

## 12 HKS/ADHS und rechtliche Aspekte

Frank Häßler, Olaf Reis, Johannes Buchmann und Stephanie Bohne-Suraj

### 12.1 Einleitung

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 bis 50 % aller Fälle bis in das Erwachsenenalter persistieren.

Sie sind im Kindes- und Jugendalter durch ein situationsübergreifendes Muster von Unaufmerksamkeit, Überaktivität und Impulsivität, welches für den Entwicklungsstand des Betroffenen ein abnormes Ausmaß erreicht, gekennzeichnet. Im Erwachsenenalter stehen eher Probleme exekutiver Funktionen, der Aufmerksamkeitsfokussierung, der emotionalen Modulation, der Alltagstrukturierung 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 Wechselbeziehung zu Umgebungsfaktoren stehen, muss noch weiter erforscht werden. Die Behandlung sollte multimodal, in der Regel ambulant erfolgen und umfasst in Abhängigkeit vom Alter des Betroffe-

nen neben der Psychopharmakotherapie mit Stimulanzen (Methylphenidat in unretardierter oder retardierter Formulierung) oder Atomoxetin vor allem Psychoedukation, Elternt raining, Familientherapie und kognitiv behaviorale Therapien. Komorbide Störungen bedürfen ergänzender leitlinienkonformer Therapien.

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), in der die Eltern von 7569 Jungen und 7267 Mädchen befragt und 7919 Kinder beobachtet wurden, lag die Prävalenz von ADHS bei 4,8 % und die der Verdachtsfälle bei 4,9 % (Schlack et al. 2007). Die weltweite mittlere Prävalenz betrug in einer Metaanalyse, in die 102 Studien eingingen, bei knapp über 5 % (Polanczyk et al. 2007). Bezüglich der Lifetime-Prävalenz wurden im Rahmen des National Surveys of Children's Health Eltern von 100.000 Kindern zwischen 4 und 17 Jahren befragt. Die Rate für die Lifetime-Diagnose ADHD lag bei 7,8 % (Centers for Disease Control and Prevention 2005). 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. Im KIGGS wurde ADHS um den Faktor 4,3 häufiger bei Jungen als bei Mädchen diagnostiziert. Für den rein aufmerksamkeitsgestörten Typ beträgt dieses Verhältnis aber nur 2:1 (Dulcan et al. 1997).

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 % (Kessler et al. 2006). Auch in zwei älteren Studien lag die Prävalenz von ADHS im Erwachsenenalter zwischen 4 und 4,7 % (Murphy et al. 1996; Heiligenstein et al. 1998).

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. Der GIK-Rport 2006 stellt die Prävalenzen aus dem KIGGS-Survey mit Verschreibungsdaten der Gmünder Ersatzkasse gegenüber und approximiert somit Verschreibungsprävalenz. Bei den 14–17-jährigen Jungs ist bei der Breitendefinition im KIGGS mit 9,4 % Betroffenen zu rechnen. Verschrieben werden ADHD relevante Medikationen an 2,84 %. Somit wird ein knappes Drittel der Betroffenen in dieser Altersgruppe behandelt. Dieser Wert (30,21 %) liegt deutlich niedriger als im Schulalter 50,92 % (7–10 Jahre) oder 49,29 % (11–13 Jahre). Bei den betroffenen jugendlichen Mädchen ist mit einer Auftretensprävalenz von 1,8 % zu rechnen. Die Verschreibungsprävalenz lag im GIK-Datensatz bei 0,8 %. Damit erhalten 44,44 % der Betroffenen in dieser Altersgruppe eine ADHD relevante Medikation. Die speziellen rechtlichen Aspekte betreffen ausdrücklich nicht das neurokognitive Enhancement mit Stimulanzen au-

ßerhalb einer klaren HKS/ADHS Diagnose, da dazu einerseits kaum Daten vorliegen und andererseits der Einsatz von Stimulanzien als lifestyle 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.

## 12.2 Rechtliche Aspekte

### Schule

Da in den aktuellen Leitlinien (Döpfner et al. 2007) 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 Verminderung von ADHS-Symptomen in der Familie, dann können täglich mehrfache Gaben von schnell freigesetzten Stimulanzien notwendig sein ... Stimulanzienpräparate 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“ (Döpfner et al. 2007).

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.

### Reisen

Für jeden einzelnen Fall einer Ausfuhr oder Einfuhr eines Betäubungsmittel bedarf es neben dem Erlaubniszwang eigentlich grundsätzlich der Genehmigung 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) (s. Abb. 30). 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.

<b>Bescheinigung für das Mitführen von Betäubungsmitteln im Rahmen einer ärztlichen Behandlung – Artikel 75 des Schengener Durchführungsabkommens –</b>		
<b>A Verschreibender Arzt:</b>		
(Name) _____	(Vorname) _____	(Telefon) _____ (1)
(Anschrift) _____		(2)
(Stempel des Arztes) _____		(Datum) _____ (Unterschrift des Arztes) _____ (3)
<b>B Patient:</b>		
(Name) _____	(Vorname) _____	(Nr. des Passes oder eines anderen Ausweisdokumentes) _____ (5)
(Geburtsort) _____		(Geburtsdatum) _____ (7)
(Staatsangehörigkeit) _____		(Geschlecht) _____ (9)
(Wohnanschrift) _____		(10)
(Dauer der Reise in Tagen) _____ (11)		(Gültigkeitsdauer der Erlaubnis von/bis – max. 30 Tage) _____ (12)
<b>C Verschriebenes Arzneimittel:</b>		
_____ (13)	_____ (14)	
(Handelsbezeichnung oder Sonderzubereitung)	(Darreichungsform)	
_____ (15)	_____ (16)	
(Internationale Bezeichnung des Wirkstoffs)	(Wirkstoff-Konzentration)	
_____ (17)	_____ (18)	
(Gebrauchsanweisung)	(Gesamtwirkstoffmenge)	
(Reichdauer der Verschreibung in Tagen – max. 30 Tage) _____ (19)		_____ (20)
(Anmerkungen) _____		
<b>D Für die Beglaubigung zuständige Behörde:</b>		
_____ (21)		(21)
(Bezeichnung)		(22)
_____ (22)	_____ (Telefon) _____	
(Anschrift)		(23)
(Stempel der Behörde) _____		(Datum) _____ (Unterschrift der Behörde) _____

BfArM 017 (12.2000)

Abb. 30 Bescheinigung (in deutsch auszufüllende Seite)

### **Straßenverkehr**

Da HKS/ADHS nicht im Katalog der die Fahreignung ausschließenden Erkrankungen und Störungen enthalten ist, geht 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 Promillegrenze), § 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 Fahrsicherheit sein können. Sofern ein Patient, der unter HKS/ADHS leidet, BtM Präparate einnimmt und aufgrund derer eine relative Fahruntüchtigkeit vorliegt, so muss er mit strafrechtlichen Konsequenzen rechnen. Bei selbst verursachten Verkehrsunfällen stellt die Einnahme von BtM-pflichtigen Präparaten dann ein Mitverschulden 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 (Jerome et al. 2006, Barkley et al. 2005). 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, inkorrektes Signalisieren, Stoppen bei Rotlicht und verlängerte Reaktionszeiten (Hofecker Fallahpour M et al. 2005).

### **Doping**

Doping ist die Anwendung verbotener Medikamente, Substanzen und Methoden, durch die die sportliche Leistungsfähigkeit gesteigert werden kann, durch die ein gesundheitliches Risiko besteht und deren Einsatz gegen die

Fairness-Regeln verstößt. In der Neufassung des Arzneimittelgesetzes (AMG) vom 12.12.2005 wird Doping als Straftatbestand genannt. Nach § 6a 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 (Clasing und Löllgen 2006). 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, welches 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 § 8a 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 § 8a 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. Gesundheitliche Einschränkungen, die unter die Gradationen IV und VI fallen. 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.

## 12.3 ADHS und Delinquenz

Das ADHS in der Kindheit ein hohes Risiko für antisoziales Verhalten und Substanzmissbrauch im Jugend- und Erwachsenenalter ist, wissen wir aus

vielen Längsschnittstudien. Inwieweit ADHS alleine bzw. jeder der drei 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 Tabelle 9 gibt eine Übersicht dazu.

Tab. 9 ADHS und Delinquenz

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

Sowohl Satterfield et al. (2007) als auch Copeland et al. 2007 (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].) sehen aber kein erhöhtes Delinquenzrisiko für Kinder mit ADHS ohne eine gleichzeitige komorbide Störung des Sozialverhaltens, komorbiden Substanzmissbrauchs oder einer komorbiden emotionalen Störung. 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)

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 (bspw. 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 Ungesetzliche 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 gleich kommt. Auch die Entwicklung der Moral nach Kohlberg (1997) 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. Jugendliche mit einer geistigen Behinderung sollten eher unter den Kriterien der §§ 20 und 21 StGB betrachtet werden, da es sich bei einer Intelligenzminderung um ein persönlichkeitsimmanentes, zeitstabiles Merkmal handelt, welches nicht als temporäres und aufholbares Reifungsdefizit anzusehen ist.

### ***Entwicklung der Moral nach Kohlberg (1997)***

#### ***1. Das präkonventionelle Niveau***

*Stufe 1: heteronome Moralität (egozentrische Einstellung, Regeleinhaltung aus Furcht vor Strafe)*

*Stufe 2: Individualismus (Einsicht in das Vorhandensein verschiedener Interessen, Regeleinhaltung nur soweit es den eigenen Interessen oder denen anderer dient, gerecht ist, was fair ist)*

#### ***2. Das konventionelle Niveau***

*Stufe 3: interpersonelle Konformität (gemeinsame Interessen erhalten Vorrang, den Erwartungen einer Rolle „good boy“ gerecht werden)*

*Stufe 4: soziales System als Gewissen (erkennt das System an, das Rollen und Regeln festlegt, die Pflicht ist zu erfüllen, Gesetze sind zu befolgen)*

### §§ 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.

Ist die Fähigkeit des Täters, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln, aus einem der in § 20 bezeichneten Gründe bei Begehung der Tat erheblich vermindert, so kann die Strafe nach § 49 Abs. 1 gemildert werden.

Im Katalog der psychischen Störungen, die den vier juristischen Kategorien zuordbar sind, ist ADHS nicht enthalten.

HKS/ADHS alleine, d. h. ohne komorbide Störungen wie Substanzmissbrauch, Persönlichkeitsstörung, affektive Störung etc ist in der Regel kein hinreichender De- oder Exkulpierungsgrund nach den §§ 20 und 21 StGB. Bezüglich der strafrechtlichen Verantwortlichkeit (§ 3 JGG) ist im Einzelfall abzuwägen, ob die HKS/ADHS mit oder ohne Medikation einen Einfluss darauf hat, ob der Täter das Unrecht seiner Tat einsehen und/oder nach dieser Einsicht handeln konnte.

### Gerichtsfälle und ADHD (Collins und White 2002)

**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.*

**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.*

Diese Beispiele demonstrieren die unterschiedliche Rechtsauffassung und Rechtsprechung bezüglich ADHS als Eingangskriterium für die tatbezogene Schuldfähigkeit außerhalb Deutschlands.

## Straf- und Maßregelvollzug

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 gibt, dürfen diese ihm nicht vorenthalten werden.

In Praxis hat sich bei allgemein restriktivem Einsatz von BtM in Straf- und Maßregelvollzugseinrichtungen Atomoxetin in Mono- oder in Kombinations-therapie mit Risperidon, in seltenen Fällen mit einem kurz wirksamen Stimulans bewährt.

## Literatur

- Barkley R, Fischer M, Smallish L, Fletcher K. Young adult follow-up of hyperactive children: antisocial activities and drug use. *J Child Psychol Psychiatry* 2004; 45:195–211.
- Barkley RA, Murphy KR, O'Connell T, Connor DF. Effects of two doses of methylphenidate on simulator driving performance in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *J Safety Res* 2005; 36:121–131.
- Centers for Disease Control and Prevention. Prevalence of diagnosis and medication treatment for attention deficit/hyperactivity disorder-United States 2003. *MMWR Morb Mortal Rep Wkly* 2005; 54:842–847.
- Clasing D, Löllgen H. Verbotene Arzneimittel im Sport. *Dt. Ärzteblatt* 2006; 103:A 3340–4.
- Collins P, White T. Forensic implications of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adulthood. *J For Psychiatry* 2002; 13:263–284.
- Copeland WE, Miller-Johnson S, Keeler G, Angold A, Costello EJ. Childhood psychiatric disorder and young adult crime: A prospective, population-based study. *Am J Psychiatry* 2007; 164:1668–1675.
- Döpfner M, Lehmkuhl G, Schepker R, Fröhlich J. 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.) Köln, Deutscher Ärzteverlag, 2007, 239–254.
- Dulcan MK, Benson RS. Summary of the practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36:1311–1317.
- Heiligenstein E, Conyers LM, Berns AR et al.. Preliminary normative data on DSM-IV attention-deficit hyperactivity disorder in college students. *J Am Coll Health* 1998; 46:185–188.
- Hofecker Fallahpour M, Drewe J, Stieglitz RD. Wie beeinflusst Methylphenidat das Fahrverhalten? *IN/FO Neurologie & Psychiatrie* 2005; 3:16–21.
- Jerome L, Habinski L, Segal A. Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and driving risk: A review of the literature and a methodological critique. *Curr Psychiatry Rep* 2006; 8:416–426.
- Kessler RC, Adler L, Barkley R, Biederman J, Conners CK, Demler O, Faraone SV, Greenhill LL, Howes MJ, Secnik K, Spencer T, Ustun TB, Walters EE, Zaslavsky AM. The prevalence and correlates of adult ADHD in The United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry* 2006; 163:716–723.
- Kohlberg L. Die Psychologie der Moralentwicklung. Frankfurt, Suhrkamp, 1997.
- Manuzza S, Klein RG, Konig PH, Giampino TL. Hyperactive boys almost grown up. IV: criminality and its relationship to psychiatric status. *Arch gen Psychiatry* 1989; 46:1073–1079.
- Murphy K, Barkley RA. Prevalence of DSM-IV symptoms of ADHD in adult license drivers: implication for clinical diagnosis. *J Att Dis* 1996; 1:147–161.
- Polanczyk G, deLima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *Am J Psychiatry* 2007; 164:942–948.
- Satterfield JH, Faller KJ, Crinella FM, Schell AM, Swanson JM, Homer LD. A 30-year prospective follow-up study of hyperactive boys with conduct problems: Adult criminality. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007; 46:601–610.

Schlack R, Hölling H, Kurth BM, Huss M. Die Prävalenz der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *BGB* 2007; 50:827–835.

Weiss G, Hechtman L, Milroy T, Perlman T. Psychiatric status of hyperactive children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1985; 24:21–220.-