

ZUM THEMA: GEFÄNGNIS-PSYCHIATRIE

J. L. Müller – N. Nedopil:

Unter Mitarbeit von F. J. Freisleder, M. Graf und R. Haller

FORENSISCHE PSYCHIATRIE

Klinik, Begutachtung und Behandlung zwischen Psychiatrie und Recht

Georg Thieme-Verlag, Stuttgart-New York 2017. 5. überarbeitete Auflage, 539 S., 16 Abb., € 133,70

ISBN 978-3-13-103455-7

eISBN (PDF) 978-3-13-240092-4

eISBN (epub) 978-3-13-240093-1

Seelische Störungen nehmen zu. Das hört und liest man jeden Tag und findet es sogar in seinem weiteren Umfeld vermehrt bestätigt.

Auch Aggression und Gewaltbereitschaft nehmen zu. Auch das findet man täglich in den Medien bestätigt, vor allem in der Tageszeitung, was aufgrund der Nähe der beschriebenen Vorfälle besonders beunruhigt.

Wenn also beides zunimmt, stellt sich dem kritisch Denkenden auch eine besondere Frage, nämlich: Wie sieht es eigentlich in den Vollzugsanstalten aus, in denen – wie man hört – zunehmend Platzmangel herrscht. Und die – das ist das besonders Beunruhigende –, von der Zunahme psychischer Erkrankungen nicht ausgenommen sein dürften. Vielleicht sogar von der unseliger Kombination: „kriminelles Verhalten im Rahmen einer seelischen Störung“. Kurz: Es drängt sich auch für den Laien, vor allem aber sämtliche Berufsgruppen, die mit den beiden Phänomenen mehr oder weniger in Berührung kommen (müssen), die Frage auf: Gibt es eine Art „Gefängnis-Psychiatrie“? Und wenn ja, wie sieht das statistisch, psychopathologisch, diagnostisch und – falls überhaupt – therapeutisch und präventiv aus?

Die Antwort: Es gibt eine *Gefängnis-Psychiatrie*, die in der Tat die zuständigen Institutionen mit einer wachsenden Zahl komplexer Aufgaben bedrängt. Nachfolgend des-

halb eine kurzgefasste Übersicht zu diesem Thema, basierend auf dem entsprechenden Kapitel in dem bewährten Fachbuch *Forensische Psychiatrie* im Thieme-Verlag in 5. überarbeiteter Auflage 2017. Im Einzelnen:

Risiko-Population unter neuen Bedingungen

Die psychiatrische Versorgung in den Haftanstalten hat in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen. Niemand bezweifelt es. Das Problem ist aber alt und wurde schon früher wissenschaftlich bearbeitet. Die vereinzelt publizierten Publikationen über die Diagnostik und Behandlung bei Häftlingen unter den besonderen Bedingungen des Freiheitsentzugs, wie dies früher formuliert wurde, haben aber inzwischen nur noch begrenzte Bedeutung. Warum? Nicht nur generell, auch die Population der Haftanstalt und ggf. notwendige psychiatrische Versorgung hat sich in den letzten Jahren sehr geändert.

Derzeit findet sich nämlich in den Gefängnissen eine ausgesprochene Risiko-Population, wie es die Experten bezeichnen: Drogen- und Alkoholabhängige, Asylbewerber, die unter Entwurzelungs-Syndromen leiden, soziale Schwache, die außerhalb der betreuenden Einrichtungen keine Versorgung finden u.a.m.; sie alle und noch ein nicht unerhebliches zusätzliches Kollektiv auf mehreren psychopathologischen Ebenen machen einen großen Teil der derzeitigen Häftlings-Population aus.

Das hat schon zu der (US-amerikanischen) Erkenntnis geführt, dass „die Haftanstalten die psychiatrischen Einrichtungen der armen Leute werden könnten“. Was findet sich nun dabei an epidemiologischen Problemen im weitesten Sinne unter halbwegs fundierten wissenschaftlichen Bedingungen?

In ausländischen Studien wird von unterschiedlichen Anteilen psychisch Kranker und Gestörter unter den Häftlingen berichtet. Dabei muss man allerdings zwischen Untersuchungs-Häftlingen und Strafgefangenen differenzieren. Während beim einen relativ ungefiltert erfasst wird, was in das Gefängnis-System eintreten muss, ist bei Letzteren bereits ein Selektions-Prozess erfolgt. Dabei zeigt sich, dass die Zahl psychisch Gestörter und auch der Anteil ernsthaft kranker und vor allem psychotischer Häftlinge relativ hoch sind und dass sich diese Situation in den letzten 15 Jahren noch verschärft hat.

Vor allem der Anteil der Persönlichkeitsstörungen ist erschreckend hoch und liegt je nach Studie zwischen 40 und 65 % aller Inhaftierten. Dabei handelt es sich insbesondere um antisoziale, Borderline- und paranoide Persönlichkeiten. Erschwerend noch ein Phänomen, das sich zwar generell findet, in diesen Fällen aber besonders ausgeprägt belastet: Gemeint ist die Ko-Morbidität, d. h. wenn eine Krankheit zur anderen kommt. Gerade bei den Persönlichkeitsstörungen in Haftanstalten sind diese Mehrfach-Erkrankten häufiger als in anderen Populationen. Das erfordert natürlich ein spezielles therapeutisches Vorgehen, ähnlich dem im Maßregelvollzug in psychiatrischen Kliniken.

Eine besondere Aufmerksamkeit verdient die psychiatrische und psychologische Betreuung in Jugend-Vollzugsanstalten, da hier die Zahl von Betroffenen mit besonderem psychopathologischem Risiko-Profil auch besonders hoch ist, und das zu Beginn eines Lebensweges mit ganz offenbar ungünstigen Voraussetzungen.

Ein weiteres Problem ist das altersmäßige Gegenstück, nämlich die zunehmende Zahl älterer oder gar alter Gefangener. Denn hier geht es nicht nur um die verlängerten Straf- und Haftzeiten und die Zunahme der Sicherungs-Verwahrung, hier geht es auch um die generelle Verlängerung der Lebens- und sogar Vitalitätsspanne. Oder konkret: Mit der zunehmenden Aktivität alter Menschen wächst auch die Wahrscheinlichkeit von Kriminalität und deren Sanktionierung in späteren Lebensabschnitten – mit allen Konsequenzen auf beiden Seiten.

Einzelne psychiatrische Krankheitsbilder

Wie setzt sich nun die derzeitige Morbidität von Häftlings-Populationen in Deutschland zusammen? Dazu gibt es leider nur wenige Daten. Was verfügbar ist, legt nahe, dass Schizophrene seltener im Strafvollzug unterbracht sind. Das mag in anderen Nationen anders sein, doch verhindert das deutsche Strafrecht in aller Regel den Strafvollzug bei psychotischen Tätern in Haftanstalten, da diese als vermindert schulfähig oder schulfunfähig in Maßregelvollzugs-Einrichtungen, d. h. in den forensischen Abteilungen der psychiatrischen Kliniken untergebracht oder anderweitig versorgt werden.

Die Häufigkeit von affektiven Störungen (also Depressionen und manische Hochstimungen), sowie von Persönlichkeitsstörungen, Substanzmissbrauch und -abhängigkeit

(Alkohol, Rauschdrogen, Medikamente, Mehrfachabhängigkeit) dürfte mit jener in anderen westlichen Ländern vergleichbar sein. Und das besagt im Gesamtüberblick: Im Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung kommen psychischen Störungen in Haftanstalten mehr als 3-mal so häufig vor.

In einer Reihe von Untersuchungen wurde auch darauf hingewiesen, dass in Häftlings-Populationen eine besondere Häufung von Persönlichkeitsstörungen zu registrieren ist. Und die wiederum können aufgrund ihrer besonderen Empfindlichkeiten und ihrer auffälligen Verhaltensweisen gehäuft Anlass für psychiatrische Interventionen geben. Das betrifft am ehesten Dissoziale und Borderline-Persönlichkeitsstörungen.

Ein besonderes Problem ist der Umstand, dass nicht jedes Bundesland über stationäre psychiatrischen Einrichtungen im Justizvollzug verfügt. In einigen Bundesländern erfolgt deshalb die psychiatrische Versorgung von Gefangenen durch Konsiliarärzte und externe Institutionen. Ein einheitliches Konzept für eine „Gefängnis-Psychiatrie“ gibt es in Deutschland jedenfalls nicht. Deshalb auch keine einigermaßen verlässliche Analyse des Versorgungs-Bedarfs.

Welches sind nun besonders problematische Aufgaben auf psychopathologischer und damit diagnostischer und therapeutischer Ebene in Strafvollzugs-Institutionen? Es sind vor allem Haft-Reaktionen, Suizidgefahr sowie im Speziellen Alkohol- und Drogenmissbrauch. Im Einzelnen nach dem entsprechenden Kapitel des Fachbuchs *Forensische Psychiatrie* von J. L. Müller, N. Nedopil und Mitarbeiter:

- **Haftreaktionen**

Schon unter seelisch nicht auffällig Inhaftierten treten in Haftanstalten spezielle Belastungen auf, die zu entsprechenden Krisen und Reaktionen führen können. Bei psychopathologischen Störungsbildern umso mehr und ausgeprägter. Dazu gehören vor allem die so genannten *Haft-Reaktionen*. Meist entstehen sie aufgrund von Eingewöhnungs-Schwierigkeiten in einer sehr beengten Umwelt. Hier ist man einerseits von seinen bisherigen Kontaktpersonen isoliert, andererseits zu einer räumlichen Nähe mit Unbekannten gezwungen. Dazu kommen Repressionen aller Art von verschiedenen Seiten, ungewohnte Hierarchien und entsprechende Durchsetzungs-Strategien etc. Und schließlich die Konfrontation mit der eigenen Tat und den eigenen Defiziten, die einem nach Inhaftierung besonders bewusst werden.

Deshalb ist es nicht verwunderlich, dass sich so genannte Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen häufen bzw. zu den häufigsten Diagnosen in Haftanstalten gehören. Hier treten sie auch weitaus öfter auf als in der Allgemeinpsychiatrie oder im Maßregelvollzug der forensischen Abteilungen psychiatrischer Kliniken. Man spricht laut entsprechender Untersuchungen von über 40 % der Untersuchungs-Häftlinge.

Zu den *typischen Haftreaktionen* gehören:

- Suizidalität und Selbstbeschädigungen durch Schnittverletzungen, Fremdkörper-Schlucken oder Fremdkörper-Einführen
- Fremd-Aggressionen mit körperlichen Angriffen oder Querulanz
- Fantasie-Bildung im Sinne von Unschulds-Fantasien oder delinquenten Größen-Fantasien sowie
- Rückzug.

Bisweilen kommt es auch zu psychotischen Reaktionen wie Verfolgungs-, Begnadigungs- oder Unschulds-Wahn. Sie gehören eher zu den vorübergehenden akuten psychotischen Störungen. Seltener als früher und eher bei ausländischen Häftlingen werden Pseudo-Demenzen oder simulierte Psychosen (Geisteskrankheiten) gesehen.

Zu den typischen Haftreaktionen, die jedoch nicht psychiatrisch behandelt werden, zählen insbesondere in langen Unterbringungen so genannte Institutionalisationsschäden wie Überangepasstheit, Unselbständigkeit und Fassadenhaftigkeit.

• **Suizidgefahr**

Suizidgedanken, ja Suizidversuche und Selbsttötungen sind im Gefängnis besonders häufig. Kein Wunder wegen der dann doch besonderen Belastungen: Inhaftierung, neue Umfeld-Situation, die Tat und deren Sanktionierung u. a. Doch Suizidalität ist nicht nur bei Untersuchungs-Häftlingen ein besonderes Risiko, obgleich absolut gesehen die meisten Suizide und Suizidversuche in Haftanstalten von ihnen begangen werden. Relativ am häufigsten, bezogen auf die jeweilige Häftlingspopulation, sind diejenigen Häftlinge mit besonders langen Strafen betroffen. Grund: die Perspektivlosigkeit ihres aktuellen Daseins.

Kurz: Die Selbsttötung ist die häufigste Todesursache in Haftanstalten. Die Europäische Strafvollzugs-Statistik beweist: Mehr als ein Drittel der Todesfälle in Haftanstalten ist durch eigene Hand bedingt. Während die Suizidrate in der Allgemeinbevölkerung der deutschsprachigen Länder in den letzten drei Jahrzehnten abnahm, stieg sie in den Haftanstalten kontinuierlich an. So beispielsweise auch in Österreich im 5-Jahres-Durchschnitt: 1991 bis 1996 nahezu 3-mal so hoch wie im Zeitraum von 1967 bis 1971 und über 7-mal so hoch wie in der Gesamtbevölkerung. Ähnlich in italienischen und kanadischen Untersuchungen (wobei man bei Letzteren auch eine erhöhte Rate von Suizid-Versuchen vor der Inhaftierung feststellte). In Deutschland fand man eine 6,5-mal höhere Suizidrate in Gefängnissen wie in der Vergleichspopulation. Insgesamt irritieren aber doch erhebliche Unterschiede zwischen den einzelnen Nationen und auch von Jahr zu Jahr.

Eine Suizid-Gefahr findet sich vor allem bei den Persönlichkeitsstörungen, wobei auch autoaggressives und selbstverletzendes Verhalten eine Rolle spielen. Auch Drogen- und Alkoholabhängige, hier ebenfalls überrepräsentiert, haben ein erhöhtes Suizidrisiko, vor allem nach dem erzwungenen Suchtmittel-Entzug.

Darüber hinaus fällt ein allgemeines suizidales Risiko-Profil bei Alleinstehenden ohne Arbeit und ohne festen Wohnsitz sowie mit niedrigem Bildungs-Niveau auf. Dies betrifft mehr als jeden Zehnten.

Natürlich müssen auch anstalts-interne Risikofaktoren berücksichtigt werden. Beispiele: Das Fehlen einer sinnvollen Beschäftigung, Bedrohungen und körperliche Übergriffe von Mitgefangenen, Überbelegungen und Isolierung (was mindestens jeden Fünften belasten soll).

Als *besondere Risikofaktoren* werden von entsprechenden Untersuchungen ange-mahnt:

Alter über 40 Jahre, ohne festen Wohnsitz vor Inhaftierung, keine oder nur eine vorhe-rige Inhaftierung, Missbrauch von harten und weichen Drogen oder von Alkohol und Drogen gleichzeitig, frühere Suizidversuche oder Selbstverletzungen, keine Besuche von Bezugspersonen, psychische Störungen sowie Verlusterlebnisse wie Scheidung, Trennung u. ä.

- **Alkohol- und Drogenmissbrauch**

Alkohol- und Drogenmissbrauch kamen mehrfach zur Sprache – zuvor, d. h. in Freiheit. Doch auch in Haftanstalten sind sie trotz aller Kontroll-Maßnahmen nicht lückenlos zu verhindern. Entsprechende Urin-Kontrollen von Häftlingen fanden in mehr als jedem 10. Fall positive Befunde, was vermutlich aber der Realität nicht entspricht (da nur jene Häftlinge einem Screening unterzogen werden, die Ausgang begehren).

Auffällig ist auf jeden Fall die hohe Zahl von Benzodiazepin-Missbrauch, also der häufigsten Beruhigungsmittel-Substanz generell. Woher, bleibt unklar, doch dürften es vor allem haft-interne Schwarzmarkt-Praktiken sein, die zu den häufigsten Lieferanten zählen.

Auf jeden Fall ist der Substanz-Missbrauch in der Anstalt nicht selten ein Entlassungs-Hindernis, zumal mit einer erhöhten Rückfallrate verbunden. Denn wer in der Haftanstalt nicht in der Lage ist, die dortigen Regeln einzuhalten, bei dem besteht auch in Freiheit ein höheres Risiko zu Regelverstößen mit entsprechenden Konsequenzen.

Möglichkeiten und Grenzen einer haft-internen Behandlung

Das alles führt zur Frage: Was kann man tun, trotz begrenzter Möglichkeiten auf allen Ebenen? Das Problem: Die Behandlungskonzepte müssen den Anforderungen der spezifischen Klientel angepasst sein. Das hat seine eigenen Schwierigkeiten, man kann es sich denken.

Die wichtigste Aufgabe ist die Krisen-Intervention, von der Beratung bis zur Intensiv-Betreuung. Auch die Abschätzung und damit Minimierung des Suizid-Risikos und zuvor die Prüfung der Haftfähigkeit gehören zu den entsprechenden forensischen Aufgaben eines Gefängnis-Psychiaters. Die Behandlung von Psychosen erfolgt dagegen nach denselben Grundsätzen wie in einer psychiatrischen Klinik oder Ambulanz. Das besondere, bereits erwähnte Problem bei diesen Fällen ist die relativ häufige Doppel-Diagnose, vor allem Psychose und Persönlichkeitsstörung oder Abhängigkeit. Das bedarf natürlich einer speziellen fachärztlichen Betreuung.

Wichtig ist nicht nur die Kontrolle des Drogenmissbrauchs, sondern auch die Behandlung von Entzugs-Syndromen. Überhaupt gewinnen psychiatrische Screening-Unter-

suchungen bei der Aufnahme in Haftanstalten zunehmend an Bedeutung, um schon im Vorfeld psychischen Störungen, Behandlungsbedarf, Abstinenz-Symptome und drohende Suizidalität rechtzeitig zu erkennen. Dies gilt vor allem für Risikopopulationen wie jugendliche und zunehmend alte Inhaftierte.

Forensisches Standardwerk in 5. Auflage

Allein diese wenigen Ausführungen zeigen, wie bedeutsam die *forensische Psychiatrie* im Allgemeinen und konkrete Fragestellungen wie die Gefängnis-Psychiatrie im Speziellen geworden sind. Hier braucht es ein gesammeltes Fach-Wissen, das ständig überprüft und aktualisiert und neuen (gesellschaftlichen) Zusatzproblemen angepasst wird. Das setzt viele interdisziplinäre Diskussionen mit medizinisch-psychologischen und juristischen Experten voraus, um neue Problemfelder zu lösen, die dem einzelnen Spezialisten nicht unbedingt geläufig sein dürften. Dies ist besonders bei forensischen Fragen nicht immer problemlos. Ärztliches Handeln und angepasstes straf-rechtliches Denken kann nicht frei von Gegensätzen sein, was Kompromisse auf beiden Seiten verlangt, um zu individuell angemessenen Entscheidungen zu gelangen. Und das in einem Gebiet mit sich ständig ändernden politischen, rechtlichen und wissenschaftlichen Bedingungen, von gesellschaftlichen Strömungen und besonderen Belastungen ganz zu schweigen.

Um nur einige Stichworte zu nennen: Die Codierung der Patientenrechte, die Überarbeitung der Maßregelvollzugs- und Psychiatrischen Krankengesetze, die Novellierung des § 63 StGB, die neuen psychiatrischen Erkenntnisse bzw. wissenschaftlichen Schlussfolgerungen, wie sie in den entsprechenden „Bibeln“ wie DSM-5[®] und demnächst ICD-11 aufgeführt, empfohlen oder gar bindend gemacht werden u.a.m.

Dies alles also in der neu überarbeiteten Auflage der *Forensischen Psychiatrie* von J. L. Müller und N. Nedopil und ihren Mitarbeitern sowohl als Standard-Nachschlagewerk als auch ergänzt durch eine Online-Version in der eRef. Und dies mit einem eindrucksvollen Literaturverzeichnis von fast 2000 Stellen und einem Sachwortverzeichnis in ähnlicher Dimension. Kurz: *das* aktuelle, praxis-orientierte und gleichzeitig anschauliche Fachbuch über die psychiatrische Begutachtung im Straf-, Zivil-, Verkehrs- und Sozialrecht (VF).