abzuwiegen ist. Hier sind im Einzelnen die Sicherungsinteressen der Allgemeinheit aufgrund der täterbedingten Gefahren zur Schwere des mit der Maßregel verbundenen Eingriffs ins Verhältnis zu setzen.⁵⁷³ Damit muss auf das Vollzugsverhalten und die seit der Maßregelanordnung gesetzten veränderten Umstände bezogen werden, die für die zukünftige Entwicklung bestimmend sind.⁵⁷⁴ Im Weiteren wird darauf hingewiesen, dass die ärztliche Schweigepflicht auch bei der Anhörung der Maßregelvollzugseinrichtung gemäß § 463 Abs. 3 Satz 1 in Verbindung mit § 454 Abs. 1 Satz 2 StPO zu beachten ist.⁵⁷⁵ Dennoch kann eine substantiierte Stellungnahme zum Vollzugsverhalten abverlangt werden, die der ärztlichen Schweigepflicht nicht entgegensteht. Die Schweigepflicht bezieht sich auf den Schutz von Patientengeheimnissen, diese umfasst alles, was der Arzt über die gesundheitliche Verfassung erfährt. Diese ist Unbefugten zu verwehren.⁵⁷⁶ Der Datenumfang betrifft Anamnese, Diagnose und therapeutische Betreuung, die seelische Verfassung und den Charakter des ärztlich Betreuten.⁵⁷⁷ Eine Freiheitsbeschränkung im Maßregelvollzug reicht über die therapeutische Beziehung hinaus. Im Verlauf ergeben sich Wahrnehmungen und Tatsachen, die im Rahmen der Ordnungs- und Verwaltungsfunktionen erfasst werden und auch für nicht mit therapeutischen Aufgaben

⁵⁷⁰ vgl. BVerfGE 70, 297; BVerfG, Beschluss der 2. Kammer des Zweiten Senats vom 4. März 2014 - 2 BvR 1020/13 -, juris, Rn. 29; BVerfGK 15, 287; BVerfG, 1. Kammer, 2. Senat vom 16. Juni 2008 - 2 BvR 598/08 -, juris, Rn. 4). vgl. auch BVerfGE 70, 297).

⁵⁷¹ BVerfGE 58, 208; 70, 297

⁵⁷² vgl. BVerfGE 70, 297

⁵⁷³ vgl. BVerfGE 70, 297

⁵⁷⁴ vgl. BVerfGE 70, 297; BVerfGK 16, 501

⁵⁷⁵ vgl. Waider, (2006) S. 65;

Waider. (2010), S. 99

Schöch (2003), S. 437

⁵⁷⁶ vgl. BVerfGE 32, 373; 44, 353; BVerfGK 8, 183

⁵⁷⁷ vgl. BVerfGK 8, 183

*betraute Dritte erkennbar sind. Dies betrifft den **Unterbringungsverlauf, das Vollzugs- und Sozialverhalten des Untergebrachten jenseits seiner therapeutischen Betreuung und den Umgang in Konfliktsituationen** mit anderen Untergebrachten oder dem Betreuungspersonal. Diese unterfallen nicht der ärztlichen Schweigepflicht.⁵⁷⁸ (...) Eine gutachterliche Stellungnahme muss „Ausführungen dazu enthalten, welche Behandlungsmaßnahmen im Hinblick auf das Vollzugsziel durchgeführt wurden, **wie der aktuelle Behandlungsverlauf ist und welche (weiteren) Behandlungs- und Therapiemöglichkeiten in Betracht gezogen werden sollten.** Daraus ergibt sich nach Auffassung des Gesetzgebers zugleich die Befugnis, entsprechende Erkenntnisse auch zum Behandlungsverlauf zu offenbaren, soweit das Gericht sie im Hinblick auf seine Fortdauerentscheidung benötigt. **„In der Regel reichen hier die Angaben, die im Behandlungs- und Eingliederungsplan dokumentiert werden, aus Informationen der unmittelbaren Vertrauensbeziehung hierfür nicht erforderlich sind**“⁵⁷⁹.*

Die Kommunikation innerhalb des Teams ist selbstverständlich. Eine Schweigepflicht gegenüber dem Leiter der Einrichtung kann nicht angenommen werden. Im Fall, dass Externe zur Behandlung herangezogen werden, ist diesen die analoge Dokumentationspflicht aufzuerlegen. Dies sollte vor Abschluss eines Dienstleistungsvertrages mit dem Dienstleister klar gelegt werden, hier ist der Patient mit einzubeziehen.

Es gibt allgemeine Aufgaben einer forensischen Ambulanz (**forensische Nachsorge und Führungsaufsicht**). Diese bestehen in der Therapie einer Erkrankung, Begleitung der psychischen Weiterentwicklung, Krisen- und Konfliktbewältigung. Eine forensische Nachsorgeambulanz erweitert dies auf die Risikobeurteilung und das Risikomanagement. Im Rahmen dessen sieht der § 68a StGB vor, die Schweigepflicht ausdrücklich teilweise aufzuheben. Die Führungsaufsichtsstelle (Behörde beim Landgericht), das Gericht, die Bewährungshilfe und die Mitarbeiter der forensischen Ambulanz (Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter und -pädagogen, Pflegepersonal sowie deren Hilfspersonal) sind verpflichtet, einander fremde Geheimnisse, die ihnen anvertraut oder sonst bekannt geworden sind, zu offenbaren, soweit dies notwendig ist, um der verurteilten Person zu helfen, nicht wieder straffällig zu werden. Dies umfasst die Offenbarung der Mitarbeiter einer forensischen Ambulanz gegenüber der Aufsichtsstelle und dem Gericht, soweit dieses notwendig ist, um das Verhalten oder den Zustand des Verurteilten einzuschätzen. Dies betrifft auch Informationen, die für einen Widerruf, eine Krisenintervention⁵⁸⁰ oder die Anordnung der

⁵⁷⁸ vgl. Grünebaum (2009), S. 253 f., Rn. 418 f.; Waider (2010), S. 103, S. 65

⁵⁷⁹ Bundestagsdrucksache 18/7244, S. 36 f.

⁵⁸⁰ § 67h StGB

unbefristeten Führungsaufsicht notwendig sind. Dabei geht es auch darum, um die Abwehr einer erheblichen gegenwärtigen Gefahr für das Leben, die körperliche Unversehrtheit, die persönliche Freiheit oder die sexuelle Selbstbestimmung Dritter. Dabei geht es nicht in einem neuen Strafverfahren zu ermitteln. Die Ermittlungsbehörden haben die Daten nicht über die forensische Klinik, sondern über die Staatsanwaltschaft zu beschaffen. Diese hat ein analoges Informationsrecht wie das Gericht.⁵⁸¹ Über diese Tatsachen ist der Patient spätestens zu Beginn der Führungsaufsicht aufzuklären.

Im Rahmen des § 463 Abs. 4 Satz 6 StPO ist externen Prognosegutachtern Einsicht in die Patientendaten des Krankenhauses zu gewähren. Dies wird in einem Teil der Landesgesetze auch speziell geregelt.

Jedoch haben auch der **Anwalt** (soweit der **Patient** zustimmt) und der **Patient** Akteneinsicht zu erhalten. Therapeutische Erwägungen sind hier eindeutig nachrangig (kann bei einer allgemeinen psychiatrischen Behandlung in Ausnahmefällen Relevanz haben⁵⁸²). Lediglich schützenswerte Drittdaten (z.B. Opfer) oder bei hinreichend konkreten Missbrauchshinweisen ist davon abzurücken⁵⁸³.

Dies gilt auch gegenüber dem **Betreuer** im Rahmen einer gesetzlichen Betreuung. Dies umfasst Auskünfte zur medizinischen Behandlung, wenn der Aufgabenkreis auch die Gesundheitsvorsorge umfasst.

Die **einstweilige Unterbringung nach § 126a StPO** und die **Einweisung zur Beobachtung nach § 81 StPO** dienen zur Prüfung der Voraussetzungen einer Unterbringung nach §§ 63 und 64 StGB. Es handelt sich hier um normativ geregelte Ausnahmen. In diesen hat der Patient die Preisgabe von Geheimnissen aufgrund des staatlichen Interesses an der Aufklärung eines Sachverhaltes zu dulden⁵⁸⁴. Die Behandler sind verpflichtet, gegenüber dem Gericht als Sachverständige die Informationen aus der Unterbringung weiter zu geben. Krankenunterlagen bedürfen allerdings die Zustimmung des Betroffenen.

Für **gesetzlich vorgeschriebene Offenbarungspflichten** bedarf es keiner Entbindung der Schweigepflicht, da eine umfassende Auskunftsbefugnis gegenüber den Gerichten damit geregelt ist. In häufigen Fällen liegt eine Offenbarungsbefugnis im

⁵⁸¹ Koller M (2010) S 133–163

⁵⁸² § 630g Abs 1. BGB: der Patient darf jederzeit Einsicht in seine Patientenakte verlangen. Ausnahme: es stehen gewichtige therapeutische Gründe entgegen.

⁵⁸³ BVerfG, Beschluss vom 09.01.2006 - 2 BvR 443/02

⁵⁸⁴ BGH, Beschluss vom 06.12.2001 - 1 StR 468/01

Sinne des Untergebrachten. Eine Datenzurückhaltung kann durchaus auch negative Konsequenzen für ihn haben. Ohne eine verlässliche Information über den Stand der Behandlung sind Lockerungen oder eine Entlassung oft nicht zu verantworten. Auch erschwert dies die Beantwortung der verfassungsrechtlich gebotene Verhältnismäßigkeitsprüfung bezüglich künftig drohender Straftaten sind Informationen⁵⁸⁵.

Allerdings sollte der Kreis der Personen oder Stellen, denen gegenüber die Schweigepflichtentbindung gelten soll, genau festgelegt werden, um unverhältnismäßig weite Offenbarungen auszuschließen. Außerdem sollte vorher transparent mit dem Untergebrachten besprochen werden, welche Informationen im Falle der Schweigepflichtentbindung weitergegeben werden müssten, um die therapeutische Vertrauensbeziehung nicht durch die Offenbarung von dem Patienten nicht bedachter Inhalte zu belasten.

Art. 34 BayMRVG Datenschutz

Art. 93 Abs. 2 Satz 3 und 4, Art. 95 Abs. 2, Art. 196, 197 Abs. 1 Satz 1, Abs. 2 bis 5 und 7 bis 10, Art. 198 bis 205 BayStVollzG gelten mit folgenden Maßgaben entsprechend:

1. Personenbezogene Daten über die untergebrachte oder andere Personen dürfen ohne deren Kenntnis oder bei Dritten erhoben werden, soweit sie für die Beurteilung des Gesundheitszustands der untergebrachten Person, ihre Eingliederung oder Behandlung oder für die Sicherheit oder das geordnete Zusammenleben in der Maßregelvollzugseinrichtung erforderlich sind; Art. 4 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2, Satz 3 des Bayerischen Datenschutzgesetzes (BayDSG) gilt entsprechend.

2. Die Verarbeitung personenbezogener Daten für andere Zwecke ist auch zulässig, soweit dies erforderlich ist für

- a) Gutachten in einem Verfahren über die Betreuung einer untergebrachten Person,
- b) die Geltendmachung von Ansprüchen der Maßregelvollzugseinrichtung oder von gegen sie oder einen ihrer Beschäftigten gerichteten Ansprüchen oder
- c) die Aus-, Fort- und Weiterbildung der Beschäftigten der Maßregelvollzugseinrichtung oder für die Überprüfung ihrer Tätigkeit, und überwiegende Interessen des Betroffenen der Verarbeitung nicht entgegenstehen.

⁵⁸⁵ Schöch, H. (1999), S 325–348; Schöch H (2003), S 736–780

3. Die Verarbeitung personenbezogener Daten für andere Zwecke ist auch zulässig, soweit dies zur Vorbereitung der Entscheidung über die Fortdauer der Unterbringung erforderlich ist.

4. Eine Datenübermittlung an öffentliche Stellen nach Art. 197 Abs. 4 BaySt-VollzG ist auch zulässig, soweit sie erforderlich ist für

- a) ein Verfahren über die Betreuung der untergebrachten Person,
- b) die Festsetzung, Prüfung oder Genehmigung der Kosten des Maßregelvollzugs oder
- c) Entscheidungen über Vollzugslockerungen oder Beurlaubungen.

Besondere Patientengruppen

Patienten mit Migrationshintergrund

Darunter versteht man Menschen, die selbst oder im Rahmen der Vorgeneration aus einem anderen Staat eingewandert sind. In der Bundesrepublik trifft dies auf 20 % der Bevölkerung zu. Wenn in der Maßregel bis zu 30 % Menschen mit Migrationshintergrund behandelt werden, so ist dies auf folgende Faktoren zu beziehen:⁵⁸⁶

- Die Alterspyramide bei Migranten zeigt eine höhere Basisbreite und damit stellen sie eine höhere Anzahl junger Menschen. Die Altersgruppen von 18 bis 30 Jahren sind deliktaffiner.
- Es gibt in der Allgemeinpsychiatrie ein Versorgungsdefizit hinsichtlich psychisch kranker Migranten

Dem versuchen die Forensischen Kliniken Rechnung zu tragen. Gerade dort treffen, aufgrund des engen Zusammenlebens der Insassen, Vorurteile aufeinander, die eher zu einer Gruppenbildung und einem Zusammenrotten der jeweiligen Gruppen führen. Dem versucht man wie folgt zu begegnen⁵⁸⁷:

- Fördern von Gemeinsamkeit und Gruppenkultur im Alltag.

⁵⁸⁶ Feldmann RE Jr, (Hrsg) (2013)

⁵⁸⁷ Hoffmann K (2009), S.67–74;
Saimeh N (2017)7+-89*, S 136–148

- Förderung der Sprachkompetenz, sowohl durch spezielle Unterrichtsangebote als auch durch Dolmetscherdienste.
- Thematisieren von unterschiedlichen kulturellen und religiösen Verankerungen.
- Schulen der Mitarbeiter und Reagieren auf die kulturell unterschiedlichen Konzepte von Krankheit, Delinquenz, Behandlung sowie der Akzeptanz zur verbalen Durcharbeitung von Konflikten

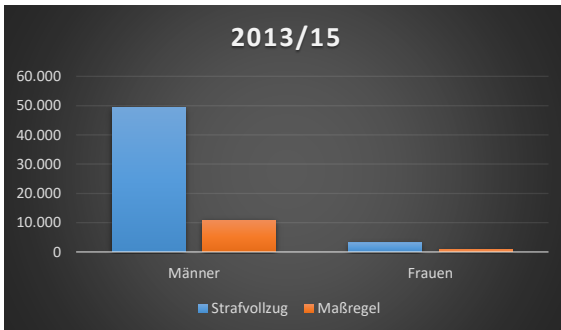
Problematisch sind aufenthaltsrechtliche Fragestellungen, drohende Abschiebung oder schlechte Sprachkenntnisse. Im Einzelfall verhindern diese die Anordnung des § 64 StGB. Umgekehrt kann eine Erkrankung als gesundheitlicher Grund auch einer Abschiebung, aus dem einmal angeordneten Maßregelvollzug nach § 64 StGB und -mehr noch - nach § 63 StGB entgegenstehen.

Patientinnen im Maßregelvollzug

Das Verhältnis von Frauen und Männern im Strafvollzug und in der Maßregel im Jahre 2015 soll im Folgenden dargestellt werden⁵⁸⁸:

| 2013-2015 | Strafvollzug | Maßregel |
|-----------|--------------|----------|
| Männer | 49.305 | 10.875 |
| Frauen | 3105 | 794 |

⁵⁸⁸ Statistisches Bundesamt (2016)



Bedenkt man, dass in der Polizeilichen Kriminalstatistik (PKS) 25% der Tatverdächtigen Frauen ausmachen, so erfordert dies eine Erklärung. Bekannt ist, dass Frauen seltener (oder kürzer) inhaftiert werden. Die Ursachen liegen in den verurteilten Delikten. So findet man bei Frauen häufiger Verletzungen der „Fürsorge- und Erziehungspflicht“ (69,3 %), die „Entziehung Minderjähriger“ (51,5 %), den „Missbrauch von Scheck- und Kreditkarten“ (46,3 %) und andere Eigentums- und Vermögensdelikte.

Psychische Störungen bestimmen diese bei Frauen das relative Gewaltisiko sogar noch stärker als bei den Männern (aufgrund der geringeren grundlegenden Gewaltbereitschaft, Basisrate der Gewalt). Dies zeigen Indexdelikte wie Tötungshandlungen (Intimpartner, Kinder) und Brandstiftungen. Gerade bei schizophrenen Frauen zeigt sich das Gewalttätigkeitsrisiko noch deutlicher als bei Männern (Metaanalyse von 20 Studien von 1970 bis 2009, n= 18432 schizophrenen Probanden)⁵⁸⁹. Ähnliche Effekte bestehen auch bei intelligenzgeminderten Frauen, die um den Faktor 25 häufiger gewalttätig sind als normalintelligente Frauen. Für Alkohol- und Drogenmissbräucherinnen besteht eine um den Faktor 15 bis 55 höhere Gewaltbereitschaft (bei Männern: Faktor 9 bis 15). Beim Vorliegen einer dissozialen Persönlichkeitsstörung bei Frauen erhöht sich die Gewaltoffenheit um den Faktor 13 (bei Männern um den Faktor 8).⁵⁹⁰

⁵⁸⁹ Fazel S, Gulati G, Linsell L, Geddes JR, Grann M (2009) Schizophrenia and violence: systematic review and metaanalysis. *PLoSMed*6(8)

⁵⁹⁰ Müller-Isberner R (2017)

Allerdings zeigen Frauen im Maßregelvollzug seltener eine direkte Gewaltbereitschaft und häufiger manipulative Tendenzen. Sie zeigen zudem stärker Borderline – Strukturen oder ausgeprägte manipulative Borderlinestörungen. Dies führt zur Forderung spezieller gendersensitiver Behandlungs- und Prognosemodelle.⁵⁹¹ In Deutschland wird üblicherweise gemischt belegt. In Taufkirchen/Vils gibt es eine der wenigen Einrichtungen speziell für forensisch untergebrachte Mütter mit kleinen Kindern (Maßregel gem. § 64 StGB).

Art. 42 BayMRVG: Untergebrachte schwangere Frauen und Mütter von Neugeborenen⁵⁹²

Für untergebrachte schwangere Frauen und Mütter von Neugeborenen gelten Art. 82 Abs. 1, 2 und 3 Satz 1 und Art. 85 BayStVollzG entsprechend.

Art. 43 BayMRVG: Untergebrachte Personen mit Kindern⁵⁹³

Für untergebrachte Personen mit Kindern gelten Art. 86 Abs. 1, 2 Satz 1 und Abs. 3 BayStVollzG entsprechend.

Junge Patienten im Maßregelvollzug

Die Strafmündigkeit beginnt mit dem vollendeten 14. Lebensjahr, bis zum 17. Lebensjahr gilt die Jugendgerichtsbarkeit (JGG), die auch unter speziellen Voraussetzungen bei Heranwachsenden (18-21 Jahre) Anwendung finden kann. In der Regel werden in den Justizvollzugsanstalten Jugendliche von den Erwachsenen getrennt untergebracht.

2015 zählte man 4258 männliche und 139 weibliche Jugendliche im Strafvollzug (2000 waren dies noch 7192 bzw. 204). Dies umfasst einen Anteil von 0.6% Jugendlicher und 4,1 % Heranwachsender an den Strafgefangenen. Aktuell ist keine entsprechende Statistik für den Maßregel zu finden. Wenn man im „Kerndatensatz im Maßregelvollzug“ (CEUS) nachforscht, so zeigt sich dasfolgende Bild:

⁵⁹¹ deVogel V, Bouman YHA, ter Horst P, Stam J, Lancel M (2016) Gewalttätige Frauen: eine Multicenter-Studie über Genderunterschiede in der forensischen Psychiatrie. *Forens Psychiatr Psychother* 23(3):279–302

⁵⁹² Freistaat Bayern (2015): Bayerisches Maßregelvollzugsgesetz. BayMRVG

⁵⁹³ Freistaat Bayern (2015): Bayerisches Maßregelvollzugsgesetz. BayMRVG

| Jahr | Jugendliche und Heranwachsende § 63 StGB | Jugendliche und Heranwachsende § 64 StGB |
|------|--|--|
| 2010 | 9,1 % | 7,5 % |
| 2014 | 7,6% | 3,9 % |

Die Unterbringungsgesetze oder Maßregelgesetze der Bundesländer wie auch die Landespsychiatriepläne sehen zunehmend spezielle Einrichtungen für dieses Klientel vor. Das Ziel ist, den besonderen Erfordernissen der Behandlung und Betreuung Jugendlicher und Heranwachsender Rechnung zu tragen.

Eine Mischung mit zivilrechtlich untergebrachten Jugendlichen dürfte hier nicht zweckmäßig sein, auch wenn dies einige Bundesländer praktizieren. Damit handelt es sich hier um eine noch nicht gelöste Anforderung ans Behandlungssystem.⁵⁹⁴ Dabei sind die spezifischen Anforderungen offensichtlich:

- Ausrichten der Behandlung an dem spezifischen Entwicklungsstadium des Jugendlichen.
- Einbeziehung der Eltern
- Besondere sensible medikamentöse Fragestellungen
- Einsatz von Erziehern
- Angebot spezifischer Freizeitangebote
- Beschulung und Ausbildung, ggf. Möglichkeit von Außenschulbesuchen je nach Lockerung und Therapiefortschritt.

Der Zeitpunkt des Übergangs in den Erwachsenenmaßregelvollzug sollte individuell flexibel gehandhabt werden.

Art. 44 BayMRVG: Junge untergebrachte Personen⁵⁹⁵

(1) Der Vollzug der Unterbringung von Personen, die zur Tatzeit das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten, soll erzieherisch ausgestaltet werden, solange sie das 24. Lebensjahr noch nicht vollendet haben (junge untergebrachte Personen), soweit dies bei Volljährigkeit angezeigt ist. Art. 126 Abs. 2 BayStVollzG gilt entsprechend.

⁵⁹⁴ Weissbeck W., (2009)

⁵⁹⁵ Freistaat Bayern (2015): BayMRVG

(2) Junge untergebrachte Personen sind nach Möglichkeit in spezialisierten Einrichtungen unterzubringen.

(3) Schulpflichtige junge untergebrachte Personen erhalten in der Maßregelvollzugseinrichtung allgemein- oder berufsbildenden Unterricht in Anlehnung an die für öffentliche Schulen geltenden Vorschriften, soweit dies ihr Gesundheitszustand und die räumlichen und organisatorischen Verhältnisse der Maßregelvollzugseinrichtung zulassen.

(4) Jungen untergebrachten Personen werden altersgemäße Beschäftigungs-, Bildungs- und Freizeitmöglichkeiten sowie entwicklungsfördernde Hilfestellungen angeboten. Die Bereitschaft zur Annahme dieser Angebote ist zu wecken und zu fördern.

(5) Besuche bei minderjährigen untergebrachten Personen, ihr Schrift- und Paketverkehr und ihre Telefongespräche mit bestimmten Personen können außer unter den Voraussetzungen der Art. 12 und 13 auch untersagt und abgebrochen werden, wenn die Personensorgeberechtigten damit nicht einverstanden sind.

Lockerungen, Aussetzung bzw. Erledigung von Haftstrafe und Maßregelvollzug

Lockerungen im Maßregelvollzug dienen nicht einem Hedonismus sondern dienen zweckbestimmt der Prüfung der Prognosethesen. Neben den therapeutischen Aspekten dienen sie auch den rechtlichen Vorgaben. Damit dienen die Prognosen folgendem:

- Organisation der Zeit nach der Maßregel (Wiedereingliederung zu erleichtern)
- Schaffen neuer Ziele, nach dem sich das Leben des Maßregelpatienten ausrichten wird
- Überprüfen der Therapiefortschritte, Erarbeiten neue Ziele
- Fördern der Behandlungsmotivation
- Verhältnismäßigkeitsgebot: Rechtlich gilt das Gebot die notwendige Unterbringung und den Eingriff in die Freiheit des Untergebrachten, die der vom Patienten ausgehenden Gefährlichkeit gilt, so gering wie möglich zu bemessen. Damit ist die Sicherheit der Allgemeinheit die zentrale Begründung.
- Vollzugslockerungen tragen für das Gericht wesentlich dazu bei, die Grundlage der prognostischen Beurteilung (Fortdauer oder Aussetzung der Maßregel) zu erweitern.

Dies bedingt für die Lockerungen folgendes:

- Konkrete Belege für die Zielsetzung (hinreichend konkret)
- Hinweise auf den Umgang mit den Lockerungen (Freiheitsräume nicht missbrauchend)
- Umgang mit freier Zeit, Lebensgestaltung

Zur Planung der Verfahren gibt es landesrechtliche Verfahren. Diese gelten der Einbeziehung der Institutionen (Gericht, Staatsanwaltschaft, Aufsichtsbehörde) und der Art ihrer Beteiligung (Anhörung, Benehmen, Zustimmung). Diese Maßnahmen sind zeitgerecht durchzuführen.

In der Regel werden heute gestufte Modelle des Gewährens der Freiheit angeboten. Diese umfassen je nach Landesregelungen verschiedene Verfahren, die jeweils in eigene Begriffe gefasst sind:

- Lockerungen in Form von (gefesselten oder streng begleiteten) Ausführungen
- vollbegleitete, teilbegleitete und unbegleitete (alleinige) Ausgänge, jeweils innerhalb des Klinikgeländes, oder extramuralen Ausgang
- kürzere und längere Urlaube
- Erwerbstätigkeit
- verschiedene Formen der Entlassungs- oder Langzeitbeurlaubungen
- bei beanstandungsfreiem Verlauf - offener Vollzug

Lockerungen sind somit kein Experiment zukünftigen normkonformen oder -widrigen Verhaltens von Kranken und Kriminellen zu Lasten der Allgemeinheit. Sie dienen damit folgenden Zielen:

- Notwendig zur Erreichung der Vollzugsziele
 - Reintegration des Täters in die Gemeinschaft
 - Gestaltung eines zukünftigen straftatfreien Lebens
- Im Vorfeld der Genehmigung sind zu prüfen:
 - Analyse des konkreten Verhaltens des Betroffenen
 - Grundsatz „Im Zweifel gegen den Verurteilten/ Untergebrachten!“

Voraussetzungen für die Lockerungen sind eine aktuelle Analyse des Behandlungsstandes und des Risikos. Weiterhin hat die Einrichtung darüber zu entscheiden, welches Behandlungsziel mit der vorgesehenen Maßnahme erreicht werden soll, und unter welchen Bedingungen und mit welcher Wahrscheinlichkeit damit zu rechnen

ist, dass der Untergebrachte diese anstehende Lockerung weder zur Flucht noch zu rechtswidrigen Taten missbrauchen wird. Dabei sind immer das aktuelle Urteil, der Registerauszug, ggf. Vorverurteilungen, die Krankheitsanamnese, die Delinquenzanamnese, das Verhalten in der Unterbringung, Therapieziele, protektive sowie Risikofaktoren einzubeziehen. Bei der Planung muss auch überlegt werden, wie schnell und mit welchen Mitteln der Untergebrachte zurückgeholt werden kann, wenn die Maßnahme zu misslingen droht; das gilt in besonderem Maße für die Planung einer Entlassung und die Zeit der Führungsaufsicht danach.

Jede Lockerung bedarf eines transparenten und strukturierten mehrstufigen Verfahrens, in dem die Erkenntnisse des multiprofessionellen Teams, der leitenden Ärzte und Psychologen und - verantwortlich nach außen - der Vollzugsleitung zusammengeführt werden. Dies muss dokumentiert werden und kann dann im positiven Fall zu einem mehrstufigen Lockerungsprozess führen. Im negativen Fall wird das Misslingen aufgearbeitet.

Verweigerte Lockerungen sind zu begründen, da diese geeignet sind, zur Verlängerung des Freiheitsentzuges zu führen. Im Falle des Maßregelvollzuges nach § 64 StGB entsteht rasch das Problem mit der Höchstfrist der Unterbringung. Dies kann allerdings auch bei Unterbringungen nach § 63 StGB nach der Novellierung vom 01.08.2016 aufgrund der Verhältnismäßigkeitsgründen auftreten. Wenn aus normativen Gründen, ohne Rücksicht darauf, ob die Behandlung abgeschlossen ist, trotz negativer Kriminalprognose entlassen wird, relativiert dies den Wert der Lockerungen im Therapieprozess (und – Konzept). Sie sind dann nicht mehr zu begründen und zu verantworten. Sie würden dann nur noch eine Entlassung mehr schlecht als recht vorbereiten. Damit bleibt die rechtliche und gesellschaftliche Verantwortung gleichwohl bei der Klinik. Entlassungen weiterhin besonders gefährlicher Patienten bedürfen einer gemeinsamen, nach außen vertretenen, Verantwortung.

Art. 16 BayMRVG Vollzugslockerungen

- (1) Der Vollzug der Unterbringung ist zu lockern, sobald
1. zu erwarten ist, dass dadurch die Behandlung und die soziale Wiedereingliederung gefördert werden, und
 2. nach allen aus der bisherigen Behandlung gewonnenen Erkenntnissen davon auszugehen ist, dass die untergebrachte Person die ihr eingeräumten Vollzugslockerungen nicht missbrauchen wird.

²Bei der Entscheidung über die Gewährung von Vollzugslockerungen wird insbesondere auch berücksichtigt, ob eine Entlassung der untergebrachten Person absehbar ist.

- (2) Vollzugslockerungen sind

1. das Verlassen der Maßregelvollzugseinrichtung oder des gesicherten Bereichs der Maßregelvollzugseinrichtung für eine bestimmte Tageszeit in Begleitung von Beschäftigten (begleiteter Ausgang) oder ohne Aufsicht (unbegleiteter Ausgang),

die regelmäßige Beschäftigung außerhalb der Maßregelvollzugseinrichtung unter Aufsicht von Beschäftigten der Einrichtung (begleitete Außenbeschäftigung) oder ohne deren Aufsicht (unbegleitete Außenbeschäftigung).

Beurlaubungen

Beurlaubungen gelten nicht nur der nach Hause, sondern bieten vor allem vor einer möglichen Entlassung dem Patienten die Möglichkeit, den Kontakt zu einer sozial-psychiatrischen Einrichtung aufzubauen. Doch selbst ein Urlaub zur Familie sichert nicht nur die Beziehung dorthin und bietet eine realitätsnahe Abschätzung prognostischer Thesen, sondern wirkt auch einem, zur Unterbringungszeit konkordanten, Risiko einer Hospitalisierung entgegen.

Gerade die Aufgaben der Zukunft, die die Gemeindepsychiatrie leisten muss, wie der hessische Angehörigenverband deutlich macht, werden ohne Beurlaubungen kaum umzusetzen sein:

„Zur grundsätzlichen Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Gemeindepsychiatrie und Maßregelvollzug ist die Sicherstellung der Übernahme gemeinsamer Verantwortung notwendig. Der Personenkreis der Menschen im Maßregelvollzug muss in allen Bereichen des gemeindepsychiatrischen Hilfesystems Zugang finden. Idealerweise bieten sich dafür die Strukturen der Gemeindepsychiatrischen Verbände an. Auch wenn diese sich nicht bilden, ist in die Wege zu leiten, dass für die Anbieter gemeindepsychiatrischer Leistungen die Unterstützung von Menschen aus dem Maßregelvollzug zur selbstverständlichen Pflicht und Aufgabe wird. So sollten sich die Übernahme von Versorgungsverpflichtungen und die Bereitschaft zur Aufnahme von Patienten des Maßregelvollzugs in den Leistungsvereinbarungen zwischen den Trägern der Eingliederungshilfe und den Leistungserbringern finden. Auch auf der Ebene der Rahmenverträge auf Landesebene kann dies vereinbart werden. Wenn sich dazu in den Psychisch-Kranken-Gesetzen der Länder Aussagen dazu finden (z.B. PsychKG Berlin), ist eine gesetzliche Grundlage für die Vereinbarungen gegeben. Insbesondere bei der Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes in den kommenden Jahren sollten diese Aspekte Berücksichtigung finden.“

Auch auf der rechtlichen Seite stehen Beurlaubungen dem Patienten zu. So urteilt das OLG Karlsruhe wie folgt:

„Die Annahme einer Missbrauchsgefahr i.S.d. § 51 Abs. 4 PsychKHG BW setzt konkrete Hinweise auf eine nicht unerhebliche, von dem Untergebrachten ausgehende

*Gefährdung voraus. Hierfür ist nicht ausreichend, dass eine "gewisse Gefährdung" nicht ausgeschlossen werden kann.*⁵⁹⁶

In diesem Sinne ist auch das bayerische Maßregelrecht zu verstehen. Hier wird sogar das Probewohnen eigens behandelt. Dabei werden Kriterien für die sozialen Einrichtungen vorgegeben. Dieses ist inhaltlich sicher gut nachzuvollziehen, andererseits engt dies den Kreis der Einrichtungen massiv ein, die überhaupt für eine Entlassung von Maßregelpatienten in Frage kommen. Hier wird die Wirkung auf die Entlassung abzuwarten sein.

Art. 17 BayMRVG Beurlaubung

(1) Die untergebrachte Person kann bei Vorliegen der Voraussetzungen des Art. 16 Abs. 1 beurlaubt werden. Eine Beurlaubung darf zusammenhängend höchstens für zwei Wochen und innerhalb eines Jahres höchstens für sechs Wochen gewährt werden.

(2) Während der Beurlaubung hat die untergebrachte Person Anspruch auf Behandlung nach Art. 7 Abs. 1 nur durch die zuständige Maßregelvollzugseinrichtung; Art. 7 Abs. 2 gilt entsprechend. Ist eine Behandlung nach Satz 1 wegen einer Gefahr für Leben oder Gesundheit nicht rechtzeitig möglich, darf die untergebrachte Person Behandlungsmaßnahmen Dritter in Anspruch nehmen. Die untergebrachte Person ist verpflichtet, die Maßregelvollzugseinrichtung unverzüglich darüber zu informieren. Der Träger erstattet dem Dritten die nach Satz 2 anfallenden Behandlungskosten. Sätze 1, 2 und 4 gelten nicht, wenn die untergebrachte Person auf Grund einer Beschäftigung außerhalb der Maßregelvollzugseinrichtung (Art. 10 Abs. 3) krankenversichert ist.

Art. 18 BayMRVG Beurlaubung zum Zwecke des Probewohnens

(1) Zur Vorbereitung der Entlassung kann ohne Zustimmung der Fachaufsichtsbehörde nach Unterrichtung der Strafvollstreckungskammer oder bei einer Unterbringung nach § 7 des Jugendgerichtsgesetzes nach Unterrichtung des Jugendrichters eine Beurlaubung nach Art. 17 in eine geeignete Wohnform für längstens 18 Monate erfolgen (Probewohnen). Eine erneute Beurlaubung nach Satz 1 ist frühestens nach sechs Monaten zulässig. Die Kosten des Probewohnens sind Kosten des Maßregelvollzugs.

(2) Die Träger können sich zur Erfüllung der Aufgabe des Probewohnens privater Einrichtungen bedienen. Die privaten Einrichtungen müssen

⁵⁹⁶ OLG Karlsruhe Beschluß vom 13.1.2015, Az: 2 Ws 2/15

1. die notwendige Zuverlässigkeit und Fachkunde aufweisen,
2. eine geeignete Wohnform für das Probewohnen bereitstellen,
3. die zur ordnungsgemäßen Durchführung des Probewohnens erforderlichen personellen, sachlichen, baulichen und organisatorischen Voraussetzungen erfüllen,
4. dem Träger Kontroll- und Eingriffsmöglichkeiten einräumen sowie
5. die datenschutzrechtlichen Bestimmungen dieses Gesetzes einhalten.

Die Rechte der Fachaufsichtsbehörde gelten entsprechend gegenüber der privaten Einrichtung.

(3) Der Träger kann ausschließlich nachfolgende hoheitliche Befugnisse auf die privaten Einrichtungen übertragen, soweit dies nach der Art und Weise des Probewohnens erforderlich ist:

1. Behandlungen, Untersuchungen und Maßnahmen, die die Leitung der Maßregelvollzugseinrichtung angeordnet hat, nach Maßgabe der Art. 6 Abs. 3 Nr. 2 Buchst. b, Abs. 6 Satz 1, Art. 7 Abs. 3 Satz 1 und Abs. 4,
2. Beschränkung der Zimmerausstattung und Entzug von persönlichen Gegenständen nach Maßgabe des Art. 9,
3. Beschränkung des Besuchsrechts nach Maßgabe der Art. 12 und 44 Abs. 5,
4. Überwachung von Schriftverkehr bzw. Paketen und von Telefongesprächen nach Maßgabe der Art. 13 und 44 Abs. 5,
5. Erlass einer Hausordnung nach Maßgabe des Art. 15,
6. Vornahme von Durchsuchungen und Untersuchungen nach Maßgabe des Art. 24,
7. Anordnung besonderer Sicherungsmaßnahmen nach Maßgabe des Art. 25 bei Gefahr im Verzug,
8. Anordnung einer Fixierung nach Maßgabe des Art. 26 bei Gefahr im Verzug und
9. Anwendung unmittelbaren Zwangs nach Maßgabe des Art. 27 bei Gefahr im Verzug.

Die Übertragung bedarf der Schriftform. Art. 49 Abs. 2 gilt entsprechend. Werden Befugnisse nach Satz 1 wahrgenommen, ist die Leitung der zuständigen Maßregelvollzugseinrichtung unverzüglich zu informieren.

Art. 19 BayMRVG Beteiligung der Vollstreckungsbehörde

(1) Bevor unbegleiteter Ausgang, unbegleitete Außenbeschäftigung, eine Beurlaubung, eine Beurlaubung zum Zwecke des Probewohnens oder bei Personen mit besonderem Sicherheitsbedürfnis unbegleiteter Geländegang gewährt wird, ist die Vollstreckungsbehörde zu hören.

(2) Werden Lockerungen des Vollzugs gewährt, ist die Vollstreckungsbehörde zu informieren.

Sonderkapitel Vorführung, Ausführungen

In der Maßregel lassen sich Ausführungen und Vorführungen nur schwer vermeiden. Dies umfasst oft schon die Vorführung vor Gericht aus einer Unterbringung gem. § 126a StPO und häufig werden die Patienten auch für Zeugenaussagen in anderen Prozessen benötigt. Dabei dienen begleitete Ausführungen auch Besuchen von Familienfeiern, Facharztbesuchen und ähnlichem. Hier haben auch die Einrichtungen ein Interesse, dass diese Maßnahmen erfolgen können.

Art. 21 BayMRVG Ausführung und Vorführung

(1) Ausführungen können aus wichtigen Gründen zugelassen werden, obwohl die Voraussetzungen des Art. 16 Abs. 1 nicht erfüllt sind. Die Maßregelvollzugseinrichtung trifft die erforderlichen Sicherungsvorkehrungen.

(2) Auf Ersuchen eines Gerichts ermöglicht die Maßregelvollzugseinrichtung die Vorführung der untergebrachten Person. Die Maßregelvollzugseinrichtung unterrichtet das Gericht über das Veranlasste.

Die Kosten von Ausführungen und Vorführungen, die auf Wunsch der untergebrachten Person oder überwiegend in ihrem Interesse durchgeführt werden, trägt die untergebrachte Person. Dies gilt auch, soweit der untergebrachten Person hinsichtlich der Kosten von Ausführungen und Vorführungen ein Erstattungsanspruch zusteht. Von der Geltendmachung der Kosten gegenüber der untergebrachten Person kann abgesehen werden, wenn dies die Behandlung oder die Eingliederung behindern würde.

Prognostischer Rahmen für Lockerungen

Prognoseentscheidungen erfolgen nicht ad libitum. Es gibt klare Vorgaben für die ärztlichen und psychotherapeutischen Prognoseentscheidungen:

- Lockerungen (und deren Versagung oder Zurücknahme) werden nach einer Risikoeinschätzung entschieden. Diese sind davon abhängig, ob Straftaten oder die Flucht befürchtet werden müssen.

- Das Ermessen erfolgt aus dem Verlauf des Vollzugs heraus. Dabei sind die Angemessenheit (Verhältnismäßigkeit) und die Ausrichtung auf den Zweck der Maßregel Kriterien, die auch vom Vollstreckungsgericht geprüft werden können.
- Die Entscheidung des Gerichtes richtet sich jedoch vor allem auf die Fortdauer der Unterbringung oder deren Aussetzung. (§ 67d Abs. 2 StGB)

| § 67d Dauer der Unterbringung |
|-------------------------------|
|-------------------------------|

| |
|---|
| <p>(1) Die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt darf zwei Jahre nicht übersteigen. Die Frist läuft vom Beginn der Unterbringung an. Wird vor einer Freiheitsstrafe eine daneben angeordnete freiheitsentziehende Maßregel vollzogen, so verlängert sich die Höchstfrist um die Dauer der Freiheitsstrafe, soweit die Zeit des Vollzugs der Maßregel auf die Strafe angerechnet wird.</p> |
|---|

| |
|---|
| <p>(2) Ist keine Höchstfrist vorgesehen oder ist die Frist noch nicht abgelaufen, so setzt das Gericht die weitere Vollstreckung der Unterbringung zur Bewährung aus, wenn zu erwarten ist, daß der Untergebrachte außerhalb des Maßregelvollzugs keine erheblichen rechtswidrigen Taten mehr begehen wird. Gleiches gilt, wenn das Gericht nach Beginn der Vollstreckung der Unterbringung in der Sicherungsverwahrung feststellt, dass die weitere Vollstreckung unverhältnismäßig wäre, weil dem Untergebrachten nicht spätestens bis zum Ablauf einer vom Gericht bestimmten Frist von höchstens sechs Monaten ausreichende Betreuung im Sinne des § 66c Absatz 1 Nummer 1 angeboten worden ist; eine solche Frist hat das Gericht, wenn keine ausreichende Betreuung angeboten wird, unter Angabe der anzubietenden Maßnahmen bei der Prüfung der Aussetzung der Vollstreckung festzusetzen. Mit der Aussetzung nach Satz 1 oder 2 tritt Führungsaufsicht ein.</p> |
|---|

| |
|---|
| <p>(3) Sind zehn Jahre der Unterbringung in der Sicherungsverwahrung vollzogen worden, so erklärt das Gericht die Maßregel für erledigt, wenn nicht die Gefahr besteht, daß der Untergebrachte erhebliche Straftaten begehen wird, durch welche die Opfer seelisch oder körperlich schwer geschädigt werden. Mit der Entlassung aus dem Vollzug der Unterbringung tritt Führungsaufsicht ein.</p> |
|---|

| |
|--|
| <p>(4) Ist die Höchstfrist abgelaufen, so wird der Untergebrachte entlassen. Die Maßregel ist damit erledigt. Mit der Entlassung aus dem Vollzug der Unterbringung tritt Führungsaufsicht ein.</p> |
|--|

| |
|--|
| <p>(5) Das Gericht erklärt die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt für erledigt, wenn die Voraussetzungen des § 64 Satz 2 nicht mehr vorliegen. Mit der Entlassung aus dem Vollzug der Unterbringung tritt Führungsaufsicht ein.</p> |
|--|

(6) Stellt das Gericht nach Beginn der Vollstreckung der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus fest, dass die Voraussetzungen der Maßregel nicht mehr vorliegen oder die weitere Vollstreckung der Maßregel unverhältnismäßig wäre, so erklärt es sie für erledigt. Dauert die Unterbringung sechs Jahre, ist ihre Fortdauer in der Regel nicht mehr verhältnismäßig, wenn nicht die Gefahr besteht, dass der Untergebrachte infolge seines Zustandes erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird, durch welche die Opfer seelisch oder körperlich schwer geschädigt werden oder in die Gefahr einer schweren körperlichen oder seelischen Schädigung gebracht werden. Sind zehn Jahre der Unterbringung vollzogen, gilt Absatz 3 Satz 1 entsprechend. Mit der Entlassung aus dem Vollzug der Unterbringung tritt Führungsaufsicht ein. Das Gericht ordnet den Nichteintritt der Führungsaufsicht an, wenn zu erwarten ist, dass der Betroffene auch ohne sie keine Straftaten mehr begehen wird⁵⁹⁷.

§ 57 StGB Aussetzung des Strafrestes bei zeitiger Freiheitsstrafe

(1) Das Gericht setzt die Vollstreckung des Restes einer zeitigen Freiheitsstrafe zur Bewährung aus, wenn

1. zwei Drittel der verhängten Strafe, mindestens jedoch zwei Monate, verbüßt sind,
2. dies unter Berücksichtigung des Sicherheitsinteresses der Allgemeinheit verantwortet werden kann, und
3. die verurteilte Person einwilligt.

Bei der Entscheidung sind insbesondere die Persönlichkeit der verurteilten Person, ihr Vorleben, die Umstände ihrer Tat, das Gewicht des bei einem Rückfall bedrohten Rechtsguts, das Verhalten der verurteilten Person im Vollzug, ihre Lebensverhältnisse und die Wirkungen zu berücksichtigen, die von der Aussetzung für sie zu erwarten sind.

(2) Schon nach Verbüßung der Hälfte einer zeitigen Freiheitsstrafe, mindestens jedoch von sechs Monaten, kann das Gericht die Vollstreckung des Restes zur Bewährung aussetzen, wenn

1. die verurteilte Person erstmals eine Freiheitsstrafe verbüßt und diese zwei Jahre nicht übersteigt oder

⁵⁹⁷ Fassung aufgrund des Gesetzes zur Novellierung des Rechts der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus gemäß § 63 des Strafgesetzbuches und zur Änderung anderer Vorschriften vom 08.07.2016

2. die Gesamtwürdigung von Tat, Persönlichkeit der verurteilten Person und ihrer Entwicklung während des Strafvollzugs ergibt, dass besondere Umstände vorliegen,

und die übrigen Voraussetzungen des Absatzes 1 erfüllt sind.

(3) Die §§ 56a bis 56e gelten entsprechend; die Bewährungszeit darf, auch wenn sie nachträglich verkürzt wird, die Dauer des Strafrestes nicht unterschreiten. Hat die verurteilte Person mindestens ein Jahr ihrer Strafe verbüßt, bevor deren Rest zur Bewährung ausgesetzt wird, unterstellt sie das Gericht in der Regel für die Dauer oder einen Teil der Bewährungszeit der Aufsicht und Leitung einer Bewährungshelferin oder eines Bewährungshelfers.

(4) Soweit eine Freiheitsstrafe durch Anrechnung erledigt ist, gilt sie als verbüßte Strafe im Sinne der Absätze 1 bis 3.

(5) Die §§ 56f und 56g gelten entsprechend. Das Gericht widerruft die Strafaussetzung auch dann, wenn die verurteilte Person in der Zeit zwischen der Verurteilung und der Entscheidung über die Strafaussetzung eine Straftat begangen hat, die von dem Gericht bei der Entscheidung über die Strafaussetzung aus tatsächlichen Gründen nicht berücksichtigt werden konnte und die im Fall ihrer Berücksichtigung zur Versagung der Strafaussetzung geführt hätte; als Verurteilung gilt das Urteil, in dem die zugrunde liegenden tatsächlichen Feststellungen letztmals geprüft werden konnten.

(6) Das Gericht kann davon absehen, die Vollstreckung des Restes einer zeitigen Freiheitsstrafe zur Bewährung auszusetzen, wenn die verurteilte Person unzureichende oder falsche Angaben über den Verbleib von Gegenständen macht, die der Einziehung von Taterträgen unterliegen.

(7) Das Gericht kann Fristen von höchstens sechs Monaten festsetzen, vor deren Ablauf ein Antrag der verurteilten Person, den Strafrest zur Bewährung auszusetzen, unzulässig ist.

Die Aussetzung folgt dann dem § 57 Abs. 1 S. 2 StGB, hier wird die Verhältnismäßigkeit zwischen der Freiheitsbeschränkung und dem Sicherheitsinteresse der Allgemeinheit“ vorgeschrieben. In dieser Entscheidung sind folgende Aspekte mit einzubeziehen:

- die Persönlichkeit des Verurteilten/Untergebrachten
- sein Vorleben
- die Umstände seiner Tat
- das Gewicht des bei einem Rückfall bedrohten Rechtsguts
- sein Verhalten im Vollzug

- seine Lebensverhältnisse
- die Wirkungen, die von der Aussetzung für ihn zu erwarten sind.

Damit wird im Rahmen des § 454 Abs. 2 StPO prognostisch beurteilt, ob die in der Tat zutage getretene Gefährlichkeit fortbesteht. Hierzu gibt es eine Präzisierungsvorschrift durch die höchstrichterliche Rechtsprechung⁵⁹⁸:

- Die Besonderheiten des Falles sind zu beachten
- der Grad der Wahrscheinlichkeit neuer Taten ist zu konkretisieren
- die seit der Anordnung der Maßregel veränderten Umstände sind anzugeben
- Dabei ist herauszuarbeiten, was in der Zukunft für den Betroffenen die Zukunft bestimmen wird (die zu erwartenden künftigen Lebensumstände). Dies kann auch die Wirkung der Führungsaufsicht und weitere Maßnahmen und Hilfestellungen beinhalten.

§ 454 Abs. 1 StPO:

(1) Die Entscheidung, ob die Vollstreckung des Restes einer Freiheitsstrafe zur Bewährung ausgesetzt werden soll (§§ 57 bis 58 des Strafgesetzbuches) sowie die Entscheidung, daß vor Ablauf einer bestimmten Frist ein solcher Antrag des Verurteilten unzulässig ist, trifft das Gericht ohne mündliche Verhandlung durch Beschluß. Die Staatsanwaltschaft, der Verurteilte und die Vollzugsanstalt sind zu hören. Der Verurteilte ist mündlich zu hören. Von der mündlichen Anhörung des Verurteilten kann abgesehen werden, wenn

1. die Staatsanwaltschaft und die Vollzugsanstalt die Aussetzung einer zeitigen Freiheitsstrafe befürworten und das Gericht die Aussetzung beabsichtigt,
2. der Verurteilte die Aussetzung beantragt hat, zur Zeit der Antragstellung
 - a) bei zeitiger Freiheitsstrafe noch nicht die Hälfte oder weniger als zwei Monate,
 - b) bei lebenslanger Freiheitsstrafe weniger als dreizehn Jahre

der Strafe verübt hat und das Gericht den Antrag wegen verfrühter Antragstellung ablehnt oder

⁵⁹⁸ BVerfGE 70, 297, 313

der Antrag des Verurteilten unzulässig ist (§ 57 Abs. 7, § 57a Abs. 4 des Strafgesetzbuches).

Das Gericht entscheidet zugleich, ob eine Anrechnung nach § 43 Abs. 10 Nr. 3 des Strafvollzugsgesetzes ausgeschlossen wird.

(2) Das Gericht holt das Gutachten eines Sachverständigen über den Verurteilten ein, wenn es erwägt, die Vollstreckung des Restes

1. der lebenslangen Freiheitsstrafe auszusetzen oder
2. einer zeitigen Freiheitsstrafe von mehr als zwei Jahren wegen einer Straftat der in § 66 Abs. 3 Satz 1 des Strafgesetzbuches bezeichneten Art auszusetzen und nicht auszuschließen ist, daß Gründe der öffentlichen Sicherheit einer vorzeitigen Entlassung des Verurteilten entgegenstehen.

Das Gutachten hat sich namentlich zu der Frage zu äußern, ob bei dem Verurteilten keine Gefahr mehr besteht, daß dessen durch die Tat zutage getretene Gefährlichkeit fortbesteht. Der Sachverständige ist mündlich zu hören, wobei der Staatsanwaltschaft, dem Verurteilten, seinem Verteidiger und der Vollzugsanstalt Gelegenheit zur Mitwirkung zu geben ist. Das Gericht kann von der mündlichen Anhörung des Sachverständigen absehen, wenn der Verurteilte, sein Verteidiger und die Staatsanwaltschaft darauf verzichten.

(3) Gegen die Entscheidungen nach Absatz 1 ist sofortige Beschwerde zulässig. 2Die Beschwerde der Staatsanwaltschaft gegen den Beschluß, der die Aussetzung des Strafrestes anordnet, hat aufschiebende Wirkung.

(4) Im Übrigen sind § 246a Absatz 2, § 268a Absatz 3, die §§ 268d, 453, 453a Absatz 1 und 3 sowie die §§ 453b und 453c entsprechend anzuwenden. Die Belehrung über die Aussetzung des Strafrestes wird mündlich erteilt; die Belehrung kann auch der Vollzugsanstalt übertragen werden. Die Belehrung soll unmittelbar vor der Entlassung erteilt werden.

Dabei ist immer zu prüfen, inwieweit die Bewertung in die Zuständigkeit des Gerichts (Gewicht des Rechtsguts) oder des Gutachters /Maßregel (psychotische Zustand) fällt.

Risikobewertung

Die Risikobewertungen im Maßregelvollzug betreffen folgende Zeitpunkte:

- bei der Aufnahme zur Beurteilung des Sicherungsbedarfs
- im weiteren Verlauf zur Behandlungsplanung
- zu unterschiedlichen Zeitpunkten für Lockerungen und in Krisen

- Frage der Fortdauer der Unterbringung

Dabei ist die Risikobeurteilung selbst notwendig, da die Behandlung dem Ziel der Risikominderung gilt. Damit ist die Risikobewertung die Grundlage der Behandlungsmaßnahmen selbst. Weiterhin gilt es, Zwischenfälle zu vermeiden und nicht erforderliche Therapiemaßnahmen zu unterlassen. Die Risikobeurteilung ist eng mit den Entscheidungs-, Kommunikations-, und Dokumentationsstrukturen eng verbunden.

Methode der Risikobeurteilung: es werden die im individuellen Fall vorliegenden (genauer unter dem Kapitel 5 Prognose)

- statischen (unveränderlichen) Risikofaktoren
- dynamischen (prinzipiell veränderbaren) Risikofaktoren
- protektiven Faktoren
- einschließlich des sozialen Umfelds

identifiziert und bewertet.

Zur Erleichterung der Erfassung der Risikofaktoren und protektiven Faktoren gibt es im deutschen Raum eine Reihe reliabler und valider Prognoseinstrumente⁵⁹⁹.

Aussetzung der Haftstrafe (§§ 57 Abs. 1 StGB, 454 Abs. 2 StPO)

Die Aussetzung von Haftstrafen, die länger als zwei Jahre vollzogen wird, bedarf es eines Gutachtens eines Sachverständigen

Das Gutachten hat als Auftrag zu entscheiden ob bei dem Verurteilten keine Gefahr mehr besteht, dass dessen, durch die Tat(en) zutage getretene Gefährlichkeit fortbesteht“.

Dabei wird ein gewisses Risiko des Fehlschlagens der Erprobung in Kauf genommen, da es eine absolute Gefährlosigkeit nicht gibt⁶⁰⁰. Dabei gibt es auch keine Ga-

⁵⁹⁹ Nedopil, N (2011) ; Rettenberger, M (2013)

⁶⁰⁰ BVerfG, NJW 1998, 2202, 2204.

rantien. Der Gutachter hat eine auf Tatsachen begründete Wahrscheinlichkeit zu vermitteln⁶⁰¹. Die 1998 in Kraft getretenen Änderung des § 454 StPO führt zu keinen Verschärfungen der Voraussetzungen⁶⁰².

- „Gefährlichkeit“ gem. § 454 Abs. 2 StPO: Diese definiert „eine relevant erhöhte individuelle Disposition zur Begehung erheblicher Straftaten“⁶⁰³
- Die in § 57 StGB Abs. 1 Satz 2 genannten Leitlinien für die Frage, ob die in der Tat zutage getretene Gefährlichkeit fortbesteht, sind zu beachten: „Bei der Entscheidung sind namentlich die Persönlichkeit des Verurteilten, sein **Vorleben**, die **Umstände seiner Tat**, das **Gewicht** des bei einem Rückfall bedrohten **Rechtsguts**, das **Verhalten** des Verurteilten **im Vollzug**, seine **Lebensverhältnisse** und die **Wirkungen** zu berücksichtigen, die **von der Aussetzung für ihn** zu erwarten sind.“
- Es muss dabei bei der Frage nach dem zukünftigen Verhalten eine **wirkliche, naheliegende Chance** für ein realistischerweise positives Ergebnis der Bewährung ergeben⁶⁰⁴.
- Die **Wahrscheinlichkeit** dafür muss in einem **erhöhten Maße** bestehen, dass es zu keiner Wiederholungstat kommt⁶⁰⁵.

Forensische Nachsorgeambulanz(en)

In der Behandlung von Maßregelvollzugspatienten kommt der Nachsorge im Anschluss an die stationäre Behandlungsphase eine zentrale rückfallpräventive Bedeutung zu. Die Hauptaufgaben der forensischen Nachsorge bestehen darin, die Entlassenen bei ihrer weiteren Verselbständigung zu unterstützen, krisenhafte Entwicklungen frühzeitig zu erkennen und entsprechende Maßnahmen einzuleiten, um der Gefahr erneuter Straftaten entgegenzuwirken. Dies geschieht in enger Zusammenarbeit mit allen am Prozess Beteiligten, insbesondere mit der Führungsaufsicht und der Bewährungshilfe. Im Rahmen von Helferkonferenzen werden alle relevanten Informationen zusammengetragen, notwendige Interventionen veranlasst und ver-

⁶⁰¹ OLG Koblenz, NStZ 1998, 591.

⁶⁰² OLG Ffm vom 10. 7. 1998 - 3 Ws 491/98.

⁶⁰³ Kröber, HL (2006) 82.

⁶⁰⁴ OLG Düsseldorf NStZ 1988, 272; OLG Karlsruhe, Strafverteidiger 1993, 260.

⁶⁰⁵ BVerfG, Beschluss vom 22. 3. 1998, NStZ 1998, 374; OLG Hamm, NStZ 1998, 376; OLG Koblenz, NStZ 1998, 591; OLG Düsseldorf, NStZ 1999, 478.

bindliche Absprachen auch mit den Klienten/Probanden getroffen. Ein Fallkoordinator übernimmt bei der ambulanten Betreuung eine Schlüsselposition im Sinne eines „Case – Management“. Den schwierigen Prozess der Überleitung in Nachsorgemaßnahmen zu steuern und zu koordinieren, fällt primär der bisher behandelnden Maßregelvollzugseinrichtung zu. Demnach ist die Forensische Nachsorge Ambulanz (FNA) das Bindeglied zwischen der Maßregelvollzugseinrichtung und den an der Nachsorge beteiligten Personen und Einrichtungen. An die Arbeit der FNA ist die Erwartung geknüpft, dass sie zu einer besseren Integration und Stabilisierung der (bedingt) Entlassenen beiträgt. Je besser eine Reintegration in die Gesellschaft gelingt, desto geringer ist das Risikopotential. Die Grundlage und rechtliche Voraussetzung für das Nachsorgekonzept ist der § 1 Abs. 3 Maßregelvollzugsgesetz NRW (MRVG).

Aufgaben

Die Verhinderung von Deliktrückfällen kann durch eine gut vorbereitete, schrittweise Wiedereingliederung und durch die Kontinuität der Behandlung erreicht werden. Die Fachambulanz stellt durch geeignete Maßnahmen sicher, dass deliktfördernde, personelle, situative bzw. soziale Veränderungen bei (bedingt) entlassenen Patienten erkannt werden. Dies ist durch Kontrollen, aufsuchenden Kontakt und durch ständig wiederkehrende Risikoeinschätzungen zu gewährleisten. Sofern konkrete Anhaltspunkte für einen drohenden Deliktrückfall vorliegen, sind die zuständigen Stellen der Justiz zu informieren. Weiterhin stellt die Fachambulanz die Koordinierung der Nachsorgemaßnahmen sicher. Sie sucht und erschließt geeignete Entlassungsräume, informiert frühzeitig und umfassend die an der Nachsorge beteiligten Institutionen. Die Forensische Nachsorgeambulanz (FNA) bietet den an der Nachsorge Beteiligten Beratungen, ggf. Fortbildungen und Supervisionen an bzw. vermittelt diese. Im LWL-Therapiezentrum für Forensische Psychiatrie Marsberg ist das zentrale Steuerungselement der FNA das „Kompetenzteam Nachsorge“. Hierzu gehören die therapeutischen und pflegerischen Bereichsleitungen sowie die Sozialarbeiter der Rehabilitationsstationen, im Einzelfall die Bezugspflege oder der Stations-therapeut sowie der insgesamt für die FNA zuständige Koordinator. Weiterhin gewährleistet die FNA, dass in Krisenfällen Mitarbeiter des Therapiezentrums rund um die Uhr (telefonisch) erreichbar sind. Gleichwohl steht der Mitarbeiter der Maßregelvollzugsklinik in keiner formalen Rechtsbeziehung zu dem Klienten/Probanden. Diese besteht zwischen dem Probanden und den Organen der Rechtspflege, in der Regel Bewährungshilfe und Führungsaufsichtsstelle.

Behandlungsergebnisse

Die Legalprognose der Maßregel nach § 63 StGB behandelten Patienten ist insgesamt gut. Die Rückfallquote während der Unterbringung und der Führungsaufsicht

liegt unter 10 % (Erfolgsquote: 93,7 %⁶⁰⁶). Während der ersten drei Jahre nach der Entlassung werden 14 %, innerhalb von vier Jahren werden 16 % der Entlassenen wieder delinquent. ⁶⁰⁷ Patienten aus dem Maßregel gem. § 64 StGB werden innerhalb von drei Jahren zu 48% (allerdings Legalprognose nach einem Jahr: 84,5 %⁶⁰⁸) rückfällig. Damit erfüllt der Maßregelvollzug die Erwartungen nach Besserung und Sicherung. Eine positive Entwicklung seit 2007 ist der Einführung der forensischen Institutsambulanzen geschuldet.

Daneben erfüllt die Maßregel in einem psychiatrischen Krankenhaus noch weitere Ziele:

- Linderung der Grunderkrankung (symptombezogene Risikominderung),
- erfolgreiche Resozialisierungsmaßnahmen (Schulabschluss, Berufsausbildung, prosoziales Umfeld, Arbeitsplatz)

Weitere Qualitätsindizes der Maßregel sind:

- Behandlungsdauer aller Patienten an einem Stichtag ab Beginn der Unterbringung/Rechtskraft des Urteils (§ 63 StGB),
- Anzahl der Patienten mit mehr als sechs bzw. zehn Jahren Unterbringungsdauer seit Beginn der Unterbringung/Rechtskraft des Urteils (§ 63 StGB),
- Anteil von über sechs bzw. zehn Jahren untergebrachten Patienten an der Gesamtzahl der gemäß § 63 StGB rechtskräftig Untergebrachten und deren mittlere Unterbringungsdauer,
- Lockerungsstatus (geschlossen, begleitet, unbegleitet),
- Anteil der aufgrund guter Prognose entlassenen Patienten,
- Anteil der aus Verhältnismäßigkeitsgründen entlassenen Patienten,
- mittlere Gesamtbehandlungsdauer der entlassenen Patienten mit guter Prognose bzw. aus Verhältnismäßigkeitsgründen,
- Entweichungen, davon Ausbrüche,

⁶⁰⁶ Christian Hartl (2013)

⁶⁰⁷ Jehle JM (2016)

⁶⁰⁸ Christian Hartl (2013)

- Übergriffe und Delikte während der Unterbringung einschließlich solcher gegen Mitarbeiter und Patienten,
- Anteil der Patienten im Probewohnen,
- Wiederaufnahmen während der Führungsaufsicht mit und ohne Delikt,
- sozialer Empfangsraum (Wohn- und Arbeitssituation bei Entlassung),
- Erledigungsrate (§ 64 StGB),
- Abstinenzrate nach Entlassungen (§ 64 StGB).

Forschung und Ausblick⁶⁰⁹

Forschung an Menschen, die untergebracht sind und nicht einwilligungsfähig sind, aus ethischen Gründen schwer zu beforschen. Andererseits fordert die Freiheitsbeschränkung eine besondere wissenschaftlich fundierte Behandlung. Ein einfacher Transfer von der Allgemeinpsychiatrie und Psychotherapie scheitert an den völlig unterschiedlichen Rahmenbedingungen. Daneben gibt es spezielle Fragestellungen wie antiandrogene Behandlung, Fremdaggression inklusive Sexualdelinquenz, langfristige Psychotherapien multimorbider und fremdaggressiver Suchtkranker treten in der Allgemeinpsychiatrie sehr selten auf und sind auch dort schlecht erforscht. Da die Organisation der Maßregel dem jeweiligen Landesrecht untersteht, gibt es kaum eine einheitliche Evaluation und Vergleichbarkeit. Dies beginnt mit epidemiologischen und kriminalprognostischen Erhebungen und endet bei der Evaluation spezifischer Behandlungsverfahren. Darüber hinaus unterscheiden sich die Bundesländer in der Personalausstattung, Unterbringungsdauer, Lockerungsgrundsätze und Zuweisungspraxis. Aufgrund der langen Verweildauer sind Katamnesen fünf Jahre nach der Entlassung nur mit besonderen rechtlichen, personellen und finanziellen Voraussetzungen zu realisieren. Daher gibt es bislang kaum prospektive Studien⁶¹⁰. Die aktuellen Studien fokussieren auf die Ätiopathogenese, dem Risikomanagement und die Behandlungsforschung. Gerade die Psychotherapiestudien lassen einen umgekehrten Transfer in die nicht – forensischen Bereiche zu, so die Studien zur dialektisch behavioralen Therapie (DBT) und übertragungsfokussierten Therapie (TFP⁶¹¹) sowie Mikroprozessforschungen zu Gruppenpsychotherapien⁶¹². Darüber hinaus gibt

⁶⁰⁹ Müller, J. L (2017)

⁶¹⁰ Briken P (2017); Müller JL (2014), S 409–416; Müller JL (2016), S 186–192

⁶¹¹ Flory, JD (2009) S. 34–37.

⁶¹² Fontao,MI (2008), S 395–405

es funktionelle Bildgebungsstudien, die sowohl strukturelle als auch funktionelle Auffälligkeiten bei speziellen Delikttypen aufzeigen⁶¹³. Daneben gibt es derzeit eine Reihe von genetischen und epigenetischen Einflüssen in der Genese dissozialer Verhaltensmuster. Daneben werden pharmakologisch Antiandrogene bei Sexualtätern beforscht⁶¹⁴.

Der Spielraum zwischen Freiheitsbeschränkungen und Sicherheitsinteresse der Allgemeinheit wird durch die zunehmend differenzierten höchstrichterlichen Urteile zunehmend klarifiziert. Auch hier gilt es mehr wissenschaftlich belastbare Mindeststandards für die Unterbringung und Behandlung zu definieren.

Risikomanagement

Das Risikomanagement ist ein Verfahren, das auf eine kontinuierliche prospektive Risikobeurteilung fußt. Dabei stehen drei Verfahren zur Verfügung⁶¹⁵:

- **Risikomonitoring:** dieses Verfahren geht über die Therapiebegleitung und -beurteilung hinaus und bewirkt beim Patienten eine Verhaltenssteuerung. Der Weg geht über kontinuierliche Kontakte /Gespräche mit den Patienten, Selbstbeobachtungsprotokolle, Laufzettel, Kassenbuch, Fahrtenbuch, Hausbesuche, Telefonkontakte, Kontakte mit Bezugspersonen, Drogen- und Alkoholtests, Erfassung der Medikamentenspiegel und Sicherungsmaßnahmen im engeren Sinn, Kontrolle von elektronischen Datenträgern, Telekommunikation, schriftlichen Unterlagen sowie Durchsuchungen. Entscheidend ist hier eine Synopsisstelle, die dann zeitnahe reagiert (z. B. Case-Management, Besprechungswesen der Klinik, „runder Tisch“, Kommunikation mit der Justiz).
- **Beschränkung von Handlungsspielräumen:** Hier geht es um das Erschweren der Möglichkeiten, Übergriffe durchzuführen. Konkret bedeutet dies im Rahmen der Länderregelungen ein abgestuftes Lockerungs- oder Stufensystem zu etablieren. Die Patienten werden in Abhängigkeit von ihrer Prognose bzw. ihrem Risiko hinsichtlich der Freiheiten und Rechte eingeschränkt (bis hin zu Isolierung und Fixierung), erhalten aber auch Lockerungen (Ausgänge, Urlaube etc.). Außerhalb des stationären Maßregelvollzuges können gerichtlich angeordnete Weisungen nach § 68b StGB Basis

⁶¹³ Müller, J.L. (2010)

⁶¹⁴ Eher, R. (2007), S. 103–111

⁶¹⁵ Hart, S.D.; (2003)

eines Risikomanagements durch Einschränkung von Handlungsräumen sein.

- **Opferschutz:** Die Risikomindeurng bezieht auch gefährdete Personen aus dem Nahbereich der Patienten mit ein. Damit werden potentielle Opfer gestärkt. Eine Möglichkeit liegt in den Deeskalationsschulungen innerhalb der Kliniken, fachkundige Begleitung und Supervision von Einrichtungen aus dem Nachsorgesystem durch eine forensisch-psychiatrische Ambulanz, Interventionen in Familien mit Patienten mit Psychoseerkrankungen sowie die Einbeziehung in die Behandlung und Aufklärung von Partnern und Angehörigen.

§ 126a StGB

Die Sicherungsfunktion des Strafverfahrens hat in den letzten Jahren zunehmend öffentliche und kriminalpolitische Aufmerksamkeit erfahren. Besonders die Sicherungsverwahrung wird intensiv diskutiert. Hier ergeben sich auffällige Parallelen zur vorläufigen Unterbringung. So müssen etwa beide Maßnahmen grundsätzlich nicht zeitlich befristet werden. Dadurch wird jedoch stark in das Grundrecht des Straftäters und auch desjenigen eingegriffen, der noch nicht verurteilt wurde. Dies wirft existenzielle Fragen auf: Ist eine solche Freiheitsentziehung dadurch zu rechtfertigen, dass sie gleichzeitig dem Schutz der Gesellschaft dient? Dürfen psychisch Kranke nach dem gleichen Maßstab behandelt werden wie psychisch Gesunde?

In "normalen" Strafverfahren beantragt die Staatsanwaltschaft beim Untersuchungsrichter bei dringendem Tatverdacht und Bestehen eines Haftgrundes einen Haftbefehl und das Gericht nimmt den Beschuldigten in Untersuchungshaft.

Im Sicherungsverfahren mit dem Ziel der Unterbringung nach § 63 StGB gibt es stattdessen den Unterbringungsbefehl gemäß § 126a StPO. Auch der Unterbringungsbefehl nach § 126a StPO wird vom Haftrichter beim Amtsgericht erlassen.

In der Folge wird der Beschuldigte aber nicht in die JVA gebracht, sondern auf die geschlossene Station (Aufnahmestation) eines forensischen psychiatrischen Krankenhauses. In der Regel bleiben die Beschuldigten bis zur Hauptverhandlung in der sogenannten vorläufigen Unterbringung. Die Gewährung von Lockerungen (Ausgang auf dem Gelände etc.) ist zwar möglich, erfolgt aber nahezu immer erst nach Rechtskraft des Urteils.

Die Besuche von Angehörigen oder Freunden benötigen einerseits die Besuchserlaubnis der Staatsanwaltschaft, andererseits einen Termin durch die zuständige Klinik.

Wenn Zweifel an der Verhältnismäßigkeit der vorläufigen Unterbringung bestehen oder der dringende Tatverdacht von der Staatsanwaltschaft voreilig bejaht wurde, besteht auch bei einem Unterbringungsbefehl die Möglichkeit einer Haftprüfung nach § 126a Abs. 2 StPO. Auch eine Beschwerde gegen den Unterbringungsbefehl zum Landgericht ist möglich.

Möglich ist auch eine Umwandlung des Unterbringungsbefehls in einen Haftbefehl - auch umgekehrt ist dies möglich, wenn sich z. B. jemand in der Untersuchungshaft wiederfindet, der an sich in die Psychiatrie müsste.

Bei einer Unterbringung nach § 126a StPO gibt es einen Anspruch auf Beiordnung eines Pflichtverteidigers. Das ist allerdings nur dann der Fall, wenn es sich um eine echte Unterbringung nach § 126a StPO handelt.

§ 126a StGB Einstweilige Unterbringung

(1) Sind dringende Gründe für die Annahme vorhanden, daß jemand eine rechtswidrige Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit oder verminderten Schuldfähigkeit (§§ 20, 21 des Strafgesetzbuches) begangen hat und daß seine Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer Entziehungsanstalt angeordnet werden wird, so kann das Gericht durch Unterbringungsbefehl die einstweilige Unterbringung in einer dieser Anstalten anordnen, wenn die öffentliche Sicherheit es erfordert.

(2) Für die einstweilige Unterbringung gelten die §§ 114 bis 115a, 116 Abs. 3 und 4, §§ 117 bis 119a, 123, 125 und 126 entsprechend. Die §§ 121, 122 gelten entsprechend mit der Maßgabe, dass das Oberlandesgericht prüft, ob die Voraussetzungen der einstweiligen Unterbringung weiterhin vorliegen.

(3) Der Unterbringungsbefehl ist aufzuheben, wenn die Voraussetzungen der einstweiligen Unterbringung nicht mehr vorliegen oder wenn das Gericht im Urteil die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer Entziehungsanstalt nicht anordnet. Durch die Einlegung eines Rechtsmittels darf die Freilassung nicht aufgehalten werden. 3§ 120 Abs. 3 gilt entsprechend.

(4) Hat der Untergebrachte einen gesetzlichen Vertreter oder einen Bevollmächtigten im Sinne des § 1906 Abs. 5 des Bürgerlichen Gesetzbuches, so sind Entscheidungen nach Absatz 1 bis 3 auch diesem bekannt zu geben.

Kapitel 5: Prognosen

Vor einer Aussetzung einer längerdauernden Freiheitsstrafe (gem. § 57 StGB) oder einer Maßregel (§ 67 d Abs. 2 Satz 1 StGB) werden im Strafvollzug prognostische Aussagen gefordert. Die Maßstäbe sind grundsätzlich gleich, dabei wird die Freiheitsbeschränkung mit dem Sicherheitsinteresse der Allgemeinheit ins Verhältnis gesetzt. Es wird allerdings allzu häufig vergessen, dass Prognoseentscheidungen (Zukunfts- bzw. Folgenorientierung⁶¹⁶) bereits das Erkenntnisverfahren bestimmt und nicht nur bei der Frage einer Maßregel eine entscheidende Bedeutung haben, sondern bei nahezu jedem Urteil mit ins Strafmaß einfließen.

Damit stellt sich die Grundsatzfrage ob die Prognosebeurteilung nicht eine alleinige richterliche Angelegenheit ist. Weiterhin stellt sich die Frage, ob Psychiater und Rechtspsychologen überhaupt ein passendes Instrumentarium besitzen, das für prognostisch-forensische Fragestellungen anwendbar ist. Schließlich basieren deren Erfahrungen auf therapeutische Fragestellungen. Daraus resultiert die Frage, inwieweit Therapieprognosen überhaupt in Legalprognosen überführbar sind. Damit müssen Therapiemodelle universal einsetzbar sein und auch letztlich normale und dissoziale Verhaltensweisen einbeziehen und nicht nur kranke Menschen. Letztlich handelt es sich um Extrapolationen aus dem Vergangenen und Gegenwärtigen, das in die Zukunft projiziert wird. Die Frage stellt sich zudem, wie die empirisch – wissenschaftliche Daten mit kontinuierlichen stochastischen Evidenzen in ein normatives System überführt werden. Damit stehen sich nicht zum ersten Mal Agnostiker und Gnostiker in den Psychowissenschaften und nun auch der normativen Methode gegenüber.⁶¹⁷

Prognosen im Strafrecht sind jedoch die Grundlage vieler Entscheidungen. Dass Fehlentscheidungen in der Natur der Sache liegen, ist auch dem Bundesverfassungsgericht offenkundig und dieses sieht darin auch das brisante Spannungsverhältnis zwischen der Notwendigkeit und der Gütefrage.

„Prognoseentscheidungen bergen stets das Risiko der Fehlprognose, sind im Recht aber gleichwohl unumgänglich. Die Prognose ist und bleibt als Grundlage jeder Gefahrenabwehr unverzichtbar, mag sie auch im Einzelfall unzulänglich sein. In der Praxis der forensischen Psychiatrie hat sich im Übrigen das Wissen um die Risikofaktoren in den letzten Jahren erheblich verbessert, so dass über einen Teil der Delinquenten relativ gute und zuverlässige prognostische Aussagen gemacht werden können“⁶¹⁸.

⁶¹⁶ Streng 1995

⁶¹⁷ BVerfGE 109, 133 (158)

⁶¹⁸ VervG, 2 BvR 2029/01 vom 5. 2. 2004 (101±102)

Irrtumsrisikofreie Entscheidungen auf der Grundlage von Kriminalprognosen sind Risikoentscheidungen⁶¹⁹ In diese Entscheidungen gehen immer Güterabwägungen, Verhältnismäßigkeiten des Rechtsanwenders mit ein⁶²⁰. Der Gutachter stellt verhaltens- und erfahrungswissenschaftliche sowie methodische Expertisen zur Verfügung. Damit verfolgt er das Ziel, als Beweismittel die richterliche Entscheidung in ihren verhaltensprognostischen Aspekten auf eine wissenschaftlich fundierte, rationale Grundlage zu stellen⁶²¹. Damit hat der Sachverständige die beweisrechtlichen Vorgehensweisen in seiner Arbeit zu beachten⁶²².

Im Rahmen der Normen des Strafrechts gibt es keine Festlegung, wer ein Gutachten zu erstellen hat. Im § 246 StPO steht nur die Erwartung, dass ein Gutachter zu beauftragen ist. Dieser ist in der Regel ein forensischer Psychiater (knapp 90% der Fälle werden die Gutachten von Psychiatern oder Neurologen erstellt).⁶²³ Dies kann darauf hinweisen, dass man vor allem auf die psychopathologischen Aspekte Wert legt.⁶²⁴ Bisweilen wird auch vermutet, dass diese rascher verfügbar sind als beispielsweise Psychologen oder Kriminologen.

Das forensisch-psychiatrische und psychologische Gutachten erstellt eine theoretische und damit hypothetische Erkenntnis. Dabei geht es um den Anspruch, den Schutzanspruch der Gesellschaft, den Schutz des Täters durch die Verfassung und weiterer Strafzwecke im Einzelfall zielführend und in Hinblick auf eine spezialpräventive Effizienz zu optimieren.⁶²⁵ Die meisten Prognosen wird der Jurist frei vom Gutachter entscheiden, dieser verbleibt dann für die „großen Prognosen“⁶²⁶). Dies sind seltene Fälle, bei denen es um erhebliche Rechtsgüter geht, bei denen außergewöhnliche psychische Besonderheiten des Rechtsbrechers eine Rolle spielen. Dazu zählen:

- langjährige Strafen und Sexualstraftaten, (§§ 57, 57a StGB)

⁶¹⁹ Frisch W (1994) Strafrechtliche Prognoseentscheidungen aus rechtswissenschaftlicher Sicht: Von der Prognose zukünftigen Verhaltens zum normorientierten Umgang mit Risikosachverhalten. In: Frisch W (Hrsg) Prognoseentscheidungen in der strafrechtlichen Praxis. Nomos, Baden-Baden, S 55±136

⁶²⁰ Volckart B (1997) Praxis der Kriminalprognose: Methodologie und Rechtsanwendung. Beck, München

⁶²¹ Rasch W (1999) Forensische Psychiatrie, 2. Aufl. Kohlhammer, Stuttgart

⁶²² Eisenberg U (2002) Beweisrecht der StPO, 4. Aufl. Beck, München

⁶²³ Bock, Strafverteidiger 2007, S. 269 (270); Boetticher, S. 87 (101f.); von Kinzig, S.313

⁶²⁴ Feltes, Strafverteidiger 2000, S.281 (282).

⁶²⁵ vgl. Boers 2003

⁶²⁶ Volckart 1997

- Anordnung einer Maßregel (§§ 63, 64, 66 StGB)
- Weitere Vollstreckung einer freiheitsentziehenden Maßregel der Besserung und Sicherung (§§ 67b, d StGB)
- Bewährungsaussetzung des Restes von Freiheitsstrafen von als 2 Jahren bei Gewalt- oder Sexualstraftätern

Hier stellt sich beispielsweise die Frage, ob bei dem Verurteilten keine Gefahr mehr besteht, dass dessen durch die Tat zutage getretene Gefährlichkeit fortbesteht (§ 454 StPO). Bei der Maßregel begründet sich dies darin, dass weitere schuld mindernden oder – ausschließende psychische oder hangbedingte Störungen (§§ 63/ 64StGB) oder aufgrund eines Hanges zu erheblichen Straftaten (§ 66 StGB) bei deren Aussetzung nicht zu einer vorab erkennbaren Gefahr für die Allgemeinheit (weiteren erheblichen Straftaten) werden sollen (§ 67 d StGB). In Einzelfällen ergibt sich diese Frage auch mit der Verhängung einer Maßregel (§ 67 b StGB).

Grundsätzlich geht es auch bei unterschiedlichen Formulierungen um Aussagen über die Wahrscheinlichkeit zukünftiger strafrechtsrelevanter Handlungen. Die Festlegung der erforderlichen Wahrscheinlichkeitsgrade trifft der Rechtsanwender. Der Gutachter setzt den Rechtsanwender mittels seiner Methodik und Erkenntnisse in die Lage, für seine Entscheidungsfindung von dessen Expertise Gebrauch zu machen.

Grundsätzliche rechtliche Anforderungen an Inhalt und Methodik von Prognosegutachten:

- Die gutachtenden Psychologen und Psychiater stellen ihre wissenschaftlich fundierte Expertise zur Verfügung.
 - Der prognostische Beurteilungsprozess folgt einer als wissenschaftlich zu bezeichnenden Methodik und nicht alleinig einer persönlichen Eklektik, einer Intuition oder Spekulation.
- Es gibt ein Transparenzgebot hinsichtlich des methodischen Vorgehens
- Die Beurteilungen sind individuell auf den jeweiligen Einzelfall zuzuschneiden.
 - inhaltliche Auseinandersetzung mit der den Anlasstaten zugrunde liegenden Dynamik und den sonstigen Tatarsachen
 - Entwicklung des Täters während des Vollzuges im Hinblick auf diese Tatarsachen
- Am Ende steht ein Wahrscheinlichkeitsurteil

Eine Methode mit einem ganz anderen sozialwissenschaftlichen Ansatz wäre die der Multivariaten Analyse mit der Rechenformel $x_1V_1 + x_2V_2 + \dots + x_nV_n$ (x = Gewichtungsfaktor, V = Variable), dies entspricht einem nachvollziehbaren Modell. Die Variablen sind dann je nach individueller Konstellation zu bilden. Dabei kann man sich durchaus auf bekannte Risikovariablen beziehen. Die Frage der Gewichtung erscheint aktuell als Problem, wobei diese beide Vorzeichen annehmen können. Prognosen sind keine lineare Angelegenheit.

Kritische Betrachtung

Auf der anderen Seite steht die „alles überwindende (...)“, „(...) Kraft des Faktischen“.⁶²⁷ Ein Problem beruht auch darin, dass zukunftsbezogene Aussagen zur Rückfallgefährdung bei Verurteilten nur in einem gewissen Maß möglich sind. Dabei ist die Frage nach einer falsch negativen Prognose, also die falsch gesetzte Ungefährlichkeitsaussage und damit Entlassung des Verurteilten noch möglich, die falsch positive Aussage, d.h. die falsch gesetzte Gefährlichkeit, da hier zugunsten der Haftfortsetzung plädiert wird und der Verurteilte wenig Möglichkeiten hat, seine Legalbewährung zu beweisen.

- Das Problem des **Falsch-Positiv**-Beurteilen liegt in der positiven Gefährlichkeit im Gutachtenergebnis. Sie bleiben im Vollzug. Sie haben jedoch nicht die Gelegenheit, ihre Ungefährlichkeit zu belegen. Damit bleiben sie hypothetisch gefährlich. Das Gutachten geht zum Nachteil des Probanden. In der USA hat man 1966 in New York aus rechtlichen Gründen („Baxstom-Fall“) etwa 1.000 Patienten entlassen. Sie waren zuvor als gefährlich eingestuft worden und befanden sich in besonders gesicherten Einrichtungen für psychisch kranke Rechtsbrecher. Sie wurden in der Folge in staatliche Allgemeinpsychiatrien verlegt. Einige wurden sofort, andere konsekutiv dort entlassen. Lediglich 24 Patienten wurden später wieder in entsprechende forensische Spezialanstalten eingewiesen. Weitere 20% wurden in den nächsten vier Jahren während ihres Aufenthaltes oder nach ihrer Entlassung gegenüber anderen Menschen wieder gewalttätig.⁶²⁸ Im Grunde waren 20 % der als gefährlich eingestuften Patienten tatsächlich gefährlich (WP), 80 % waren zu Unrecht (FP) als gefährlich eingestuft worden. Ein ähnliches Phänomen ereignete sich 1971 im Staat Pennsylvania („Fall Dixon“), bei dem 438 als gefährlich eingeschätzte Straftäter aus forensisch-psychiatrischen

⁶²⁷ Baltzer, Die Sicherung des Gewalttäters, KUP 2005, Band 46, 162 f.

⁶²⁸ Comel (1994) Neue Kriminalpolitik 1994, 21ff.; Kinzig, NJW 2001, 1455ff. (1457), Volckart (1997) S. 47; Volbert (1986)

Institutionen entlassen wurden. In diesem Fall zeigten nur 14 % einen Rückfall und zeigten eine Gefährlichkeit⁶²⁹. Hier haben die Gutachter nur in jedem siebten Fall richtig geurteilt.

- Es gibt auch Studien, die Volbert 1986 berichtet⁶³⁰, in denen die „Falsch-Positiven“ den „Negativ“ bewerteten gegenübergestellt werden. Der Beobachtungszeitraum hat 3-5 Jahre betragen. Dabei haben sich 14 % - 41 % richtig erstellten Diagnosen ergeben („true positives“ (WP) und (schlechte Prognose/rückfällig) (WN). Für die schlechte Prognose/rückfällig (WN) ergaben sich sogar 68,6 % - 92 % korrekte Prognosen. Bei den falschen Prognosen lag der Anteil für die „false negatives“ (gute Prognose/rückfällig FN) 8 % - 31 % und für die „false positives“ (schlechte Prognose/nicht rückfällig FP) 58,7 % - 86 %.
- In Deutschland zeigte eine Studie 2003 ähnliche Zahlen⁶³¹: Hier half das Ende der DDR und die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes aus dem Jahre 1993. In der DDR aufgrund ihrer Gefährlichkeit Untergebrachte wurden nicht in die Bundesrepublik übernommen. Nach fünf Jahren ergab sich folgendes Bild:
 - 5 von 33 (15% WP) der auf dieser Basis Entlassenen wurde mittels Gewaltdelikten rückfällig, in 85 % (FP) hat man sich geirrt.
- Die Frage, ob neue Methoden die Relationen verändern hätten lassen, muss kritisch betrachtet werden.
 - Die Evidenz der Prognosemethoden zur Rückfälligkeit der Sexualdelinquenz ist sensitiver als spezifisch. Dahle sagt dazu: „Ein weitgehend konsistenter Befund ist weiterhin, dass die Instrumente zumeist allgemeine oder auch gewalttätige Rückfälle valider vorherzusagen vermochten als speziell erneute Sexualstraftaten“⁶³².

⁶²⁹ Comel a.a.O.; Volckart a.a.O., der zwar dieselbe Rückfallquote angibt, jedoch von einer höheren Zahl von entlassenen Patienten (fast 600) ausgeht.

⁶³⁰ Volbert (1986) MschrKrim 1986, 341 ff. (342); Kozol et al. (1972); Steadman (1977); Coccozza/Steadman (1976), zitiert nach Volbert a. a. O.; Baltzer, Die Sicherung des gefährlichen Gewalttäters, KUP 2005, Band 46, 224.

⁶³¹ Rusche, Ist Freiheit gefährlich? Universität Berlin, Berlin 2003.

⁶³² Dahle, Grundlagen und Methoden der Kriminalprognose, in: Kröber, Dölling u. a. (Hrsg.), Handbuch der Forensischen Psychiatrie, 2006, 43, mit weiteren Literaturnachweisen.

Die Gutachten zur Prognose sind nach derzeitigem Stand kritisch zu sehen, wenn man nur das Ergebnis der Prognose selbst sieht. Besieht man sich jedoch die wissenschaftlich basierten Einzelitems, so relativiert sich diese Aussage, da sie das Urteil des Juristen auf ein breiteres Fundament hebt. Die Gefahr der Gutachten liegt vor allem im Risiko, die Gefahren, die vom Täter ausgehen zu überschätzen. Andererseits werden viele zufällige Begebenheiten zu Bewertungsfaktoren⁶³³. Damit ist das Blicken in die Glaskugel keine psychiatrische Spezialität. Die Gefahr in der Methode liegt darin, dass die Gutachter sich rasch in eine Rechtfertigungssituation treiben lassen und ihre sichere Kenntnislage überschreiten.

„Es scheint so zu sein, dass die Mehrzahl der erfahrungswissenschaftlichen, aber auch ein Teil der rechtswissenschaftlichen Autoren die Auffassung vertreten, dass es nach dem gegenwärtigen Stand der Prognoseforschung nicht möglich ist, die Rückfälligkeit eines Verurteilten mit dem Grad von Sicherheit und Genauigkeit vorherzusagen, der allein den staatlichen Eingriff in dessen Freiheitsrechte rechtfertigt. So bezweifelt Rasch, dass es bei der Vorhersage kriminellen Verhaltens, jedenfalls soweit dies als wirklich gefährlich anzusehen ist, überhaupt jemals gelingt, zu verlässlichen Aussagen zu kommen“⁶³⁴.

Es scheint jedoch vor allem so zu sein, dass Delikte mit einer geringen Basisrate der Gutachter belasten. Die Gründe liegen in der Wissenschaftstheorie, da die geringe Basisrate das Gesetz der großen Zahl (Bernoulli) nicht erfüllt⁶³⁵. Die Transparenz der Aussage erhöht sich durch die statistischen Methoden, damit kann man diese verbessern, da man deren Fehler nachvollziehen kann⁶³⁶. Dies verhindert, dass man sich in falscher Sicherheit bewegt, die „gesellschaftlichen Risiken auf Experten“ abgeschoben werden und damit in der „Gefährlichkeit von Gefährlichkeitsprognosen“⁶³⁷ verbleibt. Menschen sind eben keine physikalisch reproduzierbaren Experimente. Die Methode hat nur so viel Präzision, wie diese die Natur des Gegenstandes zulässt.

⁶³³ Hirschberger, Geschichte der Philosophie, Freiburg 1980, 3.

⁶³⁴ Baltzer (2005) Die Sicherung des gefährlichen Gewalttäters, KUP 2005, Band 46, 166. Er bezieht sich auf Rasch, Forensische Psychiatrie, 2. Auflage 1999, 372.

⁶³⁵ Nedopil, NSiZ 2002, 346.

⁶³⁶ Schumann, (1994) Prognosen in der strafgerichtlichen Praxis und deren empirische Grundlagen, in: Frisch, Vogt (Hrsg.), Prognoseentscheidungen in der strafrechtlichen Praxis, Baden-Baden, 31 ff. (34,35).

⁶³⁷ Cornel (1994), Neue Kriminalpolitik S. 21 ff. (24).

Prognosen mit Menschen ähneln Wetterdaten. Physikalische Grundmodelle wie Luftdruck, Feuchte, Aufziehen schwarzer Wolken, Zunahme des Windes können für einen kurzen überblickbaren Zeitraum ein Gewitter prognostizieren. Je mehr man an Daten und deren Gewichtung hat und diese versteht, je weiter das Ereignis in der Ferne liegt und je mehr Einflussfaktoren auf das Zielereignis einwirken, desto schwieriger wird die Prognose zu erstellen sein. Dies gilt auch für die möglichen Gegenmaßnahmen (man verzichtet auf die Grillparty, man schließt die Fenster).

Ähnlich verhält es sich bei einer Person, die im Rahmen psychopathologischer Phänomene einer verminderte Impulskontrolle zeigen und drohen zuzuschlagen. Hier kann man ausweichen, deeskalieren. Je weiter ein zu prüfendes Ergebnis vom Jetzt entfernt liegt, desto mehr zufällige Faktoren wirken in die Prognose mit ein und nicht alle Einflussfaktoren sind kontrollierbar. Die Treffsicherheit einer Prognose über zukünftiges Legalverhalten umfasst prognostischen Aussagen über die Vergangenheit und Gegenwart, zukünftige Faktoren sind jedoch zufallsgeleitet. Dennoch können retrospektive Daten helfen, Kriminalität zu beleuchten und präventive Modelle zu schaffen (Kriminologie). Sie schafft Modelle, um politische Entscheidungen auf die Zukunft hin zu beantworten. Jedoch scheitern diese erfahrungsgemäß und widersprechen der dann eintretenden Zukunft. Beispiele sind die Entkriminalisierung des Drogenkonsums, die Wirkung der Kriminalisierung der Geldwäscherei.

Es gibt daneben auch eine kriminalpolitische Bedeutung, die Kosten des Kriminaljustizsystems (stationärer Strafvollzug oder Bewährungshilfe) über eine wirksame Spezialprävention (Individualabschreckung, Besserung) zu reduzieren. Den Gefahren für eventuelle Opfer und die Bevölkerung werden die Dauer des stationären Strafvollzugs (aus Tätersicht) gegenübergestellt. Statistische Daten sind normativ oft schwer anzuwenden, da nur in ihren Extremausprägungen klare dichotome Antworten (Ja/ Nein) folgen.

Derzeit gibt es keine biologisch determinierenden Faktoren, die breit angewendet werden können. Die Gefährlichkeit eines Menschen kann derzeit nicht über ein Genmapping oder Laborwerte zugeordnet werden.

Die Kriminalprognose leistet eine graduierte Einschätzung der statistischen Gefährlichkeit eines Menschen. Dem steht die Differenz zur absoluten Wahrscheinlichkeit (100 %) als Irrtumswahrscheinlichkeit gegenüber. Dabei zählt für die Einschätzung nicht alleine die personengebundene Gefährlichkeit eines straffällig gewordenen Menschen (zum Zeitpunkt des Tatsachbestandes 100 %), sondern die, die nach einiger Zeit der Inhaftierung oder eines Maßregelvollzugs noch vorhanden ist. Die Grundannahme zu Beginn der Extrapolation ist die Gefährlichkeit, bei der dann Argumente für oder gegen deren Weiterbestehen zu prüfen ist. Dies umfasst auch die Suche nach Möglichkeiten einer pro- oder antinormativen Beeinflussung.

Die Freiheitsbeschränkung selbst ist eine Form der negativen Konditionierung (Im Sinne der Lerntheorie das Umlernen durch Unannehmlichkeiten) von Menschen und führt damit auch zu einer Verhaltensverfälschung in beide Richtungen.

Prognosen beginnen mit der Frage einer Anordnung einer Maßregel (§ 63 StGB⁶³⁸, in der Entziehungsanstalt gem. § 64 StGB⁶³⁹, § 66 StGB⁶⁴⁰) oder einer Strafe. Sie setzen sich während der Vollstreckung fort und definieren das Ende der Maßregel oder einer Strafverbüßung⁶⁴¹.

Die Funktion des Gutachters bei der Prognoseeinschätzung ist die die wissenschaftliche Grundlage für die richterliche Entscheidung zugrunde zu legen. Das Gericht erwartet eine sichere Aussage. Die forensische Psychiatrie erreicht jedoch mit allen methodischen Mittel bestenfalls eine relative Antwort. Daneben bestimmen noch weitere Aspekte die Last auf einer Prognosebeurteilung, diese sind:

- Öffentliche Drucksituation: Kommt es nach einer positiven Prognosebeurteilung zu einer schweren Straftat, werden die Gutachter (meist mehr als das beurteilende Gericht) vor einer kollektiven Verantwortung gestellt. Dabei neiden die Medien immer mehr dazu dem Forensischen Psychiater zu diffamieren und an den Pranger als den „wahren Schuldigen“ an dem Pranger zu stellen.
- Wenn dagegen die Gefährlichkeit überbewertet wird, so ist der Gutachter auch dann derjenige, der die mediale Schelte und den Pranger zu erwarten hat. Dies zeigte kürzlich der Fall Mollath⁶⁴².
- Fahrlässigkeitsvorwurf: Der Gutachter hat durchaus, im Fall von Gutachtenfehler, mit der Anwendung der §§ 222, 229 StGB zu rechnen. So wurden zwei Ärzte eines psychiatrischen Krankenhauses 2003 aufgrund

⁶³⁸ § 63 StGB: Zustand der Schuldunfähigkeit oder der verminderten Schuldfähigkeit, „...wenn erhebliche rechtswidrige Taten zu erwarten sind ...“

⁶³⁹ § 64 StGB: „...; Hang ...; ... Übermaß ... wenn die Gefahr besteht, dass er erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird.“

⁶⁴⁰ § 66 StGB: „...wenn die Gesamtwürdigung ergibt, dass er ... für die Allgemeinheit gefährlich ist...“

⁶⁴¹ § 67b StGB: wenn der Zweck der Maßregel auch dadurch erreicht werden kann ..

⁶⁴² Volckart, Recht & Psychiatrie 2002, S.105 (106); Kühl/Schumann, Recht & Psychiatrie 1989, S.126 (131); Haller in: Kriminologie und wissenschaftsbasierte Kriminalpolitik, S.521 (527); Schumann, Prognoseentscheidungen, S.31 (40f.); beispielhaft hierfür die Überschrift in der Bild-Zeitung: „Erneut haben Gutachter unschuldige Kinderseelen zerstört“, Bild-online vom 19.3.2006; www.bild.de (abgerufen am 4.3.2011)

von Lockerungsgewährungen, die zur Begehung von Gewalttaten missbraucht wurden, verurteilt⁶⁴³. Häufiger als tatsächliche Verurteilungen finden sich Anzeigen, die medial hoch gepuscht werden. Im Fall eines Freispruchs findet dieser in den Medien meist keine Erwähnung, so dass die Gutachter nicht nur persönlich als auch beruflich diskreditiert jedoch nie rehabilitiert werden. Diese Form einer „Verurteilung“ wird derzeit durch den Staat in Kauf genommen, was die Verfassungsfrage hier aufwirft. Vor allem in den sogenannten sozialen Medien begeistern sich viele am Begriff des „Schlecht – Achtens“ und personifizieren diese mit den jeweiligen Gutachter.

Mindestanforderungen an Prognosegutachten

Mindestanforderungen sprechen vom Versuch, Standards als Sorgfaltsmaß zu kreieren, um die Spreu vom Weizen zu trennen. Dabei geht es zum einen um eine terminologische Präzision, zum anderen um eine Leitlinie des Analysierens.

Dabei gilt es eine „Gefahr“ zu prüfen und nicht die Abwesenheit einer solchen. Hier stellt sich auch die Frage nach den Gefahrenbegriff selbst.

Zur Fragestellung des Gutachtens:

- Das Regelziel des Gutachtens ist **Aussagen zur Legalprognose** und damit der „**Erwartung**“ **zukünftiger Strafen** dem Gericht zu liefern. Je extremer und offenkundiger die Faktoren sind, desto leichter wird dies möglich sein. Schwieriger wird es bei seltenen Delikten und bei ungewöhnlichen Tatkonstellationen und dem Mittelfeld der Delinquenz (Häufigkeit und Tatschwere).
- **Forderung der hinreichender Konkretheit**: es sind Szenarien zu formulieren, die dem Gericht eine Vorstellung verschaffen, unter welchen konstellierenden Rahmenbedingungen ein krimineller Rückfall zu erwarten ist. Damit geht es um Wenn - dieses oder jenes eintritt, - dann --⁶⁴⁴. Dabei gilt es die Wahrscheinlichkeit eines Szenarios abzuschätzen.
- **Abgrenzung zum normalpsychologischen Verhalten** (ggf. was hat zur De-/Exkulpierung geführt?): In der Regel führen konstellierende Faktoren zu einem Fehlverhalten. Daneben sind viele Erkrankungen nicht isoliert geeignet eine erhebliche Minderung oder einen Ausschluss der Steuerungsfähigkeit zu begründen.

⁶⁴³ Verrel, Recht & Psychiatrie 2001, S.182 (183), BGHSt 49, 1ff.

⁶⁴⁴ 7 StVK 39/05, LG Marburg

„Die Rechtsordnung darf erwarten, dass Menschen mit den hier festgestellten Störungen ihr Verhalten so steuern, dass es nicht zu tagelangen, grausamen, letztlich tödlichen Misshandlungen eines kleinen Kindes kommt“⁶⁴⁵.

- Es ist die **Verbindung des Falls mit der Schwere der Straftat** zu treffen, **eine theoretische Abhandlung von Statistiken ist hier nicht ausreichend**.

Das „Gutachten erfolgte ohne ausreichende Berücksichtigung der strafrechtlich relevanten Vorgeschichte und der im Urteil des Landgerichts Frankfurt vom 6.12. 1995 getroffenen Feststellungen“. Weitgehend stützt sich das Gutachten auf Rückfallstudien aus vor allem dem US-amerikanischen Bereich, blendet dabei aber die spezifische Einzelfallprüfung weitgehend aus“⁶⁴⁶.

Zur Form des Gutachtens:

- Der Gutachter kann sich auf die analytischen Untersuchungen beschränken, die für die Meinungsbildung notwendig sind.⁶⁴⁷

Vorbereitung, Untersuchung:

- „eingehende Exploration und Untersuchung des Betroffenen stützen, sämtliche anamnестischen Daten sowie frühere Begutachtungen einbeziehen“⁶⁴⁸.
- Dabei muss sich der Gutachter im Fall einer inhaltlichen Abweichung zu früheren Gutachten mit den damaligen Inhalten auseinandersetzen⁶⁴⁹.

⁶⁴⁵ BGH, Urt. v. 13. 12. 2005 - 1 StR 410/05, Fall Karolina

⁶⁴⁶ 5/4 KLS 6110 Js 230681/05 (7/06); LG Frankfurt

⁶⁴⁷ BGH, Beschl. vom 8.11. 1988 -1 StR 544/88; KK-Herdeggen, § 244 StPO Rdn. 22 bzgl. der Pflichten der Gerichte

⁶⁴⁸ Baltzer, Die Sicherung des gefährlichen Gewalttäters, KUP 2005, Band 46,169.

⁶⁴⁹ vgl. BGH, Beschluss vom 23. 9. 2003 - Az: 1 StR 343/03

Inhaltliche Grundlagen sind:

- die **Anlasstat**, die damit verbundene Dynamik und weitere Tatusachen⁶⁵⁰. Es ist eine *sorgfältige Tatanalyse zu erstellen und die bisherige Delinquenz des Betroffenen sowie deren Entstehungsbedingungen darzustellen*⁶⁵¹.
- **Prädeliktische Persönlichkeit**: was hat den Täter bestimmt, wie hat er sich verhalten usw.⁶⁵².
- **Vorausgehende (bekannte) Kriminalität** und Verbindung zu konstellierenden Bedingungen sowie der Persönlichkeit⁶⁵³.
- **Vollzugsverhalten**:
 - Entwicklung des Täters während des Vollzugs, oder wie Balzer empfiehlt: *„die Erfahrungen berücksichtigen, die während des Vollzuges mit ihm gemacht wurden“*⁶⁵⁴.
 - Therapien und Ergebnisse dieser.
 - Zusammenhang dieser Elemente mit den ursprünglichen Tatusachen (dabei ist zu beurteilen, unter welchen situativen Bedingungen diese außerhalb der Vollzugs eine erhöhte Rückfallgefahr verursachen).
 - Im Ergebnis kommt es zu einer Wahrscheinlichkeitsaussage zum zukünftigen Verhalten (dies ist im Ergebnis eine Extrapolation des bisherigen Verhaltens in die Zukunft)⁶⁵⁵.
 - Persistieren deliktspezifische Persönlichkeitszüge.

⁶⁵⁰ Beschluss vom 11. 12. 1998 - 5 Ws 672/98, vgl. auch LG Nürnberg, Beschluss vom 22. 8. 2001 -Ws 942/01; 2 BvR 2029/01, NJW 2004, 739, 743.

⁶⁵¹ Baltzer, Die Sicherung des gefährlichen Gewalttäters, KUP 2005, Band 46,169.

⁶⁵² 2 BvR 2029/01, NJW 2004, 739, 743.

⁶⁵³ 2 BvR 2029/01, NJW 2004, 739, 743.

⁶⁵⁴ Baltzer, Die Sicherung des gefährlichen Gewalttäters, KUP 2005, Band 46,169.

⁶⁵⁵ Beschluss vom 11. 12. 1998 - 5 Ws 672/98, vgl. auch LG Nürnberg, Beschluss vom 22. 8. 2001 -Ws 942/01

- „Soziale Empfangsraum“
 - Auswirkungen wahrscheinlicher Entwicklungen auf die Legalprognose oder den Ursachen früherer Delinquenz.
- Kausalitäten und Stringenz dieser: Welcher Zusammenhang **besteht** zwischen dem Ausgangsdelikt, der früheren Delinquenz und der Persönlichkeit (vor allem bei Straftaten, die eng mit der Persönlichkeitsstruktur verknüpft sind).
 - Prognostische Relevanz der vorausgehenden Straftaten, der Anlasstat und die Beziehung zur Persönlichkeit des Täters

Letztendlich ist die Beweiswürdigung Monopol des Gerichts und damit nimmt der Gutachter diesem die Prognoseentscheidung nicht ab. Der Gutachter schafft eine „tragfähige - auf erfahrungswissenschaftlichen Erkenntnissen beruhende - Grundlage für diese Entscheidung“⁶⁵⁶. Weiterhin hat er eine quantifizierte Risikoabwägung zu stellen. Dabei hat er diese Erkenntnisse multidimensional zu unterlegen. Ein Vorgehen, das sich bewährt hat ist folgendes:⁶⁵⁷

1. **Entindividualisierte Ausgangsbedingung:** Diese berücksichtigt allgemeine statistischen Daten („Basisrate“, Rückfallwahrscheinlichkeiten, aktuelle Rückfallprognose). Diese umfassen allgemeine, gruppenstatistisch gesicherte zukunftsbezogene relevante Faktoren.
2. **Individualistische Zuordnung:** idiografischer Daten (sog. Prädiktoren)
 - a. Die Zuordnung der individualisierter Daten (Kriterien) zu anderen Delinquenten/ Kranken ähnlichen Typs spiegeln den Einzelfall innerhalb der Datenmatrix wieder.
 - b. Dazu zählen individuumsbezogene Prädiktoren im Sinne von Tat- und Tätermerkmalen, die studienadaptiert sich direkt oder proportional mit einer Rückfälligkeit verbinden lassen.
 - c. Die Faktoren unterscheiden sich hinsichtlich ihres Gewichtes bei der Prognoseeinschätzung.
 - d. Dabei sind fakultative und überdauernde (trait/state) Merkmale voneinander zu trennen und bei variablen Merkmalen sind die konstellierenden Auslöser zu definieren und zu prüfen. Danach

⁶⁵⁶ BGH, Urt. v. 13. 11. 2003, NSZ 2004, 151

⁶⁵⁷ Boetticher u.a., NSZ 2006, S.537 (542ff.)

werden dieser Merkmale mit den Bedingungen der Ausgangstat verknüpft. Hier sind auch Unsicherheiten in der Taterhellung deutlich zu machen.

3. Erstellen einer quantifizierenden Aussage (kein, geringes, mittleres, hohes Risiko?) zur individuellen Rückfallprognose
 - a. Klarlegung des spekulativen Anteiles der Aussagen (Zufall der Zukunft)
 - b. Klärung der Grenzen der Datenermittlung beim Probanden, dabei sind dessen Aussagen dessen nicht selten vom gewünschten Ergebnis mitbestimmt.
 - c. Versuche der Manipulation durch den Probanden sind zu verdeutlichen.
 - d. Die Möglichkeit eines manipulativen Zweckverhaltens während der Maßregel oder des Justizvollzugs sind zu prüfen. Hier helfen ggf. die PCL – Ergebnisse.
 - e. Die Gründe zur Annahme einer Verhaltensänderung während der Therapie sind deutlich zu machen (Ausmaß der Korrektur des Verhaltens, Gründe für diese Annahme).
 - f. Auswirkungen des sozialen Empfangsraums auf den Probanden

Generelle Aussagen zur Prognosesetzung:

Bei psychiatrischen Erkrankungen und Abhängigkeitserkrankungen dominiert bei der Prognosebegutachtung die Psychopathologie. Darunter versteht man

- die Art und den Ausprägungsgrad der Erkrankung
- die Frage nach dem Vorliegen eines Ursache - Wirkungs-Verhältnisses zwischen Erkrankung und Delinquenz
- Die Behandlung und die Ergebnisse (Therapieerfolg): mit welchen Methoden? (Medikamente?, Psychotherapie?, Spontanheilung?)
- Für die Zukunft:
 - die geschätzte Zeitdauer bis zu einem Krankheitsrückfall, also die Geschwindigkeit der Rezidiventwicklung (im Lichte früherer Intervalle zwischen den Dekompensationen)

- die frühzeitige Erkennbarkeit eines Rückfalles (Nervenarzt am Wohnort, forensische Spezialambulanz, betreutes Wohnen, Anonyme Alkoholiker, Suchtberater o. Ä., Angehörige mit Kooperationswillen und –fähigkeit)
- Möglichkeit der Institutionalisierung von Interventionsmöglichkeiten

Für Hirnorganisch veränderte Menschen sind folgende Aspekte wichtig:

- Ungünstige Parameter sind:
 - zornmütig-gereizt, explosiv-gewalttätig
 - eine primäre Kritikschwäche, die zum sexuellen Übergriff auf Kinder geführt hat
 - Lernbehinderung
 - Zusätzliche Störung der Persönlichkeit

Schizophrene Männer (F2 des ICD-10)

- erhöhtes Potenzial zu aggressiven Delikten im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung⁶⁵⁸,
- v.a. wenn sie im Übermaß Alkohol, Haschisch und/oder andere Drogen zu sich nehmen
- Wahrnehmungen von Angst vor Beschädigung der eigenen Person durch gewählte Feinde, Familienmitglieder
- Therapieverweigerung bei allen schwerwiegenden psychischen Störungen wie z. B. Schizophrenien, rezidivierende maniforme Zustände /Erregungszustände), massive Persönlichkeitsstörungen

Persönlichkeitsstörungen (F6 des ICD-10)

- Je bizarrer und übernachhaltiger die inneren Bilder von sich und anderen sind, desto ungünstiger ist die Prognose.
- Das Fehlen von kompensatorischen Verhaltensweisen, deren Effekte und vor allem die das Selbst stabilisierende Antisozialität.

⁶⁵⁸ Hodgins et al. 2003

Genereller Effekt der Maßregel in einem psychiatrischen Krankenhaus (§ 63 StGB)⁶⁵⁹:

- Bei 20 % gelingt die soziale Wiedereingliederung.
- Bei schweren Delikten zu etwa 13%.
- Im Zweifel wird man eher zögerlich für eine Entlassung votieren (v.a. bei schweren Straftaten).

Die Bedeutung der Basisrate (Statistik) und Rückfallstatistiken

Als in Prognoseverfahren bedeutende Größe gilt die Basisrate. Sie gibt das Vorkommen von Tätern eines Delikts in einer nach allgemeinen Kriterien definierten Menge an⁶⁶⁰. Bei der Gefährlichkeitsprognose interessiert dabei die Häufigkeit, mit der verurteilte Täter mit einer erheblichen Straftat rückfällig werden. Durch Untersuchungen konnten Basisraten für einzelne Delikte annäherungsweise festgelegt werden⁶⁶¹. Dabei kommt es zu Abweichungen. Werden Exhibitionisten etwa zu 70% rückfällig, soll die Basisrate bei Sexualdelikten 20%, bei Tötungsdelikten ca. 2% betragen. Inwiefern sich diese Zahlen auf das Fehlerbild eines Prognoseverfahrens auswirken, soll anhand folgender Beispiele dargestellt werden.

Beispiel 1: *Angenommen, es müssten 1000 Personen, die wegen Exhibitionismus verurteilt wurden, hinsichtlich der Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls beurteilt werden. Aufgrund der Basisrate ist sicher, dass 700 Personen abermals eine solche Tat begehen werden. Wird weiter angenommen, dass für die Prognose ein Verfahren mit einer Fehlerquote von nur 10% verwendet wird, so werden von den 700 künftig Rückfälligen 630 richtig erkannt (richtige Positive), 70 irrig als künftig strafflatfrei eingeschätzt (falsche Negative). Von den 300 tatsächlich harmlosen werden 270 als solche identifiziert (richtige Negative), 30 Personen wird unzutreffend ein Rückfall prognostiziert (falsche Positive).*

Beispiel 2: *Bezogen auf 1000 Sexualstraftäter käme man bei Verwendung des gleichen Verfahrens zu folgendem Ergebnis: Von den gemäß der Basisrate 200 Gefährlichen werden 180 zutreffend als gefährlich, 20 fälschlicherweise als harmlos eingeordnet. 720 der 800 tatsächlich ungefährlichen werden korrekt als ungefährlich erkannt, 80 Personen wird entgegen der Realität ein Rückfall attestiert.*

⁶⁵⁹ Seifert, M. 2005, S. 16 - 22; Seifert, 2005.

⁶⁶⁰ Volkart, Recht & Psychiatrie 2002, S.105 (106); Kühl/Schumann, Recht & Psychiatrie 1989, S.126 (131).

⁶⁶¹ Haller in: Kriminologie und wissenschaftsbasierte Kriminalpolitik, S.521 (527)

Die Frage der Wahrscheinlichkeit, die einer Ersttat anhaftet, wirkt sich auch auf die Wahrscheinlichkeit einer Wiederholung aus. Gemäß dem ersten kriminalprognostischen Gesetz handelt es sich hier immer um Wahrscheinlichkeitsaussagen (Kontinuum zwischen „0“ und „100“) und nicht um dichotome Einschätzungen (Ja/Nein) über künftiges Legalverhalten.

Die Basisrate „(...) repräsentiert den theoretischen Anteil derjenigen Personen innerhalb einer interessierenden Population, für die das zu prognostizierende Ereignis eintreffen wird, also zum Beispiel bei Rückfallprognosen im Rahmen von Entlassungsentscheidungen den Anteil der Personen, die innerhalb des Geltungszeitraums der Prognose mit erneuten Taten rückfällig werden, und zwar sowohl die rückfälligen Entlassenen als auch diejenigen Nichtentlassenen, die rückfällig geworden wären, wenn man sie entlassen hätte“⁶⁶².

Man versteht demnach darunter die Basiswahrscheinlichkeit der allgemeinen Kriminalität für bestimmte Deliktformen⁶⁶³. Diese gilt nur dann, wenn die Ausgangsparameter randomisiert werden können. Kröber kritisiert, dass man häufig die Populationen für die Basisrate wenig differenziert hat bzw. kaum differenzierte Daten für bestimmte Subpopulationen vorhanden sind. Konkret sagt er dazu: „Man weiß fast nichts über die Charakteristika der jeweils untersuchten Tätergruppe“⁶⁶⁴.

Dies umfasst eine

- Genderdifferenz bei einer Reihe von Delikten.
- Altersdifferenz bei bestimmten Normenübertretungen.
- Soziokulturelle Risikobindung.

Damit zeigen die Basisraten einen Bias⁶⁶⁵, indem man vom Falschen ausgehend das Richtige sucht. Dies erfolgt vor allem dann, wenn die „Basisraten“ eine schon straffällige Gruppe betreffen. Dabei handelt es sich nicht um eine Prävalenz, da sich diese auf die Gesamtbevölkerung beziehen würde. Damit entsteht die „Schiefe“ der Bias dadurch, dass wesentlich höhere Basisraten angenommen werden.

In der Bayes'schen Matrix unterscheidet man folgendes:

⁶⁶² Dahle (2006),11.

⁶⁶³ Volckart (2002), 105 – 114; Kröber, 2006, 84.

⁶⁶⁴ Kröber (2006), 84.

⁶⁶⁵ ein Bias besteht in einem Fehler der Datenerhebung, der zu fehlerhaften Ergebnissen einer Untersuchung führt. Man spricht vom systematischen und vom zufälligen Bias. Systematische Fehler können beispielsweise bei der Stichprobenauswahl (Selektions-Bias) entstehen.

- valide Positive: wahr („true“) (WP; TP; VP): das Kriterium „Rückfälligkeit“ nach dem Gutachten wird positiv bestätigt.
- Falsch Positive (FP): Dies als gefährlich Beurteilte, die in Wirklichkeit nicht gefährlich sind. Diese bleiben in der Regel freiheitsbeschränkt, obgleich sie in Freiheit keine Straftaten gegangen hätten.
- Wahre („true“) Negative (WN; TN): Diese Probanden werden als ungefährlich beurteilt und kommen in der Regel frei. Diese fallen in der Folge nicht auf, da sie keine Straftaten begehen.
- Falsch Negative (FN): Diese werden als ungefährlich beurteilt, kommen frei und fallen durch Rückfälle in der Freiheit auf.

Im Fall eines Freiheitsentzugs wird die Wahrscheinlichkeit, dass ein „wahr positiv“ widerlegt wird, selten vorkommen. Daher ist hier diese Zahl oft nicht zu belegen.

| | | | |
|---------------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------------------|
| | Gutachten: Gefährlich | Gutachten: Ungefährlich | Alle Probanden: n= WP+FP+WN+FN |
| Gefährlichkeit besteht | WP | FN | WP+FN Basisrate (WP+FN)/n |
| Gefährlichkeit besteht nicht | FP | WN | FP+WN |
| | WP+FP | FN +WN | Trefferquote (WP + WN) |

Damit ist die Basisrate die Summe der Gefährlichen (Wobei die Falsch – positiven hier aus den o.g. Gründen einen Bias verursachen können.) also:

$$\frac{(\text{FN: haben Tat begangen}) + (\text{WP: zur Recht verhinderte Täter})}{\text{Anzahl der Getesteten}}$$

In der Öffentlichkeit erleben wir vor allem die „FN“, da diese nach einer Entlassung oft wieder rückfällig werden. Die WP wird man nur dann feststellen können, wenn sie dennoch entlassen worden wären (z.B. Amnestie). Diese stellen das so-

nannte Dunkelfeld dar. Rein vom Ergebnis sind im Falle der Inhaftierung üblicherweise die Falsch und die Wahr-Positiven nicht zu unterscheiden. Die ändert sich nur, wenn sich der WP durch Straftaten im Vollzug demaskiert.

| | | | |
|--------------------------|------------------------------|-----------------------------|--|
| Prognose Tatsache | Urteil: Gefährlich | Urteil: Nicht gefährlich | |
| Tatsächlich gefährlich | WP = Wahr positiv | FN= falsche Negative | |
| Tatsächlich ungefährlich | FP = falsche Positive | WN = wahre Negative | |
| | Freiheitsbeschränkung | Freiheit | |

Empirische Rückfallquoten¹⁰⁶

Damit sind empirische Rückfallquoten nicht naiv zu betrachten. Probleme bei der Erfassung der Rückfallquoten ergeben sich aus folgenden Problemen⁶⁶⁶:

- Zu kleine Stichproben und fehlende Generalisierbarkeit: diese lassen auch keine Differenzierung der Deliktgruppen zu.
- Gutachten betreffen spezielle Regionen, Altersgruppen, Ethnien usw: Ein Problem besteht in der Hochrechnung amerikanischer Studien auf europäische Verhältnisse. Bereits dort sind Geschlechts- und Nationalitätendifferenzierung für die Qualität der Studie entscheidend. Daneben ist das Alter der Kohorte entscheidend, da Rückfälle mit zunehmenden Alter (ab 50. Lebensjahr) abnehmen. Die Art und Schwere des Ausgangsdeliktes müssen klar gestellt werden.
- Studien beschränken sich auf Entlassene, Begutachtungsfälle, einzelne Strafvollzugsanstalten: es werden überwiegend sogenannte „schwere Fälle“ erfasst. Leichtere Fälle gehen nicht in die Statistik ein. Entlassene aus dem

⁶⁶⁶ Volckart, 2006, 16.

Regelvollzug. Daneben gibt es Daten aus speziellen Einrichtungen (Maßregel, Sozialtherapeutische Einrichtungen), die wiederum spezielle Untergruppen darstellen.

- Metaanalysen: Mehrere Untersuchungen werden in eine Synopsis zusammengefasst.

Zusammengefasst unterschätzen die basalen Rückfallquoten die wirklichen Verhältnisse, weil die Dunkelfeldproblematik (z. B. bei Sexualdelikten, Misshandlung von Kindern etc.) und unbekannt gebliebene Todesfälle durch Straftaten nicht einbezogen sind⁶⁶⁷. Daher wird gerne der Begriff der Untergrenze des Rückfallrisikos gebildet.

In der kommentierten Rückfallstatistik von 2003 ergeben sich folgende Daten⁶⁶⁸:

- Von allen 1998 abgeurteilten Straftätern wurden 35 % erneut verurteilt
- Von allen aus einer vollstreckten Freiheitsstrafe Entlassenen wurden ca. 57 % in einem späteren Verfahren erneut bestraft und ca. 29 % mit einer erneuten Freiheitsstrafe belegt
- Aus der Jugendhaft entlassene Jugendliche wurden zu etwa 78 % kriminell rückfällig und zu 45 % zu einer weiteren Freiheitsstrafe verurteilt.

Damit stellen aus der Haft entlassene Erwachsene und mehr noch Jugendliche eine Risikoklientel dar.

| Straftaten⁶⁶⁹ | einschlägig Rückfälle | Rückfälle allgemein |
|------------------------------------|------------------------------|----------------------------|
| Sexualdelikte | 10 bis 20% | 35 bis 50% |
| ○ Pädophile | 20 bis 50% | |
| ○ homosexuell Pädophile | 20 bis 50% | |
| ○ heterosexuell Pädophile | 20 bis 50 % | |
| ○ Inzest | bis 8 % | bis 27% |
| ○ Vergewaltigung und sex. Nötigung | 10 bis 25 % | bis 60% |

⁶⁶⁷ Dahle, 2006, 17

⁶⁶⁸ Jehle et al. 2003

⁶⁶⁹ Jehle u. a.,(2003); Egg, (1999), 367-373.1; Kröber(2006), 144 ff.; Nedopil, 2006a; Elz, 2001.

| Straftaten⁶⁶⁹ | einschlägig Rückfälle | Rückfälle allgemein |
|---------------------------------|------------------------------|----------------------------|
| ○ sadistische Vergewaltiger | bis 50 % | |
| ○ Exhibitionisten | 20 bis 50 % | bis 78% |
| Körperverletzung | 25 bis 50 % | |
| Tötungsdelikt | 0 bis 3 % | bis 27% |
| Diebstahl | | bis 39% |
| Schwerer Diebstahl | | bis 59% |
| Brandstiftung | 10 bis 25% | |
| Alkoholabhängige Brandstifter | bis 50% | |
| Raub | 10 bis 25% | bis 59% |
| Betrug | | bis 35% |
| Hochstapler / Betrüger | bis 50 % | |
| BtMG Verstoß | | bis 52 % |

Für die Rückfälligkeit Jugendlicher in einem Vierjahreszeitraum gilt:

| Jugendliche u. Heranwachsende | Rückfälle einschlägig | Rückfälle allgemein |
|--------------------------------------|------------------------------|----------------------------|
| Sexualdelikte | | bis 68 % |
| Körperverletzung | | |
| Tötungsdelikt | | bis 40 % |
| Diebstahl | | bis 82 % |
| Schwerer Diebstahl | | bis 84 % |
| Raub | | bis 74 % |
| Betrug | | bis 85 % |
| Verstoß gegen BtMG | | bis 77 % |

Bei dieser Statistik handelt es sich um eine Negativauswahl, da man Haftentlassene untersucht hat. Die generelle Rückfälligkeit ist damit relativ hoch. Dieses Risiko soll man auf ein Drittel durch Soziotherapie und Psychotherapie reduzieren können

(30 bis 10%). Die Statistiken sagen allerdings nichts über die Prädiktoren des Einzelnen. Es ist daher unklar, inwieweit ein Täter von der globalen Rückfälligkeit abweicht.

Daher wurde versucht empirisches Erfahrungswissen über Rückfallprädiktoren zu clustern. Ziel ist die bessere Prädiktion erneuter Delikte beim Einzelnen.

Gegen eine Überbewertung von Checklisten sprechen deren Abstrahierung und die für den Einzelfall nicht zutreffende Isolation auf relevante Einzelkonstanten.

Spezielle Fragestellungen

Leugnen der Tat in der prognostischen Begutachtung⁶⁷⁰

Der Auseinandersetzung eines Verurteilten mit der eigenen Straftat wird seitens der Justiz und vieler Gutachter ein großes kriminalprognostisches Gewicht beigemessen. Dabei haben vermutlich andere Einflussfaktoren wie allgemeine Dissozialität, die Struktur des sozialen Empfangsraumes, aber auch personale Kernkompetenzen des Verurteilten eine größere Bedeutung für die Legalbewährung. Die eigene Stellungnahme zur Tat kann allerdings ein wichtiger Knotenpunkt sein, aus der sich die Einstellungen und Lebensanschauungen eines Verurteilten erkennen lassen. Insofern kann sie ein wichtiges Lernfeld sein zur kognitiven Umstrukturierung. Allerdings ist die Tatbearbeitung nicht die einzige Möglichkeit, und auch Tatleugnung muss kein zwingendes Hindernis für Lockerungen und Entlassung sein. Es kommt darauf an, ob die Tatleugnung verdeutlicht, dass der Insasse Straftaten als seine Privatangelegenheit behandelt und einer normativen Erörterung entzieht, oder ob in der Verleugnung primär Scham und ein letztlich prosoziales Konzept deutlich werden.

Bedeutung der Leugnung der Tat für die Prognose⁶⁷¹

Leugnen der Tat kann aber nicht von vorneherein als absolutes Hindernis für Lockerungen, bedingte Entlassung und günstige Kriminalprognose angesehen werden. Zum einen kann es für Probanden unabhängig von der Tatbearbeitung gute Gründe geben, nicht mehr straffällig zu werden: Wenn es sich einfach nicht mehr rechnet, weil der Ertrag zu gering und das Entdeckungsrisiko zu groß geworden ist (z. B. Räuber, Betrüger). Zum anderen kann das Leugnen in Einzelfällen eben auch Ausdruck einer massiven Scham sein, die impliziert, dass der Täter künftighin alles meiden will, was ihn wieder in die Nähe einer Tatsituation bringen könnte. Es sind dies oft Täter, die andere, weniger beschämende Taten zu gestehen stets bereit waren, die

⁶⁷⁰ Kröber, H-L (2010). S.32:

⁶⁷¹ nach Kröber (2006) im HBFP3 S. 119f.

sich aber dieses spezielle Versagen nicht verzeihen und es nach außen nicht eingestehen können. Wenn allerdings bei dieser Form des Leugnens ein ganzer Bereich, z.B. eine deviante Sexualität, global der therapeutischen Bearbeitung oder zumindest der diagnostischen Überprüfung entzogen wird, wenn also z. B. alle Gewaltdelikte mit sexueller Motivation verleugnet werden, muss festgehalten werden, dass ein virulenter Risikobereich offenbar unbearbeitet geblieben ist und vor einer Auseinandersetzung bewahrt wird; dies ist prognostisch ungut. Der Gutachter soll allerdings nicht beurteilen, ob aus dem Gefangenen nun ein anständiger, gar sympathischer Mensch geworden ist. Auch ein unsympathischer und in seiner Persönlichkeitsartung weiterhin problematischer Mensch mag strafrechtlich eine gute Prognose haben.

Zu den Prognoseinstrumenten

Der Unterschied der Prognoseinstrumente hängt mit dem Trend zur Validisierung ab⁶⁷². Dabei gibt es folgende Unterscheidung:

- Die erste Generation oder klinisch-intuitive Kriminalprognose: Hier gehen vor allem subjektive Entscheidungen des Beurteilers ein. Diese Vorhersagen sind wenig reproduzierbar und übertragbar. Daneben sind sie relativ unzuverlässig und ungenau.
- Die zweite Generation: Hier handelt es sich um statistisch – nomothetische (aktuarische) Prognoseinstrumente. Diese zeigen eine festgelegte Zahl von Risikofaktoren (Kriterien), die Hinweise auf die Wahrscheinlichkeit einer Rückfälligkeit geben. Verrechnet werden diese Faktoren aufgrund einer individuellen Gewichtung, die das Instrument fordert. Damit entsteht ein Score (Gesamtwert), über diesen wird der Einzelne einer Risikogruppe mit empirisch ermittelten Wahrscheinlichkeitswerten für Rückfälligkeit zugeordnet.
- Prognoseinstrumente der dritten Generation orientieren sich an dynamisch veränderbaren Risikofaktoren. Damit messen diese Verfahren die Bedürfnisse krimineller Personen („needs“). Diese Verfahren dienen zur Verlaufsmessung. Diese Verfahren sind messgenauer und bieten eine bessere Vorhersageleistung.
- Prognoseinstrumente der vierten Generation versuchen ein individualisiertes (idiografisches) Risikomodell zu erstellen. Sie dienen dazu, das Risikomanagement daran auszurichten. Bei diesen Modellen unterscheidet man

⁶⁷² Nedopil N. (2006a) 113.

strukturiert-klinische Prognoseinstrumente („structured professional judgement“ [SPJ]) und Prozessmodelle der Urteilsbildung mittels idiografischer Rückfall- und Gefährlichkeitsprognosen.

Ob und welche der zahlreichen Instrumente im Einzelfall ausgewählt werden, richtet sich danach, welche Risiken für welche Tätergruppe in welchem Kontext für welchen Zweck beurteilt werden sollen.

| Generation der Prognoseverfahren Übersicht | 1. Generation | Klinisch intuitiv | |
|---|---|---|--|
| | | Aktuarische Prognoseverfahren | |
| 2. Generation | Violence Risk Appraisal Guide (VRAG) | Gewalt | |
| | Static 99 | Sexual | |
| | Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R) | Gewalt/Sexual | |
| | Acute | Sexual | |
| 3. Generation | Level of Service Inventory - Revised (LSI- R) | Gewalt | |
| | Violence Risk Scale (VRS/SCF) | Gewalt/Sexual | |
| | Stable 2007 | Sexual | |
| 4. Generation | Level of Service/ Case- Management Inventory | Gewalt | |
| | Historical-Clinical-Risk Scheme - 20 | Gewalt | |
| | Female Additional Manual (FAM) | Gewalt durch Frauen (Zusatzmanual zum HCR-20) | |
| | Short Term Assessment of Risk and Treatability | Gewalt | |
| | Sexual Violence Risk Scheme - 20 | Sexual | |
| | Structured Assessment of Violence Risk in Youth | Sexual | |

In der Folge sollen Prognoseverfahren mittels einer Tabelle dargestellt werden.

| Beispiele verschiedener Prognoseverfahren | | |
|---|--|-------------------|
| Generation der Prognoseverfahren | Name des Instruments (Abkürzung, Autor und Erscheinungsjahr) | Straftätergruppen |
| Klinisch intuitiv | - | - |
| Aktuarische Prognoseverfahren | | |

| Beispiele verschiedener Prognoseverfahren | | | |
|---|--|--|---|
| 2. Generation | Violence Risk Appraisal Guide (VRAG) ⁶⁷³ | | Gewaltdelikt |
| | Static 99 ⁶⁷⁴ | | Sexualdelikt |
| | Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R) ⁶⁷⁵ | | Gewalt/Sexualdelikt |
| 3. Generation | Level of Service Inventory - Revised (LSI- R) ⁶⁷⁶ | | Gewaltdelikt |
| | Violence Risk Scale (VRS/-SCF) ⁶⁷⁷ | | Gewaltdelikt/Sexualdelikt |
| | Stable 2007 ⁶⁷⁸ | | Sexualdelikt |
| | Acute ⁶⁷⁹ | | Sexualdelikt (kurzfristig) |
| Prognoseverfahren der 4. Generation | Level of Service/ Case- Management Inventory ⁶⁸⁰ | | Gewaltdelikt |
| „Structured professional judgement“ (SPJ) | Historical-Clinical-Risk Scheme - 20 ⁶⁸¹ | | Gewalt |
| | Female Additional Manual (FAM) ⁶⁸² | | Gewalt durch Frauen (Zusatzmanual zum HCR-20) |

⁶⁷³ Quinsey (2006)

⁶⁷⁴ Hanson (1999)

⁶⁷⁵ Hare RD (2003)

⁶⁷⁶ Andrews (2004)

⁶⁷⁷ Wong (2006) 279–309

⁶⁷⁸ Hanson (2007b); Matthes (2008a)

⁶⁷⁹ Hanson (2007a); Matthes (2008b)

⁶⁸⁰ Andrews (2004)

⁶⁸¹ Webster (1997) 153. Müller- Isberner (1998); Webster (2009)

⁶⁸² De Vogel (2010)

| Beispiele verschiedener Prognoseverfahren | | |
|---|---|---------------------|
| | Short Term Assessment of Risk and Treatability (START; Webster et al. 2009) | Gewaltdelikt (akut) |
| | Sexual Violence Risk Scheme - 20 (SVR- 20) ⁶⁸³ | Sexualdelikt |
| | Structured Assessment of Violence Risk in Youth (SAVRY) ⁶⁸⁴ | Jugendliche |

Die intuitive Prognose (1. Generation)

Die intuitive Methode bezeichnet eine individuelle Vorgehensweise, bei welcher der Vorhersagende die Rückfallwahrscheinlichkeit gefühlsmäßig und unter Anwendung von „Alltagstheorien“ über menschliches Handeln einzuschätzen versucht⁶⁸⁵. Der Prognostiker orientiert sich nicht an vorgegebenen Regeln oder allgemeinen Konzepten, sondern nur an den spezifischen individuellen Gegebenheiten der zu beurteilenden Person, wobei der Persönlichkeit und dem Erfahrungsfundus des Beurteilenden selbst hohes Gewicht zukommt. Bei der Aussage über die Entwicklung des Betroffenen werden die Eindrücke des Einzelfalls unter Heranziehung praktischer Erfahrung verwertet. Auch wenn erfahrene Entscheidungsträger die für die Prognose relevanten Aspekte im Einzelfall tiefgehend einzuschätzen vermögen, leidet die intuitive Methode an ihrer Abhängigkeit von der Person des Prognostikers. Der Forderung nach Transparenz und Nachvollziehbarkeit kommt sie unzureichend nach. Es ist für den Außenstehenden nicht ersichtlich, wie Einflussgrößen erhoben und bewertet wurden⁶⁸⁶.

„Entscheidend ist bei diesem Vorgehen der Eindruck des Prognosestellers von der Persönlichkeit des Betroffenen und dessen sozialem Umfeld. Die wahrgenommenen Fakten werden dabei auf der Basis der kriminologischen Kenntnisse des Prognosestellers bewertet, wobei diese oft nur aus der Summe von dessen beruflichen Erfahrungen bestehen. Die intuitive Prognose bildet in all den Fällen die Grundlage der Entscheidung, bei denen die Gerichte ohne Hinzuziehung eines erfahrungswissenschaftlichen Sachverständigen aufgrund eigener Sachkunde entscheiden. Eine solche

⁶⁸³ Boer (1997)

⁶⁸⁴ Borum (2002)

⁶⁸⁵ Dessecker, (2007) (26).

⁶⁸⁶ Schumann, (2008)

*gleichermaßen unsystematische wie unwissenschaftliche Vorgehensweise muss jedoch nicht notwendig zu einer Häufung von Fehlprognosen führen*⁶⁸⁷.

Die klinische Methode

Bei der klinischen Prognosemethode sind die Vorgaben nicht in allen Einzelheiten fixiert. Hier wird aufgrund der biographischen Anamnese einschließlich der Krankheits- und Delinquenzanamnese von der Vergangenheit über die derzeitige Situation auf die Zukunft extrapoliert⁶⁸⁸. Sie besteht aus einem eng am Einzelfall ausgerichteten zweiteiligen Verfahren, in welchem zunächst eine umfangreiche Exploration des Betroffenen durchgeführt wird, deren Befunde anschließend im Hinblick auf das vorherzusagende Ereignis und vor dem Hintergrund des allgemeinen kriminologischen Wissens eingeordnet werden⁶⁸⁹. Die Durchführung einer ausführlichen Individualanamnese durch einen Mediziner erscheint in solchen Fällen als erfolgsversprechend, in denen psychiatrische Befunde die Triebfeder krimineller Auffälligkeit bilden. Gleichzeitig kann die Fokussierung auf Krankheitsbilder und die Verwendung pathologischer Begriffe aber auch Stigmatisierungseffekte auslösen. Die Ermittlung und Gewichtung der Risikofaktoren obliegt wiederum allein der Person des Gutachters und setzt die Erfolgsaussichten der Methode in Abhängigkeit zur Professionalität des Anwenders.

Klinische Methoden sind also individuumszentriert. Sie suchen „ein auf den Einzelfall zugeschnittenes Erklärungsmodell“ und entsprechen damit von ihrem Ansatz her den o. g. gesetzlichen Anforderungen⁶⁹⁰.

Die Statistisch-nomothetischen Methoden

Die statistische Kriminalprognose gelangte von Nordamerika nach Europa. Mit dem „Gesetz zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten“ erlangten diese Modelle zunehmend auch Beachtung.

Das Ziel der Methoden ist das personen- wie auch tatbezogene Delinquenzrisiko in verschiedene Kategorien einzuteilen (Ordinalskala: gering, mittel, hoch oder leicht, mittel, schwer). Sie zielen auf den Einzelfall. Damit wird beim einzelnen Probanden nach Prädiktoren und deren Ausprägung gesucht. Beim Vorhandensein dieser stellt sich die Frage danach, wie sie einer untersuchten Großgruppe zuzuordnen sind.

⁶⁸⁷ Baltzer (2005),161.

⁶⁸⁸ Thomae (1998) 75-97.

⁶⁸⁹ Eisenberg, § 7 Rn.31.

⁶⁹⁰ Dahle (2007)

Am Ende ergibt sich eine individuelle Prognose, die sich an einer durchschnittlichen Rückfallquote einer Teilgruppe bemisst. Bereits die Rückfallquote der Teilgruppe wird als individuelle Rückfallwahrscheinlichkeit interpretiert. Dennoch bleiben statistische Prognosen Komparativmodelle mit einer Gruppenzuordnung.

Ab der 2. Generation dominieren statistische Methoden die Prognoseeinschätzung. Eine Prognose auf Grundlage der statistischen Methode erfolgt durch Zuordnung des Betroffenen zu einer bestimmten Risikogruppe anhand von Prognosetafeln. Die statistische Methode orientiert sich an der Empirie und der faktorenanalytischen Verdichtung. Aus Untersuchungen von rückfälligen Straftätern werden Persönlichkeitsmerkmale gewonnen, die offenbar in starker Korrelation mit erneuter Straffälligkeit stehen.⁶⁹¹ Diese Prädiktoren werden in Tafeln zusammengefasst. Anhand von Tests ist zu ermitteln, ob die entsprechenden Merkmale beim Probanden vorhanden sind. Bezüglich eines jeden Merkmales werden je nach Ausprägung Punkte vergeben, wobei am Ende die Gesamtzahl die Zugehörigkeit zu einer Risikogruppe ergibt. Die statistische Methode überzeugt durch Transparenz. Dieser Methode ist ein mathematischer Formalismus eigen und sie suggeriert eine ähnliche reproduzierbare Exaktheit. Erhebung und Bewertung der Informationen folgen nachvollziehbaren Regeln. Jedoch tritt die zu begutachtende Person als Individuum zurück. Dem widerspricht der BGH, der eine nach einer auf den Einzelnen eingehenden Individualprognose fordert⁶⁹². Es handelt es sich beim statistischen Vorgehen nicht um eine Individualprognose im eigentlichen Sinne, sondern um die Generalisierung von an einem Durchschnitt erworbenen empirischen Kenntnissen.

Bei Evaluationen der drei Methoden hat sich keine als eindeutig überlegen präsentiert; selbst bei Vergleichen der intuitiven Prognose mit den wissenschaftlichen Methoden schnitten letztere allenfalls geringfügig besser ab⁶⁹³. Diese Ergebnisse haben die Forschung veranlasst, neue Ansätze zu entwickeln. Dabei waren Bestrebungen zu beobachten, die Vorteile der klinischen und statistischen Methode zu kombinieren⁶⁹⁴. Das Ergebnis war eine Vielzahl neu entwickelter empirischer Kriterienlisten, die durch eine Zusammenstellung spezifischer Risikofaktoren eine Abschätzung des individuellen Risikos ermöglichen sollen.

Als prominente Vertreter dieser Art von Prognoseverfahren gelten die Psycho-pathy Checklist Revised (PCL-R), das Historical Clinical Risk Management-20

⁶⁹¹ Albrecht (2004) S.475 (480)

⁶⁹² BGH StV 2008, S.301 (302)

⁶⁹³ Eisenberg (2000), S.281 (285).

⁶⁹⁴ Dahle (2007), S.101 (110).

(HCR-20) und die Integrierte Liste der Risikovariablen⁶⁹⁵. Eine Einschätzung der Rückfallwahrscheinlichkeit des Probanden soll dabei durch die Analyse einer bestimmten Zahl an Risikofaktoren erfolgen. Ihre Intention ist es nicht, eine klinische Exploration zu ersetzen, sondern sie als Leitfaden zu flankieren.

Die modernen Instrumente stellen eine Verbesserung des kriminalprognostischen Vorgehens dar, was sich auch in Untersuchungen ihrer Treffsicherheit manifestiert⁶⁹⁶. Ihre Stellung als vorherrschende Prognosemethode beschreibt den Wandel der Forschung von einem intuitiven hin zu einem kriteriengeleiteten Ansatz. Gleichwohl gilt zu bedenken, dass eine eindimensionale Orientierung an Summenwerten unzulässig bleibt. Die fachmännische Auswertung der Ergebnisse und ihr Vergleich zu den Eindrücken einer Exploration sind unerlässlich. Nur so kann dem Individualisierungsgrundsatz Rechnung getragen werden.

Protektiv und prognostisch günstig sind folgende Kriterien:

- emotionale Stabilität, Flexibilität, Anpassungsfähigkeit und die Fähigkeit zur Distanzierung⁶⁹⁷
- Eine unkomplizierte, positive Lebenseinstellung, die positive Reaktionen des Umfeldes hervorruft⁶⁹⁸
- Das Vermögen zur Herstellung von sinnhaften Bezügen zwischen dem eigenen Verhalten und der eigenen Lebensperspektive
- Die Fähigkeit zur Distanzierung von negativen Einflüssen, zum Beispiel Coping-Verhalten, und die Fähigkeit zur Distanzierung von affektiv belastenden Ereignissen
- Die Fähigkeit zur Empathie und das damit verbundene Aufrechterhalten von sozialen Beziehungen
- Die realistische Einschätzung der Anforderungen durch die Umwelt und der eigenen Chancen
- Die Fähigkeit, soziale Probleme zu lösen
- Intellektuelle Fähigkeiten

⁶⁹⁵ Nedopil, (2000), S.293ff

⁶⁹⁶ Boetticher u.a., NSZ 2009, S.478 (479).

⁶⁹⁷ Lösel & Bender 1999

⁶⁹⁸ Nedopil, (2006a), 136.

- zunehmendes Alter: „der etwa ab dem 50. Lebensjahr beginnt, an Bedeutung zu gewinnen, und ab dem 70. Lebensjahr insbesondere bei Gewalt- und Sexualdelikten vermutlich ein so ausschlaggebendes Gewicht erhält, dass dann alle anderen Risikofaktoren zu vernachlässigen sind“⁶⁹⁹.

Ungünstig sind⁷⁰⁰:

- früher Beginn einer kriminellen Entwicklung
- Risikogruppe der „Rückverlegten“- aus Gründen, die in ihrer Person liegen
- Abbruch einer Behandlung
- Notwendigkeit der Rückkehr aus Lockerungen oder aus dem offenen Vollzug in den geschlossenen Bereich.
- „Psychopaths“: hier besteht die Gefahr, dass Dissoziale und „Psychopathen“ durch die Therapie sich den Sprachschatz aneignen, um ihr Umfeld zu täuschen und zu manipulieren.
- Soziale Kontakte in ein delinquentes oder süchtiges Milieu
- Fehlende habituelle Achtung vor anderen Menschen
- Mangel oder Fehlen eines Altruismus beim Betroffenen (dies umfasst in der Studie: Zuneigung, Verantwortungsgefühl und Scham, sowie die „Furcht vor Schande“)⁷⁰¹

Psychopathy Checklist PCL-R

Robert Hare entwickelte über die „Psychopathy Check List revised version (PCL-R)“ ein operationalisiertes „concept of psychopathy“. Er nutzte die Vorarbeiten von Harvey Cleckley⁷⁰², der in Haftanstalten und in psychiatrischen Kliniken für Rechtsbrecher empirische Untersuchungen durchführte. „Psychopathy“ ist keine diagnostische Bezeichnung, sondern ein Konzept oder Konstrukt. Dabei gibt es Unterschiede zum deutschen Psychopathie-Begriff. Die Entwicklung diene vor allem einem Modell, die Legalprognose zu beurteilen.

⁶⁹⁹ Nedopil (2006a), 129.

⁷⁰⁰ Dahle (2006), 24 ff.

⁷⁰¹ Herpertz, (2001a,b) 737-745.

⁷⁰² Cleckley (1941) Cleckley (1950)

Die Psychopathie-Checkliste erfasst ein fixiertes Störungsbild, das sich bereits in frühen Lebensphasen abzeichnet, sich während des Lebensweges verfestigt und bis ins hohe Alter weiter besteht. Eine Therapie verändert es nicht wirklich. Es beschreibt die Merkmalskombination eines Hochrisikoklientels⁷⁰³.

Die Kerngruppe der „Psychopaths“ im Sinne von Robert Hare machen in Strafvollzugseinrichtungen 5-25 % der Insassen aus. Diese zeigen gewalttätiges Verhalten und eine Ignoranz gegenüber Sanktionen.⁷⁰⁴ Die Liste berücksichtigt ein Zeitfenster von fünf bis zehn Jahren. Die Kerngruppe der Psychopathen ist mit 10% eine Untergruppe der Dissozialen. Sie weisen eine sehr starke, skrupelfrei Durchsetzungsfähigkeit und -bereitschaft bei guter Begabung, die Bedürfnisse ihrer Mitmenschen zu erkennen und ohne auch nur einen Anflug von Skrupeln sie zu allein egozentrischem Zweck zu nutzen, auf. Das Elend anderer führt bei ihnen zu einem „Gefühl von Macht und Größe“⁷⁰⁵. Gefühle erlebt man am ehesten in der Form der „Verachtung mit deren destruktivem Potenzial“. Sobald kriminelles Handeln Erfolg verspricht, wird dieses weiter betrieben. Dies zeigt sich darin, dass psychopatische Haftentlassene dreimal häufiger gegen Bewährungsaufgaben verstoßen. Sie revidieren ihre Selbstsicht nicht und sind damit therapeutisch nicht zu retten. Diese Gruppe wird auch nach dem 50. Lebensjahr häufig wieder inhaftiert. Psychopathie kombiniert mit sexuellem Sadismus ist besonders problematisch.

Die PCL⁷⁰⁶ umfasst 20 Items, die die Merkmale einer „Psychopathy“ abbilden. Jedes Item kann die Aggregatzustände „0“, „1“, „2“ annehmen. In den USA liegt ab einem Wert ab 30 Punkten und in Deutschland ab 17 Punkten eine „Psychopathy“ vor⁷⁰⁷. Das Instrument gilt heute als Referenz in der empirischen Erforschung krimineller Persönlichkeiten und zur Prognose. Dahingehend wird die Skala auch als Prognoseinstrument eingesetzt, um Risiken beurteilen zu können. Es gibt eine Unidirektionalität zwischen PCL-R-Werten und Kriminalitätsrisiko sowie mit einem problematischen Verhalten während der Behandlung. Daraus ergibt sich wieder ein erhöhtes Risiko von Zwischenfällen in der Maßregelvollzugseinrichtung und signalisiert den Mitarbeitern ein hohes Risiko Opfer von Manipulation, Täuschung oder Erpressung werden zu können. Dies bedingt wiederum eine engere Form der Supervision.

⁷⁰³ Lösel (1998)

⁷⁰⁴ Dahle (2006), 48 ff.

⁷⁰⁵ Kröber (2006), 134ff.

⁷⁰⁶ Hart (1998) 227-232; Hare, RD (1991); Dahle (2006), 49.

⁷⁰⁷ Hare RD (2003); Hemphill (1998)

| Ausprägung: 0,1,2..... | |Faktor | |
|------------------------|---|-------------|--|
| 1. | Trickreicher sprachgewandter Blender mit oberflächlichem Charme | | |
| 2. | Erheblich übersteigertes Selbstwertgefühl | | |
| 3. | Stimulationsbedürfnis (Erlebnishunger), ständiges Gefühl der Langeweile | | |
| 4. | Pathologisches Lügen (Pseudologie) | | |
| 5. | Betrügerisch-manipulatives Verhalten | | |
| 6. | Mangel an Gewissensbissen oder Schuldbewusstsein | | |
| 7. | Oberflächliche Gefühle | | |
| 8. | Gefühlskälte, Mangel an Empathie | | |
| 9. | Parasitärer Lebensstil | | |
| 10. | Unzureichende Verhaltenskontrolle | | |
| 11. | Promiskuität | | |
| 12. | Frühe Verhaltensauffälligkeiten | | |
| 13. | Fehlen von realistischen, langfristigen Zielen | | |
| 14. | Impulsivität | | |
| 15. | Verantwortungslosigkeit | | |
| 16. | Mangelnde Bereitschaft und Fähigkeit, Verantwortung für eigenes Handeln zu übernehmen | | |
| 17. | Viele kurzzeitige ehe(ähn)liche Beziehungen | | |
| 18. | Jugendkriminalität | | |
| 19. | Missachtung von Weisungen und Auflagen / Widerruf einer bedingten Entlassung | | |
| 20. | Polytrope Kriminalität | | |
| | Cutt off | | |
| | Hoher Score: 25 Punkte (in der Allgemeinbevölkerung Prävalenz unter 5 %) | | |
| | Score > 30 Punkte: Psychopathy | | |

LSI-R

Der Level of Service Inventory Revised, LSI-R erfasst 10 übergeordnete Risikobereiche über insgesamt 54 Merkmalen, die dichotom (ja/nein) beantwortet werden. Damit wird ein Risikoprofil erstellt.

Risikoprofile des LSI_R⁷⁰⁸:

| | Item | Score | | | |
|-------------------------------|--|-------|------|---|---|
| | | Ja | Nein | | |
| Strafrechtliche Vorgeschichte | 1 Frühere Verurteilungen im Erwachsenenalter? Anzahl | Ja | Nein | | |
| | 2 Zwei oder mehr frühere Verurteilungen? | Ja | Nein | | |
| | 3 Drei oder mehr frühere Verurteilungen? | Ja | Nein | | |
| | 4 Drei oder mehr aktuelle Delikte? | Ja | Nein | | |
| | 5 Festnahme im Alter von unter 18 Jahren? | Ja | Nein | | |
| | 6 Jemals aufgrund rechtskräftiger Verurteilung in Freiheitsentzug gewesen? | Ja | Nein | | |
| | 7 Fluchten aus Strafvollzugsinstitutionen? | Ja | Nein | | |
| | 8 Jemals für Fehlverhalten in Institutionen bestraft worden? | Ja | Nein | | |
| | 9 Bewährungsversagen? | Ja | Nein | | |
| | 10 Verurteilung wg. Gewalttaten o. andere offiziell registrierte Gewalthandlungen? | Ja | Nein | | |
| | 11 Gegenwärtig arbeitslos? | Ja | Nein | | |
| Ausbildung, Beruf, Arbeit | 12 Häufig arbeitslos? | Ja | Nein | | |
| | 13 Niemals durchgehend ein Jahr lang beschäftigt gewesen? | Ja | Nein | | |
| | 14 Jemals gekündigt worden? | Ja | Nein | | |
| | 15 Geringere Schulbildung als Hauptschulabschluss? | Ja | Nein | | |
| | 16 Geringere Schulbildung als Realschulabschluss? | Ja | Nein | | |
| | 17 Mindestens ein (dauerhafter/vorübergehender) Schulverweis? | Ja | Nein | | |
| | 18 Beteiligung / Leistung | 3 | 2 | 1 | 0 |
| | 19 Beziehungen und Interaktionen mit Mitschülern / Arbeitskollegen | 3 | 2 | 1 | 0 |

⁷⁰⁸ Dahle (2006)

| | | | |
|---------------------------------|---|---------|------|
| | 20 Interaktion mit Lehrern / Autoritätspersonen | 3 2 1 0 | |
| Finanzielle Situation | 21 Finanzielle Schwierigkeiten | 3 2 1 0 | |
| | 22 Abhängigkeit von staatlicher finanzieller Unterstützung | Ja | Nein |
| Familie und Partnerschaft | 23 Unzufriedenheit mit der ehelichen oder partnerschaftlichen Situation | 3 2 1 0 | |
| | 24 Unbefriedigende Beziehung zu den Eltern | 3 2 1 0 | |
| | 25 Unbefriedigende Beziehung zu anderen Verwandten | 3 2 1 0 | |
| | 26 Kriminalität in Familie und Partnerschaft | Nein | Ja |
| Wohnsituation | 27 Unbefriedigende Wohnsituation | 3 2 1 0 | |
| | 28 Drei oder mehr Adresswechsel im vergangenen Jahr | Nein | Ja |
| | 29 Hochkriminelle Nachbarschaft | Nein | Ja |
| Freizeitbereich | 30 Keine aktuelle Einbindung in protektive organisierte Aktivitäten | Nein | Ja |
| | 31 Könnte seine Freizeit sinnvoller nutzen | 3 2 1 0 | |
| Freundschaften, Bekanntschaften | 32 Sozial isoliert | Nein | Ja |
| | 33 Kriminelle Bekannte | Nein | Ja |
| | 34 Kriminelle Freunde | Nein | Ja |
| | 35 Wenige nicht-kriminelle Bekannte | Nein | Ja |
| | 36 Wenige nicht-kriminelle Freunde | Nein | Ja |
| Alkohol, Drogen | 37 Jemals Alkoholproblematik | Nein | Ja |
| | 38 Jemals Drogenproblematik | 3 2 1 0 | |
| | 39 Aktuelle Alkoholproblematik | 3 2 1 0 | |
| | 40 Aktuelle Drogenproblematik Drogenart: | Nein | Ja |
| | 41 Gesetzesverstöße als Folge des Substanzmissbrauchs | Nein | Ja |
| | 42 Ehe-/Familienprobleme als Folge des Substanzmissbrauchs | Nein | Ja |
| | 43 Schulische und berufliche Probleme als Folge des Substanzmissbrauchs | Nein | Ja |
| | 44 Medizinische Hinweise auf Substanzmissbrauch | Nein | Ja |
| | 45 Andere Indikatoren für Substanzmissbrauch | Nein | Ja |
| | 46 Moderate Beeinträchtigung | Nein | Ja |

| | | | |
|---------------------------------|---|------|-------|
| Emotionale, psychische Probleme | 47 Schwere Beeinträchtigung/aktive Psychose | Nein | Ja |
| | 48 Frühere psychiatrische oder psychologische Behandlung | Nein | Ja |
| | 49 Gegenwärtige psychiatrische oder psychologische Behandlung | Nein | Ja |
| | 50 Indikation für psychologische oder psychiatrische Untersuchung | Nein | Ja |
| Orientierung | 51 Kriminogene Einstellungen | 3 | 2 1 0 |
| | 52 Gegen Konventionen eingestellt | 3 | 2 1 0 |
| | 53 Gegen die Verurteilung eingestellt | | |
| | 54 Gegen Hilfe, Unterstützung und Kontrolle eingestellt | | |
| | | | |
| | | | |

Die auf diese 10 Risikobereiche bezogenen 54 Merkmale sind:

- Umfang und Art früherer Delikte im Jugend- und im Erwachsenenalter
- Schulbildung,
- Arbeitssozialisation,
- Motivationsfaktoren im Leistungskontext,
- Problemverhalten sowie soziale Verhaltensmuster im schulischen/ beruflichen Feld
- Finanzielle Probleme und Angewiesensein auf soziale Unterstützungsleistungen
- Bindungen und kriminogene Einflüsse in der Herkunftsfamilie,
- dem partnerschaftlichen Bereich und im weiteren familiären Umfeld
- Stetigkeit,
- Qualität und etwaige kriminogene Einflüsse im Wohnumfeld
- Fähigkeit zur adäquaten Strukturierung von Freizeit und etwaiger Aktivitäten mit Schutzfunktion (bzw. deren Fehlen)
- Vorhandensein und Qualität sozialer Beziehungen außerhalb familiärer Bezüge hinsichtlich etwaiger Schutz- und kriminogener Einflüsse
- Qualität und Umfang des Suchtmittelgebrauches sowie etwaige (bisher feststellbare)
- Zusammenhänge mit kriminellem Verhalten, partnerschaftlichen oder beruflichen/ schulischen Problemen

- psychopathologische Auffälligkeiten sowie psychiatrische bzw. psychologische Behandlungsmaßnahmen
- kriminogene Einstellungen, Werthaltungen und Normorientierungen

SAPROF⁷⁰⁹

| | |
|---------------------|---------------------------------------|
| Internale items | 1. Intelligenz |
| | 2. Sichere Bindung in der Kindheit |
| | 3. Empathie |
| | 4. Coping |
| | 5. Selbstkontrolle |
| Motivationale items | 6. Arbeit |
| | 7. Freizeitaktivitäten |
| | 8. Finanzmanagement |
| | 9. Behandlungsmotivation |
| | 10. Einstellung gegenüber Autoritäten |
| | 11. Lebensziele |
| | 12. Medikation |
| Externale items | 13. Soziales Netzwerk |
| | 14. Intimbeziehung |
| | 15. Professionelle Hilfe |
| | 16. Wohnsituation |
| | 17. Aufsicht |

START

- Soziale Fertigkeiten
- Beziehungsgestaltung

⁷⁰⁹ Rettenberger (2013); Webster (1997);Dahle, (2006), 37 - 39

- Einstellung zu Beruf und Ausbildung
- Freizeitgestaltung
- Selbstversorgung
- Kognitive Fähigkeiten
- Gefühle und Stimmung
- Substanzkonsum
- Impulskontrolle
- Äußere Einflüsse
- Soziale Unterstützung
- Wirtschaftliche Grundlage Einstellungen
- Compliance mit Medikamenten
- Konformität mit Regeln
- Anpassung und Verhalten
- Einsicht in eigene Fähigkeiten und Grenzen
- Ziele und Pläne
- Coping-Strategien
- Behandlungsbereitschaft
- Patientenspezifische Merkmale (in Klartext)
- Die Historical Clinical Risk Scheme, HCR-20⁷¹⁰

Bei diesem Instrument handelt es sich um ein bereits seit vielen Jahren erprobtes Modell Gewalttaten zu Straftätern und Maßregelpatienten zu erfassen. Aktuell wird die zweite Version genutzt.⁷¹¹ Prozessual geht man wie folgt vor:

- Sammeln der Informationen für den spezifischen Fall
- Bewertung der einzelnen Risikofaktoren
- Beurteilung der Relevanz der identifizierten Risikofaktoren
- Fallkonzeptualisierung
- Formulieren von Risikoszenarien
- Entwicklung von Risikomanagementstrategien mit Fokus auf klinisch-dynamische Risikofaktoren oder kriminogene Bedürfnisse sowie abschließende Beurteilung des Risikos in niedrig, mittel und hoch für allgemeine

⁷¹¹ Douglas (2014)

zukünftige Gewalt, für schwere physische Gewalt und für konkret drohende Gewalt.⁷¹²

Items:⁷¹³

| Historische items 0= liegt nicht vor 1= Merkmal mäßig ausgeprägt oder liegt fraglich vor 2= Merkmal deutlich | Klinische items Destabilisierende Einflüsse | Risiko Management items |
|---|--|----------------------------------|
| H1 Frühere Gewaltanwendung | C1 Mangel an Einsicht | R1 Fehlen realistischer Pläne |

⁷¹² Douglas (2014) Kötter (2014) 122–129

⁷¹³ Item übernommen von Kröber (2006) S.39. Nedopil (2006a,111).

| | | |
|---|--------------------------------|--|
| H2 Gerin- ges Al- ter bei 1. Ge- walttat | C2 Negative Einstellungen | R2 Destabi- lisie- rende Ein- flüsse |
| H3 Insta- bile Bezie- hungen | C3 Aktive Symptome | R3 Man- gel an sozia- les Unter- stüt- zung |
| H4 Prob- leme im Ar- beits- bereich | C4 Impulsivität | R4 Man- gelnde Com- pli- ance |
| H5 Sub- stanz- miss- brauch | C5 Fehlender Behandlungserfolg | R5 Stres- soren |
| H6 (gra- vie- rende) seeli- sche Stö- rung | | |
| H7 „Psy- cho- pathy“ | | |

| | | | | |
|--|---------------------------------------|----------------|--|--|
| H8 Frühe Fehlan- pas- sung | untere Risikobereich: 0-19 Punkte | | | |
| H9 Persön- lich- keits- störung | mittlere 20 - 31 Punkte | Risikobereich: | | |
| H10 Frühere Ver- stöße gegen Auf- la- gen | hohes Rückfall-Risiko: 32 - 40 Punkte | | | |
| | | | | |

Der HCR

Auf der Basis neuer Forschungsergebnisse wurde die zweite Version dieses Prognoseinstruments zur Einschätzung von Gewaltrisiko publiziert.⁷¹⁴ Die Anwendungsbereiche dieses Instrumentes beschränken sich vor allem auf Probanden mit gewalttätigem Verhalten in der Vergangenheit, bei denen der Verdacht auf eine psychische Erkrankung oder Persönlichkeitsstörung besteht. Zudem kann der HCR 20/2 auch bei zivilrechtlicher Unterbringung psychisch Kranker wegen fraglicher Fremdgefährdung angewendet werden. Ebenso stellt der HCR 20/2 eine Prognosecheckliste für zukünftiges gewalttätiges Verhalten dar und wird häufig allgemein zur Einschätzung des Rückfallrisikos eingesetzt. Der Einsatz des Prognoseinstruments sollte vorrangig am Anfang und nicht am Ende einer prognostischen Beurteilung zukünftigen Gewalttäterrisikos stehen. Der HCR 20/2 ist heute neben der PCL-R⁷¹⁵, welche ihrerseits als ein Item in den HCR 20/2 eingeht, das am weitesten verbreitetste Instrument zur Risikoerfassung. Der HCR 20/2 hat in zahlreichen Untersuchungen seine Fähigkeit,

⁷¹⁴ Webster (1995); Webster (1997a); 68 Webster (1997c)

⁷¹⁵ Hare (1991)

Straftaten sowie gewalttätige Zwischenfälle mit zufrieden stellender bis guter Genauigkeit vorauszusagen, bewiesen⁷¹⁶. Seit 1998 liegen die aus der relevanten forensisch-psychiatrischen Literatur abgeleiteten Bewertungsmaßstäbe in einem umfangreichen Glossar in deutscher Übersetzung vor⁷¹⁷.

Der HCR 20/2 beinhaltet 20 Items, wovon sich 10 Items auf die Vorgeschichte (historisch-anamnestischer Faktor = Vergangenheit) beziehen, 5 Items den klinischen Befund (Gegenwart) widerspiegeln und weitere 5 Items unter dem Bereich „Risikomanagement“ (Zukunft) zusammengefasst werden.

Als „statische Variablen“ werden die H-Items bezeichnet, da sie sich nicht mehr verändern lassen und mit ihnen nur noch ein Risiko gemessen, nicht aber beeinflusst werden kann. Die H-Items zeigen in einer Studie von Douglas (1996), eine höhere Korrelation zu gewalttätigen Rückfällen als die C-Items. In anderen Studien fand sich ebenso eine höhere Korrelation der historischen/statischen Faktoren zu den kriminellen Rückfällen, als die C- und R-Items, die eine höhere Vorhersagekraft bei Schizophrenen haben⁷¹⁸.

Die C- und R-Items werden hingegen als „dynamische Variablen“ bezeichnet. Die C-Items beschreiben den gegenwärtigen klinischen und psychischen Zustand des Untersuchten und sind somit für eine Verlaufsbeobachtung geeignet. Diese Items werden als „dynamisch“ bezeichnet, weil sie sich ändern können und durch eine adäquate psychiatrische Therapie ihr Gewicht im Behandlungsverlauf abnehmen kann. Die R-Items beziehen sich auf die Zukunft oder das zukünftig zu erwartende Risiko, das vom Untersuchten ausgeht. Auch sie sind durch Therapie und Lebensraumgestaltung beeinflussbar und ermöglichen ein kontrolliertes Risikomanagement und eine Abschätzung des zu erwartenden Risikos bei Lockerung und Entlassung.

Die Bewertung des HCR 20/2 erfolgt zunächst in der Überlegung, ob ein Vorliegen bzw. ein Nicht-Vorliegen jedes einzelne der 20 Items bestehen. Im Anschluss daran werden die Ergebnisse der Einzel-Items zu einer abschließenden Bewertung zusammengefasst.

Bei der Codierung der Items wird nach der 3-Punkt-Skala vorgegangen (Abb. 2). In der 3-Punkt-Skala bedeutet die „0“, dass das Merkmal auf das Individuum nicht zutrifft. Es beschreibt keine der betreffenden Persönlichkeits- oder Verhaltenszüge, bzw. es charakterisiert Äußerungen, die gegensätzlicher Natur sind, oder nicht mit

⁷¹⁶ Belfrage (2002); Douglas (2003); Müller-Isberner (1998); Stadtland (2004); Tengstrom (2001); Webster (1997a)

⁷¹⁷ Müller-Isberner (1998)

⁷¹⁸ Gramm (1998); Strand (1999); Webster (1997a)

dem Inhalt des Items übereinstimmen. Die „Eins“ drückt das Zutreffen des Merkmals bis zu einem gewissen Grad oder mit Wahrscheinlichkeit aus. Dem gegenüber bedeutet die „Zwei“, dass das Merkmal definitiv auf das Individuum zutrifft. Es besteht eine relativ gute Übereinstimmung mit den meisten entscheidenden Kriterien. Das Verhalten stimmt im Wesentlichen mit Tenor und Intention des Items überein. Wenn überhaupt keine Information vorhanden ist, oder die verfügbare Information nicht geeignet ist, wird eine „Neun“ bzw. ein „X“ vergeben.

| | | |
|----------|-----------|--|
| 0 | Nein | Das Item trifft definitiv nicht zu. |
| 1 | Möglich | Das Item trifft möglicherweise/teilweise zu. |
| 2 | Ja | Das Item trifft sicher zu. |
| 9 bzw. X | Unbekannt | Die Information ist zur Bewertung des Items nicht ausreichend. |

Kodierungsschema des HCR 20/2 von Webster et al (1997b)

| HCR-20 - Items | | Statische Variablen (Vergangenheit) | | | |
|----------------|---|-------------------------------------|-----------|------|--------------------|
| | | 0 Nein | 1 Möglich | 2 Ja | 9 bzw. X Unbekannt |
| H1 | Frühere Gewaltanwendung 0: keine frühere Gewalttätigkeit 1: mögliche oder weniger gravierende frühere gewalttätige Handlungen (ein oder zwei mäßig gewalttätige Handlungen, z.B. Schlagen, Stoßen und andere körperliche Übergriffe, die nicht geeignet sind, ernsthafte oder bleibende Schädigungen beim Opfer zu hinterlassen; einmalige gefährliche KV) 2: fortgesetzte oder schwerwiegende frühere Gewaltanwendung (drei oder mehr Handlungen, die als mäßig gewalttätig zu bezeichnen sind oder jede Art von schwerer oder erheblicher früherer Gewalttätigkeit; Handlungen, die geeignet sind, zum Tode, zu schweren Verletzungen oder bleibenden Schädigungen des Opfers zu führen, z.B. auch schwerer Raub) | 0 | 1 | 2 | 9 |
| H2 | Geringes Alter bei 1. Gewalttat 0: bei erstem Gewaltdelikt älter als 40 Jahre 1: erstes Gewaltdelikt im Alter von 20 bis 39 Jahren 2: erstes Gewaltdelikt vor dem 20. Lebensjahr (wenn vor dem 14. Lebensjahr, dann nur, wenn schwerwiegend, d.h. H1= 2) | 0 | 1 | 2 | 9 |
| H2a | Geringes Alter bei Erstdelinquenz 0: bei erstem Delikt älter als 20 Jahre 1: erstes Delikt im Alter von 14 bis 20 Jahren | 0 | 1 | 2 | 9 |

| | | | | | |
|-----|--|---|---|---|---|
| | 2: erstes Delikt vor dem 14. Lebensjahr (wenn schwerwiegend) | | | | |
| H3 | Instabile Beziehungen 0: insgesamt stabile und konfliktarme partnerschaftliche Beziehung(en) 1: mäßig konflikthafte oder häufiger wechselnde Partnerschaften, noch keine Partnerschaft eingegangen und jünger als 30 Jahre 2: instabile, hochkonflikthafte oder rasch wechselnde Beziehungen, noch keine Partnerschaft eingegangen bei einem Alter von über 30 Jahren | 0 | 1 | 2 | 3 |
| H4 | Probleme im Arbeitsbereich 0: keine Probleme im Bereich Arbeit/Beruf 1: Probleme im Bereich der Arbeit sind wahrscheinlich, bzw. in leichterer Ausprägung unverkennbar 2: gravierende und überdauernde Probleme im Arbeitsbereich (Proband lehnt es ab, sich um Arbeit zu kümmern, kündigt nach kurzer Zeit immer wieder bzw. wird entlassen) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| H5 | Substanzmissbrauch 0: keine Probleme mit legalen oder illegalen Substanzen (Alkohol, Medikamente, Rauschmittel) 1: mögliche oder mäßig gravierende Probleme mit psychotropen Substanzen 2: schwere Substanzproblematik | 0 | 1 | 2 | 3 |
| H6 | (Gravierende) Seelische Störung 0: keine psychiatrische Erkrankung nachweisbar 1: anamnestisch oder aktuell Verdacht auf Vorliegen einer psychiatrischen Erkrankung, bzw. gesichertes Vorliegen einer leichteren psychiatrischen Erkrankung (z.B. aggressive Durchbrüche) 2: schwerwiegende psychiatrische Erkrankung aktuell oder in der Vorgeschichte ist gesichert | 0 | 1 | 2 | 3 |
| H7 | Psychopathy (PCL-Score) 0: im PCL-R weniger als 20 Punkte, im PCL-SV weniger als 13 Punkte 1: im PCL-R bis 29 Punkte, im PCL-SV 13 bis 17 Punkte 2: im PCL-R 30 bis 40 Punkte, im PCL-SV 18 bis 24 Punkte | 0 | 1 | 2 | 3 |
| H8a | Inadäquater Erziehungsstil 0: keine Misshandlung/Missbrauch des Probanden in der Kindheit und Jugend 1: mäßige Misshandlung/Missbrauch des Probanden in der Kindheit und Jugend; Heimeinweisung aufgrund von Verwahrlosungstendenz 2: gravierende Misshandlung/Missbrauch des Probanden in der Kindheit und Jugend (lang andauernder schwerer Missbrauch, Misshandlung, Kriminalität oder schwerer Alkoholmissbrauch der Eltern) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| H8b | Fehlverhalten in Kindheit und Jugend 0: keine frühen Verhaltensauffälligkeiten | 0 | 1 | 2 | 3 |

1: mäßige Probleme/Fehlverhaltensweisen im schulischen familiären oder sozialen Bereich
 2: gravierende Probleme/Verhaltensstörungen vor dem 15. Lebensjahr (z.B. massive Gewalttätigkeiten gegen Klassenkameraden oder wenn mindestens zwei der Bereiche Familie, Schule, Sozialverhalten in der Gemeinde betroffen sind; FE im Erziehungsregister)

H9 **Persönlichkeitsstörung** 0 1 2 3

0: kein Hinweis auf eine Persönlichkeitsstörung
 1: Persönlichkeitsstörung ist wahrscheinlich oder nicht allzu schwerwiegend

H10 **Frühere Verstöße gegen Auflagen** 0 1 2 3

2: schwerwiegende Persönlichkeitsstörung
 0: kein Hinweis auf früheres Fehlverhalten in Betreuungs- oder Bewährungssituationen

1: Verdacht auf entsprechende, gravierende Verhaltensentgleisungen in Betreuungs- oder Bewährungssituationen oder mäßige Verstöße bzw. weniger schwerwiegende Verhaltensauffälligkeiten (z.B. Zuspätkommen aus dem Urlaub, unkorrekte Medikamenteneinnahme, unerlaubter Konsum von Alkohol oder Drogen)

2: gesichertes schwerwiegendes Fehlverhalten in Betreuungs- oder Bewährungssituationen (völliges Entziehen der Bewährung, Entweichung bei Lockerung mit erneuter Straffälligkeit oder dauerhaft, Ausbrüche, Straffälligkeit unter Bewährung, Bewährungswiderrufe, Nichtfolgeleisten von gerichtlich angeordneten Therapiemaßnahmen; Folgen: erneute Festnahmen oder Einweisungen)

Klinische Items

C1 **Mangel an Einsicht** 0 1 2 3

0: kein Mangel an Einsicht
 1: fragliche oder nur in Teilaspekten vorhandene Einsicht
 2: keine Einsicht

C2 **Negative Einstellungen** 0 1 2 3

0: kein Hinweis auf negative Einstellungen
 1: fragliche oder mäßig negative und/oder antisoziale Einstellungen
 2: ausgesprochen negative und/oder antisoziale Einstellungen

C3 **Aktive Symptome** 0 1 2 3

0: keine produktiven Symptome vorhanden
 1: produktive Symptome sind nicht auszuschließen oder können in milder Form festgestellt werden
 2: eindeutige und schwerwiegende produktive Symptome sind unverkennbar

C4 **Impulsivität** 0 1 2 3

0: keine Impulsivität
 1: nicht ausschließbare oder mäßig ausgeprägte Impulsivität
 2: eindeutige und erhebliche Impulsivität

| | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|
| C5 | Fehlender Behandlungserfolg 0: gutes Ansprechen auf Behandlungsmaßnahmen 1: fragliches oder nur partielles Ansprechen auf Behandlungsmaßnahmen 2: unbefriedigendes oder fehlendes Ansprechen auf Behandlungsmaßnahmen | 0 | 1 | 2 | 3 |
| R1 | Risiko Management (R-Items) Fehlen realisierbarer Pläne 0: angemessene und erfolversprechende Zukunftsplanung 1: fragliche oder nur teilweise aussichtsreiche Zukunftsplanung 2: unrealistische Zukunftsplanung, Planung nicht durchführbar | 0 | 1 | 2 | 3 |
| R2 | Destabilisierende Einflüsse 0: Einfluss destabilisierender Faktoren ist unwahrscheinlich, voll kompensierbar oder irrelevant 1: möglicher bzw. mäßig gravierender Einfluss destabilisierender Faktoren; Risikofaktoren können teilweise kompensiert werden 2: gravierende destabilisierende Faktoren gegeben und nicht kompensierbar | 0 | 1 | 2 | 3 |
| R3 | Mangel an Unterstützung 0: stützende und hilfreiche persönliche Beziehungen ausreichend vorhanden 1: fragliche oder nur teilweise ausreichend erscheinende stützende persönliche Beziehungen 2: Mangel an hilfreichen und stützenden Kontakten und Beziehungen oder entsprechende Unterstützung wird vom Probanden nicht angenommen | 0 | 1 | 2 | 3 |
| R4 | Fehlende Compliance 0: voraussichtlich werden empfohlene Nachsorge- und Behandlungsmaßnahmen akzeptiert und zuverlässig befolgt werden; gute Compliance 1: die empfohlenen Maßnahmen werden möglicherweise oder zu einem gewissen Grad mitgetragen werden, unter Umständen nicht immer zuverlässig; mäßige Compliance 2: kaum zu erwarten, dass eine ausreichende Akzeptanz für die empfohlenen Maßnahmen besteht, oder der Proband ist unzuverlässig; mangelhafte Compliance | 0 | 1 | 2 | 3 |
| R5 | Stressoren 0: wahrscheinlich keine bedeutsamen Stressoren 1: mäßig belastende Stressoren sind zu erwarten 2: gravierende Stressoren sind sicher vorhersehbar oder weniger schwerwiegende Stressoren, aber mangelhafte Fähigkeit des Probanden, selbst mit kleinen Belastungen umzugehen | 0 | 1 | 2 | 3 |

Zusammen

Der HCR-20 hat sich zunehmend für die Prognosearbeit durchgesetzt und findet auch im ILRV seine Verwendung. Auffallend ist der hohe Wert der Vergangenheit

mit 10 von 20 Punkten. Dies zeigen auch die Gutachten, die der Historie (Akten) bis zu 50% des Raumes widmen.

Bei Studien deutscher Strafgefangener ergaben sich folgende Ergebnisse:

| | Frühere Studien für Rückfälle ⁷¹⁹ | Studien deutscher Strafgefangener |
|----------------------------|--|-----------------------------------|
| Niedriges Rückfallrisiko : | 0 bis-19 | 0 bis 9 Punkte |
| Mittleres Rückfallrisiko : | 20 bis 31 | 10 bis 20 Punkte |
| Hohes Rückfallrisiko : | 32bis 40 | > 20 Punkte |

Verfügbare Instrumente bei Sexualstraftäter:

- SVR 20: Sexual Violence Risk Scheme⁷²⁰
- SVR + Static 99⁷²¹
- Acute 2007⁷²²
- Stable 2007⁷²³
- der Static 99 in Verbindung mit Stable 2007 und Acute 2007 sind derzeit die am besten validierte Kombination von Instrumenten.
- START (Short Term Assessment of Risk and Treatability)⁷²⁴

Dabei sind während der Unterbringung auch andere psychopathologische Phänomene zu mit heranzuziehen und als Risiken einzugrenzen (z. B. das Risiko für Selbstverletzung, Suizid, Entweichung oder Substanzmissbrauch). Zusätzlich fokussiert

⁷¹⁹ Dahle (2005)

⁷²⁰ Boer (1997)

⁷²¹ Hanson (2007a) Matthes (2008b)

⁷²² Hanson (2007a) Matthes (2008b)

⁷²³ Eher (2010b) Hanson (1999)

⁷²⁴ Webster (2009)

dieses im multiprofessionellen Team anzuwendende Instrument insbesondere dynamische und protektive Faktoren und führt über einen gelenkten Prozess zur Ableitung von Behandlungsmaßnahmen.

Elz und Rehde haben weitere Merkmale mit hoher sexueller Rückfälligkeit publiziert, diese sind:⁷²⁵

- Niedriges Alter beim ersten Sexualdelikt bzw. beim Bezugsdelikt
- Keine Partnerschaft (zum Tatzeitpunkt)
- geringe Bindungs- und Beziehungsfähigkeit
- Geringe Altersdifferenz zwischen Täter und (jüngstem) Opfer
- Keine Vorbeziehung zwischen Täter und Opfer
- Planung der Sexualstraftat
- Abgebrochene Schulbildung
- geringe berufliche Leistungsfähigkeit
- Mehrere Vorstrafen mit längerer Hafterschaft
- mehrerer Sexualdelikte an mehreren Opfern
- Frühere therapeutische Maßnahmen
- Neigung zu missmutiger Verstimmung

Man geht im Durchschnitt von einer spezifischen Rückfallquote bei Sexualstraftätern von 10 - 20 % aus. Im Einzelnen:

| Delikt | Zeitraum | Rückfallquote |
|---------------|-------------------|---------------|
| Vergewaltiger | Innerhalb 5 Jahre | 50 % |

Je höher der Gewaltbereitschaft beim Delikt liegt, desto mehr treten dissoziale Merkmale in den Vordergrund und desto höher ist die Rückfallwahrscheinlichkeit. Die Vergewaltigung ist damit eher Ausdruck der Dissozialität.

⁷²⁵ Elz (2002); Rehder (2001).

| | Delikt | Häufigkeit ⁷²⁶ |
|--|----------------------|---------------------------|
| Vorstrafenbelastung von Sexualstraftätern | Kindesmissbräuchler | 55 % |
| | sexuelle Gewalttäter | 70 % |
| | Exhibitionisten | 80 % |
| bei Kindesmissbrauchern und sexuellen Gewalttätern | | 20 % |
| Rückfälligkeit für neue Verurteilungen innerhalb des Risikozeitraums | neue Straftaten | 50 % |
| | neues Sexualdelikt | 20 % |

50 % der Straftaten erfolgte innerhalb der ersten beiden Jahren nach der Verurteilung oder nach der Verurteilung bzw. nach Verbüßung einer Freiheitsstrafe oder sogar noch vor der Entlassung aus dem Gefängnis. Eine prognostisch ungünstige Gruppe sind "Sexualstraftäter mit überdauernden Gehirnerkrankungen (ICD-10: F0). Diese sind einer Therapie nur schlecht zugänglich. Dies gilt auch für Minderbegabte (ICD-10: F7) mit Missbrauchsdelikten zum Nachteil von Kindern.

Stabilen Pädophilie (F65.4 des ICD-10)⁷²⁷:

- Diese bildet sich in der Pubertät aus
- Wird den Gestörten schon in den Entwicklungsjahren als Jugendlichem oder Heranwachsendem bewusst
- Diesen gelingen auch nach Haftentlassung mehrjährige straffreie Intervalle
- Die Rückfälligkeit erfolgt oft erst nach der Bewährungszeit
- Das Deliktrisiko bleibt auch nach 2 bis 5 Jahren erhalten
- Ein Indikator kann die Festplatte mit pädophil-pornographischen Bildern, Videos und erfundenen Geschichten analogen Inhalts sein.
- Je höher die Gewaltbereitschaft, desto ungünstiger ist die Prognose.
- Bei Gewaltanwendung verschlechtert sich die Prognose bei Anwendung von Werkzeugen (Fesselung, Waffen, beinhaltet eine Planung)

⁷²⁶ Egg (2003)

⁷²⁷ Kröber (2006), 143 ff.

- Beim Vorliegen ungünstiger Merkmale liegt die Rückfallquote bei etwa 50%:
 - Täter aus dem außerfamiliären Bereich (ungünstiger als innerfamiliär), da die Tatsituation leichter herstellbar ist.
 - Hunter: Personen, die Tatgelegenheiten (z. B. Kinderspielplatz) aktiv suchten und selbst herstellten
 - Einschlägige Vorstrafen (andere Delikte sind prognostisch nicht relevant)
 - Erste Sexualdelikt als Jugendlicher oder Heranwachsender
 - Männliche Opfer aufgrund homosexueller Pädophilie (höhere Störungsintensität)
 - Fehlende Alkoholisierung (da keine Enthemmung benötigt wird)
 - Sadismus im Sinne einer sexualisierten Destruktivität (Gefühle aus massiver Feindseligkeit, Rache, Hass, Zerstörungsfreude und Beherrschungsbegehren verbinden sich mit der Sexualität, diese wird als Triumph erlebt)⁷²⁸. Je mehr sadistische Werkzeuge zum Einsatz kommen, desto mehr lebhaftere Phantasien und desto ungünstiger die Prognose (Knebel, Stricke, Handschellen, mit scharfen Spitzen besetzte Handschuhe, Brustklemmen usw.). Diese Personen bleiben auch nach Psychotherapien gefährlich, da sie die Therapeuten gerne manipulieren (antizipieren die Wünsche des Gegenübers).⁷²⁹
 - Sadismus + Dissozialität: besonders schlechte Prognose
 - Eine Tatleugnung und Bagatellisierung ist prognostisch ungünstig.
- Primäre Dissozialität:
 - Differentialdiagnostisch bedeutsam ist der Gegenstandscharakter der Straftat. Wenn die Straftat affektiv analog anderer Straftaten „gewöhnlich“ für den Täter ist, dann ist eine Therapie oft von fraglichem Nutzen. Hier kann ein sozialtherapeutischer Strafvollzuges sinnvoll sein (Effektstärke bei 10 %).

⁷²⁸ Stoller (1975/1979)

⁷²⁹ Schmid (2000), 46

SVR – 20⁷³⁰

Der SVR 20 wurde von Boer et al. 1997 entwickelt, die deutsche Übersetzung erfolgte durch Müller-Isberner u.a. 1997⁷³¹. Das Instrument eignet sich vor allem zur Vorhersage sexueller Gewalttaten. Die Items gründen sich auf Erfahrungen mit Sexualstraftätern.

Rückfälle bei Sexualstraftätern: Der SVR-20 ist ein Instrument zur Verbesserung der, wobei folgende Merkmale berücksichtigt werden:

| | |
|-------------------------|--|
| Psychosoziale Anpassung | 1. Sexuelle Deviation |
| | 2. Opfer von Kindesmissbrauch |
| | 3. Psychopathie |
| | 4. Schwere seelische Störung |
| | 5. Substanzproblematik |
| | 6. Suizidale/homicide Gedanken |
| | 7. Beziehungsprobleme |
| | 8. Beschäftigungsprobleme |
| | 9. Nicht sexuelle gewalttätige Vordelinquenz |
| | 10. Gewaltfreie Vordelikte |
| | 11. Früheres Bewährungsversagen |
| Sexualdelinquenz | 12. Hohe Deliktfrequenz |
| | 13. Multiple Formen der Sexualdelinquenz |
| | 14. Physische Verletzungen der Opfer |

⁷³⁰ Rettenberger (2013), S. 273

⁷³¹ Nedopil (2006a) 113.

| | |
|---------------|---|
| | 15. Waffengebrauch und Todesdrohungen |
| | 16. Zunahme der Deliktfrequenz oder Schwere |
| | 17. Extremes Bagatellisieren oder Leugnen der Tat |
| | 18. Deliktfördernde Ansichten |
| Zukunftspläne | 19. Fehlen realistischer Zukunftspläne |
| | 20. Ablehnung weiterer Interventionen |

Dittmann Liste (Nordwest- und Innerschweiz)⁷³² als Beispiel eines prognostischen Merkmalkataloges⁷³³:

Ein prognostischer Kriterienkatalog zur Einschätzung des Rückfallrisikos bei sogenannten „gemeingefährlichen“ Tätern wurde von Dittmann vorgelegt. Die Dittmann-Liste hat das Ziel, Risikoeinschätzungen bei Straftätern vorzunehmen, die wegen Gewalt- und Sexualdelikten untergebracht sind.

1. Analyse der Anlasstaten

| günstig | ungünstig | |
|--|--|--|
| Tatanalyse | | |
| Einzeldelikt ohne übermäßige Gewaltanwendung | besonders grausame Tat(en) mit übermäßiger Gewaltanwendung („overkill“) | |
| Hochspezifische Täter- Opferbeziehung | Deliktserie (Tatfrequenz bei Seriedelikten, Progrediente deviante Phantasien und Handlungen) | |
| Mittäterschaft unter Gruppendruck | Opferwahl zufällig, fremde Opfer | |

⁷³² Dittmann (2000)

⁷³³ Dittmann (1998),173-183.

| | | |
|--|--|--|
| | Delikt mit hoher statistischer Rückfallwahrscheinlichkeit | |
| Fixierte sexuelle Devianz | | |
| günstig | ungünstig | |
| | Sadistische Phantasien und Handlungen , in der Phantasie oder konkret lange vorgeplante Handlungen | |
| | Massive Gewaltanwendung bei der Tat, Verletzung des Opfers, Waffengebrauch | |
| | Verschiedene Sexualdelikte | |
| 2. Bisherige Kriminalitätsentwicklung | | |
| günstig | ungünstig | |
| Kriminalität als Ausdruck lebensphasischer Veränderungen, eines schicksalhaften Konfliktes oder einer besonderen aktuellen Situation (Gewaltdelinquenz an narzisstische Krisen gebunden) | Kriminalität als eingeschliffenes Verhaltensmuster in der Biographie erkennbar. Delinquenzbeginn in der Kindheit oder Jugend, Herkunft aus dissozialem Milieu. | |
| | In der Vorgeschichte gewalttätige Delikte, besonders grausame Taten mit übermäßiger Gewaltanwendung („overkill“). | |
| | Deliktserie in der Vorgeschichte | |
| | Lockerungs- oder Bewährungsversagen in der Vorgeschichte | |
| | Früher Beginn sexueller Delinquenz | |
| 3. Persönlichkeit, vorhandene psychische Störung | | |
| günstig | ungünstig | |

| | | |
|--|--|--|
| vorübergehende, kurzfristige psychische Störung | lang anhaltende oder chronifizierte Symptomatik mit Bezug zur Delinquenz wie <ul style="list-style-type: none"> • anhaltender, besonders personenbezogener Wahn • überdauernde Denkstörungen • chronische Affekt- und Antriebsstörungen | |
| vorübergehender Einfluss psychotroper Substanzen ohne süchtige Bindung | regelmäßiger Substanzmissbrauch oder hohes Abhängigkeitspotenzial von psychotropen Substanzen mit Bezug zum kriminellen Verhalten | |
| weitgehend unauffällige Persönlichkeitsentwicklung bis zur Pubertät | deliktfördernde Ansichten und Einstellungen | |
| unauffällige Testpsychologie | seit Kindheit oder Jugend bestehen bleibende Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, zahlreiche dissoziale Merkmale wie Bindungs- und Haltlosigkeit, Gefühlskälte, fehlende Empathie | |
| | chronifizierte Abweichungen des Sexualverhaltens wie fixierte Paraphilien, besonders bei progredientem Verlauf | |
| 4. Einsicht des Täters in seine Krankheit oder Störung | | |
| günstig | ungünstig | |
| der Täter erkennt und akzeptiert das Krankhafte, Störende oder Abweichende seines Verhaltens | der Täter negiert, psychisch krank, gestört oder in seinem Verhalten erheblich normabweichend zu sein | |
| offene Selbstdarstellung | versucht abzuwehren, zu bagatellisieren und zu täuschen | |

| | | |
|---|---|--|
| | Projektion des Fehlverhaltens auf das Opfer, | |
| | Geltend gemachte Berechtigung zu sexueller Befriedigung ohne Einwilligung | |
| | Deliktfördernde Grundhaltung („Frauen wollen das!“, „Sexualität schadet Kindern nicht!“) | |
| 5. Soziale Kompetenz | | |
| günstig | ungünstig | |
| gute soziale Leistungsfähigkeit in allen Bereichen, stabile Arbeitsverhältnisse | erhebliche Beeinträchtigung der beruflichen und sozialen Leistungsfähigkeit, überwiegend instabile Arbeitsverhältnisse | |
| interessiert und eingebunden in ein breites Spektrum von Aktivitäten | gestörte Wahrnehmung der sozialen Realität; unrealistische Erwartungshaltung (Falsche Selbsteinschätzung bezüglich Risikosituation) | |
| im Allgemeinen zufrieden mit dem Leben | Unvermögen, sich an wechselnde Situationen anzupassen | |
| Einfühlungsvermögen und Toleranz | gestörte Kommunikationsfähigkeit | |
| intakte familiäre oder partnerschaftliche Beziehungen | sozial desintegriert | |
| stabile Freundschaften | keine stabilen Partnerschaften bisher (Unfähigkeit, angemessene stabile Partnerschaften einzugehen) | |
| | geringes Durchhaltevermögen | |
| | kriminogener Lebensstil (Arbeit, Freundeskreis, Beziehungen), kriminelle Identität | |

| 6. Spezifisches Konfliktverhalten | | |
|--|---|--|
| günstig | ungünstig | |
| die Tat entwickelte sich aus einer bisher einmaligen spezifischen Konfliktsituation; aus der Vorgeschichte ersichtlich, dass der Täter in ähnlichen Situationen sich anders verhalten konnte und verhalten hat | aus der Vorgeschichte erkennbar, dass der Täter immer wieder in ähnliche Konfliktsituationen gerät, diese herbeiführt und in stereotyper Weise mit delinquentem Verhalten reagiert | |
| gute Belastbarkeit in anderen Konfliktsituationen | geringe Frustrationstoleranz, Impulsivität (in Überforderungs- und Kränkungssituationen) | |
| 7. Auseinandersetzung mit der Tat | | |
| günstig | ungünstig | |
| der Täter ist bereit, sich intensiv mit seiner Tat auseinanderzusetzen, insbesondere hinsichtlich Motivanalyse und der verletzten ethischen Normen; erkennbares Bedauern oder Reue | Leugnen der rechtskräftig festgestellten Täterschaft oder Bagatellisierung der Tat, keine Reue | |
| Auseinandersetzung mit der Situation des Opfers; Bemühen um Ausgleich und Wiedergutmachung, sofern nicht rein taktisch | zum Teil Projektion des eigenen Fehlverhaltens auf das Opfer oder auf Dritte, „die Gesellschaft“, auf „die Umstände“ | |
| 8. Allgemeine Therapiemöglichkeiten | | |
| günstig | ungünstig | |
| für die beim Täter vorhandene psychische Störung ist grundsätzlich eine gut wirksame Behandlungsmethode bekannt | nach dem gegenwärtigen Stand der psychiatrischen, psycho- und soziotherapeutischen und pädagogischen Verfahren ist die beim Täter vorhandene Störung generell schwer oder gar nicht beeinflussbar | |
| 9. Reale Therapiemöglichkeiten | | |
| günstig | Ungünstig | |

| | | |
|--|---|--|
| Es ist eine Institution vorhanden, die das für die Behandlung des Täters benötigte Therapiekonzept und den entsprechenden Rahmen (z. B. Sicherheit) anbietet und die bereit ist, den Täter aufzunehmen | Eine Institution, in der der Täter behandelt werden könnte, steht wegen des mangelndem Angebotes der benötigten Therapie und/oder fehlender Sicherheitseinrichtungen etc. nicht zur Verfügung | |
| 10. Therapiebereitschaft | | |
| günstig | ungünstig | |
| Offenheit und gute, vertrauensvolle Bindung an die Therapeuten und sonstige Bezugspersonen | keine Bereitschaft, sich ernsthaft mit der eigenen Störung auseinanderzusetzen | |
| Der Täter bemüht sich aktiv um eine Therapiemöglichkeit, er ist zur Mitarbeit auch unter Inkaufnahme von Nachteilen bereit | Der Täter lehnt jegliche Therapie, z. B. auch eine medikamentöse Behandlung ab, verhält sich stark abwehrend oder zeigt sich nur scheinbar therapiebereit, um dadurch andere Vorteile zu erlangen | |
| 11. Sozialer Empfangsraum¹³⁶ | | |
| günstig | ungünstig | |
| Einbindung in Familie und Partnerschaft; tragfähige, verlässliche Kontakte zu Hilfspersonen (Bewährungshilfe, Betreuer etc.) | fehlende Sozialkontakte und Bindungen, keine tragfähige Partnerschaft | |
| gesichertes Einkommen, Wohnung etc. | keine konkreten, realistischen Pläne | |
| gute Kontrollmöglichkeit | keine Wohnung, keine Arbeitsstelle, keine finanzielle Absicherung | |
| Zugang zu Opfern durch spezifische Bedingungen erschwert | fehlende Kontrollmöglichkeiten | |
| Annehmen von Unterstützung | leichter Zugang zu Opfern | |

| | | |
|--|---|--|
| realistische Zukunftsplanung mit angemessenen Erwartungen | Ablehnung von Unterstützung, keine Bereitschaft zur Mitarbeit | |
| | Rückkehr in kriminogenes Milieu, unstrukturiertes Freizeitverhalten | |
| | fehlende langfristige Nachsorge | |
| 12. Bisheriger Verlauf nach den Taten | | |
| günstig | ungünstig | |
| keine weitere Delinquenz, sofern diese von den Bedingungen her möglich gewesen wäre | weitere ähnliche oder noch gravierendere Delinquenz | |
| Besserung der deliktfördernden psychiatrischen Symptomatik | keine Veränderung der kriminogenen Störung erkennbar | |
| Nachreifung und Festigung der Persönlichkeit | häufige Konflikte | |
| erhöhte Frustrationstoleranz und Ausdauer | Überangepasstheit in der Institution | |
| 13. „vorgestellte Zukunftsumwelt“ | | |
| günstig | ungünstig | |
| gute Anpassungsfähigkeit und ausreichende Sozialkontakte in der Institution (nicht formale Scheinanpassung außerhalb des deliktspezifischen Problemfeldes, z. B. Sexualdelinquenz) | Sekundärschäden durch lange Institutionalisierung | |
| Erlernen neuer Konflikt- und Problemlösestrategien | keine Fortschritte in der Therapie, häufige Therapieabbrüche | |
| erfolgreiche Lockerungen, Bewährung im Urlaub, soweit sicher beurteilbar | Entweichungen, Suchtmittelmissbrauch | |
| Aufbau von Hemmungsfaktoren | | |

StaticMerkmale des Static-99

Mit dem Ziel, die Vorhersagegüte zu erhöhen, wurde 1999 der Static-99 anhand einer Synthese aus RRASOR und dem Structured Anchored Clinical Judgement-Minimum (SACJ-Min; Grubin, 1998) konzipiert. Der Static-99 gilt gegenwärtig aufgrund seines umfangreichen Manuals und der vielfach replizierten moderaten bis guten Validitätsindizes als das am meisten verwendete und am besten validierte standardisierte Prognoseverfahren für Sexualstrafäter (Anderson & Hanson, zur Publikation angenommen).

Dabei sind folgende Merkmale ungünstig:

| Item | Risikofaktor | | |
|------|---|---------------------------|-----|
| 1 | Alter | zwischen 18 und 25 Jahren | 1 |
| | | Über 25 Jahre | 0 |
| 2 | Nie verheiratet | Ja | 0 |
| | | Nein | 1 |
| 3 | Gegenwärtiges Delikt, (auch) nicht sexuelle Gewalttätigkeit | Ja | 0 |
| | | Nein | 1 |
| 4 | Frühere nicht sexuelle Gewalttätigkeit | Ja | 0 |
| | | Nein | 1 |
| 5 | Frühere Sexualdelikte (0 bis 3 Punkte) | Auswahl | |
| | | Keine | 0 |
| | | 1-2 | 1 |
| | | 2-5 | 2-3 |
| | | >6 | 4+ |
| 6 | Vorverurteilungen | <4 | 0 |
| | | >4 | 1 |
| 7 | Sexualdelikte ohne Berührung | Ja | 0 |
| | | Nein | 1 |
| 8 | Opfer, die nicht verwandt sind | Ja | 0 |
| | | Nein | 1 |

| | | | |
|----|------------------|------|---|
| 9 | Fremde als Opfer | Ja | 0 |
| | | Nein | 1 |
| 10 | Männliche Opfer | Ja | 0 |
| | | Nein | 1 |

Merkmale des Static-2002⁷³⁴

- Alter bei der Entlassung
- Sexuelle Vordelinquenz
- Vorverurteilungen wegen Sexualdelikten
- Als Jugendlicher bereits Festnahmen wegen Sexualdelikten
- Mehr als eine Verurteilung wegen eines Sexualdelikts in 15 Jahren
- Deviante sexuelle Interessen
- Verurteilungen wegen berührungsfreier Sexualdelikte
- Männliche Opfer
- Zwei oder mehr Opfer jünger als 12 Jahre
- Beziehung zu den Opfern
- Jemals ein Delikt mit einem nicht verwandtes Opfer
- Jemals ein Delikt mit einem fremdes Opfer
- Allgemeine Kriminalität
- Anzahl der Vorverurteilungen
- Jemals Bewährungsversagen
- Jahre in Freiheit vor dem Indexdelikt unter vier Jahren
- Jemals Verurteilungen wegen nicht sexueller Gewaltdelikte

⁷³⁴ Langton (2007)

SONAR 2000 (Sex Offender Need Assessment Rating)⁷³⁵

Bedeutsame soziale Einflüsse

Versorgungsansprüche an Menschen, für deren Sozialkontakt der Betroffene keine Gegenleistung erbringen muss.

Defizite bezüglich des Intimlebens

Defizite bei Intimpartnern

Emotionale Identifikation mit Kindern

Feindschaft Frauen gegenüber

Sozialer Rückzug/Einsamkeit

Emotionale Kälte und Dickhäutigkeit

Selbstregulierung der Sexualität

Sexuelle Triebstärke und Präokkupation

Sexualität als Bewältigungsstrategie

Deviante sexuelle Interessen

Bedeutsame soziale Einflüsse

Rückfallrisiko bei Sexualstraftätern (RRS)

Alter beim ersten Sexualdelikt (Jahre)

Depressive Persönlichkeitsanteile

Bindungs- und Beziehungsfähigkeit

Hafterfahrung (Monate)

Berufliche Leistungsbereitschaft

Soziale Kompetenz

Zahl der Verurteilungen wegen Sexualdelikten

Bekanntheitsgrad zwischen Opfer und Täter

Planung der Tat

⁷³⁵ Harris (2003)

- Alter beim ersten Sexualdelikt
- Bekanntheitsgrad zwischen Opfer und Täter
- Planung der Tat
- Zahl sexueller Opfer
- Alkoholisierung zum Tatzeitpunkt
- Bedrohung des Opfers
- Gestörte Realitätseinschätzung
- Depressive Persönlichkeitsanteile
- Konventionelles Geschlechtsrollenverständnis Sten-Wert 16 PF E (16 Persönlichkeitsfaktoren-Test: Selbstbehauptung)
- Sten-Wert 16 PF M (16 Persönlichkeitsfaktoren-Test: Unkonventionalität)
- Sten-Wert 16 PF N (16 Persönlichkeitsfaktoren-Test: Überlegenheit)

RRS-SM

- Alter beim ersten Sexualdelikt
- Inzesttäter/Pädophiler
- Zahl der Vorverurteilungen wegen Sexualdelikten
- Zahl aggressiver Straftaten
- Intensität des Sexualverhaltens bei der Tat
- Bindungs- und Beziehungsfähigkeit
- Depressive Persönlichkeitsanteile
- Berufliche Leistungsfähigkeit

Klinisch-idiografische Prognosemethode

Das individualisierte idiografische Beschreiben charakterisiert den Täter unter Berücksichtigung strafrechtlich relevanter Verhaltensweisen (prognostisch günstige wie

ungünstige). Diese Modelle werden regelhaft durch die höchstrichterliche Rechtsprechung gefordert.⁷³⁶

Die statischen Risikofaktoren (vgl. dort) werden aus der biografischen Anamnese extrahiert. Sie umfassen die Daten der Delinquenz wie Erstdeliktalter, Vorstrafen (BZR), die Ursprungsfamilie, den Grundcharakter der Täters und andere Faktoren. Dies entspricht einer Risikoeinschätzung.⁷³⁷

Die dynamischen Risikofaktoren unterscheidet man in

- fixierte dynamische wie korrigierbare Fehlhaltungen und –einstellungen, risikoeffene eingeübte Reaktionen
- aktuell- dynamische wie sich ändernde Risikofaktoren (Beziehungsaspekte usw.)

Rasch hat den Beurteilungsprozess in vier Kategorien gegliedert.⁷³⁸ Ein ähnliches Modell hat Dahle vorgelegt.⁷³⁹

| | Rasch | Dahle |
|----|-----------------------|---|
| 1. | Bekannte Kriminalität | Erste diagnostische Teilaufgabe <ul style="list-style-type: none"> • Nachzeichnen und Aufklären der bisherigen delinquente Entwicklung des Betroffenen • Aspekte zusammentragen, die für den vorliegenden Einzelfall von Bedeutung sind • Teilerklärungen zu einer neuen Gesamtheit • individuelle Handlungstheorie der Delinquenz |

⁷³⁶ Beschluss vom 11. 12. 1998 - 5 Ws 672/98, vgl. auch LG Nürnberg, Beschluss vom 22. 8. 2001 - Ws 942/01;2 BvR 2029/01, NJW 2004, 739, 743; Baltzer (2005)

⁷³⁷ Nedopil (2006a).

⁷³⁸ Rasch (1999), 376

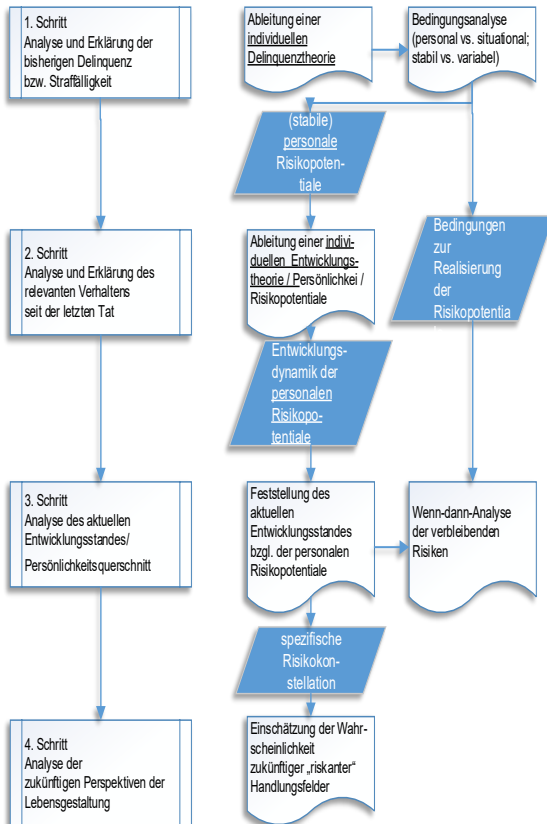
⁷³⁹ Dahle (2000)

| | | |
|----|---|---|
| 2. | Persönlichkeitsquerschnitt bzw. aktueller Krankheitszustand | <p>Zweite Teilaufgabe</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analyse der relevanten Entwicklungen seit der letzten Tat • Gewinnung eines umfassenden Bildes, wie sich diese Merkmale verändern, in welche Richtung und mit welcher Dynamik • Ergebnisse von strafrechtlichen Sanktionen bzw. pädagogischer oder therapeutischer Maßnahmen • Warum haben sie sich verändert? • individuelle Entwicklungstheorie der Persönlichkeit |
| 3. | Zwischenanamnese | <p>Dritter Schritt (die aktuelle Querschnittsdiagnose)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Feststellung des aktuellen Entwicklungsstandes im Hinblick auf die spezifischen Risikopotentiale • Gegenüberstellung der Fortschritte/Defizite des Betroffenen in den relevanten Bereichen • Aufstellen der situativen Bedingungen für ein Deliktisiko (Zeitpunkt der Prognosestellung) • |
| 4. | Perspektiven, Außenorientierung | <p>Vierter Teilschritt (die Aufklärung der zukünftigen Lebensperspektive)</p> |

| | | |
|--|--|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Aktuell vorhandene Risikofaktoren, Analyse der situativen Auslöser (Rahmenbedingungen) • sozialer Empfangsraum, gesellschaftliche, berufliche Einbindung, Freizeitpräferenzen und -möglichkeiten usw. <p>Abschätzen des zukünftigen Handlungsfeldes der Person</p> |
|--|--|---|

Das Strukturmodell nach Dahle⁷⁴⁰ sucht danach, eine Transparenz im Progress zu verdeutlichen.

⁷⁴⁰ Dahle (2006) 54 ff.



Im ersten Schritt geht es darum, die delinquente Entwicklung des Probanden aus seinem Lebensvollzug und ein Erklärungskonzept der bisherigen delinquenten Entfaltung zu erarbeiten („retrospektive diagnostische Aufgabe“). Daraus wird eine individuelle Handlungstheorie“ abgeleitet. Dieses umfasst folgende Teile:

- „personale und situationale Bedingungsfaktoren“
- zeitliche Beständigkeit
- Utilitäres Muster wird bestimmt (Wofür ist das kriminelle Handeln gut, warum geschieht es?)
- Gründe des früheren Missbrauchs der Freiheit (Untersuchung durch psychologische, psychiatrische, kriminologische Mittel).
- Dies schafft die Basis, die antisozialen und destruktiven Verhaltensstile zu erkennen.

Im zweiten Schritt wird die Entwicklung seit der letzten Tat unter den zuvor bereits bestimmten, zeitlich stabileren personalen Faktoren betrachtet.

- Grundlage einer „individuellen Entwicklungstheorie der (Veränderbarkeit der) Persönlichkeit“
- Fokus liegt auf den spezifischen kriminalitätsbedingenden Risikopotenzialen der Person, um eine fortdauernde Bereitschaft zur Antisozialität zu untersuchen

Der dritte Schritt erfasst den „aktuellen Entwicklungsstand im Hinblick auf die spezifischen Risikopotenziale“ des Probanden.

- Es wird nach Fortschritten gesucht. Diese werden den verbliebenen Defiziten gegenübergestellt und gegeneinander abgewogen, um „personale Risikomomente und auch Risikokonstellationen“ herauszuarbeiten
- Risikokonstellationen werden im „Wenn- dann“ Muster beschrieben.
- Gibt es vor diesem Hintergrund nun eine höhere Bereitschaft, Aggressionen oder sexuelle Lust zu neutralisieren.

Der vierte Schritt richtet sich auf die Zukunft. Dieser klärt und beschreibt

- die „zukünftigen Lebensperspektiven“,
- die künftigen Handlungskonzepte des Täters,
- die Umstände, die „eine Realisierung der derzeit noch feststellbaren individuellen Risikopotenziale befürchten lassen“.
- Kann der Proband auf seinen zerstörenden Egoismus zukünftig verzichten?

- Wie wird er zukünftig leben, beruflich aktiv sein und sich normativ verhalten?
- Wie reagiert er auf Probleme im Alltag?

Kröber weist auf folgendes hin: „Die Methode besteht darin, die bisherigen Entwicklungslinien, deren Bedeutsamkeit, Stabilität und Bewegungsrichtung sorgsam geprüft wurden, entsprechend ihren individuellen Bewegungsgesetzen in die Zukunft fortzuschreiben“.⁷⁴¹

Bereits im ersten Schritt wird die Psychopathologie des Probanden erfasst. Diese zeigt sich in der biografischen Schilderung und der Form seines grandiosen Selbst. Dabei werden immer kognitive und emotionale Prozesse parallel betrachtet. Es wird die Fähigkeit, zum eigenen Handeln auf Distanz zu gehen, einbezogen. Dies führt dann zur Frage eines neuen Handlungs- und Wertekanons. Dies umfasst Eigenwirksamkeit, Verantwortungsbereitschaft, Realitätssicherheit (keine Verzerrung, und Fehlattribution), Zurückhaltung und Fürsorge. Es geht dabei auch um den Umgang mit Zorn, Neid und Wut. Diese Aspekte entsprechen einer Reifung der Persönlichkeit. Dabei stellt sich die Frage danach, ob sich die dissozialen oder psychopathischen Elemente tatsächlich relativieren lassen?

Damit erfolgt kein Kurzschluss, der sich alleine auf kollektive Modelle bezieht.⁷⁴² Damit sind eine „deliktbezogenen Basisrate“ oder anderen Rückfallstatistiken nicht ausreichend. Eine rein quantifizierte Betrachtung der Parameter führt nicht zu einer proportional quantifizierten Rückfallswahrscheinlichkeit. Hier weist Nedopil darauf hin, dass auch diese nur 50% der realen Rückfallgefährdung beschreibt. Die Individualität trägt es in sich, dass auch die Rückfallparameter jeweils dem Einzelfall zugeordnet werden müssen. Die bestehenden Parameter beinhalten nur die bekannten und für die jeweilige Zeit gültigen.

Statische Risikofaktoren sind langfristig tragender als dynamische.

Delikt spezifische, individuelle Rückfallquoten können über statische Risikofaktoren (Anamnese des Probanden) antizipiert werden.⁷⁴³ Der soziale Empfangsraum ist hier weniger aussagekräftig. Die aktuelle Situation ist hinsichtlich der Strukturen des Fühlens, Wollens, der Bedürfnisse und Interessen dynamisch.

⁷⁴¹ Kröber (2006d), 92.

⁷⁴² Nedopil, (2006a), 125 ff.; Nedopil, Welchen Beitrag kann die neuere Prognoseforschung zur Verbesserung der Risiko- Nedopil (2006d), 15 - 22.

⁷⁴³ Nedopil (2006e), S. 15 - 22.

Integrierte Liste der Risikovariablen (ILRV) nach Nedopil

| gut(0) neutral(1) negativ(2) | | Wert |
|----------------------------------|---|------|
| A | Das Ausgangsdelikt | |
| | 1 Statistische Rückfallwahrscheinlichkeit ⁷⁴⁴ | |
| | 2 Bedeutung situativer Faktoren | |
| | 3 Einfluss einer vorübergehenden Krankheit | |
| | 4 Zusammenhang mit einer Persönlichkeitsstörung | |
| | 5 Erkennbarkeit motivationaler Zusammenhänge (Erkennbarkeit kriminogener oder sexuell devianter Motivationen) | |
| B | Anamnestische Daten | |
| | 1 Frühere Gewaltanwendung | |
| | 2 Alter bei 1. Gewalttat ⁷⁴⁵ | |
| | 3 Stabilität von Partnerbeziehungen | |
| | 4 Stabilität in Arbeitsverhältnissen | |
| | 5 Alkohol-/Drogenmissbrauch | |
| | 6 Psychische Störung | |
| | 7 Frühe Anpassungsstörung | |
| | 8 Persönlichkeitsstörung | |
| | 9 Frühere Verstöße gegen Bewährungsauflagen | |
| C | Postdeliktische Persönlichkeitsentwicklung | |
| | 1 Krankheitseinsicht und Therapiemotivation | |
| | 2 Selbstkritischer Umgang mit bisheriger Delinquenz | |

⁷⁴⁴ dem Kriterium „Statistische Rückfallwahrscheinlichkeit“ wird mit der Ziffer „0“ eine „deliktbezogene Basisrate für Rückfälligkeit“ von < als 4 % zugeordnet; für die Ziffer „1“ gilt ein Rahmen von 4-25 % und für die Ziffer „2“ Werte von > 25 %.

⁷⁴⁵ Bzgl. des „Alters bei der ersten Gewalttat“ wird mit der Ziffer „0“ das Alter von > 40 Jahren, mit der Wertung „1“ jenes zwischen 20–40 Jahren und mit der Ziffer „2“ ein Alter von < 20 Jahren verbunden usw..

| gut(0) neutral(1) negativ(2) | | | Wert |
|----------------------------------|--------------------------|---|------|
| | 3 | Besserung psychopathologischer Auffälligkeiten | |
| | 4 | Pro-/antisoziale Lebenseinstellung | |
| | 5 | Emotionale Stabilität | |
| | 6 | Entwicklung von Coping- Mechanismen | |
| | 7 | Widerstand gegen Folgeschäden durch Institutionalisierung | |
| 0 | Der soziale Empfangsraum | | |
| | 1 | Arbeit | |
| | 2 | Unterkunft | |
| | 3 | Soziale Beziehungen mit Kontrollfunktion | |
| | 4 | Offizielle Kontrollmöglichkeiten | |
| | 5 | Verfügbarkeit von Opfern | |
| | 6 | Zugangsmöglichkeit zu Risiken | |
| | 7 | Compliance | |
| | 8 | Stressoren | |
| E | PCL-R Wert | | |

Diese „Dimensionen der klinischen Prognose kriminellen Verhaltens“, die jeweils positive/negative Prognosekriterien beinhalten. Diese Methode erhielt den Begriff „klinische Methode“. Diese gingen dann in die Konzepte von Nedopil und Dahle ein. Dieses Modell findet man auch in der ILRV⁷⁴⁶ wieder.

Es wurden aber bislang weder Grenzwerte noch Risikogruppen für die Individualprognose anhand der Integrierten Liste der Risikovariablen erarbeitet.⁷⁴⁷

Ein Gutachten zeichnet sich durch folgendes aus:

- begründetes Urteil eines Sachverständigen über eine Zweifelsfrage

⁷⁴⁶ Nedopil (2006a), 122 ff.

⁷⁴⁷ Nedopil, (2006a), 284.

- Darstellungen von Erfahrungssätzen und die Ableitung von Schlussfolgerungen für die tatsächliche Beurteilung eines Geschehens oder Zustands
- Fußt auf dabei und zu diesem Zweck erhobene Befunde (Medizin)
- Diese werden schriftlich erstellt

Dies bedeutet:

- Feststellung der Tatsachen
 - Rechts- (Feststellung des geltenden und anwendbaren Rechts in einer bestimmten Region oder für eine bestimmte Personengruppe) und Sachfragen (Rechtsfolgen eines Sachverhaltes)
- Darauf fußende Schlussfolgerungen /Beurteilung
 - allgemein vertrauenswürdige Beurteilung eines Sachverhalts (öffentliche Bestellung, Zertifizierung, Vereidigung)
 - Hinblick auf eine Fragestellung oder ein vorgegebenes Ziel (z.B. Prüfung einer Hypothese)
 - verbindliche (z. B. bezeugte oder unterschriebene) mündliche oder schriftliche Aussage
- Es hat vollständig und nachvollziehbar zu sein
- Muss für einen Nichtfachmann verständlich formuliert werden

gutachtlichen (gutachterlichen) Stellungnahme,

- kann sich Stellungnahme auf die Kernpunkte der Beurteilung konzentrieren
- muss nicht Befund und Zustandekommen der Ergebnisse genau dokumentieren
- kann bereits vorliegende Untersuchungen einbeziehen, ohne diese im Detail prüfen zu müssen

Anhang

Zu den Psychopharmaka gegen Schizophrenien:

Hier unterscheidet man galenische Vorgehensweisen (Depotpräparate mit bis zu einer Vierteljahresinjektion) und einzelne Substanzen und Substanzgruppen. Die moderne Psychiatrie kann heute weitestgehend nebenwirkungsarm bis nebenwirkungslos behandeln.

Kurzer Überblick über die Substanzen:

| | EHD ⁷⁴⁸ : | HDA ⁷⁴⁹ : | THD ⁷⁵⁰ : | | |
|-------------|----------------------|----------------------|----------------------|--|--|
| Aripiprazol | 15-30 mg | 30 mg | 30 mg | Schizophrene Psychosen mit Positiv- und Negativsymptomatik und bei depressiven Symptomen; Manien | Initial Unruhe und Schlafstörungen möglich, keine Prolaktinerhöhung, nur minimale Gewichtszunahme, wenig EPMS, keine bedeutende Verlängerung des QTc-Intervalls, Verbesserung der kognitiven Fähigkeiten bei Schizophrenien, Vormedikation |

⁷⁴⁸ Erhaltungsdosis

⁷⁴⁹ Höchstdosis

⁷⁵⁰ Tageshöchstdosis

| | EHD ⁷⁴⁸ : | HDA ⁷⁴⁹ : | THD ⁷⁵⁰ : | | |
|----------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---|---|
| | | | | | sollte ausgeschlichen werden |
| Clozapin (Dibenzodiazepin) | 5 - 20 mg | 100 - 300 mg | 600 mg | Einschleichend aufdosieren, Beginn mit Testdosis von 12,5mg, Steigerung um höchstens 25mg tägl.; maniforme Zustandsbilder, psychomot. Erregungszustände, heute vorwiegend zur Langzeittherapie von schizophrenen Psychosen, (Reservemittel) | Anticholinerg, Hypotonie, Tachykardie, Speichelfluß, delirante Symptome. Einschleichend dosieren! Regelmäßige BB-Kontrollen! (Agranulozytoserisiko) |
| Olanzapin | 5 - 20 mg | | 20 mg | Einstiegsdosis 10 mg; schizophrene Psychosen mit Positiv- und Negativsymptomatik; Manien, psychomot. Erregungszustände | dosisabhängig Sedierung, Gewichtszunahme; Interaktionen zu beachten, wenig Extrapyramidale Störungen (EPMS) bei Dosis bis 20 mg tägl.!. Nicht bei Engwinkelglaukom und Harnverhalt. |
| Quetiapin | 300 - 450 mg | 800 mg | 1200 mg | schizophrene Psychosen mit | Sedierung, Schwindel; |

| | EHD ⁷⁴⁸ : | HDA ⁷⁴⁹ : | THD ⁷⁵⁰ : | | |
|---------------------------------|-----------------------|----------------------|----------------------|--|--|
| | | | | Positiv- und Negativsymptomatik; Manien, psychomot. Erregungszustände | orthostatische Dysregulation, initial Obstipation und Mundtrockenheit, Leukopenie, mäßige Gewichtszunahme möglich, Interaktionen zu beachten |
| Risperidon | 4 - 6 mg | | 12 mg | schizophrene Psychosen mit Positiv- und Negativsymptomatik; Manien, psychomot. Erregungszustände | Selten orthostatische Dysregulation, initial engmaschige BB-Kontrollen, Interaktionen zu beachten, EPMS unter 6 mg selten! |
| Palliperidon Decanoat | 75-150 mg /4 Wochen | | | schizophrene Psychosen mit Positiv- und Negativsymptomatik; Manien, psychomot. Erregungszustände | Selten orthostatische Dysregulation, initial engmaschige BB-Kontrollen, Interaktionen zu beachten, EPMS unter 6 mg selten! |
| Palliperidon Vierteljahresdepot | 175-525 mg /12 Wochen | | | schizophrene Psychosen mit Positiv- und Negativsymptomatik; Manien, | Selten orthostatische Dysregulation, initial engmaschige |

| | EHD ⁷⁴⁸ : | HDA ⁷⁴⁹ : | THD ⁷⁵⁰ : | | |
|------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---|---|
| | | | | psychomot. Erregungszustände | BB-Kontrollen, Interaktionen zu beachten, EPMS unter 6 mg selten! |
| Promethazin | 75-150 mg | 25 mg | 600 mg | Eher sedierende und antihistaminerge Wirkung. | Orthostatische Probleme, Phototoxizität |
| Chlorprothixen | 100-600 mg | 25 mg | 600 mg | Eher sedierende und antihistaminerge Wirkung. | Orthostatische Probleme, Phototoxizität |
| Levomepromazin | 75-150 mg | 25 mg | 600 mg | Eher sedierende und antihistaminerge Wirkung. | Orthostatische Probleme, Phototoxizität |
| Amisulprid | 50-600 | 50 | 600 | Über die Niere ausgeschiedenes Mittel | |
| Dogmatil | | | | | |
| Melperon | | | | | |
| Zuclopentixol Ciatyl-Z | | | | | |
| Tiaprid | | | | | |
| Droperidol | | | | | |
| Fluanxol | | | | | |
| Clotiapin Entumin | | | | | |
| Glianimon | | | | | |
| Haldol | | | | | |
| Lyogen Fluphenazin | | | | | |
| Melleril | | | | | |

Anwendungsgebiete von Neuroleptika

Neuroleptika sind Medikamente, die dämpfend und beruhigend auf Nerven und Seele wirken. Sie führen zu einer gewissen Gleichgültigkeit des Patienten gegenüber

seiner Umwelt. Daher werden Neuroleptika bei Psychosen eingesetzt. Psychosen sind psychische Störungen, bei denen die Patienten den Bezug zur Realität verloren haben. Besonders Schizophrenien, Wahnvorstellungen (Halluzinationen) und ängstliche Erregtheit werden bevorzugt mit Neuroleptika behandelt. Die Gabe von Neuroleptika bildet dabei jedoch stets nur eine Säule der Behandlung. Weitere Therapieansätze bei Psychosen sind zum Beispiel Psychotherapie.

Nach ihrer Wirkung auf Psychosen werden Neuroleptika in "stark wirksame" und "schwach wirksame" unterschieden.

- Schwach wirksame Neuroleptika: Levomepromazin, Sulpirid, Promazin und Chlorprothixen gehören beispielsweise zu dieser Untergruppe. Die Substanzen wirken stark beruhigend, dämpfend und schlaffördernd. Schwächere Neuroleptika setzt man daher ein bei Erregungs-, Angst- und Spannungszuständen, bei Manien sowie bei Schlafstörungen. Gegen Psychosen sind sie nicht ausreichend wirksam.
- Stark wirksame Neuroleptika: Zu dieser Untergruppe gehören zum Beispiel Haloperidol, Fluspirilen, Benperidol, Fluphenazin und andere. Die Wirkstoffe werden bei akuten Psychosen, Schizophrenie und Wahnvorstellungen, etwa während des Alkoholentzugs, eingesetzt. Diese Neuroleptika machen weniger müde, wirken leicht antriebshemmend, aber stark gegen Psychosen (antipsychotisch). Haloperidol, Fluphenazin und Fluspirilen sind Zubereitungen so genannter Langzeit- oder Depot-Neuroleptika. Sie haben eine Wirkdauer von bis zu vier Wochen und werden vom Arzt in die Muskeln gespritzt. So kann eine Behandlung genauer überwacht und eigenmächtiges Absetzen der Medikamente durch den Patienten vermieden werden.

Neben den geschilderten klassischen Einsatzgebieten werden Neuroleptika auch noch bei vier weiteren Gelegenheiten angewendet:

- Einige Neuroleptika werden in niedriger Dosis (bei der noch keine antipsychotische Wirkung erreicht werden kann) gegen Angststörungen und Spannungszustände eingesetzt.
- Neuroleptika können vor einer Narkose als so genannte Narkoseprämedikation angewendet werden. Dadurch wird der Patient beruhigt und Narkosemittel können eingespart werden.
- Neuroleptika können bei kleineren Operationen und Eingriffen Verwendung finden. Anstatt einer Vollnarkose werden dabei Neuroleptika mit opioiden Schmerzmitteln kombiniert. Man spricht in einem solchen Fall von Neuroleptanalgesie. Der Vorteil besteht in der besseren Verträglichkeit gegenüber einer Vollnarkose. Werden zusätzlich zu Neuroleptikum und Schmerzmittel noch

Lachgas und/oder Muskelrelaxanzien eingesetzt, nennt man dies Neuroleptanästhesie. Bei diesen beiden Einsatzzwecken wird besonders der Wirkstoff Droperidol eingesetzt.

- Aufgrund ihrer Brechreiz lindernden Wirkung können Neuroleptika wie zum Beispiel Triethylperazin und Trifluorpromazin gegen Übelkeit und Erbrechen Anwendung finden. Sie kommen zum Einsatz, wenn das Erbrechen unstillbar ist und Mangelerscheinungen hervorzurufen droht.

Wirkungsweisen von Neuroleptika

Neuroleptika wirken im Gehirn an den Kontaktstellen zwischen Nervenzellen. Ist ein elektrischer Reiz den Nerv entlangelaufen und kommt an einer solchen Kontaktstelle an, führt er zur Ausschüttung von Botenstoffen. Diese binden sich an einen für sie speziellen Rezeptor der Nachbar-Nervenzelle. Dadurch wird ein weiteres elektrisches Signal erzeugt und weitergeleitet.

Ein wichtiger Nerven-Botenstoff ist zum Beispiel das Dopamin. Dopamin hat im Hirnstoffwechsel eine zentrale Stellung, vor allem in Bezug auf Wachheit, Konzentration und Wahrnehmung sowie Bewegung. Je nachdem, an welche Dopamin-Bindungsstelle (D1, D2, D3 oder D4) sich der Botenstoff mehr oder weniger stark bindet, werden etwas unterschiedliche Reaktionen ausgelöst.

Alle Neuroleptika blockieren Bindungsstellen für Dopamin und dämpfen dadurch die bei Psychosen überschießende Dopamin-vermittelte Nerventätigkeit. Nach der Ausprägung ihrer Wirkung und der Art der Bindungsstellen im Nervensystem unterscheidet man jedoch zwischen so genannten typischen (oder klassischen) Neuroleptika und den atypischen Neuroleptika.

- Die typischen Neuroleptika greifen vor allem an den Bindungsstellen D1, D2, D3 und D4 für Dopamin an. Durch die dortige Hemmung der Dopaminwirkung werden die Erregungszustände im Zusammenhang mit einer Psychose verringert. Allerdings kommt es gleichzeitig zu relativ vielen Nebenwirkungen, die ebenfalls auf den entstehenden Dopaminmangel zurückzuführen sind.
- Besonders häufig sind Bewegungsstörungen, die vom Gehirn ausgehen. Diese Bewegungsstörungen nennt der Fachmann "extrapyramidal-motorische Symptome". Zu Beginn der Behandlung kommt es zu so genannten Frühdyskinesien. Als Dyskinesien werden spontan auftretende, unwillkürliche Bewegungen, zum Beispiel Zungen- und Blickkrämpfe bezeichnet. Innerhalb weniger Wochen können Symptome einer durch Neuroleptika ausgelösten Parkinson-Erkrankung auftreten. Bewegungsarmut (Akinese), erhöhte Muskelspannung (Rigor) und Zittern (Tremor) sind solche möglichen Symptome. So genannte Spätdyskinesien treten erst nach länger dauernder Neuroleptika-Einnahme auf. Sie äußern sich zum Beispiel als Schmatz- und Zungenbewegungen. Diese Symptome bleiben

bei einigen Patienten auch nach Absetzen der Neuroleptika bestehen. Bei anderen Patienten kann es zu Bewegungsunruhe (Akathisie) kommen. Dies meint die Unfähigkeit, ruhig sitzen bleiben zu können.

- Je nachdem, welche Dopaminrezeptoren ein typisches Neuroleptikum stärker blockiert, können sich die Auswirkungen stark unterscheiden. So vermag ein gezielt auf die Rezeptoren D2 und D3 wirksames Neuroleptikum wie Tiaprid Bewegungsstörungen sogar zu unterdrücken.
- Weitere unerwünschte Wirkungen der typischen Neuroleptika betreffen das vegetative Nervensystem. Zu nennen sind hier unter anderem starke Müdigkeit, Mundtrockenheit, Schwitzen und Verstopfung. Schwach antipsychotische Neuroleptika rufen meist weniger Bewegungsstörungen hervor als die stark auf Psychosen wirkenden Neuroleptika, verursachen aber dafür mehr Störungen des vegetativen Nervensystems.
- Beispiele für typische Neuroleptika sind Haloperidol, Promethazin, Promazin, Chlorprothixen, Perazin, Melperon, Thioridazin, Tiaprid, Fluspirilen.
- Bei den atypischen Neuroleptika, die später entwickelt wurden als die typischen, liegt ein etwas anderes Wirkprinzip vor. Neben unterschiedlich ausgeprägter Blockade der Bindungsstellen D1 bis D4 für Dopamin zeigen diese Substanzen meist noch hemmende Wirkungen auf Serotonin-Rezeptoren und Bindungsstellen anderer Botenstoffe im Gehirn. Es kommt zu wesentlich weniger Nebenwirkungen als bei den typischen Neuroleptika. Besonders Bewegungsstörungen, aber auch Müdigkeit treten deutlich seltener auf. Außerdem wirken atypische Neuroleptika besser als die typischen auf die Zeichen der so genannten Negativ-Symptomatik (Gefühlsverflachung, sozialen Rückzug, Antriebsmangel). Atypische Neuroleptika sind besonders geeignet, um neuerliche Schübe der Erkrankung zu verhindern (Rezidivprophylaxe).
Zu den atypischen Neuroleptika gehören die Wirkstoffe Amisulprid, Asenapin, Clozapin, Loxapin, Olanzapin, Quetiapin, Risperidon, Sulpirid, Ziprasidon und andere.
- Bis auf Loxapin, das in Form eines Aerosols angeboten wird, müssen alle anderen Neuroleptika geprügelt oder eingenommen werden. Allgemein ist bei einer Anwendung von Neuroleptika immer die möglicherweise eingeschränkte Reaktionsfähigkeit zu beachten, auch bei den moderneren atypischen Wirkstoffen. Daher dürfen Neuroleptika auch nicht zusammen mit Alkohol und Beruhigungsmitteln (die ebenfalls dämpfend wirken) eingenommen werden. Dies kann zu einer gefährlichen Wirkungsverstärkung führen.

- Eine spezielle Nebenwirkung der Neuroleptika ist das so genannte maligne neuroleptische Syndrom. Hier kommt es zu Fieber, Muskelsteifigkeit und Bewegungsstarre, aber auch zu Bewusstseinsstörungen, starkem Schwitzen und beschleunigter Atmung. Das maligne neuroleptische Syndrom ist zwar sehr selten, aber möglicherweise lebensbedrohlich. Besonders junge Männer sind gefährdet

Antidepressiva

Definition: **Antidepressiva (AD)** sind Medikamente (Psychopharmaka), die antidepressive Wirkungen haben - sie werden also gegen Depressionen eingesetzt - (wobei der Begriff "antidepressiv" nicht eindeutig definiert wird bzw. werden kann.

Indikation und Anwendung

Antidepressiva wirken antriebsneutral, stimmungsaufhellend, beruhigend, antriebssteigernd, antriebsdämpfend, angstlösend. Jedoch ist die Wirkweise weitgehend unbekannt. Sie sollten "einschleichend" (also mit niedriger Dosierung) in der Therapie einsetzen und "ausschleichend" (also Dosierung langsam heruntersetzen) abgesetzt werden. Die meisten AD wirken nicht sofort, sondern erst nach Tagen oder Wochen.

Auch hierfür gibt es keine Erklärung.

Indiziert bzw. angezeigt sind AD (auch Off-Label) bei:

- Antriebslosigkeit,
- chronischen Schmerzen,
- Depressionen,
- Essstörungen,
- Entzugssyndromen,
- Generalisierten Angststörungen,
- Panikattacken,
- Phobien,
- Posttraumatischer Belastungsstörung,
- Prämenstruell-dysphorischen Syndrom,
- Schlafstörungen,
- Zwangsstörungen.

Antidepressiva

| Wirkstoff | Handelsname | Typ | HWZ in Std. | normale Tages- dosis | Dosis- bereich in mg | Kosten in € / Tag | Plasma- piegel in ng / ml |
|---|----------------------|---------------|----------------|----------------------------|----------------------------|----------------------|---------------------------------|
| Klassische Antidepressiva inzwischen sehr lange ohne Patentschutz (meist preiswert als Generika erhältlich) | | | | | | | |
| Amitriptylin | z.B. Saroten® | trizyklisch | 15(30) | 150 | 50-225 | 0,22-0,80 | 150-250 |
| Doxepin | z.B. Aponal® | trizyklisch | 17(10-47) | 150 | 50-300 | 0,22-1,33 | 100-250 |
| Nortriptylin | Nortrilen® | trizyklisch | 26(18-88) | 150 | 75-300 | 0,45-1,85 | 50-150 |
| Trimipramin | z.B. Stangyl® | trizyklisch | 23 | 200 | 50-400 | 0,20-1,07 | |
| Maprotilin | z.B. Ludiomil® | tetrazyklisch | 40-48 | 150 | 50-225 | 0,27-0,63 | |
| Trazodon | z.B. Thombran® | DAS | 8(4-14) | 200 | 50-300 | 0,20-1,20 | |
| Moclobemid | z.B. Aurorix® | MAO-Hemmer | 1-3(14) | 300 | 300-600 | 0,33-1,32 | |
| | | | | | | | |
| Mirtazapin | z. B. Remergil® | NaSSA | 25(20-40) | 30 | 15-45 | 0,26-0,61 | |
| Venlafaxin | z. B. Trevilor ret.® | SNRI | 8(3-13) | 75-150 | 75-225 | 0,33-0,85 | 80-157 |
| Citalopram | z.B. Cipramil® | SSRI | 33(19-45) | 20-40 | 20-40 | 0,24-0,63 | 165-405 |

| | | | | | | | |
|---------------|-----------------------|------------------------------|-------------|-------|----------|-----------|--|
| Escitalopram* | Cipralax® Lundbeck | SSRI | ? | 10-20 | 10-20 | 1,73-2,52 | |
| Fluoxetin | z.B. Fluctin® | SSRI | 168(72-360) | 20-40 | 20-80 | 0,24-0,96 | |
| Paroxetin | z.B. Seroxat® | SSRI | 24(3-65) | 20-40 | 20-60 | 0,24-0,65 | |
| Sertralin | z. B. Zoloft® | SSRI | 20(25-28) | 100 | 50-200 | 0,24-0,95 | |
| Duloxetin | Cymbalta® Lilly | SNRI | 12(8-17) | 60 | 60-120 | 2,82-5,64 | |
| Bupropion | Bupropion | | | | | | |
| Milnazeparan | Milnaneurax | SNRI) | 6-8 | 100 | 50-150mg | | |
| Agomelatin | | Melatonerges Antidepressivum | 26 | 25 | 50 | | |
| Johanniskraut | | Phy. | | | | | |
| Kava-Kava | | | | | | | |
| Tryptophan | | | | | | | |
| Mianserin | | | | | | | |

| Wirkstoff | Wirkungen | | | | | Nebenwirkungen | | | |
|-----------|-------------|-----------|----------------------|------------------------|------------------|----------------|---------------|----------|--------------------|
| | Angstlösend | sedierend | stimmungs-aufhellend | psychomot.ak-tivierend | anti-cho-liner g | Sero-tonerg | no-radr-energ | kar-dial | Ge-wichts-zu-nahme |
| | | | | | | | | | |

| | Klassische Antidepressiva inzwischen sehr lange ohne Patentschutz (meist preiswert als Generika erhältlich) | | | | | | | | |
|---------------|---|------|------|------|-----|------|-----------|-----|------|
| Amitriptylin | ++++ | ++++ | ++++ | (+) | +++ | ++ | + | +++ | ++++ |
| Doxepin | ++++ | ++++ | ++++ | (+) | + | + | ++ | ++ | +++ |
| Nortriptylin | ++ | - | ++++ | ++++ | + | (+) | ++ | ++ | +++ |
| Trimipramin | ++++ | ++++ | ++++ | - | + | - | Dop | ++ | +++ |
| Maprotilin | ++++ | ++++ | ++++ | +(+) | + | (+) | +++ | ++ | ++? |
| Trazodon | ++++ | ++++ | + | - | - | (+) | +++ | + | +++ |
| Moclobemid | +++ | - | +++ | +++ | - | v | ? | ? | ? |
| | | | | | | | | | |
| Mirtazapin | +++ | +++ | +++ | ++ | - | ++ | +++ Do | - | ++ |
| Venlafaxin | +++ | (+) | ++++ | + | - | +++ | +++ | - | -? |
| Citalopram | +++ | - | ++++ | + | - | ++++ | - | - | - |
| Escitalopram* | +++ | - | ++++ | +(+) | - | ++++ | - | - | - |
| Fluoxetin | +++ | - | ++++ | ++ | - | ++++ | +++ | - | - |
| Paroxetin | +++ | - | ++++ | + | - | ++++ | ? | - | - |
| Sertralin | +++ | - | ++++ | + | - | ++++ | ? | - | - |
| Duloxetin | ++? | - | ++? | ++? | - | +++ | ++ | - | - |
| Milnazepan | ++? | - | ++? | ++? | - | ++ | ++ | - | - |
| Johanniskraut | | | | | | | | | |
| Kava-Kava | | | | | | | | | |

Legende:

- Selektive Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (SSRI)

- Nichtselektive Monoamin-Wiederaufnahme-Hemmer
- Trizyklische Antidepressiva
- Serotonin-Wiederaufnahmeverstärker (SRE)
- MAO-Hemmer (MAOH)
- Duale Serotonerge Antidepressiva (DSA)
- Noradrenerge und spezifisch serotonerge Antidepressiva (NaSSA)
- Selektive Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmer (SNRI)
- Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmer (NARI)
- Dopamin-Wiederaufnahmehemmer (DRI)
- Atypische Antidepressiva

Sedierende und angstlösende Substanzen

Angstlösende Mittel und Schlafmedikamente

Definition: Benzodiazepine sind Psychopharmaka, die beruhigend, sedierend, angstlösend wirken. Ein anderer Name für Beruhigungsmittel ist Tranquilizer. D.h. Benzodiazepine gehören in die Medikamenten-Kategorie Tranquilizer. Sie können auch antikonvulsiv, muskelrelaxierend (muskelentspannend) wirken und werden dann als Antiepileptika gegen epileptische Anfälle eingesetzt.

Einer der am weitesten verbreiteten Vertreter der (umgangssprachlich auch „Benzos“ genannt) ist Valium mit dem Wirkstoff Diazepam. Benzodiazepine docken an den GABA-Rezeptoren der Nervenzellen an.

Kontraindikationen

- Allergie
- Ataxie, Engwinkelglaukom
- Bekannter Alkohol-, Drogen oder Medikamentenmissbrauch (auch in der Vorgeschichte)
- Myasthenia gravis
- **Größeres Risiko für Lungenentzündung**

Die Einnahme von Benzodiazepin-Arzneimitteln ist mit einem gesteigerten Risiko für die Entwicklung einer Pneumonie (Lungenentzündung) als auch mit höherer Sterblichkeit nach einer Pneumonie verbunden (außer bei Chlordiazepoxid).

Eneanya Obiora, M.D. und Kollegen von der Universität von Nottingham im United Kingdom verglichen die Daten von Hausärzten bei der Verwendung von Benzodiazepine bei 4.964 Fällen von Lungenentzündung und 29.697 Kontrollpersonen in U.K. (2001 bis 2002).

Höheres Risiko für Pneumonie und Sterblichkeit

Die Forscher stellten fest, dass die Einnahme von Benzodiazepine mit einem höheren Risiko für Lungenentzündung verbunden werden konnte (relatives Risiko, 1.54). Die Verwendung dieser Art von Beruhigungsmittel konnte auch mit einer gesteigerten Sterblichkeit in Zusammenhang gebracht werden, nach 30 Tagen (Risiko-Verhältnis, 1.22) und langfristig (Risiko-Verhältnis, 1.32).

Chlordiazepoxid, Diazepam, Lorazepam und Temazepam

Diazepam, Lorazepam, Temazepam und Chlordiazepoxid standen mit gesteigerter Sterblichkeit im Zusammenhang, während alle bis auf Chlordiazepoxid mit einem höheren Auftreten von Pneumonie verbunden waren.

"Die Beruhigungsmittel der Benzodiazepine sind mit einem gesteigerten Risiko für und einer erhöhten Sterblichkeit durch Lungenentzündung verbunden", schlossen Obiora und Kollegen.

"Dies stimmt mit Daten von klinischen Studien überein und die Besorgnis der Intensivmedizinstationen gegenüber diesen Beruhigungsmitteln führt zu einer Bewegung weg von der Ruhigstellung durch Benzodiazepine".

| Wirkstoff(e) | Handelsname | Wirkstoffgruppe / Indikationen |
|--------------|-------------|---|
| Alfentanil | Rapifen | Neuroleptikum, Einsatz als Schmerzmittel bei Narkosen |
| Asenapin | Sycrest | Neuroleptikum |
| Cariprazin | Reagila | Neuroleptikum |
| Droperidol | Xomolix | Neuroleptikum, Einsatz gegen postoperative Übelkeit und Erbrechen |

| | | |
|----------------|----------------------|--|
| Atomoxetin | Atomoxetin | Antidepressivum, Einsatz als Tranquilizer bei als unaufmerksam geltenden Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen |
| Atomoxetin | Strattera | Antidepressivum, Einsatz als Tranquilizer bei als unaufmerksam geltenden Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen |
| Chlorprothixen | Truxal | Neuroleptikum, Einsatz auch als Tranquilizer |
| Flupentixol | Deanxit | Neuroleptikum |
| Levomepromazin | Levomepromazin | Neuroleptikum |
| Levomepromazin | Neurocil | Neuroleptikum |
| Tetrabenazin | Nitoman | Neuroleptikum, Einsatz gegen tardive Dyskinesien und Veitstanz |
| Tetrabenazin | Tetmodis Xenazine | Neuroleptikum, Einsatz gegen hyperkinetische Bewegungsstörungen bei Veitstanz |
| Tetrabenazin | | Neuroleptikum, Einsatz gegen veitstanzartige Bewegungsstörungen |
| Thioridazin | | Neuroleptikum |
| Thioridazin | Thioridazin | Neuroleptikum |
| Tiaprid | Tiaprid | Neuroleptikum, Einsatz bei Dyskinesien (inkl. tardiven Dyskinesien) und psychomotorischen Störungen |
| Melperon | Buronil | Neuroleptikum |
| Lurasidon | Latuda | Neuroleptikum |
| Paliperidon | Xeplion | Neuroleptikum |
| Perazin | Parazin | Neuroleptikum |
| Pipamperon | Dipiperon | Neuroleptikum |
| Pipamperon | Pipamperon | Neuroleptikum |
| Promazin | Prazine | Neuroleptikum, Einsatz auch als Tranquilizer und Antiallergikum |

| | | |
|--------------|-------------|--|
| Promethazin | Promethazin | Neuroleptikum, Einsatz auch als Antiallergikum |
| Prothipendyl | Dominal | Neuroleptikum |
| Quetiapin | Quentiax | Neuroleptikum, Einsatz auch als Phasenprophylaktikum und Antidepressivum |
| Quetiapin | Seroquel | Neuroleptikum, Einsatz auch als Phasenprophylaktikum und Antidepressivum |
| Sertindol | Serdolect | Neuroleptikum |
| Sufentanil | Sufenta | Neuroleptikum, Einsatz als Schmerz- und Narkosemittel |
| Sufentanil | Sufentanil | Neuroleptikum, Einsatz als Schmerz- und Narkosemittel |
| Sufentanil | Zalviso | Neuroleptikum, Einsatz als Schmerzmittel nach Operationen |

| Wirkstoff(e) | Handelsname | Wirkstoffgruppe / Indikationen |
|--------------|-------------|--------------------------------|
| Amantadin | PK-Merz | Antiparkinsonmittel |
| Biperiden | Akineton | Antiparkinsonmittel |

| | | |
|------------------------------|-----------------|--|
| Bupropion | Bupropion Zyban | Antidepressivum |
| Dapoxetine | Priligy | Antidepressivum, Einsatz gegen vorzeitigen Samenerguss |
| Dibenzepin | Noveril | Antidepressivum |
| Melitracen (Antidepressivum) | | Einsatz als Antidepressivum |
| Mianserin | | Antidepressivum |
| Tianeptin | Stablon | Antidepressivum |
| Tianeptin | Tianeurax | Antidepressivum |

| | | |
|----------------|----------------|--|
| Tranlycypromin | Tranlycypromin | Antidepressivum |
| Trazodon | Trittico | Antidepressivum |
| Nortriptylin | Nortrilen | Antidepressivum |
| Opipramol | Insidon | Antidepressivum |
| Pregabalin | Brieka | Antiepileptikum, Einsatz auch bei der Diagnose "Generalisierte Angststörung" sowie als Schmerzmittel |
| Pregabalin | | Antiepileptikum, Einsatz auch bei der Diagnose "Generalisierte Angststörung" sowie als Schmerzmittel |
| Pregabalin | | Antiepileptikum, Einsatz auch bei der Diagnose "Generalisierte Angststörung" |
| Procyclidin | Osnervan | Antiparkinsonmittel |
| Reboxetin | Solvex | Antidepressivum |

| | | |
|--------------|--|--|
| Oxcarbazepin | Oxcarbazepin | Antiepileptikum |
| Lithium | Quilonorm, Hypnorex, Litarax, Neuroleptin, Priadel | Phasenprophylaktikum, Einsatz auch als Antidepressivum |

| | | |
|--------------|------------------|--|
| Carbamazepin | Neurotop Timonil | Antiepileptikum, Einsatz auch als Phasenprophylaktikum / Stimmungsstabilisator |
| Lamotrigin | Lamictal | Antiepileptikum, Einsatz auch als antidepressives Phasenprophylaktikum / Stimmungsstabilisator |

| | | |
|-----------------|---------|--|
| Lisdexamfetamin | Elvanse | Psychostimulans, Einsatz auch als Tranquillizer u. a. bei als unaufmerksam geltenden Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen |
|-----------------|---------|--|

| | | |
|-------------------|------------------------------|---|
| Dexamfetamin | Attentin | Psychostimulans, Einsatz als Tranquilizer bei als unaufmerksam geltenden Kindern und Jugendlichen |
| Dexmethylphenidat | Focalin | Psychostimulans, Einsatz als Tranquilizer bei als unaufmerksam geltenden Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen |
| Guanfacin | Intuniv | Antihypertonikum (blutdrucksenkendes Mittel), Einsatz auch als Tranquilizer bei als unaufmerksam geltenden Kindern und Jugendlichen |
| Methylphenidat | Concerta, Equasym, Medikinet | Psychostimulans, Einsatz auch als Tranquilizer u. a. bei als unaufmerksam geltenden Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen |

| | | |
|------------|--------------|--|
| Hydroxyzin | Atarax, AH 3 | Tranquilizer, Einsatz als Antiallergikum |
|------------|--------------|--|

Übersicht über Sedative und Hypnotika:

| | | |
|-----------------|--|----------------------------|
| Alprazolam | Alprastad, Alprazolam, Tafil, Xanax, Xanor | Benzodiazepin-Tranquilizer |
| Bromazepam | Bromazepan, Bromazepam, Gityl, Lexotanil, Normoc | Benzodiazepin-Tranquilizer |
| Brotizolam | Lendorm, Lendormin | Benzodiazepin-Tranquilizer |
| Buspiron | Anxut | Tranquilizer |
| Chlordiazepoxid | Librium | Benzodiazepin-Tranquilizer |
| Cinolazepam | Gerodorm | Benzodiazepin-Tranquilizer |

| | | |
|--------------------|--|--|
| Clobazam | Frisium, Ur- banyl | Benzodiazepin-Tranquilizer |
| Clobazam | | Benzodiazepin-Tranquilizer |
| Clomethiazol | Distraneurin | Sedativum |
| Clonazepam | Anteplepsin, Clonazepam, Rivotril | Benzodiazepin-Tranquilizer, Einsatz als Antiepileptikum |
| Diazepam | Diazep, zepam, Ge- wacalm, Psy- chopax, Steso- lid, Valium, Va- locordin | Benzodiazepin-Tranquilizer, Einsatz auch als krampflösendes Mittel |
| Dikaliumclorazepat | Clorazepate Zentiva, Tranxilium | Benzodiazepin-Tranquilizer |
| Flunitrazepam | Rohypnol, Somnubene, | Benzodiazepin-Tranquilizer |
| Flurazepam | Dalmadorm, Flurazepam, Stauordorm | Benzodiazepin-Tranquilizer |
| Ketazolam | Solatran | Benzodiazepin-Tranquilizer |
| Lorazepam | Lorasifar Lorazepam Sedazin Tavor Temesta Tolid | Benzodiazepin-Tranquilizer |
| Lormetazepam | Loramet, Lor- metazepam, Lo- ramet, Nocta- mid | Benzodiazepin-Tranquilizer |

| | | |
|--|--|--|
| Medazepam | Rudotel | Benzodiazepin-Tranquilizer |
| Midazolam | Buccolam, Dormicum, Midazolam | Benzodiazepin-Tranquilizer, Einsatz gegen Krampfanfälle bei Kindern und Jugendlichen |
| Nitrazepam | Eatan, Mogadan, Mogadon, Novanox | Benzodiazepin-Tranquilizer |
| Oxazepam | Anxiolit, Demetrin | Benzodiazepin-Tranquilizer |
| Prazepam | Mono Demetrin | Benzodiazepin-Tranquilizer |
| Temazepam | Normison, Plenum, Remestan, Temazep | Benzodiazepin-Tranquilizer |
| Triazolam | Halcion | Benzodiazepin-Tranquilizer |
| u. a. Chlordiazepoxid (Benzodiazepin-Tranquilizer) | Librax, Librocol | Einsatz als Tranquilizer, Magen-Darm-Mittel, gegen Bettnässen und Menstruationsbeschwerden |
| Lorazepam (Benzodiazepin-Tranquilizer) | Somnium | Einsatz als Schlafmittel |
| Zolpidem | Bikalm, Edluar Ivadal Mondeal Stilnox | Tranquilizer |
| Zopiclon | Imovane, Optidorm Somnal Somnosan Ximovan Zopiclon | Tranquilizer |

Übersicht über die gängigen Psychopharmaka und deren Einsatz

Anhang der Fall Mollath

G. M. war ein bis dahin nicht strafrechtlich in Erscheinung getretener Unternehmer. Dieser hatte den Eindruck, dass seine Ehefrau unsaubere Bank – Geschäfte gemacht hat. Dies führte zu zunehmenden Streit, bis er seine Frau anzeigte. Die Ehefrau behauptet er, dass ihr Mann sie geschlagen, gewürgt, getreten, gebissen und eingesperrt habe, er besitze ein Gewehr und er sei verrückt.

Es kommt tatsächlich zur Einweisung in die Psychiatrie. (Bay. Unterbrg. G.)

Die Ehefrau soll sich danach mit einem neuen Lebensgefährten in die Schweiz begeben und dort ein luxuriöses Leben geführt haben.

G.M. brach ein Ingenieur-Studium ab, kündigte in einem Maschinenbau-Unternehmen und begann einen Handel mit Motorradreifen. Diesen entwickelte er von einer Kellerfirma über eine Werkstatt bis zu einem Betrieb. Die Ehefrau stieg anfänglich in die Firma ein, nahm dann eine Stelle bei einer Bank an. Sie war erfolgreich und legte Geld für ihre Klientel an. Dabei vermittelte sie auch ihrem Ehemann Kredite und investierte selbst ca. DM 300 000 in seine Firma. 2000 kommt es zur Schließung der Werkstatt. G.M. war sozial aktiv, zog sich ins Haus zurück. Die Ehefrau beschuldigt ihn der häuslichen Gewalt. Dies habe sich schon vor der Ehe angedeutet. Die Ehefrau verließ ihren Mann mehrfach, kehrte zurück, bis sie sich dann endgültig trennte und eine Wohnung nahm. Danach schilderte sie, dass er sie mit Briefen, Anrufen usw. traktiert habe und sie stalke. Dann unterstellte er ihr Schwarzgeldgeschäfte, ohne dies belegen zu können. Die Situation eskalierte. Es kam zu Handgreiflichkeiten mit seinem Schwager, so dass die Ehefrau dies zum Anlass der Anzeige nahm. Sie ist zu dieser Zeit neu liiert. Die Ehefrau forderte ihre Investitionen zurück, das Haus wurde über einen Gerichtsbeschluss zwangsversteigert. G.M. widersprach dem Vorwurf der häuslichen Gewalt. Die Ehefrau bezeichnete ihn als krank.

2003 stand G.M. vor Gericht wegen Körperverletzung (er soll seine Frau misshandelt haben), Freiheitsberaubung (er soll seine Frau in ein Zimmer gesperrt haben) und Briefdiebstahl (er soll Briefe an seine Frau aus dem Briefkasten ihrer neuen Wohnung gestohlen haben). Er verfasste unverständliche Briefe an den Richter, war vor Gericht sehr auffällig und es bestand eine Stellungnahme einer Psychiaterin⁷⁵¹, so dass der Amtsrichter ein Gutachten in Auftrag gab. Der Auftrag galt der Frage des Zustands der Schuldunfähigkeit für die Zeitpunkte der Tatvorwürfe. Es wurde keine Grundlage

⁷⁵¹ Psychiaterin Gabriele Krach (Nürnberg)

für ein Urteil gesehen. Mollath versäumte die Termine und weigerte sich, mit den Gutachter zu sprechen.⁷⁵²

Am 20. April 2004 kam es zur Verhandlung. Der Gutachter war anwesend und erstellte sein Gutachten aus dem Eindruck, den er aus der Verhandlung gewinnen hat können. Er sah „vermutlich“ eine Psychose und die „Gefahr“, dass Unbeteiligte Opfer werden. Er votierte für eine stationäre Einweisung.

G.M. wurde von mehreren Gutachtern⁷⁵³ als krank im Sinne der Eingangsmerkmale des § 20 befundet. Diese Diagnosen wurden bis zu seiner Entlassung fortgeschrieben. G.M. habe seine Frau misshandelt, 129 Autoreifen durchstochen, so dass die Luft erst beim Fahren entweicht. Die Autos zu den Reifen gehörten Personen aus dem Bekanntenkreis der Ehefrau. G.M. sprach nicht mit seinem Pflichtverteidiger. G.M. sei mit einer Zahnbürste im Revers erschienen und habe die Prospekte und Bücher von den Nürnberger Prozessen vor sich ausgebreitet und daraus vorgelesen. Anträgen der Entpflichtung durch den Rechtsanwalt widersprach der Richter. Bereits zuvor habe G.M. einem Anwalt das Mandat entzogen. Einer der Richter vermittelte G.M., dass er lange nicht freikommen werde, wenn er so weitermache. Die Wahnerkrankung, die festgestellt wurde, führte zu einer Exkulpierung. Aufgrund der krankhaften seelischen Störung sei G.M. eine Gefahr für die Allgemeinheit (zerstochene Reifen sind „Taten von erhöhter Gefährlichkeit“). Er wurde gem. § 63 StGB in der Psychiatrie untergebracht.

G.M. sah 2007 selbst bei sich eine „schwere psychische Krankheit“, was er in einem Schreiben aus dem BKH Straubing schrieb. Er kämpft weiter und versuchte, seine Sicht der Dinge zu vermitteln. Als Patient ist er schwierig, da er Gespräche und jede Therapie, einschließlich Sport und Medikamente, verwehrt, da er nicht zum „Zombie“ werden wollte. Er misstraute den Ärzten und das Personal hielt er für unqualifiziert. Sie wären selbst psychisch krank, kriminell und blöd („Dreier – Mischung“). G.M. überzog die Klinik mit Beschwerden über schlechte Behandlung, nicht biologisches Essen, über die Telefonzeiten, über die nächtlichen Zimmerkontrollen, so dass sich mehrere Aktenordner füllten. Insgesamt lebte G.M. vier Jahre im BKH Bayreuth. Er versuchte mittels Anwälten aus der Klinik zu kommen, wobei er einen Teppichhändler als Mäzen erhielt. Die Unterstützer nahmen langsam zu. G.M. sieht sich als Teil eines großen Schwarzgeld-Skandals und bezog Kollegen seiner

⁷⁵² Psychiater Thomas Lippert (Nürnberg)

⁷⁵³ Hans-Ludwig Kröber (Berlin)
Thomas Lippert (Nürnberg)
Klaus Leipziger (Bayreuth)
Karl Simmerl (Mainkofen),
Friedemann Pfäfflin (Mainkofen)

Frau, aber auch Bekannte, Verwandte und selbst Angehörige der Justiz und Gutachter mit hinein. Belegt sah er das, weil die Klinik ein Konto bei der Hypobank hatte. Im Nachgang wurde angegeben, dass das mögliche Wahnsystem von G.M. für die Gefährlichkeit nur untergeordnet gewesen sei. Zentral seien die Körperverletzungen und die zerstochnen Reifen gewesen. Die Ärzte der Klinik erlebten ihn aggressiv, extrem ich – bezogen, negativ eingestellt und in seiner Wahnerkrankung uneinsichtig. Damit war es offensichtlich zu einer Patt – Situation gekommen. G.M. verwehrte Lockerungen, wie einen Ausgang. Zu seinem Geburtstag 2011 hat er sich von einem Freund videografieren lassen. Er betrieb weiter seine Entlassung aus der Maßregel.

Ende 2012: Der Anwalt von G.M. stellte Strafanzeigen (Rechtsbeugung, Freiheitsberaubung, falsche Verdächtigung sowie falsche uneidlichen Aussage) im Sinne seines Mandanten, die die Staatsanwaltschaft Augsburg im Mai 2013 eingestellt hatte. Dem entsprach dann auch die Generalstaatsanwaltschaft München im April 2014.

Januar 2013: Der Verteidiger S.⁷⁵⁴ erstattete gegen den Richter und den Leiter der Maßregelklinik in Bayreuth Strafanzeige wegen schwerer Freiheitsberaubung. Er sieht auch die Verfassungsrechte seines Mandanten verletzt. Nach der Ablehnung einer Strafverfolgung durch die Staatsanwaltschaft legte der Anwalt S. Beschwerde ein.⁷⁵⁵ Er ergänzte den Antrag damit, dass der Richter die Akten verspätet weiter gegeben habe, weshalb die 7. Kammer zuständig geworden sei.

Im Januar 2012 legte der Freiburger Anwalt KC eine Verfassungsbeschwerde gegen zwei Beschlüsse des OLG Bamberg und LG Bayreuth aus dem Jahr 2011 ein. Ziel war die Entlassung von G.M. aus dem Maßregelvollzug. Hintergrund war die Unverhältnismäßigkeit der Unterbringung in der Maßregel. Der Grund liege in der Scheidung der Eheleute M., weshalb für die Ehefrau keine Gefahr mehr von G.M. ausgehe. Es reichen polizeiliche Auflagen und Führungsaufsicht.⁷⁵⁶

November 2012: Die Staatsanwaltschaft kündigte eine Vollzugsüberprüfung mit dem Schwerpunkt, „die Verhältnismäßigkeit der Dauer der Unterbringung“ zu überprüfen, an. Der Bayerische Ministerpräsident äußerte sich nun öffentlich, dass die

⁷⁵⁴ Gerhard Strate: Strafanzeige – Straftaten zum Nachteil des Herrn Gustl Mollath vom 4. Januar 2013; Olaf Przybilla, Uwe Ritzer: Anwalt zeigt Richter und Klinikleiter wegen Freiheitsberaubung an. In: Süddeutsche Zeitung, 7. Januar 2013.

⁷⁵⁵ Gerhard Strate: Beschwerde gegen die Verfügung vom 26. Februar 2013 betreffend die Nichteinleitung eines Ermittlungsverfahrens vom 27. Februar 2013

⁷⁵⁶ Faksimile der Verfassungsbeschwerde auf der Unterstützerseite für Mollath. Abgerufen am 10. Januar 2013

Justiz „gut beraten“ sei“, den Fall noch einmal neu zu bewerten“⁷⁵⁷. Das LG Bayreuth folgte diesem Antrag nicht. Man ging davon aus, dass G.M. am Verfahren nicht mitwirken werde und keine neuen Erkenntnisse aus einem Gutachten zu erwarten seien und verweist auf den regulären Überprüfungstermin.⁷⁵⁸ Der Leiter des Maßregelvollzugs bekräftigte seine bisherige Bewertung.⁷⁵⁹ Der Oberstaatsanwalt beantragte die Fortdauer der Unterbringung unter Verweis auf den Wiederaufnahmeantrag der Staatsanwaltschaft Regensburg. Die Anwältin von G.M. Frau LL beklagte, dass Telefonate zwischen ihr und G.M. protokolliert worden und in die Stellungnahme der jährlichen Gerichtsgutachten eingeflossen seien.⁷⁶⁰

Der Rechtsvertreter von G.M, S., argumentierte, dass die Unterbringungs Voraussetzungen nicht vorgelegen haben, und bezog sich auf einen Wiederaufnahmeantrag der Staatsanwaltschaft Regensburg aufgrund neuerlicher Zeugenaussagen. Daneben verwies er auf Entscheidungen des BVerfG, dass man auch in Vollstreckungssachen Sachaufklärung betreiben müsse. Im April 2013 erfolgte die Anhörung von G.M.⁷⁶¹ Die Strafvollstreckungskammer holte eine ergänzende gutachterliche Stellungnahme vom Gutachter P. ein,⁷⁶² der dies ablehnte, da er sich durch M. Anhänger beschimpft sah. Im Juni wurde die Aufhebung der Unterbringung abgelehnt⁷⁶³. Ebenfalls wurde im Juni 2013 bekannt, dass das OLG Bamberg teilweise einer Beschwerde von G.M. zur Fortdauer der Unterbringung stattgegeben hat. Das LG wurde angewiesen, die gebotene Sachaufklärung zu leisten, zumal im Zuge der Wiederaufnahmeanträge neue Erkenntnisse hinzugekommen seien. Insbesondere wies man an, die Schwere der psychischen Erkrankung und damit die Voraussetzung für die weitere Unterbringung zu prüfen.

⁷⁵⁷ Mollaths Zwangsunterbringung soll überprüft werden. In: Die Zeit, 27. November 2012.

⁷⁵⁸ Gustl Mollath entgeht neuer psychiatrischen Begutachtung In: Die Welt, 5. Februar 2013.

⁷⁵⁹ Klaus Leipziger, Ines Bahlig-Schmidt: Stellungnahme zum zurückliegenden Berichtszeitraum seit dem 18. Dezember 2012. BKH Bayreuth und Verfügung der Staatsanwaltschaft Nürnberg-Fürth, 27. März 2013.

⁷⁶⁰ Marcus Klöckner: Bayreuther Psychiatrie protokollierte Telefonate zwischen Mollath und seiner Verteidigerin in Telepolis – heise online vom 20. April 2012.

⁷⁶¹ Olaf Przybilla: Freiheit oder Psychiatrie. In: Süddeutsche Zeitung, 18. April 2013.

⁷⁶² Strafvollstreckungskammer am Landgericht Bayreuth: Beschluss des LG Bayreuth vom 26. April 2013, Aktenzeichen 802 Js 4743/03 STA Nürnberg-Fürth auf der Web-Seite von Gerhard Strate, abgerufen am 11. Juni 2013

⁷⁶³ Landgericht Bayreuth: Gustl Mollath muss mindestens bis 2014 in Psychiatrie bleiben. In: Spiegel Online, 12. Juni 2013.

Auf Nachfrage gab die Justizministerin M. gegenüber dem BVerfG an, dass die Unterbringung Mollaths mit zunehmender Dauer unverhältnismäßig sei, was zur Kritik des Richtervereins führte.⁷⁶⁴

G.M. war seit August 2013 nicht mehr im Maßregelvollzug. Er bereitete sich auf die Revisionsverhandlung in Regensburg vor.

Im September 2013 wurde der Verfassungsbeschwerde von G.M. stattgegeben und die Entscheidungen des LG Bayreuth und OLG Bamberg aufgehoben. Diese haben G.M. in seinem Grundrecht auf Freiheit der Person verletzt (Artikel 2 Absatz 2 Satz 2 in Verbindung mit Artikel 20 Absatz 3 Grundgesetzes). Die Gerichte haben die von G.M. ausgehende Gefahr künftiger rechtswidriger Taten nicht ausreichend konkretisiert und entlastende Umstände nicht berücksichtigt. Man habe auch keine milderen Maßnahmen überprüft.⁷⁶⁵ Das zur neuerlichen Entscheidung aufgeforderte OLG Bamberg wies dies zurück und auf das OLG Nürnberg, das die Wiederaufnahme des Verfahrens angeordnet hatte.⁷⁶⁶ Hintergrund war Zweifel an der Echtheit eines Attestes der Ehefrau in der Hauptverhandlung.

Juli 2014: Neuerliche Verhandlung mit neuen Zeugen. Der Anwalt von G.M. forderte die Bestellung des Gutachters NN zurückzunehmen, da G.M. nicht in dessen Anwesenheit aussagen wolle.⁷⁶⁷

Fehlerhafte Details der Erstverhandlung wurden medial behandelt. Die Wahnerkrankung von G.M. wird bekräftigt. Das Gutachten wurde dann auf die Aktenlage und Beobachtung im Verfahren gestützt und verwies darauf, dass ohne die Möglichkeit zur Begutachtung der Erkenntniszugewinn jedoch gering sei. Er könnte die bisherigen Diagnosen nachvollziehen, es sei weder eine Persönlichkeitsstörung noch eine wahnhafte Störung zur Zeit der Ehekrise nicht sicher zu begründen, aber auch nicht auszuschließen. Aus seiner Sicht sei eine Gefährlichkeit des Angeklagten nicht

⁷⁶⁴ „Ich bin keine eiserne Lady“. In: Main-Post, 30. Juni 2013. Abgerufen am 14. Juni 2014.

⁷⁶⁵ Bundesverfassungsgericht: Pressemitteilung Nr. 56/2013 vom 5. September 2013, BVerfG, 2 BvR 371/12 vom 26. August 2013

⁷⁶⁶ Ein Gericht verweigert sich; in: Süddeutsche Zeitung vom 29. März 2014

⁷⁶⁷ Thierry Backes, Ingrid Fuchs, Elisa Britzelmeier und Anna Fischhaber: Prozessauftakt endet mit Streit um Mollath-Gutachter, Süddeutsche Zeitung vom 7. Juli 2014; Kommentar von Heribert Prantl: Neues Verfahren im Fall Mollath – Wiedergutmachung für erbarungslose Schludrigkeit, Süddeutsche Zeitung vom 6. Juli 2014. Albert Schäffer: Gustl Mollath bleibt weiter in der Psychiatrie. In: Frankfurter Allgemeine Zeitung, 24. Juli 2013. Abgerufen am 22. Januar 2014.

nachzuweisen und eine Unterbringung nach § 63 StGB daher nicht angebracht.⁷⁶⁸ Der ehemalige Pflichtverteidiger von G.M. bekundete als Zeuge, dass er durch seinen Mandanten eingeschüchert und bedroht worden sei.⁷⁶⁹ Entlastungszeugen von G.M. hatte man als nicht glaubhaft eingestuft und ein Zeuge wurde im April 2017 wegen Meineids verurteilt.⁷⁷⁰ Eine Zeugin bekräftigte, dass auch sie von ihm misshandelt worden sei. Der Richter der ursprünglichen Verhandlung räumte Fehler ein.⁷⁷¹ Am 23. Juli legten die Anwälte von G.M. S. und R. ihr Mandat nieder, das Gericht bestellte sie als Pflichtverteidiger.⁷⁷² Im Vorfeld hatte ein Gutachter weder die Gefährlichkeit noch die Reifenstecherei für beweisbar erklärt und das Attest, das die Misshandlungen Mollaths an seiner Frau dokumentieren sollte, war von einem Gutachter als defizitär und den Standards nicht entsprechend gerügt worden. Man hätte weder die Farbe der Hämatome und Würgemale dokumentiert noch Fotos beigelegt. Es seien auch Widersprüche aufgetreten.⁷⁷³ Der Rechtsanwalt von G.M. S. hat nach einer Auseinandersetzung mit G.M. um seine Entpflichtung gebeten, was das Gericht ablehnte.⁷⁷⁴ G.M. möchte nochmals Zeugen zum Vorwurf der Geldwäsche haben, da er weiterhin von einem Komplott gegen ihn ausgehe.⁷⁷⁵ G.M. verlas am 08.08.2014 seine Erklärung und verwies auf seine Sicht einer Verschwörung und stellt neuerliche Beweisangebote, die das Gericht zurückwies. G.M. wurde am 14. August 2014 frei- und ihm wurde eine Entschädigung für seine Zwangsunterbringung in der Psychiatrie zugesprochen.⁷⁷⁶ Kein Zweifel bestand an den Körperverletzungen gegenüber der Ehefrau. Nicht belegbar sei der Zustand der Schuldunfähigkeit, eine Dekulpierung wird als möglich angesehen. Auch liege eine wahnhafte Störung nahe. Man gehe zu

⁷⁶⁸ Mollath – penetrant, aber nicht gestört. Mittelbayerische, 25. Juli 2014

⁷⁶⁹ Beate Lakotta: Ex-Verteidiger im Mollath-Prozess: "Da habe ich richtig Angst gehabt". In: Spiegel Online. 10. Juli 2014 (spiegel.de [abgerufen am 25. März 2018]).

⁷⁷⁰ Hans Holzhaider: Freund von Gustl Mollath wegen Meineids verurteilt. Süddeutsche Zeitung, 5. April 2017, abgerufen am 6. April 2017.

⁷⁷¹ Ingrid Fuchs: Brixners Aussage im Mollath-Prozess – Richter Ahnungslos, SZ vom 17. Juli 2014.

⁷⁷² Ingrid Fuchs: Eklat im Mollath-Prozess – Gericht drängt Verteidiger zum Weitermachen, Süddeutsche Zeitung vom 23. Juli 2014.

⁷⁷³ Prozess gegen Gustl Mollath – Gutachter sieht keinen Beweis für Misshandlungen, Süddeutsche Zeitung vom 18. Juli 2014.

⁷⁷⁴ Hans Holzhaider: Gericht entscheidet – Mollath-Verteidiger müssen bleiben, Süddeutsche Zeitung vom 28. Juli 2014.

⁷⁷⁵ Ingrid Fuchs: Gustl Mollath – Der Angeklagte hat das Wort, Süddeutsche Zeitung vom 28. Juli 2014

⁷⁷⁶ Gericht spricht Mollath Entschädigung zu, Der Standard vom 14. August 2014

seinem Gunsten von einer Steuerungsunfähigkeit aus. Der Freispruch gilt der Freiheitsberaubung am 31. Mai 2002 und dem Zerstechen Dutzender Autoreifen, da der Tatnachweis nicht zu erbringen war⁷⁷⁷. Den Verschwörungsvorwürfen von G.M. folgte das Gericht nicht. G.M. legte über seinen Rechtsanwalt A.A. Revision gegen den Freispruch ein. Der BGH (1.Senat) verwarf die Revision.⁷⁷⁸ G.M. lehnte im Februar 2018 ein Schadenersatzangebot des Freistaats Bayern in Höhe von 170.000 Euro als zu gering ab. Seine Forderung betrug 2,1 Millionen Euro.⁷⁷⁹

Die Kritik an den Gutachten im Fall Mollath:

Die Gutachten können wie folgt kritisiert werden:

- G.M. hat sich gegenüber den Gutachtern nicht offenbart und dieses von vorneherein vermittelt. Lediglich im Gutachten aus Ulm 2011 gibt es rudimentäre Äußerungen von G.M. Im Gutachten 2008 hat sich der Gutachter selbst geäußert, dass er G.M. zumindest begegnet sei. Im Grunde schließt sich hier die zweite Kritik an, dass die Untersuchungszeiten und -orte nicht genannt wurden. Im Fall des ersten Gutachtens 2008 sei ein falsches Datum gesetzt worden.
- Da die meisten Gutachten im Wesentlichen auf der Aktenlage beruhen und keine Untersuchung erbracht wurde, ist der „Mangel“ an einer Aufklärung eher als virtuell zu sehen.
- Abgesehen von dem Gutachten 2011 erklären sich die fehlenden Angaben in der fehlenden Exploration aufgrund der Aussageverweigerung von G.M. Damit war die exakte Angabe und getrennte Wiedergabe der Erkenntnisquellen nicht zu erbringen.
- Die Aktenreferenzen seien unklar oder global erfolgt. Dieser Kritik ist dahingehend nicht zu folgen, als die Akten übergreifend und summarisch zusammengefasst wurden. Die Gerichte verfügten über die umfassenden Akten. Die Zitate sind teilweise nur grob verortet worden, da man versucht hat, einen Tenor zu entnehmen, auf den man sich dann bezogen hat.
- Subjektive Darstellungen des Probanden, konnten logischerweise ohne Exploration nicht erbracht werden. Dies gilt auch für zusätzliche Untersuchungen. Damit ist eine Kenntlichmachung der unterschiedlichen Quellen auch hinfällig.

⁷⁷⁷ Prozess in Regensburg: Freispruch für Gustl Mollath. In: Spiegel Online, 14. August 2014.

⁷⁷⁸ BGH Az. 1 StR 56/15, NJW-Spezial 2016, 57

⁷⁷⁹ Maximilian Gerl: Mollath droht Bayern mit Millionen-Klage. In: sueddeutsche.de. 2018

- Ohne einwilligenden Probanden konnten auch keine weiteren Untersuchungen angestrengt werden.
- Da die Gutachter im Wesentlichen auf Daten der Maßregeleinrichtung und selbst hier vor allem auf Beobachtungsdaten angewiesen waren, war eine Spezifizierung dieser rudimentären Daten fragwürdig und erfolgte damit eher nicht. Kritisieren kann man durchaus, dass man dies nicht permanent wiederholt hat.
- Eine Kritik, die angegeben wird, ist die fehlende Trennung zwischen gesichertem medizinischen psychiatrischen, psychopathologischen) sowie psychologischen und kriminologischen Wissen und subjektiver Meinung oder Vermutungen des Gutachters. Da die Gutachter keine eigenen Daten erhoben haben, war alles kein gesichertes Material. Damit musste man von einer Interpretation und Mutmaßungen ausgehen. Diese Unklarheiten wurden tatsächlich nur wenig betont. Die Verantwortungsbereiche waren im Grunde offenkundig, waren allerdings nicht explizit erwähnt worden. Eine klare Gliederung wird moniert, dennoch haben die Gutachter nach Gliederungsebenen gearbeitet.
- "Abschnitt II beleuchtet die Notwendigkeiten bei der Durchführung der Begutachtung, der Erschließung der schriftlich dokumentierten Informationen und der Untersuchung des Probanden selbst. An dieser Stelle konnten die Gutachter nicht überzeugen, da G.M. keine Fakten lieferte. Dieses wurde dem Gericht offen vermittelt. Die Kritik, dass Beobachtungen kein Mittel zur Beurteilung sind, erscheint polemisch, da ohne Sprachangebot von G.M. auch keines erbracht werden konnte. Auch bei der Anwendung eines forensischen Kriteriuminventars konnte nicht darauf zurück gegriffen werden, da G.M. keine Untersuchung zugelassen hat.
- Bei den Diagnosen sind diese dahingehend berechtigt zu kritisieren, dass sie nicht vollbeweislich zu erbringen waren. Dies begründete sich aus den fehlenden Untersuchungsmöglichkeiten. Dies gilt konsekutiv auch für die folgende Kausalität zur Gefährlichkeit. Beide Aspekte waren in ihrer Datengrundlage den Gerichten offenkundig und ergaben sich logisch daraus. Grundsätzlich ist dies richtigerweise beim letzten Gutachten nicht geschehen, da dieses die Mängel offen vermeldete und davon abgeleitet auch keine Zuordnung und Ableitbarkeit der Gefahr erbrachte.
- Auch die Hypothesenleitung erfolgte weder im- noch explizit. Die Prognosen hätten offen bleiben müssen oder zumindest unter Verweis der Beweiserhebung differenziert werden müssen. Eine pauschale Prognosesetzung ist hier sicher ungenügend gewesen. Andererseits bedarf auch dies einer Faktenlage, die G.M. nicht geboten hat.

Damit waren teilweise die Mindestanforderungen nicht zu erbringen. Die beruhte jedoch nicht unerheblich auf die fehlende Mitwirkung von G.M..

- Das Urteil des OLG Rostock⁷⁸⁰, das in einem Fall eine Entscheidung zur weiteren Fortdauer der Unterbringung als nicht möglich sah, bezog sich auf Mängel des Prognosegutachtens, das die Minimal Kriterien nicht erfüllte. Anders als bei diesem Fall versuchte man die Akteneinträge den Prognosekriterien zuzuordnen. Tatsächlich sind wissenschaftliche Grundlagen der Einschätzung der Prognose nicht anzuführen, wenn die Grundlagen der Anknüpfung nur vage sind. Jedoch wurde auf die Akteneinträge korrekt bezogen und die Rückfallwahrscheinlichkeiten aktuarisch zugeordnet. Im Fall von G.M. ist eher jede genaue und präzise Prognose eher fragwürdig und führt zu einem Augurenurteil. Dies umfasst auch die Steuerungsfähigkeit und die Einsichtsfähigkeit des Betroffenen und die Diagnosen ebenso. Vice versa bedeutet dies jedoch nicht zwingend, dass damit jeder zu entlassen sei, der im Gutachten jede Mitwirkung verweigert. Hier ist lediglich darauf zu verweisen, dass sich das Gericht trotz der methodischen Mängel eine Meinung zu bilden hat, selbst wenn das Gutachten nur teilweise herangezogen werden kann.
- Seitens des Rechtsanwaltes Dr. Strate wurde das Gutachten von Pfäfflin im Rahmen eines Formfehlers kritisiert. Er hat trotz Angabe einer ganztägigen Exploration am 30.11.2010 mit Durchsicht der Krankenakte, die Durchsicht der hergereichten drei Bände Vollstreckungshefte der StA Nürnberg Fürth und schließlich Rücksprachen mit der behandelnden Stationsärztin und dem zuständigen Oberarzt in der Abrechnung als Datum den 28.11.2010 angegeben. Dies sei jedoch der Termin der Forensiktagung in Bayreuth gewesen, weshalb nur anteilig die Kosten in Rechnung gestellt wurden. Dies als Befangenheit abzuqualifizieren, auch wenn der Gutachter an einem der Kongresstage einen Vortrag gehalten hat, ist sicher anmaßend und kaum so vollbeweislich zu sichern. Dies auch dann, wenn davon auszugehen ist, dass das Gutachten tatsächlich am angegebenen Tag, nur einen Monat später erfolgte. Ein Schreibfehler ist hier sicher nicht für einen Befangenheitsvorwurf ausreichend. Die Frage der Kongressteilnahme und des geselligen Abendessen am Vorabend erscheint herbei geholt. In der Regel werden Kongresse nicht von der Intention getragen einen Gutachter zu manipulieren, noch steht ein Gutachtenshonorar in Bezug zu einem Gutachtenstermin und drittens ist eine Bekanntheit

⁷⁸⁰ OLG Rostock: Beschluss vom 16.11.2011 - I Ws 287/11

zu einem Maßregelvollzugleiter kein Anhalt zu einer positiven Antwortlatenz. Selbst Rechtsanwälte werden häufig Richter oder Staatsanwälte kennen, ohne dass dies für sich den Befangenheitsvorwurf bestätigt. Daneben erhalten sie auch Honorare für andere Leistungen vor Gericht und nicht selten folgen verschiedene Aufträge aufeinander. Dies unterstellt zudem Dr. Leipziger implizit ein persönliches Interesse G.M. überlange im Maßregelvollzug zu halten. Dies bewertet mögliche persönliche Bezüge der Behandler zu hoch.

- Die Kritik am Gutachten von Norbert Konrad (2010), kritisiert einerseits den Anteil der angeführten Akten, die auch das Urteil wörtlich beinhalten. Bei den Anknüpfungstatbeständen hätte sich der Gutachter damit auseinander setzen müssen. Dem ist zu widersprechen, da Wertungen und Bewertungen ebendort zu verankern sind, damit die Quellen klar getrennt werden. Formal ist hier sicher der Umfang der Akten und die wörtliche Übernahme zu kritisieren. Die Frage des Bezugs zum Gutachtenergebnis wird von Dr. Stracke jedoch nicht geleistet, wodurch diese Kritik polemisch wirkt.
- Tatsächlich bezieht sich das Gutachten von Kröber selbst auf keine Exploration im Gegenteil zum Gutachten von Simmerl. Die Frage ob man einen Probanden einmalig oder mehrmalig zu explorieren hat, gründet nur darauf, ob man ausreichend Information erhalten hat, um die Fragestellung zu beantworten. Damit ist er polemische Hieb gegen Kröber zwar unterhaltsam, jedoch nicht relevant.
- Die Kritik von Stracke an Nedopil (2005) basiert möglicherweise auf einer Verwechslung. Die Bayesche Matrix stellt ein mathematisches Instrument dar aus statistischen Teilergebnissen weitere Ableitungen zu berechnen. Damit leitet man aus einer Delinquenzstatistik (Basisraten) die Wahrscheinlichkeiten von richtigen und falschen Bewertungen auf einer rein statistischen und damit abstrakten Basis ab. Dies bedeutet, dass man in einem Zufallsexperiment bei einer Basisrate von X damit rechnen muss, dass daraus Wahrscheinlichkeiten Y1-4 getroffen werden, dass eine positive Prognoseentscheidung wahr oder falsch oder eine negative Prognoseentscheidung wahr oder falsch ist. Damit wird vor allem dargestellt, dass Entscheidungen nicht immer konkordant zur Basisrate stehen, sondern Aspekte wie die Generalprävention und die Deliktschwere mit hineinwirken. Die Grundlage der individuellen Prognose ist der Bezug individueller Kriterien im aktuarischen Modell auf die Prognose⁷⁸¹. Im konkreten Fall ergeben jedoch einzelne Faktoren durchaus die Grundlage

⁷⁸¹ Pollock, 1990; Rubin, 1972

prognostischen Bewertens. Hier könnte nur darauf verwiesen werden, dass bestimmte Informationen nicht zu erhalten waren und wie diese in die Prognosebeurteilung eingehen. Damit ist der allgemeine Bezug mehr als Anhalt zu sehen, sich nicht auf ein allgemeines sondern individuelles Zuordnen zu beziehen. Für den konkreten Fall ist von dieser wissenschaftlichen Darlegung jedoch kein Nachteil für G.M. zu sehen.

Zu den Mindestanforderungen

| | |
|--------|--|
| | Formelle Kriterien |
| I.1.1 | <p>Nennung von Auftraggeber und Fragestellung, ggf. Präzisierung Die Präzisierung ist dann erforderlich, wenn aus Sicht des Sachverständigen der Auftrag für das Gutachten nicht eindeutig ist. Zur weiteren Abklärung der Beweisfrage ist beim Auftraggeber rückzufragen</p> |
| I.1.2 | Darlegung von Ort, Zeit und Umfang der Untersuchung |
| I.1.3 | Dokumentation der Aufklärung |
| I.1.4 | Darlegung der Verwendung besonderer Untersuchungs- und Dokumentationsmethoden (z.B. Videoaufzeichnung, Tonbandaufzeichnung, Beobachtung durch anderes Personal, Einschaltung von Dolmetschern) |
| I.1.5 | <p>Exakte Angabe und getrennte Wiedergabe der Erkenntnisquellen. Der Sachverständige hat zu begründen, wenn die Erschließung weiterer Informationsquellen notwendig ist. Zusätzlich zu medizinischen und psychologischen Untersuchungsverfahren können z.B. die Einholung fremdanamnestischer Angaben von signifikanten Dritten (z.B. Partnerinnen) zur Gewinnung von Informationen über den sozialen Empfangsraum oder das Sexualeben des Probanden erforderlich werden. Während medizinische und psychologische Untersuchungsverfahren von ihm selbst durchgeführt oder veranlasst werden können, sind Zeugenvernehmungen (sog. Fremdanamnese) durch den Sachverständigen nicht unproblematisch; es ist hier allemal in enger Absprache mit dem Auftraggeber vorzugehen (vgl. zu den Einzelheiten B.II.4).</p> |
| I.1.5a | Akten |
| I.1.5b | Subjektive Darstellung des Probanden |
| I.1.5c | Beobachtung und Untersuchung |
| I.1.5d | Zusätzlich durchgeführte Untersuchungen (z.B. bildgebende Verfahren, psychologische Zusatzuntersuchung, Fremdanamnese) |
| I.1.6 | Kenttlichmachen der interpretierenden und kommentierenden Äußerungen und deren Trennung von der Wiedergabe der Informationen und Befunde |

| | |
|--------|--|
| I.1.7 | Trennung von gesichertem medizinischen (psychiatrischen, psychopathologischen) sowie psychologischen und kriminologischen Wissen und subjektiver Meinung oder Vermutungen des Gutachters |
| I.1.8 | Offenlegung von Unklarheiten und Schwierigkeiten und den daraus abzuleitenden Konsequenzen, ggf. rechtzeitige Mitteilung an den Auftraggeber über weiteren Aufklärungsbedarf. |
| I.1.9 | Kennlichmachen der Aufgaben- und Verantwortungsbereiche der beteiligten Gutachter und Mitarbeiter |
| I.1.10 | Bei Verwendung wissenschaftlicher Literatur Beachtung der üblichen Zitierpraxis Unnötig ist das Auflisten von gängigen Lehrbüchern oder Diagnosemanualen am Schluss eines Gutachtens. Mit Fundstelle belegt werden sollte spezielle Literatur, aus der im Gutachten zitiert wird, um bestimmte wissenschaftliche Sachverhalte zu verdeutlichen. |
| I.1.11 | Klare und übersichtliche Gliederung |
| II.1 | Mindestanforderungen bei der Informationsgewinnung _ |
| II.1.1 | Umfassendes Aktenstudium (Sachakten, Vorstrafakten, Gefangenpersonalakten, Maßregelvollzugsakten) Zur Rekonstruktion der Ausgangsproblematik sind die Sachakten des zu Grunde liegenden Verfahrens und ggf. die Akten zu früheren relevanten Strafverfahren wichtig. Für die Rekonstruktion des Verlaufs seit der Verurteilung sind die Stellungnahmen der Haftanstalten und Maßregleinrichtungen (im Vollstreckungsheft) sowie die Anstaltsakten grundlegend. Die wesentlichen, beurteilungsrelevanten Ergebnisse der Aktenauswertung sind im Gutachten schriftlich darzustellen, so dass das Gutachten aus sich heraus verständlich und auch in seinen Schlussfolgerungen nachvollziehbar wird. |
| II.1.2 | Adäquate Untersuchungsbedingungen: Die Exploration sollte unter fachlich akzeptablen Bedingungen durchgeführt werden, bei denen ein diskretes, ungestörtes und konzentriertes Arbeiten möglich ist. |
| II.1.3 | Angemessene Untersuchungsdauer unter Berücksichtigung des Schwierigkeitsgrads, ggf. an mehreren Tagen. Die Exploration ist für den Probanden möglicherweise für Jahre die letzte Chance, seine Person und seine Sicht der Dinge darzustellen. Dafür sollte ihm angemessen Raum gegeben werden. Bei begrenzten |

| | |
|---------------|---|
| | <p>Fragestellungen oder bei ausführlichen vorangegangenen Begutachtungen kann ein einziger Untersuchungstermin ausreichend sein. Bei komplexen Fragestellungen und einem bislang unbekanntem Probanden wird der Sachverständige schon wegen der Fülle der zu besprechenden Themen meist mehrere Termine wahrnehmen müssen.</p> |
| II.1.4 | <p>Mehrdimensionale Untersuchung</p> <p>a) Entwicklung und gegenwärtiges Bild der Persönlichkeit</p> <p>b) Krankheits- und Störungsanamnese</p> <p>c) Analyse der Delinquenzgeschichte und des Tatbildes.</p> <p>Unter „mehrdimensionaler Untersuchung“ ist zu verstehen, dass themenbezogen 3 elementare Bereiche exploriert werden: Person - Krankheit - Delinquenz. Eine Reduktion auf nur 2 oder eines dieser Themen macht das Gutachten insuffizient. Die 3 Bereiche sind im individuellen Lebensverlauf zeitlich und sachlich verzahnt, was im Gespräch oft ein chronologisches Vorgehen nahe legt. Wenn die Prognosebegutachtung die erste forensische Begutachtung des Probanden ist, sollte man sich hinsichtlich der zu erhebenden Informationen an den „Mindestanforderungen für die Schuldfähigkeitsbegutachtung“ orientieren. Dies betrifft insbesondere die delikt- und diagnosespezifische Exploration.</p> |
| II.1.5 | <p>Umfassende Erhebung der dafür relevanten Informationen.</p> <p>Hierzu gehören insbesondere: Herkunftsfamilie, Ersatzfamilie, Kindheit (Kindergartenalter, Grundschulalter), Schule/Ausbildung/Beruf, finanzielle Situation, Erkrankungen (allgemein/psychiatrisch), Suchtmittel, Sexualität, Partnerschaften, Freizeitgestaltung, Lebenszeit-Delinquenz (evtl. Benennung spezifischer Tatphänomene sowie Progreddienz, Gewaltbereitschaft, Tatmotive etc.), ggf. Vollzugs- und Therapieverlauf, soziale Bezüge, Lebenseinstellungen, Selbsteinschätzung, Umgang mit Konflikten, Zukunftsperspektive. Ausführliche Exploration insbesondere in Bezug auf die Lebenszeitdelinquenz (Delikteinsicht, Opferempathie, Veränderungsprozesse seit letztem Delikt, Einschätzung von zukünftigen Risiken und deren Management)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erörterung von faktischen Diskrepanzen mit dem Probanden • Überprüfung der Stimmigkeit der gesammelten Informationen |

| | |
|---------------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Ansprechen von Widersprüchen zwischen Exploration und Akteninhalt <p>Wenn der Proband rechtskräftig abgeurteilt ist, kann und muss der Sachverständige von den Urteilsfeststellungen ausgehen (vgl. oben unter B. IV) und darf den Probanden mit den zu Grunde liegenden Sachverhalten konfrontieren, ohne dass er sich damit dem Vorwurf der Befangenheit aussetzt. Einzelne Sachverhalte, insbesondere zur Delinquenzgeschichte, müssen gezielt erfragt werden, was Aktenkenntnis des Sachverständigen voraussetzt. Wenn der Proband Angaben macht, die deutlich von früheren Einlassungen oder von relevanten Akteninformationen abweichen, so sind diese Diskrepanzen anzusprechen. Wie die Probanden darauf reagieren, ist ein weiterer wichtiger Teil der Informationsgewinnung.</p> <p>Informativ ist eine Wiedergabe der Äußerungen im Gutachten, aus der die Gesprächs- und Argumentationshaltung des Probanden deutlich wird. Die möglichst getreue Dokumentation von Kernaussagen erleichtert es, sie einem späteren Vergleich zugänglich zu machen.</p> |
| II.1.6 | <p>Beobachtung des Verhaltens während der Exploration, psychischer Befund, ausführliche Persönlichkeitsbeschreibung.</p> <p>Unverzichtbar im Gutachten ist eine ausführliche und anschauliche Beschreibung des psychischen Ist-Zustandes des Probanden. Der Sachverständige soll das Interaktionsverhalten, die Selbstdarstellungsweisen, die emotionalen Reaktionsweisen, den Denkstil des Probanden in der Untersuchungssituation wahrnehmen, beschreiben und (persönlichkeits-) diagnostisch zuordnen. Es ist also wichtig, sich bald nach den Gesprächen nochmals alle Wahrnehmungen zu vergegenwärtigen und sie sprachlich zu fassen. Bei einem zweiten Untersuchungsgespräch können erste Eindrücke überprüft und eventuell korrigiert werden. Der „Psychische Befund“ ist durch die Wiedergabe testpsychologischer Ergebnisse nicht ersetzbar (s. II.1.8).</p> |
| II.1.7 | <p>Überprüfung des Vorhandenseins empirisch gesicherter, kriminologischer und psychiatrischer Risikovariablen, ggf. unter Anwendung geeigneter standardisierter Prognoseinstrumente.</p> <p>Die Informationen aus Aktenstudium und Exploration können mit erfahrungswissenschaftlich fundierten, standardisierten Instrumenten zur Risikoeinschätzung erfasst und partiell bewertet werden. Diese Instrumente sind zunächst hilfreiche Checklisten, um zu prüfen, ob die Exploration all jene Bereiche erfasst hat, die in vielen Fällen kriminologisch relevant sind. Sie erfassen besonders wichtige und besonders</p> |

| | |
|---------------|--|
| | <p>häufige Risikofaktoren. Ein Ende der Entwicklung neuer standardisierter Verfahren ist nicht abzusehen. Insofern ist die Festlegung auf ein bestimmtes Verfahren weder sinnvoll noch notwendig. Das benutzte Verfahren hat aber bereits aus ethischen Gründen vier methodische Mindestanforderungen zu erfüllen: Es muss standardisiert sein, es muss ein Manual zur Erläuterung von Vorgehen, Items und Auswertung existieren, es müssen Daten zur Reliabilität und Validität des Instruments vorliegen. Der Sachverständige muss darin ausgebildet und imstande sein, dieses Verfahren kompetent anzuwenden. Er muss ein korrektes, den Operationalisierungen entsprechendes Verständnis der Items und der Skalierung haben. Prognoseinstrumente ersetzen die hermeneutische oder hypothesengeleitete Individualprognose nicht, helfen aber, empirisches Wissen für die Prognose nutzbar zu machen und die internationalen Prognosestandards einzuhalten.</p> |
| II.1.8 | <p>Indikationsgeleitete Durchführung testpsychologischer Diagnostik unter Beachtung der Validitätsprobleme, die sich aus der forensischen Situation ergeben.</p> <p>Indikationsgeleitete Durchführung geeigneter anderer Zusatzuntersuchungen: Testpsychologische Untersuchungen können, wenn sie Antworten auf nachvollziehbare Fragen liefern, nützlich sein, ebenso die Zweitsicht des Probanden durch einen Psychologen. Für Prognosegutachten sind die Eignung und die Validität psychologischer Tests von besonderer Bedeutung und müssen im Gutachten dargelegt werden. Entscheidende, gar objektive Hinweise zur Prognose sind aus testpsychologischen Aktualbefunden nicht ableitbar, insbesondere nicht durch den Abgleich mit testpsychologischen Befunddaten aus dem Erkenntnisverfahren, bei dem sich der Proband in einer ganz anderen psychischen Situation befand.</p> <p>Andere Zusatzuntersuchungen, z.B. mit bildgebenden Verfahren, sind sehr selten erforderlich und am ehesten angebracht, wenn es eine zwischenzeitlich eingetretene Erkrankung weiter abzuklären gilt (Alkoholfolgeschäden, Unfallschäden). Allein Forschungsinteresse kann solche Zusatzuntersuchungen im Rahmen der Begutachtung nicht begründen.</p> |
| II.3 | <p>Mindestanforderungen beim Abfassung des Gutachtens.</p> <p>Bei diesen von der interdisziplinären Arbeitsgruppe erstellten Mindestanforderungen handelt es sich um Prüfschritte, nach denen der forensische Prognosegutachter gedanklich arbeitet. Für die Verfahrensbeteiligten muss überprüfbar sein, auf welchem Weg und auf welcher</p> |

| | |
|---------------|--|
| | wissenschaftlichen Grundlage der Sachverständige zu den von ihm gefundenen Ergebnissen gelangt ist. Die vom Sachverständigen im Einzelfall gewählte Vorgehensweise ist abhängig von der speziellen Beurteilungsproblematik, dem Gewicht des zu beurteilenden Delikts, der Gefahr weiterer erheblicher Straftaten und der sich daraus ableitenden Intensität der Begutachtung. Bei Mehrfachbegutachtungen ist zu beachten, dass es keine schlichte Fortschreibung bisheriger Stellungnahmen geben sollte. |
| II.3.1 | Konkretisierung der Gutachtenfrage aus sachverständiger Sicht, z.B. Rückfall nach Entlassung, Missbrauch einer Lockerung Zu Beginn der gutachterlichen Schlussfolgerungen ist es sinnvoll, den Kern des Begutachtungsauftrags nochmals zu benennen und die dafür wichtigen Gesichtspunkte zu konkretisieren. Sicherlich macht es einen Unterschied, ob es um Entlassung oder aber Lockerungen geht, ob um die Begehung neuer Straftaten oder Flucht. Es gibt je nach Fragestellung und Fallgestaltung (Deliktsart, psychische Krankheit, Alter etc.) mehr oder weniger umfangreiche erfahrungswissenschaftliche Kriterien. Allemal aber geht es dann im ersten Schritt darum, aus der Rekonstruktion der Vorgeschichte die basale Problematik des Probanden zu analysieren. |
| II.3.2 | Analyse der individuellen Delinquenz, ihrer Hintergründe und Ursachen (Verhaltensmuster, Einstellungen, Werthaltungen, Motivationen) Anhand der gewonnenen Erkenntnisse ist als erste Teilaufgabe die Frage zu klären, worin bei dieser Person ihre "in den Taten zutage tretene Gefährlichkeit" besteht, was bei dieser Person die allgemeinen und besonderen Gründe ihrer Straffälligkeit sind. Es geht dabei um die Erfassung der verhaltenswirksamen Einstellungen, Werthaltungen, Motive, Intentionen, emotional-affektiven Reaktionsweisen sowie eingeschliffenen Verhaltensmuster. Ausgangspunkt jeder Prognose ist es, die bisherige delinquente Entwicklung dieses Menschen nachzuzeichnen und aufzuklären. Dies umfasst die Rekonstruktion von Biographie und Delinquenzgeschichte und ggf. Krankheitsgeschichte, von Tatablauf und Tathintergründen des Anlassdelikts sowie weiterer bedeutsamer Taten. Auf diese Weise soll eine ganz individuelle Theorie generiert werden, aus welchen Gründen gerade diese Person bislang straffällig geworden ist, was ggf. ihre Straffälligkeit aufrechterhalten und ausgeweitet hat. |
| II.3.3 | Mehrdimensionale biografisch fundierte Analyse unter Berücksichtigung der individuellen Risikofaktoren. Auf Grund der |

| | |
|---------------|---|
| | <p>Analyse dieser 3 Dimensionen soll vor dem Hintergrund empirischen Wissens eine individuelle Theorie generiert werden, wodurch die Straffälligkeit dieser Person bislang gefördert wurde. Es geht um die persönlichen und situativen Bedingungs-faktoren der Straftaten und ihre zeitliche Stabilität. Dabei können die situativen Faktoren hochspezifisch und unwiederholbar oder aber überdauernd oder allgegenwärtig sein. Es ist also nicht nur zu erörtern, worin die in den bisherigen Taten zutage getretene Gefährlichkeit dieser Persönlichkeit bestanden hat, sondern auch, wie stabil und dauerhaft die der Rückfallgefahr zu Grunde liegenden Faktoren sind. Hierzu bedarf es der Darlegung der empirischen Erkenntnis über die jeweiligen Risikofaktoren.</p> <p>Anhaltspunkte und grobe Risikoeinschätzungen können dazu die standardisierten Instrumente liefern (vgl. oben II.1.7). Unter Bezugnahme auf deren Ergebnisse oder auch das kriminologische und forensisch-psychiatrische Erfahrungswissen ist eine grobe Zuordnung des Falles zu Risikogruppen möglich (in der Regel in Form einer Dreiteilung: hohes - mittleres - niedriges Risiko). Auf dieser Ebene klärbar sind am ehesten Fälle mit gruppenstatistisch belegtem sehr hohem oder sehr niedrigem Risiko. Entscheidend ist aber die Rekonstruktion der Gefährlichkeit und des Rückfallrisikos im Einzelfall, das von dem der Bezugsgruppe erheblich abweichen kann.</p> <p>Nachsatz: Im folgenden werden die drei Kriterien a) delikt-spezifisch, b) krankheits- oder störungsspezifisch und c) persönlichkeits-spezifisch jeweils extra erfasst:</p> |
| II 3.3 | delikt-spezifisch |
| a) | Hierher gehört die möglichst genaue Rekonstruktion von Tatablauf und Tathintergründen beim Anlassdelikt sowie bei weiteren bedeutsamen Taten. Die Analyse der Dynamik, die den Anlasstaten zu Grunde lag, ergibt sich aus der speziellen Delinquenzanamnese. |
| II 3.3 | krankheits- oder störungsspezifisch |
| b) | Hier ist zu erläutern, ob und in welcher Ausprägung psychische Störungen, sexuelle Paraphilien oder sonstige Krankheiten aufgetreten sind und wie sie sich auf delinquentes Verhalten ausgewirkt haben. |
| II 3.3 | persönlichkeits-spezifisch |
| c) | Ebenso sind die Persönlichkeitsentwicklung und ihre Bedeutung für kriminelles Verhalten (oder ggf. deren protektive Wirkung) zu überprüfen. Nachsatz, Anmerkung: protektiv heißt hier vorbeugende, vor Rückfällen schützende Wirkung. |

| | |
|--------|--|
| II.3.4 | <p>Abgleich mit dem empirischen Wissen über das Rückfallrisiko möglichst vergleichbarer Tätergruppen (Aufzeigen von Übereinstimmungen und Unterschieden)</p> <p>Der sorgfältig abgeklärte Einzelfall sollte sodann darauf hin geprüft werden, ob er als typisch in eine bekannte Tätergruppe passt, zu der man die wesentlichen Rückfalldaten kennt („Basisraten“). Es gibt einige Tätergruppen (z.B. bei Sexualdelikten, Raubdelikten, Verkehrsdelikten, Drogendelikten), bei denen es bekannte Rückfallquoten gibt, zumindest unspezifische Daten über erneute Bestrafung, manchmal auch Daten zu spezifischer Rückfälligkeit (mit dem gleichen Delikt). In der Regel interessiert den Sachverständigen nicht nur ein Rückfall mit dem gleichen Delikt, sondern mit jedem schweren Delikt. Die gruppenstatistischen Rückfallquoten in sehr vielen Deliktsbereichen liegen im Spektrum von 20 bis 50%. Je mehr Variablen gleichzeitig berücksichtigt werden sollen (z.B. Deliktart, Intelligenz, kultureller Hintergrund, psychische Krankheit oder Substanzmissbrauch), desto seltener gibt es eine passende Vergleichsgruppe mit bekannter Basisrate der Rückfälligkeit. Es geht also hier noch nicht um die Entscheidung im Einzelfall, sondern wie im vorangehenden Punkt um eine Verortung des Einzelfalls im kriminologischen Erfahrungsraum. Einen Probanden mit einem gruppenstatistisch niedrigen Rückfallrisiko (z.B. sozial gut eingebundener, sonst nicht straffälliger Ersttäter, nicht gewaltsamer sexueller Missbrauch der 13jährigen Tochter der Partnerin, nicht pädophil, Basisrate unter 10% Rückfallrisiko) wird man vor diesem kriminologischen Erfahrungshintergrund anders diskutieren als einen Probanden, dessen Merkmale gruppenstatistisch auf eine sehr hohe Rückfallwahrscheinlichkeit verweisen. _</p> |
| II.3.5 | <p>Darstellung der Persönlichkeitsentwicklung des Probanden seit der Anlasstat unter besonderer Berücksichtigung der Risikofaktoren, der protektiven Faktoren, des Behandlungsverlaufs und der Angemessenheit (Geeignetheit) der angewandten therapeutischen Verfahren</p> <p>Die 2. Teilaufgabe besteht in der Klärung der Frage, wie der Verlauf seit der Anlasstat aussieht und zu bewerten ist. Die Prüfung der relevanten Entwicklungen in der Zeit seit der Tat erlaubt weitere Aussagen über die Persönlichkeit des Probanden, über mögliche Veränderungsprozesse und sein Veränderungspotential. Sie dient zugleich in gewissem Umfang einer Überprüfung der Theorie über die Persönlichkeitsentwicklung und die Handlungsbereitschaften bis zur Tat. Besondere Aufmerksamkeit gilt den Risikopotentialen dieser Person und ihrer Veränderbarkeit sowie der Verstärkung protektiver Faktoren. Zu diskutieren ist, wodurch Änderungen bedingt sein mögen, und welche</p> |

| | |
|---------------|---|
| | <p>Ressourcen und Möglichkeiten, aber auch Grenzen dabei sichtbar werden.</p> <p>In vielen Fällen ist dies verknüpft mit einer sachkundigen Therapieverlaufs-Beurteilung. Dabei ist nicht nur zu betrachten, was der Proband geleistet hat, sondern auch, ob die angebotenen oder durchgeführten Therapien überhaupt geeignet waren, ihn zu fördern und Delinquenzrisiken zu mindern. Entscheidend ist, ob in der Exploration und im Vollzugsverlauf sichtbar wird, dass die Behandlung gewirkt hat. Es geht nicht um irgendwelche Veränderungen oder sozial erwünschte Fortschritte, sondern um die Abklärung, welche Risikofaktoren deutlich abgeschwächt und welche unverändert sind, ob und welche protektiven Faktoren aufgebaut wurden. Das Gutachten soll aufzeigen, woran man dies konkret erkennen kann.</p> |
| II.3.6 | <p>Auseinandersetzung mit Vorgutachten</p> <p>Vorgutachter können zur gleichen Schlussfolgerung gekommen sein wie das gegenwärtige Gutachten, sie können aber auch davon abweichen. Mit beidem muss sich der Sachverständige auseinandersetzen. Auch die von den Vorgutachten erhobenen Informationen sind ggf. erneut zu gewichten und ggf. auf ihre Validität zu überprüfen. Abweichende Einschätzungen müssen argumentativ begründet, tatsächliche oder scheinbare Widersprüche geklärt werden. _</p> |
| II.3.7 | <p>Prognostische Einschätzung des künftigen Verhaltens und des Rückfallrisikos bzw. des Lockerungsmissbrauchs unter besonderer Berücksichtigung des sozialen Empfangsraums, der Steuerungsmöglichkeiten in der Nachsorge und der zu erwartenden belastenden und stabilisierenden Faktoren (z.B. Arbeit, Partnerschaft)</p> <p>Die Abklärung der künftigen Lebensperspektiven eines Probanden und des „sozialen Empfangsraums“ sind ein weiterer entscheidender Aspekt der Prognosebeurteilung: Dies betrifft nicht nur die subjektiven Zukunftsperspektiven, wie individuelle Wünsche hinsichtlich Arbeit, Partnerschaft, Sexualität, Sport, Freizeit, Kontakte zur Verwandtschaft, zu früheren Freunden und Bekannten, sondern mehr noch die objektiven: Welche Möglichkeiten wird er im Fall einer Entlassung haben hinsichtlich Wohnen, Arbeiten, finanzieller Absicherung, persönlichen Beziehungen, Freizeitaktivitäten, gesundheitlicher Betreuung etc.?</p> <p>Aus der Zusammenführung von individueller Analyse der ursprünglichen Gefährlichkeit, der seitherigen Entwicklung gerade der Risikofaktoren, des erreichten Standes und der objektiven wie subjektiven Zukunftsperspektiven ergibt sich dann die Rückfallprognose, also die</p> |

| | |
|---------------|---|
| | <p>Beantwortung der Frage, ob die Gefahr besteht, dass die ursprüngliche Gefährlichkeit in relevantem Umfang fortbesteht. Dies ist aber eine graduierende Einschätzung der fortbestehenden Risiken. Die Methode besteht darin, die bisherigen Entwicklungslinien, deren Bedeutsamkeit, Stabilität und Bewegungsrichtung sorgsam geprüft wurden, entsprechend ihren analysierten individuellen Gesetzmäßigkeiten in die Zukunft fortzuschreiben.</p> |
| II.3.8 | <p>Eingrenzung der Umstände, für welche die Prognose gelten soll, und Aufzeigen der Maßnahmen, durch welche die Prognose abgesichert oder verbessert werden kann (Risikomanagement)</p> <p>Im Fall von Lockerungen läuft die abschließende Antwort auf eine gestufte Risikobewertung hinaus: Wie hoch ist unter welchen Rahmenbedingungen das Risiko eines Lockerungsmissbrauchs, und welche Verstöße sind dann schlimmstenfalls zu erwarten? Im Falle der sog. bedingten Entlassung geht es im Prinzip um eine Ja-Nein-Entscheidung, die das Gericht zu treffen hat und für die das Gutachten erstellt wird: Ist die Gefährlichkeit hinreichend gemindert, so dass im Falle einer Entlassung ein vertretbar niedriges Rückfallrisiko besteht, oder nicht?</p> <p>Das individuelle Rückfallrisiko ist aber modifizierbar durch stützende und kontrollierende Rahmenbedingungen. Eine wesentliche Aufgabe eines Prognosegutachtens ist also die Prüfung und Erörterung der Rahmenbedingungen, unter denen Tendenzen zu einem Rückfall rechtzeitig erkannt, erste Schritte auf diesem Weg verhindert werden können und weitergehende Kriseninterventionen möglich sind. Der Gutachter muss prüfen, ob solche institutionellen Möglichkeiten existieren und ob der Proband für ein solches Setting geeignet ist. Der soziale Empfangsraum - betreute Wohn- und Arbeitsmöglichkeiten, tagesstrukturierende und psychagogische Maßnahmen, kontrollierte Pharmakotherapie, forensische Fachambulanzen, psychiatrische und psychotherapeutische Weiterbehandlung, gesetzliche Betreuung und die Leistungsfähigkeit des familiären Umfeldes - muss realistisch beurteilt und auf einen zeitlichen Rahmen bezogen werden. Es ist aber auch zu überlegen, welche Situation nach dem Ablauf befristeter Maßnahmen für den Probanden zu erwarten ist."</p> |

Quelle: Boetticher, Kröber, Müller-Isberner, Böhm, Müller-Metz, Wolf: Mindestanforderungen für Prognosegutachten. NStZ 2006 Heft 10, 537

Literatur und Links (Auswahl)

- Boetticher, Axel; Kröber, Hans-Ludwig; Müller-Isberner, Rüdiger; Böhm, Klaus M.; Müller-Metz, Reinhard & Wolf, Thomas (2006): Mindestanforderungen für Prognosegutachten. NStZ, 537-545. [[PDF](#)]
- Dahle, Klaus- Peter (2005). Psychologische Kriminalprognose. Wege zu einer integrativen Methodik für die Beurteilung der Rückfallwahrscheinlichkeit bei Strafgefangenen. In: Lösel, Friedrich; Rehn, Gerhard & Walter, Michael: (2005, Hrsg.). Studien und Materialien zum Straf- und Maßregelvollzug", Band 23.
- Dahle, K.-P. (2006). Grundlagen und Methoden der Kriminalprognose. In H.-L. Kröber, D. Dölling, N. Leygraf & H. Saß (Hrsg.), Handbuch der forensischen Psychiatrie; Band 3, Psychiatrische Kriminalprognose und Kriminaltherapie (S.1-67). Stuttgart: Steinkopff.
- Dahle, K.-P. (2007). Methodische Grundlagen der Kriminalprognose. Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie, 1, 101-110 [[Zusammenfassung](#)]
- Gretenkord, L. (2001). Empirisch fundierte Prognosestellung im Maßregelvollzug nach § 63 StGB - EFP-63. Bonn: Deutscher Psychologen Verlag. [[Online](#)]
- *Gretenkord, Lutz (Abruf 17.6.12): [Empirisch fundierte Prognosestellung im Maßregelvollzug nach § 63 StGB \(EFP-63\)](#).*
- Köller, Norbert; Nissen, Kai; Rieß, Michael & Sadorf, Erwin (2004) Probabilistische Schlussfolgerungen in Schriftgutachten. Zur Begründung und Vereinheitlichung von Wahrscheinlichkeitsaussagen im Sachverständigengutachten. München: Luchterhand & Bundeskriminalamt (BKA).
- König, Andrej (2010) Der Nutzen standardisierter Risikoprognoseinstrumente für Einzelfallentscheidungen in der forensischen Praxis. Recht und Psychiatrie (R&P), 28, 67-73.
- Konrad, Norbert (2010). Schlechtachten trotz Einhaltung der »Mindestanforderungen an Prognosegutachten« Recht und Psychiatrie, 28,1,.
- Kröber, Hans-Ludwig (1999). Gang und Gesichtspunkte der kriminalprognostischen psychiatrischen Begutachtung. NStZ, 593.
- Kröber, H.-L.; Dölling, D.; Leygraf, N. & Saß, H. (2006, Hrsg.). Handbuch der Forensischen Psychiatrie. Band 3 Psychiatrische Kriminalprognose und Kriminaltherapie. Berlin: Steinkopff (Springer).
- Müller, Henning-Ernst (2011) „Oberflächlich charmant“, tendenziell gefährlich? - Die Psychopathy-Checklist Revised (PCL-R) von Robert Hare

NStZ 2011, 665. Sie auch Vortrag zum 3. Tag der Rechtspsychologie am 17.11.2012 in Bonn: [PDF-Download](#).

- Nedopil, Norbert (1996). Forensische Psychiatrie. Klinik, Begutachtung, Behandlung zwischen Psychiatrie und Recht. Unter Mitarbeit von Dittmann, V.; Freisleder, F.-J. & Haller, R. Stuttgart: Thieme.
- Nedopil N.; Groß, Gregor; Hollweg, Matthias; Stadtland, Cornelis; Stübner, Susanne & Wolf, Thomas. (2005). [Prognosen in der forensischen Psychiatrie](#) - ein Handbuch für die Praxis. Lengerich: Pabst Science Publisher.
- Nedopil, N. (2008). Schuldfähigkeitsbeurteilung und forensisch-psychiatrische Risikoeinschätzung bei Persönlichkeitsstörungen. Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 56, 89-100.
- Nedopil N, Stadtland C. (2006). Rückfallforschung und Prognosen in der Forensischen Psychiatrie. Werkstattsschriften für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie. 13: 7-27.
- Nedopil, N. (2007). Das Problem der falsch Positiven: Haben wir unsere prognostische Kompetenz seit 1966 verbessert? In F. Lösel, D. Bender & J.-M. Jehle (Hrsg.), Kriminologie und wissenschaftsbasierte Kriminalpolitik. Entwicklungs- und Evaluationsforschung (S. 541 - 550). Mönchengladbach: Forum Verlag Godesberg. [\[GB\]](#)
- Nedopil N, Stadtland C. (2006). Methodenprobleme der forensisch-psychopathologischen Prognosebeurteilung. In Schneider F. (Hrsg.), Entwicklungen in der Psychiatrie (S. 361-374). Heidelberg: Springer.
- Nedopil, N. (2009). Psychopathy und die Rückfallprognose für Gewalttaten. Neuropsychiatrie, 23(S1), 34 - 41.
- Pollähne, Helmut (2011). Kriminalprognostik: Untersuchungen Im Spannungsfeld zwischen Sicherheitsrecht und Rechtssicherheit. Berlin: DeGruyter. [\[Amaz\]](#)
- Rieger, M., Stadtland, C., Freisleder, F.J. & Nedopil, N. (2009). Psychiatrische Beurteilung des Gewaltrisikos im Jugendalter. Der Nervenarzt, 80(3), 295-304.
- Riegl, Maximilian (2007). Die Qualität forensischer Prognosegutachten bei Gewalt und Sexualstraftätern. Diplomarbeit eingereicht am Institut für Psychologie der Universität Freiburg.
- Tondorf, G. (2005). Die konkreten Mindestanforderungen in Psychogutachten. In (S. 135): Psychologische und psychiatrische Sachverständige im

Strafverfahren: Verteidigung bei Schuldfähigkeits- und Prognosebeurteilung, 2. Aufl., Heidelberg: C.F. Müller.[\[GB\]](#)

- Tondorf, G. & B. (2011) Psychologische und psychiatrische Sachverständige im Strafverfahren: Verteidigung bei Schuldfähigkeits- und Prognosebeurteilung. 3. neu bearb. A. Heidelberg: C.F. Müller.

—

Literatur:

A

Akzept e. V. Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik (Hrsg) (2011) Neue Wege in der Suchtbehandlung im Maßregelvollzug. Dokumentation der Tagung am 28.01.2011 in der Asklepios Klinik Nord- Ochsenzoll. akzept e. V., Berlin;

Albrecht, G. (2003): Probleme der Prognose von Gewalt durch psychisch Kranke. In: Journal für Konflikt- und Gewaltforschung. 5, Nr. 1, S. 97–126, 2003

Albrecht, G. (2004): Sinn und Unsinn der Prognose von Gewalt. In Heitmeyer, W. (Hrsg.): Gewalt Entwicklungen, Strukturen, Analyseprobleme. Suhrkamp, , S. 475–524

Allroggen, Marc (2011): Praxishandbuch forensische Psychiatrie des Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalters: Grundlagen, Begutachtung und Behandlung. Med.-Wiss. Verlag-Ges., S. 304.

Andrews DA, Bonta J (1995) LSI-R: The Level of Service Inventory- Revised. Multi Health Systems, Toronto

Andrews DA, Bonta J, Wormith SJ, Hart SD (2004) The Level of Service/Case Management Inventory (LS/CMI). Multi-Health Systems, Toronto

Andrews DA, Bonta J (2010) The psychology of criminal conduct, 5. Aufl. Routledge, New York

APA-American Psychiatric Association (2015) Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5. Hogrefe, Göttingen

APA–American Psychiatric Association (2015) Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5. Hogrefe, Göttingen

Asendorpf, J. B. & Neyer, F. J. (2012). *Psychologie der Persönlichkeit* (5. Aufl.). Heidelberg: Springer.

Augustinus, Bekenntnisse, München, 1982,1,12,19 (45).

B

Ballester J, Goldstein B, Goldstein TR, Yu H, Axelson D, Monk K, Hickey MB, Diler RS, Sakolsky DJ, Sparks G, Lyengar S, Kupfer DJ, Brent DA, Birmaher B (2014) Prospective longitudinal course of aggression among adults with bipolar disorder. *Bipolar Disord* 16(3):262-269

Baltzer (2005) Die Sicherung des gefährlichen Gewalttäters, KUP 2005, Band 46,161.

Bauer Michael, Lammel Matthias, Sutarski Stephan, Lau Steffen (2011): Zwangseinweisung und Zwangsbehandlung: Indikation, Legitimation, Kontrolle, MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Jahresheft der forensischen Psychiatrie vom 6. Juni 2011.

Belfrage H., Douglas K. S. (2002) Treatment Effects on Forensic psychiatric patients measured with the HCR 20/2 Violent Risk Assessment Scheme. International Journal of forensic mental health 1, 25 – 36.

Berner W, Hill A, Briken P, Kraus C, Lietz K (2007) DGPPN Leitlinien Störungen der Sexualpräferenz. Steinkopff, Darmstadt

Bock, Strafverteidiger 2007, S. 269 (270); Boetticher, „...weil er für die Allgemeinheit gefährlich ist!“, S. 87 (101f.); nach einer Untersuchung von Kinzig, SV auf dem Prüfstand, S.313, wurden in knapp 90% der Fälle das Gutachten von Psychiatern oder Neurologen erstellt.

Boer DP, Hart SD, Kropp PR, Webster CD (1997) Manual for the Sexual Violence Risk-20: Professional guidelines for assessing risk of sexual violence. The Mental Health, Law&Policy Institute, Vancouver

Boetticher A, Nedopil N, Bosinski HAG, Saß H (2005) Mindestanforderungen für Schuldfähigkeitsgutachten. Neue Zeitschrift für Strafrecht (NSZ). 25: 57–62.

Boetticher A, Nedopil N, Bosinski HAG, Saß H (2007) Mindestanforderungen für Schuldfähigkeitsgutachten. Forens Psychiatr Psychol Kriminol 1:3-9

Boetticher, Axel; Kröber, Hans-Ludwig; Müller-Isberner, Rüdiger; Böhm, Klaus M.; Müller-Metz, Reinhard & Wolf, Thomas (2006): Mindestanforderungen für Prognosegutachten. NSz, 537-545.

Boetticher u.a., NSz 2009, S.478 (479).

Bonta J, Andrews DA (2007) Risk-need-responsivity model for offender assessment and rehabilitation. www.publicsafety.gc.ca/res/cor/rep/risk_need_200706-eng.aspx. Zugegriffen: 27.07.2018

Borum R, Bartel P, Forth A (2002) Manual for the Structured Assessment for Violence Risk in Youth (SAVRY). Florida Mental Health Institute, University of South Florida, Tampa

Boyle, G. J., Matthews, G. & Saklofske, D. H. (Eds.). (2008). *The SAGE Handbook of personality theory and assessment. Vol. 1: Personality theories and models*. Los Angeles: Sage.

Brettel H., Höffler, K. (2006) Der aktuelle „Entwurf eines Gesetzes zur Novellierung des Rechts der Unterbringung“ und seine Auswirkungen auf die Begutachtungspraxis. In medstra. Zeitschrift für Medizinstrafrecht. S. 67 ff

Briken P, Franqué F von, Berner W (2013) Paraphilie und hypersexuelle Störungen. In: Briken, P, Berner M (Hrsg.), Praxisbuch sexuelle Störungen. Sexuelle Gesundheit, Sexualmedizin, Psychotherapie sexueller Störungen. (S. 239-250). Stuttgart: GeorgThiemeVerlag

Briken P, Franqué F von, Berner W (2013) Paraphilie und hypersexuelle Störungen. In: Briken, P, Berner M (Hrsg.), Praxisbuch sexuelle Störungen. Sexuelle Gesundheit, Sexualmedizin, Psychotherapie sexueller Störungen. (S. 239–250). Stuttgart:GeorgThiemeVerlag

Briken P, Kafka MP (2007) Pharmacological treatments for paraphilic patients and sexual offenders. *CurrOpinPsychiatry* 20(6):609-613

Briken P, Kafka MP (2007) Pharmacological treatments for paraphilic patients and sexual offenders. *CurrOpinPsychiatry* 20(6): 609–613

Briken P, Kafka MP (2007) Pharmacological treatments for paraphilic patients and sexual offenders. *CurrOpinPsychiatry*20(6):609–613

Briken P, Müller JL, Berner W, Bödecker RH, Vollmann J, Kasperk C, Koller M (2017) Vom Scheitern einer Studie - Die geplante klinische Prüfung zur Untersuchung des additiven Effekts von Triptorelin auf die Wirksamkeit einer psychotherapeutischen Behandlung bei erwachsenen männlichen Patienten mit pädophiler Störung in Maßregelvollzugskrankenhäusern. *Nervenarzt*.

Brisch KH (2013) Bindung und Sucht. Klett-Cotta, Stuttgart

Brisch KH (2013) Bindung und Sucht. Klett-Cotta, Stuttgart

Brown D, Larkin F, Sengupta S, Romero-Ureclay JL, Ross CC, Gupta N, Vinestock M, Das M (2014) Clozapine: an effective treatment for seriously violent and psychopathic men with antisocial personality disorder in a UK highsecurity hospital. *CNS Spectr* 19(5): 391–402;

Brown RA, Abrantes AM, Minami H, Prince MA, Bloom EL, Apodaca TR, Strong DR, Picotte DM, Monti PM, MacPherson L, MatskoSV, Hunt JI (2015) Motivational interviewing to reduce substance use in adolescents with psychiatric comorbidity. *J Subst AbuseTreat* 59: 20-29

Bublitz Jan Christoph (2011): Habeas Mentem? Psychiatrische Zwangseingriffe im Maßregelvollzug und die Freiheit gefährlicher Gedanken. Zugleich Besprechung von BVerfG, Beschl. v. 23.3.2011 – 2 BvR 882/09, Zeitschrift für Internationale Strafrechtsdogmatik 2011 (Heft 08/09) Seite 714

Bulla J, Hoffmann K (2012) Der Nachteilschluss - eine Methode des modernen Maßregelvollzugs? *Forens Psychiatr Psychother Werkstattsschr* 19(2):204-216

Burkhardt 2003, S. 21 ff.;

C

Ceus consulting/FOGS (2015) Kerndatensatz im Maßregelvollzug: Auswertung 2013. ceus/ FOGS, Bad Godesberg

Christian Müller: Das Gewohnheitsverbrechergesetz vom 24. November 1933, Berliner Wissenschaftsverlag 1997

Ciampi, L.: Lebensweg und Alter der Schizophrenen. Eine katamnestiche Langzeitstudie bis ins Senium. Springer, Berlin 1976.

Cleckley, H (1941). "The So-called Psychopathic Personality, With Special Emphasis on his Status in the Selective Service". *Journal of the Medical Association of Georgia*. 30: 466–472.

Cleckley, Hervey, M.D. (1950) *The Mask of Insanity: An attempt to clarify some issues about the so-called psychopathic personality*. 1988, The C. V. Mosby Co, fifth edition, p.vii: "In attempting to revise the book for the second edition

Coid J, Yang M, Tyrer P, Roberts A, Ulrich S (2006) Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. *Br J Psychiatry* 188 (5): 423–431

Cordess C, Cox M (Hrsg) (1996) *Forensic psychotherapy. Crime, psychodynamics and the offender patient*. Jessica Kingsley Publishers, London Philadelphia

Cornelia Schaumburg: *Maßregelvollzug (Basiswissen)*. 2. Auflage. Psychiatrie-Verlag, Bonn 2005, ISBN 978-3-88414-334-6.

Cullen AE, Clarke AY, Kuipers E, Hodgins S, Dean K, Fahy T (2012) A multisite randomized trial of a cognitive skills program for male mentally disordered offenders: violence and antisocial behavior outcomes. *J Consult Clin Psychol* 80(6):1114-1120

D

Dack C, Ross J, Papadopoulos C, Bowers D, Bowers L (2013) A review and meta-analysis of the patient factors associated with psychiatric in-patient aggression. *Acta Psychiatr Scand* 127(4):255-268.

Dahle, K.-P. & Steller, M. (2000). Trends und Perspektiven forensischer Sozial- und Psychotherapie. In M. A. Rothschild (Hrsg.), *Das neue Jahrtausend: Herausforderungen an die Rechtsmedizin* (S. 255-270). Lübeck: Schmidt-Römhild.

Dahle, Klaus- Peter (2005). Psychologische Kriminalprognose. Wege zu einer integrativen Methodik für die Beurteilung der Rückfallwahrscheinlichkeit bei Strafgefangenen. In: Lösel, Friedrich; Rehn, Gerhard & Walter, Michael: (2005, Hrsg.). Studien und Materialien zum Straf- und Maßregelvollzug", Band 23.

Dahle, K.-P. (2006). Grundlagen und Methoden der Kriminalprognose. In H.-L. Kröber, D. Dölling, N. Leygraf & H. Saß (Hrsg.), Handbuch der forensischen Psychiatrie; Band 3, Psychiatrische Kriminalprognose und Kriminaltherapie (S.1-67). Stuttgart: Steinkopff.

Dahle, (2007a) Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie, S.101 (110).

Dahle, K.-P. (2007). Methodische Grundlagen der Kriminalprognose. Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie, 1, 101-110 [Zusammenfassung]

Deinert; Horst, Wolfgang Jegust: (2006) Das Recht der psychisch Kranken (Gesetzestexte aus Bund und Ländern). 2. Auflage. Bundesanzeiger-Verlag, Köln.

Dennis JA, Khan O, Ferriter M, Huband N, Powney MJ, Duggan C (2012) Psychological interventions for adults who have sexually offended or are at risk of offending. Cochrane Database Syst Rev

Dessecker, (2007) Gefährlichkeit und Verhältnismäßigkeit, S.196; Dahle, Handbuch der forens. Psychiatrie 3, S.1 (26).

Detlefsen Grischa; (2006) Grenzen der Freiheit - Bedingungen des Handelns - Perspektive des Schulprinzips. Konsequenzen neurowissenschaftlicher Forschung für das Strafrecht, Berlin.

Detter 1999

DeVogel V, Bouman YHA, ter Horst P, Stam J, Lancel M (2016) Gewalttätige Frauen: eine Multicenter-Studie über Genderunterschiede in der forensischen Psychiatrie. Forens Psychiatr PsychotherWerkstattschr23(3):279-302

DeVogel V, de Ruiter C, Bouman YHA, de Vries Robbe M (2010) SAPROF. Leitlinien für die Erfassung von protektiven Faktoren bei einem Risiko für gewalttätiges Verhalten. (Deutsche Übersetzung von Spehr A, Briken P). Van der Hoeven Klinik, Forum Educatief, Utrecht

Dittmann, Die Schweizerische Fachkommission zur Beurteilung „gemeingefährlicher“ Straftäter, in: Müller-Isberner, Cabeza u. a. (Hrsg.) Forensische Psychiatrie: Schuldfähigkeit, Kriminaltherapie, Kriminalprognose, Godesberg 1998,173-183.

Dittmann, Was kann die Kriminalprognose heute leisten, in: Bauhofer et al., (Hrsg.), Chur 2000

DGPPN (2014) Achtung der Selbstbestimmung und Anwendung von Zwang bei der Behandlung von psychisch erkrankten Menschen

DGPPN (2017) S2 Leitlinie Aggressives Verhalten

DIMDI (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, dimdi.de (2018) ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (Memento des Originals vom 29. März 2015 im Internet Archive) („Stand Juli 2018“, zuletzt aufgerufen: 16. Juli 2018);

Dombert B, Schmidt AF, Banse R, Briken P, Hoyer J, Neutze J, Osterheider M (2016) How common is men's self-reported sexual interest in prepubescent children? *JSexRes*53(2): 214-223

Dombert B, Schmidt AF, Banse R, Briken P, Hoyer J, Neutze J, Osterheider M (2016) How common is men's self-reported sexual interest in prepubescent children? *J SexRes* 53(2):214–223

Dönisch Seidel U; Bernhard van Treeck, Geelen A, Siebert M, Rahn E, Scherbaum N, Kutscher S-U (2007): Zur Vernetzung von forensischer Psychiatrie und Allgemeinpsychiatrie, Recht und Psychiatrie, 4: 184-188

Douglas K. S., Ogloff J. R., Hart S. D. (2003) Evaluation of a model of violence risk assessment among forensic psychiatric patients. *Psychiatr Serv* 54, 1372 – 1379

Douglas KS, Hart SD, Webster CD, Belfrage H (2014) Die Vorhersage von Gewalttaten mit dem HCR-20 - Deutsche Version. Institut für forensische Psychiatrie-Hainae.V.,Gießen

Dulz B, Briken P, Kernberg OF, Rauchfleisch U (2016) Handbuch der Antisozialen Persönlichkeitsstörung. Schattauer, Stuttgart

Durbeej N, Palmstierna T, Berman AH, Kristiansson M, Gumpert CH (2014) Offenders with mental health problems and problematic substance use: affective psychopathic personality traits as potential barriers to participation in substance abuse interventions. *JSubst AbuseTreat*46(5): 574-583

E

Egg, (1999) Zur Rückfälligkeit von Sexualstraftätern. Eine empirische Analyse anhand von BZR- Auszügen und Strafakten, *Kriminalistik*, 1999, 367-373

Egg (2003) Kriminalität mit sexuellem Hintergrund, Sicherheit und Kriminalität - Bürger im Staat, , 9ff. (Kriminologischen Zentralstelle e. V. in Wiesbaden aus dem Jahre 2002)

Eher R, Gnoth A, Birklbauer A, Pfäfflin F (2007) Antiandrogene Medikation zur Senkung der Rückfälligkeit von Sexualstraftätern: ein kritischer Überblick. *Recht Psychiatr* 25(3):103-111

Eher R, Rettenberger M, Matthes A, Schilling F (2010b) Stable dynamic riskfactors in child sexual abusers: the incremental predictive power of narcissistic personality traits beyond the static- 99/stable-2007 priority categories on sexual reoffense. *Sex OffenderTreat* 5(1). ISSN 1862-2941

Eher R, Rettenberger M, Schilling F (2010a) Psychiatrische Diagnosen von Kindesmissbrauchstätern und Vergewaltigern - eine empirische Untersuchung von 807 inhaftierten Kindesmissbrauchstätern und Vergewaltigern. *Z Sexualforsch* 23:23-35

Eher, R; Gnoth, A; Birklbauer, A; Pfäfflin, F; (2007) Antiandrogene Medikation zur Senkung der Rückfälligkeit von Sexualstraftätern: ein kritischer Überblick. *RechtPsychiatr* 25(3):103–111

Eisenberg, *Kriminologie* § 21 Rn.39f; Feltes, *Strafverteidiger* 2000, S.281 (285).

Eisenberg, *Kriminologie*, § 21 Rn.17; Meier, *Kriminologie*, § 7 Rn.31.

Elz (2001) Legalbewährung und kriminelle Karrieren von Sexualstraftätern: Sexuelle Missbrauchsdelikte. *Kriminologie und Praxis*, Bd. 33, Kriminologische Zentralstelle, Wiesbaden 2001.

Elz, Legalbewährung und kriminelle Karrieren von Sexualstraftätern: Sexuelle Gewaltdelikte. *Kriminologie und Praxis*, Bd. 34, Kriminologische Zentralstelle, Wiesbaden 2002.

Endrass J, Rossegger A, Urbaniok F, Borchard B (2012) Interventionen bei Gewalt- und Sexualstraftätern: Riskmanagement, Methoden und Konzepte der forensischen Therapie. MVW, Berlin;

Entorf, Horst; (2007) Evaluation des Maßregelvollzugs: Grundzüge einer Kosten-Nutzen-Analyse. In: Darmstadt Discussion Papers in Economics. Band 183, 2007. Einbezogen wurden in diese Zahlen die durchschnittlichen Anstiege seit 2004.

Esser G (1999) Sind die Kriterien der sittlichen Reife des § 105 JGG tatsächlich reifeunabhängig? *DVJJ-Journal* 10:37–40

Esser G, Fritz A, Schmidt MH (1991) Die Beurteilung der sittlichen Reife Heranwachsender – Versuch einer Operationalisierung. *MSchrKrim* 74:356–368

Eucker S, Müller-Isberner R (2017) In: Isberner R, Born P, Eucker S, Euster-schulte B (Hrsg) *Die Praxis der Behandlung*, 3. Aufl. Müller, Berlin, S 217-236

Eucker S, Müller-Isberner R (2017b) Psychische Störungen und Kriminalität. In: Müller-Isberner R, Born P, Eucker S, Eusterschulte B (Hrsg) Praxis-handbuch Maßregelvollzug, 3. Aufl. Medizinisch Wissenschaftliche Gesellschaft, Berlin, S149-164

Evershed S, Tennant A, Boomer D, Rees A, Barkham M, Watson A (2003) Practice-based outcomes of dialectical behaviour therapy (DBT) targeting anger and violence, with male forensic patients: A pragmatic and non-contemporaneous comparison. *Crim Behav Ment Health* 13(3):198-213

F

Fazel S, Danesh J (2002) Serious mental disorder in 23,000 prisoners. A systematic review of 62 surveys. *Lancet* 359: 545-550

Fazel S, Gulati G, Linsell L, Geddes JR, Grann M (2009) Schizophrenia and violence: systematic review and metaanalysis. *PLoSMed*6(8)

Feldmann RE Jr, Seidler GH (Hrsg) (2013) Traum(a) Migration. psychosozial, Gießen

Feltes, Strafverteidiger 2000, S.281 (282).

Fervaha G, Foussias G, Agid O, Remington G (2014) Motivational and neurocognitive deficits are central to the prediction of longitudinal functional outcome in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 130:290-299

Fervaha, G; Foussias, G; Agid, O; Remington, G; (2014) Motivational and neurocognitive deficits are central to the prediction of longitudinal functional outcome in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 130:290–299; Hill, K; Mann, L; Laws, KR; Stephenson, CME; Nimmo-Smith, I; McKenna, PJ; (2004) Hypofrontality in schizophrenia: a meta-analysis of functional imaging studies. *Acta Psychiatr Scand* 110: 243–256

Flory, JD; Yehuda, R; Grossman, R, New, AS; Mitropoulou, V; Siever, LJ; (2009) Childhood trauma and basal cortisol in people with personality disorders. *Compr Psychiatry* 50(1):34–37.

Foerster 2004 a, S. 200

Foerster; Knöllinger, „Kleptomanie“ – Psychopathologisches Syndrom oder obsoleter Begriff?, *StV* 2000, 457

Fontao MI, Hoffmann K, Ross T (2011) Gruppenpsychotherapieforschung im Maßregelvollzug. Bestandsaufnahme und Entwicklungsmöglichkeiten. *Forens Psychiatr Psychother Werkstattschr* 18 (1): 5-18

Fontao MI, Pfäfflin F, Lamott F (2008) Anwendung der TFP auf die Behandlung von Maßregelvollzugspatienten. In: Lackinger F, Dammann G, Wittmann B (Hrsg)

Psychodynamische Psychotherapie bei Delinquenz. Praxis der Übertragungsfokussierten Psychotherapie. Schattauer, Stuttgart, S 395-405

Foth 2000, S. 97 ff.;

Fovet T, Geoffroy PA, Vaiva G, Adins C, Thomas P, Amad A (2015) Individuals with bipolar disorder and their relationship with the criminal justice system: a critical review. *Psychiatr Serv* 66(4):348-353

Fovet, T; Geoffroy, PA; Vaiva, G; Adins, C; Thomas, P; Amad, A; (2015) Individuals with bipolar disorder and their relationship with the criminal justice system: a critical review. *Psychiatr Serv* 66(4):348–353;

Frädlich u. Pfäfflin 2000, S. 95 ff

Franqué von F, Briken P (2013) Das „Good Lives Model“ (GLM) - Ein kurzer Überblick. *Forens Psychiatr Psychol Kriminol* 7(1):22-27

Freese R (2003) Ambulante Versorgung psychisch kranker Straftäter. Pabst, Lengerich

Freese R. (2003): Ambulante Kriminaltherapie. Psychiatrische Kriminaltherapie – Band 2; Pabst Science Publishers, Lengerich, 2003, ISBN 3-89967-036-1

Freistaat Bayern (2015): Bayerisches Maßregelvollzugsgesetz. BayMRVG vom 17.07.2015. Online verfügbar unter <http://www.gesetze-bayern.de/Content/Document/BayMRVG/?AspxAutoDetectCookieSupport=1>, zuletzt geprüft am 02.09.2018.

Fries D, Endrass J, Ridinger M, Urbaniok F, Rossegger A (2011) Indikatoren für den Verlauf einer stationären Behandlung bei Straftätern mit Substanzmittelabhängigkeit. *Fortschr Neurol Psychiatr* 79: 404-410

G

Geilen, A, G; Hirsch, HJ; Schreiber, HL; Jakobs, G; Loos, F; (Hrsg) Festschrift für Hans Welzel. de Gruyter, Berlin New York, S 327–341.

Ginzburg JID, Mann RE, Rotgers F, Weekes JR (2002) Using motivational interviewing with criminal justice populations. In: Miller WR, Rollnick S (Hrsg) *Motivational interviewing: preparing people for chance*. Guilford, New York

Ginzburg, JID; Mann, RE; Rotgers, F; Weekes, JR; (2002) Using motivational interviewing with criminal justice populations. In: Miller, WR; Rollnick, S; (Hrsg)

Grann M. (1998) Personality disorder and violent criminality: A follow-up study with special reference to psychopathy and risk assessment. Stockholm: Karolinska Institute, Department of Clinical Neuroscience and Family Medicine.

Grant BF, Hasin DS, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Ruan WJ (2004) Prevalence, correlates, and disability of personality disorders in the United States: results from the national epidemiological survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatry* 65: 948-958

Grekin, ER; Brennan, PA; Hodgins, S; Mednick, SA; (2001) Male criminals with or-ganic brain syndrome: Two distinct types based on age at the first arrest. *AmJPsychiatry* 158: 1099–1104

Gretenkord, I; (2017) R&R – Das Reasoning and Rehabilitation Programm. In: Müller-Isberner R, Born P, Eucker S, Eusterschulte B (Hrsg) *Praxishandbuch Maßregelvollzug*, 3. Aufl. Medizinisch Wissenschaftliche Gesellschaft, Berlin, S433–442

Gretenkord, Lutz; (2001). Empirisch fundierte Prognosestellung im Maßregelvollzug nach § 63 StGB - EFP-63. Bonn: Deutscher Psychologen Verlag. [Online, Abruf 17.6.18]

Günther Klaus (2004) *Schuld und kommunikative Freiheit. Studien zur personalen Zurechnung strafbaren Unrechts im demokratischen Rechtsstaat*, Frankfurt am Main

H

Haller in: *Kriminologie und wissenschaftsbasierte Kriminalpolitik*, S.521 (527).

Hanson RK, Thornton D (1999) *Static-99: Improving actuarial risk assessments for sex offenders (User Report99-02)*. Department of the Solicitor General of Canada, Ottawa

Hanson RK, Bourgon G, Helmus L, Hodgson S (2009) *The principles of effective correctional treatment also apply to sexual offenders: a meta- analysis*. *CrimJustice-Behav* 36:865-891

Hanson RK, Harris AJR (2007a) *ACUTE-2007 scoring guide*. Public Safety and Emergency Preparedness, Ottawa; Matthes A, Rettenberger M (2008b) *Die deutsche Version des ACUTE-2007 zur dynamischen Kriminalprognose bei Sexualstraftätern*. Institut für Gewaltforschung und Prävention, Wien

Hanson RK, Harris AJR (2007b) *STABLE-2007 master coding guide*. Public Safety and Emergency Preparedness, Ottawa

Hanson RK, Harris AJR, Scott TL, Helmus LMD (2007c) *Assessing the risk of sexual offenders on community supervision: The dynamic supervision project (User Report 05-07)*. Public Safety Canada, Ottawa

Hare RD. *The revised Psychopathy Checklist: Reliability and factor structure*. *Psychological Assessment* 1990; 2 (3): 338-341.

Hare, RD (1991) Manual for the Hare Psychopathy Checklist - Revised. Multi Health Systems, Toronto.

Hare RD (1995): Psychopaths: New trends in research. *Harvard Mental Health Letter*; 12: 4-5.

Hare, R.D. (1996). Psychopathy. A clinical construct whose time has come. *Criminal Justice and Behavior*, 23, 25-54.

Hare RD (1998): Scoring guideness for the Hare PCL:SV. Toronto: Multi Health Systems.

Hare RD et al. (2000) Psychopathy and the predictive validity of the PCL-R. An international perspective. *Behavioral Sciences and the Law*; 18: 623-645.

Hare RD. (2003) Manual for the Hare Psychopathy Checklist-Revised (2nd ed.). Toronto: Multi-Health Systems Inc.,

Hare RD (2003) Hare Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R), 2. Aufl. Multi Health Systems, Toronto

Hare, RD (2005): *Gewissenlos. Psychopathen unter uns*. Wien: Springer Verlag.

Hare RD, Neumann CS (2005): Structural models of Psychopathy: Current Psychiatry Reports; 7: 623-64.

Hare RD, Neumann CN (2006): The PCL-R assessment of psychopathy. In: Patrick CJ (eds). *Handbook of Psychopathy*. New York: Guilford Press.; 58-88.

Harris GT, Rice ME, Quinsey VL, Lalumière ML, Boer DP, Lang C (2003) A multisite comparison of actuarial risk instruments for sexoffenders. *Psychol Assess* 15:413-425

Harris GT, Rice ME, Quinsey VL (1993) Violent recidivism of mentally disordered offenders: the development of a statistical prediction instrument. *Crim Justice Behav* 20:315-335

Hart SD, Kropp PR, Laws DR (2003) The Risk for Sexual Violence Protocol (RSVP). Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University, Burnaby

Hart, S. D., Kropp, P. R., & Hare, R. D. (1988). Performance of male psychopaths following conditional release from prison. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(2), 227-232. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.56.2.227>

Hartl Christian (2012) *Wie erfolgreich ist die Behandlung im Maßregelvollzug nach §§ 63 und 64 StGB? Eine Untersuchung anhand verschiedener Erfolgsmaße* - Diss. Universität Regensburg 2013

Havemann-Reinecke U, Küfner H, Schneider U, Günthner A, Schalast N, Vollmer HC (2004) AWMF- Leitlinien: Postakutbehandlung bei Störungen durch Opiode. *Sucht* 50(4): 226-257

Hegel, Grundlinien der Philosophie des Rechts, Leipzig 1930

Hemphill JF, Templeman R, Wong S, Hare RD (1998) Psychopathy and crime: recidivism and criminal careers. In: Cooke F, Hare (Hrsg) *Psychopathy: theory, research, and implications for society*. Kluwer Academic Publishing, Dordrecht, S375–399

Herpertz, (2001a) *Impulsivität und Persönlichkeit. Zum Problem der Impulskontrollstörungen*, Berlin;

Herpertz et al. (2001b), Emotion in criminal offenders with psychopathy and borderline personality disorder, *Arch Gen Psychiatrie*, 737-745.

Herrnstein R. J. (1969) Method and theory in the study of avoidance. In: *Psychological Review*. Band 76, Nr. 1, 1. Januar, S. 49–69

Hill K, Mann L, Laws KR, Stephenson CME, Nimmo-Smith I, McKenna PJ (2004) Hypofrontality in schizophrenia: a meta-analysis of functional imaging studies. *Acta Psychiatr Scand* 110: 243-256

Hillenkamp T. (2005) Strafrecht ohne Willensfreiheit? Eine Antwort auf die Hirnforschung, *JZ* 2005, S. 313ff.

Hodgins S, Müller-Isberner R (2004) Preventing crime by people with schizophrenic disorders: the role of psychiatric services. *Br J Psychiatry* 185:245-250

Hodgins S, Müller-Isberner R (2014) Schizophrenie und Gewalt. *Nervenarzt* 85(3):273-274.

Hoffmann K (2005) Grundlagen der forensischen Psychotherapie. In: Ebner G, Dittmann V, Gravier B, Hoffmann K, Raggenbass R (Hrsg) *Psychiatrie und Recht*. Schulthess, Zürich Basel Genf, S. 171-197

Hoffmann K (2012) Psychoanalytisch begründete Ansätze in der forensischen Psychiatrie und Psychotherapie. *Forum Psychoanal* 28(4): 395-412

Hoffmann K (2009) Migranten im Maßregelvollzug. *Recht Psychiatr* 27: 67-74

Hoffmann K, Bulla J, Karcher H (2017a) Intelligenzgemindert und delinquent – Wie viel Freiheit ist gesellschaftlich verantwortet möglich? *Forens Psychiatr Psychother Werkstattschr* 24 (1): 47–53

Hoffmann K, Michel M, Müller F, Wagner M, Zavoianou R, Frank U (2017b) Medikamentöse Substitutionsbehandlung in der Entziehungsanstalt (§ 64 StGB) - aktuelle Stellungnahme aus Baden-Württemberg. Forens PsychiatPsychotherWerkstattschr

Holzinger B, Kirste A (2017) Integrative Behandlung von Patienten mit Substanzproblematik, psychotischer Erkrankung und/oder Persönlichkeitsstörung. In: Müller-Isberner R, Born P, Eucker S, Eusterschulte B (Hrsg) Praxishandbuch Maßregelvollzug, 3. Aufl. Medizinisch Wissenschaftliche Gesellschaft, Berlin, S 289-296

Holzinger B, Kirste A (2017) Integrative Behandlung von Patienten mit Substanzproblematik, psychotischer Erkrankung und/oder Persönlichkeitsstörung. In: Müller-Isberner R, Born P, Eucker S, Eusterschulte B (Hrsg) Praxishandbuch Maßregelvollzug, 3. Aufl. Medizinisch Wissenschaftliche Gesellschaft, Berlin, S.289-296

Huber, Psychiatrie, 5. Auflage, Stuttgart 1994, 272 ff.

I

J

Jähnke B (1993) Strafgesetzbuch, Leipziger Kommentar, § 21 Rn 1;

Jähnke B, Laufhütte HW, Odersky W (Hrsg) Strafgesetzbuch – Leipziger Kommentar, 11. Aufl. De Gruyter, Berlin New York

Jakobs 1991, S. 8 ff.

Jakovljevic A, Hesse D, Wiesemann C (2016) Patientenverfügung und Behandlungsvereinbarung als Instrumente der Vorausplanung in der forensischen Psychiatrie. EthikMed28: 223-238

Jakovljevic A, Wiesemann C (2016) Zwangsmaßnahmen in der forensischen Psychiatrie. Aktuelle Behandlungspraxis im Maßregelvollzug aus medizinethischer Perspektive. Nervenarzt 87(7): 780-786

Jaspers K. (1963) Heimweh und Verbrechen. Gesammelte Schriften zur Psychopathologie, S. 1-84

Jaspers Karl. (1996) Heimweh und Verbrechen. (1904), In: Splitter Nr.21. belle-ville.

Jehle JM, Albrecht HJ, Hohmann-Fricke S, Tetel C (2003) Legalbewährung nach strafrechtlichen Sanktionen - eine kommentierte Rückfall- Statistik, Bundesministerium der Justiz, Bonn 2003

Jehle JM, Albrecht HJ, Hohmann-Fricke S, Tetel C (2010) Legalbewährung nach strafrechtlichen Sanktionen: eine bundesweite Rückfalluntersuchung 2004 bis 2007. Forum-Verlag, Godesberg

Jehle JM, Albrecht HJ, Hohmann-Fricke S, Thal C (2016) Legalbewährung nach strafrechtlichen Sanktionen: eine bundesweite Rückfalluntersuchung 2010 bis 2013 und 2004 bis 2013. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, Berlin

Jescheck u. Weigend 1996, S. 440 f.

Jescheck u. Weigend 1996, S. 443

John, O. P., Robins, R. W. & Pervin, L.A. (Eds.). (2008). *Handbook of personality* (3rd ed.). New York: Guilford.

K

Kammeier Heinz (2010) Maßregelvollzugsrecht. Kommentar. 3. neu bearb. u. erw. Auflage. De Gruyter, Berlin 2010, ISBN 978-3-89949-049-7.

Kammeier Heinz (2012) Einfluss und Funktion des Betreuungsrechts im Maßregelvollzug, BtPrax 2012, 140 (Teil 1) und BtPrax 2012, 192 (Teil 2)

Kammeier, H. (2014) Reform der psychiatrischen Maßregel nach § 63 StGB: notwendige Vernetzungen Forensik - Justiz - Allgemeinpsychiatrie - Öffentlichkeit. WsFPP 2014, 64-688

Klein, Schmeink, M (28.01.2016) BT-PlenProt 18/152, S. 15026D-15027A, (vgl. auch BT-Drs. 18/8267, S. 8, 10) Deutscher Bundestag – 18. Wahlperiode – 152. Sitzung Berlin, Donnerstag, den 28. Januar 2016. S. 15044, Zugriff elektronisch: <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btp/18/18152.pdf#P.15044>

Koller M (2010) Rechtsfragen zu Geheimhaltung und Offenbarung im neuen Kontrollsystem der Führungsaufsicht. In: Pollähne H, Rode I (Hrsg) Schweigepflicht und Datenschutz. Schriftenreihe des Instituts für Konfliktforschung, Bd. 33. LIT, Berlin, S 133-163

Koller M (2014a) Zwangsbehandlung – eine Zwischenbilanz. Forens Psychiatrie Psychol Kriminol 8:279–287;

Koller M (2014b) Rechtliche Aspekte einer Behandlung in der Psychiatrie. Psychiatr Prax 41(Supplement 1):S44–S48

Köller, Norbert; Nissen, Kai; Rieß, Michael & Sadorf, Erwin (2004) Probabilistische Schlussfolgerungen in Schriftgutachten. Zur Begründung und Vereinheitlichung von Wahrscheinlichkeitsaussagen im Sachverständigenutachten. München: Luchterhand & Bundeskriminalamt (BKA).

König, Andrej (2010) Der Nutzen standardisierter Risikoprognoseinstrumente für Einzelfallentscheidungen in der forensischen Praxis. *Recht und Psychiatrie (R&P)*, 28, 67-73.

Konrad, Norbert (2010). Schlechtachten trotz Einhaltung der »Mindestanforderungen an Prognosegutachten« *Recht und Psychiatrie*, 28,1,.

Konrad/Rasch *WsFPP* 2012, 189 ff.

Konrad/Rasch, *Forensische Psychiatrie*, 4. Aufl. (2014), S. 284 ff.

Körner Harald Hans, Jöm Patzak, Mathias Volkmer. *Betäubungsmittelgesetz: BtMG 8., neu bearbeitete Auflage* 2016. C.H.BECK

Kötter S, von Franque F, Bolzmacher M, Eucker S, Holzinger B, Müller-Isberner R (2014) The HCR- 20V3 in Germany. *Int J Forensic Ment Health* 13:122-129

Kraus JE, Sheitman BB (2005) Clozapine reduces violent behavior in heterogeneous diagnostic groups. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 17(1): 36-44

Kröber, *NStZ* 1996, 569 ff.

Kröber, Hans-Ludwig (1999). Gang und Gesichtspunkte der kriminalprognostischen psychiatrischen Begutachtung. *NStZ*, 593.

Kröber, Hans-Ludwig 2003, S. 37;

Kröber, Hans-Ludwig (2006a) *Kriminalprognostische Begutachtung*, in: Kröber, Dölling u. a. (Hrsg.): *Handbuch der Forensischen Psychiatrie*, Darmstadt 2006, 144 ff.

Kröber, Hans-Ludwig; Dölling, D.; Leygraf, N. & Saß, H. (2006b, Hrsg.). *Handbuch der Forensischen Psychiatrie. Band 3, Psychiatrische Kriminalprognose und Kriminaltherapie*. Berlin: Steinkopff (Springer).

Kröber, Hans-Ludwig (2006d), *Grundlagen und Methoden der Kriminalprognose* in: Kröber, Dölling u. a. (Hrsg.) *Handbuch der Forensischen Psychiatrie*, , 143 ff.

Kröber, Hans-Ludwig (2009) *Zusammenhänge zwischen psychischer Störung und Delinquenz*. In: Kröber HL, Dölling D, Leygraf N, Sass H (Hrsg) *Kriminologie und forensische Psychiatrie*. *Handbuch der Forensischen Psychiatrie*, Bd. 4. Steinkopff, Darmstadt, S. 321-337

Kröber, Hans-Ludwig (2016) *Dialog zwischen Macht und Unterwerfung*. *TraumaGewalt*10(1): 22–32

Krümplmann J (1976) *Die Neugestaltung der Vorschriften über die Schuldfähigkeit durch das zweite Strafrechtsreformgesetz vom 4. Juli 1969*. *ZStW* 88: 6–39

Krumpelmann J (1983) Dogmatische und empirische Probleme des sozialen Schuldbegriffs. *Goldhammers Archiv für Strafrecht* 130: 337–384.

Kühl/Schumann, *Recht & Psychiatrie* 1989, S.126 (131).

Kutscher S, Schiffer B, Seifert D (2009) Schizophrene Patienten im psychiatrischen Maßregelvollzug (§ 63 StGB) Nordrhein-Westfalens. *Fortschr Neurol Psychiatr* 77(2): 91-96.

L

Lammel, M. u. Mitarb. (Hrsg.): Die forensische Relevanz „abnormer Gewohnheiten“. *Med. Wis. Verlagsges. Berlin* 2008

Längström N, Enebrink P, Lauren EM, Lindblom J, Werkö S, Hanson KH (2013) Preventing sexual abusers of children from reoffending: systematic review of medical and psychological interventions. *BMJ* 4630: 347

Langton, C. M., Barbaree, H. E., Seto, M. C., Peacock, E. J., Harkins, L., & Hansen, K. T. (2007). Actuarial assessment of risk for reoffense among adult sex offenders: Evaluating the predictive accuracy of the Static-2002 and five other instruments. *Criminal Justice and Behavior*, 34, 37-59.

Laws DR, Ward T (2011) *Desistance from sexual offending: Alternatives to throwing away the keys*. Guilford, New York

Lehner B, Kepp J (2014) Daten, Zahlen und Fakten. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg) *Jahrbuch Sucht* 14. Pabst, Lengerich

Lenckner u. Perron 2001

Lenckner u. Perron 2006, § 20 Rn 11, 13, 16; offen gelassen von BGHSt 37, 231, 239; mit der herrschenden Literaturmeinung für eine „krankhafte seelische Störung“ durch einen akuten Alkoholrausch BGHSt 43, 66,

Leygraf N (1988) *Psychisch kranke Straftäter. Epidemiologie und aktuelle Praxis des psychiatrischen Maßregelvollzuges*. Springer, Berlin

Leygraf N, Windgassen K (1990) Zur Problematik krankhaften Stehlens am Beispiel der Anorexia nervosa. *Nervenarzt* 61: 413–417;

Lösel, F. (1998). Treatment and management of psychopaths, in: D.J. Cooke, A.E. Forth & R.B. Hare (eds.), *Psychopathy: Theory, Research and Implications for Society*. Dordrecht, 303-354

Lösel F, Schmucker M (2005) The effectiveness of treatment for sexual offenders: a comprehensive meta-analysis. *JExpCriminol* 1: 117–146

Lösel F, Schmucker M (2015) Treatment of sexual offenders: concepts and empirical evaluations. In: Francis B, Sanders T (Hrsg) The Oxford handbook on sex offences and sex offenders. Oxford Universities Press, NewYork

M

Maier W, Hauth I, Berger M, Saß H (2016) Zwischenmenschliche Gewalt im Kontext affektiver und psychotischer Störungen. *Nervenarzt* 87 (1): 53–68;

Mann K, Hoch E, Batra A, Bonnet U, Günthner A, Reymann G, Soyka M, Wodarz N, Schäfer M (2016) Leitlinienorientierte Behandlung alkoholbezogener Störungen. *Nervenarzt* 87(1): 13-25

Marneros et al. 2002,S. 87 f.

Masi G, Milone A, Stawinoga A, Veltri S, Pisano S (2015) Efficacy and safety of Risperidone and Quetiapine in adolescents with bipolar II disorder comorbid with conduct disorder. *J Clin Psychopharmacol* 35(5):587-590

Maßregelvollzugsgesetz - Fortschritt oder Bruchlandung; Video von der Podiumsdiskussion mit Ilona Haslbauer und Gustl Mollath in München am 24. November 2014

Matthes A, Rettenberger M (2008a) Die deutsche Version des STABLE-2007 zur dynamischen Kriminalprognose bei Sexualstraftätern. Institut für Gewaltforschung und Prävention, Wien

Matthes A, Rettenberger M (2008b) Die deutsche Version des ACUTE-2007 zur dynamischen Kriminalprognose bei Sexualstraftätern. Institut für Gewaltforschung und Prävention, Wien

Mayfield RD, Harris RA, Schuckit MA (2008) Genetic factors influencing alcohol dependence. *Br J Pharmacol* 154(2):275-287

Miller WR, Rollnick S (2015) Motivierende Gesprächsführung: Motivational Interviewing 3. Aufl. Lambertus, Freiburg

Mohnke S, Müller S, Amelung T, Krüger THC, Ponseti J, Schiffer B, Walter M, Beier KM, Walter H (2014) Brain alterations in paedophilia: a critical review. *Prog Neurobiol* 122: 1-23

Möller, Hans-Jürgen; Laux, Gerd; Kapfhammer, Hans-Peter (2009): Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie: Band 1: Allgemeine Psychiatrie Band 2: Spezielle Psychiatrie. Springer-Verlag, 3. Juli 2009, S. 1612.

Monk K, Hickey MB, Lyengar S, Farchione T, Kupfer DJ, Brent D, Birmaher B (2012) Is bipolar disorder specifically associated with aggression? *Bipolar Disord* 14(3):283-290

Müller JL (2007) Legal, medical and social impediments to better psychopaths: how best to deal with persons with psychopathic disorders? In: Felthous AR, Sass H (Hrsg) International handbook of Psychopathic Disorders and the Law, Bd. I. John Wiley&Sons, Hoboken, S.557-572

Müller JL (2010) Neurobiologie forensisch relevanter Störungen. Kohlhammer, Stuttgart

Müller JL (2014) Zwangsweise Untergebrachte. In: Lenk C, Duttge G, Fangerau H (Hrsg) Handbuch Ethik und Recht der Forschung am Menschen. Springer, Heidelberg, S.409-416

Müller JL (2016) Ethische Aspekte in der Forensischen Psychiatrie: Patientenautonomie zwischen Freiheitsentzug und medikamentöser Zwangsbehandlung. In: Juckel G, Hoffmann K (Hrsg) Ethische Entscheidungssituationen in Psychiatrie und Psychotherapie. Pabst, Lengerich, S.186-192

Müller JL (2017) Neurobiologie und Bildgebung der Antisozialen Persönlichkeitsstörung. In: DulzB, Briken P, Kernberg OF, Rauchfleisch U (Hrsg) Handbuch der Antisozialen Persönlichkeitsstörung. Schattauer, Stuttgart, S.84-95

Müller JL, Fromberger P (2010) Bildgebende Befunde bei Sexualstraftätern. Forens Psychiatr Psychol Kriminol 4: 3-7

Müller, Henning-Ernst (2011) „Oberflächlich charmant“, tendenziell gefährlich? - Die Psychopathy-Checklist Revised (PCL-R) von Robert Hare NStZ 2011, 665. Sie auch Vortrag zum 3. Tag der Rechtspsychologie am 17.11.2012 in Bonn: PDF-Download.

Müller, J. L.; N. Saimeh; P. Briken; S. Eucker; K. Hoffmann; M. Koller; T. Wolf; M.Dudeck; C. Hartl; A.-K. Jakovljevic; V. Klein; (2017) Standards für die Behandlung im Maßregelvollzug nach §§ 63 und 64 StGB. Nervenarzt. 08. Sonderdruck

Müller, J.L (2010) Neurobiologie forensisch relevanter Störungen. Kohlhammer, Stuttgart

Müller-Isberner R, Gretenkord L (1994) Personalbedarf im psychiatrischen Maßregelvollzug: Die Psych-PV/Forensikauf dem Prüfstand. Recht Psychiatr 12(4): 166-171

Müller-Isberner R, Jöckel D (1994) Differenzierte Kriminaltherapie. Krankenhauspsychiatrie 5: 170-172

Müller-Isberner R (1996) Forensic psychiatric aftercare following hospital order treatment. Int J Law Psychiatry 19(1): 81-86

Müller-Isberner Rüdiger; Eucker Sabine (2009): "Therapie im Maßregelvollzug", Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.

Müller-Isberner R., Jöckel D., Gonzalez Cabeza S. (1998) Die Vorhersage von Gewalttaten mit dem HCR 20. Institut für Forensische Psychiatrie Haina.

Müller-Isberner R, Eucker S, Wolf T (2016) Psychiatrische Kriminaltherapie im Maßregelvollzug -Intervention als Risikomanagement. *Neurotrans-mitter*27(1):24-29

Müller-Isberner R, Born P, Eucker S, Eusterschulte B (Hrsg) (2017) Praxishandbuch Maßregelvollzug, 3. Aufl.MWV, Berlin

N

Nedopil, Norbert (1996). Forensische Psychiatrie. Klinik, Begutachtung, Behandlung zwischen Psychiatrie und Recht. Unter Mitarbeit von Dittmann, V.; Freisleder, F.-J. & Haller, R. Stuttgart: Thieme.

Nedopil N (2000) Forensische Psychiatrie. Klinik, Begutachtung und Behandlung zwischen Psychiatrie und Recht, 2. Aufl. Thieme, Stuttgart New York

Nedopil N.; Groß, Gregor; Hollweg, Matthias; Stadtland, Cornelis; Stübner, Susanne & Wolf, Thomas. (2005). Prognosen in der forensischen Psychiatrie - ein Handbuch für die Praxis. Lengerich: Pabst Science Publisher.

Nedopil, N. (2006a) Prognosen in der Forensischen Psychiatrie — Ein Handbuch für die Praxis, Lengerich,

Nedopil N, Stadtland C. (2006b). Methodenprobleme der forensisch-psychopathologischen Prognosebeurteilung. In Schneider F. (Hrsg.), *Entwicklungen in der Psychiatrie* (S. 361-374). Heidelberg: Springer.

Nedopil N, Stadtland C. (2006c). Rückfallforschung und Prognosen in der Forensischen Psychiatrie. *Werkstattsschriften für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie*. 13: 7-27.

Nedopil (2006d) Welchen Beitrag kann die neuere Prognoseforschung zur Verbesserung der Risikoeinschätzung leisten?, *Neuropsychiatrie*, 15 - 22.

Nedopil (2006e) *Neuropsychiatrie*, Band 20/Nummer 1, S. 15 - 22.

Nedopil, N. (2007). Das Problem der falsch Positiven: Haben wir unsere prognostische Kompetenz seit 1966 verbessert? In F. Lösel, D. Bender & J.-M. Jehle (Hrsg.), *Kriminologie und wissenschaftsbasierte Kriminalpolitik. Entwicklungs- und Evaluationsforschung* (S. 541 - 550). Mönchengladbach: Forum Verlag Godesberg. [GB]

Nedopil, N. (2008). Schuldfähigkeitsbeurteilung und forensisch-psychiatrische Risikoeinschätzung bei Persönlichkeitsstörungen. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 56, 89-100.

Nedopil, N. (2009). Psychopathy und die Rückfallprognose für Gewalttaten. *Neuropsychiatrie*, 23(S1), 34 - 41.

Nedopil N (2011) *Prognosen in der Forensischen Psychiatrie - Ein Handbuch für die Praxis*. Pabst, Lengerich

Neumann; 1993

Niehaus, in: Müller-Heidelberg u.a. (Hg.), *Grundrechte-Report 2016*, (2016), S. 200 ff.

O

Oermann A (2013) Dialektisch-Behaviorale Therapie im forensischen Setting. *Psychotherapie* 18 (1): 115-131

P

Pabst A, Kraus L, Gomes de Matos E, Piontek D (2013) Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012. *Sucht* 59 (6): 321-331

Peddicord AN, Bush C, Cruze C (2015) A comparison of Suboxone and methadone in the treatment of opiate addiction. *J Addict Res Ther* 6 (4)

Pfäfflin, F., Die sexuellen Deviationen und sexuell motivierte Straftaten, in: Forster, K., *Psychiatrische Begutachtung*, Stuttgart 1994, 334.

Pollähne H. Nach der Reform des Unterbringungsrechts (§ 63 StGB) ist vor der Reform. In: *Kriminalpolitische Zeitschrift (KriPoz)* 4/2018 online; Abgriff am 31.08..2018, <https://kripoz.de/2016/06/10/nach-der-reform-des-unterbringungsrechts-%c2%a7-63-stgb-ist-vor-der-reform/>

Pollähne Helmut (2002) Die einstweilige Unterbringung des § 126a StPO im Recht – Teil 1: Grundlagen, Verfahren, Anordnung – *Recht & Psychiatrie* 2002 20 4: 229-244

Pollähne Helmut (2012) in Feest /Lesting, Wolf: *Kommentar zum StVollzG (AK-StVollzG)*

Pollähne, Helmut (2011). *Kriminalprognostik: Untersuchungen Im Spannungsfeld zwischen Sicherheitsrecht und Rechtssicherheit*. Berlin: DeGruyter. [Amaz]

Pollähne, in: Kammeier (Hg.), *Maßregelvollzugsrecht*, 3. Aufl. (2010), Rn. F 142 ff.

Pollähne, in: Osterheider (Hg.), *Behandlungs- und Organisationsmodelle in der Forensik*, 2004, S. 241 ff.

Pollähne, in: Pollähne/Lange-Joest (Hg.), Rauschzustände. Drogenpolitik – Strafjustiz – Psychiatrie, 2016, S. 5 (18)

Pollähne/Rode (Hg.), Probleme unbefristeter Freiheitsentziehungen, 2010, S. 98 ff.

Prantl, Heribert Dr. Jur. Menschen, die nichts zählen. Süddeutsche Zeitung, 2013, 13. Juli 2013, Seite 5

Prinz 1996, S. 98

Prochaska JO, DiClemente CC (1985) Towards a comprehensive model of change. In: Miller WR, Heather N (Hrsg) Treating addictive behaviors: processes of change. Plenum, New York, S 3-27

Q

Queregässer J, Bulla J, Hoffmann K, Ross T (2015) Outcomeprädiktoren forensischer Suchtbehandlungen – Eine Integration patientenbezogener und nicht patientenbezogener Variablen zur Behandlungsprognose des §64StGB.RechtPsychiatr 33(1): 34–41

Quinsey VL, Harris GT, Rice ME, Cormier CA (2006) Violent offenders: Appraising and managing risk, 2. Aufl. American Psychological Association, Washington DC

R

Rahn E (2014) Dialektisch-behaviorale Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung. In: Schanze C (Hrsg) Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung. Schattauer, Stuttgart, S. 349-355

Rasch, W. (1980) Die psychologisch-psychiatrische Beurteilung von Affektdelikten, NJW, 1309ff.,

Rasch 1991, S. 126

Rasch, W.: Forensische Psychiatrie, 2. Auflage, Stuttgart 1999, 51.

Rasch u. Konrad 2004

Rasch u. Konrad 2004, S. 52 ff.;

Rede von Ilona Haslbauer; Video vom 14. August 2014.

Rehder, R.R.S. (2001) Rückfallrisiko bei Sexualstraftätern: Verfahren zur Bestimmung von Rückfallgefahr und Behandlungsnotwendigkeit. Kriminalprognostischer Verlag, Lingen.

Reinke B (2012) Forensische Nachsorge aus Sicht einer komplementären Einrichtung. In: DHG e.V. (Hrsg) Menschen mit geistiger Behinderung im Maßregelvollzug. Herausforderungen für die Behindertenhilfe. Dokumentation der Fachtagung vom 06./07.12.2012. DHGe.V., Jülich

Renneberg B, Schmitz B, Doering S, Herpertz S, Bohus M (2010) Behandlungsleitlinie Persönlichkeitsstörungen. Psychotherapeut 55: 339

Rettenberger M, Briken P (2016) Kriminalprognose und Antisoziale Persönlichkeitsstörung. In: Dulz B, Briken P, Kernberg OF, Rauchfleisch U (Hrsg) Handbuch der Antisozialen Persönlichkeitsstörung. Schattauer, Stuttgart, S. 183-196

Rettenberger M, von Franque F (2013) Handbuch kriminalprognostischer Verfahren. Hogrefe, Göttingen

Rezk M, Borchard B (2012) Behandlung von persönlichkeitsgestörten Gewalt- und Sexualstraftätern mit sehr hohem Rückfallrisiko. In: Endrass J, Rossegger A, Urbaniok F, Borchard B (Hrsg) Interventionen bei Gewalt- und Sexualstraftätern: Riskmanagement, Methoden und Konzepte der forensischen Therapie. MVW, Berlin, S. 279-290;

Rieger, M., Stadtland, C., Freisleder, F.J. & Nedopil, N. (2009). Psychiatrische Beurteilung des Gewaltrisikos im Jugendalter. Der Nervenarzt, 80(3), 295-304.

Riegl, Maximilian (2007). Die Qualität forensischer Prognosegutachten bei Gewalt und Sexualstraftätern. Diplomarbeit eingereicht am Institut für Psychologie der Universität Freiburg.

Roth 2002, S. 43 ff., 55 ff., 57; 2003, S. 530 ff., 536 ff.;

Rothschild MA, Püschel K (2005) Verhandlungsfähigkeit und Termintauglichkeit, Vernehmungsfähigkeit und Gewahrsamstauglichkeit. Rechtsmedizin 15: 136-137

Roxin 2006, S. 904

Roxin C (1998) Strafverfahrensrecht, 25. Aufl. Beck, München

S

Saimem N (2017) Antisoziale Persönlichkeitsstörung und Migrationshintergrund. In: Dulz B, Briken P, Kernberg OF, Rauchfleisch U (Hrsg) Handbuch der Antisozialen Persönlichkeitsstörung. Schattauer, Stuttgart, S. 136-148

Saimem Nahlah (Hrsg.): Gesellschaft mit beschränkter Haftung. Maßregelvollzug als soziale Verpflichtung. Psychiatrie-Verlag, Bonn 2006.

Saß H (1983 a) Die „tiefgreifende Bewusstseinsstörung“ gemäß den §§ 20, 21 StGB – eine problematische Kategorie aus forensisch-psychiatrischer Sicht. Forensia 4: 3-23

Saß H (1985 a) Ein psychopathologisches Referenzsystem für die Beurteilung der Schuldfähigkeit. *Forensia* 6: 33–43

Saß H (1985 b) Der Beitrag der Psychopathologie zur forensischen Psychiatrie – Vom somatopathologischen Krankheitskonzept zur psychopathologischen Beurteilungsnorm. In: Janzarik W (Hrsg) *Psychopathologie und Praxis*. Enke, Stuttgart, S. 134–143

Saß 1987, S. 14

Saß H (1993b) (Hrsg) *Affektdelikte*. Springer, Berlin Heidelberg New York

Saß H (2008) Psychische Störungen und Schuldfähigkeit – Ein psychopathologisches Referenzsystem. *Psychiatrie* 5: 182–189

Saß H, Habermeyer E (2007) *Begutachtung von Persönlichkeitsstörungen*.

Saß H, Wittchen H-U, Zandig M, Houben I (2003) *DSM-IV-TR*. Hogrefe, Göttingen Bern Toronto Seattle

Saß H. (2001): *Personality Disorders*. In: *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*. S. 11301–11308

Saunders B, Wilkinson C, Philipps M (1995) The impact of a brief motivational intervention with opiate users attending a methadone programme. *Addiction* 90:415-424

Schiemann, in: Pollähne/Lange-Joest (Hg.), *Verbrechen, Rechtfertigungen, Wahnsysteme*, 2014, S. 101 ff

Schild 2005, § 20 Rn 21

Schlothauer; 1990NSZ

Schmid, W. *Suchtfibel*

Schmid, W., *Schönes Leben, Einführung in die Lebenskunst*, Frankfurt 2000, *Technik des Umgangs mit Affekten*, 87 ff.

Schmucker M, Lösel F (2015) The effects of sexual offendertreatment on recidivism: An international meta-analysis of sound quality evaluations. *J Exp Criminol* 11(4): 597-630

Schöch 1983, S. 333, 339;

Schöch 1983, S. 338;

Schöch H (1999) *Juristische Aspekte des Maßregelvollzugs*. In: Venzlaff U, Diederichsen U, Foerster K (Hrsg) *Psychiatrische Begutachtung*. Ein praktisches Handbuch für Ärzte und Juristen, 3. Aufl. Elsevier Urban & Fischer, München, S325-348

Schöch H (2003) Schweige- und Offenbarungspflichten für Therapeuten im Maßregelvollzug. In: Amelung K (Hrsg) Strafrecht, Biorecht, Rechtsphilosophie. Festschrift für Hans-Ludwig Schreiber zum 70. Geburtstag am 10. Mai 2003. Unter Mitarbeit von Hans-Ludwig Schreiber. Müller, Heidelberg, S 736-780

Schöch, in: Festschrift für Hans-Ludwig Schreiber, 2003, S. 437

Schöch H (2006) Strafrechtliche Haftung von Ärzten beim Lockerungsmissbrauch in psychiatrischen Krankenhäusern. In: Duncker H, Koller M, Foerster K (Hrsg) Forensische Psychiatrie – Entwicklungen und Perspektiven. Ulrich Venzlaff zum 85. Geburtstag. Pabst, Lengerich

Schöch H (2008) Psychisch kranke Gefangene im Strafvollzug. Forensische Psychiatrie und Psychotherapie 15:5–18

Schreiber u. Rosenau 2004, S. 57 f.;

Schreiber u. Rosenau 2004, S. 77

Schreiber, H.-L., Rechtliche Grundlagen der psychiatrischen Begutachtung, in: Venzlaff/ Förster, a. a. O., 20f.

Schulte-Markwort M, Obrocki J, Heinz A, Schmoltd A (2004) AWMF-Behandlungsleitlinie: Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain, Amphetamine, Ecstasy und Halluzinogene. FortschrNeurolPsychiatr 72: 679–695

Schumann, Prognoseentscheidungen in der strafrechtlichen Praxis, S.31 (34f.); Meier, Kriminologie, § 7 Rn.39.

Schumann, Prognoseentscheidungen, S.31 (40f.); beispielhaft hierfür die Überschrift in der Bild-Zeitung: „Erneut haben Gutachter unschuldige Kinderseelen zerstört“, Bild-online vom 19.3.2006; www.bild.de (abgerufen am 4.3.2011).

Schuntermann M. F. (2008) Grenzen der ICD und Ansatz der ICF. In: G. Schmid-Ott, S. Wiegand-Grefe, C. Jacobi, G. Paar, R. Meermann, F. Lamprecht (Hrsg.): Rehabilitation in der Psychosomatik. Schattauer, Stuttgart, S. 9–20.

Seifert D (2014) Intelligenzgeminderte Rechtsbrecher im Maßregelvollzug. Forens Psychiatr Psychol Kriminol8(3):183-190

Seifert D (2015a) Begutachtung und Behandlung von Intelligenzgeminderten. In: Venzlaff U, Foerster K, Dreßing H, Habermeyer E (Hrsg) Psychiatrische Begutachtung. Ein praktisches Handbuch für Ärzte und Juristen, 6. Aufl. Urban & Fischer, München, S 271-290

Seifert D (2015b) Unterbringung im Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB. In: Dreßing H, Habermeyer E (Hrsg) Psychiatrische Begutachtung. Ein praktisches Handbuch für Ärzte und Juristen, 6. Aufl. Urban&Fischer,München,S389-403

Seifert D, Schiffer B, Leygraf N (2003) Plädoyer für die forensische Nachsorge/Ergebnisse einer Evaluation forensischer Ambulanzen im Rheinland. *PsychiatrPrax*30(5): 235-241

Seifert, D, Möller-Mussavi (2005): Aktuelle Rückfalldaten der Essener prospektiven Prognosestudie. Werden Delikt rückfälle forensischer Patienten (§ 63 StGB) seltener?, *Fortschr Neurol Psychi- at*, 73: 16 - 22;

Seifert, D (2005) Gefährlichkeitsprognosen im psychiatrischen Maßregelvollzug gemäß § 63 StGB — Validierung eines Prognose-Inventars mittels einer prospektiven Studie. Habilitationsschrift, Med. Fakultät, Universität Duisburg-Essen.

Seto MC, Lalumiere ML (2010) What is so special about male adolescent sexual offending? A review and test of explanations through meta-analysis. *Psychol Bull* 136(4):526-575

Short T, Thomas S, Mullen P, Ogloff JR (2013) Comparing violence in schizophrenia patients with and without comorbid substance-use disorders to community controls. *Acta Psychiatr Scand* 128(4):306–313 doi:10.1111/acps.12066

Siehe hierzu etwa das Baxstrom-Experiment (Darstellung bei Kunz, *Kriminologie*, § 27 Rn.20) sowie die Untersuchung von Rusche, *In Freiheit gefährlich?*, S.87-120.

Singer 2002, S. 194; 2003, S. 12, 22

Sozialministerium Baden-Württemberg (1991) *Psychiatrie-Personalverordnung Maßregelvollzug*. Sozialministerium Baden-Württemberg, Stuttgart

Stadtland C., Nedopil N. (in press 3/2004) Vergleichende Anwendung heutiger Prognoseinstrumente zur Vorhersage krimineller Rückfälle bei psychiatrisch begutachteten Probanden. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform*.

Statistisches Bundesamt (2013/2014): *Strafvollzugsstatistik. Im psychiatrischen Krankenhaus und in der Entziehungsanstalt aufgrund strafrichterlicher Anordnung Untergebrachte (Maßregelvollzug) - 2013/2014 PDF*, 244 kB

Statistisches Bundesamt (2015) *Strafvollzugsstatistik. Im psychiatrischen Krankenhaus und in der Entziehungsanstalt aufgrund strafrichterlicher Anordnung Untergebrachte (Maßregelvollzug) 2013/2014*. Statistisches Bundesamt Wiesbaden www.destatis.de, S. 3

Statistisches Bundesamt (2016) *Rechtspflege. Strafvollzug. Fachserie 10 Reihe 4.1.*. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden

Stoller, *Perversion - Die erotische Form von Hass*, Gießen 1975/1979

Stolpmann G, Müller JL (2016) Forensische Psychiatrie und Psychotherapie. In: Falkai P, Voderholzer U (Hrsg) Therapie-Handbuch, 5. Aufl. Urban & Fischer, München

Stolpmann Georg: Psychiatrische Maßregelbehandlung, in: APuZ 7/2010 S. 28–33

Stolpmann Georg: Psychiatrische Maßregelbehandlung. Eine Einführung, Hogrefe, Göttingen [u. a.] 2001, ISBN 3-8017-1448-9.

Strand S., Belfrage H., Fransson G. et al (1999) Clinical and risk management factors in risk prediction of mentally disordered offenders: More important than actuarial data? Legal and Criminal Justice System (eds. Gunn J., Farrington D. P.) New York, Wiley 269 – 284.

Strate, Gerhard (2014) Der Fall Mollath – Vom Versagen der Justiz und Psychiatrie, Kapitel 4, S. 63.

Stratenwerth G, Kaufmann

Streng F (2003) Jugendstrafrecht. Müller, Heidelberg

Streng 2004, S. 616

Stübner, Susanne. Reform des Maßregelrechts . Anmerkung aus psychiatrischer Sicht. Neue Kriminalpolitik 2015, 13-61.

T

Tengstrom A. (2001) Long-term predictive validity of historical factors in two risk assessment instruments in a group of violent offenders with schizophrenia. Nord J Psychiatry 55, 243 – 249.

Theune, W. (1999) Auswirkungen des normalpsychologischen (psychogenen) Affektes auf die Schuldfähigkeit sowie den Schuld- und Rechtsfolgenausspruch, NSTZ, 273ff

Thibaut F, DeLaBarra FP, Gordon H, Cosyns P, Bradford JM (2010) The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the biological treatment of paraphilias. World J Biol Psychiatry 11(4):604–655

Thomae, Psychologische Biographik. Theoretische und methodische Grundlagen, in: Jütte-mann, Thomae (Hrsg.): Biographische Methoden in den Humanwissenschaften, Weinheim 1998, 75-97.

Thomasius R, Gouzoulis-Mayfrank E, Karus C, Wiedenmann H, Hermle L, Sack PM, Zeichner D, Küstner U, Schindler A, Krüger A, Uhlmann S, Petersen KU, Zapletalova P, Wartberg L, Schütz CG, Schulte-Markwort M, Obrocki J, Heinz A,

Schmoldt A (2004) AWMF-Behandlungsleitlinie: Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain, Amphetamine, Ecstasy und Halluzinogene. *Fortschr Neurol Psychiatr* 72:679-695

Tölle R, Windgassen K (2014) *Psychiatrie einschließlich Psychotherapie*, 17. Aufl. Springer, Berlin

Tolmein, in: Pollähne/Lange-Joest (Hg.), *Forensische Psychiatrie – selbst ein Behandlungsfall?*, 2015, S. 79 ff.

Tondorf, G. (2005). Die konkreten Mindestanforderungen in Psychogutachten. In (S. 135): *Psychologische und psychiatrische Sachverständige im Strafverfahren: Verteidigung bei Schuldfähigkeits- und Prognosebeurteilung*, 2. Aufl. Heidelberg: C.F. Müller.[GB]

Tondorf, G. & B. (2011) *Psychologische und psychiatrische Sachverständige im Strafverfahren: Verteidigung bei Schuldfähigkeits- und Prognosebeurteilung*. 3. neu bearb. A. Heidelberg: C.F. Müller.

Tong LSJ, Farrington DP (2007) How effective is the “Reasoning and Rehabilitation” program in reducing reoffending? A meta-analysis of evaluations in four countries. *Psychol Crime Law* 12(1):3–24;

Tretter F (2012) *Suchtmedizin kompakt. Suchtkrankheiten in Klinik und Praxis*, 2. Aufl. Schattauer, Stuttgart

Tröndle u. Fischer *Strafgesetzbuch und Nebengesetze, Kommentar*. 53.A. München, 2006. Beck- Verlag.

Trost, A., Rogge, S. (2016): *Basiswissen: Umgang mit Menschen im Maßregelvollzug*. Köln: Psychiatrie-Verlag. ISBN 978-3-88414-633-0

Turner D, Basdekis-Jozsa R, Briken P (2013) The prescription of testosterone-lowering medications for sex offender treatment in German forensic psychiatric institutions. *JSexMed*10(2): 570–578

V

Venzlaff U., K. Foerster: *Psychiatrische Begutachtung*, 4. Auflage, Urban und Fischer 2004

Verrel 1995

Verrel 1995, S. 107 f.;

Verrel 1995, S. 109

Venzlaff; 1997

Verrel, *Recht & Psychiatrie* 2001, S.182 (183).

400

Victoroff J, Coburn K, Reeve A, Sampson S, Shill-cutt S (2014) Pharmacological management of persistent hostility and aggression in persons with schizophrenia spectrum disorders: a systematic review. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 26(4):283-312.

Volckart, Zur Bedeutung der Basisrate in der Kriminalprognose, *Recht & Psychiatrie* 2002, S.105 (106);

Volckart, Zur Bedeutung der Basisrate in der Kriminalprognose, *R & P* 2002, 114; Dahle, Grundlagen und Methoden der Kriminalprognose, in: Kröber, Dölling u. a. (Hrsg.), *Handbuch der Forensischen Psychiatrie*, 2006, 16.

Volckart Bernd; Rolf Grünebaum: Maßregelvollzug. Das Recht des Vollzuges der Unterbringung nach §§ 63, 64 StGB in einem psychiatrischen Krankenhaus und in einer Entziehungsanstalt. 7., neu bearb. und erw. Auflage. Heymann, Köln 2009, ISBN 978-3-452-26854-9.

W

Waider und Tolmein , in: Pollähne/Rode (Hg.), *Schweigepflicht und Datenschutz*, 2010, S. 99 ff. und 123 ff.

Waider, Ärztliche Schweigepflicht im psychiatrischen Krankenhaus, *R & P*, 2006, S. 65

Ward T, Fortune CA (2014) The good lives model: a strength-based approach to offender rehabilitation. In: Polizzi D, Braswell M, Draper M (Hrsg) *Humanistic approaches to corrections and offender treatment*. Carolina Academic Press, Durham,S 115-130

Ward T, Fortune CA (2014) The good lives model: a strength-based approach to offender rehabilitation. In: Polizzi D, Braswell M, Draper M (Hrsg) *Humanistic approaches to corrections and offender treatment*. Carolina Academic Press, Durham, S115–130

Webb RT, Lichtenstein P, Larsson H, Geddes JR, Fazel S (2014) Suicide, hospital-presenting suicide attempts and criminality in bipolar disorder: examination-of risk for multiplead verse outcomes. *JClinPsychiatry*75(8):809–816;

Webster C. D., Eaves D., Douglas K. S., Wintrup A. (1995) *The HCR-20 scheme: The assessment of dangerousness and risk*. Vancouver, Canada, Simon Fraser University and British Columbia Forensic Psychiatric Services Commission.

Webster C. D., Douglas K. S., Eaves D. et al (1997a) *Assessing risk of violence to others. Impulsivity: Theory, Assessment and Treatment* (eds Webster C. D., Jackson M. A.). New York, Guilford Press.

Webster C. D., Douglas K. S., Eaves D. et al (1997b) HCR-20: Assessing risk of violence (version 2). Vancouver, Canada, Mental Health Law and Policy Institute, Simon Fraser University.

Webster CD, Douglas KS, Eaves D, Hart SD (1997c) HCR-20: assessing risk for violence. Version 2. Simon Fraser University, Mental Health, Law, and Policy Institute, Burnaby BC

Webster CD, Martin ML, Brink J, Nicholls TL, Desmarais SL (2009) Short Term Assessment of Resik and Treatability (START) (Version 1.1.). Forensic Psychiatric Services Commission, Port Coqdam

Weissbeck W (2009) Jugendmaßregelvollzug in Deutschland. Basisdokumentation. MWV, Berlin

WHO (2013) World Health Organization. The European Mental Health Action Plan. www.euro.who.int/data/assets/pdf_data/asset/63wd11e_MentalHealth-3.pdf

Winckler u. Foerster 1997, S. 334

Winsper C, Ganapathy R, Marwaha S, Large M, Birchwood M, Singh SP (2013) Asystematic review and meta-regression analysis of aggression during theFirstEpisodeofPsychosis. *ActaPsychiatrScand* 128:413-421

Winsper C, Ganapathy R, Marwaha S, Large M, BirchwoodM, Singh SP (2013)Asystematic review andmeta-regression analysis of aggression during theFirstEpisodeofPsychosis. *ActaPsychiatrScand* 128:413-421

Wong SC, Gordon A (2006) The validity and reliability of the violence risk scale: a treatment friendly violence risk assessment scale. *Psychol Public Policy Law* 12(3):279-309

World Drug Report. Abgerufen am 20.08. 2018, <https://www.drogenbeauftragte.de/internationales/vereinte-nationen/world-drug-report.html>

ZEKO (2016) Zentrale Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten bei der Bundesärztekammer (Zentrale Ethikkommission), Entscheidungsfähigkeit und Entscheidungsassistenz in der Medizin. *Dtsch Arztebl.* doi:10.3238/arztebl.2016.zeko_baek_StellEntscheidung2016_0

Zur Forderung nach einer auf den Einzelnen eingehenden Individualprognose BGH StV 2008, S.301 (302).

Webseiten

<https://www.juraforum.de/urteile/begriffe/massregel>

<https://www.lwl.org/massregelvollzug-download/Abt62/Ser>