

# Die Forensische Psychiatrie in der DDR. Ein Überblick

## Forensic Psychiatry in the GDR: An overview

### Autoren

Maria Widmer<sup>1</sup>, Adrian Schmidt-Recla<sup>2</sup>, Holger Steinberg<sup>1</sup>

### Institute

- 1 Forschungsstelle für die Geschichte der Psychiatrie, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universität Leipzig Medizinische Fakultät, Leipzig, Germany
- 2 Forschungsstelle DDR-Recht, Friedrich-Schiller-Universität Jena, Rechtswissenschaftliche Fakultät, Jena, Germany

### Schlüsselwörter

Geschichte der Psychiatrie, Deutsche Demokratische Republik, forensische Psychiatrie, forensische-psychiatrische Begutachtung, Hans Szewczyk

### Key words

history of psychiatry, German Democratic Republic, forensic psychiatry, Hans Szewczyk, forensic psychiatric expertise

eingereicht 31.08.2021

akzeptiert 26.12.2021

online publiziert 2022

### Bibliografie

Fortschr Neurol Psychiatr

DOI 10.1055/a-1735-3186

ISSN 0720-4299

© 2022. Thieme. All rights reserved.

Georg Thieme Verlag, Rüdigerstraße 14,  
70469 Stuttgart, Germany

### Korrespondenzadresse

Prof. Dr. rer. medic. Holger Steinberg  
Medizinische Fakultät der Universität Leipzig  
Forschungsstelle für die Geschichte der Psychiatrie, Klinik  
und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Simmelweisstr. 10  
04103 Leipzig  
Germany  
holger.steinberg@medizin.uni-leipzig.de

### ZUSAMMENFASSUNG

In der medizingeschichtlichen Auseinandersetzung mit der Psychiatrie in der DDR wurde dem Teilgebiet der forensischen Psychiatrie bisher wenig Aufmerksamkeit geschenkt. In der folgenden literaturbasierten Übersicht sollen daher wesentliche einführende Aspekte zu dieser Thematik dargestellt werden. Der inhaltliche Diskurs in diesem Fachgebiet rekurrierte insbesondere auf die forensisch-psychiatrische Begutachtung im Strafrecht, zu dem u. a. der bekannteste forensische Psychiater der DDR Hans Szewczyk wichtige Beiträge leistete. Nach Einführung des Strafgesetzbuches 1968 und den damit einhergehenden rechtlichen Veränderungen zur verminderten bzw. aufgehobenen Zurechnungsfähigkeit von Straftäter\*innen fand bis Anfang der 1980er-Jahre eine Diskussion über verschiedene Fragen zur Verbesserung der Qualität der Gutachten und der Weiterentwicklung der Gutachtertätigkeit statt. Dabei beschäftigte man sich zwar mit der Begutachtung der Zurechnungsfähigkeit, nicht aber mit der Begutachtung der Prognose, was wahrscheinlich aus der Abschaffung des Maßregelvollzuges 1968 resultierte. Auf die Unterbringung und Behandlung forensisch-psychiatrischer Patient\*innen weisen nur wenige Quellen hin. Psychisch kranke Straftäter\*innen wurden kaum in spezifischen Abteilungen untergebracht, die auch nur in wenigen Kliniken ab Mitte der 1970er-Jahre errichtet wurden. Vermutlich fehlte es auch an eigens entwickelten strukturellen Behandlungskonzepten speziell für forensisch-psychiatrische Patient\*innen. Insbesondere für psychisch kranke Rechtsbrecher\*innen mit hoher Delinquenz war aufgrund der neuen Gesetzgebung nach 1968 eine stationäre Unterbringung dem Anschein nach kaum möglich. Für den zivilrechtlichen Bereich weisen insgesamt nur wenige Quellen vor allem auf eine Auseinandersetzung mit den Themen Entmündigung und Pflegschaft hin.

### ABSTRACT

In the discussion of medical history of psychiatry in the GDR, little attention has been paid to the subfield of forensic psychiatry. In the following literature-based overview, essential aspects of this specific topic are therefore presented. The content-related discussion in this field took place in particular in the area of forensic psychiatric expertise in criminal law, to which, among others, the most well-known forensic psychiatrist of the GDR, Hans Szewczyk, made important contributions. After the introduction of the Criminal Code in 1968 and the accompanying legal changes regarding reduced or abolished criminal responsibility of delinquents, a discourse took place

until the beginning of the 1980s on various questions on the improvement of the quality of expert opinions and further development of their work. The focus was on the assessment of criminal responsibility rather than on the assessment of prognosis, which probably resulted from the abolition of the "Maßregelvollzug" in 1968. Only a few sources refer to the placement and treatment of forensic psychiatric patients. Mentally ill offenders were hardly ever accommodated in specific depart-

ments, which were apparently established in a few clinics from the mid-1970s onwards. There was also a lack of specially developed structural treatment concepts specifically for forensic psychiatric patients. Especially for mentally ill lawbreakers with a high level of delinquency, inpatient placement was apparently hardly possible due to a new legislation after 1968. In the area of civil law, only a few sources indicate that the topics of incapacitation and guardianship were addressed.

Nach der deutschen Wiedervereinigung stand vor allem durch die Medien induziert die Frage im Raum, ob die Psychiatrie der DDR systematisch zu staatlichen Zwecken missbraucht worden war. Daraufhin begann eine Untersuchung und Diskussion verschiedener Aspekte der Psychiatrie in der DDR [1]. Eines ihrer Teilgebiete, das dabei bis heute bis auf wenige Arbeiten von Matthias Lammel [2–6], Stefan Orlob [7] und Christoph Lorke [8] keine Beachtung fand, stellt die forensische Psychiatrie dar. Hierbei handelt es sich um eine gemeinsame Schnittmenge von Psychiatrie und Recht, welche aus heutiger Sicht Begutachtungen in verschiedenen Rechtsbereichen und die Behandlung von Straftäter\*innen mit psychischen Erkrankungen thematisiert [9]. Da die forensische Psychiatrie der DDR noch erhebliche Forschungsdesiderate aufweist, soll in der vorliegenden Studie versucht werden, grundlegende Aspekte und Entwicklungen des Faches darzustellen.

Die Studie ist eine reine Literaturübersicht. Sie basiert auf einer Recherche, Analyse und Kontextualisierung von während der Zeit der DDR von Autor\*innen der DDR erschienenen Publikationen, wobei die Zeitschrift „Psychiatrie, Neurologie und Medizinische Psychologie“ den Ausgangspunkt der Materialsuche bildete. Sie wurde während des gesamten Zeitraums der DDR zwischen 1949 und 1990 herausgegeben und war in der DDR die einzige spezielle Fachzeitschrift für die ausgewiesenen Bereiche [10]. Für die Literaturrecherche wurde diese Zeitschrift nach Veröffentlichungen, Vortragswiedergaben und Buchbesprechungen zur Thematik Band für Band systematisch durchsucht. So konnten zudem Aufsätze aus weiteren medizinischen Fachzeitschriften wie z. B. „Das Deutsche Gesundheitswesen“ oder aus der „Zeitschrift für Ärztliche Fortbildung“ sowie aus der juristischen Zeitschrift „Neue Justiz“ ergänzend einbezogen werden. Des Weiteren konnten im Bestand der Deutschen Nationalbibliothek einige wenige Konferenz-Berichte sowie Lehrbücher und weitere Veröffentlichungen einzelner bekannter forensischer Psychiater\*innen der DDR aufgefunden und inhaltlich ausgewertet werden. Die Suche nach Monografien wurde ergänzt durch eine Internet-Recherche nach thematisch relevanten Beständen in den deutschen wissenschaftlichen Bibliotheken im Karlsruher Virtuellen Katalog. Für die Suche in den Datenbanken wurden Stichworte wie „forensische Psychiatrie und DDR“, „gerichtliche Psychiatrie und DDR“ oder „forensische Begutachtung und DDR bzw. Ostdeutschland“ genutzt.

## Grundlegende Strukturen

Beim Versuch, einen Überblick über **die institutionellen Strukturen** der Forensik in der DDR zu gewinnen, fällt auf, dass sich in der

gesamten hier ausgewerteten Literatur der DDR keine Angaben zu Kliniken finden lassen, die ausschließlich für forensisch-psychiatrische Patient\*innen vorgehalten worden wären. Zur Frage nach spezifischen Abteilungen innerhalb psychiatrischer Kliniken lässt sich für das Bezirkskrankenhaus Mühlhausen in Thüringen die Angabe finden, dass dort 1977 eine eigene forensische Abteilung errichtet wurde ([11], S. 129). Zudem wurde Ende der 1970er-Jahre laut Lammel in der Psychiatrischen Klinik in Berlin-Buch ein eigener forensisch-psychiatrischer Bereich aufgebaut [3]. Dem Bericht des Bundesgesundheitsministeriums aus dem Jahr 1991 „Zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR“ zufolge umfasste diese Abteilung im *Haus 213* 93 Betten mit einer durchschnittlichen Belegung von 73 % im Jahr 1989. Die bauliche Substanz und die Ausstattung seien den Autor\*innen zufolge unzureichend gewesen, zudem habe es an spezifischen Berufsgruppen wie beispielsweise Psycholog\*innen oder Ergotherapeut\*innen gefehlt. Demgegenüber seien die Patient\*innen vom medizinischen Personal jedoch engagiert und motiviert versorgt worden ([12], S. 159). In einigen psychiatrischen Kliniken wurde im Gegensatz dazu die Einrichtung spezieller Stationen für psychisch kranke Rechtsbrecher\*innen abgelehnt, was z. B. aus einem Vortrag hervorgeht, der über die Situation im Krankenhaus Uchtsprünge (Sachsen-Anhalt) berichtet. Hier war man Ende der 1970er-Jahre dezidiert der Auffassung, dass die Behandlung – und daraus folgend die Unterbringung – sich nicht nach dem Delikt, sondern nach dem Krankheitsbild zu richten habe [13]. Auch Gudrun Blümlein bestätigte in ihrer Dissertation von 1991, dass psychisch kranke Straftäter\*innen in der DDR entsprechend ihrer Erkrankung auf den jeweiligen Stationen untergebracht worden seien, erwähnte jedoch, dass es ebenfalls forensisch-psychiatrische Bereiche in psychiatrischen Kliniken gegeben habe [14]. Womöglich lässt sich aus den genannten Quellen ab Mitte der 1970er-Jahre die Tendenz zur Errichtung forensischer Abteilungen an einigen Kliniken ableiten.

Erst ab dem letzten Jahrzehnt der DDR scheint es in der Psychiatrie eine spezifische ärztliche **Fortbildung** für den Schwerpunkt forensische Psychiatrie gegeben zu haben. Laut Lammel wurde Anfang der 1980er-Jahre der Versuch unternommen, eine sogenannte *funktionsbezogene Qualifizierung* – zunächst als *funktionsbezogene Spezialisierung* bezeichnet – für Psychiater\*innen zu schaffen. Hierfür habe sich vor allem Hans Szewczyk (1923–1994) engagiert, der im April 1981 in einem Schreiben an die psychiatrischen Abteilungen bzw. Kliniken der DDR die geplante Fortbildung vorgestellt und sogleich den ersten Kurs zur forensischen Psychiatrie in Ahrenshoop angekündigt habe. Im Rahmen der *funktionsbezogenen Qualifizierung* fanden laut Lammel drei Zusammenkünfte von 1982

bis 1985 statt. Diese drei *Lehrgänge über Forensische Psychiatrie* hätten u. a. wissenschaftliche Vorträge und Diskussionen zu einzelnen Fällen beinhaltet. Thematisch sei das Hauptaugenmerk deutlich auf die strafrechtliche forensisch-psychiatrische Begutachtung gelegt worden. Die Kurse seien von ungefähr 120 Teilnehmer\*innen absolviert worden, die zur Zertifizierung der Fortbildung neben dem Besuch der drei Tagungen u. a. forensische Gutachten einzureichen hatten. Trotz einer abschließenden Tagung im Herbst 1988 in Bollmannsruth (Brandenburg) sei die *funktionsbezogene Qualifizierung* für forensische Psychiatrie bis zum Ende der DDR nicht beendet und somit letztlich nicht anerkannt worden, wobei die Ursache hierfür unbekannt bleibe [5].

Unter den **forensischen Psychiater\*innen** der DDR war Hans Szewczyk offenkundig mit Abstand der bekannteste, der überdies laut Orlob eng mit der Entwicklung der Medizinischen Psychologie in der DDR zu assoziieren ist. Auffallend sind seine zahlreichen Publikationen sowie sein fachspezifischer Werdegang, welcher u. a. 1974 zu einer Professur für Psychiatrie mit dem Schwerpunkt forensische Psychiatrie an der Humboldt-Universität Berlin führte [7]. In seiner interdisziplinären Forschung haben ihn neben Themen wie Jugendkriminalität, Alkoholmissbrauch und Sexualdelinquenz vor allem Menschen in sozialen Randlagen beschäftigt. Szewczyks normative Beschreibung und Beurteilung zu dieser Thematik hinterließ einen nicht unbedeutenden gesellschaftlichen Einfluss insbesondere auf die in der Bevölkerung verbreiteten Perspektiven auf soziale Randgruppen [8].

Innerhalb der „**Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie der DDR**“ wurde laut Szewczyk 1963 die *Sektion Forensische Psychiatrie* gegründet [15], ab Oktober 1980 als *Arbeitsgemeinschaft für forensische Psychiatrie* bezeichnet, die u. a. im Rahmen einer Tagung im Oktober 1979 in Ahrenshoop Empfehlungen für die Erstellung von Gutachten ausgesprochen hat [16]. Vor allem war es wohl auch Szewczyk, der sich zudem um eine Anbindung der forensischen Psychiatrie über die Grenzen der DDR hinaus bemühte, so wurde an der Charité 1964 ein internationales Symposium „Über aktuelle Fragen der Gerichtspsychiatrie“ durchgeführt [15].

An forensisch-psychiatrischer **Grundlagenliteratur** war in den ersten zwei Jahrzehnten der DDR das 1950 in erster Auflage in West-Berlin erschienene Lehrbuch „Gerichtliche Psychiatrie“ von Albrecht Langelüddeke eine wichtige Orientierung für die Psychiater\*innen auch im Osten Deutschlands [2, 17]. In den psychiatrischen Lehrbüchern der DDR gab es nur in dem ab 1977 in vier Auflagen erschienenen Lehrbuch „Neurologie und Psychiatrie“ von Karl Seidel, Heinz A. F. Schulze und Gerhard Göllnitz ein eigenes Kapitel zur forensischen Psychiatrie [18]. Zudem informierte das 1984 erschienene Lehrbuch „Forensische Psychologie“ von Harry Dettenborn, Hans-H. Fröhlich und Hans Szewczyk u. a. zu Fragen der Zurechnungsfähigkeit in der psychiatrischen Begutachtung [5, 19]. Zur Weiterbildung diente neben der Zeitschrift „Psychiatrie, Neurologie und Medizinische Psychologie“ vor allem die Heftreihe „Medizinisch-juristische Grenzfragen unter besonderer Berücksichtigung der Psychiatrie und Neurologie“, die ab 1979 unter dem veränderten Titel „Medizinisch-juristische Grenzfragen unter besonderer Berücksichtigung der Psychiatrie, Psychologie und Kriminologie“ geführt wurde. Von dieser Publikationsreihe erschienen insgesamt 16 Bände, die zu einzelnen Themenschwerpunkten

und dabei vor allem zu Fragen der forensisch-psychiatrischen Begutachtung informierten [5]. Aus mehreren Quellen ist überliefert, dass für Ärzt\*innen zu Bildungszwecken zudem der Zugang zu Publikationen, die in der BRD erschienen waren, über Krankenhäuser und Bibliotheken relativ gut möglich war [5].

## Begutachtung im Strafrecht

Im strafrechtlichen Bereich der forensischen Psychiatrie existierte ein für die DDR spezifischer **rechtlicher Rahmen** erst ab dem 12.01.1968 mit dem Inkrafttreten des Strafgesetzbuches (StGB-DDR, idF. v. 12.01.1968, GBl. I S. 1 ff.) und der Strafprozessordnung der DDR (StPO-DDR, idF. v. 19.12.1974, GBl. I 1975 Nr. 4 S. 61 ff.) [2]. Für die psychiatrische Begutachtung waren die §§ 15 und 16 StGB-DDR bedeutsam, welche die Einschränkungen der Zurechnungsfähigkeit des Angeklagten regelten. Als vermindert bzw. aufgehoben zurechnungsfähig hatten demnach die *krankhafte Störung der Geistestätigkeit*, die *Bewusstseinsstörung* und die *schwerwiegende abnorme Entwicklung der Persönlichkeit mit Krankheitswert* zu gelten, wobei Letztere lediglich als eine Verminderung der Zurechnungsfähigkeit beurteilt wurde. Zu der *zeitweiligen und dauernden krankhaften Störung der Geistestätigkeit* waren laut Szewczyk alle Zustände organischer Genese zu rechnen, so z. B. die Intelligenz-minderung [2, 18]. Unter den *Bewusstseinsstörungen* waren die Auswirkungen des Affektes sowie bewusstseinsverändernde Zustände, die durch Alkohol oder Rauschmittel hervorgerufen wurden, gefasst. Brachte sich eine Person jedoch selbst in einen Rauschzustand, in dem die Zurechnungsfähigkeit aufgehoben war, und führte sie daraufhin eine Straftat aus, hatte eine uneingeschränkte Bestrafung zu erfolgen [18]. Die *schwerwiegende abnorme Entwicklung der Persönlichkeit mit Krankheitswert*, das dritte Merkmal, das als die Zurechnungsfähigkeit vermindern abzuwägen war, wurde 1968 neu eingeführt und umfasste laut Szewczyk von der Norm abweichende Persönlichkeiten, Persönlichkeitsentwicklungen und von der Norm abweichende soziale Situationen, die sich daraus ergeben hätten. Diesem dritten Merkmal waren vor allem *Psychopathien*, *Neurosen* und *Triebstörungen* zugeordnet worden [18].

Der psychiatrische Sachverständige habe laut Szewczyk vor allem die Aufgabe, ein **Gutachten zur Zurechnungsfähigkeit** zu erstellen. Daneben würden oft Angaben hinsichtlich der Aussagefähigkeit und Glaubwürdigkeit von Angeklagten erbeten [18]. Im Verfahren zur Beurteilung der Zurechnungsfähigkeit sei erst die Zuordnung zu einem der drei genannten Merkmale notwendig gewesen. Danach sei die Beurteilung der *Entscheidungsfähigkeit* des Angeklagten erfolgt [2], worunter das Vermögen der angeklagten Person verstanden worden sei, die Normen der Gesellschaft bezogen auf ihre Tat wahrzunehmen, zu beurteilen und nach diesen handeln zu können [20]. Damit die Justizorgane über die Zurechnungsfähigkeit entscheiden konnten, sei die dafür benötigte fachliche Einschätzung in einem psychiatrischen Gutachten vom Sachverständigen zu übermitteln gewesen [21]. In den §§ 38 bis 46 StPO-DDR wurde die Rolle des Sachverständigen und die Begutachtung gesetzlich geregelt. Die psychiatrischen Gutachten wurden laut § 39 Abs. 1 S. 1 StPO-DDR spätestens ab 1974 von Gerichten bzw. Staatsanwält\*innen angefordert. Dies erfolgte laut Szewczyk bei Erwachsenen nur dann, wenn die Zurechnungsfähigkeit angezweifelt wurde, da grundsätzlich vorauszusetzen sei, dass

erwachsene Angeklagte die Fähigkeit besäßen, sich nach gesellschaftlichen Normen zu verhalten und sich dementsprechend zu entscheiden. Zweifel an der Zurechnungsfähigkeit wurden laut Szewczyk für die Staatsanwaltschaft bzw. das Gericht vor allem durch die Persönlichkeit der angeklagten Person, Patient\*innen unterlagen und ärztliche Berichte begründet [18]. Laut Manfred Ochernal, der als forensischer Psychiater erst in Waldheim und später in Berlin tätig war, und Siegfried Wittenbeck, Richter am Obersten Gericht der DDR und von 1987 bis 1990 Staatssekretär, bestand für die Justizorgane die Möglichkeit, bei Schwierigkeiten hinsichtlich der Entscheidung, ob ein Gutachten anzufragen sei, sich von einem Sachverständigen vorher beraten zu lassen. In diesen Konsultationen hätten die psychiatrischen Sachverständigen medizinische Fragen beantwortet und die Justizorgane bei der Entscheidung hinsichtlich eines zu erstellenden Gutachtens unterstützt. Eine sogenannte *Vorbegutachtung*, worunter eine kurze Untersuchung der angeklagten Person sowie eine erste schriftliche Äußerung bezüglich der Zurechnungsfähigkeit durch einen Psychiater zu verstehen war, wurde von den Autoren jedoch abgelehnt [22]. In einer Studie aus dem Jahr 1973 kamen Szewczyk und die Medizinstudentin Sabine Püschel nach systematischer Auswertung verschiedener forensischer Vorgutachten und Gutachten ebenfalls zu dem Ergebnis, dass eine Konsultation im Vorhinein sinnvoll, eine Vorbegutachtung jedoch abzulehnen sei [23]. Wenn ein Gutachten vom Gericht bzw. von der Staatsanwaltschaft erbeten wurde, so geschah dies gemäß § 39 Abs. 1 S. 1 StPO-DDR „bei den entsprechenden staatlichen Einrichtungen“. Auch Szewczyk betonte, dass nicht einzelne Ärzt\*innen, sondern eine psychiatrische Institution beauftragt wurde. Der Direktor bzw. ein beauftragter Vertreter der Einrichtung habe dann formal die Verantwortung getragen, auch wenn das Gutachten von einzelnen Psychiater\*innen bzw. einer Gruppe erstellt worden sei [18]. Eine Aufforderung zur Begutachtung war laut § 39 Abs. 3 StPO-DDR verpflichtend, laut Szewczyk war eine Ablehnung nur aufgrund von Befangenheit möglich [18]. Zur Erstellung des psychiatrischen Gutachtens konnte nach Antrag des Sachverständigen laut § 43 StPO-DDR eine Unterbringung der zu begutachtenden Person in einem psychiatrischen Krankenhaus für maximal 6 Wochen vom Gericht bzw. der Staatsanwaltschaft angeordnet werden. Wenn sich diverse Umstände zwischen der Begutachtung und der Hauptverhandlung geändert hätten, sei der Sachverständige dazu verpflichtet gewesen, Stellung zu nehmen und sein Gutachten entsprechend der Erkenntnisse abzuändern. Zudem sei er dazu verpflichtet gewesen, dem Gericht ihm im Zuge der Begutachtung bekannt gewordene neue Aspekte mitzuteilen. Während der Hauptverhandlung sei der Gutachter auf seine Pflichten hingewiesen und über strafrechtliche Folgen bei bewusst falschen oder unvollständigen Gutachten belehrt worden [18].

Nach Inkrafttreten des StGB-DDR 1968 wurde bis in die 1980er-Jahre über **Verbesserungsmöglichkeiten** der Begutachtung im Strafrecht diskutiert [2, 16]. Szewczyk veröffentlichte 1981 stellvertretend für die *Arbeitsgemeinschaft für forensische Psychiatrie* „Empfehlungen zur Durchführung und zum Aufbau forensisch-psychiatrischer Gutachten“. Es sei wichtig gewesen, so der Abteilungsleiter für forensische Psychiatrie und Psychologie der Berliner Charité-Nervenklinik, wissenschaftlich exakt zu arbeiten, sich kurz und prägnant auszudrücken, sich bei der Begutachtung auf das Wesentliche zu konzentrieren, übersichtlich und verständlich die Frage-

stellung zu beantworten und die Begutachtung innerhalb von 6 Wochen zu bearbeiten. Zudem wies er ausdrücklich darauf hin, dass bei der Begutachtung prinzipiell zuerst Sachverhalte festzustellen seien, welche die Zurechnungsfähigkeit betreffen. Danach sei deren Einschätzung durchzuführen. Hinsichtlich des Aufbaus eines Gutachtens seien zunächst die relevanten Informationen aus den Gerichtsakten und der Exploration des Begutachteten und gegebenenfalls weiterer Personen aufzuführen. Danach habe der Gutachter Befunde aus Untersuchungen zusammenzufassen. Im Anschluss seien in der Beurteilung die Aspekte gesamtheitlich zu bewerten, eine entsprechende Diagnose zu stellen, die *Tatzeitpersönlichkeit* des Begutachteten sowie seine Motivation zur Durchführung der Straftat zu interpretieren und schlussendlich die Zurechnungsfähigkeit einzuschätzen [16]. Es erscheint aufschlussreich, dass als Anhang zu Szewczyks Empfehlungen in der „Psychiatrie, Neurologie und Medizinische Psychologie“ ein gemeinsamer Standpunkt des Obersten Gerichts der DDR und der Generalstaatsanwalt der DDR abgedruckt wurde hinsichtlich der Anforderung und der Gestaltung forensisch-psychiatrischer Gutachten. So wurde die Forderung erhoben, dass psychiatrische Gutachten für die Justiz nachvollziehbar sein müssten, vor allem dahingehend, wie der Sachverständige zur Beantwortung der Fragestellung gekommen sei. Die gegebene Fragestellung für das Gutachten sei eindeutig auf eine psychiatrische Arbeit auszurichten und klar abgegrenzt mit medizinischen Kompetenzen zu bearbeiten. Die Fragen, die vom Gutachter nicht eindeutig und zweifelsfrei beantwortet werden könnten, seien zu benennen. Wichtig sei zudem, dass das Gutachten für alle Beteiligten verständlich sei, die wesentlichen Aspekte beinhalte und übersichtlich erscheine. Erfahrungsgemäß umfasse ein Gutachten 10 bis 15 Seiten. Die Frist zur Bearbeitung der Begutachtung sei einzuhalten [21]. Offenbar kam mit diesen beiden Beiträgen die Diskussion über die psychiatrische Begutachtung im Strafrecht zu einem gewissen Resultat und Ende. Lammel merkt zur besprochenen Diskussion an, dass die Bemühungen um eine verbesserte Qualität der Gutachten lediglich auf die Einschätzung einer verminderten bzw. aufgehobenen Zurechnungsfähigkeit beschränkt geblieben seien, nicht jedoch eine Optimierung der Gutachten hinsichtlich der Prognose von psychisch kranken Rechtsbrecher\*innen betroffen habe, was u. a. auf die Abschaffung des Maßregelvollzugs 1968 zurückzuführen sei [2]. Zudem konnte es laut Lammel nur zu einer begrenzten Verbesserung der Gutachten kommen, da ein mündlicher Vortrag des Gutachters im Strafverfahren nicht unbedingt notwendig gewesen sei. Dadurch seien die meisten Gutachten schriftlich übermittelt worden und die Sachverständigen hätten sich keiner mündlichen Diskussion stellen müssen und hätten zudem nicht die Sichtweise der angeklagten Person in der Verhandlung erleben können [2].

Über **Untersuchungsmethoden**, die für die forensische Begutachtung genutzt wurden, lassen sich in der publizierten Literatur der Zeit verschiedene Informationen finden. Anfang der 1950-er Jahre wurde die Narkoanalyse thematisiert [24], worunter ein diagnostisches und therapeutisches Verfahren zu verstehen war, in dem der Patient mithilfe von Narkotika in einen Zustand versetzt werden sollte, durch welchen er leichter über konfliktbehaftete bzw. unterbewusste Gedanken sprechen können sollte [25]. Helmut Grage, Chefarzt des Karl-Marx-Städter Krankenhauses Zeisigwald, setzte sich in einer Publikation mit den Ansichten mehrerer

europäischer Wissenschaftler\*innen zur Anwendung der Narkoanalyse in der Forensik auseinander und kam zu dem Schluss, dass diese Methode überwiegend abgelehnt werde. Er berichtete, dass in Zeisigwald die Narkoanalyse zwar generell im diagnostischen und therapeutischen Bereich der Psychiatrie genutzt werde, jedoch nie im forensischen Bereich - auch nicht, um bei einer strafrechtlichen Begutachtung eine psychiatrische Diagnose sicherzustellen [24]. Inwieweit die Narkoanalyse an anderen Kliniken der DDR für forensische Gutachten grundsätzlich genutzt wurde, wird aus dieser Publikation nicht ersichtlich. Im Gegensatz dazu kann eindeutig festgestellt werden, dass die Erstellung eines Elektroenzephalogramms bei der Begutachtung eine wichtige Rolle spielte. Die Nervenklinik der Charité legte dazu eine umfangreiche Studie vor, nach der in den Jahren 1963 bis 1967 bei 11,4% der forensischen Begutachtungen ein EEG geschrieben worden sei: 78 der insgesamt 143 EEG-Befunde seien pathologisch gewesen, in 9 Fällen habe das EEG sogar einen wichtigen Einfluss auf das Ergebnis des Gutachtens gehabt. Die Autoren diskutierten jedoch auch die Grenzen dieser Untersuchungsmethode: Das EEG könne im Rahmen einer forensischen Begutachtung nur im Fall von bestimmten Erkrankungen wie eines *Hirnschadens* Aussagen erbringen [26]. Für die forensische Begutachtung wurde ebenfalls die Pneumenzephalographie genutzt - ein Verfahren zur radiologischen Darstellung der Hirnventrikel mithilfe von injizierter Luft. Bernd Nickel aus der Charité und der bekannte DDR-Psychiater Siegfried Schirmer stellten in einer 1974 publizierten Studie eine Korrelation zwischen psychopathologischen und pathologisch-pneumenzephalographischen Befunden her und meinten, die Pneumenzephalographie sei daher in bestimmten Fällen bei einer forensischen Begutachtung indiziert [27]. Für die forensische Begutachtung wurden zudem auch psychologische Fragebögen genutzt, wobei es sich vor allem um Selbstbeurteilungsfragebögen handelte [28].

Hinsichtlich der **Aufklärungs- und Schweigepflicht** bei der Begutachtung erwähnten Schirmer und der DDR-Psychiater Helmut F. Späte, 1984 bis 1993 psychiatrischer Lehrstuhlinhaber und Klinikdirektor in Halle, dass ein Gutachter gegenüber dem Begutachteten eine Aufklärungspflicht habe, d. h. er müsse den zu Begutachtenden über das Vorgehen z. B. in Bezug auf die diagnostischen Methoden im Vorhinein aufklären und benötige die Einwilligung des Angeklagten [29]. Dabei stützten die Autoren sich auf „Rechtsfragen der ärztlichen Begutachtungen. Thesen des juristisch-medizinischen Arbeitskreises der Vereinigung der Juristen der DDR“ [30]. Bezüglich der Schweigepflicht sei der Gutachter verpflichtet, über noch anzuzeigende Straftaten zu berichten, zu allen anderen Informationen, u. a. zu persönlichen Details, die nicht mit der Fragestellung des Gutachtens assoziiert seien, habe er jedoch nicht auszusagen [29]. Laut Lammel waren die gesetzlichen Regelungen zur Schweigepflicht nicht unbedingt praxistauglich umzusetzen [2].

## Unterbringung und Behandlung psychisch kranker Rechtsbrecher\*innen

Für die ersten zwei Jahrzehnte der DDR lassen sich nur wenige Angaben über die Situation von psychisch kranken Straftäter\*innen in den Krankenhäusern der DDR finden. **Bevor das Strafgesetzbuch 1968 in Kraft trat**, konnte gemäß § 51 Reichs-Strafgesetzbuch (RStGB; idF. v. 24.11.1933, RGBl. I S. 995 ff.) eine verminderte bzw. aufgehobene Zurechnungsfähigkeit von Straftäter\*innen aufgrund von *Bewusstseinsstörung*, *krankhafter Störung der Geistestätigkeit* oder *Geistesschwäche* angenommen werden, wenn einer der genannten Zustände zu einer stark verminderten bzw. aufgehobenen Fähigkeit, „das Unerlaubte der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln“ führte. Das seit 1933 (mit dem Gesetz gegen gefährliche Gewohnheitsverbrecher; RGBl. I, Nr. 133, S. 995–999) in den §§ 42a-i RStGB geregelte Maßregelvollzugsrecht sah u. a. vor, dass Straftäter\*innen mit vermindelter bzw. aufgehobener Zurechnungsfähigkeit nach § 42b RStGB in einer Heil- oder Pflegeanstalt untergebracht wurden, „wenn die öffentliche Sicherheit es erfordert[e]“. Die Patient\*innen waren laut Ehrig Lange im Maßregelvollzug abgesehen vom Einweisungsgrund allen anderen Patient\*innen gleichgestellt gewesen. Oft seien forensische Patient\*innen jedoch als kriminell betrachtet und nicht in dem Maß therapiert worden wie andere Patient\*innen. Ihr Krankenhausaufenthalt sei eher als Verwahrung wahrgenommen worden [31].

Friedrich Ruck berichtete 1966 zum Letzteren passend, dass eine Behandlung oft nicht möglich war, weil es die Kapazitäten einiger Einrichtungen überschritten habe und die Krankenhausmitarbeiter\*innen diesem Aufgabenbereich skeptisch begegneten [32]. Die Therapie der psychisch kranken Rechtsbrecher\*innen bestand im Bezirkskrankenhaus Leipzig-Dösen Ruck zufolge vor allem aus Gruppenpsychotherapie sowie Arbeitstherapie [32].

In einer Untersuchung aus dem Jahr 1963 wurden laut Lange die Daten von 96 % der Patient\*innen im Maßregelvollzug am 10.06.1962 in den psychiatrischen Fachkrankenhäusern der DDR (Ost-Berlin ausgenommen) erfasst [31]. Insgesamt handelte es sich hierbei um 904 Personen. Der Anteil an Jugendlichen betrug 0,5%. Der Anteil alter Menschen (Frauen über 60 Jahren, Männer über 65 Jahren) lag bei 11%. Zu den häufigsten Delikten dieser Altersgruppe zählten unter den Männern *Sexualdelikte* (61%) und bei den Frauen *Diebstahl und Betrug* (30%). Bei den übrigen Patient\*innen waren *Sexualdelikte* (41%), *Delikte primär staatspolitischen Inhaltes* (20%)<sup>1</sup> und *Diebstahl* (15%) am häufigsten vorzufinden. Der Anteil *Schwachsinniger* aller Patienten im Maßregelvollzug lag bei 54%. Lange referierte unterschiedliche Unterbringungsformen in den einzelnen Fachkrankenhäusern der DDR: Es gab Kliniken, die alle Patient\*innen auf geschlossenen Stationen unterbrachten, andererseits auch Kliniken, die einige Patient\*innen auf Normalstationen versorgten. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer lag am Stichtag bei insgesamt 46 Monaten [31].

**Das 1968 in Kraft getretene Strafgesetzbuch der DDR** gestaltete das Sanktionenrecht völlig um und schaffte insbesondere die Unterbringung im „Maßregelvollzug“ ab. Die Gründe für diesen erheblichen Eingriff des Gesetzgebers in das strafrechtliche Sanktionenrecht müssen rechtshistorische Untersuchungen aufhellen. Das nunmehr eingleisige Sanktionenrecht sah für psychisch kranke Rechtsbrecher\*innen (nur) noch vor, dass insbesondere vermindert zurechnungsfähige Straftäter\*innen verpflichtet werden konnten, sich einer fachärztlichen Behandlung zu unterziehen (§ 27 Abs. 1 StGB-DDR). Zur Abwehr der Gefahren, die von psychisch Kranken ausgehen, galt jedoch fortan das „Gesetz über die Einweisung in

<sup>1</sup> Welche spezifischen Delikte der Autor unter diesen Terminus subsumiert, wird in der Quelle nicht näher erläutert.

stationäre Einrichtungen für psychisch Kranke“ (EinwG; idF. v. 11.06.1968, GBl. S. 273 ff.) [2]. Laut § 11 Abs. 1 EinwG konnte eine unbefristete Einweisung „zum Schutze von Leben oder Gesundheit des Kranken oder zur Abwehr einer ernststen Gefahr für andere Personen oder für das Zusammenleben der Bürger“ mithilfe eines gerichtlichen Verfahrens erfolgen. Über die Verbindung der §§ 15 und 16 StGB-DDR mit dem § 11 EinwG sollten aber auch Straftäter\*innen mit verminderter bzw. aufgehobener Zurechnungsfähigkeit einer psychiatrischen Institution zugeführt werden- denn gem. § 15 Abs. 2 StGB-DDR konnte das Strafgericht bei aufgehobener Zurechnungsfähigkeit eine Einweisung in eine psychiatrische Einrichtung anordnen. Bei verminderter Zurechnungsfähigkeit konnte das Strafgericht laut § 16 Abs. 3 StGB-DDR die Einweisung in eine psychiatrische Einrichtung anstelle bzw. nach einer Strafe beschließen. Gemäß § 12 Abs. 1 EinwG wurde die unbefristete Einweisung von psychisch kranken Personen, die sich nicht strafbar gemacht hatten, von dem jeweils zuständigen Zivilgericht beschlossen. Nach erfolgter Einweisung musste im Krankenhaus laut § 13 Abs. 1 EinwG „jeweils mindestens alle 6 Monate“ die Erfordernis der Unterbringung des Patienten überprüft und dokumentiert werden, um diese fortzuführen. Die psychisch kranken Straftäter\*innen waren nach der Einweisung in die stationäre Einrichtung offenbar den zivilrechtlich eingewiesenen Patient\*innen gleichgestellt, es hat keine strafrechtliche Zuständigkeit mehr für sie bestanden [2]. Da Rechtsbrecher\*innen mit verminderter Zurechnungsfähigkeit, die eine Strafe erhielten, diese erst verbüßen mussten und erst danach einer psychiatrischen Klinik zugeführt werden konnten, hatte die gesetzliche Neuregelung laut Lammel zur Folge, dass besonders Straftäter\*innen mit *Persönlichkeitsstörungen*, die zu langen Haftstrafen verurteilt wurden, eine psychiatrische Behandlung verwehrt wurde [5]. Da sehr delinquente Patient\*innen mit hohen Strafen den Kliniken nicht zugeführt worden seien, sei folglich keine besondere Sicherung der stationären Einrichtungen notwendig gewesen. Die strafrechtlich eingewiesenen Patient\*innen seien daher vor allem zurechnungsunfähige Rechtsbrecher\*innen mit *Psychosen* oder Patient\*innen mit geringen Haftstrafen gewesen, die nach dem Strafvollzug in einer Klinik untergebracht wurden [2].

Es konnten in der gesamten recherchierten und analysierten Literatur keine in irgendeiner Weise allgemein geltenden Grundsätze für Behandlungskonzepte der forensischen Psychiatrie in der DDR gefunden werden. An *Psychosen* erkrankte Straftäter\*innen mit aufgehobener Zurechnungsfähigkeit wurden wie anderweitig psychotisch kranke Patient\*innen einer dafür vorgesehenen krankheitsspezifischen Therapie zugeführt. Für Personen mit einer verminderten Zurechnungsfähigkeit hat es vermutlich keine speziellen Behandlungskonzepte gegeben. Da bei erfolgloser Therapie mit gängigen Verfahren eine Entlassung über die jeweilige Zivilkammer möglich gewesen war, hat erkennbar nur eher eine geringe Motivation bestanden, sich mit diesen Patient\*innen näher zu befassen [5]. Zur Frage nach einer Behandlung psychisch kranker Rechtsbrecher\*innen ohne deren Einverständnis äußerten sich Schirmer und der Jurist Herbert Vetterlein dahingehend, dass aufgrund der gerichtlichen Einweisung ein Auftrag und damit auch eine gewisse Pflicht zur Behandlung in bestimmten Rahmen abzuleiten gewesen sei, da die eingewiesenen Patient\*innen ohne jegliche Behandlung ansonsten in der jeweiligen Einrichtung lediglich verwahrt worden wären [33]. Nur in einigen wenigen Veröffentli-

chungen lassen sich Informationen zur Unterbringung und Behandlung von forensisch-psychiatrischen Patient\*innen nach 1968 finden: Im Rahmen einer Tagung im Jahre 1977 wurde über 60 exkulperte Straftäter\*innen im psychiatrischen Krankenhaus Uchtspringe berichtet, von denen 20 auf geschlossenen Stationen untergebracht waren, die Mehrzahl aber auf offenen Stationen ohne Geschlechtertrennung. Eine eigene forensisch-psychiatrische Station habe nicht existiert und sei sogar abgelehnt worden [13]. In einer Veröffentlichung von 1985 wurde über erste Erfahrungen zu einer Gesprächstherapie mit forensisch-psychiatrischen Patient\*innen mit *dissozialer Fehlentwicklung* in der Psychiatrischen Klinik im Krankenhaus Berlin-Buch berichtet. Diese Behandlungsmethode sei mit 50 Patient\*innen erprobt worden und habe zu positiven Resultaten geführt, was sich u. a. darin gezeigt habe, dass Patient\*innen nach der Gesprächstherapie eine höhere Eigenaktivität und Stabilität sowie eine geringere Behandlungsdauer als die anderen Patient\*innen gezeigt hätten [34]. In einer Publikation von 1990 wurden Straftäter\*innen mit verminderter bzw. aufgehobener Zurechnungsfähigkeit und Menschen, die anderweitig über §11 EinwG ins Krankenhaus eingewiesen wurden, im Bezirkskrankenhaus Arnsdorf (Sachsen) erfasst. Dabei habe es sich am Stichtag, dem 30.11.1988, um 101 Patient\*innen gehandelt, die nach §11 EinwG gerichtlich eingewiesen worden seien. Das Durchschnittsalter der Patient\*innen habe bei 43,8 Jahren gelegen. Der Autor Bernd Sachs nannte als häufigste Diagnosen der Patient\*innen *Schizophrenie*, *Oligophrenie* und *Alkoholismus*. 49% der Patient\*innen hätten sich auf geschlossenen Stationen befunden. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer habe 9,7 Jahre betragen. Bezüglich der Behandlung der Patient\*innen wies der Autor darauf hin, dass sich etwa 74% der Patient\*innen in Arbeits- bzw. Beschäftigungstherapie befunden hätten. Eine tagesklinische Behandlung mit psycho-, soziotherapeutischen sowie arbeits- bzw. beschäftigungstherapeutischen Möglichkeiten sei nicht möglich gewesen, da es insbesondere an Personal hierfür gefehlt habe [35]. In einer 1991 erschienenen Dissertation wurden 97 psychisch kranke Straftäter\*innen in der Nervenklinik Teupitz (Brandenburg) nachträglich mithilfe eines Aktenstudiums analysiert, die entweder nach § 11 EinwG im Zeitraum vom 01.07.1968 bis zum 01.01.1989 eingewiesen worden waren (81) oder vor 1968 nach § 42b RStGB eingewiesen worden waren (16) und sich noch nach Einführung des Strafgesetzbuches in der Klinik aufgehalten hatten. Die Autorin Gudrun Blümlein führte in ihrer Untersuchung aus, dass 91,75% der erfassten Patient\*innen männlich gewesen seien und das durchschnittliche Alter aller untersuchten Patient\*innen zur Einweisungszeit bei 32,79 Jahren gelegen habe. Im Hinblick auf die soziale Lage der Patient\*innen hätten 42,26% die Sonderschule abgeschlossen, die Hälfte der einbezogenen Personen habe keine Berufsausbildung absolviert. Die häufigsten Diagnosen seien *Oligophrenie* (21,65%) und *Schizophrenie* (19,6%) gewesen. Die häufigsten zur Einweisung führenden Delikte seien *Vermögens- und Sachdelikte* (40,21%) sowie *Straftaten gegen Leib und Leben* (17,53%) gewesen. Bei 30,93% der Personen wurde eine aufgehobene und bei 56,70% eine verminderte Zurechnungsfähigkeit festgestellt, bei 12,37% der Patient\*innen erfolgte die gerichtliche Einweisung aufgrund von Selbst- bzw. Fremdgefährdung. Laut Blümlein befanden sich 90,71% der Patient\*innen anfangs in geschlossenen bzw. halbgeschlossenen Bereichen, im weiteren Verlauf konnten jedoch knapp

70% auf offenen Stationen untergebracht werden. Die forensischen Patient\*innen seien, je nach ihrer Grunderkrankung, vor allem medikamentös therapiert worden. Zudem seien beschäftigungs- und arbeitstherapeutische Maßnahmen, an denen 97,92% der Patient\*innen teilgenommen hätten, durchgeführt worden [14].

Als in den 1990er-Jahren der Maßregelvollzug in den neuen Bundesländern aufgebaut wurde, fand eine Diskussion über die bis zum 03.10.1990 nach § 11 EinwG eingewiesenen Patient\*innen und eine möglicherweise rückwirkende Anwendung des Maßregelrechts statt. Lammel stellte 1993 dazu fest, dass sich am 03.10.1990 insgesamt 50 Personen in Berlin (Ost) befunden hätten, die nach § 11 EinwG stationär eingewiesen worden seien, wobei 46 Personen nach einer forensisch-psychiatrischen Begutachtung im Strafprozess eingewiesen worden seien [3]. Bei 16 dieser 46 Personen hätten die Bedingungen für die Annahme des § 15 StGB-DDR (aufgehobene Zurechnungsfähigkeit) vorgelegen. Bei den anderen 30 Personen sei auf eine verminderte Zurechnungsfähigkeit laut § 16 Abs. 1 StGB-DDR geschlossen worden [4]. Zu den häufigsten Diagnosen dieser 46 Patient\*innen zählten *intellektuelle Behinderung mit deutlichen Verhaltensstörungen* (18), *Persönlichkeitsstörung ohne Intelligenzminderung* (9) und *hirnorganische Störung infolge Alkoholismus* (7) [3].

## Zivilrecht

Ein für die DDR spezifischer rechtlicher Rahmen im zivilrechtlichen Bereich wurde durch das Inkrafttreten des Familiengesetzbuches der DDR (FGB; idF. v. 20.12.1965, GBl. I 1966 S. 1 ff.), des Zivilgesetzbuches der DDR (ZGB-DDR; idF. v. 19.06.1975, GBl. I Nr. 27 S. 465 ff.) und der Zivilprozessordnung der DDR (ZPO-DDR; idF. v. 19.06.1975, GBl. I Nr. 29 S. 533 ff.) gegeben.

Für die psychiatrische Begutachtung im zivilrechtlichen Bereich war der Begriff der **Handlungsfähigkeit** bedeutsam, die nach § 49 ZGB-DDR bei jedem volljährigen Bürger grundsätzlich anzunehmen sei und sich durch die Fähigkeit, „durch eigenes Handeln Rechte und Pflichten des Zivilrechts [zu] begründen“, auszeichnete. Für psychiatrische Gutachter\*innen spielte die Handlungsunfähigkeit besonders bei der Entmündigung und der Testierfähigkeit eine wichtige Rolle, wobei hier zu erwähnen ist, dass im Gesetzestext nicht angegeben wurde, welche spezifischen Umstände eine Handlungsunfähigkeit zur Folge hatten [2].

Wichtige Themen im zivilrechtlichen Bereich stellten **Pflegschaft und Entmündigung** dar.

Im § 105 FGB wurden die entsprechenden Regelungen zur Pflegschaft von volljährigen Personen formuliert. Für Menschen, die infolge von Altersveränderungen nicht mehr in der Lage waren, bestimmte Bereiche ihres Lebens zu regeln, war für diese spezifischen Aufgabenfelder ein Pfleger einzusetzen [18]. War eine Verständigung mit der betroffenen Person möglich, konnte eine Pflegschaft laut § 105 Abs. 2 S. 3 FGB nur bei Einwilligung festgelegt werden. Eine fehlende Verständigung mit der betroffenen Person war von einem Psychiater unter fachlichen Gesichtspunkten zu ermitteln, ein tatsächlicher Entschluss darüber sei jedoch häufig schwierig gewesen [36]. Gemäß § 105 Abs. 1 FGB wurde die Pflegschaft eines volljährigen Bürgers von einem Staatlichen Notariat erlassen. Praktische Erfahrungen weisen darauf hin, dass diese Institutionen mit der Bewältigung der zu stellenden Pflegschaften überlastet waren,

was dazu führte, dass Pflegschaften, die sich im gewöhnlichen Rahmen hielten, nicht angeordnet wurden [5].

Für die Entmündigung einer Person waren laut § 460 ZGB-DDR im Gegensatz zur Pflegschaft bestimmte Voraussetzungen nötig. So musste laut § 460 Abs. 2 ZGB-DDR eine *krankhafte Störung der Geistestätigkeit* oder der Missbrauch von Alkohol, Rauschmitteln oder Drogen vorliegen, die bei der betroffenen Person zu einer stark eingeschränkten Fähigkeit, „in gesellschaftlicher Verantwortung über die Begründung von Rechten und Pflichten selbst zu entscheiden“ geführt haben musste. Laut Szewczyk waren zur *krankhaften Störung der Geistestätigkeit* u. a. hochgradige Fälle von *Schwachsinn*, *Demenz*, *Schüben bzw. Phasen von Psychosen* und *Persönlichkeitsabbau* aufgrund weiterer Krankheiten zu zählen [18]. Laut § 460 Abs. 1 ZGB-DDR war für die Entmündigung eine gerichtliche Entscheidung notwendig, die in einem gerichtlichen Verfahren erfolgte, welches in den §§ 140 bis 143 ZPO-DDR festgelegt war und laut § 140 Abs. 2 ZPO-DDR vom zuständigen Kreisgericht durchgeführt wurde. Eine entmündigte Person erhielt laut § 460 Abs. 4 S. 1 ZGB-DDR einen Vormund und war nach § 52 Abs. 2 ZGB-DDR handlungsunfähig. Wenn die Voraussetzungen für eine Entmündigung nicht mehr vorlagen, musste die Entmündigung mit Hilfe einer gerichtlichen Entscheidung laut § 460 Abs. 3 ZGB-DDR beendet werden. Laut Szewczyk war prinzipiell für die meisten Personen, die die genannten Bedingungen erfüllten, eine Entmündigung jedoch nicht notwendig [18]. Letztendlich wurden wohl eher selten Personen entmündigt [2].

Zu Pflegschaft und Entmündigung lassen sich zwei Studien finden. In der ersten Untersuchung wurde im Dezember 1968 und Januar 1969 bei 119 entmündigten Personen in den Kreisen Dresden-Land und Bischofswerda festgestellt, dass mehr als die Hälfte dieser Personen (57%) bei ihrer Entmündigung zwischen 20 und 40 Jahren alt gewesen seien und dass etwa ein Viertel bereits seit mehr als 30 Jahren entmündigt gewesen sei. Häufigster juristischer Grund einer Entmündigung sei demnach die *Geistesschwäche* (65%) gewesen. Die medizinischen Diagnosen bei Entmündigung seien vor allem *Schwachsinn* (48%) und *Schizophrenie* (17%) gewesen. Zudem fiel auf, dass der Anteil an Sammelvormundschaften (eine Form der Vormundschaft, bei der ein Vormund für mehrere Entmündigte gleichzeitig zuständig war) in der Stadt höher als auf dem Land gewesen sei (69 vs. 56%) [37, 38]. Nach Inkrafttreten des ZGB-DDR 1975 wurde eine Analyse über Pflegschaften in der Stadt Dresden sowie Entmündigungen in den Kreisen Dresden-Stadt, Dresden-Land und Bischofswerda im Zeitraum von 1975 bis 1980 durchgeführt: Anträge auf Pflegschaften seien deutlich häufiger (181) als Entmündigungen (31) zu finden gewesen. Außerdem hätten sich Unterschiede in den Altersgruppen der Betroffenen gezeigt: Bei den Pflegschaften seien 68,8% der Betroffenen mindestens 60 Jahre alt gewesen, während von Entmündigungen alle Altersgruppen annähernd gleichmäßig betroffen gewesen seien. Auch die Diagnosen der Gutachten hätten sich hinsichtlich der Pflegschaften (v. a. *Demenzbildung* und *hirnorganische Psychosyndrome*) und den Entmündigungen (v. a. *Oligophrenie*) unterschieden. Die Gründe für die Antragstellung hätten sich hingegen kaum unterschieden: Genannt wurden vor allem die Verwaltung von Vermögen und Liegenschaften [39].

Zur praktischen Umsetzung von Entmündigung und Pflegschaft schreibt Lammel, dass ab Ende der 1970er-Jahre mehrere gesetz-

liche Regelungen wie beispielsweise die „Verordnung über Feierabend- und Pflegeheime“ (idF. v. 01.03.1978; GBl. I, Nr. 10, S. 125 ff.) dazu geführt hätten, dass leitende Personen von Alten- und Pflegeheimen sowie ärztliches Personal über diverse Lebensbereiche der jeweiligen Bewohner\*innen bestimmen konnten, ohne dass dafür Entmündigungen oder Pfllegschaften einzurichten waren. Dadurch sei zum Ende der DDR ein unübersichtliches und unkontrollierbares Gebiet im zivilrechtlichen Bereich der forensischen Psychiatrie entstanden. Viele Psychiater\*innen seien im Alltag mit den Themen Entmündigung und Pfllegschaft kaum mehr in Berührung gekommen und seien dadurch auch in der entsprechenden zivilrechtlichen Begutachtung weniger geübt gewesen [2].

Eine weitere zivilrechtliche Thematik der forensischen Psychiatrie stellte die **Testierfähigkeit** dar, welche nach § 370 Abs. 1 S. 2 ZGB-DDR die Volljährigkeit und Handlungsfähigkeit des Erblassers voraussetzte. Eine entmündigte Person hat dementsprechend nach dem ZGB-DDR kein Testament wirksam errichten können; Personen, gegenüber denen eine Pfllegschaft angeordnet war, war dies jedoch möglich. Eine Konfliktsituation entstand in dem Fall, wenn nach Versterben des Erblassers seine Testierfähigkeit angezweifelt wurde [18]. Vor dem Inkrafttreten des ZGB-DDR lässt sich eine weit ausholende Publikation aus der Universitätsnervenklinik Jena bereits aus dem Jahr 1952 zur Testierfähigkeit finden, in der über die Begutachtung der Testierfähigkeit Verstorbener berichtet wurde. Dabei wurden 20 Gutachten ausgewertet. Der Autor des Aufsatzes, Hugo von Keyserlingk, war der Meinung, dass es generell möglich sei, die Testierfähigkeit bereits Verstorbener allein mit Hilfe von Akten zu begutachten. Er räumte jedoch ein, dass Aussagen zur Geschäftsfähigkeit bereits Verstorbener schwierig zu treffen seien, wobei er den Begriff der Testierfähigkeit als Sonderfall der Geschäftsfähigkeit erläuterte. Außerdem betonte er, dass es wichtig sei, bei unzureichenden Materialien bzw. uneindeutigen Ergebnissen dies dem Gericht eindeutig mitzuteilen [40]. Ein Aufsatz von 1989 beschäftigte sich ebenfalls mit der Begutachtung der Testierfähigkeit Verstorbener. Der Autor Ehrig Lange betont darin, dass bei der Anfechtung eines Testaments weder Zweifel an der Testierfähigkeit noch Belege für eine eingeschränkte intellektuelle Leistungsfähigkeit ausreichend seien, sondern Handlungsunfähigkeit bzw. Testierunfähigkeit sicher abgeleitet oder festgestellt werden müssten. Eine psychiatrische Begutachtung sei nicht notwendig, wenn das Gericht mit seinen Beweisen genügend Klarheit für eine entsprechende Entscheidung habe. Dies sei der Fall, wenn bereits ärztliche Feststellungen zu dem Betroffenen vorlägen, die für eine Entscheidungsfindung hinreichend seien. Wenn ein Psychiater einen Auftrag zur Begutachtung erhalte, müsse sich dieser ausreichende Informationen hinsichtlich Krankheit, Krankheitsverlauf und Zustand bei Anfertigung des Testaments einholen. Dafür sollten Beweismaterial, Zeugenaussagen, sämtliche ärztliche Unterlagen und das Testament an sich genutzt werden. Lange, nach seiner Zeit in Mühlhausen-Pfafferode von 1963 bis 1987 Lehrstuhlinhaber für Psychiatrie und Neurologie sowie Direktor der entsprechenden Klinik der Medizinischen Akademie in Dresden, diskutiert dann Komplikationen, Probleme und Besonderheiten von 26 Gutachten zur Testierfähigkeit: Er stellt fest, dass *Wahnkrankheiten* im Alter oft unterschätzt und übersehen würden. Zudem betont Lange, dass bei der Begutachtung nach einem Suizid der Frage nach einer *krankhaften Störung der Geistestätigkeit* und damit einer möglichen Tes-

tierunfähigkeit folgend unabhängig von der suizidalen Handlung nachgegangen werden sollte. Der Autor merkt außerdem an, dass bei einer psychiatrischen Begutachtung häufig nach dem sogenannten *lichten Intervall* gefragt würde, worunter ein bewusstseinsklarer Zeitraum innerhalb eines Krankheitsverlaufs mit eingetrübten Bewusstseinszuständen zu verstehen ist. Diese Zustandsbeschreibung sei in der Vergangenheit häufig überbewertet worden und werde nun stärker hinterfragt, eine gründliche Beschäftigung mit dieser Frage sei trotz allem jedoch wichtig [41].

Im Bereich des **Familienrechts** wurden in der forensischen Psychiatrie vor allem Begutachtungen bei Fragen zum Erziehungsrecht nach Ehescheidung bzw. zur Erziehungsfähigkeit thematisiert [18, 42].

## Resümee

Die vorliegende Arbeit baut auf einer Literaturrecherche auf. Sie spiegelt lediglich die in der Fachpresse der DDR publizierten Studien zum Themenfeld forensische Psychiatrie in der DDR wider. Hauptquelle war die DDR-Zeitschrift „Psychiatrie, Neurologie und Medizinische Psychologie“. Folgt man der eingehenden Untersuchung der Zeitschrift durch Teitge [43] und hier besonders deren inhalts- und kontextbezogener quantitativer Analyse, sind 38 % der hier erschienenen wissenschaftlichen Beiträge, Buch- und Referatbesprechungen der Fachrichtung Psychiatrie zuzurechnen, womit sie die größte fachliche Gruppe bildet. Unter den Spezialgebieten, die einen Anteil von 6,2 % (n = 456) einnehmen und die die Autorin als „eine inhomogene Gruppe nur teilweise in einem inhaltlichen Bezug zueinander stehender Bereiche“ definiert, weist sie die Forensik mit 2,5 % Beitragsanteil als die größte aus. Quantitativ bewegt sich die Anzahl unserer Quellenfunde sogar im oberen Bereich des von Teitge angegebenen Rahmens. Will man denn die forensische Psychiatrie als Spezialgebiet verstehen und vergleicht man ihren quantitativen Anteil mit anderen so definierten Spezialgebieten wie z. B. der Psychosomatik (1 %), der Psychoanalyse (0,9 %) oder der Suizidologie (0,7 %), kann man rein formal zu der Schlussfolgerung gelangen, dass psychiatrisch-forensische Themen in der einzigen nervenheilkundlichen Fachzeitschrift der DDR durchaus präsent waren. Dem ist hinzuzufügen, dass die von uns einbezogene Literatur in der DDR veröffentlicht wurde und sie dementsprechend wahrscheinlich einer inhaltlichen Zensur unterlag. Unsere Studie bezieht keine archivalischen Quellen oder Zeitzeugenaussagen ein. Sie ist demnach ausdrücklich als eine Sammlung und Präsentation lediglich einer Kategorie historischer Quellen zum Thema zu verstehen. Zudem besteht die nach dem Ende der DDR erschienene Literatur zum größten Teil aus Publikationen des Neurologen und forensischen Psychiaters Matthias Lammel, welche die Aufarbeitung der Thematik für diese Studie maßgeblich geprägt haben. Die Erschließung weiterer andersartiger Quellen und eine medizingeschichtswissenschaftliche Gesamtanalyse verbleibt als Desiderat der Forschung.

Qualitativ weist unser Material auf viele Lücken und gravierende inhaltliche Probleme hin. So können schon keine grundlegenden zahlengestützten Aussagen zur Struktur der forensisch-psychiatrischen Versorgungslandschaft im Laufe der 40 Jahre DDR gemacht werden. Es fehlen publizierte Angaben und weiterführende Daten zu Kliniken, Abteilungen, Ärzt\*innen bzw. Therapeut\*innen,



Pfleger\*innen usw. sowie zu den Patient\*innen. Es lassen sich nur Angaben für einzelne Bezirke bzw. Krankenhäuser auffinden. Die theoretischen Grundlagen für die Diagnostik/Symptombeschreibung rechtlich relevanter psychischer Störungen einerseits und für die Zuordnung von Diagnosen/Symptombeschreibungen zu Tatbestandsvoraussetzungen/Eingangsmerkmalen der einschlägigen Rechtsnormen andererseits bleiben dunkel.

Unser Quellenkorpus beinhaltet einige Arbeiten zur Begutachtung von psychisch kranken Rechtsbrecher\*innen. Diese beschäftigen sich mit verschiedenen Fragen zur Verbesserung der Qualität der Gutachten und der Weiterentwicklung der Gutachtertätigkeit. Dabei fand zwar eine Auseinandersetzung mit der Begutachtung der Zurechnungsfähigkeit, nicht aber mit der Begutachtung der Prognose statt, was wahrscheinlich aus der praktischen Abschaffung des Maßregelvollzuges 1968 resultierte [2]. Im Gegensatz zur relativ regen Diskussion über die Begutachtung weisen nur wenige Quellen auf die Unterbringung und Behandlung forensisch-psychiatrischer Patient\*innen hin. Psychisch kranke Straftäter\*innen wurden offenbar kaum in spezifischen Abteilungen und vermutlich auch ohne eigens entwickelte strukturierte Behandlungskonzepte untergebracht. In mehreren Aufsätzen wurde auf Therapien verwiesen, welche sich auf die psychiatrischen Störungen der Patient\*innen orientierten, der forensische Aspekt war dabei anscheinend kaum von Relevanz. Insbesondere für psychisch kranke Rechtsbrecher\*innen mit hoher Delinquenz war aufgrund der neuen Gesetzgebung nach 1968 eine stationäre Unterbringung dem Anschein nach kaum möglich.

Für den zivilrechtlichen Bereich konnten nur sehr wenige publizierte Quellen gefunden werden. In diesen erfolgte eine Auseinandersetzung insbesondere mit den Themen Entmündigung und Pflegschaft.

## Interessenkonflikt

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

## Literatur

- [1] Steinberg H, Kumbier E. 25 Jahre nach dem Mauerfall: Zum Stand der Aufarbeitung der Psychiatrie in der DDR. *Psychiat Prax* 2015; 42: 119–121
- [2] Lammel M. Forensische Psychiatrie in der DDR. In: Kumbier E, Steinberg H (eds). *Psychiatrie in der DDR. Beiträge zur Geschichte*. Berlin: be.bra wissenschaft; 2018: 159–172
- [3] Lammel M. Über Ausgangsbedingungen für den Aufbau des Maßregelvollzuges in Berlin (Ost). In: Gebauer M, Jehle J (eds). *Die strafrechtliche Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus*. Wiesbaden: Eigenverlag Kriminologische Zentralstelle e.V.; 1993: 99–106
- [4] Lammel M. Ausgangspunkt und Praxis der Rückkehr zum Maßregelvollzug. In: Leygraf N, Volbert R, Horstkotte H, Fried S (eds). *Die Sprache des Verbrechens. Wege zu einer klinischen Kriminologie*. Stuttgart: Kohlhammer; 1993: 245–252
- [5] Lammel M. Forensische Psychiatrie in der DDR. Anmerkungen unter besonderer Berücksichtigung der gesetzlichen Vorgaben. In: Six A (eds). *Forensische Psychiatrie in Brandenburg. Entwicklungen und Brennpunkte*. Berlin: be.bra wissenschaft; 2007: 71–100
- [6] Lammel M. Der idiographisch-kommunikative Aspekt im Rahmen einer anthropologisch verstandenen Psychopathologie – Über den Beitrag von E. Lange zur Kasuistik in der Psychiatrie. In: Bach O, Felber W (eds). *Psychiatria Dresdensis. Aus aktueller psychiatrischer Arbeit*. Dresden: Carus-Akademie; 1992: 9–25
- [7] Orlob S. Die frühe Tätigkeit eines forensischen Psychiaters als Profiler – zur Rolle Hans Szewczyks im Mordfall Hagedorn (1969-1972) in der DDR. *Schrfreihe Dtsch Gesell Gesch Nervenheilk* 2001; 7: 223–237
- [8] Lorke C. Von der Biografie- und Wissenschaftsgeschichte zur Analyse sozialer Ungleichheiten. John Leschkas, Hans Szewczyk und die Pathologisierung des Sozialen in der DDR. *Z Geschichtswiss* 2020; 68: 437–457
- [9] Müller JL, Nedopil N. *Forensische Psychiatrie. Klinik, Begutachtung und Behandlung zwischen Psychiatrie und Recht*. 5. Aufl. Stuttgart: Thieme; 2017
- [10] Teitge M, Kumbier E. Zur Geschichte der DDR-Fachzeitschrift *Psychiatrie, Neurologie und Medizinische Psychologie (1949-1990)*. *Nervenarzt* 2015; 86: 614–623
- [11] Adler L, Dützmann K, Goethe E. (eds). *100 Jahre Pfafferoode 1912-2012*. Erfurt: Burkhardt; 2012
- [12] Bundesministerium für Gesundheit Zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR. Bestandsaufnahme und Empfehlungen. 1991
- [13] Troelenburg H. Unterbringung und Behandlung exkulpiertter Straftäter. *Psychiat Neurol Med Psychol* 1978; 30: 316
- [14] Blümlein G. Erfahrungen mit der Anwendung des § 11 des Einweisungsgesetzes für psychisch Kranke vom 11.06.1968. Analyse – Therapie und Rehabilitation. Med. Diss. Universität Rostock 1991
- [15] Szewczyk H. Die Begutachtung und Behandlung erwachsener und jugendlicher Täter. Bericht über d. 3. internationale Symposion „Über aktuelle Fragen d. Gerichtspsychiatrie“ 21. bis 23.9.1964. Charité zu Berlin. *Medizinisch-juristische Grenzfragen unter besonderer Berücksichtigung der Psychiatrie und Neurologie* 1966; 9
- [16] Szewczyk H. Empfehlungen zur Durchführung und zum Aufbau forensisch-psychiatrischer Gutachten. *Psychiat Neurol Med Psychol* 1981; 33: 689–694
- [17] Langelüddeke A. *Gerichtliche Psychiatrie*. Berlin: De Gruyter; 1950
- [18] Szewczyk H. *Gerichtliche Psychiatrie*. In: Seidel K, Schulze H A F, Göllnitz G (eds). *Neurologie und Psychiatrie einschließlich Kinderneuropsychiatrie und gerichtliche Psychiatrie*. 2. Aufl. Berlin: Volk und Gesundheit; 1980: 315–333
- [19] Dettenborn H, Fröhlich H, Szewczyk H. *Forensische Psychologie*. Berlin: Deutscher Verlag der Wissenschaften; 1984
- [20] Ministerium der Justiz Strafrecht der Deutschen Demokratischen Republik. *Kommentar zum Strafgesetzbuch*. 3. Aufl. Berlin: Staatsverlag der DDR; 1981
- [21] Oberstes Gericht der DDR, Generalstaatsanwalt der DDR. *Gemeinsamer Standpunkt zur Anforderung und Gestaltung forensisch-psychiatrischer Gutachten vom 14. August 1980*. *Psychiat Neurol Med Psychol* 1981; 33: 695–697
- [22] Ochernal M, Wittenbeck S. *Gestaltung forensisch-psychiatrischer Gutachten aus juristischer und medizinischer Sicht*. *Neue Justiz* 1980; 34: 156–159
- [23] Szewczyk H, Püschel S. *Vorbegutachtung und Konsultation in der forensischen Psychiatrie*. *Psychiat Neurol Med Psychol* 1973; 25: 520–528
- [24] Grage H. Die forensische Bedeutung der Narkoanalyse. *Psychiat Neurol Med Psychol* 1953; 5: 358–362

- [25] Jacob W. Erfahrungen mit der Narkoanalyse als diagnostische und therapeutische Methode. *Psychiat Neurol Med Psychol* 1953; 5: 355–358
- [26] Schulz H, Mainusch G. Beitrag der klinischen Elektroenzephalographie zur forensischen Begutachtung. *Psychiat Neurol Med Psychol* 1969; 21: 266–275
- [27] Nickel B, Neumann J, Schirmer S. Zur forensischen Relevanz pneumenzephalographischer Befunde. *Psychiat Neurol Med Psychol* 1974; 26: 144–150
- [28] Littmann E. „Inhaftierungadäquate“ Persönlichkeitsdiagnostik mit dem (revidierten) PFI und SEITZ im Rahmen forensisch-psychologisch-psychiatrischer Begutachtungen. *Psychiat Neurol Med Psychol* 1989; 41: 280–287
- [29] Späte H, Schirmer S. Ärztliches Ethos und forensisch-psychiatrische Begutachtung. *Psychiat Neurol Med Psychol* 1987; 39: 17–23
- [30] Becker G, Roehl U. Rechtsfragen der ärztlichen Begutachtungen. Thesen des juristisch-medizinischen Arbeitskreises der Vereinigung der Juristen der DDR. *Neue Justiz* 1980; 34: 362–365
- [31] Lange E. Der gemäß § 42b StGB untergebrachte Patient, die Bedingungen seiner Rehabilitation und die Sicherung der Öffentlichkeit. *Psychiat Neurol Med Psychol* 1963; 15: 166–174
- [32] Ruck F. Erfahrungen über die Arbeits- und Milieuthérapie in einem Psychiatrischen Fachkrankenhaus unter besonderer Berücksichtigung der auf Gerichtsbeschluss untergebrachten Patienten. *Psychiat Neurol Med Psychol* 1967; 19: 353–354
- [33] Schirmer S, Vetterlein H. Behandlungsrecht in der Psychiatrie? *Psychiat Neurol Med Psychol* 1973; 25: 513–519
- [34] Saupe V, Wende B. Gruppengesprächstherapie mit ausgewählten forensisch-psychiatrischen Patienten (Dissoziale Fehlentwicklung). *Psychiat Neurol Med Psychol* 1985; 37: 300–304
- [35] Sachs B. Untersuchungen zur Situation gerichtlich eingewiesener psychisch Kranker im psychiatrischen Krankenhaus. *Psychiat Neurol Med Psychol* 1990; 42: 625–629
- [36] Stoltenhoff H. Entmündigung und Bemündigung aus der Sicht des Psychiaters. *Medizinisch-juristische Grenzfragen unter besonderer Berücksichtigung der Psychiatrie und Neurologie* 1971; 11: 143–147
- [37] Seidel K, Papperitz V. Der Entmündigte und die Gesellschaft. Eine sozialpsychiatrische Studie. *Medizinisch-juristische Grenzfragen unter besonderer Berücksichtigung der Psychiatrie und Neurologie* 1971; 11: 149–160
- [38] Seidel K, Papperitz V. Das Entmündigtenproblem unter sozialpsychiatrischem Aspekt. *Medizinisch-juristische Grenzfragen unter besonderer Berücksichtigung der Psychiatrie und Neurologie* 1972; 12:
- [39] Kreiner R, Papperitz V, Forker M, Thieme C. Entmündigung und Pflegschaft – Eine vergleichende Analyse aus nervenärztlicher Sicht. *Psychiat Neurol Med Psychol* 1986; 38: 538–546
- [40] v Keyserlingk H. Zur Frage der Testierfähigkeit Verstorbener bei Testamentsanfechtungen. *Psychiat Neurol Med Psychol* 1952; 4: 170–178
- [41] Lange E. Die Begutachtung der Testierfähigkeit nach dem Tode des Erblassers. *Psychiat Neurol Med Psychol* 1989; 41: 1–18
- [42] Mladek G, Löffler M, Nickel P. Aspekte familienorientierter Diagnostik bei familienrechtlichen Begutachtungsanforderungen. *Psychiat Neurol Med Psychol* 1990; 42: 356–363
- [43] Teitge M. Die Nervenheilkunde in der DDR im Spiegel der Zeitschrift „Psychiatrie, Neurologie und Medizinische Psychologie“ (1949–90). *Med. Diss. Universität Rostock* 2013