Band 11 • Heft 4 • November 2017

Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie

Schwerpunktthema: Migration

Herausgeber
K.-P. Dahle, Berlin
D. Dölling, Heidelberg
H.-L. Kröber, Berlin
N. Leygraf, Essen
H. Saß, Aachen

Springer

Forens Psychiatr Psychol Kriminol (2017) 11:342–348
https://doi.org/10.1007/s11757-017-0449-9

ÜBERSICHT

Fetale Alkoholspektrumstörung und Delinquenz

Frank Häßler[1] · Steffen Weirich[2] · Olaf Reis[2]

Eingegangen: 7. Februar 2017 / Angenommen: 30. August 2017 / Online publiziert: 20. September 2017
© Springer-Verlag GmbH Deutschland 2017

Zusammenfassung Die fetale Alkoholspektrumstörung (FASD) gehört mit einer Prävalenz von ca. 1 % zu einer der häufigsten biologischen Ursachen der Intelligenzminderung und/oder anderer Leistungsdefizite. Der Beitrag diskutiert die forensische Relevanz der FASD, die – je nach Vorhandensein und Ausprägung der zu den diagnostischen Säulen des FAS zählenden „ZNS-Auffälligkeiten" – entweder durch eine assoziierte Intelligenzminderung gegeben ist oder durch andere mögliche FAS-immanente Komorbiditäten wie Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS), Störung des Sozialverhaltens oder Substanzmissbrauch. Auf diesem Wege sind kriminogene Risiken wie Schulversagen, unzureichende Berufsausbildung, Arbeitslosigkeit oder Obdachlosigkeit häufiger mit FASD assoziiert. Der Zusammenhang von FASD und Delinquenz wird in der neueren Literatur als weniger ausgeprägt beschrieben als in älteren Studien und sollte nicht deterministisch betrachtet werden. Forensisch kommen damit die §§ 3, 105 JGG und §§ 20, 21 StGB in Betracht. Die Verknüpfung einer FASD mit Tatmerkmalen ist daher an die Ausprägung der Intelligenzminderung und weiterer ZNS(Zentralnervensystem)-Auffälligkeiten (im Sinne von Komorbiditäten) gebunden, wie eine Fallvignette illustriert.

✉ Prof. Dr. med. Frank Häßler
frank.haessler@ggp-rostock.de

[1] Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Gesellschaft für Gesundheit und Pädagogik mbH (GGP), Dierkower Höhe 14, 18146 Rostock, Deutschland

[2] Klinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter, Universitätsmedizin Rostock, Gehlsheimer Str. 20, 18147 Rostock, Deutschland

Schlüsselwörter FASD · Delinquenz · Schuldfähigkeit · Fallbericht

Fetal alcohol spectrum disorder and delinquency

Abstract Approximately 1% of the general population suffer from fetal alcohol spectrum disorder (FASD) making it one of the most prevalent biological causes of mental retardation and/or other performance deficits. This article discusses the forensic significance of FASD. In our view, FASD works not only as a primary risk for mental retardation but also as a precondition for secondary disorders, such as attention-deficit hyperactivity disorder, conduct disorders, and substance abuse. Other criminogenic risks, such as failure at school, insufficient vocational training, unemployment and homelessness, are associated with FASD. The association of FASD with delinquency is discussed differently in the literature. In older studies, a strong relationship was emphasized but in more recent studies relatively weak correlations were found; however, FASD can be regarded as a risk for delinquency as long as it works as a risk for mental retardation and/or a precondition for other disorders. For forensic psychiatry FASD becomes important for §§ 3 and 105 Youth Court Law and §§ 20 and 21 Penal Law. The verification of FASD, however, is often difficult, as illustrated by a case report.

Keywords FASD · Delinquency · Culpability · Case report

Einleitung

Prävalenz und Ätiologie

Die Prävalenzen für die fetale Alkoholspektrumstörung (FASD) scheinen in verschiedenen Ländern sehr unterschiedlich zu sein. So weist Südafrika mit Prävalenzen von 7 bis 319 auf 1000 Lebendgeburten die höchste Rate auf, während Kanada, Italien und die USA mit 30 bis 47 Fällen auf 1000 Lebendgeburten deutlich darunter liegen (Roozen et al. 2016). Für Deutschland ging man bei vorsichtiger Prävalenzschätzung schon 2008 davon aus, dass 0,4–0,6 % der Gesamtbevölkerung unter einer FASD leiden, wobei mit hoher Wahrscheinlichkeit die Dunkelziffer deutlich darüber liegt (Spohr und Steinhausen 2008). Als Ursache einer FASD wurde mütterlicher Alkoholmissbrauch in der Schwangerschaft identifiziert, der beim Kind zu körperlichen und geistigen Beeinträchtigungen sowie zu lebenslangen sozialen und emotionalen Störungen führen kann (Landgraf und Heinen 2016).

Dennoch ist der Zusammenhang zwischen mütterlichem Alkoholkonsum und FASD nicht deterministisch. Die Prävalenz des Alkoholtrinkens in der Schwangerschaft liegt wesentlich höher als die Prävalenz einer FASD. Nur ca. jedes 20. Kind, das intrauterin einer Alkoholexposition ausgesetzt ist, entwickelt eine FASD (Eberhardt und Parnell 2016). Die Prävalenz des Alkoholkonsums in der Schwangerschaft liegt bei bis zu 14 % in Kanada, 30 % in den USA, 83 % in Russland und 89 % in Irland (Popova et al. 2015). In einer jüngst publizierten Studie (Popova et al. 2017) zählten zu den 5 Ländern mit der höchsten geschätzten Prävalenz bezüglich Alkoholkonsums während der Schwangerschaft Russland mit 36,5 %, Großbritannien mit 41,3 %, Dänemark mit 45,8 %, Weißrussland mit 46,6 % und Irland mit 60,4 %. Die globale Prävalenz wurde durch die Autoren auf 9,8 % geschätzt. Das mit einem noch höheren Risiko für das ungeborene Kind einhergehende Binge-Drinking (≥5 alkoholische Getränke zu einer Gelegenheit) praktizierten bis zu 7,4 % der Schwangeren in Russland, 8,3 % in den USA und 9,5 % in Schweden (Popova et al. 2015). In einer älteren deutschen Untersuchung (Siedentopf et al. 2004) gaben anamnestisch nur 0,8 % der 125 im Rahmen der Schwangerenberatung (65,6 % Erstvorstellungen) befragten Frauen einen Alkoholkonsum an, während in 7,2 % der Urinproben Äthanol nachgewiesen werden konnte. In einer Erhebung des Robert Koch-Instituts (Bergmann et al. 2007), bei der die Mütter von 17.641 Kindern befragt wurden, gaben 14 % der Teilnehmerinnen an, in der Schwangerschaft Alkohol konsumiert zu haben. Laut GEDA-Studie 2012 (Robert Koch-Institut 2014) gaben 12 % der Schwangeren in Deutschland an, seltener als einmal/Monat, knapp 4 % jeden Monat und 0,1 % mindestens jede Woche exzessiven Alkoholkonsum betrieben zu haben. Diese Zahlen sind nahezu identisch mit einer US-amerikanischen Arbeit (Frost et al. 2011). In dieser berichten die Autoren, dass 12 % aller Frauen in der Schwangerschaft Alkohol tranken und 2 % ein Binge-Drinking-Muster aufwiesen. In 2 kanadischen Provinzen lag bei über 3000 untersuchten 15- bis 55-jährigen Frauen die Prävalenz für Alkoholkonsum in der letzten Schwangerschaft bei 5,8 % (Thanh und Jonsson 2010).

Da die Prävalenzzahlen alkoholkonsumierender Schwangerer weit über denen der Kinder mit einer FASD liegen, muss es weitere Einflussfaktoren geben, die die Auswirkungen des Alkohols auf das ungeborene Kind moderieren. Die folgende Liste moderierender Faktoren hat keinen Anspruch auf Vollständigkeit. 1) Hohe Risiken für FASD scheinen mit den Konsummustern assoziiert zu sein. Als riskant gelten insbesondere ein hoher episodischer Alkoholkonsum, der zu hohen Blutalkoholkonzentrationen führt, und ein kontinuierlicher Alkoholkonsum über alle Trimester. Binge-Drinking bewirkt dagegen speziell Gedächtnis- und Aufmerksamkeitsdefizite beim Kind (Landgraf und Heinen 2016). 2) Daneben scheint es einen Zeiteffekt des Konsums zu geben, denn das Risiko für eine FASD ist bei Konsum während der ersten beiden Trimester am höchsten (Dörrie et al. 2014). Kritisch muss eingewandt werden, dass in der Literatur keine Einigkeit darüber herrscht, was als starker Konsum zu bezeichnen ist. Beispielsweise wird ein „hoher Alkoholkonsum" bei Grosshans und Mann (2012) mit 12 g/Tag angegeben und führt beim Kind i. Allg. zu reduziertem Wachstum, reduzierten sozialen und kognitiven Kompetenzen, veränderten Spiegeln von Wachstumshormonen und Neurotransmittern. Weitere Risiken, die den Zusammenhang von Alkoholkonsum und FASD moderieren, sind ein höheres Alter der Mutter (>30 Jahre), eine höhere Zahl vorausgegangener Schwangerschaften und Geburten, ein unstabiler Beziehungsstatus der Mutter, mütterlicher Zigarettenkonsum in der Schwangerschaft und der Gebrauch anderer Drogen. Darüber hinaus zählen auch ein niedriger sozioökonomischer Status, geringe Bildung und ein Partner mit Alkoholproblemen zu den Risikofaktoren für das Entstehen einer FASD (May et al. 2008). Bereits hier wird deutlich, dass FASD oft über assoziierte Faktoren zur Delinquenz führen kann, denn diese Faktoren begünstigen z. B. auch Kindesmisshandlungen (Vidal et al. 2017). Schließlich scheint der Zusammenhang von Alkoholkonsum und FASD von genetischen Faktoren moderiert zu werden. Eberhardt und Parnell argumentieren, dass es Risikofamilien gibt, in denen konsumierende Schwangere gehäuft Kinder mit FASD zur Welt bringen, während es auch Familien gibt, in denen dies bei vergleichbarer Exposition nicht der Fall ist. Derartige genetische Einflussfaktoren auf die Verstoffwechselung des Alkohols bei Mutter und Fetus sind bisher jedoch nur am Tiermodell eindeutig belegt (Eberhardt und Parnell 2016).

Insgesamt unterliegt der Zusammenhang zwischen mütterlichem Alkoholkonsum während der Schwangerschaft und der Entstehung einer FASD offenbar verschiedenen moderierenden Faktoren, womit der Zusammenhang von Konsumprävalenzen und Häufigkeiten der FASD nicht vollständig aufgeklärt ist.

Diagnostik

Mit der neuen Leitlinie sind nunmehr auch die diagnostischen Kriterien für eine FASD klar definiert, was unzweifelhaft zu einer sprunghaften Zunahme dieser Diagnose führen wird, da zum einen nunmehr diagnostische Sicherheit besteht und zum anderen das Störungsbild zunehmend bekannter wird (Landgraf und Heinen 2016). Neben Wachstumsauffälligkeiten und fazialen Merkmalen (Spohr und Steinhausen 2008) spielen hinsichtlich psychosozialer Entwicklungsrisiken die Auffälligkeiten des Zentralnervensystems (ZNS) eine besondere Rolle. Aus der Liste der 4 diagnostischen Säulen (Wachstumsauffälligkeiten, faziale Auffälligkeiten, ZNS-Auffälligkeiten und bestätigte intrauterine Alkoholexposition) sollten alle Kriterien 1 bis 4 zutreffen, damit die Diagnose einer FASD vergeben werden kann. Zur Diagnose gehört darüber hinaus mindestens eine Auffälligkeit in den folgenden Bereichen (Landgraf und Heinen 2016):

- eine globale Intelligenzminderung von mindestens 2 Standardabweichungen unterhalb der Norm oder eine signifikante kombinierte Entwicklungsverzögerung bei Kindern unter 2 Jahren;
- eine Leistung von mindestens 2 Standardabweichungen unterhalb der Norm in mindestens 3 der folgenden Bereiche oder in mindestens 2 der folgenden Bereiche in Kombination mit Epilepsie:
  - Sprache,
  - Feinmotorik,
  - räumlich-visuelle Wahrnehmung oder räumlich-konstruktive Fähigkeiten,
  - Lern- oder Merkfähigkeit,
  - exekutive Funktionen,
  - Rechenfertigkeiten,
  - Aufmerksamkeit,
  - soziale Fertigkeiten oder Verhalten.

Aufgrund einer oder mehrerer ZNS-Auffälligkeiten entwickeln sich oft schon früh sekundäre gesundheitliche Störungen. Hierzu gehören bereits in der Kindheit Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS), Störungen des Sozialverhaltens und Schlafstörungen, später auch Substanzmissbrauch. Viele dieser Störungen sind dann sehr beständig. Eine Washingtoner Arbeitsgruppe (Famy et al. 1998) fand bei 28 nichtintelligenzgeminderten Erwachsenen mit FASD in 60 % der Fälle eine Alkohol- oder Drogenabhängigkeit, in 44 % eine depressive Episode, in 40 % psychotische Störungen, in 20 % Angststörungen, in 16 % Essstörungen, in 4 % dysthyme Störungen und in 39 % Persönlichkeitsstörungen. Unter den Persönlichkeitsstörungen dominierte die antisoziale Persönlichkeitsstörung. Bei Jugendlichen und Jungerwachsenen sind soziale Probleme wie Leistungsversagen in der Schule durch Lernschwierigkeiten infolge kognitiver Defizite typisch. Die kognitiven Defizite, die sich insbesondere beim Erfassen komplexer Zusammenhänge zeigen, münden dann oft in eine fehlende oder unzureichende Berufsausbildung, die ihrerseits Probleme wie Arbeitslosigkeit, Obdachlosigkeit und letztendlich Konflikte mit dem Gesetz wahrscheinlicher macht (Freunscht und Feldmann 2010). Die Konflikte mit dem Gesetz werden auch allein mit dem oft gezeigten externalisierendem Verhalten, speziell aggressivem Verhalten im Alter von 6 bis 7 Jahren, wahrscheinlicher, das bereits durch einen Drink pro Woche im ersten Trimenon der Schwangerschaft getriggert werden kann (Dörrie et al. 2014). Junge Erwachsene mit FASD sind durch Gleichaltrige leichter verführbar, zeigen oft Probleme in der Nähe-Distanz-Regulation und sind seltener fähig, die Konsequenzen ihres Handelns zu erkennen (Clark et al. 2004). Ohne eine frühzeitige Diagnostik und Intervention sowie ohne ein Aufwachsen in stabilen Beziehungen und stützender Umgebung gleiten Jugendliche oder junge Erwachsene mit FASD schneller in delinquentes Verhalten ab.

Delinquenz

Der korrelative Zusammenhang von FASD und Delinquenz gilt als belegt (Verbrugge 2003), was mit einigen methodisch unterschiedlich anspruchsvollen Studien illustriert werden soll. In einer älteren US-amerikanischen Untersuchung berichteten 60 % aller von einem FAS Betroffenen (n = 253, Alter 12 bis 51 Jahre) über Konflikte mit dem Gesetz und 35 % hatten Erfahrungen mit Freiheitsentzug gemacht (Streissguth et al. 2004). In Kanada werden Jugendliche mit einem FAS 19-mal häufiger inhaftiert als Jugendliche ohne FAS (Lange et al. 2012). Popova et al. (2015) verweisen auf 4 kanadische Studien der Jahre 1995–2006, in denen der Anteil der von FASD Betroffenen in Gefängnissen der Bundesstaaten British Columbia, Yukon und Manitoba zwischen 9,9 % und 22,3 % lag. Der Zusammenhang von FAS und Delinquenz wird offenbar durch das Geschlecht und das Alter moderiert, denn der Anteil jugendlicher männlicher Inhaftierter mit FASD war 3,5-mal höher als der der altersadäquaten weiblichen Inhaftierten mit FASD (Popova et al. 2015). Bei erwachsenen Inhaftierten betrug das Verhältnis 8:1. In anderen Worten: Die Knabenwendigkeit in der Wahrscheinlichkeit einer Inhaftierung erhöht sich mit dem Alter.

Jüngere Studien von Rangmar et al. relativieren diese Ergebnisse etwas. Im Jahr 2014 publizierten Rangmar et al. die Ergebnisse einer Untersuchung an 75 Erwachsenen mit FAS, die sie 2832 Kontrollpersonen gegenüberstellten. In Bezug auf gerichtliche Verurteilungen unterschieden sich die FAS-Betroffenen nicht signifikant von der Kontrollgruppe. Die Häufigkeit gerichtlicher Verurteilungen lag in der FAS-Gruppe mit 27,8 % nur etwas höher als in der Kontrollgruppe (20,3 %). Wegen schwerer Delikte waren in der FAS-Gruppe 6,3 % und in der Kontrollgruppe 4,0 % jemals verurteilt worden. Hinsichtlich gerichtlicher Verurteilungen untersuchten Rangmar et al. (2016) in einer aktuellen Publikation 51 Erwachsene mit FAS, wobei 29,4 % wegen irgendeiner gerichtlichen Verurteilung registriert waren, was nur die Hälfte der von Verbrugge (2003) berichteten Prävalenz ist. Etwa 10 % waren aufgrund schwerer Straftaten verurteilt worden. Am höchsten lag der Anteil Verurteilter bei denjenigen, die in ihrem Leben über 3 Jahre außerhalb der Familie in einer Fremdunterbringung gewesen waren (44,0 % vs. 12 % Nichtfremduntergebrachter). Diese Ergebnisse relativieren die Aussage älterer Untersuchungen, dass gerichtliche Verurteilungen bei FAS-Betroffenen eher die Regel als die Ausnahme sind. Dennoch blieb die Deliktrate unter Männern mit FAS höher als in der Durchschnittspopulation.

Einschlägige Untersuchungen aus Deutschland liegen zum Zusammenhang zwischen FAS/FASD und Delinquenz nach Wissen der Autoren nicht vor.

Aus forensisch-psychiatrischer Sicht sollte FASD differenziert betrachtet und bewertet werden. Verbrugge (2003) stellte fest, dass die juristisch-forensischen Fragen v. a. aus den kognitiven und verhaltensregulativen Konsequenzen der FASD rühren. Streissguth und Kanter (1997) und Streissguth et al. (2004) halten dabei die primären Defizite im kognitiven Bereich für wenig modifizierbar, die verhaltensregulativen Defizite hingegen für sekundär und damit für relativ änderbar. Dies vorausgesetzt, ergeben sich einige juristische Implikationen.

In Deutschland wäre bei jugendlichen Straftätern mit FASD im Alter von 14 Jahren bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres zunächst die Anwendung des § 3 JGG, also die strafrechtliche Verantwortlichkeit, zu prüfen. Bekanntlich ist ein Jugendlicher strafrechtlich verantwortlich, „wenn er zur Zeit der Tat nach seiner sittlichen und geistigen Entwicklung reif genug ist, das Unrecht der Tat einzusehen und nach dieser Einsicht zu handeln". Bei einem 18 bis 21 Jahre alten Heranwachsenden sollte die Anwendung des Jugendstrafrechts geprüft werden, „wenn die Gesamtwürdigung der Persönlichkeit des Täters bei Berücksichtigung auch der Umweltbedingungen ergibt, dass er zur Zeit der Tat nach seiner sittlichen und geistigen Entwicklung noch einem Jugendlichen gleichstand". Dementsprechend können FASD-immanente Auffälligkeiten resp. -Defizite wie eine sozioemotionale Retardierung und/oder eine kognitive Retardierung die Anwendung der §§ 3, 105 JGG nach sich ziehen.

Darüber hinaus besteht eine gewisse Konkurrenz zwischen § 3 JGG und § 20 bzw. § 21 StGB (aufgehobene bzw. verminderte Schuldfähigkeit). Beide Bestimmungen gleichen sich insofern, als sie die strafrechtliche Verantwortlichkeit an die Voraussetzung der Einsichtsfähigkeit und der Handlungsfähigkeit knüpfen. Handelt es sich um ein psychisches Zurückbleiben, das als Folge eines noch nicht abgeschlossenen Entwicklungsprozesses verstanden werden kann, kann und ist insoweit eine Nachreifung zu erwarten, so ist § 3 anwendbar. Hingegen sollen § 20 und 21 StGB angewandt werden, wenn das Zurückbleiben pathologischer Art ist und es sich somit um eine strukturelle bleibende und nur mangelhaft ausgleichbare Unreife handelt. Eine zentrale gutachterliche Fragestellung ist daher, die verminderte kognitive Kapazität nicht nur in ihrem Ausmaß zu bestimmen, sondern auch in ihrer Plastizität. Für die Beantwortung der Frage, in welchem Maß eine festgestellte Minderung biologisch – und damit weniger aufholbar – oder sozial – und damit stärker beeinflussbar – ist, kann die Kenntnis einer diagnostizierten FASD nützlich sein. Zunächst ist eine FASD ein starker Hinweis darauf, dass im Sinne Streissguths und Kanter (1997) die Intelligenzminderung weniger beeinflussbar und damit § 3 nicht anwendbar ist. Sollte es noch keine verifizierte Diagnose einer FASD geben, so kann der Gutachter auch während der Begutachtung eine solche stellen und damit die Wahrscheinlichkeit für die Anwendung von § 3 vs. § 20, 21 ändern. Wird eine FASD-Diagnose bei jugendlichen oder heranwachsenden Straftätern zum ersten Mal durch den Gutachter gestellt, können jedoch erhebliche Probleme auftreten. 1) Oftmals sind verlässliche Informationen zum Verlauf und dem Alkoholkonsum der Kindesmutter während der Schwangerschaft nicht mehr zugänglich. 2) Die frühe Vergesellschaftung des biologischen Risikos mit sozialen Entwicklungsrisiken macht Annahmen zur Entstehung der kognitiven Minderung schwer. Auch ohne Alkoholkonsum können FASD-ähnliche Minderungen entstehen. 3) Auch bei vorliegendem Alkoholkonsum während der Schwangerschaft kann nur in ca. 5 % aller Fälle von einer FASD ausgegangen werden. 4) Auch wenn von einer FASD ausgegangen werden kann, wird ihre Ausprägung erheblich durch weitere Risiken moderiert, womit auch die Wahrscheinlichkeiten zur neuronalen Plastizität anhand einer ganzen Liste von weiteren Risiken geschätzt werden sollten. In anderen Worten: Auch wenn ein primärer biologischer Mechanismus der Verursachung einer Intelligenzminderung angenommen werden darf, so kann nicht zwingend davon ausgegangen werden, dass nicht wenigstens Teile der Minderung plastisch, also aufholbar, sind. Für die Abschätzung der Aufholbarkeit ist daher die genaue Kenntnis des Leistungsverlaufes der Be-

schuldigten notwendig. Hat es Maßnahmen gegeben, etwa Verringerungen proximaler Risiken (etwa durch eine stabile Partnerschaft), Umschulungen oder Inobhutnahmen, die das Potenzial hatten, die Minderung zu mildern? Wann gab es derartige Interventionen und welche Auswirkungen hatten sie?

Schließlich gilt es, den Einfluss einer FASD hinsichtlich beider Dimensionen der Schuldfähigkeit möglicherweise unterschiedlich zu beurteilen. Einsichts- und Steuerungsfähigkeit können beide von FASD beeinflusst und dennoch unterschiedlich veränderbar sein. Werden die Argumente von Verbrugge (2003) und Streissguth und Kanter (1997) zusammengefügt, so ergibt sich für die Steuerungsfähigkeit eine größere Plastizität bzw. Veränderbarkeit als für die Einsichtsfähigkeit.

Wie bereits beschrieben, kann der Grad der Intelligenzminderung bei Vorliegen einer FASD unterschiedlich ausfallen. Daher kann die Diagnose einer FASD allein kein Eingangskriterium für die §§ 20/21 StGB sein. Zunächst gilt es, den Grad der Intelligenzminderung zu ermitteln und auf die Erfüllung der Eingangskriterien zu überprüfen. Selten und nur bei erheblicher Minderung der Intelligenz, z. B. bei Imbezillität, wird die Minderung ein Ausmaß erreichen, indem sie die Einsichtsfähigkeit so weit vermindert, dass §§ 20, 21 infrage kommen. Was die Steuerungsfähigkeit angeht, so sind es dann die mit FASD häufig koinzident auftretenden psychischen Störungen, die entweder dem Eingangskriterium einer krankhaften seelischen Störung oder bei den Persönlichkeitsstörungen der schweren anderen seelischen Abartigkeit zugeordnet werden können. Hier sollte nach Meinung der Autoren der Grundsatz gelten, dass eine nachgewiesene FASD insbesondere die krankhafte Störung der Verhaltensregulation, also eine verminderte Steuerungsfähigkeit, wahrscheinlicher macht. Sowohl die Schwere der FASD als auch das Ausmaß und die Chronizität der moderierenden Faktoren wiederum bedingen die Schwere der Verhaltensstörung und ihre Plastizität. Mit steigender Plastizität wiederum verbessert sich Chancen des „Aufholens", und damit nicht nur die Wahrscheinlichkeiten für die Anwendung des § 3 oder § 105 JGG, sondern auch die Einschätzung des Grads der gefährlichen Neigungen, ggf. eines Hangs und der Delinquenzprognose.

Fallvignette

Der zu diskutierende Fall ist der eines 20-jährigen Mannes, der einen Raub mit Todesfolge begangen hatte. Der in einer abhängigen Beziehung zu einem erheblich älteren Mittäter lebende und handelnde Beschuldigte wurde seiner Tat, einem Handtaschenraub, vom Mittäter observiert. Zuvor hatte das Duo Straftaten von erheblichem Ausmaß, insbesondere Autodiebstähle, begangen, ohne dass es während der Taten zu Gewalt gekommen wäre. Der Täter stand in einem starken Ambivalenzkonflikt zum Mittäter, dessen Gewalt und bewaffnete Drohungen er einerseits fürchtete, den er andererseits verklärte und als seinen „Meister" bezeichnete und von dem er Drogen als Belohnung erhielt. Psychopathologisch fiel der Täter durch depressive, dependente, autoaggressive und schizoide Persönlichkeitsmerkmale auf, von denen keine das Ausmaß einer Persönlichkeitsstörung erreichte. Bereits während der Begutachtung ergaben sich einige Anhaltspunkte für das Vorliegen einer FASD. Von den bei Spohr und Steinhausen (2008) aufgezählten Merkmalen waren eine Wachstumsretardierung mit Mikrozephalie, ein verstrichenes Philtrum und eine schmale Oberlippe zu verzeichnen. Kurze Lidspalten waren nicht vorhanden, womit die Diagnose einer FASD während des Gutachtenprozesses nicht zweifelfrei gestellt werden konnte. Angaben zum Alkoholkonsum der Kindesmutter während der Schwangerschaft waren weder der Fremd- noch der Eigenanamnese zu entnehmen. Was die Biografie des Beschuldigten anging, so wurde er bereits im Kindergartenalter durch expansives übergriffiges Verhalten und einen erheblichen Leistungsrückstand auffällig. Nach einer um ein Jahr zurückgestellten Einschulung wurde der Beschuldigte bereits nach einem halben Jahr von der Regelschule auf eine Förderschule für Lernbehinderte umgeschult. Während der folgenden Jahre erfolgten nicht nur häufige Schulwechsel, die alle ohne Ergebnis blieben, sondern auch eine vorübergehende Inobhutnahme in eine stationäre Einrichtung der Jugendhilfe, wo eine stundenweise Einzelbeschulung erfolgte. Diese Maßnahme wurde ebenfalls abgebrochen, als der Beschuldigte sich ihr verweigerte und sich als nichtführbar erwies. Kinder- und jugendpsychiatrische Hilfen wurden dem Beschuldigten erst mit 14 Jahren zuteil. Aus dieser Zeit stammt die erste direkt dokumentierte Messung der Intelligenz, die einen HAWIK-IQ von 59 ergab. Im stationären Klinik-Setting zeigte sich der Beschuldigte bei enger Führung auch als angepasst, außerhalb der therapeutischen Dyade jedoch als sehr verleitbar. Der Beschuldigte wurde mit den Diagnosen sonstige kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen (F92.8), hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (F90.1) und leichte Intelligenzminderung bei deutlicher Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert (F 70.1), beschrieben. Trotz der Therapie mit Ritalin wurden eine anhaltende Anspannung und Aggression beschrieben, die auch unter der Behandlung mit Neuroleptika nicht wichen, zumal der Beschuldigte sich als „non-compliant" erwies. Die Drogenanamnese beruht durchgehend auf eigenen Angaben des Beschuldigten, wonach er mit 6 Jahren begann, Zigaretten zu konsumieren, mit 10 Jahren Alkohol sowie THC mit 11 Jahren. Vom Mittäter würde er gelegentlich auch mit Speed versorgt. Schon in frühen Epikrisen wurden dem Beschuldigten weitschweifige Schilderungen at-

testiert, zum Zeitpunkt der Begutachtung imponierte eine Pseudologia phantastica, womit sich die Validität eigenanamnestischer Angaben verringerte. Ausdrücklich wurde in früheren Epikrisen betont, dass Interventionseffekte trotz mehrfacher Anpassung der Maßnahmen nicht eintraten. Die während der Begutachtung durchgeführte psychologische Untersuchung ergab einen aktuellen IQ von 59, womit auch das Differenzkriterium von mehr als 2 Standardabweichungen erfüllt war. Dennoch zeigte der Beschuldigte Einsichten in die Straffälligkeit seines Handelns im Sinne eines präkonventionellen Niveaus der moralischen Entwicklung. Ihm war durchaus bewusst, dass Raub eine strafbewehrte Handlung ist. Weiterhin war ihm bewusst, dass es als noch verwerflicher gilt, ältere oder schwächere Personen zu berauben. Der Beschuldigte gab an, dass er sich auch zur Tatzeit darüber im Klaren gewesen sei, dass er etwas Unrechtes tue. Aus diesem Grund hätten er und der ältere Mittäter auch Vorkehrungen getroffen, um nicht ertappt zu werden. Die Anwendung des § 105, der die Gleichstellung eines heranwachsenden Täters mit einem Jugendlichen regelt, wurde von den Gutachtern hingegen empfohlen. Die Kriterien für die Trennung zwischen Jugendlichen und Erwachsenen, wie sie von Busch und Scholz (2003) herausgearbeitet wurden, wurden im Gutachten einzeln diskutiert. Dabei wurde darauf abgestellt, dass beim Beschuldigten – auch unter der Hypothese eines vorliegenden FAS – noch Potenziale bestünden, die ihm Chancen einer Nachreifung einräumten. Die Mutter des Beschuldigten konnte erst in der Verhandlung befragt werden und berichtete über erheblichen Alkoholmissbrauch während der Schwangerschaft. Damit konnte der Gutachter während der Verhandlung die Diagnose einer FASD (Q 86.0) vergeben, womit sich die Chancen einer Nachreifung wiederum verringerten – ohne dass sie auf Null reduziert worden wären. Auch mit der vergebenen Diagnose einer FASD argumentierte der Gutachter für eine Anwendung des § 105, wobei das Gericht der Empfehlung folgte. Für die Abschätzung der Eingangskriterien der §§ 20 und 21 wurde ebenfalls die nun stellbare Diagnose einer FASD herangezogen. Dabei wurde die Einsichtsfähigkeit festgestellt (§ 105), die Steuerungsfähigkeit jedoch als vermindert eingeschätzt (§ 21). Die erhebliche Minderung der Steuerungsfähigkeit rührte dabei aus einer Kombination der Intelligenzminderung und der Abhängigkeit vom älteren Mittäter. Dieser beobachtete den Beschuldigten während der Tat, während der Täter jenem „beweisen" wollte, dass er der würdige Lehrling seines „Meisters" sei. In dieser Konstellation erfüllten nach Ansicht der Gutachter die von der FASD herrührende Intelligenzminderung im Zusammenspiel mit den komorbiden Erkrankungen, insbesondere der verminderten Impulskontrolle bei gleichzeitiger Abhängigkeit vom Mittäter die Eingangskriterien des „Schwachsinns" für die Steuerungsfähigkeit zum Zeitpunkt der Tat. Ohne die Dependenz vom gewalttätigen älteren Mittäter, die wiederum eine Folge früher Vernachlässigung, einer anhaltenden Bindungsproblematik und einer schizoid-misstrauischen Persönlichkeitsstruktur war, hätte die Tat nach Ansicht der Gutachter so nicht stattgefunden. Zukünftige gefährliche Neigungen, so die Meinung der Gutachter, ergaben sich daher nicht allein aus der mit der FASD assoziierten Intelligenzminderung, sondern aus ihrer Assoziation mit komorbiden Störungen, wie sie im Zuge einer FASD mit größerer Wahrscheinlichkeit auftreten. Damit waren vom Beschuldigten weitere erhebliche Straftaten zu erwarten, denen nicht allein der Schwachsinn, sondern die Verklärung der „kriminellen Bindung" und die aggressive Unbeherrschtheit zugrunde lagen. Die maßregulative Behandlung sollte sich daher auf die komorbiden Problematiken richten, wobei davon ausgegangen wurde, dass die kognitiven Defizite nur begrenzt aufholbar wären. Hierbei ging es um die Therapie der sozialen Abhängigkeit und Bindungsproblematik, der aggressiven und suizidalen Impulse (Wiederaufnahme einer pharmakologischen Behandlung), der schizoiden Persönlichkeitsanteile und nicht zuletzt der Pseudologia phantastica. Damit erschien die Maßregel als Möglichkeit, die Therapiebedingungen an die Komplexität der primären und sekundären Störungen der FASD anzupassen. Ziel der Therapie war es, die sekundären Störungen der FASD so weit zu behandeln, dass die Gefährlichkeit des Täters für die Allgemeinheit bei nur wenig veränderlicher Primärstörung auf ein vertretbares Maß sinkt. Aus diesem Grund wurde die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankhaus nach § 63 empfohlen.

Zusammenfassung

Da die Prävalenz des Alkoholkonsums in der Schwangerschaft trotz zahlreicher warnender Publikationen und aufklärender Kampagnen in einzelnen Ländern zwischen 10 und 89 % liegt, kommen nach wie vor viele Kinder mit einer FASD zur Welt. Das bedeutet für diese Kinder nicht nur körperliche und geistige Beeinträchtigungen, sondern oft auch lebenslange soziale und emotionale Störungen sowie ein erhöhtes Risiko, infolge dieser Einschränkungen kriminell zu werden. Die Wahrscheinlichkeit, als FASD-Betroffener mit dem Gesetz in Konflikt zu geraten, liegt bei bis zu 60 % und die für eine gerichtliche Verurteilung bei bis zu 30 %. Neben den damit verbundenen individuellen Schicksalen der Täter, aber auch der Opfer kommen auf den Staat immense Kosten für Polizei, Justiz, Vollzugseinrichtungen, Resozialisierung etc. zu. In der forensischen Begutachtung lässt sich die FASD-Diagnose oft erst dann stellen, wenn verlässliche Daten zum Alkoholkonsum der Mutter beschafft werden können. Die Minderung der Steuerungsfähigkeit dürfte häufiger von einer FASD betroffen sein, als die der Einsichtsfähigkeit. Der Zusammenhang von FASD

und verminderter Steuerungsfähigkeit wird mit dem Vorliegen komorbider Problematiken, etwa verminderter Impulskontrolle und psychischer Abhängigkeit, wahrscheinlicher als ohne.

Interessenkonflikt F. Häßler, S. Weirich und O. Reis geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

Bergmann KE, Bergmann RL, Ellert U, Dudenhausen JW (2007) Perinatale Einflussfaktoren auf die spätere Gesundheit. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 50:670–676

Busch T, Scholz OB (2003) Neuere Forschung zum § 105 JGG. Die Bonner Delphi-Studie – Ein Zwischenbericht. Mschr Krim 86:421–432

Clark E, Lutke J, Minnes P, Quellette-Kuntz H (2004) Secondary disabilities among adults with fetal alcohol spectrum disorder in British Columbia. J FAS Int 2:1–12

Dörrie N, Föcker M, Freunscht I, Hebebrand J (2014) Fetal alcohol spectrum disorders. Eur J Child Adolesc Psychiatry 23:863–875

Eberhardt JK, Parnell SE (2016) The genetics of fetal alcohol spectrum disorders. Alcohol Clin Exp Res 40(6):1154–1165. https://doi.org/10.1111/acer.13066

Famy C, Streissguth AP, Unis AS (1998) Mental illness in adults with Fetal Alcohol Syndrome or fetal alcohol effects. Am J Psychiatry 155:552–564

Freunscht I, Feldmann R (2010) Young adults with fetal alcohol syndrome (FAS): social, emotional and occupational development. Klin Padiatr. https://doi.org/10.1055/s-0030-1261927

Frost EAM, Gist RS, Adriano E (2011) Drugs, alcohol, pregnancy, and the Fetal Alcohol Syndrome. Int Anaesthesiol Clin 49:119–133

Grosshans M, Mann K (2012) Alkohol. In: Batra A, Bilke-Hentsch O (Hrsg) Praxisbuch Sucht. Thieme, Stuttgart, S 73–99

Landgraf M, Heinen F (2016) S3 Leitlinie Diagnose der Fetalen Alkoholspektrumstörungen.(FASD). www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/...Diagnostik_FASD_2016-06.pdf. Zugegriffen: Oktober 2016

Lange S, Rehm J, Bekmuradov D, Mihic A, Popova S (2012) Risk of incarceration for individuals with prenatal alcohol exposure. Am J Epidemiol 176:80–82

May PA, Gossage P, Marais AS, Hendricks LS, Snell CL, Tabachnick BG, Stellavato C, Buckley DG, Brooke LE, Viljoen DL (2008) Maternal risk factors for fetal alcohol syndrome and partial fetal alcohol syndrome in South Africa: a third study. Alcohol Clin Exp Res 32:738–753

Popova S, Lange S, Burd L, Rehm J (2015) Cost attributable to Fetal Alcohol Spectrum Disorder in the Canadian correctional system. Int J Law Psychiatry 41:76–81

Popova S, Lange S, Probst C, Gmel G, Rehm J (2017) Estimation of national, regional, and global prevalence of alcohol use during pregnancy and fetal alcohol syndrome: a systematic review and meta-analysis. Lancet 5(3):e290. https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30021-9

Rangmar J, Hjern A, Vinnerjung B, Strömland K, Aronson M (2014) Psychosocial outcomes of fetal alcohol syndrome in adulthood. Pediatrics 135:1915–1921

Rangmar J, Dahlgren Sandberg A, Aronson M, Fahlke C (2016) Childhood placement in out-of-home care in relation to psychosocial outcomes in adults with fetal alcohol syndrome. Eur J Public Health 26:856–861

Robert Koch Institut (2014) Gesundheit in Deutschland aktuell 2012. http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/GEDA2012/kapitel_gesundheitstrends.pdf?__blob=publicationFile. Zugegriffen: Mai 2016

Roozen S, Peters GJ, Kok G, Townend D, Nijhuis J, Curfs L (2016) Worldwide prevalence of fetal alcohol spectrum disorders: a systematic literature review including meta-analysis. Alcohol Clin Exp Res 40:18–32. https://doi.org/10.1111/acer.12939

Siedentopf JP, Nagel M, Büscher U, Dudenhausen JW (2004) Alkohol konsumierende Schwangere in der Schwangerenberatung. Dtsch Arztebl 101:A2623–2626

Spohr HL, Steinhausen H-C (2008) Fetale Alkohol Spektrum-Störungen. Dtsch Arztebl 105:693–697

Streissguth AP, Kanter J (Hrsg) (1997) The challange of Fetal Alcohol Syndrome: overcoming secondary disabilities. University of Washington Press, Seattle

Streissguth AP, Bookstein FL, Barr HM, Sampson PD, O'Malley K, Young JK (2004) Risk factors for adverse life outcomes in fetal alcohol syndromes and fetal alcohol effects. J Dev Behav Pediatr 25:228–238

Thanh NX, Jonsson E (2010) Drinking alcohol during pregnancy: evidence from canadian community health survey 2007/2008. J Popul Ther Clin Pharmacol 17:e302–e307

Verbrugge P (2003) Fetal Alcohol Spectrum Disorder and the youth criminal justice system: a discussion paper. Department of Justice Canada Youth Justice Research, Toronto

Vidal S, Prince D, Connell CM, Caron CM, Kaufman JS, Tebes JK (2017) Maltreatment, family environment, and social risk factors: determinants of the child welfare to juvenile justice transition among maltreated children and adolescents. Child Abuse Negl 63:7–18