Geleitwort zur Festschrift für Ulrich Venzlaff

Mit dieser Festschrift gratulieren Herausgeber und Autoren Ulrich Venzlaff zum 85. Geburtstag, würdigen seine nach wie vor immense Schaffenskraft und danken ihm als Wissenschaftler und Lehrer. Sein Lebenslauf und seine wissenschaftlichen Verdienste wurden in der ersten Festschrift zum 65. Geburtstag und in der zweiten Festschrift zum 80. Geburtstag ausführlich gewürdigt, weshalb sie hier keiner Wiederholung bedürfen.

Daher legen wir an dieser Stelle das Gewicht auf die Würdigung einer weiteren, bewundernswerten Fähigkeit Ulrich Venzlaffs, nämlich seine Begabung, Menschen zusammenzuführen und fachlich und sachlich Widersprüche zu überwinden. Damit hat er mehrere Generationen von Psychiatern in einer solchen Weise an ihr Fach herangeführt, dass sie – ohne den sonst so häufigen Zwist zwischen Fachkollegen – konstruktiv miteinander umgehen und miteinander arbeiten können: nicht gegeneinander, nicht nebeneinander, sondern miteinander. Dies ist auch der Grund dafür, dass sich mit den Autoren der Festschrift ganz unterschiedliche Experten aus Psychiatrie, Psychotherapie, Psychologie und Jurisprudenz zu Ehren Ulrich Venzlaffs zusammengefunden haben.

Bewundernswert ist das Engagement, mit dem Ulrich Venzlaff bis heute ununterbrochen in seiner gutachterlichen Praxis bei schwierigen und umstrittenen Fällen hochkompetent tätig ist. Im persönlichen Kontakt versteht es Ulrich Venzlaff stets, sein Gegenüber als Diskussionspartner anzunehmen und in den von diesem vorgebrachten Gedanken und Argumenten das Gute und Neue in einer Weise hervorzuheben, die beide Diskussionspartner anregt, weiterführende Gedanken gemeinsam zu entwickeln. Das Predigen einer Auffassung aus der Position ex cathedra ist seine Sache hingegen nicht. Diese ständige Offenheit für neue Gedanken schmeichelt durchaus dem Narzissmus des Gegenübers, hält aber auch die eigenen Gedanken jung. In dieser Haltung ist er uns allen ein

Vorbild. Sicherlich liegt hier ein Teil seiner Wirksamkeit. Er „weiß" intuitiv um die Macht der Vorbildfunktion. Alle Überzeugungsarbeit, alle Richtungsweisungen sind unwirksam, wenn der Vortragende sie nicht selbst lebt. Gerade in dieser lebendigen Vorbildfunktion ist Ulrich Venzlaff für sehr viele bis heute wirksam.

Ohne ihn sind kritische Positionen sowohl in der Schuldfähigkeits- wie in der Prognose-Begutachtung ebenso wenig denkbar wie sozialpsychiatrische Ansätze einer ganzheitlichen und menschenwürdigen Behandlung. Beides kann nur gelingen, wenn das grundlegende Menschenbild davon ausgeht, dass die Krankheit nicht der Einbruch des Unverständlichen, nicht Nachvollziehbaren und Uneinfühlsamen in ein vorher geordnetes Leben des Gesunden ist. Dieses Verständnis erlebnisbedingter Kontinuität zwischen dem, was krankhaft ist und dem Normalen, hat Ulrich Venzlaff im beruflichen wie im persönlichen Bereich stets vermittelt und es ist sicherlich die Grundlage für seine Funktion als identifikationsstiftender klinischer und wissenschaftlicher „Vater". Die Festschrift soll der Dank für diese Vorbildfunktion sein.

Heinfried Duncker *Manfred Koller* *Karl Foerster*

Verzeichnis der Publikationen von Ulrich Venzlaff

Dissertationsschrift

- Untersuchungen über den Antagonismus zwischen Sulfonamiden und Nikotinsäureamid Universität Göttingen, 1945

Habilitationsschrift

- Die psychoreaktiven Störungen nach entschädigungspflichtigen Ereignissen. Universität Göttingen, 1956

Buchveröffentlichungen

1. Die psychoreaktiven Störungen nach entschädigungspflichtigen Ereignissen (Die sogenannten Unfallneurosen). Springer, Berlin, Göttingen, Heidelberg, 1958
2. Psychiatrische Begutachtung. Ein Handbuch für Ärzte und Juristen. G. Fischer, Stuttgart, New York, 1986

Buchbeiträge

1. Aufgaben des Psychiaters in der Rechtspflege. In: Praktische Psychiatrie und Neurologie für das Krankenpflegepersonal. Weise (Verlag für medizinische Bücher und Zeitschriften), Göttingen, 1960
2. a) Erlebnishintergrund und Dynamik seelischer Verfolgungsschäden
   b) Zur Frage des Zusammenwirkens erlebnisreaktiver, vegetativer und hormonaler Faktoren bei Verfolgungsschäden. In: Psychische Spätschäden nach politischer Verfolgung. (Bibliotheca „Vita humana“, Fasc. 2). Karger, Basel, New York, 1963, ^{2}1967
3. Neurologische Erkrankungen. In: Der diagnostische Blick (Bilder zur Differentialdiagnose innerer Krankheiten, hrsg. von Südhof,

Tischendorf, Klostermann). Schattauer, Stuttgart, 1964, [2]1969, [3]1976

4. Psychische Spätschäden nach Gefangenschaft und Verfolgung. In: Herberg, HJ (Hrsg.): Die Beurteilung von Gesundheitsschäden nach Gefangenschaft und Verfolgung (Manualia Nicolai) Nicolaische Verlagsbuchhandlung, Herford, 1967
5. Forensic psychiatry of schizophrenic in survivors. In: Krystal, H. (ed.): Massive psychic trauma. Internat. Univ. Press., New York, 1968
6. Die Wirbelsäule als Projektionsfeld psychischer Störungen. In: Trostdorf, E., Stender, HS (Hrsg.): Wirbelsäule und Nervensystem. Thieme, Stuttgart, 1970
7. a) Der unruhige Kranke
   b) Psychotrope Pharmaka
   c) Therapie psychiatrischer Erkrankungen.
   In: Südhof, H. (Hrsg.) Therapie (Ein kurzes Handbuch). Schattauer, Stuttgart, 1971, [2]1978
8. Konservative Therapie zerebraler Durchblutungsstörungen. In: Herrschaft, H. et al. (Hrsg.) Diagnostik und Therapie zerebraler Gefäßverschlüsse. Thieme, Stuttgart, 1971
9. Neuropsychiatrische Aspekte der Voralterung, Frühinvalidität und frühzeitigen Sterblichkeit. In: Wannagat, L. (Hrsg.) Die akute Hepatitis. Thieme, Stuttgart, 1971
10. Neurologisch-psychiatrische Ursachen von Voralterung und Frühinvalidität nach Konzentrationslagerhaft und Kriegsgefangenschaft. In: Herberg, HJ (Hrsg.) Spätschäden nach Extrembelastungen. Nicolaische Verlagsbuchhandlung, Herford, 1971
11. Das Schädel-Hirn-Trauma im Alter. In: Neuropathien im Alter. Werk-Verlag E. Banaschewski, München-Gräfelfing, 1971
12. Neuropsychiatrische Aspekte der Voralterung Konzentrationslagerüberlebender. In: Ermüdung und vorzeitiges Altern (Folge von Extrembelastungen). JA Barth, Leipzig, 1973
13. Psychiatrische Aspekte von Wirbelsäulensyndromen. In: Neuro-psychiatrische Komplikationen. Werk-Verlag E. Banaschewski, München-Gräfelfing, 1973
14. Pharmakotherapie zerebraler Durchblutungsstörungen. In: Loogen, F, Credner, K. (Hrsg.) Gefäßerkrankungen. Witzstrock, Baden-Baden, Brüssel, 1974

15. 2. Strafrechtsreformgesetz und Krankenhauspsychiatrie. In: Festschrift für Friedrich Schaffstein. Schwartz, Göttingen, 1975
16. Aktuelle Probleme der forensischen Psychiatrie. In: Kisker, KP, Meyer JE, Müller, C., Strömgen, E. (Hrsg.) Psychiatrie der Gegenwart, Bd. III. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, ^{2}1975
17. Stress und Wirbelsäule. In: Stress und Nervensystem. Werk-Verlag E. Banaschewski, München-Gräfelfing, 1976
18. Psychotherapie im psychiatrischen Krankenhaus. In: Geyer, N. (Hrsg.) Psychiatrie, Geschichte – Entwicklung, Probleme, Standpunkte. Werk-Verlag E. Banaschewski, München-Gräfelfing, 1977
19. Psychotherapie in einem psychiatrischen Krankenhaus. In: Heigl, F, Neun, H. (Hrsg.) Psychotherapie im Krankenhaus. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, Zürich, 1981
20. Maßregelvollzug – ein Stiefkind der Strafrechtsreform. In: Bergener, M. (Hrsg.) Psychiatrie und Rechtsstaat. Luchterhand, Neuwied, 1981
21. Die Mitwirkung des psychiatrischen Sachverständigen bei der Beurteilung der Schuldfähigkeit. In: Schmidt-Hieber, W., Wassermann, R. (Hrsg.) Justiz und Recht. Festschrift aus Anlass des 10-jährigen Bestehens der Deutschen Richterakademie. CF Müller (Juristischer Verlag), Heidelberg, 1983
22. Psychiatrisch-psychologische Begutachtung von Straftätern in einem psychiatrischen Krankenhaus (§§ 63, 64, 67 b – 67 em 67 g StGB). In: Blau, G., Kammermeier, H. (Hrsg.) Straftäter in der Psychiatrie. Enke, Stuttgart, 1984
23. Diskriminierungstendenzen im Maßregelvollzug am Beispiel schizophrener Gewalttäter. In: Broda, C., Deutsch, E., Schreiber, HL, Vogel, HJ (Hrsg.) Festschrift für Rudolf Wassermann zum 60. Geburtstag. Luchterhand, Neuwied, 1985
24. Die forensisch-psychiatrische Beurteilung affektiver Bewusstseinsstörungen. Wertungs- oder Quantifizierungsproblem? In: Benz, M., Geilen, G., Herzberg, RD, Schwind, HD, Warda, G (Hrsg.) Festschrift für Günther Blau. De Gruyter, Berlin, New York, 1985

1 | Allgemeine Beiträge

Präambel

Mit Beschluss der niedersächsischen Landesregierung werden die Landeskrankenhäuser zum 01.01.2007 in eine private Trägerschaft überführt. Dies gilt auch für die verbundenen forensisch-psychiatrischen Fachabteilungen. Hiergegen formte sich in Niedersachsen öffentlicher Protest. Bereits im Vorfeld wurde die Abteilung für forensische Psychiatrie und Psychotherapie des niedersächsischen Landeskrankenhauses Göttingen mit Datum vom 01.10.2006 zerschlagen, indem das feste Haus, das zentrale Sicherungsfunktionen für hochgefährliche psychisch kranke Straftäter in Niedersachsen wahrnahm und zugleich als geschützte Station zur Krisenintervention, Patientenaufnahme und Begutachtung diente, von der Göttinger forensisch-psychiatrischen Abteilung abgetrennt wurde. Damit wurde der funktionelle Zusammenhang der Göttinger forensisch-psychiatrischen Abteilung zerrissen. Die Aufgaben der Patientenversorgung, der Forschung und Lehre sind so nur noch sehr eingeschränkt auszuführen.

Das Sozialministerium Niedersachsens hat sich 2004 ausdrücklich zur Notwendigkeit der forensisch-psychiatrischen Forschung und Lehre in Verbindung mit Aufgaben der Patientenversorgung bekannt und sich der geplanten Auflösung der einzigen Universitätsprofessur Deutschlands, die mit der Verantwortung für Diagnostik, Therapie, und Prognose untergebrachter psychisch kranker Straftäter verbunden ist, entgegenstellt. Wenige Wochen nach der Neubesetzung der Professur im April 2006 ist die Zukunft des Göttinger Modells der Vernetzung von universitärer forensischer Psychiatrie mit der Patientenversorgung massiv bedroht. Inwieweit ein zu bestimmender privater Träger an einer forensischen Psychiatrie ohne die Möglichkeit der Sicherung und Krisenintervention interessiert sein kann, sei dahin gestellt. Inwiefern er sich universitäre Aufgaben der Forschung und Lehre weiterhin zum Anliegen werden lässt, ist offen.

Diesen aktuellen zeitgeschichtlichen Hintergrund nahmen die Herausgeber dieser Festschrift zum Anlass, die Antrittsvorlesung des Amtsnachfolgers als Zeitdokument in den Gedenkband einzubringen. Werden die konkreten Vorhaben umgesetzt, ist zu befürchten, dass die Antrittsvorlesung das Ende des bisherigen Konzepts der Göttinger forensischen Psychiatrie markieren wird.

Die Gerichtspsychiatrie auf dem Weg zur empirischen Wissenschaft[1]

Jürgen Müller

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Neubesetzung der Universitätsprofessur für forensische Psychiatrie und Psychotherapie der Georg-August-Universität Göttingen und der Chefarztstelle der Abteilung für forensische Psychiatrie und Psychotherapie des Landeskrankenhauses Niedersachsen bietet einen freudigen Anlass für eine kleine Begrüßungsveranstaltung. Wie meinen Vorrednern zu entnehmen war, fällt auf dieses Ereignis nicht ungetrübt Licht, einige Schattenseiten wie bevorstehende Privatisierung, Verkauf und Zerschlagung der Abteilung sind bereits angeklungen. Wenn wir in den kommenden Stunden sicher noch wiederholt auf dieses Thema zurückkommen werden, soll es in meinem Vortrag jedoch keine zentrale Rolle spielen.

Ziel dieser Veranstaltung war und ist es, Ihnen mich selbst, meinen beruflichen Werdegang sowie meine beruflichen Zielsetzungen vorzustellen. Und dies anhand dreier für mich ganz zentraler Themen der forensischen Psychiatrie: Die Perspektive eines sachkundigen historischen Patienten, die öffentlichkeitspräsente Arbeit des Gutachters sowie die Perspektive des neurobiologisch interessieren Empirikers.

Solche Kennenlernveranstaltungen sind wichtige und geeignete Anlässe, Inhalte und Positionen auch mit konkreten Namen zu verbinden, und dies ist in meinem Fall besonders erforderlich: Vor zwei Jahren erhielt ich einen Ruf an die Universität in Bern, ich wurde begrüßt mit den Worten: Jetzt holen wir uns schon einen Deutschen, dann heißt der auch noch Müller, konnten Sie sich keinen spektakuläreren Namen aussuchen? Im Mai hielt ich einen Vortrag auf der forensischen Frühjahrstagung in Dresden. Ich wurde wegen meiner Presseauftritte in Sachen Pro-

[1] Einführungsvortrag zum Apero am 05.07.06

filing und Tatortanalyse zur Rede gestellt. Dies galt meinem Wiener Namensvetter Thomas Müller. In Göttingen selbst ist die Verwechslungsgefahr natürlich besonderes groß. Professor Peter Müller macht nicht nur durch Begutachtungen und forensische Publikationen auf sich aufmerksam, sondern hat die Professur über ein Jahr kommissarisch vertreten. Höchste Zeit also, mich aus der Anonymität des Müllerseins zu befreien.

Oskar Panizza: Der „pazjent“ als Psychiater

Beginnen will ich mit meinem persönlichen Einstieg in die forensische Psychiatrie. Geboren wurde ich in Würzburg, dort sind noch die Spuren der Familie Panizza präsent. Diese stammten aus Italien, landeten in Würzburg, waren dort erfolgreichen Juweliers, wurden letztlich in Bad Kissingen in der Rhön sesshaft. Aus dieser Familie entsprang Dr. Oskar Panizza 1853, ein Psychiater an vorderster Front der Wissenschaft, ein Schriftsteller, der mit Hilfe literarischen Schaffens seine Psyche von psychopathischen Anwandlungen zu entlasten suchte, ein entmündigter



*Oskar Panizza: *1853 „pazjent“ als Psychiater (aus: Die kriminelle Psychose, genannt Psychpatia criminalis; Matthes & Seitz, 1978)*

Anstaltspsychiater und „Pazjent“ in Bayreuth. In den 80er Jahren des zwanzigsten Jahrhunderts war Panizza ein Szeneautor, präsenter als zu seinen Lebzeiten. In kritischen Werkausgaben zu seinen Schriften schien völlig klar, dass er ein aus politischen Gründen von einer obrigkeitshörigen Gesinnungspsychiatrie in Zusammenarbeit mit der reichen Herkunftsfamilie dieses schwarzen Schafes völlig zu Unrecht entmündigter Freigeist war. Mit einer werkimmanenten Interpretation wollte ich dies eigentlich mit Hilfe umfangreicher Daten und Quellen wissenschaftlich belegen. Dies wurde zu einer intensiven Auseinandersetzung mit Geisteskrankheit, der Rolle der forensischen Psychiatrie, der historischen Entwicklung psychischer Erkrankungen und der gesellschaftlichen Bedeutung von Genie und Wahnsinn.

Oskar Panizza promovierte summa cum laude in München und war gemeinsam mit Emil Kraepelin Assistent an der Oberbairischen Kreisirrenanstalt München unter Bernhard von Gudden, dem Königspsychiater und Begutachter Ludwigs II. Während seiner Tätigkeit als Psychiater bemerkte er psychopathologische Veränderungen an sich selbst und begann, sich selbst als einen baldigen Patienten in Guddens Klinik und dessen neuroanatomischem Laboratorium zu sehen. Panizza kündigte und versuchte sich schriftstellerisch zu entlasten. Seine frühen Werke wurden weithin beachtet, für Panizza jedoch nicht genug. Er wollte zu einem großen Schriftsteller werden, Mittel hierzu sollten Provokationen und Skandale sein. Mitte der 90 Jahre schrieb er eine antireligiöse Trilogie bewusst zum Konfisziertwerden. Für das “Liebeskonzil“, ein Stück, das noch immer für Aufsehen, Skandal und Gerichtsverhandlungen gut ist, erhielt er ein Jahr Gefängnisstrafe, die er in Amberg absaß, und wurde zum am härtesten bestraften Schriftsteller dieser Zeit. Während dieser Zeit äußerten Ärzte bereits begründete Zweifel an seiner psychischen Gesundheit und an seiner Haftfähigkeit, der Anstaltsarzt schmetterte diese Bedenken jedoch ab. Panizza schilderte die Untersuchung „quoad psychen intactam“ in seiner Selbstbiographie: „Sind sie gesund? Ja!“ Panizza blieb also inhaftiert und verbüßte seine Strafe. Nach seiner Entlassung verließ Panizza polternd Bayern und Deutschland, gab seine Staatsangehörigkeit zurück, reiste in die Schweiz und gründete in Zürich einen eigenen Verlag, da seine Schriften keiner mehr verlegen wollte. Wegen Unzucht mit Minderjährigen wurde er aus der Schweiz ausgewiesen; Panizza wendete sich nach Paris. Von dort aus wetterte er gegen den deutschen Kaiser, den er hinter seiner Ausweisung wähnte. Panizzas Ver-

mögen wurde konfisziert, er wurde praktisch ausgehungert und stellte sich der Untersuchung in der Münchener Kreisirrenanstalt. Jetzt wurde die Paranoia erkannt. Als Geisteskranker, der nicht für seine Schriften verantwortlich gemacht werden konnte, wurde er aus der Haft entlassen, in psychotischem Zustand. Panizza reiste unverzüglich zurück nach Paris. Dort hielt er noch wenige Jahre aus, die Geisteskrankheit wurde schlimmer, letztlich suchte er selbst Hilfe an seiner früheren Klink und erzwang die Aufnahme in die Oberbaierische Kreisirrenanstalt, indem er fast nackt durch die Münchener Leopoldstraße lief. Er wurde erneut begutachtet und verbrachte seinen Lebensabend entmündigt in Bayreuth.

Panizza war nicht nur kritisch gegen Kaiser, Kirche und Vaterland, dieser ehemalige Psychiater war der erste Antipsychiater, der die Mündigkeit des Patienten, die Rechte auf Individualität gegen die Apparatemedizin hochhielt gegen den Zwang zur Normalität. Er wurde damit zum Vorläufer der Antipsychiatriebewegung der 60er und 70er Jahre des vergangen Jahrhunderts. Mit Panizzas Biographie ließen sich viele und verschiedene weltanschauliche Positionen belegen: Reizthemen waren die Allmacht der Gutachter, die obrigkeitshörige Gesinnungspsychiatrie, die die Patienten verachtende biologische Psychiatrie, die politisch motivierte Entmündigung, die willfährigen Gutachter, usw. Rückblickend besteht an seiner Geisteskrankheit kein Zweifel. Emil Kraepelin selbst hat mit ihm, seinem früheren Kollegen, eine neue Krankheitsentität begründet und mit Panizzas Vita das Konzept der systematischen Paraphrenien begründet: Der Fall 59. Inzwischen ist auch Panizzas letztes, das in Paris verfasste Manuskript Imperjalja gefunden und von mir herausgegeben worden. Auch dies bekräftigt den Eindruck, dass Panizza an einer Schizophrenie erkrankt war. Ungeachtet dessen, bleiben seine Schriften lesenswert, die Auseinandersetzung mit seinen Thesen noch immer aktuell, sein Standpunkt aus der Perspektive des sachkundigen Betroffenen noch immer hörenswert für Begutachtung, psychiatrische Forschungs- und Therapieansätze.

Ludwig Meyer: Die Gutachten gereichten weder Ärzten noch dem Staate zur Ehre

In einer Woche findet im niedersächsischen Landeskrankenhaus Göttingen das Sommerfest mit der 140-Jahr-Feier der Einrichtung satt. Ludwig Meyer, Namenspatron des Instituts für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie der Georg-August-Universität Göttingen wies bereits 1864 auf Schwächen der Begutachtung durch die unzureichende spezifische Qualifikation der Gutachter hin. Es scheint, als stehe die Zeit still, wenn man heute die Schlagzeilen der Boulevardpresse anschaut. Dabei hat die Forensische Psychiatrie und Psychotherapie große Fortschritte gemacht. Nie waren die Behandlungserfolge besser, nie waren die Rückfallraten niedriger und doch stellen immer wieder populistische Äußerungen alle Fortschritte in Frage. Dabei wurde gerade in Fragen der Begutachtung sehr viel getan. Viele rütteln an Gutachten wie Gutachtern, das Aushebeln von Gutachtern ist mancherorts bereits zum Sport für karriereorientierte Verteidiger geworden. Manchen von ihnen kennen Diagnosemanuale, Checklisten und Prognoselisten und deren Anwendbarkeit



Ludwig Meyer 1855:
Die Gutachten gereichten weder Ärzten noch dem Staate zur Ehre

mindestens ebenso gut wie der durchschnittliche Gutachter. Ein kurzes Anklicken angloamerikanischer Webseiten, denn von dort kommen die meisten der Listen und Manuale, dort wurden die meisten evaluiert, auf das dort untersuchte Klientel beziehen sich die meisten Ergebnisse und Aussagen, und schon stehen Cut-off-Werte im Raum. Deren suggestive Kraft ist verführerisch und entbindet von jeder subjektiven Bewertung und der damit verbundenen Verantwortung. An diesem Wert muss sich der Gutachter in seiner Aussage zunächst orientieren. Ein hoher Punktwert beispielsweise durch eine starke aktuarische Belastung kann durch die Werte, die den Therapieerfolg abbilden, allenfalls noch abgeschwächt werden. Den breiten Rücken, sich für den Therapieerfolg und gegen das einfache und unverfängliche „einmal Verbrecher, immer Verbrecher" zu entscheiden, brauchen Therapeuten, verantwortliche Chefärzte wie beurteilende Gutachter heute mehr denn je.
Bei der forensisch-psychiatrischen Beurteilung der Prognose lassen sich verschiedene Zugangswege und Methoden unterscheiden, diese schließen sich meines Erachtens nicht aus, sondern ergänzen und vervollkommnen einander:

- Intuitive Methode (subjektive Erfahrung, autoritär)
- Statistische Methode (empirische Daten)
- Klinische Methode (Exploration der Anamnese und Extrapolation in die Zukunft)
- Aktuarische Methode (einmal…, immer….)
- Risikofaktorenlisten (empirische Daten zu spezifischen Prädiktorenlisten)

Die kritische zusammenfassende Wertung spiegelt klinische Erfahrung und Kompetenz des Gutachters. Die Erstellung von Gutachten ist natürlich immer eingebunden in den gesellschaftlichen Kontext, hängt vom Stand der verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnisse ab. Je mehr Gutachten wie Gutachter in der Kritik der Öffentlichkeit stehen, je mehr Fehlerquellen aufgezeigt und angeprangert werden, je mehr auf die vermeintliche möglicherweise sogar unbewiesene Aussagekraft zusätzlicher Untersuchungen hingewiesen wird, umso mehr erfüllen die standesgemäß angefertigten Gutachten die geforderten Kriterien.
Wurden ursprünglich, in den frühen Untersuchungen zu Prognosegutachten in den 70er Jahren noch erhebliche methodische Mängel, Pseudodiagnostik sowie die Herabsetzung des Probanden angeprangert,

gerieten später Fehlerquellen bei Anamneseerhebung, Befunddokumentation und die Rollenperzeption ins kritische Augenmerk. Die Auswahl des Sachverständigen, dessen wissenschaftlicher Kenntnisstand wurden ebenso kritisiert wie die vorgeschobene gutachtliche Allwissenheit, die differentialdiagnostische Erwägungen unterschlägt zu Gunsten einer einfachen und schlüssigen Aussage. Eine aktuelle Erhebung von Frau Professor Nowara fand noch immer formale Mängel in bis zu 80 % der Gutachten, eine Themaverfehlung in 25 % sowie eine Befürwortung der Verlängerung der Unterbringung in 30 % ohne Begründung. Moderne Textverarbeitungsprogramme perfektionieren das Layout auch mangelhafter Gutachten, ein unkritischer möglicherweise sogar unzulässiger Einsatz verschiedener Instrumente verleitet dazu, einen Punktwert in den Raum zu stellen. Das Nichtinfragekommendürfen einer falsch negativen Beurteilung macht eine Entlassung auch therapeutisch erreichbarer Patienten immer schwieriger. Bereits jetzt droht die Bedeutung der Prognosewerte die gutachtliche Beurteilung zu überwiegen. Die gutachtliche Beurteilung läuft Gefahr durch bloße Werteerhebung quasi automatisiert vonstatten zu gehen. Gewiss werden kommende Gutachtensevaluationen gerade hierin wesentliche Kritikpunkte der aktuellen Gutachten erkennen. Nicht allein das Risiko, die Pathologie, darf im Zentrum der Beurteilung stehen, sondern eben auch der Umgang mit therapeutischen Angeboten, die Beeinflussbarkeit der Störung, die Führbarkeit des Patienten, kurz der Therapieerfolg. In der prognostischen Beurteilung gilt es dann Bedingungen zu formulieren, in denen der Proband führbar ist und in die er möglicherweise entlassen werden kann. Hierzu helfen forensisch erfahrene Therapeuten, entsprechende Settings und natürlich ausgebildete und geschulte Gutachter mit erworbenen Zertifikaten. Entsprechende Schulungen werden längst angeboten, entsprechende Bezeichnungen durch die DGPPN bzw. durch die Landesärztekammern können bereits erworben werden. Dieses Wissen muss allerdings auch in die Praxis fließen. Entsprechend gebildete Gutachter müssen auch beauftragt werden, das erworbene Wissen auch anwenden. Dies klingt zwar selbstverständlich, ist es aber keineswegs. Prognoseinstrumente können hilfreich sein und dazu beitragen, Risken abzuschätzen, hierzu müssen Aussagekraft, Anwendungsgebiet und Grenzen der Aussagekraft gekannt werden. Wissenschaftliche Daten werden in Untersuchungen gewonnen mit Hilfe statistischer Analysen. Wahrscheinlichkeiten können so beziffert werden. Kaum eine empirische Aussage trifft zu 100 % zu. Falsch

positive wie falsch negative Voraussagen sind unvermeidbar und müssen kritisch gewertet werden. Bei allen verfügbaren Instrumenten gibt es einen Überlappungsbereich, dessen Grenzen gekannt und interpretiert werden müssen. Das verfügbare Wissen eines Gutachters ist in den vergangenen Jahren sprunghaft gewachsen, die Anforderungen an seine Arbeit ebenfalls. Zu fordernde Mindeststandards sind heute

- Kenntnis wissenschaftlicher Methoden
- Kenntnis der Indikation und Aussagekraft der verwendeten Verfahren
- Sachgerechte Verwendung wissenschaftlich basierter aktueller Untersuchungsinstrumente
- Kenntnis und Bezugnahme auf aktuelle Rechtsprechung
- Evaluation und Auswertung eigener Beurteilungen

In Deutschland sind wissenschaftliche Untersuchungen zu Indikation, Einsatz und Aussagekraft dieser Instrumente spärlich. Die verfügbaren Daten stammen im Wesentlichen aus dem angloamerikanischen Sprachraum sowie den jüngsten Publikationen der Arbeitsgruppe um N. Nedopil in München. Genaue Erhebungen sind methodisch aufwändig, wenn nicht nur die eigenen Gutachten ausgewertet werden sollen. Dies setzt voraus, dass mehrere Gutachter sich auf ein einheitliches Vorgehen einigen, dass die Gerichte sich darauf einlassen, diese „Methode" quasi personenunabhängig zu beauftragen, dass zusätzliche Untersuchungen einheitlich durchgeführt werden und dass nach meist recht langer Wartezeit auch das Ergebnis der eigenen gutachtlichen Empfehlungen zur Kenntnis zu nehmen nicht gescheut wird. Nur bei methodisch sauberem wissenschaftlichen Vorgehen ist wirklicher Erkenntnisgewinn möglich. Meines Erachtens sollte dies bei einem so wichtigen Thema – dieser großen Widerstände zum Trotz – zumindest versucht werden.

Neurobiologie forensisch relevanter Störungen

Ein weiteres ganz zentrales Thema meiner Arbeit sowie – zumindest wie ich es sehe – der gegenwärtigen forensisch psychiatrischen Forschung sind neurobiologisch fundierte Modelle von Diagnostik und Therapie. Und damit komme ich zum 3. und letzten Schwerpunkt meiner wissenschaftlichen Laufbahn. Der Stellenwert, der den organischen Substraten bei der Persönlichkeitsdetermination zugebilligt wird, unterliegt noch

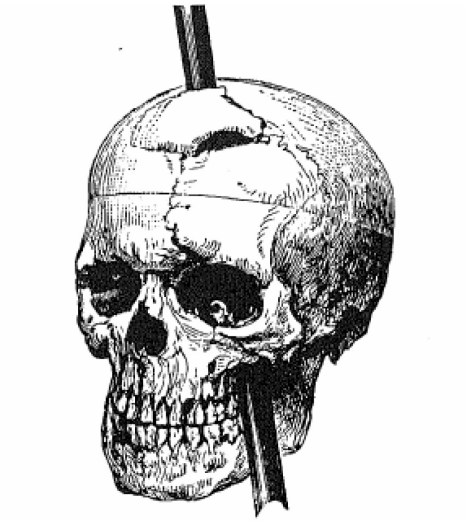


Fig. 7. Gage's skull with tamping iron *in situ* (Harlow, 1868).

Phineas P. Gage:
1856 Erworbener Psychopath?
(aus: M. Harlow (1968) Recovery from the passage of an iron bar through the head. Publications of the Massachusetts Medical Society 2, 327-347)

immer starken Schwankungen. Man denke nur an Gall und die Phrenologie als das eine Extremum sowie die noch nicht allzu lange zurückliegende Zeit der Antipsychiatriebewegung mit Übergewichten psychoanalytischer, psychodynamischer und gesellschaftlicher Einflussfaktoren. Woher kommt unsere heutige Gewissheit, dass psychische Funktionen an neuroanatomische und neurofunktionelle Korrelate gebunden sind? Einerseits von kasuistischen Schilderungen wie der über Phineas P. Gage. Seit dessen spektakulärer Pfählungsverletzung Mitte des 19. Jahrhunderts werden Störungen des Sozialverhaltens mit einer Veränderung des präfrontalen Kortex im Zusammenhang gebracht. Phineas P. Gage, einem Mitte 20-jährigen, gesunden und pflichtbewussten Vorarbeiter der Rutlington und Burlington Eisenbahngesellschaft beim Bau der Eisenbahntrasse durch die Neuenglandstaaten wurde bei einem Unfall ein Stampfeisen durch den Kopf gesprengt. Er war in Motorik, höheren kognitiven Fähigkeiten, Sehen und Hören unbeeindruckt, war allerdings in seinem Verhalten und in seinem Wesen verändert. Aus dem pflichtbewussten Vorarbeiter wurde ein aufsässiger lasterhafter Vagabund, der Jahre später bei den Gestrandeten in San Francisco aus dem Leben schied. Nachdem die posttraumatische Symptomatik von Phineas P. Gage der

der Probanden mit einer „Psychopathy“ glich, aber posttraumatisch erworben worden war, wurde das Syndrom „Acquired Psychopathy“ genannt. 150 Jahre später rekonstruierte die Arbeitsgruppe um Damasio den Weg des Stampfeisens durch das Gehirn. Sie zeigte, dass insbesondere orbitofrontal und ventromedial präfrontal gelegene Hirnverletzungen die spektakuläre Wesensänderung von Phineas P. Gage verursacht hatten. Seit dieser Zeit wird der präfrontale Kortex mit der Regulation des Sozialverhaltens in Verbindung gebracht.

Mit den inzwischen verfügbaren Untersuchungsverfahren ist es möglich, die Hirnfunktion auch bei lebenden Probanden zu untersuchen, beispielsweise mit dem Verfahren der Positronenemissionstomographie (PET): Ein in Regensburg untersuchter Proband durchlief Grund- und Hauptschule ohne gravierende Auffälligkeiten. Nach einem schweren Motorradunfall in dessen Folge er längere Zeit im Koma blieb, und nach einer längeren Phase der Rekonvaleszenz und Rehabilitation wurde der Proband mit einer Sexualstraftat auffällig, wobei er in extremen Maße Gewalt anwendete. Er wurde in einer forensischen Klinik untergebracht auf Grundlage des § 63 StGB. Hier verhielt er sich anzüglich und distanzlos, missbrauchte Lockerungen, setzte sich über Regeln und Normen hinweg. In Kenntnis der Vorgeschichte wurde eine bildgebende Diagnostik durchgeführt. Hirnstrukturell fand sich keine Veränderung des Gehirns. Hirnfunktionell konnten jedoch minderaktive Bezirke präfrontal sowie temporal nachgewiesen werden. Bei also strukturell unauffälligem Befund fand sich eine Funktionsveränderung des Gehirns in Schlüsselregionen für die Regulation des Sozialverhaltens, der Impulskontrolle sowie der Steuerung aggressiven Verhaltens. Dies bestärkte die These, dass präfrontale Hirnregionen wesentlich an der Verhaltensmodulation beteiligt sind. Andere Untersuchungen dagegen stellten die Bedeutung präfrontaler Regionen in Frage. So schoss sich ein verhaltensauffälliger Jugendlicher beim „Russisch Roulette“-Spielen durch den Kopf und verletzte den präfrontalen Kortex. Nach der Verletzung zeigte er keine Verhaltensveränderung. Entweder war der präfrontale Kortex also bereits vor der Schussverletzung so geschädigt, dass ein weiterer Schaden nicht mehr zu gravierenden Veränderungen führen konnte, oder er war bedeutungslos.

Diese Frage nach der Bedeutung posttraumatischer struktureller Veränderungen sprengt die Aussagekraft von diesen so genannten Läsionsuntersuchungen. Mit Hilfe von Aktivierungsuntersuchungen ist es nun

aber möglich, das Gehirn „in Funktion“ bzw. „bei der Arbeit“ zu untersuchen und die bei einer Aufgabe aktivierten, funktionierenden Areale zu erfassen. Entsprechende Untersuchungen führten wir in der Regensburger Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik der Universität Regensburg am Bezirksklinikum in Zusammenarbeit mit der Klinik für forensische Psychiatrie und Psychotherapie am Bezirksklinikum Regensburg bei Probanden mit „Psychopathy“, einer besonderen Form einer dissozialen Persönlichkeitsstörung durch. Wir nutzten Bildertafeln aus dem International Affective Picture System (IAPS) von Peter Lang, Florida zur Emotionsinduktion. Dabei wurden Sets von positiven, neutralen und negativen Bildertafeln präsentiert, während die Probanden mit dem Verfahren der funktionellen Magnetresonanztomographie untersucht wurden. Darüber hinaus wurden verschiedene Untersuchungen zur Stimmungsinduktion und zum Erfolg der Emotionsinduktion durchgeführt. Mit diesem Untersuchungsdesign war es möglich, die emotionsabhängige Hirnaktivierung zu untersuchen und zwischen den Probanden mit „Psychopathy“ und Kontrollprobanden zu vergleichen. Wir fanden unterschiedliche Aktivierungsmuster bei Probanden mit „Psychopathy“ im Vergleich zu Kontrollprobanden in den Schlüsselregionen der Emotionsverarbeitung: im präfrontalen Kortex, den Amygdala, subkortikalen und temporalen Hirnarealen. Dabei fanden wir im Bereich des rechten superioren temporalen Sulcus (STS) eine verminderte Aktivierung bei Probanden mit „Psychopathy“. Dieses temporale Hirnareal wird mit Empathie, also mit der Fähigkeit sich in das Gegenüber hineinzuversetzen, der Fähigkeit, zum Perspektivenwechsel, zu vergeben und zu vergessen in Verbindung gebracht. Genau in diesem Areal fand sich eine verminderte Aktivierbarkeit bei Probanden mit „Psychopathy“. Es fand sich also ein neurobiologisches Korrelat in einem Hirnareal, das mit der spezifischen Symptomatik der Probanden mit „Psychopathy“ in Verbindung gebracht wird.

Mit den heute verfügbaren neurobiologischen Untersuchungsverfahren können Probanden mit „Psychopathy“ auch hinsichtlich hirnstruktureller Veränderungen untersucht werden. Die Arbeitsgruppe um A. Raine beispielsweise fand Veränderungen des Hirnvolumens des präfrontalen Kortex bei diesen Probanden. Andere Arbeitsgruppen konnten die Auffälligkeiten des präfrontalen Kortex bei Probanden mit „Psychopathy“ dagegen nicht bestätigen. Stattdessen fanden diese Arbeitsgruppen Veränderungen des Hippokampus und des Temporallappens. Darüber

hinaus wurden auch Veränderungen des Balkens bei der „Psychopathy" nachgewiesen. Wir untersuchten 17 Probanden mit „Psychopathy" mit dem Verfahren der Voxel-basierten Morphometrie (VBM), einem Untersucher-unabhängigen, automatisierten und nicht Hypothesen-geleiteten Verfahren, um das gesamte Hirn hinsichtlich struktureller Auffälligkeiten zu untersuchen. Wir fanden in diesem Kollektiv von Probanden mit „Psychopathy" eine hoch signifikante Volumenverminderung des rechten superioren temporalen Sulcus (STS, BA 38; $p<0,05$ Bonferroni korrigiert). Dieser hoch signifikante Befund in einem Untersucher-unabhängigen und nicht Hypothesen-geleiteten automatisierten Verfahren zur Analyse des Gesamthirns wies auf eine bedeutende Rolle des rechten superioren temporalen Kortex bei Probanden mit „Psychopathy" hin.
Diese Daten, die auf eine zentrale Bedeutung des rechten temporalen Kortex bei der „Psychopathy" hindeuten, wurden inzwischen auch von anderen Arbeitsgruppen publiziert. Inzwischen wird diesem Hirnareal bei der sozialen Wahrnehmung, beim Perspektivenwechsel, bei der Fähigkeit zu vergeben und zu vergessen, bei der Empathie eine bedeutende Rolle zugeschrieben. Untersuchungen mit verhaltensgestörten Jugendlichen zeigten ebenfalls ein vermindertes Volumen des rechten superioren temporalen Kortex. Dies unterstreicht die Bedeutung des rechten superioren temporalen Kortex bei der Genese auffälligen, dissozialen Verhaltens und der Kernsymptomatik der „Psychopathy".

Perspektiven

Die Beurteilung von Schuldfähigkeit, Therapiefähigkeit und Prognose ist eingebunden in das ätiopathogenetische Spannungsfeld zwischen Erb- und Umweltanteilen. In Zukunft wird die Beurteilung der genetischen Faktoren ebenso wie der Umweltbedingungen und möglicherweise von Therapieeinflüssen eine bedeutende Rolle spielen. Bei der Erforschung der Aggressionsgenese wurde bereits ein kumulativer Effekt von genetischer Enzymausstattung und einwirkenden Umweltfaktoren nachgewiesen. Ein ähnliches Zusammenwirken ist auch bei weiteren forensisch relevanten Störungsbildern und Verhaltensmustern zu erwarten. Neurobiologische Forschung an forensisch relevanten Störungen wird im Zeichen von Diagnostik und Therapie stehen. Dabei werden insbesondere auch Aspekte der Therapie in den Vordergrund rücken. Es liegen bereits Studien zur Veränderung der Hirnfunktion durch therapeutische

Einflussnahmen vor. Beispielsweise genügt bereits die Einmalgabe eines gut verträglichen SSRI (Serotonin- Wiederaufnahmehemmers), um die Hirnfunktion nachweisbar zu verändern und dies ist mit bildgebenden Verfahren zu erfassen. Die Effekte einer Behandlung mit einem SSRI bei Probanden mit einer posttraumatischen Belastungsstörung wurden ebenfalls bereits publiziert. Auch die Effekte einer Verhaltenstherapie sind bereits abbildbar. Besondere Bedeutung bei der Anwendung neurobiologischer Verfahren in der forensischen Psychiatrie wird meines Erachtens das Verfahren der Real-Time-fMRT gewinnen, und zwar insbesondere bei der Behandlung psychisch kranker Straftäter. Mit diesem Verfahren ist es möglich, ein Signal der aktuellen Hirnaktivität des Probanden dem Probanden noch während der bildgebenden Untersuchung in den Scanner rückzuspiegeln. Quasi in einem Biofeedback-Verfahren kann so also die Funktion einzelner, möglicherweise pathologisch veränderter Hirnareale beeinflusst und normalisiert werden. Der Einsatz dieses Verfahrens bei Patienten und insbesondere auch bei Patienten mit forensisch relevanten Störungen steht bevor. Kombiniert man nun das Verfahren der Real-Time-fMRT mit einer speziellen Auswertetechnik, beispielsweise der ICA-Analyse oder anderen speziellen statistischen Verfahren, so ist es möglich, Untersucher-unabhängig und hypothesenfrei die Aktivierungsmuster des Probanden während der Untersuchung zu erfassen und damit auf bestimmte Aktivitäten während der Untersuchung rückzuschließen. So wird es möglich, die Aktivierung bestimmter Hirnareale mit einer Tätigkeit während der Untersuchung in Zusammenhang zu bringen. Diese technisch aufwändigen Verfahren stehen noch ganz am Anfang der Anwendbarkeit. Wenn sie Eingang in die klinische Diagnostik gefunden haben, werden damit möglicherweise scannergestützte Diagnosen möglich. Beispielsweise könnte so das Halluzinieren von produktiv-psychotischen Patienten während der Scanneruntersuchung erfasst werden. Gegenwärtig ist es bei solchen Untersuchung noch immer erforderlich, dass der halluzinierende Proband angibt, wann er halluziniert und wann nicht. Mit diesem neuen Verfahren der Real-Time-fMRT und der ICA-Analyse wird es vielleicht möglich werden, diese Halluzinationen auch ohne ein Mitwirken des Probanden über die aktiven Hirnareale nachzuweisen. Inzwischen wird auch der Einsatz des fMRT als zentralnervösem Lügendetektor bereits erforscht. Erste Auswertungen zeigen einen hohen Prozentsatz richtig erkannter Lügen,

allerdings bislang nur in einem speziellen Labordesign und mit kooperativen Probanden.
Bei all diesen Forschungstrends und den gewaltigen Möglichkeiten, die in der Anwendung dieser neurobiologischen Technik, gerade auch bei der Erforschung forensisch relevanter Störungen, liegen, ist es meines Erachtens von grundsätzlicher und herausragender Bedeutung, die besondere Stellung des untergebrachten Straftäters nicht aus den Augen zu verlieren. Diese birgt juristische ebenso wie ethische Brisanz. Forschung an forensisch relevanten Störungen ist in der Regel auch Forschung mit Untergebrachten. Diese sind auf Grund ihres Status als Abhängige besonders schützenswert und legen eine besondere ethische und juristische Verpflichtung auf. Neurobiologische Forschung an forensisch relevanten Störungen ist meines Erachtens unverzichtbar. Umso mehr müssen wir darauf achten, die gegebenen besonders hohen ethischen und juristischen Standards einzuhalten.

Was wird aus Göttingen?

Unabhängig von der gegenwärtigen Diskussion um Zerschlagung und Privatisierung, das Göttinger Modell, klinische Verantwortung und universitäre Forschung zu verbinden, bietet ideale und zumindest im Bereich des § 63 StGB bundesweit einzigartige Bedingungen. Gerade in der forensischen Psychiatrie und Psychotherapie gibt es einen immensen Bedarf nach harten und validen Daten, auf die Behandlung und Prognoseentscheide gestützt werden können: Wissenschaftlich fundierte Patientenversorgung, empirische Grundlagenforschung mit psychisch kranken Straftätern, Erfolgsevaluation von Behandlungskonzepten, Qualitätsebenso wie Erfolgskontrolle von gutachtlichen Empfehlungen und Gutachtensstandards. Die Georg-August-Universität Göttingen bietet für empirische und insbesondere neurobiologisch fundierte Forschung ideale Bedingungen: die Kernspinforschungsgruppe um Herrn Dechent, die Emotionsforschungsgruppe um Frau Irle und Herrn Weniger, die allgemeinpsychiatrische Universitätsklinik, die vom kommenden Direktor Herrn Falkai in diesem Sinne organisiert und weitergeführt wird. Hier bestehen und entwickeln sich sehr gute Kooperationsmöglichkeiten. In der Abteilung für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie des Landeskrankenhauses Göttingen stehen mit Zerschlagung und Privatisierung die Möglichkeit der Einbeziehung der Klinik und die wissenschaft-

liche Entwicklung klinischer Konzepte auf dem Prüfstand. Zum Zeitpunkt des Apero, auch zum Zeitpunkt der Drucklegung des Beitrages ist noch nichts endgültig entschieden. Erst mit der endgültigen Entscheidung Ende des Jahres kann das weitere Potential klinisch-forensischer Forschung in Göttingen abgesehen werden. Hierüber kann ich bei der nächsten Festschrift zu Ihrem 90-jährigen Geburtstag gerne berichten.

Ihnen, Herr Prof. Venzlaff, wünsche ich bis dahin alles Gute.