

Untersuchungshaft und Strafhaft

Aus: *Recht&Psychiatrie* 4/2019: Martin Zinkler, Sebastian von Peter: <https://tinyurl.com/martinzinkler>

Ohne Zwang – ein Konzept für eine ausschließlich unterstützende Psychiatrie

Aus dem Obengesagten wird deutlich, dass auch in Untersuchungshaft oder Strafhaft jede psychosoziale Unterstützung und Behandlung dem Willen und den Präferenzen der betreffenden Person folgt. Bei der Entscheidung über Untersuchungshaft oder bei der Länge des Strafmaßes gilt wieder das Diskriminierungsverbot: Keinesfalls darf der Person durch die Diagnose einer psychischen Störung ein Nachteil entstehen. Die Zeit in Untersuchungshaft bzw. in Strafhaft darf nicht länger sein, bzw. auch die Einschränkungen in Haft nicht härter, als für Personen ohne psychiatrische Diagnose, denen ein vergleichsweise schweres Delikt vorgeworfen wird oder die wegen eines ähnlich schweren Delikts verurteilt wurden.

Die bisherigen Vorschriften für eine strafrechtliche Unterbringung in einer psychiatrischen Klinik müssen dafür so verändert werden, dass eine Klinikunterbringung

1. nur noch infrage kommt, wenn sie dem Willen und den Präferenzen der Person entspricht, und
2. nicht länger dauert als der Freiheitsentzug in Haft, wenn keine psychische Störung vorläge.

Die psychosozialen Dienste sind im neuen ausschließlich helfenden System in die Lage zu versetzen, eine Person in Untersuchungshaft oder Strafhaft jederzeit zu besuchen, zu beraten und Hilfsangebote zur Verfügung zu stellen, einschließlich psychotherapeutischer Begleitung und medikamentöser Behandlung. Krisenteams arbeiten nicht nur in der Gemeinde (Outreach), sondern selbstverständlich auch in Justizvollzugsanstalten (Inreach).

Bei Entscheidungen über Hafterleichterungen oder vorzeitige Haftentlassung können Behandlungsbereitschaft und Behandlungsergebnis einbezogen werden. Personen, die sich behandeln lassen, kann daraus ein Vorteil entstehen gegenüber denen, die eine Behandlung rundum ablehnen. Gerade bei solchen Entscheidungen soll eine unterstützende und unabhängige Beratung, am besten durch psychiatrienerfahrene Peers erfolgen, in denen Vor- und Nachteile einer vorgeschlagenen Behandlung erörtert werden. Zur Abwägung der gesundheitlichen Risiken einer längeren Neuroleptikabehandlung gegenüber den Vorteilen einer früheren Entlassung aus der Haft sind unabhängige und

aktuelle Informationen (z. B. Lehmann et al. 2017) erforderlich, damit Wille und Präferenzen der Person zum Tragen kommen können.

Die Justiz soll für fachliche Einschätzungen über Rückfallgefahr und Gefährlichkeit nicht die Behandlungsteams befragen, sondern Fachleute, die getrennt vom Behandlungsteam eine Prognose erstellen. Die betreffende Person entscheidet, ob sie ihr Behandlungsteam von der Schweigepflicht entbinden und ihre Behandlungs- oder Beratungsunterlagen für die Prognoseerstellung der Justiz überlassen möchte.

Richter oder Ärzte, die bisher psychiatrische Zwangsmaßnahmen genehmigen oder anordnen, gehen davon aus, dass damit gesundheitliche Schäden, Verelendung, Suizide, Straftaten oder Obdachlosigkeit verhindert werden können. Tatsächlich fehlt es an Beweisen dafür, dass diese Maßnahmen wirksam sind.

Die sorgfältigste Studie dazu wurde in Großbritannien nach der Einführung der ambulanten Zwangsbehandlung (Community Treatment Order, CTO) durchgeführt (Burns et al. 2013). Gerichtlich stationär untergebrachte Patienten wurden zum Zeitpunkt der geplanten Entlassung aus der Unterbringung randomisiert entweder einer ambulanten Zwangsbehandlung oder einer Beurlaubung mit nachfolgender regulärer Entlassung zugewiesen. Die Patienten mit ambulanter Zwangsbehandlung hatten ebenso viele stationäre Wiederaufnahmen, waren ebenso lange in der Gemeinde, bis sie wieder im Krankenhaus aufgenommen wurden und zeigten keine Veränderungen in klinischen oder sozialen Variablen (Symptome und soziales Funktionsniveau). Die Autoren der Studie schließen:

We believe that there should be a moratorium on the further imposition of CTOs (and consideration of those already in place) other than in research settings unless and until convincing evidence of their effectiveness is obtained. It may be time to cease pursuing risk-based coercive interventions (which lack evidence) and refocus our efforts into restoring enduring and trusting relationships with patients (Burns & Molodynski 2014).