

Matthias Koller

Triebdämpfende Medikation zwischen Rückfallprophylaxe und Körperverletzung¹

Die triebdämpfende antihormonelle Medikation zählt zum festen »Repertoire« der Sexualstrafäter-Behandlung in Deutschland. In einer Zeit der besonders betonten Sicherheitsorientierung des Strafrechts wird sie geradezu als Garant einer erstrebten optimalen Sicherheit verstanden. Mit ihren Wirkungen und Nebenwirkungen greift sie indes weit in die körperliche Integrität des Behandelten ein. Die körperlichen und psychischen Folgen einer Dauerbehandlung sind noch nicht abschließend geklärt. Im Einzelfall kann diese Behandlung eine schwere Körperverletzung des Behandelten bewirken. An ihre rechtliche Rechtfertigung sind daher hohe Anforderungen zu stellen. Diese Anforderungen sind – was weithin unbekannt zu sein scheint – im Kastrationsgesetz vom 15. August 1969 festgeschrieben. Der vorliegende Beitrag erläutert diese Anforderungen und stellt außerdem die rechtlichen Rahmenbedingungen dar, unter denen verurteilte Sexualstrafäter zur Mitwirkung an einer triebdämpfenden Behandlung verpflichtet werden können und unter welchen Voraussetzungen sie umgekehrt eine solche Behandlung verlangen können.

Schlüsselwörter: Sexualdelinquenz, Rückfallprophylaxe, antihormonelle Behandlung, Körperverletzung, Kastrationsgesetz

Antiandrogen Treatment – Relapse Prevention or Assault

Antiandrogen medication is widely used for sexual offenders in Germany. At a time when criminal law emphasises public safety, antiandrogen treatment is seen as the guarantor of a desired optimal public safety. Yet, effects and side effects of this treatment infringe upon the patients' physical integrity. Physical and psychological effects of long-term treatment are not sufficiently understood. In some cases it can cause severe bodily harm. Therefore, there has to be a strong case to legally justify this treatment. Not widely known, the legal requirements are defined in the German castration law from 1969 (Kastrationsgesetz 15. August 1969). The author explains these requirements and the legal framework for voluntary and involuntary antiandrogen treatment of convicted sexual offenders.

Key words: Antiandrogen treatment, sexual offenders, castration law, assault, relapse prevention

Einleitung

Schon seit einem runden halben Jahrhundert ist die triebdämpfende antihormonelle Behandlung fester Bestandteil des »Werkzeugkoffers« für die Sexualstrafäter-Behandlung. Nach einer anfänglichen Euphorie gilt ihr vor allem in den letzten fünfzehn Jahren wieder ein besonderes Interesse. Allerdings scheint die Anwendungspraxis nicht einheitlich zu sein. SEIFERT etwa berichtet, dass nach dem Ergebnis einer von ihm im Januar 2008 in Nordrhein-Westfalen gehaltenen Umfrage 6,1 % der im Maßregelvollzug untergebrachten Sexualstrafäter eine antihormonelle Medikation erhielten, wobei in den Kliniken des westfälischen Landesteils nur ca. 2 %, im Rheinland hingegen gut 9 % der Zielgruppe medikamentös behandelt wurden (SEIFERT 2008, 2). Für die zentrale niedersächsische Maßregelklinik in Moringen wird der Anteil der antihormonell medikamentös behandelten Sexualstrafäter mit rund 14 % angegeben,² in anderen Kliniken soll der Anteil je nach Klientel sogar bei 30 % oder 40 % liegen (SEIFERT a. a. O.).

Die »Renaissance« (BRIKEN et al. 2000, 380) der antihormonellen medikamentösen Behandlung dürfte ihren Grund zunächst darin haben, dass neue Wirkstoffe entwickelt und in ihrer Bedeutung für die Sexualstrafäterbehandlung erkannt wurden. Während früher in aller Regel Cyproteronacetat (Androcur®) eingesetzt wurde, das einerseits die Androgen-Rezep-

toren an den Zielorganen blockiert, indem es kompetitiv Testosteron und Dihydrotestosteron von den Rezeptoren verdrängt, und andererseits die Sekretion des Gonadotropin-Releasing-Hormons (GnRH bzw. LHRH) im Hypothalamus reduziert und dadurch eine Absenkung des Plasma-Testosteronspiegels bewirkt, werden seit den 1990er-Jahren zunehmend Analoga des Gonadotropin-Releasing-Hormons (GnRH- bzw. LHRH-Analoga; Enantone®, Trenantone®, Zoladex®) gegeben. Diese greifen direkt im Hypothalamus und in der Hypophyse ein, bewirken eine verminderte Ausschüttung der Gonadotropine, regulieren zusätzlich die Gonadotropin-Rezeptoren in den Hoden herunter und führen letztlich zu einer noch deutlicheren Absenkung des Plasma-Testosterons bis auf Kastrationsniveau (BERNER et al. 2007, 137 ff., ferner BRIKEN et al. 2000, 380 f.). Dem entsprechend werden diese neueren Präparate von Behandlern ebenso wie von Behandelten nicht selten als wirksamer, auch und gerade in Bezug auf bedrückende Fantasien, und im Einzelfall auch als besser verträglich beschrieben.

¹ Erweiterte Fassung eines Vortrags, den der Verfasser auf der Fachtagung »Triebdämpfende Medikation in der Forensik« am 27. Februar 2008 im Niedersächsischen Landeskrankenhaus Moringen gehalten hat.

² Mitteilung des Ärztlichen Direktors Dr. M. Schott auf der Fachtagung wie Anm. 1.

Vermehrtes Interesse findet die antihormonelle triebdämpfende Behandlung aber auch noch aus einem zweiten Grund. In einer Zeit der besonders betonten Sicherheitsorientierung des Strafrechts wird die medikamentöse Behandlung nämlich als zusätzliches Sicherheitsnetz und als Garant optimaler Sicherheit verstanden.³

Allerdings hat die antihormonelle Behandlung erhebliche körperliche und womöglich auch seelische Auswirkungen, die den Betroffenen je nach Ausprägung im Einzelfall massiv belasten können. Diese Wirkungen und Nebenwirkungen dürfen bei der Bewertung des Behandlungsinstruments »antihormonelle Behandlung« nicht völlig außer Betracht bleiben und geben jedenfalls Anlass zu einer sorgfältigen Indikationsstellung.

Außerdem geben sie Anlass, sich den rechtlichen Rahmen, in dem die Behandlung stattfindet, noch einmal vor Augen zu führen. Dieser Rahmen besteht seit vielen, im Grunde seit nahezu 40 Jahren. Offensichtlich sind aber zentrale Elemente dieses rechtlichen Rahmens im Laufe der Jahre immer mehr aus dem Blickfeld geraten. Deshalb will ich im Folgenden versuchen, die Erinnerung aufzufrischen. Ich werde mich dabei zunächst mit der antihormonellen Behandlung als Körperverletzung und mit ausgewählten verfassungsrechtlichen Aspekten, dann mit der (strafrechtlichen) Rechtfertigung dieser Behandlungsform und der Bedeutung des Kastrationsgesetzes für diese Rechtfertigung und schließlich mit der antihormonellen Behandlung im Straf- und Maßregelvollzug und in der Bewährungs- und Führungsaufsicht befassen.

Die rechtliche Situation triebdämpfender Behandlungen von Straftätern

Das geltende deutsche (Straf-)Recht lässt die triebdämpfende antihormonelle Behandlung von Straftätern unter bestimmten Voraussetzungen zu. Es schreibt diese Behandlung aber weder im Sinne einer Zwangsmaßnahme, z. B. als besondere Maßregel der Besserung und Sicherung, vor,⁴ noch finden sich sonst im materiellen Strafrecht oder im Vollzugsrecht Bestimmungen, die die Verabreichung triebdämpfender Medikamente ausdrücklich als eine Maßnahme herausstellten, die regelhaft in Betracht gezogen werden müsste, wenn der zu Behandelnde darin einwilligt.

Die rechtliche Konstruktion, mit deren Hilfe die Zulässigkeit der triebdämpfenden antihormonellen Behandlung erreicht wird, erscheint auf den ersten Blick kompliziert. Denn nach der in der deutschen Rechtspraxis vorherrschenden Auffassung stellt jeglicher ärztliche (Heil-)Eingriff zunächst einmal eine tatbestandsmäßige *Körperverletzung* dar, die nur straflos bleibt, wenn und soweit auf einer zweiten Prüfungsebene Rechtfertigungsgründe, z. B. eine rechtfertigende *Einwilligung*, vorliegen.⁵ Für den besonderen Fall der triebdämpfenden antihormonellen Behandlung hat der Gesetzgeber diese – für andere Bereiche durchaus umstrittene – Position ausdrücklich übernommen und insoweit mit dem »Gesetz über die freiwillige Kastration und andere Behandlungsmethoden« (*KastrG*) vom 15. August 1969⁶ ein Regelwerk bereitgestellt, das angibt, unter welchen Voraussetzungen diese – durch einen Arzt vorgenommene – Behandlung »nicht als Körperverletzung strafbar« und also gerechtfertigt ist (§§ 2 Abs. 1, 4 Abs. 1 *KastrG*). Ein nicht zu unterschätzender Vorzug dieses zweistufigen Vorgehens – zu-

nächst Feststellung einer tatbestandsmäßigen Körperverletzung und (erst) dann Feststellung von Rechtfertigungsgründen – liegt dabei darin, dass auf der ersten Prüfungsstufe das Gewicht des Eingriffs, um dessen – untechnisch formuliert – Zulässigkeit es gehen soll, deutlich herausgestellt wird.

Triebdämpfende Behandlung als Körperverletzung

Die triebdämpfende antihormonelle Behandlung ist tatbestandsmäßige *Körperverletzung*. § 223 Abs. 1 StGB setzt insoweit voraus, dass eine andere Person körperlich misshandelt, mithin in ihrem körperlichen Wohlbefinden oder ihrer körperlichen Unversehrtheit beeinträchtigt, oder dass sie an der Gesundheit beschädigt und somit in einen mindestens vorübergehenden pathologischen Zustand versetzt wird (vgl. FISCHER 2008 § 223 Rn. 3 a und 6 m. w. N.). Beides ist bei der triebdämpfenden antihormonellen Behandlung der Fall. Denn sie greift in die körpereigene Testosteronproduktion und damit in die körperliche Unversehrtheit ein (1. Var.), wobei Ziel der Behandlung eine künstliche, mithin vom normalen Zustand der körperlichen Funktionen nachteilig abweichende, somit pathologische (vgl. LACKNER & KÜHL 2007 § 223 Rn. 5) Absenkung des Plasma-Testosteronspiegels auf Kastrationsniveau ist, und zwar mit all ihren je nach Einzelfall verschiedenen und verschieden ausgeprägten erwünschten (Abnahme der Sexualfunktionen) wie an sich unerwünschten (u. a. Brustwachstum, Abnahme der Körper- und Gesichtsbehaarung, Verminderung des Hodenvolumens, Gewichtszunahme, Veränderungen der diabetischen Stoffwechsellage, Leberfunktionsstörungen, u. U. Leberkarzinom, Thromboembolien, Fibrose und Osteoporose sowie Hitzewallungen, Muskelschmerzen, Müdigkeit, Antriebsminderung und depressiven Verstimmungen) (Neben-)Wirkungen (2. Var.).⁷

Erfüllt ist aber nicht nur der Grundtatbestand der vorsätzlichen Körperverletzung, der Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder Geldstrafe androht. Vielmehr sind auch mehrere Qualifikationstatbestände in Betracht zu ziehen. So erfüllt die durch Ärzte des Justiz- bzw. des Maßregelvollzugs vorgenommene antihormonelle Behandlung jedenfalls auch den Tatbestand der

³ Diese Erklärung klingt auch schon bei BRIKEN et al. 2000, 380, an.

⁴ Dies war nicht immer so: Mit dem »Gesetz gegen gefährliche Gewohnheitsverbrecher und über Maßregeln der Besserung und Sicherung« vom 24. November 1933 (RBG. I, 995) wurde nicht nur das System der Zweispurigkeit von Strafen und Maßregeln in das Strafgesetzbuch eingeführt. Vielmehr wurde mit der Vorschrift des § 42 k StGB aF zugleich eine Maßregel der Zwangskastration von »gefährlichen Sittlichkeitsverbrechern« vorgesehen, die in den verschiedenen Gesetzentwürfen aus der Zeit vor 1933 nicht enthalten und unzweifelhaft nationalsozialistischem Gedankengut verhaftet war. Die Vorschrift wurde daher durch Art. I des Kontrollratsgesetzes Nr. 11 vom 30. Januar 1946 (ABl. 55) wieder aufgehoben. Vgl. dazu KAMMEIER 2002 Fn. A 25 und 30 ff.; SCHÖCH 2008, vor § 61 Rn. 8 und § 61 Rn. 7.

⁵ Vgl. schon RGSt 25, 375; BGHSt 11, 111 ff.; aus neuerer Zeit BGH, NSZ-RR 2004, 16 f.; NSZ 2004, 442; NSZ-RR 2007, 340 f.; Urteil vom 23.10.2007 – 1 StR 238/07 – bei Juris Rn. 24.

⁶ BGBl. I, 164, zuletzt geändert am 26.01.1998, BGBl. I, 164.

⁷ Die Angaben zu Wirkungen und Nebenwirkungen der für die antihormonelle Triebdämpfung eingesetzten Medikamente folgen hier und im weiteren Text den Darstellungen von BRIKEN et al. 2000, 380–385; BERNER et al. 2007, 137 ff. und SEIFERT 2008; ferner den mündlichen Mitteilungen des Urologen Prof. Dr. med. Gerhard Zöller, Universität Göttingen, auf der Fachtagung wie Anm. 1.

Körperverletzung im Amt, die in § 340 Abs. 1 StGB mit einer erhöhten Strafe von drei Monaten bis zu fünf Jahren Freiheitsstrafe bedroht ist.

Zu denken ist daneben an den Tatbestand der *gefährlichen Körperverletzung* gemäß § 224 StGB, der für besonders riskante Begehensweisen eine erhöhte Strafe – Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu zehn Jahren – androht. Hier mag man trefflich darum streiten, ob die Injektionsnadel in der Hand des Arztes ein gefährliches Werkzeug im Sinne des § 224 Abs. 1 Nr. 2 StGB darstellt.⁸ Weithin unstreitig ist jedenfalls, dass in der Verabreichung eines Medikaments die Beibringung eines gesundheitsschädlichen Stoffes im Sinne des § 224 Abs. 1 Nr. 1 StGB liegen kann. Dies gilt zunächst dann, wenn das Medikament falsch dosiert oder kontraindiziert ist.⁹ Erkennt man grundsätzlich an, dass schon jegliche mit einem Eingriff in den Körper verbundene Heilbehandlung eine tatbestandsmäßige Körperverletzung darstellt, wird man aber kaum umhin kommen, auch die indizierte Medikation als Beibringung eines gesundheitsschädlichen Stoffes einzustufen, wenn und soweit das verabreichte Medikament nach Art und Einsatz geeignet ist, im Einzelfall (auch) die konkrete Gefahr einer erheblichen Gesundheitsschädigung zu begründen.¹⁰ Zu beachten ist dabei allerdings, dass – da die Gesundheitsbeschädigung als solche schon eine (alternative) Voraussetzung des Grundtatbestands ausmacht – für die qualifizierte gefährliche Körperverletzung nicht jegliche Gesundheitsschädlichkeit des beigebrachten Stoffes ausreicht. Erforderlich ist vielmehr ein »Mehr« im Vergleich zur »einfachen« Gesundheitsbeschädigung und also die konkrete Eignung zur Zufügung *erheblicher* Schäden¹¹, ohne dass die Schäden dabei freilich schon den Schweregrad einer schweren Körperverletzungsfolge im Sinne des § 226 StGB (s. u.) erreichen müssten¹². Diese Anforderungen dürften indessen schon durch die erwünschten Hauptwirkungen (Reduktion des sexuellen Verlangens, der Erektions- und Ejakulationsfähigkeit und Einschränkungen der Spermatogenese), erst recht aber durch die an sich unerwünschten Nebenwirkungen (s. o.) der antihormonellen Behandlung unschwer erfüllt werden.

Zu diskutieren ist schließlich der Qualifikationstatbestand der *schweren Körperverletzung* gemäß § 226 StGB, der Freiheitsstrafe von einem Jahr bis zu zehn Jahren androht, wenn eine besonders schwere Verletzungsfolge fahrlässig oder bedingt vorsätzlich herbeigeführt wird (Abs. 1), und sogar Freiheitsstrafe von drei Jahren bis zu fünfzehn Jahren, wenn dies absichtlich oder wesentlich geschieht (Abs. 2). Näher in Betracht kommen zwei der in § 226 Abs. 1 StGB aufgeführten qualifizierenden Merkmale: der Verlust der Fortpflanzungsfähigkeit (Nr. 1) und die erhebliche dauernde Entstellung (Nr. 3). Unter das Merkmal der erheblichen Entstellung werden z. B. auffällige und unansehnliche Narben, der Verlust mehrerer Vorderzähne oder auch der Brustwarzen subsumiert (vgl. FISCHER 2008 § 226 Rn. 9 b m. w. N.). Eine erhebliche Entstellung wird man im Einzelfall danach auch in der durch den Testosteronmangel bewirkten Feminisierung, insbesondere in einem ausgeprägten Brustwachstum des Mannes (Gynäkomastie) sehen können. Und für den Verlust der Fortpflanzungsfähigkeit reicht zwar die bloße Einbuße der Beischlaffähigkeit nicht aus (HIRSCH 2000 § 226 Rn. 13, STREE § 226 Rn. 1 b), jedoch wird eine vollständig Aufhebung der Fortpflanzungsfähigkeit nicht verlangt; auch eine Aufhebung »im Wesentlichen« genügt (LACKNER & KÜHL 2007 § 226 Rn. 2).

Freilich ist es allein mit der erheblichen Verunstaltung des äußeren Erscheinungsbildes oder mit der weitgehenden Einbuße der Zeugungsfähigkeit nicht getan. Vielmehr muss die Tatfolge außerdem von Dauer sein, um den qualifizierten Vorwurf einer schweren Körperverletzung zu begründen. Das aber soll nur dann angenommen werden können, wenn die Beeinträchtigung unbestimmt langwierig und – nach verbreiteter, jedoch umstrittener Auffassung – nicht in zumutbarer Weise durch einen korrigierenden Eingriff, z. B. durch eine Operation, zu beseitigen oder abzumildern ist.¹³ Damit stellt sich die Frage, wie es sich auf die strafrechtliche Bewertung der antihormonellen Dauerbehandlung auswirkt, dass die Behandlungsfolgen grundsätzlich reversibel sind und ihre Beseitigung daher schon durch den bloßen Abbruch der Behandlung erreicht werden könnte. Ausschlaggebend dürfte hier die Erwägung sein, dass der Betroffene durch die Auswirkungen einer solchen Dauerbehandlung und die währenddessen langfristig fortbestehenden entstellenden Begleitfolgen tatsächlich keinesfalls weniger beschwert wird als z. B. ein Verletzter, der eine unkorrigierbare Narbe davongetragen oder seine Fortpflanzungsfähigkeit durch einen operativen Eingriff eingebüßt hat. Zugleich wird man jedenfalls Verurteilten mit einschlägiger strafrechtlicher Vorbelastung den Abbruch einer indizierten antihormonellen Dauerbehandlung schwerlich zumuten können, weil in dessen Konsequenz auch ihre Triebstörung reaktualisiert würde und dies – wegen der Abhängigkeit der günstigen Legalprognose von der antihormonellen Behandlung – dann womöglich nachteilige Folgen für ihre Freiheitsspielräume hätte. Strafrechtlich klar ist im Übrigen, dass eine Strafbarkeit wegen schwerer Körperverletzung jedenfalls dann begründet ist, wenn – was medizinisch ungeklärt ist – die (langfristige) triebdämpfende antihormonelle Medikation am Ende gar in einen irreversiblen Verlust der Fortpflanzungsfähigkeit einmündet.

Zwischenbilanz

In der Zwischenbilanz ist nach allem festzuhalten, dass die triebdämpfende antihormonelle Behandlung – folgt man der Gerichtspraxis – sicher die Tatbestände der vorsätzlichen sowie der gefährlichen Körperverletzung durch Beibringung von gesundheitsschädlichen Stoffen gemäß den §§ 223 Abs. 1, 224 Abs. 1 Nr. 1 StGB erfüllt. In Betracht kommt außerdem eine tatbestandsmäßige schwere Körperverletzung gemäß § 226 Abs. 1 StGB, und zwar insbesondere dann, wenn antihormonelle Medikamente langfristig verabreicht werden.

Die Zwischenbilanz macht damit zunächst deutlich, dass – strafrechtlich betrachtet – ein grundsätzlicher Unterschied zwischen der »chemischen« und der chirurgischen Kastration nicht besteht. Dies hatte auch der Gesetzgeber des Kastrationsgesetzes

⁸ In der Praxis bisher weithin verneint; kritisch aber FISCHER 2008 § 224 Rn. 9 a m. w. N.

⁹ Vgl. BayObLG NJW 1998, 3366; LILIE 2000 § 224 Rn. 9; STREE 2006 § 224 Rn. 2 c; FISCHER 2008 § 224 Rn. 5 a.

¹⁰ Vgl. BGH NJW 2006, 1822 ff. zur Beibringung von Kochsalz; dazu LACKNER & KÜHL 2007 § 224 Rn. 1 a; im Ergebnis ebenso LILIE 2000 § 224 Rn. 11.

¹¹ LILIE, a. a. O.

¹² BGH NJW 2006, 1822 ff.

¹³ Vgl. BGHSt 24, 315 ff.; HIRSCH 2000 § 226 Rn. 19 ff.; LACKNER & KÜHL 2007 § 226 Rn. 2 und 4; STREE 2006 § 226 Rn. 1 b und 5; FISCHER 2008 § 226 Rn. 9 a, jeweils m. w. N.

schon genau so gesehen, der die »chemische Kastration« weitgehend der chirurgischen gleichstellte, weil – zufolge der Begründung des »[Regierungs-]Entwurfs eines Gesetzes über die freiwillige Kastration und andere Behandlungsmethoden« vom 8. Januar 1969 – jedenfalls die langdauernde antihormonelle Behandlung »in ihrer Bedeutung für den Betroffenen der chirurgischen Kastration entspricht«, und weil – damals wie heute – »bei langer Dauer einer solchen medikamentösen Behandlung die Möglichkeit, dass die Funktion der Keimdrüsen irreversibel beeinträchtigt wird, nicht ausgeschlossen werden kann« (BT-Drs V/3702, 20).

Die Zwischenbilanz macht außerdem deutlich: Die triebdämpfende antihormonelle Behandlung bezweckt nicht allein die Abwendung erneuter Eingriffe des Behandelten in die sexuelle Selbstbestimmung und die körperliche Integrität anderer. Sie stellt vielmehr – jedenfalls in den Fällen der Dauerbehandlung – ihrerseits einen nach der (straf-)rechtlichen Bewertung erheblichen Eingriff in die körperliche Integrität und die körperlichen Voraussetzungen der sexuellen Selbstbestimmung des Behandelten selbst dar. Besonders bemerkenswert ist dabei, dass bei wissentlicher Herbeiführung einer schweren Körperverletzungsfolge Freiheitsstrafe nicht unter drei Jahren droht, während z. B. der schwere, mit dem Vollzug des Beischlafs verbundene Kindesmissbrauch (§ 176 a Abs. 2 StGB) oder die Vergewaltigung (§ 177 Abs. 2 StGB), die womöglich durch die triebdämpfende Behandlung abgewendet werden können, nur mit einer Mindeststrafe von zwei Jahren Freiheitsstrafe – und ebenso wie die wissentliche schwere Körperverletzung mit einer Höchststrafe von fünfzehn Jahren Freiheitsstrafe – bedroht sind, wenn nicht im Einzelfall besonders erschwerende Begleitumstände oder Tatfolgen hinzutreten.

Nun wird man aus diesem Strafrahmenvergleich nicht herleiten können, dass die »chemische Kastration« generell unverhältnismäßig und unzulässig wäre. Vielmehr hatte der Bundesgerichtshof – seinerzeit mit Blick auf die chirurgische Kastration – schon 1963 entschieden, dass eine solche Maßnahme im Ergebnis vereinbar sei mit dem in Art. 1 des Grundgesetzes (GG) verankerten Schutz der *Menschenwürde* und dem *Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit* aus Art. 2 GG. Denn, wenn diese Maßnahme auch einen schwerwiegenden, möglicherweise gar die Persönlichkeit verändernden Eingriff darstelle, dürfe sie mit ihren Folgen doch nicht isoliert betrachtet werden. Vielmehr sei auch in Rechnung zu stellen, dass der so Behandelte von einem »entarteten« Geschlechtstrieb befreit und dadurch vor der Gefahr immer erneuter Strafrückfälligkeit bewahrt werde, die erhebliche Freiheitseinbußen durch Strafvollzug, Sicherungsverwahrung oder Unterbringung in einer psychiatrischen Einrichtung zur Folge haben könne. »Kann er nach ärztlicher Erfahrung [...] von dem entarteten Trieb befreit werden, gibt es ärztlich keinen milderen Ausweg und ist er mit dem Eingriff freiwillig einverstanden, so kann dieser trotz seiner Bedeutung und Folgen der Menschenwürde dienen, weil sich der Betroffene von einschlägigen Verbrechen dann wieder freihalten kann ...« (BGHSt 19, 201, 203). Und dieser Rechtsprechung folgend findet sich auch in der schon genannten Begründung des Regierungsentwurfs zum KastrG der klarstellende Hinweis, dass die freiwillige Kastration im Lichte der staatlichen Verpflichtung, die Menschenwürde zu schützen, einen angemessenen Eingriff darstelle, wohingegen die Aufrechterhaltung eines Zustands der Krankheit, des Leidens bzw. der seelischen Störung durch einen abnormen Geschlechtstrieb

sowie der beständigen Furcht, immer wieder Sittlichkeitsdelikte begehen zu müssen, durch Art. 1 GG nicht geboten sein könne (BT-Drs V/3702, 7).

Ebenso unzweifelhaft ist allerdings, dass eine *Zwangskastration* keinesfalls zulässig sein kann. Denn eine solche Zwangsbehandlung würde den Wesensgehalt des Grundrechts auf körperliche Unversehrtheit aus Art. 2 Abs. 2 GG antasten, das nach den Vorstellungen des Grundgesetzgebers nicht zuletzt auch als ein Verbot von Zwangssterilisationen aufgefasst werden sollte, wie sie während nationalsozialistischer Herrschaft vorgenommen worden waren (a. a. O. S. 6).

Verständlich wird außerdem, dass der Gesetzgeber des *Kastrationsgesetzes* eine differenzierte gesetzgeberische Stellungnahme für notwendig erachtete, um eine dem Gewicht des Eingriffs entsprechende – hohe – Qualität der Einwilligung in die Kastration sicherzustellen (a. a. O. S. 5). Entstanden ist dabei eine Regelung, die wegen der Schwere und Tragweite des (körperverletzenden) Eingriffs sogar die Einwilligung allein nicht ausreichen, sondern die Körperverletzung nur dann gerechtfertigt sein lässt, wenn zu der Einwilligung ein gewichtiges Interesse hinzu kommt, das für die Vornahme des Eingriffs spricht (DÖLLING 2002, 210), und die damit insgesamt die äußersten Grenzen dessen absteckt, was nach der gegenwärtigen Rechtsordnung für zulässig erachtet werden kann (SCHMITT 1978, 268). Als Spezialregelung mit abschließendem Charakter schließt sie eine Rechtfertigung nach der allgemeinen strafrechtlichen Einwilligungsregel des § 228 StGB aus (HIRSCH 2000 § 228 Rn. 42).

Dies alles gilt – wie gesagt – für die chirurgische wie für die »chemische« Kastration gleichermaßen, weil auch die Auswirkungen beider Behandlungsformen für den Betroffenen grundsätzlich vergleichbar sind. Soweit es die Rechtfertigung des körperverletzenden Eingriffs angeht, mögen allerdings weniger strenge Anforderungen in solchen Fällen zu stellen sein, in denen die antihormonelle Behandlung nur auf eine vorübergehende Triebdämpfung abzielt und keine besonderen Risiken mit sich bringt. Sind z. B. bei einer ganz kurzfristigen Behandlung gravierende Nebenwirkungen und insbesondere auch die Möglichkeit einer Schädigung der Keimdrüsen mit Sicherheit auszuschließen, mag es genügen, in Anwendung der Regelung des § 228 [früher 226 a] StGB die bloße Einwilligung des Betroffenen in Verbindung mit der Feststellung ausreichen zu lassen, dass der Eingriff nicht gegen die guten Sitten verstößt (BT-Drs V/3702, 20). Freilich spielen derartige kurzfristige medikamentöse Interventionen in der Praxis der Straftäterbehandlung kaum eine Rolle, sodass die Rechtfertigung der antihormonellen Behandlung im Regelfall von der Erfüllung der besonderen Eingriffsvoraussetzungen des Kastrationsgesetzes abhängen wird.

Rechtfertigung und Kastrationsgesetz

Wie nun sehen die Vorgaben aus, unter denen das Kastrationsgesetz die »chemische Kastration« zulässt?

Anwendungsbereich

Der *Anwendungsbereich* des Gesetzes ist in den §§ 1 und 4 Abs. 1 KastrG umschrieben. Nach § 1 KastrG ist Kastration »eine gegen die Auswirkungen eines abnormen Geschlechtstriebes gerichtete Behandlung, durch welche die Keimdrüsen eines Mannes absichtlich entfernt oder dauernd funktionsunfähig gemacht werden«. § 4 Abs. 1 KastrG bezieht außerdem »eine gegen die Auswirkungen eines abnormen Geschlechtstriebes gerichtete ärztliche Behandlung eines Mannes oder einer Frau« mit ein, »mit der nicht beabsichtigt ist, die Keimdrüsen dauernd funktionsunfähig zu machen, die aber eine solche Folge haben kann«. Beiden Bestimmungen gemeinsam ist mithin das Kriterium der »gegen die Auswirkungen eines abnormen Geschlechtstriebes gerichteten Behandlung«. Aus dem Anwendungsbereich des Gesetzes fallen damit von vornherein solche Behandlungen heraus, die aus anderen Gründen die Entfernung oder dauernde Funktionsaufhebung der Keimdrüsen mit sich bringen wie z. B. eine medizinisch indizierte Krebsoperation (HIRSCH 2000 § 228 Rn. 42, SCHMITT 1978, 267) oder auch die geschlechtsangleichende Operation im Rahmen einer Transsexualität, die sich typischerweise nicht gegen die vom Herkömmlichen abweichende sexuelle Identität richtet, sondern den Patienten bzw. die Patientin im Gegenteil gerade in die Lage versetzen will, dieser Geschlechtsidentität entsprechend zu leben.

Im Übrigen aber ist der Begriff des »abnormen Geschlechtstriebes« vom Gesetzgeber »umfassend gemeint« und soll daher sowohl krankhafte als auch nichtkrankhafte Abweichungen von der Norm einschließen, soweit sie nur eine gewisse Erheblichkeit erreichen, und sich weithin mit dem Begriff der »schweren ... Abartigkeit« im Sinne der heutigen §§ 20, 21 StGB überschneiden. Erfasst werden sollen sowohl der auf ein von der Norm abweichendes Ziel gerichtete Geschlechtstrieb als auch die erheblich abweichende Triebstärke, die »suchthafte Verfallenheit an die Sexualität« im Sinne von Giese ebenso wie sadistische Formen der Triebbetätigung (BT-Drs V/3702, 10 f.) und sexuelles Fehlverhalten »Schwachsinniger« (a. a. O. S. 18).

Der entscheidende Unterschied der §§ 1 bzw. 4 Abs. 1 KastrG liegt in dem Erfordernis einer auf die Beseitigung der Keimdrüsen bzw. ihrer Funktionsfähigkeit gerichteten Absicht. Während die chirurgische Kastration typischerweise von dieser Absicht getragen ist (§ 1 KastrG), zielen alternative Behandlungsmethoden eher auf eine weniger »endgültige« Lösung des »Triebproblems«. § 4 Abs. 1 KastrG stellt klar, dass dies an der grundsätzlichen Geltung des KastrG nichts ändert, wenn und solange die Folge dauerhafter Infertilität nicht zuverlässig ausgeschlossen werden kann. Unter § 4 Abs. 1 KastrG fallen deshalb auch und vor allem triebdämpfende medikamentöse Behandlungsmethoden und namentlich die langfristige Gabe von »Mitteln mit antiandrogener und/oder antigonadotroper Wirkungsweise« (a. a. O. S. 19), deren spezifische Nebenfolgen seit der Verabschiedung des KastrG im Jahre 1969 bis heute nicht voll geklärt werden konnten und bei denen nach wie vor insbesondere fraglich ist, ob sie womöglich zu einem irreversiblen Funktionsverlust der Keimdrüsen führen können.¹⁴

Die triebdämpfende antihormonelle Behandlung bleibt daher solange rechtswidrig und als Körperverletzung strafbar, wie nicht die besonderen *rechtfertigenden Voraussetzungen des KastrG* erfüllt sind. Diese Voraussetzungen – die, wie gesagt, zusätzlich zu der

Einwilligung ein gewichtiges Interesse an der Vornahme der Behandlung erfordern – finden sich in den §§ 2 und 3 KastrG und werden für die »anderen Behandlungsmethoden« in § 4 KastrG teilweise modifiziert. Der deutlichste rechtliche Unterschied zwischen der chirurgischen und den anderen Behandlungsmethoden liegt dabei in der Altersbegrenzung. Während die Rechtfertigung der chirurgischen Kastration grundsätzlich voraussetzt, dass der Betroffene das 25. Lebensjahr vollendet hat (§ 2 Abs. 1 Nr. 3 KastrG), sind andere Behandlungen auch zulässig, wenn der Betroffene noch nicht 25 Jahre alt ist (§ 4 Abs. 1 Satz 2 KastrG). Damit soll u. a. »dem Umstand Rechnung getragen werden, dass sich die medikamentöse Behandlung bei jüngeren Tätern empfehlen kann, um die Zeit bis zum 25. Lebensjahr zu überbrücken« (BT-Drs V/3702, 20).

Medizinische und kriminologische Indikation

Das Interesse an der Behandlung ist demgegenüber in allen Fällen gleichermaßen anhand der Behandlungsindikation, der Verhältnismäßigkeit der Behandlung und deren Vornahme nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft zu gewichten. Das KastrG stellt dabei die *medizinische* (§ 2 Abs. 1 Nr. 2) und die sog. *kriminologische Indikation* (§ 2 Abs. 2) gleichberechtigt nebeneinander. Chirurgische wie chemische Kastration dürfen danach nur erfolgen, wenn sie entweder »nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft angezeigt [sind], um bei dem Betroffenen schwer wiegende Krankheiten, seelische Störungen oder Leiden, die mit seinem abnormen Geschlechtstrieb zusammenhängen, zu verhüten, zu heilen oder zu lindern« (medizinische Indikation), oder – was für die Behandlung von Straftätern von besonderem Interesse ist – »wenn bei dem Betroffenen ein abnormer Geschlechtstrieb gegeben ist, der nach seiner Persönlichkeit und bisherigen Lebensführung die Begehung rechtswidriger Taten im Sinne der §§ 176 bis 179, 183, 211, 212, 223 bis 227 des Strafgesetzbuches erwarten lässt, und die Kastration nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft angezeigt ist, um dieser Gefahr zu begegnen und dem Betroffenen bei seiner künftigen Lebensführung zu helfen« (kriminologische Indikation).

Der kriminologischen Indikation einer antihormonellen Straftäterbehandlung im Einzelfall steht dabei nicht von vornherein entgegen, dass die rückfallprophylaktische Wirkung dieser Behandlungsmethode bislang nicht durch wissenschaftliche Studien abgesichert ist, die einerseits eine nennenswerte Fallzahl erfassen und andererseits auch den hohen methodischen Ansprüchen an Studien-Designs zur empirischen Wirksamkeitsforschung entsprechen (dazu näher EHER et al. 2007). Denn immerhin liefern Einzelfallstudien und klinische Erfahrung durchaus tragfähige Anhaltspunkte dafür, dass antihormonell medikamentös behandelte Betroffene dies als entlastend erleben und dass sie dadurch in die Lage versetzt werden, ihre sexuellen Impulse und Wünsche besser zu kontrollieren und sozialen Erwartungen besser gerecht zu werden (a. a. O. S. 109). Diese Erkenntnisse können die Einleitung einer antihormonellen Behandlung daher sehr wohl rechtfertigen. Entscheidende Bedeutung kommt dann allerdings der genauen Beobachtung des Behandlungsverlaufs und der Wirkung der antihormonellen

¹⁴ Vgl. BT-Drs V/3702, 20; dazu LANGELÜDDEKE 1970 294f.; JUNG 1973 2242 und aus dem neueren juristischen Schrifttum ESER 2006 § 223 Rn. 57; UHLENBRUCK & ULSENHEIMER 2002 § 127 Rn. 3.

Medikation zu. Werden positive Effekte nicht hinreichend deutlich, muss die Indikationsstellung gegebenenfalls korrigiert werden.

Im Übrigen ist in Bezug auf die *kriminologische Indikation* zweierlei hervorzuheben: Erstens kommt es nicht darauf an, dass der Betroffene bereits eines der in dem genannten Katalog aufgeführten Sexual-, Tötungs- oder Körperverletzungsdelikte begangen hat; es genügt, dass die Begehung einer solchen Straftat nach seiner Persönlichkeit und bisherigen Lebensführung zu erwarten ist (BT-Drs. V/3702, 15). Eine kriminologisch indizierte antihormonelle Behandlung kommt danach auch bei einem Betroffenen, der bisher strafrechtlich noch nicht in Erscheinung getreten ist, oder z. B. bei einem Brandstifter in Betracht, bei dem nunmehr die Begehung entsprechender Sexualstraftaten zu befürchten ist.

Und zweitens muss die Behandlung zwar nicht in dem Sinne medizinisch indiziert sein, dass der abnorme Geschlechtstrieb auf eine schwerwiegende Krankheit, seelische Störung oder ein anderes Leiden des Betroffenen zurückgeht, die es zu behandeln gilt. Auch kommt es nicht darauf an, dass der abnorme Geschlechtstrieb einen Zustand begründet, der die Voraussetzungen einer aufgehobenen oder erheblich verminderten Schuldfähigkeit im Sinne der §§ 20, 21 StGB erfüllt (a. a. O. S. 15 f., LANGELÜDDEKE 1970, 291). Im Sinne eines symptomatischen Zusammenhangs erforderlich ist allerdings, dass gerade der abnorme Geschlechtstrieb die Begehung einer Katalogtat erwarten lässt und dass der Verurteilte deshalb auf ärztliche Hilfe angewiesen ist, um der Gefahr zu begegnen und zu einer (auch) künftig beanstandungsfreien Lebensführung befähigt zu werden (vgl. BT-Drs V/3702, 14 f.). Insofern ist bei der Indikationsstellung dreierlei zu beachten: Zum einen hängen nicht alle Sittlichkeitsdelikte mit einer – ihrerseits in einer »suchthaften Verfallenheit an die Sexualität«, einem Sadismus, einem »Schwachsinn« oder worin auch immer begründeten – geschlechtlichen Abnormität zusammen. »Wo sie ihre Ursache in sozialen oder anderen psychischen Störungen haben, ist die [chirurgische oder chemische; Anm. d. Verf.] Kastration nicht angezeigt« (a. a. O. S. 9) und damit unzulässig. Wo die zu erwartenden Taten aber mit der geschlechtlichen Abnormität zusammenhängen, ist – zweitens – zu prüfen, ob die chirurgische und auch die medikamentöse Kastration wirklich notwendig ist oder ob »der angestrebte Erfolg nicht durch ein minder schweres Mittel erreicht werden kann«, z. B. durch rein psychotherapeutische Maßnahmen (a. a. O. S. 13). Dies ist bei der medikamentösen »Kastration« übrigens auch nach Indikationsstellung fortlaufend zu überprüfen; wenn »während der Einwirkung der medikamentösen Behandlung eine Nachreifung oder eine andere günstige Entwicklung eintritt« (a. a. O.) und dadurch die Indikation entfällt, ist die Behandlung zu beenden. Drittens schließlich hat die Behandlung dort zu »unterbleiben«, wo »der Betroffene – etwa wegen schwerer körperlicher Erkrankung, wegen hochgradigen Schwachsinnns oder wegen Verurteilung zu einer lebenslänglichen Freiheitsstrafe – ohnehin nicht in der Lage ist, sein Leben außerhalb einer Anstalt zu führen« (a. a. O. S. 14).

Auch wenn sie nach alledem indiziert ist – und der Betroffene eingewilligt hat –, bleibt die Behandlung doch unzulässig, wenn dadurch für den Betroffenen körperliche oder seelische »Nachteile zu erwarten sind, die zu dem mit der Behandlung angestrebten Erfolg *außer Verhältnis* stehen«, § 2 Abs. 1 Nr. 4 KastrG.

Die Auswirkungen seines abnormen Geschlechtstribs müssen den Betroffenen also so stark belasten, dass demgegenüber die Folgen der freiwilligen Kastration bzw. einer antihormonellen medikamentösen Behandlung als »das geringste Übel« erscheinen (a. a. O. S. 14). Ob dies der Fall ist, muss der behandelnde Arzt in jedem Einzelfall prüfen. Sind Nebenwirkungen zu erwarten, die über das übliche Maß hinausgehen, oder stellen sich solche Nebenwirkungen im Behandlungsverlauf ein, muss die Behandlung unterbleiben bzw. abgebrochen werden (a. a. O.).

Lex artis und off-label-use

Schließlich muss die Behandlung nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft – also *lege artis* – vorgenommen werden, § 2 Abs. 1 Nr. 5 KastrG. Hier kommen die Fragen nach der Zulässigkeit des (individuellen) Heilversuchs mit einem neuen Medikament und des sog. off-label-use – der Anwendung eines zugelassenen Medikaments außerhalb seiner zugelassenen Indikation – ins Spiel. Denn die in den letzten Jahren vielfach zur medikamentösen Triebdämpfung verabreichten LHRH-Agonisten sind für die Indikation »Behandlung eines abnormen Geschlechtstribs« bisher in Deutschland nicht zugelassen. Allerdings ist unter dem Gesichtspunkt des *Heilversuchs* anerkannt, dass eine im konkreten Fall in therapeutischer Absicht unternommene Behandlung mit einem neuen, noch nicht zugelassenen Medikament zulässig ist, wenn die zu erwartenden Vorteile und ihre abzusehenden, zu vermutenden oder aufgetretenen Nachteile bei verantwortungsvoller, unter besonderer Berücksichtigung des Patientenwohls vorgenommener medizinischer Abwägung in einem angemessenen Verhältnis stehen und auch im Vergleich mit der herkömmlichen Behandlung die Anwendung der neuen Methode rechtfertigen (vgl. nur BGH NJW 2007, 2767 f. und 2774 f., DEUTSCH & SPICKHOFF 2008 Rn. 957). Auch ein erhöhtes Risiko für den Patienten darf danach in Kauf genommen werden, wenn ihm eine besondere sachliche Rechtfertigung, z. B. in Gestalt einer günstigeren Heilungs- und – im Falle der Straftäterbehandlung – Entlassungsprognose, gegenüber steht (BGH NJW 2007, 2774 f.). Und für den sog. *off-label-use* ist geklärt, dass darauf trotz Überschreitens der Zulassungsgrenzen für das verabreichte Medikament nicht völlig verzichtet werden kann, wenn dem Patienten eine dem Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung nicht vorenthalten werden soll und wenn weiter einerseits ein unabweisbarer und anders nicht zu befriedigender Bedarf an der Arzneitherapie besteht und andererseits die therapeutische Wirksamkeit und Unbedenklichkeit der Behandlung hinreichend belegt sind (vgl. BSG NZS 2002, 646 ff., DEUTSCH & SPICKHOFF 2008 Rn. 1288).¹⁵ Stets ist aber die Abwägung zwischen Vor- und Nachteilen im Behandlungsverlauf fortlaufend unter Einbeziehung aktualisierter Erkenntnisse über die Wirksamkeit der Behandlung sowie über mögliche Risiken und Nebenwirkungen zu wiederholen (vgl. BGH NJW 2007, 2774 f.).

¹⁵ Auf einem anderen Blatt steht die Frage der Schadensersatzhaftung des Herstellers, wenn das Medikament jenseits der Zulassungsgrenze und daher womöglich nicht bestimmungsgemäß im Sinne des § 84 Abs. 1 AMG eingesetzt wird; dazu DEUTSCH & SPICKHOFF 2008 Rn. 1288.

Eigenverantwortliche Einwilligung

Endlich – und nach dem Voraussetzungenkatalog des KastrG an erster Stelle – setzt die Zulässigkeit der chirurgischen ebenso wie die der medikamentösen Kastration voraus, dass der Betroffene in die – körperverletzende – Behandlung einwilligt, § 2 Abs. 1 Nr. 1 KastrG. § 3 KastrG stellt dabei eine vorbildlich differenzierte Regelung der Wirksamkeitsvoraussetzungen für diese *Einwilligung* bereit. Entscheidend ist danach, dass der Betroffene versteht, worin er einwilligt, und dass er in der Lage ist, eigenverantwortlich zu entscheiden.

An Letzterem kann es auch dann fehlen, wenn sich der Einwilligende in einer *Zwangssituation* befindet (vgl. nur RÖNNAU 2006 vor § 32 Rn. 207 f. m. w. N.). Insoweit enthält das KastrG mit Blick auf die *Straftäterbehandlung* zunächst eine bedeutsame Klarstellung. Denn nach § 3 Abs. 2 KastrG ist die Einwilligung des Betroffenen »nicht deshalb unwirksam, weil er zurzeit der Einwilligung auf richterliche Anordnung in einer Anstalt verwahrt wird«.

Das mag auf den ersten Blick überraschen, hat der Gesetzgeber vor dem Hintergrund düsterster Erfahrungen mit Humanexperimenten während der Zeit des Nationalsozialismus (vgl. LAUFS 2002 § 130 Rn. 1) doch für das Arzneimittelrecht eine genau entgegengesetzte Lösung gefunden und die klinische Prüfung von bisher nicht bzw. nicht mit der zu überprüfenden Indikation zugelassenen Arzneimitteln bei Menschen für unzulässig erklärt, wenn und solange die betroffene Person auf gerichtliche oder behördliche Anordnung in einer Anstalt untergebracht ist, § 40 Abs. 1 Satz 3 Nr. 4 Arzneimittelgesetz (AMG). Allerdings soll diese Einschränkung nicht auch für Individualheilversuche gelten, die außerhalb einer klinischen Arzneimittelprüfung und damit unbeeinflusst von fremden, wirtschaftlichen oder gesundheitspolitischen Interessen an der Zulassung bestimmter Präparate ausschließlich zu Heilzwecken unternommen werden; auch Strafgefangenen und Unterbrachten im Maßregelvollzug müssen dann im konkreten Einzelfall – wie jedem anderen Patienten – neue Behandlungsmethoden zugute kommen können, wenn diese eher als die herkömmlichen Methoden Erfolg versprechen (vgl. DEUTSCH & SPICKHOFF 2008 Rn. 958).

Im Übrigen wird man allein aus dem Umstand der – in einem rechtsstaatlichen Verfahren gerichtlich angeordneten – *Inhaftierung* bzw. Maßregelunterbringung noch nicht ableiten dürfen, dass jegliche Einwilligung des Inhaftierten bzw. Unterbrachten von einem durchgreifenden Mangel in der Willensbildung beeinflusst ist. Vielmehr ist zu bedenken, dass sozialer Zwang in fast jeder menschlichen Beziehung wirksam ist. Eine Grenze ist von Rechts wegen erst dort erreicht, wo der Zwang die Merkmale einer rechtswidrigen Nötigung im Sinne des § 240 StGB erfüllt (AMELUNG & EYMANN 2001, 944, RÖNNAU 2006 vor § 32 Rn. 207 m. w. N.). Deshalb bleibt trotz der durch Gerichtsurteil begründeten und von den anerkannten Straf- bzw. Maßregelzwecken getragenen Zwangslage grundsätzlich ein ausreichender Entscheidungsfreiraum, wenn und solange der Betroffene zwischen den beiden Übeln: der kastrierenden Behandlung einerseits und dem – in Fällen der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus nach § 63 StGB womöglich lebenslangen – Verbleib im Freiheitsentzug andererseits wählen und sich dabei für das Übel entscheiden kann, das ihm weniger gravierend erscheint (BT-Drs V/3702, 17; AMELUNG & EYMANN a. a. O.)¹⁶.

Allerdings ist die Grenze zur unzulässigen Willensbeeinflussung stets sorgsam im Blick zu behalten. Diese Grenze kommt regelmäßig ins Spiel, wenn es um die *Aufklärung* des Patienten und damit um die bedeutsamste Voraussetzung für seine eigenverantwortliche Einwilligung geht. Denn insoweit ist zwar klar: Wenn er eigenverantwortlich entscheiden können soll, muss der Patient auch verstehen, worin er einwilligt. Dies macht es erforderlich, dass er in einer Weise über die für und gegen die Behandlung sprechenden Gesichtspunkte informiert ist, dass er eine eigenständige Abwägung vornehmen kann (vgl. BT-Drs V/3702, 10). Fehlt eine solche umfassende Aufklärung, ist die Einwilligung unwirksam und die Behandlung deshalb als Körperverletzung strafbar (a. a. O. S. 16). Wie grundsätzlich vor jeglicher ärztlichen Behandlung, muss der Betroffene daher auch vor der nach dem KastrG indizierten Behandlung umfassend über Grund, Bedeutung und Nachwirkungen dieser Behandlung sowie über alternative Behandlungsmöglichkeiten aufgeklärt werden. Außerdem müssen ihm im Einzelfall weiter solche zusätzlichen Umstände erläutert werden, denen er erkennbar eine Bedeutung für die Einwilligung beimisst, § 3 Abs. 1 KastrG. Geht es um einen Heilversuch bzw. den off-label-use eines Medikaments, muss sich die Aufklärung schließlich auch auf diesen besonderen Umstand erstrecken und dabei auch die Gründe bezeichnen, die für diese Behandlungsmaßnahme und gegen die Standardtherapie sprechen (DEUTSCH & SPICKHOFF 2008 Rn. 957 und 1288).

Zumal im Straf- und Maßregelvollzug bereitet eine diesen Anforderungen entsprechende Aufklärung indessen spezifische Probleme, wenn es um die Wahrung der Grenze zur unzulässigen Willensbeeinflussung geht. Die aufklärenden Ärzte und Therapeuten bewegen sich hier gleichsam in einem Minenfeld. Denn wiewohl sie einerseits gehalten sind, über die bestehenden Behandlungsmöglichkeiten umfassend aufzuklären und zu beraten und dabei auch die Chancen und Risiken aufzuzeigen, müssen sie andererseits doch unbedingt alles vermeiden, was auch nur den entfernten Eindruck erwecken könnte, als wollten sie den Betroffenen durch Versprechungen, namentlich von Lockerungen oder einer vorzeitigen Entlassung, oder auf ähnliche Weise in seiner Entscheidung beeinflussen und zu einer Mitwirkung an der vorgeschlagenen Behandlung drängen (BT-Drs V/3702, 17 f.). Das erfordert äußerste Konzentration, Umsicht und Sachlichkeit, zumal regelmäßig gerade die Auswirkungen der Behandlung auf die Lockerungs- oder Entlassungsperspektiven von besonderem Interesse für den inhaftierten bzw. unterbrachten Betroffenen sein dürften und daher einen Umstand darstellen, dem er »erkennbar eine Bedeutung für die Einwilligung beimisst«, § 3 Abs. 1 KastrG.

Der Gesetzgeber des KastrG hat diese Schwierigkeiten sehr wohl gesehen und deshalb erwogen, die Freiwilligkeit der Einwilligung von im Freiheitsentzug befindlichen Betroffenen dadurch weiter abzusichern, dass sie vor einem Richter abgegeben wird, der den Betroffenen auch darüber belehrt, dass die Einwilligung in die – chirurgische oder medikamentöse – Behandlung keinen Anspruch begründet, innerhalb einer bestimmten Frist aus dem Straf- oder Maßregelvollzug entlassen zu werden. Letztlich hat er selbst eine solche Vorkehrung dann

¹⁶ Vgl. auch BGHSt 4, 113, 118 [1953]: Unzulässigkeit der Kastration in »Konzentrationslagerhaft ohne Richterspruch«, und demgegenüber BGHSt 19, 201, 206 [1963]: Zulässigkeit der Kastration in einer Haftsituation »unter rechtsstaatlichen Verhältnissen«.

allerdings nicht getroffen, sondern sie der weiteren Ausgestaltung des Verfahrens durch die Bundesländer überlassen (a. a. O. S. 18), die diesen Gedanken – soweit ersichtlich – freilich nicht weiterverfolgt haben.

Einschränkungen der Einwilligungsfähigkeit

Setzt eine wirksame Einwilligung und damit die Rechtfertigung des mit der chirurgischen oder chemischen Kastration verbundenen Eingriffs in die körperliche Integrität grundsätzlich eine umfassende Aufklärung in dem soeben dargestellten Sinne voraus, geht das KastrG andererseits doch davon aus, dass nicht alle Betroffenen in gleichem Maße imstande sind, die ihnen im Rahmen der Aufklärung an die Hand gegebenen Informationen zu verstehen und zu gewichten. Die bisher dargestellten Regeln gelten deshalb uneingeschränkt nur für Betroffene, die in der Lage sind, Grund und Bedeutung der Behandlung umfassend zu verstehen und ihren Willen nach diesem Verständnis zu bestimmen. Demgegenüber stellt das KastrG zusätzliche Anforderungen auf, wenn »der Betroffene nicht fähig [ist], Grund und Bedeutung [der Behandlung] voll einzusehen und seinen Willen hiernach zu bestimmen«, § 3 Abs. 3 KastrG. Zusätzliche Anforderungen bestehen ferner, wenn es um die Anwendung einer auch vor Vollendung des 25. Lebensjahres zulässigen »anderen Behandlungsmethode«, also insbesondere um eine antihormonelle Behandlung geht und der Betroffene noch minderjährig ist, § 4 Abs. 3 KastrG.

Indem es zwischen »voller« und »nicht voller« Einsicht in Grund und Bedeutung der Behandlung unterscheidet, führt das KastrG die Kategorie einer »verminderten Einwilligungsfähigkeit« ein, die dem deutschen Recht sonst fremd ist. Gemeinhin wird nur nach Vorhandensein oder Fehlen der Einwilligungsfähigkeit gefragt. Schon diese Grenzziehung bereitet nicht selten Schwierigkeiten; dies umso mehr, als eine klare gesetzliche Vorgabe, anhand welcher Kriterien die Einwilligungs(un)fähigkeit festzustellen ist, fehlt (DEUTSCH & SPICKHOFF 2008 Rn. 685 ff., RÖNNAU 2006 vor § 32 Rn. 192 f. m. w. N.). Dennoch hat der Gesetzgeber im Anwendungsbereich des KastrG noch einmal zusätzlichen Bedarf für eine Zwischenkategorie der verminderten Einwilligungsfähigkeit gesehen: Es gebe nämlich zahlreiche Personen, die von einer Behandlung im Sinne des KastrG profitieren könnten, denen es aber an der an sich erforderlichen vollen Einwilligungsfähigkeit fehle. Insbesondere intelligenzgeminderte »oder in ähnlicher Weise psychisch geschädigte« Personen könnten benachteiligt werden, wenn man eine volle Einwilligungsfähigkeit, über die sie nicht verfügen, verlangte und ihnen damit aussichtsreiche Behandlungsmöglichkeiten vorenthielte (BT-Drs V/3702, 18).

Um welche Fälle es geht, wird deutlicher, wenn man die in § 3 Abs. 3 KastrG aufgeführten Voraussetzungen für eine wirksame Einwilligung näher betrachtet. Erforderlich ist danach in jedem Fall eine eigene Einverständniserklärung des Betroffenen. Dieser Erklärung muss eine Aufklärung zugrunde liegen, die den eingeschränkten kognitiven Möglichkeiten des Betroffenen Rechnung trägt und daher »in einer seinem Zustand entsprechenden Weise« vorgenommen worden ist. Das Aufklärungsgespräch muss damit in zweifacher Hinsicht besondere Anforderungen erfüllen: Einerseits muss der Aufklärende versuchen, dem Betroffenen die vorgeschlagene Behandlung als solche, ihre Folgen, Chancen und Risiken in möglichst einfachen,

klaren und plastischen Worten zu verdeutlichen. Andererseits muss er gleichzeitig beachten, dass der Betroffene aufgrund seiner Einschränkungen womöglich in verstärktem Maße fremden Einflüssen ausgesetzt ist. Er muss sich daher ganz besonders um Neutralität bemühen und bereits jeglichen Ansatz einer suggestiven Darstellung tunlichst vermeiden, um den Betroffenen tatsächlich zu einer eigenständigen Entscheidung zu befähigen (a. a. O. S. 19). Schließlich muss sich der Aufklärende am Ende davon überzeugen, dass der Betroffene »wenigstens verstanden hat, welche unmittelbaren Folgen« die Behandlung hat (§ 3 Abs. 3 Nr. 1 KastrG). Im Falle der antihormonellen Behandlung muss dem Betroffenen also wenigstens deutlich sein, dass diese Behandlung ihm womöglich die Fähigkeit nehmen wird, den Geschlechtsverkehr auszuüben (a. a. O.). Demgegenüber soll es nicht darauf ankommen, ob er weiter z. B. auch die langfristigen Gesundheitsfolgen der antihormonellen Dauerbehandlung erkennen und in seine Abwägung einstellen kann.

Zusätzlich zu der Einwilligung des Betroffenen selbst bedarf es außerdem der Einwilligung eines – erforderlichenfalls zu bestellenden – *Betreuers*, zu dessen Aufgabenbereich diese Angelegenheit gehört. Der Betreuer muss seinerseits vor Abgabe seiner Erklärung umfassend über Grund, Bedeutung und Nachwirkungen der Behandlung, etwaige sonstige für ihn erkennbar relevante Umstände und gegebenenfalls über die mit einem Heilversuch bzw. off-label-use verbundenen Aspekte aufgeklärt worden sein (§ 3 Abs. 3 Nr. 2 KastrG).

Geht es um eine antihormonelle Behandlung und ist der Betroffene noch *minderjährig*, stellt das KastrG zwar keine gesetzliche Vermutung für eine Minderung der Einwilligungsfähigkeit auf. Im Gegenteil geht die Gesetzesbegründung davon aus, dass es durchaus voll einwilligungsfähige Minderjährige gibt (BT-Drs V/3702, 21). Das entspricht der unter den Juristen herrschenden Meinung, wonach es für die Ermittlung der Einsichts- und damit Einwilligungsfähigkeit Minderjähriger zwar auf den individuellen Reifegrad und auf die Komplexität des Einwilligungsgegenstands ankommt – je schwerwiegender der Eingriff oder je schwieriger die Folgenabschätzung, desto strenger die zu stellenden Anforderungen –, als Referenzmaß aber von dem durchschnittlichen Reifegrad eines 14-Jährigen ausgegangen werden kann.¹⁷ Deshalb wird man in den sicherlich seltenen, aber doch nicht von vornherein auszuschließenden Fällen einer antihormonellen triebdämpfenden Behandlung eines – dann mutmaßlich mindestens pubertierenden – Minderjährigen grundsätzlich annehmen dürfen, dass dieser bereits (voll) einwilligungsfähig ist; das ist aber in jedem Einzelfall kritisch zu hinterfragen. Von dem Grad der Einwilligungsfähigkeit hängt es dann ab, in welcher Form die Aufklärung zu erfolgen und worauf sich die Einsicht in die Behandlungsfolgen zu erstrecken hat. Unabhängig davon, ob der Minderjährige voll oder vermindert einwilligungsfähig ist, schreibt § 4 Abs. 3 KastrG allerdings vor, dass zusätzlich zu der Einwilligung des Betroffenen selbst in jedem Fall auch die Einwilligung seines zuvor umfassend aufgeklärten gesetzlichen Vertreters und für den Fall, dass der gesetzliche Vertreter nicht gleichzeitig personensorgeberechtigt ist, obendrein die Einwilligung des umfassend aufgeklärten

¹⁷ Vgl. nur DEUTSCH & SPICKHOFF 2008 Rn. 686; RÖNNAU 2006 vor § 32 Rn. 195; ferner AMELUNG & EYMANN 2001 941; soweit höchstpersönliche Rechtsgüter betroffen sind auch LENCKNER 2006 Vorbem. §§ 32 ff. Rn. 40, jew. m. w. N.

Personensorgeberechtigten einzuholen ist. Die Einwilligung des gesetzlichen Vertreters bzw. des Personensorgeberechtigten ersetzt dabei zugleich die bei vermindert einwilligungsfähigen Volljährigen vorgeschriebene Einwilligung des Betreuers, § 4 Abs. 3 S. 2 KastrG.

Einwilligungsunfähigkeit

An ihre gesetzliche Grenze stoßen die chirurgische Kastration ebenso wie die anderen Behandlungsmethoden, wenn der Betroffene *einwilligungsunfähig* ist. Gedacht ist hier insbesondere an Fälle, in denen der Betroffene aufgrund des Ausmaßes seiner intellektuellen Einschränkungen oder wegen einer schweren Geisteskrankheit nicht einmal mehr in der Lage ist, die unmittelbaren Behandlungsfolgen und die Möglichkeit eines Funktionsverlustes der Keimdrüsen zu verstehen und sich wenigstens auf dieser Grundlage informiert mit seiner Behandlung einverstanden zu erklären. In diesen Fällen muss die Behandlung mangels (Rest-)Einwilligung grundsätzlich unterbleiben (BT-Drs V/3702, 19). Allerdings lassen § 3 Abs. 4 und § 4 Abs. 2 KastrG von diesem Grundsatz eine Ausnahme zu. Die chirurgische Kastration ist nur mit Einwilligung des Betreuers – und übrigens auch schon vor Vollendung des 25. Lebensjahrs – ausnahmsweise zulässig, »wenn sie nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft angezeigt ist und vorgenommen wird, um eine lebensbedrohende Krankheit des Betroffenen zu verhüten, zu heilen oder zu lindern«, § 3 Abs. 4 KastrG. Und eine antihormonelle Behandlung darf bei Einwilligungsunfähigkeit des Betroffenen allein mit der Einwilligung des umfassend aufgeklärten Betreuers sogar schon dann vorgenommen werden, »wenn sie nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft angezeigt ist und vorgenommen wird, um eine schwerwiegende Krankheit des Betroffenen zu verhüten, zu heilen oder zu lindern«, § 4 Abs. 2 KastrG. Gedacht ist hier an die Behandlung einer (schweren) Krankheit im engeren Sinne, mithin eines organisch begründeten Krankheitsgeschehens (a. a. O. S. 20 und 12). Die Voraussetzungen sind insoweit enger als die der medizinischen Indikation nach § 2 Abs. 1 Nr. 2 KastrG, die auch andere »seelische Störungen oder Leiden, die mit [dem] abnormen Geschlechtstrieb zusammenhängen«, einschließt. Freilich bleibt die begriffliche Abgrenzung von »Krankheit« und »seelischer Störung« hier ebenso wie bei der grundsätzlichen medizinischen Behandlungsindikation unscharf (vgl. schon BT-Drs V/3702, 12), sodass jedenfalls eine vorübergehende und daher mit hoher Wahrscheinlichkeit in ihren Auswirkungen reversible antihormonelle Behandlung trotz Einwilligungsunfähigkeit des Betroffenen regelmäßig in Betracht gezogen werden sollte, wenn mit einiger Wahrscheinlichkeit erwartet werden kann, dass der Betroffene bereits durch die Triebdämpfung in die Lage versetzt wird, wieder oder erstmals selbst eine freie Entscheidung über seine weitere Behandlung treffen zu können (vgl. a. a. O. S. 20). Eine Zwangsbehandlung gegen den erklärten Willen des mindestens vermindert einwilligungsfähigen Betroffenen bleibt aber jedenfalls unzulässig (a. a. O.).

Weitere Schutzmaßnahmen des KastrG

Liegen die dargestellten Voraussetzungen vor, ist die medikamentöse ebenso wie die chirurgische Kastration nicht *als Körperverletzung* strafbar. Das heißt freilich noch nicht, dass die Behandlung dann uneingeschränkt zulässig wäre. Vielmehr

stellen die §§ 5 und 6 KastrG weitere Voraussetzungen auf, bei deren Missachtung der behandelnde Arzt zwar nicht mehr wegen Körperverletzung, jedoch wegen *Verletzung der Regeln des KastrG* strafrechtlich zur Verantwortung gezogen und gemäß § 7 KastrG mit *Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr* oder mit Geldstrafe belegt werden kann. In der Sache geht es um zweierlei: Die Mitwirkung einer unabhängigen Gutachterstelle (§ 5 KastrG) und die Beteiligung des Vormundschaftsgerichts (§ 6 KastrG). Dabei stellt das Gesetz bei Anwendung der »anderen Behandlungsmethoden« zwar geringere Anforderungen als bei der chirurgischen Kastration, zu beachten ist jedoch Folgendes:

Ist der antihormonell zu behandelnde Patient *noch nicht 21 Jahre* alt, muss – unabhängig von dem Grad seiner Einwilligungsfähigkeit und der Mitwirkung des gesetzlichen Vertreters oder eines Betreuers – stets eine unabhängige *Gutachterstelle* eingeschaltet werden, § 5 Abs. 2 KastrG. Die Behandlung darf erst vorgenommen werden, wenn die Gutachterstelle bestätigt hat, dass »ein ärztliches Mitglied dieser Stelle den Betroffenen untersucht sowie die in diesem Gesetz vorgeschriebene Aufklärung des Betroffenen und anderer Personen vorgenommen hat« und dass die weiteren gesetzlichen Voraussetzungen vorliegen, § 5 Abs. 1 KastrG. Auf diese Weise soll ein Mehrfaches gewährleistet werden: Es soll verhindert werden, dass ein mit der Behandlung und der zugrunde liegenden Problematik nicht genügend vertrauter Arzt eine nicht indizierte Behandlung vornimmt. Weiterhin sollen die volle Aufklärung des Betroffenen sowie die Freiwilligkeit und Eigenständigkeit seiner Einwilligung sichergestellt werden. Schließlich soll die Gegenkontrolle durch die Gutachterstelle auch die behandelnden Ärzte absichern und von den Risiken des Vorwurfs einer ungenügenden Aufklärung und einer Behandlung ohne eine bei derart jungen Patienten besonders schwierig zu stellende, genügend gesicherte Indikation entlasten (BT-Drs V/3702, 21). Einrichtung und Verfahren der Gutachterstelle richten sich übrigens nach Landesrecht, § 5 Abs. 3 KastrG, und sind daher länderspezifisch unterschiedlich ausgestaltet. Regelungen in Baden-Württemberg und in Schleswig-Holstein sehen z. B. vor, dass die Gutachterstellen mit zwei ärztlichen Mitgliedern, von denen eines Facharzt für Psychiatrie sein muss, sowie mit einem weiteren Mitglied mit Befähigung zum Richteramt, mithin einem sog. Volljuristen, besetzt sein müssen. Die durch die jeweilige Landesärztekammer bestellten Mitglieder der Gutachterstelle sind an Weisungen nicht gebunden.¹⁸

Die *Gutachterstelle* ist – unabhängig von der Mitwirkung des Betreuers – außerdem stets zu beteiligen, »wenn der Betroffene nicht fähig ist, Grund und Bedeutung der Behandlung voll einzusehen und seinen Willen hiernach zu bestimmen«, § 5 Abs. 2 KastrG, mithin bei der antihormonellen Behandlung aller – z. B. infolge erheblicher Intelligenzminderung – nur *vermindert einwilligungsfähigen Patienten* und natürlich bei allen *Einwilligungsunfähigen* (BT-Drs V/3702, 21).

Wird die antihormonelle Behandlung eines *einwilligungsunfähigen Betroffenen* vorgeschlagen, bedarf überdies die Einwilligung des Betreuers der *Genehmigung des Vormundschaftsgerichts*, das den Betroffenen zuvor persönlich anzuhören hat, § 6 KastrG. Der nur vermindert einwilligungsfähige Betroffene hingegen soll

¹⁸ Vgl. die Gesetze über die Gutachterstelle für die freiwillige Kastration und andere Behandlungsmethoden, BW-GBl. 1970, 516, bzw. SH-GVOBl. 1970, 297.

des Schutzes des Vormundschaftsgerichts nicht bedürfen, weil er sich jederzeit der Behandlung entziehen kann und bereits durch die Gutachterstelle hinreichend geschützt erscheint (a. a. O. S. 22).

Die Missachtung dieser zusätzlichen Sicherungsmaßnahmen ist, wie gesagt, in § 7 KastrG gesondert unter Strafe gestellt. Straffbar macht sich danach, »wer als Arzt [...] im Sinne des § 4 [andere Behandlungsmethoden] behandelt, ohne dass 1. die Gutachterstelle die [...] notwendige Bestätigung oder 2. das Vormundschaftsgericht die [...] erforderliche Genehmigung erteilt hat«.

Behandlungsweisungen

Nach allem sollte deutlich geworden sein, dass und aus welchen Gründen das deutsche Strafvollstreckungs- und Strafvollzugsrecht einen Zwang zur antihormonellen triebdämpfenden Behandlung nicht vorsieht. Nach § 14 Abs. 1 des inzwischen teilweise durch entsprechende Ländergesetze abgelösten Bundes-Strafvollzugsgesetzes (StVollzG) und nach den Maßregelvollzugsgesetzen der Länder konnten und können *Lockerungen und Beurlaubungen aus dem Straf- bzw. Maßregelvollzug* aber mit Weisungen verknüpft werden. So kann z. B. nach § 15 Abs. 6 Nr. 1 des Niedersächsischen Maßregelvollzugsgesetz einem Untergebrachten die Weisung erteilt werden, sich einer Behandlung zu unterziehen. Dies kann auch die Weisung sein, an einer triebdämpfenden antihormonellen Behandlung mitzuwirken. Voraussetzung ist allerdings, dass die Behandlung nach den zuvor dargestellten Grundsätzen zulässig ist. Dabei ist unbedingt darauf zu achten, dass Mitwirkung an der Behandlung und Bewilligung der Lockerung nicht in unzulässiger Weise verknüpft werden, und dass die Entscheidung über die Bewilligung der Lockerung nicht als Zwangsmittel eingesetzt wird, um den Untergebrachten zur Mitwirkung an der antihormonellen Behandlung zu nötigen (vgl. auch POLLÄHNE 2002 Rn. F 119). Die Weigerung des Untergebrachten, an einer solchen Behandlung mitzuwirken, schließt es andererseits freilich nicht aus, ihm die beantragte Lockerung zu versagen, wenn diese wegen der ohne die Behandlung bestehenden Gefahren für die Allgemeinheit unvertretbar erscheint.

Entsprechendes gilt für die *Straf- bzw. Maßregelaußsetzung zur Bewährung*. Beide können ebenfalls mit Weisungen für die Bewährungszeit verknüpft werden. Allerdings stellen die §§ 56 c Abs. 3 Nr. 1, 68 b Abs. 2 S. 4 StGB klar, dass die Weisung, sich einer Heilbehandlung zu unterziehen, die mit einem körperlichen Eingriff verbunden ist, nur mit Einwilligung des Verurteilten erteilt werden darf. Unter das Merkmal des »körperlichen Eingriffs« fällt dabei auch die Zuführung von Medikamenten (GROß [2005], § 56 c Rn. 30; LACKNER & KÜHL [2007], § 56 c Rn. 8b). Im Übrigen versteht es sich von selbst, dass der Verurteilte nur zur Teilnahme an einer bestimmten Behandlung verpflichtet werden darf, wenn und soweit diese Behandlung als solche zulässig ist. Für die Zulässigkeit einer Weisung, sich einer triebdämpfenden antihormonellen Behandlung zu unterziehen, reicht deshalb die Einwilligung des Verurteilten allein nicht aus; vielmehr müssen alle zuvor dargestellten Zulässigkeitsvoraussetzungen erfüllt sein.

Zusätzlich ist in jedem Einzelfall darauf zu achten, dass durch die Weisung keine unzumutbaren Anforderungen an die Le-

bensführung des Verurteilten gestellt werden, §§ 56 c Abs. 1 Satz 2, 68 b Abs. 3 StGB. Allein aus dem Umstand, dass eine bestimmte Behandlung auf freiwilliger Grundlage zulässig und nicht als Körperverletzung strafbar ist, folgt eben noch nicht ohne Weiteres, dass der Verurteilte auch durch eine entsprechende gerichtliche Anordnung zu einer Teilnahme an einer solchen Behandlung verpflichtet werden darf (vgl. GRIBBOHM 1992 § 56 c Rn. 13, GROß a. a. O.). Vielmehr ist die Grenze des sanktionenrechtlich Zumutbaren dort erreicht, wo die Weisung einen unverhältnismäßig einschneidenden Eingriff in die Lebensführung des Verurteilten enthält.¹⁹ Die verpflichtende Weisung, sich während der Bewährungszeit chirurgisch kastrieren zu lassen, wird deshalb als generell unzulässig eingeschätzt (GROß a. a. O., STREE 2006 § 56 c Rn. 23). Als Beispiele für unzumutbare Weisungen werden außerdem Anordnungen angeführt, die sich auf gefährliche Behandlungsmethoden wie z. B. Elektroschockbehandlungen oder auch medikamentöse Behandlungen beziehen, die mit einem hohen Risiko gravierender Nebenfolgen verbunden sind.²⁰

Das bedeutet nun allerdings nicht, dass auch jegliche verpflichtende Weisung, sich einer triebdämpfenden antihormonellen Behandlung zu unterziehen, dem generellen Verdikt der Unzumutbarkeit unterfiele. Vielmehr wird man bei der Zumutbarkeitsprüfung die bestehenden Handlungsalternativen mit in Rechnung zu stellen und danach zu fragen haben, welche der Alternativen den einschneidenderen Eingriff begründet. Können überhaupt nur durch die verbindliche Mitwirkung des Verurteilten an einer antihormonellen Behandlung die Voraussetzungen für eine Aussetzung der Straf- bzw. Maßregelvollstreckung zur Bewährung hergestellt werden, wird man also die Einschränkungen für die Lebensführung, die mit einer dahingehenden Weisung verbunden sind, zu denjenigen Einschränkungen ins Verhältnis zu setzen haben, die im Falle des (weiteren) Freiheitsentzuges zu erwarten sind. Zu berücksichtigen haben wird man überdies das Risiko einer erneuten Straffälligkeit des nicht behandelten Verurteilten und der dann drohenden weiteren Freiheitseinschränkungen. Schließlich werden vielfach bereits Erfahrungen aus der typischerweise schon im Vollzug begonnenen Behandlung zur Verfügung stehen und eine wichtige Hilfestellung bei der Einschätzung der im konkreten Fall zu erwartenden Nebenfolgen der Behandlung leisten. Im Ergebnis wird sich die Weisung, an einer antihormonellen Behandlung teilzunehmen, danach vielleicht nicht stets, aber doch keinesfalls nur in seltenen Ausnahmefällen als das vergleichsweise deutlich geringere und jedenfalls zumutbare Übel erweisen.

Endlich gilt auch in diesem Zusammenhang, dass auf den Verurteilten keinerlei Druck ausgeübt werden darf, um ihn zur Einwilligung in die Behandlungsweisung zu bestimmen (STREE 2006 § 56 c Rn. 23). Hingegen ist es von Rechts wegen hinzunehmen, dass er sich bereits deshalb in einer Zwangssituation befindet, weil nur eine Behandlungsweisung eine hinreichend günstige Entlassungs- und Bewährungsprognose zulässt und die Straf- bzw. Maßregelaußsetzung zur Bewährung daher allein von seiner Einwilligung abhängt (STREE a. a. O.).

¹⁹ BGH StV 1998, 658 m. w. N.; GROß 2005 § 56 c Rn. 11; LACKNER & KÜHL 2007 § 56 c Rn. 5.

²⁰ FISCHER 2008 § 56 c Rn. 11; GRIBBOHM 1992 § 56 c Rn. 13; GROß 2005 § 56 c Rn. 30; LACKNER & KÜHL 2007 § 56 c Rn. 8b.

Hinzuweisen ist abschließend auf die *Konsequenzen eines Weisungsverstoßes*: Nach § 14 Abs. 2 Nr. 3 StVollzG können Lockerungen und Urlaube aus dem Strafvollzug widerrufen werden, wenn der Gefangene Weisungen nicht nachkommt. Entsprechendes gilt für Lockerungen und Urlaube im Maßregelvollzug.²¹ Und nach den §§ 56f Abs. 1 Nr. 2, 67g Abs. 1 Nr. 2 StGB können sogar die Straf- bzw. Maßregelaußsetzung zur Bewährung widerrufen werden, wenn der Verurteilte gröblich oder beharrlich gegen Weisungen verstoßen und dadurch Anlass zu Besorgnis gegeben hat, dass er erneut Straftaten begehen wird, bzw. sich aus dem Verstoß ergibt, dass der Zweck der Maßregel seine Unterbringung erfordert.

Das gilt grundsätzlich auch dann, wenn die Nichtbefolgung einer Behandlungsweisung zugleich die *Zurücknahme der* dafür erforderlichen *Einwilligung* enthält. Denn die Zurücknahme entzieht zwar einer weiteren Behandlung die Rechtsgrundlage, ändert indes nichts an der Rechtmäßigkeit der ursprünglichen Weisung, gegen die daher durch Nichtbefolgung verstoßen werden kann.²² Entscheidend kommt es für einen Bewährungswiderruf dann aber darauf an, ob der Verstoß tatsächlich als gröblich oder beharrlich zu bewerten ist und ob auch die weiteren Widerrufs-Voraussetzungen vorliegen. Das kann davon abhängen, ob der Verurteilte z. B. seine Einwilligung in die Behandlung lediglich vorgespiegelt hatte, um eine Straf- oder Maßregelaußsetzung zu erlangen, oder ob er jetzt Gründe hat, die seine Umkehrentscheidung verständlich erscheinen lassen.²³ Eine Rolle kann auch spielen, ob die Behandlungsweisung *conditio sine qua non* für die Vollstreckungsaussetzung war.²⁴

Dieser Gedanke findet übrigens besonderen Niederschlag in den für den Widerruf einer Maßregelaußsetzung zur Bewährung geltenden Vorschriften des § 67g Absätze 2 und 3 StGB. Danach muss die Aussetzung einer Unterbringung auch unabhängig vom Vorliegen eines gröblichen oder beharrlichen Weisungsverstoßes widerrufen werden, wenn sich während der Dauer der Führungsaufsicht ergibt, dass von dem Verurteilten infolge seines Zustands erneute rechtswidrige Taten zu erwarten sind und deshalb der Zweck der Maßregel seine weitere Unterbringung erfordert (Abs. 2), oder wenn nachträglich Umstände bekannt werden, die zu einer Versagung der Aussetzung geführt hätten und daher zeigen, dass die weitere Unterbringung erforderlich ist (Abs. 3). Diese Voraussetzungen können trotz verständlicher Beweggründe des Verurteilten erfüllt sein, wenn dieser seine Einwilligung in die Behandlungsweisung nach seiner bedingten Entlassung zurücknimmt, die Behandlung jedoch notwendige Bedingung für die Vollstreckungsaussetzung war.

Kommt es nicht zum Aussetzungswiderruf, ist schließlich zu prüfen, ob die mit der Maßregelaußsetzung eingetretene Führungsaufsicht unbefristet zu verlängern ist. Das kommt nach § 68c Abs. 2 StGB schon dann in Betracht, wenn die verurteilte Person in eine Weisung, sich einer medikamentösen Behandlung zu unterziehen, nicht einwilligt oder einer solchen Weisung nicht nachkommt und deshalb eine Gefährdung der Allgemeinheit durch die Begehung weiterer erheblicher Straftaten zu befürchten ist.

Behandlungsanspruch

Umgekehrt stellt sich abschließend die Frage, ob ein Verurteilter seine triebdämpfende antihormonelle Behandlung verlangen kann. Spezielle Regelungen enthalten das deutsche Bundesstrafvollzugsgesetz und die Maßregelvollzugsgesetze der Länder insoweit nicht. Zurückzugreifen ist daher auf die allgemeinen Vorschriften über die Behandlung und die Gesundheitsfürsorge. Danach besteht insbesondere im Strafvollzug zwar kein uneingeschränkter Behandlungsanspruch. Vielmehr bleibt die Wahl der konkreten Behandlungsmethode stets dem pflichtgemäßen ärztlichen Ermessen des Anstalts- bzw. Klinikarztes überlassen. Außerdem sollen Verhältnismäßigkeitsgründe den Behandlungsanspruch des Strafgefangenen begrenzen können mit der Folge, dass eine aufwendige Behandlung unterbleiben darf, wenn sie nach einer nur noch kurzen oder mittleren Restverbüßungszeit auch in Freiheit erfolgen kann.²⁵ Grundsätzlich ist dem Gefangenen bzw. Untergebrachten aber eine Behandlung zu gewähren, wenn diese sich als medizinisch indiziert und notwendig erweist, um die – ggf. auch psych(iatr)ische – Erkrankung zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Beschwerden zu lindern.²⁶ Und vollends besteht ein *Anspruch* auf alle notwendigen Maßnahmen, wenn die zu behandelnde Erkrankung einer positiven *Sozialprognose* und damit der vorzeitigen Entlassung aus der Haft bzw. aus dem Maßregelvollzug entgegensteht; dann sind die Vollzugsbehörden nach den im Lichte der Grundrechte aus Art. 2 i. V. m. Art. 1 Abs. 1 GG auszulegenden vollzugsrechtlichen Bestimmungen verpflichtet, der Erkrankung mit den Mitteln entgegenzuwirken, die fachmedizinisch indiziert sind.²⁷

Diese Grundsätze gelten auch für die antihormonelle triebdämpfende Behandlung im Straf- und Maßregelvollzug (vgl. auch BOETTICHER & STÖVER 2006 § 63 Rn. 7). Veröffentlichte gerichtliche Entscheidungen, die gerade diese Behandlung zum Gegenstand hätten, finden sich bisher zwar nicht. Immerhin ist aber schon wiederholt ausgesprochen worden, dass Transsexualität einen Behandlungsanspruch des Inhaftierten bzw. Untergebrachten begründen kann.²⁸ Und das Landgericht Trier hat schon vor längerem klargestellt, dass schwere sexuelle Triebstörungen regelwidrige Körper- bzw. Geisteszustände darstellen, die die Notwendigkeit einer Heilbehandlung und daher auch einen Anspruch des Gefangenen auf Übernahme der Kosten einer – chirurgischen – Kastration begründen.²⁹ Umso mehr wird danach ein Anspruch des Inhaftierten bzw. Untergebrachten auf die »mildere« Variante der »chemischen«

21 POLLÄHNE 2002 Rn. F 131 m. w. N., insbesondere auch auf die einzelnen landesgesetzlichen Bestimmungen.

22 OLG Celle MDR 1987, 956; OLG Hamburg NStZ 1992, 301; OLG Karlsruhe MDR 1982, 341; grds. auch BGHSt 36, 97, 99; ferner FISCHER 2008 § 56c Rn. 11; GRIBBOHM 1992 § 56c Rn. 11; LACKNER & KÜHL 2007 § 56c Rn. 9; STREE 2006 § 56c Rn. 24; STRENG 2002 Rn. 170.

23 BGH aaO; FISCHER 2008 a. a. O.; GRIBBOHM 1992 a. a. O.; STREE 2006 a. a. O.

24 Vgl. OLG Hamburg a. a. O., STRENG 2002 a. a. O.

25 Vgl. OLG Karlsruhe NJW 2001, 3422, 3423 f.

26 Vgl. z. B. OLG Karlsruhe NJW 2001, 3422 zu § 58 StVollzG, und OLG Karlsruhe NStZ-RR 2007, 357, 359 zu §§ 8 Abs. 1, 15 Abs. 1 des Baden-Württembergischen Unterbringungsgesetzes.

27 BVerfG NStZ 1996, 614; OLG Karlsruhe NJW 2001, 3422, 3424.

28 OLG Frankfurt NStZ 1981, 320; OLG Karlsruhe NJW 2001, 3422; OLG Karlsruhe NStZ-RR 2007, 357.

29 LG Trier NJW 1980, 1908.

Kastration zu bejahen sein, wenn diese Behandlung nach den hier dargestellten Maßstäben indiziert und rechtlich zulässig ist.

Fazit

Die triebdämpfende antihormonelle Behandlung greift mit ihren Wirkungen und Nebenwirkungen weit in die körperliche Integrität des Behandelten ein. Sie erfüllt daher den Straftatbestand der Körperverletzung, und die Folgen der antihormonellen Dauerbehandlung können im Einzelfall sogar eine schwere Körperverletzung (§ 226 StGB) begründen. Allerdings bleibt die tatbestandsmäßige Körperverletzung straffrei, wenn sie gerechtfertigt ist. Wegen ihrer weitreichenden, teilweise ungeklärten und in ihrem Gewicht der chirurgischen Kastration nahe kommenden Folgen hat der Gesetzgeber in § 4 des Kastrationsgesetzes insoweit besondere, differenzierte Regeln für die Rechtfertigung der antihormonellen (Dauer-)Behandlung aufgestellt.

Dass der Betroffene inhaftiert oder im Maßregelvollzug untergebracht ist, hindert die Zulässigkeit der antihormonellen Behandlung für sich genommen nicht. Im Gegenteil kann er eine solche Behandlung womöglich sogar verlangen, wenn die Rechtfertigungsvoraussetzungen vorliegen und seine (positive) Sozial- und Legalprognose entscheidend davon abhängt. In jedem Fall muss ihm aber die eigenverantwortliche Entscheidung überlassen bleiben, ob er an der Behandlung mitwirkt und sich ihren unter Umständen erheblich belastenden Wirkungen und Nebenwirkungen aussetzt oder ob er auf die mit der Behandlung womöglich verbundenen Chancen (auf Verbesserung seiner Sozial- und Legalprognose) verzichtet und nötigenfalls die Fortsetzung des Freiheitsentzuges in Kauf nimmt.

Gelingt es, die Sozial- und Legalprognose des Betroffenen (unter anderem) mithilfe der antihormonellen Behandlung zu verbessern und kommt daher eine Vollstreckungsaussetzung von Strafe oder Maßregel in Betracht, so kann diese mit Einwilligung des Betroffenen mit der Weisung verknüpft werden, die Behandlung fortzuführen. Während der Bewährungszeit müssen dann allerdings die Wirkungen und Nebenwirkungen der Behandlung durchgängig im Auge behalten werden und es muss fortlaufend geprüft werden, ob die Fortsetzung der Behandlung dem Betroffenen noch zumutbar ist. Stellt sich dabei heraus, dass die Nebenwirkungen der Antihormonbehandlung aus medizinischen Gründen nicht mehr toleriert werden können, muss diese abgebrochen werden. Das aufsichtführende Gericht muss dann entscheiden, ob die Vollstreckungsaussetzung zur Bewährung Bestand haben kann.

Erfahrungen aus der eigenen Praxis zeigen, dass derartige Bewährungsverläufe durchaus vorkommen können. Sie lehren, dass die antihormonelle Behandlung unter Umständen nur eine trügerische, da zeitlich limitierte Sicherheit bietet. Dies und die ohnehin vielfach festzustellenden erheblichen körperlichen Wirkungen und Nebenwirkungen sollte Anlass geben, bei der Indikationsstellung Umsicht und Zurückhaltung walten zu lassen.

Literatur

- AMELUNG K, EYMANN F (2001) Die Einwilligung des Verletzten im Strafrecht. *Juristische Schulung* 41: 937–46
- BERNER W, BRIKEN P, HILL A (2007) *Sexualstraftäter behandeln*. Köln: Deutscher Ärzte Verlag
- BOETTICHER A, STÖVER H (2006) Gesundheitsfürsorge. In: FEEST J (Hg.) *StVollzG. Kommentar zum Strafvollzugsgesetz*. 5. Aufl. Neuwied: Luchterhand
- BRIKEN P, BERNER W, NOLDUS J, NIKA E, MICHL U (2000) Therapie mit dem LHRH-Agonisten Leuprorelinacetat bei Paraphilien und sexuell aggressiven Impulshandlungen. *Nervenarzt* 71: 380–385
- DEUTSCH E, SPICKHOFF A (2008) *Medizinrecht*. 8. Auflage. Berlin: Springer
- DÖLLING D (2002) Einwilligung und überwiegende Interessen. In: DÖLLING D, ERB V (Hg.) *Festschrift für Karl-Heinz Gössel zum 70. Geburtstag*. Heidelberg: C. F. Müller. S. 209–216
- EHER R, GNOTH A, BIRKLBAUER A, PFÄFFLIN F (2007) Antiandrogene Medikation zur Senkung der Rückfälligkeit von Sexualstraftätern: ein kritischer Überblick. *Recht & Psychiatrie* 25: 103–111
- ESER A (2006) §§ 223 ff. In: SCHÖNKE A, SCHRÖDER H, *Strafgesetzbuch. Kommentar*. 27. Aufl. München: C. H. Beck
- FISCHER T (2008) *Strafgesetzbuch*. 55. Aufl. München: C. H. Beck
- GRIBBOHM G [1992] §§ 56 ff. In: JÄHNKE B et al. (Hg.) *Strafgesetzbuch. Leipziger Kommentar*. 11. Aufl. Berlin/New York: de Gruyter
- GROß K-H [2005] §§ 56 ff. In: JOECKS W, MIEBACH K (Hg.) *Münchener Kommentar zum Strafgesetzbuch*. Band 2/1. München: C. H. Beck
- HIRSCH HJ (2000) §§ 223 ff. In: JÄHNKE B et al. (Hg.) *Strafgesetzbuch. Leipziger Kommentar*. 11. Aufl. Berlin/New York: de Gruyter
- JUNG H (1973) Stereotaktik und Kastrationsgesetz. *Neue Juristische Wochenschrift* 26: 2241–2243
- KAMMEIER H (2002) Entwicklung und Systematik von Maßregelrecht und Maßregelvollzug. In: KAMMEIER H (Hg.) *Maßregelvollzugsrecht. Kommentar*. 2. Aufl. Berlin/New York: de Gruyter
- LACKNER K, KÜHL K (2007) *Strafgesetzbuch. Kommentar*. 26. Aufl. München: C. H. Beck
- LANGELÜDDEKE A (1970) Das neue Kastrationsgesetz aus der Sicht des kriminologisch erfahrenen Psychiaters. *Monatsschrift für Kriminologie* 53: 289–297
- LAUFS A (2002) Heilversuch und klinisches Experiment. In: LAUFS A, UHLENBRUCK W (Hg.) *Handbuch des Arztrechts*. 3. Aufl. München: C. H. Beck
- LENCKNER T (2006) §§ 32 ff. In: SCHÖNKE A, SCHRÖDER H, *Strafgesetzbuch. Kommentar*. 27. Aufl. München: C. H. Beck
- LILIE H (2000) §§ 223 ff. In: JÄHNKE B et al. (Hg.) *Strafgesetzbuch. Leipziger Kommentar*. 11. Aufl. Berlin/New York: de Gruyter
- POLLÄHNE H (2002) Maß des Freiheitsentzuges. In: KAMMEIER H (Hg.) *Maßregelvollzugsrecht. Kommentar*. 2. Aufl. Berlin/New York: de Gruyter
- RÖNNAU T (2006) §§ 32 ff. In: LAUFHÜTTE HW et al. (Hg.) *Strafgesetzbuch. Leipziger Kommentar*. 12. Aufl. Berlin/New York: de Gruyter
- SCHMITT R (1978) § 226 a StGB ist überflüssig. In: STREE W et al. (Hg.) *Gedächtnisschrift für Horst Schröder*. München: C. H. Beck: S. 263–272

- SCHÖCH H (2008) §§ 61 ff. In: LAUFHÜTTE HW et al. (Hg.) Strafgesetzbuch. Leipziger Kommentar. 12. Aufl. Berlin/New York: de Gruyter
- SEIFERT D (2008) GnRH-Anloga bei der Behandlung von Sexualstraftätern. Vortrag auf der Fachtagung »Triebdämpfende Medikation in der Forensik« am 27. Februar 2008 im Niedersächsischen Landeskrankenhaus Moringen. Manuskript
- STREE W (2006) §§ 56 ff. und §§ 223 ff. In: SCHÖNKE A, SCHRÖDER H, Strafgesetzbuch. Kommentar. 27. Aufl. C. H. Beck: München
- STRENG F (2002) Strafrechtliche Sanktionen. Die Strafzumessung und ihre Grundlagen. 2. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer
- UHLENBRUCK W, ULSENHEIMER K (2002) Die Kastration. In: LAUFS A, UHLENBRUCK W (Hg.) Handbuch des Arztrechts. 3. Aufl. München: C. H. Beck

|||||

Anschrift des Verfassers

Landgericht Göttingen
Berliner Straße 4
37073 Göttingen

|||||