

Aus der Psychopathologischen Forschungsabteilung (Prof. MÜLLER-SUUR)  
der Psychiatrischen und Nervenlinik der Universität Göttingen  
(Direktor: Prof. G. EWALD)

## Zur Frage der strafrechtlichen Beurteilung von Neurosen

Von

H. MÜLLER-SUUR

(Eingegangen am 7. November 1955)

Die Psychopathologie hat u. a. die Aufgabe, die begrifflichen Grundlagen der Psychiatrie zu klären. Wie wichtig das für die Praxis ist, zeigt sich besonders, wenn Meinungsverschiedenheiten bei mehreren psychiatrischen Sachverständigen auftreten und solche Meinungsverschiedenheiten dann selbst wieder zu begutachten sind.

Dieser Fall kann heute verhältnismäßig leicht eintreten, wenn es sich um die Begutachtung von „Neurosen“ handelt. Das hat seinen Grund darin, daß der Umfang des Begriffs „Neurose“ bei der heutzutage üblichen Verwendung dieses Wortes so groß ist, daß er von der normalen inneren Problematik des zivilisierten Menschen (so z. B. bei vielen frei praktizierenden Psychotherapeuten) bis zur krankhaften Geistesstörung der Schizophrenie (z. B. bei SCHULTZ-HENCKE) reicht. Das hat dann zur Folge, daß im ersten Fall Gesunde wie Kranke und im zweiten Fall Kranke wie Gesunde beurteilt werden. Zur Frage, ob eine Krankheit im Sinne des § 51 StGB vorliegt, besagt daher die allgemeine Feststellung einer Neurose so gut wie nichts. Sie bedarf der Präzisierung.

Der Gutachter wählt jedoch meist nicht den Weg des begrifflichen Präzisierungsversuchs, sondern er hilft sich dadurch, daß er mit intuitivem Sicheinfühlen in die Lage des „neurotischen“ Täters dessen Verhalten gerecht zu werden versucht. — Solche Gutachten können u. U. ein erstaunlich großes Maß an feiner Intuition enthalten; allerdings steht dem meist notgedrungen ein ebenso geringer Grad von begrifflicher Präzision gegenüber, und die Beurteilung der Richtigkeit dieser Gutachten kann dadurch sehr erschwert sein. Denn falsch müssen sie ja deshalb nicht notwendig sein, weil in ihnen nicht mit für die Sachlage hinreichender begrifflicher Präzision gearbeitet wird, sondern es bleibt nur eine gewisse Fragwürdigkeit an ihnen, für die in den ernst zu nehmenden Fällen wohl auch gar nicht der begutachtende Psychiater verantwortlich sein dürfte; es ist vielmehr ein Mangel des Begriffsbestandes der Psychiatrie selbst, der hier offenbar wird.

Auf Möglichkeiten hinzuweisen, wie diese Fragwürdigkeit gegebenenfalls, wenn auch wohl nicht ganz beseitigt, so doch zumindest erheblich eingeschränkt werden kann, ist die Absicht der folgenden Ausführungen.

Sie sind angeregt worden durch ein *Gutachten*, in dem die Frage zu beantworten war, „ob *Neurose allgemein eine Krankheit im Sinne des § 51 StGB darstellt*“. Zu dieser Fragestellung war es gekommen, nachdem von einem psychiatrischen Sachverständigen bei Vorliegen erheblicherer neurotischer Störungen der Gesamtpersönlichkeit die Notwendigkeit psychotherapeutischer Behandlung zur Vorbeugung gegen Rückfälle in erneutes strafbares Verhalten hervorgehoben worden war. Die Frage des Gerichts, ob die strafrechtliche Verantwortlichkeit bei dieser Sachlage nicht durch krankhafte psychische Störungen eingeschränkt sei, wurde aber von demselben Gutachter mit dem Hinweis verneint, daß Neurosen keine Krankheiten seien und deshalb der § 51 hier keine Anwendung finden könne. Ein anderer

Gutachter, der Psychotherapeut war, vertrat dagegen die Meinung, Neurosen seien Krankheiten, die nur gewisse Psychiater nicht richtig als solche zu würdigen vermöchten und die stets zumindest die Anwendung des § 51 Abs. 2 erforderten. Ein weiterer Gutachter meinte, ein zusätzliches Moment konstitutioneller Abnormität begründe im vorliegenden Falle die Anwendung des § 51 Abs. 2, ein anderer wieder vertrat die Ansicht, mit solchen seelischen Schwierigkeiten müsse und könne grundsätzlich jeder selbst fertig werden, jedenfalls soweit, wie es sich um die Vermeidung strafbaren Verhaltens handle. — Das Gutachten kam in bezug auf die Frage, ob Neurose allgemein eine Krankheit im Sinne des § 51 StGB sei, zu folgendem Ergebnis: Auf keinen Fall handelt es sich bei Neurosen (auch nicht im Sinne von SCHULTZ-HENCKE) um echte organische Geisteskrankheiten, welche zur unbedingten Anwendung des § 51 zwingen. Die allgemeine, unpräzisierte Feststellung einer Neurose braucht daher als solche auch noch nicht unbedingt Zweifel an der strafrechtlichen Zurechnungsfähigkeit zu verursachen. Soweit es sich bei Neurosen aber um psychogene seelisch-geistige Fehlhaltungen handelt, welche nicht ohne ärztliche Hilfe behoben werden können, und ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der seelisch-geistigen Fehlhaltung und der Straftat nachweisbar ist, kann ihnen unter Umständen ein „Krankheitswert“ zukommen, der sie als krankhaft im Sinne des § 51 einzuschätzen zwingt; und zwar dann, wenn sich aus der strukturellen Analyse der inneren dynamischen Beziehung zwischen der Straftat und der Täterpersönlichkeit mit hinreichender Wahrscheinlichkeit erweisen läßt, daß der Täter die für die Motivation seiner Tat maßgebliche innere Fehlhaltung nicht aus eigener Kraft hätte korrigieren können. Der Grad des Krankheitswertes entspricht dabei dem Grad der Beschränkung, den die normale Persönlichkeitsentfaltung durch die abnorme Persönlichkeitshaltung erfährt, und muß äquivalent sein dem Grad der Beschränkung, den die normale Persönlichkeitsentfaltung durch organische Krankheiten erfährt. — Die im folgenden (vgl. Abschnitt 5) angeführte Differenz von individuellem und kollektivem Krankheitswert, mit der der zuletzt zitierte Satz noch eine schärfere begriffliche Fassung bekommen könnte, wurde in diesem Gutachten noch nicht angewandt.

Anschließend sollen nach einem kurzen Hinweis auf die allgemeine Notwendigkeit einer Begriffsdifferenzierung (1.) zunächst einige Anhaltspunkte gegeben werden, um das, was mit dem Wort „Neurose“ gemeint ist, sachgerecht in der Sprache der klinischen Psychopathologie zu fassen (2.) (3.), und dann soll weiter auf Möglichkeiten zu einer genaueren Bestimmung der Abnormität (4.) und des Krankheitswertes (5.) von neurotischem Verhalten hingewiesen werden.

### **1. Die allgemeine Notwendigkeit differenzierterer Begriffsschemata, um von groben Schätzungen zu feinerem abwägenden Ermessen zu kommen**

Wenn wir im Sinne des § 51 StGB gefragt werden, wie weit die strafrechtliche Zurechnungsfähigkeit durch psychische Störungen aufgehoben oder eingeschränkt wird, pflegen wir im allgemeinen ziemlich pauschal, grob schematisch und wenig präzise zu antworten. Eindrucksvoll dargestellt hat das KURT SCHNEIDER in seiner Schrift über die Beurteilung der Zurechnungsfähigkeit. Damit hängt zusammen, daß unter Umständen auch mehr oder weniger willkürliche Schätzungen, welche subjektive Voreingenommenheiten enthalten, unsere Urteilsbildung hier weitgehend beeinflussen können. Das weiß jeder, der einige Erfahrungen auf diesem Gebiet gesammelt hat und der sich bei seiner Tätigkeit selbst kritisch

gegenübersteht. Vor allem komplizierter gelagerter Fälle, bei denen keine psychischen Krankheiten im engeren Sinne der klinischen Psychiatrie vorliegen, werden leicht durch eine zu grob schematische Behandlung zu subjektiv beurteilt.

Es ist daher dringend notwendig, zu versuchen, hier von den üblichen sehr globalen intuitiven Schätzungen so weit wie irgend möglich loszukommen und sie durch kalkulatив abwägendes Ermessen zu ersetzen. Das heißt, es muß versucht werden, den Bereich der Schätzungen gegebenenfalls so weit einzuengen, daß subjektive Willkür nicht nur in den Fällen, welche eine grob schematische Behandlung zulassen, sondern möglichst auch in allen anderen Fällen keinen Spielraum mehr finden kann. Dies aber gelingt nur durch eine Differenzierung der Begriffsschemata, mit denen wir die psychischen Abnormitäten erfassen; denn nur dadurch erhalten wir mehr Stützpunkte zur Festlegung des Schweregrads der betreffenden Abnormitäten. Und diese Stützpunkte können uns dann als Grundlage dienen, um von da aus weiter den Krankheitswert jener Abnormitäten durch feineres abwägendes Ermessen zu beurteilen.

## **2. Die zur Fassung sogenannten neurotischen Verhaltens notwendigen Begriffsdifferenzen**

Zur Frage der forensischen Beurteilung von sogenannten neurotischen Verhaltensweisen stellt uns das übliche Begriffsschema der klinischen Psychiatrie zwei Begriffe zur Verfügung: nämlich einerseits den Begriff der allgemeinen abnormen Erlebnis- oder Trieb-Reaktionen und andererseits den Begriff der (spezifischen) abnormen Reaktionen von psychopathischen Persönlichkeiten. Und dementsprechend werden die sogenannten neurotischen Verhaltensweisen im allgemeinen entweder als abnorme Reaktionen sonst psychisch Gesunder beurteilt, denen praktisch kaum je ein Krankheitswert beigemessen wird, oder aber sie werden als psychopathische Reaktionen angesehen, d. h. die neurotische wird als psychopathische Verhaltensweise aufgefaßt, und für die forensische Beurteilung wird dann der Grad der psychopathischen Persönlichkeitsabnormalität ausschlaggebend.

Da man nun aber weder sagen kann, daß alle Neurotiker Psychopathen sind, noch, daß alle neurotischen Verhaltensweisen nur als abnorme Reaktionen von im übrigen psychisch gesunden normalen Menschen zu beurteilen wären, so sieht man, daß die Alternative: abnorme Reaktion oder abnorme (psychopathische) Persönlichkeit zu weit ist, um jenen psychischen Abnormitäten gerecht zu werden, die man meint, wenn man im engeren Sinne von „Neurosen“ spricht.

Auch wenn man mit dem Begriff der abnormen Hintergrund-Reaktion (KURT SCHNEIDER) eine neue Differenz für die Analyse der abnormen

Verhaltensweisen einführt, so bringt die dadurch gewonnene Differenzierung des abnormen Verhaltens in direkte abnorme Reaktionen und in solche, die als Hintergrund-Reaktionen indirekte abnorme Reaktionen sind, noch keine Möglichkeit zur Lösung dieser Schwierigkeit. Denn die reagierende Persönlichkeit selbst, die doch bei den sogenannten neurotischen Verhaltensweisen wesensbestimmend mit im Spiele ist, wird auch vom Begriff der Hintergrund-Reaktion noch nicht hinreichend erfaßt.

Dies gelingt erst, wenn man das im Begriff der Hintergrund-Reaktion allerdings schon angedeutete Beziehungsgefüge zwischen Reaktion und reagierender Persönlichkeit noch weiter aufgliedert und zwischen die Differenzen des Erlebnishintergrundes der Reaktion und der Persönlichkeitsartung des Reagierenden noch die Differenz der Persönlichkeitshaltung stellt (MÜLLER-SUUR). Denn damit ist erst die Abnormalität jener Fälle zu fassen, die nicht, wie KURT SCHNEIDER in bezug auf die Hintergrund-Reaktionen sagt, „im ganzen mehr übercharakterlich, allgemein menschlich“ sind, sondern bei denen die Reaktion aus einer ganz bestimmten abnormen Persönlichkeitshaltung erfolgt, die sich also damit von den persönlichkeitsindifferenten Hintergrund-Reaktionen als persönlichkeitsdifferenten Hintergrund-Reaktionen unterscheiden, bei denen aber der Schluß auf eine (unabänderliche) abnorme Persönlichkeitsartung (also auf eine sogenannte Psychopathie) noch nicht ohne weiteres berechtigt ist. — Und das entspricht dem im engeren Sinne neurotisch genannten Verhalten, welches damit sowohl von den psychopathischen Reaktionen wie auch von den persönlichkeitsindifferenten Hintergrund-Reaktionen getrennt werden kann.

### 3. Die begrifflichen Beziehungspunkte zur Fassung der Persönlichkeitsdimension von abnormen Reaktionen

Zur Präzisierung der Lage des Schwergewichtes der Abnormalität von abnormen Reaktionen sind damit also die folgenden Möglichkeiten gegeben. Das Schwergewicht der Abnormalität kann liegen: 1. direkt in der Reaktion selbst, 2. im Erlebnishintergrund der Reaktion, 3. in der (beeinflussbaren) Persönlichkeitshaltung, und 4. in der (unabänderlichen) Persönlichkeitsartung. — Und für die differentielle Diagnostik im Bereich der Dimension: Reaktion—Persönlichkeit ergibt sich daraus, daß der weiter gespannten Alternative: abnorme Reaktion oder abnorme Persönlichkeit, die enger gespannte Alternative: abnorme Hintergrund-Reaktion oder abnorme Persönlichkeitshaltung gegenübersteht.

Bei der letztgenannten Alternative (nämlich abnorme Hintergrund-Reaktion oder abnorme Persönlichkeitshaltung) handelt es sich also gegenüber der anderen (nämlich der von abnormer Reaktion oder abnormer Persönlichkeit) um eine feinere Unterscheidungsnuance, mit der

auch die innere Dynamik der abnormen Reaktionen und die das reaktive Verhalten bestimmenden inneren Haltungen (ZUTT)<sup>1</sup> erfaßt werden können.

Praktisch bedeutsam werden daher die Begriffe Erlebnishintergrund und Persönlichkeitshaltung vor allem in solchen Fällen von abnormen Reaktionen, bei denen weder die unmittelbare Reaktion als solche noch die Persönlichkeitsartung des Reagierenden abnorm zu sein brauchen, bei denen aber ein Inadäquatheitsverhältnis zwischen Reaktion und Persönlichkeitsartung besteht (wie z. B. bei EWALDS wäschestehendem Amtsgerichtsrat), d. h. also, wo die Abnormalität der Reaktion in dem dynamischen Beziehungsgefüge zwischen Reaktion und Persönlichkeit liegt, wie es bei den sogenannten neurotischen Verhaltensweisen ja im allgemeinen der Fall ist.

Mit dem Begriff der persönlichkeitsdifferenten Hintergrund-Reaktion aus abnormer Persönlichkeitshaltung (ohne abnorme Persönlichkeitsartung) gelingt es also, die sogenannten neurotischen Verhaltensweisen, soweit sie nicht als abnorme innere Konfliktreaktionen anzusprechen sind, in der Sprache der klinischen Psychopathologie zu fassen. Ohne die Berücksichtigung der (veränderlichen) Persönlichkeitshaltung als Zwischeninstanz zwischen Erlebnishintergrund der Reaktion und (unabänderlicher) Persönlichkeitsartung des Reagierenden ist es jedenfalls m. E. nicht möglich, die (sogenannten neurotischen) persönlichkeitsdifferenten abnormen Hintergrund-Reaktionen nicht-psychopathischer Persönlichkeiten hinreichend präzise sowohl von den (nicht-neurotischen) persönlichkeitsindifferenten abnormen Hintergrund-Reaktionen wie auch von den (nicht-neurotischen) abnormen Reaktionen psychopathischer Persönlichkeiten begrifflich zu unterscheiden.

#### 4. Die Divergenz abnormer Persönlichkeitshaltungen von der eigentlichen Individualnorm

Für die forensische Beurteilung von Neurosen kann damit also der Begriff der abnormen Persönlichkeitshaltung als Anhaltspunkt dienen, um zunächst weiter nach dem *Grad* der Abnormalität der Persönlichkeitshaltung und dann nach dem *Krankheitswert* der abnormen Persönlichkeitshaltung zu fragen. Bei diesen Fragen entstehen aber neue Schwierigkeiten dadurch, daß jetzt auch wieder der übliche Normbegriff der klinischen Psychiatrie hierfür zu grob ist.

<sup>1</sup> Von der *aktuellen* inneren Haltung, die hauptsächlich Gegenstand der Analysen von ZUTT ist, kann die hier gemeinte Persönlichkeitshaltung als *habituelle* innere Haltung unterschieden werden. Beider Verhältnis zueinander ist wichtig für die Bildung von Gewohnheiten. Die neuerdings von ZUTT und KULENKAMPFF verfolgte anthropologische Fundamentierung der inneren Haltungen, bei der der Begriff der „Ständigkeit“ bedeutsam ist, bleibt hier unberücksichtigt.

Die üblichen Kategorien der klinischen Psychiatrie reichen aus, um psychotische Abnormitäten als artmäßig abnorm und inkommensurabel zu fassen und um die sogenannten Spielarten seelischen Wesens, d. h. gradmäßige Abnormitäten, soweit zu fassen, wie sie von einer „uns vorschwebenden aber nicht näher bestimmbareren Durchschnittsbreite menschlicher Persönlichkeiten“ (KURT SCHNEIDER) abweichen. Eine abnorme Persönlichkeitshaltung ist aber weder inkommensurabel im Sinne einer artmäßigen Abnormität, noch ist sie eine gradmäßige Abweichung von einer vorgestellten Durchschnittsnorm menschlicher Persönlichkeiten wie z. B. abnorme (psychopathische) Persönlichkeitsartungen, sondern bei einer abnormen Persönlichkeitshaltung handelt es sich um eine (dynamische) Abweichung von einer *Individualnorm*, in der nur sekundär eine Beziehung zu einem solchen Durchschnitt oder zu einer Kollektivnorm steckt.

Zur Bestimmung des Grades einer abnormen Persönlichkeitshaltung ist daher ein differenzierter Normbegriff notwendig, der das Bezogensein von Sein und Werden im individuellen seelischen Entwicklungsprozeß so wie auch das Bezogensein von Individuum und Kollektiv berücksichtigt. Zieht man diesen differenzierten Normbegriff, der sich in individuelle und kollektive Seins- und Werdensnormdifferenzen gliedert, heran (vgl. die tabellarische Übersicht auf S. 374), so ergibt sich folgendes.

Entsprechend der dynamischen Beziehung zwischen Sein und Werden sind die Werdensnormdifferenzen für die Richtung des seelischen Entwicklungsprozesses bestimmend. Aus ihnen ergibt sich daher die eigentliche *Individualnorm*, welche Wahrscheinlichkeitswert für das Individuum hat und welche als die für das Individuum angemessene Entwicklungsrichtlinie bezeichnet werden kann: also gewissermaßen die Leitlinie der individuellen Persönlichkeitsentwicklung, oder, um es noch anders, und zwar etwas psychologischer, auszudrücken: der Inbegriff der Entfaltungsmöglichkeiten, die aus der Persönlichkeitsartung durch die bisherige Persönlichkeitsentwicklung und deren Beziehung zu ihrer Umwelt entstanden sind und die für die weitere Entwicklung der Persönlichkeit entscheidende Bedeutung haben<sup>1</sup>.

Eine normale Persönlichkeitshaltung ist auf diese eigentliche *Individualnorm* hin ausgerichtet; und der Grad der Abnormität einer abnormen

<sup>1</sup> Der Begriff der Persönlichkeitshaltung ist also zwar auch bezogen auf das Ergebnis einer Persönlichkeitsentwicklung (im Sinne von JASPERS). Es wird in ihm aber außer dem Moment der Entfaltung der Persönlichkeitsart dem Moment des Einflusses von geistigen Einstellungen, sowohl als unwillentlich übernommenen wie auch als willentlich eingenommenen, ein besonderes Gewicht beigelegt, so daß er außer dem genetischen auch einen prospektiv-dynamischen Aspekt hat. Und in diesem liegt gegenüber dem mehr genetischen Akzent von JASPERS' Begriff der Entwicklung einer Persönlichkeit sein Schwergewicht.

*Tabellarische Übersicht über die Differenzen des differenzierten psychischen Normbegriffs**Individuelle Werdensnorm*

Abstraktion des für das Individuum ohne Hinblick auf die anderen Individuen, mit denen es lebt, überhaupt Möglichen: Denkbare Maximum der individuellen Entfaltungsmöglichkeiten.

*Kollektive Werdensnorm*

Das für das Individuum im Hinblick auf die anderen Individuen, mit denen es lebt, Mögliche: Normalerweise verifizierbares Maximum der individuellen Entfaltungsmöglichkeiten (zu unterscheiden von der Werdensnorm eines Kollektivs).

*Individuelle Seinsnorm*

Inbegriff des wirklichen augenblicklichen und gewesenen Seins des Individuums als solchem, also alles bis „jetzt“ vom Individuum Gegebenen (ohne die noch weiter verifizierbaren Entfaltungsmöglichkeiten).

*Kollektive Seinsnorm*

Inbegriff des wirklichen augenblicklichen und gewesenen Seins des Individuums in bezug auf das Kollektiv, dem es angehört (zu unterscheiden von der Durchschnittsnorm des Kollektivs selbst).

*Eigentliche Individualnorm*

Die durch die kollektive Werdensnorm begrenzte individuelle Werdensnorm, welche Wahrscheinlichkeitswert für das Individuum hat. Die Richtschnur für richtiges individuelles Werden und das Maximum der individuellen Normforderung.

*Eigentliche Kollektivnorm*

Die durch das Mitsein mit anderen bestimmte individuelle Mindestnormforderung.

*Zur Tabelle:*

Wie man sieht, zerfallen die Differenzen des differenzierten Normbegriffs in 4 einfache und 2 zusammengesetzte Differenzen. Die Differenzen sind in der Tabelle entsprechend der Fülle von Seinsmöglichkeiten, die jeder zukommt, untereinander angeordnet; der individuellen Werdensnorm kommen die meisten, der kollektiven Seinsnorm die wenigsten Seinsmöglichkeiten zu. Die beiden zusammengesetzten, nämlich die eigentliche Individualnorm und die eigentliche Kollektivnorm, sind die wichtigsten Differenzen des differenzierten Normbegriffs. Die eigentliche Individualnorm ist eine Reduktion der individuellen Werdensnorm auf die kollektive Werdensnorm. Die eigentliche Kollektivnorm ist eine Reduktion der kollektiven Seinsnorm auf die individuelle Seinsnorm. Entsprechend der den verschiedenen einfachen Differenzen korrespondierenden Seinsmöglichkeiten bedeutet die Reduktion der individuellen Werdensnorm auf die kollektive Werdensnorm eine Verminderung und die Reduktion der kollektiven Seinsnorm auf die individuelle Seinsnorm eine Vermehrung von Seinsmöglichkeiten. (Näheres siehe in H. MÜLLER-SUTR: Das psychisch Abnorme, insbesondere § 27: über den differenzierten Normbegriff, § 28: dessen Verdeutlichung am Beispiel der menschlichen Intelligenz, und § 29: über das Differente des differenzierten Normbegriffs.)

Persönlichkeitshaltung entspricht dem Abweichungsgrad von dieser eigentlichen Individualnorm. — Die Divergenz zwischen abnormer Persönlichkeitshaltung und eigentlicher Individualnorm aber wird vom Patienten als innere Spannung erlebt und bestimmt auch sein Gefühl des Leidens und sein Kranksein.

Unter „Kranksein“ ist hier mit V. v. WEIZSÄCKER die existentielle Not des seelisch leidenden Menschen zu verstehen, wenn sie den Arzt als unumgänglichen persönlichen Helfer braucht. v. WEIZSÄCKER definiert: „Das Wesen des Krankseins ist eine Not und äußert sich als eine Bitte um Hilfe; ich nenne den krank . . . in dem ich als Arzt die Not erkenne“. Diesem Begriff des persönlichen Krankseins steht der Begriff der persönlichkeitsindifferenten Krankheit als organisches Geschehen gegenüber. Krankheit und Kranksein fallen in Wirklichkeit meist, aber nicht immer zusammen. Es gibt Krankheiten ohne die existentielle Not des Krankseins (so z. B. bei gewissen „Carcinomträgern“, und im Bereich der Psychiatrie z. B. bei gewissen Schizophrenen und Paralytikern sowie bei Manikern), und es gibt Kranksein, dem kein organischer Krankheitsprozeß zugrunde liegt, wie z. B. bei den sogenannten Neurosen. Krankheit und Kranksein unterscheiden sich als solche auch wesentlich bis in die Konsequenzen für das ärztliche Handeln: Während der krankhafte Organprozeß (die Krankheit) vom Arzt Heilung mit klinischen Mitteln fordert, ruft ihn das existentielle Notleiden des kranken Menschen (das Kranksein) zu mitmenschlich-persönlicher Begegnung und Hilfe auf. — Obwohl der Begriff „krankhaft“ im Sinne des § 51 StGB gegenüber diesem Unterschied äquivok ist, ist es doch für das Folgende nützlich, den angegebenen Unterschied der Begriffe Krankheit und Kranksein im Auge behalten; weitere Konsequenzen dieses Unterschieds hingegen können dahingestellt bleiben.

### 5. Der individuelle und der kollektive Krankheitswert<sup>1</sup>

Wenn man nun den Grad der Divergenz zwischen eigentlicher Individualnorm und abnormer Persönlichkeitshaltung als direktes Maß für die Bestimmung des Krankheitswertes von abnormen Persönlichkeitshaltungen ansehen würde, so ginge man aber insofern fehl, als diese Divergenz

<sup>1</sup> Mit „Krankheitswert“ wird hier der objektiv zu bestimmende Grad des Krankseins bezeichnet, von dem im Alltag dauernd subjektiv geredet wird, wenn man Krankheiten als leicht oder schwer bewertet. Es ist ein durch abwägendes Ermessen zu bestimmender Gradwert gemeint, der eine mehr oder weniger starke Beschränkung existenzieller Möglichkeiten ausdrückt. Der größte mögliche Grad der Beschränkung dieser Seinsmöglichkeiten entspricht deren Aufhebung im Tode „als radikalem Ende oder Verschwinden aller eigenständigen Möglichkeiten des Menschseins“ (KUNZ). Die Größe des Krankheitswertes ist daher immer auch ein Maß für „die Gefährdung der Existenz des Individuums“ durch den krankhaften Zustand (BINDER). Doch soll hier von allen ontologischen und anthropologischen Beziehungen abgesehen werden. „Krankheitswert“ ist hier zunächst nur logisch und vor allem auch nicht axiologisch (werttheoretisch) gemeint. Dieser Terminus besagt also primär nichts über Wert und Unwert von Krankheit, sondern bezieht sich nur auf mögliche „Werte“ einer Variablen zwischen den Grenzwerten „Gesundheit“ (als Minimum) und „Tod“ (als Maximum); ebenso wie z. B. der logische Terminus „Wahrheitswert“ auch nichts zur axiologischen Frage nach dem Wert von Wahrheit sagt, sondern einen möglichen Wert für eine Satzformel, nämlich Wahrheit (W) meint, außer dem es auch noch den möglichen Wert: Falschheit (F) geben kann.



nur in bestimmten Fällen als Maß für die Ermittlung eines Krankheitswertes dienen kann; nämlich nur dann, wenn durch diese Divergenz eine Beschränkung individueller Entfaltungsmöglichkeiten, oder, wie man wohl auch sagen kann: eine Seinsgradminderung für das betreffende Individuum hervorgerufen wird. Das braucht aber durchaus nicht in allen Fällen von abnormen Persönlichkeitshaltungen zuzutreffen, denn es gibt auch Erweiterungen der individuellen Entfaltungsmöglichkeiten, d. h. Seinsgradmehrung durch von der eigentlichen Individualnorm abweichende Persönlichkeitshaltungen (wie sie z. B. beim meditativen Entücktsein entstehen können) sowie auch durch Kranksein und Krankheiten.

Liegt aber eine durch die Divergenz zwischen eigentlicher Individualnorm und abnormer Persönlichkeitshaltung verursachte Seinsgradminderung vor, so kann man von einem *individuellen Krankheitswert* des durch die abnorme Persönlichkeitshaltung hervorgerufenen seelischen Krankseins *dann* sprechen, wenn diese Seinsgradminderung äquivalent gesetzt werden kann einer Seinsgradminderung, wie sie körperlich begründbare Krankheitsprozesse und endogene Psychosen nach den Erfahrungen der Klinik hervorzurufen pflegen. So kann z. B. eine Organneurose einer Tuberkulose, eine Zwangskrankheit einer Schizophrenie in dieser Hinsicht äquivalent sein.

Den vorliegenden Ausführungen liegt nicht mehr als nur die Absicht zugrunde, die logische Notwendigkeit nachzuweisen, daß die individuelle Differenz bei der Beurteilung von Neurosen berücksichtigt werden muß, wenn diese Beurteilung sachgerecht sein soll. Einzelheiten zum Problem der eigentlichen Individualnorm und der Beschränkung der individuellen Werdensmöglichkeiten durch „uneigentliche“ und dem betreffenden Individuum unangemessene innere Einstellungen können hier nicht gebracht werden. Es sei aber auf die neurotischen Spontanitätsstörungen und das damit verbundene Unvermögen zu eigenen Entscheidungen hingewiesen, in dem sich deutlich ein Verlust von persönlichen Freiheitsgraden zeigt, der durch psychotherapeutische Behandlung behoben werden kann.

Die Einengung und Beschränkung der Persönlichkeitsentfaltung, die sich hierin äußert, läßt sich nun aber mit einer Einengung und Beschränkung der Persönlichkeitsentfaltung, z. B. durch eine langwierige körperliche Erkrankung oder auch durch einen schizophrenen Krankheitsprozeß ebenso vergleichen, wie die Beschränkung der äußeren Lebensbedingungen in der *äußeren* Krankheitswertbeurteilung, z. B. in bezug auf Erwerbsminderung. Nur kann die Erfahrungsgrundlage für diese Beurteilung des *inneren* individuellen Krankheitswertes nicht die Bestimmung der äußeren Leistungsgrenzen oder, wie z. B. bei der Frage nach dem Krankheitswert eines angeborenen Schwachsinn, die äußere Lebensbewährung sein; sondern es muß hier ausgegangen werden von den Erfahrungen bei der menschlichen Begegnung (v. BAEYER) mit einzelnen an krankhaften inneren Konflikten leidenden Menschen, und zwar von an bestimmten klinisch definierten Krankheiten innerlich leidenden Menschen in Fällen, wo den betreffenden Krankheiten generell Krankheitswert zugesprochen wird. Diese individuell-kommunikative Erfahrungsmöglichkeit (als Ich und Du auf dem Hintergrund des Wir, im Gegensatz zu der kollektiv-kommunikativen Erfahrungsmöglichkeit des Wir auf dem

Hintergrund des Man) ist systematisch eigentlich erst seit dem Aufkommen der phänomenologisch-anthropologischen Forschungsrichtung, vor allem in Form der Daseinsanalyse L. BINSWANGERS, in der klinischen Psychiatrie angewandt worden.

Gewiß liegt in der sogenannten Daseinsanalyse, und zwar m. E. desto mehr, je mehr sie sich an HEIDEGGER anlehnt, die Gefahr einer inadäquaten Isolierung der individuellen von der kollektiven Daseinsdifferenz und damit die Gefahr einer Überbewertung des individuellen Aspektes des Krankseins (vgl. z. B. die fragwürdige Bewertung der sexuellen Perversionen durch BOSS). L. BINSWANGER selbst ist dieser Gefahr allerdings nicht erlegen, so daß SZILASI in seiner Analyse der Erfahrungsgrundlagen der Daseinsanalyse BINSWANGERS m. E. mit Recht sagen konnte: Das Erfassen des einzelnen Daseinsvollzuges als „eine bestimmte Vollzugswirklichkeit aus dem Bereiche einer festumgrenzten Möglichkeitsreihe“ sei bei BINSWANGER ein „bedeutender Vorstoß in der Richtung der allgemein verbindenden und verbindlichen transzendentalen Objektivität“. In dieser Richtung geben die phänomenologisch-anthropologischen Untersuchungen über das Normative von KUNZ und von v. GEBSATTEL wertvolle weitere Ausblicke. Vielleicht kann aber auch die Kenntnis der logischen Struktur des differenzierten Normbegriffs als Korrektiv bei der weiteren Verfolgung dieses Weges einige Dienste leisten<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Entgegen der hier vertretenen nuancierenden Normauffassung glaubt neuerdings OHM wieder einen undifferenzierten sozialpragmatisch wertenden Kollektivnormstandpunkt ohne Individualnormdifferenz fordern zu müssen, um eine Lösung der Schwierigkeiten bei der Begutachtung „im Umkreis der Psychopathie, der Neurosen und des leichteren Schwachsinn“ zu finden. Er meint: „Logisch gesehen, kann man nur krank oder gesund im normativen Sinne sein, für Zwischenlösungen bietet sich kein Raum.“ Für Gesundheit in diesem normativen Sinn ist ihm maßgebend „ein dem Gesetzgeber und Richter innewohnendes Bild des ‚normalen‘, zurechnungsfähigen und geschäftsfähigen Menschen“; und durch Aufstellung von „Grenztypen“, die den Bereich des Gesunden noch schärfer fassen sollen, will er dieses Bild präzisieren. — Man sieht wohl, daß damit niemals ein Mensch als Individuum, weder in seinem Kranksein, noch in seinem Gesundsein erfaßt werden kann. Über die Schwierigkeiten, in die derartige Normauffassungen führen, vgl. mein Buch über das psychisch Abnorme §§ 4—11. Bemerkenswert scheint mir in dieser Hinsicht auch, daß in derjenigen Definition von Gesundheit, die auf die weiteste pragmatische Kollektivnorm der Menschheit abzielt, nämlich der der Grundsätze der Welt-Gesundheits-Organisation, das Individuum genannt wird, dem es um ein „geglücktes Dasein“ (SZILASI) im Sinne der Seinsgradientfaltung und Erfüllung der dem einzelnen verifizierbaren Seinsmöglichkeiten geht. In den Grundsätzen der World-Health-Organisation (WHO) heißt es: „... Der Genuß des höchsten erreichbaren Gesundheitszustandes ist eines der Grundrechte jedes menschlichen Wesens ohne Unterschied der Rasse, Religion, politischen Anschauung oder der wirtschaftlichen oder sozialen Verhältnisse. Gesundheit ist ein Zustand des vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und körperlicher Schwäche.“ — Die von OHM geforderten „Grenztypen“ können daher nur Wert haben für den Ausbau von mehr oder weniger willkürlichen und relativen Kollektivnormforderungen, deren Richtigkeitsanspruch für den einzelnen immer fragwürdig, äußerlich, ohne innere individuelle Differenz und Verbindlichkeit bleibt. Und zum Problem der adäquaten forensischen Beurteilung von Neurosen könnten sie deshalb nur insofern von Nutzen sein, als durch sie gewisse konventionelle Kollektivnormforderungen, die in der eigentlichen Kollektivnorm implizit mit enthalten sind, deutlicher faßbar werden können.

Für die endgültige forensische Beurteilung in bezug auf den § 51 StGB kann danach nämlich der individuelle Krankheitswert nicht allein ausschlaggebend sein, sondern für diese Beurteilung ist er von Bedeutung nur insofern, als durch ihn die *Kollektivnormbezüge* des Individuums rückwirkend gestört werden können, d. h. also, nur dann, wenn durch ihn das Individuum gehindert wird, die durch das Mitsein mit den anderen bestimmten individuellen Mindestnormforderungen zu erfüllen, liegt auch ein *kollektiver Krankheitswert* vor, der die individuelle Mindestnormforderung betreffende strafrechtliche Zurechnungsfähigkeit beeinträchtigt.

Das war z. B. nicht der Fall in dem Zusammenbrechen einer kompensatorischen ästhetisch-idealistischen Persönlichkeitshaltung mit homosexuell unterlegtem „pädagogischen Eros“ bei einem Lehrer, der sich auch als Soldat und Offizier hervorgetan hatte und der in der russischen Kriegsgefangenschaft und nachher homosexuell entgleiste und straffällig wurde. Der Zusammenbruch seiner überhöhten ästhetisch-idealistischen Persönlichkeitshaltung, der ursächliche Beziehungen zu seinen homosexuellen Straftaten hatte, hatte für ihn wohl individuellen Krankheitswert, denn es gelang ihm nicht allein, sondern nur mit ärztlicher psychotherapeutischer Hilfe eine neue kompensatorische Haltung gegen seine homosexuellen Tendenzen zu finden. Daß jedoch die Beschränkung seiner individuellen Freiheitsgrade bei dem Zusammenbruch der kompensatorisch überhöhten Persönlichkeitshaltung so groß gewesen sei, daß er damit seinen homosexuellen Triebtendenzen (ganz oder fast) überhaupt nicht mehr hätte widerstehen können, daß bei ihm also im Zustand der dekompenzierten Persönlichkeitshaltung eine so erhebliche Seinsgradminderung vorgelegen hätte, daß er dabei die kollektive Normforderung der Vermeidung sogenannten strafwürdigen homosexuellen Verhaltens nicht (oder fast nicht) mehr erfüllen konnte, ist damit nicht gesagt. Ein kollektiver Krankheitswert wäre damit trotz des individuellen Krankheitswertes der dekompenzierten Persönlichkeitshaltung hier noch nicht anzunehmen.

In einem anderen Fall (ein Student hatte mehreren jungen Mädchen unter dem Vorwand, als Beauftragter der Polizei nachsehen zu müssen, ob sie gestohlene Wäsche trügen, an die Brüste gefaßt) handelte es sich nach der übereinstimmenden Meinung verschiedener Begutachter um aus neurotischer Regression hervorgegangene sexuelle Ersatzhandlungen, die bei plötzlichem Abbrechen eines aktivierten sexuellen Appetenzverhaltens ausgeführt worden waren. Hier bestand aber, wie die Untersuchungen ergeben hatten, infolge der abnormen Persönlichkeitshaltung eine so große allgemeine innere Unausgereiftheit und Labilität, daß die Fähigkeit, den als unheimlich und inadäquat empfundenen Triebimpulsen zu widerstehen, welche gegen besseres Wollen immer wieder zu den unerlaubten Handlungen drängten, deutlich vermindert war; die als dumpfer Druck bei den Taten gespürte Beeinträchtigung der individuellen Widerstandskraft gegen die sich durchsetzenden Triebregungen hatte nicht nur eine Einbuße der Möglichkeiten für individualnormgerechtes Verhalten, sondern auch eine Einbuße der Möglichkeiten für kollektivnormgerechtes Verhalten als Grund, so daß nicht nur ein individueller, sondern auch ein kollektiver Krankheitswert anzunehmen war. — Die Größe des Krankheitswertes läßt sich auch aus dem Gewicht verstehen, das der psychotherapeutischen Behandlung für die Behebung der abnormen Persönlichkeitshaltung zukommt. Gegenüber dem vorigen Fall, in dem die Wiederherstellung einer neuen kompensatorischen Persönlichkeitshaltung bei psychotherapeutischer Hilfe relativ leicht möglich war, konnte man in diesem Falle nur eine viel geringere Wahrscheinlichkeit für

die psychotherapeutische Herstellung einer angemessenen Persönlichkeitshaltung annehmen und mußte daher auch bei der bestehenden engen ursächlichen Beziehung zwischen der seelischen Fehllhaltung und der unter ihr entstandenen abnormen Verhaltensneigung bei ungenügendem psychotherapeutischem Erfolg die Anwendung des § 42b neben § 51, Abs. 2 StGB vorschlagen.

Daß aber aus neurotischen inneren Fehllhaltungen hervorgehendem strafbarem Verhalten auch ein so erheblicher kollektiver Krankheitswert zukommen kann, daß nicht nur, wie im vorigen Fall relative, sondern daß absolute Aufhebung der Zurechnungsfähigkeit anzunehmen ist, zeigen Fälle wie z. B. EWALDS Fetischist.

Daß das Nichterfüllenkönnen der individuellen Mindestnormforderung oder der eigentlichen Kollektivnorm einen viel größeren Beschränkungsgrad von Seinsmöglichkeiten voraussetzt als die Behinderung zum Erreichen der eigentlichen Individualnorm, dürfte aber wohl auch aus den dargelegten logisch-strukturellen Beziehungen des differenzierten Normbegriffs einleuchtend sein, und damit auch der grundsätzliche begriffliche Unterschied, der zwischen dem individuellen Krankheitswert und dem kollektiven Krankheitswert besteht:

Der kollektive Krankheitswert setzt eine viel stärkere Beschränkung der Freiheitsgrade des Individuums voraus als der individuelle. Nur nach dem *kollektiven Krankheitswert* aber sind wir gefragt, wenn wir Krankheit und Kranksein in bezug auf den § 51 StGB forensisch beurteilen sollen.

Eine *besondere* Schwierigkeit für die richtige forensische Beurteilung von Neurosen liegt aber darin, daß wir, wenn wir wirklich von der individuellen Problematik des neurotischen Krankseins ergriffen sind, sehr leicht die notwendige Reduktion des individuellen Krankheitswertes auf den kollektiven Krankheitswert unterlassen. Und es dürfte wohl ein Grund mancher Sachverständigendifferenzen sein, daß diese verschiedene Relativität des Begriffs des Krankheitswertes nicht genug bekannt ist.

Diese verschiedene Relativität des Krankheitswertes liegt z. B. auch dem Unterschied zwischen zivilrechtlicher und strafrechtlicher Zurechnungsfähigkeit zugrunde auf den neuerdings EHRHARDT u. MUNKWITZ an Hand eines Falles hingewiesen haben, bei dem für das gleiche abnorme Verhalten zivilrechtlich beschränkte Zurechnungsfähigkeit im Sinne des § 44 des Ehegesetzes, strafrechtlich aber volle Zurechnungsfähigkeit anzunehmen war. Die dort unter anderen Gesichtspunkten geführten Überlegungen lassen sich durch den Gesichtspunkt der differenzierten Normanalyse folgendermaßen ergänzen: Bei zivilrechtlich anerkannter Beschränkung der Zurechnungsfähigkeit im Sinne des § 44 EG kann doch noch strafrechtliche Zurechnungsfähigkeit anzunehmen sein, weil die Erfüllung der Voraussetzungen für eine positive individuelle Aufgabe, wie es die der geistigen Gemeinschaft in der Ehe ist, mehr Freiheitsgrade erfordert, als die Erfüllung der Forderungen, die das Strafrecht verlangt, und weil bei einer Beschränkung der zur Erfüllung der zivilrechtlichen Normen notwendigen Freiheitsgrade der verbliebene Freiheitsgrad immer noch so groß sein kann, daß er zur Erfüllung der strafrechtlichen Normen ausreicht. Die zivilrechtliche Zurechnungsfähigkeit setzt also ganz allgemein mehr Seinsgrade

voraus als die strafrechtliche Zurechnungsfähigkeit: Im Zivilrecht enthält die für die Zurechnungsfähigkeit maßgebliche Kollektivnormdifferenz nicht bloß Mindestnormforderungen wie beim Strafrecht (wo hauptsächlich Unterlassungen gefordert werden), sondern in ihr wird eine stärkere Berücksichtigung der individuellen Differenzen (in Form der Fähigkeiten, bestimmte Aufgaben wie die geistige Gemeinschaft in der Ehe, Geschäftsführung, Testamentserrichtung u. a. zu erfüllen) verlangt. Daß sich hier u. U. ganz andere Verhältnisse wie bei der strafrechtlichen Beurteilung ergeben können, da auch für Psychosen die individuellen Differenzen berücksichtigt werden müssen, ist bekannt und möge noch durch den folgenden Fall verdeutlicht werden.

Bei der Beurteilung eines Ehescheidungsbegehrens ergab sich, daß der Mann durch einen schizophrenen Prozeß ohne erheblichere Einbuße an gemütlichen Qualitäten doch deutlich gegenüber früher gelassener und weniger „empfindlich“ geworden war, so daß von seiner Seite aus die Ehe mit einer offenbar schwer psychopathischen Frau jetzt leichter durchzuführen gewesen wäre. Die Frau aber begehrte Scheidung wegen der Geisteskrankheit des Mannes. Da die eindeutig nachweisbare Schizophrenie hier keinen „Krankheitswert“ hatte, wollte ein Gutachter fälschlich einfach das Dasein der Schizophrenie ablehnen. Das ging jedoch nicht aus Gründen der Sachlichkeit. Von der Schizophrenie des Mannes aus konnte die Ehe aber trotzdem wegen des geringen Krankheitswertes der schizophrenen Erkrankung nicht geschieden werden. Zu prüfen war jedoch, ob nicht das zum Teil ehewidrige Verhalten der Frau infolge einer psychopathischen Wesensartung von Krankheitswert bei ihr eine verminderte Verantwortlichkeit (im Sinne des § 44 EG) für die zum großen Teil auf ihr Verhalten zurückzuführende Ehezerüttung anzunehmen zwang. In diesem Fall würde dann der Psychopathie ein größerer Krankheitswert als der Schizophrenie zukommen.

Es soll hiermit jedoch nur allgemein auf die größere Bedeutung des individuellen Krankheitswertes bei der zivilrechtlichen Zurechnungsfähigkeitsbeurteilung, nicht aber auf besondere Probleme, die sich daraus für die zivilrechtliche Beurteilung von Neurosen ergeben, hingewiesen werden.

Aus dem Vorstehenden dürfte zu entnehmen sein, welch komplizierte begriffliche Voraussetzungen notwendig sind, um Neurosen sachgemäß forensisch zu beurteilen, wenn dies bei nachweisbarem Kausalzusammenhang zwischen einer abnormen Persönlichkeitshaltung und einem strafbaren Verhalten gelegentlich notwendig wird. Es ist wichtig, von dieser komplizierten und schwierigen Sachlage, welche hier nur angedeutet werden sollte, möglichst klare Vorstellungen zu gewinnen, da es in strittigen Fällen<sup>1</sup> gelegentlich notwendig wird, mit letztmöglicher Differenzierung der Begriffe zu arbeiten.

In der großen Mehrzahl der Fälle braucht man das natürlich nicht zu tun, denn dabei reicht ja im allgemeinen doch die übliche Alternative zur

<sup>1</sup> Gerade in solchen umstrittenen Ausnahmefällen aber, wie OHM es will, die Entscheidung über krank und gesund allein dem Ermessen des Richters zu überlassen, weil, wie er konsequent erkennt, das psychiatrische Kollektivschema nur zur Stellung der Diagnose ausreicht, halte ich trotz Anerkennung einer Zurückhaltung in den psychiatrischen Kompetenzen nicht für richtig.

strafrechtlichen Beurteilung aus: Bei Psychosen wird in der Regel exkulpiert, bei Psychopathen und abnormen Reaktionen jedoch nur in ganz besonderen Ausnahmefällen.

### Zusammenfassung

Um vom groben Schätzen mit vielen subjektiven Fehlermöglichkeiten zum feineren abwägenden Ermessen mit viel weniger subjektiven Fehlermöglichkeiten kommen zu können, ist eine Differenzierung unserer begrifflichen Schemata notwendig. Dies gilt besonders für die forensische Beurteilung von Neurosen.

Die grobe diagnostische Alternative: abnorme Reaktion oder abnorme (psychopathische) Persönlichkeit reicht zur forensischen Beurteilung von sogenanntem neurotischem Verhalten ebenso wenig aus, wie der nur für massivere Krankheitszustände brauchbare undifferenzierte Durchschnittsnormbegriff der klinischen Psychiatrie.

Die eigentliche *Abnormität* des sogenannten neurotischen Verhaltens liegt in der dieses Verhalten begründenden *Persönlichkeitshaltung*. Diese muß als solche von der Persönlichkeitsartung einerseits und vom persönlichkeitsindifferenten Verhaltenshintergrund andererseits unterschieden werden.

Zur Bestimmung des *Grades* der Abnormität einer abnormen Persönlichkeitshaltung ist die *Divergenz von der eigentlichen Individualnorm* maßgebend. Dazu bedarf es der Erfassung der individuellen Normdifferenzen mit einer Erfahrungsweise, die in der phänomenologisch-anthropologischen Forschungsrichtung in der Psychiatrie in Entwicklung begriffen ist.

Aus der Divergenz zwischen eigentlicher Individualnorm und abnormer Persönlichkeitshaltung kann der *individuelle Krankheitswert* der neurotischen Fehlhaltung erschlossen werden. Dieser individuelle Krankheitswert betrifft die *Einschränkung der individuellen Entfaltungsmöglichkeiten durch das neurotische Kranksein* und ergibt sich dadurch, daß diese in *Beziehung gesetzt* wird zu einem Grad der Einschränkung der individuellen Entfaltungsmöglichkeiten, wie er erfahrungsgemäß von *körperlich begründbaren Krankheiten und Psychosen* hervorgerufen wird.

Dieser individuelle Krankheitswert muß dann aber noch auf den *kollektiven Krankheitswert* reduziert werden, d. h. es muß gefragt werden, wie durch das individuelle Kranksein rückwirkend die *Möglichkeiten zur Erfüllung der individuellen Mindestnormforderungen* behindert oder aufgehoben sind, wenn die Frage zu beantworten ist, inwiefern neurotisches Verhalten (als krankhaft im Sinne des § 51 StGB) eine Einschränkung oder Aufhebung der strafrechtlichen Zurechnungsfähigkeit zur Folge haben kann.

Die klinische Psychiatrie hat sich bisher fast nur für die Bestimmung kollektiver Normdifferenzen interessiert. Absicht der vorstehenden Ausführungen war u. a., auf die

praktische Bedeutung der individuellen Normdifferenzen und die logischen Voraussetzungen einer differenzierten Normbetrachtung hinzuweisen und zugleich auch zu zeigen, daß durch Berücksichtigung der individuellen Differenzen keine den kollektiven Differenzen widersprechenden Beurteilungen zustande kommen müssen. Denn die Richtlinien der üblichen grobschematischen Pauschalbeurteilung werden durch die differenzierte Beurteilung nicht aufgehoben, sondern nur ergänzt, und eine unnütze Verkomplizierung wird vermieden, wenn die differenzierten Maßstäbe nur da angewandt werden, wo das, wie gelegentlich bei der forensischen Beurteilung von Neurosen, der Sache nach notwendig wird.

### Literatur

BAEYER, W. v.: Über Freiheit und Verantwortlichkeit von Geisteskranken I. Nervenarzt **25**, 265 (1954); II. Nervenarzt **25**, 417 (1954). — Der Begriff der Begabung in der Psychiatrie. Nervenarzt **26**, 369 (1955). — BINDER, H.: Die Bedeutung der Begriffe normal und abnorm, gesund und krank für die psychiatrische Begutachtung. Schweiz. Arch. Neur. **69**, 5 (1952). — BINSWANGER, L.: Psychotherapie als Beruf. Nervenarzt **1**, 207 (1928). — BOSS, M.: Sinn und Gehalt der sexuellen Perversionen, 2. Aufl. Bern u. Stuttgart: Huber 1952. — EHRHARDT, H., u. W. MUNKWITZ: Zur Frage der Verantwortlichkeit im geltenden deutschen Eherecht. Mschr. Kriminalpsychol. **36**, 169 (1953). — EWALD, G.: Fetischismus und Anlage. Arch. f. Psychiatr. u. Z. Neur. **189**, 93 (1952). — GEBSATTEL, V. E. v.: Prolegomena einer medizinischen Anthropologie. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1954. — KULENKAMPFF, C.: Entbergung, Entgrenzung, Überwältigung als Weisen des Standverlustes. Nervenarzt **26**, 89 (1955). — KUNZ, H.: Zur Frage nach dem Wesen der Norm. Psyche (Heidelberg) **8**, 241 u. 321 (1954). — MÜLLER-SUUR, H.: Das psychisch Abnorme. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1950. — Erlebnishintergrund und Persönlichkeitshaltung. Nervenarzt **25**, 431 (1954). — OHM, G.: Die normativen Grundlagen des zum Wesen der Unzurechnungsfähigkeit gehörenden Krankheitsbegriffes. Arch. f. Psychiatr. u. Z. Neur. **193**, 474 (1955). — SCHNEIDER, K.: Die psychopathischen Persönlichkeiten, 9. Aufl. Wien: Deuticke 1950. — Klinische Psychopathologie. 4. Aufl. der Beiträge zur Psychiatrie. Stuttgart: Thieme 1955. — Die Beurteilung der Zurechnungsfähigkeit. 2. Aufl. Stuttgart: Thieme 1953. — SZILASI, W.: Die Erfahrungsgrundlage der Daseinsanalyse BINSWANGERS. Schweiz. Arch. Neur. **67**, 74 (1951). — v. WEIZSÄCKER, V.: Der Arzt und der Kranke. Die Kreatur **1**, 73 (1927). (zit. nach BINSWANGER). — WHO: World-Health-Organisation, Satzung, Rom 1949. — ZUTT, J.: Die innere Haltung. Mschr. Psychiatr. **73**, 52, 243 u. 330 (1929).

Prof. Dr. H. MÜLLER-SUUR, Göttingen, Rosdorfer Weg 70