

Claudia Böwering-Möllenkamp

Die Begutachtung seelischer Folgen sexuellen Missbrauchs nach dem Opferentschädigungsgesetz (OEG)

I. Einführung

Am 16.05.1976 trat das OEG in Kraft. Es wird vom Grundsatz der allgemeinen staatlichen Fürsorgepflicht getragen und ist ein sozialer Entschädigungsanspruch, der sich nicht gegen den Täter, sondern gegen die Bundesrepublik Deutschland richtet. Dem OEG „liegt vor allem der Gedanke zugrunde, dass die Gesellschaft für die gesundheitlichen Schäden des Opfers einer Gewalttat einzutreten hat, weil der Staat es im Einzelfall nicht vermocht hat den Bürger vor einem gewaltsamen Angriff zu bewahren.“¹

Der Begriff „gewaltsamer Angriff“ ist dabei in § 1 Abs 1 OEG genau definiert: Versorgung erhält wer „infolge eines

- vorsätzlichen
- rechtswidrigen
- tätlichen

Angriffs gegen seine oder eine andere Person oder durch dessen rechtmäßige Abwehr eine gesundheitliche Schädigung erlitten hat“.²

Das Merkmal „tätlicher“ Angriff zeichnet sich grundsätzlich durch eine körperliche Einwirkung auf eine Person aus, „wirkt also körperlich (physisch) auf einen anderen ein“.³ Stalkingopfer erhalten nach der Rechtsprechung des BSG daher keinen Anspruch auf Versorgung, da es an der „Tätlichkeit“ des Angriffs mangelt, trotz der bei schwerem und langem Stalking persönlichkeitszersetzenden Auswirkungen.⁴

In Fällen sexuellen Kindesmissbrauchs hat sich das BSG jedoch zu einem erweiterten Verständnis des Begriffs des tätlichen Angriffs veranlasst gesehen und damit einen erleichterten Zugang für von sexuellem Missbrauch Betroffene in den Kreis der Anspruchsberechtigten ermöglicht. Als Begründung hat es 1995 die besondere Schutzbedürftigkeit eines Kindes und die Möglichkeit einer sekundären Viktimisierung (durch die mit einem solchen Verfahren verbundenen Belastungen) sowie die Gefahr schwerer seelischer Erkrankungen durch sexuellen Missbrauch angeführt. Dem Urteil⁵ lag folgender Sachverhalt zugrunde:

Im September 1985 hielt sich die damals 5 Jahre alte Klägerin in der Wohnung eines älteren Man-

nes auf, der zusammen mit der Klägerin badete und sich mit ihr auf ein Bett legte und dabei an ihrem Geschlechtsteil manipulierte. Der Mann wurde wegen sexuellen Missbrauchs eines Kindes nach § 176 Abs 1 Strafgesetzbuch zu einer Freiheitsstrafe von 2 Jahren und 2 Monaten verurteilt. 5 Jahre nach dem Missbrauch beantragte die Mutter der Klägerin Versorgung nach dem OEG, weil das Kind durch die Tat einen seelischen Schaden erlitten habe und zudem die Gefahr von Spätschäden bestünde. Die Beklagte verneinte das Vorliegen eines tätlichen Angriffs im Sinne des § 1 Abs 1 OEG. Zwar habe der Täter auf den Körper der Klägerin eingewirkt, auch habe er feindselig gehandelt, es habe aber an der für das OEG erforderlichen Prägung durch Gewalt gefehlt. Die Klägerin habe „widerstandslos mitgemacht, weil S. sie über den wahren Charakter eines angeblichen Spiels getäuscht habe.“⁶

Dies sah das BSG anders. Wenn ein Kind nach sexuellem Missbrauch krank geworden sei, so könne die Feststellung, dass diese Krankheit nicht nur zeitlich, sondern ursächlich mit dem sexuellen Missbrauch zusammenhänge, nicht davon abhängig gemacht werden, welche Begehungsart der Täter gewählt habe, ob er mehr mit Zwang oder mehr mit List, unter Ausnutzung eines Vertrauensverhältnisses vorgegangen sei:

„Der Wortlaut des Gesetzes gibt zwar zu Zweifeln Anlass, schließt aber die Entschädigung nicht in Fällen aus, in denen der Täter ohne Gewalt und ohne Tätlichkeit, sondern nur mit List, unter Ausnutzung eines Vertrauensverhältnisses und spielerisch vorgegangen ist.“⁷

„Die sexuellen Handlungen, deretwegen der Täter hier bestraft worden ist (§ 176 Abs 1 StGB) waren ein tätlicher Angriff, auch wenn man mit dem SG davon ausgehen muss, dass sie sich in Streicheln erschöpften und von der Klägerin als Spielerei empfunden wurden.“⁸ Eine besondere Feststellung der Feindseligkeit als „innere Tatsache“ sei nicht erforderlich, wenn es sich um eine Straftat handele.

Wenn wir uns nach kurzer Rekapitulation der entscheidenden Rechtsprechung des BSG zu sexuellem Kindesmissbrauch als tätlichem Angriff der Praxis der psychiatrischen Begutachtung der seelischen Folgen

¹ Kunz et al.: OEG Kommentar, 5. Auflage 2010, S. 21.

² Ebd., S.1.

³ BSG Urteil vom 07.04.2011, B 9 VG 2/10 R, Rn. 36.

⁴ Böwering-Möllenkamp: Mechanismen 'gewaltloser Gewalt', Sozialrecht. Tradition und Zukunft, Boorberg Verlag Stuttgart 2013, S. 265-270.

⁵ BSG Urteil vom 18.10.1995, B 9 RVg4/93.

⁶ Ebd., Rn. 3.

⁷ Ebd., Rn. 13.

⁸ Ebd., Rn. 14.

und der Probleme bei der Begutachtung annähern wollen, kommen wir in der Chronologie des Opferschädigungsgesetzes an der sogenannten Härtefallregelung, nämlich der Versorgung nach § 10 a OEG, nicht vorbei und die vielen davon Betroffenen – das will ich vorwegnehmen – leider auch nicht.

Während für alle Opfer von Gewalttaten nach Inkrafttreten des Gesetzes am 16.05.1976 ein Grad der Schädigungsfolgen von 25 (gewertet wie 30) für einen Anspruch auf Rente ausreichte, hatten alle, die zuvor Opfer einer Gewalttat geworden waren, keinen Anspruch. Diese „Anspruchslücke“ wurde mit dem BVG-Änderungsgesetz vom 20.12.1984 geschlossen. Ansprüche von Personen, die zwischen dem 23.05.1949 bis 15.05.1976 geschädigt worden sind, erhalten danach Versorgung, wenn sie

- *allein*
- infolge dieser *Schädigung* (Einwirkung)
- *schwer*beschädigt sind, das heißt einen Grad der Schädigungsfolgen (GdS) von 50 und höher erreichen.

Um aber einen Grad der Schädigungsfolgen von 50 erreichen zu können, muss eine so schwere seelische Erkrankung vorliegen, dass sie das Ausmaß einer schweren Zwangskrankheit oder eines schizophrenen Residualzustandes erreicht, mit all den imperativen Einschränkungen der Alltagsgestaltung einschließlich einer erheblichen Gefährdung und auch Minderung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben und Einschränkungen der sozialen Teilhabe in allen Lebensbereichen.

Mit anderen Worten: diejenigen, die „nur“ eine Phobie, eine Angststörung, eine Somatisierungsstörung oder eine Depression als Folgestörung entwickelt haben, fallen raus, da solche Störungen nach der für die Begutachtung maßgeblichen Versorgungsmedizinverordnung und der Anlage zu § 2 der VersMedV⁹ in den Bereich einer stärker behindernden Störung einzuordnen sind, für die ein GdS von 30 bis 40, nicht aber 50 angesetzt wird.

Und dann ist noch zu beachten, dass die Schwerbeschädigung „allein“ infolge der Schädigung eingetreten sein muss. Das wiederum setzt voraus, dass keine Vorschädigung bestanden hat und auch kein Gesundheitsschaden aufgrund einer der Schädigung zeitlich folgenden Lebensbelastung eingetreten ist, was wir „Nachschaden“ nennen.

Eine der Forderungen, die im Abschlussbericht sexueller Kindesmissbrauch genannt werden, ist die Abschaffung dieser Regelung, von der insbesondere die ehemaligen Heimkinder, die Opfer der schwarzen Pädagogik und des sexuellen Missbrauchs in den

Institutionen, betroffen sind. Auf die spezielle Problematik und die konkrete Zumessung des Grades der Schädigungsfolgen zu vorliegenden Gesundheitsstörungen komme ich gleich zurück.

II. Voraussetzungen und Durchführung der psychiatrischen Begutachtung

Die psychiatrische Begutachtung im OEG wird von allen Verfahrensbeteiligten oft als schwierig, belastend, unbefriedigend und von Betroffenen manchmal sogar als retraumatisierend erlebt. Bei der Frage nach den Gründen landet man zunächst beim Ausgangspunkt einer solchen Begutachtung, nämlich dem schädigenden Tatbestand selbst, als erstem Glied der dreigliedrigen Kausalkette

1. schädigender Tatbestand
2. Primärschaden
3. Gesundheitsstörung.

Alle drei Glieder dieser Kausalkette müssen mit

- a. an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein,
- b. fängt die Zuständigkeit des Sachverständigen erst bei der Verbindung zwischen Glied 2 (Primärschaden) und Glied 3 (Gesundheitsstörung) an;
- c. wogegen Glied 1 der Kausalkette, nämlich der schädigende Tatbestand den Sachverständigen konkret und in seinen Einzelheiten von den beauftragenden JuristInnen vorgegeben werden muss.

Sachverständige dürfen diesbezüglich nicht im Unklaren gelassen werden, da auf der ersten Prüfungsstufe des kausalen Zusammenhangs von ihnen eine Aussage darüber zu treffen ist, ob der schädigende Vorgang nach dem herrschenden Stand der wissenschaftlichen Lehrmeinung auch allgemein geeignet ist, die bestehende Gesundheitsstörung wesentlich mitursächlich hervorrufen zu können, so dass der Ursachenzusammenhang auch wahrscheinlich ist.

1. Schädigender Tatbestand

Das heißt auch: „Opferschutz“ fängt beim ersten Glied der Kausalkette und damit bei den JuristInnen an. Zwar haben die Antragsteller/innen die Beweislast, der vorgetragene Sachverhalt muss aber vor der Beauftragung einer oder eines Sachverständigen ermittelt und hinsichtlich des Tatsachengehalts gewürdigt und sodann der oder dem Sachverständigen konkret vorgegeben werden.

Doering-Striening¹⁰ weist darauf hin, dass in Verfahren, in denen sexueller Missbrauch zu Grunde liegt, die Sachverhaltsfeststellung und Beweisermittlung Dreh- und Angelpunkt sei. Die Tatbestandsvoraussetzungen müssten i.S. eines Vollbeweises festgestellt werden „mit an Gewissheit grenzender

⁹ Anlage Versorgungsmedizinische Grundsätze zu § 2 der Versorgungsmedizin-Verordnung vom 10.12.2008, i.d.F. vom 28.10.2011, BGBl I, S. 2153, S. 26-27.

¹⁰ Doering-Striening, G.: Opferrechte – Handbuch des Anwalts für Opferrechte, Nomos Vlg. 2013, S. 148.

Wahrscheinlichkeit bzw. mit einem so hohen Grad der Wahrscheinlichkeit festgestellt werden können, dass kein vernünftiger Mensch noch zweifelt.“

Allerdings gibt es im OEG – und dies spielt in Fällen weit zurückliegenden sexuellen Missbrauchs eine wichtige Rolle – eine Beweiserleichterung nach § 15 KoV-VfG. Danach können für den Fall, dass keine anderen Beweismittel zur Verfügung stehen, auch die Angaben der Betroffenen zugrunde gelegt werden, sofern sie „glaubhaft“ sind.

„Glaubhaftmachung“ bedeutet das Dartun einer überwiegenden Wahrscheinlichkeit, „d.h. der guten Möglichkeit, dass sich der Vorgang so zugetragen hat, wobei durchaus gewisse Zweifel bestehen bleiben können.“¹¹ Das BSG hebt die „Relativität“ dieses Beweismaßstabes hervor: „Es reicht die gute Möglichkeit aus, d.h. es genügt, wenn bei mehreren ernstlich in Betracht zu ziehenden Möglichkeiten das Vorliegen einer davon relativ am wahrscheinlichsten ist.“

Begutachtungsaufträge zur Frage des ursächlichen Zusammenhangs etwaig bestehender heutiger Gesundheitsstörungen mit den „angeschuldigten Vorkommnissen“ sind gerade bei sexuellem Missbrauch seitens der Prozessbevollmächtigten kritisch zu betrachten, ebenso, wie die Bitte an Sachverständige, zur Frage der „Glaubhaftigkeit“ Stellung zu nehmen. Es fehlt dann 1. die konkrete Tatsachenvorgabe und 2. ist die Prüfung der Glaubhaftigkeit nicht Aufgabe der psychiatrischen Sachverständigen, sie muss vor ihrer Beauftragung und durch die juristischen Auftraggeber erfolgen, die sich ggfls. aussagepsychologischer Expertise bedienen können. Da diese Methodik sich aber an dem im Strafrecht geltenden Grundsatz „in dubio pro reo“ orientiert, sind nach der Rechtsprechung des BSG die Beweisfragen an aussagepsychologische Sachverständige auf den Beweismaßstab der „relativen Wahrscheinlichkeit“ abzustellen.

Oft sind Kinder und Jugendliche von sexuellem Missbrauch betroffen, die auch anderen Traumatisierungen wie Misshandlung und Vernachlässigung ausgesetzt sind. Auch hier muss juristischerseits im Vorfeld die Feststellung getroffen werden, ob nicht nur der sexuelle Missbrauch, sondern auch die körperliche Misshandlung und/oder die Vernachlässigung unter den Schutz des Gesetzes fallen und bei der Begutachtung berücksichtigt werden dürfen.

Generell kann es nicht den Sachverständigen überlassen werden, eine Entscheidung darüber zu treffen, welche Sachverhalte die Tatbestandsmerkmale des § 1 Abs 1 OEG erfüllen, welche also zugrunde gelegt werden dürfen, und welche nicht. Bei sexuellem Missbrauch in Verbindung mit Vernachlässigung und Misshandlungen von Kindern muss eine Entscheidung darüber getroffen werden, ob Vernachlässi-

gung und Misshandlung, die ja auch konkurrierende Ursachenbeiträge ggfls. von überragendem Gewicht darstellen können, so schwerwiegend sind, dass sie die Voraussetzungen des § 225 StGB erfüllen.

Im Runds Schreiben des BMA vom 13. Februar 2002¹² heißt es, dass Fälle der Vernachlässigung von Kindern in den Schutzbereich des OEG dann einbezogen werden können, „wenn die zugrundeliegende Tat oder Unterlassung geeignet ist, schwere gesundheitliche Schädigungen hervorzurufen und zudem nach dem StGB (§ 225) strafbar ist.“

Es gibt eine ganze Reihe von Fällen, in denen sexueller Missbrauch zeitlich punktuell erfolgte, aber eingebettet war in anhaltende schwere Vernachlässigung ab frühesten und persönlichkeitsprägenden Zeitpunkten der psychomentalen Entwicklung. Greift man hier – so schlimm sexueller Missbrauch auch immer ist – „nur“ den sexuellen Missbrauch heraus, ohne wenigstens zu prüfen, ob nicht auch die anderen Faktoren unter den Schutzzweck des Gesetzes fallen, besteht ein hohes Risiko, dass die bestehenden Gesundheitsstörungen nur zu einem kleinen Teil „entschädigt“ werden können, wenn überhaupt. Diese Konstellation findet sich häufig bei Menschen mit Persönlichkeitsstörungen.

Kritisch aufzugreifen ist auch, wenn Sachverständige auf ein Strafurteil und die dort für nachgewiesen befundenen Taten verwiesen werden als Ausgangspunkt für die Begutachtung im OEG. Denn, während im Strafrecht der Grundsatz in dubio pro reo gilt, reicht es ja im OEG aus, wenn der Sachverhalt „glaubhaft“ gemacht werden kann. Der Maßstab der Glaubhaftigkeit kann im Einzelfall die Anerkennung weiterer Tatbestände und damit ihre Einbeziehung in die Begutachtung erlauben. Im Regelfall erfolgen dann eine Anhörung der Betroffenen und eine juristische Würdigung der Aussagen mit anschließender Tatsachenvorgabe.

Die Bedeutung der *vor* der klinisch psychiatrischen Begutachtung zu tätigen Ermittlungen und Vorgaben wird durch die neuesten Forschungsergebnisse zu den Folgen sexuellen Missbrauchs¹³ eindrucksvoll unterstrichen:

1. Sexueller Missbrauch ist ein „belastendes und potenziell traumatisches Lebensereignis und damit ein Risikofaktor“.
2. Es gibt aber keine „Einbahnstraße von Missbrauch und Missbrauchsfolgen“.
3. Die als Missbrauchsfolgen auftretenden Symptome sind unspezifisch und können auch durch andere Belastungen hervorgerufen werden.
4. Sexueller Missbrauch hat je nach Dauer und Intensität, Art und Kontext unterschiedliche Folgen.

¹² BMA Runds Schreiben vom 13.2.2002, IV c 2-62030, Bundesarbeitsblatt 5/2002.

¹³ Fegert et al.: Sexueller Missbrauch von Kindern und Jugendlichen, Springer Verlag 2015.

¹¹ BSG Urteil vom 17.04.2013, B 9 V 1/12 R, Rn. 35.

5. Sexueller Missbrauch ist oft eingebettet in eine Vielzahl anderer belastender, auch traumatischer Kontextfaktoren (geringe Ressourcen, Misshandlung, Vernachlässigung).

Steht der schädigende Vorgang/die schädigenden Vorgänge in den Einzelheiten fest, folgt als zweiter Schritt die Untersuchung des kausalen Zusammenhangs zwischen diesen und der heute bestehenden Gesundheitsstörung. Das Bindeglied zwischen Tat und etwaig bestehender, darauf zurückzuführender heutiger Gesundheitsstörung ist der sogenannte Primärschaden, das 2. Glied der Kausalkette.

2. Primärschaden

Der „Primärschaden“ ist definiert als die unmittelbare, direkte gesundheitliche Schädigung. Da die Begutachtungen zu Folgen sexuellen Missbrauchs nicht immer in relativer zeitlicher Nähe zur Tat erfolgen, oft sogar mit großem zeitlichen Abstand, muss diesbezüglich umfangreich ermittelt werden: Beiziehung der Vernehmungsprotokolle und Durchsicht auf Anzeichen seelischer Beeindruckung bei der Aussage, Beiziehung ärztlicher und therapeutischer Dokumentation in zeitlicher Nähe vor und nach dem Ereignis, Beiziehung der Schulzeugnisse vor und nach dem Ereignis mit der Frage z.B. nach einem Leistungsknick.

Vor der Beauftragung einer/eines Sachverständigen ist seitens der Prozessbevollmächtigten darauf zu achten, ob die Ermittlungen zu Glied 1 und 2 der Kausalkette getätigt wurden oder noch vervollständigt werden müssen, damit dem Antragsteller/der Antragstellerin Begutachtungen auf unvollständiger Ermittlungsgrundlage und mit hoher Wiederholungsgefahr erspart bleiben.

Von Sachverständigen ist schon bei Auftragseingang zu prüfen, ob alle erforderlichen Unterlagen, die insbesondere etwaige zeitnah zum Einwirken des schädigenden Faktors erfolgte Behandlungen betreffen, vorliegen oder aber, ob diese nachgefordert werden müssen. Da der Entschädigungsanspruch nicht ins Uferlose laufen darf und ein Ein- und Fortwirken des Schädigungsfaktors auf die Gesundheit der Betroffenen nachgewiesen sein muss, ist eine Rekonstruktion der Symptomhistorie zum schädigenden Tatbestand erforderlich. Hier empfiehlt es sich in Einzelfällen, nicht nur die üblichen Befundberichte anfordern zu lassen, sondern die gesamte Behandlungsdokumentation anzufordern, einzusehen und zu bewerten. Damit hat man eine wirklich neutrale Grundlage für die Beurteilung. Schulzeugnisse, die Leistungsstatistik der Krankenversicherung, der unverschlüsselte Versicherungsverlauf der Rentenversicherung können weitere wichtige fremdanamnestische Informationen jenseits medizinischer Dokumentation und der eigenen Angaben der Betroffenen sein.

Sodann ist zu eruieren, ob entweder aktenkundig Brückensymptome z.B. in Form ärztlicher Behand-

lungsdokumentationen eine Rekonstruktion der Symptomhistorie ermöglichen oder aber ob sich im Rahmen der Exploration der Zeitraum zwischen dem Ende der Einwirkung des schädigenden Faktors und der heute festzustellenden Gesundheitsstörung von der oder dem Geschädigten selbst überbrücken lässt. Zum Beispiel durch Schilderung des weiteren Lebensverlaufs und ggfls. der Einbußen an Selbstwertung, die sie oder er in dieser Zeit hat hinnehmen müssen. „Brückensymptome“ sind entgegen gelegentlich gehörter Behauptungen keineswegs obligat, nach dem Motto: keine Brückensymptome also auch kein kausaler Zusammenhang.

Der Sachverständigenbeirat des BMAS hat in seinem Beiratsbeschluss vom 29. und 30. März 2000 zwar daran festgehalten, dass ein großer zeitlicher Abstand ohne Auftreten von Brückensymptomen den Ursachenzusammenhang zwar vielfach unwahrscheinlich erscheinen lasse, jedoch sei das nicht dahingehend zu verstehen, dass psychische Störungen, die erstmals nach vielen Jahren in Erscheinung treten würden, pauschal als Schädigungsfolge abgelehnt werden. Ausnahmen von der Regel sind damit anerkannt, was auch dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Lehrmeinung im Jahr 2015 entspricht.

Zu fragen ist auch, ob es im Zusammenhang mit der Einwirkung der Schädigung und dem Auftreten unangenehmer Gefühle zur Beseitigung derselben Betäubungsversuche z.B. einen temporären Substanzmissbrauch oder eine temporäre Substanzabhängigkeit gegeben hat?

Es ist eine gezielte Exploration des gesamten Status der Persönlichkeit *vor Einwirken* der Gewalttat erforderlich sowie eine gezielte Exploration des Status *nach Einwirken* der Gewalttat. Denn es muss differenziert werden zwischen etwaiger Schädigungsfolge und zuvor bestandener Gesundheitsstörung im Sinne eines Vorschadens oder sich danach entwickelnder Gesundheitsstörung im Sinne eines Nachschadens.

Nur ein mit der Schädigungsfolge in engem Zusammenhang stehender Gesundheitsschaden wäre in Abgrenzung zu einem schädigungsunabhängigen Nachschaden als entschädigungspflichtiger „Folgeschaden“ zu sehen.

Es ist eine umfangreiche Untersuchung erforderlich und die Angaben wiederum müssen abgeglichen werden mit den Anknüpfungspunkten, wie sie sich aus der Akte ergeben. Gegebenenfalls sind die Betroffenen auch mit Diskrepanzen zwischen eigenen Angaben und den fremdanamnestischen Angaben, die in der Akte niedergelegt sind, zu konfrontieren. Es muss die gesamte psychosexuelle und psychomentale Entwicklung von Kindheit an erfragt werden:

1. Lagen Primordialsymptome vor (Einnässen, Dunkelängste, Nägelkauen)?

2. Kam es später zu einer Regression auf eine solche Symptomatik?
3. Wie wurden die früheren und späteren Schwellsituationen wie Kindergartenbesuch, Einschulung, Berufsfindung, Partnerwahl bewältigt? Wie war der schulische Leistungsverlauf, die soziale Integration im Kindes- und Jugendalter?
4. Eine Objektbeziehungsanamnese muss erhoben werden: Wie war die Beziehung zu den bedeutenden Primärobjekten (Eltern, Geschwister, ggf. Großeltern); gibt es eine generative Vorbelastung mit Traumatisierungen?
5. Der weitere Werdegang bis heute muss nachgezeichnet werden: Wie war der weitere lebensgeschichtliche Werdegang hinsichtlich der Berufsfindung, der sexuellen Orientierung; was sagt der weitere Lebensgang über das Durchhaltevermögen, die Integrations- und Anpassungsfähigkeit, die Frustrationstoleranz aus – bezogen auf alle sozialen Bezugssysteme (Familie, Partnerschaft, Freundschaft, Berufsleben)?
6. Gibt es gehäuft auftretende psychische Erkrankungen in der Familie?

3. Gesundheitsstörung

Sodann muss sich nach Erhebung der Vorgeschichte die Exploration des Traumas anschließen, sie kann nicht aus der Untersuchungssituation ausgespart werden. Während für die Feststellung des *kausalen Zusammenhangs* die wesentliche Mitursächlichkeit und die einfache Wahrscheinlichkeit (es spricht mehr für als gegen einen Ursachenzusammenhang) ausreichen, muss die von uns zu ermittelnde *Diagnose* im so genannten „Vollbeweis“ feststehen (kein vernünftiger Zweifel mehr).

Der Beweismaßstab hinsichtlich der Diagnose ist also höher gehängt, als der für die Beurteilung des kausalen Zusammenhangs. Im Standardlehrwerk von Maercker¹⁴ führt Frommberger an: „Die Beurteilung einer psychischen Traumafolge setzt die Exploration des Traumas voraus. Die psychischen Reaktionen auf das Trauma können in der gutachtlichen Exploration sichtbar werden und sind ein Validitätskriterium für die diagnostische Zuordnung wie auch ggf. für die Schwere der Beeinträchtigungen. Daher ist die detaillierte Exploration unverzichtbar, auch wenn psychopathologische Symptomatik und Vermeidungsverhalten dem entgegenstehen. Der Proband sollte vorher darauf aufmerksam gemacht werden, dass die Exploration keine Therapie ist und sich die Symptomatik verschlechtern kann. Ein bloßer Verdacht oder Rückschlüsse über Symptome oder Verhalten reichen nicht aus, um den Gesundheitsschaden mit den rechtlichen Kriterien eines so genannten Vollbeweises festzustellen.“

Ausdrücklich gibt Frommberger in diesem Zusammenhang an, dass unabhängig von dem klinischen Bild und der Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung nach ICD 10 F 43.1 zahlreiche weitere Störungen auftreten können, sowohl als einzige auf ein Trauma folgende Störung als auch comorbid. Allein deshalb, so gibt Frommberger an, sei eine differenzierte psychopathologische Exploration notwendig mit einer Einordnung der Symptome in Syndrome und Störungskategorien des gültigen psychiatrischen Klassifikationssystems.

Es ist darauf hinzuweisen, dass von den 1131 Befragten im Bericht der Unabhängigen Beauftragten sexueller Kindesmissbrauch¹⁵ nur ein gutes Drittel der Betroffenen PTBS Symptome angaben, dagegen fast 50% Symptome einer Somatisierungsstörung (körperliche Beschwerden ohne organische Ursache).

Ein großes Problem der Begutachtung psychischer Schädigungsfolgen im OEG – nicht nur, aber auch bei sexuellem Kindesmissbrauch – ist der Missbrauch der Diagnose PTBS. Weder die Kausalität noch das Ereignis/der schädigende Tatbestand können sich aus der Diagnose der PTBS ableiten lassen.

Der Missbrauch dieser Diagnose liegt darin begründet, dass sie eine der ganz wenigen Diagnosen ist, deren Kriterien eine Ursachenzuschreibung enthalten, nämlich den Bezug zu einer – wie es in der ICD 10 heißt – „Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigen Ausmaßes“, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde.¹⁶ Exemplarisch genannt werden Opfer von Folterung, Terrorismus, Vergewaltigung... und in der Tat ist eine Vergewaltigung das Ereignis, welches in mehr als der Hälfte der Fälle eine PTBS als deren Folge nach sich zieht, dies gilt aber nicht für alle anderen möglichen und durchaus auch schwerwiegenden Belastungen.

Der (unzulässige) Beweisautomatismus, der dieser Diagnose innewohnt, ist ein doppelter: damit wird nämlich neben dem Ursachenzusammenhang zwischen Gesundheitsstörung und schädigendem Ereignis auch ausgesagt, dass es ein „schädigendes Ereignis“ von traumatischer Qualität gegeben haben *muss*. Mit ganz einfachen Worten: Die geschädigte Person muss ja Opfer sexuellen Missbrauchs geworden sein, es wurde schließlich eine PTBS diagnostiziert.

Gelegentlich wird selbst in den Beweisfragen unserer juristischen Auftraggeber/innen der PTBS ein Sonderstatus zugebilligt, wenn es beispielsweise heißt: Besteht ein Zusammenhang zwischen den heute bestehenden Gesundheitsstörungen und den

¹⁴ Frommberger, in Maercker: Posttraumatische Belastungsstörungen, 4. Auflage 2013, S. 134.

¹⁵ Abschlussbericht der Unabhängigen Beauftragten zur Aufarbeitung von sexuellem Kindesmissbrauch, Dr. Christine Bergmann, Berlin 2011, S. 61, unter: www.fonds-missbrauch.de/.

¹⁶ Dilling, H. et al.: Die ICD 10, 9. Auflage, Hans Huber Vlg. 2014.

„angeschuldigten“ Vorkommnissen? Liegen insbesondere Symptome einer PTBS vor?

Dies ist eine Reduktion der weiter oben erläuterten Komplexität in Begutachtungen zu Fragen des kausalen Zusammenhangs und fördert, wenngleich so vielleicht nicht intendiert, die Fokussierung auf die PTBS Diagnose. Damit einher geht in der Regel das hohe Risiko wiederholter Begutachtungen, langer Verfahrensdauern bis hin zu der Unmöglichkeit überhaupt noch eine Beurteilung abgeben zu können, wenn sich die geschädigte Person im Rahmen eines jahrelangen Verfahrens mit der Diagnose einer PTBS „identifiziert“ hat und ein Blick hinter das gezeigte Symptombild kaum mehr möglich ist.

Die Fixierung auf diese anhand des Leidens der Vietnam-Veteranen operationalisierten Diagnose, deren Kernsymptome unwillkürliches Wiedererleben von Aspekten des Traumas, Vermeidungsverhalten hinsichtlich mit dem Trauma verbundener Reize (Trigger) und Schreckhaftigkeit sind, führt dann auch zu einer verzerrt, wenig authentisch wirkenden Schilderung der Symptomatik nicht mehr in eigenen Worten, sondern im Fachjargon. Die Betroffenen sprechen nicht mehr von sich, sondern über eine Symptomatik nach Lehrbuch, sie sprechen von „Triggern“, „Flashbacks“, davon, dass sie gerade noch „gedissed“ sind und ständig retraumatisiert werden.

In ihrem lesenswerten Buch über die schwierige Entschädigungsgeschichte deutscher Kriegsheimkehrer spricht Svenja Goltermann¹⁷ von einer derzeit geradezu inflationären Verwendung des Traumabegriffs und einer „enormen Karriere“ des Traumabegriffs. In ihrer medizinhistorischen Darstellung zeigt sie die Individualität von Leiderfahrung, der mittlerweile wie selbstverständlich die Diagnose PTBS als eine Art „Sollvorschrift“ des Erlebens und Erinnerns übergestülpt werde und verweist unter Bezugnahme auf den amerikanischen Psychiater Richard McNally (die PTBS Diagnose wurde 1980 zuerst in das amerikanische Klassifikationssystem aufgenommen) auf eine Traumaindustrie, die ihre eigenen Interessen verfolgt.

Auch in den hier relevanten Verfahren wird sehr schnell die Verdachtsdiagnose einer PTBS gestellt, weil dies in der Regel eine schnelle Kostenübernahme der Leistungsträger für Soforthilfen nach sich zieht. Dies kann eine Kostenübernahme für Therapiestunden sein, aber auch die Kostenübernahme für eine Erstdiagnostik, für die dann z.B. etwa 1500 Euro Tageshonorar verlangt werden. Behandlungsleistungen können dann auch zu Lasten des Landschaftsverbandes oder der Unfallversicherungsträger extrabudgetär, also außerhalb dessen, was die gesetzliche

Krankenversicherung zahlt, abgerechnet werden. Dies entlastet das restriktive Budget von Kassenärzten. Andere Motivlagen können sich aus der Notwendigkeit von Nachweisen einer bestimmten Zahl an Behandlungsfällen für die Anerkennung spezieller Therapiequalifikationen speisen mit der Folge, dass der Fall als PTBS etikettiert wird.

Die Fokussierung auf die Diagnose PTBS wird Menschen mit traumatischen Erfahrungen nicht gerecht. Auch eine Borderline-Persönlichkeitsstörung kann bei sexuellem Missbrauch als Schädigungsfolge auch ohne „PTBS“ Diagnose anerkannt werden, wenn der Missbrauch schwerwiegend und damit annähernd gleichwertige Mitursache zu einer in der Regel bei Persönlichkeitsstörungen bestehenden genetischen Anlage und anderen nachteiligen Umfeldbedingungen war.

Im Handbuch der Borderline-Störungen¹⁸ wird ausgeführt, dass in den Fällen einer Borderline-Störung als Folge „aversiver Kindheitserlebnisse“ wie es dort heißt, der sexuelle Missbrauch schwerwiegend und anhaltend gewesen sein muss. Als schwerwiegende Missbrauchserfahrungen mit Spätfolgen werden Missbrauchswiederholungen, Geschlechtsverkehr, Inzest angeführt. Generell können Persönlichkeitsstörungen Schädigungsfolge sein, wenn schädigende Einwirkungen in

- früher Kindheit
- über längere Zeit
- in erheblichem Umfang

wirksam waren. Das spiegelt sich auch in den vom BMAS herausgegebenen, noch immer gültigen sogenannten Kausalitätshinweisen, die Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht enthalten, auch wenn dort der Begriff „Neurose“ verwendet wird.¹⁹

Berücksichtigt man, dass es sich bei Persönlichkeitsstörungen per definitionem schon um eher schwere Störungen, mindestens aber um Störungen handelt, die mit einer wesentlichen Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit einhergehen, ist man in den meisten dieser Fälle (es sei denn sie sind erfolgreich behandelt) in einem rentenberechtigenden Bereich eines GdS 30-40 und bei schweren Formen kann sogar die Hürde der Härtefallregelung (GdS 50) genommen werden. Darauf komme ich im letzten Abschnitt „Einschätzung der Schädigungsfolgen“ zurück.

Die Begutachtung erfordert neben der Exploration des Traumas also umfangreiche Erhebungen zur gesamten lebensgeschichtlichen Entwicklung für die (je nach Verbalisations-, Reflektionsfähigkeit und

¹⁷ Goltermann, Svenja: Die Gesellschaft der Überlebenden, DVA 2009, Seite 18-19.

¹⁸ Dulz et al.: Handbuch der Borderline-Störungen, Schattauer Verlag, 2. Auflage 2011.

¹⁹ BMAS: Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht, Kausalitätshinweis Nr. 70, S. 204 in der Auflage 2008.

Stabilität der Betroffenen, ihrer Fähigkeit zu einer chronologischen Wiedergabe ihrer Biographie) eine Zeitdauer von 2 Stunden in Einzelfällen unterschritten werden kann aber eher darüber hinausgeht.

Die Begutachtung sollte durch die beauftragten Sachverständigen persönlich geführt werden. So hat der „Entschädigungssenat“ des BSG, der 9. Senat, festgehalten, dass im Fall einer psychiatrischen Begutachtung wegen der Besonderheiten dieses Fachgebiets die persönliche Begegnung der Sachverständigen mit den Probanden unter Einschluss eines explorierenden Gesprächs unverzichtbar für die eigene verantwortliche Urteilsbildung ist.²⁰

Halten wir also fest: Der gründlichen Tatsachenermittlung und -vorgabe kommt eine weichenstellende Bedeutung für die Begutachtung zu, dabei sollte auf die unterschiedlichen Beweismaßstäbe im Strafrecht und im Sozialen Entschädigungsrecht geachtet werden und nicht ohne weitere Überlegung vom einen auf das andere geschlossen werden. Neben der Vermengung von Beweismaßstäben ist auf die Gefahr (unzulässiger) Beweisautomatismen hinzuweisen und in diesem Zusammenhang auf die Instrumentalisierung der PTBS Diagnose, welche die Begutachtung von Traumafolgestörungen unwissenschaftlicherweise derzeit dominiert.

Ebenso ist auf die Vervollständigung von „Anknüpfungstatsachen“ hinzuwirken. Das OEG ist ein kleines und sehr schwieriges Rechtsgebiet an der Schnittstelle zwischen Medizin und Recht, in dem das Zusammenspiel der unterschiedlichen Kompetenzen der beteiligten Berufsgruppen im Hinblick auf eine bestmögliche Sachverhaltsermittlung bei gleichzeitiger Wahrung der professionellen Rolle doch glücken sollte.

III. Kausalitätsbeurteilung und Quantifizierung der Schädigungsfolgen

Wie Russig²¹ schreibt, handelt es sich bei der Kausalitätsbeurteilung nicht um ein Verständnis von Kausalität, das sich an naturwissenschaftlichen Gesetzmäßigkeiten orientiert, sondern „um ein pragmatisches Konzept der Zuschreibung von bestimmten Ereignissen (als Ursachen) zu bestimmten Wirkungen, d.h. letztlich um eine soziale Konvention, ohne dass etwa ein Anspruch auf (mono-) kausale Erklärung (nur dieses Ereignis kann, nach Maßgabe einer kausalen Gesetzmäßigkeit für – nur – diese Folge ursächlich sein) erhoben würde.“ Russig benennt die Gefahr, die darin besteht, dass nicht gewusst werden könne,

unter welchen Voraussetzungen in der Medizin von kausaler Erklärung oder Kausalzusammenhang gesprochen werde und daher der fragende Richter nicht wissen könne, ob ein Mediziner unter „wesentlich mitwirkender Bedingung“ dasselbe verstünde wie der Richter, der danach frage. Man kann nicht sichergehen, ob juristischer Auftraggeber/innen und psychiatrischer Auftragnehmer/innen vom gleichen Rechts- und Kausalitätsverständnis ausgehen. Um das sicherzustellen ist eine präzise Formulierung der Beweisfragen, ggfls. versehen mit einer erläuternden Anlage zu den Beweisfragen hilfreich.

Loytved²² hat unter Bezugnahme auf das „Schockschadenurteil“²³ des BSG noch einmal die Schritte der Kausalitätsprüfung angeführt:

1) Die Beurteilung des Ursachenzusammenhangs muss unter Berücksichtigung des herrschenden Stands der wissenschaftlichen Lehrmeinung erfolgen. Wenn danach die schädigende Einwirkung als „allgemein geeignet“ angesehen wird, die bestehende Gesundheitsstörung hervorrufen zu können, könne ein Ursachenzusammenhang auch im Einzelfall angenommen werden

2) Der Sachverständige müsse sich dabei auf das allgemeine und medizinische Erfahrungswissen stützen. Konkret: er muss die Kausalitätshinweise der AHP berücksichtigen, da diese trotz der „Überführung“ der AHP in die VersMedV nach wie vor Gültigkeit haben und angewendet werden sollen.²⁴

3) Wenn unter Berücksichtigung dieses Erfahrungswissens bei entschädigungspflichtigen Vorgängen bestimmter Qualität (SIC! Bedeutung der Tatsachenvorgabe) für die davon Betroffenen die Gefahr bestimmter Erkrankungen im Vergleich zur Gruppe der davon nicht Betroffenen erhöht ist „liegt schon die Wahrscheinlichkeit nahe, dass der im Einzelfall von dieser Gefahr betroffene Kranke dieser Gefahr auch tatsächlich erlegen ist.“ So dann wird explizit auf den Kausalitätshinweis der Nr. 71 der AHP „Folgen psychischer Traumen“ hingewiesen und darauf, dass sofern die Voraussetzungen der Nr. 71 erfüllt seien, von einer bestärkten Wahrscheinlichkeit des Ursachenzusammenhangs auszugehen sei. Dieser Zusammenhang könne dann nur widerlegt werden durch den Nachweis einer alternativen Kausalität von quasi überragendem Gewicht.

Stellt sich die Frage, was es denn mit der Nummer 71 der AHP, eine der von Russig angesprochenen Konventionen, auf sich hat? Im Absatz 1 benennt die Nr. 71 „psychische Traumen“, die besonders geeignet sind zu psychischen Folgeschäden führen zu können, wenn sie mit Erleben von Angst und Ausgeliefertsein

²⁰ BSG Beschluss vom 18.09.2003, B 9 VU 2/03 B.

²¹ Russig, Harald: Psychische Traumen als Folge von Gewalttaten, Aspekte der tatrichterlichen Ermittlungen, Mainzer Schriften zur Situation von Kriminalitätsoffern, Band 37, Nomos Vlg. 2004.

²² Loytved, H.: Zur Anerkennung von so genannten Schockschäden im Gewaltopferentschädigungsrecht, MedSach 101/2005, S. 151.

²³ BSG Urteil vom 12.06.2003, B 9 VG 1/02 R).

²⁴ Anlage zu § 2 der VersMedV, a.a.O., Fn. 9.

verbunden waren. Explizit benannt werden: Kriegsgefangenschaft, rechtstaatswidrige Haft in der DDR, Geiselnahme, Vergewaltigung. Bei der Würdigung der Auswirkungen wird dabei ausdrücklich nicht nur die Schwere der Tat berücksichtigt, sondern „wie sich die Belastungen bei ihm nach seiner individuellen Belastbarkeit und Kompensationsfähigkeit ausgewirkt haben.“²⁵ Ausdrücklich – wir haben das weiter oben bei der Diskussion der überwertigen Bedeutung der PTBS Diagnose schon angeschnitten – wird auf die Vielfalt möglicher seelischer Folgestörungen hingewiesen: „Die Störungen sind nach ihrer Art, Ausprägung, Auswirkung und Dauer *verschieden*“ (Hervorhebung von mir). Angesprochen wird eine Spannbreite von kurzfristigen reaktiven Störungen z.B. in Form einer reaktiv depressiven Störung, einer PTBS bis hin zu einer Chronifizierung dieser Störungen oder die Entwicklung einer Persönlichkeitsänderung mit Misstrauen, Rückzug, Motivationsverlust...

Das Wichtige an der Nr. 71 AHP ist ihre beweis erleichternde Funktion für die Wahrscheinlichkeit des Ursachenzusammenhangs hinsichtlich der dort genannten Ereignisse, die es – mit Ausnahme einer Regelung für bestimmte Berufsgruppen – im Recht der Gesetzlichen Unfallversicherung so nicht gibt. Grundsätzlich gilt für den ursächlichen Zusammenhang auch im OEG, dass die Ursache wesentlich und annähernd gleichwertige Mitursache zu anderen Ursachen sein muss. Keineswegs muss sie aber die „alleinige“ Ursache sein.

Selbstverständlich müssen aber dann noch Vor- und Nachschäden, schädigungsunabhängige Gesundheitsstörungen ermittelt und berücksichtigt werden ebenso wie nicht entschädigungspflichtige Wunsch- und Zweckreaktionen.

Im Hinblick auf die Frage, wie hoch denn im Falle der Feststellung einer Schädigungsfolge der Grad der Schädigungsfolgen zu schätzen ist, gibt es Empfehlungen und Entscheidungshilfen, die in der Anlage zu § 2 der VersMedV²⁶ insbesondere unter Punkt 3.7 und in den Niederschriften über die Tagungen des Ärztlichen Sachverständigenbeirats beim Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung niedergelegt sind.

Für die posttraumatische Belastungsstörung (ICD 10 F 43.1) sind die Beiratsbeschlüsse des BMAS vom 06. und 07.11.2008 zu berücksichtigen. Danach ist die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung unter der Voraussetzung, dass ein schwerwiegendes Trauma erlebt wurde, nur zu stellen, wenn im psychischen Bereich mindestens 6 verschiedene Symptome aus den Symptomkategorien B, C und D, also Wiedererleben, Vermeidung und Schreckhaftigkeit positiv belegt sind. Diese müssen überdies sich auf das

traumatische Erlebnis beziehen und neu nach dem Trauma in Erscheinung getreten sein. Hinsichtlich der Eingangskriterien (Traumakriterien) müssen diese nach DSM IV (amerikanisches Klassifikationssystem psychischer Störungen) aber auch nach ICD 10 (im europäischen Sprachraum geltendes Klassifikationssystem psychischer Störungen) erfüllt sein.

Aktuell ergibt sich das „Problem“ dass die DSM Kriterien für die PTBS neu definiert und ergänzt wurden. Die amerikanische Übersetzung des Nachfolgers des DSM IV, das DSM V erschien im Mai 2013, die autorisierte deutsche Übersetzung liegt seit Januar 2015 vor. Es würde den Rahmen dieser Veröffentlichung und ihres Anliegens sprengen hierauf detailliert einzugehen, der Beiratsbeschluss von 2008²⁷ entspricht nicht den neuen Kriterien nach DSM V, welches aber den aktuellen Stand der herrschenden wissenschaftlichen Lehrmeinung abbildet. Es erschien im Mai 2013 in Amerika und erst im Januar 2015 in der autorisierten deutschen Übersetzung. Es kann bei älteren Verfahren, in denen die DSM IV Kriterien ebenso zugrunde gelegt wurden wie der Beiratsbeschluss zur PTBS aus 2008 im Sinne der „Vergleichbarkeit“ sinnvoll sein, sich an den „alten“ Kriterien zu orientieren. Diesbezüglich besteht aktuell eine Grauzone und im Zweifel sollten Sachverständige transparent machen, warum sie sich an welcher Version orientiert haben oder – noch besser – sollte von AuftraggeberInnen vorgegeben werden, ob nun die DSM IV Kriterien oder doch die neuen Kriterien nach DSM V zugrunde gelegt werden sollen. Die Neuauflage des im europäischen Sprachraum geltenden Klassifikationssystems psychiatrischer Krankheiten, die ICD 11, wird für 2017 erwartet.

Bei der Quantifizierung des Grades der Schädigungsfolgen (GdS) sind die nachstehend abgedruckten Vorgaben unter Punkt 3.7 der Anlage zu § 2 der VersMedV²⁸ zu beachten: Zu Störungen mit (rentenberechtigender) wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit gehören danach ausgeprägtere depressive, hypochondrische, asthenische oder phobische Störungen, Entwicklungen mit Krankheitswert, somatoforme Störungen. Das Vollbild einer PTBS ist nach dem Beschluss des Ärztlichen Sachverständigenbeirats²⁹ mit einem GdS von wenigstens 30 einzuordnen.

²⁷ BMAS: Beiratsbeschluss des Ärztlichen Sachverständigenbeirats vom 06. und 07.11.2008 zur Begutachtung bei posttraumatischer Belastungsstörung.

²⁸ A.a.O., Fn. 9., vgl. auch Böwering-Möllenkamp, Claudia; Begutachtung psychischer Störungen nach Gewalterfahrungen und Traumatisierungen, in: Doering-Striening, G., a.a.O., Fn.10, S.187-212.

²⁹ BMAS: Beiratsbeschluss zu den Abgrenzungskriterien für die gutachtliche Beurteilung sozialer Anpassungsschwierigkeiten vom 18. und 19.03.1998.

²⁵ Russig, a.a.O., Fn. 21, S. 205.

²⁶ A.a.O., Fn. 9.

IV. Empfehlungen

Für eine nachvollziehbare Beurteilung seelischer Folgen sexuellen Kindesmissbrauchs bedarf es eines dieses Ziel verfolgenden Ineinanderwirkens juristischer und psychiatrischer Fachkompetenz. Dazu gehört (bis auf wenige Ausnahmen aufgrund erheblicher Beweisschwierigkeiten in Verbindung mit Gewissensnöten und prozessökonomischen Erwägungen, die sachverständigenseits gelegentlich hingenommen werden müssen) eine Mitwirkung der Beteiligten und der juristischen Auftraggeber/innen an der konkreten Tatsachenermittlung und Tatsachenvorgabe. Dabei dürfen Beweismaßstäbe nicht vermengt werden, es ist ggfls. seitens der Prozessbevollmächtigten auf eine Anhörung und Beweiswürdigung nach der Möglichkeit der „Glaubhaftmachung“ hinzuwirken, bevor eine Beauftragung zur Begutachtung der kausalen Zusammenhangsfrage erfolgt.

Der oder die Sachverständige ist wie auf keinem anderen Rechtsgebiet im Sozialrecht gefordert, sich mit der Rechtsprechung des BSG, den Kausalitätshinweisen der AHP auseinanderzusetzen ebenso wie mit der Theorie der wesentlichen Bedingung und den im Sozialen Entschädigungsrecht, hier im OEG, geltenden Beweiserleichterungen. Neben der Bedeutung der Tatsachenvorgabe ist das richtige Kausalitätsverständnis der Punkt der über das Gelingen der Begutachtung im Sinne einer nachvollziehbaren Beurteilung entscheidet. Dies ist auch der konstruktivste „Angriffspunkt“ in der Auseinandersetzung mit psychiatrischen Gutachten und kann „uns Sachverständigen“ daher nur willkommen sein.

Die neuere Forschung zu sexuellem Kindesmissbrauch zwingt dazu, die „PTBS – Brille“ bei der Begutachtung abzunehmen. Es gibt vorübergehende aber auch dauerhafte Folgen, aber auch Fälle, in denen es nicht zu gesundheitlichen Folgeschäden kommt. Die Auswirkungen sind je nach Art, Intensität, Dauer des sexuellen Missbrauchs verschieden. Die Unbefangenheit des oder der Sachverständigen zeichnet sich durch Bezugnahme auf den aktuellen Wissenstand aus.

Die Begutachtung sollte von beauftragten Sachverständigen persönlich und kontinuierlich durchgeführt werden im Rahmen eines einfühlsamen und ausführlichen Gesprächs und die oder der Betroffene ist darauf hinzuweisen, dass aus wissenschaftlicher Sicht eine Aussparung der Exploration traumatischer Geschehnisse nicht möglich ist ohne die Validität der Beurteilung erheblich zu gefährden.

Aus Neutralitätsgründen kann eine Exploration in Anwesenheit einer Begleitperson insbesondere bei chronifizierten Entwicklungen nachteilig sein. Dem Misstrauen vieler Betroffener kann aber unter Berücksichtigung des Beschlusses des OLG Hamm vom

03. Februar 2015³⁰ durch eine Aufzeichnung der Exploration auf Band und anschließender Transkription Rechnung getragen werden.

Anhang

I.

Nr. 3.7 der Anlage zu § 2 der VersMedV i.d.F v. 28.10.2011 (BGBl I, S. 2153) S. 26-27

<i>Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Folgen psychischer Traumata</i>	GdS
Leichtere psychovegetative oder psychische Störungen	0 - 20
Stärker behindernde Störungen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit (ausgeprägtere depressive, hypochondrische, asthenische oder phobische Störungen, Entwicklungen mit Krankheitswert, somatoforme Störungen)	30 - 40
Schwere Störungen • mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten • mit schweren sozialen Anpassungsschwierigkeiten	50 - 70 80 - 100

II.

BMAS: Beiratsbeschluss zu den Abgrenzungskriterien für die gutachtliche Beurteilung sozialer Anpassungsschwierigkeiten vom 18./19.03.1998

Am Beispiel des schizophrenen Residualzustandes als definitionsgemäß „schwere Störung“ wurden vom Beirat des BMAS folgende Abgrenzungskriterien empfohlen:

Leichte soziale Anpassungsschwierigkeiten:

Z. B. Berufstätigkeit trotz Kontaktschwäche und/oder Vitalitätseinbuße auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt noch ohne wesentliche Beeinträchtigung möglich. (Wesentliche Beeinträchtigung nur in besonderen Berufen, z.B. Lehrer, Manager). Keine wesentliche Beeinträchtigung der familiären Situation oder bei Freundschaften, d.h. z.B. keine krankheitsbedingten wesentlichen Eheprobleme.

Mittelgradige soziale Anpassungsschwierigkeiten:

In den meisten Berufen sich auswirkende psychische Veränderung, die zwar weitere Tätigkeit grundsätzlich noch erlaubt, jedoch eine verminderte Einsatzfähigkeit bedingt, die 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.

³⁰ OLG Hamm Beschluss vom 3. Februar 2015, Az. 14 UF 135/14.

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 Bekanntenkreis.

Letztlich bemisst sich – abgesehen von der Frage, was die rechtlich wesentliche Ursache für die vorliegende Gesundheitsstörung ist – das Ausmaß der Anerkennung von Schädigungsfolgen nach den Einschränkungen oder aber (selbst wenn nur unter therapeutischen Bedingungen erreicht) Möglichkeiten der sozialen Teilhabe, der Beeinträchtigung alltäglicher Routinen und Verrichtungen.

Bei der Quantifizierung des GdS empfiehlt sich ein Abgleich zwischen Diagnose, Befundschwere, Behandlungsintensität und Einschränkungen versus Möglichkeiten der sozialen Teilhabe im allgemeinen privaten, sozialen und beruflichen Bereich. Mit dem Grad der Schädigungsfolgen wird nicht die „Schwere“ der Gewalttat entschädigt und auch keine Diagnose, sondern eine sich aus der Gesundheitsstörung ergebende Beeinträchtigung von Fähigkeiten, also eine Fähigkeitsstörung.

III.

Zur Festlegung bei den unter Punkt 3.7 der Anlage zu § 2 der VersMedV genannten Schweregradeinteilungen können auch folgende Aspekte hilfreich sein (vgl. auch Böwering-Möllenkamp, Claudia: Begutachtung psychischer Störungen nach Gewalterfahrungen und Traumatisierungen, in Doering-Striening, G.: Opferrechte – Handbuch des Anwalts für Opferrechte, Nomos Vlg. 2013, S.187-212):

GdS 10 bis 20:

„Leichtere psychovegetative oder psychische Störung“:

- Erlebnisfähigkeit (Lebensfreude) schon eingeschränkt, Gestaltungsfähigkeit „im Außen“ sowie soziale Integration sind erhalten;
- Leichte leidensbedingte Beeinträchtigungen der Alltagsbewältigung, berufliche Teilhabe möglich, keine stärkeren privaten Konflikte mit Gefährdung der Partnerschaft, Beziehung zu bedeutsamen Anderen;
- Anlassbezogene Kontaktaufnahme zum Haus- oder Facharzt, ggfls. auch Indikation zur psychiatrischen und/oder psychotherapeutischen Behandlung gegeben, aber nicht obligat.

GdS 30 bis 40:

„Stärker behindernde Störungen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit“:

- Lebensfreude erheblich bis stark eingeschränkt, deutlicher Leidensdruck;

- Durchgängig vorhandene mäßige bis teilweise deutliche krankheitsbedingte Beeinträchtigung der Alltagsbewältigung, der beruflichen Tätigkeit und/oder der zwischenmenschlichen Beziehungen (z.B. vermehrte Spannungen bzw. Konflikte, sozialer Rückzug);
- Klare Indikation zur fachpsychotherapeutischen und psychiatrischen Behandlung.

GdS 50 bis 70:

„Schwere Störung mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten“:

- Weitgehender Verlust von Lebensfreude, Antrieb, Schwung, Schwierigkeiten bei der Tagesstrukturierung, die aber noch erhalten ist;
- Schwerer Leidensdruck, oder hoch konflikthafte Beziehungen mit deutlichen Beeinträchtigungen der Integrations- und Anpassungsfähigkeit in Familie und Beruf. Kompensation der Störung bei deutlicher Rücksichtnahme des Umfeldes noch mit Einschränkungen möglich.
- Bei scheinbarer Normalität erschließt sich Ausmaß der Störung ggfls. indirekt aus der Frage wie viel soziale Rücksichtnahme schon erforderlich ist um die private Integration noch aufrecht zu erhalten?
- Alltagsstrukturierung nur mit großem Kraftaufwand oder mit externer Hilfe möglich.
- Häufige und ggf. längere voll-, teilstationäre (tagesklinische) Behandlung, durchgehende ambulante psychiatrische und/oder psychotherapeutische Behandlung erforderlich, in der Regel auch Psychopharmakotherapie, außer bei krankheitsbedingt mangelnder Behandlungseinsicht;
- Ggf. Bevollmächtigung oder gesetzliche Betreuung für einzelne Aufgabenbereiche.

GdS 80 bis 100:

„Schwere Störungen mit schweren sozialen Anpassungsschwierigkeiten“:

- Schwerste seelische Erkrankungen, gravierende Einschränkungen der freien Willensspielräume, Realitätsprüfung schwer beeinträchtigt, alltägliche Routinen ohne Hilfestellung nicht/kaum möglich;
- Hochgradiger Verlust der Vitalität, Emotionalität, gravierender Antriebsverlust, Beeinträchtigung der Fähigkeit zur Alltagsstrukturierung;
- Häufig soziale Isolierung, das soziale Umfeld besteht meist nur noch aus professionellen Kontakten, Kontakte meist medikalisiert;
- Alltagsstrukturierung unter Anleitung möglich;
- Chronifizierter Prozess, Endpunkt einer langjährigen, nicht mehr wesentlich beeinflussbaren Entwicklung. Häufig nur noch ambulante fachärztliche, aber immer psychopharmakologische Behandlung, oft gesetzliche Betreuung. Wenn

überhaupt noch Integration in Werkstatt für Behinderte möglich;

- Intensive psychiatrische Behandlung mit Psychopharmakotherapie ist obligat.