

# Patienten mit schizophrenen Störungen im psychiatrischen Maßregelvollzug

## Ergeben sich Konsequenzen für die Allgemeinpsychiatrie?

**Seit Jahren lässt sich ein Anstieg der Belegungszahlen in der forensischen Psychiatrie registrieren, der vorwiegend auf die steigende Anzahl schizophrener Patienten, die nach § 63 StGB im Maßregelvollzug untergebracht sind, zurückzuführen ist. So hat sich die Zahl der in Nordrhein-Westfalen unter dieser Diagnose untergebrachten Patienten von 1994 bis 2006 verdreifacht [2, 9]. Ähnliche Zahlen werden aus Hessen berichtet [15], wo Patienten mit schizophrenen und affektiven Störungen mittlerweile ca. 50% der Untergebrachten stellen.**

Über die Ursache dieses Anstiegs wird kontrovers diskutiert, wobei mögliche Gründe im Bettenabbau der Allgemeinpsychiatrie nach der Psychiatrie-Reform und in der Verkürzung der Verweildauer aufgrund von Einsparerfordernissen bzw. einer restriktiven Kostenpolitik der Kostenträger gesehen werden [2, 5, 20]. Außerdem wird ein Rückzug der Allgemeinpsychiatrie von Behandlungsaspekten skizziert, die mit aggressivem Verhalten der Patienten bzw. Zwangsmaßnahmen gegen sie zu tun haben. Dies führt zu einer „Auslagerung“ [19] bzw. „Transinstituationalisierung“ [15] problematischer Patienten aus der regulären psychiatrischen

Versorgung in forensische Behandlungsinstitutionen.

Dass eine solche Transinstituationalisierung in der Tat stattfindet, belegen Daten von Kutscher et al. [9]: 78,3% der Maßregelvollzugspatienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis aus Nordrhein-Westfalen waren vorab schon in der Allgemeinpsychiatrie stationär behandelt worden. Nahezu identische Zahlen (76,8%) hatten Haller et al. [3] für eine Gruppe straffällig gewordener schizophrener Patienten in Österreich erhoben. 11% der Patienten aus Nordrhein-Westfalen wurden darüber hinaus innerhalb von 4 Wochen, weitere 17,3% innerhalb von 3 Monaten nach der Entlassung aus einer stationären psychiatrischen Behandlung straffällig. Weithmann und Traub berichten für Baden-Württemberg [27], dass ein Viertel der schizophrenen Patienten im 63er Maßregelvollzug innerhalb der ersten 4 Monate nach einer Klinikbehandlung ihr Einweisungsdelikt begangen hatten. Diese Ergebnisse machen deutlich, dass es sich um ein Patientenkollektiv handelt, das auch für die Allgemeinpsychiatrie relevant ist.

Die Frage der Vergleichbarkeit von schizophrenen Patienten einer Maßregelvollzugsklinik mit denjenigen der Allgemeinpsychiatrie wurde von Lincoln et al.

[12] bearbeitet. Auch hier bestand beim Großteil der Maßregelvollzugspatienten (80%) mindestens eine allgemeinpsychiatrische stationäre Vorbehandlung. Bei der standardisierten Prüfung des Risikoprofils für Gewaltdelikte mit dem HCR-20 [26] wiesen Patienten der Allgemeinpsychiatrie ein ähnliches Risikoprofil wie die Patienten der forensischen Psychiatrie auf. Somit scheint es sich hinsichtlich der klinischen Symptomatik nicht um distinkte Gruppen zu handeln. Unterschiede zeigten sich hauptsächlich bezüglich der Vorgeschichte mit Gewaltdelikten, die in der forensischen Patientengruppe häufiger gegeben war.

Die Annahme einer „zunehmende(n) Vernachlässigung einer Gruppe schwer Kranker, die nicht imstande ist, die Angebote moderner psychiatrischer Versorgung zu nützen“ [19], ist jedoch nur bedingt berechtigt. Bezüglich der allgemeinpsychiatrischen Vorgeschichte der schizophrenen Maßregelvollzugspatienten konnte nämlich in einer Berliner Studie [21] kein allgemeinpsychiatrisches und insbesondere kein medika-

---

Der vorliegenden Arbeit liegen Ergebnisse des an der Medizinischen Fakultät der Universität Rostock durchgeführten Promotionsprojektes von Herrn R. Wolff zugrunde.

**Tab. 1** Unterbringungsdelikte im Ländervergleich

Delikt	Nordrhein-Westfalen [9]	Mecklenburg-Vorpommern
Tötungsdelikt (inkl. Versuche)	29,4%	22,2%
Körperverletzung	29,6%	35,6%
Sexualdelikt	12,8%	11%
Eigentumsdelikt	14,9%	8,8%
Brandstiftung	8,9%	20%
Sonstige Delikte	4,5%	4,4%

**Tab. 2** Allgemeinpsychiatrische Vorgeschichte der Maßregelpatienten im Ländervergleich

	Nordrhein-Westfalen	Mecklenburg-Vorpommern
Anteil von Patienten mit stationärer Vorbehandlung	78,3%	84,4%
Durchschnittliche Zahl der Aufenthalte	7,5	5,7
Anteil von Patienten mit unfreiwilligen stationären Vorbehandlungen	88,6% (dieser Wert wurde in der Studie aus 2006 nicht erhoben, die Prozentangabe repräsentiert ein Teilergebnis einer Folgeuntersuchung)	40%
Durchschnittliche Behandlungsdauer je Aufenthalt	9,7 Wochen	5,1 Wochen
Gesamtbehandlungsdauer	44,9 Wochen	29,3 Wochen
Gesetzliche Betreuung	36%	33%

mentöses Versorgungsdefizit festgestellt werden. Jedoch waren bei den späteren Maßregelvollzugspatienten in den Jahren 2002 bis 2004 nur 24 von 110 Entlassungen aus der Allgemeinpsychiatrie aufgrund einer ärztlichen Einschätzung erfolgt. Ein großer Teil der „Entlassungen“ erfolgte durch Entweichung oder gegen ärztlichen Rat. Dies macht deutlich, dass Schanda mit der vorab zitierten Aussage auch nicht falsch liegt. Es scheint nämlich in der Tat um eine Gruppe von Patienten zu gehen, die durch Behandlungsansätze, die auf Krankheitseinsicht aufbauen und eine aktive Mitarbeit des Patienten erfordern, nicht erreichbar ist.

## Methodik

Unsere Studie folgt dem Studiendesign von Kutschner et al. [9], daher konnte mit dem Einverständnis der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Universität Rostock auf das Ethikvotum der Universität Duisburg-Essen zurückgegriffen werden.

Aufbauend auf den Erhebungsbogen von Kutschner [9] wurde ein anonymisierter Fragebogen mit 108 Items konstruiert. Mithilfe dieses Instruments sollten Aussagen zum Klientel der Patienten mit Er-

krankungen aus dem schizophrenen Formenkreis in den Maßregelvollzugseinrichtungen des Landes Mecklenburg-Vorpommern getroffen werden. In diesem Bundesland ist die Unterbringung von Maßregelvollzugspatienten in allgemeinpsychiatrischen Abteilungen nicht üblich bzw. möglich. Beide Leiter der forensischen Maßregelvollzugseinrichtungen (Dipl.-Med. R. Strohm und Dr. Dr. M. Gillner) waren bereit, die Untersuchung zu unterstützen, sodass das Ziel einer Kompletterhebung erreicht werden konnte. Die Klinikleitungen definierten die in Frage kommende Patientengruppe und vermittelten den Kontakt zu den Behandlern, die zum Teil alleine, zum Teil zusammen mit dem Zweitor autor den anonymisierten Erhebungsbogen ausfüllten. Die gewonnenen Daten wurden in eine SPSS-Maske eingegeben und mit diesem Auswertungsprogramm bearbeitet.

Auf diese Weise wurden retrospektiv soziodemographische und die psychiatrische bzw. juristische Vorgeschichte betreffende Daten aller Patienten mit Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis (ICD-10: F20-F29) erhoben, die 2007 nach § 126a Strafprozessordnung (StPO) vorläufig bzw. nach § 63 Strafge-

setzbuch (StGB) im Maßregelvollzug des Landes M-V untergebracht waren.

## Ergebnisse

Im Erhebungszeitraum vom 01.01. bis 31.12.2007 wurden in den beiden Maßregelvollzugskliniken Ueckermünde und Stralsund 202 Patienten nach § 63 StGB bzw. § 126a StPO behandelt. 45 dieser Patienten (39 Männer und 6 Frauen) litten an einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis. Dies entspricht einem Anteil von 22,3%. 36 dieser Patienten litten an einer schizophrenen Erkrankung, 6 an einer schizoaaffektiven Störung, 2 an einer schizotypen und ein Patient an einer wahnhaften Störung.

Drei der 45 Patienten mit Diagnosen aus dem schizophrenen Formenkreis kamen nicht aus Mecklenburg-Vorpommern. Die restlichen 42 Betroffenen stammten aus unterschiedlichen Regionen dieses Bundeslandes, wobei ein unterschiedliches Einweisungsverhalten der in Mecklenburg-Vorpommern bestehenden 4 Landgerichte zu registrieren war: 16 Unterbringungen gingen auf das Landgericht Schwerin zurück, 13 auf Beschlüsse des Landgerichts Stralsund. Demgegenüber war die Maßregel in nur 7 Fällen vom Landgericht Neubrandenburg angeordnet worden. Vom Landgericht Rostock, das Fälle aus der städtischsten Region dieses Bundeslandes behandelt, wurden 6 Patienten eingewiesen.

## Unterbringungsdelikte

Betrachtet man nun die zur Unterbringung führenden Delikte, so handelte es sich größtenteils um Körperverletzungsdelikte (n=16), Tötungsdelikte (n=10, davon 4 Versuche) und Brandstiftung (n=9). Darüber hinaus kam es in 5 Fällen zu Sexualdelikten (2-mal Vergewaltigung, 2-mal sexueller Missbrauch von Kindern, einmal exhibitionistische Handlungen), in 4 Fällen zu Eigentumsdelikten, zu einem Verkehrsdelikt und zu einem Verstoß gegen das Tierschutzgesetz. Ähnlich wie in Nordrhein-Westfalen (Tab. 1) zeigt sich ein deutliches Überwiegen der Gewaltdelikte: 59% der Untergebrachten in Nordrhein-Westfalen waren wg. Körperverletzung oder (versuchter) Tötung un-

tergebracht, in Mecklenburg-Vorpommern liegt die Rate bei 57,8%.

Die Taten wurden in 22 Fällen zum Nachteil von Menschen aus dem direkten persönlichen Umfeld der Täter begangen. Dies betraf insbesondere Tötungs- und Körperverletzungsdelikte, hier kamen in 57,7% der Fälle Eltern, Geschwister, Kinder, Partner oder Expartner zu Schaden. Darüber hinaus richteten sich körperliche Übergriffe gegen Nachbarn, Mitbewohner eines Obdachlosenheimes bzw. einer betreuten Wohngruppe, Mitpatienten in der Psychiatrie, eine Hausärztin und Pflegepersonal eines Krankenhauses. Nur 6 von 26 Körperverletzung- bzw. Tötungsdelikte (23%) wurden zum Nachteil unbekannter Personen begangen. Auch die Sexualstraftaten Betroffener erfolgten in 3 von 5 Fällen zum Nachteil von Angehörigen (Partnerin, Expartnerin, Tochter). Die Tatbegehung fand in 12 Fällen direkt im Wohnumfeld statt (6-mal in der eigenen Wohnung, 3-mal im Elternhaus, 2-mal im psychiatrischen Wohnheim, einmal im Obdachlosenheim). 5 Delikte wurden in einer psychiatrischen Klinik begangen, wobei es sich in einem Fall um eine Brandstiftung, in einem Fall um eine Körperverletzung mit Todesfolge, in einem Fall um versuchten Totschlag und in 2 Fällen um Körperverletzungsdelikte handelte.

## Allgemeinpsychiatrische Vorgesichte

Bezüglich der allgemeinpsychiatrischen Vorgesichte der Maßregelpatienten (Tab. 2) ist relevant, dass 38 der Betroffenen (84,4%) vor der Unterbringung in der Forensik bereits stationär behandelt wurden. Bei 18 Patienten bestand eine Vorgesichte mit unfreiwilligen Unterbringungen nach dem Psychisch-Kranken-Gesetz (PsychKG) oder Betreuungsrecht. Die durchschnittliche Anzahl stationärer Behandlungen lag bei 5,7, die Gesamtbehandlungsdauer vor Unterbringung in der Maßregelklinik bei durchschnittlich 29,3 Wochen. Die Dauer der einzelnen Aufenthalte betrug im Schnitt 5,1 Wochen.

## Behandlungsprobleme

Erhoben wurden auch Behandlungsprobleme (Tab. 3), wobei hier eine Mehrfachauswahl getroffen werden konnte. Als Hauptproblem wurde bei 28 Patienten (entspricht 62,2%) eine medikamentöse Noncompliance berichtet. Darüber hinaus bestand bei 28 Patienten (62,2%) ein Drogen- bzw. Alkoholabusus. Das Nichtwahrnehmen von Anschlussbehandlungen wurde bei 14 Patienten als Problem definiert. Überhaupt hatten nur 25 der 45 Patienten (55,6%) jemals eine ambulante psychiatrische Behandlung genutzt. 4 der schizophrenen Patienten waren zuvor unter einer anderen, letztlich nicht zutreffenden Diagnose behandelt worden. Während in Nordrhein-Westfalen ein hoher Anteil von komorbidien Persönlichkeitsstörungen beschrieben wurde, wurde diese Diagnose in Mecklenburg-Vorpommern nur in 2 Fällen vergeben.

Soziale Schwierigkeiten bestanden bei 2 Patienten in Form von Obdachlosigkeit, 20 Patienten waren arbeitslos, 5 Sozialhilfeempfänger, 14 berentet. Dies kontrastiert zu einem hohen Anteil an höheren Schulabschlüssen: 23 der Patienten hatten entweder Abitur (n=5, wovon 2 sogar einen Universitätsabschluss erreicht hatten) oder einen Realschulabschluss (n=18). Mehr als die Hälfte der Probanden (n=23) hat eine abgeschlossene Berufsausbildung. Festzuhalten bleibt, dass mehr als die Hälfte der Patienten einen Drogenabusus und einen deutlichen sozialen Abstieg trotz primär guter Ausbildung zeigt.

## Bundeszentralregister

Betrachtet man nun die Bundeszentralregister (BZR) der Patienten, so bestanden bei 64,44% (n=29) schon vor dem Unterbringungsdelikt Einträge. Der Mittelwert lag bei 3,7, das Maximum bei 19 Einträgen. Das mittlere Alter beim Ersteintrag lag bei 25,4 Jahren, mit einem Minimum bei 14, einem Maximum bei 43 Jahren. Im Vorfeld waren bei 8 Patienten Verfahren wegen Schuldunfähigkeit eingestellt worden. Der Mittelwert eingestellter Verfahren pro Patient mit Voreinträgen lag bei 3,4. In einem Fall waren im Vorfeld 17 Verfahren eingestellt worden.

Hier steht eine Anzeige.

**Tab. 3** Behandlungserschwernisse im Vorfeld der Maßregelunterbringung im Ländervergleich

Merkmal	Nordrhein-Westfalen	Mecklenburg-Vorpommern
Komorbider Substanzabusus, -abhängigkeit	73,9%	62,2%
Komorbide Persönlichkeitsstörung	17,2%	0,44%
Complianceprobleme	90,7%	64,4%
Vorstrafenbelastung	63,4%	64,4%
Durchschnittliche Anzahl der Vorstrafen	7	3,7

## Diskussion

Im Jahr 2007 wurden 45 Patienten mit Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis in beiden Maßregelvollzugskliniken Ueckermünde und Stralsund in Mecklenburg-Vorpommern behandelt. Dies entspricht einem Anteil von 22% an der Patientenzahl der beiden Kliniken, was deutlich unter den Ergebnissen der Datenerhebung in Nordrhein-Westfalen (48,4%) und Hessen (50%) liegt. Somit scheint der Anteil schizophrener Straftäter an Forensikpopulationen regionalen Schwankungen zu unterliegen. Solche Schwankungen waren beim Vergleich der Einweisungszahlen aus den unterschiedlichen Landgerichtsbezirken sogar innerhalb des Bundeslandes Mecklenburg-Vorpommern aufgefallen. Hier zeigten sich erhebliche Differenzen, die sich nicht durch regionale Versorgungsdefizite erklären lassen, da in allen Landgerichtsbezirken Fachkliniken existieren.

Vielmehr führt dieses Resultat deutlich vor Augen, dass im forensisch-psychiatrischen Kontext stets auch die juristische Seite von Bedeutung ist. Schließlich weist die Justiz und nicht die Allgemeinpsychiatrie dem Maßregelvollzug Patienten zu. Das Einweisungsverhalten der Justiz unterliegt jedoch regionalen Schwankungen. Dies kann daran liegen, dass einzelne Staatsanwaltschaften Strafverfahren, die wegen psychischer Erkrankung des Täters zu einem Freispruch nach § 20 StGB führen werden, routinemäßig einstellen, wenn kein erhebliches Delikt vorliegt. Diese Vorgehensweise ist problematisch, da es nicht nur vom Täter abhängt, ob ein Angriff auf einen anderen Menschen erhebliche Folgen für dessen Gesundheit hat. Ein weiteres Problem ergibt sich dadurch, dass in der Rechtspraxis Verfahren von Tätern, bei denen im Vor-

feld bereits ein Freispruch nach § 20 StGB erfolgt ist, bei weiteren Delikten ohne eine erneute psychiatrische Begutachtung eingestellt werden. Auf diese Weise wird ein sich zuspitzendes Gefährdungspotenzial leicht übersehen.

Fünfundachtzig Prozent unserer forensischen Patienten mit schizophrenen Erkrankungen befanden sich vor ihrer Unterbringung im allgemeinpsychiatrischen Versorgungssystem. Dieser Befund ähnelt den bisherigen deutschen [9, 12, 27] bzw. österreichischen [3] Daten. Allerdings sprechen unsere Daten ähnlich wie Berliner Ergebnisse [21] nicht dafür, dass die Patienten der Forensik zuvor in der Allgemeinpsychiatrie zu kurz behandelt wurden. Auch weitere mögliche Begründungen für eine spätere Forensifizierung verlieren bei genauerem Blick auf die Datenlage an Wert: Zwar bestand in unserer Klientel im Vorfeld des Delikts bei 62% der Betroffenen eine medikamentöse Noncompliance. Die Untersuchung von Kutscher hatte für Nordrhein-Westfalen sogar Raten von ca. 90% gezeigt [9]. Jedoch ist fraglich, ob die Feststellung einer medikamentösen Noncompliance als trennscharfes Merkmal für eine drohende Forensifizierung dienen kann. Schließlich wurden bei Patienten mit schizophrenen Erkrankungen in 50% [10] bis hin zu 75% der Fälle [11] noncompliantes Verhalten beschrieben. Ein Faktor, der zur unzureichenden bzw. unzuverlässigen Medikamenteneinnahme beiträgt, ist ein komorbider Substanzgebrauch [25]. In der Untersuchung von Kutscher hatte sich bei nahezu zwei Dritteln der Patienten eine begleitende Substanzproblematik gezeigt, in Mecklenburg-Vorpommern lag die Rate bei 62%. Allerdings ist die Feststellung einer Doppeldiagnose auch im allgemeinpsychiatrischen Patientengut in bis zu 47% der Fälle mit Störungen aus

dem schizophrenen Formenkreis gerechtfertigt [17].

Auch die Komorbidität mit Persönlichkeitsstörungen, insbesondere mit der dissozialen Persönlichkeitsstörung, gilt als Warnzeichen. Entsprechend fanden sich in der Studie von Kutscher [9] bei 17% der Fälle begleitende Persönlichkeitsstörungen, vorwiegend vom dissozialen, emotional-instabilen und kombinierten Typus. Die Daten aus Mecklenburg-Vorpommern kontrastieren in einer so starken Weise zu den Befunden aus NRW, dass man aus ihnen weniger auf die tatsächliche Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen, sondern eher darauf schließen muss, dass diese Diagnose hier zu selten gestellt wird. Daher kann unsere Studie keine tragfähigen Erkenntnisse über die Auswirkungen von Persönlichkeitsstörungen auf die Kriminalitätsentwicklung schizophrener Patienten liefern.

Knapp zwei Drittel der Patienten des Maßregelvollzugs in Mecklenburg-Vorpommern mit Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis sind durch eine juristische Vorgeschichte charakterisiert. Diese Rate entspricht den Ergebnissen von Kutscher [9]. Auch Lincoln et al. [12] hatten auf die erhöhte Rate früherer Gewalttätigkeit in forensischen Populationen hingewiesen. Hier öffnet sich der Blick für Präventionsmöglichkeiten. Es gilt, ein allgemeinpsychiatrisches Bewusstsein für das bei schizophrenen Patienten erhöhte Risiko für Gewaltstraftaten und die Zusammenhänge zwischen Schizophrenie und Kriminalität [4, 14] zu schärfen:

- Bei der Anamneserhebung sollte regelhaft nach der juristischen Vorgeschichte und früherer Gewalttätigkeit gefragt werden.

Dies ist auch für die Klinikbehandlung relevant, da eine Vorgeschichte mit Gewalttätigkeit als einziger robuster Prädiktor gewalttätiger Patientenübergriffe identifiziert werden konnte [22]. Dennoch dürften Ergebnisse aus England [18], wo nur in 13% der Aufnahmen nach einer Vorgeschichte mit Gewalttätigkeit gegen Personen gefragt wurde, auf Deutschland übertragbar sein.

Bei Patienten mit einer Vorgeschichte störungsbedingter Gewalttätigkeit geht es zunächst um effektive medikamentöse

## Zusammenfassung · Summary

Behandlungsstrategien. Dabei führt die Medikation mit Neuroleptika zu einem Rückgang der Gewalttätigkeit, ohne dass sich eine Überlegenheit neuerer Substanzen gezeigt hätte [24]. Letztlich geht es um die möglichst effektive Absicherung der Behandlungstreue, z. B. über die Gabe von Depotpräparaten bzw. die Kontrolle von Blutplasmaspiegeln [13]. Außerdem sollten möglichst alle Maßnahmen genutzt werden, um die soziale Desintegration zu beenden bzw. eine sozial eingebundene Lebensführung zu etablieren. Daher ist die Vorbereitung eines tragfähigen „sozialen Empfangsraumes“ wichtig. Die Bedeutung der sozialen Umgebungsbedingungen verdeutlicht sich dadurch, dass Angehörige und Mitbewohner besonders gefährdet sind, Opfer von gewalttätigen Übergriffen zu werden. Außerdem wurden 11 von 26 Tötungs- und Körperverletzungsdelikten im unmittelbaren Wohnraum verübt. Daher ist eine enge Kooperation mit den Angehörigen Betroffener erforderlich, bei der es um die Bearbeitung bzw. Klärung interfamiliärer bzw. partnerschaftlicher Konflikte, die Vermittlung von Frühwarnzeichen und um möglichst konkrete Absprachen bez. möglicher Interventionen beim Wiederauftreten von Symptomen gehen muss.

Zur Absicherung ambulanter Behandlungen wäre die für die Reform des Betreuungsrechts vorgesehene zwangsweise Vorstellung zur Behandlung, trotz der von Nedopil et al. [16] formulierten Bedenken, hilfreich gewesen. Allerdings ergeben sich schon mit den aktuellen Mitteln des Betreuungsrechts bzw. der Unterbringungsgesetze der Länder Möglichkeiten, auf Symptomexazerbationen gefährdeter Patienten effektiv zu reagieren. Zwar dient das Bereuerungsrecht nicht als Mittel zur Abwehr von Fremdgefährdung, jedoch können die bei störungsbedingtem Fehlverhalten zu erwartenden juristischen Schwierigkeiten durchaus als Gefährdung des eigenen Wohles verstanden werden. Außerdem betten sich die strafrechtlich relevanten Verhaltensweisen in einen sozialen Abstieg bis hin zur Wohnungslosigkeit ein, der für sich schon Anlass sein sollte, Hilfs- und Unterstützungsmöglichkeiten bereit zu stellen.

Nervenarzt 2010 · 81:1117–1124 DOI 10.1007/s00115-009-2913-z  
© Springer-Verlag 2010

E. Habermeyer · R. Wolff · M. Gillner · R. Strohm · S. Kutscher  
**Patienten mit schizophrenen Störungen im psychiatrischen Maßregelvollzug. Ergeben sich Konsequenzen für die Allgemeinpsychiatrie?**

### Zusammenfassung

Es wurde eine Erhebung zu soziodemografischen, kriminologischen und psychiatrischen Merkmalen der 2007 gemäß § 63 StGB und § 126a StPO in Mecklenburg-Vorpommern untergebrachten Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis durchgeführt. Dabei konnten Daten zu allen im Untersuchungszeitraum untergebrachten 45 Probanden erhoben werden. Diese stellen einen Anteil von 22% an der Gesamtzahl der 202 im Erhebungszeitraum untergebrachten Patienten. Dieser Wert liegt deutlich unter den Daten westlicher und auch eher städtisch geprägter Bundeslä-

der. Ähnlich wie in anderen Untersuchungen aus Deutschland und Österreich zeigt sich eine hohe Rate von Vorbehandlungen in der Allgemeinpsychiatrie. Es bleibt eine wichtige Aufgabe, adäquate Interventionsstrategien für fremd aggressive Patienten mit kombinierten psychischen Störungen (z. B. Schizophrenie und Sucht), strafrechtlicher Vorgeschichte und fehlenden sozialen Perspektiven zu entwickeln.

### Schlüsselwörter

Schizophrenie · Aggression · Forensische Psychiatrie · Allgemeinpsychiatrie

## Patients with psychotic disorders in forensic psychiatric hospitals. Are there consequences for general psychiatry?

### Summary

We assessed data concerning demographic, criminological and psychiatric characteristics of all patients with disorders of the schizophrenic spectrum, who were detained in the forensic psychiatric departments of Mecklenburg-West Pomerania, a federal state of Germany, in 2007. Of the 202 patients of both clinics, 45 suffer from a disorder of the schizophrenic spectrum assessed in ICD-10: F20–F29, which corresponds to 22%. This level is markedly lower than in other regions of Germany. But similarly to results assessed in oth-

er federal states of Germany and in Austria there is a high rate of pre-treatment in general psychiatric institutions. It remains a relevant task for general psychiatry to establish adequate interventions for hostile and violent psychotic patients, especially for those with a double diagnosis, history of delinquency and social decline.

### Keywords

Schizophrenia · Aggression · Forensic psychiatry · General psychiatry

Gegen das vorab skizzierte „case management“ lassen sich Bedenken vorbringen, denn ein Großteil der anhand von Merkmalen wie mangelnde Compliance und Substanzkonsum identifizierten Betroffen wird „falsch-positiv“ sein [8, 29]:

- Sie gelten als Risikopatienten, obwohl sie statistisch gesehen kein Delikt begangen werden.

Jedoch sind auch die Vorhersagekriterien für Suizide recht unspezifisch, darüber hinaus handelt es sich bei Kliniksuiziden um eher seltene Ereignisse [1, 7]. Dennoch würde die Psychiatrie aufgrund der Problematik einer möglicherweise falsch-positiven Zuordnung zu einer Risikogruppe wohl kaum auf adäquate Behandlungs-, aber auch Überwachungsstrategien verzichten. Vielmehr geht es für den Einzelfall darum, fürsorgliche Eingriffe in Freiheitsrechte mit bestehenden Risiken abzustimmen [6, 28].

Nunmehr wurde wiederholt der Eindruck vermittelt, dass eine solche differenzierte Güterabwägung bei potenziell

fremdaggressiven Patienten kaum möglich ist [16, 29], dass sie die Menschenrechtssituation in der Psychiatrie verschlechtert und der bedarfsgerechten Versorgung ihre ohnehin begrenzten Mittel entzieht [29]. Letztlich geht es aber lediglich darum, Menschen mit einem besonderen Hilfebedarf zu identifizieren. Dabei wird man sich weniger an einzelnen Merkmalen, sondern vorwiegend an Merkmalsclustern (z. B. fehlende Krankheitseinsicht, Substanzmissbrauch, Complianceprobleme, Vorgeschichte von Aggressionshandlungen) orientieren müssen [3, 14, 20, 21, 22]. Die weiteren Abläufe weichen nicht von einer engagierten, proaktiven und ausdrücklich auch ambulanten Patientenbetreuung ab. Sie beinhalteten engmaschige Kontakte, ein sorgfältiges Monitoring der Einnahmetreue und verbindliche Absprachen bezüglich der Interventionsstrategien bei Krisen. Erst der letztgenannte Punkt gewinnt eine eigene Qualität, da es hierbei auch um die Zusammenarbeit mit den zuständigen Vormundschaftsgerichten geht. Die Einbe-

ziehung von Juristen wird die Menschenrechtssituation und Freiheitsgrade Betroffener jedoch keinesfalls verschlechtern, sondern gewährleistet die externe Kontrolle der Legitimation psychiatrischer Interventionen.

### Fazit für die Praxis

- **Fünfundachtzig Prozent der psychotischen Patienten im Maßregelvollzug befanden sich vorab in allgemein-psychiatrischer Behandlung.**
- **Merkmale wie fehlende Compliance, komorbider Substanzgebrauch und begleitende Persönlichkeitsstörung unterscheiden jeweils für sich genommen nicht zwischen allgemeinpsychiatrischen und forensischen Patienten.**
- **In der allgemeinpsychiatrischen Routine sollte auch die Vorgeschichte strafrechtlich relevanten Verhaltens abgeklärt werden.**
- **Bei Patienten mit strafrechtlicher Vorgeschichte ist auf eine effektive medikamentöse Therapie und Behandlungstreue zu achten.**
- **Die Etablierung engmaschiger ambulanter Kontakte, eines stützenden Wohnumfeldes und insbesondere die frühzeitige Festlegung adäquater Interventionen bei Befundverschlechterung können einen wertvollen Beitrag zur Deliktprävention leisten.**
- **Hierzu bedarf es einer engmaschigen Abstimmung mit Angehörigen bzw. Mitarbeitern von Wohnheimen, gesetzlichen Betreuern, sozialpsychiatrischen Diensten und dem Vormundschaftsgericht.**

Hier steht eine Anzeige.

 Springer

### Korrespondenzadresse

**PD Dr. E. Habermeyer**

Forensisch-Psychiatrischer Dienst,  
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich  
Lenggstrasse 31,  
8032 Zürich, Schweiz  
elmar.habermeyer@puk.zh.ch

**Danksagung.** Unsere Studie wäre ohne die von der Deutschen Forschungsgemeinschaft finanzierte Studie in Nordrhein-Westfalen nicht möglich gewesen. Die lokale Umsetzung des Forschungsdesigns gelang mithilfe eines Forschungsbonus der Medizinischen Fakultät der Universität Rostock. Dank gebührt allen an der Untersuchung beteiligten Mitarbeitern der Maßregelvollzugskliniken Stralsund und Ueckermünde.

**Interessenkonflikt.** Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

## Literatur

1. Ajdacic-Gross V, Lauber C, Baumgartner M et al (2009) In-patient suicide – a 13-year assessment. *Acta Psychiatr Scan. E pub ahead of print. PMID 19291075*
2. Dönißch-Seidel U, Treeck B van, Geelen A et al (2007) Zur Vernetzung von forensischer Psychiatrie und Allgemeinpsychiatrie. *Recht Psychiatri 25:183–187*
3. Haller R, Kemmler G, Kocsis E et al (2001) Schizophrenie und Gewalttätigkeit – Ergebnisse einer Gesamterhebung in einem österreichischen Bundesland. *Nervenarzt 72:859–866*
4. Hodgins S (2008) Violent behaviour among people with schizophrenia: a framework for investigations of causes, effective treatment and prevention. *Phil Trans R Soc B 363:2505–2518*
5. Hodgins S, Müller-Isberner R (2004) Preventing crime by people with schizophrenic disorders: the role of psychiatric services. *Br J Psychiatry 185:245–250*
6. Hoff P, Venzlaff U (2009) Psychiatrische Begutachtung von Suizidhandlungen. In: Psychiatrische Begutachtung. In: Foerster K, Dressing H (Hrsg) Urban & Fischer, München Jena, S 851–869
7. Hohl-Radke F, Staedt J, Arentewicz G (2007) Erfahrungen mit Suizidalität in der stationären psychiatrischen Versorgung – Vergleich dreier Patientengruppen an einer norddeutschen Universitätsklinik im Zeitraum von 1980 bis 1998. *Nervenheilkunde 26:67–73*
8. Kisely S, Campbell LA, Preston N (2005) Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 3*
9. Kutscher S, Schiffer B, Seifert D (2009) Schizophrene Patienten im psychiatrischen Maßregelvollzug (§ 63 StGB) Nordrhein-Westfalen. *Fortschr Neurol Psychiatr 77:91–96*
10. Lacro JP, Dunn LB, Dolder CR et al (2002) Prevalence of risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature. *J Clin Psychiatry 63:892–909*
11. Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP et al (2005) Effectiveness of Antipsychotic Drugs in Patients with Chronic Schizophrenia. *N Engl J Med 353(12):1209–1223*
12. Lincoln T, Hodgins S, Jöckel D et al (2006) Forensische Patienten und Patienten der Allgemeinpsychiatrie. *Nervenarzt 77:576–586*
13. Müller G, Eusterschulte B, Havemann-Reinecke U et al (2009) Forensische Aspekte des therapeutischen Drug-Monitorings (TDM) in der Psychiatrie. *PTT 16:52–56*
14. Müller-Isberner R, Venzlaff U (2009) Schizophrenie. Schizoaffective und wahnhafte Störungen. In: Psychiatrische Begutachtung. Foerster K, Dressing H (Hrsg) Urban & Fischer, München Jena, S 167–187
15. Müller-Isberner R, Jöckel D, Neumeyer-Bubel W, Imbeck J (2007) Entwicklung im psychiatrischen Maßregelvollzug Hessens. *Forens Psychiatr Psychol Kriminol 1:43–49*
16. Nedopil N, Aldenhoff J, Fritze J (2004) Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Betreuungsge setzes. *Nervenarzt 75:526–528*
17. Regier DA, Farmer ME, Rae DS et al (1990) Co-morbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA 264:2511–2518*
18. Sanders J, Milne S, Brown P, Bell AJ (2000) Assessment of aggression in psychiatric admissions: semi-structured interview and case note survey. *BMJ 320:1112*
19. Schanda H (2001) Die Versorgung psychisch Kran ker zur Jahrtausendwende – ein Weg in die 2-Klassen-Psychiatrie? *Fortschr Neurol Psychiatr 69:195–202*
20. Schanda H (2006) Untersuchungen zur Frage des Zusammenhangs zwischen Psychosen und Kriminalität/Gewalttätigkeit. *Fortschr Neurol Psychiatr 74:85–100*
21. Seliger M, Kröber HL (2008) Wurden schizophrene Maßregelpatienten zuvor in der Allgemeinpsychiatrie unzureichend behandelt. *Forens Psychiatr Psychol Kriminol 2:120–127*
22. Steinert T (1998) Schizophrenie und Gewalttätigkeit: Epidemiologie, forensische und klinische Aspekte. *Fortschr Neurol Psychiatr 66:391–401*
23. Steinert T (2002) Prediction of inpatient violence. *Acta Psychiatr Scand 106:133–141*
24. Swanson JW, Swartz MS, Van Dorn RA et al (2008) Comparison of antipsychotic medication effects on reducing violence in people with schizophrenia. *Br J Psychiatry 193(1):37–43*
25. Tunis SL, Faries DE, Stensland MD et al (2007) An examination of factors affecting persistence with initial antipsychotic treatment in patients with schizophrenia. *Curr Med Res Opin 23:97–104*
26. Webster CD, Douglas KS, Eaves D, Hart SD (1997) HCR-20. Assessing Risk for Violence. Version 2. Mental Health, Law and Policy Institute, Simon Fraser University, Burnaby B.C., Canada
27. Weithmann G, Traub HJ (2008) Die psychiatrische Vorgeschichte schizophrener Maßregelpatienten – Rahmenbedingungen der Deliktprävention in der Allgemeinpsychiatrie. *Forens Psychiatr Psychol Kriminol 2:112–119*
28. Wolfsdorf M (2008) Suizidalität. *Nervenarzt 79:1319–1336*
29. Zinkler M (2009) Allgemeine und forensische Psychiatrie – Wer kümmert sich um junge Menschen mit psychotischen Störungen? *Psychiatr Prax 36:103–105*

**Kumbier E, Teipel StJ, Herpertz SC (Hrsg.)**

## Ethik und Erinnerung

Zur Verantwortung der Psychiatrie in Vergangenheit und Gegenwart

Lengerich: Pabst Science Publishers 2009, 208 S., (ISBN 978-3-89967-605-1), 25.00 EUR

Haben geschichtliche Erfahrungen, insbesondere die für die Psychiatrie relevanten Verbrechen im Nationalsozialismus, für heutige Diskussionen und praktische Entscheidungen Bedeutung? Die im ersten Teil dieses Buches berichtete und analysierte Vorgeschichte, gesellschaftlicher Kontext und konkreter Ablauf der nationalsozialistischen Patiententötungen machen bedrückend klar, wie stark das Handeln der psychiatrisch Tätigen vom Zeitgeist abhängig war. Dass dieses Wissen gegenwärtige Einstellungen und Entscheidungen in der Versorgung psychisch Kran ker beeinflusst, wird in einigen Beiträgen des zweiten Teiles, die auf das Leben und Lebensende von Demenzkranken fokussiert sind, eindrucksvoll deutlich, bleibt hingegen in anderen Beiträgen eher im Hintergrund.

Ausgehend von der – auch sprachlichen – Relativierung menschlichen Lebens durch seine Bewertung nach Kriterien des Wertes bzw.

Nutzens für den individuellen Menschen wie für die Gesellschaft in der Schrift „Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens“ (1920) des Juristen Karl Binding und des Psychiaters Alfred Hoche zeigt der Medizinhistoriker Volker Roelcke klar auf, dass bereits in den 80er Jahren des 19. Jahrhunderts zunächst Schriftsteller und Philosophen, ab der Jahrhundertwende zunehmend auch Juristen, Ärzte und Naturwissenschaftler unter dem Eindruck der Darwin'schen Evolutionslehre mit Ideen eine öffentliche Diskussion in Gang setzten, die die Tötung unheilbarer Kran ker enttabuisierte. Die somit lange und gesellschaftlich verankerte Vorgeschichte dieser Schrift wie ebenso ihre folgende Rezeptionsgeschichte, die über Radikalisierung durch Nationalsozialismus und Krieg zur Ermordung psychisch Kran ker führte, ergibt deutliche Argumente gegen drei zentrale Begründungen für die aktive Euthanasie heute, nämlich

1. gegen die Behauptung, dass die nationalsozialistischen Krankentötungen nur das Resultat einer vom NS-Regime den Ärzten aufgezwungenen Ideologie sei,
2. gegen die Behauptung, dass das heutige Insistieren auf der Autonomie der Betroffenen ein zentrales Differenzierungskriterium gegenüber allen historischen Debatten sei, und
3. gegen die Behauptung, dass Kriterien für die Zuschreibung von vermindertem Lebenswert gegen Veränderungen durch sich wandelnde politische und ökonomische Kontexte abgesichert werden können.“

Die im Nationalsozialismus tödlichen Konsequenzen dieses gesellschaftlichen Mentalitätswandels werden durch drei Beiträge anschaulich gemacht. Die Realität der Erfassung und Verschickung von psychisch Kran ken aus den psychiatrischen Krankenhäusern Mecklenburgs in Rostock-Gelsheim und Schwerin-Sachsenberg in

## Buchbesprechungen

die Tötungsanstalten, meist Bernburg, wird in den Beiträgen von Lange, Haack und Kumbier konkretisiert und kasuistisch individualisiert. Die wichtigsten Selektionskriterien waren neben der Diagnose (am häufigsten Schizophrenie und Schwachsinn) langer Krankenhausaufenthalt (durchschnittlich etwa 10 Jahre), fehlende Arbeitsfähigkeit und störende Verhaltensauffälligkeiten. Bemerkenswert ist, dass auch nach der am 24.8.1941 angeordneten Einstellung der T4-Aktion noch weiter Patienten getötet wurden. Pelz belegt zudem in seinem Beitrag, dass an der NS-„Kindereuthanasie“ nicht nur Psychiater beteiligt waren, sondern auch Kinderärzte mit 6% der von 1939-1945 gegenüber den vorangegangenen 8 Jahren um das Fünffache gestiegenen Einweisungen von geistig schwer behinderten und missgebildeten Kindern in die „Kinderfachabteilung“ Sachsenberg-Lewenberg, deren Letalität während des Krieges 60% betrug. Aufgrund von Erfahrungen mit der wissenschaftlichen Bearbeitung zweier Krankengeschichtsbestände von Opfern nationalsozialistischer Patiententötungen weist der Medizinhistoriker Thomas Beddies auf methodische Begrenzungen und „Verführungen“ einer patientenorientierten Geschichtsschreibung mittels quantitativer Auswertung und Rekonstruktion von Fallgeschichten hin. Mit „kritischer Sensibilität“ für den „Entstehungsprozess dieser durch Empathie und Interesse sich auszeichnenden Patientenbiografien“ fragt er quellenkritisch nach Repräsentativität und Kriterien der Auswahl der „oft vielfach gebrochenen“ Informationen, entindividualisierenden oder auch vielleicht verschleiernden Befundbeschreibungen, die in den psychiatrischen Krankengeschichten dokumentiert wurden und ebenso dessen, was davon (und auch wie es) später analysiert wurde. Den größten Wert dieser Krankengeschichten sieht Beddies in der „Vielzahl individueller Erinnerungen“ als einer Quelle von Kulturgeschichte. Auf der Folie solcher geschichtlicher Erfahrungen sind die anschließenden Beiträge zu aktuellen, um die Demenz zentrierten Themen zu lesen. Das zitierte Ergebnis der historischen Analyse Roelcke's lässt den Psychiater Hans Lauter schlussfolgern, dass trotz grundsätzlicher Unterschiede zwischen der kollektivistischen Staatsauffassung des Nationalsozialismus und der aktuellen Betonung der individuellen Autonomie in unserer demokratischen Gesellschaft „beiden Diskursen eine Relativierung des menschlichen Lebenswerts und ein Wegfall des grundsätzlichen ärztlichen Tötungsverbotes zugrunde“ liegen. „Für beide Praktiken ist die Ausweitung der Euthanasie auf immer weitere Personengruppen kennzeichnend. Und beide haben die Tendenz, dass das Fremdmitleid, das zunächst auf Erlösung anderer Menschen von einem unerträglichen Leiden gerichtet ist, in ein Selbstmitleid umschlägt, welches die Folgen fremden Leidens für das eigene Wohlbefinden oder das Glück der Gesellschaft aus der Welt zu schaffen sucht.“ Vor diesem Hintergrund entfaltet Lauter differenziert und umsichtig die Komplexität der ethischen Fragen, vor denen heute Psychiater am Beispiel der Demenz stehen, wenn sie Entscheidungen zur Unterlassung oder Beendigung lebenserhaltender

medizinischer Interventionen, zur Suizidprävention, zum ärztlichen Suizidbeistand und zur Tötung auf Verlangen zu treffen haben. „Bei allen diesen Entscheidungen ist der Achtung vor der Selbstbestimmung des Erkrankten große Bedeutung beizumessen. Dieses Prinzip darf aber nicht die alleinige Handlungsmaxime bei der ärztlichen und pflegerischen Betreuung von Demenzkranken sein. Es bedarf der Ergänzung durch eine Ethik der mitmenschlichen Fürsorge.“ Da letzterer in der aktuellen Änderung des Betreuungsrechts („Patientenverfügungsgesetz“ vom 18.6.2009) nicht genügend Beachtung eingeräumt wird, reflektiert Lauter dieses Gesetz kritisch. Sich dem Lebensende nähernde Schwerkranken sind „in besonderem Maße auf eine Einstellung der gesellschaftlichen Solidarität angewiesen, die eine veränderte Sichtweise auf das Leben unter extremen Bedingungen eröffnet und von den Möglichkeiten der palliativen Medizin Gebrauch macht, ohne einer Ideologie der einschränkungslosen Verfügbarkeit über menschliches Leben anheimzufallen oder sich durch Phantasien einer unbegrenzten medizintechnologischen Machbarkeit verführen zu lassen.“ Diese „gesellschaftlich fixierten Verständnisweisen und Normen, denen demenzkranke Menschen unterworfen werden“ werden auch von dem Theologen Hans Ulrich aus biblisch-christlichem Blickwinkel kritisch gesehen, indem er „das Verständnis der conditio humana als Geschöpflichkeit“ als Orientierungsperspektive „für die Praxis des Zusammenlebens mit demenzkranken Menschen“ erörtert und die Wahrnehmung des Demenzkranken über seine kognitive Leistungsfähigkeit hinaus auf dessen gelebte Erfahrungen erweitert und damit Menschen für Neues öffnet. Der Jurist Christoph Sowada beschreibt die in Deutschland aktuellen rechtlichen Grundlagen und Wirkungen der von Lauter behandelten verschiedenen Modi der „Sterbehilfe“ und vergleicht sie mit der holländischen Rechtswirklichkeit. Er kommt zu ähnlichen Schlüssen, dass nämlich „das niederländische Rechtssystem kein geeignetes Vorbild für das deutsche Recht darstellt und der deutsche Gesetzgeber an der Strafbarkeit der aktiven Sterbehilfe festhalten sollte“, weil erstens das Lebensschutzkonzept des niederländischen Modells mindestens zwei Schwachstellen aufweist (nur nachträgliche Kontrolle aktiver Sterbehilfe, Wahl des konsultierten Arztes durch den Sterbehelfer selbst); und zweitens „gerade in Anbetracht der vielfältigen Abwägungen in diesem Bereich ... die Begrenzung der Autonomie dahingehend, dass niemand die Macht hat, einem anderen die Tötung zu gestatten, als eine stabile Ordnungsgröße beizubehalten (ist). Dies gilt auch im Hinblick auf die (vorerst abstrakten), aber von Roelcke historisch belegten, „Gefahren, die sich aus strukturellen Faktoren wie steigende Gesundheitskosten und die demographische Entwicklung in Bezug auf eine Verschärfung der Verteilungskämpfe im Gesundheitswesen ergeben können.“ Die Demographinnen Doblhammer, Ziegler und Muth haben berechnet, dass der demographische Wandel in den nächsten 40 Jahren höchst wahrscheinlich zur Verdopplung der jetzt gut 1 Million Menschen mit mittlerer oder schwerer Demenz

führt, die „für die Gesellschaft durch den zunehmenden Betreuungsaufwand eine der teuersten Krankheiten“ ist. „Gesündere Lebensweise und die Vermeidung von Risikofaktoren, das steigende Bildungsniveau in der älteren Bevölkerung, und die damit verbundene steigende kognitive Reserve, aber auch der medizinisch-technische Fortschritt lassen ein Hinausschieben von Demenzen in höhere Lebensalter“ bzw. eine Senkung der Demenz-Prävalenz um 1% pro Jahr möglich erscheinen. Diese Verminderung von 100 000 weniger Demenzkranken pro Jahr könnte – bei derzeit circa 40 000 Euro pro Demenzkrankem und Jahr – die Versorgungskosten für Demenzkranke um 4 Milliarden Euro jährlich senken, wie der Psychiater Johannes Pantel ausführt. Er macht aber auch deutlich, dass selbst bei grundlegenden Fortschritten in Diagnose und Behandlung „die Gesellschaft als Ganzes... jedoch weiter mit den Auswirkungen der Erkrankung und mit den Kranken selbst (wird) umgehen müssen. Diese Wahrheit beinhaltet auch einen dringenden Appell an die Gesellschaft, diejenigen Menschen, die der Krankheit nicht entrinnen konnten, nicht zunehmend von der gesellschaftlichen Teilhabe auszuschließen, sondern ein menschenwürdiges Leben auch mit der Erkrankung zu ermöglichen.“ „Insofern ist die Versorgung Demenzkranker nicht nur eine medizinische und ökonomische, sondern auch eine gesamtgesellschaftliche und politische Aufgabe.“ Dazu macht Pantel konkrete Vorschläge wie Vereinheitlichung des Finanzierungssystems und bessere Vernetzung der Leistungsanbieter. In einer Rationierung, vor allem „auf der Basis implizierter (aber unreflektierter) Wertentscheidungen“ sieht er keine „Antwort auf die sich zunehmend öffnende Schere zwischen medizinisch Wünschbarem und ökonomisch Machbarem“ und hält sie für unethisch. Der sich „zuspitzende Konflikt zwischen (medizinischen) Möglichkeiten und (ökonomischen) Grenzen der optimalen medizinischen und pflegerischen Versorgung Demenzkranker kann nur durch einen möglichst transparenten und ethisch fundierten Prozess der gesellschaftlichen Konsenzfindung aufgelöst werden“, etwa durch „offene Priorisierung“ medizinischer Leistungen nach primär ethischen Prinzipien, d.h. nach Patientenwohl und nicht nach Wirtschaftlichkeit. Abschließend zeigt der Medizinhistoriker Hans-Uwe Lammel das aktuelle Verlangen nach selbst bestimmtem Sterben als Folge der Entwicklung der modernen Medizin mit Umbewertung des Verhältnisses von Krankheit, Leben und Tod sowie medizinischer Kontrolle des Todes, die beide „im Blick auf eine Naturalisierung und Verwissenschaftlichung des Todes“ konvergieren. Mit diesem schmalen, aber informativen Band danken die Herausgeber Ekkehard Kumbier und Stefan J. Treichel der Klinikdirektorin Sabine C. Herpertz (wohl auch zum Abschluss ihrer Rostocker Tätigkeit), auf deren Initiative am 27.1.2009 am Rostocker Zentrum für Nervenheilkunde ein den nationalsozialistischen Opfern der Rostocker Psychiatrie gewidmetes Mahnmal eingeweiht wurde.

Prof. H. Helmchen (Berlin)