

HKS/ADHS und rechtliche Aspekte

Hyperkinetische Störungen (ICD-10) oder Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) zählen mit einer Prävalenz von 2–6% zu den häufigsten kinder- und jugendpsychiatrischen Störungen, deren Symptome in 30–50% aller Fälle bis in das Erwachsenenalter persistieren.

Sie sind im Kindes- und Jugendalter durch ein situationsübergreifendes Muster von Unaufmerksamkeit, Überaktivität und Impulsivität, das für den Entwicklungsstand des Betroffenen ein abnormes Ausmaß erreicht, gekennzeichnet. Im Erwachsenenalter stehen eher Probleme exekutiver Funktionen, der Aufmerksamkeitsfokussierung, der emotionalen Modulation, der Alltagsstrukturierung und der Impulskontrolle im Vordergrund. Mit zunehmendem Alter sind HKS bis zu 90% mit einer oder mehreren anderen psychischen Störungen assoziiert. Neben einer Heredität von ca. 80% weisen nicht nur molekulargenetische, sondern auch funktionelle und bildgebende Untersuchungen auf eine Störung des Stoffwechsels/der Balance der Neurotransmitter Dopamin und Noradrenalin in bestimmten Hirnregionen (limbisches System und Stirnhirnbereich) hin. Neuropsychologische Konzepte gehen davon aus, dass den HKS exekutive Dysfunktionen in den Bereichen Aufmerksamkeit, Impulskontrolle einschließlich Vorbereitung, Auswahl und Durchführung motorischer Abläufe, Arbeitsgedächtnis, Verzögerungsaversion und Zeitdiskrimination zugrunde liegen. Inwieweit strukturelle und funktionelle Auffälligkeiten im Gehirn (Frontalhirn, Basalganglien, Kleinhirn u. a.) in einer Wechselbe-

ziehung zu Umgebungsfaktoren stehen, muss noch weiter erforscht werden. Die Behandlung sollte multimodal, in der Regel ambulant erfolgen und umfasst in Abhängigkeit vom Alter des Betroffenen neben der Psychopharmakotherapie mit Stimulanzien (Methylphenidat in unretardierter oder retardierter Formulierung) oder Atomoxetin v. a. Psychoedukation, Elternt raining, Familientherapie und kognitiv behaviorale Therapien. Komorbide Störungen bedürfen ergänzender leitlinienkonformer Therapien.

Prävalenz

Prävalenzangaben unterliegen einer großen Schwankungsbreite, weil die unterschiedlichen Klassifikationssysteme (ICD-10 vs. DSM-IV), das jeweilige diagnostische Instrumentarium, Komorbiditäten, Informationsquellen und die untersuchte Population an sich Einfluss auf die „gemessene“ Häufigkeit haben. In einer aktuellen deutschen Studie (KIGGS) lag die Prävalenz von ADHS bei 4,8% und die der Verdachtsfälle bei 4,9% [27]. Die weltweite mittlere Prävalenz betrug in einer Metaanalyse, in die 102 Studien eingingen, knapp über 5% [23]. Alle Studien zeigen ein deutliches Überwiegen des männlichen Geschlechtes, wobei das Verhältnis von Jungen zu Mädchen bei 2,5–4:1 in Feldstichproben und bei bis zu 9:1 in klinischen Kohorten liegt. Die Punktprävalenz der ADHS im Erwachsenenalter, die durch ein nicht dem Lebensalter entsprechendes Ausmaß an motorischer Hyperaktivität, Impulskontrolle und Aufmerksamkeitsdefizit gekennzeichnet ist, beträgt nach einer US-amerikanischen

epidemiologischen Untersuchung 4,4% [15].

Therapie

Aufgrund der Angaben im KIGGS-Survey von 2006 ist bei Jugendlichen im Alter von 14–17 Jahren mit einer Verschreibung irgendeiner ADHD-relevanten Medikation bei 1% der Jungen und 0,3% der Mädchen zu rechnen. Die speziellen rechtlichen Aspekte betreffen ausdrücklich nicht das neurokognitive Enhancement mit Stimulanzien außerhalb einer klaren HKS/ADHS-Diagnose, da dazu einerseits kaum Daten vorliegen und andererseits der Einsatz von Stimulanzien als „life-style drugs“ ganz andere rechtliche Implikationen aufweist. Der Einsatz von Stimulanzien bei Erwachsenen erfolgt ausschließlich „off-label“, da keines der zugelassenen und damit derzeit zur Verfügung stehenden Medikamente eine Zulassung für Erwachsene hat. Alternativ kann der noradrenerge Wiederaufnahmehemmer Atomoxetin bei einer indizierten Verschreibung vor dem 18. Lebensjahr durch die Krankenkassen erstattungspflichtig nach dem 18. Geburtstag weiter eingesetzt werden.

Rechtliche Aspekte

Schule

Da in den aktuellen Leitlinien [10] wieder mehr auf den Einsatz unretardierter Methylphenidatpräparate orientiert wird, treten damit die bekannten Probleme der mittäglichen Einnahme in der Schule auf. „Erfolgt die Medikation auch zur Vermin-

derung von ADHS-Symptomen in der Familie, dann können täglich mehrfache Gaben von schnell freigesetzten Stimulanzen notwendig sein.... Stimulanzenpräparate mit schnell freigesetztem Methylphenidat sind jedoch in der Dosierung flexibler und lassen sich meist besser an das Tagesprofil der Anforderungen an den Patienten anpassen, sie sind darüber hinaus deutlich kostengünstiger.“ [10]

Die Schulaufsicht Baden-Württemberg hat zu dieser Problematik der Medikamenteneinnahme im Rahmen der Schule folgende Aussagen getroffen:

- Die Feststellung von ADHS ist eine medizinische Frage, die Lehrer nicht beantworten können.
- Lehrer können Beobachtungen machen und dann das Aufsuchen eines Facharztes oder der schulpsychologischen Beratungsstelle empfehlen.
- Die Einnahme von Medikamenten ist eine medizinische Frage. Die Lehrer haben sich deswegen an die Anordnungen des Arztes zu halten, bzw. sie müssen sie akzeptieren.
- Es darf weder Druck auf die Eltern ausgeübt werden, sich Medikamente verschreiben zu lassen, noch darf versucht werden, die Eltern von der Schädlichkeit von Medikamenten zu überzeugen. Die Lehrer müssen sich neutral verhalten.
- Die Verabreichung von Medikamenten während der Unterrichtszeit durch Lehrer ist freiwillig, es besteht dazu keine Verpflichtung (z. B. aus dem Erziehungsauftrag der Schule).
- Es muss eine klare Anordnung des Arztes vorliegen.

Diese Auffassung der Schulaufsicht Baden-Württemberg ist von Verständnis für die Situation betroffener Kinder und Praktikabilität geprägt und kann zur Nachahmung für andere Bundesländer nur empfohlen werden. Sollten sich die Lehrer einer Verabreichung bzw. Beaufsichtigung der Einnahme eines Medikamentes verschließen, wäre die Umstellung auf ein Retardpräparat bzw. Atomoxetin ratsam, da die Compliance eines Kindes mit HKS/ADHS durch die störungsspezifischen Symptome wie Impulsivität und Unaufmerksamkeit per se eingeschränkt ist.

Nervenarzt 2008 · 79:820–826 DOI 10.1007/s00115-008-2494-2
© Springer Medizin Verlag 2008

F. Häßler · O. Reis · J. Buchmann · S. Böhne-Suraj
HKS/ADHS und rechtliche Aspekte

Zusammenfassung

Hyperkinetische Störungen (HKS – ICD-10) oder Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS – DSM IV) zählen mit einer Prävalenz von 2–6% zu den häufigsten psychischen Diagnosen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter. Einerseits ergeben sich schon aus der Kernsymptomatik, die im Kindes- und Jugendalter durch Unaufmerksamkeit, Überaktivität und Impulsivität und im Erwachsenenalter eher durch Probleme exekutiver Funktionen, der Aufmerksamkeitsfokussierung, der emotionalen Modulation, der Alltagsstrukturierung und der Impulskontrolle gekennzeichnet ist, rechtliche Implikationen und andererseits durch die leitlinienkonforme Behandlung mit Stimulanzen, die unter das Betäubungsmittelge-

setz fallen. Diese rechtlichen Aspekte im Zusammenhang mit der Kontrolle der alltäglichen Medikamenteneinnahme in der Schule, Auslandsreisen innerhalb und außerhalb der Schengen Staaten, dem Führen von Kraftfahrzeugen, Leistungssport, Wehrdienst, dem erhöhten Delinquenzrisiko, den Eingangskriterien zur Verantwortungsreife sowie Schulfähigkeit und nicht zuletzt den Behandlungsmodalitäten im Straf- und Maßregelvollzug stehen im Vordergrund des Beitrages.

Schlüsselwörter

Hyperkinetische Störungen (HKS) · Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) · Rechtliche Implikationen · Delinquenzrisiko · Behandlungsmodalitäten

Legal aspects of HKS/ADHS

Summary

With a prevalence of 2–6%, hyperkinetic disorders (F 90, ICD-10) and disturbances of activity and attention (F 90.0, ADHD, ICD-10) are among the psychiatric disorders most commonly diagnosed in children, adolescents, and adults. Children and adolescents diagnosed with ADHD suffer from hyperactivity and deficits in attention and impulse control. Adults usually have problems focusing on one goal, maintaining their attention, modulating emotions effectively, structuring their tasks, and controlling impulses and in executive functions. Legal implications derive from core symptoms and from treatment with stimulants governed by legislation on narcotics. This paper discusses juridical aspects of

ADHD in connection with the administration of medication at school, trips abroad within and outside the Schengen area, driving, competitive sports, military service, the increased risk of delinquency, the individual capacity to incur criminal responsibility, developmental criteria for the ability to act responsibly, and modalities for withdrawal treatment or treatment during detention.

Keywords

Hyperkinetic syndrome (HKS) · Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) · Legal implications · Risk of delinquency · Treatment modalities

Bescheinigung für das Mitführen von Betäubungsmitteln im Rahmen einer ärztlichen Behandlung - Artikel 75 des Schengener Durchführungsabkommens -		
A Verschreibender Arzt:		
(Name) _____	(Vorname) _____	(Telefon) _____ (1)
(Anschrift) _____		(2)
(Stempel des Arztes) _____	(Datum) _____	(Unterschrift des Arztes) _____ (3)
B Patient:		
(Name) _____	(Vorname) _____	(Nr. des Passes oder eines anderen Ausweisdokumentes) _____ (5)
(Geburtsort) _____		(Geburtsdatum) _____ (7)
(Staatsangehörigkeit) _____	(Geschlecht) _____	(8) (9)
(Wohnanschrift) _____		(10)
(Dauer der Reise in Tagen) _____	(Gültigkeitsdauer der Erlaubnis von/bis - max. 30 Tage) _____ (12)	
C Verschriebenes Arzneimittel:		
(Handelsbezeichnung oder Sonderzubereitung) _____	(Darreichungsform) _____ (14)	
(Internationale Bezeichnung des Wirkstoffs) _____	(Wirkstoff-Konzentration) _____ (16)	
(Gebrauchsanweisung) _____	(Gesamtwirkstoffmenge) _____ (18)	
(Reichdauer der Verschreibung in Tagen - max. 30 Tage) _____	(19)	
(Anmerkungen) _____ (20)		
D Für die Beglaubigung zuständige Behörde:		
(Bezeichnung) _____		(21)
(Anschrift) _____	(Telefon) _____ (22)	
(Stempel der Behörde) _____	(Datum) _____	(Unterschrift der Behörde) _____ (23)

Abb. 1 ◀ Bescheinigung
(in deutsch auszufüllende Seite)

Reisen

Für jeden einzelnen Fall einer Ausfuhr oder Einfuhr eines Betäubungsmittels (BtM) bedarf es neben dem Erlaubniszwang eigentlich grundsätzlich der Ge-

nehmigung nach der Betäubungsmittel-Außenhandelsverordnung. Bestimmungen über die Mitnahme verschiedener Betäubungsmittel im grenzüberschreitenden Reiseverkehr durch Einzelpersonen sowie durch Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte sind

in § 4 Abs. 1 Nr. 4 BtMG sowie in § 15 BtMAHV Ziffer 1.4 geregelt. Für Ärzte ist also ein vereinfachter grenzüberschreitender Verkehr mit BtM möglich. Diese Regelung ist aber nicht international verbindlich. Der Zoll kann jederzeit prüfen,

ob die Voraussetzungen für das Mitführen, sprich also eine Erlaubnis vorliegt. Da Stimulanzien unter das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) fallen, sind folgende Hinweise zur Mitnahme bei Auslandsreisen zu beachten. Bei Reisen bis zu 30 Tagen in Staaten des Schengen Abkommens kann die Mitnahme von ärztlich verschriebenen Betäubungsmitteln in für die Dauer der Reise angemessener Menge mit einer vom Arzt ausgefüllten und durch die oberste Landesgesundheitsbehörde oder einer von ihr beauftragten Stelle beglaubigten Bescheinigung erfolgen (das mehrsprachige Formular kann bei der Bundesopiumstelle angefordert bzw. per Internet ausgedruckt werden;

■ **Abb. 1).** Bei Reisen in andere Länder (außerhalb des Schengen Abkommens) sollte der Patient eine durch die zuständige oberste Gesundheitsbehörde des jeweiligen Bundeslandes beglaubigte Kopie der ärztlichen Verschreibung oder eine ärztliche Bescheinigung in englischer Sprache mit Angaben über die Einzel- und Tagesgabe mit sich führen. Vor Antritt der Reise gilt es, sich über die Rechtslage im Einreiseland zu informieren, um die erforderlichen Genehmigungen einzuholen. Sofern eine Mitnahme von BtM nicht möglich ist, sollte zunächst geklärt werden, ob das benötigte BtM-Präparat bzw. ein Äquivalent im Reiseland verfügbar ist und durch einen ortsansässigen Arzt verschrieben werden kann. Sollte auch dies nicht möglich sein, ist zu prüfen, ob das BtM-Präparat unter Beachtung aller gesetzlichen Bestimmungen aus Deutschland aus- und in das Reiseland eingeführt werden darf und welche Genehmigungen dafür erforderlich sind. Die Einfuhrgenehmigung ist in der Regel die Voraussetzung für die Ausfuhrgenehmigung aus Deutschland, die bei der Bundesopiumstelle kostenpflichtig beantragt werden muss. Die Mitnahme von BtM-Präparaten durch beauftragte Personen ist nicht zulässig, da BtM nur reisebegleitend ausschließlich für den eigenen Bedarf mitgeführt werden dürfen.

Straßenverkehr

Da HKS/ADHS nicht im Katalog der die Fahreignung ausschließenden Erkrankungen und Störungen enthalten ist, geht

Tab. 1 ADHS und Delinquenz

	Anzahl ADHS/Kontroll- gruppe	Follow-up	Ergebnis ADHS/Kontrollgruppe
Manuzza et al. 1989 [18]	103/100 (ø Alter 18 Jahre)		Festnahme wegen irgendeines Deliktes 39 vs. 20% eines schweren Deliktes 25 vs. 7% Verurteilung 28 vs. 11%
Weiss et al. 1985 [28]	61/41 (ø Alter 25 Jahre)	15 Jahre	Vor Gericht 18 vs. 5%
Barkley et al. 2004 [2]	147/47 (ø 21 Jahre)	„Lifetime“	Festnahme wegen eines schweren Deliktes 27 vs. 11%
Satterfield et al. 2007 [26]	179/75 (ø 38 Jahre)	30 Jahre	Festnahme wegen irgendeines Deliktes 44 vs. 15% eines schweren Deliktes 39 vs. 13% Gefängnisstrafe 26 vs. 8%

es bei Patienten mit HKS/ADHS mit oder ohne Pharmakotherapie um die individuelle Fahrtüchtigkeit, d. h. die Gesamtleistungsfähigkeit vor Antritt der Fahrt und während dieser. Im Bereich des Führens eines Fahrzeugs unter dem Einfluss psychotroper Substanzen (Alkohol, Drogen sowie auch Stimulanzien) kommen überwiegend Vorschriften des § 24 a StVG (Bußgeldtatbestand, Verstoß gegen 0,5-Promille-Grenze), § 316 StGB (Trunkenheit im Verkehr) sowie § 315 c StGB (Gefährdung des Straßenverkehrs) in Betracht.

■ **Bei Fahrten unter BtM setzt eine strafrechtliche Verurteilung den Nachweis relativer Fahruntüchtigkeit voraus, die sich nicht begriffsnotwendig in Fahrfehlern ausgewirkt haben muss.**

Es genügen Auffälligkeiten beim Anhalten, starke Benommenheit, apathischer Eindruck, Mühe bei der Beantwortung von Fragen, Gangunsicherheit etc. (BGH, B.v. 03.11.1998, 4 StR 395/98), die allesamt hinreichende Anhaltspunkte für relative Fahrunsicherheit sein können. Sofern ein Patient, der unter HKS/ADHS leidet, BtM-Präparate einnimmt und aufgrund derer eine relative Fahruntüchtigkeit vorliegt, muss er mit strafrechtlichen Konsequenzen rechnen. Bei selbst verursachten Verkehrsunfällen stellt die Einnahme von BtM-pflichtigen Präparaten dann ein Mit-

verschulden dar, wenn aufgrund der Medikation der Patient in seiner Fahrtüchtigkeit gemindert wurde. Andererseits ist aus vielen Untersuchungen bekannt, dass eine untherapierte HKS/ADHS ein hohes Risiko für unsicheres Fahrverhalten, Unfälle und Substanzmissbrauch darstellt und unter Stimulanzien, insbesondere Retardpräparaten, eine Verbesserung des Fahrverhaltens eintritt. So sollten Verkehrsteilnehmer mit einer HKS/ADHS nur adäquat behandelt ein Fahrzeug führen [14, 3]. Dabei ist zu beachten:

- in der Ein- und Umstellungsphase sowie in der Phase des Ausschleichens sollte die Teilnahme am Straßenverkehr unterbleiben,
- vor Fahrtantritt kritische Prüfung auf Fahrtauglichkeit,
- nur eindeutige Indikation für Stimulanzientherapie (Frage der Diagnosesicherheit),
- Überdosierungen vermeiden.

Unter 10–30 mg Dexamphetaminen zeigten Probanden im Fahrsimulator dagegen verminderte sicherheitsrelevante Leistungen wie Tunnelblick, inkorrekt signalisieren, Stoppen bei Rotlicht und verlängerte Reaktionszeiten [13].

Doping

Doping ist die Anwendung verbotener Medikamente, Substanzen und Methoden, durch die die sportliche Leistungs-

fähigkeit gesteigert werden kann, durch die ein gesundheitliches Risiko besteht und deren Einsatz gegen die Fairnessregeln verstößt. In der Neufassung des Arzneimittelgesetzes (AMG) vom 12.12.2005 wird Doping als Straftatbestand genannt. Nach § 6 a AMG ist es verboten, Arzneimittel zu Dopingzwecken im Sport in den Verkehr zu bringen, zu verschreiben oder bei anderen anzuwenden. Im Einzelfall kann ein Verstoß gegen dieses Gesetz zum Entzug der Approbation führen. Im Doping-Reglement sowohl der Welt-Anti-Doping-Agentur (WADA) als auch der Nationalen-Anti-Doping-Agentur (NADA) gehören Stimulanzien zu den verbotenen Substanzen bei Wettkämpfen [7].

► Leistungssportler mit HKS/ADHS sollten auf Atomoxetin eingestellt werden

Trotz einiger Ausnahmeregelungen – bis 2006 waren von 21 Ausnahmegenehmigungsanträgen bezüglich einer Freistellung für Methylphenidat bei der Diagnose ADHS 11 befürwortet worden – empfiehlt es sich grundsätzlich, Leistungssportler mit HKS/ADHS bei entsprechender Indikation zur Pharmakotherapie auf Atomoxetin einzustellen, das ausdrücklich nicht zu den Dopingmitteln zählt.

Wehrpflicht

Die Frage, ob mit BtM-pflichtigen Präparaten behandelte Personen in die Bundeswehr einberufen werden können, hängt von ihrer „Wehrdienstfähigkeit“ im engeren Sinne ab. Schwerpunkt des Musterungsverfahrens ist dabei, ärztlich zu untersuchen, ob die geistige und/oder körperliche Tauglichkeit für den Wehrdienst vorliegt. Mit Blick auf die geltenden Vorschriften nach § 8 a Abs. 2 Satz 1 WPflG ist eine Wehrpflichtiger nicht wehrdienstfähig, wenn ihm selbst bei Freistellung von der Grundausbildung wegen körperlicher oder geistiger Mängel schlechthin nicht zuzumuten ist, Grundwehrdienst zu leisten. Es werden im § 8 a WPflG folgende Tauglichkeitsgrade festgesetzt:

- wehrdienstfähig,
- vorübergehend nicht wehrdienstfähig,
- nicht wehrdienstfähig.

Die Wehrdienstfähigkeit wird nach Maßgabe ärztlichen Urteils getroffen. Obwohl es auf das individuelle Krankheitsbild ankommt, sind in der Regel Patienten, die BtM-pflichtige Präparate nehmen, nicht wehrdienstfähig. In der Musterungsverordnung findet sich das „hyperkinetische Syndrom“ unter der Gesundheitsnummer 78, und zwar unter der Gradation VI. Das bedeutet zwangsläufig die Einstufung als „nicht wehrdienstfähig“. Mit einer entsprechenden fachärztlichen Bescheinigung werden HKS/ADHS Betroffene also ausgemustert. Wird eine HKS/ADHS erst während des Wehrdienstes diagnostiziert, erfolgt kein Ausschluss aus der Bundeswehr. Analoges gilt für den Polizeidienst.

ADHS und Delinquenz

Dass ADHS in der Kindheit ein hohes Risiko für antisoziales Verhalten und Substanzmissbrauch im Jugend- und Erwachsenenalter ist, wissen wir aus vielen Längsschnittstudien. Auch der mit der ADHS assoziierte Drogenmissbrauch bzw. die Drogenabhängigkeit sind von forensischer Relevanz. Studien zeigen ein bis um das 4-Fache erhöhte Vorkommen einer Alkohol- und/oder Drogenabhängigkeit bei vorliegender ADHS [12, 19, 17, 21], v. a. der Missbrauch von Cannabis steht im Vordergrund [20]. Dies wirkt sich wiederum auf eine Beschaffungskriminalität im Sinne von Raub- und Eigentumsdelikten aus, die bei straffälligen ADHS-Patienten zusätzlich zu Drogendelikten im Vordergrund stehen [24]. Aber auch im Bereich der Sexualdelinquenz gibt es Hinweise darauf, dass die Diagnose einer ADHS mit Paraphilie und devianten, aggressiven Formen sexueller Impulsivität korreliert [4].

Inwieweit ADHS alleine bzw. jeder der 3 Subtypen nach DSM-IV oder gar nur in Kombination mit anderen koinzidenten oder komorbiden Störungen ein negativer Prädiktor für delinquentes Verhalten ist, ist nach wie vor Gegenstand der aktuellen Forschung. Die ■ **Tab. 1** gibt eine Übersicht dazu.

Sowohl Satterfield et al. [26] als auch Copeland et al. [9] sehen aber kein erhöhtes Delinquenzrisiko für Kinder mit ADHS ohne eine gleichzeitige komorbide

Störung des Sozialverhaltens, komorbiden Substanzmissbrauchs oder eine komorbide emotionale Störung. (Die Odds Ratio für ADHS und Delinquenz (2.2) liegt bei 40% der Odds Ratio für die Störung des Sozialverhaltens und Delinquenz und auf gleichem Niveau wie die für die Depression (2.3).] Während der rein unaufmerksame Typ keinerlei Risiko für späteres delinquentes Verhalten darstellt, scheint der hyperaktiv-impulsive Subtyp ebenso wie der Mischtyp ein weitaus geringeres Risiko als die Kombination von ADHS und Störung des Sozialverhaltens zu haben.

Verantwortungsreife und Schuldfähigkeit

§ 3 Jugendgerichtsgesetz (JGG; gültiger Altersbereich 14 Jahre bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres) lautet: Ein Jugendlicher ist strafrechtlich verantwortlich, wenn er zum Zeitpunkt der Tat nach seiner sittlichen und geistigen Entwicklung reif genug ist, das Unrecht der Tat einzusehen und nach dieser Einsicht zu handeln.

Die Einsichtsfähigkeit (in das konkrete Unrecht der Tat) setzt einen Entwicklungsstand voraus, der den Jugendlichen zu der Erkenntnis befähigt, dass seine Handlungen mit einem geordneten und friedlichen Zusammenleben der Menschen unvereinbar sind. Die Steuerungsfähigkeit (Fähigkeit, nach gewonnener Einsicht auch handeln zu können) fehlt, wenn noch einzelne Triebe und Reize von so elementarer Kraft sind, dass sie allen hemmenden Vorstellungen gegenüber das Übergewicht behaupten (beispielsweise übermächtiger Geschlechtstrieb, Furcht vor einer zu erwartenden Strafe, situative Bedingungen, Normenkonflikte, Gruppendelikte, Tatumstände).

Die Verstandesreife (intellektuelles Vermögen) und ethische Reife (Ausbildung der sittlichen Wertvorstellungen) sind für jedes der verwirklichten Delikte gesondert festzustellen, dabei ist die Einsicht in die Strafbarkeit oder das Ungebotliche der Tat nicht erforderlich. Bezüglich des Erziehungsauftrages des JGG würde eine Verneinung der Verantwortungsreife nicht nur Straffreiheit (keine gerichtlichen Sanktionen) bedeuten, sondern auch die amtliche Bestätigung einer Unreife (sehr problematisch für das

Selbstbild), die jegliche Eigenverantwortung ausschließt und in vielen Fällen einer Aufforderung zu weiterem Unrechtshandeln gleichkommt. Auch die Konzeption der Entwicklung der Moral nach Kohlberg [16] hilft bei dieser Problematik nicht weiter. In der Regel wird jugendlichen Straftätern, die sich in ihrer Entwicklung noch auf dem präkonventionellen Niveau befinden, die Verantwortungsreife nach § 3 JGG abgesprochen. Erst mit dem Erreichen des konventionellen Niveaus ist eine sittliche Reife gegeben, die die Voraussetzung für eine Verantwortungsreife darstellt. Eine ADHS schließt per se die Verantwortungsreife nicht aus, da in den allermeisten Fällen trotz vorliegender Störung die interpersonelle Konformität (gemeinsame Interessen erhalten Vorrang, den Erwartungen einer Rolle „good boy“ gerecht werden zu wollen) gegeben ist und in der Regel auch die Fähigkeit vorliegt, das System anzuerkennen, das Rollen und Regeln festlegt, die Pflichten zu erfüllen und Gesetze zu befolgen. Bezüglich der strafrechtlichen Verantwortlichkeit (§ 3 JGG) ist im Einzelfall (in Bezug auf die angeschuldigten Straftaten) abzuwägen, ob die HKS/ADHS mit oder ohne Medikation einen Einfluss darauf gehabt hat, ob der Täter das Unrecht seiner Tat einsehen und/oder nach dieser Einsicht handeln konnte.

§§ 20 und 21 StGB

Ohne Schuld handelt, wer bei Begehung der Tat wegen einer krankhaften seelischen Störung, wegen einer tiefgreifenden Bewusstseinsstörung oder wegen Schwachsinn oder einer schweren anderen seelischen Abartigkeit unfähig ist, das Unrecht der Tat einzusehen und nach dieser Einsicht zu handeln.

Im Katalog der psychischen Störungen, die den 4 juristischen Kategorien zuordenbar sind, ist ADHS bisher nicht enthalten. Dennoch sind Konstellationen denkbar, wo eine ADHS als Eingangsmerkmal für die Prüfung der Voraussetzungen einer verminderten/aufgehobenen Schuldfähigkeit vorliegt. Als überwiegend biologisch determinierte Störung wäre eine ADHS dann in die Kategorie „krankhafte seelische Störung“ einzuordnen.

HKS/ADHS alleine, d. h. ohne komorbide Störungen wie Substanzmissbrauch,

Persönlichkeitsstörung, affektive Störung etc., ist in der Regel aber kein hinreichender De- oder Exkulpierungsgrund nach den §§ 20 und 21 StGB, d. h., dass die Einsichtsfähigkeit in das Unrecht der Tat durch eine reine ADHS beeinträchtigt sein könnte, ist eher unwahrscheinlich, während die Steuerungsfähigkeit bei extremer Ausprägung einer Impulskontrollstörung durchaus erheblich vermindert, aber wohl nicht aufgehoben sein kann. Dabei ist zu berücksichtigen, ob die Ausprägung der Störung längerfristige oder wiederholte Auswirkungen auf die soziale Anpassungsfähigkeit hat. Gegen eine erhebliche Beeinträchtigung der Steuerungsfähigkeit bei vorliegender ADHS sprechen in der Regel eine Tatvorbereitung, ein planmäßiges Vorgehen bei der Tat, ein lang hingezogenes Tatgeschehen, komplexe Handlungsabläufe, eine Vorsorge gegen Entdeckung, Konsequenzdenken und die Möglichkeit anderen Verhaltens unter vergleichbaren Umständen [5]. Folgende Beispiele von Gerichtsfällen demonstrieren die unterschiedliche Rechtsauffassung und Rechtsprechung bezüglich ADHS als Eingangskriterium für die tatbezogene Schuldfähigkeit außerhalb Deutschlands [8].

- UK (Schottland 1999): Tatvorwurf Körperverletzung, Diebstähle, Vandalismus. Zurückweisung der Berufung, da ADHD die Verantwortlichkeit (Steuerungsfähigkeit) nicht mindert – 10 Monate Haft.
- USA (Colorado 1992): Tatvorwurf Mord. Die Verteidigung plädierte auf Schuldunfähigkeit bei Minimal Brain Dysfunction (MBD). „W. displayed poor impulse control and was incapable of choosing the right and refraining from the wrong.“ Das Gericht erkannte die Argumentation an, und somit erfolgte keine Verurteilung.
- USA (Illinois 1994): Tatvorwurf Mord. ADHD plus Alkohol- und Marihuanakonsum, narzisstische Persönlichkeitsstörung, Verurteilung wegen Mordes.
- USA 1992: 13-Jähriger wegen Kokainhandels wegen ADHD zu längerer Haftstrafe verurteilt. Argumentation, wegen ADHD bestehe eine größere Gefährlichkeit und damit sei die Prognose schlechter.

Straf- und Maßregelvollzug

Untersuchungen an Gefängnispopulationen Deutschlands zeigten Prävalenzraten der ADHS von bis zu 45%. Blocher et al. [4] fanden bei einer Gruppe von Sexualstraftätern eine kindliche Prävalenz von 27,6%, dabei kam es zu einem um 10 Jahre früheren Beginn der kriminellen Karriere, wenn Symptome der ADHS in der Kindheit vorlagen. Ziegler et al. [29] ermittelten bei 43% der untersuchten JVA-Insassen retrospektiv ADHS-Symptome. Vor allem bei Rezidivtätern fanden sich gesteigert Symptome des Krankheitsbildes. Insbesondere bei der Kombination von Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetz, Eigentumsdelikten und Körperverletzungen waren vermehrt Insassen mit kindlicher ADHS auffällig. Rösler et al. [25] wiesen eine Prävalenz der ADHS von 45% nach DSM-IV-Kriterien und 22% nach ICD-10-Kriterien bei der Untersuchung von JVA-Insassen nach.

Im Rahmen einer Stichtagserhebung in der Forensischen Klinik Rostock konnten, ausgehend von 67 forensischen Patienten, bei insgesamt 44 (65,7%) mittels der WURS oder der ADHS-SB Symptome einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung festgestellt werden [11].

Gemäß § 56 StVollZG ist auch im Strafvollzug für die körperliche und geistige Gesundheit des Gefangenen zu sorgen. Nach § 58 StVollZG haben Gefangene einen Anspruch auf Krankenbehandlung. Wenn es keine Alternativen zu BtM gebe, dürften diese ihm nicht vorenthalten werden.

In Praxi hat sich bei allgemein restriktivem Einsatz von BtM in Straf- und Maßregelvollzugseinrichtungen Atomoxetin bewährt. Atomoxetin hat sich in mehreren kontrollierten Studien als wirkungsvoll (Effektstärke von 0,7) und nebenwirkungsarm erwiesen [22]. In einer Cochrane-basierten Metaanalyse ermittelten Cheng et al. [6] eine Number Needed to Treat (NNT) für eine Behandlungswirksamkeit und eine Rückfallprävention von 3,43. Damit lag die NNT unter der von unretardiertem Methylphenidat und Equasym (4,8 und 5,3; [1]).

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. F. Häßler
Gehlsheimer Str. 20
18147 Rostock
frank.haessler@med.uni-rostock.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor weist auf folgende Beziehungen hin: Forschungsförderung von BMGS, DFG, Sozialministerium, MV, Bayer Vital GmbH, Reisebeihilfen und Vortragshonorare: Bayer Vital, UCB, Janssen Cilag, Lilly, Novartis, Astra Zeneca, kein Aktienbesitz, keine Beteiligungen an Pharmafirmen.

Literatur

1. Banaschewski T, Coghill D, Santosh P et al. (2006) Long-acting medications for the hyperkinetic disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 15: 476–495
2. Barkley R, Fischer M, Smallish L, Fletcher K (2004) Young adult follow-up of hyperactive children: antisocial activities and drug use. *J Child Psychol Psychiatry* 45: 195–211
3. Barkley RA, Murphy KR, O'Connell T, Connor DF (2005) Effects of two doses of methylphenidate on simulator driving performance in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *J Safety Res* 36: 121–131
4. Blocher D, Henkel K, Retz W et al. (2001) Symptome aus dem Spektrum des hyperkinetischen Syndroms bei Sexualdelinquenten. *Fortschr Neurol Psychiatr* 69: 453–459
5. Boetticher A, Nedopil N, Bosinski HAG, Saß H (2005) Mindestanforderungen für Schuldfähigkeitsgutachten. *Nervenarzt* 76: 1154–1164
6. Cheng JY, Chen RYL, KO JSN, Ng EML (2007) Efficacy and safety of atomoxetine for attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents: meta-analysis and meta-regression analysis. *Psychopharmacol* 194: 197–209
7. Clasing D, Löllgen H (2006) Verbotene Arzneimittel im Sport. *Dtsch Arztebl* 103: A 3340–A 3344
8. Collins P, White T (2002) Forensic implications of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adulthood. *J Forensic Psychiatry* 13: 263–284
9. Copeland WE, Miller-Johnson S, Keeler G et al. (2007) Childhood psychiatric disorder and young adult crime: a prospective, population-based study. *Am J Psychiatry* 164: 1668–1675
10. Döpfner M, Lehmkuhl G, Schepker R, Fröhlich J (2007) Hyperkinetische Störungen (F 90). In: Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (Hrsg.). *Dtsch Ärzteverlag, Köln*, S 239–254
11. Engel J, Neumeyer M, Habermeyer E, Schläpke D (im Druck) ADHS im forensisch-psychiatrischen Kontext. In: Häßler F (Hrsg) *Das ADHS Kaleidoskop – Facetten eines Störungsbildes*. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin
12. Gittelman R, Manuzza S, Shenker R, Bonagura N (1985) Hyperactive boys almost grown up: I. Psychiatric status. *Arch Gen Psychiatry* 42: 937–947
13. Hofecker Fallahpour M, Drewe J, Stieglitz RD (2005) Wie beeinflusst Methylphenidat das Fahrverhalten? *IN/FO Neurologie Psychiatrie* 3: 16–21
14. Jerome L, Habinski L, Segal A (2006) Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and driving risk: a review of the literature and a methodological critique. *Curr Psychiatry Rep* 8: 416–426
15. Kessler RC, Adler L, Barkley R et al. (2006) The prevalence and correlates of adult ADHD in The United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry* 163: 716–723
16. Kohlberg L (1997) Die Psychologie der Moralentwicklung. Suhrkamp, Frankfurt a. M.
17. König S, Wodarz N, Unglaub W, Johann M (2007) Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) bei erwachsenen Drogenabhängigen. *Psychiatr Prax (Suppl 1)* 34: 71–72
18. Manuzza S, Klein RG, König PH, Giampino TL (1989) Hyperactive boys almost grown up. IV: criminality and its relationship to psychiatric status. *Arch Gen Psychiatry* 46: 1073–1079
19. Murphy K, Barkley RA (1996) Attention deficit hyperactivity disorder adults: comorbidities and adaptive impairments. *Compr Psychiatry* 37: 393–401
20. Ohlmeier M, Peters K, Buddensiek N et al. (2005) ADHS und Sucht. *Psychoneuro* 31: 554–562
21. Ohlmeier M, Peters K, Te Wildt B et al. (2008) Comorbidity of alcohol and substance dependence with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Alcohol Alcoholism* 43: 300–304
22. Pliszka S, AACAP Work Group on Quality Issues (2007) Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 46: 894–921
23. Polanczyk G, deLima MS, Horta BL et al. (2007) The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta-regression analysis. *Am J Psychiatry* 164: 942–948
24. Rösler M (2001) Das hyperkinetische Syndrom im Erwachsenenalter. *Psycho* 27: 380–384
25. Rösler M, Retz W, Retz-Junginger P et al. (2004) Prevalence of attention deficit-/hyperactivity disorder (ADHD) and comorbid disorders in young male prison inmates. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 254: 365–371
26. Satterfield JH, Faller KJ, Crinella FM et al. (2007) A 30-year prospective follow-up study of hyperactive boys with conduct problems: adult criminality. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 46: 601–610
27. Schlack R, Hölling H, Kurth BM, Huss M (2007) Die Prävalenz der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *BGB* 50: 827–835
28. Weiss G, Hechtman L, Milroy T, Perlman T (1985) Psychiatric status of hyperactive children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 24: 211–220
29. Ziegler E, Blocher D, Groß J, Rösler M (2003) Erfassung von Symptomen aus dem Spektrum des Hyperkinetischen Syndroms bei Häftlingen einer Justizvollzugsanstalt. *Recht Psychiatrie* 21: 17–21

„Christian Roller Preis“-Verleihung

Für ihre Leistung auf dem Gebiet der Gewaltprävention bei schizophrenen Erkrankten sind Dr. Ulrich Frommberger, Chefarzt der Offenburger MediClin Klinik an der Lindenhöhe, und Dr. Markus Schwarz, Chefarzt und Ärztlicher Direktor am Psychiatrischen Zentrum Nordbaden, Wiesloch, am 17. Mai in Baden-Baden mit dem Christian Roller Preis 2008 der Illenauer Stiftungen ausgezeichnet worden. Der Christian Roller Preis ist mit 120.000 EUR Preisgeld die höchst dotierte Auszeichnung der Psychiatrie in Deutschland.

Der Delikt- und Gewaltprävention bei an Schizophrenie Erkrankten kommt eine besondere Bedeutung zu, da in Akutphasen der Erkrankung aggressive Handlungen ausgeführt werden können. Dr. Ulrich Frommberger, und Dr. Markus Schwarz erhoffen sich über eine Reihe von Maßnahmen – wie soziales Kompetenztraining, auch über die stationäre Behandlung hinaus – eine bessere gesellschaftliche Wiedereingliederung der Patienten. Eines der dringlichsten Ziele ist es, Patienten in ihrer Fähigkeit zur Kommunikation und zum Selbstmanagement der Erkrankung zu stärken, um dadurch das Risiko aggressiver Fehlhandlungen zu minimieren. Außerdem wird die medikamentöse Behandlung optimiert. Die Preisträger versprechen sich zudem neue Erkenntnisse zur Entwicklung zukunftsweisender therapeutischer Ansätze und zum Aufbau multiprofessioneller Netzwerke.

Um dem Projekt eine möglichst breite und wissenschaftlich fundierte Anwendungsbasis zu geben, beteiligen sich daran außerdem Prof. Dr. Tilman Steinert und Dr. Gerd Weithmann vom Zentrum für Psychiatrie Weißenau, Ravensburg.

Weitere Informationen unter www.illenauer-stiftungen.de

Quelle: Illenauer Stiftungen