

Marc Graf
Martin Eichhorn

Werden psychiatrische Patienten zunehmend kriminalisiert, um für sie Behandlungsmöglichkeiten zu schaffen?

Is there a Reason to Criminalize Psychiatric Patients to Create Treatment Facilities for them?

Psychiatrie und Recht sind auf den ersten Blick zwei recht gegensätzliche Gebiete. Denken wir nur an die unterschiedlichen Menschenbilder und Fragestellungen in den beiden Fächern. Auch die zunehmende Verschärfung der Diskussionen zwischen Indeterminismus und Determinismus aufgrund der Resultate der aktuellen neuropsychiatrischen Untersuchungen beeinflussen das psychiatrische und juristische Denken in unterschiedlichen Facetten. Bei näherer Betrachtung ergeben sich aber durchaus viele Gemeinsamkeiten: beide, Psychiatrie und Recht, sind Grenzwissenschaften zwischen Natur- und Geisteswissenschaft. Beide haben, wenngleich zum Teil aus unterschiedlicher Perspektive, zum Ziel, die geistige und physische Unversehrtheit von Personen zu schützen oder wiederherzustellen. Beide verfolgen wesentliche soziale Ziele, beide wandeln sich mit der Zeit entsprechend den sozialen Veränderungen und beide stützen sich auf ähnliche Methoden der empirischen Forschung. Und zwischen beiden gab es und wird es immer Spannungsfelder geben. Wie gewichtet man die Fürsorge gegen die Freiheit, wo liegen die Grenzen der Eigenverantwortung [1]. Nur selten ist die Situation für eine eindeutige verurteilende Stellungnahme [2] für die Psychiatrie so einfach wie im Fall des in Arcansas zum Tode verurteilten Straftäters, der zum Tatzeitpunkt wegen seiner Schizophrenie unzurechnungsfähig war und nun auf gerichtliche Maßnahme zwangsweise mit Neuroleptika mediziert werden soll, damit die Todesstrafe bei wiederhergestellter Zurechnungsfähigkeit legal vollzogen werden könne [3].

Wechselwirkung von Psychiatrie und Recht

Eine verantwortungsvolle Psychiatrie ist ohne Kenntnis und differenzierte Anwendung der rechtlichen Rahmenbedingungen und Grundlagen nicht möglich. Es gibt eine starke Interaktion

zwischen Recht und Psychiatrie. Das Recht regelt nicht einseitig die Psychiatrie. Die Resultate der Psychiatrie-Enquete haben letztlich die Grundlagen für die aktuellen Spital- und Psychiatriegesetze geliefert. So sollten Veränderungen der Psychiatrie idealerweise laufend und zeitnah zu Anpassungen des entsprechenden Rechtes führen. In einem Bereich scheint sich aber im deutschsprachigen Europa eine zunehmende Diskrepanz aufzutun. Wir möchten dies am Beispiel einer kurzen Fallskizze zeigen:

Herr Y., ein 40-jähriger und seit 15 Jahren in der Schweiz lebender, verheirateter Türke, beschäftigte sich neben seinem Beruf als Fabrikarbeiter mit dem Import von antiken türkischen Kunstgegenständen. Beim Verkauf einer wertvollen Vase wurde er von einem Kollegen vor zehn Jahren betrogen. Er gab in der Folge seine Stelle auf und richtete sein ganzes Leben darauf aus, zu seinem Recht zu kommen. Er zerstritt sich zunehmend mit seiner Ehefrau und Verwandten, bezichtigte sie, mit dem Kollegen gemeinsame Sache zu machen und schlug schließlich seine Ehefrau wiederholt spitalreif. Schließlich wandte er sich Hilfesuchend an den städtischen Ombudsmann, der ihm nach sorgfältiger Prüfung der Akten und wiederholten Terminen auch nicht weiterhelfen konnte. Herr Y. fühlte sich auch vom ihm betrogen und äußerte ihm gegenüber wiederholt Todesdrohungen. Trotz Strafanzeige intervenierten die Behörden nicht. Als Herr Y. einige Tage später mit seiner Ehefrau, die er zwang, in einer Tasche eine Axt mitzutragen, vor dem Büro des Ombudsmannes erschien, um diesen zu erschlagen, wurde er verhaftet. Im Gefängnis kam es zum ersten psychiatrischen Kontakt: Eine wegen Suiziddrohungen beigezogene Assistenzärztin verneinte die Hafterstehungsfähigkeit und wies Herrn Y. in die psychiatrische Universitätsklinik ein, wo ein Oberarzt ihn am Folgetag bei gegebener Hafterstehungsfähigkeit zurück ins Gefängnis schickte. Weil le-

Institutsangaben

Psychiatrische Universitätsklinik Basel

Korrespondenzadresse

Dr. med. Marc Graf · Psychiatrische Universitätsklinik Basel · Wilhelm Klein-Straße 27 · 4025 Basel · Schweiz · E-mail: marc.graf@pukbasel.ch

Bibliografie

Psychiat Prax 2003; 30: 105 – 107 © Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York · ISSN 0303-4259

diglich der Straftatbestand der Drohung gegeben war, wurde Herr Y. bei fehlender Verhältnismäßigkeit aus der Haft entlassen, vom Gefängnis aus aber wegen behördlicher Bedenken direkt per zivilrechtlicher fürsorgerischer Freiheitsentziehung (analog dem deutschen Unterbringungsrecht) in eine kantonale psychiatrische Klinik eingewiesen. Weil sich Herr Y. dort unauffällig verhielt und niemanden bedrohte, beantragte die Klinik eine Aufhebung der fürsorgerischen Freiheitsentziehung. Die Behörde wies Herrn Y. daraufhin per strafprozessrechtlicher Freiheitsentziehung in die forensische Abteilung einer psychiatrischen Universitätsklinik ein und ordnete eine strafrechtliche Begutachtung an. Das Strafgericht folgte den Empfehlungen des Gutachters und sprach wegen der diagnostizierten, anhaltenden, wahnhaften Störung eine stationäre Maßnahme aus. Herr Y. kehrte auf strafrechtlicher Grundlage wieder in die kantonale psychiatrische Klinik zurück. Bei unverändertem Sachverhalt und gleichbleibendem psychischen Zustandsbild wurde Herrn Y. somit innerhalb weniger Wochen unter zivil-, strafprozess- und schließlich strafrechtlichen Rechtsgrundlagen die Freiheit entzogen. Neben erheblichen Belastungen für Herrn Y. fühlte diese „Odyssee“ wiederholt zur mangelnden Berücksichtigung der Gefährdung Dritter, dauernden Wechseln der Verantwortlichkeit und ungünstigen Voraussetzungen für eine Anschlusstherapie.

Keine zivilrechtliche Behandlungsgrundlage

Fälle, wie die des Herrn Y., bei dem eine psychiatrische Störung ohne dringende Behandlungsbedürftigkeit, ein geringer Straftatbestand, aufgrund der forensischen Beurteilung aber eine hohe Gefährdung für Dritte besteht, sind nicht selten und von zunehmendem gesellschaftlichen und medialem Interesse. Die Straftaten umfassen in der Regel Drohung, leichte Körperverletzung und das Nachstellen von Opfern („Stalking“) [4]. Die psychiatrischen Diagnosen lauten meist Persönlichkeitsstörung aus dem Cluster B, schizophrene Störungen oder Paraphilien, oft in Kombination mit dem Konsum psychotroper Substanzen. Es fehlt, bei gegebener individueller und sozialer Indikation und gegebenen Therapiemöglichkeiten die zivilrechtliche Grundlage, die eine Behandlung des Patienten gegen seinen Willen unter möglichst geringfügigen Einschränkungen seiner persönlichen Rechte gewährt.

Die rechtliche Hürde zur Anordnung einer unfreiwilligen Behandlung bei psychiatrisch unbestrittener Behandlungsbedürftigkeit liegt im Zivil- und im Strafrecht unterschiedlich hoch und wird in beiden Fällen durch die Beurteilung der Fremdgefährdung mitbestimmt. In der gängigen Praxis bildet somit die Freiheitsentziehung neben der Sicherung die Grundlagen für eine Therapie. Im Zivilrecht ist im Gegensatz zum Strafrecht die Möglichkeit der Anordnung einer Therapie gegen den Willen des Patienten ohne gleichzeitigen Freiheitsentzug nicht vorgesehen. In Österreich und Deutschland wurden Gewaltschutzgesetze geschaffen, welche bei Gefährdung Dritter zivilrechtliche therapeutische Maßnahmen vorsehen. Für die Gruppe jener psychisch Kranker, welche keine konkrete Gefährdung für Dritte darstellen, aufgrund ihrer krankheitsbedingten mangelnden oder fehlenden Einsicht in die Notwendigkeit einer Behandlung aber im Sinne der „Drehtür-Psychiatrie“ durch die Maschen des psychiatrischen Versorgungsnetzes fallen, sind diese Gesetze aber nicht

geeignet. Durch diese fehlende Versorgung entsteht zwar nur selten ein konkreter Schaden für Dritte, dieser kann jedoch im Ereignisfall gravierend sein.

Prävention von Fremdgefährdung. Konsequenzen einer Lücke

Wir stehen somit im deutschsprachigen Europa vor der Situation, dass bezüglich Freiheitsentzug zwischen Zivil- und Strafrecht für die oben geschilderten Gruppen von Personen im Hinblick auf Prävention vor Fremdgefährdung eine eigentliche Lücke klafft. Welches sind die Konsequenzen dieser Lücke?

1. Psychisch Kranke werden durch eine enge Auslegung des Gefährlichkeitsbegriffes im Zivilrecht und konsekutiv eher weiten Definition im Strafrecht „kriminalisiert“ [5].
2. Diese Lücke kann ein weiterer Grund dafür sein, dass psychisch Kranke erst zu einem sehr späten Zeitpunkt im Krankheitsverlauf einer adäquaten Therapie zugeführt werden. Dadurch entsteht nicht „nur“ unnötig viel menschliches Leid, diese Personen sind auch tatsächlich einem höheren und über einen längeren Zeitraum andauernden Risiko ausgesetzt, fremdgefährliche Straftaten zu begehen.
3. Dadurch werden sie potenziell ein zweites Mal Opfer ihrer Erkrankung, wenn sie die zunehmend härteren rechtlichen Folgen einer schwerwiegenden Straftat zu spüren bekommen.
4. Es ist anzunehmen, dass sowohl zivil- als auch strafrechtliche Freiheitsentzüge in missbräuchlicher Art und Weise zeitlich ausgedehnt werden, um Therapieerfolge zu konsolidieren und Gefährdungen Dritter zu vermeiden.

Dies sind nur die aus unserer Sicht im klinischen und forensisch-gutachterlichen Alltag wichtigsten Konsequenzen der Lücke zwischen Zivil- und Strafrecht. In der Praxis entstehen daraus noch weit mehr Probleme.

Es wäre eine Illusion, anzunehmen, dass diese Lücke in absehbarer Zeit ausgefüllt werden könnte. Letztendlich geht es um die seit Menschengedenken bestehende konflikthafte Güterabwägung zwischen der freien Entfaltung der Persönlichkeit einerseits und dem Schutz der Persönlichkeitsrechte von potenziellen Opfern und Tätern andererseits. Eine Angleichung rechtlicher Hürden zur Anordnung einer unfreiwilligen Behandlung aus der jeweils zivil- und strafrechtlichen Optik wäre ein wünschenswertes Ziel, das die Wahrnehmung der klinischen und der forensischen Psychiatrie in der Öffentlichkeit konsistenter werden ließe.

Outpatient commitments

Die im angelsächsischen Raum und zunehmend auch in den skandinavischen Ländern verbreiteten gesetzlichen Regelungen im Sinne eines „outpatient commitments“, das heißt einer zivilrechtlichen Verpflichtung zur ambulanten Therapie scheint zumindest einige dieser Probleme zu mindern [6–8]. Derartige Gesetze stellen die rechtlichen Rahmenbedingungen dar, dass ein stationär behandelter psychiatrischer Patient unter bestimmten Bedingungen bei seiner Entlassung zu einer Fortführung der Therapie im ambulanten Setting verpflichtet werden kann. Dies

kann sowohl psychotherapeutische als auch psychopharmakotherapeutische Maßnahmen beinhalten. Hält sich der Patient nicht an die entsprechenden Auflagen, kann er z. B. seinem ambulanten Therapeuten zur Beurteilung oder weiteren Therapie vorgeführt werden und bei einer Zustandverschlechterungen rechtzeitig wieder hospitalisiert werden. Die jeweiligen Gesetze sind sehr unterschiedlich ausgestaltet und beinhalten in sehr unterschiedlicher Art und Weise konkrete Ausführungsbestimmungen. Dementsprechend fallen die Beurteilungen der Wirksamkeit und Praktikabilität, aber auch des jeweiligen Missbrauchspotenziales unterschiedlich aus [9].

Die beiden Wegweisenden Studien zur Wirksamkeit der „outpatient commitment programs“, abgekürzt OPC, sind die so genannte Duke-Studie aus North-Carolina [10,11] sowie die New Yorker Studie von Steadman et al. [12]. Beide weisen auf einen positiven Effekt im Hinblick auf die Abnahme gewalttätigen Verhaltens psychisch kranker Personen hin. Der positive Effekt ist bei den Psychoseerkrankten am höchsten. Patienten mit Persönlichkeitsstörungen, Paraphilien oder reinen Störungen mit Konsum psychotroper Substanzen wurden nicht untersucht. Ein positiver Effekt zeigte sich nur unter der gleichzeitigen Kombination von Verpflichtung zur Therapie einerseits und einer ausreichenden Therapie andererseits. Als ausreichend zeigte sich eine Therapie, wenn sie über eine Dauer von mehr als ein 180 Tagen intensiver Betreuung ging, wobei „intensive Betreuung“ mindestens sieben Kontakte pro Monat bedeutete.

Mehrere Autoren deuten aber auch auf Probleme oder Einschränkungen eines OPC hin: McCubbin monierte am Kongress der International Academy of Law and Mental Health 1999 [13], dass der Begriff der Gefährlichkeit zunehmend missbraucht werde, um eine primäre Behandlungsbedürftigkeit durchzusetzen. 2002 in Amsterdam fragte die bekannte Forensikerin Pamela Taylor am Kongress der gleichen Vereinigung provokativ ins Plenum, ob wir unsere Patienten zu kriminalisieren haben, damit die notwendigen therapeutischen Ressourcen bereit gestellt werden. Hotopf wies eine Zunahme der unfreiwilligen stationären Zuweisungen in Großbritannien seit der Einführung des „Mental Health Act“ um mehr als 60% nach [14]. Simon bemängelt, dass auch im ambulanten Bereich der Kostendruck oft zu verfrühten Entlassungen und somit zum Phänomen der Drehtür-Psychiatrie führt [15].

Dass andere Autoren für Alternativen zum OPC, zum Beispiel das „intensive case management“, ohne rechtlich verpflichtende Auflagen für den Patienten, vergleichbare positive Resultate fanden, liegt wohl eher in der Mobilisierung der in jenen Ländern nur beschränkt verfügbaren Ressourcen begründet. Entsprechend sollte man diesbezüglich nur vorsichtig Rückschlüsse auf das deutschsprachige Europa mit grundsätzlich guter ambulanter Versorgungsstruktur ziehen. Ein Vergleich der gegenwärtigen Raten an unfreiwilligen Zuweisungen in psychiatrische Kliniken zeigt denn auch erhebliche Differenzen: in Amerikanischen Bundesstaat North Carolina erfolgen 90% aller Einweisungen in öffentliche psychiatrische Kliniken unfreiwillig, in Griechenland 80% und in Estland 2,3%. In der Schweiz liegt der Anteil unfreiwilliger Klinikeinweisungen wie in anderen mitteleuropäischen Ländern bei weniger als 11% [16].

Sicherlich wird die Datenlage zur Beurteilung der Wirksamkeit derartiger zivilrechtlicher ambulanter Maßnahmen laufend besser. Auch aus der gegenwärtigen prospektiven McArthur-Studie zur Untersuchung von Gewalt, insbesondere auch der niederschweligen wie z. B. Drohungen, sind wichtige Erkenntnisse zu erwarten [17,18].

Wollen wir Psychiater nun verhindern, dass weiter tendenziell einseitig im Bereich des Strafrechtes immer einschneidendere Maßnahmen zum Schutz der öffentlichen Sicherheit getroffen werden, ohne parallel dazu die notwendigen präventiven Mittel zu schaffen, so sind wir in die Pflicht genommen. Es gilt, auf die vorhandenen Defizite aufmerksam zu machen, Entscheidungsgrundlagen zu schaffen und Lösungsansätze aufzuzeigen.

Literatur

- 1 Bruns G. Ordnungsmacht Psychiatrie? Psychiatrische Zwangseinweisung als soziale Kontrolle. Opladen: Westdeutscher Verlag, 1993
- 2 Kurt H, Dittmann V, Elsner G. Zwangsbehandlung psychisch kranker Straftäter; Offener Brief an die amerikanische Botschaft in der Schweiz. Schweizerische Ärztezeitung 2003; 84 (13): 580
- 3 Piotrowski C. Schizophrener Mörder soll hingerichtet werden: US-Gericht verfügt Medikamentengabe. Neue Zürcher Zeitung, 15.2.2003: p55
- 4 Meloy JR. The Psychology of Stalking: Clinical and Forensic Perspectives. London: Academic Press, 2001
- 5 Miller RD. Economic factors leading to diversion of the mentally disordered from the civil to the criminal commitment systems. Int J Law Psychiatry 1992; 15 (1): 1 – 12
- 6 Swartz MS, Swanson JW, Wagner HR, Burns BJ, Hiday VA. Effects of involuntary outpatient commitment and depot antipsychotics on treatment adherence in persons with severe mental illness. J Nerv Ment Dis 2001; 189 (9): 583 – 592
- 7 Szmukler G, Hotopf M. Effectiveness of involuntary outpatient commitment. Am J Psychiatry 2001; 158 (4): 653 – 654
- 8 Torrey EF, Zdanowicz M. Outpatient commitment: what, why, and for whom. Psychiatr Serv 2001; 52 (3): 337 – 341
- 9 Redgely M, Borum R, Petrila J. The Effectiveness of Involuntary Outpatient Commitment: Empirical Evidence and the Experience of Eight States. Rand Corporation, 2001 (oder www.rand.org/publications/MR/MR 1340)
- 10 Hiday VA, Swartz MS, Swanson JW, Borum R, Wagner HR. Impact of outpatient commitment on victimization of people with severe mental illness. Am J Psychiatry 2002; 159 (8): 1403 – 1411
- 11 Swartz MS, Swanson JW, Hiday VA, Wagner HR, Burns BJ, Borum R. A randomized controlled trial of outpatient commitment in North Carolina. Psychiatr Serv 2001; 52 (3): 325 – 329
- 12 Steadman HJ, Gounis K, Dennis D, Hopper K, Roche B, Swartz M, Robbins PC. Assessing the New York City involuntary outpatient commitment pilot program. Psychiatr Serv 2001; 52 (3): 330 – 336
- 13 McCubbin M, Cohen D. The rights of users of the mental health system: the tight knot of power, law and ethics. Toronto: Vortrag am XXIVth International Congress on Law and Mental Health, 1999
- 14 Hotopf M, Wall S, Buchanan A, Wessely S, Churchill R. Changing patterns in the use of the Mental Health Act 1983 in England, 1984 – 1996. Br J Psychiatry 2000; 176: 479 – 484
- 15 Simon RI. Psychiatrists' duties in discharging sicker and potentially violent inpatients in the managed care era. Psychiatr Serv 1998; 49 (1): 62 – 67
- 16 Riecher-Rössler A, Rössler W. Compulsory admission if psychiatric patients-an international comparison. Acta Psychiatrica Scandinavica 1993; 87: 231 – 236
- 17 Skeem JL, Mulvey EP. Psychopathy and community violence among civil psychiatric patients: results from the MacArthur Violence Risk Assessment Study. J Consult Clin Psychol 2001; 69 (3): 358 – 374
- 18 Appelbaum PS, Robbins PC, Monahan J. Violence and delusions: data from the MacArthur Violence Risk Assessment Study. Am J Psychiatry 2000; 157 (4): 566 – 572