

Psychiatrische Begutachtung

Ein praktisches Handbuch für Ärzte und Juristen

Bearbeitet von
Harald Dreßing, Elmar Habermeyer

6. Auflage 2015. Buch. XXII, 826 S. Gebunden

ISBN 978 3 437 22902 2

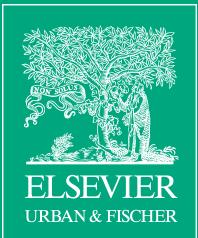
Format (B x L): 21,3 x 27,6 cm

[Weitere Fachgebiete > Medizin > Human-Medizin, Gesundheitswesen >](#)
[Medizinrechtliche Fragen](#)

schnell und portofrei erhältlich bei



Die Online-Fachbuchhandlung beck-shop.de ist spezialisiert auf Fachbücher, insbesondere Recht, Steuern und Wirtschaft. Im Sortiment finden Sie alle Medien (Bücher, Zeitschriften, CDs, eBooks, etc.) aller Verlage. Ergänzt wird das Programm durch Services wie Neuerscheinungsdienst oder Zusammenstellungen von Büchern zu Sonderpreisen. Der Shop führt mehr als 8 Millionen Produkte.



Venzlaff Foerster Dreßing Habermeyer
Herausgegeben von Harald Dreßing und Elmar Habermeyer

Psychiatrische Begutachtung

Ein praktisches Handbuch
für Ärzte und Juristen

6. Auflage



Leseprobe

Inhaltsverzeichnis

I	Prinzipien der psychiatrischen Begutachtung	
1	Aufgaben und Stellung des psychiatrischen Sachverständigen	
	Klaus Foerster und Harald Dreßing	3
1.1	Einleitung	4
1.2	Historische Facetten	5
1.3	Prinzipien der psychiatrischen Begutachtung	5
1.3.1	Allgemeine Aspekte der strafrechtlichen Begutachtung	6
1.3.2	Allgemeine Aspekte der zivilrechtlichen Begutachtung	8
1.3.3	Allgemeine Aspekte der sozialrechtlichen Begutachtung	9
1.4	Die Stellung des psychiatrischen Sachverständigen	9
1.4.1	Vorschriften der §§ 244/245 StPO	10
1.4.2	Privatgutachten	11
1.5	Medien und Öffentlichkeit	11
1.6	Schlussbemerkung	12
2	Forensisch-psychiatrische Untersuchung	
	Harald Dreßing und Klaus Foerster	15
2.1	Einleitung	16
2.2	Rahmenbedingungen der Untersuchung	16
2.2.1	Raum und Zeit	16
2.2.2	Aufklärung des Probanden	16
2.2.3	Anwesenheit dritter Personen	17
2.2.4	Aktenstudium	17
2.3	Das gutachtliche Gespräch	17
2.4	Zusätzliche Informationen	19
2.4.1	Frühere Behandlungsunterlagen	19
2.4.2	Fremdanamnestische Informationen	19
2.5	Der ausländische Proband	19
2.6	Psychischer Befund	20
2.6.1	Verhaltensbeobachtung	20
2.6.2	Psychische Funktionen	20
2.6.3	Persönlichkeitsdiagnostik	21
2.7	Weitere Untersuchungen	21
2.7.1	Körperliche Untersuchung	21
2.7.2	Apparative Untersuchungen	21
2.7.3	Testpsychologische Untersuchung	21
2.7.4	Aktuarische Prognoseinstrumente	22
2.8	Vom psychopathologischen Symptom zur psychiatrischen Diagnose	22
2.9	Psychiatrische Klassifikationssysteme	23
2.10	Simulation und ähnliche Phänomene	23
2.10.1	Nomenklatur	23
2.10.2	Feststellung vorgetäuschter Beschwerden	24
2.11	Besondere Untersuchungssituationen	25
2.11.1	Untersuchung gegen den Willen des Probanden?	25
2.11.2	Verweigerung der Untersuchung	25
2.11.3	Das Amnesieproblem	26
2.11.4	Der Umgang mit Leugnung oder Geständnis	27
3	Standardisierte und psychometrische Untersuchungsverfahren in der forensisch-psychiatrischen Begutachtung	
	Andreas Mokros	29
3.1	Einleitung	30
3.2	Grundlagen	30
3.2.1	Objektivität	30
3.2.2	Reliabilität	31
3.2.3	Validität	32
3.2.4	Nebengütekriterien	34
3.3	Anwendung	35
3.3.1	Intelligenztests	35
3.3.2	Neuropsychologische Tests	36
3.3.3	Selbstberichtsfragebogen	36
3.3.4	Fremdbeurteilungsverfahren	38
3.3.5	Verfahren zur Beschwerdenüberprüfung	45
3.3.6	Projektive Verfahren	45
3.4	Rechtliche Rahmenbedingungen	46
3.5	Qualitätsanforderungen	47
4	Neurobiologische Erkenntnisse: mögliche Relevanz für die strafrechtliche Begutachtung	
	Harald Dreßing, Andrea Dreßing, Peter Gass, Wolfgang Retz und Michael Rösler	53
4.1	Einleitung	54
4.2	Tiermodelle	54
4.3	Genetik	55
4.4	Neuroimaging bei Dissozialität und Pädophilie	56
4.5	Relevanz für die Begutachtung	57
4.6	Fazit	58
5	Die Erstattung des Gutachtens	
	Klaus Foerster und Harald Dreßing	61
5.1	Das schriftliche Gutachten	62
5.1.1	Gliederung	62
5.1.2	Einleitung und formale Angaben	63
5.1.3	Aktenlage	63
5.1.4	Angaben des Probanden	63
5.1.5	Befunde	64
5.1.6	Beurteilung	64
5.1.7	Mindestanforderungen für Schuldfähigkeitsgutachten	66

5.2	Das mündliche Gutachten	66	8.1	Heranziehung und Stellung psychiatrischer Sachverständiger im Strafverfahren	90
5.2.1	Das mündliche Gutachten im Strafprozess	67			
5.2.2	Das mündliche Gutachten im Zivilprozess	69	8.2	Rechtliche Grundlagen der Schuldfähigkeitsbeurteilung	90
			8.2.1	Der Streit um die Schuld	90
			8.2.2	Der pragmatische soziale Schuld begriff	92
6	Fehlermöglichkeiten beim psychiatrischen Gutachten		8.3	System und Inhalt der Bestimmungen über die Schuldfähigkeit im Strafrecht	94
	Klaus Foerster und Harald Dreßing	71			
6.1	Einleitung	72	8.3.1	Der Aufbau der Bestimmungen über die Schuldfähigkeit	94
6.2	Fehlermöglichkeiten von der Auftragserteilung bis zum mündlichen Gutachten	72	8.3.2	Die erste Stufe der Bestimmungen über die Schuldfähigkeit: Der Krankheitsbegriff	95
6.2.1	Bei der Aktendarstellung	72	8.3.3	Die zweite (normative) Stufe der Schuldfähigkeit	106
6.2.2	Bei der Interaktion zwischen Proband und Sachverständigem	73	8.3.4	Die verminderte Schuldfähigkeit	108
6.2.3	Bei Exploration und Anamneseerhebung	73	8.3.5	Jugendstrafrechtliche Verantwortlichkeit (§ 3 JGG) im Verhältnis zur allgemeinen Schuldfähigkeit (§§ 20, 21 StGB)	112
6.2.4	Im Befund	73			
6.2.5	Bei der Diagnose	74	8.4	Die Kompetenzverteilung zwischen Richter und Sachverständigem	113
6.2.6	Bei der forensisch-psychiatrischen Beurteilung	74			
6.2.7	Im schriftlichen Gutachten	74	8.5	Die Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus, in der Entziehungsanstalt und in der Sicherungsverwahrung (§§ 63–66a StGB)	115
6.2.8	Im mündlichen Gutachten	75	8.5.1	Allgemeine Voraussetzungen der Maßregeln der Besserung und Sicherung	115
6.3	Fehlermöglichkeiten in unterschiedlichen Rechtsgebieten	75	8.5.2	Die Voraussetzungen der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus nach § 63 StGB	117
6.3.1	Bei der strafrechtlichen Begutachtung	75	8.5.3	Die Voraussetzungen der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt nach § 64 StGB	120
6.3.2	Bei der Prognosebegutachtung	75	8.5.4	Die Voraussetzungen der Unterbringung in der Sicherungsverwahrung nach § 66 StGB	124
6.3.3	Bei der zivilrechtlichen Begutachtung	75	8.5.5	Die vorbehaltene Sicherungsverwahrung nach § 66a StGB	129
6.3.4	Bei der sozialrechtlichen Begutachtung	75	8.5.6	Die nachträgliche Sicherungsverwahrung nach § 66b StGB	131
6.4	Verbesserungsmöglichkeiten	76	8.5.7	Das Gesetz zur Therapierung und Unterbringung psychisch gestörter Gewalttäter (ThUG)	132
			8.5.8	Die Neuregelung des Vollzugs der Sicherungsverwahrung	133
7	Haftungs- und strafrechtliche Verantwortung des Gutachters		8.6	Die weiteren Entscheidungen über die Vollstreckung der Maßregeln nach §§ 63–66 StGB	134
	Peter W. Gaidzik	77			
7.1	Zivilrechtliche Haftung des Gutachters	78	8.6.1	Dauer, Aussetzung und Erledigung des Vollzugs der Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus, in der Entziehungsanstalt und in der Sicherungsverwahrung	134
7.1.1	Begutachtung innerhalb gerichtlicher Verfahren	78	8.6.2	Die Aussetzung der Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus und in der Entziehungsanstalt zugleich mit ihrer Anordnung	139
7.1.2	Begutachtung außerhalb gerichtlicher Verfahren	81	8.6.3	Die Entscheidungen bei einem späteren Beginn der Unterbringung	141
7.1.3	Sonderfall Amtshaftung (§ 839 BGB i.V.m. Art. 34 GG)	82	8.6.4	Der Widerruf der Aussetzung der Maßregel	143
7.2	Strafrechtliche Verantwortung des Gutachters	82			
7.2.1	Ausstellen unrichtiger Gesundheitszeugnisse (§ 278 StGB)	83			
7.2.2	Aussagedelikte (§ 153 ff. StGB)	83			
7.2.3	Körperverletzung oder Tötungsdelikte infolge gutachtlicher Fehleinschätzung	84			
7.3	Fazit	85			
II	Strafrecht: Die Begutachtung der Schuldfähigkeit				
	<i>Juristische Grundlagen</i>				
8	Rechtliche Grundlagen der psychiatrischen Begutachtung				
	Hans-Ludwig Schreiber und Henning Rosenau	89	8.6.4		

9	Der Sachverständige im Verfahren und in der Verhandlung				
	Hans-Ludwig Schreiber und Henning Rosenau	153	10.5.1	Vorbemerkungen zur Klinik und Diagnostik	174
9.1	Auswahl und Hinzuziehung eines Sachverständigen	154	10.5.2	Hirnorganische Störungen	175
9.1.1	Gesetzlich geregelte Fälle der Hinzuziehung	154	10.5.3	Forensische Aspekte und Beurteilung	176
9.1.2	Pflicht zur Hinzuziehung nach Ermessen des Gerichts	154	10.6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen durch eine Erkrankung, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns	176
9.1.3	Auswahlkompetenz von Richter und Staatsanwaltschaft	155	10.6.1	Organische Persönlichkeitsstörung	176
9.1.4	Hinzuziehung eines weiteren Sachverständigen	155	10.6.2	Postenzephalitisches Syndrom	177
9.1.5	Kriterien für die Auswahl eines Sachverständigen	156	10.6.3	Organisches Psychosyndrom nach Schädel-Hirn-Trauma	177
9.2	Aufgaben und Pflichten des Sachverständigen	157	10.6.4	Andere organische Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	178
9.2.1	Die Pflicht zur Erstattung des Gutachtens	157	10.6.5	Forensische Aspekte und Beurteilung	178
9.2.2	Persönliche Gutachterpflicht und Hinzuziehung von Mitarbeitern	158	10.7	Epilepsie	180
9.2.3	Ablehnung des Sachverständigen	159	10.8	Hyperkinetisches Syndrom (HKS) oder Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Erwachsenenalter	181
9.3	Vorbereitung und Erstattung des Gutachtens	159	10.8.1	Forensische Aspekte und Beurteilung	183
9.3.1	Unterrichtung des Sachverständigen über den Sachverhalt: Akteneinsicht	159	11	Störungen durch Alkohol	
9.3.2	Vorgehen bei der Exploration des Probanden	159	Klaus Foerster und Harald Dreßing	191	
9.3.3	Eigene Ermittlungen des Sachverständigen	161	11.1	Einleitung	192
9.3.4	Der Sachverständige in der Hauptverhandlung	161	11.2	Akute Alkoholisierung	192
9.3.5	Vereidigung des Sachverständigen	162	11.2.1	Symptomatik	192
	<i>Das Eingangskriterium „Krankhafte seelische Störung“</i>		11.2.2	Terminologie	193
			11.2.3	Begutachtung	193
			11.2.4	Bedeutung der Blutalkoholkonzentration	195
10	Organische psychische Störungen (einschließlich Anfallsleiden)		11.2.5	Die „Actio libera in causa“	196
	Michael Rösler und Wolfgang Retz	165	11.2.6	Die Rauschtat im Sinne des § 323a StGB	196
10.1	Einleitung	166	11.3	Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit	196
10.2	Demenz	166	11.3.1	Symptomatik	196
10.2.1	Diagnostische Leitlinien nach ICD-10	166	11.3.2	Begutachtung	197
10.2.2	Demenz bei Alzheimer-Krankheit	167	11.3.3	Therapeutische Möglichkeiten	198
10.2.3	Demenz bei Morbus Parkinson und Lewy-Körper-Demenz	169	11.4	Alkoholische Psychosen	198
10.2.4	Frontotemporale lobäre Degenerationen (FTLD): Morbus-Pick-Komplex	169	11.4.1	Delirium tremens	198
10.2.5	Vaskuläre Demenzformen	170	11.4.2	Alkoholhalluzinose	198
10.2.6	Andere Demenzkrankheiten	171	11.4.3	Alkoholischer Eifersuchtwahn	198
10.2.7	Forensische Aspekte und Beurteilung	171	12	Störungen durch illegale Drogen und Medikamente	
10.3	Organisches amnestisches Syndrom: Korsakow-Syndrom (nicht durch Alkohol oder psychotrope Substanzen bedingt)	173	Klaus Foerster und Elmar Habermeyer	201	
10.3.1	Klinik und diagnostische Leitlinien nach ICD-10	173	12.1	Einleitung	202
10.3.2	Forensische Aspekte und Beurteilung	173	12.2	Substanzgruppen und ihre Wirkungen	202
10.4	Delir (nicht durch Alkohol oder psychotrope Substanzen bedingt)	174	12.2.1	Amphetamine und amphetaminähnliche Substanzen	203
10.4.1	Klinik und diagnostische Leitlinien nach ICD-10	174	12.2.2	Anabolika und Testosteronpräparate	203
10.4.2	Forensische Aspekte und Beurteilung	174	12.2.3	Cannabinoide	204
10.5	Andere psychische Störungen durch eine Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder eine körperliche Erkrankung	174	12.2.4	Halluzinogene/Ecstasy	204
			12.2.5	Inhalanzien	205
			12.2.6	Kokain	205
			12.2.7	Opiode	205
			12.2.8	Phencyclidine	206
			12.2.9	Sedativa (bzw. Hypnotika) und Schmerzmittel	206

12.3	Begutachtung der Schuldfähigkeit (§§ 20/21 StGB)	207	15	Affektive Störungen (und Anpassungsstörungen)	
12.3.1	Akute Intoxikation	207	15.1	Elmar Habermeyer und Ulrich Venzlaff †	245
12.3.2	Entzug	208	15.2	Verlaufsformen, Vorkommen und Ätiologie	246
12.3.3	Angst vor dem Entzug?	208	15.2.1	Depression	246
12.3.4	Abhängigkeit	208	15.2.2	Prävalenz/Verlauf	246
12.4	Prognose und therapeutische Möglichkeiten	209	15.2.3	Diagnose	246
13	Rechtsmedizinische Ansätze zur Befundinterpretation und Bewertung bei Delikten unter Alkohol- und Drogeneinfluss		15.2.4	Sondergruppen	247
	Matthias Graw und Detlef Thieme		15.2.5	Differenzialdiagnostik	248
13.1	Alkohol	213	15.3	Therapie	248
13.1.1	Einleitung	214	15.3.1	Manie	249
13.1.2	Alkoholstoffwechsel	214	15.3.2	Prävalenz/Verlauf	249
13.1.3	Forensische Berechnungsmöglichkeiten	214	15.3.3	Diagnose	249
13.2	Substanznachweis und Ergebnisinterpretation	216	15.3.4	Sondergruppen	249
13.2.1	Einleitung	218	15.3.5	Differenzialdiagnostik	249
13.2.2	Toxikologische Begutachtung der akuten Drogenbeeinflussung	218	15.4	Therapie	250
13.3	Bewertung des aktuellen Drogenkonsums durch Urinkontrollen	219	15.4.1	Anpassungsstörung	250
13.4	Retrospektive Untersuchung einer länger zurückliegenden Drogenaufnahme durch Haaranalysen	219	15.4.2	Prävalenz/Verlauf/Diagnose	250
13.4.1	Besonderheiten der Haarmatrix	222	15.4.3	Differenzialdiagnostik	250
13.4.2	Begutachtungsgrundsätze	222	15.4.4	Sondergruppen	251
13.4.3	Begutachtungsbeispiel	223	15.5	Therapie	251
		224	15.5.1	Kriminologie	251
			15.5.2	Depression	251
			15.5.3	Bipolare Störung	253
			15.6	Anpassungsstörung	254
			15.6.1	Begutachtung	254
			15.6.2	Affektive Störungen	254
				Anpassungsstörungen	256
14	Schizophrenie, schizoaffektive und wahnhafe Störungen			<i>Das Eingangskriterium „Tiefgreifende Bewusstseinsstörung“</i>	
	Rüdiger Müller-Isberner und Beate Eusterschulte	227	16	Die „tiefgreifende Bewusstseinsstörung“ und andere affektive Ausnahmezustände	
14.1	Schizophrenie	228		Klaus Foerster, Stephan Bork und Ulrich Venzlaff †	259
14.1.1	Schizophrenie und Kriminalität	231	16.1	Begriffsbestimmung und Abgrenzung	260
14.1.2	Schuldfähigkeit	235	16.2	Beurteilung	262
14.1.3	Kriminalprognose	237	16.2.1	Persönlichkeit	262
14.1.4	Therapie schizophrener Rechtsbrecher	237	16.2.2	Affektentwicklung	263
14.2	Schizotypale Störung	237	16.2.3	Tatablauf	264
14.3	Wahnhaftes Verhalten	237	16.2.4	Weitere Aspekte	266
14.3.1	Klinik	237	16.2.5	Nachtatverhalten	266
14.3.2	Begutachtung	238	16.2.6	Beurteilungsschemata	266
14.4	Vorübergehende akute psychotische Störungen	238	16.3	Forensisch-psychiatrische Beurteilung	267
14.4.1	Klinik	238			
14.4.2	Begutachtung	239			
14.5	Schizoaffektive Störungen	239			
14.5.1	Klinik	239			
14.5.2	Begutachtung	239			
14.6	Sonstige psychotische Störungen	239			
14.7	Ausblick	240	17	Begutachtung und Behandlung von Intelligenzmindernden	
14.7.1	Forschungsbedarf	240		Dieter Seifert	271
14.7.2	Präventive kriminaltherapeutische Interventionen	240	17.1	Einleitung	272
14.7.3	Psychische Krankheit, Lebensqualität, Delinquenz und Stigma	240	17.2	Diagnostik der Intelligenzminderung	272
			17.2.1	Erscheinungsbild/klinische Symptomatik	273
			17.2.2	Ursachen einer Intelligenzminderung	273

17.2.3	Zusätzliche Störungsbilder	275	19.2.2	Prävalenz paraphiler Interessen und Störungen	310
17.2.4	Klassifikatorische Perspektive	276	19.2.3	Sexualstraftaten	311
17.2.5	Weitergehende Untersuchungen	277	19.2.4	Sexualdelinquenz und psychische Störungen	311
17.3	Intelligenzminderung und Delinquenz	278	19.3	Geschlechtsinkongruenz/-dysphorie	326
17.4	Begutachtung/Schuldfähigkeitseinschätzung und Kriminalprognose	279	19.3.1	Phänomenologie und Nosologie	326
17.5	Die Patienten	282	19.3.2	Epidemiologie	326
17.6	Behandlungsmaßnahmen im Maßregelvollzug	283	19.3.3	Ätiologie	326
17.6.1	Therapeutische Grundannahmen	283	19.3.4	Diagnostik	326
17.6.2	Strukturierte, standardisierte Behandlungskonzepte	284	19.3.5	Begutachtung	327
17.6.3	Medikamentöse Behandlung	285	19.3.6	Therapie	328
17.6.4	Weitere Behandlungsmaßnahmen	285	19.4	Sexuelle Funktionsstörungen	328
17.7	Der Verlauf der Unterbringung	286			
17.8	Gutachterliche Einschätzung des Behandlungserfolgs und einer weiterbestehenden Gefährlichkeit	286	20	Spielen, Stehlen, Feuerlegen: abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle nach ICD-10	
17.9	Ausblick	287		Klaus Foerster und Stephan Bork	331
	<i>Das Eingangskriterium „Schwere andere seelische Abartigkeit“</i>		20.1	Einleitung	332
18	Persönlichkeitsstörungen		20.2	Pathologisches Spielen	333
	Harald Dreßing und Elmar Habermeyer	291	20.3	Pathologisches Stehlen (Kleptomanie)	335
18.1	Einleitung	292	20.4	Pathologische Brandstiftung (Pyromanie)	336
18.2	Allgemeine Grundsätze und Probleme bei der Begutachtung von Persönlichkeitsstörungen	292			
18.2.1	Diagnostik	292	III	Strafrecht: Strafverfahren, Strafvollzug und Maßregelvollzug	
18.2.2	Persönlichkeitsstörung als „schwere andere seelische Abartigkeit“	293	21	Begutachtung der Haft-, Vernehmungs- und Verhandlungsfähigkeit	
18.2.3	Symptomcharakter der Tat	296		Norbert Konrad	343
18.2.4	Einsichts- und Steuerungsfähigkeit bei Persönlichkeitsstörungen	296	21.1	Haftfähigkeit	344
18.3	Forensische Relevanz einzelner Persönlichkeitsstörungen	297	21.2	Vernehmungsfähigkeit	347
18.4	<i>Psychopathy</i> , dissoziale und antisoziale Persönlichkeitsstörung	299	21.3	Verhandlungsfähigkeit	348
18.4.1	<i>Psychopathy</i> -Konstrukt und seine Beziehung zur antisozialen und dissozialen Persönlichkeitsstörung	299	22	Psychiatrische Probleme im Justizvollzug	
18.4.2	Aktuelle neurobiologische Forschungsbefunde zur <i>Psychopathy</i>	301		Norbert Konrad und Annette Opitz-Welke	351
18.4.3	Überlegungen zur Begutachtung	302	22.1	Rahmenbedingungen der psychiatrischen Versorgung im Justizvollzug	352
18.5	Dimensionale Forschungsansätze und deren Bedeutung für die forensische Psychiatrie	303	22.1.1	Stationäre psychiatrische Versorgung	353
19	Paraphile Störungen und Sexualdelinquenz – Geschlechtsinkongruenz/-dysphorie – sexuelle Funktionsstörungen		22.1.2	Teilstationäre und ambulante psychiatrische Versorgung	354
	Peer Briken	307	22.2	Spezielle Störungsbilder im Justizvollzug	355
19.1	Einleitung	308	22.2.1	Anpassungsstörungen	356
19.2	Paraphile Störungen und Sexualdelinquenz	308	22.2.2	„Haftpsychosen“	356
19.2.1	Phänomenologie und Nosologie paraphiler Störungen	308	22.2.3	Suizid und Suizidversuch	357
			22.2.4	Selbstschädigende Handlungen	358
			22.2.5	Querulatorische Entwicklungen	359
			22.2.6	Abhängigkeitserkrankungen	359
			22.3	Spezielle Haftsituationen	360
			22.3.1	Untersuchungshaft	360
			22.3.2	Lebenslange Freiheitsstrafe	360
			22.4	Spezielle forensisch-psychiatrische Aufgaben im Justizvollzug	361

23	Unterbringung im Maßregelvollzug gemäß § 63 StGB			
	Rüdiger Müller-Isberner, Sabine Eucker, Anne Rohner und Beate Eusterschulte	363	24.6 Therapeutische Maßnahmen	397
23.1	Einleitung	364	24.6.1 Therapeutische Grundannahmen	397
23.2	Rechtliche Fragen aus psychiatrischer Sicht	364	24.6.2 Nichtsomatische Behandlungsmaßnahmen	398
23.2.1	Rechtsgrundlagen einer Unterbringung	364	24.6.3 Medikamentöse Behandlungsmaßnahmen	399
23.2.2	Kriminaltherapie und Schweigepflicht	366	24.7 Spezielle Problembereiche	400
23.2.3	Kriminaltherapie und Grundrechtseinschränkungen	367	24.7.1 Diagnostische Unsicherheiten	400
23.2.4	Vollzugslockerungen	367	24.7.2 „Fehleinweisungen“	401
23.2.5	Zwangsbehandlung	368	24.8 Schlussbemerkungen	401
23.3	Psychische Störung und Kriminalität	369	25 Sicherungsverwahrung gemäß § 66 StGB	
23.3.1	Psychische Störungen und Delinquenzrisiko	369	Elmar Habermeyer	405
23.3.2	Ätiologie	370	25.1 Einleitung	406
23.3.3	Gruppen von Rechtsbrechern	372	25.2 Befunde	407
23.3.4	Typologie psychisch kranker Rechtsbrecher	372	25.3 Abgrenzung zur Maßregel nach § 63 StGB	408
23.3.5	Dissozialität	373	25.4 Therapie	409
23.4	Therapeutische Maßnahmen	374	25.5 Therapieunterbringungsgesetz	410
23.4.1	R(isk)-N(eed)-R(esponsivity)-Prinzip	374	26 Die Begutachtung der Gefährlichkeitsprognose	
23.4.2	Methoden/Techniken des Risikomanagements	376	Norbert Leygraf	413
23.4.3	Phasen der Behandlung	377	26.1 Methodische Grundprobleme	414
23.4.4	Organisation einer individuellen Behandlung	378	26.2 Prognosebereiche	415
23.4.5	Evaluation – Leistungskennwerte	379	26.2.1 Prognosen im erkennenden Verfahren	416
23.5	Begutachtungsfragen	379	26.2.2 Prognosen im Vollzug	417
23.5.1	Anordnung der Unterbringung gemäß § 63 StGB	380	26.2.3 Entlassungsprognosen	417
23.5.2	Aussetzung zugleich mit der Anordnung (§ 67b StGB)	380	26.3 Prognoseverfahren	418
23.5.3	Vollstreckungsreihenfolge (§ 67 StGB)	380	26.3.1 Statistische Prognosemethoden	418
23.5.4	Aussetzung zur Bewährung (§§ 454, 463 StPO, 67d Abs. 2, 67e StGB)	381	26.3.2 Klinische Individualprognose	420
23.5.5	Erledigung der Maßregel (§ 67d Abs. 6 StGB)	383	26.4 Prognosekriterien	420
23.5.6	Überweisung in den Vollzug einer anderen Maßregel (§ 67a StGB)	383	26.4.1 Anamnestische Befunde	421
23.5.7	Führungsaufsicht	384	26.4.2 Aktuelle Persönlichkeitsmerkmale bzw. Krankheitssymptomatik	421
23.5.8	Widerruf der Aussetzung (§ 67g StGB)	385	26.4.3 Verlaufsbefunde	422
23.5.9	Absehen von Vollstreckung bei Auslieferung und Ausweisung (§ 456a StPO)	385	26.4.4 Perspektiven nach der Entlassung	423
23.5.10	Stellungnahmen bei Entlassungen rückfallgefährdet Sexualstraftäter (z.B. ZÜRS in Hessen; KURS in Baden-Württemberg)	385	26.5 Anforderungen an ein psychiatrisches Prognosegutachten	424
24	Unterbringung im Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB			
	Dieter Seifert		IV Zivilrecht	
24.1	Einleitung	385	27 Juristische Grundlagen	
24.2	Voraussetzungen für eine Unterbringung gemäß § 64 StGB	385	Jochen Taupitz und Ferdinand Weis	429
24.3	Die Patienten	389	27.1 Das psychiatrische Gutachten	430
24.4	Der Verlauf der Unterbringung	390	27.1.1 Die Bedeutung des psychiatrischen Gutachtens in der zivilrechtlichen Praxis	430
24.5	Behandlungserfolg	392	27.1.2 Das Beweisthema	431
		392	27.1.3 Formen der psychiatrischen Begutachtung	431
		390	27.2 Der Psychiater als gerichtlicher Sachverständiger	432
		392	27.2.1 Sachverständiger und Zeuge als unterschiedliche Beweismittel	432
		396	27.2.2 Stellung des gerichtlichen Sachverständigen	432

27.2.3	Auswahl und Qualifikation des gerichtlichen Sachverständigen und des Ausstellers eines ärztlichen Zeugnisses	433	27.10.1	Ehefähigkeit	465
27.2.4	Ablehnung des Sachverständigen	434	27.10.2	Nacheheliche Unterhaltsansprüche bei psychischer Krankheit	466
27.3	Pflichten des Sachverständigen	434	27.11	Schadensersatzrecht	467
27.3.1	Pflicht zur Übernahme von Begutachtungen	434	27.11.1	Ansatzpunkte für die psychiatrische Begutachtung	467
27.3.2	Vereidigung und Neutralitätspflicht	435	27.11.2	Zurechnungsfähigkeit	467
27.3.3	Pflichten im Vorfeld der Gutachtenerstellung	435	27.11.3	Schadensersatz für „psychische Schäden“	469
27.3.4	Abfassen des Gutachtens	436			
27.3.5	Eigenverantwortliche Erstellung des Gutachtens	436	28	Begutachtung bei zivilrechtlichen Fragen	
27.3.6	Weitere Pflichten	437		Klaus Foerster und Elmar Habermeyer	473
27.3.7	Pflichten bei Ausstellung eines ärztlichen Zeugnisses	437	28.1	Einleitung	474
27.4	Betreuung	438	28.2	Begutachtung im Rahmen des Betreuungsgesetzes (BtG)	474
27.4.1	Begriff und Bedeutung der Betreuung	438	28.2.1	Anordnung einer Betreuung	475
27.4.2	Voraussetzungen der Betreuung	438	28.2.2	Anordnung eines Einwilligungsvorbehalts	478
27.4.3	Aufgabenkreise eines Betreuers	441	28.2.3	Genehmigung von ärztlichen Maßnahmen	479
27.4.4	Person des Betreuers	443	28.2.4	Genehmigung einer Sterilisation	481
27.4.5	Wirkungen und Ausübung der Betreuung	443	28.2.5	Genehmigung im Rahmen von Unterbringungsverfahren	482
27.4.6	Einwilligungsvorbehalt	444	28.2.6	Zwangsbehandlung	483
27.4.7	Dauer der Betreuung	446	28.2.7	Genehmigung einer Wohnungsauflösung	483
27.5	Betreuungsverfahrensrecht	446	28.3	Begutachtung der Geschäfts-, Prozess- und Testierunfähigkeit	483
27.5.1	Verfahrenseinleitung	446	28.3.1	Prinzipien der Begutachtung	484
27.5.2	Verfahrensfähigkeit des Betroffenen und Bestellung eines Verfahrenspflegers	446	28.3.2	Psychische Störungen	487
27.5.3	Beschaffung der Entscheidungsgrundlagen durch das Gericht	447	28.4	Begutachtung der Deliktfähigkeit	493
27.5.4	Inhalt der Entscheidung des Gerichts	448	28.5	Begutachtung im Eherecht	494
27.5.5	Einstweilige Anordnungen	448	28.6	Begutachtung im Rahmen des Bundesentschädigungsgesetzes (BEG)	494
27.6	Besondere Fälle des Betreuungsrechts	449			
27.6.1	Einwilligung in die Verletzung persönlichkeitsbezogener Güter, insbesondere bei medizinischen Maßnahmen	449	29	Begutachtung im Rahmen privater Versicherungen	
27.6.2	Sterilisation	452		Klaus Foerster und Harald Dreßing	497
27.6.3	Unterbringung	453	29.1	Einleitung	498
27.6.4	Zwangsbehandlung	457	29.2	Private Krankenversicherung	498
27.6.5	Wohnungsauflösung	458	29.3	Private Berufsunfähigkeits(zusatz)versicherung	498
27.7	Geschäftsfähigkeit	459	29.4	Private Lebensversicherung: Leistungen bei Suizid	499
27.7.1	Grundlagen	459	29.5	Private Unfallversicherung	500
27.7.2	Geschäftsunfähigkeit wegen psychischer Störungen	460	29.6	Private Haftpflichtversicherung	501
27.7.3	Vorübergehende Störung der Geistestätigkeit	462	29.6.1	Schockschäden	502
27.8	Prozessfähigkeit	462	29.6.2	Rentenneurosen	502
27.8.1	Grundlagen	462			
27.8.2	Prozess(un)fähigkeit bei Betreuung	462	V	Sozialrecht	
27.9	Testierfähigkeit	463			
27.9.1	Grundlagen	463	30	Rechtliche Grundlagen	
27.9.2	Testierunfähigkeit	463		Bernd Grüner	507
27.9.3	Beweisrecht	464	30.1	Einleitung	508
27.9.4	Aufgaben eines Notars in Bezug auf die Testierfähigkeit	465	30.2	Sozialrechtsbereiche	508
27.10	Ehorecht	465	30.2.1	Grundsicherung für Arbeitssuchende (SGB II)	508
			30.2.2	Arbeitsförderung (SGB III)	510

30.2.3	Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V)	512	31.3.7	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	558
30.2.4	Gesetzliche Rentenversicherung (SGB VI)	514	31.3.8	Intelligenzminderung	559
30.2.5	Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII)	517	31.3.9	Befindlichkeitsbeeinträchtigungen	559
30.2.6	Gesetzliche Pflegeversicherung (SGB XI)	520	31.4	Gesetzliche Unfallversicherung	560
30.2.7	Rehabilitation und Teilhabe von behinderten Menschen (SGB IX, Teil 1)	522	31.4.1	Organische psychische Störungen	562
30.2.8	Schwerbehindertenrecht (SGB IX, Teil 2)	524	31.4.2	Störungen durch psychotrope Substanzen	562
30.2.9	Soziales Entschädigungsrecht (BVG, SVG, OEG) . .	525	31.4.3	Schizophrenie und wahnhaftes Verhalten	562
30.2.10	Sozialhilfe (SGB XII)	527	31.4.4	Affektive Störungen	562
30.3	Rechtliche Aspekte zur psychiatrischen Begutachtung in einzelnen Sozialrechtsbereichen	528	31.4.5	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	562
30.3.1	Bestellung des Sachverständigen, Qualitätssicherung	528	31.4.6	Essstörungen	566
30.3.2	Verfügbarkeit, Sperrzeiten und Erwerbsfähigkeit (SGB II, SGB III und SGB XII)	529	31.4.7	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	566
30.3.3	Gesetzliche Krankenversicherung	529	31.4.8	Intelligenzminderung	567
30.3.4	Gesetzliche Rentenversicherung	531	31.5	Soziales Entschädigungsrecht	567
30.3.5	Ursächlicher Zusammenhang und sozialrechtliche Kausalitätslehre	534	31.5.1	Organische psychische Störungen	568
30.3.6	Gesetzliche Unfallversicherung	536	31.5.2	Störungen durch psychotrope Substanzen	568
30.3.7	Soziales Entschädigungsrecht	537	31.5.3	Schizophrenie und wahnhaftes Verhalten	568
30.3.8	Schwerbehindertenrecht	540	31.5.4	Affektive Störungen	569
30.3.9	Medizinische Rehabilitation	541	31.5.5	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	569
31	Begutachtung bei sozialrechtlichen Fragen				
	Klaus Foerster, Claudia Dreßing und Harald Dreßing	545	31.5.6	Essstörungen	569
31.1	Einleitung	546	31.5.7	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	569
31.1.1	Ablauf der Begutachtung	547	31.6	Schwerbehindertenrecht	569
31.1.2	Begutachtung von Probanden anderer Kulturräume	547	31.6.1	Organische psychische Störungen	570
31.1.3	Das Problem der „zumutbaren Willensanspannung“	547	31.6.2	Störungen durch psychotrope Substanzen	570
31.1.4	Zum Problem von Aggravation und Simulation: Beschwerdenvalidierungstests	548	31.6.3	Schizophrenie und wahnhaftes Verhalten	570
31.2	Gesetzliche Krankenversicherung	549	31.6.4	Affektive Störungen	571
31.2.1	Organische psychische Störungen	550	31.6.5	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	571
31.2.2	Störungen durch psychotrope Substanzen	550	31.6.6	Essstörungen	571
31.2.3	Schizophrenie und wahnhaftes Verhalten	550	31.6.7	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	571
31.2.4	Affektive Störungen	550	31.6.8	Intelligenzminderung	571
31.2.5	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	550	31.6.9	GdS/GdB-Tabelle	571
VI	Begutachtung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie				
32	Strafrechtliche Begutachtung von Jugendlichen und Heranwachsenden				
	Michael Günter	579	32.1	Einleitung	580
32.1.1	Grundsätze bei der strafrechtlichen Begutachtung Jugendlicher und Heranwachsender	580	32.1.2	Epidemiologische, entwicklungspsychologische und kriminologische Grundlagen	582
32.2	Sachverständigenaufgaben im Jugendstrafrecht	585	32.2.1	Gesetzliche Grundlagen, Verfahrensfragen und Aufgaben des Sachverständigen im Jugendstrafrecht	585
32.2.2	Sachverständigenbeurteilung des Entwicklungsstands nach dem Jugendgerichtsgesetz (§§ 3 und 105 JGG)	589			

<p>32.2.3 Einschränkung der Schuldfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Jugendalter (§§ 20, 21 StGB) 595</p> <p>32.2.4 Unterbringung im Maßregelvollzug, Sicherungsverwahrung (§§ 63, 64 StGB, § 7 JGG), Prognosebegutachtung 600</p> <p>32.2.5 Schädliche Neigungen (§ 17 JGG) 602</p> <p>32.2.6 Erziehungsmaßregeln und Zuchtmittel (§§ 10, 12 und 15 JGG) 602</p>	<p>VII Spezielle Begutachtungsfragen</p> <hr/> <p>35 Begutachtung bei beamtenrechtlichen Fragen</p> <p>Klaus Foerster und Elmar Habermeyer 647</p> <p>35.1 Einleitung 648</p> <p>35.2 Gesundheitliche Eignung 648</p> <p>35.3 Dienstunfähigkeit 648</p> <p>35.4 Dienstunfälle 649</p>
<p>33 Begutachtung im Familienrecht: Sorgerecht, Umgangsrecht, Sorgerechtsentzug, geschlossene Unterbringung</p> <p>Michael Günter 607</p> <p>33.1 Allgemeine Einführung und rechtliche Grundlagen 608</p> <p>33.1.1 Einführung 608</p> <p>33.1.2 Rechtliche Grundlagen seit der Kindschaftsrechtsreform von 1998 609</p> <p>33.2 Grundsätze der familienrechtlichen Begutachtung 613</p> <p>33.2.1 Das Kindeswohl als Leitbegriff bei der Begutachtung 613</p> <p>33.2.2 Hinweise zum Vorgehen und zur Untersuchungstechnik 622</p> <p>33.3 Spezifische Fragen und Probleme bei Sorgerechtsgutachten 628</p> <p>33.4 Spezifische Fragen und Probleme bei Umgangsrechtsgutachten 629</p> <p>33.5 Spezifische Fragen und Probleme bei Gutachten zur Einschränkung oder zum Entzug des Sorgerechts 631</p> <p>33.6 Familienrichterliche Genehmigung einer geschlossenen Unterbringung 632</p>	<p>36 Begutachtung der Fahreignung</p> <p>Hans-Thomas Haffner und Andrea Dettling 651</p> <p>36.1 Rechtliche Grundlagen 652</p> <p>36.2 Psychophysisches Leistungsvermögen 653</p> <p>36.3 Kompensation und Kumulation 654</p> <p>36.4 Alkohol 655</p> <p>36.5 Drogen und Arzneimittel 658</p> <p>36.5.1 Drogen und Arzneimittel mit Suchtpotenzial 658</p> <p>36.5.2 Dauerbehandlung mit Arzneimitteln 661</p> <p>36.6 Verstöße gegen verkehrsrechtliche Vorschriften und Straftaten 661</p> <p>36.6.1 Verstöße gegen verkehrsrechtliche Vorschriften (sog. Punktetäter) 661</p> <p>36.6.2 Straftaten 662</p> <p>36.7 Psychische Störungen 663</p> <p>36.7.1 Hirnorganische Störungen (einschl. degenerativer Alterungsprozesse) 663</p> <p>36.7.2 Schizophrene und affektive Psychosen 664</p> <p>36.8 Intellektuelle Leistungseinschränkungen 665</p> <p>36.9 Somatische Erkrankungen 665</p> <p>36.9.1 Sehvermögen 665</p> <p>36.9.2 Hörvermögen und Gleichgewicht 665</p> <p>36.9.3 Bewegungsbehinderungen 666</p> <p>36.9.4 Herz-Kreislauf-Erkrankungen 666</p> <p>36.9.5 Diabetes mellitus 666</p> <p>36.9.6 Nierenerkrankungen 666</p> <p>36.9.7 Lungen- und Bronchialerkrankungen 666</p> <p>36.9.8 Neurologische Erkrankungen 667</p>
<p>34 Begutachtung im Sozialrecht: Kinder- und Jugendhilfegesetz (SGB VIII, OEG)</p> <p>Michael Günter 637</p> <p>34.1 Sachverständigkeit im Rahmen des KJHG (SGB VIII) 638</p> <p>34.1.1 Seelische Behinderung und Eingliederungshilfe bei Kindern und Jugendlichen 638</p> <p>34.1.2 Stellungnahmen zur Eingliederungshilfe bei seelisch behinderten Kindern und Jugendlichen 639</p> <p>34.2 Begutachtung von Kindern und Jugendlichen nach dem Opferentschädigungsgesetz (OEG) 640</p> <p>34.2.1 Altersgebundenheit der Symptome und der Psychopathologie 640</p> <p>34.2.2 Bedeutung der familiären Dynamik 641</p> <p>34.2.3 Verhältnis von Vorschädigung und verfahrensgegenständlicher Schädigung 641</p> <p>34.2.4 Minderung der Erwerbsfähigkeit bei Kindern und Jugendlichen 642</p>	<p>37 Begutachtung der persönlichen Eignung nach dem Waffengesetz</p> <p>Stephan Bork und Klaus Foerster 671</p> <p>37.1 Einleitung und rechtliche Grundlagen 672</p> <p>37.2 Qualifikation des Gutachters 672</p> <p>37.3 Ablauf der Begutachtung 673</p> <p>37.4 Begutachtung nach § 6 Abs. 2 WaffG 673</p> <p>37.5 Begutachtung nach § 6 Abs. 3 WaffG 674</p>
	<p>38 Stalking</p> <p>Harald Dreßing, Claudia Dreßing und Peter Gass 677</p> <p>38.1 Einleitung 678</p> <p>38.2 Forschungsstand 678</p> <p>38.2.1 Stalking-Methoden 678</p>

38.2.2	Häufigkeit von Stalking	678	41	Psychiatrische Begutachtung von Ärzten und Apothekern zu approbationsrechtlichen Fragen	
38.2.3	Stalker-Typologien	679		Michael Soyka	725
38.2.4	Stalking-Opfer	680		Einleitung	726
38.3	Begutachtung von Stalkern im Hinblick auf Schuldfähigkeit und Prognose	680	41.1	Gründe für die Verweigerung bzw. den Entzug der Approbation	726
			41.2	Gutachtliche Fragestellungen	727
39	Die Begutachtung der Glaubhaftigkeit				
	Renate Volbert und Max Steller	683	41.3		
39.1	Einleitung	684			
39.1.1	Hintergrund	684	42	Die Begutachtung im Rahmen der Unterbringungsgesetze der Länder	
39.1.2	Aussagepsychologische Fragestellungen	684		Sabine Müller, Andreas Heinz und Harald Dreßing	731
39.2	Unterscheidung zwischen wahren und erfundenen Aussagen	685	42.1	Allgemeines	732
39.2.1	Theoretische Annahmen zum qualitativen Unterschied zwischen wahren und erfundenen Aussagen	685	42.2	Rechtliche Grundlagen	734
39.2.2	Systeme für merkmalsorientierte Qualitätsanalysen	686	42.2.1	Verfahrensrecht	734
39.2.3	Empirische Befunde zum Qualitätsunterschied zwischen wahren und erfundenen Aussagen	688	42.2.2	Materielle Rechtsgrundlagen	735
39.2.4	Aussageimmanente Qualitätsanalyse	689	42.3	Psychiatrische Aspekte	737
39.2.5	Aussageübergreifende Qualitätsanalyse	689	42.4	Erfahrungen	738
39.2.6	Zu berücksichtigende personale Bedingungen	692	42.5	Besondere Probleme	739
39.3	Unterscheidung zwischen wahren und suggerierten Aussagen	694	42.5.1	Behandlungskosten	739
39.3.1	Fremdsuggerierte Aussagen bei Kindern	694	42.5.2	Konkurrenz mit strafrechtlichen Maßnahmen	739
39.3.2	Auto- oder fremdsuggerierte Aussagen bei Jugendlichen und Erwachsenen	697	42.5.3	Notwendigkeit der geschlossenen Station	739
39.3.3	Analyseschritte bei der Unterscheidung zwischen wahren und suggerierten Aussagen	699	43	Psychiatrische Begutachtung bei asyl- und ausländerrechtlichen Verfahren	
39.4	Gesamtbewertung	701		Harald Dreßing, Kivanc Karacay und Klaus Foerster	741
39.4.1	Allgemeine Überlegungen	701	43.1	Einleitung	742
39.4.2	Erhebungsbereiche und -methoden	702	43.2	Ethische und professionelle Dilemmata	742
39.5	Grenzen aussagepsychologischer Befunderhebungen	703	43.3	Besonderheiten der Untersuchungssituation	743
			43.4	Rechtliche Grundlagen und Fragestellungen	744
			43.5	Beweisfragen	745
			43.5.1	Gesundheitszustand	745
			43.5.2	Traumatisierung und posttraumatische Belastungsstörung	745
			43.5.3	Weitere psychische Störungen	746
			43.6	Glaubhaftigkeit	746
			43.7	Abschiebehindernisse	747
40	Psychiatrische Begutachtung von Suizidhandlungen				
	Paul Hoff und Ulrich Venzlaff †	709	VIII	Forensische Psychiatrie in den Nachbarländern Österreich und Schweiz	
40.1	Einleitung	710	44	Psychiatrische Begutachtung in Österreich	
40.2	Theorie der Suizidhandlungen	710		Hans Schanda und Regina Prunnlechner-Neumann	751
40.3	Epidemiologie der Suizidhandlungen	712	44.1	Einleitung	752
40.4	Risikofaktoren	713	44.2	Strafrecht	752
40.5	Wahrscheinlichkeit der Wiederholung von Suizidhandlungen	714	44.2.1	Verfahren bei Verdacht auf das Vorliegen einer Geistesstörung bzw. Zurechnungsunfähigkeit	752
40.6	Suizidprävention	714	44.2.2	Zurechnungsunfähigkeit	753
40.7	Begutachtung	715	44.2.3	Vorbeugende Maßnahmen	753
40.8	Spezielle Fragen: freiverantwortlicher und assistierter Suizid, erweiterter Suizid	719			
40.9	Ausblick	722			

44.2.4	Straf- und Maßnahmenvollzug	755	45	Psychiatrische Begutachtung in der Schweiz
44.2.5	Kommentar	756		Marc Graf
44.2.6	Jugendgerichtsgesetz	757	45.1	Einleitung
44.2.7	Suchtmittelgesetz	757	45.2	Strafrecht
44.2.8	Verhandlungsfähigkeit, Einvernahmefähigkeit, Haftfähigkeit	758	45.2.1	Notwendigkeit der Begutachtung
44.3	Zivil- und Verwaltungsrecht	758	45.2.2	Schuldfähigkeit
44.3.1	Prozess-, Geschäfts- und Testierfähigkeit	758	45.2.3	Strafrechtliche Maßnahmen
44.3.2	Sachwalterrecht	759	45.3	Zivilrecht
44.3.3	Patientenverfügung	761	45.3.1	Handlungs- und Urteilsfähigkeit
44.3.4	Unterbringungsrecht	761	45.3.2	Der Erwachsenenschutz
44.3.5	Heimaufenthaltsrecht	762	45.3.3	Eherecht
44.3.6	Familienrecht	763	45.3.4	Sozialversicherungsrecht
44.3.7	Berufsunfähigkeit, Invalidität	763		Register
44.3.8	Schmerzengeld	764		779
44.3.9	Pflegegeld	765		
44.3.10	Fahrtauglichkeit	765		

präsentative Normen für verschiedene Altersgruppen vorzuhalten. Dabei sei aber darauf verwiesen, dass beim SPM-Test (Raven 1958; Raven et al. 1998) lediglich computergestützte Versionen entsprechende Normen bieten, während die letzte Fassung des Handbuchs zur Papier-und-Bleistift-Version (Horn 2009) nur Werte für Schüler und Studierende enthält. Zudem sei darauf verwiesen, dass beim CFT 20-R die Altersnormen für Erwachsene den Gesamtbereich „älter als 20 Jahre“ umfassen (ohne Angaben für spezifischere Altersgruppen bereitzustellen) und dass diese Normen lediglich durch Extrapolation aus den Werteverläufen der Altersgruppen von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen gewonnen wurden (Weiss 2006). Schließlich ist zu beachten, dass sich die gutachterliche Feststellung der Voraussetzungen für das juristische Eingangskriterium des sog. Schwachsinn keineswegs in der Nennung eines Intelligenzquotienten (mit Konfidenzintervall) erschöpft, sondern vielmehr ein Abgleich der Testleistung mit den lebenspraktischen Fähigkeiten des Probanden erfolgen muss. Nur wenn die Betrachtung der Lebensverhältnisse und des Werdegangs der Betreffenden darauf hindeuten, dass sie allenfalls einfache Routinetätigkeiten übernehmen können und nur bedingt zu einer selbstständigen Lebensführung in der Lage sind, kann eine entsprechende Diagnose gestellt werden.

3.3.2 Neuropsychologische Tests

Zur Feststellung und Quantifizierung anderweitiger kognitiver Einbußen als jener, welche die Intelligenz betreffen, sind i. Allg. neuropsychologische Tests besonders geeignet (s. hierzu auch die Übersichten bei Littmann 2005 und Larabee 2011). So kann die computergestützte Beurteilung der Aufmerksamkeitsleistung mithilfe der Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung (TAP; Zimmermann und Fimm 2012) z. B. zur Bewertung des Ausmaßes der Negativsymptomatik im Rahmen einer schizophrenen Erkrankung ebenso nützlich sein (Reed et al. 2002) wie für die Abschätzung von Funktionsdefiziten nach Schädel-Hirn-Traumata. Die Subtests zur Geteilten Aufmerksamkeit, zum Arbeitsgedächtnis und – bei basalen Einschränkungen – zur **Alertness** haben sich hierfür als besonders praktikabel erwiesen. Zwar liegen auch empirisch gut überprüfte Papier-und-Bleistift-Verfahren zur Bewertung von Aufmerksamkeit und Konzentrationsvermögen vor – z. B. FAIR-2 (Moosbrugger und Oehlschlägel 2011) oder d2R (Brickenkamp et al. 2010) –, jedoch erfordern jene aufgrund ihrer Konzeption als Geschwindigkeitstests auch ein gewisses Maß an Fingerfertigkeit und handmotorischer Geschicklichkeit von den Probanden, während die reine Anwendung von Reaktionstasten wie bei der TAP mögliche Artefakte aufgrund mangelnder Behändigkeit weitgehend ausschließt.

Im Hinblick auf Einschränkungen der kognitiven geistigen Flexibilität, die sich u. a. in Perseverationen bei geistigen Anforderungen niederschlagen kann, hat sich z. B. der Wisconsin-Kartensortiertest (WCST); Heaton et al. (1993) bewährt. Alternativ erscheint der *Ruff Figural Fluency Test* (Feldmann und Melchers 2004) tauglich. Allerdings liegen weder für den WCST noch für den *Ruff Figural Fluency Test* deutschsprachige Normen vor, jedenfalls was die Papier-und-Bleistift-Versionen betrifft. Erhöhte Irritierbarkeit durch wider-

streitende gedankliche Einflüsse kann etwa mithilfe des Farbe-Wort-Interferenztests (Bäumler 1985), besser bekannt als *Stroop Test*, erfasst werden. Das Planungsvermögen i. S. der zielorientierten Sequenzierung gedanklicher Vorgänge kann durch den **Turm-von-London-Test** (Tucha und Lange 2004) erfasst werden. Zur Abschätzung der Fähigkeit zur Impulskontrolle kommt der Subtest *Go/Nogo* aus der TAP infrage, wobei die Aufgabenstellung auch selektive Aufmerksamkeit bzw. eine Kategorisierungsleistung erfordert.

Eine differenzierte Bewertung mnestischer Funktionen, die sowohl Erwerb und Wiedergabe abprüft, und zwar auch über längere Intervalle, ermöglicht die revidierte Fassung der *Wechsler Memory Scale* (WMS-IV), dt. von Petermann und Lepach (2012). Ergänzend kann der nonverbale Corsi-Blockspannentest (Milner 1971) als Test für die Leistungsfähigkeit des visuell-räumlichen Arbeitsgedächtnisses (Vandierendonck et al. 2004) eingesetzt werden (Schellig 1997). Schwerwiegende Defizite in exekutiven Funktionen können durch die Testbatterie BADS (Wilson et al. 2000) alltagsnah erfasst werden; bei Verdacht auf eine neurodegenerative Erkrankung kommt z. B. der Demenz-Test (Kessler et al. 1999) infrage. In jedem Fall erlaubt eine Auswahl der vorgenannten neuropsychologischen Tests eine exaktere Beurteilung von Einschränkungen des formalen Denkens, als dies mithilfe des populären Sich-Erklären-Lassens von Sprichwörtern geleistet werden kann; eine Normierung eines solchen Tests zur Erläuterung von Sprichwörtern (mit entsprechenden Codierungsrichtlinien) haben übrigens Barth und Küfferle (2001) vorgelegt.

3.3.3 Selbstberichtsfragebogen

Affektive Störungen können u. a. mithilfe von Selbstberichtsfragebogen zur Symptomatik depressiver Erkrankungen (BDI-II; Hautzinger et al. 2009) oder mit der *Toronto-Alexithymie-Skala* (TAS-26; Taylor et al. 1985) in der deutschen Fassung von Kupfer et al. (2001) abgeschätzt werden. Auch zur Beurteilung des Schweregrads und der Auftretensbedingungen von Angst- oder Zwangsstörungen als mögliche Voraussetzung für die juristische Zumessung einer schweren anderen seelischen Abartigkeit sind u. U. Symptomchecklisten oder Beschwerdefragebögen erforderlich.

Über die psychologische **Persönlichkeitsdiagnostik** im Kontext der Schuldfähigkeitsbegutachtung informieren z. B. Scheurer und Richter (2005). Die Verwendung von allgemeinen Persönlichkeitsfragebögen, etwa nach dem Eysenckschen Drei-Faktoren-Modell der Persönlichkeit wie im Fall des revidierten *Eysenck Personality Questionnaire* (EPQ-R; dt. von Ruch 1999) oder nach der mittlerweile einflussreichereren Fünf-Faktoren-Theorie der Persönlichkeit von Costa und McCrae, z. B. anhand des *revidierten NEO-Persönlichkeitsinventars* (NEO-PI-R; dt. von Ostendorf und Angleitner 2004), erbringt für forensisch-psychiatrische Zwecke oftmals kaum einen Erkenntnisgewinn, weil die Antworten im Prinzip in die eine wie die andere Richtung moduliert werden können. Zudem dürfte auch für einen unterdurchschnittlich begabten Probanden klar sein, dass z. B. das Bejahen der Frage, ob man mitunter gern Tiere neckt oder quäle, nicht unbedingt ein günstiges Licht auf ihn werfen dürfte.

Bedeutsamer als globale Persönlichkeitseigenschaften erscheinen daher im forensisch-psychiatrischen Zusammenhang bestimmte Dispositionen, die in Zusammenhang mit Delinquenz stehen. Es ist anzunehmen, dass langfristig heutzutage experimentell genutzte Verfahren, etwa der *Iowa Gambling Task* (Bechara et al. 1994) oder der *Balloon Analogue Risk Task* (Lejuez et al. 2002) i. S. objektiver Persönlichkeitstests an Bedeutung gewinnen werden, um etwa die Risikobereitschaft oder die Fähigkeit zum Belohnungsaufschub (als Teilelemente des Merkmals Impulsivität) zu untersuchen. Einstweilen kann Impulsivität z. B. explorativ mithilfe der *Barratt-Impulsivitätskala* (BIS-11; Patton et al. 1995) erfasst werden. Allerdings handelt es sich bei der Normstichprobe der deutschsprachigen Version (Preuss et al. 2008) um eine Gelegenheitsstichprobe, für die zudem nur der Mittelwert und die Streuung (**SD**) der Werteverteilung angegeben werden, sodass allenfalls eine grobe Einteilung (durchschnittlich, unter- oder überdurchschnittlich) erfolgen kann, je nachdem ob der Kennwert eines Probanden im Bereich einer **SD**-Einheit um den Mittelwert der Normstichprobe liegt oder darunter bzw. darüber. Eine mögliche Alternative wäre die Kurzfassung des *UPPS-Fragebogens* (dt. von Keye et al. 2009), wobei nach Kenntnis des Autors hierfür bislang noch keine Normdaten publiziert worden sind.

Der *Kurzfragebogen zur Erfassung von Aggressivitätsfaktoren* (K-FAF; Heubrock und Petermann 2008) betrifft ebenfalls ein forensisch-psychiatrisch bedeutsames Merkmal. Im Unterschied zur Vorgängerversion beinhaltet der K-FAF allerdings keine Kontrollskala für Offenheit mehr. Die Reliabilitätskoeffizienten der Subskalen des K-FAF liegen nur teilweise im zufriedenstellenden (Erregbarkeit, Selbstaggressivität) bis guten Bereich (Gesamtwert Aggressivität), für eine Subskala (Aggressionshemmung) hingegen deutlich darunter ($Rel = .55$). Neben den Normdaten einer teilweise aus Studierenden der Psychologie bestehenden Eichstichprobe stehen zusätzlich die Skalenwerte einer Gruppe von 54 Straftätern und 6 Straftäterinnen zur Verfügung, was die vergleichende Einordnung von Probandenkennwerten zwischen Norm- und Straftäterstichprobe ermöglicht. Zudem stehen für den K-FAF Versionen in türkischer und russischer Sprache zur Verfügung, allerdings ohne entsprechende Normen.

Die deutsche Fassung des *Multiphasic Sex Inventory* (MSI; Deegener 1996) wird zwar häufig in der Begutachtung von Sexualstraftätern eingesetzt. Mit Vergleichsgruppen von 20 Kindesmissbrauchern, 19 Vergewaltigern und 110 Medizinstudenten ist die Normierung des Verfahrens jedoch unzureichend. Zudem liegen keine Reliabilitätskennwerte für die deutschen Stichproben vor; jene der nordamerikanischen Version sind teilweise eindeutig zu niedrig für Einzelfallbewertungen (z. B. $Rel = .58$ für die Subskala Wissen und Überzeugungen über Sexualität oder .64 für die Offenheitsskala Soziale Sexualerwünschtheit). Schließlich ist der Fragebogen mit 300 Items sehr umfangreich, und die Verwendung negativ gepolter Items führt bei Probanden mitunter zu Verständnisproblemen, etwa ob man mit „richtig“ oder „falsch“ auf die Frage „Ich habe noch nie ein Mädchen sexuell belästigt“ antworten müsste, wenn man dies tatsächlich noch nie getan hat.

Soziale Erwünschtheit

Diverse Selbstberichtsfragebogen enthalten sog. Offenheits- oder (andersherum codiert) Lügenskalen, mit deren Hilfe Antwortverzerrungen festgestellt werden sollen, so etwa das *revidierte Freiburger Persönlichkeitsinventar* (FPI-R; Fahrenberg et al. 2010) oder das EPQ-R (Ruch 1999). Wie Paulhus (1984) zeigen konnte, umfasst das Konstrukt der sozialen Erwünschtheit zwei Komponenten: zum einen Selbstdäuschung und zum anderen Eindruckskontrolle (engl.: *impression management*). Während Ersteres auf die i. d. R. unbewusste Neigung abzielt, eigene Eigenschaften oder Fähigkeiten verzerrt darzustellen (etwa i. S. einer Selbstdidealisation), beschreibt der Begriff der Eindruckskontrolle das Bestreben, sich selbst in einem möglichst günstigen, zumindest aber unverfälschten Licht zu präsentieren. Die Selbstdäuschung zeigt sich vornehmlich in der Leugnung intrapsychischer Konflikte oder Unsicherheiten, wohingegen die Eindruckskontrolle in der Zuschreibung unwahrscheinlicher Tugenden deutlich wird. Ein Beispiel für Selbstdäuschung wäre die Behauptung, niemals Groll gegen die eigenen Eltern gehegt zu haben; ein Beispiel für Eindruckskontrolle hingegen die Aussage, immer höflich und zuvorkommend zu sein, auch zu sehr unfreundlichen Mitmenschen. Eine deutschsprachige Fassung des ursprünglich von Paulhus entwickelten *Balanced Inventory of Desirable Responding* (BIDR) wurde von Musch et al. (2002) vorgelegt, wobei die Reliabilität der Subskalen mit Werten von .64 und .66 (geschätzt über die interne Konsistenz) für Selbstdäuschung und Eindruckskontrolle im Hinblick auf Einzelfallbeurteilungen zu gering ist.

Problematisch an solchen Kontrollsakalen ist allerdings, dass es sich bei der Bereitschaft, sozial erwünscht zu antworten, offenbar nicht um eine stabile Eigenschaft oder situative Tendenz handelt, die klar abgrenzbar wäre, sondern vielmehr um eine Disposition, die mit anderen Persönlichkeitseigenschaften eng verwoben ist. So verweist eine Metaanalyse von Ones et al. (1996) z. B. darauf, dass emotionale Stabilität und Gewissenhaftigkeit mit dem Grad sozial erwünschter Antworttendenzen positiv korreliert seien. Ebenso konnten Costa und McCrae (1983) zeigen, dass Skalen zur sozialen Erwünschtheit auch inhaltliche (sprich: eigenschaftsbezogene) Aspekte abbilden und nicht nur Selbst- oder Fremdäuschung. Daher ist bei der Interpretation der Ergebnisse von Offenheits- oder Lügenskalen Vorsicht geboten, zumal die Werte mit dem Alter des Probanden zusammenhängen. Im Durchschnitt weisen ältere Probanden höhere Ausprägungen sozial erwünschter Antworttendenzen auf als jüngere (z. B. Soubelet und Salthouse 2011). Höhere Kennwerte in Bezug auf soziale Erwünschtheit können demnach Ausdruck besonderer Gewissenhaftigkeit (oder Zwanghaftigkeit) oder höheren Lebensalters sein. Eine vorschnelle Interpretation des gesamten Fragebogenprotokolls als nicht authentisch muss folglich vermieden werden. Daher sollte ein hoher Schwellenwert auf entsprechenden Skalen festgelegt werden, der zum Verwerfen des Fragebogenprotokolls führen würde. Eysenck (1976) hat hierfür z. B. einen Wert vorgeschlagen, der gegenüber dem Mittelwert der Normstichprobe um mehr als zwei Standardabweichungseinheiten nach oben abweichen würde.

Neben der inhaltlichen Auswahl von Antworten i. S. der sozialen Erwünschtheit kann die Authentizität eines Fragebogenprotokolls

auch aus anderen Gründen infrage gestellt sein. Einer dieser Gründe ist die Akquieszenz (oder Jasage-Tendenz) bzw. die Neinsage-Tendenz. Eine weiteres Problem stellt die mangelnde Ausschöpfung sämtlicher Antwortalternativen bei mehrfach gestuften Selbstbeurteilungsskalen dar: Möglicherweise wählt der Proband sehr häufig die neutrale Mittelkategorie („weiß nicht“ oder „neutral“) und gelegentlich die Optionen „stimme eher zu“ oder „stimme eher nicht zu“, niemals jedoch die Optionen „stimme voll zu“ oder „stimme überhaupt nicht zu“. In der Folge ergibt sich ein blandes Durchschnittsprofil, und es bleibt offen, ob dies einen unauffälligen Menschen beschreibt oder eher Ausdruck des Wunsches ist, möglichst unauffällig zu erscheinen. Die Akquieszenz (oder alternativ die Neinsage-Tendenz) lässt sich bei binären Antwortformaten (ja/nein) über einen Binomialtest abprüfen, wenn aus Stichprobendaten der Mittelwert für die Anzahl der Ja-Antworten bekannt ist. Um andererseits bei mehrstufigen Antwortformaten einen Eindruck davon zu erlangen, ob der Proband das Spektrum der Antwortalternativen ausschöpft, kann man den relativen Informationsgehalt des Antwortprofils nach der Formel berechnen, die bei Mittenecker und Raab (1973) wiedergegeben ist.

3.3.4 Fremdbeurteilungsverfahren

Diagnostische Verfahren

Das Ausmaß und die Ausprägung von Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis können mithilfe von psychiatrischen Fremdbeurteilungsverfahren wie der *Positive and Negative Symptom Scale* (PANSS; Kay et al. 1999) beschrieben werden. Für affektive Störungen steht als psychiatrische Fremdbeurteilungsskala z. B. die *Hamilton Depression Scale* (HAMD; CIPS 1977) zur Verfügung (kritisch zur HAMD z. B. Stieglitz 2007). Weniger als bei der Beurteilung der Voraussetzungen für das Vorliegen einer de- oder exkulpierungsrelevanten **krankhaften seelischen Störung** spielen Fremdbeurteilungsverfahren jedoch im Zusammenhang mit Diagnosen eine Rolle, die unter die schwere andere seelische Abartigkeit subsumiert werden können. Insbesondere bei der Klärung der Frage, ob eine Persönlichkeitsstörung vorliegt, kommen Fremdbeurteilungsverfahren zum Einsatz. Taugliche Verfahren in dieser Hinsicht sind etwa das Strukturierte Klinische Interview für die Diagnostik, Achse II (Persönlichkeitsstörungen), kurz: SKID-II (Fydrich et al. 1997) oder die deutsche Fassung der *International Personality Disorder Examination* (IPDE; Mombour et al. 1996). Dabei handelt es sich jeweils um Leitfäden für halbstrukturierte Interviews. Auch wenn z. B. das SKID-II einen Screening-Fragebogen beinhaltet, aufgrund dessen sich Verdachtsdiagnosen ergeben können, die im nachfolgenden Interview näher beleuchtet werden sollten, stellen diese Selbsteinschätzungen des Probanden weder alleinige Ein noch gar Ausschlusskriterien für mögliche weitere oder andere Persönlichkeitsstörungen dar; d. h., auch anderweitige (z. B. fremdanehmnestische) Informationen oder der Eindruck aus der Verhaltensbeobachtung sollten Grundlage sein, um mögliche diagnostische Kriterien für Persönlichkeitsstörungen im Interview eingehend zu erfragen.

Wie eine ältere Übersichtsarbeit von Zimmermann (1994) nahelegt, führt die Verwendung (halb-)strukturierter Interviews bei der Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen in der Tat zu einer besseren Beurteilerübereinstimmung als eine klinisch-intuitive Vorgehensweise. So ergaben sich bei Verwendung halbstrukturierter Interviews zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen mittlere κ -Werte zwischen .62 und .77, während Diagnosen aufgrund unstrukturierter klinischer Interviews erheblich weniger Übereinstimmung aufwiesen (.01 $\leq \kappa \leq$.49, Median = .23).

Der zusätzliche Einsatz von Selbstberichtsverfahren für Persönlichkeitsakzentuierungen oder störungsanaloge Eigenschaften – z. B. Inventar Klinischer Persönlichkeitsakzentuierungen von Andresen (2006), Persönlichkeitsstil- und Störungsinventar von Kuhl und Kazén (1997), Konfliktverhalten situativ von Klemm (2002), Narzissmus-Inventar von Deneke und Hilgenstock (1989) oder Borderline-Persönlichkeit-Inventar von Leichsenring (1997) – ist vertretbar, jedoch können deren Ergebnisse den diagnostischen Befund von Fremdbeurteilungsverfahren allenfalls ergänzen, nicht aber grundlegend verändern (s. hierzu auch die ausführliche vergleichende Darstellung bei Littmann 2014). Die auf der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung aufbauende Frage, ob diese auch als schwere andere seelische Abartigkeit aufzufassen sei (vgl. Kröber 2014), wird durch die Verwendung der *Level of Personality Functioning Scale* (LPFS; American Psychiatric Association 2013), die im Anhang des DSM-5 im Alternativmodell für die Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen enthalten ist, voraussichtlich eine Objektivierung erfahren. Die LPFS sieht vor, für die Bereiche Identität, Selbstgerichtetetheit, Empathievermögen und Nähe jeweils kriteriengeleitet eine Einstufung auf einer vierstufigen Skala vorzunehmen (von 0: wenig oder keine Beeinträchtigung bis 3: schwerwiegende Beeinträchtigung). Dies steht weitgehend in Übereinstimmung mit den Empfehlungen, bei der Einstufung einer Persönlichkeitsstörung als schwere andere seelische Abartigkeit u. a. Auffälligkeiten in der Affektregulation, Einengungen der Lebensführung, Beeinträchtigungen in der Beziehungsgestaltung, unflexible Denkstile, Störungen des Selbstwertgefühls sowie Schwächen in psychischen Abwehrmechanismen und in der Realitätsprüfung zu beachten (Boetticher et al. 2005).

Für die Diagnostik von *psychopathy* i. S. von Cleckley oder Hare als (im DSM-5 und in der ICD-10 als Synonym aufgeführte) Variante der antisozialen bzw. dissozialen Persönlichkeitsstörung (vgl. Coid und Ullrich 2010) kommt v. a. der Einsatz der *Psychopathy Checklist* in ihrer revidierten Fassung (PCL-R; Hare 2003) oder in der Kurzfassung (PCL-SV; Hart et al. 1995, deutschsprachige Handbuchbeilage von Freese 1999) infrage (Mokros 2013; > Kap. 18). Die Testhalbierungsreliabilität der PCL-R hat sich mit .84 in einer großen Stichprobe österreichischer Gewalt- und Sexualstraftäter als ebenso hoch erwiesen wie in der nordamerikanischen Normstichprobe (Mokros et al. 2013b). Als angemessener Trennwert für die Feststellung des Merkmals *psychopathy* hat sich im deutschen Sprachraum ein Summenwert von 25 Punkten herausgestellt (Mokros et al. 2013c). Ebenso wie bei anderen Persönlichkeitsstörungen erscheint auch in Bezug auf *psychopathy* die Ersetzung von Fremdbeurteilungs- durch Selbstberichtsverfahren (wie die deutsche Fassung des revidierten *Psychopathic Personality Inventory* von Alpers

und Eisenbarth 2008) als nicht zielführend. Zwar verweist eine Metaanalyse im Forschungskontext auf eine Unabhängigkeit zwischen selbstberichteten *Psychopathy*-Eigenschaften von sozial erwünschten Antworttendenzen, allerdings stellen die Autoren jener Studie fest, dass dies keineswegs für forensische Fragestellungen gelten müsse (Ray et al. 2013).

Schließlich ist denkbar, dass Fremdbeurteilungsverfahren in Bezug auf das **Tatverhalten** für die forensisch-psychiatrische Diagnostik und Prognostik an Bedeutung gewinnen werden (Osterheider und Mokros 2006). In den letzten Jahren sind entsprechende Skalen für die Diagnostik sexueller Präferenzstörungen, konkret: Pädophilie (Seto und Lalumière 2001; Dahle et al. 2014) und Sadismus (Mokros et al. 2014a) entwickelt worden, ebenso wie für die Abschätzung des Risikos erneuter Delinquenz bei Sexualstraftätern (Dahle et al. 2010). Die *Screening Scale for Pedophilic Interests* (SSPI) von Seto und Lalumière (2001) soll abzuschätzen erlauben, ob bei einem Probanden möglicherweise eine pädophile Neigung vorliegt. Hierfür werden vier Kriterien anhand der aktenkundigen Informationen über die einschlägigen Delikte von Personen codiert, die sexuelle Missbrauchsdelikte an Kindern begangen haben: mindestens ein männliches Opfer, mehr als ein Opfer, mindestens ein Opfer im Alter von 11 Jahren oder darunter sowie mindestens ein Opfer außerhalb der (erweiterten) Familie des Probanden. Als vorhanden gewertete Merkmale werden jeweils mit 1 Punkt gewertet; lediglich das Item „männliches Opfer“ gibt 2 Punkte, sodass der Höchstwert in der SSPI 5 Punkte beträgt.³

Die Beurteilerübereinstimmung bei der Codierung entsprechender Tatverhaltensweisen ist für die *Sexueller-Sadismus-Skala* (Se-SaS; Mokros et al. 2014a) und für die *Screening-Skala Pädophilen Tatverhaltens* (Dahle et al. 2014) als gut zu bezeichnen; ebenso ergaben sich Hinweise für die konvergente Validität mit anderweitigen Verfahren bzw. mit klinischen Diagnosen, teilweise auch Hinweise auf inkrementelle Validität gegenüber bestehenden Verfahren (so z. B. beim Tatbild-Risiko-Score, Dahle et al. 2010). Gleichwohl fehlen noch Angaben zur Reliabilität i. S. der internen Konsistenz sowie externe Kreuzvalidierungen der genannten Tatverhaltensskalen. Ein Vorteil solcher Tatverhaltensskalen ist ihre nichtreaktive

Struktur: Ihre Ergebnisse können vom Probanden nicht i. S. positiver Eindrucksbildung verfälscht werden. Andererseits sind die Werte auf entsprechenden Skalen nur so aussagekräftig, wie es der Detailreichtum und die Fülle der vorliegenden Informationen zum Tatbild erlaubt.

Kriminalprognostische Beurteilungsskalen

Einer Umfrage von Rettenberger (2013) zufolge war die im vorangegangenen Absatz erwähnte PCL-R in Deutschland das am häufigsten verwendete kriminalprognostische Verfahren unter befragten Personen, die im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit Kriminalprognosen erstellen. Dies scheint insofern gerechtfertigt zu sein, als das Risiko erneuter Gewaltdelikte bei Straftätern im deutschen Sprachraum um das 2½-Fache erhöht ist, wenn die Betreffenden mindestens 25 Punkte in der PCL-R aufweisen (Mokros et al. 2014b); ebenso wie im internationalen Schrifttum berichtet, verfügt die PCL-R auch im deutschsprachigen Raum über eine mittelgradige Effektstärke ($d = 0,60$) im Hinblick auf erneute Gewaltdelinquenz.

Im Unterschied zur psychodiagnostisch begründeten PCL-R wurden andere Verfahren spezifisch für die Abschätzung des Risikos für erneute Gewalt- und/oder Sexualstraftaten entwickelt. Einen Überblick bieten Rettenberger und von Franqué (2013). Im Hinblick auf die Einhaltung testpsychologischer Gütekriterien sowie das Vorliegen geeigneter Norm- oder Vergleichsdaten aus dem deutschsprachigen Raum erscheint die folgende Auswahl an Verfahren für die forensisch-psychiatrisch-/psychologische Beurteilung zielführend: Bei Personen, die wegen einer Gewaltstraffat kriminalprognostisch zu beurteilen sind, sollten der VRAG, die PCL-R und das HCR-20 (Version 3) durchgeführt werden; bei Personen, die wegen einer Sexualstraffat kriminalprognostisch zu beurteilen sind, ist die Durchführung des Static-99 (alternativ: des SORAG), der PCL-R und ggf. der Verfahren Stable-2007 und Acute-2007 zu empfehlen.

Gewaltrisiko

Der *Violence Risk Appraisal Guide* (VRAG; Quinsey et al. 2006) in der Übersetzung von Eher und Rettenberger (2011) oder von Rossberger et al. (2009) ist ein aktuarisches Verfahren zur Einschätzung des künftigen Risikos für Gewaltdelinquenz. Der Begriff aktuarisch bedeutet in diesem Zusammenhang, dass aus bestimmten Risikomerkmalen eine gewichtete Summe erstellt wird, um die Wahrscheinlichkeit erneuter Gewaltdelikte abzuschätzen. Einem Einzelfaktor kommt dabei ein umso größeres Gewicht zu, je stärker er in der Entwicklungsstudie zum VRAG mit Rückfälligkeit assoziiert war. Je nach Ausprägung der Probandeneigenschaften im Hinblick auf zwölf Beurteilungskriterien (u. a. Alkoholprobleme in der Vorgeschichte, Familienstand zum Zeitpunkt des Indexdelikts, Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung, einer Schizophrenie oder von *psychopathy*) errechnet sich ein gewichteter Summenwert. Die Punkteskala zur Bewertung des VRAG unterscheidet sich von den Skalen anderer Prognoseinstrumente, weil sie auch negative Werte

³ Seto und Lalumière (2001) berichteten in ihrer Studie, dass für 1.113 Missbrauchstäter aus Kanada physiologische Daten zur sexuellen Erregbarkeit durch kindliche Stimuli vorgelegen hätten. Aufgrund dieser Daten sei eine Zuordnung zu den diagnostischen Untergruppen „pädophil“ bzw. „nicht pädophil“ möglich. Zudem seien 206 mutmaßlich nicht pädophile Vergleichsprobanden (112 Nicht-Straftäter und 94 Vergewaltiger mit erwachsenen Opfern) untersucht worden. Legt man nun einen Trennwert zugrunde, bei dem 90 % der Vergleichsprobanden korrekt als nicht pädophil klassifiziert wurden (Spezifität = 90 %), so würde insgesamt gut ein Viertel (27 %) der Kindesmissbraucher aufgrund der physiologischen Messung als pädophil eingestuft. Unter denjenigen mit SSPI-Kennwerten ≥ 4 ist die Quote der mutmaßlich Pädophilen deutlich höher (45 %) als in der Gesamtgruppe. Der $LR+$ -Wert beträgt 2,2, was immerhin einer geringen Effektstärke im Hinblick auf die Bestätigung der Diagnose entsprechen würde; der Wert für $LR-$ zum Ausschluss der Diagnose wäre hingegen mit 0,63 nicht der Rede wert. Allerdings ist die Wahl der physiologischen Methode der Penis-Plethysmografie als diagnostisches Referenzverfahren suboptimal, weil die Penis-Plethysmografie nicht immun ist gegenüber Verfälschungstendenzen (Marshall 2014).

auch in einem solchen Fall nach § 64 StGB verfahren werden muss; allerdings kommt dann u. U. eine Aussetzung der Maßregel zur Bewährung gemäß § 67b StGB in Betracht (Schönke, Schröder/Stree, Kinzig 2014, § 64 Rn. 18, 20; Fischer 2014, § 67b Rn. 3).

8.5.4 Die Voraussetzungen der Unterbringung in der Sicherungsverwahrung nach § 66 StGB

Die einschneidendste und zugleich fragwürdigste Maßregel, die das deutsche Recht kennt, ist die Sicherungsverwahrung. Bei ihrer Anordnung tritt der Aspekt der Besserung völlig in den Hintergrund: Es geht einzig und allein um die Sicherheitsinteressen der Allgemeinheit, die vor rückfallgefährdeten, hochgefährlichen Hangverbrechern geschützt werden soll (Jescheck und Weigend 1996, 814; LK-Rissing-van Saan/Peglau 2008, § 66 Rn. 3). Die Schuld des Täters spielt, wie bei den anderen Maßregeln, keine Rolle. Die Sicherungsverwahrung ist deshalb auch zulässig, wenn der Täter seine schuldangemessene Strafe bereits verbüßt hat. Sie erstreckt sich folglich über das Ende der Strafvollstreckung hinaus, wenn der Täter weiterhin ein erhebliches Sicherheitsrisiko für die Allgemeinheit darstellt. Zeitlich ist sie unbegrenzt; die geschlossene Unterbringung kann theoretisch lebenslang andauern.

Dieser Charakter mit seiner ausschließlichen Orientierung am Sicherungszweck stellt an die Rechtsstaatlichkeit **besonders** strenge Anforderungen. Ist schon die strafrechtliche Sanktion Ultima Ratio staatlicher Zwangsmaßnahmen, hat das für die Sicherungsverwahrung in besonderem Maße zu gelten: Zu Recht wird sie als „letzte Notmaßnahme der Kriminalpolitik“ bezeichnet (BT-Drucksache V/4094, 19; BGHSt 30, 220 [222]; Bamberger, 2012, 213; NK-Böllinger, Dessecker 2013, § 66 Rn. 34).

Es verwundert nicht, dass die Sicherungsverwahrung unter den Maßregeln am häufigsten infrage gestellt wird (SSW-StGB-Jehle 2014, § 66 Rn. 1). Die Sicherungsverwahrung ist die härteste Konsequenz des Systems der **Zweispurigkeit** im deutschen Strafrecht, das Maßregeln von Strafen und damit Prävention von Repression unterscheidet. Ziel der Maßregel ist der präventive Schutz vor weiteren Taten des Verwahrten. Die tatbezogene Schuld des Täters spielt für die Anordnung und Durchführung keine Rolle (Fischer 2014, § 66 Rn. 19; Landau 2013, 194, 197). An deren Stelle tritt gemäß § 62 StGB die Verhältnismäßigkeit. Sie dient als eher schwaches Korrektiv zur Limitierung der Maßregel und muss als begrenzendes Merkmal die Funktion des Schuldprinzips bei den Strafen übernehmen (BGHSt 50, 199 [204]). Unterschieden wird zwischen der eigentlichen **Sicherungsverwahrung** nach § 66 StGB, der **vorbehalteten**, § 66a StGB, der **nachträglichen** gemäß § 66b StGB und der **Unterbringung nach dem Therapieunterbringungsgesetz**.

Die Neuordnung der Sicherungsverwahrung nach den Urteilen des EGMR und des BVerfG

Das Recht der Sicherungsverwahrung ist geprägt von einer wahren Flut an Urteilen und Gesetzen im Laufe der letzten Jahre, sodass die aktuelle Rechtslage selbst für den Strafjuristen nur schwer nachvoll-

ziehbar ist (NK-Böllinger, Dessecker 2013, § 66 Rn. 6; SSW-StGB-Jehle 2014, § 66 Rn. 3). Einer seit dem Gesetz zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten (SexualdelBekG) vom 26.1.1998 zunehmenden Verschärfung der Sicherungsverwahrung wurde mit Urteil des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte in Straßburg (EGMR) vom 17.12.2009 ein Riegel vorgeschoben (NJW 2010, 2495; NK-Böllinger, Dessecker 2013, § 66 Rn. 6). Mit dem SexualdelBekG war die absolute zeitliche Höchstgrenze der Sicherungsverwahrung von 10 Jahren rückwirkend aufgehoben worden. Das Urteil des EGMR sah darin eine unzulässige Rückwirkung und einen Verstoß gegen Art. 5 Abs. 1 EMRK und Art. 7 Abs. 1 EMRK. Der EGMR stufte die Sicherungsverwahrung trotz ihrer Bezeichnung und dogmatischen Herkunft als zweite Spur ebenfalls als Strafe i. S. des Art. 7 Abs. 1 EMRK ein. Das wurde v.a. mit den geringen Unterschieden zwischen Straf- und Maßregelvollzug begründet (Knauer 2014, 46, 48). Im Ergebnis widerspreche daher die rückwirkende Aufhebung der zeitlichen Höchstverwahrung dem Rückwirkungsgebot (EGMR, EuGRZ 2010, 25, Rn. 124 ff., 127, 129, 133, 135, 137).

Die Feststellungen des EGMR zwangen den Bundesgesetzgeber zu einer ersten Neuordnung der gesetzlichen Grundlagen, die mit dem Gesetz zur Neuordnung der Sicherungsverwahrung vom 22.10.2010 erfolgte (BGBl. I, 2300). Dieses Gesetz trat zum 1.1.2011 in Kraft und brachte zahlreiche Änderungen der §§ 66ff. StGB mit sich, die das Ziel hatten, die nachträgliche Sicherungsverwahrung zu beschränken (SK-Sinn 2011, Vor § 66 Rn. 33). Parallel wurde das Therapieunterbringungsgesetz (ThUG) erlassen (BGBl. 2010 I, 2300 [2305]).

Kurz nach Inkrafttreten der Neuregelung folgten weitere Judikate, die auch das neu gefasste Konzept infrage stellten. So erklärte der EGMR am 13.1.2011 auch die nachträgliche Sicherungsverwahrung nach § 66b StGB für konventionswidrig (EuGRZ 2011, 255 ff.). Er verneinte die Vereinbarkeit von § 66b StGB mit **Art. 5 EMRK** (der abschließend die zulässigen Formen des staatlichen Freiheitsentzugs nennt), weil die nachträgliche Sicherungsverwahrung zu einer Art Präventivhaft führe und unter keine der in der EMRK zugelassenen Freiheitsentziehungen passe (so zuvor Albrecht 2006, 207; Baltzer 2005, 208; Bender 2007, 162; Braum 2004, 106; Hanack 2002, 717; Rzepka 2003, 209; Kinzig 2002, 1458; ders. 2004, 660; Pieroth 2002, 927; Renzikowski 2004, 271; Streng 2006, 98; a. A.: Hörnle 2006, 386). Verkannt wurde indes, dass die EMRK in wertender Rechtsvergleichung nach europäischem Verständnis auszulegen ist, das staatliche Maßnahmen mit vergleichbarer Funktion wie die nachträgliche Sicherungsverwahrung durchaus als „Freiheitsentziehung nach Verurteilung“ versteht, etwa durch die englische *Three-strikes-and-you-are-out*-Doktrin, bei der nach wiederholter schwerer Strafstrafe automatisch eine lebenslange Freiheitsstrafe verhängt wird, was von der Funktion her einer nachträglichen Sicherungsverwahrung gleichsteht (Rosenau und Peters 2007, 586; Frisch 2013, 973). Das BVerfG sah sich indes zu einer Kehrtwende der eigenen Rechtsprechung gezwungen, hatte es doch noch 2006 die Verfassungsmäßigkeit der nachträglichen Sicherungsverwahrung bei einer restriktiven Auslegung uneingeschränkt bejaht (BVerfG, NStZ 2007, 87 f.; Rosenau 2006, 286; BGHSt 50, 180 [185]). Es folgte

nun den Vorgaben des EGMR und stellte am 4.5.2011 die Unvereinbarkeit der §§ 66 ff. a. F. StGB mit Art. 2 Abs. 2 S. 2 i. V. m. Art. 104 Abs. 1 GG und des § 67 d Abs. 3 S. 1 a. F. StGB mit Art. 2 Abs. 2 S. 2 i. V. m. Art. 20 Abs. 3 GG fest. Zum einen verletzten die bestehenden Normen die Rechte des Verwahrten durch fehlende Einhaltung des **Abstandsgebots**. Ein merklicher Unterschied zwischen Straf- und Maßregelvollzug sei, trotz mahnenden Hinweises durch das Gericht bereits im Jahre 2004 (BVerfGE 109, 133) zur Notwendigkeit einer Neuregelung, nicht hergestellt worden (BVerfGE 128, 326). Zudem verletzte die Rückwirkung der Aufhebung der zeitlichen Begrenzung der Sicherungsverwahrung den Vertrauenschutz der Verwahrten. Das Gericht zeigte, orientiert an den Vorgaben des EGMR (EuGRZ 2010, 25 ff.), sieben Eckpunkte auf, mit denen die Forderungen des Abstandsgebots zu erreichen wären (Knauer 2014, 46, 48; Peglau 2013, 249 [250]; Bartsch 2013, 195):

1. Die Sicherungsverwahrung muss **Ultima Ratio** sein.
2. Es muss eine individuelle und intensive Behandlung des Verwahrten erfolgen.
3. Der Betroffene muss realistische Entlassungsperspektiven haben. Er muss gefördert werden; es ist auf das Ziel der Entlassung durch Mitarbeit bei der Behandlung hinzuwirken (**Motivierungsgebot**).
4. Die Verwahrung und der Strafvollzug müssen voneinander organisatorisch und räumlich getrennt stattfinden (**Abstands- oder Trennungsgebot**).
5. Es müssen konkrete Vollzugslockerungen und Entlassungsvorbereitungen getroffen werden (**Minimierungsgebot**).
6. Der Verwahrte muss einen Anspruch auf die Maßnahmen zu seiner Besserung und auf einen Rechtsbeistand zur Durchsetzung erhalten (**Rechtsschutz- und Unterstützungsgebot**).
7. Es müssen regelmäßige Untersuchungen stattfinden, um festzustellen, ob die Gefährlichkeit des Betroffenen noch gegeben ist (**Kontrollgebot**).

Die Sicherungsverwahrung darf keine Verlängerung der Freiheitsstrafe sein. Die grundsätzlich unterschiedlichen verfassungsrechtlichen Voraussetzungen von Strafe und Verwahrung verlangen einen deutlichen Abstand des Strafvollzugs zur Sicherungsverwahrung (Leipold 2011, 312).

Zudem wurde auf die Notwendigkeit einer strikten Prüfung der Verhältnismäßigkeit im Bereich der Sicherungsverwahrung verwiesen. Das Gericht ordnete die Weitergeltung der verfassungswidrigen Normen bis zum 31.5.2013 unter speziellen Vorgaben an und rief den Gesetzgeber auf, bis zum Ablauf der Übergangsfrist eine Lösung zu finden.

Der Gesetzgeber nutzte die Frist nicht zu einer umfassenden Neuregelung des Maßregelrechts, sondern schuf mit dem Gesetz zur bundesrechtlichen Umsetzung des Abstandsgebots im Recht der Sicherungsverwahrung vom 5.12.2012 lediglich ergänzende Vorschriften zur Vollziehung, um die Verfassungsmäßigkeit der Sicherungsverwahrung wiederherzustellen (Renzikowski 2013, 1638; SSW-StGB-Jehle 2014, § 66 Rn. 52). Des Weiteren wurde die nachträgliche Sicherungsverwahrung (§ 66 b StGB) für Neufälle abgeschafft, faktisch aber durch die vorbehaltene Sicherungsverwahrung (§ 66 a StGB) ersetzt. Das Gesetz trat zum **1.6.2013 in Kraft**.

Ergänzende Vorschriften zum Vollzug obliegen den Bundesländern und wurden bereits erlassen (z. B. Bayerisches Sicherungsverwaltungsvollzugsgesetz vom 22.5.2013, GVBl., S. 275).

Anwendung der neuen Vorschriften auf Altfälle

Artikel 316e EGStGB (Übergangsvorschrift zum Gesetz zur Neuordnung des Rechts der Sicherungsverwahrung und zu begleitenden Regelungen)

- (1) Die Vorschriften über die Sicherungsverwahrung in der Fassung des Gesetzes zur Neuordnung des Rechts der Sicherungsverwahrung und zu begleitenden Regelungen vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2300) sind nur anzuwenden, wenn die Tat oder mindestens eine der Taten, wegen deren Begehung die Sicherungsverwahrung angeordnet oder vorbehalten werden soll, nach dem 31. Dezember 2010 begangen worden ist. In allen anderen Fällen ist das bisherige Recht anzuwenden, soweit in den Absätzen 2 und 3 sowie in Artikel 316f. Absatz 2 und 3 nichts anderes bestimmt ist.
- (2) Sind die Taten, wegen deren Begehung die Sicherungsverwahrung nach § 66 des Strafgesetzbuches angeordnet werden soll, vor dem 1. Januar 2011 begangen worden und ist der Täter deswegen noch nicht rechtskräftig verurteilt worden, so ist § 66 des Strafgesetzbuches in der seit dem 1. Januar 2011 geltenden Fassung anzuwenden, wenn diese gegenüber dem bisherigen Recht das mildere Gesetz ist.
- (3) Eine nach § 66 des Strafgesetzbuches vor dem 1. Januar 2011 rechtskräftig angeordnete Sicherungsverwahrung erklärt das Gericht für erledigt, wenn die Anordnung ausschließlich auf Taten beruht, die nach § 66 des Strafgesetzbuches in der seit dem 1. Januar 2011 geltenden Fassung nicht mehr Grundlage für eine solche Anordnung sein können. Das Gericht kann, soweit dies zur Durchführung von Entlassungsvorbereitungen geboten ist, als Zeitpunkt der Erledigung spätestens den 1. Juli 2011 festlegen. Zuständig für die Entscheidungen nach den Sätzen 1 und 2 ist das nach den §§ 454, 462a Absatz 1 der Strafprozeßordnung zuständige Gericht. Für das Verfahren ist § 454 Absatz 1, 3 und 4 der Strafprozeßordnung entsprechend anzuwenden; die Vollstreckungsbehörde über sendet die Akten unverzüglich an die Staatsanwaltschaft des zuständigen Gerichtes, die diese umgehend dem Gericht zur Entscheidung übergibt. Mit der Entlassung aus dem Vollzug tritt Führungs aufsicht ein.
- (4) § 1 des Therapieunterbringungsgesetzes vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2300, 2305) ist unter den dortigen sonstigen Voraussetzungen auch dann anzuwenden, wenn der Betroffene noch nicht in Sicherungsverwahrung untergebracht, gegen ihn aber bereits Sicherungsverwahrung im ersten Rechtszug angeordnet war und aufgrund einer vor dem 4. Mai 2011 ergangenen Revisionsentscheidung festgestellt wurde, dass die Sicherungsverwahrung ausschließlich deshalb nicht rechtskräftig angeordnet werden konnte, weil ein zu berücksichtigendes Verbot rückwirkender Verschärfungen im Recht der Sicherungsverwahrung dem entgegenstand, ohne dass es dabei auf den Grad der Gefährlichkeit des Betroffenen für die Allgemeinheit angekommen wäre.

In diesem Zusammenhang wird gelegentlich diskutiert, dass eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10: F62.0) nach Unfällen auftreten könne. Eine solche Einschätzung ist prinzipiell falsch, da mit Extrembelastung in diesem Sinn Konzentrationslager, Folter, Katastrophen oder anhaltende lebensbedrohliche Situationen gemeint sind, aber nicht Arbeitsunfälle.

Auch die in letzter Zeit häufiger diskutierte „komplexe posttraumatische Belastungsstörung“, die sich u. a. als ein Syndrom darstellen kann, das Ähnlichkeit mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung hat, kann nicht als Folge eines traumatisch erlebten Arbeitsunfalls entschädigt werden. Hier muss auch formal darauf verwiesen werden, dass dieses Syndrom weder in der ICD-10 noch im DSM-5 aufgeführt wird.

31.4.8 Intelligenzminderung

Eine Intelligenzminderung als angeborene Störung kann nicht Folge von Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten sein.

31.5 Soziales Entschädigungsrecht

Das soziale Entschädigungsrecht umfasst diejenigen Gesetze, welche die Entschädigung derjenigen Menschen regeln, die einen gesundheitlichen Schaden erlitten haben, für dessen Folgen die Gemeinschaft in besonderer Weise einsteht. Dieses sind im Wesentlichen die folgenden Gesetze (> Kap. 30.2.9, Erlenkämper 2003):

1. Das Bundesversorgungsgesetz (BVG) regelt die Entschädigung der Kriegsopfer.
2. Das Soldatenversorgungsgesetz (SVG) regelt die Wehrdienstbeschädigungen von Wehrpflichtigen und Soldaten auf Zeit der Bundeswehr.
3. Das Zivildienstgesetz (ZDG) regelt die Gesundheitsschäden aufgrund von Zivildienst.
4. Das Infektionsschutzgesetz (IfSG) entschädigt Impfschäden.
5. Das Opferentschädigungsgesetz (OEG) regelt die Entschädigung der Opfer von Gewalttaten.

Als Schädigungsfolge anzuerkennen und zu entschädigen sind Gesundheitsschäden nur dann, wenn die schädigenden Einwirkungen mit einer versorgungsrechtlich geschützten Tätigkeit in einem inneren Zusammenhang stehen und zumindest eine wesentliche Teilursache bilden. In Anwendung der sozialrechtlichen Kausalitätslehre gelten hier im Wesentlichen dieselben Grundsätze wie im Recht der GUV (> Kap. 30.2.9). Als Schädigungsfolge anerkannt werden jedoch nicht die Folgen *eines* bestimmten Schädigungsereignisses, sondern *alle* Folgen schädigender Ereignisse, und zwar unabhängig davon, ob sie einem einzigen oder mehreren schädigenden Ereignissen zugeordnet werden können. Für die Bejahung eines rechtlich wesentlichen ursächlichen Zusammenhangs reicht es aus, dass die schädigenden Einwirkungen mit hinreichender Wahrscheinlichkeit eine wesentliche Teilursache für die Entstehung des Gesundheitsschadens bilden (> Kap. 30.3.5, > Kap. 30.3.7).

Eine Besonderheit des sozialen Entschädigungsrechts ist die sog. „**Kann-Versorgung**“. Diese kommt gemäß § 1 Satz 3 BVG dann zur Anwendung, wenn drei Voraussetzungen erfüllt sind (Kleiser 2007):

1. Über die Ätiologie und Pathogenese einer Gesundheitsstörung besteht in der medizinischen Wissenschaft Ungewissheit.
2. Ein ursächlicher Einfluss der im Einzelfall vorliegenden Umstände muss in wissenschaftlichen Arbeitshypothesen zumindest als theoretisch begründet in Erwägung gezogen werden.
3. Zwischen der Einwirkung der als krankmachend angesehenen Umstände und der Manifestation oder Verschlimmerung des Krankheitsbildes muss eine geeignete zeitliche Verbindung gewahrt sein, die „mit den allgemeinen Erfahrungen über biologische Verläufe und in den wissenschaftlichen Theorien vertretenen Auffassungen über Art und Wesen des Leidens in Einklang steht“.

Für eine Reihe von Erkrankungen ist eine „Kann-Versorgung“ grundsätzlich anerkannt. Hierzu zählen auf psychiatrischem Gebiet die schizophrenen und die affektiven Psychosen. Das diesbezügliche Rundschreiben „Soziale Entschädigung VI5–55470 vom 12.12.1996“ hat nach wie vor Gültigkeit und kann als pdf-Dokument auf den Seiten des BMAS abgerufen werden.

Die Bewertung der Schädigungsfolge erfolgt gemäß der seit dem 1.1.2009 gültigen „Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV)“ (zugänglich unter www.gesetze-im-internet.de/vers-medv/BJNR241200008.html). Grund für die Einführung dieser neuen Verordnung war die lautgewordene Kritik an den zuvor geltenden Anhaltspunkten (AHP) für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und im Schwerbehindertenrecht. (BVerfG, NJW 1995, 3049). Hierbei handelte es sich um Begutachtungsrichtlinien, die jedoch nicht auf einer gesetzlichen Grundlage basierten. Diesem rechtsstaatlichen Problem wurde mit der Einführung von § 30 Abs. 17 BVG Abhilfe geschaffen, aufgrund dessen die nun geltende VersMedV erlassen wurde.

Für die infrage kommenden Erkrankungen und Störungen finden sich hier Ausführungen zur Kausalitätsbeurteilung und zum gutachtlichen Vorgehen. Die Bewertung erfolgt nach dem Grad der Schädigungsfolge (GdS). Dieser ist nach der körperlichen und geistigen Beeinträchtigung im allgemeinen Erwerbsleben unter Berücksichtigung seelischer Begleiterscheinungen und Schmerzen zu beurteilen. Damit ist der GdS im sozialen Entschädigungsrecht ein Maß für *alle* körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Auswirkungen einer Schädigungsfolge unabhängig vom konkreten Erwerbsleben. Zur Einschätzung des GdS gibt die VersMedV konkrete Werte vor, wobei die Höhe des GdS identisch ist mit dem Grad der Behinderung (GdB) nach dem Schwerbehindertenrecht (> Kap. 30.2.9, > Kap. 31.6).

Besonderheiten des Opferentschädigungsgesetzes (OEG)

Versorgung nach dem OEG erhält, wer infolge eines vorsätzlichen tatsächlichen Angriffs gegen seine oder eine andere Person oder durch die rechtmäßige Abwehr eines solchen Angriffs eine ge-

sundheitliche Schädigung erleidet (§ 1 Abs. 1 OEG). Voraussetzung für eine Entschädigung ist eine in feindlicher Willensrichtung unmittelbar auf den Körper eines anderen zielsehende gewaltsame und i. d. R. auch handgreifliche Einwirkung (BSG E 49, 98). Eine Ausnahme vom Kriterium der Körperlichkeit wurde von der Rechtsprechung für die Fälle von sexuellem Kindesmissbrauch entwickelt (BSG E 77, 11).

Dagegen gelten Mobbing und Stalking nicht generell als „tägliche Angriffe“. Sofern beim Mobbing die Schwelle zum strafrechtlichen Unrecht nicht überschritten ist, fehlt es an einem gewalttätigen Angriff i. S. von § 1 OEG, (BSG E 87, 276). Denn das OEG knüpft an den strafrechtlichen Gewaltbegriff an (BT-Drucksache 7/2506 S. 7). Aber auch ein Verhalten, das unter § 238 StGB (Stalking) fällt, begründet nicht automatisch einen Entschädigungsanspruch, sondern nur dann, wenn es im Rahmen der Nachstellung zu einem unmittelbaren körperlichen Angriff kam oder eine Gewaltanwendung unmittelbar drohte. (BSG 2 108, 97).

Für den psychiatrischen Sachverständigen geht es prinzipiell um die gleichen Aufgaben wie bei der Begutachtung im Rahmen der GUV (► Kap. 31.4). Zunächst muss gesichert sein, dass ein oder mehrere belegbare schwere äußere Ereignisse tatsächlich stattgefunden haben, um Kausalitätsüberlegungen überhaupt begründen zu können. Der zeitliche Verlauf nach dem Ereignis oder den Ereignissen ist anhand der Angaben sowohl der Betroffenen als auch der Aktendokumentation detailliert nachzuzeichnen. In einem zweiten Schritt geht es darum, die Bedeutung des Ereignisses/der Ereignisse im subjektiven Leben für den Betroffenen im Rahmen seiner Persönlichkeitsstruktur, seiner Lebensgeschichte und seiner vorgegebenen Vulnerabilität oder Stabilität herauszuarbeiten. Methodisch geht es dabei um die retrospektive klinische Einschätzung der Frage, wie es vorstellbar ist, dass gerade *dieser* Mensch *diese* Symptome nach *diesem* Ereignis entwickelte (Foerster 2002; Leonhardt 2002b). In einem dritten und letzten Schritt geht es darum zu prüfen, ob die psychiatrisch-psychotherapeutische Kausalitätsinterpretation eines Zusammenhangs zwischen äußerem Ereignis und Symptomatik die *rechtlichen Kausalitätsanforderungen* erfüllt. Dabei ist die Wahrscheinlichkeit eines Zusammenhangs zu prüfen und ggf. zu belegen.

31.5.1 Organische psychische Störungen

Organische psychische Störungen sind gemäß VersMedV unter dem Abschnitt „Hirnschäden“ zu subsumieren. Ein Hirnschaden gilt als nachgewiesen, wenn Symptome einer organischen Veränderung des Gehirns – nach Verletzung oder Krankheit nach dem Abklingen der akuten Phase – festgestellt worden sind. Für die Beurteilung des GdS sind der neurologische Befund und die Ausfallserscheinungen im psychischen Bereich unter Würdigung der prämorbidien Persönlichkeit zu bewerten. Für Folgezustände nach Hirnschädigungen kommt ein GdS zwischen 20 und 100 in Betracht.

31.5.2 Störungen durch psychotrope Substanzen

Medikamenten- und Alkoholabhängigkeit sowie ihre Auswirkungen sind grundsätzlich keine Schädigungsfolgen, es sei denn, dass sie eindeutig als Begleiterscheinungen schädigungsbedingter Gesundheitsstörungen beurteilt werden können, z. B. wenn es bei außergewöhnlichen chronischen Schmerzzuständen oder bei einem schwer wesensgeänderten Hirnverletzten zu einer Abhängigkeit von Betäubungsmitteln gekommen ist.

Entsprechend dieser Regelung kann eine Alkohol- oder Drogenabhängigkeit, bei der die genannten Voraussetzungen *nicht* vorliegen, keine Schädigungsfolge sein.

Hinweise zur GdS-Einschätzung ► Kap. 31.6.2.

31.5.3 Schizophrenie und wahnhafte Störungen

Bezüglich der Schizophrenie kommt grundsätzlich eine „Kann-Versorgung“ in Betracht (► Kap. 31.5). In dem diesbezüglich nach wie vor gültigen Rundschreiben VI5–55470 des BMAS heißt es dazu:

„Bei den schizophrenen Psychosen wird von einer multifaktoriellen Genese ausgegangen. Wissenschaftlich ist jedoch noch nicht genügend geklärt, welches Gewicht den dispositionellen und exogenen, psychosozialen Faktoren bei ihrem Zusammenwirken beizumessen ist. Unter Umständen kommt eine „Kannversorgung“ in Betracht. Die Voraussetzungen für eine Kann-Versorgung sind dann als gegeben anzusehen, wenn

1. *als Schädigungsfaktoren tief in das Persönlichkeitsgefüge eingreifende psychosoziale Belastungen vorgelegen haben, die entweder längere Zeit angedauert haben oder zeitlich zwar nur kurzfristig wirksam aber so schwer waren, dass ihre Folgen eine über längere Zeit anhaltende Wirkung auf das Persönlichkeitsgefüge gehabt haben,*
2. *die Erkrankung in enger zeitlicher Verbindung (bis zu mehreren Wochen) mit diesen Belastungen begonnen hat.*

Bei episodischem Verlauf der schizophrenen Psychose gilt dies nur für die der Belastung folgende Episode.“

Insgesamt sind solche „Kann-Versorgungen“ bei schizophrenen Psychosen nur in seltenen Ausnahmen gutachtlisch zu bestätigen. Es muss auch die Frage aufgeworfen werden, ob es aufgrund des aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstands zur Ätiologie von Schizophrenien noch gerechtfertigt ist, von „Ungewissheit“ in der medizinischen Wissenschaft zu sprechen (Stevens und Foerster 1999). Psychodynamische Überlegungen zur Ursache schizophrener Störungen konnten empirisch nicht belegt werden. Hinsichtlich der Faktoren kritischer Lebensereignisse kann nicht von einer unidirektionalen Beziehung zwischen Lebensereignis und Ausbruch der Erkrankung ausgegangen werden. Es ist eher so, dass kritische Lebensereignisse und bereits bestehende schizophrene Prodromalsymptomatik i. S. eines sich wechselseitig verstärkenden Circulus vitiosus in die manifeste Erkrankung hineinführen (► Kap. 14, Leucht et al. 2012). Auch aktuelle Gerichtsentscheidungen lehnen die ursächliche Bedeutung äußerer Lebensumstände für die Entstehung einer schizophrenen Psychose eher ab (z. B. LSG Bayern L 15 VS 20/11).

Hinweise zur Höhe der GdS-Einschätzung ► Kap. 31.6.3.

31.5.4 Affektive Störungen

Affektive Psychosen mit depressiver Symptomatik können durch schwerwiegende exogene Faktoren (Verletzungsfolgen, somatische Krankheiten) oder schwere seelische Erschütterungen verursacht sein, wobei dies jedoch nur für die Manifestation oder Vertiefung einer einzelnen Krankheitsepisode gelten kann. Manische Episoden sind i. d. R. schädigungsunabhängig.

Hinweise zur Höhe des GdS > Kap. 31.6.4.

31.5.5 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

Für den psychiatrischen Sachverständigen kommen hier grundsätzlich die gleichen Störungsbilder in Betracht, wie in > Kap. 31.4.5 bzgl. der Einschätzung im Rahmen der GUV bereits dargelegt. Da es sich bei schädigenden Ereignissen im Bereich des sozialen Entschädigungsrechts aber kaum je um ein einzelnes Ereignis handeln wird und außerdem neben einem schädigenden Ereignis bzw. mehreren schädigenden Ereignissen auch zahlreiche weitere Lebensereignisse/Konstellationen als konkurrierende Ursachen in Betracht zu ziehen sind, sind die Aufgaben für den psychiatrischen Sachverständigen häufig noch schwieriger als bei Begutachtungen im Kontext der GUV – dies auch deshalb, weil schädigende Ereignisse lange zurückliegen können, v. a. wenn es um Belastungen in der Kindheit geht, wobei diese häufig nicht ausreichend dokumentiert sind. Hierfür gilt ausschließlich im Bereich des sozialen Entschädigungsrechts eine Beweiserleichterung, nämlich die sog. „Glaubhaftigkeit“ (BSG-Urteil vom 8.8.2001, Az B 9 V 23/01). Diese tritt ein, wenn Unterlagen nicht vorhanden, nicht zu beschaffen oder ohne Verschulden des Antragstellers oder seiner Hinterbliebenen verloren gegangen sind. Gerade für die Beurteilung der Folgen kindlichen Missbrauchs können diese Beweiserleichterungen eine Rolle spielen. Solche Folgen sind dann anzuerkennen, falls die schädigenden Ereignisse in innerfamiliärer Gewalt oder sexuellem Missbrauch bestanden haben und die psychopathologischen Folgen eine depressive Störung, eine Angststörung oder eine Substanzabhängigkeit sind (Stevens und Foerster 2002).

Im Rahmen des Opferentschädigungsgesetzes geht es nicht nur um die Folgen langdauernder psychischer Belastungen, sondern auch um die psychoreaktiven Folgen von Gewalttaten. Hierbei sind einige Besonderheiten zu bedenken (Loytved 2005): Das „Primäropfer“ ist das unmittelbare Opfer einer Gewalttat, während bei „Sekundäropfern“ (Schockschadensopfer) die Schädigung z. B. durch den Erhalt der Nachricht über eine Gewalthandlung am Primäropfer eintritt. Dabei setzt die Anerkennung eines „Schockschadens“ keine nachweisbare körperliche Schädigung voraus. Für die Anerkennung einer psychoreaktiven Symptomatik i. S. eines „Schocks“ ist es nicht erforderlich, dass die Erscheinungen eines „pathophysiologischen Zusammenbruchs“ vorliegen. Es reicht aus, wenn das belastende Ereignis „eine seelische Reaktion von einigem Gewicht“ bewirkt hat.

Besondere Probleme können länger anhaltende Störungen und chronische Entwicklungen für die Beurteilung darstellen. Es kann

dabei die Frage aufgeworfen werden, ob es zu einer „Verschiebung der Wesensgrundlage“ gekommen ist. Damit ist gemeint, dass eine andere, schadensunabhängige Leidensursache an die Stelle einer Schädigungsfolge tritt, während das Leidensbild als solches nach außen hin unverändert erscheint.

In der VersMedV heißt es dazu: „Auch bei gleich bleibendem Erscheinungsbild kann eine wesentliche Änderung der gesundheitlichen Verhältnisse vorliegen, wenn sich die schädigungsbedingte Störung, die dem Erscheinungsbild zunächst zugrunde lag, gebessert oder ganz zurückgebildet hat, das Leidensbild jedoch aufgrund neuer Ursachen bestehen geblieben ist.“

Es ist offensichtlich, dass sich aus den vorgetragenen Überlegungen ganz erhebliche Schwierigkeiten für die psychiatrische Begutachtung ergeben können. Zu verweisen ist nochmals auf das einleitend genannte prinzipielle dreischrittige Vorgehen: Nachweis des/der schädigenden Ereignisse ggf. unter Berücksichtigung der Beweiserleichterung der Glaubhaftmachung; psychiatrisch-psychodynamische Diskussion der Zusammenhänge und letztlich – entscheidend – die Klärung der Frage, inwieweit auch die rechtlichen Kausalitätsanforderungen hierdurch erfüllt sind, wobei im sozialen Entschädigungsrecht zu berücksichtigen ist, dass es sich hier um das Vorliegen der *Wahrscheinlichkeit* mindestens einer *Teilursache* handeln muss.

Hinweise zur GdS-Einschätzung > Kap. 31.6.5.

31.5.6 Essstörungen

Essstörungen sind in der VersMedV nicht gesondert aufgeführt. Allerdings ist aufgrund empirischer Untersuchungen davon auszugehen, dass Essstörungen mit emotionalem Missbrauch in der Kindheit assoziiert sein können (Stevens und Foerster 2002). Somit kann sich die Frage ergeben, ob Essstörungen als Folge schädigender Ereignisse anzusehen sind. Falls sich dieses Problem ergibt, dürfte es sich um eine schwierige Beurteilung unter Berücksichtigung zahlreicher konkurrierender Ursachen handeln.

Hinweise zur GdS-Einschätzung > Kap. 31.6.6.

31.5.7 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

Persönlichkeitsstörungen sind grundsätzlich keine Schädigungsfolge. Bezüglich der Diagnose einer „andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung“ (ICD-10:F62.0) sowie der weder im ICD-10 noch im DSM-5 aufgeführten „komplexen posttraumatischen Belastungsstörung“ wird auf die Ausführungen in > Kap. 31.4.7 verwiesen.

Hinweise zur Einschätzung des GdS > Kap. 31.6.7.

31.6 Schwerbehindertenrecht

Das Schwerbehindertenrecht ist im zweiten Teil des SGB IX normiert, der das frühere Schwerbehindertengesetz abgelöst hat. Entsprechend der gesetzlichen Definition sind Menschen behindert,

wenn ihre körperlichen Funktionen, geistigen Fähigkeiten oder ihre seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als 6 Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist; sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist (► Kap. 30.2.8). Schwerbehindert sind Menschen in diesem Sinne, wenn bei ihnen ein Grad der Behinderung (GdB) von wenigstens 50 vorliegt. Schwerbehinderten Menschen gleichgestellt werden sollen behinderte Menschen mit einem GdB von mindestens 30, wenn sie infolge ihrer Behinderung ohne die Gleichstellung einen geeigneten Arbeitsplatz nicht erlangen oder nicht behalten können (► Kap. 30.2.8).

Zentraler Begriff des Schwerbehindertenrechts ist der **Grad der Behinderung** (GdB). Dieser Begriff ist im Schwerbehindertenrecht eigenständig und von der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) und dem Grad der Schädigungsfolge (GdS) zu unterscheiden, die in der GUV bzw. im sozialen Entschädigungsrecht für die Höhe der Rentenleistungen maßgebend sind. Allerdings entsprechen die Bewertungsgrundlagen im Schwerbehindertenrecht denen des sozialen Entschädigungsrechts, d.h., das Ausmaß der Behinderung, ausgedrückt im GdB, und das Ausmaß der GdS im sozialen Entschädigungsrecht entsprechen sich zahlenmäßig. In der VersMedV wird insofern auch nur von GdS Werten gesprochen. Die GdB-Werte werden stets ohne den Zusatz „Prozent“ oder „v.H.“ angegeben, d.h., es wird z.B. von einem „GdB von 50“ gesprochen. Es ist vom Sachverständigen zu erwarten, dass er diese formalen Gegebenheiten korrekt anwendet.

Liegt ein Grad der Behinderung vor, so treten verschiedene Rechtsfolgen mit Vorteilen im Bereich des Arbeits-, Steuer- und Sozialrechts ein; zudem können von den Versorgungssämlern Nachteilsausgleiche festgestellt werden (► Kap. 30.2.8).

Bei der Feststellung des GdB geht es um eine reine Zustandsbegutachtung, bei der Kausalitätsfragen bzgl. der Entstehung der Gesundheitsstörung, die zum Grad der Behinderung führt, keine Rolle spielen. Der GdB wird rein abstrakt gemäß den Vorgaben der VersMedV gebildet.

Seelische Begleiterscheinungen und insb. Schmerzen sind psychische Symptome körperlicher Beeinträchtigungen und insofern bereits im GdB enthalten. Lediglich eigenständige psychische Gesundheitsstörungen sind mit einem Einzel-GdB zu erfassen (► Kap. 30.3.8).

Bei der folgenden Übersicht ist zu berücksichtigen, dass die diagnostischen Formulierungen in der VersMedV nicht der aktuellen Nomenklatur der ICD-10 entsprechen, weswegen eine Zuordnung der gemäß ICD-10 vorgenommenen Klassifikation zu den Begriffen der VersMedV erforderlich ist. Die psychischen Störungen finden sich im Abschnitt 26.3 „Nervensystem und Psyche“.

31.6.1 Organische psychische Störungen

Die organischen psychischen Störungen werden in der VersMedV pauschal als „Hirnschäden“ bezeichnet. Bei der Mannigfaltigkeit der Folgezustände von Hirnschädigungen kommt ein GdB zwischen 20 und 100 in Betracht.

31.6.2 Störungen durch psychotrope Substanzen

Gemäß der VersMedV liegt eine Alkoholkrankheit vor, wenn ein chronischer Alkoholkonsum zu körperlichen und/oder psychischen Schäden geführt hat. Die GdB-Bewertung richtet sich nach dem Ausmaß der Organschäden und seiner Folgen (z.B. Leberschaden, Polyneuropathie, organisch-psychische Veränderungen, hirnorganische Anfälle) bzw. dem Ausmaß der Abhängigkeit und der suchtspezifischen Persönlichkeitsänderung. Bei einer Abhängigkeit mit Kontrollverlust und erheblicher Einschränkung der Willensfähigkeit ist der Gesamt-GdB nicht niedriger als 50 zu bewerten.

Ist eine Entziehungsbehandlung durchgeführt worden, muss eine Heilungsbewährung abgewartet werden, die i. Allg. 2 Jahre dauert. Während dieser Zeit ist i. d. R. ein GdB-Grad von 30 anzunehmen, es sei denn, dass vorliegende Organschäden einen höheren GdB bedingen.

Bei Drogenabhängigkeit ist je nach psychischer Veränderung und sozialen Anpassungsschwierigkeiten ein GdB von mindestens 50 anzunehmen. Bezüglich der Entziehungsbehandlung gelten die gleichen Richtlinien wie bei der Alkoholabhängigkeit.

31.6.3 Schizophrenie und wahnhafte Störungen

In der VersMedV sind schizophrene und affektive Psychosen zusammengefasst. Hiernach werden andauernde, d.h. über ½ Jahr anhaltende, akute Schizophrenien je nach Einbuße der beruflichen und sozialen Anpassungsmöglichkeiten mit einem GdB von 50–100 eingeschätzt. Residualstörungen, gekennzeichnet z.B. durch Konzentrationsstörungen, Kontaktsschwäche, Vitalitätseinbuße und affektive Nivellierung, werden wie in ► Tab. 31.4 eingeschätzt.

Zur besseren Erfassung des Kriteriums „soziale Anpassungsschwierigkeiten“ werden folgende Abgrenzungskriterien empfohlen (Ärztlicher Sachverständigenbeirat BMA 1998):

- Leichte soziale Anpassungsschwierigkeiten:** z.B. Berufsfähigkeit trotz Kontaktsschwäche und/oder Vitalitätseinbuße auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt noch ohne wesentliche Beeinträchtigung möglich. Wesentliche Beeinträchtigungen nur in besonderen Berufen, z.B. Lehrer, Manager. Keine wesentliche Beeinträchtigung der familiären Situation oder bei Freundschaften, d.h. beispielsweise keine krankheitsbedingten wesentlichen Eheprobleme.

Tab. 31.4 GdB-Einschätzung von Residualstörungen der Schizophrenie

	GdB
Mit geringen und einzelnen Restsymptomen ohne soziale Anpassungsschwierigkeit	10–20
Mit leichten sozialen Anpassungsschwierigkeiten	30–40
Mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten	50–70
Mit schweren sozialen Anpassungsschwierigkeiten	80–100

- Mittelgradige soziale Anpassungsschwierigkeiten:** in den meisten Berufen sich auswirkende psychische Veränderungen, die zwar die weitere Tätigkeit grundsätzlich noch erlauben, jedoch eine verminderte Einsatzfähigkeit bedingen, welche auch eine berufliche Gefährdung einschließt. Erhebliche familiäre Probleme durch Kontaktverlust und affektive Nivellierung, aber noch keine Isolierung, noch kein sozialer Rückzug in einem Umfang, der z. B. eine vorher intakte Ehe stark gefährden könnte.
- Schwere soziale Anpassungsschwierigkeiten:** weitere berufliche Tätigkeit sehr stark gefährdet oder ausgeschlossen. Schwerwiegende Probleme in der Familie oder im Freundes- bzw. Bekanntenkreis bis zur Trennung von der Familie, vom Partner oder vom Bekanntenkreis.

31.6.4 Affektive Störungen

In der VersMedV findet sich ausschließlich die Formulierung „affektive Psychose“. Vorgegeben werden affektive Psychosen mit relativ kurz dauernden, aber häufig wiederkehrenden Phasen mit einem GdB von 30–50 bei 1–2 Phasen im Jahr von mehrwöchiger Dauer je nach Art und Ausprägung bzw. einem GdB von 60–100 bei häufigeren Phasen von mehrwöchiger Dauer.

Eine Heilungsbewährung von 2 Jahren ist abzuwarten. Der GdB beträgt während dieser Zeit 50, wenn mehrere manische oder manische und depressive Phasen vorangegangen sind; andernfalls beträgt der GdB 30.

31.6.5 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

Eine derartige, wie in der ICD-10 vorgenommene Differenzierung findet sich in der VersMedV nicht. Hier lautet die entsprechende Formulierung „Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Folgen psychischer Traumen“. Es werden die in > Tab. 31.5 aufgeführten GdB-Werte genannt.

Zur Einschätzung sind dabei die o. g. Kriterien für leichte, mittelgradige und schwere soziale Anpassungsschwierigkeiten zu berücksichtigen (> Kap. 31.6.3).

Tab. 31.5 GdB-Werte für neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

	GdB
Leichtere psychovegetative oder psychische Störungen	0–20
Stärker behindernde Störungen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit (z. B. ausgeprägte depressive, hypochondrische, asthenische oder phobische Störungen, Entwicklungen mit Krankheitswert, somatoforme Störungen)	30–40
Schwere Störungen (z. B. schwere Zwangskrankheit mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten)	50–70
Mit schweren sozialen Anpassungsschwierigkeiten	80–100

31.6.6 Essstörungen

Die Essstörungen finden sich nicht als gesonderte diagnostische Einheit. Dementsprechend ist der Abschnitt „Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Folgen psychischer Traumen“ (> Kap. 31.6.5) zugrunde zu legen. Entsprechend der Kommentarliteratur ist bei der GdB-Beurteilung der Anorexia nervosa im Hinblick auf die Verschiedenartigkeit der Auswirkungen im psychischen und körperlichen Bereich eine große Beurteilungsspanne zu bedenken. Nach Meinung des Ärzlichen Sachverständigenbeirats beim BMA (1984) gibt es sicher Fälle, bei denen ein GdB-Grad von 100 gerechtfertigt ist, aber ebenso auch Fälle, bei denen ein GdB-Grad von 50 angenommen werden kann. Bei der GdB-Beurteilung sollen in Analogie zu anderen Gesundheitsstörungen nebeneinander die psychischen Störungen – i. S. der Neurosen und abnormen Persönlichkeitsentwicklungen – und die Auswirkungen auf den Allgemeinzustand bewertet werden.

31.6.7 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

Nach der VersMedV gelten für die Persönlichkeitsstörungen die gleichen Beurteilungskriterien wie für „Neurosen“ und die „Folgen psychischer Traumen“, sodass insoweit auf > Kap. 31.6.5 verwiesen wird. In Anbetracht der außerordentlich großen Bandbreite der Persönlichkeitsstörungen mit ihren konkreten psychosozialen Auswirkungen lassen sich generelle Richtlinien nicht angeben.

31.6.8 Intelligenzminderung

Die GdB-Beurteilung der Beeinträchtigungen der geistigen Entwicklung wird nicht allein vom Ausmaß der Intelligenzminderung und von entsprechenden Testergebnissen ausgehen, sondern auch die Persönlichkeitsentwicklung auf affektivem und emotionalem Gebiet mit allen Auswirkungen auf die sozialen Einordnungsmöglichkeiten berücksichtigen.

Da es sich hier i. d. R. um Beurteilungen im Schul- und Jugendalter, d. h. im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie, handelt, sei auf das entsprechende Kapitel verwiesen (> Kap. 34).

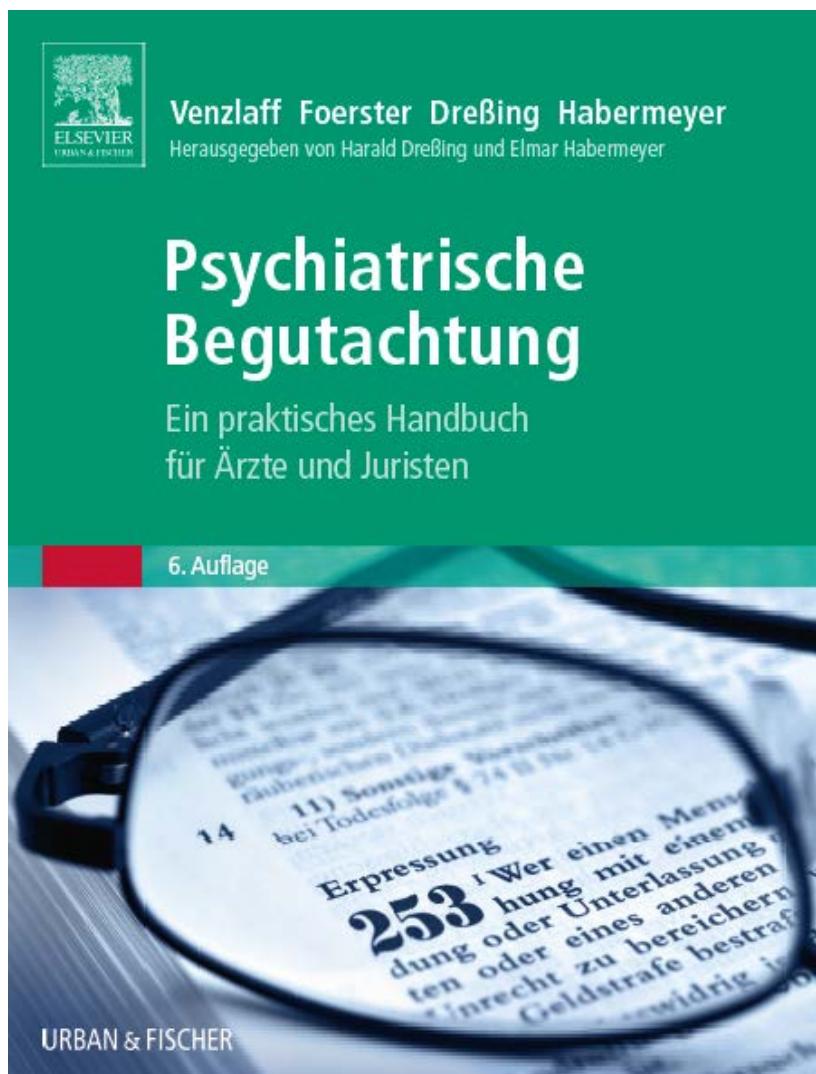
31.6.9 GdS/GdB-Tabelle

Die nachstehende GdS/GdB-Tabelle führt die in der Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV) genannten Anhaltswerte für einige wichtige psychische Störungen auf, die für die Beurteilung der GdB- und GdS-Werte herangezogen werden sollen (> Tab. 31.6). Für die Einschätzung der MdE-Werte in der Unfallversicherung (> Kap. 31.4) gibt es in zahlreichen Publikationen veröffentlichte MdE-Tabellen. Als grundsätzlicher Orientierungsrahmen können auch bei Begutachtungen im Kontext der Unfallversicherung die eigentlich für das Schwerbehindertenrecht bzw. das soziale Entschädigungsrecht vorgeschlagenen GdB/GdS-Tabellen herangezogen werden. Nach einem Urteil des SG Stuttgart (SG Stuttgart NZA

Tab. 31.6 GdS/GdB-Tabelle für ausgewählte psychische Störungen (Versorgungsmedizin-Verordnung, VersMedV)

1.	Hirnschäden mit psychischen Störungen	
	• Leicht (im Alltag sich gering auswirkend)	30–40
	• Mittelgradig (im Alltag sich deutlich auswirkend)	50–60
	• Schwer	70–100
2.	Schizophrene und affektive Psychosen	
	Lang dauernde (> ½ Jahr anhaltende) Psychose im floriden Stadium je nach Einbuße beruflicher und sozialer Anpassungsmöglichkeiten	50–100
	Schizophrener Residualzustand (z. B. Konzentrationsstörung, Kontaktsschwäche, Vitalitätseinbuße, affektive Nivellierung) mit geringen und einzelnen Restsymptomen:	
	• Ohne soziale Anpassungsschwierigkeiten	10–20
	• Mit leichten sozialen Anpassungsschwierigkeiten	30–40
	• Mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten	50–70
	• Mit schweren sozialen Anpassungsschwierigkeiten	80–100
	Affektive Psychose mit relativ kurz dauernden, aber häufig wiederkehrenden Phasen:	
	• Bei 1–2 Phasen im Jahr von mehrwöchiger Dauer, je nach Art und Ausprägung	30–50
	• Bei häufigeren Phasen von mehrwöchiger Dauer	60–100
	Nach dem Abklingen lang dauernder psychotischer Episoden ist eine Heilungsbewährung von 2 Jahren abzuwarten. GdS während dieser Zeit:	
	• Wenn bereits mehrere manische oder manische und depressive Phasen vorangegangen sind	50
	• Sonst	30
	Eine Heilungsbewährung braucht nicht abgewartet zu werden, wenn eine monopolar verlaufene depressive Phase vorgelegen hat, die als erste Krankheitsphase oder erst mehr als 10 Jahre nach einer früheren Krankheitsphase aufgetreten ist.	
3.	Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Folgen psychischer Traumen	
	• Leichtere psychovegetative oder psychische Störungen	0–20
	• Stärker behindernde Störungen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit (z. B. ausgeprägte depressive, hypochondrische, asthenische oder phobische Störungen, Entwicklungen mit Krankheitswert, somatoforme Störungen)	30–40
	• Schwere Störungen (z. B. schwere Zwangskrankheit) mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten	50–70
	• Schwere Störungen mit schweren sozialen Anpassungsschwierigkeiten	80–100
4.	Psychische Störungen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	
	Der schädliche Gebrauch psychotroper Substanzen ohne körperliche oder psychische Schädigung bedingt keinen Grad der Schädigungsfolgen. Die Abhängigkeit von Koffein oder Tabak sowie von Koffein und Tabak bedingt für sich allein i. d. R. keine Teilhabeeinträchtigung. Abhängigkeit von psychotropen Substanzen liegt vor, wenn als Folge des chronischen Substanzkonsums mindestens drei der folgenden Kriterien erfüllt sind:	
	• Starker Wunsch (Drang), die Substanz zu konsumieren	
	• Verminderte Kontrollfähigkeit (Kontrollverlust) den Konsum betreffend	
	• Vernachlässigung anderer sozialer Aktivitäten zugunsten des Substanzkonsums	
	• Fortgesetzter Substanzkonsum trotz des Nachweises schädlicher Folgen	
	• Toleranzentwicklung	
	• Körperliche Entzugssymptome nach Beenden des Substanzkonsums Es gelten folgende GdS-Werte :	
	Bei schädlichem Gebrauch von psychotropen Substanzen mit leichteren psychischen Störungen	0–20
	Bei Abhängigkeit:	
	• mit leichten sozialen Anpassungsschwierigkeiten	30–40
	• mit mittleren sozialen Anpassungsschwierigkeiten	50–70
	• mit schweren sozialen Anpassungsschwierigkeiten	80–100
	Ist im Fall der Abhängigkeit, die zuvor mit einem GdS von mindestens 50 zu bewerten war, Abstinenz erreicht, muss eine Heilungsbewährung von 2 Jahren ab dem Zeitpunkt des Beginns der Abstinenz abgewartet werden. Während dieser Zeit ist ein GdS von 30 anzunehmen, es sei denn, die bleibenden psychischen oder hirnorganischen Störungen rechtfertigen einen höheren GdS. Weitere Organschäden sind ggf. zusätzlich zu bewerten.	

Erhältlich in jeder Buchhandlung
oder im Elsevier Webshop



Psychiatrische Begutachtung

348 Seiten

ISBN: 978-3-437-22902-2

Empowering Knowledge

