

Norbert Konrad

Zum Krankheitsbegriff in der Forensischen Psychiatrie

Zusammenfassung

Die Diskussion über die Entstehung und soziale Bedeutsamkeit psychisch abweichenden Verhaltens war mit der Erarbeitung von ICD-10 und DSM-5 lange nicht abgeschlossen. Das eigentlich wünschenswerte Bemühen, international eine Verständigungsbasis zu finden, hat dazu geführt, dass man sich auf den kleinsten gemeinsamen Nenner einigte, der – unter Verzicht auf eine nosologische Einteilung – die zu beobachtenden Zustandsbilder deskriptiv anhand einer Symptomliste zuordnet. Das kann auf die Dauer nicht befriedigen, wird aber voraussichtlich auch in der für Mai 2018 erwarteten ICD-11 fortgeführt werden. Jedes Rechtsgebiet verfügt über einen eigenen Krankheitsbegriff, der auf den Zweck der jeweiligen Bestimmungen ausgerichtet ist. Wie psychische Störungen Freiheit und Verantwortlichkeit im Strafrechtskontext beeinträchtigen, bleibt unklar. Für die psychologisch-psychiatrische Begutachtungspraxis erscheint immer noch ein strukturell-sozialer Krankheitsbegriff am besten geeignet: Die Zuerkennung von Krankheit, die Auswirkung auf die Schuldfähigkeit haben kann, hängt danach davon ab, ob der zu beurteilende Zustand die Struktur von »Krankheit« hat und ob er die allgemeine soziale Kompetenz der Persönlichkeit beeinträchtigt. Dieser Krankheitsbegriff wird in erster Linie an dem Ausmaß einer entindividualisierenden, typisierenden Umprägung eines Menschen gemessen. In diese Denkrichtung hat sich in den letzten Jahren auch die Allgemeinpsychiatrie im Rahmen der Differenzierungsbemühungen bei der stoffgebundenen und nicht-stoffgebundenen Abhängigkeit bewegt.

Schlüsselwörter: Psychische Störung, Krankheitsbegriff, Forensische Psychiatrie, Begutachtung

Abstract

By developing the ICD-10 and the DSM-5, discussing the emergence and the social meaning of mental illness and deviant behavior was far from completed. The efforts to reach an international understanding has led to an agreement upon the lowest common denominator. This means, that without the use of a nosologic classification, observable conditions are descriptively assigned based on a list of symptoms. Although this may not be satisfactory in the long run it is likely to be continued in the ICD-11, which is

DOI: 10.5771/2365-1083-2018-1-40

<https://doi.org/10.5771/2365-1083-2018-1-40>

Generiert durch IP '18.216.166.158', am 23.05.2024, 07:27:09.

Das Erstellen und Weitergeben von Kopien dieses PDFs ist nicht zulässig.

expected in May 2018. Every branch of law possesses a distinctive concept of illness, which is adjusted to the objective of the respective legal terms. It remains ambiguous, how mental disorders affect agency and accountability in the context of criminal law. A social-structural concept of illness still seems to be most appropriate for the practice of psychological and psychiatric expert witnesses working for the court.

The accordance of illness, which can impact criminal liability, depends on the approving state with its structure of "illness" and whether it interferes with the general social competence of personality. This concept of illness is primarily measured by the extent of deindividualization and the typifying embossing of a person, i.e. changes that occur as a result of illness and that have a formative influence on the personality. Regarding substance-related and unrelated addiction, the general psychiatry recently turned towards this line of thought in the context of efforts to differentiation.

Key words: Mental Disorder, Mental Illness, Forensic Psychiatry, Expert Witnessing

1. Einleitung

Jedes Rechtsgebiet verfügt über einen eigenen Krankheitsbegriff, der auf den Zweck der jeweiligen Bestimmungen ausgerichtet ist. Der Krankheitsbegriff im Betreuungsrecht ist beispielsweise zum Wohl bzw. Schutz des zu Betreuenden so weit gefasst, dass er auch Beeinträchtigungen umfassen kann, die noch keine psychiatrische Diagnose begründen (Konrad, 1992). Im Folgenden wird auf den Krankheitsbegriff im Strafrecht näher eingegangen.

2. Zur Geschichte der Schuldfähigkeitsbestimmungen

Bei den Diskussionen um die Schuldfähigkeitsbestimmungen in der Nachkriegszeit bis zum 2. Strafrechtsreformgesetz 1969 und schließlich auch bei deren Formulierungen spielte der Krankheitsbegriff eine prominente Rolle. Auch die Arten psychischer Störungen, die nicht als Krankheiten im engeren Sinne (als »krankhafte seelische Störung«) gelten, sollten an ihrem Krankheitswert gemessen werden (Krümpelmann, 1976). Die Rationale dieses Gesetzes ist, Rechtsverstöße eines Kranken nicht mit Strafe zu belegen, da eine Bestrafung nicht »schuldangemessen« wäre; denn Krankheit hebt Schuld auf, »entschuldigt«. Zum anderen spricht für die Eichung der Schuldfähigkeitsbeurteilung am Krankheitsbegriff, dass andere Maßstäbe, die es erlauben würden, diese Beurteilung mit einiger Konsistenz durchzuführen, nicht existieren. Vorschläge, die Einsichts- und Steuerungsfähigkeit einzig aufgrund einer psychologischen Analyse von Täter und Tat vorzunehmen, konnten keine auch nur einigermaßen verbindlichen Kriterien aufzeigen. Gut ablesbar ist dies auch an den Vorschlägen, die in den 60er/70er Jahren des letzten Jahrhunderts von psychologischer Seite zur Beurteilung der sogenannten normalpsychologischen Bewusstseinsstörung vorgelegt wurden (Saß, 1993; Rasch, 1993). Ihre Heranziehung hätte allen Beliebigkeiten die Tür geöffnet. »Krankheit oder Krankhaftigkeit als zentrales Kriterium unseres Konzepts der Schuldfähig-

keitsbeurteilung ist unerlässlich«, hieß es bei Ehrhardt (1967), »weil sonst dieses ganze Konzept zerfließt.«

Die Basis des Schuldvorwurfs besteht in der »Fähigkeit, sich von der Rechtspflicht zu gebotenen Handeln motivieren zu lassen« (BGH 2 StR 61/90), d. h. der Fähigkeit, die auf den Handelnden eindringenden Antriebe zu kontrollieren und sich bei der Entschlussfassung zur Tat von den geltenden rechtlichen und ethischen Normen bestimmen zu lassen. Schuld setzt voraus, dass der Täter hätte anders handeln können, als er gehandelt hat. Dabei geht es primär um den Zeitpunkt der Tat.

Das Strafgesetz selbst nennt Situationen und Zustände, bei denen es an Schuld fehlen soll, ohne jedoch positiv anzugeben, was es unter Schuld und Schuldfähigkeit verstehen will. Der aktuell dominierende soziale Schuldbegriff verlangt vom Gutachter keine Bemessung des Freiheitsspielraums eines Täters, sondern den Vergleich mit einem Durchschnittsmenschen, dessen normative Ansprechbarkeit im Sozialleben bei intakter Steuerungsfähigkeit vorausgesetzt wird (Konrad & Rasch, 2014). Welche Erwartungen im Hinblick auf die normative Bestimmbarkeit gelten, wird von der Gesellschaft festgelegt. Besser als der eine Entität statt eines Konstrukts suggerierende Begriff der Schuldfähigkeit erscheint daher der frühere Begriff der »Zurechnungsfähigkeit«. Schuld wird im strafgerichtlichen Erkenntnisverfahren zugeschrieben. Besonders deutlich wird der Zuschreibungsprozess, wenn man sich vergegenwärtigt, dass in vier Bundesstaaten der USA diese Bestimmungen abgeschafft wurden und damit (auch) psychisch kranke Tötungsdelinquenten mit eindeutiger psychotischer Motivation zu Höchststrafen verurteilt werden können (Appelbaum, 2013).

3. Das Konstrukt der Schuldfähigkeit – Psychische und normative Merkmale

Erweist sich bei der Schuldfähigkeitsbegutachtung, dass eines oder mehrere psychische Merkmale der §§ 20, 21 StGB (krankhafte seelische Störung, tiefgreifende Bewusstseinsstörung, Schwachsinn, schwere andere seelische Abartigkeit) gegeben sind, ist in einem zweiten Schritt zu prüfen, ob die festgestellten psychischen Störungen rechtlich relevante Auswirkungen auf die Fähigkeit des Täters hatten, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln. Es handelt sich hier um die *normativen Merkmale* der Vorschrift. Ihre mitunter noch übliche Kennzeichnung als »psychologisch« ist unsinnig, da die psychologische Wissenschaft nicht in der Lage ist, die in der Formulierung des Gesetzes liegende Frage zu beantworten. Die Entscheidung ist normativ vom Richter zu treffen. Das schließt eine Mitwirkung von Psychologie und Psychiatrie nicht aus, denn selbstverständlich benötigt der Richter eine verhaltenswissenschaftliche Grundlage für seine Entscheidung. In welchem Ausmaß sich der Richter der Mitwirkung eines Sachverständigen bei seiner normativen Entscheidung bedient bzw. welche Kompetenz er diesen zuweist, steht in seinem Ermessen. Allein vom Wesen der Sache her wäre es jedoch abwegig, wollte der Richter die Entscheidung über die Anwendung eines *Rechtsbegriffs* dem Sachverständigen überlassen und sich lediglich »dem überzeugenden Gutachten« anschließen (Konrad & Rasch, 2014).

Die Feststellungen zur Schuldfähigkeit gelten nur für einen bestimmten Zeitraum, nämlich *für die Zeit der Tat*. Dieser Zeitraum kann kurz oder lang sein, eben der zeitlichen Ausdehnung der in Frage stehenden Tat (oder Taten) entsprechend. Das impliziert, dass die zur Schuldfähigkeit getroffenen Feststellungen sich nur auf eine oder mehrere bestimmte Taten beziehen. Eine generelle – d.h. tatunabhängige – Entscheidung oder Aussage über das Vorliegen von Schuldfähigkeit oder deren Einschränkung ist schon von den gesetzlichen Bestimmungen her nicht möglich. Zu berücksichtigen ist jedoch, dass sich der psychische Zustand des Täters während der Tatbegehung wandeln kann.

Der unterschiedlichen Stärke der möglichen Beeinträchtigungen wird im Gesetz durch die Unterscheidung von Schuldunfähigkeit und verminderter Schuldfähigkeit Rechnung getragen. Die Vorschrift des § 21 StGB verlangt, dass diese Verminderung erheblich war, weshalb nicht jede psychische Beeinträchtigung im Sinne des Paragraphen berücksichtigt werden kann. Zu bedenken ist, dass mit dem *Begriff der Erheblichkeit* ein Kontinuum umgriffen wird: die Verminderung kann »wenig erheblich« oder »sehr erheblich« sein. Das Eintreten von Schuldunfähigkeit im Sinne von § 20 StGB sollte im Allgemeinen nicht als bloße Steigerung der verminderten Schuldfähigkeit aufgefasst werden, sondern erst dann angenommen werden, wenn in der Determinationsstruktur eine qualitative Änderung eingetreten ist, die den Verlust aller Anpassungsmöglichkeiten indiziert.

Vom theoretischen Ansatz her gibt die Beurteilung der Steuerungsfähigkeit größere Probleme auf als die Beurteilung der Einsichtsfähigkeit. Bis in die 90er Jahre des letzten Jahrhunderts diskutierten die sog. Gnostiker und die Agnostiker, ob der Sachverständige überhaupt etwas zur Beurteilung der Steuerungsfähigkeit beitragen kann. Der philosophische Bereich wird insofern berührt, weil in der Schuldfähigkeitsbeurteilung letztlich die Aporie steckt, über die Existenz von Willensfreiheit zu entscheiden. Innerhalb unseres Rechtssystems wird Willensfreiheit vorausgesetzt, der allgemeine Schuldvorwurf wäre sonst nicht legitim; das Gesetz geht zumindest von einem »relativen Indeterminismus« aus (Lenckner, 1972, S. 95).

Für die gerichtliche Alltagspraxis ist die von mancher Seite geforderte normative Abstinenz des Sachverständigen keineswegs typisch. Äußert sich ein Sachverständiger nicht dazu, ob die Einsichts- oder Steuerungsfähigkeit im Sinn der §§ 20, 21 StGB beeinträchtigt war, wird er danach gefragt. In manchen Verfahren wird eine möglichst bündige Äußerung hierzu erwartet. Eingeschworene Agnostiker unter den Gutachtern, die gleichwohl ihre Meinung gern loswerden wollten, greifen dann gern auf den rhetorischen Trick der Präteritio zurück: Sie betonen, dass es nicht ihre Aufgabe sei, sich zu den gesetzlichen Bestimmungen zu äußern, um es dann anschließend indessen umso nachdrücklicher zu tun.

4. Willensfreiheit und Begutachtung

Der psychologisch-psychiatrische Sachverständige ist mit seiner Methodik natürlich überfordert, sollte er etwas zur Freiheit des einzelnen Entschlusses sagen. Bei eingehender Analyse einer bestimmten Handlungssituation ermöglicht ihm die Identifizierung der determinierenden Faktoren eher die Aussage, warum die betreffende Persönlichkeit in dieser Situation so handeln musste, d.h., der Nachweis von Unfreiheit ist eher möglich als der von Freiheit.

Die Lösung des Problems der Willensfreiheit am Einzelfall, meinte der Jurist Bockelmann (1963), erwarte auch kein Jurist vom Psychiater; festzustellen sei lediglich zum Ausschluss der Zurechnungsfähigkeit, dass die Krankheit einen gewissen Erheblichkeitsgrad erreicht hat.

Die Willensfreiheit als eine Grundlage unseres Strafrechtssystems ist eine Fiktion, jedenfalls eine wissenschaftlich weder beweisbare noch widerlegbare Annahme. Wird diese axiomatische Voraussetzung vom Sachverständigen überhaupt akzeptiert, ist es inkonsequent, beim Einzelfall das große unbeantwortbare philosophische Problem herauszukehren. Es kommt vielmehr nur darauf an, systemimmanent festzustellen, ob die Handlungsmöglichkeiten einer Persönlichkeit durch eine krankheitsartige Störung, die den psychischen Merkmalen der Schuldfähigkeitsbestimmung zuzuordnen sind, verändert bzw. gestört waren. Der Sachverständige kann, wie Wilfried Rasch es in der 1. Auflage seines Lehrbuches 1986 formulierte, durch Analyse der strukturellen Bedingungen ein Plateau aufweisen, auf dem in der Persönlichkeit das Handeln aktualisiert wurde, an das sich auch Maßstäbe bezüglich der strafrechtlichen Relevanz legen lassen. Die Auswirkungen einer psychischen Krankheit oder einer anderen psychischen Störung auf die Einsichts- und Steuerungsfähigkeit eines Menschen sind – wenigstens prinzipiell – umschreibbar, auch bezüglich des Ausmaßes.

Das Wesen der Sachverständigentätigkeit liegt darin, mit fachwissenschaftlichem Spezialwissen erlangte Erkenntnisse in einer dem Gericht plausiblen Form darzustellen und zu interpretieren. Auf tautologische Konstrukte wie „Desaktualisierungsfähigkeit“ oder die Unterteilung des normativen Begriffs der Steuerungsfähigkeit in volitional und exekutiv kann dabei verzichtet werden.

Insgesamt scheint die psychowissenschaftliche Sachverständigentätigkeit im internationalen Vergleich der in den deutschen forensisch-psychiatrischen Standardwerken präsentierten Vorgaben mit den revised Consensus Guidelines der World Psychiatric Association – den überarbeiteten Konsensus-Richtlinien des Weltpsychiatrieverbandes (WPA 2016) – gut aufgestellt.

5. Vorgaben der deutschen Rechtsprechung

Der noch vor der Jahrtausendwende zum Teil heftig geführte Kampf um den § 21 StGB scheint nachgelassen zu haben, der sog. Schulenstreit vom Tisch zu sein. Er hatte sich vor allem an nicht-psychotischen psychischen Störungen entzündet, nicht an psychischen Erkrankungen im engeren Sinne. Dabei hatte die höchstrichterliche Recht-

sprechung die diagnostischen Klassifikationssysteme und die nunmehr seit Jahrzehnten andauernde Diskussion über die richtige Zuordnung der psychiatrischen Krankheitsbilder bzw. Störungen mit Interesse aufgenommen und differenziert verarbeitet. In einer immer wieder zitierten Entscheidung des 5. Strafsenats des Bundesgerichtshofs hieß es zum Beispiel:

Liegt bei einem Angeklagten eine schwere seelische Abartigkeit in Form einer schizotypen Persönlichkeitsstörung vor, muss der Tatrichter prüfen, ob die Persönlichkeitsstörung Symptome aufweist, die in ihrer Gesamtheit das Leben des Angeklagten vergleichbar schwer und mit ähnlichen – auch sozialen – Folgen stören, belasten oder einengen wie krankhafte seelische Störungen. (BGH Urteil vom 4.6.1991 – 5 StR 122/91).

Auf dieser Linie liegt die 2005 publizierte Empfehlung einer interdisziplinären Arbeitsgruppe (Boetticher et al. 2005): Nur wenn die durch die Persönlichkeitsstörung hervorgerufenen psychosozialen Leistungseinbußen mit den Defiziten vergleichbar sind, die im Gefolge forensisch relevanter krankhafter seelischer Verfassungen auftreten, könne von einer schweren anderen seelischen Abartigkeit gesprochen werden. Hierfür ist nach einem weiteren BGH-Urteil v. 11.7.2006 (1 StR 188/06) maßgebend, ob es im Alltag außerhalb des angeklagten Delikts zu Einschränkungen des beruflichen und sozialen Handlungsvermögens gekommen ist. In mehreren BGH-Urteilen (z.B. v. 2.12.2004 – 4 StR 452/04) heißt es, dass die psychiatrischen Voraussetzungen, die rechtlich als schwere andere seelische Abartigkeit im Sinne des § 20 StGB angesehen werden, erst dann vorliegen, wenn sich wirklich stabile Muster im Denken, Fühlen und Verhalten etabliert haben, was gewöhnlich im frühen Erwachsenenalter geschieht. Damit wird auch hier auf Merkmale Bezug genommen, die gemäß ICD-10 eigentlich diagnostische Eingangsmerkmale für die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung überhaupt darstellen.

In einem ebenfalls immer wieder zitierten Beschluss des 4. Senats des BGH (19.3.1992 – 4 StR 43/92) heißt es:

Die von einem Sachverständigen erfolgende Zuordnung eines psychiatrischen Befundes zu einer in der »International Classification of Diseases« (ICD) anhand eines Merkmalkatalogs definierten Persönlichkeitsstörung (hier: Soziopathie) hat für die rechtliche Bewertung unter dem Gesichtspunkt der Schuldfähigkeit zwar keine Verbindlichkeit, weist i.d.R. aber auf eine nicht ganz geringfügige Beeinträchtigung hin, mit der sich der Tatrichter im Hinblick auf den Schweregrad der seelischen Störung besonders sorgfältig auseinanderzusetzen hat. (BGH: StV 1992, 316, R&P, 1992, 143–144).

Diese Beschlüsse gehen davon aus, dass eine im Sinn des Internationalen Klassifikationssystems erkennbare Diagnose zur weiteren Prüfung der Schuldfähigkeit anregt, diese aber nicht mit der Diagnose automatisch zuerkannt wird. Die intensivere Prüfung der Persönlichkeitsverfassung zur Tatzeit bzw. die Prüfung der Auswirkung der Störung auf die gesamte psychische Verfassung und die Lebensführung des Betroffenen

den wird vorausgesetzt. Die Diagnose allein hat – schon nach dem Wortlaut der Schuldfähigkeitsbestimmungen – keine Verbindlichkeit für die Beurteilung der Schuldfähigkeit. So begründet beispielsweise eine zum Tatzeitpunkt voll remittierte Schizophrenie (F 20.x5) nicht die Annahme eines psychischen Merkmals, also einer krankhaften seelischen Störung.

6. Internationale Ansätze zum Krankheitsbegriff

Auch in der internationalen Forensischen Psychiatrie wird die Bedeutung der Diagnose relativiert (Saxena et al., 2012). Die an sich wünschenswerte Einigung der Sachverständigen auf diagnostische Konzepte der ICD-10 oder des DSM-5 der APA (Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft) sollten Gerichte und Sachverständige deshalb nicht kritiklos übernehmen. Diagnosen der ICD-10 wie dissoziale Persönlichkeitsstörung (F 60.2), pathologisches Spielen (F 63.0), Pyromanie (F 63.1), Kleptomanie (F 63.2) sind sehr von der Sichtweise des Diagnostikers abhängig und sollten bei der Begutachtung nur in Betracht gezogen werden, wenn sie die Qualität einer psychopathologischen Entwicklung nach der Konzeptualisierung von Rasch (Rasch, 1986; s.a. Konrad & Rasch, 2014) erreicht haben.

Kritisch hinterfragt werden sollte auch der modische Gebrauch der Diagnose der narzisstischen Persönlichkeit, der Borderline-Störung oder des ADHS. Die Diagnose der multiplen Persönlichkeit, wie sie im diagnostischen Manual der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft früher angewandt wurde, ist ein iatrogenes Artefakt und bedarf innerhalb eines Strafverfahrens keiner ernsthaften Diskussion. Die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung als Hintergrund von Angst und Schrecken ist im Rahmen der Prüfung des Vorliegens eines Notwehrexzesses (§ 33 StGB) wesentlich bedeutsamer als bei der Schuldfähigkeit.

Mit der Hinwendung zum Krankhaften, Krankheitswertigen oder – wie man neutraler sagen könnte – »Krankheitsartigen« (Rasch, 1967) ist aber noch keine tragfähige Basis für die forensische Situation gewonnen, solange der Begriff der Krankheit selbst nicht innerhalb des gegebenen Bezugsrahmens definiert ist. Es gibt in der Psychiatrie keinen allgemein akzeptierten Krankheitsbegriff (Jaspers, 1948; Helmchen, 2003). Zwei Extrempositionen lassen sich markieren: Von der einen wird als Krankheit nur anerkannt, was Folge eines organischen Prozesses ist (Schneider, 1962), von der anderen wird bereits als krank angesehen, wer sich an den Arzt wendet (v. Weizsäcker, 1941). Auch wird der klassische ätiopathogenetisch orientierte Krankheitsbegriff in wachsendem Maße durch einen interventions-, also an Therapie orientierten Störungsbegriff komplettiert (Helmchen, 2003).

In den Ausschussberatungen der 70er Jahre des letzten Jahrhunderts gewann der am körperlichen Prozess orientierte Krankheitsbegriff Kurt Schneiders grundlegende und maßstabgebende Bedeutung, wengleich man mit dem Begriff »krankhaft« ein terminologisches Hintertürchen offenhielt, um die sogenannten endogenen Psychosen auch dann als Krankheiten mit zu erfassen, wenn sich bezüglich ihrer Entstehung ein ande-

res Konzept durchsetzen sollte als die unterstellte Somatogenese. Die breite Resonanz, die Schneider mit seinem Versuch bei den Juristen gefunden hat, seinen Krankheitsbegriff auf die Beurteilung der Schuldfähigkeit anzuwenden, ist eher historisch zu verstehen: Eberhard Schmidt (1962) propagierte diesen Krankheitsbegriff anscheinend, weil er glaubte, »mit einem allgemein verbindlichen psychiatrischen Konzept wissenschaftlich begründbare Aussagen über die Zurechnungsfähigkeit machen zu können«. Dass die Methode auch so viele Anhänger bei den forensischen Psychiatern fand, dürfte vornehmlich an ihrer Griffbarkeit liegen.

Die internationale Entwicklung der Psychiatrie zwang aber auch im Bereich der forensischen Psychiatrie zum Umdenken. Die theoriefreie internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10), die dem Diagnostic und Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft angeglichen war, verzichtete auf den Gebrauch von Ausdrücken wie »Krankheit« oder »Erkrankung« ebenso, wie das 2013 publizierte DSM-5 (APA 2013). Es ist immer nur von »Störungen« die Rede. Der Begriff wird umfassend gebraucht, ist aber selbstverständlich nicht weniger problematisch als der Begriff »Krankheit«.

Gegenüber seiner vorangegangenen Fassung war die ICD-10 vornehmlich dadurch gekennzeichnet, dass die strenge Unterscheidung zwischen Psychose und Neurose aufgegeben wurde. Der Neurose-Begriff wurde zudem weitgehend, wenngleich nicht völlig, eliminiert. Die ICD-10 verzichtete mit Ausnahme von Intoxikationen und deren Folgen sowie von Störungen, die durch organische Ursachen verursacht sind, auf eine ätiopathogenetische, also ursachenabhängige Zuordnung. Damit wurde das der bundesdeutschen Gesetzgebung zugrunde gelegte Einteilungsprinzip aufgeweicht, das nur die sicher oder wahrscheinlich auf eine körperliche Ursache zurückführbaren psychischen Veränderungen als »krankhafte seelische Störung« erfassen wollte und von der »Abartigkeit« abgrenzte.

Die ICD-10 erhob den Anspruch, nicht nur ein Klassifikationsschema für statistische Zwecke darzustellen, sondern auch ein klinisches Manual, ein diagnostisches Lehrbuch und ein Forschungsinstrument zu sein (Dilling & Dittmann, 1990). Diesem Anspruch konnte sie jedoch nicht gerecht werden, eben wegen ihres Theoriemangels: Diagnosen werden nach bloßer Abprüfung einer Checkliste erstellt. Diese phänomenologische Symptomaufzählung kann dem Laien das Gefühl vermitteln, psychiatrische Diagnosen stellen zu können. In der forensischen Situation kann das zur Posse geraten, wenn besonders der Psychologie zugetane Juristen beginnen, den Sachverständigen wie in einer Quizveranstaltung über das Vorliegen dieser oder jener Symptome abzufragen, die der Proband nach dem im Diagnoseschlüssel enthaltenen Itemkatalog haben müsste. So sehr es wünschenswert ist, dass der Gutachter das Gericht nicht nur mit höchstpersönlichen Fantasie-Diagnosen abspeist, so wenig dient es der Klärung eines Falls, wenn die Diagnose lediglich nach einer primitiven Zutatenliste konstruiert wird. Bei konsequenter Anwendung dieser Praxis würde es überflüssig, überhaupt einen psychiatrisch-psychologisch ausgebildeten Spezialisten als Gutachter herbeizuziehen. Dies gilt umso mehr, weil die in der ICD-10 wie auch im DSM-5 angeführten Kriterien selbst unscharf und interpretationsbedürftig sind. Auf die juristische Sphäre

übertragen wäre das Vorgehen einer Entscheidungsbildung vergleichbar, die sich ohne Kenntnis der höchstrichterlichen Rechtsprechung und der Kommentarliteratur lediglich am Paraphrasetext versucht.

7. Die traditionelle deutsche psychiatrische Krankheitslehre

Die vielschichtige Problematik des psychiatrischen Krankheitsbegriffs sei noch einmal an der traditionellen in Deutschland angewandten Krankheitslehre dargestellt, weil sie die Grundlage der jetzt geltenden rechtlichen Bestimmungen ist.

Eine psychische Störung kann exogen, reaktiv oder endogen verursacht sein, sie kann vorübergehend auftreten oder dauerhaftes Merkmal einer Persönlichkeit sein. *Exogen* heißt, dass eine Störung durch eine bekannte körperliche Erkrankung oder andere identifizierbare äußere Einflüsse verursacht wird. Sie ist Symptom dieser Schädigung, weswegen für diesen Typ der psychischen Abweichung teilweise auch die Bezeichnung »symptomatisch« gebraucht wird. Das einfachste Beispiel für eine vorübergehende Störung dieser Art ist der Alkoholrausch. Eine dauerhafte Störung kann zum Beispiel nach einer schweren Hirnverletzung zurückbleiben.

Die *reaktiven Veränderungen* treten als Folge von Ereignissen und Umständen auf, mit denen sich eine Persönlichkeit auseinandersetzen muss, z. B. dem Tod eines geliebten Menschen. Es kommt zu einer Trauerreaktion von einiger Dauer; die Reaktion erscheint verständlich, nachvollziehbar. Bei der Suche nach einem Beispiel für eine Dauerveränderung aufgrund von Erlebnissen, Einflüssen des Milieus oder einer bestimmten Lebenssituation gerät man bereits unversehens in das Zentrum der zwischen den verschiedenen Theorien geführten Auseinandersetzung. Wahrscheinlich erregt am wenigsten Widerspruch der Hinweis auf die Möglichkeit, dass ein Mensch, der ohne jede intellektuelle Anregung aufwächst und daher die Bewältigung sozialer Anforderungen nicht erlernt hat, als »minderbegabt« imponiert.

Der Begriff *endogen* findet sich nicht mehr in der ICD-10. Er bedeutet – wörtlich übersetzt – »von innen entstehend« und ist konzeptuell mit dem Begriffspaar Erblichkeit und Anlage verknüpft. Nach dem bisherigen Stand der Forschung ist der Terminus »endogen« mit »von unbekannter Ursache« zu übersetzen. Insofern scheint es auch berechtigt, ganz auf ihn zu verzichten. Er war von großem Einfluss bei der Entstehung der jetzt im Bereich des Strafrechts geltenden Rechtsbegriffe zur Schuldfähigkeitsbeurteilung, sein traditioneller Gebrauch wird bei der Begutachtung auch noch einige Zeit andauern.

Die zum Kreis der »endogenen« Psychosen zu rechnenden psychischen Veränderungen sind aber nicht nur durch eine – unbekannte oder strittige – Verursachung gekennzeichnet, sie weisen auch eine spezifische Symptomatik und einen typischen Verlauf auf. Allerdings sind die Grenzen zwischen den sogenannten endogenen, exogenen und reaktiven Zuständen sowohl bezüglich ihrer Erscheinungsformen wie auch ihrer Entstehung unscharf. Je nach wissenschaftlicher Grundausrichtung besteht die Ten-

denz, den ätiologisch ungeklärten Bereich »endogen« in den der reaktiven oder der organisch bedingten Zustände aufgehen zu lassen.

Die Diskussion über die Entstehung und soziale Bedeutsamkeit psychisch abweichenden Verhaltens ist mit der Erarbeitung von ICD-10 und DSM-5 sicher nicht abgeschlossen. Das eigentlich wünschenswerte Bemühen, international eine Verständigungsbasis zu finden, hat dazu geführt, dass man sich auf dem kleinsten gemeinsamen Nenner einigte, der – unter Verzicht auf eine nosologische Einteilung – die zu beobachtenden Zustandsbilder deskriptiv anhand einer Symptomliste zuordnet. Das kann auf die Dauer nicht befriedigen, wird aber voraussichtlich auch in der für Mai 2018 erwarteten ICD-11 fortgeführt werden.

Speziell auf dem Feld der forensischen Psychiatrie ist es erforderlich, sich von Entstehung, Verlauf und Prognose des infrage stehenden Zustands ein Bild zu machen, um den Einfluss des krankhaften Zustands auf das rechtlich infrage stehende Verhalten zu prüfen. Letztlich bedarf es also nosologischer Vorstellungen. Das führt jedoch nicht zwangsläufig zu einer Einteilung, nach der bestimmten Krankheiten automatisch die Qualität zugeschrieben wird, die Schuldfähigkeit einzuschränken oder aufzuheben und anderen nicht. Für die forensisch-psychiatrische Beurteilung bleiben die Schwere der psychischen Störung und das Ausmaß der durch sie verursachten Beeinträchtigung der sozialen Kompetenz entscheidend. Um denjenigen, die im Bemühen um eine fachlich korrekte forensisch-psychiatrische Entscheidungsbildung in vorderster Reihe stehen, eine Basis zur Reflexion der Grundprobleme zu vermitteln, seien zum forensisch-psychiatrischen Krankheitsbegriff die folgenden Punkte aufgeführt:

1. Die Diagnose der wichtigsten psychischen Störungen wird aufgrund des psychopathologischen Befunds gestellt. Das gilt auch für viele Syndrome, bei denen die körperliche Grundlage bekannt ist. Es mutet paradox an, ein für die eigene Diagnostik nicht entscheidendes Kriterium, den postulierten körperlichen Prozess, als Grundlage der Diagnostik von »Krankheit« in ein anderes – das juristische – System zu tragen.
2. Bislang wurden für die wichtigsten psychischen Erkrankungen, die sogenannten endogenen Psychosen, keine verlässlich erhebaren körperlichen Befunde nachgewiesen, die diese »erklären«, wenngleich mittels funktioneller Kernspintomografie somatische Korrelate einzelner psychopathologischer Phänomene illustrierbar sind.
3. Auch deshalb bestehen Gründe für die Annahme, dass körperliche Prozesse bei früher sogenannten endogenen Psychosen oder zumindest einem Teil von ihnen beteiligt sind. Andererseits gibt es auch gut fundierte Hinweise, dass z.B. bei schizophrenen Erkrankungen bestimmte Familienkonstellationen eine Rolle spielen können. Die verschiedenen Erklärungsangebote lassen sich am ehesten unter der Annahme integrieren, dass der menschliche Organismus nur über ein begrenztes Reservoir an Reaktionsmöglichkeiten verfügt, die auf verschiedene Weise in Gang gesetzt werden können. Diese Annahme ist Grundlage des bio-psycho-sozialen Krankheitsmodells.

4. Die Symptomatik der verschiedenen organischen psychischen Störungen, also der durch bekannte körperliche Schädigung hervorgerufenen Störungen, ist trotz unterschiedlicher auslösender Bedingungen sehr ähnlich. Sie unterscheidet sich von den Symptomen der „endogenen“ oder der reaktiven Störungen so deutlich, dass sich die Diagnose einer organisch bedingten Anomalie auch ohne Kenntnisse ihrer eigentlichen Ursache stellen lässt. Dieses System wird jedoch durch gut umschriebene und in ihren Ursachen eindeutig aufgeklärte Krankheiten durchbrochen, die diesem Schema nicht folgen. Die progressive Paralyse ist zum Beispiel zweifelsfrei eine Hirnkrankheit, die als Spätfolge einer Syphilis auftreten kann, jedoch in bestimmten Stadien psychopathologischen Symptomen der manisch-depressiven Erkrankungen sehr ähneln kann. Ebenso verhält es sich mit Psychosen, die nach längerem Amphetaminmissbrauch unter dem Bild einer Schizophrenie auftreten können.
5. Während die körperlichen Bedingungen der „endogenen“ Psychosen bislang nur hypostasiert werden, sind bei verschiedenen »nur« abnormen Zuständen körperliche Befunde nachgewiesen: Chromosomenanomalien, hormonelle Störungen, abgelaufene Hirnentzündungen. Diese Anomalien als »Pseudopsychopathien« bezüglich ihrer strafrechtlichen Verantwortlichkeit anders zu beurteilen als »Psychopathien«, bei denen – bislang – der Nachweis einer körperlichen Defizienz noch nicht gelungen ist, hieße eine ihrem Wesen nach psychopathologisch zu treffende Aussage von dem Stand abhängig zu machen, den die naturwissenschaftlichen Nachbardisziplinen zufällig gerade erreicht haben.
6. Die differenzialdiagnostische Trennung von „endogenen“ und „reaktiven“ Zuständen kann sehr schwierig oder unmöglich sein; selbst typische Bilder werden unterschiedlich interpretiert, obwohl man schulmäßig den gleichen pathogenetischen Vorstellungen anhängt. Ablesbar ist das etwa an der Vielzahl depressiver Zustandsbilder, die neben der »endogenen« und der »reaktiven« Depression beschrieben wurden. Das gleiche Problem stellt sich bei den Wahnkrankheiten und hat die Psychiater seit je beschäftigt. Wenn ein »verwirrter Wahn ... in das bisher gesunde Geistesleben einbricht«, so ist das, wie Witter (1975) unterstrichen hat, nicht verstehbar im Sinne einer verstehenden Psychologie wie auch der herkömmlichen Psychopathologie. Aber es gibt eben zahlreiche Fälle, die dieses System infrage stellen, weil sie nicht so klar als sinnfremder Prozess in ein Leben einbrechen. Die psychopathologische Grundfrage: »Entwicklung einer Persönlichkeit« oder »Prozess« wurde von Jaspers (1910) nicht zufällig am Beispiel des Wahns bewusst gemacht, ohne diese Grundfrage mit einem simplifizierenden Schema zu eskamotieren: »Psychopathie oder Prozeß, wunderliche abnorme Persönlichkeit und schizophrene Umformung eines vorher anderen Wesens stehen diagnostisch gegeneinander, aber derart, daß nicht etwa nur schwierige Fälle vorliegen, sondern daß durch solche Fälle die Grundbegriffe selber fragwürdig werden und jedenfalls ihre Grenzen fühlbar werden lassen« (Jaspers, 1948).
7. Ähnlich problematisch erscheint die als Krankheitskriterium vielfach genannte »Unterbrechung der Sinnkontinuität«. Es steht in enger Beziehung zum Kriterium

der Verstehbarkeit und ist wie dieses davon abhängig, was die benutzte Theorie an Deutungen zu tragen vermag. Schon die Annahme von Sinnkontinuität eines Lebens an sich – das darf nicht übersehen werden – ist eine Konstruktion, die man übernehmen kann oder nicht. Die Entscheidung über Krankhaftigkeit am Sinnbegriff festzumachen, würde letztlich alles dem Ermessen zuschieben. Die Fragwürdigkeit dieses Begriffs wird an dieser Stelle herausgestrichen, weil in der forensischen Situation die vermeintliche Sinnlosigkeit einer Tat häufig die Annahme suggeriert, sie müsse die eines Geisteskranken sein. Sinnbezug lässt sich nicht diskutieren, ohne vorher die Handlungs- und Erlebnisebene definiert zu haben, zu der man ein bestimmtes Verhalten oder Tun in Beziehung setzt (Bürger-Prinz, 1950). Dieser Versuch kann bei normalen lebensgeschichtlichen Persönlichkeitsentwicklungen misslingen wie auch bei psychopathologischen Entwicklungen, die nicht als Krankheiten im engeren Sinne gelten, bei deren retrograder Analyse man jedoch vielfach auf einen »Sprung« stößt; etwas Neues ist in dieses Leben eingetreten und hat begonnen, sich mit offenbar eigener Dynamik weiterzuentwickeln.

8. Psychologen und Psychiater behandeln in Klinik und Praxis ständig Menschen, die im Sinne der am körperlichen Prozess orientierten Krankheitslehre nicht »krank« sind, aber trotzdem leiden und möglicherweise höhergradige psychische Auffälligkeiten erkennen lassen als Patienten, denen eine Psychose attestiert wurde. Weder ein Neurotiker noch ein Persönlichkeitsgestörter wird von der Schwelle gewiesen, solange er oder seine Krankenkasse für die Behandlungskosten aufkommt und er die Situation nicht missbraucht. Dass der Psychiater diesen pragmatischen Krankheitsbegriff aufgibt und sich anstrengt, für seine Tätigkeit in foro einen zu konstruieren, der keinen Bezug zur Aufgabe hat, aber angeblich theoretisch besser abgestützt ist, dürfte schon deswegen verfehlt sein, weil die Juristen ihrerseits wiederum andere Krankheitsbegriffe bemühen, die an den Zielsetzungen der gesetzlichen Bestimmungen orientiert sind (Lange, 1963).

7. Der strukturell-soziale Krankheitsbegriff von Rasch als Modell für die forensische Praxis

Wie genau psychische Störungen Freiheit und Verantwortlichkeit beeinträchtigen bleibt unklar (Meynen, 2010). Für die psychologisch-psychiatrische Begutachtungspraxis erscheint immer noch ein Modell nützlich, das Wilfried Rasch in der 1. Auflage seines Lehrbuchs (Rasch, 1986) erstmals vorgestellt hat, wobei das Krankheitskonzept nicht aus einem hinter den Phänomenen liegenden Geschehen abgeleitet wurde, sondern unmittelbar aus dem, was sich im Verhalten des Einzelnen erkennen und beschreiben lässt. Konkret gesagt, bei der strafrechtlichen Begutachtung ist ein *strukturell-sozialer Krankheitsbegriff* zugrunde zu legen: Die Zuerkennung von Krankheit, die Auswirkung auf die Schuldfähigkeit haben kann, hängt davon ab, ob der zu beurteilende Zustand die *Struktur von »Krankheit«* hat und ob er die *allgemeine soziale Kompetenz* der Persönlichkeit beeinträchtigt.

Diese Krankheitsdefinition liegt außerhalb bzw. vor einer speziellen Persönlichkeits- oder Handlungstheorie, sodass sie als gemeinsame Basis einer Diskussion von Vertretern aus verschiedenen Lagern dienen kann. Anhand einer derartigen Norm wären auch die Juristen als psychologische Laien in der Lage, die Krankheitsartigkeit eines bestimmten psychischen Zustands abzuschätzen; sie müssten nicht befürchten, durch den Hinweis auf eine unüberprüfbare Theorie oder eine geheimnisvolle Mitwirkung »des Unbewussten« völlig in das Schlepptau des am geschicktesten argumentierenden Gutachters zu geraten. Auf diese Weise würde auch am besten den möglichen Wandlungen und Fortschritten der an der Rechtsprechung beteiligten Wissenschaften Rechnung getragen.

Der *strukturell-soziale Krankheitsbegriff* ist in erster Linie an dem Ausmaß einer entindividualisierenden, typisierenden Umprägung eines Menschen zu messen, an seinem Aufgehen in Verhaltensweisen, die der spezifischen Anomalie oder Krankheit selbst eigen sind. Krankheit ist geprägt durch charakteristische Symptome, die in bestimmter Beziehung zueinander stehen, wodurch sich eine spezifische Struktur ergibt. Auch der Verlauf einer Krankheit weist ein typisches Muster auf. In Übertragung geläufiger Erfahrungen aus der allgemeinen Medizin – wie auch der Psychiatrie – lässt sich sagen, dass mit dem Schweregrad einer Erkrankung die individuelle Ausformung zunehmend schwindet: Der Einzelne wird zum »Fall«, zur Krankheit selbst.

Dass ein sich infolge dieser Wandlung ergebendes kriminelles Verhalten selbst nicht das entscheidende soziale Beurteilungskriterium sein kann, liegt auf der Hand. Dimensionen, die bei der Beurteilung der sozialen Kompetenz Beachtung verdienen, sind: Einengung der Lebensführung, Arbeitsunfähigkeit, Abbruch bzw. Verlust von Kontakten, verzerrte Realitätsbeurteilung, Stereotypisierung des Verhaltens, Festgelegtsein auf bestimmte Verhaltensmuster, Häufung sozialer Konflikte auch außerhalb strafrechtlicher Belange. Dieses Krankheitsmodell ist im Übrigen weit genug, um mühelos auf die psychischen Merkmale der krankhaften seelischen Störung, des Schwachsinn und anderer seelischer Abartigkeit angewandt zu werden.

In diese Denkrichtung hat sich in den letzten Jahren auch die Allgemeinpsychiatrie bewegt, wenn man Differenzierungsbestrebungen bei der stoffgebundenen und nicht-stoffgebundenen Abhängigkeit betrachtet: Nicht jede Leidenschaft bedeutet Abhängigkeit. Kernkriterien der Diagnostik sollten deshalb, neben dem subjektiven Leidensdruck, den Verlust eigener Handlungsmöglichkeiten und die Verengung der Verhaltensvielfalt auf die suchtbezogenen Tätigkeiten trotz schädlicher Folgen umfassen. Eine Pathologisierung individueller Verhaltensweisen auf Grund ihrer sozialen „Unerwünschtheit“ muss demgegenüber vermieden werden. Zum einen müssen neue Störungsbilder deshalb auf der Basis wissenschaftlicher Evidenz geprüft und so z. B. einer inflationären Ausweitung des Suchtbegriffs begegnet werden. Zum anderen muss sich eine Gesellschaft immer wieder kritisch mit den eigenen Konventionen auseinandersetzen, die festlegen, ob ein bestimmtes Verhalten als normal oder krankhaft bewertet wird (Heinz 2005 und 2014).

Literaturverzeichnis

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Forth Edition, Text Revision*. Washington DC. Deutsche Bearbeitung von Saß H, Wittchen HU, Zaudig M, Houben I (2003) Göttingen: Hogrefe.
- American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. DSM-5*. Washington DC.
- Appelbaum, P.S. (2013). Does the Constitution Require an Insanity Defense? *Psychiatric Services, 64*, 943-945.
- Bockelmann, P. (1963). Willensfreiheit und Zurechnungsfähigkeit. *Zeitschrift für die gesamte Strfrechtswissenschaft, 75*, 372.
- Boetticher, A., et al. (2005). Mindestanforderungen für Schuldfähigkeitsgutachten. *Neue Zeitschrift für Strafrecht, 25*, 57-62.
- Bürger-Prinz, H. (1950). *Motiv und Motivation*. Hamburg: Holler.
- Dilling, H., Dittmann, V. (1990). Die psychiatrische Diagnostik nach der 10. Revision der internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10). *Nervenarzt, 61*, 259-270.
- Ehrhardt, H. (1967). Zur Frage des forensischen Beweiswertes kriminologisch psychiatrischer Aussagen. *Monatsschrift Kriminologie 50*, 233-239.
- Heinz, A. (2005). Gesunder Geist – krankes Hirn? Überlegungen zum Krankheitsbegriff in der Psychiatrie. In C.S. Hermann, M. Pauen, J.W. Rieger & S. Schickanz (Hrsg.), *Bewusstsein. Philosophie, Neurowissenschaften, Ethik* (S. 407-425). München: Wilhelm Fink Verlag.
- Heinz, A. (2014). Der Krankheitsbegriff in Psychiatrie und Psychotherapie. *Nervenarzt, 86*, 7-8.
- Helmchen, H. (2003). Krankheitsbegriff und Anspruch auf medizinische Leistungen. *Nervenarzt, 74*, 395-397.
- Jaspers, K. (1910). Eifersuchtswahn. Ein Beitrag zur Frage: »Entwicklung einer Persönlichkeit« oder »Prozeß«? *Zeitschrift Neurologie 1*, 567-637.
- Jaspers, K. (1948). *Allgemeine Psychopathologie*. Berlin: Springer.
- Konrad, N. (1992). Aufgaben des psychowissenschaftlichen Sachverständigen im neuen Betreuungsrecht. *Recht & Psychiatrie, 10*, 2-9.
- Konrad, N. & Rasch W. (2014). *Forensische Psychiatrie* (4.Auflage). Stuttgart: Kohlhammer.
- Krümpelmann, J. (1976). Die Neugestaltung der Vorschriften über die Schuldfähigkeit durch das Zweite Strafrechtsreformgesetz vom 4. Juli 1969. *Zeitschrift für die gesamte Strfrechtswissenschaft, 88*, 6-39.

- Lange, E. (1963). Der gemäß § 42 StGB untergebrachte Patient, die Bedingungen seiner Rehabilitation und die Sicherung der Öffentlichkeit. *Psychiatrie Neurologie Medizinische Psychologie*, 15, 166–174.
- Lenckner, T. (1972). Strafe, Schuld und Schuldfähigkeit. In H. Göppinger & H. Witter (Hrsg.). *Handbuch der forensischen Psychiatrie* (S. 3–281). Berlin: Springer.
- Meynen, G. (2010). Free will and Mental Disorder: Exploring the Relationship. *Theor Med Bioeth* 31, 429–443
- Rasch, W. (1967). Schuldfähigkeit. In A. Ponsold (Hrsg.). *Lehrbuch der Gerichtlichen Medizin. Für Mediziner und Juristen* (S. 55–89). Stuttgart: Thieme.
- Rasch, W. (1986). *Forensische Psychiatrie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Rasch, W. (1993). Zweifelhafte Kriteriologien für die Beurteilung der tiefgreifenden Bewußtseinsstörung. *Neue Juristische Wochenschrift*, 757–761.
- Saß, H. (1993). Affekt und Schuldfähigkeit: ein psychopathologischer Lösungsvorschlag. In H. Saß (Hrsg.). *Affektdelikte* (S. 214–231). Berlin: Springer.
- Saxena, S., Esparza, P., Regier, D.A., Saraceno, B. & Sartorius, N. (Hrsg.). *Public Health Aspects of Diagnosis and Classification of Mental and Behavioral Disorders. Refining the Research Agenda for DSM-V and ICD-11*. WHO: American Psychiatric Publishing.
- Schmidt, E. (1962). Richter und Sachverständige in ihrem Zusammenwirken bei kriminologischen Problemen. In H. Kranz (Hrsg.), *Psychopathologie heute. Professor Dr. med. Dr. phil. Dr. jur. h.c. Kurt Schneider zum 75. Geburtstag gewidmet*, (S. 258–273). Stuttgart: Thieme.
- Schneider, K. (1962). *Klinische Psychopathologie*. Stuttgart: Thieme. (1. Aufl. 1950; 15. Aufl. 2007).
- Weizsäcker, V. von (1941). *Arzt und Kranker*. Leipzig: Koehler und Amelang.
- Witter, H. (1975). *Gerichtliche Psychiatrie*. Berlin: Springer.
- World Psychiatric Association (2016). Guidelines for Independent Medical Examinations. Verfügbar unter: http://wpanet.org/detail.php?section_id=11&content_id=472 [Zugriff am 20.10.2017].

Korrespondenzadresse:

Univ.-Prof. Dr. Norbert Konrad
Institut für Forensische Psychiatrie
Charité – Universitätsmedizin Berlin
Oranienburger Str. 285
13437 Berlin