

II. Schulpflichtigkeit – Einsichts- oder Steuerungsfähigkeit (§§ 20, 21 StGB)

1. Allgemeiner Teil – Schuldstrafrecht, klinische Phänomenologie, Aufbau der Schulpflichtigkeitsbestimmungen

a. Schuldstrafrecht

§ 20 StGB: Ohne Schuld handelt, wer bei Begehung der Tat wegen einer krankhaften seelischen Störung, wegen einer tiefgreifenden Bewusstseinsstörung oder wegen Schwachsinn oder einer schweren anderen seelischen Abartigkeit unfähig ist, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln.

§ 21 StGB: Ist die Fähigkeit des Täters, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln, aus einem der in § 20 bezeichneten Gründe bei Begehung der Tat erheblich vermindert, so kann die Strafe nach § 49 Abs. 1 gemildert werden.

Schuld als Gegenstand vertiefter Analysen setzt in unserem Strafrecht Handeln oder das Unterlassen einer gebotenen Handlung sowie die Verantwortung des Menschen für seine Wahl aus den zuhandenen Möglichkeiten voraus. Damit geht konform: „Oft tut auch der Unrecht, der nichts tut; nicht nur der, der etwas tut“ (Marc Aurel). Schuld entsteht demnach bei vorhandener Verfügungsgewalt des Menschen. Der Täter wird nachher verurteilt nach dem Maßstab dessen, was ihm als Individuum als Schuld zugerechnet werden kann, weil wir kein Tat-, sondern ein Schuldstrafrecht haben. Nach der Zurechnungslehre Hegels kann entsprechend „... die Tat (...) nur als Schuld des Willens zugerechnet werden.“³ Hier wird die Verantwortung des menschlichen Subjektes für die eigene Wahl aus den vorhandenen Möglichkeiten, Freiheitsbewusstsein voraussetzend, angenommen.

Bei der Beurteilung des Willens und eines evtl. Souveranitätsverlustes greift die besondere Sachkunde des medizinischen Sachverständigen dort, wo das Wollen unter das Diktat von Krankheit oder krankheitsähnlichen Zuständen geraten kann. Bei der Beantwortung der Fragen nach Exkulpation bei Schuldunfähigkeit (§ 20 StGB) bzw. Dekulpation bei (möglicherweise) erheblicher Minderung dieser Eigenschaft (§ 21 StGB) geht es also um die Problemkreise,

- ob der Täter (unverschuldet) durch seelisch-geistige Störung(en) bei seiner eigensten Arbeit an seiner Autonomie, also in seiner Verfügungsmacht, seiner Fähigkeit, sich in sozial akzeptablen Bahnen zu bewegen, gehindert war, bejahendenfalls in welchem Ausmaß,

³ Hegel, Grundlinien der Philosophie des Rechts, Leipzig 1930.

- ob er in seinen Lebensvollzügen im Raum des Denkens und/oder des Fühlens bei der Ausarbeitung von Fertigkeiten im Umgang mit Lüsten, Zorn, materiellen Begierden usw. den geltenden Normen in vorwerfbarer Weise entfremdet war,
- ob er sein Leben also nicht mehr ganz besonnen (d. h. unter Berücksichtigung vernünftiger intellektueller und emotionaler Gesichtspunkte) führen konnte?

Psychiatrische Diagnosen orientierten sich gegenwärtig an zwei Beschreibungssystemen nach Art operationalisierter Klassifikationssysteme,

- der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen **ICD-10** der Weltgesundheitsorganisation (Dilling et al. 1991)
- dem Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen (**DSM-IV-TR**) der American Psychiatric Association (Saß et al. 2003).

Beide Klassifikationsmanuale ordnen die Störungsbilder weitgehend ähnlich. In foro ist das ICD-10 geläufiger, weshalb nachfolgend jeweils darauf Bezug genommen wird. Es gibt aber durchaus auch Probanden, bei denen nur eine forensisch unbedeutende (z. B. Nikotinmissbrauch) oder gar keine psychiatrische Diagnose gestellt werden kann. Auch dies ist eine bei Schuldfähigkeits- und Prognosebegutachtungen wesentliche Information, denn solche Menschen können schon dem begrifflichen Instrumentarium der Eingangsmerkmale der §§ 20, 21 StGB („wegen einer krankhaften seelischen Störung, wegen einer tiefgreifenden Bewusstseinsstörung oder wegen Schwachsinn oder einer schweren anderen seelischen Abartigkeit“) nicht zugeordnet werden, mit entscheidenden Konsequenzen für die Beurteilung nicht nur der strafrechtlichen Verantwortlichkeit.

b. Die Klassifikation psychischer Störungen gem. ICD-10

Bei der Klassifikation (neurologischer und) psychiatrischer Störungen ist man nach deren umfassender Sichtung dann im Rahmen einer Krankheitslehre (Nosologie) auf der Suche nach dem Prinzipiellen abgrenzbarer Krankheitsgruppen. Es handelt sich bei solch straffem Überblick, bei solchem Ordnungssystem, um den Versuch, die Vielheit der krankhaften Erscheinungen wie auf einem Seziertisch nach Einheiten zu gliedern, von denen z. T. auch der medizinische Laie weiß, wenn er z. B. von „Hirnkrankheiten“, vom „Wahnsinn“ und „Perversionen“ spricht.

Diese ordnende, diagnostische Arbeit erfolgt heute überwiegend mit Checklisten der genannten Klassifikationssysteme, in denen Merkmale und Merkmalsmengen abgefragt werden, welche für die jeweilige Krankheit als konstitutiv⁴ angesehen werden; ein Vorgehen, zu dem Herr Prof. Dr. Rasch, der Nestor der Forensischen Psychiatrie der Bundesrepublik, in sei-

⁴ konstitutiv (lat): als wesentliche Bedingung den Bestand von etwas ermöglicht, das Bild der Gesamterscheinung bestimmend.

ner Arbeit über „Die Tötung des Intimpartners“ schon 1964 schrieb: „Man erlebt heute, wie in einer Hauptverhandlung Diagnosen nach einer Check-listen-artigen Bearbeitung des Falls gestellt und für die Beurteilung herangezogen werden. Ein weiterer Niedergang der Praxis der forensischen Psychiatrie, die einmal als die hohe Schule der Psychiatrie galt, ist kaum vorstellbar“. Aus Raschs von profunder Erfahrung getragener Perspektive ist das, was heute als Gipfelbildung psychiatrisch-diagnostischen Fortschrittes gefeiert wird, Checklistendiagnostik nämlich, nur naiver Fortschrittsoptimismus, eine in die Irre geleitete schlichte Sichtweise ohne im Einzelfall durchgreifend relevanten Sinn. Das individuelle Dafürhalten, d. h. subjektive Angemessenheitsvorstellungen des jeweiligen Diagnostikers zu den einzelnen „Items“ einer Checkliste, lassen sich nämlich – so Rasch – nie ausschalten. Aber – wie gesagt – „Die Dinge haben ihre Periode und sogar die höchsten Eigenschaften sind der Mode unterworfen.“ Deshalb werden auch die derzeitigen „Protagonisten der Qualitätsstandards und der Qualitätssicherung“ die Erfahrung machen müssen, dass ihre jetzt gangbaren Worte in einiger Zeit veraltet sein werden.

Denn „Alles verschwindet und wird zum Märchen“ (Marc Aurel).

Wenn Furcht vor selbst zu verantwortendem Irrtum, vor unvermeidbarer Fehleinschätzung und insbesondere eigener Verantwortung auf dem glatten Parkett des Gerichtssaales die Anwendung von Checklisten leiten, dann werden sie ganz schnell zu bunten Wörtergehäusen. Die Aussage, reines, vom jeweiligen Untersucher unabhängiges Wissen geben zu können, ist selbst eine schlichte Sichtweise und der reinste Mythos.

Man sollte zu all diesen Checklisten, die den Sachverhalt des „Fallseins“ hervorheben, im diagnostischen und auch prognostischen Feld die verbindliche Anweisung beifügen, wonach der Anwender seinen eigenen Verstand zu gebrauchen hat. Bei Weitem nicht alles, was den akademischen Anforderungen der „Katheterforensiker“ an Schönheit widerspricht, ist auch objektiv hässlich. Man muss nämlich stets die Anschauung zum jeweiligen Fall in concreto und nicht die abstrakten Bücher zur Grundlage eigener gedanklicher Vollzüge machen. Gutachten sind primo loco erst einmal Sinneserkenntnis; danach werden sie durch Denken Verstandeserkenntnis.

Nachfolgend werden in einer Tabelle zum Zwecke einer ersten flüchtigen Orientierung die im forensischen Alltag besonders prominenten klinischen Diagnosen mit Kennung (z. B.: F0) genannt, wie sie in der **Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10)** aufgelistet werden.

F0	Organische einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
F00	Demenz bei Alzheimer-Krankheit
F01	Vaskuläre Demenz
F07	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns
F07.0	Organische Persönlichkeitsstörung
F07.2	Organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma
F1	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F10	Störungen durch Alkohol
F11	Störungen durch Opioide
F12	Störungen durch Cannabinoide
F14	Störungen durch Kokain
F19	Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen
F1x.0	Akute Intoxikation
F1x.1	Schädlicher Gebrauch
F1x.2	Abhängigkeitssyndrom
F1x.3	Entzugssyndrom
F2	Schizophrenie
F20.0	Paranoide Schizophrenie
F20.1	Hebephrene Schizophrenie
F20.5	Schizophrenes Residuum
F22	Anhaltende wahnhaftige Störung
F25	Schizoaffektive Störung
F3	Affektive Störungen
F30	Manische Episode
F32	Depressive Episode
F4	Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen
F43	Akute Belastungsreaktion
F43.1	Posttraumatische Belastungsstörung
F43.2	Anpassungsstörungen

F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F60.0	Paranoide Persönlichkeitsstörung
F60.1	Schizoide Persönlichkeitsstörung
F60.2	Dissoziale Persönlichkeitsstörung
F60.3	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung – Impulsiver Typ
F60.30	
F60.31	– Borderline-Typ
F63	Abnorme Gewohnheiten
F63.0	Pathologisches Glücksspiel
F63.2	Pathologisches Stehlen (Kleptomanie)
F65	Störungen der Sexualpräferenz (Paraphilien, Perversionen)
F65.2	Exhibitionismus
F65.4	Pädophilie
F65.5	Sadomasochismus
F7	Intelligenzminderung
F70	Leichte Intelligenzminderung
F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
F90	Hyperkinetische Störungen
F91	Störungen des Sozialverhaltens

Für unsere schuldfähigkeits- und nachher prognosebezogenen Überlegungen ist von Bedeutung, dass mit solchen diagnostischen Bestimmungen z. T. überdauernde Sensibilitäten und stets alltagsrelevante, handlungsleitende Weltinterpretationsbereitschaften als zeitstabile Persönlichkeitsmerkmale fixiert werden, die auch für die Zukunft auf entsprechende Anfälligkeit im Rahmen subjektiver Handlungsmaximen verweisen. So z. B. bei der Diagnose einer chronisch verlaufenden Hebephrenie oder einer von Jugend an bestehenden paranoiden Persönlichkeitsstörung; beim Nachweis einer nur akuten Belastungsreaktion aber eben nicht.

c. Die klinische Symptomatik der psychischen Störungen

Wenn man nun die vorstehend benannten diagnostischen Einheiten – nun schon feingliedriger – mit „Leben“ füllen will, dann ergeben sich zu den genannten Diagnosen folgende deskriptive Erweiterungen (–).

II. Schulpflichtigkeit – Einsichts- oder Steuerungsfähigkeit (§§ 20, 21 StGB)

F0	Organische einschließlich symptomatischer psychischer Störungen <ul style="list-style-type: none"> – Aufmerksamkeits-, Konzentrations-, Gedächtnisstörungen, Affektabilität, Affektinkontinenz
F00	Demenz bei Alzheimer-Krankheit
F01	Vaskuläre Demenz
F07	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns <ul style="list-style-type: none"> – Ohne Bewusstseinstrübung, also Schläfrigkeit oder gar Koma, und ohne Gedächtnisstörungen wandelt sich die Persönlichkeit in ihrem Denkvermögen, ihren affektiven Äußerungen, ihrem Sexualverhalten
F07.0	Organische Persönlichkeitsstörung
F07.2	Organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma
F1	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F10	Störungen durch Alkohol <ul style="list-style-type: none"> – Aggressive und sexuelle Enthemmung
F11	Störungen durch Opioide <ul style="list-style-type: none"> – Apathie, Einschränkung der Urteilsfähigkeit
F12	Störungen durch Cannabinoide <ul style="list-style-type: none"> – Euphorie, Enthemmung, Angst
F14	Störungen durch Kokain <ul style="list-style-type: none"> – Euphorie, grandiose Überzeugungen, Streitlust, paranoide Vorstellungen
F19	Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen
F1x.0	Akute Intoxikation
F1x.1	Schädlicher Gebrauch <ul style="list-style-type: none"> – Konsum mit Gesundheitsstörungen körperlicher o. psychischer Art
F1x.2	Abhängigkeitssyndrom <ul style="list-style-type: none"> – Verminderte Konsumkontrolle, Toleranz, Entzugssyndrom
F1x.3	Entzugssyndrom <ul style="list-style-type: none"> – körperlicher (Zittern, Schwitzen, Schlaflosigkeit, Schmerzen) und/ oder psychischer (Depressionen) Art

F2	Schizophrenie <ul style="list-style-type: none"> - Gedankenlautwerden, Gefühl des Gemachten, kommentierende o. dialogische Stimmen, bizarrer Wahn, Einschränkung der Leitbarkeit der Denkvorgänge
F20.0	Paranoide Schizophrenie <ul style="list-style-type: none"> - Verfolgungswahn, Eifersuchtwahn, Größenwahn, Affektverflachung
F20.1	Hebephrene Schizophrenie <ul style="list-style-type: none"> - Bei Jugendlichen oder jungen Erwachsenen mit starker Affektverflachung
F20.5	Schizophrenes Residuum <ul style="list-style-type: none"> - Überdauernde Verlangsamung, Affektverflachung, Passivität, Initiativemangel
F22	Anhaltende wahnhafte Störung <ul style="list-style-type: none"> - Nur ein einzelner Wahn ohne andere schizophrene Symptome
F25	Schizoaffektive Störung <ul style="list-style-type: none"> - Episodische Störung mit schizophrenen und affektiven Symptomen
F3	Affektive Störungen
F30	Manische Episode <ul style="list-style-type: none"> - Gesteigerte Aktivität, kein Schlafbedürfnis, gesteigerte Triebhaftigkeit, kein Risikobewusstsein
F32	Depressive Episode <ul style="list-style-type: none"> - Antriebsschwäche, Interessenverlust, Gewichtsverlust, Libidoverlust
F4	Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen
F43	Akute Belastungsreaktion <ul style="list-style-type: none"> - Reaktion eines psychisch Gesunden auf eine außergewöhnliche physische oder psychische Belastung; Bewussteinseinsengung, Angst für die Dauer von Stunden bis 2 Tagen
F43.1	Posttraumatische Belastungsstörung <ul style="list-style-type: none"> - Opferkrankheit; Schlafstörungen, Nachhallerinnerungen, Wiederholungsängste
F43.2	Anpassungsstörungen <ul style="list-style-type: none"> - Zustände emotionaler Bedrängnis nach belastenden Lebensereignissen in Form von Depression, Angst oder Sorge, Überforderungsgefühle

F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen <ul style="list-style-type: none"> – In der späten Kindheit oder Jugend beginnende, starre Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen mit deutlichen Abweichungen im Wahrnehmen, Denken, Fühlen und in den Beziehungen zu anderen. Es handelt sich um schwere Störungen der charakterlichen Konstitution.
F60.0	Paranoide Persönlichkeitsstörung <ul style="list-style-type: none"> – Erlebt die Umwelt als feindlich, reagiert entsprechend feindselig, streitsüchtig, egozentrisch, misstrauisch und voller Argwohn sowie querulatorisch; z. T. Ausbildung und Realisierung schwerwiegender Rachepläne
F60.1	Schizoide Persönlichkeitsstörung <ul style="list-style-type: none"> – Emotional kühler Einzelgänger mit einer eingeschränkten Bandbreite gemüthafter Ausdrucksmöglichkeiten bei gleichzeitig meist hoher Verletzbarkeit und Kränkbarkeit mit der Folge der Ausbildung destruktiv-aggressiver Imaginationen
F60.2	Dissoziale Persönlichkeitsstörung <ul style="list-style-type: none"> – Verantwortungslos, aggressiv, egoistisch ohne Schuldgefühle
F60.3	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung
F60.30	Impulsiver Typ <ul style="list-style-type: none"> – Launisch, streitsüchtig, Wut- und Gewaltausbrüche, handelt ohne Berücksichtigung von Konsequenzen
F60.31	Borderline-Typ <ul style="list-style-type: none"> – Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, labiles Selbstbild und instabile innere Präferenzen, fürchtet das Verlassenwerden, anhaltendes Gefühl der Leere; idealisiert seine Mitmenschen und reagiert mit heftigem Zorn, wenn er sich enttäuscht sieht
F63	Abnorme Gewohnheiten
F63.0	Pathologisches Glücksspiel <ul style="list-style-type: none"> – Spielt wegen der Euphorie beim Spielen, nicht wegen des materiellen Gewinns
F63.2	Pathologisches Stehlen (Kleptomanie) <ul style="list-style-type: none"> – Stiehlt wegen der Erregung beim Stehlen, nicht wegen des Besitzes; stiehlt Dinge, die er/sie nicht gebrauchen kann
F65	Störungen der Sexualpräferenz (Paraphilien, Perversionen)
F65.2	Exhibitionismus
F65.4	Pädophilie <ul style="list-style-type: none"> – Stabile Präferenz für präpubertäre Kinder seit der eigenen Pubertät (als Sexualobjekte bevorzugt werden Mädchen, Knaben oder beide)
F65.5	Sadismus <ul style="list-style-type: none"> – Sexuelles Hauptmotiv ist Zufügen von Schmerz, Erniedrigung und Unterwerfung

F7	Intelligenzminderung <ul style="list-style-type: none"> - Angeboren oder früh erworben, Schwierigkeiten beim Trennen von Wesentlichem und Unwesentlichem, beim Abwägen von Gründen und Gegengründen
F70	Leichte Intelligenzminderung
F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
F90	Hyperkinetische Störung <ul style="list-style-type: none"> - Beginn in den ersten 5 Lebensjahren mit Mangel an Ausdauer bei kognitiven Aufgaben; desorganisierte, überschießende Aktivität, nicht zielführendes Verhalten
F91	Störungen des Sozialverhaltens <ul style="list-style-type: none"> - Schon in der Schule extremes Maß an Streitereien, Grausamkeiten, Wutausbrüchen

d. Gedankliche Kaskaden bei der Einschätzung der Schuldfähigkeit (§§ 20, 21 StGB)

Vor dem Hintergrund der vorstehend genannten nosologischen und klinischen Konzepte werden nach vorgeschriebenen methodischen Detailschritten der Argumentation schuldfähigkeitsbezogene Aussagen und Empfehlungen getroffen, die auch Hinweise auf die Akuität bzw. Chronizität einer Störung beinhalten und deshalb auch prognostisch relevant werden können.

Schuldfähigkeitsbegutachtung erfolgt im Kontext einer Systematik nach vorgegebenen Gedankenreihen hierarchisch in zwei Stufen:

1. Schritt: Lag zum Zeitpunkt der Begehung der Tat(en) eines der Eingangsmerkmale des § 20 StGB und damit auch des § 21 StGB vor? Den o. g. Eingangsmerkmalen der §§ 20, 21 StGB entsprechen u. a. folgende medizinische Diagnosen:

„**Krankhafte seelische Störung**“: organische und symptomatische Störung bis zum Ausprägungsgrad einer Psychose; Mängelverfassungen durch psychotrope Substanzen; Schizophrenie und wahnhafte Störung; schwere affektive Beeinträchtigung wie psychotische Depression und Manie,

„**Tiefgreifende Bewusstseinsstörung**“: Affekttat, akute Belastungsreaktion,

„**Schwachsinn**“: Angeborene Intelligenzminderungen,

„**Schwere andere seelische Abartigkeit**“: Massive Abhängigkeiten von psychotropen Substanzen, schwere Persönlichkeitsstörungen, starke Störungen der Sexualpräferenz, schwere und länger andauernde Anpassungsstörungen.

2. Schritt: Gibt es ein Ursache-Wirkung-Verhältnis⁵, also die Relationskategorie der Kausalität, zwischen dem diagnostizierten Eingangsmerkmal „bei Begehung der Tat“ und dem Delikt? Bejahendenfalls hat das Eingangsmerkmal (möglicherweise) zu einer Einschränkung oder gar Aufhebung von Einsicht oder Steuerung geführt?

Einsichtsfähigkeit ist das Wissen, dass eine Tat verboten ist. § 21 StGB wegen „erheblich verminderter Einsichtsfähigkeit“ gibt es nicht (vgl. die Lehre vom Verbotsirrtum⁶).

Steuerungsfähigkeit, auch Hemmungsvermögen oder Gegensteuerungskompetenz genannt, meint die Problematik, ob der Täter entsprechend seiner Einsicht hinsichtlich des Verbotenen seines Tuns auch handeln konnte.

Wurde die Tat im Rahmen einer den Lebensweg bislang formenden chronischen Schizophrenie begangen, dann repräsentiert dies auch für die spätere prognostische Arbeit breite Wurzeln anschaulicher Wirklichkeit mit ganz anderen zukunftsbezogenen Überlegungen als für den Täter, der sein Delikt im Rahmen einer plötzlich einschießenden und sogleich sich wieder verflüchtigenden tiefgreifenden Bewusstseinsstörung, einer Affektat also, beging. Kants Formulierung „Was der Affekt dabei nicht in der Geschwindigkeit tut, das tut er gar nicht, und er vergisst leicht“⁷ lässt die Zukunft dieses letzteren Täters a priori in einem hoffnungsvolleren Licht erscheinen, weil er in einem wahrscheinlich einmaligen Gezerre der Leidenschaften gehandelt hat.

Das Urteil als „Ort der Wahrheit“ (Gadamer) ist also auch ein Wegweiser in die Zukunft des Verurteilten.

Zunächst ist es aber ratsam, sich mit den forensisch wesentlichsten psychiatrischen Beinträchtigungen im Einzelnen auseinandersetzen, weil danach prognostische Überlegungen sehr viel leichter ausgearbeitet werden können.

⁵ Das Kausalitätsprinzip wurde unterschiedlich definiert: Platon: „Alles, was wird, wird notwendig durch eine Ursache.“; Augustinus: „Nichts wird ohne Grund.“; Kant: „Alle Veränderungen geschehen nach dem Gesetz der Verknüpfung der Ursache und Wirkung.“

⁶ BGH, StraFo 2004, 23 f.

⁷ Kant, Anthropologie, Von den Affekten, Frankfurt 1982, 582 – 584.