Frank Häßler

2.1 Einleitung

Laut Definition bedeutet irren: etwas fälschlich für wahr oder richtig halten (https://educalingo.com/de/dic-de/irren). Wahr ist, was mit einem Sachverhalt, einer Tatsache oder der Wirklichkeit im Sinne einer korrekten Wiedergabe übereinstimmt.

Die Psychiatrie und damit die sich aus ihr emanzipierte forensische Psychiatrie, sind keine exakten Wissenschaften wie die Mathematik oder die Physik. Für psychiatrische Diagnosen gibt es keine Naturgesetze, Formeln, genaue Messmethoden oder Maßeinheiten. Die Güte einer Diagnose hängt ab von der Beobachtungsgabe, der Intelligenz und der Erfahrung eines oder mehrerer Ärzt; innen oder Sachverständigen, indem alle zu einem Zeitpunkt vorliegenden Informationen auf den Grad ihres Wertes für die Bestätigung oder die Verwerfung einer hypothetischen Diagnose hin analysiert werden. Bisweilen verschwimmen die Grenzen zwischen ärztlichem Wissen und individueller (subjektiver) Interpretation. Wenn die individuelle Interpretation den Boden eines vorliegenden Sachverhaltes, einer Tatsache oder der Wirklichkeit verlässt, so ist es kein Irren mehr, sondern eher eine Irreführung. Da sich das Wissen um Sachverhalte und Tatsachen aber im zeitlichen Verlauf ändert, kann es entweder mehrere Wahrheiten, geltend nur für eine bestimmte Zeit, einen bestimmten Wissensstand, geben oder aber eine Wahrheit löst einen Irrtum ab, bis sich diese durch neue auf Tatsachen basierende Erkenntnisse auch wieder als Irrtum erweist.

Im Folgenden soll ein Fall vorgestellt werden, in dem sich eine früh manifestierende psychotische Symptomatik noch in der Pubertät zur Diagnose paranoide Schizophrenie (F 20.0) führte, an der zig Ärzt:innen über einen Zeitraum von neun Jahren keinen Zweifel hatten, die dann aber durch eine zweijährige Symptomlosigkeit bei Medikamentenfreiheit trotz einem Multisubstanzmissbrauch keinen Bestand mehr hatte.

2.2 Fallvignette, männlich, 24 Jahre alt

(Alle Orts- und Zeitangaben wurden anonymisiert)

Anklage

Dem Beschuldigten werden seitens der Staatsanwaltschaft, verhandelt beim Amtsgericht, ein besonders schwerer Fall des Diebstahls (§ 243 Absatz 1 Nummer 1 StGB), ein Diebstahl (§ 242 StGB) und eine gemeinschaftlich begangene gefährliche Körperverletzung (§ 224 StGB) sowie verhandelt beim Landgericht ein gewerbsmäßiges Handeln mit Betäubungsmitteln (§ 29 III Nr. 1 BtMG) vorgeworfen.

Krankheitsgeschichte

Sowohl die pränatale als auch perinatale Entwicklung weist zahlreiche Risiken auf. Er war ein Zwilling, wobei das Geschwisterkind in der 9. Schwangerschaftswoche verstarb. Die Mutter litt an Präeklampsie. Nach der Geburt kam es zu starken Blutungen. Als Kleinkind erlitt er drei Fieberkrämpfe. Aufgrund dieser und einer Lungenentzündung musste er stationär behandelt werden. Nach dem Krippenbesuch mit 18 Lebensmonaten folgte mit drei Jahren der Kindergarten. Dort sei er kontaktauffällig, teils sogar mutistisch gewesen. Bis auf eine verspätete Kontrolle der Ausscheidung (Enkopresis) wies die frühkindliche Entwicklung keine Abweichungen auf. Als er fünf Jahre alt war, trennten sich die Kindeseltern. Eingeschult mit sieben Jahren kam es zum Leistungsversagen, sodass eine Umschulung nach neun Monaten in eine Diagnoseförderklasse erfolgte. Von der 3. bis zur 6. Klasse besuchte er verschiedene Förderschulen. Nach dem Umzug in ein anderes Bundesland ging er von der 7.–10. Klasse wiederum in eine Förderschule und beendete 2013 nach zehn Förderschuljahren die Schule mit dem Abgang der 9. Klasse der Förderschule.

Seit dem 8. Lebensjahr litt er unter bizarren Ideen, akustischen und optischen Halluzinationen sowie Körperfremderleben. Mit neun Jahren erfolgte die erste stationäre Aufnahme in eine universitäre Kinder- und Jugendpsychiatrie. Anlass waren Einkoten, Konzentrationsstörungen in der Schule, Leistungsversagen, nächtliches Aufwachen mit stundenlangem Wachsein, da er überzeugt war, dass sich jemand Fremdes in seinem Zimmer aufhalte sowie die Stimmen im Kopf, die ihm befehlen würden, vor ein Auto oder aus dem Fenster zu springen. Als psychosoziale Belastung wurden körperliche Übergriffe seines Bruders eruiert, der wiederum vom Vater körperlich misshandelt wurde. Mittlerweile waren die Kindeseltern getrennt. Familienanamnestisch erwähnenswert ist eine schizophrene Psychose in der Großelterngeneration. Eine umfängliche organische Diagnostik einschließlich MRT ergab keinerlei Auffälligkeiten. Die erste Epikrise vom stationären Aufenthalt in der universitären Kinder- und Jugendpsychiatrie 2007 wies als Diagnose eine emotionale Störung und keine Schizophrenie aus. Dennoch wurde an ein Prodromalstadium einer

schizophrenen Erkrankung gedacht und auch darauf hingewiesen. Der mit dem K-ABC gemessene IQ ergab einen Gesamtwert von 93. 2010 war er zunächst stationär in einer anderen universitären Kinder- und Jugendpsychiatrie und erhielt erstmalig mit Risperidon ein Antipsychotikum, welches später auf das Antipsychotikum Quetiapin (bis 600mg/Tag) umgestellt wurde, worunter er aggressiver wurde. Im Rahmen einer Notaufnahme erfolgte im gleichen Jahr eine erneute stationäre Aufnahme aufgrund formaler Denkstörungen, akustischer und optischer Halluzinationen, die stark angstbesetzt waren. Am Tage der Aufnahme fiel eine Logorrhoe auf, indem er ununterbrochen zusammenhanglos redete. Unter der stationären Erhöhung der Quetiapin-Dosis auf 2x600mg/Tag traten weder Halluzinationen, noch Wahnvorstellungen oder formale Denkstörungen auf. Dafür war er so verlangsamt, dass er nahezu bei allen Alltagsverrichtungen Unterstützung benötigte. Der mit dem CFT-20 ermittelte IQ lag nunmehr bei 78. Im Zuge dieses stationären Aufenthaltes in einer universitären Kinder- und Jugendpsychiatrie erhielt er die Diagnose paranoide Schizophrenie (F 20.0). Seit dem 11. Lebensjahr sei er nach eigenen Angaben kriminell, d.h. lange bevor er anfing, Drogen zu konsumieren. Der Konsum illegaler Drogen begann mit 14 Jahren, wobei er nahezu zeitgleich Erfahrungen mit Cannabinoiden, Amphetaminen, Ecstasy, Pilzen, Kokain, LSD und "Shore" sammelte. 2015 setzte er das Quetiapin eigenmächtig ab.

2015 erfolgte die stationäre Aufnahme zur Überprüfung der Diagnose einer paranoiden Schizophrenie in der erstbehandelnden universitären Kinder- und Jugendpsychiatrie. Bei Aufnahme berichtete er vom multiplen Substanzkonsum und dass er sich die Symptome, die zu der o.g. Diagnose geführt haben, damals nur ausgedacht hätte. Die Drogenscreenings zeigten erhöhte Werte für Amphetamine und Cannabis. Bis auf ein regelverletzendes und bagatellisierendes Verhalten wurden keine psychischen Auffälligkeiten beschrieben. Die Diagnose paranoide Schizophrenie wurde um den episodisch remittierenden Verlauf (F20.03) ergänzt. Hinzu kam die psychische und Verhaltensstörung durch multiplen Substanzgebrauch (F19.1).

Beim ersten stationären Aufenthalt in einer universitären Klinik für Psychiatrie wurde 2015 bereits neben der Diagnose multiple Substanzabhängigkeit (F 19.2) die Diagnose paranoide Schizophrenie (F 20.0) gestellt. Er berichtete bei Aufnahme von akustischen Halluzinationen in Form von Stimmenhören mit imperativem Charakter. Toxikologisch konnten keine Drogen nachgewiesen werden. Es erfolgte die erneute Einstellung auf Quetiapin retard 100mg abends und zusätzlich die Einstellung auf Aripiprazol 20mg morgens.

Fünf Monate später kam es zur nächsten stationären Aufnahme in die gleiche Klinik für Psychiatrie, da er über Schlafstörungen, Suizidgedanken, Bedrohungserleben, Schreckhaftigkeit, Antriebsmangel, Lust- und Freudlosigkeit berichtete. Im Rahmen einer medikamentösen Umstellung erhielt er nun Aripiprazol-Depot 400mg i.m. alle vier Wochen. Nach einer zwischenzeitlichen ambulanten Notfallvorstellung kam es nur 4 Wochen später zur erneuten stationären Aufnahme in die Psychiatrie. Amphetamine und Cannabinoide wurden in hohen Konzentrationen nachgewiesen. Es erfolgte ein qualifizierter Entzug. Drei Wochen später kam es zu nächsten stationären Aufnahme wegen Verfolgungsideen, Bedrohung der Kindesmutter und Suizidankündigung. Toxikologisch konnten in hohen Konzentrationen Amphetamine, Cannabinoide und Benzodiazepine nachgewiesen werden. Aripiprazol wurde wieder auf eine orale Dosis von 20mg morgens umgestellt. Es erfolgte eine

Verlegung in eine Suchtklinik zur qualifizierten Entzugsbehandlung, die er zweimalig eigenmächtig abbrach. Acht Monate später wurde er erneut wegen Verfolgungserleben und multiplem Drogenkonsum stationär aufgenommen. Cannabinoide, Amphetamine und Benzodiazepine wurden wieder nachgewiesen. Statt Aripiprazol erhielt er nun wieder Quetiapin 150mg abends. Fünf Monate später führten Verfolgungsideen und multipler Substanzmissbrauch sowie Schlafstörungen, depressiver Verstimmungen und Konzentrationsprobleme zur erneuten stationären Aufnahme. Wie bei den Voraufenthalten konnten Cannabinoide in hoher Konzentration nachgewiesen werden. Im Zuge einer erneuten medikamentösen Umstellung erhielt er nun Olanzapin 10/0/010 mg/Tag. Erst ein Jahr später kam es zum nächsten stationären Aufenthalt. Olanzapin hatte er nach der letzten Entlassung nicht mehr eingenommen. Obwohl er den Konsum illegaler Drogen seit mindestens zwei Wochen verneinte, waren Cannabinoide und Amphetamine im Urin nachweisbar. Antipsychotika wurden nicht mehr verordnet. Als Nebendiagnose wurde eine Unterfunktion der Schilddrüse festgestellt. Die Hauptdiagnosen paranoide Schizophrenie und polyvalente Substanzabhängigkeit tauchen in allen Epikrisen der beschriebenen stationären Aufenthalte von 2016 bis 2019 auf.

Seit 2019 erfolgten keine stationären Behandlungen in der Psychiatrie mehr.

Begutachtung 2020

Insgesamt gab es zwei Begutachtungstermine von insgesamt sechs Stunden, an denen ein Facharzt für Psychiatrie und Neurologie und eine approbierte Psychologin teilnahmen sowie drei gemeinsame Hauptverhandlungstermine von insgesamt 14 Stunden.

Während der Explorationen fiel er nur durch eine gewisse Redseligkeit und eine affektive Flachheit auf. Es gab überhaupt keine Anhaltspunkte für irgendwelche schizophrenen Symptome. Im Rahmen einer Hauptverhandlung, zu der er polizeilich vorgeführt wurde, offenbarten sich eine latente aggressive Gereiztheit, oppositionelles Verhalten und Konzentrationsproblem (letztere erklärbar durch das Wecken um 5.00 Uhr morgens).

Aus psychologischer Sicht ließ sich während der gesamten Untersuchung wenig Motivation für die Aufgaben feststellen. Er wirkte müde und abgeschlagen. Aktuellen Cannabiskonsum bestätigte er. Jedoch gab er an, an seinem Leben etwas verändern zu wollen, allerdings fühle er sich u.a. mit Behördengängen, Terminwahrnehmungen, dem Ausfüllen von Anträgen sowie der Alltagsstrukturierung im Allgemeinen überfordert. Er wies in allen IQ-Bereichen massive Defizite auf und lag mit einem Gesamt-IQ von 72 im weit unterdurchschnittlichen Bereich. Dies ist zum einen durchaus mit der fehlenden schulischen Kontinuität sowie dem damit einhergehenden Versäumen von Lerninhalten in Verbindung zu setzen. Weiterhin spielen zum anderen die psychischen Erkrankungen und Vorbelastungen in der Anamnese eine große Rolle. Die in der Persönlichkeitsdiagnostik ermittelten Ergebnisse wiesen einerseits eine nüchterne Sachlichkeit sowie Gleichgültigkeit im Umgang mit Mitmenschen auf, andererseits eine Liebenswürdig- und Warmherzigkeit. Personen mit einem histrionischen Persönlichkeitsstil neigen dazu, übermäßig nach Lob und Anerkennung zu verlangen. Biografisch fühlte er sich subjektiv vor allem durch die Mutter nicht wahrgenommen und letztlich verlassen, was sein Streben nach



einer Form von Anerkennung und Lob zusätzlich getriggert haben könnte. Generell zeigte sich weiterhin in der Persönlichkeitsdiagnostik eine positive Einstellung zum Leben. In der Übersteigerung der Skala optimistisch-rhapsodisch kann diese Einstellung zu der Unfähigkeit führen, negative Seiten im Selbsterleben zu reflektieren.

Aktuell ließen sich testdiagnostisch keine Anhalte für eine depressive oder schizophrene Symptomatik finden. Vielmehr wirkte er aktuell mit der Bewältigung und Wiederaufnahme seines Alltags überfordert. Zwar wurde eine Änderungsmotivation angegeben, verlor durch sein eher desinteressiertes Auftreten und seine Unzuverlässigkeit jedoch an Glaubwürdigkeit. Er hat einen GdB von 100% und die Pflegestufe II.

Gutachterliche Stellungnahme zu den §§ 20/21 StGB und § 64 StGB

Unter Berücksichtigung aller vorliegenden Informationen lagen tat- und tatzeitbezogen weder eine Intelligenzminderung (früher: "Schwachsinn") vor, denn die Intelligenz liegt im lernbehinderten Bereich, noch eine tiefgreifende Bewusstseinsstörung, noch eine krankhafte seelische Störung, noch eine schwere andere seelische Störung (früher: "Abartigkeit") vor.

Hinweise auf eine tat- und tatzeitbezogene schizophrene Symptomatik, die die Einsichts- und/oder Steuerungsfähigkeit beeinträchtigt haben könnte, finden sich nicht, obwohl er ohne Zweifel seit dem 8. Lebensjahr an einer solchen Störung leidet (F 20.0) und im Zusammenhang damit alleine oder in Kombination mit einem multiplen Substanzkonsum und Abhängigkeit (F 19.1; F 19.2) zigfach stationär in psychiatrischen Kliniken behandelt wurde. Es finden sich derzeit auch keine Hinweise auf eine tat- und tatzeitbezogene (Beschaffungskriminalität) akute Intoxikation durch legale oder illegale Substanzen.

Betäubungsmittelkonsum, aber auch die Abhängigkeit von Betäubungsmitteln, erfüllen nur die o.g. Eingangskriterien, wenn langjähriger Betäubungsmittelmissbrauch namentlich unter Verwendung "harter" Drogen zu schwersten Persönlichkeitsveränderungen geführt hat oder der Täter durch starke Entzugserscheinungen oder bei Heroinabhängigen aus Angst davor dazu getrieben wird, sich durch eine Straftat Drogen zu verschaffen oder wenn er die Tat im Zustand eines aktuellen Drogenrausches begeht (BGH StV 1997, 517 m.w.Nachw.). Derartige schwerste Persönlichkeitsveränderungen konnten durch die aktuell durchgeführte psychometrische Testung nicht gefunden bzw. bestätigt werden. Auch die Angst vor starken Entzugserscheinungen wurde in keiner Weise angeführt bzw. berichtet.

Bezüglich des beschuldigten Rohheitsdeliktes negiert er eine strafrechtliche Beteiligung. In der Hauptverhandlung ist aus gutachterlicher Sicht zu klären, inwieweit Alkohol und/oder Drogen die Einsichts- und/oder Steuerungsfähigkeit beeinträchtigt haben könnten.

Da er seit 2014/15 illegale Drogen übermäßig konsumiert und deshalb zigfach psychiatrisch stationär behandelt wurde, ist von einem Hang im Sinne des § 64 StGB auszugehen. Die angeklagten Taten dienten dem erwerbslosen Beschuldigten zur Finanzierung seines eigenen Drogenkonsums. Nur durch eine Unterbringung im Maßregelvollzug wird gewährleistet, dass er keine weiteren rechtswidrigen Taten begeht und vor einem Rückfall in den Hang gänzlich oder zumindest eine erhebliche

Zeit bewahrt werden kann. Sollte die Maßregel nach § 67b StGB zur Bewährung ausgesetzt werden, bedarf es einer stationären Entwöhnungsbehandlung, zu der er derzeit motoviert ist, um seine Probleme im Zusammenhang mit seinem multiplen Substanzkonsum in den Griff zu bekommen.

Von Menschen, die an einer Schizophrenie erkrankt sind und zusätzlich Drogen konsumieren, geht eine nicht unerhebliche Gefährlichkeit aus. Das Delinquenzrisiko erhöht sich um den Faktor 8, wobei den Hauptanteil an diesem Risiko der Substanzkonsum ausmacht (Fazel et al. 2009).

Urteil

Vom Amtsgericht wird er wegen Diebstahl und gefährlicher Körperverletzung zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von einem Jahr und sechs Monaten verurteilt.

"Die Vollstreckung der Strafe wird zur Bewährung ausgesetzt. Die Einziehung von Wertersatz […] wird angeordnet […] Im Ergebnis seien die Eingangskriterien für die §§ 20, 21 im Hinblick auf eine verminderte Einsichts- und Steuerungsfähigkeit nicht vorhanden gewesen […] Da der Angeklagte seit 2019 nicht mehr strafrechtlich in Erscheinung getreten ist und sich mittlerweile auch erfolgreich um eine Langzeitentwöhnungstherapie gekümmert hat, hat das Gericht besondere Umstände im Sinne des § 56 Abs. 2 StGB festgestellt, die trotz der Höhe der verhängten Freiheitsstrafe die Strafaussetzung zur Bewährung rechtfertigt […]"

Eine weitere Verhandlung beim Landgericht fand bis dato nicht statt.

2.3 Diskussion

Da bei dem beschriebenen Patienten nach einer über neun Jahre kontinuierlich vorhandenen psychotischen Symptomatik diese in den letzten zwei Jahren trotz eines Multisubstanzmissbrauchs nicht mehr vorhanden bzw. beobachtbar war, stellt sich die Frage, wie hoch die Wahrscheinlichkeit ist, dass eine schizophrene Symptomatik spontan remittiert, um dann die Frage beantworten zu können, ob die Diagnose ein Irrtum war oder nicht.

Während die Remissionsraten in Longitudinalstudien mit Erwachsenen zwischen 20% und 78% schwankten, lagen die Gesundungsraten (recovery) zwischen 11 und 38% (Taylor und Jauhar 2019). Somit ist die unerwartete Symptomfreiheit/Gesundung nicht völlig unwahrscheinlich, wobei früh beginnende und chronisch verlaufende Schizophrenien generell eine schlechtere Prognose haben als später beginnende monophasische Verläufe (Immonen et al. 2017). Eggers (2011) fand in seiner Katamnesestudie bei sehr früh und früh beginnenden Schizophrenien, d.h. vor der Pubertät, eine Konstanz der Symptomatik über 14 Jahre von 86,1%. Lebhaft fluktuierende Symptomatiken zeigen einen weniger stabilen Verlauf als chronisch schleichende. Letztere Variante hat bei dem begutachteten Patienten aber vorgelegen. Die ersten eindeutig psychotischen Symptome mit einer sicheren Diagnosezuordnung lagen in den Untersuchungen von Eggers (2011) durchschnittlich bei 13 Jahren und führten meistens innerhalb weniger Monate zur ersten stationären Behandlung. Diese Daten stimmen mit denen aus dem geschilderten Fall überein. Es war und ist also möglich, dass nach einem so langen kontinuierlichen Verlauf eine spontane



Vollremission (recovery) durchaus auftreten kann, was die Irrtumswahrscheinlichkeit bezüglich der neun Jahre lang vergebenen Diagnose Schizophrenie verringert. Dagegen erhöht auf den ersten Blick diese aber ein koinzidenter Substanzkonsum.

Während noch vor kurzem wissenschaftlicher und medizinischer Konsens war, dass insbesondere der exzessive Gebrauch von Cannabinoiden akute psychotische Symptome provozieren kann, zu kognitiven Einschränkungen wie dem Arbeitsgedächtnis und der exekutiven Kontrolle führt und schizophrene Verläufe und damit die Prognose verschlechtert (Ahmed et al. 2021), zeigt eine erste Studien durchaus einen positiven Effekt geringer THC Dosen auf zerebrale Kreisläufe und damit einen Benefit für die Symptomatik und damit generell schizophrene Verläufe (Whifield-Gabrieli et al. 2018).

Die gewagte Hypothese, dass der seit dem 14. Lebensjahr betriebene Cannabiskonsum, vielleicht sogar zu einem Sistieren der schizophrenen Symptomatik geführt hat, muss zum jetzigen Zeitpunkt ohne seriöse Bestätigung oder Widerlegung so stehen bleiben.

Literatur

- Ahmed S, Roth RM, Stanciu CN, Brunette MF (2021) The impact of THC and CBD in schizophrenia: A sytematic review. Frontiers in Psychiatry 12: DOI: 10.3289/fpsyt.2021.694394
- Eggers C (Hrsg.) (2011) Schizophrenie des Kindes- und Jugendalters. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, S. 117–174
- Fazel S, Gulati G, Linsell L, Geddes JR, Grann M (2009) Schizophrenia and violence: systematic review and metaanalysis. PLoS Med. e1000120. DOI: 10.1371/journal.pmed.1000120
- ICD-10; International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Klinisch-diagnostische Leitlinien der WHO, übersetzt und herausgegeben von H. Dilling; W. Mombour, M.H. Schmidt unter Mitarbeit von E. Schulte-Marquardt, 4. durchgesehene und ergänzte Auflage, Verlag Hans-Huber, 2001
- Immonen J, Jääskeläinen E, Korpela H, Miettunen J (2017) Age at onset and the outcomes of schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. Early Intervention in Psychiatry 11: 453–460
- Taylor M, Jauhar S (2019) Are we getting any better at staying better? The long view on relapse and recovery in first episode nonaffective psychosis and schizophrenia. Ther Adv Psychopharmacol 9: 1–11
- Whifield-Gabrieli S, Fischer AS, Henricks AM, Khokhar JY, Roth RM, Brunette MF (2018) Understanding marijuana's effects on functional connectivity of the default mode network in patients with schizophrenia and co-occuring cannabis use disorder: a pilot investigation. Schizophr Res 194: 70–77