

Probleme des psychiatrischen Dienstes in Untersuchungshaft

Autor(en): **Binswanger, Ralf**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Kriminologisches Bulletin = Bulletin de criminologie**

Band (Jahr): **4 (1978)**

Heft 1

PDF erstellt am: **27.06.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-1046990>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Probleme des psychiatrischen Dienstes in Untersuchungshaft*

Dr.med.Ralf Binswanger, Oberarzt, Psychiatrische Universitäts-Poliklinik, Zürich

Bevor ich auf die konkrete Situation des psychiatrischen Dienstes in Untersuchungsgefängnissen eingehe, möchte ich einige Gedanken entwickeln zum Thema: " Mit wem haben wir es eigentlich zu tun ?", Was für Leute, aus psychiatrischer Sicht, sitzen in Untersuchungsgefängnissen ? Ich sehe etwa 5 Kategorien. Diese umfassen das ganze Spektrum zwischen gesund einerseits und eindeutig krank andererseits. Auf der einen Seite dieses Spektrums trifft man :

1. Ganz wenige Geisteskranke, welche eindeutig psychiatrische Patienten sind.
2. Erschreckend viele Heroinsüchtige, bei denen es sich im weiteren Sinn ebenfalls um psychiatrische Patienten handelt und bei denen die Unterstellung unter die Kompetenz der Justizorgane grundsätzlich problematisch ist.
3. Auf der anderen Seite finden sich : ganz wenige offenbar psychisch Gesunde, welche mindestens vordergründig aus relativ freier Entscheidung heraus delinquierte. Möglicherweise sind in diesem Sinne auch ein Teil der einsitzenden Ausländer psychisch gesund, aber infolge materieller Notlage in ihren Heimatländern in eine delinquente Notlage geraten. Vielleicht wären bei den relativ Gesunden auch gewisse Wirtschaftskriminelle einzuordnen, welche höchstens eine Karikatur dessen darstellen, was in unserer Gesellschaft als tüchtig, erfolgreich und fähig gilt.

Zwischen diesen beiden Extremen sehe ich :

4. Ueberangepasste, ganz besonders pflichtbewusste ,gehemmte Persönlichkeiten, welche in einer Ausnahmesituation ein Gewaltdelikt verübten. Als überangepasst und gehemmt wirken auch ein Teil der Sexualdelinquenten, welche aus ihrer sexuellen Verhaltensabweichung heraus immer wieder mit dem Strafgesetzbuch in Konflikt geraten.
5. Der Haupttharst betrifft aber die grosse Gruppe von immer wieder rückfälligen Kleinkriminellen, welche in ein Randgebiet der Psychiatrie fallen. Sie sind, vielleicht zusammen mit den unter 4. genannten Inhaftierten nicht im medizinischen Sinne krank, ebenso sicher aber auch nicht eigentlich psychisch gesund.

*Referat an der Bezirksärztetagung vom 20.April 1978 in Zürich

Eine erste spezielle Schwierigkeit des Psychiaters in Haftanstalten liegt darin, dass die psychiatrische Ausbildung bezüglich der psychischen Störungen dieser grossen Gruppe von Rückfallsdelinquenten sehr einseitig ist. Wir begegnen ihnen in unserer Assistentenzeit einerseits als Gutachtenfälle, andererseits als Störer in psychiatrischen Kliniken, und wir etikettieren sie dann mit Begriffen wie " Psychopathen" oder " Verwahrloste". Als Gutachtenfälle lernen wir sie verzerrt kennen, da wir ihnen faktisch in einer richterähnlichen Rolle begegnen. Wir antworten auf juristische Fragestellungen, die wir als empirische Wissenschaftler erkenntnistheoretisch eigentlich gar nicht beantworten können. Dementsprechend feiert das " autistisch-undisziplinierte Denken in der Medizin" (E. Bleuler) auf diesem Gebiete Urständ, was uns letztlich unbefriedigt lässt. Auch als Störer in psychiatrischen Kliniken, denen wir mit ärztlichen Mitteln nicht gewachsen sind, frustrieren uns diese Persönlichkeiten. Teilweise infolge dieses Mangels an beruflicher Befriedigung entwickeln wir negative Gefühlsreaktionen solchen Patienten gegenüber. Meine persönliche "Ausbildung" auf diesem Gebiete wurde erweitert und bereichert durch die Möglichkeit, in der Strafanstalt für Rückfällige in Regensdorf mit dieser Personengruppe formalisierte Psychotherapie durchführen zu können. Dadurch konnte ich ihnen ohne richterliche Expertenstellung begegnen, musste sie nicht als Störer in einer ärztlichen Umgebung erleben und konnte durch Ablehnung jeglicher professioneller Machtausübung eine therapeutisch abstinente Haltung entwickeln. Diese Situation ermöglicht einen vertieften Zugang zu diesen Menschen, von denen man Dinge hört, die man als Gutachter kaum zu hören bekommt oder dann nicht ernst nimmt.

Diese therapeutische Tätigkeit konfrontierte mich aber erneut in aller Schärfe mit der Frage, ob Kriminelle psychisch krank seien. Ich bekam vor allem von Kollegenseite eine Reihe von Einwänden zu hören, die ich alle voll und ganz akzeptiere :

1. Die Kriminalität ist in erster Linie ein soziales Problem und höchstens nebenbei und teilweise ein psychiatrisches.
2. Die Insassen wollen gar nicht als Patienten behandelt werden. Sie akzeptieren eine "gerechte Strafe" besser als wohlgemeinte Massnahmen übereifriger Psychiater.
3. Eine psychiatrisch/psychotherapeutische Auffassung von Rückfallsdelinquenz stigmatisiert die Betroffenen zusätzlich als "psychiatrische Fälle", neben ihrer ohnehin bestehenden Stigmatisierung als "Regensdörfler". Dies erschwert die Eingliederung zusätzlich.
4. Wir dürfen als Psychiater nicht den Anschein erwecken, wir könnten Kriminalitätsprobleme lösen und dadurch Aufgaben übernehmen, denen wir ohnehin nicht gewachsen sind.

Alle diese Einwände sind richtig. Meine therapeutische Tätigkeit will sie nicht in Frage stellen; sie will nur an einer zusätzlichen, tiefenpsychologisch orientierten Dimension festhalten. Diese sieht beim immer wieder ins Gefängnis zurückkehrenden Insassen neben den drückenden und unterdrückenden sozialen Problemen auch eine

bestimmte psychische Gestörtheit und Folgen einer sozialen Schädigung. Ich möchte dies am Beispiel einer meiner ersten Gutachtenfälle erläutern:

Ein junger Mann aus emotional zerrütteten Verhältnissen kommt zur Begutachtung, weil er bereits das dritte Mal wegen einer Serie von Einbrüchen und Einbruchversuchen sowie Entwendungen von Autos zum Gebrauch unter Anklage steht. Die Deliktsbeträge sind jeweils relativ gering. Jede dieser Serien beginnt mit einem Einbruch in das Büro eines früheren Arbeitgebers, wo er versucht, den Kassenschrank zu leeren. Von diesem ersten Einbruch aus lässt sich die Spur immer sofort zu seinen weiteren Straftaten weiterverfolgen. Das erste Delikt trägt jeweils die unverkennbare "Handschrift" dieses Täters, sodass dessen Ueberführung ein leichtes ist. Es leuchtet ein, dass dieser Mann neben den Sachschäden an seinen Opfern in erster Linie sich persönlich schädigt und dass ein solches Verhalten nicht als berechnende Bereicherungsversuche eines psychisch gesunden Uebeltäters angesehen werden kann. Vielmehr zeigt sich, dass wie beim Neurotiker eine Störung der Konfliktverarbeitungs-fähigkeit vorliegen muss. Franz Alexander hat dieses Verhalten als "alloplastische Konfliktlösung" beschrieben, im Gegensatz zur "autoplastischen Konfliktlösung", wie wir bei Neurotikern finden. Diese verändern in erster Linie sich selbst, indem sie psychische und körperliche Symptome wie Zwänge, Phobien, Angstzustände, Lähmungen etc., aber auch Charakterveränderungen entwickeln. Der sogenannte Psychopath dagegen verändert in erster Linie die Umgebung, beispielsweise eben durch Einbrechen, Randalieren, Zusammenschlagen der Zelle etc.. Zur alloplastischen Konfliktlösung gehört auch die Tendenz, die Gefühle seines Gegenübers zu verändern und zu manipulieren. Deshalb reagieren wir so leicht entweder mit Ueberengagement oder übertriebener Ablehnung diesen Menschen gegenüber. Als weiteres Symptom alloplastischer Konfliktlösung ist auch die Tendenz dieser Patienten aufzufassen, die Organe der Strafverfolgung ständig in Trab zu halten, oft in der nicht aufgebbaren tiefen Hoffnung, dass ihre Not endlich verstanden wird und man ihnen wirklich einmal gerecht werde. Eine Grundproblematik unserer Strafjustiz liegt eben gerade darin, dass sie bei dieser alloplastischen Konfliktlösung oft so perfekt mitspielt und die Störung dadurch eher vertieft und fixiert statt verringert.

Aus den angeführten Gründen halte ich deshalb den bereits teilweise erfolgten Aufbau eines psychotherapeutischen Dienstes in der Strafanstalt Regensdorf für gerechtfertigt. Dieser ist personell getrennt vom heute zu besprechenden psychiatrischen Dienst. Er findet in einem Freiraum innerhalb der Anstalt statt, wobei die Therapeuten auf jegliche Expertenfunktion der Anstalt gegenüber verzichten. Bei diesen handelt es sich um teilzeitlich verpflichtete Psychologen aus der Privatpraxis. Wir gehen davon aus, dass die psychische Störung von Rückfallsdelinquenten nur bei einem Teil von ihnen überhaupt ein Stück weit behandelbar ist und nur im Rahmen einer - abgesehen von der Unfreiwilligkeit des Gefängnis-aufenthaltes - wirklich freiwilligen Therapie. Auch dies ist eine Analogie zu den in Freiheit lebenden Neurotikern : von ihnen ist

ebenso nur ein Teil im Rahmen einer freiwilligen Therapie ein Stück weit behandelbar.

Aus dem Gesagten ergibt sich, nebenbei, eine dringende Bitte an Sie, soweit Sie als psychiatrische Gutachter tätig sind : Es ist vollkommen überflüssig, in einem Gutachten eine "ambulante Psychotherapie während des Strafvollzuges" im Sinne von Art. 43 Ziff. 1 Abs. 1 StGB zu empfehlen, also ohne Strafaufschub im Sinne von Art. 43 Ziff. 2 Abs. 2 StGB. Wenn aufgrund Ihres Gutachtens eine solche Behandlung vom Gericht angeordnet wird, zerstört sie in der Regel die allfällige Motivation eher, den psychotherapeutischen Dienst in Anspruch zu nehmen, als dass es dem Verurteilten etwas hilft. In Uebereinstimmung mit Herrn Kollegen Vossen bin ich der Ansicht, dass ein therapeutisches Angebot in Strafanstalten in Erfüllung von Art. 46 Ziff. 2 StGB ohnehin gemacht werden muss.

Im Gegensatz zum psychotherapeutischen Dienst, welcher nur in der Strafanstalt Regensdorf und nicht im Bezirksgefängnis besteht, führt der psychiatrische Dienst beider Haftanstalten keine eigentlichen längerfristigen respektive intensiveren Behandlungen durch. Vielmehr handelt es sich um eine poliklinische Psychiatrie mit dem Schwergewicht auf der Krisenintervention. Für diesen psychiatrischen Dienst ergeben sich genau dieselben Probleme ärztlichen Handelns, wie sie der somatische Mediziner so eindrücklich beschrieben hat. So muss sich der Psychiater um die Verbesserung der Haftbedingungen kümmern, will er seiner Pflicht nachkommen.

Der psychiatrische Dienst erstellt keine formellen strafrechtlichen Gutachten, wohl aber bei Bedarf und beim Vorliegen einer Entbindung vom Arztgeheimnis Zeugnisse und ärztliche Berichte. Prinzipiell ist es unser gemeinsames Anliegen, dass der gefängnisärztliche Dienst sich nicht von einem ärztlichen Dienst in Freiheit unterscheidet. Der Patient soll also jederzeit das Recht haben, in Behandlung zu gehen, aber auch das Recht, diese zu verweigern.

Trotzdem unterscheidet sich natürlich die psychiatrische Tätigkeit im Gefängnis in mancher Hinsicht von der draussen. Erstens begegnen wir unserem Patienten in einer Ausnahmesituation. Sie sind mehr oder weniger unfreiwillig inhaftiert, und die Institutionen der Strafjustiz haben Einfluss auf praktisch sämtliche Lebensbereiche des Insassen. Dies führt dazu, dass wir auf psychiatrische Zustandsbilder stossen, welche ausserhalb des Gefängnisses kaum vorkommen. Es stellt sich das Problem der Abgrenzung zwischen echten psychischen Störungen einerseits und sogenannter Aggravation andererseits. Es gibt "Simulanten" im Gefängnis, wobei nach unserer Erfahrung eine reine Simulation Ausnahme sein dürfte. Vielmehr muss eine allfällige Aggravation im Rahmen der alloplastischen Konfliktlösungstendenz gesehen werden und ist meist ein Ausdruck von dahinterliegenden schweren psychologischen Problemen.

Für den Psychiater ist es überdies viel schwieriger als für den Körpermediziner, seine Befunde zu objektivieren. Wir können keine für sich sprechenden Laborwerte vorweisen. Einziges diagnostisches Hilfsmittel ist die Begegnung mit dem Patienten. Ferner sind wir auf Auskünfte von Drittpersonen angewiesen.

Aus dem Gesagten ergibt sich, dass psychiatrische Untersuchungen im Gefängnis zeitraubend sind und eine Erstuntersuchung selten kürzer als 1 Stunde dauern kann. Für die zusammengesetzte rund 420 Insassen der Strafanstalt Regensdorf und des Bezirksgefängnisses Zürich steht die Arbeitskraft eines Assistenten und die halbe Arbeitskraft eines Oberarztes zur Verfügung. Intern teilen sich je zwei Assistenten und zwei Oberärzte in diese Aufgabe, sodass niemand vollamtlich im psychiatrischen Dienst der Haftanstalten tätig ist.

Aus der Aufwendigkeit psychiatrischer Tätigkeit in den Gefängnissen einerseits und der knappen personellen Dotierung andererseits ergeben sich wichtige Konsequenzen: Erstens ist die intensive Zusammenarbeit mit dem Internisten eine Grundbedingung einer erfolgreichen psychiatrischen Tätigkeit. Sehr viel psychische Probleme können deswegen auch vom somatischen Mediziner erledigt werden. Zweitens sind wir bis zu einem gewissen Grad darauf angewiesen, auswärtige Fachkräfte zusätzlich beiziehen zu können. Dies betrifft vor allem die vielen Heroinsüchtigen, vor allem in der Entzugsphase, aber auch andere schwierige Fälle, wo eine intensivere Betreuung, als wir sie anbieten können, notwendig ist.

Nicht nur unter dem Gesichtspunkt, dass wir mit unserer Arbeitskraft vielen Problemen nicht gewachsen sind, ist dieses Postulat für uns eine dringende Notwendigkeit. Vielmehr geht es auch häufig darum, mit Hilfe einer Art von durchgehender Betreuung günstig auf die Langzeitprognose gerade bei Drogensüchtigen einzuwirken.

Hier komme ich auf eine weitere Schwierigkeit der psychiatrischen Arbeit im Gefängnis zu sprechen: Den Organen der Haftanstalt sowie der Strafverfolgung geht es darum, kurzfristig gesehen die Häftlinge in den Anstaltsbetrieb einzuordnen und die reguläre Durchführung von Strafuntersuchung und Gerichtsverhandlung zu ermöglichen. Demgegenüber müssen wir immer die längerfristige psychologische Entwicklung im Auge behalten. Diese liegt unseres Erachtens auch im Interesse der Kriminalitätsbekämpfung. Es muss uns ein Anliegen sein, dass der Insasse nicht noch lebensuntüchtiger und noch verbitterter aus dem Gefängnis hinausgeht, als er vielleicht vorher schon war. Es ist ein wichtiges Anliegen des gefängnisärztlichen Dienstes, solches psychologisches Denken in den Gefängnisbetrieb und in die Organe der Strafjustiz hineinzutragen. So ist beispielsweise das unangepasste Verhalten eines Insassen für den Gefängnisverwalter oder den Bezirksanwalt eine Disziplinwidrigkeit, welche entsprechend geahndet werden muss. Für uns ist es ein Konfliktlösungsversuch und häufig Ausdruck gesunder

Persönlichkeitsanteile, zu deren Reifung wir vielleicht etwas beitragen können. Es ist eine kriminologische Binsenwahrheit, dass angepasstes Verhalten im Gefängnis nicht für eine positive längerfristige Entwicklung spricht. Die neueste Untersuchung von Albrecht (a.a.O.) hat dies wieder einmal mit aller Deutlichkeit bestätigt.

Unseren Anliegen, im Sinne der längerfristigen psychologischen Entwicklung zu arbeiten, sind naturgemäss in der Untersuchungshaft Grenzen gesetzt : Wir dürfen den Haftzweck, nämlich die Verhinderung von Flucht und Kollusion nicht behindern und müssen auch für das Anliegen der Sicherheit im Gefängnis Verständnis haben. Wir sind uns bewusst, dass im Untersuchungsgefängnis mit einer kleinen Anzahl potentiell sehr gefährlicher Insassen zu rechnen ist. Es besteht unseres Erachtens aber die Gefahr, dass wegen der Gefährdung durch diese wenigen Insassen unsere Bemühungen um die Mehrheit der kleinen Rückfallsdelinquenten in unzumutbarer Weise beeinträchtigt werden, indem extreme Sicherheitsvorkehrungen undifferenziert auf das ganze Gefängnis ausgedehnt werden. Wir müssen uns dafür engagieren, dass diese Mehrheit weniger gefährlicher Kleinkrimineller trotzdem sachgerecht betreut werden kann. Ich bin überzeugt, dass sich hier tragbare Lösungen finden lassen.