

Eickelborner Schriftenreihe zur Forensischen Psychiatrie

Nahlah Saimeh (Hrsg.)

Mit Sicherheit behandeln

Diagnose, Therapie und Prognose



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

N. Saimeh (Hrsg.)

Mit Sicherheit behandeln



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Eickelborner Schriftenreihe zur Forensischen Psychiatrie

Herausgeberin: Dr. med. Nahlah Saimeh

Die *Eickelborner Schriftenreihe zur Forensischen Psychiatrie* präsentiert die fachübergreifenden Themen und Beiträge der Fachtagungen:

Psychiater, Psychotherapeuten, Pflegende und Sozialtherapeuten, aber auch Juristen, Kriminologen, Kriminalisten sowie Philosophen, Theologen und Medienvertreter treten in einen interdisziplinären Fachdialog. Dabei werden Wissenschaft und Praxis der psychiatrischen Diagnostik, Therapie oder Prognosebeurteilung im gesellschaftlichen Kontext erörtert.

Die Schriftenreihe publiziert zeitnah die wesentlichen Beiträge aus den Tagungen und bildet so über Jahrzehnte hinweg die Entwicklung des Faches selbst und des forensisch-psychiatrischen Diskurses mit gesellschaftlichem Bezug ab.

Eickelborner Schriftenreihe zur Forensischen Psychiatrie

Nahlah Saimeh (Hrsg.)

Mit Sicherheit behandeln

Diagnose, Therapie und Prognose

mit Beiträgen von

N. Barth | H. Bartmann-Friese | N. Beck | K.M. Beier | S. Bender
D. Böcherer | H.A.G. Bosinski | A. Buchholz | G. Dubbert | M. Graf
M. Grewe | E. Habermeyer | A. Häbler | B. Hötger | H. Kammeier
W. Krahl | A. Lachmanski | B. Lakotta | F. Lamott | A. Mokros | T.A. Möslers
R. Müller-Isberner | T. Neuschmelting | J. Nitschke | C. Prüter-Schwarte
I. Rosch | S. Roßmanith | N. Saimeh | S.T. Scheler | D. Seifert
H. Steinböck | M. Stellmacher | P. Türk Pereira | K. Willebrand



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Die Herausgeberin

Dr. med. Nahlah Saimeh

LWL-Zentrum für Forensische Psychiatrie Lippstadt

Eickelbornstraße 19

59556 Lippstadt

MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG

Zimmerstr. 11

10969 Berlin

www.mwv-berlin.de

ISBN 978-3-95466-150-3 (eBook: PDF)

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

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

© MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin, 2015

Dieses Werk ist einschließlich aller seiner Teile urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Die Verfasser haben große Mühe darauf verwandt, die fachlichen Inhalte auf den Stand der Wissenschaft bei Drucklegung zu bringen. Dennoch sind Irrtümer oder Druckfehler nie auszuschließen. Daher kann der Verlag für Angaben zum diagnostischen oder therapeutischen Vorgehen (zum Beispiel Dosierungsanweisungen oder Applikationsformen) keine Gewähr übernehmen. Derartige Angaben müssen vom Leser im Einzelfall anhand der Produktinformation der jeweiligen Hersteller und anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden. Eventuelle Errata zum Download finden Sie jederzeit aktuell auf der Verlags-Website.

Produkt-/Projektmanagement: Anna-Lena Spies, Berlin

Lektorat: Monika Laut-Zimmermann, Berlin

Layout & Satz: eScriptum GmbH & Co KG – Digital Solutions, Berlin

Zuschriften und Kritik an:

MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Zimmerstr. 11, 10969 Berlin, lektorat@mwv-berlin.de

Vorwort

Die Begehung von Straftaten stellt nach wie vor in erster Linie einen Verstoß gegen gesellschaftlich festgelegte Werte und Normen dar. Mit der Verhängung einer Strafe wird dem Täter neben der Pflicht, für eine Tatschuld zu büßen, auch die Chance gegeben, sich mit seinem Normenversagen auseinanderzusetzen, zu bereuen, die Verantwortung für seine Tat mit der Annahme der Strafe aktiv zu übernehmen und nach Verbüßung derselben in die Freiheit zurückzukehren. Die Idee des Strafens zum Zweck der langfristigen Korrektur menschlichen Fehlverhaltens zu Lasten Dritter basiert neben dem Zweck des Schuldausgleichs auch darauf, dass der Straftäter sich durch die Verbüßung der Strafe selbst beeindruckt zeigt und fortan legalkonform zu leben bemüht ist.

Das zweispurige Strafrecht unterscheidet dabei seit jeher zwischen psychisch kranken Tätern, deren voluntative und exekutive Fähigkeiten infolge ihrer psychischen Erkrankung erheblich eingeschränkt sind und die infolgedessen straffällig werden, und jenen, die als psychisch gesunde Täter per Definition die Möglichkeit hatten, sich „frei“ für oder gegen die Begehung einer Tat zu entscheiden.

Die psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung von Straftätern mit dem Ziel, sie zur Führung eines legalkonformen Lebens in Freiheit zu motivieren und zu befähigen, ist dabei längst nicht mehr nur Aufgabe forensisch-psychiatrischer Kliniken. Das gesamte System des Strafvollzuges ist durchzogen von psychotherapeutischen bzw. kriminaltherapeutischen Behandlungsangeboten und der Verpflichtung des Strafvollzuges, den Insassen entsprechende differenzierte Behandlungsmöglichkeiten anzubieten.

Daraus ist ersichtlich, dass das kriminelle Fehlverhalten von Menschen, insbesondere dann, wenn es sich um sexuelle oder nicht sexuell motivierte Gewaltstraftaten handelt, in unserer Gesellschaft zunehmend als persönliches, psychologisch zu erklärendes Defizit, als Zusammenwirken eines persönlichen lebensbiographischen Problems und mangelnder Copingstrategien begriffen wird. Die neurobiologische Grundlagenforschung untersucht zudem die neuronalen Anlagen für Handlungsmuster von strafrechtlicher Relevanz. Die Begehung von Straftaten ist somit zunehmend weniger ein reines Sujet des Strafrechts, sondern in allen Institutionen, die mit dem Freiheitsentzug von Gewaltstraftätern befasst sind, eine Aufgabe psychiatrischer bzw. psychotherapeutischer Behandlung. Um es pointiert auszudrücken: Straffälligkeit wird zu einer medizinischen Fragestellung. Der Täter wird zum Patienten, zum Anspruchsberechtigten auf individuell zugeschnittene Behandlungsmaßnahmen. Forensische Psychiatrie, Strafvollzug, Sicherungsverwahrung und nun auch noch die Einrichtungen, in denen für eine kleine Gruppe von Menschen das ThUC vollstreckt wird, haben zunehmend ähnliche Klienten und ähnliche Aufgaben. Umso wichtiger ist es, die richtige Diagnose zu stellen, die Straftaten psychiatrisch bzw. kriminaltherapeutisch richtig zu verstehen und einzuordnen und wirksame Behandlungsmethoden anzubieten, die die Legalprognose der Betroffenen nachhaltig verbessern.

Ein herzlicher Dank geht dabei an die vielen Referentinnen und Referenten der 29. Eickelborner Fachtagung, die sich u. a. mit der richtigen Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen, der forensischen Bedeutung chronischen Wahns, der Pädophi-

lie und den Qualitätskriterien für die korrekte forensisch-sexualmedizinische Begutachtung von Sexualstraftätern befassen.

Für die offenen Worte und den prüfenden Blick auf die Art und Weise, wie die Forensische Psychiatrie auf öffentliche Kritik und Anwürfe reagiert, gilt der Dank Frau Lakotta vom SPIEGEL.

Nahlah Saimeh

Oktober 2014

Die Autoren

Dr. med. Nikolaus Barth

LVR-Klinikum Essen
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und
Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters
Wickenburgstraße 21
45147 Essen

Hildegard Bartmann-Friese

LWL-Klinik Marsberg
Weist 45
34431 Marsberg

Dr. med. Norbert Beck

Institut für Rechtsmedizin und
Ethik-Kommission der Otto-von-Guericke-Universität
an der Medizinischen Fakultät und
am Universitätsklinikum Magdeburg A.ö.R.
Leipziger Str. 44, Haus 28
39120 Magdeburg

Prof. Dr. med. Dr. phil. Klaus M. Beier

Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Mitte
Zentrum für Human- und
Gesundheitswissenschaften
Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin
Luisenstraße 57
10117 Berlin

PD Dr. Stefan Bender

LWL-Klinik Marsberg
Weist 45
34431 Marsberg

Dieter Böcherer

Zentrum für Psychiatrie Emmendingen
Neubronnstraße 25
79312 Emmendingen

Prof. Dr. med. Hartmut A.G. Bosinski

Praxis für Sexualmedizin
Dreiecksplatz 5
24105 Kiel
www.sexualmedizin-kiel.de

Dr. phil. Angela Buchholz, Dipl.-Psych.

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie
Martinistraße 52
20246 Hamburg

Dr. phil. Gaby Dubbert, Dipl.-Psych.

Rammseer Weg 8
24113 Molfsee

Prof. Dr. med. Marc Graf

Forensisch Psychiatrische Klinik Basel
Wilhelm-Klein-Strasse 27
4012 Basel
Schweiz

Martina Grewe

LWL-Klinik Marsberg
Weist 45
34431 Marsberg

Prof. Dr. med. Elmar Habermeyer

Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Klinik für Forensische Psychiatrie
Lenggstrasse 31, Postfach 1931
8032 Zürich
Schweiz

Dipl.-Psych. Axel Häbler

LWL – Zentrum für Forensische Psychiatrie Lippstadt
Eickelbornstraße 19
59556 Lippstadt

Barbara Hötger

LWL-Klinik Marsberg
Weist 45
34431 Marsberg

Dr. jur. Heinz Kammeier

Private Universität Witten/Herdecke
Rilkeweg 11
48165 Münster
www.heinz-kammeier.de

Dr. med. Wolfgang Krahl, Dipl.-Psych.

kbo-Isar-Amper-Klinikum gemeinnützige GmbH
Klinikum München-Ost
Klinik für Forensische Psychiatrie und
Psychotherapie
Vockestraße 72
85540 Haar

Anita Lachmanski, M. Sc. Psych.

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie
Martinistraße 52
20246 Hamburg

Beate Lakotta
DER SPIEGEL
Ericusspitze 1
22769 Hamburg

Prof. Dr. rer. soc. Franziska Lamott
www.franziska-lamott.de

PD Dr. phil. habil. Andreas Mokros
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Klinik für Forensische Psychiatrie
Lenggstr. 31, Postfach 1931
8032 Zürich
Schweiz

PD Dr. med. Dr. med. habil. Thomas A. Möslers
Institut für Verhaltenstherapie, Verhaltensmedizin
und Sexuologie Nürnberg
Nettelbeckstraße 14
90491 Nürnberg
und
Friedrich-Alexander-Universität Erlangen/Nürnberg
Nettelbeckstraße 14
90491 Nürnberg

Dr. Rüdiger Müller-Isberner
Vitos Klinik für forensische Psychiatrie Haina
Landgraf-Philipp-Platz 3
35114 Haina

Dipl.-Psych. Tina Neuschmelting
Alexianer Christophorus GmbH
Fachkrankenhaus für forensische Psychiatrie und
Fakultät für Gesundheit/Department Humanmedizin
Universität Witten/Herdecke
Alexianerweg 60
48163 Münster

PD Dr. med. habil. Joachim Nitschke
Bezirkskliniken Mittelfranken
Klinik für Forensische Psychiatrie Ansbach
Feuchtwanger Straße 38
91522 Ansbach

Dr. med. Christian Prüter-Schwarte
LVR-Klinik Köln
Abteilung Forensische Psychiatrie II und
Fakultät für Gesundheit/Department Humanmedizin
Universität Witten/Herdecke
Wilhelm-Griesinger-Str.23
51109 Köln

Dipl.-Psych. Ingeborg Rosch
Asklepios Klinik Nord – Ochsenzoll
Klinik für Forensische Psychiatrie
Langenhorner Chaussee 560
22419 Hamburg

und
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie
Martinistraße 52, Gebäude West 26
20246 Hamburg

Dr. med Sigrun Roßmanith
Praxis für Psychiatrie Psychotherapeutische Medizin
und Neurologie
Allgemein beeidet gericht. zertif. Sachverständige
für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin
Fuchsthallergasse 14
1090 Wien
Österreich
www.sigrunrossmanith.at

Dr. med. Nahlah Saimeh
LWL-Zentrum für Forensische Psychiatrie Lippstadt
Eickelbornstraße 19
59556 Lippstadt

Sebastian T. Scheler, B.Sc.
Lauer Straße 30a
90571 Schwaig
sebastianscheler@gmx.de

Prof. Dr. med. Dieter Seifert
Alexianer Christophorus GmbH
Fachkrankenhaus für forensische Psychiatrie
Alexianerweg 60
48163 Münster

Dr. med. Herbert Steinböck
kbo-Isar-Amper-Klinikum gemeinnützige GmbH
Klinikum München-Ost
Klinik für Forensische Psychiatrie und
Psychotherapie
Vockestraße 72
85540 Haar

Dipl.-Sportwiss. Mirko Stellmacher
LWL – Zentrum für Forensische Psychiatrie Lippstadt
Eickelbornstraße 19
59556 Lippstadt

Dr. phil. Philippe Türk Pereira, Dipl.-Psych.
Krankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie und
Psychosomatische Medizin Schloss Werneck
Forensische Abteilung
Balthasar-Neumann-Platz 1
97440 Werneck

Katja Willebrand
Langhansstraße 103
13086 Berlin

Inhalt

1 Forensische Überlegungen aus der Sicht eines Kinder- und Jugendpsychiaters _____	1
Nikolaus Barth	
1.1 Entwicklungspsychopathologie und Forensik _____	1
1.2 Das entwicklungspsychopathologische Dilemma bei der forensischen Beurteilung _____	5
1.3 Vorschläge zur Lösung des entwicklungspsychopathologischen Dilemmas bei der forensischen Begutachtung jugendlicher und adoleszenter Straftäter _____	5
2 Wenn ein Opfer zum Täter wird oder: Mit Sicherheit behandeln? Mit forensischer Sicherheit diagnostizieren! _____	7
Norbert Beck	
2.1 Gewalteinwirkungen hinterlassen Spuren, wenn die Energieübertragung adäquat war _____	7
2.2 Parameter Selbstbeibringung _____	10
2.3 Wenn eine verletzte Person durch fehlerhafte Befunderhebung/Beschreibung/ Interpretation zum Opfer gemacht wird _____	10
2.4 Zusammenfassung _____	12
3 Forensisch-sexualmedizinische Begutachtung _____	13
Klaus M. Beier	
3.1 Überblick _____	13
3.2 Fachverständnis und Untersuchungsmethoden der Sexualmedizin _____	15
3.3 Begutachtungen nach dem Strafgesetz _____	25
3.4 Familiengerichtliche Fragestellungen _____	37
3.5 Betreuungsrechtliche Fragestellungen _____	38
3.6 Begutachtung nach dem Transsexuellengesetz _____	40
4 Innere Kündigung im forensischen Team – wenn die unterschiedlichen Berufsgruppen und Mitarbeiter im Forensischen Team sich nichts mehr zu sagen haben _____	45
Dieter Böcherer	
4.1 Wirksamkeit von Therapie _____	45
4.2 Das gute therapeutische Team _____	46
4.3 Innere Kündigung _____	47
4.4 Fazit _____	52
5 Die forensische Bedeutung von „Paraphilia-related Disorder“ und „Hypersexual Disorder“ _____	53
Hartmut A.G. Bosinski	
5.1 Fallvignette _____	53
5.2 Nosologie _____	55
5.3 Epidemiologie _____	57
5.4 Ätiologie _____	58
5.5 Forensische Bedeutung _____	59

6	Anwendung des Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation-Crimi (MATE-Crimi) _____	65
	Angela Buchholz, Anita Lachmanski und Ingeborg Rosch	
6.1	Einführung _____	65
6.2	Der MATE-Crimi: Aufbau und Inhalte _____	67
6.3	Anwendungsmöglichkeiten des MATE-Crimi _____	68
6.4	Anwendung des MATE-Crimi anhand eines Fallbeispiels _____	70
6.5	Stärken und Schwächen des MATE-Crimi _____	74
6.6	Ausblick _____	74
7	Dark Rooms – ist die Forensik eine Gefahr für psychisch kranke Menschen? Eine Psychiatrie-feuilletonistische Replik _____	77
	Nahlah Saimeh	
7.1	Der Anlass _____	77
7.2	Medienschelte _____	80
7.3	Nicht nur Medienschelte – auch Mediendank _____	82
7.4	Welche Ängste haben Laien in Bezug auf die Forensische Psychiatrie? _____	83
7.5	Welche zentralen Kritikpunkte gibt es in der Fachdiskussion? _____	84
7.6	Forensik als Segen und Fluch und die Rolle der Gutachter _____	85
7.7	Ein Einschub – Architektur verrät Denken und Sprache verrät Denken _____	87
7.8	Wer leuchtet in den Dark Room? _____	88
8	Erweiterte Suizide aus forensisch-psychologischer Perspektive – eine Aktenanalyse von 31 Fällen _____	91
	Gaby Dubbert	
8.1	Beschreibung der Gesamtstichprobe _____	92
8.2	Auffälligkeiten der kognitiven und emotionalen Verarbeitungsmuster _____	93
8.3	Substanzmissbrauch _____	94
8.4	Taten _____	94
8.5	Phänomenologische Aufteilung der 31 Fälle in vier Gruppen _____	95
8.6	Diskussion _____	99
8.7	Fazit _____	102
9	Pädophilie: Diagnose und Behandlung _____	105
	Marc Graf	
9.1	Diagnose und Prävalenz _____	106
9.2	Aetiologie _____	107
9.3	Therapie _____	109
9.4	Neurobiologische Untersuchungsansätze _____	110
9.5	Aussicht _____	111
10	Selektion, Sozialisation oder beides – therapeutisch und prognostisch relevante Veränderungen der Patientenpersönlichkeit durch Sport und Bewegung? _____	113
	Axel Häbler und Mirko Stellmacher	
10.1	Theorie und Voraussetzungen _____	113
10.2	Zwischenfazit _____	118

10.3 Sport und Sporttherapie _____	119
10.4 Studien zu einzelnen Konstrukten und Persönlichkeitsvariablen _____	123
10.5 Fazit _____	124
11 Integrierte Maßregelvollzugsbehandlung am Beispiel der LWL-Klinik Marsberg _____	127
Barbara Hötger, Martina Grewe, Hildegard Bartmann-Friese und Stefan Bender	
11.1 Theoretischer Hintergrund _____	127
11.2 Die LWL-Klinik Marsberg _____	128
11.3 Indikationen für eine Behandlung im integrierten Maßregelvollzug _____	128
11.4 Das Stufenkonzept _____	129
11.5 Therapeutische Angebote _____	130
11.6 Pflegerische Angebote _____	130
11.7 Besondere Angebote _____	131
11.8 Diskussion _____	132
12 Novellierung der Maßregelvollzugsgesetze durch die Länder –	
Anforderungen an die Gesetzgeber _____	135
Heinz Kammeier	
12.1 Maßregelrecht: Staatlicher Schutzauftrag und Gefahrenabwehr _____	135
12.2 Wichtige Gerichtsentscheidungen _____	137
12.3 Zwischenergebnis _____	139
12.4 Allgemeine Bemerkungen zur Abfassung von Maßregelvollzugs-Gesetzen _____	140
12.5 Relevante Regelungsbereiche _____	141
12.6 Schlussbemerkungen _____	147
13 Kulturelle Psychiatrie in der Forensik _____	149
Wolfgang Krahl und Herbert Steinböck	
13.1 Einleitung _____	149
13.2 Woher kommen Menschen mit einem anderen kulturellen Hintergrund? _____	150
13.3 Kultureller Hintergrund und Maßregelvollzug _____	152
13.4 Schlussfolgerungen _____	159
14 Der Medienfall Mollath –	
Forensische Psychiatrie zwischen Schweigepflicht und Stillhalten _____	163
Beate Lakotta	
14.1 Was die Medien antreibt: Antipsychiatrische Affekte und die Bereitschaft zur Skandalisierung _____	164
14.2 Ein Schreckensjahr für das Ansehen der Psychiatrie _____	167
14.3 Mollath als Talkshow-Psychiatriekritiker _____	168
14.4 Und wie reagiert die psychiatrische Community? _____	170
14.5 Was wäre zu tun? _____	171
15 Narrative Strategien der Abwehr im psychotherapeutischen Kontext _____	173
Franziska Lamott	
15.1 Das Material _____	173
15.2 Erzählformate der Biografisierung _____	177
15.3 Idealisierte Gender Konfigurationen _____	181
15.4 Schlussbemerkung _____	190

16	Forensifizierung vermeiden:	
	Neue Wege zur Prävention der Delinquenz von psychisch Kranken	193
	Andreas Mokros, Elmar Habermeyer und Joachim Nitschke	
16.1	Psychische Krankheit und Gewaltstraftaten	193
16.2	Allgemeinpsychiatrische Vorbehandlung forensisch-psychiatrischer Patienten	195
16.3	Sekundärprävention von Gewaltstraftaten und von Forensifizierung	196
16.4	Die Präventionsambulanz am Bezirksklinikum Ansbach	197
17	Das Management forensisch-psychiatrischer Versorgungssysteme	205
	Rüdiger Müller-Isberner	
17.1	Der komplexe Kontext von Risikoprognose und Risikomanagement	205
17.2	Das Modell Hessen (§ 63 StGB)	207
17.3	Administrativer Aufwand im Vergleich	213
17.4	Schlussbemerkung	214
18	Aufbau einer forensisch-psychiatrischen Nachsorgeambulanz in einer Großstadt und die Problematiken der Resozialisierung in diesem Raum	217
	Christian Prüter-Schwarte	
18.1	Der geeignete „Entlassraum“	217
18.2	Der Entlassraum Köln	219
18.3	Die Problematik der Resozialisierung in den Raum Köln	220
18.4	Fazit	221
19	Sind Frauen die besseren Mörder?	225
	Sigrun Roßmanith	
19.1	Einleitung	225
19.2	Vom Archetyp der „Großen Mutter“ zur realen Mutter	226
19.3	Mütter, die töten	227
19.4	Neugeborenentötungen	228
19.5	Partnertötungen	230
19.6	Mad or bad: Geisteskranke Täterinnen	233
19.7	Raubmörderinnen	234
20	Auseinandersetzung mit dem Tod als Therapieansatz für die Forensische Psychiatrie – Inhalte, Aufbau und Erfahrungen mit der Thanato-basierten Gruppenpsychotherapie (TBG-F)	237
	Sebastian T. Scheler, Philippe Türk Pereira und Thomas A. Möslér	
20.1	Einleitung	237
20.2	Therapeutische Inhalte der Thanato-basierten Gruppenpsychotherapie	238
20.3	Inhalt der Thanato-basierten Gruppenpsychotherapie	242
20.4	Durchführung der Thanato-basierten Gruppenpsychotherapie in Forensischen Psychiatrien	251
20.5	Schluss	252

21 Wie diagnostiziert man eigentlich einen intelligenzgeminderten Rechtsbrecher? _____	255
Dieter Seifert und Tina Neuschmelting	
21.1 Einleitung _____	255
21.2 Diagnostische Probleme bei Patienten mit einer Intelligenzminderung _____	256
21.3 Forensischer Kontext _____	258
21.4 Fazit _____	263
22 Denn man sieht nur die im Lichte – Forensik-Patienten auf der Theaterbühne _____	265
Katja Willebrand	
22.1 Theater und Maßregelvollzug – passt das zusammen? _____	265
22.2 Theater als kreatives Freizeitangebot _____	267
22.3 Was kann Theater im Maßregelvollzug bewirken? _____	270
22.4 Schluss und Ausblick _____	278
Die Herausgeberin _____	281

1 Forensische Überlegungen aus der Sicht eines Kinder- und Jugendpsychiaters

Nikolaus Barth

Die forensische Begutachtung Jugendlicher und Adoleszenter bedarf eines besonderen Blicks auf den Entwicklungsstand des zu begutachtenden Jugendlichen oder jungen Erwachsenen. In die abschließende Beurteilung fließen vielfältige Überlegungen ein: So bedarf es mannigfaltiger kontextueller Überlegungen, wichtige entwicklungspsychologische Momente müssen erörtert werden und darüber hinaus dürfen auch entwicklungs(neuro)biologische Überlegungen nicht außer Acht gelassen werden. Diese Tatsache spiegelt sich insbesondere bei der Reifebeurteilung des zu Begutachtenden nach § 105 JGG wider, was sich in der Anwendung von Jugend- oder Erwachsenenstrafrecht im jeweiligen Verfahren in der Gruppe der 18–21-Jährigen niederschlägt.

Die klassische forensische Beurteilung nach §§ 20, 21 StGB sollte ebenso die o.g. Reifungsaspekte berücksichtigen und diese entsprechend validieren, um dem Entwicklungsaspekt gerecht zu werden. Hier ist insbesondere die Würdigung von entwicklungspsychopathologischen Aspekten bei der Diskussion der vier Eingangskriterien zu nennen.

Im Folgenden werden diese entwicklungspsychiatrischen Überlegungen bei der forensischen Beurteilung diskutiert und abschließend drei Hypothesen zur Diskussion gestellt.

1.1 Entwicklungspsychopathologie und Forensik

1.1.1 Grundsätzliches zur Entwicklungspsychopathologie

Die Lehre der **Entwicklungspsychopathologie** unterliegt vielen Strömungen und ist entsprechend des Reifungsaspektes eines Individuums ein zugleich hochdynamisches, wie komplexes Fachgebiet der Psychiatrie: So muss sich aus neurobiologischen

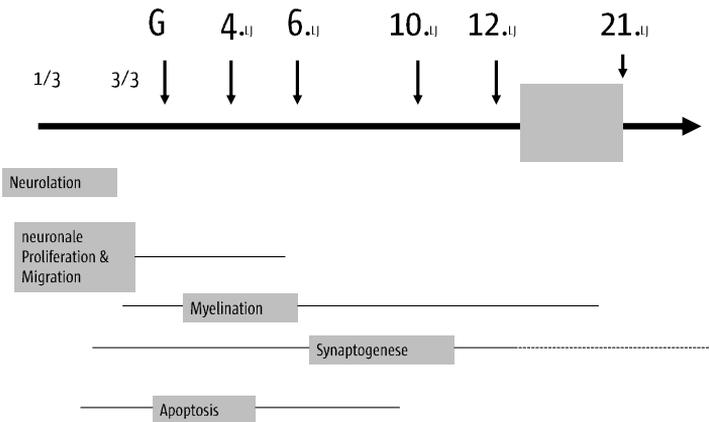


Abb. 1 Neurobiologische Reifungsprozesse des menschlichen Gehirns bis in die dritte Lebensdekade (in Anlehnung an Marsh et al. 2008). Dargestellt sind neurobiologisch wichtige Reifungsschritte bei der Hirnentwicklung auf zellulärer Ebene. So beschreibt die „Neuronale Proliferation & Migration“ das Finden des Zielorts im Gehirn eines Neurons. Die „Synaptogenese“ beschreibt das Aussprossen von Synapsen an den Neuronen im Rahmen des Lernprozesses usw.

Überlegungen heraus zunächst grundsätzlich klar gemacht werden, dass die Hirnreifung des Menschen erst bis Mitte der dritten Lebensdekade abgeschlossen ist und somit das Gehirn des jungen Menschen bis zu diesem Zeitpunkt einer hohen *entwicklungsneurobiologischen* Dynamik unterliegt (s. Abb. 1). Diesen Reifungsprozess beeinflussen zusätzlich elementare Strömungen, die unter den Gesichtspunkten der *Entwicklungspsychologie*, der *Entwicklungspädagogik*, der *Entwicklungssoziologie* etc. widerspiegeln. Diese Überlegungen sind bei der Diskussion der *Entwicklungspsychopathologie* von elementarer Relevanz. So imponiert beispielsweise der Phänotyp einer kindlichen Depression völlig anders als das Erscheinungsbild einer jugendlichen Depression: Während das depressive Kind durch Spielunlust, Weinerlichkeit und unter Umständen durch unklare Somatisierungstendenzen auffällt, imponiert der depressive Jugendliche schon eher durch die klassischen ICD-10 Kriterien der Depression, zeigt sich aber möglicherweise zusätzlich gereizt, aggressiv und vermehrt emotional instabil. Hier ist also eine Art *Entwicklung* der Symptomatik hin zu einer reifen, affektiven Ausprägung festzustellen. Eine weitere Domäne der *Entwicklungspsychopathologie* ist die *Prodromdiskussion* bei der Psychose.

Diese *entwicklungspsychopathologischen* Überlegungen schlagen sich natürlich auch bei der forensischen Begutachtung jugendlicher und adoleszenter Straftäter in der Gesamtbeurteilung nieder und sollten hierbei berücksichtigt werden.

1.1.2 Entwicklungspsychologischer Grundgedanke des Jugendstrafrechts (Erziehungsgedanke, Entwicklungsgedanke)

„Die Anwendung des Jugendstrafrechts soll vor allem erneuten Straftaten eines Jugendlichen oder Heranwachsenden entgegenwirken. Um dieses Ziel zu erreichen, sind die Rechtsfolgen und unter Beachtung des elterlichen Erziehungsrechts auch das Verfahren vorrangig am Erziehungsgedanken auszurichten.“ § 2 JGG, Abs. 1 in der Änderung vom 13.12.2007

Das Jugendgerichtsgesetz (JGG) ist ein dual ausgerichtetes Gesetz. Zunächst gilt für die Voraussetzbarkeit der Strafbarkeit, dass sich das JGG an den Tatbeständen des Erwachsenenstrafrechts orientieren soll. Zwingend hiermit verknüpft soll bei der Anwendung des JGGs der erzieherische Gedanke in Bezug auf den Reifungsaspekt des jugendlichen Straftäters berücksichtigt werden. So stehen dem JGG auf der Ebene der Sanktionen eine Vielzahl von Erziehungsmaßregeln zur Verfügung: Hier sind *Weisungen*, *Auflagen* sowie *Hilfen zur Erziehung* zu nennen (§§ 9–12 JGG). Des Weiteren stehen *Zuchtmaßnahmen* wie Auflagen, Jugendarrest und Verwarnungen zur Verfügung (§§ 13–16 JGG). Erst zuletzt und zwar nach Ausschöpfung der vorgenannten Sanktionen steht die Jugendstrafe, wobei beim Vollzug in den Jugendhaftanstalten ebenfalls dem *Entwicklungsaspekt* Rechnung getragen werden sollte (§§ 17 und 18 JGG). Dieser erzieherische Grundsatz des JGG auf der Ebene der Zuchtmaßnahmen wird dadurch umso deutlicher, dass gemäß § 17 JGG erst die „Schwere der Schuld“ bzw. das Vorliegen sog. „schädlichen Neigung“ bei dem jugendlichen Straftäter juristisch nachgewiesen werden muss, bevor der erzieherische Aspekt hinter das Prinzip der Strafe treten kann.

Bei der **forensischen Beurteilung** jugendlicher Straftäter findet sich die Berücksichtigung dieses „Reifungsdenken“ ebenfalls wieder:

So definiert § 3 JGG Jugendliche zwischen 14 und 17 Jahren als strafrechtlich nicht verantwortlich, wenn sie *„nach ihrer sittlichen und geistigen Entwicklung noch nicht reif genug (sind), das Unrecht der Tat einzusehen und nach dieser Einsicht zu handeln“* (§ 3 JGG, Absatz 1). Hier gilt es gutachterlich – und zwar unter Berücksichtigung aller entwicklungsrelevanten Einflüsse (s. o.) – die *geistige* und *sittliche Reife* des zu Begutachtenden zum Tatzeitpunkt zu beurteilen.

Bei der Beurteilung eines jungen Erwachsenen gemäß § 105 JGG ist der *entwicklungsforensische Gutachter* ebenfalls *entwicklungskompetent* gefordert: Bei dieser Sachlage gilt es zu beurteilen, ob der zum Tatzeitpunkt 18–21-jährige Straffällige dem Jugendstrafrecht- oder Erwachsenenstrafrecht zuzuordnen ist. So können gemäß diesen Paragrafen Heranwachsende nach Jugendstrafrecht verurteilt werden, wenn *„die Gesamtwürdigung der Persönlichkeit des Täters bei Berücksichtigung auch der Umweltbedingungen“* ergibt, dass der Heranwachsende *„nach seinen sittlichen und geistigen Entwicklung noch einem Jugendlichen gleich“* stehe.

1.1.3 Entwicklungspsychopathologie und Eingangskriterien nach §§ 20, 21 StGB

Die vorgemachten Überlegungen bedingen eine Berücksichtigung der *Entwicklungspsychopathologie* bei der forensischen Beurteilung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen bis zum 21. Lebensjahr (Nedopil 2011; Schepker 2011). Bei der forensischen Bewertung, ob bei dem zu Begutachtenden die Voraussetzungen für die Vergabe eines der vier Eingangskriterien vorliegt, müssen daher umso intensiver entwicklungspsychologische, familiäre und situativ-tatzeitspezifische Einflüsse mitberücksichtigt werden. Am Beispiel von potenziell sexuell devianten Verhaltensweisen eines jugendlichen Täters wird dies deutlich: Liegt nach entsprechend fundierter Anamneseerhebung die Vermutung einer beginnend fixierten sexuellen Devianz bei dem zu Begutachtenden vor, so ist die Frage dieser Fixierung an dieser Stelle kritisch zu hinterfragen und gleichzeitig die Alternativhypothese einer möglichen jugendtypischen sexuellen Reifungskrise in den Raum zu stellen und kritisch zu diskutieren (Beier 2011).

Dies ist umso wichtiger, wenn man bedenkt, welche Konsequenzen eine (frühe) Unterbringung eines Jugendlichen nach § 63 StGB insbesondere im Zusammenhang mit einer Sexualstraftat für diesen bedeuten kann.

1.1.4 Entwicklungspsychopathologie am Beispiel der Adoleszentenkrise

Eine Möglichkeit, den *entwicklungspsychopathologischen* Aspekt in die forensische Beurteilung eines jugendlichen Straftäters zu integrieren, könnte die Anwendung des Begriffs der **Adoleszentenkrise** bei der Beschreibung eines jugendtypischen (meist affektiven) Ausnahmezustands (Remschmidt 1992) darstellen.

Besonders kennzeichnend dieser nosologisch eher unscharf definierten Entität ist, dass der Jugendliche im Rahmen dieser Adoleszentenkrise eine relativ plötzlich auftretende existenzielle Bedrohung seines Wertesystems durchlebt und hierdurch rasch in den Zustand einer existenziellen Not geraten kann. Auf der kognitiven Verhaltensebene kann sich diese sodann in klassisch (pubertären) nazistischen Krisen und Suizidversuchen, Identitäts(sinn)-Krisen, Autoritätskrisen, Selbstwertkrisen zeigen oder eben auch durch dissozial-delinquentes Verhalten etc. manifestieren. Typisch hierbei sind der relativ plötzliche Beginn und der nicht selten dramatisch-existenzielle Verlauf. Treten diese Krisen in Zusammenhang mit Straftaten auf, so imponiert eine scheinbare Motivlosigkeit des jugendlichen Täters und nicht selten ein reifungsbedingtes Überfordertsein in der Beurteilung von Recht und Unrecht des situativen Straftatverhaltens.

Die Verlaufsforschung zur Adoleszentenkrise zeigt eine etwas unscharfe Drittelregel: So kommt es bei einem Großteil der Jugendlichen zu einer Heilung (ca. 30–40%), ein kleinerer Anteil (ca. 10–20%) entwickelt psychoseartige Zustände und die Restgruppe scheint Störungsbilder, die einer Persönlichkeitsstörung nahekommen, zu entwickeln (Langen u. Jaeger 1964).

Die Anwendung der Adoleszentenkrise bei der forensischen Begutachtung ist einerseits problematisch: So ist sie durch ihre unscharfe Definition einem der vier Eingangskriterien nicht klar zuzuordnen; die Adoleszentenkrise hat bis dato im Übrigen in keiner der internationalen Klassifikationsysteme Eingang gefunden. Gleichzeitig wird in der neueren Persönlichkeitsstörungsforschung argumentiert, dass die Adoleszentenkrise grundsätzlich viele Ähnlichkeiten mit den Persönlichkeitsstörungen hat, hierbei aber der Reifungsaspekt und die Vorläufigkeit im Sinne eines Prodroms berücksichtigt werden sollte (Sevecke u. Krischer 2011).

Andererseits kann die Anwendung der Adoleszentenkrise im forensischen Kontext z. B. bei der Diskussion unter dem 4. Eingangskriterium eine *entwicklungsforensisch* sinnvolle Argumentationslinie darstellen: Die Adoleszentenkrise kann nämlich am besten ein *entwicklungspsychopathologisches* Bewusstsein für den Ausnahmezustand eines jugendlichen Straftäters bei bestimmten, vorwiegend affektgetragenen Taten, schaffen. Die Erfahrung zeigt, dass die Jugendrichter gerade bei forensisch relevanten Straftaten für eine Erklärung des tateitspezifischen situativen intrapsychischen Erlebens bei dem Täter dankbar sind. Da die Adoleszentenkrise auch in der Ausprägung einer Psychose gleichkommen kann bleibt an dieser Stelle zu diskutieren, ob *entwicklungspsychopathologisch* eine Konformität mit den Mindestanforderungen hergestellt werden darf?

Vielleicht stellt ja ein Zitat des bekannten Kinder und Jugendpsychiaters Professor Remschmidt über das Wesen und den Verlauf der Adoleszentenkrise dieses Dilemma am treffendsten dar:

„Die Adoleszentenkrise ist eine vorläufige Beschreibung eines (existenziellen) Zustands, dessen Ausgang man nicht kennt.“

1.2 Das entwicklungspsychopathologische Dilemma bei der forensischen Beurteilung

Die vorgemachten Überlegungen führen zwangsläufig zu einer Art Dilemma für den Entwicklungspsychiater bei der forensischen Begutachtung (s. Abb. 2).

Inwieweit kann der Entwicklungsaspekt bei der Beurteilung der zugrundeliegenden Psychopathologie gutachterlich mitberücksichtigt werden? Gibt es eine Möglichkeit den entwicklungsbedingten Unschärfen bei der Diagnosestellung, der Diskussion der Symptomatizität und Erörterung der tateitspezifischen Einsichts- und Steuerungsfähigkeit ausreichend Gewicht zu schenken, ohne dabei den eigentlichen Gutachtenauftrag zu verwässern? Ein wesentliches Problem ergibt sich hier aus der Unsicherheit der gutachterlichen Stellungnahme vor dem Hintergrund der noch ausstehenden Entwicklung des Jugendlichen. Die Stellungnahme steht sodann in einem Kontrast zu den „reifen Diagnosen“ des Erwachsenenalters und muss logischerweise auch entsprechend so abgegrenzt werden. Bei der Anwendung der Mindestanforderungen bei der Diskussion der Einsichts- und Steuerungsfähigkeit beschleicht den Gutachter von jugendlichen und adoleszenten Straftätern insbesondere bei der Begutachtung von sexuell devianten Verhaltensweisen bzw. von Persönlichkeitsstörungen immer wieder ein ungutes Gefühl in Bezug auf die Sicherheit bei der Diskussion der grundlegenden Voraussetzungen.

1.3 Vorschläge zur Lösung des entwicklungspsychopathologischen Dilemmas bei der forensischen Begutachtung jugendlicher und adoleszenter Straftäter

Die Reifung eines Jugendlichen sollte entwicklungspsychologisch bei der forensischen Begutachtung berücksichtigt werden und darüber hinaus kritisch mit in die Stellungnahme einfließen. Eine grundlegende Forderung ist, dass die Begutachtung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen durch Kinder- und Jugendpsychiater erfolgen sollte, um den vorgenannten Ansprüchen gerecht zu werden. Bei der Begutachtung der jungen Erwachsenen ist beispielsweise auch eine gemeinsame Begutachtung durch einen Kinder- und Jugendpsychiater und einen Erwachsenenpsychiater zu erwägen, um eine Plattform für eine gemeinsame Diskussion des entsprechenden Falles zu schaffen.

Bei der gutachterlichen Stellungnahme sollte immer ausreichend entwicklungspsychopathologisch argumentiert werden, um somit dem Reifungsaspekt des zu Begutachtenden ausreichend gerecht zu werden. Das o.g. Beispiel der Adoleszentenkrise verdeutlicht diesen Aspekt. Implizite Unschärfen bei der gutachterlichen Feststellung sollten offen benannt und begründet werden. Eine fundierte Begründung dieser Unschärfe schafft letztendlich auch Transparenz dem Gericht gegenüber.

In Bezug auf die Anwendung der Mindestanforderungen ist zu diskutieren, ob es nicht eine Möglichkeit geben könnte, diese jugendtypisch anzupassen. So könnte

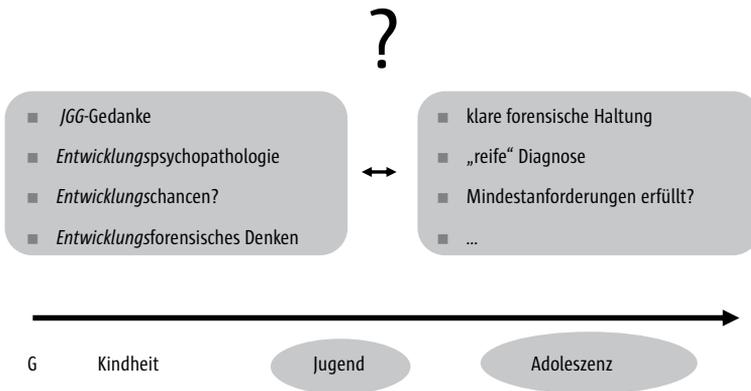


Abb. 2 Das entwicklungspsychiatrische Dilemma bei der forensischen Begutachtung

beispielsweise der Begriff der (möglicherweise vorübergehenden) reifungsbedingten sexuellen Devianz forensisch relevant diskutiert und definiert werden.

Des Weiteren könnte diskutiert werden, ob im Fall einer Unterbringung nach § 63 StGB diese begrenzt angeordnet werden könnte, um dem Reifungsaspekt des Jugendlichen oder Adoleszenten gerecht zu werden; hierzu bedürfte es einer spezifischen jugendtypischen Neudefinition dieser Paragraphen. Dies ist natürlich eine sehr weitreichende, wenn nicht sogar gewagte Forderung und sollte an dieser Stelle auch lediglich als Diskussionsanstoß dienen.

Nicht zuletzt ist zu fordern, dass im Maßregelvollzug untergebrachte Jugendliche in spezifischen jugendtypischen Einrichtungen untergebracht werden sollten. Hier ist eine spezifische Behandlung gegeben. In Deutschland ist diese Forderung fast flächendeckend erfüllt, sodass hier von einem guten Standard gesprochen werden kann.

Literatur

- Beier KM (2011) Störungen der Sexualpräferenz. In: Häßler F, Kinze W, Nedopil N (Hrsg.) Praxishandbuch der forensischen Psychiatrie des Kindes- und Jugend- und Erwachsenenalters. 271–291. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin
- Langen A, Jaeger A (1964) Die Pubertätskrisen und ihre Weiterentwicklungen: Eine katamnestiche Untersuchung. Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten 205, 19–36
- Marsh R, Gerber AJ, Peterson BS (2008) Neuroimaging studies of normal brain development and their relevance for understanding childhood neuropsychiatric disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 47. 1233–1255
- Nedopil N (2011) Was erwartet der Erwachsenenforensiker von der Kinder- und Jugendpsychiatrie? In: Häßler F, Kinze W, Nedopil N (Hrsg.) Praxishandbuch der forensischen Psychiatrie des Kindes- und Jugend- und Erwachsenenalters. 63–73. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin
- Remschmidt H (1992) Entwicklungskrisen in der Adoleszenz (Adoleszentenkrisen). In: Adoleszenz – Entwicklung und Entwicklungskrisen im Jugendalter. 279–296. Thieme Verlag Stuttgart
- Schepker R (2011) Reife und Entwicklungsstand – Grundlagen und Bewertung der Reifebeurteilung. In: Häßler F, Kinze W & Nedopil N (Hrsg.) Praxishandbuch der forensischen Psychiatrie des Kindes- und Jugend- und Erwachsenenalters. 79–81. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin
- Sevecke K, Krischer MK (2011) Aktuelle Entwicklungslinien in der Persönlichkeitsforschung im Jugendalter. Forens Psychiatr Psychol Kriminol 5, 154–164

2 Wenn ein Opfer zum Täter wird oder: Mit Sicherheit behandeln? Mit forensischer Sicherheit diagnostizieren!

Norbert Beck

Im rechtsmedizinischen Alltag werden vorwiegend Opfer von Gewalteinwirkungen untersucht. So hat es zumeist den Anschein, denn man sieht einen verletzten Menschen und der Erhalt von Verletzungen legt nun mal die Rolle des Opfers nahe. Doch wie verhält es sich mit selbst zugefügten Verletzungen? Wie verhält es sich damit, dass Verletzungen zwar von anderen Personen zugefügt wurden, aber der vom Opfer geschilderte Tatablauf dramatischer angegeben wird, als es die Verletzungen hergeben? Wird ein Tatverdächtiger möglicherweise zu Unrecht in Polizeigewahrsam, Untersuchungshaft genommen oder sogar nach § 126a StPO in den Maßregelvollzug eingewiesen? Jedem fallen dazu medienträchtige Fälle, wie z.B. die Strafsache Kachelmann ein. Bei kritischer Betrachtung der jeweiligen Situation stellt sich die Frage, wie nahe man mit der Interpretation von Verletzungen der abgelaufenen Realität kommt. Es geht nicht selten vor allem auch darum, den Nichttäter mit hinreichender Sicherheit und frühzeitig zu erkennen! In der vorliegenden Publikation können nicht alle aufgeworfenen Fragen beantwortet werden, aber es soll an mehreren Fallbeispielen zum kritischen Denken, Arbeiten und Hinterfragen der begutachtenden Disziplinen angeregt werden.

2.1 Gewalteinwirkungen hinterlassen Spuren, wenn die Energieübertragung adäquat war

Rechtsmediziner sind im Wesentlichen für sichtbare Folgen mechanischer Gewalteinwirkungen die richtigen Ansprechpartner, vor allem, wenn es um die Kausalitätsbeurteilung und die Rekonstruktion geht. Aber Rechtsmediziner haben auch fundierte forensisch-psychiatrische Kenntnisse zu erwerben, die im Rahmen der Facharztweiterbildung nachzuweisen sind. Neben der Beurteilung der Steuerungsfähigkeit, vor allem bei akutem Einfluss zentralnervös wirksamer Substanzen, kann der

2 Wenn ein Opfer zum Täter wird oder:
Mit Sicherheit behandeln? Mit forensischer Sicherheit diagnostizieren!

Rechtsmediziner auch in enger Zusammenarbeit mit den Abteilungen Operative Tathergangsanalyse der Landeskriminalämter psychische Folgen von Gewalteinwirkungen kritisch beleuchten. Bei der Kontaktaufnahme, Kontrollaufnahme und Kontrollaufrechterhaltung zwischen Täter und Opfer können erhebliche mechanische Gewaltübertragungen – Schläge mit oder ohne Gegenständen, Tritte, Fesselungen, u.ä. – stattfinden, müssen es aber nicht.

Im Bereitschaftsdienst können Rechtsmediziner kurze Zeit nach dem Ereignis, idealerweise wenige Stunden nach dem Ereigniszeitfenster, sowohl vermutliche Opfer als auch Tatverdächtige untersuchen, um Verletzungen anlassbezogen festzustellen und diese für den ersten Ermittlungsansatz zu interpretieren (s. Abb. 3-5).

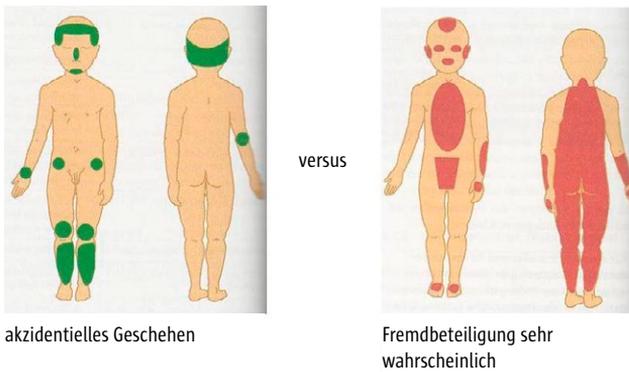


Abb. 3 Schema typische Verletzungsregionen Unfall vs. Fremdbeibringung (in Anlehnung an Herrmann et al. 2010, S. 54)



Abb. 4 Zustand nach Schlägen/Tritten ins Gesicht



Abb. 5 Zustand nach Auspeitschung mit Gürtel am Rücken – ohne Abwehrverletzungen!

In diesem Zusammenhang hat es sich in den letzten Jahren als vorteilhaft erwiesen, neben den körperlichen Befunden als Rechtsmediziner auch den neurologisch-psychiatrischen Status bei den Personen zu erheben, analog der Beurteilungskriterien nach Saß: neurologisch, hirnorganisch (Bewusstsein, Denken, inhaltliches und formales Denken), Affekt und Gesamtverhalten (Kröber 1996). Diese Daten können dann auch für die Begutachtung der Steuerungsfähigkeit Verwendung finden, insbesondere da sie neben den Beschreibungen von Laien im unmittelbaren Tatumsfeld noch eine erste forensische Epikrise in Kurzform anbieten können.

Wenn das Verletzungsbild zur Beschreibung der Ereignisse zumindest des vermeintlichen Opfers passt, wird es wohl das „echte“ Opfer sein. Aber wie sicher ist ein Rechtsmediziner? Rechtsmedizinische Gutachten finden neben den Fotos Eingang in die Ermittlungsakte als objektive Parameter. Das suggeriert eine nahe 100%ige Sicherheit in der Beurteilung und Interpretation der Verletzungsbilder. Wie bereits betont – wenn die Verletzungen zur bisherigen Aussage passen und wenn die Verletzungen auch entsprechend komplex sind, bleibt kaum ein anderer Interpretationsspielraum. Wie sieht es mit den Erwartungshaltungen aus? Die verletzte Person ist doch das Opfer! Immer? Wie hoch ist der geschätzte Anteil Nicht-Opfer unter den Verletzten? Und wie sicher erkennt ein Rechtsmediziner ein verletztes Nicht-Opfer als solches, um einen Tatverdächtigen nicht unnötig zu belasten (s. Abb. 6 u. 7)?

Rechtsmedizinische Befundbeschreibungen erfolgen detailliert und die Interpretation zu Tatabläufen wird gemäß Lage, Art, Form und Ausmaß der Verletzungen im Gutachten dargestellt.



Abb. 6 Parallelstreifigkeit der Hautritzer am Bauch

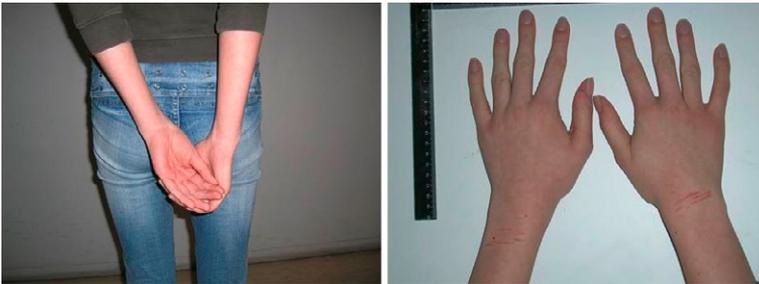


Abb. 7 Fesselung an den Handgelenken, Rekonstruktion von aktiven Handlungen in Nackenhöhe nicht möglich, dadurch Aussage nicht nachvollziehbar

- 2 Wenn ein Opfer zum Täter wird oder:
Mit Sicherheit behandeln? Mit forensischer Sicherheit diagnostizieren!

2.2 Parameter Selbstbeibringung

Anhand der nachfolgenden Liste wird die Erkennbarkeit von Selbstverletzungen deutlich, insbesondere da bei vielen Selbstverletzungen praktisch der gesamte Katalog abrufbar ist (Brinkmann u. Madea 2004, S. 1232).

1. **Art der Verletzung:** Hautritzer, oberflächliche Schnittwunden, kratzerartige Exkorationen (verursacht durch scharfe/spitze Werkzeuge oder Fingernägel)
2. **Anzahl:** Mehrzahl/Vielzahl von Einzelläsionen bei geringer Gesamtverletzungsschwere
3. **Lokalisation:** Leicht erreichbare Körperregionen, Aussparung besonders empfindlicher Bereiche
4. **Anordnung:** Gruppierte, parallele und/oder gekreuzte Verläufe; manchmal symmetrisch oder Präferenz jener Körperseite, die der Gebrauchshand gegenüberliegt
5. **Form und Gestaltung:** Auffallende Gleichförmigkeit der Einzelverletzungen, oft langstreckig, stetig, geradlinig oder leicht gekrümmt, manchmal verzweigt und nachgezogen („wie gezeichnet“); seltener auch geometrische Formen, Symbole, Buchstaben und Wörter
6. **Intensität:** Über die ganze Länge gleich bleibend geringe Tiefe der Ritz-/Schnittverletzungen (auch an gewölbten Oberflächen!)
7. **Abwehrverletzungen:** Echte Deckungs-/Abwehrverletzungen nicht vorhanden
8. **Vorbefunde:** Bei Tatwiederholung lineare Narben unterschiedlichen Alters von früheren Selbstverletzungen
9. **Kleidung:** Häufig unversehrt oder mangelnde Kongruenz von Kleiderbeschädigungen und Verletzungen
10. **Begleitverletzungen:** Nur ausnahmsweise zusätzliche Zeichen einer andersartigen Traumatisierung (z.B. Hämatome)

2.3 Wenn eine verletzte Person durch fehlerhafte Befunderhebung/Beschreibung/Interpretation zum Opfer gemacht wird

Forensisch unerfahrene Kollegen können durch falsch verwendetes Vokabular eine Gewaltbeibringung durch dritte Hand nahelegen: In dem in Abbildung 8 dargestell-

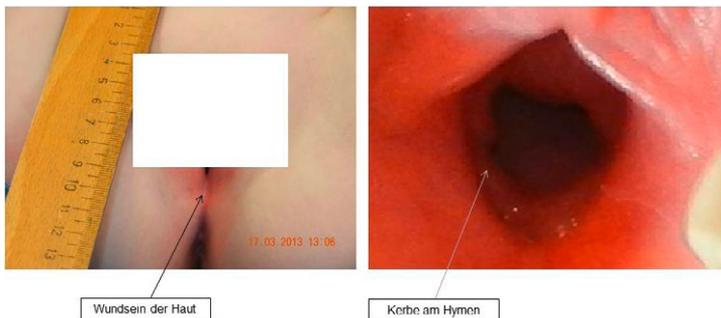


Abb. 8 Verletzungen und Normalbefunde im Genitalbereich

ten Fall wurden primär eine Abschürfung im Dammbereich und ein Einriss des Hymens am linken Bildrand („bei 9 Uhr“) beschrieben. Nach Konsultation mit einem Rechtsmediziner wurden die Abschürfung zu einem „umschriebenen Wundsein der Haut“ und der Einriss als „Kerbe, vorbestehende Entwicklungsvariation ohne traumatische Genese“ umklassifiziert!

Aber auch selbst versierte Gutachter, die einem wie auch immer entstandenen Ermittlungsdruck unterliegen, können in der Interpretation von Verletzungen suggestiven Einflüssen unterliegen und dadurch der „wahren“ Vorgeschichte nicht unbedingt näher kommen.

Deshalb sollten Rechtsmediziner in der Beurteilung der Verletzungen unbedingt zu Rate gezogen werden, da diese Fachrichtung der Medizin rekonstruktiv denkt und arbeitet, im Gegensatz zum nicht weniger wichtigen kurativen Ansatz anderer Fachrichtungen (Allgemeinmedizin, Unfallchirurgen, etc.). Das hauptsächliche Werkzeug der Rechtsmediziner ist die Befundbeschreibung, bei der die Verletzungen nach Lage, Art und Form sowie nach Anzahl, Ausmaß und Farbgebung beschrieben werden. Neben der möglicherweise subjektiv gefärbten Beschreibung ist unbedingt Wert auf eine anlassbezogene, ausreichend ausführliche Bildanlagekarte zum Gutachten zu legen, um die Befundbeschreibung objektiv belegen zu können und die Möglichkeit einer weiteren Befundinterpretation zu schaffen. Hierbei ist es zudem wichtig, auch wenn die betreffende Person oder der ermittelnde Kriminalbeamte es für unnötig erachten, eine Inaugenscheinnahme der gesamten Körperoberfläche durchzuführen, da sich hier Verletzungen, die weniger schmerzhaft sind oder nicht im Fokus des Beschwerdebildes stehen, verbergen können, die für die Rekonstruktion des Gesamtgeschehens von großer Wichtigkeit sein können. Auch wenn sich Folgen von Schlagverletzungen im Gesicht darstellen, ist es sowohl für die Beurteilung der Anzahl erhaltener Schläge, als auch für die Täter-Opfer-Dynamik unentbehrlich, Abwehrschutzverletzungen, Widerlagerverletzungen, Sturzverletzungen u.ä. an anderen Körperregionen mit zu erfassen. Nur dadurch kann die Fehlerquote in der Beurteilung eines Straftatverdachteten gesenkt werden, sodass „wahre“ Täter der adäquaten Bestrafung zugeführt und „wahre“ Nichttäter, die primär als tatverdächtig angesehen wurden, frühzeitig aus dem Fokus der Ermittlungen genommen werden können.



Forensische Sensitivität/Spezifität

- **„Forensische Sensitivität“ aus rechtsmedizinischer Sicht:** Erkennbarkeit eines Tatverdächtigen als wahren Täter. Das ist der Hauptfokus der Öffentlichkeit in Richtung Rechtsmedizin/Forensik/Polizei/Justiz.
- **„Forensische Spezifität“ aus rechtsmedizinischer Sicht:** Erkennbarkeit eines Nicht-Täters als wahren Nicht-Täter.
Also, dass der zuerst Tatverdächtige nicht in Gewahrsam übernachtet, nicht in U-Haft kommt, nicht bestraft und verurteilt wird.

Dies ist auch sehr abhängig von der Erfahrung des Gutachters, seiner Phantasie, seiner Flexibilität, seiner Egozentrik, seiner Reflexionsfähigkeit, etc.

- 2 Wenn ein Opfer zum Täter wird oder:
Mit Sicherheit behandeln? Mit forensischer Sicherheit diagnostizieren!

2.4 Zusammenfassung

Je komplexer Verletzungen sind, je detaillierter die diesbezüglichen Zeugenaussagen sind und zum Verletzungsbild auch passen, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, ein „echtes“ Opfer zu haben.

Opfer können zu Tätern werden, wenn sie

- es wollen;
- durch andere dazu gemacht werden (suggestive Vernehmung, Münchhausen by proxy, ...);
- falsch begutachtet werden.

Wenn es auch nur bei einem Teil der Verletzungen Zweifel durch im Vorverfahren beteiligte Personen gibt, sollten diese kritisch hinterfragt werden.

Beschreibungen sind subjektiv gefärbte Beweismittel, viel wesentlicher, wichtiger und objektiver sind Fotos – Übersichtsaufnahmen bis zu Detailaufnahmen mit angelegtem Maßstab. Tathergangsanalysen stehen und fallen mit ausführlichen Bildanlagekarten!

Literatur

- Brinkmann M, Madea M (2004) Handbuch Gerichtliche Medizin I. Springer-Verlag Berlin Heidelberg New York
- Dilger M, Fink T, Rittner C (2002) ReMed-Kompakt. CD-ROM. Eine interaktive rechtsmedizinische Lernsoftware. Schattauer-Verlag Stuttgart
- Herrmann B, Dettmeyer R, Banaschak S, Thyen U (2008, 2010) Kindesmisshandlung. Springer-Verlag Berlin Heidelberg New York
- Kröber HL (1996) Kriterien verminderter Schuldfähigkeit nach Alkoholkonsum. NSTZ 12, 569–616

3 Forensisch-sexualmedizinische Begutachtung

Klaus M. Beier

3.1 Überblick

Die Indikationsgebiete der Sexualmedizin weisen zahlreiche Anknüpfungspunkte für forensische Fragestellungen auf, für deren Bearbeitung auf Untersuchungsmethoden und Erkenntnisse des Faches zurückgegriffen werden kann (s. Kap. 3.2).

Die Sexualmedizin befasst sich mit Störungen in den folgenden Bereichen:

- sexuelle Funktion
- sexuelle Entwicklung
- Geschlechtsidentität
- sexuelle Präferenz
- sexuelles Verhalten
- sexuelle Reproduktion.

Kenntnisse und Fertigkeiten der Sexualmedizin sind gemäß Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Berlin als Zusatzbezeichnung erwerbbar; die Einführung auf Bundesebene ist beantragt.

Gutachtenanfragen erfolgen in der Regel durch Gerichte, seltener auch durch Ermittlungsbehörden (Staatsanwaltschaft) oder Dienstbehörden (Schulamt, Kirche etc.). Quantitativ nehmen Begutachtungen von Sexualstraftätern zu Fragen der Schuldfähigkeit und Prognose den größten Anteil ein – hierbei sind Mindestanforderungen zu beachten, um adäquat zu den Fragen des Gerichtes bezüglich des Vorliegens einer

die Schuldfähigkeit mindernden oder gar aufhebenden krankheitswertigen Störung beim Täter bzw. einer hierdurch bedingten Einschränkung der Einsichts- und Steuerungsfähigkeit zum Zeitpunkt der Tat (vgl. Boetticher et al. 2005) sowie zur Prognose (vgl. Boetticher et al. 2006) Stellung nehmen zu können. Bei Sexualstraftätern dient die Diagnostik insbesondere der Prüfung des Vorliegens einer Paraphilie (wie z. B. einer Pädophilie), die von den zu Begutachtenden abgeschirmt werden könnte, sodass Selbstauskünfte zurückhaltend bewertet werden sollten, weshalb der Einbeziehung früherer oder aktueller Sexualpartner/in eine besondere Bedeutung zukommt (und in den oben genannten Mindestanforderungen auch vorgesehen ist).

Dies gilt auch für Begutachtungen bei Störungen der sexuellen Reproduktion, die eine forensische Bedeutung bekommen können, wenn sie mit Schäden oder sogar dem Tod des Kindes einhergehen können – wie beispielsweise bei der negierten Schwangerschaft (s. Kap. 3.3.4).

Immer stärker werden diese Fragen auch in familiengerichtlichen Verfahren aufgeworfen, etwa wenn es um Umgangsregelung, Sorgerecht oder Aufenthaltsbestimmungsrecht geht und als maßgebliche Einschränkung der Erziehungsfähigkeit seitens des Kindesvaters eine pädophile Neigung geltend gemacht wird. Mit Blick auf das Kindeswohl wird dann (von der Kindesmutter) ein Übergriffsrisiko angenommen, weshalb beispielsweise ein unbegleiteter Umgang unterbunden werden müsse. Gutachtenaufträge betreffen daher in der Regel die Frage, ob eine solche pädophile Neigung vorliegt und inwiefern diese gegebenenfalls eine Gefahr für das Kind bzw. die Kinder des Vaters darstellen könnte. Sexualmedizinische Expertise ist umso mehr gefordert, als auch andere Präferenzstörungen (beispielsweise ein Fetischismus) in einem familiengerichtlichen Verfahren Gegenstand ähnlicher Vermutungen der Kindesmutter werden können – stets wird das Modell zugrunde gelegt, dass beim Vorliegen einer sexuellen Präferenzstörung des Kindesvaters dieser zugleich keinerlei (oder zumindest eine nicht ausreichende) Verhaltenskontrolle aufweisen würde und bei jeder sich ergebenden Gelegenheit seine sexuellen Bedürfnisse ausleben und dabei auch die eigenen Kinder einbeziehen würden. Es ist damit zu rechnen, dass sich derartige Anfragen in zivilrechtlichen Verfahren häufen werden, für die sexualmedizinisch qualifizierte Gutachter benötigt werden (s. Kap. 3.4).

Eher selten, wenn auch sexualmedizinisch relevant, sind Begutachtungen nach dem Betreuungsgesetz, etwa zur Frage der Sterilisation geistig Behinderter, in denen zum konkreten Schwangerschaftsrisiko, aber auch zu den sexualpädagogischen Möglichkeiten einer ungewollten Schwangerschaft Stellung genommen werden muss (s. Kap. 3.5).

Einen großen Stellenwert wiederum nehmen Begutachtungen nach dem Transsexuellengesetz ein, die von den für Personenstandsfragen zuständigen Amtsgerichten in Auftrag gegeben werden und eine Herausforderung darstellen, da immerhin zur Irreversibilität einer Geschlechtsidentitätstransposition Stellung genommen werden muss, weil nur diese Voraussetzung für eine Vornamensänderung nach dem Transsexuellengesetz sein kann (gleichwohl diese Gutachten dann von den Betroffenen in der Regel auch genutzt werden, um körperverändernde Maßnahmen zu erreichen). Es dürfte klar sein, dass lediglich die Wiedergabe der Auffassung eines Betroffenen, transsexuell zu sein, keine ausreichende Grundlage für eine Begutachtung darstellt, was zugleich die Kernproblematik beschreibt: Die Betroffenen fühlen sich häufig zu Unrecht auf den „Prüfstand“ gestellt, weil sie selbst ja der Überzeugung sind, dass

ihre Problematik durch eine (vermeintlich vorliegende) Transsexualität hinreichend erklärt wird und sind kaum bereit, sich mit alternativen diagnostischen Einschätzungen überhaupt nur auseinanderzusetzen. Umso mehr ist hier die Orientierung an den vorliegenden Standards (vgl. Becker et al. 1997) erforderlich – weil hierdurch die größtmögliche Sicherheit besteht, tatsächlich dem dauerhaften Wohl der Patienten gerecht zu werden als voreilig eine sich dann als falsch herausstellende (Fehl-)Diagnose Transsexualität zu bestätigen (s. Kap. 3.6).

3.2 Fachverständnis und Untersuchungsmethoden der Sexualmedizin

3.2.1 Biopsychosozialer Ansatz und Multifunktionalität der Sexualität

Sexualität wird in der Sexualmedizin als eine biologisch, psychologisch und sozial determinierte Erlebnisqualität des Menschen verstanden, die in ihrer individuellen Ausgestaltung von der lebensgeschichtlichen Entwicklung geprägt ist. Sexualität umfasst dabei in einem weiten Sinn alles, was mit Frau- und Mann-Sein, mit Geschlechtsidentität und Geschlechtsrollen zu tun hat, im engeren Sinn auf die Geschlechtsorgane und ihre Funktionen, wobei jedoch neben dem Genitale für das sexuelle Erleben und Verhalten alle Sinnesorgane und das Gehirn als deren zentraler Schaltstelle eine entscheidende Rolle spielen. Dabei sind Biologisches, Psychisches und Soziales zwar aus didaktischen Gründen zu unterscheiden, in der Realität jedoch nicht trennbar, d.h. je für sich allein nicht existent.

Angesichts der Multifunktionalität von Sexualität ist es erforderlich, sich Aufschluss über ihre maßgeblichen Dimensionen zu machen, die in einer engen Wechselbeziehung stehen und begrifflich wie folgt unterscheidbar sind:

- Die Lustdimension beinhaltet die Möglichkeiten des Lustgewinns durch sexuelles Erleben.
- Die Fortpflanzungsdimension umfasst die Bedeutung der Sexualität für die Reproduktion.
- Die Beziehungsdimension betont die Bedeutung der Sexualität für die Befriedigung grundlegender biopsychosozialer Bedürfnisse nach Akzeptanz, Nähe, Sicherheit und Geborgenheit durch sexuelle Kommunikation in Beziehungen.

In der Sexualmedizin findet dabei die Beziehungsdimension in besonderer Weise Beachtung, was auf Erkenntnisse der Verhaltensforschung und Entwicklungspsychologie gestützt wird, wonach Säugetiere, im besonderen Primaten und vor allem der Mensch auf Bindung programmierte und von Bindungen abhängige „Beziehungswesen“ sind, deren Überlebenschancen von der Erfüllung existenzieller Grundbedürfnisse nach Angenommen-Sein und Zugehörigkeit abhängen, welche sich besonders intensiv in der körperlichen Nähe von (intimen) Beziehungen verwirklichen lassen – mit den daraus resultierenden Gefühlen von Geborgenheit und Sicherheit. Alle sexualmedizinischen Interventionen basieren auf diesem Grundverständnis (vgl. Beier u. Loewit 2004; Beier et al. 2005).

3.2.2 Beziehungszufriedenheit als Parameter für Lebensqualität

Neurobiologische Befunde zeigen immer deutlicher, in welchem Ausmaß das Gehirn ein auf zwischenmenschliche Beziehungen eingestelltes und von Bindungen abhän-