

# Doktor Caligari con Eisel. Ein ethisches Lehrstück?

Ulrich Kobbé

Im Juli 2017 provoziert der Rechtsanwalt Lutz Eisel mit einem Aufruf (s. nächste Seite), dessen Argumentationsfigur er einer historischen Filmperson und dessen expressionistisch interpretierter existentieller Dramatik entlehnt: Er verwendet hierfür die Geschichte des dämonischen Irrenarztes Dr. Caligari, der mit einer Schaubude über die Jahrmärkte zieht und ein Medium hypnotisch beauftragt, Gräuel zu begehen.

Caligari ist eine schillernde, eine janusköpfige, eine irritierende Figur: »Die Gestalt des Dr. Caligari«, so der Filmhistoriker Kracauer, »verkörpert jene schrankenlosen, die Macht um ihrer selbst willen vergötternden Gewalten, die sich zur Befriedigung ihrer Herrschgelüste über alle menschlichen Rechte und Werte rücksichtslos hinwegsetzen« (NN, 1962, 62).

Eisel thematisiert also nicht nur Ignoranz und Voreingenommenheit der Sachverständigen, sondern auch deren prekäres Verhältnis zur Macht. Dabei verwendet er die Figur eines Experten, der – wie sich im Film allmählich herausstellt – ebenso zwanghaft besessen und hemmungslos wie auch »irre« ist: Was Eisel Sachverständigen (und Richtern) vorhält, ist eine hypnotisch-unkritische Fixierung auf normative – und ggf. lebensfremde – Klassifikationssysteme, ein krampfhaft-verblendetes, ein reduktionistisches Festhalten an statischen Prognosekriterien. Die Befragung der Standards, wie sie ICD oder DSM, wie sie Basisraten (Groß & Nedopil, 2005; 2017), wie sie in den Mindestanforderungen (Boetticher et al., 2005; 2006; 2007; 2009) vorformulieren, ist keine Infragestellung dieser wesentlichen und eigentlich qualitätssichernden Leitlinien, sondern gerade deren Bestätigung.

Worum es mit Eisels Befund *»Aber das weiß Dr. Caligari nicht – oder er will es gar nicht wissen«* geht, ist die Forderung nach einer sorgfältigen und reflektierten, mithin flexiblen, fallbezogenen und (selbst-)kritischen Handhabung dieser Kriterien und Methoden. Dass es hierfür eines kreativen Stilmittels, einer appellativen – nennen wir es – Skandalisierung bedarf, spiegelt lediglich in Konturen wider, wie immunisiert ein

## Das Gutachten des Dr. Caligari

Sehr geehrte Damen und Herren,

Dr. Caligari ist ein erfahrener Psychiater, der viele Gutachten erstattet.

In *Strafverfahren* orientiert er sich bei seinen Diagnosen genau am ICD-10; dass hierin auch mal Homosexualität als Krankheit definiert wurde, stört nicht, handelt es sich doch um das wichtigste, weltweit anerkannte Klassifikationssystem für medizinische Diagnosen.

- Die Frage, ob eine Verminderung der Steuerungsfähigkeit (und somit der Schuldfähigkeit) vorliegt, wird oft am Ergebnis orientiert: wer eine lebenslange Freiheitsstrafe ›verdient‹ hat, bei dem ist die Schuldfähigkeit nicht erheblich vermindert; wer ein Kandidat für die Forensik ist, bei dem wird die Verminderung der Schuldfähigkeit nicht lediglich nicht ausgeschlossen, sondern positiv festgestellt.
- Bei der Prognose der Gefährlichkeit berücksichtigt er die Vorstrafen sehr, obwohl dieses ›statistische‹ Kriterium letztlich ein statisches Kriterium ist, da sich die Vorstrafen nun mal nicht verändern können.

In *Strafvollstreckungsverfahren* (und Maßregelvollstreckungsverfahren) orientiert er sich bei seinen Diagnosen ebenfalls genau am ICD-10; in der Annahme, dass die bisherigen Gutachten wohl nicht falsch gelegen haben, taucht häufig z. B. das Merkmal der Alkoholabhängigkeit selbst bei Patienten auf, die seit über 20 Jahren keinen Tropfen Alkohol getrunken haben (und z. T. auch eine Entwöhnungstherapie erfolgreich absolviert haben).

- Bei der Prognose der Gefährlichkeit werden die statistischen (d. h. statischen) Kriterien so zugrunde gelegt, als hätte überhaupt keine Therapie stattgefunden.
- Die Frage, ob eine Verminderung der Schuldfähigkeit vorliegt, wird vollständig ausgeklammert. Im Strafvollstreckungsverfahren ist dieses ein bloßer Annex an die Diagnose, d. h. dass so getan wird, als lägen die Voraussetzungen des § 21 StGB unabänderlich unverändert vor. Ob eine Veränderung der Einsichts- und Steuerungsfähigkeit aufgrund der – z. T. jahrzehntelangen – Therapien stattgefunden hat, wird noch nicht einmal problematisiert, geschweige denn beantwortet.
  - ➔ Somit wird vollständig ignoriert, dass gemäß § 67 d Abs. 6 StGB eine Maßregel dann für erledigt zu erklären ist, wenn die Voraussetzungen des § 63 StGB nicht (mehr) vorliegen, also der ›Zustand‹ nicht oder nicht mehr besteht (so Fischer, Rdnr. 23 zu § 67 d StGB).
  - ➔ Dieses ist nicht nur dann der Fall, wenn keine entsprechende Diagnose mehr gestellt werden kann oder wenn keine Gefährlichkeit mehr besteht, sondern insbesondere dann, wenn kein ›Zustand‹ mehr gegeben ist, bei dem die Verminderung der Schuldfähigkeit zumindest positiv festgestellt werden kann (vgl. SK-StGB/Sinn, Rdnr. 7 f. zu § 67 d StGB, m.w.N.).
- Aber das weiß Dr. Caligari nicht – oder er will es gar nicht wissen.

*Falls Sie PsychiaterIn oder PsychologIn sind:*

→ Erstaten Sie Ihre Gutachten auch so wie Dr. Caligari?

*Falls Sie RichterIn sind:*

→ Verwenden Sie ungeprüft solche Gutachten wie die von Dr. Caligari?

Dieses ist ein Appell, die gesetzlichen Voraussetzungen sorgfältig(er) zu prüfen.

ungewiss großer (oder kleiner) Prozentsatz von Sachverständigen wie Juristen gegen diese (Auf-)Forderung geworden bzw. geblieben ist.

Aus der eigenen prognosegutachterlichen Praxis fanden sich in den letzten zwölf Monaten u. a. folgende Auffälligkeiten:

### Kasuistik (1): Herr B\*

In der Eingangsbegutachtung 2008 wird einem türkisch-stämmigen Angeklagten, Herrn B\*, vom Sachverständigen auf der Grundlage eines bereits vorliegenden Testergebnisses die ICD-Klassifikation F.70 (leichte Intelligenzminderung, IQ-Bereich 50-69) vergeben. Zwar diskutiert dieser Erstgutachter die Zuschreibung einer Minderbegabung hinsichtlich der Diskrepanzen von Testergebnis und lebenspraktischen Fähigkeiten, aber er korrigiert sie – trotz Verneinung des Kriteriums ›Schwachsinn‹ – nicht.

Ein nach drei Jahren Maßregelunterbringung bestellter Prognosegutachter übernimmt diese Diagnose 2011 ohne weitere Prüfung.

Der nächste Prognosegutachter äußert 2014 angesichts eines zwischenzeitlich errechneten ›IQ von ca. 80‹ zwar – zumal das Testverfahren ›offenbar kein Culture-fair-Test‹ gewesen sei – ›Zweifel an dieser Diagnose‹, falsifiziert die Diagnose einer leichten Intelligenzminderung aber dennoch nicht, sondern attestiert u. a. eine ›niedrige Intelligenz‹.

In der aktuellen Prognosebegutachtung 2017 resultiert in der testpsychologischen Untersuchung ein Gesamt-IQ = 88, was einer voll durchschnittlichen Intelligenzleistung entspricht. Hier geht es keineswegs ›nur‹ um fachliche Redlichkeit und Rehabilitation, nicht ›nur‹ um den Schutz von Herrn B\* vor mystifizierender und invalidierender Über- oder Fehldiagnostik: Intelligenz stellt auch einen protektiven, insofern prognostisch bedeutsamen Faktor dar, sodass die Korrektur der diagnostischen Zuschreibung auch prognosegutachterlich relevant ist.

Ähnlich verhält es sich mit der Attribution eines hirnrorganischen Psychosyndroms nach Hirnschädigung i. S. der ICD-Klassifikation F07.8 im Eingangsgutachten: Der erste Prognosegutachter konstatierte diesbezüglich 2011 kritisch, ›mit den gegenwärtig vorhandenen diagnostischen Mitteln [könne] keine konkrete Schädigung des Gehirns nachgewiesen werden‹, sodass allenfalls ›der Verdacht‹ auf eine hirnrorganische Determinierung der Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen geäußert werden könne, ›sicher [sei] diese Diagnose aber nicht‹. Dennoch reaktiviert der nächste Prognosegutachter 2014 erneut die Diagnose einer organischen Persönlichkeitsstörung, die ihm nicht nur kausallogisch mit der – selbst angezweifelte[n] – ›niedrige[n] Intelligenz‹ kombinierbar zu sein scheint, sondern zudem auch noch eine ›Neigung zu aggressiver Durchsetzung‹ erkläre. Auch die Behandlungspläne der Maßregelvoll-

zugsklinik ›schleppen‹ diesen mindestens fraglichen Befund mit der Diagnose eines perinatalen Psychosyndroms (ICD-10: F07.8) weiter mit. Es handelt sich nach Durchsicht der Unterlagen – selbst wenn vorliegende, jedoch vage anamnestische Angaben zum Geburtsverlauf zutreffen sollten – um eine nicht ausreichend sicher befundete, nicht eindeutig verifizierte nosologische Zuordnung, die im ICD-10-Manual als ohnehin ›unsicher‹ charakterisiert wird und für die alternative Klassifizierungen oder Zuordnungen angemahnt werden (Dilling et al., 1992, 78-79). Vor dem Hintergrund einer uneindeutigen Befundlage mit symptomatisch unspezifischen Auffälligkeiten, die nosologisch auch anderen Krankheitseinheiten zugeschrieben können, war auch diese – darüber hinaus weder therapeutisch noch prognostisch relevante (oder wissenschaftlich-argumentativ ›benötigte‹) – Diagnose aufzugeben.

## Kasuistik (2): Herr J\*

Bei dem Maßregelvollzugspatienten Herrn J\* wurden in einem Unterbringungs- und zwei Prognosegutachten unterschiedliche entwicklungspsychologische, strukturdynamische, psychopathologische, beziehungs- und handlungstypische Aspekte der differentialdiagnostisch uneindeutigen Störung herausgearbeitet und zusammengefasst. Bei Durchsicht der gutachterlichen Befunde fiel auf, dass es in den jeweiligen Aktualisierungen der psychiatrischen Diagnostik alternierend, zeitweise auch parallel, um die diagnostische Zuschreibung einer *emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typ* (ICD-10: F60.30) bzw. vom *Borderline-Typ* (ICD-10: F60.31) und/oder einer *Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis* (ICD-10: F20.0) ging. Daneben wurden – potentiell traumatisierende – Vernachlässigungs-, Gewalt- und Missbrauchs- und Prostitutionserfahrungen in Kindheit und Jugend (ICD-10: F91.1), der Konsum von Alkohol, Cannabinoiden, Psychostimulanzien (ICD-10: Z72.0), eine symptomatische Epilepsie (ICD-10: G40.2), selbst- und fremdgefährliche Handlungen (ICD-10: Z72.8) aufgelistet.

Zuletzt wird 2014 ausgeführt, aus einer Persönlichkeitsfehlentwicklung sei eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typus und Substanzmissbrauch resultiert. Darauf aufbauend habe Herr J\* – so der Tenor – eine paranoid-halluzinatorische Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis entwickelt. Die Annahme einer solchen Störungsgenese war persönlichkeitsstrukturell wie psychodynamisch jedoch eher eklektizistisch, darüber hinaus modelltheoretisch wenig überzeugend und insofern ein – durch die Leitlinien des ICD oder DSM abverlangter – Versuch, die komplexe, wechselnde und widersprüchliche Symptomatologie klassifikatorisch zu vereinheitlichen.

Folgt man den Beschreibungen unterschiedlicher psychischer Befindlichkeiten, Beziehungsversuche, Verhaltens- und Handlungsmuster, fiel die einerseits wechselhafte, mitunter abrupt abreiende, mitunter fortwährend schwankende Dynamik, andererseits stereotype Struktur sowohl des Alltagsverhaltens als auch des impulsiven Agierens auf. Die zusammenfassende Angabe des Vorgutachters, die fremdaggressiven »Übergriffe« seien »zum Teil psychotisch motiviert als Folge einer Realitatsverkennung, aber auch impulshaft ohne erkennbaren Grund«, entsprach dieser uneindeutigen Symptomatologie. Dass bei der Attributierung psychotisch bedingter Impulsivität die Psychose als ein Motiv oder eine Motivation« und dies als Folge einer Realitatsverkennung hergeleitet wird, machte auf die Unklarheit hinsichtlich der dynamischen und kausalen Zusammenhänge aufmerksam: Allenfalls wäre die Verkennung der Realität als symptomatisches (aber unspezifisches) Indiz für das mögliche Vorliegen einer Psychose zu beurteilen, nicht umgekehrt. Untersucht man die im Einzelnen aufgeführten Kriterien für die Diagnosestellung einer sachverständig angenommenen und situativ akuten Psychose, listete der Gutachter folgende Merkmale auf:

- »ausgeprägte Ich-Störungen«,
- »formale Denkstörungen«,
- »affektive Störungen«,
- »erhebliche egozentrische, teilweise autistisch wirkende Verhaltensweisen«,
- »wahnhaftes Erleben«,

weiterhin dann »im Zusammenhang mit der Persönlichkeitsstruktur«:

- »geringe Fähigkeit der Bedurfnisaufschiebung«,
- Probleme, es »mit sich alleine auszuhalten«,
- »schwierige« Gestaltung von »Nähe« und »Kontakten zu anderen«,
- »Unruhe«,
- Bemühung »um Beziehung«,
- Einfordern und Nicht-Ertragen von Grenzen,
- »affektive Instabilität«,
- »auffälliges Verhalten«,
- »aggressive Durchbrüche«.

Ohne in eine – letztlich zum Teil ohnehin nur akademische – Diskussion um die zutreffendere Diagnosestellung einsteigen zu wollen, bedurfte es eines allgemeintherapeutischen Denk- und prognostisch tragfahigeren Arbeitsmodells, das ein Verständnis des Patienten, somit nicht nur seiner problematischen oder defizitären Persönlichkeitseigenschaften, sondern auch seiner Ressourcen und seiner impulshaften Handlungsmuster ermöglichen sollte. Bei Prüfung des Ablaufs der Impulshandlungen fanden sich zwei stereotype Handlungsmuster mit (1) tatanalogem Agieren, andererseits (2) gegenaggressiven Angriffen. Charakteristikum

war ein abruptes Einsetzen dieses Agierens mit fehlender Ansprechbarkeit und automatisiertem Handeln. Dass es sich um – ggf. wahnhafte – ›Verkennungen‹, also um halluzinatorische Fehlwahrnehmungen, um verzerrte Situationswahrnehmungen handeln könnte, war bei retrospektiver Analyse nicht verifizierbar und wurde durch die vagen, im Nachhinein gemachten Angaben von Herrn J\*, die von Rechtfertigungs- und Schuldentlastungsbemühungen zeugen, auch nicht begründet. Insgesamt wurde erkennbar, dass es sich um eine dissoziative Dynamik handelte, bei der im Ablaufzeitraum der Impulshandlung ein panisch und gegenaggressiv eingenger Affekt(sturm), eine impulsive, zwanghaft-zielgerichtete, stereotype Aggressionshandlung, eine aufgehobene Resonanz-, Rapport- und Schwingungsfähigkeit, ein derealisierender Orientierungsverlust vorherrschten. Eine individuelle Opferwahl war hierbei nicht zu erkennen, durchaus aber ein geschlechtsspezifisches Muster von Aggressionshandlungen gegenüber Männern, nämlich als dominant wahrgenommenen Mitarbeitern der Allgemeinpsychiatrie. Folgt man den Beschreibungen des Verhalten im unmittelbaren Nachtatzeitraum, schien auch bei verbesserter Ansprechbarkeit (verbaler ›Erreichbarkeit‹) des Patienten eine dissoziierte Ablaufdynamik im Sinne teilabgespaltener Selbstzustände anzudauern, indem er zwar wieder verbessert rapportfähig war, der gängigste, offensiv abwehrende Affekt sowie das dranghafte Aggressionsverhalten jedoch andauerten.

Zu den unspezifischen diagnostischen Hinweisen einer dissoziativen Störung (Dammann & Overkamp, 2004, 7-8) gehören

1. traumatische Erfahrungen in der Kindheit,
2. Misslingen vorheriger Erkrankungen,
3. drei oder mehr Vordiagnosen, besonders sog. atypische Störungen (Depressionen, Persönlichkeits-, Angst-, Anpassungs-, Somatisierungs-, Essstörungen, schizophrene Psychose, Substanzmissbrauch)
4. selbstverletzendes Verhalten,
5. gleichzeitiges Auftreten von psychiatrischen und psychosomatischen Symptomen,
6. starke Schwankungen in Symptomatik und Funktionsniveau,
7. Amnesien für die Kindheit zwischen dem 6. und 12. Lebensjahr.

Von diesen indirekten Hinweisen erwiesen sich die Indikatoren (1), (2), (3), (4) und (6) sicher erfüllt. Als spezifische diagnostische Anzeichen, d. h. zur typischen Kernsymptomatik (Dammann & Overkamp, 2004, 8) komplexer dissoziativer Störungen gehören

8. Amnesien im Alltag,
9. wiederholte oder chronische Depersonalisation und Derealisation,
10. Stimmenhören im Kopf,
11. Anzeichen für Identitätswechsel in Form von a) nicht erinnerbarem Verhalten, b) Finden von Sachen, an deren Erwerb oder Erhalt man

sich nicht erinnert, c) fortlaufenden verbalen oder schriftlichen inneren Dialogen, d) passiven Beeinflussungserfahrungen.

Die Kriterien (9) und (10) waren sicher vorhanden, die Indikatoren (8), (11a) und (11d) fraglich erfüllt. Dabei konnten die – im Allgemeinen für die Zuschreibung einer paranoid-halluzinatorischen Psychose in Anspruch genommenen – Symptome der Denkstörungen und der wahnhaften Erlebnisverarbeitung (s. o.) sowie der überwertigen und widersprüchlichen Ideen bzgl. der eigenen Biografie und Identität in das Spektrum einer Manifestation von teilweise abgespaltenen Selbstanteilen bzw. -zuständen integriert und »mussten« nicht zwingend als psychotische Symptome interpretiert werden. Bei prognosegutachterlicher Prüfung wurde insgesamt deutlich(er), dass diese Dissoziationen

- sich als habituierte Übersteuerungsmechanismen in Stresssituationen »eingeschliffen« hatten,
- aus ehemaligen Schutz- nun Vermeidungsmechanismen wurden, die eine Entwicklung angemessener Bewältigungsstrategien behinderten, und
- die Integration neuer emotionaler Erfahrungen störten bzw. verhinderten.

Aufgrund des Syndromcharakters der komorbiden Störungsanteile lag damit ein dissoziatives Symptomenspektrum vor, welches die Diagnosekriterien für eine spezifische dissoziative Störung nicht bzw. nicht vollständig erfüllt. Bei dem umschriebenen fremdaggressiven Agieren handelte es sich um einen zeitweisen Verlust der Umgebungswahrnehmung, begleitet von stereotypen Handlungsmustern und tranceartiger aggressiver Affektstarre, was am ehesten die DSM-IV-Kriterien einer *Nicht Näher Bezeichneten Dissoziativen Störung* (NNBDS) erfüllt. Da sich Herr J\* fatalerweise »nicht ans Lehrbuch hielt«, war eine klassifikatorische ICD-Diagnose nur bedingt ableitbar, sodass diese teilabgespaltenen Selbstzustände unter Berücksichtigung der DSM-V-Vorschläge für einfache und komplexe dissoziative Störungen nach Dell (Gast, 2004) am ehesten als *Sonstige andere dissoziative Störung* (ICD-10: F44.88) einzuordnen waren. Diese Revision der differentialdiagnostischen Beurteilung implizierte andere therapeutische Indikationsstellungen, psycho- und deliktdynamische Modelle und prognostische Ableitungen als die zuvor alternierenden Diagnosen (s. o.). Vor dem Hintergrund von Dispositionen zu Suizidalität und Selbstverletzung, insgesamt unklarer bzw. unlustabhängiger Veränderungsmotivation des Patienten, häufig auftretenden unkooperativen Selbst-Zuständen sowie einer sozialen Perspektivlosigkeit, einer undefinierten Unterbringungssituation und einer geringen therapeutischen Wirksamkeitserfahrung bedurfte es einer grundsätzlichen Diskussion der therapeutischen Zielsetzungen, Möglichkeiten und methodischen Indikationen. Die (eingeschränkten)

Tabelle 1: TES-Dimensionen

TES-Dimensionen		Score
1	Therapiebündnis	2
2	Anpassungsfähigkeit	2
3	Management von Belastungssituationen	2
4	Beherrschung der Selbstgefährdung	1
5	Qualität der interpersonalen Beziehung	2
6	Arzneimittelbedarf	2
7	Bedarf an klinischer Behandlung	0
8	Auflösung von Übertragungsphänomenen	0
9	Kontakt zwischen den Sitzungen	0
10	Subjektives Wohlbefinden	1
11	Verantwortlichkeit der Anteile für das Selbstmanagement	3
12	Integration	3
13	Funktion (extra)	3
<b>TES-Gesamtpunktzahl (1-12)</b>		<b>18</b>
TES-Durchschnittswert (1-12)		1,5
<b>Mini-TES-Gesamtpunktzahl (1-10)</b>		<b>12</b>
Mini-TES-Durchschnittswert (1-10)		1,2

Möglichkeiten einer sozio- und psychotherapeutischen Beeinflussung der Problematik ließen sich über ein Rating der ggf. beeinflussbaren Faktoren einer Behandlung in Form der von Hofmann et al. (2004) publizierten ›Therapie-Einschätzungs-Skala‹ (TES) darstellen (s. Tab. 1).

Im Ergebnis wurde deutlich, dass der Summenscore < 25 eine »überwiegend stabilisierende, primär psychiatrisch orientierte Behandlung« mit entsprechendem pharmakotherapeutischem Management indizierte (Hofmann, 2004, 135). Bei Auswertung der Items 1-10 als sog. Mini-TES für nicht-dissoziierende traumatisierte, z. B. Borderline-Patienten resultierte ein analoges Ergebnis: Unter der Voraussetzung wenig funktionaler Antizipations-, Wahrnehmungs- und Bewältigungskompetenzen von Konflikten und dysfunktionaler Stressregulation bzw. Spannungsmodulation bedurfte es sowohl eines sozio-/milieuthérapeutisch protektiven Holdings und Containings als auch komplementär einer suffizienten, emotional ausbalancierenden Medikation.

Für ein Verständnis der Problematik dieses Patienten war es prognostisch hilfreich, die abrupt einsetzenden dysfunktionalen Aggressionshandlungen als Aspekte eines abgespaltenen, mithin weder integrierten noch bewusst zugänglichen Selbstanteils zu verstehen. Die darin abgespeicherten, auf Zustände der Bedrohung durch ›Unterwerfung‹ (Einengung, Einschluss, Fixierung i. S. fixierenden Blickkontakts) einsetzenden – und bei dissoziativem Wechsel des Ich-Zustandes *ad hoc* reaktivierten – Gefühle und Energien bezogen sich auf den strukturell angelegten, mithin virulenten Abhängigkeits-Autonomie- bzw.

Dominanz-Unterlegenheits-Konflikt und entsprachen in ihrer Dynamik einem »radikalen Helfer«, der ein lebensgeschichtlich »altes«, quasi überholtes Handlungsmuster als stereotypes, aktuell sinn- und motivloses Abwehrprogramm offensiv »abspulte« und sich selbstverstärkend zu dysfunktionalen psychophysischen Aufschaukelungsprozessen tendierte.

Worum es gutachterlich mithin ging, war eine Überprüfung der bis dahin – obschon nicht zufriedenstellenden und widersprüchlichen – »vernachlässigten« Diagnostik. Beim angetroffenen Behandlungsstand bestand auch weiterhin die Gefahr fremdaggressiver Impulsdurchbrüche: Zwar gelang es unter den hoch strukturierten Maßregelvollzugsbedingungen und geduldiger Anleitung bzw. Begleitung, Herrn J\* zu einem verbesserten Aushalten bzw. vorbeugenden Management von Stimmungsschwankungen, Spannungszuständen (Frustration, Aggression, Eifersucht, Neid ...) und/oder Stressoren (Langeweile, dysfunktionales respkt. dichotomes Denken, Begrenzungen ...) zu befähigen, doch »kippten« derartige äußere Bedingungen ggf. auch in destabilisierende Überstrukturierungen um. Die Kriminalprognose war mithin ungünstig und stand in engem Zusammenhang mit der Behandlungsprognose. Für die diesbezüglichen Kriterien waren u. a. eine Reihe von Eigenschaften verantwortlich bzw. relevant, die als »Resilienz« konzeptualisiert (Küfner, 1999) und i. S. einer Checkliste (Tab. 2) beurteilt werden konnten.

Tabelle 2: Resiliente Fähigkeiten

Resiliente Fähigkeiten	Score
Unkomplizierte, positive Lebenseinstellung	0
Distanzierung von belastenden Einflüssen	0
Bezug Verhalten - Lebensperspektive	1
Empathie zur Aufrechthaltung von Beziehungen	1
Realistische Einschätzung von Anforderungen	1
Problemlösefähigkeiten	0
Intellektuelle Fähigkeiten	0
<b>Gesamtpunktzahl</b>	<b>3</b>

Mit diesem Gesamtscore lag Herr J\* bezüglich der – für den Erfolg (und die Stabilität des Erfolgs) deliktpräventiver Maßnahmen – relevanten Kompetenzen im Bereich 0-4,5 Punkte, d. h. im unteren Drittel des Spektrums (0-30%). Der Schutzfaktor »Resilienz« i. S. einer Festigkeit und Stabilität der Persönlichkeitsorganisation und -eigenschaften war demzufolge gering ausgeprägt. Andere kriminalprognostisch bedeutsame Eigenschaften (Nedopil, 2005, 136 Tab. 7-2) werden als sog. *protektive*

Tabelle 3: Protektive Faktoren

Protektive Faktoren	Score
Sichere Bindung an eine Bezugsperson	0
Emotionale Zuwendung	0
Kontrolle & Konsistenz im extramuralen Sozialen	0
Vorbilder der Stabilität und Festigkeit (Resilienz)	0
Aktives Bewältigungsverhalten	0
Unterstützung durch nicht-delinquente Personen	0
Erfolg in Schule/Beruf mit Bindung an Werte	0
Beziehungen zu nicht-delinquenten Personen	0
Erfahrung von Selbstwirksamkeit	1
Aggressionshemmende kognitive Schemata	0
Erfahrungen von Struktur & Sinnhaftigkeit	0
<b>Gesamtpunktzahl</b>	<b>1</b>

*Faktoren* zusammengefasst und ergaben die in Tabelle 3 dargestellten Scores.

Analog den *resilienten* Faktoren waren – wie ersichtlich – auch andere *protektive* Persönlichkeitseigenschaften und/oder soziale Bezugssysteme effektiv nicht vorhanden, sodass Herr J\* diesbezüglich auf psychosoziale und institutionelle Unterstützung bzw. Strukturierung angewiesen war und bleiben würde. Ein Risiko der Wiederholung strafbarer Handlungen i. S. der Unterbringungsdelikte bestand weiterhin vor allem dann, wenn sich Herr J\* in subjektiv alternativlosen Situationen unverstanden, abgelehnt und zurückgewiesen fühlte. Allerdings führte das letzte Prognosegutachten 2014 insofern zu einer Überschätzung von Gefährlichkeit, als die defensiv-offensiven Aggressionshandlungen gegenüber Pflegepersonal in der Allgemeinpsychiatrie (Unterbringungsdelikte) und die unterstellte Gefährlichkeit vorgutachterlich auf ein »Gewaltdelikt im Sinne eines Tötungsdeliktes« verengt und unspezifisch auf »neue Gewalttaten bei Körperverletzern« bezogen wurde. Ob Herr J\* intellektuell, psychodynamisch, störungsstrukturell und handlungstypisch unter diese empirisch-statistisch generierte Bezugsgruppe der von Groß & Nedopil (2005; 2017) referierten Basisraten subsumiert werden konnte und durfte, ob die angegebene Gefährlichkeit und Rückfallwahrscheinlichkeit insofern zutreffend hergeleitet wurde, musste mindestens bezweifelt werden. Der Unterzeichner jedenfalls hielt die Verwendung der verfügbaren Basisraten – weil nicht repräsentativ für Herrn J\* – für irreführend und fraglich missbräuchlich. Auch die vorgutachterliche Referenz auf allgemeinpsychiatrische Untersuchungsgruppen mit »Schizophrenen« war angesichts der komplexeren Dynamik mit dissoziativen Zuständen forensisch-prognostisch weder zutreffend noch aussagekräftig.

Außerhalb einer strukturierten Umgebung war zu erwarten, dass Herr J\* – analog den Lebensbedingungen vor der Einweisung – dysfunktionale Überlebensstrategien (mit ungeeigneten bzw. destruktiven Lebensweisen, ausbeuterischen Bezugspersonen, instabilen Beziehungen) aufsuchen und bei dem Versuch, die eigene Bedürftigkeit und innere Leere zu kompensieren, erneut auf Suchtmittel sowie delinquente Abwehr- und/oder Durchsetzungsstrategien zurückgreifen würde. Innerhalb derartiger Betreuungen konnte es – auch bei optimaler Medikation – in überstrukturierenden (erneutes Bedrohungserleben von Herrn J\* triggernden) Bedingungen bzw. Situationen jederzeit zu tatanalogen Ausagieren kommen. Hieraus die zwingende Notwendigkeit weiterer forensischer Unterbringung abzuleiten, wäre gerade angesichts des Einsperrcharakters freiheitsentziehender Maßregeln nicht schlüssig gewesen: Vielmehr bedurfte sie eines emotional haltenden bzw. »containenden«, geduldig anleitenden, zwischenmenschlich »präsenten« Settings ohne Überfürsorge oder als bevormundend erlebte Situationskontrolle.

Bleibt nur – mit Eisel und contra Caligari – der Appell, die gesetzlichen und die fachlichen Voraussetzungen sorgfältig(er) zu prüfen und dabei generell eine andere Grundhaltung einzunehmen: Es ginge darum, die reflexartig einrastende Expertenhaltung durch jenen »Anfängergeist« zu konterkarieren, der nicht nur eine problemverlängernde oder -vertiefende Gefährlichkeitstrance und fetischisierte Pauschalpathologisierung auf- und ablöst, sondern – wenn man denn das erkenntnistheoretische Wagnis eingeht, valide Prognosen für möglich zu halten – zusätzlich, Levold (2017, 129) paraphasierend, eine neugierig-interessierte, quasi voraussetzungslose Beziehungsdiagnostik zur Identifizierung individueller, charakteristischer Interaktionsmuster, eine Ressourcendiagnostik zur Herausarbeitung antizipierbarer Chancen und denkbarer Optionen, also eine potenziell dialogisch angelegte dynamische, mithin »offene« Diagnostik und Prognostik zu verwirklichen.