Intelligenzminderung und Schuldfähigkeit

Jan Lange¹

Eingegangen: 8. September 2020 / Angenommen: 1. Oktober 2020 / Online publiziert: 14. Oktober 2020
© Der/die Autor(en) 2020

Zusammenfassung

Wer zur Frage der Schuldfähigkeitsbeurteilung bei Intelligenzminderung in forensisch-psychiatrischen Lehrbüchern nachschlägt, findet vielfach und teils sehr anschaulich in schematischer Aufbereitung eine Beurteilungsmaßgabe, dass bei *schwerster und schwerer Intelligenzminderung die Einsichtsfähigkeit aufgehoben*, bei *mittelgradiger Intelligenzminderung teils die Einsichts- und teils die Steuerungsfähigkeit aufgehoben* und bei *leichter Intelligenzminderung entweder die Einsichtsfähigkeit oder die Steuerungsfähigkeit entweder vermindert oder aufgehoben* seien. Eine psychopathologische Fundierung dieser Leitsätze oder eine Darlegung möglicher Begründungswege von Fähigkeitsbeeinträchtigungen entsprechend den §§ 20, 21 StGB wird jedoch in aller Regel nicht geboten. Nachfolgend soll versucht werden, unter Bezugnahme auf aktuelle diagnostische Kriterien und Konzeptionen der Intelligenzminderung, die über die isolierte Bestimmung eines IQ-Werts hinausweisen, weitere Orientierung bei der Schuldfähigkeitsbeurteilung von Straftätern mit Intelligenzminderung zu bieten.

Schlüsselwörter Intellektuelle Beeinträchtigung · Störung der intellektuellen Entwicklung · Geistige Behinderung · Einsichtsfähigkeit · Steuerungsfähigkeit

Intellectual disability and criminal responsibility

Abstract

Whoever looks up the question of criminal responsibility with intellectual disability in forensic psychiatric textbooks, can often find and sometimes very descriptive, an assessment measure in schematic form. This states that in *severest and severe intellectual disability the ability to reason is nullified*, in *moderate intellectual disability partly the ability to reason and partly the accountability is nullified* and in *slight intellectual disability either the ability to reason or the accountability is either diminished or nullified*. A psychopathological foundation of these principles or a presentation of possible reasoning pathways for impairments of abilities according to §§20, 21 German Penal Code (StGB) is, however, as a rule not provided. In the following, an attempt is made to provide further orientation for the assessment of the criminal responsibility of offenders with intellectual disability, with reference to the current diagnostic criteria and conceptions of intellectual disability that go beyond the isolated determination of an IQ value.

Keywords Intellectual impairment · Disorder of intellectual development · Mental retardation · Ability to reason · Accountability

Definition und Diagnose der Intelligenzminderung

Die positive Definition des Begriffs Intelligenz ist Gegenstand von Diskussion und fortwährender differenzierter Konzeptbildung (für einen Überblick: Deary 2012). Die forensisch-psychiatrische Perspektive ist, insbesondere wenn es um Begutachtungen zur Frage der Schuldfähigkeit im

✉ Dr. med. Jan Lange
jan.lange@uniklinikum-dresden.de

¹ Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Bereich Forensische Psychiatrie, Universitätsklinikum Dresden, Fetscherstr. 74, 01307 Dresden, Deutschland

Strafverfahren geht, an der Identifikation und der Kommunikation von Fähigkeitsgrenzen und störungsbedingten Defiziten interessiert. Dies ermöglicht einen pragmatischen (und in foro leichter zu kommunizierenden) Ansatz als die positive Bestimmung des Intelligenzbegriffs. Doch auch diagnosewertig unterdurchschnittliche Intelligenzniveaus werden begrifflich und konzeptionell uneinheitlich gefasst.

Die ICD-10 bezeichnet mit *Intelligenzminderung* (ein Begriff, der in dieser Arbeit bevorzugt wird) eine sich in der Entwicklung manifestierende, stehen gebliebene oder unvollständige Entwicklung der geistigen Fähigkeiten. Beeinträchtigt sind dadurch insbesondere Fertigkeiten, die zum Intelligenzniveau beitragen, so Kognition, Sprache, motorische und soziale Fähigkeiten (ICD-10: F7). Eine Einteilung entsprechend der ICD-10 in 4 Schweregrade der Intelligenzminderung (leicht, mittelgradig, schwer, schwerst) erfolgt anhand testpsychologisch bestimmter Intelligenzquotient(IQ)-Werte, die als Richtlinien gemeint sind und von deren starr-grenzziehender Anwendung abgeraten wird.

Ergebnisse von testpsychologischer Intelligenzdiagnostik werden seit den 1960er-Jahren zur diagnostischen Kategorisierung verwendet, was eine begriffliche Ablösung vormaliger, auch pejorativer diagnostischer Begrifflichkeiten ermöglichte, ohne dadurch eine Binnendifferenzierung des Spektrums von Intelligenzminderungen aufzugeben. Die seit Kraepelin etablierte Differenzierung von Debilität, Imbezillität und Idiotie – sämtlich überholte und auch in foro zu vermeidender Begriffe; für eine kurze Begriffsgeschichte: Häßler (2005) und ergänzend Schalock (2007) – wich der Unterscheidung von leichter (Gesamt-IQ 50–69), mittelgradiger (Gesamt-IQ 35–49), schwerer (Gesamt-IQ 20–34) und schwerster Intelligenzminderung (Gesamt-IQ unter 20). Diese 4 Kategorien bilden die Unterteilung eines Kontinuums, dessen Grenzen im Einzelfall ebenso nur pseudoexakt zu bestimmen sind wie die Abgrenzung zu der weniger beeinträchtigungsschweren und nicht den diagnosewertigen Intelligenzminderungen zuzuschlagenden Lernbehinderung (Gesamt-IQ 70–84).

Mit etablierten Testverfahren gelingt die Einordnung des individuellen Gesamt-IQ in eine Gauß-Normalverteilungskurve, deren Gipfel konventionsgemäß bei einem IQ-Wert von 100 liegt, valide und reliabel. Hierbei müssen Ursachen für falsche, v. a. falsch-niedrige Testergebnisse berücksichtigt und ggf. auch sachverständig diskutiert werden (so motivationale Aspekte, sedierende Medikation, komorbide Störungen oder situative Einflussfaktoren vor oder während der Testdurchführung). Differenzierende Untersuchungen ermöglichen auch die Beurteilung der Struktur der individuellen Intelligenz samt Begabungsstärken und -schwächen. Dies illustriert, dass numerisch vergleichbare Gesamt-IQ-Werte aus sehr verschiedenen kognitiven Profilen resultieren können, was die isolierte Betrachtung eines IQ-Werts

für die Fähigkeitsbeurteilung entsprechend §§ 20, 21 StGB ungenügend macht. Insbesondere von einer Argumentation, die sich allein auf zeitökonomische Screeninguntersuchungen stützt, ist abzuraten. Dies gilt erst recht, wenn auf dieser Grundlage auch zu Maßregeln der Besserung und Sicherung Stellung genommen wird (Leygraf 1988, S. 53: bei mehr als jedem vierten der als oligophren in den psychiatrischen Maßregelvollzug [MRV] eingewiesenen Patienten hielt diese klinische Diagnose einer testpsychologischen Überprüfung im Unterbringungsverlauf nicht stand).

In Kenntnis der Schweregradeinteilung der Intelligenzminderungen ist es bedeutsam, besonders im psychiatrisch-juristischen Austausch klar herauszustellen, dass auch eine *leichte* Intelligenzminderung bereits eine *schwere* und komplexe Beeinträchtigung darstellt. Dies kann durch die Angabe der Prävalenz der (Summe aller Schweregrade der) Intelligenzminderungen, die ca. 1–3 % beträgt, herausgestellt werden, woraus sich ergibt, dass ca. 97–99 % der Bevölkerung einen höheren IQ haben als die Gesamtzahl jener, die die diagnostischen Kriterien einer Intelligenzminderung erfüllen.

Neben der einleitend zitierten Begriffsbestimmung der ICD-10 bieten sich zum forensisch-psychiatrischen Gebrauch *weitere Definitionen der Intelligenzminderung* an. Die differenzierteste Formulierung in einem forensisch-psychiatrischen Lehrbuch stellt – mit konzeptioneller Nähe zur ICD-10 – neben der fehlenden ätiologischen Spezifität auch Entwicklungsaspekte heraus und betont störungsimmanente Anpassungs- und Bewältigungsschwierigkeiten mit der Unfähigkeit zur nur eigenständigen Defizitkompensation: „Die Intelligenzminderung ist eine Intelligenzaufbaustörung, die sich im Kindesalter als geistige Entwicklungsstörung und dann im Schulalter als Lernbehinderung zeigt, darüber hinaus im Erwachsenenalter aber dadurch bestimmt wird, dass die für ein eigenständiges Leben zu fordernde geistige Reifung auf Dauer unvollständig bleibt und die Defizite im Laufe der Entwicklung trotz Zuwendung und Förderung nur unzureichend kompensiert werden können“ (Lammel 2010, S. 377).

Die von Lammel (2010) als forensisch-psychiatrisch beurteilungsbedeutsam vorgeschlagenen Domänen korrespondieren mit den Empfehlungen der American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD; Luckasson et al. 2002; aktualisierend: Schalock et al. 2010): Für die klinische Einschätzung des Intelligenzniveaus wird die integrative Bewertung der Fähigkeiten und Begabungsgrenzen in den Domänen Sprache, Lesen/Schreiben/Rechnen, Selbstbestimmung, Aktivitäten des täglichen Lebens, berufliche Fertigkeiten und zwischenmenschliche Beziehungsgestaltung empfohlen. Neben der querschnittlichen Untersuchung sind demnach eigen- und fremdanamnestic Angaben zu Biografie, Entwicklung, erfolgter bzw. gescheiterter Beschulung sowie Ausmaß von Selbstständigkeit und Hilfe

unabdingbar, was die isolierte Betrachtung von IQ-Werten relativiert.

Im *DSM-5* wird nunmehr von einer *intellektuellen Beeinträchtigung* mit Beginn in einer frühen Entwicklungsphase gesprochen, die neben intellektuellen auch adaptive Funktionsdefizite mit Beeinträchtigungen in konzeptuellen, sozialen und alltagspraktischen Bereichen umfasst. Im Gegensatz zu ICD-10 und DSM-IV werden Schweregrade entsprechend DSM-5 nach der individuellen Anpassungsleistung abgegrenzt und nicht mehr anhand ermittelter IQ-Wert-Grenzen.

Für die *ICD-11* wird die Formulierung *Störungen der intellektuellen Entwicklung* erwartet. Damit werden neben einem unterdurchschnittlichen intellektuellen Funktionsniveau Defizite in kognitiven Domänen und Verhaltensvariablen beschrieben, was mit neuropsychologischer Diagnostik und Erfassung von Anpassungs- und Verhaltensstörungen abzubilden sein wird.

Die vorstehend skizzierten Entwicklungen diagnostischer Kriterien und Konzeptbildungen illustrieren, dass diese sich von einer isolierten Betrachtung von IQ-Werten lösen (und auch vom Begriff der Intelligenzminderung). Dies wird der Tatsache gerecht, dass Intelligenzminderungen komplexe und heterogene Syndrome sind. Insbesondere die stärkere Berücksichtigung von sozialen Anpassungs- und emotionalen Entwicklungsdefiziten nähert die allgemeinpsychiatrisch-klinischen Diagnosekriterien wieder an die psychopathologisch fundierte Fähigkeitsbeurteilung in forensisch-psychiatrischen Zusammenhängen an, was aktuell für keine andere Störungsgruppe festzustellen ist.

Gleichwohl ist eine Gruppenunterteilung der Intelligenzminderungen unter ätiologischen, klinischen und auch gutachterlichen Gesichtspunkten weiterhin sinnvoll. Pragmatisch wird man allen drei Ansprüchen mit der *Zwei-Gruppen-Hypothese* gerecht (Burack 1990), die leichte und schwere geistige Behinderungen unterscheidet:

- *Mittelgradige, schwere und schwerste Intelligenzminderungen* (IQ-Werte unter 50) bilden als *schwere geistige Behinderungen* eine distinkte Gruppe. Ihr Anteil an der Gesamtheit der Intelligenzminderungen beträgt ca. 20 %. Sie bilden links von der IQ-Normalverteilung eine eigene, mit der Normalverteilungskurve überlappende Häufigkeitskurve mit einem Gipfel ca. um den IQ-Wert 30. Sie sind sehr viel häufiger als leichte Intelligenzminderungen durch benennbare organische Ursachen begründet, zeigen häufig Dysmorphiezeichen und organische Befunde. Betroffene leiden an einer hohen Rate somatischer und psychiatrischer Komorbidität; sie sind in ihrem sozialen und alltagspraktischen Funktionsniveau schwer eingeschränkt und deshalb häufig in Institutionen betreut. Dies bzw. die Betreuung in ihren Familien, in denen Eltern und Geschwister zumeist durchschnittlich

intelligent sind, macht Vernachlässigung und Fehlprägung wenig wahrscheinlich und wirkt deliktpräventiv (für eine historische Darstellung der Betreuung geistig Behinderter in ländlich-einbettender Umgebung: Moser 1971). Der Anteil von Menschen mit schweren geistigen Behinderungen an forensisch-psychiatrischen Begutachtungskollektiven ist deshalb gering, sodass ausschließlich im Strafrecht tätige Sachverständige mitunter ein unvollständiges Bild vom Spektrum der Intelligenzminderungen haben, was sowohl der klinischen Schweregradeinschätzung als auch der Ausbildung eines psychopathologischen Referenzsystems abträglich ist.

Bei *schweren und schwersten Intelligenzminderungen* dominieren gutachterlich Fragestellungen aus dem Betreuungsrecht (Voraussetzung einer Betreuung, Notwendigkeit einer Unterbringung oder einer Freiheitsentziehenden Maßnahme, Sterilisation u.a.). In den meisten Fällen einer Begutachtung zur Frage der Schuldfähigkeit liegen entsprechende betreuungsrechtliche Gutachten oder heilpädagogische Entwicklungspläne etc. bereits vor. Mitunter kann mit Verweis auf diese bei erwartbarem Ausgang auf eine Begutachtung und auch ein Strafverfahren verzichtet und stattdessen mit einer Anpassung bei Versorgung und Behandlung reagiert werden (z.B. mit der Einweisung in eine psychiatrische Klinik mit Schwerpunktstation zur Behandlung von Menschen mit Intelligenzminderung und Verhaltensstörungen bzw. komorbiden psychischen Störungen).

Die *mittelgradige Intelligenzminderung* ist eine heterogene Störungsgruppe und Überlappungsbereich zweier (klinisch und ätiologisch wohl distinkter) Entitäten: Sie bildet anteilig infolge der leichten Intelligenzminderung den Ausläufer des linken Schenkels der Normalverteilungskurve der Intelligenz; in dieser Hinsicht tendiert sie syndromal zur leichten Intelligenzminderung. Sie bildet jedoch auch den rechten Schenkel der Verteilungskurve der schweren geistigen Behinderungen mit einem Scheitelpunkt dieser Kurve um einen IQ-Wert von 30; in dieser Ausprägung nähert sich die mittelgradige Intelligenzminderung syndromal eher den schweren und schwersten Intelligenzminderungen an. Die Beurteilung auch der strafrechtlichen Verantwortlichkeit kann sich demnach – je nach Schlagseite des spezifischen Syndroms der mittelgradigen Intelligenzminderung – eher an der leichten oder bereits an den schweren und schwersten Intelligenzminderungen orientieren.

- *Leichte Intelligenzminderungen* (IQ-Werte 50–69) bilden als *leichte geistige Behinderung* das linke Ende der Gauß-Normalverteilungskurve der IQ-Werte. Sie machen ca. 80 % aller Intelligenzminderungen aus und sind in ihrem Bedingungsgefüge stark durch (familiäre, soziale, kulturelle) Umweltfaktoren beeinflusst, organische Befunde und Dysmorphiezeichen sind selten, Lebens-

erwartung und Fertilität meist nicht beeinträchtigt. Sie treten familiär gehäuft auf und sind überrepräsentiert in niedrigen sozialen Schichten, sodass sich Anlage- mit Milieufaktoren überlagern. Betroffene sind nur in einer Minderzahl in Institutionen betreut. Menschen mit leichter Intelligenzminderung sind in emotionalen und sozial-interaktionellen Aspekten vom Bevölkerungsdurchschnitt nicht trennscharf abzugrenzen. Dies impliziert, dass ein niedriges, ggf. auch ein diagnosewertig niedriges Intelligenzniveau nur ein Faktor im Bedingungsgefüge delinquenten Entwicklungen ist, sodass für IQ-Werte von 70 ± 15 keine differierenden Begutachtungsmaßstäbe zu begründen sind.

Intelligenzminderungen und Eingangsmerkmale des § 20 StGB

Für die Zuordnung zu einem Eingangsmerkmal des § 20 StGB ist nicht das Syndrom der Intelligenzminderung und auch nicht ein numerisch bestimmter IQ-Wert maßgeblich, sondern das Wissen um die Ätiologie der Intelligenzminderung. Klinisch-psychopathologisch ist diese Unterteilung artifiziell, entsprechend den Eingangsmerkmalen des § 20 StGB auf der ersten Stufe der Schuldfähigkeitsbegutachtung jedoch notwendig. Für die auf der zweiten Stufe folgende Diskussion von Einsichts- und Steuerungsfähigkeit hingegen ist diese Differenzierung unerheblich. Eine angeborene Intelligenzminderung ohne konkret zu benennende organische Verursachung wird dem Eingangsmerkmal *Schwachsinn* zugeordnet. Intelligenzminderungen infolge einer zu benennenden biologisch-ursächlichen Störung werden hingegen unter das Eingangsmerkmal *krankhafte seelische Störung* gefasst.

Bekannte Ursachen von Intelligenzminderungen können unterteilt werden in:

- *pränatal* (genetische Syndrome oder chromosomale Störungen, Fehlbildungen, Stoffwechselstörungen, exogen-toxische Einflüsse durch Alkohol [fetales Alkoholsyndrom, FAS], Betäubungsmittel oder Medikamente sowie Erkrankungen der Mutter),
- *perinatal* (verschiedene Wehen- und Entbindungskomplikationen) sowie
- *postnatal* (Infektionen, Traumata, Anfallsleiden, oft mit dem Ergebnis hypoxisch-ischämischer Hirnschädigungen).

Das Wissen um organische und v. a. genetische Ursachen von Intelligenzminderungen nahm während der vergangenen Jahrzehnte rasant zu; weitere Entwicklungen sind zu erwarten. Für eine Darstellung relevanter Syndrome ist das Buchkapitel von Neuhäuser (2013) zu empfehlen.

Der Anteil fassbarer biologischer Faktoren ist größer, je schwerer die Intelligenzminderung ausgeprägt ist, weshalb die Mehrzahl der schweren geistigen Behinderungen (entsprechend der Zwei-Gruppe-Hypothese) dem ersten Eingangsmerkmal des § 20 StGB zuzuschlagen ist, aber nur eine Minderzahl der leichten Intelligenzminderungen.

Verhaltensstörungen und Komorbidität

Die ICD-10 ermöglicht (noch und unabhängig vom Schweregrad der Intelligenzminderung) die Spezifikation zum Vorliegen von *Verhaltensstörungen bei Intelligenzminderung*. Minderschwere Ausprägungen (ICD-10: F7x.0) werden von Intelligenzminderungen mit „deutlicher Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert“ (ICD-10: F7x.1), abgegrenzt.

Aufgrund einer fehlenden Konkretisierung und Operationalisierung etwaiger Verhaltensstörungen ist deren klinische (Allen 2008), aber auch sachverständige Beurteilung ausgesprochen heterogen. Zumeist werden Verhaltensstörungen als kulturell unangemessenes Verhalten im Rahmen von Intelligenzminderungen verstanden und klar abgegrenzt von komorbiden psychischen Störungen. In der aktuell in Überarbeitung befindlichen *Praxisleitlinie Intelligenzminderung* (Häßler et al. 2014) werden nach innen weisende, internalisierende Verhaltensprobleme (ängstlich-rückzügliche, vermeidende Verhaltensweisen, die zumeist ohne unmittelbare forensische Relevanz sind) von nach außen gerichteten, externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten abgegrenzt (die potenziell forensisch relevant werden können): Schlagen, Treten, Kratzen, Beißen, Schreien, Anden-Haaren-Ziehen, das Werfen von Gegenständen, Spucken, Zerstörungshandlungen, selbstverletzendes Verhalten. Zumeist ist herausforderndes Verhalten Ausdruck von Interaktions- und Beziehungsstörungen, erlebten (körperlichen, sozialen) Beeinträchtigungen oder unbefriedigten Bedürfnissen, die anders nicht kommuniziert werden können bzw. auf deren Frustration in dieser Weise dysfunktional reagiert wird. Aus forensisch-psychiatrischer Perspektive wurden Störungen des Antriebsverhaltens, Impulsivität, emotionale Instabilität, Störungen der Bindungs- und Beziehungsfähigkeit, Empathiedefizite und eine Neigung zum Konsum von Suchtstoffen zu den Verhaltensauffälligkeiten gezählt (Lammel 2010, S. 395).

Schwere und Auftreten dieser Phänomene schwanken deutlich in Abhängigkeit vom Grad der Intelligenzminderung, der Betreuungsform und -intensität, der Komorbidität, dem Alter sowie situativen und Umweltfaktoren. Cooper et al. (2007) fanden eine Punktprävalenz von Verhaltensstörungen von ca. 18–22 %, Schützwohl et al. (2016) unlängst in einer deutschen Kohorte über 45 %. Die Schwere der Verhaltensauffälligkeiten wurde als umgekehrt proportio-

nal zum emotionalen Entwicklungsstand bestimmt (Sappok et al. 2014), was abermals – neben dem niedrigen Intelligenzniveau – auch emotionale und sozial-interaktionelle Defizite des Syndroms der Intelligenzminderung in ihrer Bedeutung für forensisch-psychiatrisch zu beurteilende Phänomene unterstreicht.

Darüber hinaus können Menschen mit Intelligenzminderung an *komorbid auftretenden psychischen Störungen* leiden (vergl. Schützwohl und Sappok 2020). Die Angaben zu deren Häufigkeit relativ zum Bevölkerungsdurchschnitt differieren sehr (vergl. Kerker et al., 2004): Schützwohl et al. (2016) fanden mit ca. 11 % eine geringere Punktprävalenz, wohl auch, da sie weitere Symptome mit Störungswert strikt dem Bereich der Verhaltensstörungen (s. oben, ca. 45 %) zuordneten. Cooper et al. (2007) fanden deutlich höhere Punktprävalenzen psychischer Störungen (ca. 15–28 %; bei geringerer Rate an Verhaltensstörungen: ca. 18–22 %, s. oben), insbesondere wenn jenseits diagnostischer Kriterien von ICD und DSM eine klinische Diagnosestellung erfolgte. Diese unterschiedlichen Diagnosegewohnheiten sind mitunter Anlass für Differenzen zwischen Sachverständigen bzw. Sachverständigen und Behandlern (beispielsweise in Kliniken des MRV). Es scheinen dies Unterschiede in der Bezeichnung zu sein, nicht aber im Bezeichneten, was den Wert exakter Syndrombeschreibungen unterstreicht, auch mit Blick auf veränderte diagnostische Kriterien in Erwartung der Einführung der ICD-11. Die beiden exemplarisch genannten Studien stützen zusammen mit metaanalytischen Untersuchungen (Einfeld et al. 2011) den Befund, dass ca. jeder zweite Mensch mit Intelligenzminderung Verhaltensstörungen und/oder komorbide psychische Störungen aufweist, was jeweils Anlass für Diagnostik, Behandlung und mitunter Begutachtung bietet.

Prinzipiell können alle weiteren Diagnosen des psychiatrischen Fachgebietes als Komorbidität auftreten. Menschen mit leichter Intelligenzminderung weisen eher komorbide psychische Störungen in Art und Schwere von Menschen ohne geistige Behinderung auf. Cooper et al. (2007) fanden in dieser Kohorte als häufige Nebendiagnosen affektive Störungen (6,5 %), Angststörungen (6,0 %) und Abhängigkeitserkrankungen (1,8 %). Bei den hohen Raten komorbider Schizophreniediagnosen (5,8 %) besteht die Gefahr der Konfundierung mit schizophrenen Residual- und Negativsymptomen. Bei schwerer geistiger Behinderung wurden sehr viel häufiger Autismus-Spektrum-Störungen komorbid beschrieben (10,1 %), gefolgt von affektiven Störungen (6,7 %) und Schizophrenien (3,5 %); Abhängigkeitserkrankungen sind seltener (0,5 %). Bei Straftätern mit allen Graden der Intelligenzminderung wurden in einer Literaturübersicht komorbide psychische Störungen in 31–75 % der Fälle berichtet, mit einem deutlichen Überwiegen von Schizophrenien und schizophreniformen Störungsbildern (Hobson und Rose 2008). Dieser Befund korrespondiert mit frü-

heren Untersuchungen zu deutschen MRV-Untergebrachten (Leygraf 1988).

Die psychopathologische Befunderhebung kann bei Intelligenzminderungen deutlich erschwert sein. Betroffene können mitunter nicht zu erlebten Beeinträchtigungen und Symptomen berichten, was als „underreporting“ bezeichnet wird. Die diagnostischen Kriterien psychischer Störungen entsprechend ICD und DSM sind bei mehr als leichten Intelligenzminderungen vielfach nicht mehr mit notwendiger Sicherheit zu beurteilen. Bei schweren und schwersten Intelligenzminderungen wird deshalb die Verwendung von Diagnosekriterien, die an Spezifika und Psychopathologie von Menschen mit geistiger Behinderung angepasst sind, empfohlen (Diagnostic criteria for psychiatric disorders for use with adults with learning disabilities/mental retardation, Dc-ID; 2001). Diese liegen jedoch nicht in deutscher Übersetzung vor. Werden Symptome einer komorbid bestehenden psychischen Störung fälschlicherweise dem Syndrom der Intelligenzminderung zugeschlagen, spricht man von „diagnostic overshadowing“ (Reiss et al. 1982). Auf der anderen Seite sollte vermieden werden, Nebendiagnosen zu vergeben, die tatsächlich durch Symptome der Intelligenzminderung oder damit assoziierter Verhaltensstörungen begründet werden.

Einsichts- und Steuerungsfähigkeit

Mit *Einsichtsfähigkeit* im Sinne der §§ 20, 21 StGB wird im Kern das Wissen bzw. die Zugänglichkeit des Wissens, dass eine spezifische Handlung verboten ist, bezeichnet. Einsicht in strafrechtlich relevante Verbote wird in Anwendung von Entwicklungsfortschritten bei soziomoralischer Entwicklung und Intelligenz im sozialen Miteinander ausgebildet. Sie ist – unabhängig von Spezifika entwicklungs-, differenzial- oder sozialpsychologischer Theoriebildungen – bereits im Kindesalter und lange vor Erreichen der Strafmündigkeit so weit entwickelt, dass sie ab Vollendung des 14. Lebensjahres als gegeben vorausgesetzt wird. Dabei meint Einsicht im Sinne des § 20 StGB kein primär psychologisches Konstrukt, sondern eine auf den konkreten Tatvorwurf bezogene individuelle Fähigkeit, „das Unrecht der Tat einzusehen“. Die konkreten Anforderungen an die Einsicht sind demnach auch abhängig von Komplexität und Charakter der Tathandlung. Einsicht kann tatbezogen entweder vorhanden sein oder eben nicht. Wenn sachverständig eingeschätzt wird, dass eine ggf. erhebliche Verminderung der Einsichtsfähigkeit vorliegt, so folgt daraus die Verpflichtung des Gerichts zur Prüfung, ob tat- und tatzeitbezogen bei verminderter Einsichtsfähigkeit die Unrechtseinsicht konkret gegeben oder zu verneinen war. Das *nichtvorwerfbare Fehlen von Unrechtseinsicht bei erheblich verminderter Einsichtsfähigkeit* fällt unter die Vor-

aussetzung des § 20 StGB. Das *vorwerfbare Fehlen von Unrechtseinsicht bei erheblich verminderter Einsichtsfähigkeit* qualifiziert für die Anwendung des § 21 StGB und steht, wie auch die erstgenannte Konstellation, einer Anordnung des § 63 StGB nicht entgegen. *Vorwerfbares Fehlen der Einsicht bei unerheblich verminderter Einsichtsfähigkeit* und tatbezogen vorhandene Einsicht trotz ggf. *erheblich verminderter Einsichtsfähigkeit* sind jeweils keine Voraussetzungen des § 21 StGB und können keine Anordnung des § 63 begründen (Lammel 2010).

Mit *Steuerungsfähigkeit* im Sinne der §§ 20, 21 StGB wird die Fähigkeit zu einsichtsgemäßigem Handeln bezeichnet. Sie ist bei bejahter Einsichtsfähigkeit tatbezogen zu beurteilen („bei Begehung der Tat ... nach dieser Einsicht zu handeln“). Das praktische Vorgehen der sachverständigen Beurteilung der Steuerungsfähigkeit unterscheidet sich bei Intelligenzminderung nicht von dem Vorgehen bei anderen Störungsbildern. Auf konzeptionelle Überlegungen zu Handlungskontrolle und -steuerung von Janzarik in diesem Band wird Bezug genommen, ebenso auf umfassendere frühere Darstellungen (Janzarik 1995). Grundlage bildet auch bei der Beurteilung von Straftaten Intelligenzgeminderter die Rekonstruktion des psychopathologischen Syndroms, insbesondere von Fähigkeiten und Fähigkeitsgrenzen mit Tatbezug. Wie bei anderen Beeinträchtigungsbildern, so wird auch bei diagnosewertiger Intelligenzminderung neben deren Bedeutung im Bedingungsgefüge der Straftat die Relevanz weiterer Faktoren zu prüfen sein: Dies sind vorrangig Aufwuchs- und Sozialisationsbedingungen, Lern- und Prägungseffekte, der Einfluss von Suchtstoffen im Längs- und im Querschnitt, außerdem interaktionelle und situative Einflussfaktoren sowie komorbide psychische Störungen und deren gewichtete Abgrenzung voneinander.

Beurteilungsbedeutsame Symptome und spezifische Konstellationen der Schuldfähigkeitsbeurteilung bei Intelligenzminderung

Im ersten Teil dieser Arbeit wurde unter Bezugnahme auf DSM-5 und ICD-11 ausgeführt, dass neben den im engeren Sinne *intellektuell-kognitiven Defiziten* die *gestörte Anpassungsleistung* samt *konzeptueller, sozialer und alltagspraktischer Fähigkeitseinschränkungen* das Syndrom der Intelligenzminderung konstituiert. Daneben können *Verhaltensstörungen* Teil des Syndroms der Intelligenzminderung sein, das zusätzlich durch *komorbide psychische Störungen* (besonders durch Schizophrenien, Paraphilien, Persönlichkeitsstörungen), akuten oder chronischen Konsum von *Suchtstoffen* und *soziale Faktoren bzw. fehlprägende Lernerfahrungen* forensische Relevanz erlangen kann.

Die vorstehend genannten Aspekte können einzeln und im Zusammenwirken Fähigkeitsbeeinträchtigungen entsprechend den §§ 20, 21 StGB bedingen. Sie sollen nachfolgend im Hinblick auf mögliche Auswirkungen auf die tatbezogene Schuldfähigkeit diskutiert und um einige spezifische Konstellationen ergänzt werden. Dabei soll es nicht um die Darlegung psychologischer Theorien zur Intelligenzminderung (einführend dazu: Sarimski 2013) oder zur moralischen Entwicklung (in der Tradition von Kohlberg, dafür: Knapheide 2013) gehen, sondern um psychopathologische Symptome und Syndrome, die die Argumentation in der Schuldfähigkeitsbeurteilung bei Intelligenzminderung bestimmen können.

Es wird nicht gelingen, schablonenhaft von Einzelsymptomen und ohne Tatbezug quasi gesetzmäßige Folgen für die Anwendung der §§ 20, 21 StGB abzuleiten. Dass es statt apodiktischer Leitsätze einer individuellen psychopathologischen Fundierung bedarf, ist Anlass und Leitmotiv dieses Beitrags. Es sollen aber spezifische Symptome und tatbedeutsame Störungskonstellationen dargestellt werden, die auf ihre Relevanz im gutachterlichen Einzelfall hin abgeprüft werden können. Letztlich wird sich die Fähigkeitsbeurteilung am *psychopathologischen Referenzsystem* (Saß 1991, mit weiteren Nachweisen) orientieren. Saß (1991, S. 274) formulierte, dass durch die Untersuchung des Antriebs- und Affektgeschehens, der gemüthhaften Differenzierung, der Fähigkeit zur Werteorientierung sowie des Urteils- und Kritikvermögens in umfassender Analyse der gesamten Lebensumstände, der beruflichen Leistungsfähigkeit und des Kontaktbereichs die Schuldfähigkeitsbeurteilung bei Intelligenzminderung (im Vergleich zu anderen Eingangsmerkmalen) relativ unproblematisch vorzunehmen sei. Folgende Symptome und Domänen können unter Bezugnahme auf aktuelle Klassifikationssysteme von besonderer Bedeutung bei der Fähigkeitsbeurteilung entsprechend §§ 20, 21 StGB sein:

- **Intellektuell-kognitive Defizite:** Mit kognitiven Funktionen wird hier die Gesamtheit der Prozesse, mit denen Wissen über die Umwelt erworben wird, bezeichnet. Schwere kognitive Defizite (besonders in den Domänen Wahrnehmung, Aufmerksamkeitslenkung und -teilung, mnestische Funktionen, schlussfolgerndes Denken, Bearbeitungsgeschwindigkeit; Bertelli et al. 2014) können der Einsichtsbildung entgegenstehen: Bei dem „Versagen der intellektuellen Abbildung“ (Janzarik 1991 und in diesem Heft) ist Einsichtsbildung nicht möglich, ebenso nicht bei schweren Defiziten der aktiven und passiven Sprachkompetenz, die Verständigung verunmöglichen. Exekutive Defizite bei Handlungsplanung und -steuerung, einschließlich der Bewertung von Handlungsalternativen und -folgen sowie der Hemmung irrelevanter oder dysfunktionaler Reaktionsbereitschaften, können

auf die Steuerungsfähigkeit im Sinne der §§ 20, 21 StGB wirken.

- *Gestörte Anpassungsleistung:* Von besonderer forensischer Relevanz sind Störungen des adaptiven Funktionsniveaus bei Intelligenzminderung. Dies meint Störungen des angemessenen und den sozialen Erwartungen entsprechenden situativen Verhaltens in der gesamten Lebenswirklichkeit. Zu betrachten sind daher Herkunftsfamilie, soziales Umfeld, einschließlich der wichtigen Aspekte Partnerschaft und Sexualität, schulische Umgebung, Nutzung des öffentlichen Personennahverkehrs (ÖPNV), Werkstattarbeit und Beschäftigung, mithin der Grad der erlangten Selbstbestimmung sowie das Ausmaß an Beziehungsfähigkeit bzw. die Schwere der sozial-interaktionellen Konflikthaftigkeit.

Menschen mit Intelligenzminderung machen überfordernde und frustrierende, in der Konsequenz negative und im Ergebnis von Zurückweisung oder Vermeidung schließlich weniger stützende Beziehungserfahrungen. Fähigkeitsdefizite und mangelndes soziales Lernen begründen zusammen defizitäre Anpassungsstrategien. Neben Rückzug und Vermeidung können soziale Fehleinschätzungen, störender Aktionismus und Grenzverletzungen resultieren. Handlungsstrategien sind wenig differenziert und werden, ungenügend adaptiert, an veränderte Umgebungsbedingungen angewandt. Das Interessenspektrum kann reduziert sein; mitunter wird eine unflexible Orientierung hin auf Einzelinteressen oder idealisierte bzw. unerreichbare Ziele forensisch relevant, v.a. wenn sich dies mit Strategiedefiziten paart (in den Bereichen Partnerschaft, Sexualität, Beruf oder Fahrerlaubnis). In sozialen Situationen kann eine hohe Bedürfnisspannung bei vorheriger Bedürfnisfrustration eine bestehende Schwäche des Bedürfnisaufschubs verstärken. Vielfach bestehen beschränkte Möglichkeiten, Bedürfnisse auf sozial akzeptierte Weise zu kommunizieren und zu befriedigen. Aus Unverständnis, Misserfolgen oder Kränkungen können sthenische Affekte entstehen (Wut, Ärger etc.). Verbale Strategien sind limitiert, was die Wahrscheinlichkeit von dysfunktionalen Handlungen erhöht. Diese können mannigfaltig sein, darunter Rückzug, Alkoholkonsum, Gewaltanwendung, Zerstörungshandlungen und Brandstiftungen. Auf Ebene der §§ 20, 21 StGB können diese Faktoren plausibel Beeinträchtigungen bis zur Aufhebung der Steuerungsfähigkeit bedingen.

- *Verhaltensstörungen:* Vom Fehlverhalten in sozialen Situationen aufgrund von defizitär-unflexiblen Handlungsstrategien sind ausagierte Verhaltensstörungen im Rahmen des Syndroms der Intelligenzminderung abzugrenzen. Diese destruktiv-dysfunktionalen Handlungen sind oft primär selbstverletzend bzw. -schädigend. Externalisierende Fehlverhaltensweisen können jedoch auch straf-

rechtliche Relevanz erlangen (Schlagen, Treten, Kratzen, Beißen, Anschreien, An-den-Haaren-Ziehen, Werfen von Gegenständen, Spucken, Zerstörungshandlungen u. a.). Diese Handlungen, des weiteren Störungen bei Antrieb und Impulskontrolle sowie Folgen emotionaler Unreife und Instabilität können zum Handeln drängelnde Antriebe sein und auf das Hemmungsvermögen im Sinne der §§ 20, 21 StGB beeinträchtigend oder aufhebend wirken.

- *Komorbide psychische Störungen:* Menschen mit Intelligenzminderungen können prinzipiell an allen weiteren psychischen Störungen leiden. Komorbiditäten müssen den entsprechenden Eingangsmerkmalen des § 20 StGB zugeordnet werden. Mit strafbewehrten Handlungen assoziierte Komorbiditäten sind Schizophrenien, aber auch (v.a. dissoziale) Persönlichkeitsstörungen, Paraphilien und Abhängigkeitserkrankungen, demnach solche, die auch in durchschnittlich intelligenten Straftätergruppen Risikofaktoren sind. Einige der möglichen komorbiden Störungsbilder sind Gegenstand von Beiträgen in diesem Heft. Teilursachen im Bedingungsgefüge strafbewehrter Handlungen müssen als solche psychopathologisch fundiert und in ihren Fähigkeitsauswirkungen entsprechend §§ 20, 21 StGB integrativ beurteilt werden. Es geht dabei nicht um die bloße Summation von Diagnosen oder Eingangsmerkmalen, sondern um die resultierende Fähigkeitsbeeinträchtigung, wofür sich das *psychopathologische Referenzsystem* (Saß 1991) anbietet.
- *Suchtstoffe:* Angaben zur Punktprävalenz von Substanzmissbrauch und Abhängigkeitserkrankungen als Komorbidität bei Intelligenzminderung divergieren. Cooper et al. (2007) bestimmten über alle Schweregrade der Intelligenzminderung hinweg ca. 1 %. Der Suchtstoff Alkohol ist zahlenmäßig bei Weitem führend. Für Menschen mit Intelligenzminderungen in Wohneinrichtungen und stationär behandelte Patienten mit Intelligenzminderung wurden höhere Prävalenzen berichtet (ca. 4 % alkoholabhängig, ca. 7 % riskanter oder schädlicher Gebrauch; Schubert und Theunissen 2004). Diese Zahlen passen dimensional zu früheren Untersuchungen von im MRV Untergebrachten mit Intelligenzminderung (2,5 % Alkoholabhängigkeit und 11,5 % Alkoholmissbrauch; Leygraf 1988). Werden auch junge Menschen mit Lernbehinderung in Untersuchungen einbezogen, steigt der Anteil von Betroffenen mit Alkohol- und Betäubungsmittel(BtM)-Konsum-Erfahrung deutlich und ähnelt bei Bedingungsgefüge und konsumierten Substanzen dann der Alterskohorte ohne Intelligenzminderung (Didden et al. 2009; für Deutschland: Sarrazin und Fengels 2009). Alkohol- und BtM-Konsum ist insbesondere bei Menschen mit leichter Intelligenzminderung ein kriminologisch bedeutsamer Faktor neben anderen. Beim tatbezogenen Zusammenwirken von fortwährender und/oder akuter Suchtstoffbeeinflussung und einer

Intelligenzminderung kommt es, genau wie bei komorbiden psychischen Störungen, auf die Rekonstruktion des psychopathologisch begründeten Defizitsyndroms samt der resultierenden Auswirkungen auf die tatbezogene Einsichts- und Steuerungsfähigkeit an. Für akute Beeinträchtigungen wird jenseits von Trinkmengenangaben und toxikologisch-numerischen Anknüpfungspunkten (Atem- [AAK], Blutalkoholkonzentration [BAK]) die Defizitrekonstruktion mithilfe der *achsensyndromalen Beurteilung* (Kröber 1996) angeraten. Bei Intelligenzminderung, evtl. zugrunde liegender hirnorganischer Beeinträchtigung, somatischer Komorbidität und psychotroper Medikation können geringere Mengen Alkohol ausreichen, um vorbestehende Fähigkeitsdefizite quantitativ (§ 21 StGB) oder qualitativ (§ 20 StGB) zu verstärken. Andererseits gilt es, die Privilegierung von Alkoholgewöhnung durch alleinige Betrachtung von AAK/BAK zu verhindern.

- **Soziale Faktoren und fehlprägende Lernerfahrungen:** Insbesondere leichte Intelligenzminderungen sind in Bedingungsgefüge, Verlauf sowie Verhaltensphänotyp wesentlich von den Erziehungs- und Milieuverhältnissen bestimmt. Ein Aufwachsen unter sozial randständigen, dissozialen Bedingungen kann neben ungenügender Beschulung das emotionale und soziale Entwicklungsdefizit weit mehr prägen als ein niedriges Intelligenzniveau per se. Die Überrepräsentation leichter Intelligenzminderungen in niedrigen sozialen Schichten ist annehmbar Ausdruck von Depravation. Lammel formulierte zusammenfassend, „dass die forensische Relevanz des Schwachsinn mit der Verelendung des geistig Behinderten zunimmt und mit der Strukturierung von dessen Alltags- und Lebenswelt abnimmt“ (Lammel 2010, S. 435). Es wirken sämtliche Risikofaktoren für Kriminalität, die auch bei (niedrig-) normalintelligenten Menschen bekannt sind und zur Ausprägung einer *kriminorelevanten Konstellation* (Göppinger 1985) beitragen können. Darunter sind fehlende Leistungsorientierung mit Vernachlässigung des Arbeits- und Leistungsbereichs, ein durch Anspruchshaltung und Selbstüberschätzung gekennzeichnetes Verhältnis zu Geld, ein unstrukturisiertes Freizeitverhalten mit ebenso normfern sozialisierten Peers, das Fehlen einer perspektivgetragenen Lebensplanung und eine Affinität für Suchtstoffe zu subsumieren. Diese Aspekte können mittelbar Ausdruck einer Intelligenzminderung sein, sind für Straftaten jedoch als kriminogene Risikofaktoren umso bedeutsamer, je weniger schwer die Intelligenzminderung ist. Bereits Böker und Häfner (1973, S. 267) beschrieben, dass eine Intelligenzminderung im Bedingungsgefüge von (Gewalt-)Delinquenz „mehr ein Komplikationsfaktor [ist], der über verminderte Selbstkontrolle oder erhöhte Reiz- oder Triebansprechbarkeit wirksam wird, als ein spezifischer

Kausalfaktor. Mehr Spezifität für die Risikoerhöhung kommt vermutlich einer dissozialen, zu offen aggressivem Verhalten disponierenden Persönlichkeitsstörung zu, die in der Mehrzahl schwachsinniger Täter [n=68] nachweisbar war.“

Bei der Kombination *leichte Intelligenzminderung* plus *normfern-dissoziale Fehlentwicklung* wird praktisch nie gestörte Unrechtseinsicht zu rekonstruieren sein. Meist illustriert die Verhaltenskontrolle in der dissozialen „In-group“ auch ein Repertoire von Anpassungsleistungen, das bedarfsweise abgerufen werden kann. Bei der Prüfung der kumulativen Auswirkung von Intelligenzminderung und dissozialen Verhaltensstilen auf die tatbezogene Steuerungsfähigkeit kommt es – wie auch bei der dissozialen Persönlichkeitsstörung; Beitrag von Habermeyer in diesem Heft – darauf an, die im Ergebnis einer Störung mit psychopathologischer Qualität beeinträchtigte Fähigkeit zur Handlungskontrolle vom kompetenten, aber normabweichenden Gebrauch dissozialer Verhaltensstile abzugrenzen.

Kriminologische Aspekte und spezifische Fragestellungen

Menschen mit Intelligenzminderung haben ein erhöhtes Risiko, Opfer von Straftaten zu werden, sind aber auch unter Tätern überrepräsentiert: In skandinavischen Registeruntersuchungen wurde für sie eine erhöhte Rate von Straftaten und Verurteilungen gefunden (Hodgins et al. 1992 und 1996). Vergleichbare Untersuchungen für Deutschland fehlen; kleinere Untersuchungen weisen hier auf ähnliche Zusammenhänge. Als Anlassdelikte von im psychiatrischen MRV Untergebrachten mit Intelligenzminderung (n=121) werden seit Leygraf (1988, S. 226) Sexualdelikte (50 %), Eigentumsdelikte (18,2 %), Brandstiftungen (13,2 %), Tötungsdelikte (12,4 %) und Körperverletzungen (5 %) mitgeteilt. Diese Aufzählung wird dem Alltag an deutschen Amtsgerichten nicht gerecht, wo für Menschen mit (v. a. leichter) Intelligenzminderung auch Eigentumsdelikte, Leistungerschleichungen, minderschwere Körperverletzungen, Bedrohungen und Beleidigungen verhandelt werden, was jedoch keine Veranlassung bietet, die Einweisung in den MRV zu diskutieren. Als gravierende Delikte von Rechtsbrechern mit Intelligenzminderung werden dennoch vielfach *Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung*, *Brandstiftungen* und *Gewaltdelikte* angeführt, die deshalb nachfolgend separat diskutiert werden sollen.

Für Menschen mit Intelligenzminderung werden häufig Probleme im Bereich Sexualität beschrieben, von denen einige *Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung* begünstigen können, darunter (nach Häbeler 2015, S. 344)

das Fehlen von Empathie und Nachhaltigkeit in der Beziehungsgestaltung; Direktheit der sexuellen Aktion ohne Rücksicht auf andere (z.B. Masturbation in der Öffentlichkeit); Gefahr der genitalen (Selbst-)Verletzung; Objektorientierung bei sexueller Aktivität; häufig bisexuelle oder autoerotische Aktivität; Tabuisierung sexuellen Verhaltens und sexueller Bedürfnisse; Mangel an angemessener Aufklärung und damit geringes Sexualwissen; häufig Opfer sexuellen Missbrauchs durch andere Intelligenzgeminderte bzw. Nichtintelligenzgeminderte (Zemp 2002). Ursache sexuell abweichenden Verhaltens kann außerdem eine Diskrepanz des körperlichen Reifegrades und der psychosexuellen Entwicklung sein – mit besonderer forensischer Relevanz bei Jungen und jungen Männern mit leichter Intelligenzminderung.

Neben diesen spezifisch im Sexuellen wirkenden Faktoren können kognitive, affektive und sozial-interaktionelle Defizite der Intelligenzminderung tatbedeutsam werden, so v.a. eine gestörte Befähigung zum Bedürfnisaufschub bei hoher Bedürfnisspannung sowie ungenügende Antizipations- und Planungsfähigkeit. Aus einer Intelligenzminderung können in unterschiedlicher Schwere neben Kommunikations- auch Konkurrenzbehinderungen resultieren; pädosexuelle Handlungen können auch das Ergebnis der Hinwendung zu Kindern sein, wenn Kontaktaufnahmen zu erwachsenen potenziellen Sexualpartner(innen) angstvoll vermieden werden oder erfolglos-frustran verlaufen. Ausweichend werden auch erhöhte Raten von „Hands-off“-Taten berichtet.

Daneben wirken im Bedingungsgefüge von Sexualdelinquenz vergleichbare situative Faktoren bei Menschen mit und ohne Intelligenzminderung. Auch im Fall der Bestimmung eines niedrigen, ggf. diagnosewertig niedrigen IQ-Wertes erübrigt sich weder eine Sexualanamnese noch die Rekonstruktion des Beeinträchtigungsbildes und die Diskussion weiterer beurteilungsbedeutsamer Faktoren (Beitrag von Briken in diesem Heft). In Begutachtungskollektiven sind Sexualdelikte eine häufige Fragestellung. Grund dafür könnte auch das Anzeigeverhalten in betreuenden Institutionen sein, sowie die Frage fortdauernder Gefährlichkeit (Lammel 2010, S. 433), was letztlich auch zum hohen Anteil von intelligenzgeminderten Sexualstraftätern im MRV beiträgt (Leygraf 1988).

Die Arbeitsgruppe um Häfner untersuchte jugendliche *Brandstifter* und fand Intelligenzgeminderte deutlich überrepräsentiert (Buchmann et al. 2000; Häfner 2015). Auch eine retrospektive Untersuchung des Heidelberger Gutachtenarchivs machte „überforderte Debile“ sowie intelligenzgeminderte (Serien-)Brandstifter mit feuerspezifischer Lerngeschichte als distinkte Tätergruppen aus (Barnett 2005 und 2008). Die Diagnose Pyromanie sollte bzw. darf (zumindest entsprechend DSM-5: F63.1) bei Menschen mit Intelligenzminderung nicht vergeben werden (und ist ohnehin

eher ein psychiatriehistorisches Relikt als forensisch-psychiatrisch brauchbar). Bei Brandstiftern mit Intelligenzminderung lässt sich meist eine feuerspezifische Lerngeschichte und/oder ein situativer Hintergrund herleiten, sodass die Brandstiftung entsprechend *Instrumentalität* und *deliktante-zedenter Emotion* rubriziert werden kann (Barnett 2005 und 2008). Unfallartige Handlungen, Brandlegungen als hilflos-überforderte Verhaltensstörungen und motivational fehlgeprägte (beispielsweise sexuell konnotierte) Tathandlungen sind im Rahmen der Intelligenzminderung vielfach geeignet, die tatbezogene Steuerungsfähigkeit aufzuheben oder zumindest erheblich einzuschränken.

Einige der in diesem Beitrag behandelten Charakteristika des Syndroms der Intelligenzminderung können mit *Gewaltdelikten* assoziiert sein. Eine geringe verbale Befähigung lässt erwarten, dass gewaltfreie Konfliktlösungsstrategien früher aufgebraucht sind. Betroffene machen ausgrenzende, frustrierende Beziehungserfahrungen. Ausdrucks- und Regulationsfähigkeit für aufkommende (sthetische) Affekte sind begrenzt. Irritabilität, Erregbarkeit und emotionale Labilität können aggressive Verhaltensstörungen bedingen. Eigene Gewalterfahrung, die Sozialisation in einem dissozial-gewaltaffinen Milieu sowie situative Überforderung oder Berausung können zur Gewaltanwendung beitragen. Daraus sowie als Ausdruck von Anpassungs- und Verhaltensstörungen kann die Aufhebung oder ggf. erhebliche Beeinträchtigung der tatbezogenen Steuerungsfähigkeit resultieren. Böker und Häfner (1973) beschränkten das Risiko von Gewaltdelikten auf eine Subgruppe der intelligenzgeminderten Täter, die „im Grunde keine durchschnittlichen oder unkomplizierten geistig Behinderten“ seien, „sondern verhaltensgestörte Schwachsinnige“. Im Einklang mit späteren Untersuchungen fanden sie die folgenden Faktoren mit Gewaltdelikten bei intelligenzgeminderten Tätern assoziiert: „zerbrochene Elternfamilie, Belastung mit Kriminalität und Alkoholismus; dissoziale Persönlichkeitsstörung, Neigung zu offen aggressivem Verhalten, unzureichende berufliche, soziale und familiäre Anpassung; Körperverletzungen mit Sexualdelikten in der Vorgeschichte; chronischer Alkoholismus, Alkoholkonsum vor der Tat“ (Böker und Häfner 1973, S. 268). In dieser Konstellation unterscheiden sich straffällige Menschen mit (niedrig-)normalem Intelligenzniveau nicht von Straftätern mit leichter Intelligenzminderung.

Zusammenfassung

Mit Verweis auf die Zwei-Gruppen-Hypothese wurde ausgeführt, dass die Differenzierung in schwere (IQ-Wert <50) und leichte geistige Behinderungen (IQ >50) unter ätiologischen, klinischen und gutachterlichen Gesichtspunkten sinnvoll ist. Auch forensisch-psychiatrisch ist die Zweitei-

lung trotz der syndromalen Heterogenität jener „äußerst buntscheckigen Gruppe von Krankheitsformen“ (Kraepelin 1903) berechtigt. Für *schwerste, schwere und auch für eine große Zahl der mittelgradigen Intelligenzminderungen* können die Voraussetzungen des § 20 StGB unter Bezugnahme auf in dieser Arbeit zusammengetragene Symptome und Defizitkonstellationen tatbezogen in aller Regel begründet werden. Dies kann jedoch für die leichte Intelligenzminderung zumeist nicht psychopathologisch fundiert festgestellt werden. Im Falle *leichter geistiger Behinderung* wird fehlende Unrechtseinsicht trotz intellektuell-kognitiver Defizite in aller Regel nicht zu rekonstruieren sein. Eine *Beeinträchtigung oder Aufhebung der tatbezogenen Steuerungsfähigkeit* ist bei leichten Intelligenzminderungen primär aufgrund einer defizitären Anpassungsleistung, begleitender Verhaltensstörungen, komorbider psychischer Störungen einschließlich Suchtstoffbeeinträchtigungen und im Ergebnis von (v.a. dissozialen) Prägungseffekten zu diskutieren. Daher ist die (diagnosewertige) leichte Intelligenzminderung ähnlich der (nicht diagnosewertigen) unterdurchschnittlichen Intelligenz vielfach ein Faktor im Bedingungsgefüge von Straftaten neben anderen, deren tatbezogene Fähigkeitsbeeinträchtigungen mithilfe des psychopathologischen Referenzsystems diskutiert werden können.

Funding Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

Interessenkonflikt J. Lange gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Open Access Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

- Allen D (2008) The relationship between challenging behaviour and mental ill-health in people with intellectual disabilities: a review of current theories and evidence. *J Intellect Disabil* 12(4):267–294
- Barnett W (2005) Psychiatrie der Brandstiftung. Eine psychopathologische Studie anhand von Gutachten. Steinkopf, Darmstadt
- Barnett W (2008) Psychiatrie der Brandstiftung. In: Lammel M, Felber W, Sutarski S, Lau S (Hrsg) Die forensische Relevanz „abnormer Gewohnheiten“. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, S 3–19

- Bertelli MO, Salvador-Carulla L, Scuticchio D, Varruciu N, Martinez-Leal R, Cooper SA, Simeonsson RJ, Deb S, Weber G, Jung R, Munir K, Adnams C, Akoury-Dirani L, Girmaji SC, Katz G, Kwok H, Walsh C (2014) Moving beyond intelligence in the revision of ICD-10: specific cognitive functions in intellectual developmental disorders. *World J Psychiatry* 13(1):93–94
- Böker W, Häfner H (1973) Gewalttaten Geistesgestörter. Springer, Berlin, Heidelberg, New York
- Buchmann J, Fegert JM, Göhre C, Häfner F, Schläpke D, Müller U (2000) Jugendliche Brandstifter – eine retrospektive Analyse von Gutachtenqualität und Binnendifferenzierung der Deliktgruppe. In: Fegert JM, Häfner F (Hrsg) Qualität forensischer Begutachtung, insbesondere bei Jugenddelinquenz und Sexualstraftaten. Schriften zum Jugendrecht und zur Jugendkriminalologie, Bd. 2. Centaurus, Herbolzheim
- Burack JA (1990) Differentiating mental retardation: The two-group approach and beyond. In: Hodapp RM, Burack JA, Zigler E (Hrsg) Issues in the developmental approach to mental retardation. Cambridge University Press, Cambridge, S 27–48
- Cooper SA, Smiley E, Morrison J, Williamson A, Allan L (2007) Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: prevalence and associated factors. *Br J Psychiatry* 190:27–35
- Deary IJ (2012) Intelligence. *Annu Rev Psychol* 63:453–482
- Didden R, Embregts P, van der Toorn M, Laarhoven N (2009) Substance abuse, coping strategies, adaptive skills and behavioral and emotional problems in clients with mild to borderline intellectual disability admitted to a treatment facility: A pilot study. *Res Dev Disabil* 30:927–932
- Einfeld S, Ellis L, Emerson E (2011) Comorbidity of intellectual disability and mental disorder in children and adolescents: a systematic review. *J Intellect Dev Disabil* 36(2):137–143
- Göppinger H (1985) Angewandte Kriminologie. Springer, Berlin, Heidelberg, New York
- Häfner F (2014) S2k Praxisleitlinie Intelligenzminderung. AWMF-Register Nr. 028-042. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-042l_S2k_Intelligenzminderung_2014-12_verlaengert_01.pdf. Zugegriffen: 15. Aug. 2020
- Häfner F (2015) Intelligenzminderungen mit Verhaltensstörungen. In: Häfner F, Kinze W, Nedopil N (Hrsg) Praxishandbuch Forensische Psychiatrie, 2. Aufl. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, S 341–359
- Häfner G (2005) Der Schwachsinn bekommt einen Namen. In: Häfner G, Häfner F (Hrsg) Geistig Behinderte im Spiegel der Zeit. Thieme, Stuttgart, S 57–66
- Hobson B, Rose JL (2008) The Mental Health of people with intellectual disabilities who offend. *Open Criminol J* 1:12–18
- Hodgins S (1992) Mental disorder, intellectual deficiency, and crime: evidence from a birth cohort. *Arch Gen Psychiatry* 49(6):476–483
- Hodgins S, Mednick SA, Brennan PA, Schulsinger F, Engberg M (1996) Mental disorder and crime: evidence from a Danish birth cohort. *Arch Gen Psychiatry* 53(6):489–496
- Janzarik W (1991) Grundlagen der Einsicht und das Verhältnis von Einsicht und Steuerung. *Nervenarzt* 62:423–427
- Janzarik W (1995) Die Grundlagen der Schuldfähigkeitsprüfung. Enke, Stuttgart
- Kerker BD, Owens PL, Zigler E, Horwitz SM (2004) Mental health disorders among individuals with mental retardation: challenges to accurate prevalence estimates. *Public Health Rep* 119(4):409–417
- Knapheide J (2013) Förderung soziomoralischer Kompetenz als Voraussetzung psychotherapeutischer Behandlung. In: Menschen mit geistiger Behinderung im Maßregelvollzug – Herausforderungen für die Behindertenhilfe. DHG-Schriften, Bd. 18, S 103–126
- Kraepelin E (1903) Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte, 7. Aufl. Barth, Leipzig
- Kröber H-L (1996) Kriterien verminderter Schuldfähigkeit nach Alkoholkonsum. *Neue Z Strafr* 16:569–576

- Lammel M (2010) Schuldfähigkeit bei Intelligenzminderung („Schwachsinn“). In: Kröber H-L, Dölling D, Leygraf N, Saß H (Hrsg) Psychopathologische Grundlagen und Praxis der Forensischen Psychiatrie im Strafrecht. Handbuch der Forensischen Psychiatrie, Bd. 2. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, S 372–442
- Leygraf N (1988) Psychisch kranke Straftäter – Epidemiologie und aktuelle Praxis des psychiatrischen Maßregelvollzugs. Springer, Berlin, Heidelberg, New York
- Luckasson R, Borthwick-Duffy S, Buntinx WHE, Coulter DL, Craig EM, Reeve A, Tasse MJ (2002) Mental retardation: definition, classification, and systems of supports, 10. Aufl. American Association on Mental Retardation, Washington, DC
- Moser A (1971) Die langfristige Entwicklung Oligophrener. Springer, Berlin, Heidelberg, New York
- Neuhäuser G (2013) Klinische Syndrome. In: Neuhäuser G, Steinhausen H-C, Häbeler F, Sarimski K (Hrsg) Geistige Behinderungen, 4. Aufl. Kohlhammer, Stuttgart, S 61–140
- Reiss S, Levitan GW, Szysko J (1982) Emotional disturbance and mental retardation: diagnostic overshadowing. *Am J Ment Defic* 86(6):567–574
- Royal College of Psychiatrists (2001) DC-LD (Diagnostic criteria for psychiatric disorders for use with adults with learning disabilities/mental retardation). Royal College of Psychiatrists, London
- Sappok T, Budczies J, Dziobek I, Bölte S, Dosen A, Diefenbacher A (2014) The missing link: delayed emotional development predicts challenging behavior in adults with intellectual disability. *J Autism Dev Disord* 44:786–800
- Sarimski K (2013) Psychologische Theorien geistiger Behinderung. In: Neuhäuser G, Steinhausen H-C, Häbeler F, Sarimski K (Hrsg) Geistige Behinderungen, 4. Aufl. Kohlhammer, Stuttgart, S 44–58
- Sarrazin D, Fengels C (2009) Problematischer Suchtmittelkonsum bei Menschen mit einer Intelligenzminderung Eine RAR-Erhebung in Westfalen-Lippe von März bis Juli 2009. LWL-Koordinierungsstelle Sucht, Münster
- Saß H (1991) Forensische Erheblichkeit seelischer Störungen im psychopathologischen Referenzsystem. In: Schutz H, Kaatsch HJ, Thomsen H (Hrsg) Medizinrecht-Psychopathologie-Rechtsmedizin. Diesseits und jenseits der Grenzen von Recht und Medizin. Springer, Berlin Heidelberg New York, S 266–281
- Schalock RL, Borthwick-Duffy SA, Bradley VJ, Buntinx WHE, Coulter DL, Craig EM, Gomez SC, Lachapelle Y, Luckasson R, Reeve A, Shogren KA, Snell ME, Sprent S, Tasse MJ, Thompson JR, Verdugo-Alonso MA, Wehmeyer ML, Yeager MH (2010) Intellectual disability: Definition, classification, and systems of supports, 11. Aufl. American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, Washington DC
- Schalock RL, Luckasson R, Shogren KA (2007) The renaming of mental retardation: understanding the change to the term intellectual disability. *Intellect Dev Disabil* 45:116–124
- Schubert M, Theunissen G (2004) Alkoholkonsum von Menschen mit geistiger Behinderung. Ergebnisse einer landesweiten Erhebung in Sachsen-Anhalt. *Vierteljahresschr Heilpädagog Nachbargeb* 4:312–315
- Schützwohl M, Sappok T (2020) Psychische Gesundheit bei Personen mit Intelligenzminderung. *Nervenarzt* 91:271–281
- Schützwohl M, Koch A, Koslowski N, Puschner B, Voß E, Salize HJ, Pfennig A, Vogel A (2016) Mental illness, problem behaviour, needs and service use in adults with intellectual disability. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 51(5):767–776
- Zemp A (2002) Sexualisierte Gewalt gegen Menschen mit Behinderung in Institutionen. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 51:610–625