

Tod auf dem Bahnübergang oder Wie eine geltend gemachte Amnesie forensisch begutachtet wird

*Harald Merckelbach¹, Marko Jelicic¹,
Tom Smeets¹ & Thomas Merten²*

Dieser Beitrag handelt von Amnesien, die im Zusammenhang mit einer Straftat geltend gemacht werden, von einem Phänomen also, das bei einer beachtlichen Zahl von Tätern zu beobachten ist (Pyszora, Barker & Kopelman, 2003; Cima, Nijman, Merckelbach, Kremer & Hollnack, 2004). Der springende Punkt dabei ist, dass der Täter angibt, er leide an Gedächtnisverlust (Amnesie) für das von ihm begangene Verbrechen. Aus juristischer Sicht wirft die geltend gemachte Amnesie für eine Straftat eine Reihe wichtiger Fragen auf. So ist die Staatsanwaltschaft oder der Untersuchungsrichter oft unmittelbar mit der Frage konfrontiert, ob der Täter an einer ernsten psychischen Störung leidet. Dies ist ganz offenkundig eine Frage, deren Beantwortung eine Expertenmeinung erfordert. Wenn der Beschuldigte nach Ansicht des Experten tatsächlich an einer psychischen Störung leidet – dies kann eine Schizophrenie sein, eine Schlafstörung, eine Epilepsie, eine kurze dissoziative Reaktion oder eine beliebige andere Störung –, so stellt sich die Frage, ob dies die Verhandlungsfähigkeit des Täters und vor allen Dingen seine Schuldfähigkeit einschränkt.

Über die juristischen Implikationen tatbezogener Amnesien ist eine Menge geschrieben worden (siehe z. B. Bradford & Smith, 1979; Hermann, 1986; Arboleda-Florez, 2002). In vielen dieser Texte wird die Amnesie als Faktum stillschweigend akzeptiert (als Ausnahme siehe aber Tysse, 2005). Im Folgenden soll das Phänomen aus einem radikal anderen Blickwinkel betrachtet werden. Der Grundgedanke, der sich wie ein Leitmotiv durch den vorliegenden Artikel ziehen soll, lautet, dass tatbezogene Amnesien häufig nichts anderes als eine Form der Simulation darstellen. Insbesondere sollen vier Punkte hervorgehoben werden: Da erstens forensische Sachverständige ihre Beurteilung im Wesentlichen auf einer freien und unstrukturierten Exploration gründen, ist es für sie häufig schwierig zu bestimmen, wann Täter ihre geschilderten Gedächtnisstörungen vortäuschen. Zweitens kann eine vorgetäuschte Amnesie mit spezifischen psychodiagnostischen Verfahren aufgedeckt werden. Drittens handelt es sich bei diesen Verfahren ihrem Wesen nach um fachspezifische Techniken, die bestimmten Beschränkungen unterliegen. Damit sind sie fast ausschließlich ein Arbeitsgebiet von Psychologen. Viertens sollte deshalb eine Beurteilung von durch Täter geltend gemachten tatbezogenen Amnesien vorzugsweise durch Psychologen erfolgen, doch ist diese Empfehlung schwer mit

¹ Fakultät für Psychologie der Universität Maastricht, Niederlande

² Vivantes Netzwerk für Gesundheit, Klinikum im Friedrichshain, Klinik für Neurologie, Berlin

der Ansicht des Bundesgerichtshofs über die Hinzuziehung von psychologischen und psychiatrischen Sachverständigen zu vereinbaren. Zur näheren Erläuterung dieser Positionen soll ein typischer Fall von tatbezogener Amnesie diskutiert werden.

Tod auf dem Bahnübergang³

Es war ein heißer Sommernachmittag, als Müller und seine Frau beschlossen, neue Badekleidung zu kaufen. So fuhren sie ins Zentrum einer Kleinstadt und fanden in einem Geschäft dort tatsächlich das Richtige. Dann machten sie sich auf den Heimweg. Dabei hatten sie einen Bahnübergang zu überqueren, der mit einer automatischen Warnanlage und Halbschranken ausgestattet war. Einige Minuten, bevor er seinen Ford-Kombi über den Bahnübergang fuhr, hielt Müller auf einer parallel verlaufenden Straße an. Später von der Polizei vernommen, gab er an, er habe angehalten, weil er ein Blackout hatte. Nach diesem kurzen Zwischenstopp ließ Müller das Fahrzeug wieder an und fuhr auf den Bahnübergang, obwohl die Halbschranken geschlossen waren und seit mindestens zehn Sekunden das Warnlicht blinkte sowie ein akustisches Warnsignal ertönte. Auf dem Bahnübergang kam das Auto zum Halten. Wenige Sekunden später verließ Müller das Fahrzeug und lief hinter die Schranke. Kurz darauf donnerte ein von Amsterdam kommender Intercity in das Auto, in dem sich Müllers Ehefrau noch befand. Sie wurde unmittelbar beim Zusammenstoß getötet.

Als Müller noch am gleichen Abend von der Polizei vernommen wurde, gab er an, er habe keinerlei Erinnerungen an das Geschehene. Er berichtete der Polizei von einer großen Erinnerungslücke, die in dem Moment begann, als er in jener Parallelstraße anhielt, und die sich bis zu dem Zeitpunkt erstreckte, als er sich plötzlich in seinem Wagen auf dem Bahnübergang bei blinkenden Lichtern und ertönendem Warnsignal wiederfand. Als er auf einmal diese Warn Glocken hörte, sei ihm plötzlich klar geworden, dass er sich auf einem Bahnübergang befinden müsse. Er habe seiner Frau noch zugerufen: „Raus hier, raus!“, und dann sei er in Panik so schnell wie möglich aus dem Auto herausgesprungen. „Ich wusste nicht, was mit mir los war“, berichtete er. „So etwas ist mir noch nie passiert; ich hatte ein Blackout.“ Müller erzählte der Polizei auch, dass er in letzter Zeit unter ziemlichem Stress gestanden habe, da es ihm mehrere Monate lang nicht gelungen war, eines seiner beiden Häuser zu verkaufen. Er habe an Schlafstörungen gelitten. Wie schon oft zuvor habe er deshalb zur Nacht vor dem Unfall zwei Tabletten *Temazepam* (10 mg) genommen. Der Hausarzt bestätigte, dass er dieses Medikament verschrieben hatte.

Zur Beurteilung der Angaben Müllers zu seinem Blackout und dem Gedächtnisverlust benannte das Gericht einen Neurologen, eine Psychiaterin und eine

³ Dies ist die kurze Beschreibung eines tatsächlichen Falles. Die personenbezogenen Daten, einschließlich des Täternamens, wurden verändert. Weitere Details des Falls sind unter der Kennnummer LJN AR8324 im digitalen Archiv niederländischer Gerichtsentscheidungen verfügbar.

Psychologin als Sachverständige. Müller war durch die Staatsanwaltschaft des Mordes angeklagt worden, so dass die Einschätzungen der Sachverständigen von entscheidender Bedeutung für den Ausgang des Verfahrens waren. Der Vorwurf der Staatsanwaltschaft lautete dahingehend, dass Müller durch das Arrangement eines tödlichen Unfalls seiner Frau an eine Versicherungssumme herankommen wollte. Die Staatsanwaltschaft wies darauf hin, dass Müller große finanzielle Probleme habe und dass er sich angesichts der chronischen Krankheit seiner Frau, die an einer Schizophrenie litt, ziemlich unzufrieden gefühlt habe.

Die Sachverständigen

Müller wurde ausführlich neurologisch untersucht, wobei unter anderem auch ein Elektroenzephalogramm (EEG) geschrieben wurde. Der Neurologe kam zu dem Schluss, dass Müller nicht an einer neurologischen Erkrankung litt, die dem Blackout bzw. Gedächtnisverlust hätte zugrunde liegen können. Es gab keine Hinweise auf das Vorliegen einer Epilepsie oder kardiovaskulärer Dysfunktionen. Der Neurologe schrieb in seinem Gutachten an das Gericht: „Das durch Müller geschilderte Blackout und der Gedächtnisverlust lassen sich im Sinne einer organischen Krankheit nicht erklären.“

Die Psychologin befragte Müller und führte ein paar Tests durch. Darunter befand sich eine Wortlernaufgabe, die zur Beurteilung seiner Gedächtnisleistungen vorgelegt wurde. Während der Exploration erzählte Müller der Psychologin, er erlebe regelmäßig seit einigen Jahren kurzzeitige Blackouts. Er berichtete auch von seinen Schlafstörungen und den *Temazepam*-Tabletten, die er einnahm. Beim Wortlistenlernen wies Müller ein ungewöhnliches Antwortprofil auf, was die Psychologin erkannte. Das normale Leistungsprofil bei der Aufgabe, das selbst bei Patienten nach geschlossenen Schädel-Hirn-Verletzungen auftritt, sieht so aus, dass mehr Wörter vom Listenanfang (so genannter Primacy-Effekt) und vom Listenende (Recency-Effekt) erinnert werden (z. B. Suhr, 2002). Müller zeigte jedoch weder einen Primacy- noch einen Recency-Effekt. Außerdem konfabulierte er Wörter, das heißt, er nannte welche, die gar nicht in der Wortliste enthalten waren, ein Phänomen, das gewöhnlich bei Patienten beobachtet wird, die an schweren neuropsychiatrischen Erkrankungen leiden, wie etwa Frontalhirnläsionen oder Schizophrenie (z. B. Kopelman, 1999). In ihrem Gerichtsgutachten gelangte die Psychologin zu dem Schluss, dass das Gesamtmuster zwar auf eine Simulationstendenz hinweisen könnte, dass es aber ebenso einen Aufmerksamkeitsmangel infolge von Stress widerspiegeln könnte. In ihrem Gutachten betonte die Psychologin, dass das Verhalten und die Testleistungen Müllers konsistent mit der Annahme seien, er leide unter chronischem Stress. Des Weiteren legte sie dar, Studien könnten belegen, dass chronischer Stress, der zur Ausschüttung des Stresshormons Kortisol führt, Gedächtnisprozesse störe. Ihr abschließendes Urteil lautete folgendermaßen: „All dies zusammengenommen – Stress, Schlafstörungen, häufige *Temazepam*-Einnahme – ist geeignet, plötzlich auf-

treten. Episoden von Benommenheit und Schläfrigkeit zu befördern, also das, was Müller als Blackout erlebte.“

Müller wurde auch durch die Psychiaterin befragt. Dabei gab er an, nach dem Unfall ebenfalls regelmäßig Blackout-Episoden erlebt zu haben. Die Psychiaterin legte Müller auch das *Structured Inventory of Malingered Symptomatology* vor (SIMS; Smith & Burger, 1997)⁴. Das SIMS ist eine Selbstbeurteilungsskala zum Screening simulierter psychiatrischer und neurologischer Symptome. Es besteht aus 75 dichotom zu beantwortenden Items (ja – nein), die ungewöhnliche, atypische oder nicht-existierende Beschwerden beschreiben, wie zum Beispiel: „Ich habe bemerkt, dass sich mein Schatten wild hin und her bewegt, auch wenn ich still stehen bleibe“ oder „Wenn ich Stimmen höre, fühlt es sich an, als würden meine Zähne aus dem Körper heraustreten“. Mit Hilfe psychometrischer Analysen konnte gezeigt werden, dass Personen, die mehr als 17 solcher bizarrer Beschwerden bejahen, eine ausgeprägte Tendenz zur Beschwerdensimulation aufweisen. Müller bejahte 33 bizarre Beschwerden. Folgerichtig schlussfolgerte die Psychiaterin in ihrem Gutachten, dass es Hinweise auf eine Aggravation der fehlenden Erinnerung an den Unfall gab. Sie schrieb jedoch auch: „Müller reagiert auf Stress mit schweren Schlafstörungen. Er verfügt über keine sehr guten Stressbewältigungsstrategien, was ihn zur Einnahme von Schlaftabletten führte. Dies kann plötzlich auftretende Episoden von Schläfrigkeit und Benommenheit fördern.“

Das Gericht

Während der Verhandlung wurden Müller wie auch die Sachverständigen von den Richtern befragt. Unter Bezugnahme auf die Gerichtsgutachten der Psychologin und der Psychiaterin gelangten die Richter zu dem Schluss, dass Müller möglicherweise eine Episode von Schläfrigkeit erlitt, als er sein Auto zum Bahnübergang fuhr. Demzufolge wurde Müller nicht wegen Mordes verurteilt, weil der Tatbestand des Mordes bekanntermaßen den willentlichen Akt unterstellt, jemanden seines Lebens zu berauben. Die Richter waren dennoch der Meinung, dass Müller unverantwortlich handelte, als er im Wissen um die *Temazepam*-Einnahme in der Nacht zuvor und im Wissen um früher aufgetretene Blackouts sein Fahrzeug führte. Demzufolge wurde Müller der fahrlässigen Tötung für schuldig gesprochen. Er wurde zu 102 Tagen Gefängnis verurteilt, was der Zeit entsprach, die er bereits in Untersuchungshaft und im Vorarrest verbracht hatte. So kam es also, dass Müller den Gerichtssaal als freier Mann verließ⁵.

⁴ Eine deutsche Übersetzung des SIMS wurde als SFSS (Strukturierter Fragebogen Simulierter Symptome) von Cima, Hollnack et al. (2003) veröffentlicht.

⁵ Wäre das Gericht zu der Überzeugung gelangt, dass es sich hier um einen Mordfall handelte, hätte Müller vielen Jahren Gefängnishaft entgegengesehen. Tatsächlich hatte die Staatsanwaltschaft in diesem Fall eine Freiheitsstrafe von 15 Jahren beantragt.

Die klinische Exploration

Der Fall Müller ist recht typisch dafür, wie forensische Gutachter in Fällen von tatbezogener Amnesie vorgehen: Sie sprechen ausgiebig mit dem Beschuldigten, während, wenn überhaupt, nur wenige Tests durchgeführt werden. Dieses Ungleichgewicht führt dazu, dass in Gerichtsgutachten häufig das überrepräsentiert ist, was der Beschuldigte die juristischen Entscheidungsträger glauben machen möchte. Dazu gehören solche Aussagen wie „Ich leide unter Stress, habe Blackouts und Schlafstörungen“. Demgegenüber sind Informationen über das tatsächliche Verhalten des Beschuldigten unterrepräsentiert. Dies betrifft im vorliegenden Falle die Tatsache, dass er sowohl beim Wortlistenlernen wie auch im SIMS wie ein Simulant abschneidet. Das Problem ist deswegen von Bedeutung, weil in Fällen tatbezogener Amnesien immer zwei Möglichkeiten in Betracht zu ziehen sind (Christianson & Merckelbach, 2004). Eine davon ist, dass der Beschuldigte an einem authentischen Gedächtnisverlust leidet, der neurologisch (z. B. Epilepsie, Schädel-Hirn-Verletzung, Medikation) oder psychiatrisch (z. B. posttraumatischer Stress, dissoziative Störung) ausreichend erklärt werden kann. Die andere Möglichkeit, die es zunächst auszuschließen gilt, liegt darin, dass der Beschuldigte einen Gedächtnisverlust vortäuscht, um seine strafrechtliche Verantwortlichkeit zu mindern oder den Eindruck eines unschuldigen Menschen zu erwecken. Die erste der beiden Möglichkeiten kann durch ein freies klinisches Interview untersucht werden, bei der der Gutachter möglichst viele Informationen über die medizinische Anamnese des Beschuldigten zu sammeln versucht. Es macht jedoch keinen Sinn, der zweiten Möglichkeit mit Hilfe einer freien klinischen Exploration nachzugehen. Simulation stellt schließlich eine Form des Lügens dar. Wir wissen mittlerweile aus zahlreichen Studien (vgl. die kurze Überblicksarbeit dazu: Rosen & Phillips, 2004), dass Experten, die sich allein auf die klinische Exploration stützen, in ihrer Unterscheidung zwischen aufrichtig antwortenden Menschen und solchen, die die Unwahrheit sagen, nicht besser als per Zufall abschneiden. Die menschliche Fähigkeit zur Identifikation von Lügen in der Kommunikation ist nicht gut ausgeprägt (siehe auch Vrij, 2000). Damit verbunden ist eine Tendenz, Menschen, die die Unwahrheit berichten und Beschwerden vortäuschen, als genuine Patienten zu behandeln. Die vollständige Untauglichkeit der klinischen Exploration zur Identifizierung von Simulanten wäre natürlich für die Argumentation hier irrelevant, wenn es Grund für die Annahme gäbe, tatbezogene Amnesien würden nur selten vorgetäuscht. Dies ist jedoch nicht der Fall und im Grunde trifft sogar das Gegenteil zu: Alle Evidenz deutet in die Richtung, dass im forensischen Kontext die Auftretenshäufigkeit (base rate) vorgetäuschter Amnesien beträchtlich ist (siehe auch Christianson & Merckelbach, 2004; Merckelbach & Christianson, im Druck). So weisen allgemeine Schätzungen zum Auftreten von Simulation und Aggravation im Begutachtungskontext Zahlen zwischen 19 Prozent (Mittenberg, Patton, Canary & Condit, 2002) und 50 Prozent (Rubenzer, 2004) aus. Unter Verwendung des SIMS fanden wir in einer Stichprobe deutscher Gutachtenprobanden mit geltend gemachter Amnesie, dass 53 Prozent in diesem Fragebogen Werte oberhalb des Cutoffs erreichten, womit klare Simulationsten-

denzen angezeigt wurden (Cima, Merckelbach, Hollnack & Knauer, 2003). Umgekehrt wird häufig ein kompletter Gedächtnisverlust präsentiert, wenn gesunde Personen befragt werden, wie sie Gedächtnisstörungen vortäuschen würden (Iverson, 1995). Wenn freiwillige Versuchsteilnehmer die Rolle eines Mörders spielen sollen und mit erdrückenden Beweisen während einer simulierten Polizeibefragung konfrontiert werden, liegt die häufigste gewählte Strategie darin, eine Amnesie für den Mord vorzuschieben (Spanos, Weekes & Bertrand, 1986).

Psychodiagnostische Verfahren

Angeichts der hohen Grundrate vorgetäuschter Amnesien wäre es wirklich naïv, wenn Psychiater und Psychologen die Begutachtung von Beschuldigten, die eine tatbezogene Amnesie geltend machen, auf eine freie klinische Exploration beschränkten. Genau dies ist aber im Fall Müller geschehen (siehe jedoch weiter unten), und es geschieht immer und immer wieder. Alternativ könnten Gutachter sich auf Tests, Methoden und Aufgaben stützen, die in der wissenschaftlichen Literatur eine solide psychometrische Datenbasis vorweisen können.

Als positiv ist zunächst festzustellen, dass solche Tests, Methoden und Aufgaben existieren (vgl. die Überblicksarbeiten von Hall & Poirier, 2001; Jelicic & Merckelbach, im Druck; Merten, 2002). Einige von ihnen zielen auf die Identifikation einer möglichen Neigung des Probanden ab, ein breites Spektrum aggravierter psychiatrischer Symptome anzubieten, Gedächtnisstörungen eingeschlossen. Der oben erwähnte SIMS (Cima, Hollnack, Kremer, Knauer, Schellbach-Matties, Klein & Merckelbach, 2003) ist ein Beispiel für einen solchen Test.

Andere Verfahren fokussieren auf die mögliche Vortäuschung einer speziellen Störung, im Rahmen derer die Amnesie ein konstituierendes Merkmal darstellt (z. B. die posttraumatische Belastungsstörung, PTBS). Der *Morel Emotional Numbing Test* (MENT; Morel, 1998) ist hierfür ein Beispiel. Der MENT ist ein Alternativwahlverfahren, bei dem der Proband Bilder von Gesichtern sieht, die basale Emotionen ausdrücken (z. B. ein lächelndes Gesicht). Er muss diesen Gesichtern nun sprachliche Codes zuordnen (z. B. „lächelnd“ vs. „ärgerlich“). Für Patienten mit einer unzweifelhaften PTBS oder sogar für Patienten mit einer leichten Demenz stellt der MENT eine einfache Aufgabe dar. Eine hohe Fehlerrate ist dementsprechend als Indikator für den Versuch zu werten, PTBS-Beschwerden (z. B. emotionale Stumpfheit oder Amnesie) vorzutäuschen.

Weitere Verfahren zielen speziell auf Versuche ab, ein generelles Defizit bei der Speicherung und dem Abruf von Information vorzutäuschen. Als einer der besten Tests dieser Kategorie ist der *Amsterdamer Kurzzeitgedächtnistest AKGT* (oder ASTM für *Amsterdam Short-Term Memory Test*; Schmand,

Lindeboom, Schagen, Heijt, Koene & Hamburger, 1998)⁶ zu nennen, der auf der Methode der Wortwiedererkennung beruht. Der AKGT besteht aus 30 Items, bei denen jeweils fünf semantisch verwandte Wörter dargeboten werden. Nach einer einfachen Distraktoraufgabe folgt eine Wiedererkennungsaufgabe, bei der sich unter fünf gezeigten Wörtern drei der zuvor dargebotenen befinden. Diese drei Zielwörter sollen durch den Probanden wiedererkannt werden. Es kann also ein Höchstwert von 90 Punkten (30-mal drei Zielwörter) erreicht werden. Studien konnten zeigen, dass selbst unter Patienten nach mittelschweren Hirnschädigungen Werte unter 85 nur selten auftreten. Wenn ein Proband einen Wert unterhalb dieses Cutoffs erzielt, weist dies auf eine gezielte Vermeidung der richtigen Wörter hin.

Während der AKGT sich auf die Gedächtnisleistungen generell bezieht, bietet die Methode der speziellen Beschwerdvalidierungstestung BVT (symptom validity testing = SVT; Bianchini, Mathias & Greve, 2001; Jelicic, Merckelbach & van Bergen, 2004a; 2004b; Merckelbach, Hauer & Rassin, 2002) einen Zugang zu einer besonderen Art des autobiografischen Gedächtnisses, nämlich zum Gedächtnis für eine begangene Tat. Kurz gesagt, handelt es sich bei einer solchen BVT um eine Alternativwahlprozedur, bei der dem Täter eine Reihe von Fragen über die Tat und/oder den Tatort gestellt wird. Bei jeder Frage muss der Beschuldigte zwischen zwei gleichermaßen plausiblen Antworten wählen (von denen eine richtig und die andere falsch ist). Eine authentische Amnesie für die Tat sollte in einem solchen BVT zu einer Leistung im Zufallsbereich führen (d. h., 50 % der Antworten sollten richtig sein). Leistungen unterhalb des Zufallsniveaus, wenn also die falschen Antworten signifikant häufiger als die richtigen ausgewählt werden, deuten darauf hin, dass die richtigen Antworten willentlich vermieden werden und folglich die Erinnerung an die Tat intakt ist. Ein anschauliches Beispiel für die Anwendung von BVT liefert Denney (1996) mit der Beschreibung von drei realen Fällen. In einem dieser Fälle gab ein Bankräuber an, er könne nichts in Bezug auf den Raub erinnern, da er wegen einer neurologischen Erkrankung an Gedächtnisschwund leide. Mit Hilfe der in den Polizeiberichten mitgeteilten Informationen war Denney in der Lage, 29 Fragen zu formulieren, für die jeweils die richtige Antwort und eine hinreichend plausible Alternative zur Auswahl standen. Unter den Fragen waren beispielsweise: „Was für einen Hut trug der Bankräuber? A. Filzhut oder B. Strohhut“ oder „Worin sollte das Geld weggetragen werden? A. Geldbeutel oder B. Papiertüte“. Der Straftäter beantwortete nur 7 der 29 Fragen korrekt ($z = -2,6$; bei einseitiger Fragestellung $p < 0,005$). Auf der Grundlage seiner Leistung in der BVT sowie der Inkonsistenz zwischen den geltend gemachten Gedächtnisstörungen und den neurologischen Befunden gelangte Denney zu dem Schluss, dass der Täter seine tatbezogene Amnesie vorgetäuscht hatte.

⁶ Auch von diesem Test ist eine deutschsprachige Adaptation verfügbar (Schmand & Lindeboom, 2005), die in mehreren unabhängigen Studien validiert wurde.

Es gibt noch weitaus mehr Simulationstests als SIMS, MENT, AKGT und BVT; eine neuere Überblicksarbeit findet sich bei Berry, Baer, Rinaldo und Wetter (im Druck). Die hier gelieferten kurzen Beschreibungen sollen lediglich als Beispiele dienen, um nachdrücklich das Folgende zu verdeutlichen: Simulationstests unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Erfassungsmethodik (Selbstbeurteilung vs. Leistungstest), des verwendeten Testmaterials (Bilder vs. verbale Items) und ihres Inhalts (Beschwerden vs. freie Wiedergabe oder Wiedererkennung des Testmaterials). Die verschiedenen Tests kopieren sich also nicht einfach untereinander. Wenn ein Gutachter demnach eine Anzahl von Simulationstests in die Untersuchung eines Beschuldigten, der eine tatbezogene Amnesie geltend macht, einbezieht und dann bei diesem Probanden auffällige Werte in mehreren dieser Tests findet, muss dies als wichtiges Indiz dafür gelten, dass der Proband seine Gedächtnisstörungen vortäuscht (vgl. auch Rosenfeld, Sands & van Gorp, 2000).

Wie war dies im Fall Müller? Hatten hier die Gutachter nicht Tests durchgeführt, die sensitiv für die Erkennung von Simulationstendenzen sind? Ja, aber einer der Tests wurde von der Psychologin, der andere von der Psychiaterin verwendet. In beiden Tests schnitt Müller hochgradig auffällig ab, doch liegt die Vermutung nahe, dass die Gutachterinnen die Bedeutung dessen verkannnten, weil sie sich vor dem Hintergrund einer ausgedehnten klinischen Exploration nur auf jeweils einen einzelnen Test stützten.

Wer sollte die Testuntersuchung (und die Exploration) vornehmen?

Tests wie SIMS, MENT, AKGT und die individuell konstruierten Alternativverfahren (BVT) sind keine perfekten Instrumente. Wie bei jeder anderen diagnostischen Methode treten Falsch-Positive und Falsch-Negative auf⁷. Mit speziellen Studien ist jedoch die Güte der diagnostischen Entscheidungen, die mit Hilfe dieser Tests getroffen werden, untersucht worden; ihre Fehlerquote kann also geschätzt und berücksichtigt werden. Fundierte Kenntnisse über solche technischen Sachverhalte sind eine wichtige Grundvoraussetzung für die Anwendung psychologischer Tests im Allgemeinen und von Simulationstests im Besonderen. Von Bedeutung sind nicht nur die psychometrischen Charakteristika der einzelnen Instrumente, sondern auch allgemeine Prinzipien wie etwa: die Beziehung zwischen den Test-Retest-Reliabilitäts-Koeffizienten und den Konfidenzintervallen (z. B. Wedding & Faust, 1989) oder der Einfluss von Grundraten (base rates) auf die Vorhersagegenauigkeit (predictive accuracy) (z. B. Rosenfeld et al., 2000). Der Psychologiestudent, nicht aber der Medizinstudent muss in seiner Ausbildung all die Statistik- und Psychometrie-kurse belegen. Folglich sollte es der Psychologe – und nur der Psychologe – sein, der in Fällen tatbezogener Amnesien die Testuntersuchung durchführt. Wie bereits ausgeführt, hat in solchen Fällen der Ausschluss einer Simulation

⁷ An dieser Stelle erscheint der Hinweis angebracht, dass es zahlreiche Beispiele von psychologischen Tests gibt, deren Fehlerquote bestens mit der von medizinischen Standardtests mithalten kann (siehe für eine Analyse dazu: Meyer et al., 2001).

höchste Priorität. Dazu können und sollten psychometrische Verfahren, die der Psychologe beherrscht, herangezogen werden, nicht aber die freie klinische Exploration des Psychiaters.

Psychiater unterschätzen gelegentlich die Komplexität der psychodiagnostischen Methoden und setzen selbst Tests ein. Dies ist auch im Fall Müller geschehen. Die Psychiaterin legte Müller den SIMS zur Beantwortung vor. Dies ist zunächst überhaupt keine schlechte Entscheidung gewesen. In ihrem Gerichtsgutachten behandelte die Psychiaterin die psychometrischen Eigenschaften des SIMS, doch dabei verwechselte sie Sensitivität und positive Vorhersagekraft (PPP = positive predictive power)⁸. Dies hätte ihr Gutachten natürlich von Seiten der Verteidigung anfechtbar machen können⁹.

Ist eine klinische Exploration wertlos, wenn Gutachter eine geltend gemachte tatbezogene Amnesie auf ihre Authentizität hin untersuchen müssen? Sicher nicht. Damit sie zur Beantwortung der Fragestellung beitragen kann, sollte die Exploration jedoch so strukturiert sein, dass sie wichtige Indizien sammelt, die für oder gegen die Plausibilität einer behaupteten Amnesie sprechen (Jelicic & Merckelbach, im Druck). In Fällen authentischer Amnesie gibt es beispielsweise Erinnerunginseln und die Grenzziehung zwischen dem noch Erinnerten und dem Vergessenen ist keineswegs scharf (Power, 1977). Menschen, die an einer wirklichen Amnesie leiden, haben häufig auch das Gefühl, dass wenigstens einige ihrer Erinnerungen zurückkommen könnten, wenn man ihnen nur den richtigen Tipp und das richtige Stichwort dazu geben würde. Dieses Phänomen ist als „Gefühl, es zu wissen“ (feeling of knowing) bekannt (Schacter, 1986). Außerdem kommt gewöhnlich in wirklichen Amnesiefällen ein Teil des Gedächtnisses tatsächlich zurück. Die amnesierte Zeitspanne schrumpft allmählich, ein Phänomen, das in Beziehung zum Ribot'schen Gesetz steht, benannt nach jenem Psychologen aus dem 19. Jahrhundert, der diese Entwicklung zuerst beschrieb (Haber & Haber, 1998). Die gutachterliche Exploration eines Täters, der eine Amnesie geltend macht, sollte sich also systematisch auf den Grenzbereich zwischen Erinnern und Vergessen konzentrieren, auf das „Gefühl, es zu wissen“, und auf das Muster, dem die Rückbildung der Amnesie folgt. Damit profitiert der Untersucher von dem Wissen, das sich primär in psychologischen Zeitschriften und Lehrbüchern zusammengetragen findet. Wiederum können wir erkennen, dass es vernünftig ist, wenn Gerichte in Fällen tatbezogener Amnesien einen Psychologen zu dieser Aufgabe heranzie-

⁸ Die Sensitivität eines Verfahrens ist definiert als der prozentuale Anteil von Untersuchten, die eine bestimmte Bedingung aufweisen (i. d. R. eine Krankheit; hier: Simulation) und korrekt durch das Verfahren (hier: das SIMS) identifiziert werden. Die positive Vorhersagekraft (PPP) eines Verfahrens ist die Wahrscheinlichkeit, mit der ein Individuum bei Vorliegen eines positiven Testwertes die Bedingung tatsächlich aufweist, d. h. in diesem Fall: Wie wahrscheinlich es ist, dass eine Person, die im SIMS auffällig abschneidet, tatsächlich simuliert. Damit hängt die PPP von der Prävalenz oder Grundrate (base rate) der Bedingung in der entsprechenden Population ab.

⁹ Im vorliegenden Fall erhob die Verteidigung jedoch gar keinen Einspruch an diesem Punkt.

hen, und zwar vorzugsweise einen Psychologen mit Expertenwissen auf dem Gebiet des Gedächtnisses. An dieser Stelle mag sich der Leser vielleicht fragen, warum wir das technische Know-how von Psychologen und seine Bedeutung für die Begutachtungspraxis so sehr betonen. Der Grund dafür liegt in der Tatsache, dass einige deutsche Autoren die außerordentliche Wichtigkeit des klinischen Hintergrundes und der klinischen Expertise für die Eignung als sachverständiger Gutachter hervorgehoben haben. So schreibt beispielsweise Kröber (2005): „Sorgen macht gegenwärtig nicht die Fachdisziplin, sondern die konkrete Berufserfahrung im Einzelfall. Vermehrt scheinen Psychologen direkt im Anschluss an das Studium in eine relativ schmal angelegte Begutachtungstätigkeit (z. B. für TÜV, Dekra, Begutachtungspraxen) hineinzukommen, ohne eine klinisch-psychologische Erfahrung zu haben. Das Zertifikat Rechtspsychologie enthält wesentlich geringere Anforderungen als das Zertifikat forensische Psychiatrie“ (S. 216). Die letzte Feststellung mag natürlich durchaus zutreffen, aber wo ist der Beweis dafür zu finden, dass klinische Erfahrung für das Gebiet der forensischen Begutachtung tatsächlich von Bedeutung ist, weil sie die Diagnosegenauigkeit schärfen würde? Ein solcher Nachweis ist nicht erbracht worden (Faust, 1996). Wir glauben vielmehr, dass von einigen Autoren die Bedeutung einer wissenschaftlichen Ausbildung unterschätzt und die Wichtigkeit klinischer Erfahrung überschätzt wird¹⁰.

Doch zurück zu Müller. Die Befragungen Müllers waren nicht spezifisch auf die oben dargestellten kritischen Themen ausgerichtet. Sie waren individualisiert und wurden von verschiedenen Experten durchgeführt (Richter, Polizeibeamte, eine Psychiaterin und eine Psychologin). Wenn man sich jedoch mit einem gewissen Abstand die Aufzeichnungen zu all diesen Befragungen noch einmal genau durchliest, so findet man – verteilt über das Ganze – deutliche Hinweise darauf, dass Müller seine Amnesie vortäuschte. Als er beispielsweise durch das Gericht befragt wurde, gab er an, dass seine Erinnerungslücke messerscharf begrenzt sei: Sie beginne in dem Moment, als er das Auto in der Parallelstraße anhielt, und ende, als er auf dem Bahnübergang in Panik sein Fahrzeug verließ. Müller äußerte weiterhin gegenüber der Psychiaterin, dass irgendetwas geartete Hinweise ihm bei der Rückkehr des Gedächtnisses nicht helfen würden. Er gab sogar zu, dass er an solchen Erinnerungshilfen gar nicht interessiert war. Müller war also bezüglich seines Gedächtnisverlusts sehr kompromisslos und zeigte damit eine Einstellung, die man bei Patienten mit tatsächlicher Amnesie nicht findet (Jelicic & Merckelbach, im Druck). Schließlich schien sich Müllers Amnesie im Verlauf der verschiedenen Befragungen auszuweiten, statt zu schrumpfen. Das heißt, während der ersten Polizeibefragung gab er an, dass er das akustische Warnsignal gehört habe, er äußerte, er habe versucht, den Rückwärtsgang seines Autos einzulegen, und er habe „Raus hier, raus!“ gerufen. Monate später, als er durch die Psychiaterin befragt wurde, behauptete Müller, er könne sich nicht daran erinnern, den

¹⁰ An dieser Stelle kann an eine berühmte Sentenz erinnert werden: „Einige Doktoren machen zwanzig Jahre lang die gleichen Fehler und nennen dies klinische Erfahrung“ (Walker, 1996, S. 27).

Warnton gehört zu haben, Versuche unternommen zu haben, das Fahrzeug in den Rückwärtsgang zu bekommen, oder „Raus hier, raus!“ gerufen zu haben. Diese zeitliche Entwicklung des Gedächtnisverlustes weicht von dem gut untermauerten Ribot'schen Gesetz ab und ist deshalb in hohem Maße atypisch und verdächtig.

Automatismen

Müller gab an, er habe ein „Blackout“ gehabt, aber hierbei handelt es sich bekanntlich nicht um einen klar definierten medizinischen oder psychologischen Begriff¹¹. Der rechtsmedizinische Begriff, der dem am nächsten kommt, lautet „Automatismen“. Nach Ansicht vieler Experten, wie etwa McSherry (2004), wird unter Automatismen ein der Willenssteuerung entzogenes Verhalten verstanden, das einem Zustand gestörten Bewusstseins entstammt (“involuntary conduct resulting from some form of impaired consciousness”, S. 449). Obwohl die Versuchung groß ist, Automatismen und Amnesie als engste Verwandte zu betrachten, ist eine solche Vorstellung doch ganz und gar falsch. Viele Autoren (Arboleda-Florez, 2002; Kalant, 1996; Yeo, 2002) haben dargestellt, dass das Auftreten von Automatismen während eines Zeitraums X zwar später zu einer Amnesie für die Zeit X führt, doch das Umgekehrte nicht der Fall ist: Aus der Tatsache, dass jemand eine Amnesie für die Ereignisse während eines Zeitraums X behauptet, kann nicht der Schluss gezogen werden, dass das Verhalten während dieser Zeit automatisiert gewesen sein muss. Ein Mensch kann zum Beispiel bei vollem Bewusstsein in einem Zeitraum X Handlungen ausgeführt haben; aufgrund einer kurz danach infolge einer Schlägerei oder eines Autounfalls erlittenen Hirnschädigung kann er dennoch eine Amnesie für die Zeit X entwickeln (für ein Beispiel: siehe Arboleda-Florez, 2002). In diesem Falle impliziert die Amnesie keineswegs, dass das zur Zeit X aufgetretene Verhalten automatisiert gewesen ist. Genauso gut könnte ein Täter eine Amnesie für den Zeitraum X vortäuschen. Es ergibt sich ganz von selbst, dass auch jetzt die behauptete Amnesie in keiner Weise für ein automatisiertes Verhalten während der Zeit X spricht. Im Fall Müller hat keiner der Sachverständigen das Gericht darüber aufgeklärt, dass automatisiertes Verhalten und Amnesie keine wechselseitig austauschbaren Begrifflichkeiten darstellen.

Wenn von Verhalten im Sinne von Automatismen gesprochen wird, bezieht sich dies auf Handlungen, die ohne eine bewusste Steuerung vor sich gehen, und in diesem Sinne läuft Autofahren sehr oft in Form von Automatismen ab.

¹¹ Soweit wir recherchieren konnten, ist der Begriff „Blackout“ erstmals ca. 1913 nachweisbar, und zwar in der Theatersprache, wenn auf der Bühne zur Trennung einzelner Szenen alle Lichter erloschen. 1934 wurde der Begriff bereits im Sinne eines „Gedächtnisverlustes“ benutzt, ein Jahr später im militärischen Sinne als „Verdunkelung“ (Online Etymology Dictionary, 2001). In diesem Sinne wurde er im Zweiten Weltkrieg geläufig, als die britische Regierung die gesamte Straßenbeleuchtung abschaltete und alle Haushalte angewiesen waren, jeglichen Lichtschein durch Fenster zu unterbinden, um Piloten der Luftwaffe das Auffinden ihrer Ziele zu erschweren (De Courcy, 1989).

Damit stellt sich die Frage, wie die Mehrheit der Autofahrer auf Blinklicht- und Warntonanlagen an einem Bahnübergang reagiert. Nun gibt es erfreulicherweise Daten, die dieser Frage nachgehen. So wurde beispielsweise in einer Studie von Tenkink und van der Horst (1990) analysiert, wie 660 Autofahrer auf ein rotes Blinklicht reagierten. Die Autoren fanden, dass die große Mehrheit der Fahrer unmittelbar und sofort auf das rote Licht reagierten, und kein einziger Autofahrer wurde beobachtet, der noch später als sechs Sekunden nach Einsetzen des roten Warnlichts über den Bahnübergang gefahren wäre. Diese äußerst gute Compliance lässt den Schluss zu, dass eine Warnanlage an einem Bahnübergang, die rotes Licht und Warnton vereint, einen starken Signalcharakter hat. Man muss demzufolge annehmen, dass derart starke Warnsignale eine Episode automatisierten Verhaltens zu beenden in der Lage sind. Müllers behauptete Amnesie belegt zwar keineswegs, dass er sein Fahrzeug in einem Zustand automatisierten Verhaltens führte, aber selbst wenn wir – aus Gründen der logischen Argumentation – annehmen, dass dies so gewesen sei, so hätten die Automatismen (und im Übrigen auch die Amnesie) in dem Moment aufhören müssen, als das rote Blinklicht und der Warnton einsetzten, oder ganz kurz darauf. Als Müller die Halbschranken passierte, waren beide Warnsignale jedoch schon für mindestens zehn Sekunden in Betrieb. Nun könnte man noch darüber spekulieren, dass gerade dies zeigt, dass sich Müller in einem besonders tiefen Zustand von Automatismen befunden habe, als er sein Auto auf den Bahnübergang steuerte.

Temazepam, Schlafstörungen und Stress

Genau das hat der Verteidiger dargelegt und sich in diesem Zusammenhang nicht nur auf die Einnahme des *Temazepam* bezogen, sondern auch auf Müllers Schlaflosigkeit und Stress. In gewisser Weise wurde diese Verteidigungsstrategie von den Gerichtsgutachten der Psychiaterin und der Psychologin gestützt. Ist es jedoch überhaupt möglich, dass eine Dosis von 20 mg *Temazepam* 16 Stunden später Automatismen und eine Amnesie verursacht? Die Psychiaterin und die Psychologin hätten darüber nachlesen können, haben es aber nicht getan. Hätten sie nachgelesen, so wären sie darauf gestoßen, dass die Restwirkung von 20 mg *Temazepam* auf die Fahrtüchtigkeit 16 Stunden nach Einnahme minimal ist. Man reagiert vielleicht ein wenig langsamer, aber das Medikament beeinträchtigt nicht die Fähigkeit, die Bedeutung eines Signals wie Warnlicht und Warnton zu erkennen. Es gibt auch nicht die geringste Evidenz dafür, dass die genannte Dosis 16 Stunden später eine komplette Amnesie auslösen könnte (Vermeeren, 2004).

Wie sieht es mit emotionalem Stress aus? Kann schwerer Stress durch exzessive Kortisolfreisetzung Automatismen und Amnesie erzeugen? Das wird jedenfalls im Gutachten der Psychologin behauptet. Ihre Annahmen sind jedoch spekulativ und irreführend, weil Stress, wenn er etwas bewirkt, Menschen hyperalert macht, also genau das Gegenteil eines Zustandes herbeiführt, der durch Somnolenzautomatismen gekennzeichnet wäre. Die ganze Idee, dass Stress infolge eines Kortisolüberschusses eine Amnesie erzeuge, kann als psy-

chiatrischer Mythos, nicht aber als gute Wissenschaft durchgehen (z. B. Jelicic & Merckelbach, 2004). Ein sachkundiger Experte schrieb über die Beziehung zwischen Stress und Gedächtnis: "Stress does not impair memory; it strengthens it" (McNally, 2003, S. 62).

Wie sieht es mit Müllers Schlafstörungen aus? Könnte es sein, dass Müller aufgrund von Schlaflosigkeit so müde war, dass sein Gehirn genau vor dem fatalen Unfallereignis in den Zustand eines Sekundenschlafs umschaltete? Wir wissen nicht sicher, ob Müller tatsächlich an Schlaflosigkeit litt. Wir wissen hingegen, dass es sich um einen 62-jährigen Mann handelte, und wir können in der Literatur auf ein empirisches Wissen zurückgreifen, wie Menschen dieses Alters auf Schlafentzug reagieren. Die Quintessenz ist, dass ältere Menschen erheblich weniger sensibel auf Schlafentzug reagieren als jüngere (Smulders, Kenemans, Jonkman & Kok, 1997). Selbst wenn wir annehmen, dass Müller tatsächlich an ernsthaften Schlafstörungen litt, erscheint es nicht plausibel, dass diese einen tiefen Zustand automatisierten Verhaltens mit folgender Amnesie hervorgerufen hätten.

Die Frage nach den Auswirkungen von Drogenkonsum, Stress oder Schlaflosigkeit auf das Gedächtnis taucht häufig in Fällen tatbezogener Amnesien auf. Wir verfügen heute über eine umfangreiche Wissensbasis dazu, auf die Gutachter zurückgreifen sollten, um das Gericht sachverständig aufzuklären. Die Psychiaterin und die Psychologin, die im Fall Müller als Gutachter herangezogen wurden, waren offensichtlich nicht mit den relevanten Forschungsergebnissen vertraut. Wenn sie sich damit befasst hätten, wären sie in der Lage gewesen, das Gericht über die Plausibilität eines Szenarios aufzuklären, in dem sich ein älterer Mensch gestresst fühlt, zur Behandlung seiner Schlafstörungen *Temazepam* einnimmt und 16 Stunden später in einen Zustand auftretender Automatismen fällt, der so tief ist, dass dieser Mensch nicht mehr auf eine Blinklichtanzeige und ein akustisches Warnsignal reagieren kann. Doch wie gesagt, die Gutachter haben Müllers Fall nicht aus dieser Perspektive betrachtet. Nach Ansicht der Autoren stellt dies eine Unterlassung dar, die einmal mehr illustriert, wie wichtig es ist, dass Gutachter über eine sorgfältige wissenschaftliche Ausbildung verfügen.

Blackout

Die Richter interessierten sich sehr für Müllers Blackout-Episoden, gerade weil er zuerst gegenüber der Polizei angegeben hatte, dass er nie zuvor ein Blackout erlebt hatte, später jedoch den Gutachtern erzählte, er habe solche Episoden mit Regelmäßigkeit. Den Gutachtern erklärte er auch, dass er nach dem fatalen Unfall wieder Auto gefahren sei und seitdem zweimal den gleichen Bahnübergang überquert habe. Während der Verhandlung fragte ihn nun einer der Richter, ob er denn in letzter Zeit Blackouts gehabt habe. Müller antwortete wie folgt: „Vor einem Monat arbeitete ich auf einem Dach, um dort etwas auszubessern. Dabei ist mir das Gleiche passiert. Ich bin vom Dach geklettert, und einige Augenblicke später ist dieses Gefühl wieder verschwunden. Ich bin dann ins Auto gestiegen und bin einkaufen gefahren.“

Nehmen wir einmal an, Sie sind fest davon überzeugt, dass Sie nach dem Verzehr von Krabben eine ausgeprägte allergische Reaktion zeigen. Würden Sie dann Krabben essen, wenn sie Ihnen angeboten würden? Wahrscheinlich nicht. Ihre feste Überzeugung bezüglich der Allergie – ob Sie nun zutreffend ist oder nicht – hat klare Verhaltenskonsequenzen: Sie weigern sich, Krabben zu essen. Die Tatsache, dass es diese Verhaltenskonsequenzen gibt, verdeutlicht gleichzeitig, dass Sie Ihre eigene Überzeugung ernst nehmen (Smeets, Merckelbach, Horselenberg & Jelicic, 2005). Betrachten wir hingegen Müllers Blackout. Er behauptet, diese Blackouts zu erfahren, aber der Fakt, dass er unmittelbar nach solchen Episoden Auto fährt, macht uns deutlich, dass er sie nicht sehr ernst nimmt. Der offenkundige Grund dafür mag sein, dass er ganz genau weiß, dass seine Blackouts vorgetäuscht sind.

In einer Studie über Verkehrskontrollen (van Oorsouw, Merckelbach, Ravelli, Nijman & Mekking-Pompen, 2004) haben wir 100 Autofahrer untersucht, die von der niederländischen Polizei gestoppt wurden, und zwar entweder im Rahmen einer Routine-Alkoholkontrolle oder wegen verdächtigen Fahrverhaltens oder weil sie in einen Verkehrsunfall verwickelt waren. In allen Fällen wurden Blutproben entnommen und analysiert. Einige Monate später wurden die Autofahrer befragt, ob sie in dem Moment, als die Polizei sie anhielt, ein Alkohol-Blackout („Filmriss“) erlebt hätten. Nur 14 (14 %) Befragte machten einen solchen Alkohol-Blackout geltend. Von denen, die *keinen* solchen Blackout angaben (86 %), war nur eine Minderheit (35 %) in einen Verkehrsunfall verwickelt. Die große Mehrheit der Autofahrer, die einen Alkohol-Blackout behaupteten (85 %), hatte jedoch einen Unfall verursacht. Eine genaue Analyse ihrer Blutalkoholspiegel ergab, dass sich diese häufig deutlich unterhalb von 2,5 Promille bewegten. Ihre Spiegel waren auch nicht höher als die von Autofahrern, die zwar in einen Unfall verwickelt waren, aber keinen Alkohol-Blackout geltend machten. Diese Konstellation spricht klar dafür, dass behauptete Blackouts häufig ein Ausdruck von Simulation sind, um die eigene Verantwortlichkeit zu minimieren.

Der Bundesgerichtshof

Der Bundesgerichtshof und seine Berater haben klare Vorstellungen über den Sachverstand von Psychologen und Psychiatern und über die sich daraus ergebenden Konsequenzen für ihre jeweilige Rolle in einem Strafprozess. Im Wesentlichen scheint der Bundesgerichtshof die Meinung zu vertreten, dass die Beurteilung von Augenzeugen sowie normalen psychischen Funktionen (wie Gedächtnis und Wahrnehmung) in das Arbeitsgebiet von Psychologen fallen, während die Begutachtung von Angeklagten und das Gebiet der Psychopathologie in die Zuständigkeit von Psychiatern fallen (vgl. z. B. BGH StR 5/02; Kröber, 2005). Wenn man diese Argumentationslinie logisch weiterverfolgt, ergibt sich daraus, dass Angeklagte, die eine tatbezogene Amnesie geltend machen, durch psychiatrische Sachverständige zu begutachten wären. Für den Fall Müller würden wir jedoch dagegenhalten, dass Psychologen im Prinzip für die Beurteilung behaupteter tatbezogener Amnesien besser ausgestattet

sind als Psychiater. Dies begründet sich damit, dass die erste und wichtigste in solchen Fällen zu treffende Entscheidung die Frage betrifft, ob solche behaupteten Ausfälle simuliert sind oder nicht. Wie bereits zuvor ausgeführt, ist auf Testverfahren, strukturierte Interviews und gründliche Literaturkenntnisse zu Gedächtnisstörungen zurückzugreifen, um die Frage gewissenhaft zu beantworten. Wie jedoch der Fall Müller auch zeigt, ist die bloße Hinzuziehung eines psychologischen Gutachters keine Garantie dafür, dass die genannten Beurteilungsressourcen ausgeschöpft und die zur Verfügung stehenden Verfahren ordnungsgemäß eingesetzt werden, sodass tatsächlich ein qualifiziertes Urteil zur Authentizität einer durch den Täter geltend gemachten Amnesie zustande kommt.

Schlussfolgerungen

Das Gericht befand Müller der fahrlässigen Tötung für schuldig, nicht aber des Mordes. Dieses milde Urteil stand sicherlich in Verbindung mit den Gerichtsgutachten der Psychiaterin und der Psychologin. Beide Sachverständige legten ein Gutachten vor, das die Struktur eines Einerseits – Andererseits aufwies. Einerseits hatten beide Gutachterinnen Hinweise auf eine Simulation sehen können, andererseits hielten beide den Beschuldigten für glaubwürdig, als er über seine Blackouts, über den Stress, die Schlaflosigkeit und das *Temazepam* berichtete. Die Sachverständigen schrieben also dem Anschein nach sehr ausgewogene Gutachten. Diese ausgewogene Darstellung ließ indessen nur vage Schlussfolgerungen zu, die der wirklichen Sachlage nicht gerecht wurden. In Wahrheit verhielt sich Müller wie ein Simulant und erreichte in zwei Testverfahren äußerst auffällige Werte. Sein Gedächtnisverlust weist Züge auf, die atypisch und deshalb fragwürdig sind. Das von ihm vorgetragene Szenario, wie er sich am Bahnübergang verhielt, erscheint unwahrscheinlich, und seine geschilderten Blackout-Episoden wurden von ihm nicht ernst genommen. Um die hier getroffenen Schlussfolgerungen zu ziehen, bedarf es allerdings eines wissenschaftlich ausgebildeten Psychologen.

Literatur

- Arboleda-Florez, J. (2002). On automatism. *Current Opinion in Psychiatry*, 15, 569-576.
- Berry, D.T.R., Baer, R.A., Rinaldo, J.C. & Wetter, M.W. (im Druck). Assessment of malingering. In J. Butcher (Ed.), *Clinical personality assessment: Practical approaches* (2nd edition). New York: Oxford University Press.
- Bianchini, K.J., Mathias, C.W. & Greve, K. (2001). Symptom validity testing: A critical review. *The Clinical Neuropsychologist*, 15, 19-45.
- Bradford, J.W. & Smith, S.M. (1979). Amnesia and homicide: The Padola case and a study of thirty cases. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 7, 219-231.

- Christianson, S.A. & Merckelbach, H. (2004). Crime-related amnesia as a form of deception. In P.A. Granha & L.A. Strömwall (Eds.), *The detection of deception in forensic contexts* (pp. 195-225). Cambridge: Cambridge University Press.
- Cima, M., Hollnack, S., Kremer, K., Knauer, E., Schellbach-Matties, R., Klein, B. & Merckelbach, H. (2003). Strukturierter Fragenbogen Simulierter Symptome: Die Deutsche Version des Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS). *Nervenarzt*, 74, 977-986.
- Cima, M., Merckelbach, H., Hollnack, S. & Knauer, E. (2003). Characteristics of psychiatric prison inmates who claim amnesia. *Personality and Individual Differences*, 35, 373-380.
- Cima, M., Nijman, H., Merckelbach, H., Kremer, K. & Hollnack, S. (2004). Claims of crime-related amnesia in forensic patients. *International Journal of Law and Psychiatry*, 27, 215-221.
- De Courcy, A. (1989). *1939: The last season*. London: Phoenix.
- Denney, R.L. (1996). Symptom validity testing of remote memory in a criminal forensic setting. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 11, 589-603.
- Faust, D. (1996). Assessment of brain injuries in legal cases: Neuropsychological and neuropsychiatric considerations. In B.S. Fogel, R.B. Scheffen & S.M. Rao (Eds.), *Neuropsychiatry* (pp. 973-990). Pennsylvania: Williams & Wilkins.
- Haber, L. & Haber, R.N. (1998). Criteria for judging the admissibility of eyewitness testimony of long past events. *Psychology, Public Policy, and Law*, 4, 1135-1159.
- Hall, H.V. & Poirier, J.G. (2001). *Detecting malingering and deception: Forensic distortion analysis*. Boca Raton, FL: CRC.
- Hermann, D.H.J. (1986). Criminal defenses and pleas in mitigation based on amnesia. *Behavioral Sciences and the Law*, 4, 5-26.
- Iverson, G.I. (1995). Qualitative aspects of malingered memory deficits. *Brain Injury*, 9, 35-40.
- Jelicic, M. & Merckelbach, H. (2004). Traumatic stress, brain changes, and memory deficits: A critical note. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192, 548-553.
- Jelicic, M. & Merckelbach, H. (im Druck). Evaluating claims of crime-related amnesia. In S.-A. Christianson (Ed.), *Offenders' memories of violent crimes*. Chichester, England: Wiley.
- Jelicic, M., Merckelbach, H. & van Bergen, S. (2004a). Symptom validity testing of feigned amnesia for a mock crime. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 19, 525-531.
- Jelicic, M., Merckelbach, H. & van Bergen, S. (2004b). Symptom validity testing of feigned crime-related amnesia: a simulation study. *Journal of Credibility Assessment and Witness Psychology*, 5, 1-8.
- Kalant, H. (1996). Intoxicated automatism: Legal concept vs. scientific evidence. *Contemporary Drug Problems*, 23, 631-648.
- Kopelman, M.D. (1999). Varieties of false memories. *Cognitive Neuropsychology*, 16, 197-214.

- Kröber, H.L. (2005). Psychologische und psychiatrische Begutachtung im Strafrecht. In H.L. Kröber & Steller, M. (Hrsg.), *Psychologische Begutachtung im Strafverfahren* (pp. 205-219). 2. Auflage. Darmstadt; Steinkopff.
- McNally, R.J. (2003). *Remembering trauma*. Cambridge, MS: Harvard Press.
- McSherry B. (2004). Criminal responsibility, fleeting states of mental impairment, and the power of self-control. *International Journal of Law and Psychiatry*, 27, 445-457.
- Merckelbach, H. & Christianson, S.A. (im Druck). Amnesia for homicides as a form of malingering. In S.-A. Christianson (Ed.), *Offenders' memories of violent crimes*. Chichester, England: Wiley.
- Merckelbach, H., Hauer, B. & Rassin, E. (2002). Symptom validity testing of feigned dissociative amnesia: A simulation study. *Psychology, Crime, and Law*, 8, 311-318.
- Merten, T. (2002). Fragen der neuropsychologischen Diagnostik bei Simulationsverdacht. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 70, 126-138.
- Meyer, G.J., Finn, S.E., Eyde, L.D., Kay, G.G., Moreland, K.L., Dies, R.R., Eisman, E.J., Kubiszyn, T.W. & Reed, G.M. (2001). Psychological testing and psychological assessment. *American Psychologist*, 56, 128-165.
- Mittenberg, W., Patton, C., Canyock, E.M. & Condit, D.C. (2002). Base rates of malingering and symptom exaggeration. *Journal of Clinical and Experimental Psychology*, 24, 1094-1102.
- Morel, K.R. (1998). Development and preliminary validation of a forced-choice test of response bias for posttraumatic stress disorder. *Journal of Personality Assessment*, 70, 299-314.
- Online Etymology Dictionary (2001). *Blackout*. Retrieved September 29, 2006, from: <http://www.etymonline.com/index.php?l=b&p=11>.
- Power, D.J. (1977). Memory, identification, and crime. *Medicine, Science, and the Law*, 17, 132-139.
- Pyszora, N.M., Barker, A.F. & Kopelman, M.D. (2003). Amnesia for criminal offences: A study of life sentence prisoners. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 14, 475-490.
- Rosen, G.M. & Phillips, W.R. (2004). A cautionary lesson from simulated patients. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 32, 132-133.
- Rosenfeld, B., Sands, S.A. & van Gorp, W. (2000). Have we forgotten the base rate problem? Methodological issues in the detection of distortion. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 15, 349-359.
- Rubenzon, S. (2004). Malingering, incompetence to stand trial, insanity, and mental retardation. *The Texas Prosecutor*, 6, 17-23.
- Schacter, D.L. (1986). Amnesia and crime: How much do we really know? *American Psychologist*, 41, 286-295.
- Schmand, B. & Lindeboom, J. (2005). Amsterdam Short-Term Memory Test – Amsterdamer Kurzzeitgedächtnistest. Manual – Handanweisung. Leiden, NL: PITS.

- Schmand B., Lindeboom J., Schagen S., Heijt R., Koene T. & Hamburger H.L. (1988). Cognitive complaints in patients after whiplash injury: The impact of malingering. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 64, 339-343.
- Smeets, T., Merckelbach, H., Horselenberg, R. & Jelicic, M. (2005). Trying to recollect past events: Confidence, beliefs, and memories. *Clinical Psychology Review*, 25, 917-934.
- Smith, G.P. & Burger, G.K. (1997). Detection of malingering: Validation of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS). *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 25, 183-190.
- Smulders, F.T.Y., Kenemans, J.L., Jonkman, L.M. & Kok, A. (1997). The effects of sleep loss on task performance and the electroencephalogram in young and elderly subjects. *Biological Psychology*, 45, 217-239.
- Spanos, N.P., Weekes, J.R. & Bertrand, L.D. (1986). Multiple personality: A social psychological perspective. *Journal of Abnormal Psychology*, 94, 362-376.
- Suhr, J.A. (2002). Malingering, coaching, and the serial position effect. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 17, 69-77.
- Tenkink, E. & van der Horst, R. (1990). Car driver behavior at flashing light railroad grade crossings. *Accident Analysis & Prevention*, 22, 229-239.
- Tysse, J.E. (2005). Note: The right to an imperfect trial – amnesia, malingering, and competency to stand trial. *William Mitchell Law Review*, 32, 353-387.
- van Oorsouw, K., Merckelbach, H., Ravelli, D., Nijman, H. & Mekking-Pompen, I. (2004). Alcoholic black out for criminally relevant behavior. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 32, 364-370.
- Vermeeren, A. (2004). Residual affects of hypnotics: Epidemiology and clinical implications. *CNS Drugs*, 18, 297-328.
- Vrij, A. (2000). *Detecting lies and deceit: The psychology of lying and the implications for professional practice*. Chichester, England: Wiley.
- Walker, S. (1996). *A dose of sanity: Mind, medicine, and misdiagnosis*. New York: Wiley.
- Wedding, D. & Faust, D. (1989). Clinical judgment and decision making in neuropsychology. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 4, 233-265.
- Yeo, S. (2002). Clarifying automatism. *International Journal of Law and Psychiatry*, 25, 445-458.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. H.L.G.J. Merckelbach
Abteilung für Experimentelle Psychologie
Fakultät für Psychologie, Universität Maastricht
PO Box 616
NL 6200 MD, Maastricht
Niederlande

Tel. 0031-43-3881945 / 3881908

E-Mail: H.Merckelbach@Psychology.Unimaas.nl