

Übersichten

Rechtsmedizin 2009 · 19:213–218
 DOI 10.1007/s00194-009-0620-5
 Online publiziert: 12. Juli 2009
 © Springer Medizin Verlag 2009

V. Dittmann
 Institut für Rechtsmedizin, Universität Basel

Schuldfähigkeit unter dem Einfluss psychotroper Substanzen

Die generelle Pharmakodynamik und Pharmakokinetik der meisten forensisch-psychiatrisch relevanten Substanzen sind durch Experiment und klinische Beobachtung bekannt. Dennoch kann es sehr schwierig sein, diese Erkenntnisse auf den konkreten Einzelfall zu übertragen, da die substanzunabhängigen Variablen oft in ihrer Bedeutung bei Weitem überwiegen. Schon beim einfachsten und am besten untersuchten Stoff, dem Äthanol, gibt es entgegen immer noch anzutreffender Ansicht keine enge überindividuelle Dosis-Wirkungs-Beziehung. Wegen teilweise unüberschaubarer Interaktionen sind die psychopathologischen Symptome bei anderen Substanzen und vor allem bei Rauschmittelkombinationen noch schwieriger vorherzusagen.

Vorgehen bei der Beurteilung der Schuldfähigkeit

Über die bei der Beurteilung der Schuldfähigkeit anzuwendenden Standards herrscht zwischen forensischer Psychiatrie und Jurisprudenz weitgehend Einigkeit. Die wesentlichen *Qualitätskriterien* sind etabliert ( **Infobox 1**; [2, 6, 10, 15]) und werden bei der kritischen Analyse von Gutachten auch von Juristen umfassend angewendet. Auf der ersten Stufe hat zunächst eine *Basisdiagnose* zu erfolgen. Dabei sind mit der üblichen psychiatrischen Technik die Anamnese zu er-

leben, die Biografie insbesondere auch unter kriminologischen Gesichtspunkten zu analysieren, die Psychopathologie nach einem anerkannten System zu beschreiben und schließlich ist, als Besonderheit der forensisch-psychiatrischen Arbeitsweise, eine exakte Handlungsanalyse der zur Last gelegten Tat vorzunehmen. Danach ist zu entscheiden, ob eine oder mehrere psychiatrische Diagnosen, bezogen auf den Tatzeitpunkt, zu stellen sind. Dabei sind international akzeptierte Klassifikationssysteme zugrunde zu legen; in der deutschsprachigen Forensik gilt die International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10 der World Health Organization) als Referenzsystem. Als Nächstes folgt ein *Quantifizierungsschritt*, da nicht jede in der ICD-10 aufgeführte Störung den notwendigen Schweregrad erreicht, um forensisch relevant zu sein. Im Zusammenhang mit

dem Konsum psychotroper Substanzen muss geprüft werden, ob infolge des akuten Einflusses eines Rauschmittels oder aufgrund aktueller Entzugssymptome eine *krankhafte seelische Störung* im Sinne von §§ 20, 21 des Strafgesetzbuches (StGB) vorliegt oder ob eine Abhängigkeitserkrankung solchen Schweregrades vorhanden ist, dass das gesetzliche Merkmal der *schweren anderen seelischen Abartigkeit* erfüllt ist. Auf der letzten, der normativen Stufe, die eigentlich in den juristischen Kompetenzbereich fällt, weil es um das Problem der Zumutbarkeit normkonformen Verhaltens geht, ist schließlich nochmals zu prüfen, ob kognitive Funktionen so erheblich beeinträchtigt waren, dass dies Einfluss auf die *Einsichtsfähigkeit* haben konnte. War die Einsichtsfähigkeit nicht beeinträchtigt, erfolgt auf der letzten Stufe der normativen Überlegungen die Prüfung der voluntativen Komponente, der *Steuerungsfähigkeit*.

Hier steht eine Anzeige.

 Springer

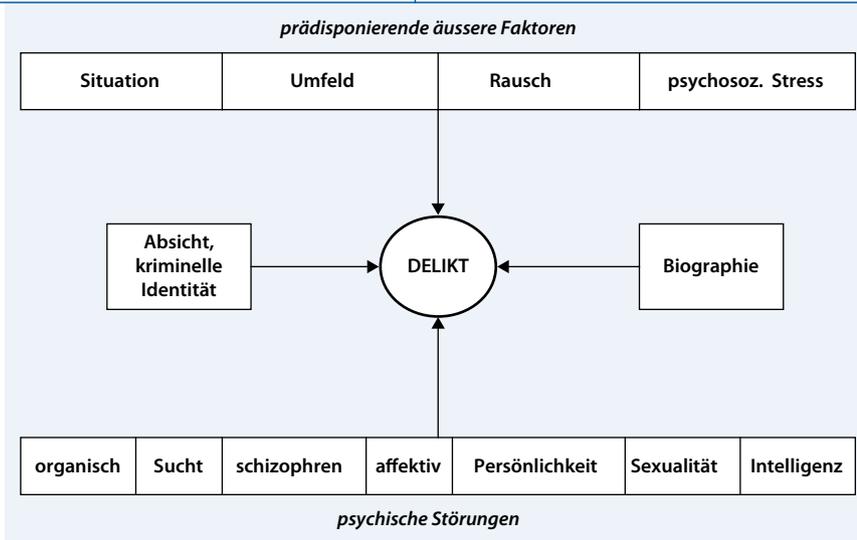


Abb. 1 ▲ Faktoren, die bei der Analyse von Tatverhalten und Schuldfähigkeit zu berücksichtigen sind

Komplexes motivationales Bedingungsgefüge strafbarer Handlungen

Die forensisch-psychiatrische und kriminologische Analyse strafbarer Handlungen, die unter dem Einfluss psychotroper Substanzen begangen werden, kann sich niemals nur auf die Wirkung der Substanz selbst beschränken. Eine derart eingleisige Betrachtungsweise, nämlich die Überzeugung, dass bestimmte forensisch relevante Ausfallserscheinungen relativ fest mit bestimmten Substanzkonzentrationen im Blut korrelieren, ist dennoch weit verbreitet und beherrschte bei Straftaten unter Alkoholeinfluss lange Zeit sogar die höchstrichterliche Rechtsprechung in Deutschland, und dies gegen die überwiegende und immer wieder vorgetragene Mehrheitsmeinung der forensischen Psychiater und Rechtsmediziner. Es fand lange eine eigentliche Promillerechtsprechung statt, wobei die Auffassung vertreten wurde, dass die Erkenntnisse aus den „exakten“ Labormesswerten der angeblich wenig fassbaren und schwer nachvollziehbaren psychopathologischen Tatanalyse überlegen seien. Erst nach mehreren Jahren wurde dies vom Bundesgerichtshof (BGH) endlich korrigiert [6, 7, 9, 10, 12].

Welche wesentlichen Faktorengruppen bei der Analyse einer Straftat aus forensisch-psychiatrischer Sicht zu beachten sind, soll **Abb. 1** in starker Vereinfachung veranschaulichen. Man erkennt,

dass neben dem in diesem Zusammenhang im Vordergrund stehenden akuten Rauschmitteleinfluss eine Fülle weiterer Bedingungen das Tatverhalten und damit auch die Schuldfähigkeit beeinflussen kann. Neben der aktuellen Situation, in der sich der Täter befindet, sind dies insbesondere auch Persönlichkeitsfaktoren und zusätzlich vorhandene weitere psychische Störungen.

Pharmakokinetische und -dynamische (Vor-)Urteile

Die bisherigen Erkenntnisse zur Pharmakokinetik und Pharmakodynamik sowie ihre Auswirkung auf die Schuldfähigkeitsbeurteilung sollen im Folgenden am Beispiel des Äthanol ausgeführt und kritisch betrachtet werden. Äthanol ist in kriminologischer Hinsicht immer noch die wichtigste kriminogene psychotrope Substanz, insbesondere bei Aggressions- und Sexualdelikten. Es ist zugleich von allen Rauschmitteln auch bei Weitem am besten untersucht. Das in experimentellen Untersuchungen ermittelte Konzentrations-Zeit-Diagramm ist relativ einfach und übersichtlich. Jeder, der mit dem Problem Alkohol und Straftat zu tun hat, hat es quasi vor Augen. Der gradlinige Abfall nach Abschluss der Resorptionsphase ermöglicht einfache Rückrechnungen. Insbesondere Juristen sind gewohnt, mit derartigen Zahlenwerten auch normativ umzugehen. In Wirklichkeit sind im täglichen Leben bereits bei dem relativ ein-

fachen Stoff Äthanol die Verhältnisse viel weniger überschaubar, als die glatten Kurven in den Lehrbüchern glauben machen könnten. Allein die unterschiedlichen Bedingungen bei der Resorption beeinflussen bei gleicher Trinkmenge das Konzentrations-Zeit-Diagramm ganz erheblich. Im Allgemeinen wird davon ausgegangen, dass bei rascher Resorption ein steilerer Anstieg der Blutalkoholkurve erfolgt und dass in dieser Phase die pharmakodynamische Wirkung der Pharmakokinetik vorseilt, d. h. dass bei gleichen Konzentrationen in der Anflutungsphase die Wirkung stärker ist als in der Resorptionsphase [1]. Dieses Phänomen wurde schon sehr früh in der Alkoholforschung festgestellt. Experimentelle Arbeiten, die forensisch-psychiatrischen Standards gerecht werden könnten, fehlen aber. Dies gilt auch für nahezu alle anderen psychotropen Substanzen: Vieles erscheint plausibel und primär einleuchtend, durchsucht man jedoch die Literatur nach großen experimentellen Arbeiten, die auch methodisch einer kritischen Überprüfung standhalten, greift man häufig ins Leere.

Seit Jahren und auch heute noch findet man in der Literatur Tabellen, in denen versucht wird, eine bestimmte Blutalkoholkonzentration mit einem psychopathologischen Ausfallsbild zu korrelieren. In **Tab. 1** wurden willkürlich aus drei zwischen 1975 und 2002 erschienenen verbreiteten Lehrbüchern entsprechende Daten zusammengestellt. Die Angaben differieren teils erheblich. Man hat beinahe den Eindruck, dass seit 1975 das Äthanol irgendwie „giftiger“ oder die Konsumenten sensibler geworden sein müssen – wofür bei anhaltend hohem Pro-Kopf-Verbrauch und damit weiterhin erheblicher Gewöhnung allerdings nichts spricht –, da über die Jahre bei gleichen Konzentrationen in den Lehrbüchern ein deutlicher Trend zur Verstärkung der Wirkung erkennbar wird. Diese Tabelle zeigt auch exemplarisch, dass es für den Sachverständigen nicht einfach ist, dem Juristen die „herrschende wissenschaftliche Meinung“ über den Zusammenhang einer bestimmten Blutalkoholkonzentration mit psychopathologischen Phänomenen zu vermitteln. Dies unterstreicht nochmals die Kritik an der eingangs erwähnten „Promillerechtsprechung“. Entgegen einer auch bei

Juristen weit verbreiteten Meinung beruhen derartige Angaben eben nicht auf experimentellen Untersuchungen, sondern die Autoren stützen sich vielmehr auf „Erfahrungswerte“, wobei man häufig ein zirkuläres Zitieren vor allem älterer Arbeiten feststellen kann. Es wundert auch nicht, dass in neuerer Zeit experimentelle Untersuchungen zumindest in dem Blutalkoholkonzentrationsbereich (zwischen 2 und 3‰), der forensisch-psychiatrisch relevant ist, nicht erfolgt sind. Es scheint kaum denkbar, dass derartige Studien heute noch von einer Ethikkommission genehmigt würden.

Eine erste *Zwischenbilanz* muss daher lauten: Bereits bei dem am besten untersuchten psychotropen Stoff ist es schon im Regelfall kaum möglich, eine einigermaßen verlässliche Korrelation zwischen Konzentration und forensisch-psychiatrisch relevanter Psychopathologie festzustellen.

Rauschphasenspezifische Wirkungen und Kombinationseffekte

Es ist aus mehreren Gründen nicht einfach, methodisch unanfechtbare Studien zur rauschphasenabhängigen Wirkung und zu Kombinationseffekten durchzuführen, die ja mit der in foro geforderten wissenschaftlichen Zuverlässigkeit Stellungnahmen im Einzelfall ermöglichen müssten. Dies soll nachfolgend an einem Beispiel gezeigt werden. Cone [4] publizierte 1995 eine aufwendige experimentelle Studie zur Pharmakokinetik und Pharmakodynamik von Kokain. Untersucht werden sollten diese Parameter im Zeitverlauf. Außerdem sollte versucht werden, die Plasmakonzentrationen mit psychopharmakologischen Effekten zu korrelieren, und schließlich sollte der Einfluss verschiedener Aufnahmewege (i.v., nasal, als „crack“ geraucht) analysiert werden. Die Studie wurde mit nur 6 freiwilligen männlichen Versuchspersonen durchgeführt, die bereits in so vielen persönlichen Parametern differierten, dass generalisierbare Aussagen auch wegen der geringen Probandenzahl nicht zu erwarten waren: Das Lebensalter lag zwischen 30 und 43 Jahren. Alle Versuchspersonen hatten Vorerfahrungen mit Alkohol, Cannabis, Heroin und Kokain, den-

Rechtsmedizin 2009 · 19:213–218 DOI 10.1007/s00194-009-0620-5
© Springer Medizin Verlag 2009

V. Dittmann

Schuldfähigkeit unter dem Einfluss psychotroper Substanzen

Zusammenfassung

Für eine fachgerechte Begutachtung der Schuldfähigkeit bei Straftaten unter dem Einfluss psychotroper Stoffe werden über die theoretisch möglichen Substanzwirkungen hinaus zahlreiche weitere Informationen benötigt: Liegen Gewöhnung oder Abhängigkeit, weitere psychische Störungen, Auffälligkeiten der Persönlichkeitsstruktur und Suchtfolgekrankheiten wie z. B. hirnorganische Schädigungen vor? Im Zentrum der Beurteilung stehen neben den nachgewiesenen Wirkstoffspiegeln die Analyse des Verhaltens vor, während und nach der Tat, vor allem der psychopathologische Befund un-

ter Berücksichtigung subjektiver und objektiver Angaben, aber auch das noch erhaltene psychische Leistungsvermögen, besonders im Hinblick auf Realitätsbezug, Impulssteuerung und Affektivität. In allen komplexen Fällen empfiehlt sich die enge Zusammenarbeit zwischen forensischer Toxikologie und forensischer Psychiatrie.

Schlüsselwörter

Forensische Psychiatrie · Schuldfähigkeit · Psychotrope Substanzen · Begutachtung · Qualitätssicherung

Criminal responsibility under the influence of psychotropic substances

Abstract

In addition to the analytically determined concentrations and the theoretically possible effects, a wide range of further information is needed for a professional assessment of criminal responsibility for crimes committed under the influence of psychoactive substances. Are substance-related disorders, such as dependence or mental disorders present and what is the personality structure of the perpetrator? In addition to the levels of active substances detected, of special importance for an assessment are not only analysis of the behaviour before, during and after the act,

the psychopathology under consideration of subjective and objective details but also capabilities shown during the crime. Perception of reality, control of impulses and affectivity are the most important criteria. In complex cases the close cooperation between forensic toxicology and forensic psychiatry is necessary.

Keywords

Forensic psychiatry · Criminal responsibility · Psychotropic substances · Forensic expertise · Quality assurance

Tab. 1 Blutalkoholkonzentration und psychische Wirkung nach verschiedenen Autoren

Blutalkoholkonzentration (‰)	Schwerd (1975; [13])	Forster u. Ropohl (1989; [8])	Burtscheidt (2002; [3])
Bis 0,5	Unauffällig	Leichte Enthemmung	Enthemmung, Affektlabilität
0,5–1,0	Euphorie, Kritischschwäche	Euphorie, Kritischschwäche	Mäßiger Rausch
1,0–2,0	Mittlere Trunkenheit	„Toxische Reizoffenheit“	Verlust der Steuerungsfähigkeit
2,0–3,0	Zunehmende Verwirrtheit	Rausch, Denkstörung	Bewusstseinstrübung
Über 3,0	Schwere Trunkenheit	Schwerer Rausch	Koma

Tab. 2 Kriterien, die für und die gegen eine Beeinträchtigung der Schuldfähigkeit sprechen

Argumente für Beeinträchtigung	Argumente gegen Beeinträchtigung
<ul style="list-style-type: none"> – Gestörte Orientierung – Einengung des Wahrnehmungsfeldes – Situations- oder Personenverkenning – Denkstörungen – Schablonenhaftes Handeln – Missverhältnis zwischen Anlass und Reaktion („toxische Reizoffenheit“) – Abrupter Tatablauf ohne Sicherungstendenzen – Auffallende Psychomotorik (Hyper- oder Hypoaktivität) – Fehlende Affektmodulation (z. B. „Hängenbleiben“ in dysphorisch-gereiztem Affektzustand) – Deutliche neurologische Ausfälle 	<ul style="list-style-type: none"> – Ankündigung der Tat in nüchternem Zustand – Vorbereitungshandlungen und planmäßige Durchführung – Logische und schlüssige Handlungen – Zielgerichtete Beherrschung des Tatgeschehens durch den Täter – Lang hingezogenes, komplexes Tatgeschehen – Fähigkeit, auf äußere Einflüsse oder unerwartete Hindernisse adäquat zu reagieren – Geordnetes Nachtatverhalten, Spurenbeseitigung – Erhaltene Introspektionsfähigkeit – Detailreiche Erinnerung

noch wurde keiner von ihnen als abhängig bezeichnet. Die individuellen Erfahrungen mit Kokainkonsum lagen zwischen 6 Monaten und 22 Jahren. Überträgt man dies auf die derzeit im deutschen Sprachraum vorherrschenden epidemiologischen Verhältnisse bei mehrfachabhängigen Kokainkonsumenten, ist eine Vergleichbarkeit kaum noch gegeben. Analysiert man die Ergebnisse dieser Studie, kann man keinen Zweifel daran haben, dass sorgfältig gearbeitet wurde. Insbesondere die psychologischen Parameter wurden mit anerkannten Messinstrumenten erhoben. Sie zeigten aber bezüglich der Relation zwischen Serumspiegel und Psychopathologie eine so starke Variabilität, dass feste Regeln nicht abgeleitet werden konnten. Die Aussagekraft derartiger Studien für den Einzelfall wird zusätzlich noch dadurch stark relativiert, dass allein aus ethischen Gründen Kokaindosen verwendet werden mussten, die deutlich unter denen lagen, die bei Abhängigen üblich sind. Diese Studie zeigt auch beispielhaft, wie schwierig es bereits ist, aussagekräftige Resultate für eine einzelne Substanz zu erhalten.

Noch komplexer ist die Situation bei *Rauschmittelkombinationen*. Kombinationswirkungen mehrerer Medikamente sind in der klinischen Pharmakologie ausführlich untersucht worden. In jedem Beipackzettel wird auf mögliche Unverträglichkeiten und Wirkungsveränderungen bei der Einnahme zusätzlicher Substanzen hingewiesen, dabei werden – auch aus haftungsrechtlichen Gründen – alle nur möglichen Wirkungen aufgeführt. Ob diese im Einzelfall auftreten, lässt sich daraus nicht ableiten. Bei einer Kombination mehrerer Substanzen sind theoretisch folgende Wechselwirkungen denkbar:

- Es kommt zu gar keiner Interaktion.
- Eine gegenseitige Wirkungsverstärkung kann auftreten; diese kann additiv, potenzierend oder auch nur partiell sein.
- Es kann zu einer Wirkungsverminderung im Sinne eines kompletten oder partiellen Antagonismus kommen.
- Und schließlich kann es zu einer Wirkungsveränderung mit ganz neuen Effekten kommen, die keine der Einzelsubstanzen für sich allein aufweist.

Die Gründe dafür, dass es kaum forensisch-psychiatrisch verwertbare Studien zu Interaktionen psychotroper Substanzen gibt, liegen nunmehr auf der Hand: Wie das Beispiel Kokain zeigt, ist die Komplexität schon bei der Analyse von Einzelsubstanzen sehr hoch. Haben wir es mit mehreren Mitteln zu tun, sind Interaktionen in allen Stadien der Kinetik möglich. Es gibt zwar eine Fülle von Einzelbefunden überwiegend aus epidemiologischen Studien, häufig im Zusammenhang mit verkehrsmedizinischen und verkehrstoxikologischen Untersuchungen, die jedoch, da sie retrospektiv sind, alle mit den entsprechenden methodischen Mängeln behaftet sind oder als experimentelle Studien Dosisbereiche berücksichtigen, die deutlich unter den in der forensischen Psychiatrie anzutreffenden liegen. Methodisch unanfechtbare prospektive Studien sind aus nahe liegenden Gründen praktisch nicht durchführbar. Die Anzahl denkbarer Kombinationen ist wahrhaft gigantisch. Man würde sehr viele Probanden benötigen, die man zudem Dosierungen aussetzen müsste, die von keiner Ethikkommission genehmigt würden.

Die fehlenden wissenschaftlichen Grundlagen wirken sich in der Begutachtungspraxis zumeist so aus, dass nach „allgemeinen Erfahrungsregeln“ geurteilt wird. Bei gleicher Wirkungsweise der Einzelsubstanzen wird meist eine Verstärkung angenommen. Es kommen aber auch simplifizierende Fehlschlüsse vor wie z. B., dass Sedation und Stimulation sich gegenseitig neutralisieren sollten. Ein derartiger Fall wurde vor einiger Zeit vom BGH (4 StR 131/00) entschieden: Es ging um die Kombination von Kokain und Alkohol zum Tatzeitpunkt. Ein Landgericht hatte, „sachverständig“ beraten, keine Verminderung der Schuldfähigkeit angenommen, da der Gutachter „überzeugend ausgeführt hatte, dass die Wirkungen des Kokains und des Alkohols sich quasi aufheben, weil Kokain eine euphorische Wirkung, Alkohol jedoch eine stark beruhigende Wirkung zeige.“ Der BGH hob dies Urteil mit Recht auf und wies darauf hin, dass Kokain als berauschendes Mittel auch zu einer Enthemmung führen könne. Naturwissenschaftlich gesicherte Erkenntnisse, die der Annahme einer solchen Kombinationswirkung der Enthemmung

von Alkohol und Kokain entgegenstünden, lägen nicht vor. Vielmehr könnten nach den bisherigen wissenschaftlichen Erkenntnissen die Wechselwirkungen bei einer Mischintoxikation infolge Alkohol- und Kokaingenusses unterschiedlich ausfallen. Dies gibt immer noch den derzeitigen wissenschaftlichen Erkenntnisstand zutreffend wieder: Kokain und Alkohol werden häufig kombiniert; je nach Dosis und Rauschstadium ist auch eine Verstärkung der Euphorie und der Enthemmung möglich. Insbesondere, wenn man berücksichtigt, dass bei der Kombination auch eine völlig neue Substanz, das Kokaäthylen entstehen kann, von dem man inzwischen weiß, dass es noch stärker euphorisierend und länger wirkt, insgesamt toxischer ist und Aggressionen noch stärker fördert als Kokain [11, 14]

Standards der Begutachtung

Trotz der aufgelisteten Schwierigkeiten lassen sich die folgenden Standards für die forensisch-psychiatrische Begutachtung des Einflusses psychotroper Substanzen aufstellen. Dass diese Aufgabe nur einem auch toxikologisch besonders erfahrenen forensischen Psychiater übertragen werden sollte, ist zwar selbstverständlich, aber noch nicht überall gängige Praxis.

1. Zunächst ist zu unterscheiden, ob es sich nur um einen *behaupteten Konsum* handelt oder ob die Substanz durch eine *toxikologische Analyse* nachgewiesen wurde. Es ist Aufgabe des Sachverständigen, dem Gericht aufzuzeigen, welches *theoretische Wirkungsspektrum* überhaupt zu erwarten ist, also zumindest die denkbaren Ober- und Untergrenzen anzugeben. Allein richterliche Aufgabe ist es zu entscheiden, wieweit den Angaben eines Angeschuldigten über seinen Konsum zu folgen ist.

2. Im Weiteren ist zu analysieren, ob bei der betreffenden Person bereits eine *Gewöhnung* oder gar *Abhängigkeit* vorliegt oder ob es sich um einen Erst- oder Einmalkonsumenten handelt, da je nach dem bei gleicher Dosis mit unterschiedlichen Wirkungen zurechnen ist.

3. Sodann ist festzustellen, ob bereits *Suchtfolgekrankheiten* vorliegen, die für sich allein oder in Kombination mit der Substanzwirkung zu relevanten psycho-

Infobox 1

Checkliste der Qualitätskriterien. ([5])

Struktur: Produktionsmittel

- Fachliche Kompetenz (forensisch-psychiatrisch, toxikologisch)?
- Ausreichende eigene Erfahrung mit dem konkreten Problem?
- Zugang zu den notwendigen „Produktionsmitteln“?
- Unabhängigkeit des Gutachters?

Prozess: Herstellung des Gutachtens

Auftrag und Fragestellung

- Problem erfasst?
- Fragestellung abgesprochen und ggf. korrigiert?

Materialsammlung

- Alle notwendigen Akten beigezogen?
- Krankengeschichten ausgewertet?
- Vorgutachten berücksichtigt?

Eigene Untersuchungen

- Ort, Umstände und Dauer und Beteiligte der Untersuchungen genannt?
- Probanden aufgeklärt?
- Untersuchungsmethoden, deren Erkenntnismöglichkeiten und Grenzen?

Anamneseerhebung

- Biografie ausreichend erhoben?
- Tat- und diagnosenrelevante Bereiche exploriert?
- Wenn notwendig und möglich, Fremdauskünfte berücksichtigt?

Psychischer Befund

- Systematische Erhebung der Psychopathologie (z. B. nach dem System der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie)?
- Angemessene Untersuchungsdauer?

Weitere Untersuchungen

- Toxikologischer Befund?
- Notwendige körperliche Abklärung?
- Testpsychologie, falls erforderlich und möglich?
- Weitere indizierte Untersuchungen (Labor, EEG, Bildgebung)?

Ergebnis: Gutachten als Endprodukt

- Klare Gliederung und übersichtliche Darstellung?
- Trennung von Befunden und Interpretation?
- Angemessene Sprache?
- Erkennbare Objektivität und Unabhängigkeit?
- Wesentliche Befunde nachvollziehbar dokumentiert?
- International akzeptiertes Diagnosensystem (ICD-10)?
- Transparente kriterienorientierte Zuordnung zu diagnostischen Kategorien?
- Orientierung an objektifizierbaren Befunden?
- Berücksichtigung von Mehrfachdiagnosen?
- Diskussion von Unsicherheiten und Differenzialdiagnosen?
- Transparente Zuordnung der Diagnosen zu juristischen Eingangsmerkmalen?
- Darstellung der tatrelevanten Funktionsbeeinträchtigung und der erhaltenen Leistungsfähigkeit?
- Nachvollziehbare Quantifizierung?
- Erkenntnisbedingte Unsicherheiten, Widersprüche und Schwierigkeiten aufgezeigt?
- Nur auf allgemein anerkanntes psychiatrisch-psychologisches Wissen bezogen (Lehrbuchstandard)?
- Hinweis auf Alternativhypothesen und deren Wahrscheinlichkeit?

pathologischen Symptomen oder Verhaltensänderungen führen können.

4. Zusätzlich ist zu untersuchen, ob weitere psychische Störungen im Sinne einer häufig anzutreffenden *Komorbidität* vorliegen, insbesondere Psychosen und Persönlichkeitsstörungen.

5. Eine Analyse der *Persönlichkeitsstruktur* ist erforderlich, um Aussagen darüber zuzulassen, welche allgemeinen Handlungs- und Erlebenstendenzen vorliegen, die durch den Konsum einer psychotropen Substanz verstärkt oder herabgesetzt worden sein können.

6. Kernstück jeder forensisch psychiatrischen Begutachtung ist eine detaillierte *Handlungsanalyse des Geschehens vor, während und nach der Tat*. Dabei sind die subjektiven Angaben des Betroffenen den objektiven Ermittlungsergebnissen gegenüberzustellen; dies wiederum setzt umfassende Aktenkenntnis voraus. *Cave*: Die Begutachtung eines Sachverhalts allein auf der Basis von Laborwerten entspricht nicht den anerkannten Regeln der forensischen Psychiatrie.

7. Aus der Handlungsanalyse und allfälligen Zeugenaussagen ist ein *psychopathologischer Tatzeitbefund* zu rekonstruieren; dabei sind sowohl die festgestellten Ausfallerscheinungen als auch das noch vorhandene Leistungsvermögen zu beurteilen, da nur so eine zuverlässige Quantifizierung möglich ist. Wichtige Kriterien sind dabei kognitives Leistungsvermögen, u. a. überprüfbar am *Realitätsbezug*, die *Impulskontrolle* und die *Affektivität*.

8. Sodann ist im Sinne einer umfassenden qualitativen und quantitativen Gesamtschau darzulegen, welche Argumente für und welche gegen eine Beeinträchtigung der Schuldfähigkeit sprechen, dabei sollten insbesondere die in **Tab. 2** aufgeführten Merkmale berücksichtigt werden. Es sind nur aussagekräftige, in der forensischen Psychiatrie etablierte Kriterien zu verwenden. Hier wird z. B. immer wieder der Fehler gemacht, aus einer angegebenen *Erinnerungslücke* auf eine Amnesie und damit auf eine schwere Bewusstseinsstörung zu schließen, ohne zu bedenken, dass dieses Merkmal in der forensisch-psychiatrischen Bewertung nahezu wertlos ist, da retrospektiv niemals zwischen echter Erinnerungslosigkeit, Simulation oder mehr der minder bewusst-

seinsnahen normalpsychologischen Verdrängungsvorgängen unterschieden werden kann.

9. Komplexe Fälle können nur durch interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen forensischer Toxikologie und Psychiatrie fachgerecht gelöst werden.

Fazit für die Praxis

Die forensisch-psychiatrische und kriminologische Analyse strafbarer Handlungen, die unter dem Einfluss psychotroper Substanzen begangen werden, darf sich nicht nur auf die Wirkung der psychotropen Substanz selbst beschränken. Neben dem Rauschmittel haben weitere Bedingungen das Tatverhalten und damit auch die Schuldfähigkeit beeinflusst. Dies sind die aktuelle Situation, in der sich der Täter befindet, sowie dessen Persönlichkeitsfaktoren und zusätzlich vorhandene weitere psychische Störungen. Bereits bei dem in diesem Zusammenhang am besten untersuchten Rauschmittel Äthanol ist es schon kaum möglich, eine verlässliche Korrelation zwischen Konzentration und forensisch-psychiatrisch relevanter Psychopathologie festzustellen. Noch komplexer ist die Situation bei Rauschmittelkombinationen. Die fehlenden wissenschaftlichen Grundlagen wirken sich in der Begutachtungspraxis zumeist so aus, dass nach „allgemeinen Erfahrungsregeln“ geurteilt wird. Diese lassen sich in die oben aufgeführten Standards und Qualitätskriterien für die forensisch-psychiatrische Begutachtung eingliedern. Dass die Aufgabe der Begutachtung nur einem auch toxikologisch besonders erfahrenen forensischen Psychiater übertragen werden darf, sollte selbstverständlich sein. Komplexe Fälle können nur durch interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen forensischer Toxikologie und Psychiatrie fachgerecht gelöst werden.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. V. Dittmann

Institut für Rechtsmedizin, Universität Basel
Pestalozzistr. 22, 4056 Basel
Schweiz
Volker.dittmann@bs.ch

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- Berghaus G, Grass H (2003) Fahrsicherheit unter Alkoholwirkung. In: Madea B, Brinkmann B (Hrsg) Handbuch gerichtliche Medizin. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 885–925
- Böttcher A, Nedopil N, Bosinski H, Sass H (2005) Mindestanforderungen an Schuldfähigkeitsgutachten. NSTZ 25:57–62
- Burtscheid W (2002) Störungen durch Alkohol. In: Müller-Spahn F, Gaebel W (Hrsg) Diagnostik und Therapie psychischer Störungen. Kohlhammer, Stuttgart, S 164–186
- Cone EJ (1995) Pharmacokinetics and pharmacodynamics of cocaine. J Anal Toxicol 19:459–478
- Dittmann V (2005) Qualitätskriterien psychiatrischer Gutachten. In: Ebner G, Dittmann V, Gravier B (Hrsg) Psychiatrie und Recht. Schulthess, Bern, S 141–157
- Dittmann V, Ermer A (2002) Forensische Psychiatrie und Begutachtung. In: Müller-Spahn F, Gaebel W (Hrsg) Diagnostik und Therapie psychischer Störungen. Kohlhammer, Stuttgart, S 1047–1077
- Foerster K (2009) Störungen durch Alkohol. In: Venzlaff U, Foerster K (Hrsg) Psychiatrische Begutachtung, 5. Aufl. Urban & Fischer, München, S 242–251
- Forster B, Ropohl D (1989) Rechtsmedizin, 5. Aufl. Enke, Stuttgart
- Kröber HL (1996) Kriterien verminderter Schuldfähigkeit nach Alkoholkonsum. NSTZ 16:569
- Nedopil N (2007) Forensische Psychiatrie, 3. Aufl. Thieme, Stuttgart
- Pennings EJ, Leccese AP, Wolff FA (2002) Effects of concurrent use of alcohol and cocaine. Addiction 97:773–783
- Rösler M, Blocher D (1996) Die Begutachtung alkoholisierter Straftäter aus der Sicht der forensischen Psychiatrie. Blutalkohol 33:329
- Schwerd W (Hrsg) (1975) Rechtsmedizin. Ein Lehrbuch für Mediziner und Juristen. Deutscher Ärzteverlag, Köln
- Toennes SW, Kauert GF (2000) Nachweis und Häufigkeit des kombinierten Konsums von Kokain und Ethanol. Blutalkohol 37:434–439
- Venzlaff U, Foerster K (2009) Psychiatrische Begutachtung, 5. Aufl. Urban & Fischer, München