ISSN 0724-5165

Kerbe

Forum für soziale Psychiatrie

4 2013
November
Dezember
Januar
31. Jahrgang

THEMENSCHWERPUNKT

Jenseits des Erlaubten

Alltag und Milieu im Maßregelvollzug

Forensische Psychiatrie und Sozialpsychiatrie

3 Editorial

4 Themenschwerpunkt

Grundlagen der forensischen Psychiatrie
Herbert Steinböck, Seite 4

Forensische und allgemeine Psychiatrie auf getrennten Wegen
Ein Symptom für das Schwinden der Vollversorgungsverantwortung in der Psychiatrie.
Martin Heinze, Seite 8

Von der forensischen Klinik in die Gemeindepsychiatrie
Wie kann die Beziehungsgestaltung beim Übergang sinnvoll gelingen?
Gerhard Kijewski, Seite 12

Forensische Begutachtung
Vorgehen, Ablauf und Problembereiche.
Dieter Seifert, Seite 16

Schizophrene Menschen in der forensischen Psychiatrie
Ein verhängnisvoller Trend der psychiatrischen Versorgung.
Nahlah Saimeh, Seite 19

Sicherungsverwahrung und Therapieunterbringung
Fachlich notwendig, verfassungsrechtlich noch legitimierbar?
Heinz Kammeier, Seite 22

Achtsames Arbeiten im Maßregelvollzug
Störungs- bzw. deliktspezifische Behandlungsansätze, ganzheitliche Therapieansätze und die therapeutische Haltung. Ute Franz, Seite 27

Zwangsbehandlung in der forensischen Psychiatrie
Folgen aus den Beschlüssen des Bundesverfassungsgerichts.
Udo Frank, Seite 29

Gemeinsam sicher den Alltag gestalten
Therapeutisches Milieu mit und für Menschen mit Schizophrenie im Maßregelvollzug.
Harald Joachim Kolbe, Seite 32

Wie kommen forensisch-psychiatrische Patienten in die Gemeindepsychiatrie?
Jürgen Baur, Karl-Heinz Menzler-Fröhlich, Seite 36

Vom Umgang mit einem Schicksal
Aus dem Erleben von Forensik-Angehörigen.
Gerwald Meesmann, Seite 39

42 Spectrum

Wieviel Pep hatt PEPP?
Gesundheitsökonomische Auswirkungen pauschaler Entgeltsysteme für die stationäre psychiatrische Behandlung.
Reinhold Kilian, Seite 42

45 Nachrichten

46 Termine / Impressum

Wir freuen uns über Anregungen und Meinungen zur Kerbe.
Schreiben Sie uns:
kerbe@beb-ev.de

Titelfoto: Simone Sander

Liebe Leserin, lieber Leser

Lange Zeit hat die Forensik ein Schattendasein geführt. Es war gut, dass es sie gab, aber man wollte gar nicht so genau wissen, was hinter den hohen Mauern passierte. In letzter Zeit ist die Forensik aber zunehmend zu einem Thema geworden. Presseberichte über den Fall Mollath rütteln die Öffentlichkeit auf. Könnte es sein, dass nicht immer die Richtigen in der Forensik untergebracht sind? Zugleich sind die ersten Reaktionen auf das Thema Forensik häufig geprägt von Angst vor gefährlichen Straftätern, die zu früh entlassen werden könnten und eine Gefahr darstellen. Das ist bei sozialpsychiatrischen Profis nicht anders. Landauf landab hört man die oft mit großer Sorge vorgetragene Beobachtung, immer mehr Patienten würden aus der Forensik entlassen und nachsorgende sozialpsychiatrische Einrichtungen wie Wohnheime oder Werkstätten seien mit ihnen überfordert.

Unser Anliegen mit diesem Heft ist es, Berührungsängste abzubauen. Herbert Steinböck gibt uns dazu einen ersten Einblick hinter die Mauern: was ist das eigentlich, die Forensik? Martin Heinze führt aus, dass die Psychiatrie entgegen den aktuellen Entwicklungen ihres Faches ihr Menschenbild reflektieren und sich zu einer umfassenden Versorgungsverpflichtung bekennen muss, will sie der Ausgrenzung der Schwierigsten und der weiteren Forensifizierung der Psychiatrie entgegenwirken. Psychiatrische Gutachten entscheiden über Aufnahme und Entlassung – Dieter Seifert erklärt uns, wie die Gutachter arbeiten. Werden Straftaten pathologisiert und wie klar ist eigentlich die Haltung der Sozialpsychiatrie zu Fremdgefährdung - Nahlah Saimeh bezieht Stellung.

Wer die Forensik verstehen will, muss die Rechtsgrundlagen kennen: Heinz Kammeier bringt sie uns näher. Udo Frank fokussiert auf das Thema Zwangsbehandlung. Ute Franz, Harald Kolbe und Gerhard Kijewski geben uns Einblicke in die Arbeit der Profis hinter den Mauern: störungsspezifische Konzepte, milieutherapeutische Ansätze und Beziehungsarbeit sind Konzepte, die auch in der Sozialpsychiatrie verbreitet sind. Karl-Heinz Menzler-Fröhlich und Jürgen Baur zeigen uns, wie gut die Arbeit mit forensischen Patienten in den vorhandenen gemeindepsychiatrischen Strukturen funktioniert. Gerwald Meesmann macht uns deutlich, welche Schicksale sich hinter forensischen Karrieren verbergen.

Wir wünschen eine anregende Lektüre und viele neue Erkenntnisse!

Irmgard Plößl
Jürgen Armbruster

Grundlagen der forensischen Psychiatrie

Von Herbert Steinböck

Der Aufsatz bietet einen orientierenden Überblick über die Grundlagen der forensischen Psychiatrie, speziell der Unterbringung im Maßregelvollzug gemäß § 63 StGB (für psychisch kranke Straftäter) und § 64 StGB (für suchtkranke Straftäter). Nach einer kurzen Erläuterung der rechtlichen und institutionellen Grundlagen folgt die Erörterung einiger Gesichtspunkte, die für die Zusammenarbeit mit der Gemeindepsychiatrie von besonderer Bedeutung sind, so kulturelle und Genderfragen, Fragen der Legalprognose und des Standorts von Maßregelvollzugseinrichtungen, nach der Tätigkeit der Forensischen Ambulanz und schließlich nach der Einbeziehung der vom Maßregelvollzug Betroffenen.

Herbert Steinböck
Dr., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Chefarzt der Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie am Klinikum München-Ost.
Email: Herbert.Steinboeck@kbo.de

Forensische Psychiatrie führt traditionell ein Schattendasein, das freilich, veranlasst durch mehr oder weniger dramatische oder als dramatisch wahrgenommene Ereignisse, gelegentlich von den Scheinwerfern der öffentlichen Meinungsbildner jäh dem interessierten Publikum dargeboten wird. Wie immer, verzerrt zu grelles Licht auch hier mehr, als es zeigt. Will man sich also ernsthaft einem Verständnis der forensischen Psychiatrie zuwenden, empfehlen sich hierzu eher ruhigere als allzu aufgeregte Zeiten.

Alles, was auf dem Markt- bzw. Gerichtsplatz verhandelt wird, ist innerhalb eines Interessenfeldes umstritten.

Der Begriff „forensisch“ leitet sich vom lateinischen „forum“, Marktplatz, ab, auf dem die Alten nicht nur ihre Geschäfte abgewickelt, sondern auch zu Gericht gesessen und Urteile gefällt hatten. Forensische Psychiatrie lässt sich folglich mit „gerichtliche Psychiatrie“ übersetzen. Ihre seitens der Gesellschaft durchaus ambivalent erlebte Stellung hängt auch hiermit zusammen: ist doch alles, was auf dem Markt- bzw. Gerichtsplatz verhandelt wird, etwas, das innerhalb eines Interessenfeldes umstritten ist.

Forensische Psychiatrie umfasst ein weites Feld, das keineswegs nur das Strafrecht betrifft, sondern ebenso psychiatrische Aspekte des Sozial- und des Zivilrechts. In all diesen Fällen ist forensische Psychiatrie vor allem mit Fragen der Begutachtung befasst. Grundsätzlich ist es nicht die Aufgabe eines Gutachters, rechtliche Entscheidungen wie die Gewährung oder Versagung einer Berufsunfähigkeitsrente, die Einrichtung einer rechtlichen Betreuung oder die Anordnung einer Krankenhausunterbringung zu fällen. Er hat vielmehr in solchen Fragen lediglich das Gericht fachkundig, d.h. innerhalb der Grenzen seines psychiatrischen Fachgebiets, zu beraten. Sache des Gerichts ist es dann, die Entscheidung zu treffen, und die kann sich (und wird sich zumeist) an den Aussagen des Sachverständigen orientieren; das Gericht kann hiervon aber auch abweichen und tut es gelegentlich, denn das Gericht ist nicht nur vom Staat, sondern auch von den Gutachtern grundsätzlich unabhängig.

Einen Teilbereich der forensischen Psychiatrie bildet der Maßregelvollzug. Er macht immer wieder Schlagzeilen, auch weil er bei oberflächlicher Betrachtung, ähnlich wie das Gefängnis, schon räumlich eine Separation zwischen Gut und Böse vornimmt und so die außerhalb seiner Mauern verbleibenden, vermeintlich guten Menschen sich ihrer Qualität gern immer wieder dadurch vergewissern, dass sie den distanzierenden Blick auf die Untergebrachten samt der dazugehörigen Institution werfen. Wir wollen uns im Folgenden dieser Institution zuwenden.

Der Maßregelvollzug

Das deutsche Strafrecht ist zweispurig: eine Spur führt von der Schuld, die der Täter durch die von ihm begangene Tat auf sich geladen hat, zur Strafe, die im Allgemeinen entweder die Form einer Geldstrafe oder von Gefängnis annimmt. Man kann dies auch als die Hauptspur des Strafgesetzes bezeichnen, bei der es um Schuld und Sühne, also um Strafe geht. Die andere Spur nimmt ihren Ausgang von der Gefährlichkeit, die wir einem Täter aufgrund seiner Tat und seiner Persönlichkeit, seiner Lebensumstände etc. zuschreiben. Während also die erstgenannte Spur lediglich den vergangenheitsorientierten Tatnachweis erfordert, zwingt die zweite Spur zu einer in die Zukunft gerichteten Gefährlichkeitsprognose. In diesem zweiten Fall geht es bei der Konsequenz aus der erstellten Gefährlichkeitsprognose nicht um Strafe, sondern um eine Vorbeugung gegen die angenommene Gefährlichkeit. Eine solche Maßnahme wird in unserem Strafrecht als Maßregel (im Unterschied zur Strafe) bezeichnet.

Das StGB kennt verschiedene Maßregeln. Beispielsweise gehören dazu so unterschiedliche Maßnahmen wie Berufsverbot, Führerscheinentzug und Führungsaufsicht, aber eben auch die beiden freiheitsentziehenden Maßregeln der Besserung und Sicherung, nämlich die Sicherungsverwahrung (§ 66 StGB) und der Maßregelvollzug (§§ 63, 64 StGB). Während die Sicherungsverwahrung normalerweise durch Justizvollzugsanstalten (Gefängnisse) durchgeführt wird, erfolgt der Maßregelvollzug in psychiatrischen Krankenhäusern, sei es als forensische Abteilungen innerhalb allgemeinpsychiatrischer Kliniken oder als eigenständige forensische Kliniken. Dabei erfolgt die Unterbringung psychisch kranker Straftäter gemäß § 63 StGB, die Unterbringung suchtkranker Straftäter gemäß § 64 StGB.

Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus (§ 63 StGB)

Voraussetzung einer Unterbringung gemäß § 63 StGB ist die Begehung einer Straftat, für die wegen des Vorliegens einer psychischen Erkrankung entweder Schuldunfähigkeit oder zumindest erheblich verminderte Schuldfähigkeit angenommen wird. Zusätzlich muss die Frage nach der künftigen Gefährlichkeit aufgrund des Fortbestehens der psychischen Erkrankung bejaht werden.

Zweck der Unterbringung ist die Behandlung der psychischen Erkrankung und der Schutz der Allgemeinheit.

Dies bedeutet, dass der Zweck der Unterbringung ein doppelter ist, nämlich zum einen die Behandlung der die Gefährlichkeit begründenden psychischen Erkrankung, zum andern der Schutz der Allgemeinheit, welcher zunächst durch den Freiheitsentzug angestrebt wird, möglichst früh aber auch, und mit zunehmender Dauer in verstärktem Maße, durch Behandlung und therapeutische Beziehung. Diese beiden Zwecke werden durch die Bezeichnung als Maßregel der „Besserung und Sicherung“ zum Ausdruck gebracht. Dass die Besserung an erster Stelle steht, ist auf die große Strafrechtsreform der 1970-er Jahre zurückzuführen. Bis dahin hatte man die umgekehrte Reihenfolge und damit die Formulierung des Gewohnheitsverbrechergesetzes von 1933 aufrechterhalten, auf das die Maßregelvollzugs-Gesetzgebung – freilich nach einem jahrzehntelangen Vorlauf einer juristischen Reform Diskussion, deren Ergebnisse das NS-Regime verkürzte und seinen eigenen Missbrauchszwecken unterwarf – zurückgeht.

Die Dauer des Maßregelvollzugs gemäß § 63 StGB ist prinzipiell unbefristet. Einmal jährlich erfolgt eine richterliche Anhörung, zu deren Vorbereitung durch das Gericht jeweils eine gutachterliche Stellungnahme bzw. ein psychiatrisches Prognosegutachten, alle fünf Jahre auch ein externes Prognosegutachten eingeholt wird. Die Entlassung wird durch das Gericht beschlossen, sobald es zu dem Schluss kommt, dass die Gefährlichkeit des Untergebrachten nicht mehr fortbesteht.

Die Unterbringung gemäß § 64 StGB kommt nur dann infrage, wenn Aussicht auf Erfolg der Behandlung besteht.

Psychische Erkrankung stellt, und diese Einsicht gilt heute unverändert fort, für sich genommen kein erhöhtes Gewalt- oder Deliktrisiko dar. Es gibt allerdings spezifische Konstellationen, die als Risikofaktoren anzusehen sind und, wirkt man ihnen nicht durch protektive Faktoren entgegen, die Gefahr der Begehung einer erneuten Gewalttat erhöhen können. Wichtigster Risikofaktor für Gewalttaten stellt insbesondere der Konsum von Alkohol, in geringerem Maße auch von anderen psychotropen Substanzen dar. Auch eine unbehandelte schizophrene Psychose kann das Risiko erhöhen, vor allem bei Vorliegen eines psychotischen Erlebens, welches mit der wahnhaften Überzeugung einhergeht, mit dem Leben bedroht zu werden, schweren Ich-Störungen ausgeliefert zu sein und sich nur durch vermeintliche Notwehr retten zu können. Ist diese psychotische Symptomatik jedoch stabil remittiert, besteht ein effektiver medikamentöser Schutz vor einem psychotischen Rezidiv, befindet sich der Betreffende in einem wohlwollenden, ihn weder über- noch unterfordernden Lebenszusammenhang und meidet er Alkohol und illegale Drogen, dann geht von ihm auch keine andere Gefahr als von jedem anderen Bürger aus.

Unterbringung in der Entziehungsanstalt gemäß § 64 StGB

Bekanntlich gibt es die Entziehungsanstalten alten Stils nicht mehr, die im Recht gebräuchlichen Begrifflichkeiten hinken allerdings häufig, so auch hier, den gesellschaftlichen oder fachlichen Entwicklungen hinterher. Die Unterbringung in der Anstalt bedeutet lediglich, dass ein suchtkranker Straftäter zwar, ähnlich einen psychisch kranken Täter, in einer forensischen Klinik, aber eben mit einem anderen, nämlich suchttherapeutisch ausgerichteten Therapieprogramm behandelt wird. Wegen der gleichzeitig bestehenden kriminellen Vorbelastung ist diese Suchttherapie zugleich „kriminatherapeutisch“ anzureichern, also die Auseinandersetzung des Patienten mit der Tat und mit kriminogenen Faktoren zu fördern.

Die Unterbringung gemäß § 64 StGB unterscheidet sich von derjenigen gemäß § 63 StGB vor allem in folgenden Hinsichten: Zum einen spielt für die Unterbringung gemäß § 64 StGB die Frage der Schuldfähigkeit keine Rolle, das heißt, nach diesem Rechtsgrund werden auch voll schuldfähig die Straftäter, soweit sie die Straftat im Zusammenhang mit einer Suchterkrankung begangen haben, untergebracht. Zum anderen ist die Unterbringung gemäß § 64 StGB auf zwei Jahre befristet, wobei sich diese Frist gegebenenfalls durch Begleitstrafen verlängert. Wegen der kürzeren Unterbringungsdauer erfolgen hier die richterlichen Anhörungen halbjährlich.

Schließlich ist noch ein Unterschied, dass die Unterbringung gemäß § 64 StGB nur dann infrage kommt, wenn eine konkrete Aussicht auf Erfolg der Behandlung bejaht wird. Befindet sich der Patient bereits in Unterbringung, und es stellt sich im Lauf der Behandlung heraus, dass keine Aussicht auf Erfolg besteht, kann die Maßregel durch Gerichtsbeschluss erledigt, die Unterbringung also abgebrochen werden. Ist dann noch eine Begleitstrafe offen, wird der Patient aus der psychiatrischen Klinik zur Verbüßung der Reststrafe in die Haftanstalt verlegt. Die Erledigungsquoten bei Unterbringung gemäß § 64 StGB sind hoch und liegen im Bundesdurchschnitt bei etwa 50%. Hierbei ist allerdings zu berücksichtigen, dass die meisten der betreffenden Patienten bereits mehrere gescheiterte Entwöhnungsbehandlun-

gen hinter sich haben, etwa die Hälfte von ihnen war zum Zeitpunkt der Tatbegehung in Substitution, die also jedenfalls bei dieser Gruppe die deliktische Entwicklung nicht aufzuhalten vermochte.

Diagnosen- und Deliktverteilung

Unter den im Maßregelvollzug untergebrachten Suchtpatienten finden sich zu einem Drittel Alkoholkranke, zu zwei Dritteln Konsumenten illegaler Substanzen, wobei hier die Abhängigkeit von multiplen Stoffen dominiert und häufig eine Kombination mit Persönlichkeitsstörungen vor allem aus dem Cluster B vorliegt.

Während Alkoholiker besonders häufig Gewaltdelikte, vor allem Körperverletzungen, aber auch gelegentlich Tötungs- oder Sexualdelikte bieten, finden sich unter den Konsumenten illegaler Substanzen hauptsächlich Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz und Eigentumsdelikte wie Diebstahl und Raub, insbesondere bei Kokain-und Amphetaminkonsumenten kommen aber auch nicht selten Körperverletzungsdelikte vor. Seit Jahren seit sich ein Trend zu schwereren Delikten vor allem aus dem Gewaltbereich und zu höheren Begleitstrafen.

Unter den im Maßregelvollzug untergebrachten Patienten finden sich überdurchschnittlich viele mit broken-home-Verhältnissen.

Betrachtet man die gemäß § 63 StGB untergebrachten Patienten, so finden sich hier etwa 50% mit einer schizophrenen Erkrankung, ein Drittel der Patienten gehört der Gruppe der Persönlichkeitsgestörten an, hauptsächlich solche mit narzisstischen, dissozialen und Borderline-Zügen, aber auch paranoiden, schizotypen und passiv-aggressiven Gepräges. Die restlichen Patienten verteilen sich auf bipolare affektive Störungen, Patienten mit hirnorganischen Beeinträchtigungen und mit Intelligenzminderung.

Der häufigste Delikttyp im § 63 StGB-Bereich ist Körperverletzung, gefolgt von Tötung-und Sexualdelikten. Seltener sind Brandstiftung, Sachbeschädigung und Eigentumsdelikte vertreten.

Die Geschlechtsverteilung der Maßregelvollzugspatienten ist eindeutig: 90% sind männlich, 10% weiblich, der Anteil der Letzteren allerdings mit steigender Tendenz. Trotz einiger Unterschiede zeigen beide Geschlechter in der forensischen Psychiatrie viele Gemeinsamkeiten. So finden sich in beiden Gruppen überdurchschnittlich viele Patienten mit broken-home-Verhältnissen, viele von ihnen waren in der Kindheit Opfer von Missbrauch und Traumatisierung. Der höhere Anteil affektiver Störungen beim weiblichen Geschlecht hängt auch damit zusammen, dass sich hier immer wieder auch Patientinnen nach erweitertem Suizidversuch finden, bei dem das Kind zu Tode gekommen ist.

Untersuchungen in Gemeinden, die als Standorte für Maßregelvollzugskliniken dienen, haben keine erhöhte Deliktbelastung nachgewiesen.

Kulturelle Aspekte spielen für den Maßregelvollzug ohnehin in vielfacher Hinsicht eine Rolle, besonders natürlich in Bezug auf die verschiedenen Herkunftsländer (Steinböck 2011). In einer Stichtagsuntersuchung unserer gemäß § 64 StGB untergebrachten Patienten fanden sich ca. 50%, deren Herkunftsland nicht Deutschland ist. Neben Sprache und Kultur weisen forensische Patienten mit nicht-deutschem Hintergrund auch eine andere Deliktsstruktur als deutsche Untergebrachte auf: Ausländer sind in Bezug auf Sexualdelikte deutlich unterrepräsentiert.

Berührungspunkte zur Gemeindepsychiatrie

Der Maßregelvollzug weist, wie schon aus dem bisherigen Überblick klar geworden sein dürfte, erhebliche Unterschiede zur Allgemeinpsychiatrie bzw. Gemeindepsychiatrie auf. Dennoch bestehen zwischen beiden Systemen wichtige und zum Teil auch sehr innige Berührungsflächen. Von diesen sollen abschließend vor allem zwei Aspekte kurz skizziert werden, nämlich die Prognoseproblematik und die Entwicklung der Anzahl von Maßregelvollzugspatienten und das Verhältnis dieser Entwicklung zur Gemeindepsychiatrie.

1. Prognoseproblematik – Lockerungen, Entlassungen und Standortfrage

Nicht jeder Untergebrachte ist tatsächlich gefährlich. Aufgrund der begrenzten empirischen Treffsicherheit der Gefährlichkeitsprognose ist aber auch heute noch von einer Rate falsch Positiver von etwas über 60% auszugehen (Nedopil & Müller 2012, S. 351), und zwar auch dann, wenn die Prognosen korrekt, d. h. nach dem state of the art erhoben werden. Das bedeutet, dass wir statistisch jeweils mindestens zwei Menschen unterbringen müssen, die uns zwar beide als gefährlich erscheinen, von denen aber, würde man sie beide sofort auf freien Fuß setzen, lediglich einer früher oder später erneut eine wirklich gefährliche Tat begehen würde. Das Problem ist, dass wir nicht über hinreichend geeignete Kriterien verfügen, um zu entscheiden, wer von beiden nicht (mehr) gefährlich ist. Der Hintergrund dieser prognostischen Problematik ist komplex, so sind schon aufgrund der vergleichsweise geringen Anzahl schwerer Gewalttaten statistische Untersuchungen schwierig, und die Kontingenz menschlichen Verhaltens setzt hier zusätzliche, prinzipielle Erkenntnisschranken. Wir haben es also in Bezug auf die Deliktprognose mit vergleichbaren Schwierigkeiten zu tun, wie sie sich auch im Zusammenhang mit Fragen der Vorhersage suizidalen Verhaltens einstellen.

Weil also die Prognose deliktischer Rückfälle schwierig ist, versucht man, die Bedingungen und Zeiträume der Rückfallprognose möglichst einzugrenzen, indem man zwischen hoch gesicherter Unterbringung und Entlassung mehr oder weniger ausgedehnte Zeiten gestufter Vollzugslockerungen, mehrmonatiges Probewohnen außerhalb der Klinik und auch noch nach der Entlassung eine meist auf 3-5 Jahre befristete Bewährungszeit mit individuell abgestimmten Bewährungsauflagen und Führungsaufsicht schaltet.

Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass Untersuchungen zur Sicherheitslage in Gemeinden, die als Standorte für Maßregelvollzugskliniken dienen, keine erhöhte Deliktbelastung dieser Gemeinden gefunden haben. Entgegen der häufig in der öffentlichen Diskussion zu vernehmenden Meinung sind also Lockerungszwischenfälle ausgesprochen seltene Ereignisse.

2. Entwicklung der Unterbringungszahlen, forensische Ambulanz und gemeindepsychiatrischer Verbund

Seit 1996 stieg in der gesamten Bundesrepublik die Anzahl der in den Maßregelvollzugskliniken untergebrachten Patienten kontinuierlich an, in Bayern von ca. 1000 auf 2500 (Wenk-Wolff 2013). Ein ähnlicher Trend findet sich auch in der übrigen Bundesrepublik, die Gesamtzahl Untergebrachter in der BRD liegt bei etwa 10.000 Personen.

Die Frage, wie dieser beständige Anstieg zu erklären ist, ist bislang nicht beantwortet. Sicherlich spielen gesamtgesellschaftliche Tendenzen eine Rolle, auch politisch-ideologische Konjunkturen wie etwa irrationale Kriminalitätsfurcht und diese nutzende Repressionsreflexe, vor allem mit fortgesetzten Verschärfungen juristischer Vorgaben. Immer wieder wurde auch diskutiert, inwieweit die Verkürzung stationärer Aufenthalte in der Allgemeinpsychiatrie das deliktische Risiko für Patienten, die nicht hinreichend remittiert entlassen wurden, erhöhen würde. Dem steht allerdings entgegen, dass die Unterbringungszeiten vor allem in der § 63 StGB-Unterbringung sich deutlich verlängert haben, während die Aufnahmen gerade in diesem Bereich, wie sich an den Zahlen der vorläufigen Unterbringung gemäß § 126a StPO zeigt, keineswegs diese hohen Anstiegsraten aufweisen. Insofern scheint es sich hier eher um ein Entlassungs- als um ein Aufnahmeproblem zu handeln (siehe auch Zinkler 2008).

Dabei hat sich gerade in Bezug auf die Entlassung psychisch kranker Straftäter aus dem Maßregelvollzug in den letzten Jahren viel getan. So wurde mit dem Gesetz zur Reform der Führungsaufsicht vom 17.4.2007 einerseits der Begriff der Forensischen Ambulanz erstmals ins Recht eingeführt (§§ 68a, 68b StGB) und andererseits eine stationär-forensische Krisenintervention (§ 67h StGB) festgelegt, deren Höchstgrenze von drei Monaten im Bedarfsfall einmalig auf sechs Monate verlängert werden kann.

Nach Nordrheinwestfalen und dem bereits gut etablierten hessischen Modell wurde dann ab 1.1.2009 auch in Bayern eine angemessene und auf Dauer angelegte Finanzierung flächendeckender forensische Ambulanzen installiert. Mittlerweile wurden, in unterschiedlichen Ausformungen, auch in allen übrigen Bundesländern ähnliche forensische Ambulanzen geschaffen. Diese Ambulanzen arbeiten multiprofessionell und flexibel, einschließlich einer aufsuchenden Betreuung, mit der Möglichkeit effektiver Substanzkontrollen und zeitnaher Reaktion auf problematische Entwicklungen oder krisenhafte Zuspitzungen (z. B. Schlie & Büttner-Krischock 2012).

Von besonderer Bedeutung ist in diesem Zusammenhang die enge Zusammenarbeit zwischen forensischer Station, Forensischer Ambulanz, Bewährungshilfe, Strafvollstreckungskammer, betreuten Wohneinrichtungen, beschützenden Arbeitsprojekten und anderen Anbietern psychosozialer Hilfen (Steinböck 2012).

Für die forensische Psychiatrie relativ neu sind schließlich die Gehversuche, die sie auf „drei Beinen“ unternimmt, nämlich in der trialogischen Verständigung mit den Service Usern – Vertretern der Patienten wie der Angehörigen (Steinböck 2001) etwa bei Tagungen, Projektplanungen und vor allem - in der täglichen Arbeit (Völlm & Zinkler 2013; Winkler 2013).

Literatur

Nedopil, N., Müller, J. L. (2012) Forensische Psychiatrie. Stuttgart – New York: Thieme.

Schlie, M., Büttner-Krischock, C. (2012) Wegbegleitung aus der Dissozialität – eine Kasuistik aus Sicht der Forensischen Psychiatrie und der Bewährungshilfe. In: Steinböck, H.. (Hrsg.) Der Maßregelvollzug. Von der Besserungsanstalt zur modernen Therapielandschaft. Lengerich: Pabst Science Publishers, S. 108 – 128.

Steinböck, H. (2001). Angehörige als Opfer – Fallstricke der forensischen Psychiatrie. Recht & Psychiatrie 19, 4: 190 – 195.

Steinböck, H. (2011) Forensische Psychiatrie, Kultur und der Andere. In: ders. (Hrsg.) Forensische Psychiatrie als Randkultur – zwischen interkultureller Spannung und multikultureller Integration. Lengerich: Pabst Science Publishers, S. 11 – 23.

Steinböck, H. (2012). Was erwartet das komplementäre Umfeld vom Maßregelvollzug? Recht & Psychiatrie 30, 1: 3 – 8.

Völlm, B., Zinkler, M. (2013) Editorial. Recht & Psychiatrie 31, 3: im Druck.

Winkler, H. (2013) Die Rolle von Angehörigen im Maßregelvollzug – ein wichtiger Mittler zwischen drinnen und Draußen. In: Steinböck, H. (Hrsg.) Maßregelvollzug in der Gemeinde – vom Tatort zum sozialen Empfangsraum. Lengerich: Pabst Science Publishers, im Druck.

Wenk-Wolff, C. (2013) Unveröffentlichte Statistik des Verbands der Bayerischen Bezirke.

Zinkler, M. (2008). Früher entlassen – schneller im Maßregelvollzug? Zum Verhältnis von allgemeiner und forensischer Psychiatrie. Recht & Psychiatrie 26: 102 – 105

Forensische und allgemeine Psychiatrie auf getrennten Wegen

Ein Symptom für das Schwinden der Vollversorgungsverantwortung in der Psychiatrie

Von Martin Heinze

Zur Frage des Verhältnisses von allgemeiner und forensischer Psychiatrie hat der Autor bereits vor einigen Jahren zusammen mit den Kollegen der Bremer Forensik Stellung genommen (Heinze et al., 2005). Bereits damals spiegelte die psychiatrische Fachliteratur wider, dass sich eher ein Konkurrenz- denn ein Ergänzungsverhältnis zwischen den beiden Bereichen einstellen würde, welches dem Rückgang der sozialpsychiatrischen Orientierung der Psychiatrie insgesamt geschuldet sei (von der Haar, 2002). Kreutzberg (1999) warnte vor den Gefahren der Isolierung forensischer Versorgungssysteme gegenüber der sozialpsychiatrischen Regelversorgung. Ebenso fanden sich mahnende Stimmen (Rosemann, 2003, Dönisch-Seidel und Hollweg, 2003), die eine Reintegration der Versorgungsketten forderten bzw. sogar ein Experiment der Wiederannäherung (Schalast, 2003) sahen, welches allerdings eher dem Umstand geschuldet war, dass die forensische Psychiatrie zu Beginn unseres Jahrhunderts in einem Maße wuchs, dass Bettenkapazitäten der Allgemeinpsychiatrie für forensische Zwecke herangezogen wurden und es zu einer eher unfreiwilligen Durchmischung kam. Mittlerweile sind in allen Bundesländern neue forensische Kliniken mit großen Kapazitäten entstanden, so dass die Trennung zumindest auf institutioneller Ebene geradezu perfekt ausgebaut ist. Wenig hat sich also in den letzten zehn Jahren getan und trotz aller Einsichten, dass die Entwicklung vielleicht keine gute sei und letztlich den Zielen der sozialpsychiatrischen Reform widerspreche, vertiefte sich der Graben zwischen den Fachgebieten. Wenn man heute die Frage nach dem Verhältnis beider erneut stellt und insbesondere fragt, warum eine Auseinanderentwicklung geradezu unvermeidlich scheint, greift es zu kurz, wenn man nur oberflächlich an der steigenden Zahl forensischer Unterbringungen ansetzt und nicht Strukturprobleme der Psychiatrie insgesamt ins Auge fasst.

Der Wunsch, das Stigma von Gewalt und problematischem Verhalten loszuwerden, führte im Prozess der Psychiatriereform nach der Psychiatrieenquete dazu, dass die Ressourcen der Allgemeinpsychiatrie sich immer weiter dahin verteilten, weniger kranke Menschen intensiver zu behandeln, und die Ressourcen für die Versorgung der Schwerkranken abnahmen. Angeheizt wird diese Verschiebung der Ressourcen hin von den schwerer Kranken zu den leichter Kranken auch dadurch, dass sich die Psychiatrie nicht nur im Spannungsfeld mit der forensischen Psychiatrie auf der einen Seite befindet, an die sie „gerne“ Patienten abgibt, sondern auf der anderen Seite in einem zunehmenden Konkurrenzverhältnis mit der Psychosomatik, die sich zuständig fühlt für alle Patienten der Diagnosegruppen F3 bis F6, das heißt für alle psychisch Kranken mit Ausnahme der Dementen, der Suchtkranken und der Schizophrenen. Eine beliebte Frage ist, ob man denn nicht auch selbst als Psychiater solche Kliniken auswählen würde, bräuchte man eine Behandlung oder ob man das nicht für die Schwiegermutter täte, denn schließlich wolle man doch nicht mit gewalttätigen oder verwahrlosten Menschen unter einem Dach sein. So verständlich dies ist, so hoffnungslos wirkt damit der Versuch der Psychiatrie, sich dem Gedanken der Vollversorgung ernsthaft zu stellen. Denn dieser würde weder erlauben, schwer Kranke aus der Versorgungsregion abzugeben noch erlauben, leichter Kranke überregional zu versorgen.

> Verschiebung der Ressourcen von den schwerer Kranken hin zu den leichter Kranken.

Zersplittertes Versorgungssystem

Wie konnte es dazu kommen, dass die Allgemeinpsychiatrie den Kampf um eine umfassende Versorgungsverantwortung so ohne weiteres aus der Hand gegeben hat und heute darum kämpft, angesichts der Konkurrenz der staatlich gut ausgestatteten forensischen Kliniken einerseits und den von den Sozialversicherungen bestens ausgestatteten Bereichen der stationären psychosomatischen Akut- und Rehabilitationsversorgung nicht aufgerieben zu werden? Als Grund der Zersplitterung des Versorgungssystems wird in Deutschland gerne angeführt, dass die sozialrechtlichen Rahmenbedingungen nichts anderes zuließen. Schließlich wird in diesem Land für jeden Paragraphen, der eine Finanzierung im Rahmen des SGB oder anderer Gesetze möglich macht, eine spezielle Einrichtung hervorgerufen. Diese Institutionszentrierung ist in der sozialpsychiatrischen Literatur bestens beschrieben und kritisiert worden, wird aber aktuell weiter auf die Spitze getrieben, wenn für verschiedenste Bevölkerungsgruppen unter Berufung verschiedenster Anspruchsgrundlagen weitere Spezialeinrichtungen für Burnout-Patienten, ADHS im Erwachsenenalter oder Trauma aus dem Boden sprießen, wenn Einrichtungen der Akutversorgung und der Wiedereingliederungshilfe nach wie vor stationär aufgebaut werden, wider besseren Wissens, weil nur so eine ausreichende Finanzie-

Martin Heinze
Prof. Dr. med., Nervenarzt, Psychotherapeut und Forensischer Psychiater, Leiter der Abteilung Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik der Immanuel Klinik Rüdersdorf.
E-Mail: m.heinze@immanuel.de

rung sichergestellt wird usw. Bestimmten Menschen mit schwerer Erkrankung und hohem Behandlungsbedarf ist es geradezu zu „wünschen“, in die Forensik zu gelangen, weil sie nur hier eine personalintensive, beziehungskonstante und auf mehrere Jahre ausgerichtete Behandlung erhalten können. Die Forensik selbst reproduziert dabei die Strukturprobleme der anderen psychiatrischen Versorgungssektoren: Sie ist mehr oder weniger ausschließlich als stationäre Versorgung konzipiert. Anders als in anderen Staaten fehlt es an forensischer Ganztagsbehandlung ohne Bett und nach wie vor sind die forensischen Institutsambulanzen nur so ausgestattet, dass eine Nachsorge, nicht aber präventive oder stationsersetzende Arbeit geleistet werden kann. Letztlich findet sich hier wie an allen anderen Orten des psychiatrischen Versorgungssystems das Prinzip stationär vor ambulant bzw. keine ausreichenden therapeutischen Ressourcen für schwer kranke Patienten wenn nicht gebunden an ein Bett. Das Prinzip ist damit das gleiche wie vor der Psychiatriereform, nur in neue Formen gekleidet. Ein zweites Prinzip hat überdauert: Waren die psychiatrischen Fachkrankenhäuser immer schon der Platz, an dem die Gesellschaft Menschen ausgliedern konnte, die aufgrund ihrer kriminellen oder sonstig störenden Verhaltensweisen bereits auffällig geworden waren, so gilt dies auch heute: Weder die Allgemeinpsychiatrie noch die forensische Psychiatrie leistet präventive Arbeit. Der ersterkrankte Psychotiker braucht durchschnittlich fünf Jahre, um in eine fachärztliche Behandlung zu kommen – der im Rahmen seiner Erkrankung für andere gefährliche Patient muss erst eine schwere Straftat begehen, die ihm die Eintrittskarte in die forensische Welt ermöglicht, um adäquat behandelt zu werden.

Eine Straftat als Eintrittskarte in die forensische Welt.

Fallvignette 1

Ein 56-jähriger Patient mit chronisch wahnhafter Schizophrenie, fast ausschließlich von seinen systematisierten Wahngedanken und Verfolgungserleben ausgefüllt, lenkt sich mit massiven Alkoholexzessen davon ab, wird dauerhaft von Stimmen gequält. Er ist so misstrauisch, dass er niemanden in seine Wohnung lässt. Kommt ihm jemand zu nahe, so zeigt er sich gewaltbereit und begeht im häuslichen Bereich Körperverletzungen. Nach außen wird er immer wieder auffällig durch Widerstand gegen Vollzugsbeamte, die für Ordnung sorgen wollen. Aufgrund der Symptomatik wird er betreuungsrechtlich immer wieder in die zuständige psychiatrische Klinik für einige Wochen untergebracht. Er findet weder den Weg zum Nervenarzt noch in die Institutsambulanz, da er ein erhebliches Misstrauen gegen staatliche Stellen hat, die für ihn im Rahmen seines systematisierten Wahnes zu den Verfolgern gehören. Auch die Betreuerin wird selten ins Haus gelassen. In seinen früheren Jahren hatte er eine schwere Körperverletzung unter Alkohol und, diese verdeckend, einen Mord begangen. Er saß zehn Jahre in einer Haftanstalt. Während dieser Zeit blühte seine Psychose, kaum zureichend behandelt auf. Seit seiner Entlassung hat er sozial nicht mehr Fuß gefasst. Eine strafrechtliche Unterbringung in die Forensik ist aufgrund des geringen Ausmaßes der aktuell zwar häufigen, aber jedoch nicht schweren Delikte nicht möglich, eine Heimunterbringung scheitert daran, dass die regional vorhandenen Institutionen mit seinem Widerstand nicht klar kämen und für tägliche Hausbesuche gibt es weder in der zuständigen Institutsambulanz noch beim Sozialpsychiatrischen Dienst genügend Ressourcen. Zudem wurde die Erfahrung gemacht, dass dies eh zwecklos sei, da er niemanden zu sich lasse. Was nicht versucht wurde und auch nicht möglich ist, sind tägliche Kontaktversuche. Vielleicht hätte er nach einem halben Jahr des regelmäßigen Anklopfens an der Tür doch aufgemacht oder hätte, falls er einmal über mehrere Jahre mit dem gleichen Therapeuten Kontakt bekäme, eventuell doch von diesem ein Depot akzeptieren können. Von ihm geht eine hohe Gefahr für die Allgemeinheit aus. Vermutlich wird eine adäquate psychiatrische Behandlung dann etabliert werden, wenn aufgrund eines weiteren schweren Gewaltdeliktes eine forensische Unterbringung möglich wird.

Dabei haben andere Länder gezeigt, dass durchaus eine Versorgung straffällig Gewordener im Rahmen der Regelversorgung geht. Aus eigenen Erfahrungen anlässlich eines Besuchs des Triestiner Versorgungssystems weiß der Autor, dass dort bei einer Versorgungsregion von ca. 250 000 Menschen nur zwei oder drei Patienten in forensischen Spezialeinrichtungen untergebracht sind. Die anderen Patienten konnten, zum Teil durch Ressourcenverschiebung weg von leichter Kranken hin zu den schwerer Kranken mit ganztägiger 1:1-Betreuung im Krisenfall, Hausbesuchen etc. in der Versorgungsregion behandelt werden.

In England ist es selbstverständlich, dass die fachlich notwendige Spezialisierung nicht nur der verschiedenen psychiatrischen Bereiche, sondern auch des Spezialgebiets der Gewaltprävention durchaus und überall betrieben wird, und zwar nicht im Gegensatz zur Regionalisierung. Neben den speziellen Teams für die Versorgung depressiver oder psychotischer Patienten kennt zum Beispiel die Versorgungsregion Manchester ambulante Teams, welche mit besonders hohen Personalressourcen ausgestattet sind und eine intensive, komplexe, aufsuchende Behandlung von Patienten leisten kann, die zuvor gezeigt haben, dass sie im Rahmen ihrer schweren Erkrankung für sich selbst oder andere gefährlich werden können. Stellt die Psychiatrie also den Schwerstkranken genügend Ressourcen zur Verfügung, so ließe sich ein Teil des Problems der forensischen Psychiatrie auch im Rahmen der Vollversorgung mit wenigen Ausnahmefällen wohl lösen. So lange die Ressourcen aber in einem falschen Verständnis der Psychiatrie immer mehr zu den leichter kranken Personengruppen verlagert werden, wird die Vernachlässigung der problematischen Menschen zunehmen. Das neue psychiatrische Entgeltsystem, von dem alle vermuten, dass es die Fehlverteilung der Mittel noch verstärken wird, kann nicht als Zufall oder böser Wille des Gesetzgebers angesehen werden. Es ist Symptom und nicht Ursache dafür, dass sich die Psychiatrie in falscher Weise entwickelt, da es nur das in Formen kleidet, was in der psychiatrischen Entwicklung bereits vorgegeben ist.

Das Selbstverständnis des Psychiaters

Betrachtet man nur die Strukturen, und leider hat sich die Psychiatriereform in Deutschland vor allem an den Strukturen abgearbeitet, so wird man Ursachen für diese Fehlentwicklungen nicht verstehen können. Aus meiner Sicht sind dies im Wesentlichen zwei: Die Stigmatisierung weniger der Patienten als der Therapeuten, damit das Selbstverständnis, welches Psychiater heute von sich und ihrem Fach haben, und auf der anderen Seite die Verdrängung des Themas der Gewalt.

Zum Ersten: Die Debatte, ob es sich unter Einsatz des vollen beruflichen Engagements lohnt, seine Zeit mit

therapie“unwilligen“ Patienten zu verbringen und nicht vielmehr Psychotherapie mit denen zu betreiben, die dies dankbar annehmen können, ist so alt wie die Versorgungspsychiatrie des 19. Jahrhunderts. Sie wurde insbesondere in den 20er Jahren geführt, als die Verwahranstalten dazu übergingen, therapeutisch aktive Abteilungen auszugründen, die wenigen ärztlichen Kollegen schwerpunktmäßig in diesen Abteilungen einzusetzen und auf der anderen Seite die (mit den damaligen therapeutischen Mitteln) Therapieunfähigen der Verwahrung durch Wärter anheim zu geben. Sicher war dies auch der großen Not geschuldet. Wohin aber die Triage von therapiefähigen und therapieunfähigen Patienten führte, lehrt ein Blick in die deutsche Geschichte. Es ist kein weiter Weg vom Gedanken, Drehtürpatienten, Systemsprenger oder andere hoffnungslose Fälle seien der Mühe nicht wert bzw. denjenigen Menschen zu helfen, die sich gut artikulieren können und dankbar für die Hilfe sind, und einer Haltung, diese Differenz letztlich auszuweiten zur Frage des therapiewerten und therapieunwerten Menschen.

Deswegen waren nach dem Krieg und in der Aufbruchsstimmung der 60er Jahre Worte wie die Dörners wichtig, dass sich jedes psychiatrische Versorgungssystem von seinen humanitären Maßstäben her daran messen lassen muss, wie es mit den Schwerstkranken umgeht, da der Umgang mit den Leichterkranken eben ein leichter und selbstverständlicher ist. Schämt sich der Psychiater dessen, dass er zuweilen Zwangsmaßnahmen durchführen muss, dann mag er geneigt sein, sich des eigenen Stigmas eines, der mit Gewalt auf Gewalt reagiert, dadurch zu entledigen, dass er die Rolle eines Psychotherapeuten einnimmt, der basierend auf Freiwilligkeit und gegenseitigen Sympathien Therapie durchführt. Damit verleugnet er aber einen Teil dessen, wofür sein Beruf steht: nämlich allen Menschen mit psychischen Störungen gerecht zu werden. Nicht häufig hört man, dass es müßig sei, einen nichttherapiewilligen Alkoholkranken zum wiederholten Mal zur Entgiftung aufzunehmen. Dabei wird nicht gefragt, ob nicht andere Versorgungsformen vielleicht doch zum Erfolg führen würden.

> Jedes psychiatrische Versorgungssystem muss sich daran messen lassen, wie es mit den Schwerstkranken umgeht.

Fallvignette 2

45-jähriger Patient mit hoher Gewaltbereitschaft bei starken Intoxikationen im Rahmen seiner Alkoholabhängigkeit. Patient wird immer wieder von der Polizei zur Ausnüchterung ins Krankenhaus gebracht, bricht dann am Folgetag oder spätestens einen Tag darauf die Behandlung ab. Bisher 43 stationäre Aufnahmen, führten zur Einschätzung, dass dies eh nichts bringe und der Patient doch lieber zur Ausnüchterung in eine Polizeizelle sollte. Für diesen Patienten wurde nach einer Fallkonferenz ein intensives Suchtbehandlungsprogramm gemeinsam von Station und Ambulanz eingerichtet und er kann täglich zu einem Kurzkontakt auf das Klinikgelände kommen. Die Anzahl der stationären Kurzbehandlungen hat nicht abgenommen, auch kann man die Behandlungssituation nicht als befriedigend erleben. Dennoch ist zu beobachten, dass der Patient zunehmend im Rahmen seiner Kurzkontakte auch selbst eine Aufnahme wünscht und zumindest nicht mehr mit der Polizei im hoch intoxikierten Zustand zur Klinik gebracht wird. Möglicherweise wird sich auch hier die Beziehung zwischen Patient und Betreuern noch intensivieren.

> Fragen der Gewalt und des Zwanges werden aus dem psychiatrischen Alltag verdrängt.

Nicht im Patienten, der dem System nicht gerecht wird, sollte man die Ursache für ein Versagen der Therapie finden, sondern in einem Versorgungssystem, welches augenscheinlich für bestimmte Fallkonstellationen keine Antwort hat als weiterhin die, die Menschen ihrem Schicksal entweder alleine zu überlassen oder sie in periphere Institutionen auszugrenzen. Letztlich wird sich das psychiatrische Versorgungssystem also erst dann in die Richtung einer regional orientierten und personenzentrierten Vollversorgung bewegen können, wenn sich die Psychiater bewusst machen, wie vielfältig ihre Aufgaben sind und wie mühsam der Erfolg oft im Einzelnen zu erreichen ist.

Factum brutum psychopathologicum

Eine weitere, wenn man so will psychodynamische Ebene kann man noch „unterhalb“ der Wirksamkeit des psychiatrischen Stigmas bei Patienten und Therapeuten annehmen. Karl Peter Kisker (1975), der den Beginn der Sozialpsychiatrie in einer Weise intellektuell durchdrungen hat, wie kein anderer der deutschsprachigen sozialpsychiatrischen Autoren, warnt früh vor dem Factum brutum psychopathologicum. Die Reformpsychiatrie, so schreibt er ausgerechnet im Artikel zur Antipsychiatrie in der 2. Auflage der Psychiatrie der Gegenwart, dürfe das Factum brutum psychopathologicum nicht verdrängen. Sie dürfe nicht trotz aller Reformbemühungen in der Weise idealistisch werden, dass sie nicht sieht, dass der Mensch ein endliches, biologisch geprägtes, unvollkommenes Wesen ist, dem auch Gewalttätigkeit nicht fremd ist.

Man muss erst gar nicht an psychoanalytische Theorien erinnern, die deutlich gemacht haben, dass mörderische Impulse nicht nur dem Asozialen, dem Drehtürpatienten oder dem schließlich Forensifizierten innewohnen, sondern ein normaler Bestandteil der menschlichen Psyche sind, der durch ein gelingendes und sozial befriedigendes Leben mehr oder weniger integriert wird und mehr oder weniger kompensiert ist.

Die professionelle Verdrängung der Fragen der Gewalt und des Zwanges aus dem psychiatrischen Alltag (bei immer höher werdenden Zahlen der Zwangsunterbringungen und Zwangsmedikationen, gerade weil Verdrängung nie eine Lösung ist) ist nicht nur eine Fehlwahrnehmung der menschlichen Situationen, mit denen Psychiater konfrontiert werden, sondern ist, so bleibt zu vermuten, auch eine Verdrängung dessen, was man an sich selbst unangenehm und störend empfindet. Sie ist ein Beleg dafür, dass die Psychiatrie an dieser Stelle auf Reflektion verzichtet und schon gar darauf, sich der Erkenntnisse psychoanalytischer Triebtheorie zu besinnen und sie auf sich selbst wie auf die Patienten anzuwenden. Stattdessen werden technisierte Lösungen auf der Ebene der Behandlungstechniken angestrebt, in der Forensik standardisierte Behandlungsprogramme für alle Formen der Devianz, in der psychosomatischen Medizin Behandlungsmanuale für alle erdenklichen Störungsbilder, wobei oftmals unklar bleibt, ob ein solches Störungsbild überhaupt eine valide diagnostische Entität darstellt. Dass aber Technik nicht die Beziehungsarbeit ersetzen kann und die Beziehungsarbeit wiederum voraussetzt, dass man sich mit den eigenen Unvoll-

kommenheiten und aggressiven Impulsen auseinandersetzt, hat ebenfalls Kisker (1985) beschrieben: „Warum dringen die Verhaltensingenieure immer nur in die Randgebiete unseres Terrains vor und werden, wenn sie weiter ins Innere, in die psychiatria major eindringen, vor den Widerständen, die sich dort auftun, zu denselben Supportern und Begleitern, die wir eh und je waren und sind?“ Natürlich sind störungsspezifische Konzepte nötig, denn sie bedeuten de facto einen Fortschritt der Psychiatrie. Sie müssen aber auf dem Hintergrund einer kritischen Reflexion eingebettet sein in die regionalen und sozialen Prozesse, in denen der Betroffene steht und sie müssen auch anerkennen, dass letztlich der unspezifische Effekt, dass eine Beziehung zustande kommt und tragfähig wird, den spezifischen Erfolg therapeutischer Maßnahmen allererst ermöglicht.

Spezielle Angebote für Menschen mit Gewalttätigkeit müssen etabliert werden.

Schlussfolgerungen

Zu fordern wäre, dass die besonderen Aufgaben und Herausforderungen des Faches erneut und breit auch theoretisch reflektiert werden. Eine Rückbesinnung auf ihre anthropologischen Grundlagen (zum Beispiel auf subjektivitätstheoretischer oder psychodynamischer Basis) und eine realitätsbezogene Reflexion bezüglich der schwierigen menschlichen Lebensbedingungen (soziale Umstände, prekäre Arbeitsverhältnisse, familiäre Gewalt) täte der Psychiatrie gut.

Darüber hinaus gäbe es viele Forderungen konkreter Art, die die Praxis wieder dem Ideal annähern würde, eine an sozialer Gerechtigkeit und Gleichbehandlung der Menschen orientierte Verpflichtung zur Versorgung wahrzunehmen und Versorgungsgerechtigkeit zu realisieren. Erwähnt wurde bereits, dass spezielle Angebote für Menschen mit Gewalttätigkeit etabliert werden müssen, gerade nicht in Form spezialisierter stationärer Bereiche, sonders als Teil einer ausreichend finanzierten Regelversorgung, zum Beispiel die erwähnten ressourcenreichen ambulanten Teams für Menschen mit Gewaltbereitschaft. Gute poststationäre Nachsorgeprogramme für ordnungsrechtlich untergebrachte Patienten sind vonnöten, denn es darf nicht sein, dass Patienten nach einer Unterbringung entlassen werden und, wenn sie aus eigenem Antrieb keine Therapeuten aufsuchen, niemand danach schaut, was aus ihnen geworden ist bzw. sich niemand bis zur nächsten Unterbringung verantwortlich fühlt. Dabei haben Studien gezeigt, dass das Risiko, ein weiteres Mal untergebracht werden zu müssen, durchaus vorhersagbar ist (von Berg et al. 2011).

Die Ressourcenverteilung innerhalb der gemeindenahen Versorgung sollte danach erfolgen, dass schwer erkrankte Menschen möglichst viel Hilfe erhalten, selbst wenn man den Behandlungswunsch leichter Erkrankter frustrieren müsste. Die Möglichkeit, spezialisierte Therapieprogramme wahrzunehmen, ist dabei kein Zeichen einer besonders schweren Störung, sondern eben einer leichten Störung. Die Ressourcen sollten daher zu den Menschen gehen, die nicht in spezialisierten Gruppen behandelt werden können, die kurze Kontakte häufiger Art brauchen, die darauf angewiesen sind, über Jahre therapeutisch begleitet zu werden, und vielleicht auch, die schwer auszuhalten sind. Sicherlich wäre es gut, in jeder Region Männergruppen zu haben für arbeitslose junge Männer, die eine hohe Gewaltbereitschaft gerade unter Alkohol zeigen, und auch ihnen wäre ein Weg zu weisen, wie sie sinnvoll ihre Männlichkeit in einer Gesellschaft auch ohne die häufig ausbleibende berufliche Anerkennung meistern könnten. Der eine oder andere Weg in die Abhängigkeit oder die sexuelle Gewalt wäre so vielleicht vermeidbar. Sicherlich wäre es auch sinnvoll, häusliche sexuelle Gewalt, Kindesmissbrauch usw. nicht nur den forensischen Fachleuten zu überlassen, sondern auch dafür in den regional versorgenden Kliniken Angebote zu machen, um Menschen aus solchen Dunkelfeldern herauszuholen. Hilfreich wäre hier als erster Schritt überhaupt einmal, wieder eine Sexualanamnese bei der stationären Aufnahme zu erheben oder genauer hinzuschauen, ob Zeichen von Gewalt an den Körpern der Betroffenen zu finden sind.

Präferenz des allgemeinmenschlichen Umgangs gegenüber den spezialisierten Wissensgebieten.

Fallvignette 3

23-jähriger Patient, von Beruf Tierpfleger, der sich während seiner Arbeit in einem Zoo für Vögel rührend um die dortigen Papageien kümmert. Er lebt nach Auszug aus dem Elternhaus sehr isoliert, hat kaum Freunde und ist auch nicht fähig, eine sexuelle Beziehung einzugehen. In seiner Freizeit quält er Mäuse, die er schwer körperlich misshandelt und anschließend tötet. Er sucht Hilfe in der Klinik, da er befürchtet, dass sich die Symptomatik so verstärken könnte, dass er diese Handlungen auch an Menschen durchführen würde. Eine Vermittlung in die Forensische Institutsambulanz ist nicht möglich, da der Patient noch nicht straffällig geworden ist und eine gewaltpräventive Arbeit der Ambulanz nicht finanziert ist. Ein geeigneter niedergelassener Psychotherapeut, der von der Frage des hier vorliegenden sexuellen Sadismus nicht abgeschreckt ist, kann in der ländlichen Versorgungsregion nicht gefunden werden. Die psychiatrische Institutsambulanz kann eine adjuvante medikamentöse Behandlung sicherstellen, auch eine psychotherapeutische Basisversorgung, sieht sich aber außerstande, letztendlich die Behandlungsverantwortung für den Patienten in der Weise zu übernehmen, dass sich eine Sicherheit auf beiden Seiten einstellen könnte, dass schwere Straftaten nicht zu erwarten sind. Letztlich ist es nun schon eineinhalb Jahre her, dass sich der Patient hilfesuchend an die Klinik wandte. Eine Lösung ist noch nicht gefunden.

Sicherlich wäre es strukturell auch gut, wenn psychiatrische Institutsambulanzen und sozialpsychiatrische Dienste gemeinsam auf Patienten zugehen würden, um Beratung einerseits, Behandlung andererseits anbieten zu können. Solche Beispiele fänden sich viele. Diese Angebote werden nur dann entstehen, wenn eine gesamtgesellschaftliche Diskussion um die Frage des Stellenwertes der psychiatrischen Versorgung und der in ihr begegnenden Phänomene geführt wird, wie sie auf hohem intellektuellen Niveau zu Zeiten der Psychiatrieenquete bestand.

Und es müsste schließlich ein integraler Bestandteil der Identitätsbildung von Psychiatern und Psychotherapeuten sein, dass ihr Fach im Wesentlichen ein gesellschaftspolitisches Fach ist, dass es keine psychischen Störungen ohne soziale Mitbedingtheit gibt und dass eine isolierte psychotherapeutische Behandlung außerhalb der sozialen Wirklichkeit bei kaum einem Patienten zum Erfolg führen wird. Eine Verdrängung des Sozialen aus der Psychiatrie einerseits in individualistisch angelegte biologische

Therapieprogramme (sogenannte personalisierte Psychiatrie), andererseits in hochspezifische dyadische Psychotherapie jenseits von Beruf und Familie wird das Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie weitertreiben in die jetzt schon fragwürdige Zersplitterung qua falsch verstandener Spezialisierung. Praktisch gelebte Beziehungsfähigkeit, Nähe zum Alltag des Patienten und eine Präferenz des allgemeinmenschlichen Umgangs gegenüber den spezialisierten Wissensgebieten dagegen mag umgekehrt zu einer Reintegration des Faches führen.

Literatur

Dönisch-Seidel, U., Hollweg, T.: Nachsorge und Wiedereingliederung von (bedingt) entlassenen Maßregelvollzugspatienten in Nordrhein-Westfalen. Recht und Psychiatrie, 2003, 14–17

Garlipp, P., Ziegenbein, M., Haltenhof, H.: Zwischen Forensifizierung und Neglect? Zum psychiatrischen und juristischen Umgang mit gewalttätigen schizophrenen Menschen in der Allgemeinpsychiatrie. Nervenheilkunde 2003, 22: 514–519

Heinze, M., Kruckenberg, P., Schwerdtfeger, F.: Vernetzung von forensischer Psychiatrie und Allgemeinpsychiatrie. Psychiatrische Praxis 2005, 32: 1–2.

Kisker, K.-P.: Artikel Antipsychiatrie. In: Kisker, K.-P. et al (Hg.): Psychiatrie der Gegenwart, 2te Auflage, Bd. III. Berlin u.a. 1975

Kisker, K.-P.: Psychiatrie in dieser Zeit. In: Degkwitz, R. (Hg.): Hundert Jahre Nervenheilkunde. Stuttgart 1985

Kreutzberg, K.: Die Paradigmen der Psychiatrie und der Maßregelvollzug. Recht und Psychiatrie 1999: 28–35

Rosemann, M.: Integration forensischer Patienten in die gemeindepsychiatrische Versorgung. Recht und Psychiatrie 2003: 10–14

Schalast, N., Balten, A., Leygraf, N.: Zur Unterbringung forensischer Patienten in der Allgemeinpsychiatrie. Nervenarzt 2003, 74: 252–258

Statistisches Bundesamt, Strafvollzugsstatistik 2011/2012, www.destatis.de, publ. 03.01.2013

Von der Haar, M.: Quo vadis Forensische Psychiatrie? Werkstattschriften Forensische Psychiatrie und Psychotherapie 2002, 9: 7–17

Von Berg, S. et al.: Bremen Risk Assessment Scale for General Psychiatry, Nervenarzt 2011, 82: 886–94

Von der forensischen Klinik in die Gemeindepsychiatrie

Wie kann die Beziehungsgestaltung beim Übergang sinnvoll gelingen?

Von Gerhard Kijewksi

„Jeder Mensch hat eine Unzahl von Beziehungen zur Umwelt, die so selbstverständlich sind, dass er sich nicht fragt: sind meine Beziehungen in Ordnung? Die ersten Signale der Kränkung werden daher meist überhört. Aber irgendwann geht es so nicht weiter: entweder muss ich was ändern (in Richtung "gesund") oder ich verstelle mich, tue so, als ob ich nicht höre, nicht sehe, nicht empfinde, nicht fühle..." (Dörner & Plog, 1983, S. 151)

Gerhard Kijewski
Dipl. Sozialarbeiter (FH), Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg, Forensisch Psychiatrische Ambulanz des ZfP Weissenau, Weingartshoferstr. 2, Ravensburg, E-Mail: Gerhard.kijewski@zfp-zentrum.de

Die Arbeit mit Patienten[1] in einer psychiatrischen Klinik fordert von uns Professionellen sehr viel persönliches Engagement. Da es sich bei forensisch untergebrachten Menschen weit überwiegend um Männer handelt, wurde diesbezüglich bewusst vorwiegend die männliche Form verwendet.

In der therapeutischen Arbeit ist meine Persönlichkeit gefragt: mit all dem Wissen, den Gefühlen, den Ahnungen, den Empfindungen die ich mitbringe - darauf baut meines Erachtens der Erfolg, aber auch der Misserfolg einer auf Beziehung basierenden Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen auf.

Ich erkenne mich immer wieder selbst, zumindest in Teilen, bruchstückhaft, ansatzweise..., wenn Patienten auf Station mich über eine lange Zeit des Tages begleiten. Wir reden über sie, wir reden mit ihnen, wir reden von ihnen, wir reden aber nicht nur. Wir sind auch mit ihnen und dies bekomme ich immer wieder reflektiert. Ich bin gutmütig, ernst, lustig, traurig,... - mit ihnen. Zu Beginn meiner Tätigkeit im Maßregelvollzug (MRV) war ich als Praktikant eher unbedarft, unwissend, aber dennoch ernsthaft und mir der Verantwortung bewusst, mit den Patienten umgegangen. Später als ich mich für die Arbeitsstelle entschieden hatte, musste und wollte ich mich eingehender mit den Menschen und ihrem Schicksal, dem Leid und ihren Straftaten auseinandersetzen. Hier ist mir über die lange Zeit, inzwischen sind es über 18 Berufsjahre, in der ich in der Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie arbeite, das oben angeführte Zitat von „Dörner & Plog" immer wieder begegnet, fast könnte ich behaupten, dies hat mein Handeln beeinflusst oder gar geprägt.

Warum...?

Der Auftrag laut Strafgesetzbuch (StGB) im MRV ist die Besserung und Sicherung (50. Auflage 2012. Beck im dtv). Die Patienten einerseits haben demnach einen Anspruch auf Behandlung, die Gesellschaft zum anderen auch ein Recht auf Schutz vor diesen Personen; dies letztlich jedoch mit dem Ziel einer bedingten Entlassung, auf der Grundlage eines richterlichen Beschlusses der Strafvollstreckungskammer bzw. des Amtsgerichts bei Straftätern bis zum 21. Lebensjahr. Ein solcher Beschluss wird auf Basis eines Prognosegutachtens und einer richterlichen Anhörung erlassen.

Der Erstellung eines Prognosegutachtens seitens der Klinik geht eine Vielfalt an therapeutischem Handeln voraus. Mit dieser hoheitlichen Aufgabe sind Psychiater, Psychologinnen, Sozialarbeitende, Ergotherapeutinnen, Lehrer, Kunst- und Bewegungstherapeuten sowie eine große Anzahl von Pflegekräften verschiedenster Ausbildungsgänge beauftragt. Jeder für sich bringt sein Wissen, seine Gefühle, seine Ahnungen, seine Empfindungen, seine Persönlichkeit mit ein und trägt somit zur jährlichen prognostischen Beurteilung des Patienten bei.

Und hier bin auch ich als Sozialarbeiter der offen geführten rehabilitativen Station 2073 des ZfP zu finden. Meine Tätigkeit beginnt bei gemeinsamen Überlegungen, einen Patienten auf diese Station zu verlegen. Neben den „üblichen“ Themen der Sozialarbeit beschäftigt sich die Bezugsgruppe, bestehend aus einer psychologischen oder ärztlichen Therapeutin, möglichst einer weiblichen und einem männlichen Mitarbeitenden aus dem Pflegeteam, in Zusammenarbeit mit dem Sozialarbeiter in besonderem Maße mit der Nachsorge der Patienten. Diese wird auf dem Hintergrund der Rehabilitation (in Strukturen außerhalb des MRV) und Integration (in Strukturen der Sozialpsychiatrie) nicht wie immer wieder fälschlicherweise angenommen, in speziell für Patienten des Maßregelvollzugs gesonderten Einrichtungen oder Maßnahmen stattfinden, sondern ausschließlich über das vielfältige und breit gefächerte Angebot der Eingliederungshilfe gemäß § 53 SGB XII geleistet.

Hierbei gilt es verschiedene Bereiche des Alltags im Vorfeld verbindlich und zuverlässig für die Zeit nach einem stationären Aufenthalt im Maßregelvollzug zu definieren und zu konzipieren:

- Wohn- und Betreuungsangebot
- Arbeits- und tagesstrukturierendes Angebot
- Freizeitgestaltung
- Gestaltung bestehender, insbesondere tragfähiger aber auch weniger vorteilhafter Beziehungen
- Allgemeinärztliche- und psychiatrische Versorgung, insbesondere zur Sicherstellung der psychischen Stabilität
- Finanzielle und/oder rechtliche Betreuungsangelegenheiten
- Richterliche Weisungen zur Entlassung aus dem Maßregelvollzug auf Bewährung
- Forensisch-psychiatrische Ambulanz (FPA)
- Nachsorge durch die Bewährungshilfe, usw.

Wie...

soll das funktionieren, wenn sich Patienten über einen zum Teil sehr langen Zeitraum im Maßregelvollzug befinden, welcher sich doch so sehr vom Leben außerhalb des forensischen Settings unterscheidet?

„...wird in jeder Begegnung mit seinem neurotisch Handelnden bereits ein Stück des Weges von der Hilfe zur Selbsthilfe zurückzulegen sein. Damit ist gemeint, den Anderen wissen zu lassen, dass er nicht erwarten kann, dass ich für ihn arbeite und er sich abhängig machen und in meine Hand geben kann, sondern dass es seine Anstrengung sein wird, bei der ich ihn unterstützen kann.“ (Dörner & Plog, 1983, S. 152f)

Viele Patienten haben vor der Unterbringung im Maßregelvollzug unter oft desolaten Umständen versucht, ihr Leben „in den Griff“ zu bekommen (mangelnde existentielle Grundsicherung, unbehandelte Erkrankung, Suchtmittelkonsum, wenig tragfähige soziale Beziehungen). Auf Station ist der Alltag klar strukturiert und organisiert, unterteilt in die Bereiche Therapie, Arbeit und Freizeit. Jeder Patient erhält einen individuellen Therapieplan, der für ihn verpflichtend ist. Darüber hinaus werden auf Station all die Lebensbereiche eingeübt, die im Alltag zuvor Probleme bereitet haben; z.B. die Klärung von Konflikten in sozialen Beziehungen durch Gruppensitzungen, die Übernahme von Aufgaben/Diensten für die Gemeinschaft, der wertschätzende Umgang untereinander, das Einhalten einer Tagesstruktur und vieles mehr. Die Umsetzung dieser klaren Alltagsstruktur, das Schaffen eines therapeutischen Milieus, in dem individuelle Entwicklung und Behandlung möglich ist, lässt sich am Besten mit den wesentlichen Grundlagen aus dem Recovery-Ansatz (Knuf & Brindler, 2008), die unserer Arbeit auf Station nahe kommen, veranschaulichen:

- Zuversicht und Vertrauen in die einem jeden Menschen innewohnenden Gesundungskräfte vermitteln, selbst in schwierigsten oder scheinbar unveränderlichen Situationen: In unserer Praxis bedeutet dies, einem Patienten zu vermitteln, dass der Aufenthalt im Maßregelvollzug eine Chance sein kann, nachhaltige Veränderungen im bisherigen Lebensverlauf, über einen intensiven Prozess, zu realisieren. Diese Chance zu erkennen und zuzulassen ist für viele Patienten ein „Kraftakt“, welcher durch Einzelgespräche mit den therapeutisch Tätigen, durch Gruppenerleben, durch milieutherapeutisch-organisiertes Zusammenleben, durch Auseinandersetzung mit Anforderungen, aber auch mit eigenen Wünschen in einem stabilen und verlässlichen System, unterstützt wird.

> Zuversicht und Vertrauen in die einem jeden Menschen innewohnenden Gesundungskräfte.

- Geduld, genügend Zeit für die Entwicklung lassen: Dies widerspricht -zumindest anfänglich- den Vorstellungen der Patienten; der Aufenthalt im MRV wird jedoch meist sehr bald als verlässliche, nachhaltige und stabilisierende Lebensphase erkannt. Psychische Stabilität, Sicherheit und Versorgtheit erhalten hier eine besondere Bedeutung für die Patienten, welche sich dann im Ablösungsprozess oft als Thematik wiederfinden.
- Eine nicht bewertende, nicht pathologisierende oder stigmatisierende Haltung, so dass sich Patienten in ihrem Anderssein gleichwertig und angenommen fühlen: Die Professionalität verbietet, den Menschen als solchen zu verkennen und zu bewerten, auch wenn manche Fakten (Straftaten) uns menschlich in unserer Persönlichkeit

negativ berühren. Fragen der Moral und Ethik stellen sich uns immer wieder, geraten im Alltag jedoch in den Hintergrund. „Ist es moralisch vertretbar, sich dermaßen intensiv um Täter zu kümmern, verbietet nicht die Ethik diese Versorgung, um das Leid der Opfer nicht in Frage zu stellen?“ Hier wird Ungleiches verglichen; die Antwort hierfür lautet eher: Sind wir nicht moralisch den Menschen verpflichtet und legt uns nicht gerade die Ethik auf, in einer humanitären Gesellschaft diesen Menschen und somit künftig auch vielen Anderen zu helfen?!“ (Opferschutz durch Vermeidung erneuter Taten)

Fragen der Moral und Ethik geraten im Alltag in den Hintergrund.

- Sich auf wirkliche Beziehungen zu den Patienten einlassen, sich nicht hinter Professionalität verstecken, sondern für die Patienten als Mensch authentisch spürbar sein: Wie soll das funktionieren? Diese Frage ist theoretisch berechtigt, praktisch jedoch im Alltag weniger präsent, dafür aber in der Reflexion, Supervision und in klientenorientierten Besprechungen von großer Bedeutung. Sich verstecken hieße, den in ihrer Wahrnehmung versunsicherten Patienten die Möglichkeit zu nehmen, authentische Reaktionen zu erleben und sich der Genauigkeit ihrer Eindrücke zu versichern.
- Auf Ausübung von Macht verzichten: Dies bedeutet für uns, da die Zwangsmaßnahme an sich und der Auftrag zur Besserung und Sicherung per se Machtverhältnisse darstellen, die Art und Weise, sowie die Dosierung im Verhältnis zur Notwendigkeit, laufend über Teamprozesse zu hinterfragen und zu regulieren.
- Wertschätzung des subjektiven Erlebens der Betroffenen und ihrer ganz persönlichen Erklärungsmodelle: In der Praxis gilt es zu erkennen, dass wir den Patienten Begleitung anbieten können, nicht aber fertige Lösungen für den Einzelnen präsentieren.
- Sinnhaftigkeit des Patientenverhaltens voraussetzen: An das Positive im Menschen zu glauben, erscheint mir als eine Basisqualifikation für alle sozialen Berufe. Nicht Altruismus oder Helfersyndrom, sondern Professionalität und Menschlichkeit stellen eine wesentliche Basis unserer Tätigkeit dar und stehen im Vordergrund unseres Handelns.
- Wahlfreiheit in Bezug auf therapeutische Möglichkeiten, Lebensformen, etc. ermöglichen: Aus einer Vielzahl von Gruppenangeboten kann jeder Patient für sich auswählen und mit bestimmen. Natürlich werden die Patienten mit unserer Meinung und Sinnhaftigkeit der Teilnahme an verschiedenen Gruppenangeboten konfrontiert; doch letztendlich entscheidet zumeist ein Kompromiss über die Teilnahme oder Nichtteilnahme an sozialen, psychoedukativen und psychotherapeutisch-orientierten Gruppenangeboten. Dies sind allgemeine Bedingungen für Wachstums- und Reifungsprozesse im Sinne einer „Wiedergesundung“ und ein wesentlicher Bestandteil der Beziehungsarbeit. Im psychiatrischen Alltag des MRVs gilt es, trotz nicht immer einfacher Ausgangsvoraussetzungen - psychische Erkrankung plus schwerwiegende Delikte -, Zuversicht und ein förderliches Klima eines Genesungsprozesses herzustellen und aufrechtzuerhalten.

Neben dieser Grundhaltung in der Arbeit im MRV erscheinen mir auch die von Richterich und Boerma dargestellten Erfolgspfade von Menschen mit Psychose-Erfahrung (Richterich & Boerma, 2009) als ein weiterer Ansatz erwähnenswert:

"Kann ich denn nicht bleiben?"

- Der Psychose einen Sinn geben
- Die innere Wahl zur Annahme professioneller Hilfe haben
- Sich im Kontakt zu Menschen und sein Wirken auf Menschen zu spüren
- Psychoseerlebnisse als bereichernd für die persönliche Entwicklung zu erleben
- Autonome Lebensziele entwickeln
- Die eigene Verletzlichkeit anerkennen.

Anders als im allgemeinen Strafvollzug wird ein Patient im MRV nicht nach Verbüßung der verordneten Strafe entlassen, sondern es bedarf einer positiven Prognose, die oftmals nur dann erstellt werden kann, wenn die Behandlung erfolgreich abgeschlossen ist. Manchmal wirken unsere Patienten auch nach dem Aufenthalt hier unbehandelt, nämlich produktiv psychotisch. Uns genügt dann, dass sie soweit distanziert sind, dass sie diese Symptome nicht mehr in strafrechtlich relevante Handlungen umsetzen (müssen). Jeder Patient im MRV hat letztendlich die Wahl, für sich zu entscheiden, wie aktiv er an der Behandlung mitwirkt, wie intensiv er sich mit der Erkrankung und einer Neuorientierung seiner Lebenseinstellung auseinandersetzt.

Wo...

findet sich dies nun im Maßregelvollzug, insbesondere im Stadium der Ablösung wieder?

Es gilt zu bedenken, dass sich Patienten des MRV über eine lange, kontinuierliche und intensive Zeit in einem wie oben beschriebenen Prozess befinden. Beziehung wächst in Form von Begleitung, Vertrauen und Sicherheit. Diese gilt es nun nicht zu beenden, sondern in einem offenen Ablösungsprozess in eine Nachsorge weiterzuleiten. Hierzu wird - wie bereits beschrieben – zusammen mit den Patienten erarbeitet, welche individuellen Möglichkeiten der Nachsorge das psychosoziale Netz des Wohnortes des jeweiligen Patienten außerhalb des MRV anbieten kann. Meist reagieren Patienten anfänglich mit Ablehnung: „... jetzt bin ich doch schon so lange hier“ (im Sinne von: kann ich nicht bleiben?) oder „...ich möchte gern wieder so leben wie früher“ (im Sinne von: ich benötige keine weitergehende Nachsorge!). Solche oder ähnliche Aussagen und Erwartungen gilt es im therapeutischen Prozess zu berücksichtigen, um letztendlich eine für alle Ansprüche realistische Entlassperspektive zu erarbeiten. Dies ist sicherlich im Erleben der Patienten eine (gefühls-) intensive Zeit, da doch die geschaffene Sicherheit, die der Maßregelvollzug auch bietet, scheinbar verloren geht.

Im Rahmen der umfangreichen Vorbereitung (Frank 2011) in Form von verschiedenen Anträgen, Vorstellungsgesprächen in nachsorgenden Einrichtungen (Wohnheim, Betreutes Wohnen, Anbindung an ein Gemeindepsychiatrisches Zentrum (GPZ), berufliche Teilhabe im Rahmen einer WfbM-Maßnahme, etc.) wie auch Hilfeplangesprächen mit dem Kostenträger (Fallmanagement der Eingliederungshilfe) und der Vorstellung in den Hilfeplankonferenzen muss versucht werden, dem Patienten die Ablösung wie auch die Bereitschaft für Neues zu ermöglichen. Für viele Patienten bedeutet es einen großen Schritt, nach durchschnittlich ca. 4 Jahren Aufenthalt im MRV, in die Beurlaubungsphase zu gelangen. Die meisten Patienten haben Wünsche, Ziele, Hoffnungen für eine persönliche Lebensgestaltung. Diese beziehen sich in der Regel auf: „ich wünsche mir eine

eigene Wohnung, eine Arbeit und eine Partnerschaft/eine kleine Familie“. Das sind hilfreiche Ansatzpunkte die Patienten zu motivieren, sich auf eine andere Lebensgestaltung einzulassen und diese Wünsche und Hoffnungen sukzessive umzusetzen. Allerdings gelingt es nicht immer Einvernehmlichkeit herzustellen, so werden durchaus Kompromisse geschlossen, letztendlich mit dem Ziel freier, insbesondere außerhalb der Klinik leben zu dürfen.

Eine Beurlaubung aus dem Maßregelvollzug zur Erprobung der Entlassung ermöglicht es Patienten, sich dahingehend zu erproben, ob denn das gemeinsam entwickelte Konzept der Nachsorge als tragfähige Lebensform außerhalb des MRV möglich erscheint. Der Patient bleibt während dieser Beurlaubungsphase weiterhin Patient des MRV und behält somit auch weiterhin ein Stück der für ihn wichtig gewordenen Sicherheit. Die Aufgaben der Patienten während der Beurlaubungsphase und die für ihn vorgesehenen Kontrollen (Alkohol-/Drogenkontrollen, medikamentöse Behandlung durch den behandelnden Arzt des ZfP, Ausgangsbegrenzungen, Teilnahme an einer Tagesstruktur, etc.) werden vorab vertraglich festgehalten und von allen Beteiligten unterzeichnet. Sowohl der Patient als auch die Mitarbeitenden der Einrichtung werden in dieser Zeit individuell unterstützt: wöchentliche Telefonate mit den Mitarbeitenden der MRV-Klinik, monatliche Auswertungsgespräche vor Ort in der Einrichtung, aber auch eine telefonische Erreichbarkeit (24 Std.) sind standardisierte Unterstützungskomponenten, die von Patient zu Patient, von Einrichtung zu Einrichtung noch entsprechend den Bedarfen angepasst werden können.

Dieser Ablöseprozess, über die Dauer der Beurlaubung hinaus, ist geprägt durch ein intensives Miteinander; hierbei ist eine tragfähige Beziehung, welche die Unsicherheiten und Ängste, aber auch die möglicherweise unrealistischen Hoffnungen und Wünsche des Patienten erkennt, auffängt und ihm ein Gefühl von Begleitung in „das Neue“ vermittelt, eminent wichtig. Wenn während dieser mehrmonatigen Erprobungszeit in Zusammenarbeit mit dem Patienten, abgebender und aufnehmender Einrichtungen eine tragfähige Anschlussversorgung geschaffen werden kann, erfolgt in der Regel die rechtskräftige Entlassung durch Beschluss der Strafvollstreckungskammer. Aber nicht immer verläuft eine Beurlaubung harmonisch und zufriedenstellend, ist sie doch durch Auflagen, Bedingungen und Kontrollen „scheinbar belastet“. Die vom Gericht im Beschluss formulierten Weisungen, die im Wesentlichen den Auflagen während der Beurlaubungsphase entsprechen, sind bindend, Verstöße dagegen können per se strafrechtlich geahndet werden. Dennoch bieten diese „Einschränkungen“ Halt in dieser ersten Phase außerhalb des MRVs. Sie vermitteln eine Form der Orientierung, einen neuen Platz in der Gemeinschaft zu finden.

Die nachsorgende Einrichtung, die Bewährungshilfe und die MRV-Klinik stehen, zusammen mit dem Patienten, in engem Austausch.

Hier zeigt sich die Sinnhaftigkeit und Notwendigkeit der Erprobung (Beurlaubung zur Erprobung der Entlassung) sehr deutlich: Versuche, die Auflagen und Weisungen (in der Erprobungszeit als Beurlaubungskriterien vereinbart) zu unterlaufen oder auszuweiten – also auch die Zuverlässigkeit (fällt es eigentlich auf, wenn ich die eine oder andere Vereinbarung mal nicht beachte?) der Kontrollen zu überprüfen - geben immer wieder Anlass zu persönlichem Kontakt. Die direkte, unmittelbare und verlässliche Zusammenarbeit, der Austausch über den Verlauf einer Erprobung und das gegenseitige Vertrauen erweist sich hier als Grundlage in der Zusammenarbeit zwischen abgebender und aufnehmender Einrichtung. Ein offener und ehrlicher Bericht der aufnehmenden Einrichtung zum Ende einer Erprobungszeit dient dann als Grundlage, bei der Strafvollstreckungskammer eine Anhörung mit dem Ziel einer bedingten Entlassung zu beantragen.

Es zeigt sich immer wieder, dass Veränderungen wie z.B. der Umzug in die nachsorgende Einrichtung, die Anhörung vor dem Landgericht zur Entlassung, der Zeitpunkt der rechtskräftigen Entlassung, aber auch zu einem späteren Zeitpunkt die Beendigung der Bewährungszeit bzw. Führungsaufsicht für die Patienten destabilisierende Situationen darstellen können. Hier gilt es durch Intensivierung der Kontakte Sicherheit zu vermitteln. Die gesamte Zeit über stehen die nachsorgende Einrichtung, die Bewährungshilfe und die MRV-Klinik, zusammen mit dem Patienten, in engem Austausch, der bei Bedarf auch durch Gespräche in der Einrichtung vor Ort stattfinden kann.

Authentisch Struktur geben, sie verbindlich und verlässlich gestalten, erscheint im Gesamtkontext die stabilisierende und insofern nachhaltig Sicherheit vermittelnde Form der Nachsorge zu sein – letztendlich auch für die Patienten. Dieser Prozess ist langwierig, intensiv und mit vielen Gesprächen, Vereinbarungen und Kompromissen verbunden. Die Erfahrung zeigt auch, dass genau dieser Prozess nicht die Ablösung an sich ist, sondern vielmehr eine Ablösung über einen langen Zeitraum einleitet. Letztendlich geht es für die Patienten immer auch um die „Ablösung“ aus dem Lebensabschnitt, der durch die unbehandelte psychische Erkrankung und der begangenen Straftaten geprägt war.

Eine Entlassung aus dem MRV in nachsorgende Einrichtungen erfordert von allen Beteiligten ein Stück weit auch Mut und Offenheit, sich von der Vorgeschichte des Patienten nicht zu sehr vereinnahmen zu lassen, ohne sie aber in ihrer Tragweite zu schmälern, sondern z.B. im Sinne des Recovery-Ansatzes dem Menschen die Möglichkeit zu eröffnen, sich positiv in die Gemeinschaft zu (re-)integrieren. Und dies lässt sich meines Erachtens am Ehesten über eine fortgesetzte intensive Beziehungsarbeit erreichen.

Literatur

Buchdruckerei, C. B. (1981). Strafgesetzbuch (Bd. 20. Auflage). München: Deutscher Taschenbuch Verlag.

Dörner, K., & Plog, U. (1983). Irren ist menschlich (Bd. 7. Auflage). Rehburg-Loccum: Psychiatrie-Verlag.

Frank U. (2011): Wohnen auf Bewährung? Ehemalige forensische Patienten, in: Rosemann M., Konrad M. (Hg.): Handbuch Betreutes Wohnen. Bonn: 181–195

Knuf, A., & Dr.Bridler, S. (01. April 2008). Recovery konkret. Psychosoziale Umschau , S. 26–29.

Richterich, B., & Boerma, R. (01. März 2009). Erfolgspfade von Menschen mit Psychose-Erfahrung. Psychosoziale Umschau , S. 20–24.

Anmerkung

1 Bei der Erstellung des Textes wurde auf eine gendersensible Sprache geachtet. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde die männliche oder neutrale Form verwandt, hierin ist das weibliche Geschlecht mit einbezogen.

Forensische Begutachtung

Vorgehen, Ablauf und Problembereiche

Von Dieter Seifert

Von einem psychiatrischen Sachverständigen ist neben fachlichem Wissen und einer umfangreichen klinischen Erfahrung auch das Bewusstsein einer hohen Verantwortung seiner Aufgabe einzufordern. Insbesondere bei Strafverfahren kommt der Expertise des Psychiaters häufig eine bedeutsame Relevanz zu. Diese bezieht sich nicht allein auf den weiteren Lebensweg des Angeklagten, sondern betrifft natürlich auch die von seinem Verhalten Betroffenen, also potenzielle Opfer. Dieser Aspekt scheint in der gegenwärtigen Situation ausdrücklich bei der Beurteilung der Gefährlichkeit von Maßregelpatienten in den Mittelpunkt gerückt zu sein. Prognosegutachten gehören zu den originären Aufgaben der forensisch-psychiatrischen Praxis, wenngleich sich der Laie nur schwerlich etwas über das Vorgehen und den Ablauf einer solchen Begutachtung vorstellen kann. Nicht selten wird, bevor man diese Fragen stellt, die grundsätzliche Machbarkeit angezweifelt. Neben der Frage: Kann man überhaupt den gefährlichen vom ungefährlichen psychisch Kranken zuverlässig unterscheiden? wird quasi in einem Atemzug hinzugefügt: Wie ist die Öffentlichkeit vor solchen Tätern zu schützen? Manchmal wird auch gleich die Antwort mitgeliefert: „Im Zweifel lieber wegsperren!“ In der Allgemeinheit scheint folglich eine unübersehbare Skepsis gegenüber derartigen Gutachten zu herrschen. Das Wissen über Kriminalität oder forensische Psychiatrie bezieht der Durchschnittsbürger üblicherweise aus den verschiedenen Medien (Kury, 2000). Deren Berichterstattung ist jedoch nicht (primär) danach ausgerichtet, wissenschaftliche Erkenntnisse, also Aufklärung und Information zu vermitteln, sondern unterliegt eben auch einer gewissen Selektion (manchmal auch einer Sensationsgier), was letztlich das Ausmaß der Kriminalitätsfurcht erheblich beeinflusst (Pfeiffer, 2006).

> In der Allgemeinheit herrscht eine unübersehbare Skepsis gegenüber Gutachten.

Dass der Blick in die Zukunft nicht ohne weiteres möglich ist, entspricht sozusagen allgemeinem Grundwissen. Trotzdem gehören prognostische Fragestellungen zum Alltag und beeinflussen unser Leben mehr oder minder deutlich. Sie sind allerdings von dem jeweiligen Kontext und den Betroffenen abhängig. Ob der Wert bestimmter Aktien steigt oder fällt, interessiert vor allem den, der diese Aktien erworben hat. Ob das Wetter in den nächsten Stunden schlechter wird, mag einigen relativ egal sein; für denjenigen, der sich mit einem kleinen Segelboot auf das Meer wagt, könnte die treffsichere Wetterprognose hingegen eine existenzielle Bedeutung erlangen. Grundsätzlich kann konstatiert werden, dass in den letzten Jahren die Qualität psychiatrischer Prognosegutachten gestiegen ist (Wolf, 2012). Dies liegt an der zunehmenden Spezialisierung des Faches Forensische Psychiatrie bzw. Psychologie, den neueren wissenschaftlichen Erkenntnissen sowie den verbesserten Weiterbildungsangeboten (u.a. Boetticher u.a., 2006). Ein psychiatrischer Gutachter benötigt neben medizinisch-psychiatrischem und psychologischem Wissen darüber hinaus kriminologische Kenntnisse.

Vor allem bei der Frage einer anstehenden Entlassung aus dem psychiatrischen Maßregelvollzug (gemäß § 63 StGB), auf die sich die folgenden Ausführungen fokussieren, läuft es stets auf eine Risikoabwägung hinaus, wobei erklärend anzumerken bleibt, dass nicht der Gutachter oder der Therapeut eine Entlassungsentscheidung trifft, sondern diese Aufgabe der Strafvollstreckungskammer obliegt, die natürlich die gutachterlichen Empfehlungen in ihre Entscheidungsfindung einbezieht.

Ablauf einer Begutachtung zur Legalprognose

Der Gutachter erhält vom Gericht bzw. der zuständigen forensischen Klinik Aktenunterlagen, in denen das Einweisungsgutachten, das Gerichtsurteil, Therapieverläufe sowie klinikinterne Gefährlichkeitseinschätzungen enthalten sind. Anschließend untersucht und befragt er den Patienten ausführlich zur bisherigen Lebensgeschichte, zur (eventuellen) delinquenten Vorgeschichte und speziell zu der zur Unterbringung geführten Straftat. Des Weiteren ist auf den bisherigen Unterbringungsverlauf mit den therapeutischen Entwicklungen sowie auf seine Zukunftspläne (sozialer Empfangsraum) einzugehen. Darüber hinaus sollte auch eine Befragung des zuständigen Therapeuten und der Bezugskrankenschwester erfolgen. Solche fremdanamnestischen Befunderhebungen sind von hoher prognostischer Relevanz, um die jeweiligen Angaben des Patienten mit den Beobachtungen und Einschätzungen derjenigen, die ihn über all die Jahre kennengelernt haben, abzugleichen. Aus diesen umfangreichen Erkenntnisquellen hat der Gutachter seine Beurteilung der Frage einer weiter bestehenden Gefährlichkeit zu erstellen. Es geht laut Gesetzestext darum abzuwägen, ob von dem in der forensischen Klinik untergebrachten Patienten „infolge seines Zustandes erhebliche rechtswidrige Taten zu erwarten sind...“ Anzumerken bleibt, dass die Gruppe der Maßregelpatienten hinsichtlich Diagnose, Deliktart, Alter und soziobiografischen Hintergrund äußerst heterogen ist (Leygraf, 1988), was die Bedeutung einer individuellen Einschätzung hervorhebt. So liegt z.B. diagnostisch bei knapp der Hälfte der Patienten eine

Dieter Seifert
Prof. Dr., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurologie; Ärztlicher Direktor der Christophorus Klinik Münster; Professor für Forensische Psychiatrie.

schizophrene Psychose vor, danach folgen die Patienten mit Persönlichkeitsstörungen (ca. 30-40%) sowie die Patienten mit einer Intelligenzminderung und hirnorganischen Störungen (jeweils 5-10%); nur vereinzelt trifft man Patienten mit affektiven Psychosen.

Für die Einschätzung einer weiterbestehenden Gefährlichkeit sollten folgende vier Beurteilungsbereiche detailliert betrachtet werden (vgl. Rasch, 1985; Leygraf, 2009):

1. Betrachtung der früheren Delinquenz und Auslösetat

Eine intensive, detaillierte Aktenanalyse zählt zum basalen Handwerkszeug einer jeden prognostischen Begutachtung (Kröber, 1999). Dies dient der Klärung der Motivlage mit der Frage, inwieweit die zum Tatzeitraum vorliegende Störung/Krankheit des Patienten ursächlich mit der Straftat zusammenhängt. Es kommt entscheidend darauf an zu verstehen, wieso es bei diesem Patienten in der damaligen Lebenssituation zu jener Straftat hat kommen können. Der Zusammenhang zwischen Straftat und psychischer Störung ist in einigen Fällen recht einfach und nachvollziehbar abzuleiten, wenn beispielsweise ein Patient mit einer Schizophrenie aus dem Wahnerleben heraus eine Körperverletzung begangen hat. Im Falle keiner weiteren diagnostischen Auffälligkeit (z.B. dissoziale Persönlichkeitsanteile, Suchtproblematik) ist zumeist eine lege-artis Behandlung der Schizophrenie mit Sicherstellung einer engmaschigen Nachbetreuung (inkl. der Medikamenteneinnahme) ausreichend.

2. Verlauf der bisherigen Unterbringung

Ist der Gutachter zu einem Verständnis gelangt, wie psychische Störung und Straftat zusammenhängen und was als deliktrelevantes Verhalten des Patienten einzuschätzen ist, betrachtet er den Verlauf der bisherigen Unterbringung. Es ist der Frage nachzugehen, was sich durch die Behandlung geändert hat und welche Aspekte tatsächlich auch eine legalprognostische Bedeutung besitzen. Nicht nur in Stammtischrunden hat sich mitunter die Meinung breit gemacht, dass Hauptentlasskriterium die „gute Führung“ sei und sich derart gestörte Menschen besonders geschickt verstellen und somit die Therapeuten quasi hinters Licht führen könnten. Eine „reine Formalanpassung“ hat jedoch nichts mit Nachreifung und Entwicklung zu tun, sondern weist in den meisten Fällen auf eine mangelnde Behandlungsbereitschaft hin.

3. Aktuelles Querschnittsbild der Persönlichkeit bzw. Krankheit

Hierbei werden die aktuelle Krankheitssymptomatik bzw. jetzigen Persönlichkeitsmerkmale erfasst und mit dem damaligen Zustand während der Straftat verglichen. Ist beispielsweise eine stabile Remission einer zur Tatzeit vorhandenen psychotischen Symptomatik erreicht, spricht dies für eine eher gute Prognose. Zeigt sich nunmehr eine unverändert dissoziale Verhaltensbereitschaft, ein geringes Reflexionsverhalten, weiterhin die Neigung zur aggressiven Durchsetzung eigener Wünsche und eine unrealistische Zukunftsorientierung, sind diese Merkmale als eher negative Prognosekriterien einzustufen (Seifert, 2007).

Eine forensische Klinik ist eher ein virtueller Lebensraum, als dass sie die reale Welt draußen widerspiegeln könnte.

4. Zukunftsperspektiven bzw. sozialer Empfangsraum

Nach den Forschungsergebnissen der letzten Jahre wird diesem Bereich zunehmend mehr Bedeutung zugemessen (Seifert 2007, Schmidt-Quernheim & Seifert, 2013). Die Behandlung des Maßregelpatienten hört sozusagen nicht an der Mauer auf. Eine forensische Klinik ist eher ein virtueller Lebensraum als dass sie die reale Welt draußen widerspiegeln könnte. Zu einer gelungenen Wiedereingliederung gehört daher, dass der Kontakt zur Außenwelt nicht abbricht, schon allein, um Hospitalisierungen vorzubeugen. Dies ist durch kleinschrittige Lockerungen und unter Einbezug der Angehörigen (wenn vorhanden bzw. Kontakt besteht) zu erzielen. Der soziale Empfangsraum sollte individuell zugeschnitten sein. Für den Großteil forensischer Patienten werden komplementäre Wohnmöglichkeiten mit geschützten Arbeits- bzw. Freizeitmöglichkeiten zu suchen sein. Eine nahtlose Fortführung der ärztlichen, psycho- und soziotherapeutischen Begleitung ist zu gewährleisten. Durch die gesetzlich vorgegebene Führungsaufsicht nach der (bedingten) Entlassung steht auch ein Bewährungshelfer unterstützend und kontrollierend zur Seite (§ 68 StGB). Dieser sollte frühzeitig in die Behandlung einbezogen werden und fester Bestandteil von so genannten Helferrunden sein, in denen etwa alle drei Monate alle am Nachsorgeprozess Beteiligten (ambulanter Therapeut, Mitarbeiter der Wohneinrichtung u. Arbeitsstelle, Bewährungshelfer, gesetzlicher Betreuer oder Familienangehöriger etc.) zusammenkommen, den bisherigen Wiedereingliederungsverlauf reflektieren und das weitere Procedere miteinander abstimmen. Eine engmaschige, koordinierte therapeutische Begleitung fördert die rechtzeitige Wahrnehmung psychischer Krisen bzw. unglücklicher Entwicklungen. Je engmaschiger bzw. professioneller die ambulante Nachsorge konzipiert wurde, umso geringer ist die Gefahr des Scheiterns, erneute Straftaten inbegriffen (Seifert & Möller-Mussavi, 2006; Butz u.a. 2013).

Folgende Aspekte („poststationäre Prognosemerkmale“) haben sich als hilfreich herausgestellt (Tabelle 1):

Positive poststationäre Prognosekriterien (Tabelle 1)

- Gute Behandlungs- bzw. Medikamentencompliance
- Suchtmittelabstinenz
- Weitgehend stabiles psychisches Befinden
- Arbeit / regelmäßige Beschäftigung
- Sinnvolles Freizeitverhalten
- Unproblematisches Finanzmanagement
- Stabile soziale Beziehungen, jedoch keine konfliktbehaftete Partnerbeziehung
- Regelmäßig durchgeführte „Helferrunden“
- Frühzeitige Wahrnehmung krisenhafter Entwicklung mit entsprechender Konsequenz

Werden die vier oben genannten Beurteilungsbereiche bei der Erstellung von Gefährlichkeitsgutachten einschließlich der poststationären Prognosekriterien bei der ambulanten Nachsorge sorgfältig berücksichtigt, gelingt bei einem

großen Teil forensisch untergebrachter Patienten (§ 63 StGB) die Wiedereingliederung, ohne dass es zu erneuten Straftaten kommt. Aktuelle Rückfallstudien belegen die Effizienz. Nach einer im Mittel 7,5-jährigen Entlassungszeit begeht etwa jeder vierte ehemals forensischer Patient ein weiteres Delikt (Seifert, 2010). Dabei handelt es sich überwiegend um solche Straftaten, die einen geringeren Schweregrad als die zur Unterbringung geführten Delikte aufweisen. Betrachtet man nur die schwerwiegenden Straftaten (Gewalt- u. Sexualdelikte) ergibt sich eine Rückfallrate von 7,5%. Der Vergleich mit Untersuchungen aus den Justizvollzugsanstalten spricht für die Wirksamkeit forensischer Behandlungsmaßnahmen. Je nach Beobachtungszeitraum verüben gut 50% (nach 3 Jahren; Jehle u.a., 2010) bis hin zu über 80% (10 Jahre; Dünkel & Geng, 1994) der aus dem Justizvollzug entlassenen Straftäter erneute Delikte.

Der Erfolg der Wiedereingliederung forensischer Patienten hängt maßgeblich von der Qualität der ambulanten Nachsorge ab.

Problembereiche / Fehlerquellen

Das Gutachten sollte auch für den psychiatrischen Laien nachvollziehbar, klar gegliedert und verständlich geschrieben sein. Einem Richter hilft es wenig, wenn der Gutachter sein Können durch eine Aneinanderreihung komplizierter Fachtermini unter Beweis stellen möchte. Vielmehr erwartet das Gericht, dass die komplexe, für den Juristen fachfremde Materie transparent dargestellt und erklärt wird (kein „Fachchinesisch"). Ansonsten liefe man Gefahr, dass bedeutsame psychiatrische Aspekte nicht in das Urteil einfließen könnten.

Grundsätzlich lassen sich drei Bereiche von Fehlerquellen unterscheiden:
1. Im psychiatrisch-fachlichen Bereich (z.B. mangelnde Kenntnis psychischer Störungsbilder, unvollständige Untersuchung, fehlerhafte diagnostische Zuordnung)
2. Im forensisch-fachlichen Bereich (z.B. lückenhafte und unkritische Durchsicht der Akten, mangelnde forensische und kriminologische Fachkenntnis, unzureichende Beantwortung der vom Auftraggeber gestellten Fragen, unzureichende Trennung zwischen der Wiedergabe der Probandenangaben und dem interpretierenden Teil des Gutachtens)
3. Im Einstellungsbereich (z.B. Voreingenommenheit gegenüber dem Probanden, hohes Verpflichtungsgefühl gegenüber dem Gericht – „Rollenkonfusion" des Gutachters).

Der psychiatrische Sachverständige tut gut daran, sich seiner hohen Verantwortung und explizit dieser Fehlerquellen sehr bewusst zu sein. Er hat seine gutachterliche Expertise dahingehend zu reflektieren. Bei nicht nach den Regeln der Kunst („lege artis") erstellten Gutachten besteht nachvollziehbar die Gefahr eines Falschurteils, sodass für den Gutachter ggf. auch ernsthafte (strafrechtliche) Folgen möglich sind.

Fazit

Eine valide gutachtliche Beurteilung der Gefährlichkeit psychisch kranker Rechtsbrecher ist mittels wissenschaftlich fundierter Erkenntnisse heutzutage durchaus machbar. Der Erfolg der Wiedereingliederung forensischer Patienten hängt jedoch maßgeblich von der Qualität der ambulanten Nachsorge ab, sodass die Gefährlichkeitseinschätzung auch nach der Entlassung regelmäßig zu überprüfen ist. Bei allen verbesserten Prognosemöglichkeiten bleiben Entlassungsentscheidungen stets Risikoentscheidungen. Sie setzen die Bereitschaft der Gutachter, Gerichte, der Allgemeinpsychiatrie und auch der komplementären Einrichtungen voraus, ein – wenn auch gut kalkulierbares – Risiko in Kauf zu nehmen.

Literatur

Boetticher A, Kröber HL, Müller-Isberner R, Böhm KM, Müller-Metz R & Wolf T (2006) Mindestanforderungen für Prognosegutachten. Neue Zeitschrift für Strafrecht,26: 537-592.

Butz M, Mokros A, Osterheider M (2013) Ambulante Sicherungsnachsorge für Maßregelvollzugspatienten: Ergebnisse des zweiten bayerischen Modellprojekts. Psychiat Prax; 40: 36-42

Dünkel F & Geng B (1994) Rückfall und Bewährung von Karrieretätern nach Entlassung aus dem sozialtherapeutischen Behandlungsvollzug und aus dem Maßregelvollzug. In: Steller M, Dahle K-P, Basqué M. (Hrsg): Straftäterbehandlung. Argumente für eine Revitalisierung in Forschung und Praxis. Pfaffenweiler: Centaurus-Verlag, S. 35-59.

Jehle J-M, Albrecht H-J, Hohmann-Fricke S & Tetal C (2010) Legalbewährung nach strafrechtlichen Sanktionen. Eine bundesweite Rückfalluntersuchung 2004 und 2007. Bundesministerium für Justiz Berlin

Kröber H-L (1999) Gang und Gesichtspunkte der kriminalprognostischen psychiatrischen Begutachtung. Neue Zeitschrift für Strafrecht,19: 593-599.

Kury H (2000) Gemeingefährlichkeit und Medien – kriminologische Forschungsergebnisse zur Frage der Strafeinstellungen. In: Schweizerische Arbeitsgruppe für Kriminologie (Hrsg.): „Gemeingefährliche" Straftäter. Rüegger, Chur-Zürich.

Leygraf N (1988) Psychisch kranke Straftäter. Epidemiologie und aktuelle Praxis des psychiatrischen Maßregelvollzuges. Berlin Springer.

Leygraf N (2009) Die Begutachtung der Gefährlichkeitsprognose. In: Venzlaff U & Foerster K (Hrsg.) Psychiatrische Begutachtung. 5. Aufl. Urban & Fischer, München Jena, S. 483-499

Pfeiffer C (2006) Die Dämonisierung des Bösen. Vortrag bei der 21. Eickelborner Fachtagung: „Gesellschaft mit (un-)beschränkter Haftung." 01. bis 03. März 2006.

Rasch W (1985) Die Prognose im Maßregelvollzug als kalkulierbares Risiko. In: Schwind H D (Hrsg.) Festschrift für Günter Blau zum 70. Geburtstag. Walter de Gruyter, Berlin, New York, S. 309-325.

Schmidt-Quernheim F & Seifert D (2011) Evaluation der ambulanten Nachsorge forensischer Patienten (§ 63 StGB) in Nordrhein-Westfalen. Forschungsbericht

Seifert D & Möller-Mussavi S (2006) Führungsaufsicht und Bewährungshilfe – Erfüllung gesetzlicher Auflagen oder elementarer Bestandteil forensischer Nachsorge? NStZ, 26 (3) S. 131-136.

Seifert D (2007) Gefährlichkeitsprognosen – Eine empirische Untersuchung über Patienten des psychiatrischen Maßregelvollzugs. Monographien aus dem Gesamtgebiet der Psychiatrie Bd. 113. Springer Steinkopff, Darmstadt.

Seifert D (2010) Zur Gefährlichkeit ehemaliger Patienten des Maßregelvollzugs (§ 63 StGB) – Aktuelle Daten der Essener prospektiven Prognosestudie. Forens Psychiatr Psychol Kriminol Bd. 4 Heft 1, S. 60-69.

Wolf T (2012) Zur Qualität forensischer Gutachten aus strafrechtlicher Sicht. Forens Psychiatr Psychol Kriminol Bd. 6 Heft 4, S. 235-242.

Schizophrene Menschen in der forensischen Psychiatrie

Ein verhängnisvoller Trend der psychiatrischen Versorgung

Von Nahlah Saimeh

Die Arbeit der forensischen Psychiatrie ist wiederholt in der Öffentlichkeit in die Kritik geraten. Bis vor kurzem bezog sich die Kritik auf schwere Rückfalldelikte entwichener oder entlassener Patienten mit Persönlichkeitsstörungen. Gegenwärtig gerät die Forensik in die Kritik durch die (von ihr selbst nicht allein zu verantwortende) Unverhältnismäßigkeit des Freiheitsentzuges in Bezug auf fraglich minderschwere Straftaten. Im Zuge der an sich längst überfälligen Diskussion entstehen auch Zerrbilder über die Forensik, die bislang eine konkurrenzlos gute Rehabilitationsarbeit für (psychisch kranke) Straftäter leistet und die Gesellschaft sicherer macht. Vereinzelte Forderungen nach Abschaffung des § 63 StGB, weil dieser „illegal" sei, verweisen auf die nicht immer ganz trittsichere Argumentation. (Demonstrationsaufruf der Bundesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener für den 11.09.2013 in Berlin)

Aktuelle Situationsbeschreibung

Faktisch hat sich in den letzten 15 Jahren die Zahl der forensisch psychiatrischen Behandlungsplätze verdoppelt. Für diesen Anstieg insgesamt gibt es mehrere Gründe:

- Verändertes Sicherheitsbedürfnis in der Gesellschaft bei geringerem Sicherheitsrisiko
- Abnahme der Bagatellisierungstendenzen von Gewalttätigkeit und höheres Sanktionsbedürfnis
- Verlängerte Verweildauer der Patienten in der Forensischen Psychiatrie als Folge veränderter gesellschaftlicher Grundhaltung
- Mangel personell intensiv betreuter (geschlossener) Langzeitwohnheime für stark intelligenzgeminderte Patienten und Menschen mit schwersten Krankheitsverläufen

Darüber hinaus gibt es noch länderspezifische Besonderheiten. Resultierend aus schweren Zwischenfällen in den 90er Jahren ist die Lockerungspraxis in NRW deutlich strikter als z.B. in Niedersachsen, Hessen oder Bremen. Während z.B. in einer Niedersächsischen Forensik 90% aller dort lebenden Patienten über Lockerungen verfügen, haben nur 45% der Patientinnen und Patienten in Lippstadt-Eickelborn begleitete oder unbegleitete Ausgänge.

Die Bedeutung der gestiegenen Zuweisung schizophrener Patienten

In den letzten 20 Jahren hat der Anteil der in der Forensik untergebrachten schizophrenen Patienten in Deutschland, aber auch in Österreich und anderen europäischen Ländern erheblich zugenommen. In NRW hat er sich von 1994 bis 2006 verdreifacht (Dönisch-Seidel et al. 2007). Schizophrene Patienten stellen jetzt 48% bis 50% der Maßregelvollzugspatienten, während sie zuvor nur ein Drittel ausmachten. Eine Ausnahme mit nur 22% schizophrener Patienten stellt Mecklenburg-Vorpommern dar (Habermeyer et al. 2010).

Führten früher nur schwere Straftaten, also vor allem schwere Körperverletzungs- bzw. versuchte oder vollendete Tötungsdelikte zur Einweisung in die forensische Psychiatrie, werden zunehmend auch Schizophrene in die forensische Psychiatrie eingewiesen, deren niedrig schwellige Delinquenz noch vor 20 Jahren zu einer PsychKG- Unterbringung und anschließenden längeren Behandlung auf betreuungsrechtlicher Grundlage führte. In wieweit sind schizophrene Patienten heute Opfer einer unnötigen Forensifizierung? Zunächst dazu zwei Fallskizzen:

Nahlah Saimeh
Dr. med., seit 2004 Ärztliche Direktorin am LWL-Zentrum für Forensische Psychiatrie Lippstadt; Forensisch-psychiatrische Sachverständige.

Fallskizze 1

Der 22 Jahre alte Herr G. arbeitet als Küchenhelfer. Seinen weiblichen Kolleginnen gegenüber verhält er sich so sonderbar abwehrend, dass ihm gekündigt wird. Er berichtet in der Familie, von den Frauen verhext zu werden. Die Familie kennt das Krankheitsbild von der Erkrankung der erstgeborenen Tochter und bewegt den Sohn zur stationären Behandlung. Dort erhält er Antipsychotika, entwickelt rasch ein Krankheitsverständnis und begibt sich im Anschluss auch in ambulante Behandlung. Aufgrund für ihn nicht akzeptabler Nebenwirkungen und eines allgemeinen Gefühls des Unwohlseins mit der Medikation wird jene zwar verändert, das gewählte Medikament reicht aber in Bezug auf die antipsychotische Wirkkomponente nicht aus. Der Mann entwickelt ein paar Monate später massive religiöse Erlöseridee, setzt für ein paar Wochen die Medikamente ab und erhält den göttlichen Befehl, die „Schlange" zu töten. Er verbrennt daraufhin zunächst eine Plüsch-Schlange. Als die Stimmen ihn weiter auffordern, verkennt er ein paar Tage später wahnhaft seine Mutter als Schlange und ersticht sie in einem raptusartig erscheinenden Übergriff in der elterlichen Wohnung. Der Behandlungsverlauf in der Forensischen Psychiatrie ist beispielhaft. Herr G. entwickelt ein profundes Krankheitsverständnis, unter atypischer Medikation entwickeln sich die produktiven Symptome gänzlich zurück, Herr G. erhält einen festen Arbeitsplatz, bewährt sich in allen Locke-

rungsstufen und kann schließlich nach einer 8 Jahre dauernden Behandlungsphase –davon bereits 4 Jahre im langzeitbeurlaubten Status mit unterschiedlich gestufter Betreuungsdichte und unterschiedlich autonomer Wohnform– entlassen werden.

Fallskizze 2

Die 39 Jahre alte Frau B. erkrankt im Alter von 16 Jahren an einer paranoid-halluzinatorischen Psychose. Ab dem 28. Lebensjahr ist der Krankheitsverlauf durch eine fortschreitende Chronifizierung mit wiederholt gewalttätigen Verhaltensweisen gekennzeichnet. So greift sie u.a. grundlos Passaten in einer Gaststätte mit einem Messer an, sticht einem Bekannten ein Messer in die Schulter und bedroht einen Imbissbesitzer mit einem Messer mit dem Tode. Alle Verfahren gegen die Frau werden wegen der Einstufung als „Bagatellsache" eingestellt. Frau B. lebt weiter in ihrer Wohnung, eine Betreuung wird beendet, weil die Betreuerin von den ordentlichen Verhältnissen in der Wohnung beeindruckt ist. Die Einnahme der Medikation (die seit Monaten nicht mehr erfolgt) wird nicht kontrolliert. Kurze Zeit später ersticht Frau B. ihre junge Nachbarin. Als Grund gibt sie an, dass die junge Frau wiederholt nachts mit diversen Männern bei ihr in die Wohnung eingedrungen sei und sie vergewaltigt habe. Frau B. zeigt einen schweren Krankheitsverlauf mit sehr ausgeprägtem Residuum, chronifiziertem Wahnerleben und befindet sich seit mehr als 10 Jahren in der Forensik ohne begründete Aussicht auf baldige Entlassung.

Zur Gewalttätigkeit schizophrener Menschen

Das Risiko für die Begehung schwerster Gewaltdelikte ist bei Menschen mit schizophrenen Psychosen deutlich erhöht (Nedopil 2004, Schanda 2006). Der Epidemiologic-Catchment-Area-Study (Swanson et al 1990, zit. n. Nedopil u. Müller 2012) zufolge begehen rund 2% der Bevölkerung Gewalttätigkeiten, während man unter den an Psychosen erkrankten Menschen eine Rate von 10 bis 12% fand. Gleichwohl sind psychisch kranke Straftäter innerhalb der Gruppe Straffälliger bei weitem in der Minderzahl, so dass nach wie vor gilt: Psychisch Kranke sind weit mehr von Gewalt betroffen als dass sie selbst gewalttätig werden, aber bestimmte psychische Krankheiten, -und dazu zählen die paranoid-halluzinatorischen Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis- erhöhen für die Betroffenen das Risiko, gewalttätig zu werden. Neben den Psychosen stellen vor allem Abhängigkeitserkrankungen einen substantiellen Risikofaktor für Gewaltdelinquenz dar und im Rahmen einer Comorbidität steigt das Risiko erheblich an.

Risikoerhöhung (Odds Ratio) für Kriminalität bei Schizophrenie

Allgemeine Delinquenz	3,2
Allgemein bei Comorbidität	12,4
Gewaltkriminalität (ohne Comorbidität)	4,4
Gewaltkriminalität (bei Comorbidität)	18,8
Tötungsdelikte (ohne Comorbidität)	10,1
Tötungsdelikte (bei Comorbidität)	28,8
Tötungsdelikte (bei schizophrenen Frauen)	23,3

Zahlen von Wallace et a. 1998, zit. aus N. Nedopil, Müller 2012

Gerade im Zusammenhang mit den so wichtigen Entstigmatisierungskampagnen der Psychiatrie lösen die Zahlen fachintern Irritation aus und befördern die Sorge, die alte Angst vor psychisch kranken Menschen werde dadurch nur geschürt. Man muss dies nicht zwingend als miteinander unvereinbar ansehen, sondern vielmehr proaktiv darauf hinweisen, dass psychisch kranke Menschen ein Anrecht haben, Behandlung einzufordern und zu bekommen und dass sie ein Anrecht haben, diese ohne Sorge vor sozialer Benachteiligung abfragen zu dürfen. Gerade die frühzeitige konsequente psychiatrische Behandlung Schizophrener hat eine besondere Bedeutung für die effiziente Verhinderung forensisch relevanter Krankheitsfolgen, die die betroffenen Kranken ebenso zum Opfer macht.

Grundsätzlich lassen sich bei Menschen mit Schizophrenie drei Grundformen der Delinquenz unterscheiden, zum einen die klassischen impulsiven Gewalttaten aus dem paranoid-halluzinatorischen Erleben heraus, dann die –mitunter formal gut geplanten- Taten aus chronischem, systematisierten Wahn sowie die (häufig hochfrequenten) gewaltarmen oder gewaltfreien Delikte infolge der Persönlichkeitsveränderung mit Entdifferenzierung des Normen-und Wertegefüges und der sozialen Verwahrlosung (Ladendiebstähle, Beförderungserschleichung, Beleidigung, Bedrohung).

Bei (versuchten oder vollendeten) Tötungsdelikten sind vor allem Familienangehörige betroffen. Parentizide im Zuge eines chronifizierten Beeinträchtigungs- oder Vergiftungswahns sind hier besonders relevant (vgl. Fallskizze 1). In zweiter Linie sind Personen eines Helfersystems betroffen und erst in dritter Linie fremde Personen.

Wenngleich Bagatelldelikte eigentlich keine Indikation für eine Zuweisung zur Forensischen Psychiatrie darstellen, weil der Gesetzgeber mit der Maßregel den Schutz der Allgemeinheit vor besonders gefährlichen Straftaten im Auge hatte, so muss man auf der anderen Seite wohl attestieren, dass den betroffenen Patienten mit chronifizierten Krankheitsverläufen oftmals gerade infolge des fehlenden Zeitdrucks der stationären Behandlung auf lange Sicht deutlich besser geholfen werden kann. Wenn die Zusammenhänge bekannt sind, bleibt die Frage, warum zunehmend mehr schizophrene Patienten sich in der Forensik wiederfinden.

Mögliche Ursachen dieser Entwicklung

Die Gründe für den zunehmenden Anstieg der schizophrenen Patienten in der Forensik sind vielfältig und komplex miteinander verzahnt.

Werden Delikte wegen Schuldunfähigkeit eingestellt, werden häufig auch Frühinterventionsmöglichkeiten vernachlässigt. Gerade weibliche Patienten sind nicht selten zudem Opfer einer Risikounterschätzung.
Auf eine wesentliche Ursache in der unguten Entwicklung weisen Leygraf und Kutscher hin (Leygraf, Kutscher 2006). Der Bettenabbau in der psychiatrischen Regelversorgung um 46 % im Zeitraum von 1990 bis 2005 ohne Reduktion der Patientenzahl geht einher mit dem Anstieg der forensischen Behandlungsplätze. Je weniger Betten für die (hinreichend lange) Behand-

lung schizophrener Menschen zur Verfügung stehen, desto eher führt der Weg infolge krankheitsbedingter Straftaten (bei unzureichender stationärer Behandlungsdauer) zur Einweisung in die Forensik. Für die Krankenkassen freilich ist diese Entwicklung von Vorteil, wird doch in der Forensik die Behandlung vom Steuerzahler finanziert. Die (zu) kurze stationäre Behandlung in der Allgemeinen Psychiatrie mit Verweildauern zwischen 21 - 23 Tagen reichen nicht aus, um die schwere Erkrankung hinreichend zu stabilisieren (vgl. Leygraf, Kutscher 2006). Schizophrene Patienten in der Forensik haben im Regelfall bereits eine lange psychiatrische Vorgeschichte und sind in 60 % der Fälle bereits strafrechtlich aufgefallen. Zudem verweisen Leygraf und Kutscher (2006) auf einen dramatischen Anstieg der Comorbidität hin. 1988 waren knapp 30 % der Patienten auch suchtkrank, heute sind es 72 %. Eine besondere Herausforderung stellen Patienten mit gleichermaßen dissozialer Fehlentwicklung und später auftretender Schizophrenie dar, weil die Dissozialität die Einbettung der Patienten in ein Behandlungskonzept erschwert und gerade auch in der Allgemeinen Psychiatrie diese Patienten nur schwer integriert werden können. Sie werden früh entlassen und zeigen ein besonders hohes Risiko für strafrechtlich relevante Verhaltensweisen. Weithmann und Traub (2008) verweisen zudem auf ein klassisches Anamnesedefizit innerhalb der psychiatrischen Regelversorgung. In der Allgemeinen Psychiatrie wird weitaus seltener nach fremdgefährdendem Verhalten bzw. nach Gewalttätigkeit gefragt als nach selbstschädigenden Verhaltensweisen.

Der Bettenabbau in der psychiatrischen Regelversorgung geht einher mit dem Anstieg der forensischen Behandlungsplätze.

Die Tatsache häufiger stationärer Vorbehandlungen bis zur Einweisung in die Forensische Psychiatrie mag einen Hinweis darauf geben, dass insbesondere schwer kranke Patienten und jene mit unzuverlässiger Medikationseinnahme bzw. unzureichender Begleitbarkeit hinsichtlich der Akzeptanz einer differentiellen Pharmakotherapie das Risiko der Forensifizierung tragen. Ein auf den ersten Blick verständlicher, aber dezidiert fataler Schluss wird gezogen, wenn Patienten keine rechtliche Betreuung bekommen, weil die Betreuungsleistung infolge des Verhaltens des Betroffenen so schwer umzusetzen ist. Gerade jene Patienten bedürfen einer Betreuung um so mehr. Ferner gibt es immer wieder erhebliche Informationsdefizite zwischen Klinik, Betreuern und ambulanten Behandlern.

Das Informationsdefizit wiederum ist deswegen besonders fatal, weil mehr als 25 % der untergebrachten Patienten ihre relevanten Delikte binnen eines Quartals nach Entlassung aus stationärer Behandlung begehen. Auch ist Gewalttätigkeit in der Vorgeschichte ein zuverlässiger Prädiktor für innerklinische Gewalttätigkeit. Sie darf kein Anlass sein, einen Patienten „disziplinarisch“ zu entlassen.

Auch Kruse kommt in ihrer 2012 vorgelegten Dissertation in der vergleichenden Untersuchung von forensischen und allgemeinpsychiatrischen Patienten mit Schizophrenie zu den genannten Risikofaktoren für eine Forensifizierung der Behandlungskarriere. Sie fand in ihrer Gegenüberstellung einen deutlich geringeren Kontakt der später forensisch eingewiesenen Patienten zu Psychiatern nach einer beendeten stationären Behandlung. Während mehr als 77 % der allgemeinpsychiatrischen Patienten nach einer Krankenhausbehandlung noch einen Psychiater aufsuchten, taten dies unter den mittlerweile forensisch untergebrachten Patienten nur rund 45 %. Hingegen wies die forensische Gruppe mit 77% mehr frühere zwangsweise Unterbringungen auf als die allgemeinpsychiatrische Vergleichsgruppe mit 55 %. (Kruse 2012)

Zahlen zur Legalbewährung nach Entlassung aus der Maßregel

Trotz dieser besonders risiko-belasteten Gruppe von Patienten zeigt die Forensische Psychiatrie hier ihre besondere Leistung in Bezug auf eine effektive Sekundärprävention und nachhaltige Verbesserung der Legalprognose der ihr anvertrauten Patienten. Werden 25% der entlassenen Patienten mit Persönlichkeitsstörungen wieder rückfällig, liegt die Rückfallquote allgemein bei schizophrenen Patienten bei rund 4 %, wobei sich schwere Gewaltdelikte durch die forensische Nachsorgeambulanz fast völlig vermeiden lassen.

Literatur

W. Böker, H. Häfner: Gewalttaten Geistesgestörter. Springer Verlag Berlin – Heidelberg-N.Y. 1973

U. Dönisch-Seidel, B. van Treeck, A. Geelen et al.: Zur Vernetzung von forensischer Psychiatrie und Allgemeinpsychiatrie. Recht & Psychiatrie 2007, 25; 183- 187

E. Habermeyer, R. Wolff, R. Strohm, S. Kutscher: Patienten mit schizophrenen Störungen im psychiatrischen Maßregelvollzug – Ergeben sich Konsequenzen für die Allgemeinpsychiatrie? Nervenarzt 2010; 81 :1117–1124

K. Kruse: Schizophrene Patienten der forensischen Psychiatrie im Vergleich zu schizophrenen Patienten der Allgemeinpsychiatrie. Inaugural-Dissertation der Medizinischen Fakultät der Universität Duisburg-Essen, Essen 2012

N. Leygraf, S.-U. Kutscher: Aktuelle Situation schizophrener Patienten in psychiatrischer Maßregelunterbringung gem. § 63 StGB in Nordrhein-Westfalen. Abschlussbericht an die DFG. Institut für Forensische Psychiatrie der Uni Duisburg-Essen, Essen 2006.

N. Nedopil: Maßregelvollzug im Spannungsfeld von Psychiatrie, Justiz, Politik und Presse. Vortrag bei der Veranstaltung „Maßregelvollzug im europäischen Vergleich“, 17.06.2004 Kloster Irsee

N. Nedopil, J.L. Müller: Forensische Psychiatrie. Klinik, Begutachtung und Behandlung zwischen Psychiatrie und Recht. Thieme Verlag, 4. Aufl. 2012

H. Schanda: Untersuchungen zur Frage des Zusammenhangs zwischen Psychosen und Kriminalität/ Gewalttätigkeit. Fortsch. Neurol Psychiatr 2006; 24: 85–100

G. Weithmann, H.J. Traub: Die Psychiatrische Vorgeschichte schizophrener Maßregelpatienten- Rahmenbedingungen der Deliktprävention durch die Allgemeinpsychiatrie. Forens Psychiatr Psychol Kriminol 2008; 2: 112–119

Sicherungsverwahrung und Therapieunterbringung

Fachlich notwendig, verfassungsrechtlich noch legitimierbar?

Von Heinz Kammeier

In 2. Mose 20, 13 steht zwar: Du sollst nicht töten. Aber die Erfordernisse einer Sicherungsverwahrung und einer Therapieunterbringung standen nicht auf den steinernen Gesetzestafeln, die Moses am Berg Sinai von Gott erhalten und zu den Menschen herunter gebracht hatte. Somit blieb und bleibt es also den Menschen selbst überlassen, Reaktionen gegenüber denjenigen Mit-Menschen zu konzipieren und durchzusetzen, die sich erstens nicht an das Tötungsverbot gehalten haben und bei denen zweitens Schutzmaßnahmen vor Wiederholungstaten zu treffen sind.

Damit sind die zwei entscheidenden Problembereiche skizziert, denen sich Kriminologie und Kriminalpolitik seit den frühesten Tagen der Menschheit widmen müssen: Wie soll die Gemeinschaft auf Menschen reagieren, die sich nicht an die vom Souverän (egal ob in Gestalt des absoluten Herrschers oder des demokratisch gewählten Parlaments) verbindlich vorgegebenen Normen des sozialen Zusammenlebens in der Gestalt des Rechts gehalten haben, weil sie nicht wollten, weil sie nicht konnten, und weil zu befürchten ist, sie werden auch künftig die Rechtsgüter ihrer Mitmenschen missachten? In Grundzügen ist hiermit einerseits das retrospektiv ausgerichtete (Schuld-) Strafrecht angesprochen, andererseits das die präventive Abwehr drohender Gefahren legitimierende Polizeirecht.

> Wie soll die Gemeinschaft auf Menschen reagieren, die sich nicht an die Normen des sozialen Zusammenlebens halten?

Die historische Entwicklung

Um die gegenwärtig in Deutschland um Notwendigkeit und Legitimation der Sicherungsverwahrung geführte Diskussion in den Kontext des gesamtgesellschaftlichen Diskurses um Toleranz und Repression einigermaßen verständlich einzuordnen, kann ein knapper Blick auf die historische Entwicklung von Strafe und Gefahrenabwehr in Deutschland seit dem Beginn des 20. Jahrhunderts hilfreich sein. In etwa parallel zum Modernisierungsdiskurs in der Medizin und insbesondere der Psychiatrie ab dem ausgehenden 19. Jahrhundert, in dem die Machbarkeit einer geordneten Welt ohne Störungen durch Krankheit oder Behinderung als Ziel erreichbar schien, gerieten auch die Störer der sozialen Ordnung ins Visier der (Kriminal- und Rechts-) Politik, die durch das geltende Schuldstrafrecht nicht nachhaltig genug erfasst und zur Einhaltung der Ordnung angehalten werden konnten. Gemeint waren mit den Ausdrücken der damaligen Zeit die Berufs- und Gewohnheitsverbrecher, Rückfalltäter, die Gemeingefährlichen, Psychopathen oder überhaupt im Kollektiv: das Verbrechertum. Selbst wenn diese Personen nach dem Maß ihrer (strafrechtlich verwirkten) Schuld mit Freiheitsentzug bestraft wurden, bot diese Maßnahme keine Gewähr künftigen legalen Verhaltens und damit von Straffreiheit. Sie blieben „gefährlich“. Und damit kam ein Begriff in die Diskussion, dem das Schuld-Strafrecht nicht gewachsen und für das das Polizeirecht noch nicht hinreichend ausgebildet war.

Bei dieser Ausgangslage entwickelten zwei Strafrechtsprofessoren, der Deutsche Franz von Liszt (1882/83) und der Schweizer Carl Stooß (1893), die weitgehend in die gleiche Richtung zielende Konzeption von Maßregeln. Sie sollten zum einen durch Einschluss der Person über die Zeit der Strafe hinaus diese sichern und damit die Allgemeinheit vor erneuten Straftaten schützen. Für die insoweit „gesunden“ Täter wurde dafür der Strafvollzug in Betracht gezogen. Zum anderen sollten sie diejenigen, die krankheitsbedingt unfähig waren, sich an die Rechtsnormen zu halten, und/oder diejenigen, die überhaupt „besserungsfähig“ erschienen, mit den damals vorstellbaren Mitteln „bessern“, um sie zu einem sozial angepassten Leben erstmalig oder wieder zu befähigen. Diese Aufgabe der sichernden und bessernden Maßregeln wurde den Irrenanstalten bzw. Heil- oder Pflegeanstalten, den Vorläufern der heutigen forensischen Psychiatrie, zugewiesen.

Zwischen 1909 und 1930 wurden im Deutschland des Kaiserreichs und der Weimarer Republik acht Gesetzentwürfe erarbeitet, die die Einführung von „Maßregeln der Sicherung und Besserung“ in Gestalt der „Sicherungsverwahrung“ für (gesunde) Hangtäter und der „Unterbringung in einer Heil- oder Pflegeanstalt“ für aus Krankheitsgründen nicht oder nur vermindert zurechnungsfähige Personen vorsahen. Jedoch erlangte keiner von ihnen Gesetzeskraft. Nach

Heinz Kammeier
Dr. jur., Lehrbeauftragter für Recht im Gesundheitswesen an der Privaten Universität Witten/Herdecke Fakultät für Gesundheit, Stockumer Str. 12, 58453 Witten, heinz.kammeier@uni-wh.de

diesen erfolglosen Bemühungen schufen die Nationalsozialisten deshalb bereits im Jahr 1933 vollendete Tatsachen und führten die Maßregeln mit Wirkung vom 01.01.1934 in Deutschland ein. Allerdings kaum mit dem Ziel der Hilfe und Besserung, vielmehr brachten sie tausenden Betroffenen den Tod in den NS-Vernichtungseinrichtungen (vgl. zum Ganzen Kammeier 1996 mwN.).

Nach dem Krieg behielt das Recht der neuen Bundesrepublik trotz dieser Vorgeschichte sowohl die Unterbringung in der forensischen Psychiatrie, die psychiatrische Maßregel, als auch die Sicherungsverwahrung für Hangtäter im Justizvollzug bei. Diese Maßregeln überstanden selbst die große Strafrechtsreform der Jahre 1969/1975 mit nur wenigen Änderungen. Und auch diese enthielten mehr Gesetzeslyrik als tatsächliche Reformen hinsichtlich der Organisation der Unterbringung, der Behandlung und der Wiedereingliederung.

Spektakuläre Einzelfälle führen zu einer öffentlich artikulierten Furcht vor zunehmender Bedrohung durch Sexualstraftäter.

Dennoch gingen die Zahlen für die Anordnung der Unterbringung in der Sicherungsverwahrung nach § 66 StGB bis zur Mitte der 1980er Jahre deutlich zurück, in Bezug zu den insgesamt abge- bzw. verurteilten Personen eines Jahres auf ein Zehntel (Heinz 2012, 129). So sprachen damals bereits einige Kriminologen und Rechtspolitiker hinsichtlich der Sicherungsverwahrung von einem „Auslaufmodell". Jedoch stiegen ab Mitte der 1980er Jahre die Unterbringungsanordnungen für die Sicherungsverwahrung – wie auch für die psychiatrische Maßregel gemäß § 63 StGB – wieder deutlich an. In der Dekade von 1995 bis 2005 erhöhte sich die Zahl der jährlichen Unterbringungsanordnungen in der Sicherungsverwahrung dann von 45 bis auf 75 Personen, also um 66,7 %, signifikant. Und zum Vergleich: Im selben Zeitraum verdoppelten sich sogar die jährlichen Anordnungen für die psychiatrische Maßregel, während in der Entziehungsmaßregel gemäß § 64 StGB mehr als doppelt soviel Personen wie vor diesem Zeitraum untergebracht wurden (Kinzig 2011, 79).

Die Gründe für diese Entwicklung sind nach allgemeiner Einschätzung von Fachleuten eher diffus und kaum rational nachvollziehbar. Sie liegen nicht in einer in gleichem Maße signifikant angestiegenen Kriminalitätsbelastung der bundesdeutschen Gesellschaft. Selbst die Zahl der sexuell motivierten Kindestötungen, die in der öffentlichen bzw. veröffentlichten Diskussion immer eine ganz besonders herausragende Rolle spielt (vgl. Pfeiffer 2006), ging seit den frühen 1950er Jahren über die 1990er Jahre bis heute ganz erheblich zurück. Dennoch scheinen einige wenige spektakuläre Einzelfälle solcher Kindestötungen, insbesondere aber ihre mediale Aufbereitung und darstellende Überhöhung zu einer öffentlich artikulierten Furcht vor zunehmender Bedrohung durch Sexualstraftäter geführt zu haben. In diesem Zusammenhang kann nur kurz an die Kindesmorde von Dutroux in Belgien und an die durch beurlaubte oder bereits entlassene Personen aus dem Maßregel- wie dem Strafvollzug in Deutschland ab Mitte der 1990er Jahre erinnert werden. Jedenfalls hallten seit dieser Zeit laute Rufe nach mehr Sicherheit vor Sexualstraftätern aus den Kehlen von Bürgerinitiativen und Politikern.

Juristische Schritte

Sie blieben nicht ungehört. Bereits vor dem Ende der CDU/CSU/FDP-Regierung unter Kohl wurde das „Gesetz zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten" verabschiedet (26.01.1998, BGBl. I, 160). Für den hier behandelten Zusammenhang sind dabei zwei Aspekte von Bedeutung. Zum einen wurde hinsichtlich der Bewährungsaussetzung der Unterbringung in der psychiatrischen Maßregel wie in der Sicherungsverwahrung in § 67d II StGB die sog. Verantwortungsklausel durch die Formulierung ersetzt, die Aussetzung dürfe erst dann erfolgen, wenn „zu erwarten" sei, dass der Untergebrachte keine rechtswidrigen Taten mehr begehen werde. Auch wenn diese Ansicht nicht von allen geteilt wird, kann in der hier vorgenommenen Änderung der Begrifflichkeit durch den Gesetzgeber eigentlich nur dessen Absicht gesehen werden, die Entlassungen aus den unbefristeten Unterbringungen zu erschweren und in Einzelfällen deutlich hinauszuzögern, was vor allem im Blick auf die Organisation der psychiatrischen Maßregel zu außerordentlichen Platzproblemen geführt hat.

Bedeutsamer, weil noch folgenreicher, erwies sich jedoch eine weitere Änderung in § 67d StGB. Mit einem neuen Absatz 3 wurde die bis dahin geltende Befristung einer ersten Unterbringung in der Sicherungsverwahrung gemäß § 66 StGB auf zehn Jahre aufgehoben. Und diese Entfristung betraf nicht nur Verurteilungen von Taten, die nach diesem Datum begangen wurden, sondern sie trat auch rückwirkend für alle verurteilten Personen in Kraft, die sich bereits im Vollzug der – bis dahin höchsten zehnjährigen – Sicherungsverwahrung befanden wie auch bei solchen, die noch ihre Strafhaft verbüßten, um anschließend in die bereits angeordnete Sicherungsverwahrung verlegt zu werden. Gerechtfertigt wurde diese – formaljuristisch sophisticated so genannte „unechte" – Rückwirkung damit, dass das echte Rückwirkungsverbot des Art. 103 II GG und des § 1 StGB nur für Strafen, nicht aber hinsichtlich von Maßregeln, und dazu zählt auch die Sicherungsverwahrung, gelte und außerdem nur den Vollzug, nicht aber die Anordnung der strafrechtlichen Sanktion betreffe.

Doch damit erschien auch den nachfolgenden Bundesregierungen und -parlamenten das Sicherheitsbedürfnis der Bevölkerung keineswegs befriedigt. Der damalige Kanzler Schröder brachte dies in einem Zeitungsinterview (BaS) am 08.07.2001 so auf den Punkt: „Ich komme mehr und mehr zu der Auffassung, dass erwachsene Männer, die sich an kleinen Mädchen vergehen, nicht therapierbar sind. Deswegen kann es nur eine Lösung geben: Wegschließen für immer." In den folgenden Jahren traten deshalb – nach jedem medial spektakulär aufgemachten Mädchenmord – neue Regelungen zur Sicherungsverwahrung in Kraft (vgl. hierzu anschaulich Boetticher 2011).

Regelungen zur Sicherungsverwahrung seit 2002

Zunächst war dies am 21.08.2002 das „Gesetz zur Einführung der vorbehaltenen Sicherungsverwahrung“ (BGBl. I, 3344). Mit dem neuen § 66a StGB wurde damit dem Strafgericht die Möglichkeit eröffnet, bei einem zu verurteilenden Täter, dessen Gefährlichkeit für die Allgemeinheit zum Zeitpunkt der Hauptverhandlung (noch) nicht mit hinreichender Sicherheit festgestellt werden konnte, um eine primäre Anordnung der Sicherungsverwahrung zu tragen, einen Anordnungsvorbehalt auszusprechen. Über den Eintritt der Wirksamkeit dieses Vorbehalts war dann spätestens sechs Monate vor einer möglichen Bewährungsaussetzung bzw. dem Strafzeitende zu entscheiden.

Am 23.07.2004 folgte das „Gesetz zur Einführung der nachträglichen Sicherungsverwahrung“ (BGBl. I, 1838). Es schuf mit dem neuen § 66b StGB die Voraussetzung dafür, bei Personen, die bestimmte Delikte insbesondere gegen das Leben, die körperliche Unversehrtheit, die persönliche Freiheit oder die sexuelle Selbstbestimmung begangen hatten, dann die Sicherungsverwahrung nachträglich anzuordnen, wenn sich erst während des Vollzugs der Freiheitstrafe deren besondere Gefährlichkeit für die Allgemeinheit herausstellte und erkennbar wurde. Diese Gefährlichkeit musste als ein novum erscheinen, das dem erkennenden Gericht gerade nicht zu erkennen möglich gewesen war. Darüber hinaus konnten nun auch Personen gemäß § 66b III StGB in der Sicherungsverwahrung untergebracht werden, die zunächst einer psychiatrischen Maßregel nach § 63 StGB in einem psychiatrischen Krankenhaus unterworfen waren und bei denen diese Maßregel wegen nicht mehr vorhandener Schuldunfähigkeit entsprechend dem ebenfalls neuen Absatz 6 des § 67d StGB für erledigt erklärt worden war. Sie galten dann statt „krank und gefährlich“ nunmehr als „gesund und gefährlich“.

Nach kleineren Änderungen zur Anordnungsmöglichkeit der Sicherungsverwahrung bei Jugendlichen nach § 106 V 2 JGG durch das „Gesetz zur Reform der Führungsaufsicht und zur Änderung der Vorschriften über die nachträgliche Sicherungsverwahrung“ (v. 13.04.2007, BGBl. I, 513) wurde schließlich die Anordnung nachträglicher Sicherungsverwahrung mit dem „Gesetz zur Einführung der nachträglichen Sicherungsverwahrung bei Verurteilungen nach Jugendstrafrecht“ (v. 08.07.2008, BGBl. I, 1212) auch für Jugendliche und junge Heranwachsende ermöglicht. All dies mit dem Ziel, Lücken zum Schutz der Bevölkerung zu schließen.

Die Notwendigkeit dieser neuen Regelungen wurde keineswegs von allen Rechtsexperten, Sachverständigen und Funktionsträgern im Straf- und Maßregelvollzug geteilt (vgl. hierzu die übersichtliche Darstellung bei Stisser 2012). Nicht nur hatte sich der Bundesgerichtshof (BGH) mehrfach mit den nova bei der nachträglichen Sicherungsverwahrung zu befassen. Bereits im Jahr 2004 musste sich auch das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) zu der Frage äußern, ob der rückwirkende Fortfall der Zehnjahresfrist einer ersten Sicherungsverwahrung mit dem Grundgesetz vereinbar sei. In seinem Urteil vom 05.02.2004 (BVerfG NJW 2004, 739 ff.) hielt es einen langdauernden Freiheitsentzug grundsätzlich sowohl mit der Menschwürde als auch mit dem Freiheitsgrundrecht für vereinbar, jedenfalls solange ein

> Der Bundesgerichtshof befasst sich mehrfach mit den nova bei der nachträglichen Sicherungsverwahrung.

> Europäischer Gerichtshof: Gesetzesänderungen verstoßen gegen Menschenrechte.

insoweit „privilegierter“ Vollzug auf die Resozialisierung des Betroffenen hinwirke und eine reelle Chance zu seiner Entlassung bestehe. Da es sich hierbei nicht um eine echte Rückwirkung handele, sei auch das Vertrauensschutzgebot des Art. 20 III GG nicht betroffen. Das Wohl der Allgemeinheit überwiege in diesem Fall das Vertrauen des Betroffenen in den Bestand der Zehnjahresfrist.

Umso deutlicher schlug das Urteil des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte (EGMR) vom 17.12.2009 (NJW 2010, 2495 ff., rechtskräftig seit Mai 2010) ein. Hierin entschied der EGMR mit unmissverständlicher Klarheit zweierlei: Erstens die Aufhebung des notwendigen Kausalzusammenhangs zwischen der Verurteilung und der nachträglichen Verlängerung des Freiheitsentzugs durch Aufhebung der Zehnjahresbefristung verstoße gegen Art. 5 I 2 lit. a EMRK. Und zweitens verstoße diese Gesetzesänderung gegen Art. 7 I EMRK, da die tatsächliche Ausgestaltung der Sicherungsverwahrung sich in Deutschland nicht vom Vollzug der Strafe unterscheide, – den notwendigen „Abstand“ nicht einhalte –, auch wenn sie zur Unterscheidung vom Strafvollzug als gefahrenabwehrende und daher präventiv orientierte „Maßregel“ bezeichnet werde.

Hierauf hatte der Bundesgesetzgeber zu reagieren. Mit dem „Gesetz zur Neuordnung des Rechts der Sicherungsverwahrung und zu begleitenden Regelungen“ (v. 22.12.2010, BGBl. I, 2300) glaubte er, die Konventionsverstöße ausbügeln zu können. So wurde die primäre Sicherungsverwahrung, § 66 StGB, konsolidiert, die vorbehaltene nach § 66a StGB ausgebaut und die nachträgliche durch Streichung der Absätze 1 und 2 in § 66b StGB beschränkt (vgl. BT-Drs. 17/3403, 2, 14), – allerdings verbunden mit einer umfassenden Weitergeltung des alten Rechts aufgrund von § 316e EStGB.

Zeitgleich wurde mit Artikel 5 des o. g. Gesetzes eine weitere Unterbringungsvariante kreiert und in das deutsche Rechtssystem der Freiheitsentziehungen mit Wirkung vom 01.01.2011 eingeführt: die Therapieunterbringung (ThUG). Sie steht bereit, solche Personen aufzunehmen, die aufgrund der EGMR-Entscheidung aus der Sicherungsverwahrung entlassen werden müssen (sog. „Altfälle“). Der Gesetzgeber ging bei diesem Vorhaben davon aus, dass viele der zu entlassenden Personen nicht nur – trotz langjährigen Freiheitsentzugs – weiterhin gefährlich sind und die Allgemeinheit vor ihnen zu schützen sei, sondern auch, dass sie offensichtlich deshalb anhaltend als gefährlich betrachtet werden müssen, weil sie aufgrund einer

„psychischen Störung“ zwar nicht im Sinne des § 20 StGB „psychisch krank“, aber eben auch nicht wirklich gesund sind. Deshalb sieht das ThUG, um unter Bezug auf Art. 5 I 2 lit. e EMRK konventionsgerecht zu erscheinen, da der strafrechtliche Bezug auf lit. a nicht mehr hergestellt werden kann, den Tatbestand des Vorliegens einer psychischen Störung (unsound mind) vor, die es zu behandeln gelte.

Bundesverfassungsgericht erklärt fast das gesamte Recht der Sicherungsverwahrung für mit dem Grundgesetz unvereinbar.

Diese gesetzgeberische Entscheidung ist sowohl unter Juristen als auch unter Psychiatern heftig umstritten. Und zwar nicht nur wegen der vorzunehmenden „Umdefinition“ einer bislang in der Sicherungsverwahrung als gesund untergebrachten Person in eine „psychisch gestörte“, sondern auch weil der Begriff der psychischen Störung (unsound mind) so unbestimmt ist und weder klar mit ICD-10 noch mit DSM-IV in Einklang gebracht werden kann (vgl. statt vieler: Dittmann 2011; Renzikowski 2013). Auch die Möglichkeiten zur Gewinnung der erforderlichen prognostischen Sicherheit, mit der eine erhebliche Beeinträchtigung der Rechtsgüter anderer Personen (§ 1 I Nr. 1 ThUG) dargestellt werden kann, um damit eine hinreichende konventions- und verfassungsrechtliche Legitimation zur Unterbringung zu erhalten, werden von zahlreichen Experten eher skeptisch eingeschätzt.

Das Verfahrensrecht zur Anwendung des ThUG ist zivilrechtlich nach dem Allgemeinen Teil des FamFG konzipiert. Doch trotz der Bemühungen, dieser neuen Vollzugsart einen zivilrechtlichen Anstrich zu verleihen, dürfen sich die Einrichtungen zum ThUG-Vollzug durchaus „in räumlicher Nähe“ zum Strafvollzug befinden. Durch eine Änderung des ThUG dürfen sie gar mit Einrichtungen für die Sicherungsverwahrung vergleichbar sein, sofern sie den für den mit § 66c StGB neu geregelten Vollzug der Sicherungsverwahrung erforderlichen Standards entsprechen (BGBl. I [2012], 2430).

Schien nach der Entscheidung des EGMR von 2009 und der Neuordnung der Sicherungsverwahrung mit dem Beginn des Jahres 2011 das System der Verwahrung für gefährlich gehaltener Personen wieder ins Lot gebracht, so setzte das BVerfG mit seinem Urteil vom 4. Mai 2011 (NJW 2011, 1931 ff.) die einschlägig Betroffenen und Interessierten in große Verwunderung. Es erklärte zur Überraschung aller – kurz gesagt – fast das gesamte Recht der Sicherungsverwahrung, und dies insbesondere unter Hinweis auf die weithin verfassungsrechtlich nicht mehr hinzunehmende Gestaltung ihres Vollzugs, für mit dem Grundgesetz unvereinbar. Damit beugte es sich einerseits der Rechtsprechung des EGMR. Um aber nicht ganz blamabel darzustehen, erinnerte es an die eigene Entscheidung aus dem Jahr 2004 (NJW 2004, 739 ff.), und machte das vom Vollzug in allen Bundesländern nicht eingehaltene „Abstandsgebot“ zum wichtigsten Kriterium für die verfassungsrechtliche Verwerfung der bislang geltenden Regelungen. Zugleich forderte es den Bundesgesetzgeber auf, bis zum 31.05.2013 ein neues Gesamtkonzept der Sicherung gefährlicher Personen zu entwickeln, wobei es ihm freistehe, die Sicherungsverwahrung ganz oder teilweise durch die Therapieunterbringung zu ersetzen (BVerfG NJW 2011, 1931 Rz 163). Wie immer er auch verfahre, habe er mit detaillierten Vorgaben, die von den Bundesländern nicht unterlaufen werden könnten, ein freiheitsorientiertes und therapiegerichtetes Gesamtkonzept zu erstellen (aaO, Rz 128 f.). Mit Stichworten werden die Anforderungen des BVerfG zu den Aspekten des neuen Regelungskonzept an den Gesetzgeber kurz und knapp vom OLG Hamm (NStZ-RR 2013,123) zusammengefasst: a. Ultima-ratio-Prinzip; b. Individualisierungs- und Intensivierungsgebot; c. Motivierungsgebot; d. Trennungsgebot; e. Minimierungsgebot; f. Rechtsschutz- und Unterstützungsgebot; g. Kontrollgebot.

Dieser Aufforderung des BVerfG zur Erarbeitung eines Gesamtkonzepts der Sicherungsmaßregel ist der Bundesgesetzgeber nicht gefolgt. Ebensowenig dem Vorschlag von Kinzig (2010, 239) wie auch dem der Fraktion DIE LINKE (BT-Drs. 17/7843), hierzu eigens eine Expertenkommission einzusetzen. Heraus gekommen ist nach insoweit prägenden Vorarbeiten des Justizministeriums schließlich nur eine absolute Mindestregelung der vom BVerfG aufgestellten Forderungen als „Gesetz zur bundesrechtlichen Umsetzung des Abstandsgebotes im Recht der Sicherungsverwahrung“ (v. 05.12.2012, BGBl. I, 2425), das am 1. Juni 2013 in Kraft getreten ist.

Gesetz zur bundesrechtlichen Umsetzung des Abstandsgebotes im Recht der Sicherungsverwahrung (2013)

Wesentlich neu sind hierin folgende Bestimmungen: Dem Untergebrachten ist eine individuell ausgerichtete intensive Therapie zur Reduzierung seiner Gefährlichkeit anzubieten (§ 66c I Nr. 1 a) StGB), und ihm sind vollzugsöffnende Maßnahmen (Ausführungen, Freigänge) zu gewähren (§ 66c I Nr. 3 a) StGB). Nach Abs. 2 muss ihm diese Betreuung bereits im der Sicherungsverwahrung vorausgehenden Strafvollzug angeboten werden. Und sollte dies Angebot ausgeblieben sein, setzt das Gericht die Sicherungsverwahrung noch vor ihrem Beginn zur Bewährung aus (§ 67c I Nr. 2 StGB).

Eine entsprechende Rechtsfolge tritt auch dann ein, wenn solche Behandlungsangebote während des Vollzugs der Sicherungsverwahrung – auch nach Fristsetzung durch das Gericht – von der Vollzugseinrichtung nicht unterbreitet wurden (§ 67d II 2 StGB). Durch eine Änderung in § 120 I StVollzG wird dem Gericht außerdem die Möglichkeit eingeräumt, unter bestimmten Voraussetzungen gegen eine Vollzugseinrichtung, die seiner Anordnung oder seinem verpflichtenden Beschluss nicht nachkommt, gemäß § 172 VwGO ein Zwangsgeld festzusetzen.

Wie sind nun abschließend die Unterbringungskonzepte der Sicherungsverwahrung und der Therapieunterbringung nach den Gerichtsentscheidungen und den gesetzgeberischen Aktivitäten, ohne das bereits neue Praxiserfahrungen vorliegen, zu beurteilen?

Die Unterbringungskonzepte auf dem Hintergrund der Gerichtsentscheidungen

Konventions- wie verfassungsrechtlich hat der Staat nicht nur das Recht, gegen gefährliche Personen gefahrenabwehrende Maßnahmen zu ergreifen. Die Allgemeinheit hat hierauf auch einen entsprechenden Schutzanspruch gegenüber dem Staat (vgl. Kammeier 2012). Die nach erfolgtem Strafvollzug gemäß §§ 66 ff. StGB in der Sicherungsverwahrung untergebrachten Personen erbringen ebenso wie die nach §§ 20, 21, 63 StGB der psychiatrischen Maßregel unterworfenen mit dem damit einhergehenden Freiheitsentzug ein Sonderopfer (vgl. Kammeier-Pollähne 2010 Rz B 34 ff.) zum Schutz der Allgemeinheit. Dieses Sonderopfer an Freiheitseinbußen kann ihnen von Rechts wegen abverlangt werden. Unter fachlich-sachlichen Gesichtspunkten ist allerdings dringender denn je die Frage zu stellen, ob auch rund 80 Jahre nach Einführung dieser Maßregeln in Deutschland diese immer noch durch eine hochgesichterte Unterbringungsweise in einer totalen Institution (Goffman) vollzogen werden müssen. Die Veränderungen in der allgemeinen Psychiatrie seit den 1970er Jahren wie auch der Auf- und Ausbau von Ambulanzen, einschließlich der Forensischen Ambulanzen für den psychiatrischen Maßregelvollzug, zeigen mit den inzwischen gewonnenen Erfahrungen, dass weniger in Freiheitsrechte eingreifende und mehr auf Assistenz und Betreuung, durchaus verbunden mit Kontrolle, setzende Maßnahmen dem notwendigen Schutz der Allgemeinheit ebenso gut Rechnung tragen, wie der Achtung und Würde der betroffenen Person und ihrer – trotz Krankheit und Gefährlichkeit weiterhin bestehen bleibenden – Grundrechte. Sie sind weniger Hospitalismus fördernd und persönlichkeitsreduzierend, sie können effektiver sein und unter Umständen auch kostengünstiger.

Wenn das Bundesverfassungsgericht immer wieder auf die Beachtung des mit Verfassungsrang ausgestatteten Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit nicht nur bei der Anordnung von Sicherungsmaßregeln, sondern auch hinsichtlich ihrer zulässigen Dauer hinweist, dann sollte folglich ebenso klar sein, dass der Verhältnismäßigkeitsgrundsatz auch bezüglich der Eingriffsintensität in die Grundrechte des Betroffenen zu gelten hat. Dies ernst genommen, zwingt schließlich auch faktisch dazu, differenzierende Modalitäten und Institutionen für sichernde Eingriffe in Verbindung mit Betreuungs- und Assistenzangeboten zu entwickeln, zu erproben und zu gestalten. Und nicht zuletzt gilt der Verhältnismäßigkeitsgrundsatz nicht nur in Bezug auf die Grundrechtseingriffe, sondern ebenso für das Ausmaß des abverlangten Sonderopfers (vgl. Frisch 2013, 249, 253). Auch dies darf nicht größer sein, als unbedingt erforderlich.

Achtung und Würde der betroffenen Person und ihrer – trotz Krankheit und Gefährlichkeit weiterhin bestehen bleibenden – Grundrechte.

Wenn und soweit der Vollzug der Sicherungsverwahrung entsprechend den neuen gesetzlichen Vorgaben künftig wenigstens das Abstandsgebot einhält, könnte sich die Sicherungsverwahrung verfassungsrechtlich als legitimiert erweisen. Ob dies auch konventionsrechtlich so sein wird, darf mindestens hinsichtlich der nachträglichen Sicherungsverwahrung bezweifelt werden. Entsprechende Zweifel bleiben auch in Bezug auf die Therapieunterbringung, unabhängig davon dass das BVerfG sie (mit Beschl. v. 11.07.2013 – 2 BvR 2302/11) mit dem Grundgesetz für vereinbar erklärt hat. Nach der Neuausrichtung der Sicherungsverwahrung bleibt ihr künftiger Anwendungsbereich allerdings einstweilen offen. Ebenso auch ihre Konventionsverträglichkeit.

Literatur

Boetticher, A. (2011) Sicherungsverwahrung und die Erledigung nach § 63 StGB. "Für immer wegsperren?" in: Saimeh (Hg. in), Kulturelle und therapeutsiche Vielfalt im Maßregelvollzug. Materialien der 26. Eickelborner Fachtagung zu Fragen der Forensischen Psychiatrie, Psychiatrie Verlag, Bonn, 36–65

Dittmann, V. (2011) "Psychische Störung" im Therapieunterbringungsgesetz (ThUG) und im Urteil des Bundesverfassungsgerichts zur Sicherungsverwahrung vom 4. Mai 2011 – Versuch einer Klärung, in: Nedopil (Hg.), Die Psychiatrie und das Recht – Abgrenzung und Brückenschlag, Pabst Science Publishers, Lengerich, 131–150

Frisch, W. (2013) Schuldgrundsatz und Verhältnismäßigkeitsgrundsatz, in: Neue Zeitschrift für Strafrecht, 249–256

Heinz, W. (2012) Entwicklung und Stand der freiheitsentziehenden Maßregeln der Besserung und Sicherung – Werkstattbericht auf der Grundlage der Strafrechtspflegestatistiken (Berichtsstand 2010/2011), in: Werkstattschriften Forensische Psychiatrie und Psychotherapie, (19), 122–148

Kammeier, H. (1996) Maßregelrecht. Kriminalpolitik, Normgenese und systematische Struktur einer schuldunabhängigen Gefahrenabwehr, de Gruyter, Berlin

Kammeier, H. (2012) Der Schutzanspruch vor gefährlichen Personen und die Möglichkeiten und Grenzen staatlicher Schutzgewährleistung, in: Haynert/Kammeier (Hg.), Wegschließen für immer? Ethische, rechtliche und soziale Konzepte im Umgang mit gefährlichen Menschen auf dem gesellschaftlichen Prüfstand, Pabst Science Publishers, Lengerich, 56–76

Kammeier-Bearbeiter (2010) Maßregelvollzugsrecht. Kommentar, 3. Aufl., de Gruyter, Berlin

Kinzig, J. (2010) Das Recht der Sicherungsverwahrung nach dem Urteil des EGMR in Sachen M. gegen Deutschland, Neue Zeitschrift für Strafrecht, 233–239

Kinzig, J. (2011) Empirische Erkenntnisse zur Sicherungsverwahrung als Grundlage der gutachterlichen Beurteilung, in: Nedopil (Hg.), Die Psychiatrie und das Recht – Abgrenzung und Brückenschlag, Pabst Science Publishers, Lengerich, 78–91

Liszt, F. von (1883) Der Zweckgedanke im Strafrecht, in: Zeitschrift für die gesamte Strafrechtswissenschaft, 1–47

Pfeiffer, C. (2006) Die Dämonisierung des Bösen und die Folgen für Kriminalpolitik und Strafverfolgung, in: Saimeh (Hg.in), Gesellschaft mit beschränkter Haftung. Maßregelvollzug als soziale Verpflichtung. Forensik 2006, Psychiatrie Verlag, Bonn, 265–276

Renzikowski, J. (2013) Abstand halten! – Die Neuregelung der Sicherungsverwahrung, in: Neue Juristische Wochenschrift, 1638–1644

Stisser, D. (2012) Die Geschichte der Sicherungsverwahrung, in: Haynert/Kammeier (Hg.), Wegschließen für immer? Ethische, rechtliche und soziale Konzepte im Umgang mit gefährlichen Menschen auf dem gesellschaftlichen Prüfstand, Pabst Science Publishers, Lengerich, 35–55

Stooß, C. (1893) Vorentwurf zu einem Schweizerischen Strafgesetzbuch. Allgemeiner Teil, Basel.

Achtsames Arbeiten im Maßregelvollzug

Störungs- bzw. deliktspezifische Behandlungsansätze, ganzheitliche Therapieansätze und die therapeutische Haltung

Von Ute Franz

Im Januar 2006 eröffnete die Wilfried-Rasch-Klinik (LWL-Klinik für Forensische Psychiatrie) zunächst mit 54 Patienten, nach einem Jahr und erfolgter Aufstockung, mit 62 Patienten als erste Klinik im Rahmen des ersten Ausbauprogramms der nordrhein-westfälischen Landesregierung. Das Ziel war eine gemeindenähere Versorgung psychisch kranker Straftäter, um die Wiedereingliederung und Rehabilitation dieser Menschen zu fördern. Die Klinik behandelt ausschließlich Männer, die aufgrund einer psychischen Störung Straftaten begangen haben und vom Gericht in den Maßregelvollzug eingewiesen wurden. Rechtsgrundlage der Unterbringung ist der Paragraph 63 StGB. Die Störungsbilder, an denen diese Menschen leiden, lassen sich grob in 2 Gruppen unterteilen, zum einen Menschen mit einer Schizophrenie, zum anderen Menschen mit Persönlichkeitsstörungen.

Im Laufe der Jahre hat sich die therapeutische Arbeit in der Klinik gewandelt. Wir beziehen sowohl störungs- und deliktspezifische Behandlungsansätze wie auch ganzheitliche Therapieansätze in unsere Arbeit mit den Patienten ein. In der klinischen Einschätzung braucht es beide Herangehensweisen, um auch dem forensischen Patienten in seinem Menschsein gerecht zu werden und letztlich auf der Basis einer ganzheitlichen Sichtweise eine fundierte Behandlungsprognose zu erstellen. Die Arbeit im Maßregelvollzug bewegt sich immer im Spannungsfeld von Besserung und Sicherung. Der Anspruch der Allgemeinheit auf den Schutz vor gefährlichen, wenn auch psychisch kranken Straftätern steht dem Recht der untergebrachten Menschen auf Therapie und bei erfolgreicher Therapie auf Wiedereingliederung in die Gesellschaft entgegen. Insbesondere bei Sexualstraftaten ist die gesellschaftspolitische Sensibilität heute sehr hoch, die geforderte Prognosesicherheit von 100% stellt die Kliniken des Maßregelvollzugs vor nahezu unlösbare Aufgaben. Unsere heutigen Prognoseinstrumente, die in den letzten Jahren sicherlich deutlich verbessert und verfeinert wurden, in Verbindung mit der klinischen Behandlungsprognose lassen die Einschätzung des Rückfallrisikos von Straftätergruppen immer genauer werden, kranken aber nach wie vor daran, dass die Einzelfallprognose eben nur mit einer statischen Wahrscheinlichkeit angegeben werden kann. Experten sind sich mittlerweile einig, dass wir das Rückfallrisiko in Bezug auf neuerliche Delinquenz unserer Patienten eher überschätzen, gleichwohl wir bei der Beurteilung der Legalprognose immer stärker die Frage berücksichtigen: Wer wird wann und unter welchen Rahmenbedingungen rückfällig?

in der forensisch-psychiatrischen Forschung fehlen langfristige Therapieverlaufsstudien.

Leider fehlen in der forensisch-psychiatrischen Forschung langfristige Therapieverlaufsstudien, die uns zur Lösung des Dilemmas: Wie entlassen wir die „richtigen“ Patienten? beitragen können und uns klinisch Tätigen die effektivsten Methoden zur Erreichung dieses Ziels aufzeigen könnten. Dass diese Forschungsarbeit dringend vonnöten ist, zeigen steigende Zahlen im Maßregelvollzug allgemein, die im Land NRW dazu geführt haben, dass das erste Ausbauprogramm von neuen Kliniken nicht mehr ausreicht und der Bau von 5 weiteren Kliniken in den nächsten Jahren geplant ist. Statische Risikofaktoren lassen sich durch Therapie nicht verändern, umso wichtiger ist die Beschäftigung mit der Veränderbarkeit dynamischer Risikofaktoren, die sich durch psychotherapeutische Intervention verändern lassen.

Ute Franz
Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Schwerpunkt: Forensische Psychiatrie; Ärztliche Direktorin der LWL-Maßregelvollzugsklinik Herne und der LWL-Klinik für Forensische Psychiatrie Dortmund, Wilfried-Rasch-Klinik.

Im Folgenden möchte ich aus Sicht einer klinisch tätigen Psychiaterin meine Erfahrungen in der Aufbauarbeit einer forensischen Klinik, der Anwendung störungs- und deliktspezifischer Therapieansätze und mein Plädoyer für die Anwendung dieser Verfahren sowie die notwendige ganzheitliche Therapie der uns anvertrauten Menschen und meinem ebenso überzeugten Credo für diese Therapieverfahren schildern und nahebringen. Dabei handelt es sich um eine subjektive Sicht der Psychotherapie, die auf langjähriger klinischer Erfahrung in der psychotherapeutischen Arbeit mit Patienten im Maßregelvollzug beruht und keinen Anspruch auf Wissenschaftlichkeit im Sinne von Zahlen, Daten, Fakten erhebt. Die Notwendigkeit, genau diese Zahlen, Daten und Fakten auch im Hinblick auf Verlaufsforschung im Maßregelvollzug zu erheben, möchte ich keinesfalls mit diesen subjektiven Anmerkungen in Frage stellen. Vielleicht möchte ich dazu beitragen, die Ausrichtung der Forschungsbemühungen im Hinblick auf die psychotherapeutische Arbeit im Maßregelvollzug zu erweitern.

Im Januar 2006 startete ein multiprofessionelles Team gemeinsam mit zunächst 54 Patienten die Aufbauarbeit einer kleinen, eigenständigen Maßregelvollzugsklinik, die erste Klinik des ersten Ausbauprogramms der nordrhein-westfälischen Landesregierung, zuständig für die Versorgung von Patienten aus dem Landgerichtsbezirk Dortmund. Das Behandlungsteam bestand aus forensisch erfahrenen, wie unerfahrenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Von Beginn an gehörten zum psychotherapeutischen Team Verhaltenstherapeuten und tiefenpsychologisch ausgerichtete Psychotherapeuten sowie Körperpsychotherapeuten, da uns die Integration verschiedener Methoden zur ganzheitlichen Behandlung unserer Patienten wichtig erschien.

Wir etablierten kognitiv-behaviorale Therapieprogramme wie Psychoedukation und Problemlösetraining für Psychose kranke Menschen sowie deliktorientierte Gruppentherapie für Menschen mit Persönlichkeitsstörungen, die sich an modularen Sexualstraftäterprogrammen wie dem Sexual Offender Treatment Program (SOTP)[1] und dem BPS (Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter)[2] orientieren, um 2 wichtige Beispiele zu nennen. Die Vorteile dieser Programme im klinischen Alltag liegen in der guten Vermittelbarkeit der Programme sowohl an die Therapeuten, die die Programme durchführen sollen, wie auch an die Patienten. Im Sinne guter kognitiv-behavioraler Programme lernen die teilnehmenden Patienten systematisch, welche Faktoren beispielsweise im Rahmen ihrer Persönlichkeitsstruktur zu Straftaten führen, wie diese deliktrelevanten Persönlichkeitsanteile wahrgenommen und verändert werden können, um nach einer möglichen Entlassung weitere Straftaten zu vermeiden. Es werden Deliktszenarien erarbeitet, die der Grundlage für Rückfallpräventionspläne dienen. Diese Maßnahmen dienen langfristig der Verbesserung der Prognose unserer Patienten und sind in der Hand erfahrener Psychotherapeuten wirkungsvolle Instrumente. Allerdings sind sie keine „Psychotherapie light“ und haben durchaus bei alleiniger Anwendung Risiken und Nebenwirkungen, wenn sie isoliert als alleinige Therapieoptionen angewendet werden. Eine als besonders rückfallgefährdete Patientengruppe mit hohem Psychopathie-Score „durchläuft“ Trainingsprogramme mit Bestnoten, ohne wirklich verankerte Einsichten und veränderte Handlungsmotivationen zu gewinnen. Kurz gesagt werden sie „Empathie-Professionals“, die therapeutische Redewendungen quasi auswendig lernen und letztlich für ihre eigenen dissozialen und kriminellen Zwecke missbrauchen. In der Therapie dieser Patienten braucht es therapeutische Interventionen anderer Art, um diese Fallstricke zu erkennen und in der Therapieplanung zu berücksichtigen.

In unserer Klinik sind im Rahmen einer innerbetrieblichen Weiterbildung viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Dialektisch-Behavioraler Therapie (DBT) nach Marsha Linehan[3] geschult. Auch die DBT ist ein modulares kognitiv-behaviorales Verfahren, bei dem zum einen im Rahmen von Skills Training Fertigkeiten der Patienten trainiert werden, zusätzlich werden die Patienten zum anderen in Achtsamkeit geschult und in psychotherapeutischen Einzelgesprächen begleitet. Ein wesentlicher Schritt für unsere eigene Weiterentwicklung im Rahmen der Teamfindung stellt die achtsame Auseinandersetzung mit der inneren Einstellung unseren Patienten gegenüber dar. Dabei dürfen wir die realistische Prognoseeinschätzung unserer Patienten einerseits nicht außer Acht lassen, andererseits müssen wir den uns anvertrauten Patienten von Mensch zu Mensch in der professionellen Beziehung als einem essentiellen Wirkfaktor von Psychotherapie begegnen. Dabei sind wir im guten Sinne eines Lernens-am-Modell prosoziales Vorbild für unsere Patienten. Gerade unseren jüngeren Patienten eröffnen sich dadurch Nachreifungsprozesse, die wesentlich zur Verbesserung der Prognose beitragen. Neben der Deliktbearbeitung werden Patienten dadurch befähigt, eine schulische oder berufliche Qualifikation zu erlangen, was die Resozialisierungschancen auch im Hinblick auf eine spätere Entlassung verbessern kann, neben positiven therapeutischen Aspekten, die aus der Stärkung des Selbstbewusstseins und der Verbesserung von Problemlösefertigkeiten resultieren. Achtsamkeitsbasierte Therapieverfahren, zu denen auch die DBT gehört, zeichnen sich in hohem Maße dadurch aus, dass ihre Prinzipien auch von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aller Berufsgruppen gelebt werden müssen, wenn diese Prinzipien tatsächlich psychotherapeutisch wirksam werden sollen. Daher beinhalten unsere innerbetrieblichen Fortbildungen auch häufig Selbsterfahrungsanteile, die die Anwendung dieser Therapieverfahren über das bloße Abspulen von Modulen hinaus erst sinnvoll machen.

Die Gestaltung der therapeutischen Beziehung ist in der sich über viele Jahre erstreckenden Therapie im Maßregelvollzug eine Herausforderung für alle.

Die Gestaltung der therapeutischen Beziehung als einem wichtigen Aspekt der Tragfähigkeit und Nachhaltigkeit therapeutischer Interventionen ist in der sich über viele Jahre erstreckenden Therapie im Maßregelvollzug eine besondere Herausforderung für alle Berufsgruppen und auch für die Patienten. Die lange Therapiedauer ist Chance und Fluch zugleich. Chance, weil sie Patienten therapeutische Entwicklungsmöglichkeiten erschließt, die ein Nachreifen der eigenen Persönlichkeit ermöglicht, Fluch, weil Patienten oft den Eindruck im langen Therapieprozess bekommen, dass das Ziel, aus dem Maßregelvollzug entlassen zu werden, auch bei Therapiefortschritten unendlich weit entfernt zu bleiben scheint. Hoffnungslosigkeit sowohl auf Seiten der Professionellen wie auch auf Seiten der Patienten sind keine guten Voraussetzungen dafür, dass Therapie erfolgreich sein kann. Andererseits darf der Aspekt von anhaltender Gefährlichkeit bei allen therapeutisch sinnvollen Bemühungen nicht außer acht gelassen werden. In dieser Dialektik bewegt sich der Therapieprozess unter den Bedingungen des Zwangskontextes Maßregelvollzug. Eine Herausforderung für Therapeuten und Patienten gleichermaßen. Dieser Aufgabe können wir letztlich nur gerecht werden, wenn wir modulare und ganzheitlicher Therapieansätze gleichermaßen anwenden, um der in der forensischen Arbeit gefürchteten „Betriebsblindheit“ entgegen zu wirken und unseren Patienten die bestmögliche Therapie zukommen zu lassen.

Literatur

1 Marshall WL, Fernandez YM, Hudson SM, eds. Sourcebook of treatment programs for sexual offenders, New York: Plenum, 1998

2 G. Rehn, B. Wischka, F. Lösel, M. Walter Hrs.: Behandlung „gefährlicher Straftäter“: Grundlagen, Konzepte, Ergebnisse, 2. Auflage Herbolzheim: Centaurus 2001

3 Marsha M. Linehan: Trainingsmanual zur Dialektisch-Behavioralen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung, CIP Medien 1996

Zwangsbehandlung in der forensischen Psychiatrie

Folgen aus den Beschlüssen des Bundesverfassungsgerichts

Von Udo Frank

Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) hat durch Beschlüsse vom 23.03.2011, 12.10.2011 und 20.02.2013 anhand dreier Fälle aus dem Maßregelvollzug (MRV) landesgesetzliche Regelungen, die unter bestimmten Voraussetzungen eine Zwangsmedikation von Untergebrachten ermöglichten, für nicht verfassungskonform erklärt. Die medizinische Behandlung eines MRVUntergebrachten gegen dessen natürlichen Willen stelle einen schwerwiegenden Grundrechtseingriff dar. Dieser könne auch zur Erreichung des Vollzugsziels gerechtfertigt sein. Er sei jedoch nur zulässig, wenn der Untergebrachte krankheitsbedingt zur Einsicht in die Behandlungsbedürftigkeit oder zum Handeln gemäß dieser Einsicht nicht fähig ist. Maßnahmen der Zwangsbehandlung dürften zudem nur als letztes Mittel und nur dann eingesetzt werden, wenn sie im Hinblick auf das Behandlungsziel Erfolg versprechen und nicht mit Belastungen verbunden sind, die außer Verhältnis zum erwartbaren Nutzen stehen. Auch seien besondere verfahrensmäßige Sicherungen geboten, wie ärztliche Indikation, unabhängige Prüfung, Rechtsschutz, Überwachung, Überprüfung und Befristung der Maßnahme. Landesgesetzliche Regelungen, die diese Eingriffsvoraussetzungen nicht in hinreichender und bestimmter Weise geregelt haben, wurden anhand der Einzelfallbeschwerden ohne Übergangsfristen außer Kraft gesetzt.

Wichtig dabei: In der Begründung der Entscheidung wird grundsätzlich die Freiheit zur Krankheit betont, aber bei krankheitsbedingter Einsichtsunfähigkeit auch die Zwangsbehandlung als zulässig erklärt zur Wiederherstellung der Selbstbestimmungsfähigkeit und als letztes Mittel nach erfolglosen Aufklärungs- und Motivierungsversuchen. Patienten, bei denen ein freier Wille mit der Fähigkeit zur Behandlungseinsicht besteht, wird damit nun eine Wahlfreiheit eröffnet, sich zur Wiedererlangung der Freiheit einer (medikamentösen) Behandlung zu unterziehen oder aber - zur Abwehr der Fremdgefährdung - sich für einen dauerhaften Freiheitsentzug zu entscheiden.

Neue Situation

Da die Beschlüsse des BVerfG keine Übergangsfristen vorsahen, haben sie MRV-Kliniken kurzfristig vor die Aufgabe gestellt, alle medikamentös auf Grundlage der zuvor bestehenden Rechtsgrundlage behandelten Patientinnen und Patienten über die neue Situation aufzuklären, deren Zustimmung zur Fortsetzung der Behandlung einzuholen oder aber über das weitere Vorgehen im Falle der Ablehnung zu beraten und zu entscheiden.

Wahlfreiheit zwischen einer Behandlung oder einem dauerhaften Freiheitsentzug.

In der Praxis betroffen sind diejenigen Forensischen Kliniken, die eine Unterbringung nach § 63 StGB im Psychiatrischen Krankenhaus durchführen, da im Sucht-MRV nach § 64 StGB die Verabreichung von Medikamenten gegen den erklärten Willen von Untergebrachten höchst selten ansteht. Da der Vollzug der Maßregeln landesgesetzlich geregelt ist, sind konkret bislang die die Zwangsmedikation regelnden Gesetze in Rheinland-Pfalz und Baden-Württemberg, seit diesem Jahr auch diejenigen in Sachsen nichtig. Sofern für die Zwangsbehandlung von allgemeinpsychiatrischen und forensischen Patienten eine gemeinsame gesetzliche Grundlage bestand, sind in diesen Ländern auch die Allgemeinpsychiatrischen Kliniken betroffen und vor große Herausforderungen gestellt (Steinert 2013). Die Beschlüsse des BVerfG haben aber bundesweit die Praxis der Zwangsmedikation beeinflusst, eine intensive Diskussion über die Neuregelung von Zwangsbehandlungen ausgelöst sowie zu gesetzgeberischen Initiativen und zu einer Neufassung des Betreuungsrechts veranlasst.

Udo Frank
Dr. med., Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, Forensische Psychiatrie (LÄK, DGPPN), Psychotherapie, Ärztlicher Leiter des Krankenhauses für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie des ZfP Südwürttemberg, E-Mail: udo.frank@zfp-zentrum.de

Beim weit überwiegenden Teil der Patienten, die im MRV medikamentös behandelt werden, liegen paranoide oder maniforme Psychosen vor, wobei die Delikte, die zur gerichtlichen Unterbringung Anlass gaben, in nicht zureichend oder unbehandeltem Zustand begangen wurden. In fachlichen Kommentaren wurde teilweise kritisch angemerkt, bei den Anlassfällen für die Entscheidungen des BVerfG im Jahr 2011 habe es sich um relativ speziell gelagerte Fälle von womöglich als einsichtsfähig anzusehenden Patienten gehandelt, die weitreichende Folgen auch für akut psychisch Kranke nach sich zogen. Die jüngste Entscheidung des BVerfG vom Februar 2013 stellt aber klar, dass auch bei als schuldunfähig eingewiesenen Patienten und auch dann, wenn für den jeweils betrachteten Eingriff gute oder sogar zwingende sachliche Gründe sprechen mögen, es einer verfassungskonformen gesetzlichen Grundlage bedarf.

Ausgangslage bei den forensischen Kliniken

Die forensischen Kliniken durchliefen in den vergangenen 25 Jahren eine bemerkenswerte Entwicklung. Sie ver-

zeichneten in diesem Zeitraum einen beträchtlichen Belegungsanstieg. So hat sich im Bereich der Unterbringung nach § 63 StGB bundesweit die Bettenzahl von 1985 bis 2011 mehr als verdoppelt von damals 2472 Betten auf 6620 Betten. Diese Zunahme erklärt sich zu einem wesentlichen Teil über eine Steigerung der Zugänge: Während 1985 563 Personen nach § 63 StGB eingewiesen wurden, waren dies 2011 1393 Personen. Inzwischen befinden sich mehr Personen im Maßregelvollzug gemäß § 63 StGB (psychiatrisches Krankenhaus) als im Vollzug einer Freiheitsstrafe von mehr als 5 Jahren (Heinz 2013). Da die Unterbringung nach § 63 StGB zeitlich nicht befristet ist, muss sich eine Entlassung in der Regel auf eine günstige Legalprognose stützen (§ 67d Abs. 2 StGB).

Insbesondere in den vergangenen Jahren zeigte sich, dass bundesweit der Zuweisungs- und Belegungsanstieg im MRV zu einem großen Teil auf psychosekranke Menschen zurückgeht. Dies hat die Frage aufgeworfen, inwieweit veränderte Versorgungsstrukturen in der Allgemeinpsychiatrie zu einer Forensifizierung psychisch kranker Menschen führen (bspw. Frank 2007, Weig 2009). Die wenigen deutschen Untersuchungen zur strafrechtlichen Rückfälligkeit von MRV-Patienten haben gezeigt, dass im Prinzip die Gruppe schizophrener Patienten zügig behandelt werden kann, ohne Sicherheitsaspekte zu vernachlässigen (Jockusch & Keller 2001). Hierfür ist eine wirksame pharmakologische Behandlung als wesentliche Grundlage anzusehen.

Hinzu kommt: Eine Unterbringung im MRV nach § 63 StGB kann nur erfolgen, wenn neben einer verübten Straftat prognostisch infolge von Krankheit bzw. Störung erhebliche rechtswidrige Taten zu erwarten sind. So machen versuchte und vollendete Tötungsdelikte einerseits und Körperverletzungsdelikte andererseits jeweils bis zu einem Drittel der Anlasstaten in den Kliniken aus. Die BVerfG-Entscheidungen lösten daher zunächst die Sorge aus, dass eine zügige Behandlung zukünftig unmöglich sein könnte, sowie dass sich für die Beschäftigten die Risiken im Umgang mit den Patienten beträchtlich erhöhen. Während aus Verbänden Psychiatrieerfahrener, aus Anwaltskreisen und vereinzelt auch aus den Abteilungen für Allgemeinpsychiatrie dafür votiert wurde, zukünftig auf eine gesetzliche Grundlage zur medikamentösen Zwangsbehandlung vollständig zu verzichten, blieben vergleichbare Stellungnahmen aus dem MRV aus. Auch wenn Aspekten des Risikomanagements in Verbindung mit psychopharmakologischer Behandlung hohe Bedeutung zukommt, waren sich die Forensischen Kliniken bereits vor den BVerfG-Entscheidungen sehr bewusst, dass es sich bei Zwangsbehandlungen um gravierende Eingriffe in die Persönlichkeitsrechte der untergebrachten Patienten handelt. Dies lässt sich auch bei den Fällen, die den BVerfG-Beschlüssen zu Grunde liegen, erkennen: Offensichtlich in Ermangelung eines geordneten gesetzlichen Verfahrens wurden unter Einbeziehung externer Begutachtungen und komplexer Abklärungen verschiedene rechtliche Wege beschritten, um eine juristische Grundlage der Maßnahme sicherzustellen. Zudem haben Forensische Kliniken eigens Leitlinien für den Umgang mit Zwangsmaßnahmen formuliert und damit begonnen, Zwangsmaßnahmen systematisch zu erfassen und stations- und standortübergreifend zu vergleichen, um auf Auffälligkeiten reagieren zu können. Auch dem Bemühen, zu einem Einverständnis der untergebrachten Patienten für die Medikation zu gelangen, kam in der Vergangenheit bereits hohe Bedeutung zu.

Auswirkungen der neuen Rechtslage

Daher ist es wenig verwunderlich, dass auch mit Wegfall der bisherigen Rechtsgrundlage bis zu 90% der medikamentös behandelten Untergebrachten schriftlich ihr Einverständnis zur Fortführung der Behandlung erteilten. Etwa 5% der Patienten nahmen die neue rechtliche Situation zum Anlass, über eine Modifikation der durchgeführten Behandlung zu verhandeln, weitere 5% lehnten die Fortführung der Medikation ab. Diese Größenordnungen geben die Erfahrungen aus Forensischen Kliniken wieder und zeigten sich in der Folge auch bei neu aufgenommenen Patientinnen und Patienten.

Bei denjenigen Patienten, die die Medikation modifizierten oder nicht mehr fortführten, waren unterschiedliche Verläufe zu verzeichnen. Bei keinem dieser Patienten konnte im bisherigen Beobachtungszeitraum eine Entlassungsvorbereitung eingeleitet werden. In der überwiegenden Zahl kam es bei den nicht mehr oder nicht mehr adäquat behandelnden Patienten zum erneuten oder verstärkten Auftreten der Anlasssymptome, so dass hier Rückverlegungen auf geschlossene bzw. besonders gesicherte Stationen erforderlich waren. Auf diesen Stationen wurde von Mitpatienten und Mitarbeitenden eine deutliche Belastung des Stationsklimas beklagt. In vereinzelten hochbedrohlichen oder übergriffigen Situationen musste auf eine kurzfristige Intervention auf der verbliebenen Rechtsgrundlage des rechtfertigenden Notstands (§ 34 StGB) zurückgegriffen werden. Hier bestanden Unsicherheiten, inwieweit diese Rechtsgrundlage im Einzelfall ausreicht, weil es dazu bislang in der Rechtsprechung keine Präzedenzfälle gibt. Offene Fragen sind beispielsweise: Ist ein akuter psychotischer Erregungszustand ein derartiger Notfall oder nicht, weil die Gefahr auch mittels einer Fixierung beseitigt werden könnte? Ist ein rechtfertigender Notstand noch gegeben, wenn eine Medikation es ermöglichen würde, den Patienten nach zwei Stunden zu entfixieren, während er ohne Medikamente auf noch nicht absehbare Zeit in der Fixierung verbleiben müsste?

Auch die Ablehnung jeglicher Zwangsbehandlung von Behandlerseite hilft nicht ab, da eine solche ärztliche Entscheidung zum Vorwurf der unterlassenen Hilfeleistung oder - beispielsweise bei Körperverletzungen an Mitpatienten oder Mitarbeitenden - zum Vorwurf der Mitverantwortlichkeit führen kann (Steinert 2013). Psychotisch motiviertes, grenzverletzendes, übergriffiges oder beeinträchtigendes Verhalten veranlasste auch zu vermehrten Isolierungen oder zum Einzelzimmereinschluss. Zeitweise waren die bislang auskömmlichen Isolierkapazitäten nicht mehr ausreichend. Im Einzelfall sind Verläufe zu beobachten, die mit langfristiger Absonderungsnotwendigkeit von der Gruppe und langfristigem Einzelzimmereinschluss einhergehen und die von Beschäftigten und Mitpatienten als tragisch erlebt werden, da auch durch verstärkte Anstrengungen die Motivation für eine erneute Medikamenten-Compliance bzw. -Adherence nicht erreicht werden konnte.

Fallbeispiel aus der Vergangenheit

Dass sich Entwicklungsmöglichkeiten infolge der neuen Rechtslage zukünftig

verschließen können, sei anhand eines Einzelfalls geschildert, der für mehr als zwei Jahrzehnte überblickt wird.

Die Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus gemäß § 63 StGB des 34 Jahre alten Mannes wurde vom Gericht angeordnet wegen mehrerer fremdaggressiver Delikte, darunter ein versuchter und ein vollendeter Totschlag. Eine Parallelstrafe wurde nicht angeordnet. In der Forensischen Klinik ging man zunächst von der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung aus. Jahrelange psychotherapeutische Bemühungen führten zu Teilerfolgen. Diese waren aber auf Belastungserprobungen außerhalb der Klinik nicht übertragbar. Im stationären Rahmen selbst war der untergebrachte Patient nicht tätlich-fremdaggressiv aufgefallen, zeigte aber bei Ausweitung der internen Lockerungen regelmäßig vordeliktische Verhaltensweisen, so dass im Falle einer Entlassung mit erneuter Delinquenz gerechnet werden musste. Nachdem zunehmend deutlich wahnhaft wirkende Ideen erkennbar wurden, erfolgte die Abänderung der Diagnose, es wurde eine medikamentöse Behandlungsindikation gestellt. In der Gesamteinschätzung bestanden die Alternativen darin, ihn auf unabsehbare Zeit im Vollzug zu belassen oder aber die erkennbaren Wahnelemente neuroleptisch zu behandeln. Entsprechend wurde dies mit dem Patienten besprochen, er wurde aufgeklärt und motiviert, einen Behandlungsversuch zu unternehmen. Der Patient lehnte diesen ab, wehrte sich juristisch nachdrücklich gegen den Beginn der ihm empfohlenen neuroleptischen Therapie. Angesichts seiner fortbestehenden Ablehnung einer medikamentösen Behandlung wurde sein Antrag auf gerichtliche Entscheidung unterstützt, wobei der vom Gericht bestellte externe Gutachter die Notwendigkeit einer medikamentösen Behandlung bestätigte. Die mittlerweile vom BVerfG verlangte Klärung der Fähigkeit zur Behandlungseinsicht stand im Gutachten – angesichts der damaligen Rechtsgrundlage – nicht im Fokus. Das für die Strafvollstreckung zuständige Gericht ordnete schriftlich die medikamentöse Behandlung an. Nach Rechtskraft des Beschlusses akzeptierte der Patient die pharmakologische Therapie unter der Maßgabe, dass er nun gerichtlich gezwungen sei. Diese führte zu einem für alle Außenstehenden eindrücklichen Behandlungsfortschritt, so dass nach langjähriger Unterbringung die Bewährungsentlassung beantragt und gerichtlich verfügt werden konnte, die sich zwischenzeitlich über mehr als fünf Jahre als tragfähig erwies.

Resümee

Eine medikamentöse Zwangsbehandlung einwilligungsfähiger Personen ist unter medizinethischen Gesichtspunkten problematisch. Vor diesem Hintergrund ist die Entscheidung des BVerfG grundsätzlich zu begrüßen.

In der Praxis hat sich gezeigt, dass ein großer Teil auch von im MRV untergebrachten Patienten motivierbar ist, einer auch medikamentösen Behandlung der Anlasserkrankung zuzustimmen. Insoweit sind anfängliche Befürchtungen in geringerem Umfang eingetreten als ursprünglich angenommen. Anzumerken ist, dass die Zustimmung zur Behandlung in vielen Fällen nicht auf einer eigentlichen Krankheitseinsicht beruht. Vielmehr haben die tatzeitpunktnah hochpsychotischen Patientinnen und Patienten, die unter Gefährdungsgesichtspunkten isoliert geführt werden müssen, die Erfahrung gemacht, dass sich bei probehalber Akzeptanz der Medikation Ängste oder Schlafstörungen verbesserten, dass ihnen infolge der Symptom-Reduktion innerhalb des geschlossenen Rahmens höhere persönliche Freiheiten eingeräumt werden konnten, oder ihnen auch die Teilnahme am Gruppenprogramm ermöglicht werden konnte.

Zu den positiven Aspekten der BVerfG-Beschlüsse gehört fraglos, dass in den MRV-Kliniken die Sensibilität in Bezug auf die Ausübung von Zwang weiter gestiegen ist und die veränderte Rechtslage zu einer verstärkten Reflektion und Neujustierung beiträgt, im Spannungsfeld des MRV zwischen Selbstbestimmung und Patientenrechten auf der einen Seite und fürsorglicher Hilfeleistung, Risikomanagement und Eingriff in die Patientenrechte auf der anderen Seite. Patientenverfügungen werden zukünftig bedeutsamer werden, auch das Prinzip des „Verhandeln statt Behandeln“ wird im MRV verstärkt zum Einsatz kommen.

Dennoch darf nicht übersehen werden, dass derzeit, aber auch zukünftig, wenn neue, verfassungskonforme Landesgesetze zur Zwangsmedikation verabschiedet sind, eine kleine Patientengruppe bleibt, die trotz bestehender Indikation sich auch durch vermehrtes Engagement nicht zu einer pharmakologischen Behandlung motivieren lässt. Zumindest bislang gehen die nachteiligen Folgen der Nichtbehandlung nicht nur zu Lasten der betroffenen Patienten, sondern auch zu Lasten ihrer Mitpatientinnen und -patienten und der im MRV Beschäftigten.

Ob nach Verabschiedung der neuen verfassungskonformen Gesetze die im Beispielfall geschilderte Konstellation zu einer Zwangsmedikation führt, wird zukünftig wesentlich davon abhängen, wie externe Gutachter und das zuständige Gericht den jeweiligen Einzelfall bewerten. Offen ist auch, wie sich die neu erforderliche Befristung der Behandlung bis zur Wiederherstellung der Willensfreiheit auf die weiteren Verläufe auswirken wird. Dennoch: Die Beschlüsse des BVerfG geben Patienten und Mitarbeitenden im MRV Rechtssicherheit. Die Forensischen Kliniken müssen sich darauf einstellen, von nun an eine größere Gruppe von Patienten als bislang, nämlich diejenigen, für die sich ohne eine Medikation keine Entlassungschancen erarbeiten lassen, im Wesentlichen verwahren zu müssen. Solche Fälle stellen bislang im hiesigen MRV ausgesprochen seltene Ausnahmen dar. In welchem Umfang dies zu einem weiteren Belegungsanstieg im MRV führen wird, wie sich der neue verfassungsrechtliche Auftrag auf das Gesamtbehandlungsklima auswirkt und ob Mitarbeitende sich zukünftig weiter dieser Aufgabe stellen wollen, wenn es innerhalb des Gesundheitswesens möglicherweise attraktivere Positionen gibt, bleibt abzuwarten.

Literatur

Frank U.: Hilfe wider Willen – Ethische Konflikte bei zwangsweiser Behandlung. Kerbe 2007, 25: 17–19

Heinz W.: Entwicklung und Stand der freiheitsentziehenden Maßregeln der Besserung und Sicherung. Werkstattbericht auf der Grundlage der Strafrechtspflegestatistiken, 2013: www.ki.uni-konstanz.de/kis/

Jockusch U., Keller F.: Praxis des Maßregelvollzugs nach § 63 StGB – Unterbringungsdauer uns strafrechtliche Rückfälligkeit. MSchrKrim 2001, 84: 453–465

Steinert T.: Zwangsbehandlung – Die aktuelle Rechtslage und die Auswirkungen in der Praxis. Der Neurologe & Psychiater 2013, 14: 60 – 62

Weig W.: Der „schwierige“ Patient in der psychiatrischen Versorgung. Der Nervenarzt 2009: 80, 847–854

Gemeinsam sicher den Alltag gestalten

Therapeutisches Milieu mit und für Menschen mit Schizophrenie im Maßregelvollzug

Von Harald Joachim Kolbe

Der Maßregelvollzug ist ein Erfolgskonzept. Grundlage dafür ist ein therapeutisch wirkendes und als wirksam erlebtes Milieu, das in Form von Behandlung als Aushandlung entsteht und so die Bewältigung der Anlasserkrankung und damit die Gefährlichkeitsreduktion sowie die Rehabilitation im Stationsalltag ermöglicht. Vorrangig bildet die Station das Handlungsfeld, indem einzeln oder in Gruppen therapeutische Angebote für das Erlernen neuer Verhaltensweisen und die Verinnerlichung von Handlungsalternativen erarbeitet werden. In diesem Beitrag wird ein Praxisentwicklungsprojekt zur Gestaltung und Nutzung eines therapeutischen Milieus mit und für Menschen mit Schizophrenie vorgestellt.

Harald Joachim Kolbe
Krankenpfleger, Pflegewissenschaftler;
Projektleitung „Modulare Handlungskompetenzen für die forensische Psychiatrie";
Landschaftsverband Westfalen-Lippe, LWL-Maßregelvollzugsabteilung Westfalen,
E-Mail: harald.kolbe@wkp-lwl.org

Der Maßregelvollzug erfüllt eine wichtige gesellschaftliche Doppelfunktion: Als Vollzugsbehörde führen die im Maßregelvollzug arbeitenden Berufsgruppen den strafrechtlich angeordneten Freiheitsentzug zur präventiven Gefahrenabwehr zum Schutz der Bevölkerung durch. Gleichzeitig machen sie unter hoch gesicherten Bedingungen Angebote zur Behandlung einer psychischen Erkrankung, zur Deliktbearbeitung sowie zur Wiedereingliederung in die Gesellschaft. Kann zeitweise oder dauerhaft keine Therapie durchgeführt werden, weil die Patienten nicht dazu in der Lage oder nicht dazu motiviert sind, führen die Beschäftigten den hoheitlichen Auftrag der Sicherung von als gefährlich eingeschätzten, psychisch kranken Personen durch (vgl. Kolbe 2013:6). In diesem Fall wird der Maßregelvollzug zu einem langfristigen Lebensort, weil die unbefristete Unterbringung abhängig vom Therapiefortschritt und der damit verbundenen Gefährlichkeitsreduktion ist.

Eine Gruppe von Patienten, für die die Forensik oft ein langfristiger Lebensort ist, sind Patienten mit Schizophrenie und Minussymptomatik. Aufgrund des meist bereits langfristigen Krankheitsverlaufs vor der Unterbringung ist ein Großteil von ihnen in der kognitiven, psychischen und körperlichen Leistungsfähigkeit reduziert. Viele leiden unter Antriebslosigkeit, rasch wechselnden Affekten oder Affektverflachung, Teilnahmslosigkeit, Freud- und Willenlosigkeit, Sprachverlangsamung, Fertigkeitsstörungen, Abfolgestörungen sowie mangelnder Kontaktaufnahme, die allesamt zu rein bedürfnisorientiertem Handeln der Betroffenen führen.

Die Unterbringung, Behandlung und Pflege dieser Patienten stellt die sie versorgenden Heilberufe oft vor große Probleme. Bis dato wirkungsvolle und als wirksam erlebte Interventionen werden mit fortschreitender Unterbringungsdauer wirkungslos oder als unwirksam erlebt (vgl. Andreasen 1995), und die Minussymptomatik macht beide Seiten resigniert, deprimiert und hilflos (ebd.).

Auf Seiten der Mitarbeitenden ist oft zu beobachten, dass ein Gefühl der zunehmenden Hilflosigkeit mit Aktionismus zu kompensieren versucht wird. Dieser Aktionismus findet in großem Engagement der Beschäftigten und vielen neuen Angeboten Ausdruck, deren Wirkungslosigkeit und Unwirksamkeit nach kurzer Zeit wiederum das Gefühl der Hilflosigkeit steigert. Nicht wenige im Maßregelvollzug tätige Professionen fordern deshalb, dass die vorherrschenden Versorgungsstrukturen an die veränderten Rahmenbedingungen und das Klientel angepasst werden und neue Formen der Unterbringung, Behandlung und Pflege entwickelt werden müssen, um dem Behandlungs- und Sicherungsauftrag entsprechen, das angestrebte Behandlungsziel erreichen und die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeitenden erhalten bzw. fördern zu können (Haynert 2011, Bowring-Lossock 2006).

Praxisentwicklung zur kontinuierlich fortschreitenden Qualitätsentwicklung

Die LWL-Klinik für Forensische Psychiatrie Dortmund, Wilfried-Rasch-Klinik, bietet 62 hoch gesicherte Behandlungsplätze für psychisch kranke Rechtsbrecher, die nach § 63StGB untergebracht sind. Die Klinik ist speziell ausgerichtet

auf die Therapie und Sicherung von männlichen Patienten mit Psychosen und Persönlichkeitsstörungen. Im „Bereich Klinische Psychiatrie“ (BKP) wurden 2010 32 an einer Schizophrenie erkrankte Patienten behandelt, von denen 14 Minussymptome aufwiesen. Ihre mittelfristige Entlassperspektive betrug im Schnitt 7 Jahre.

Im November 2009 hat die Betriebsleitung der Wilfried-Rasch-Klinik beschlossen, ein pflegewissenschaftlich begleitetes Praxisentwicklungsprojekt durchzuführen. Ziel war es, die Unterbringungssituation, die Behandlung und Pflege von Patienten mit Schizophrenie zu reflektieren und ein Ressourcen förderndes, setting- sowie störungsspezifisches milieutherapeutisches Konzept zu entwickeln. Die Planung und Durchführung von Praxisentwicklungsprozessen, die in der Kooperation zwischen Praktikern und Forschern erfolgen und die durch die Lösung praktischer Probleme charakterisiert sind (vgl. Hart 1996), erfolgt in der Regel durch eine partizipative Aktionsforschung (Whyte, Greenwood & Lazes 1991). Partizipative Aktionsforschung bedeutet, dass Fragen aus der Praxis für die Praxis beantwortet werden. Dazu können unterschiedliche Modelle und Methoden angewendet werden.

Das in der Wilfried-Rasch-Klinik durchgeführte Praxisentwicklungsprojekt wurde nach dem PARIHS-Modell entwickelt. Es umfasst vier Phasen. Die Phasen 1-3 wurden nacheinander durchgeführt und bildeten in sich abgeschlossene Module. Die vierte Phase, die Formative Evaluation setzte bereits mit der Problemanalyse ein (siehe Abbildung 1).

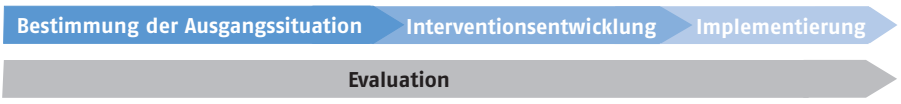

Abbildung 1: PARIHS-Modell

In der ersten Phase wurden die Probleme und die Ideen der Mitarbeitenden dazu mittels offener Interviews mit 23 Pflegenden und 6 Patienten, sowie teilnehmenden Beobachtungen systematisch erfasst. Die teilnehmende Beobachtung umfasste drei Wochen, wobei ein Forscher zu unterschiedlichen Dienstzeiten den Stationsalltag begleitet und mit standardisierten Instrumenten das Stationsklima und die Interaktion zwischen Patienten und Pflegenden bewertet hat (vgl. Rask & Brunt 2007). Parallel dazu wurde eine Literaturrecherche durchgeführt, um alle relevanten Quellen zum Thema identifizieren. Dieser Einstieg ermöglichte es dem Forscherteam, durch objektiviertes Fachwissen vorurteilsfrei an das Setting und das Team heranzutreten.Das Ergebnis der ersten Phase waren vier Interventionsfelder, für die in der zweiten Projektphase konkrete Interventionen entwickelt worden sind: (1) Team, (2) Konzept, (3) Struktur und (4) Milieu. Die Probleme und Verbesserungsvorschläge aus der Praxis wurden mit den Erkenntnissen und Empfehlungen aus der Fachliteratur in der Projektlenkungsgruppe diskutiert, sowie auf ihre Relevanz und Realisierbarkeit hin geprüft. In der dritten Phase wurde zunächst eine berufsgruppenübergreifende Qualifizierungsmaßnahme für alle Beschäftigten der „BKP“ durchgeführt. Dadurch sollten ein weitestgehend homogenes Wissens- und Fertigkeitsniveau erreicht werden. Aktuelles Fachwissen zum Störungsbild und zum Leben und Alltag mit „Schizophrenie mit Minussymptomatik“ wurde durch pädagogisch erfahrene Psychiatrie-Erfahrene aus dem Expert-Inhouse-Programm sowie durch externe Referentinnen und Referenten vermittelt.

Die Bildungsmaßnahme umfasste sechs Tage und erfolgte nach der Methode des Edutainment (Reinhardt, 2005:69). Edutainment bezeichnet unterhaltsame und praxisnahe Lehr- und Lernmethoden, die sowohl eine spezifische Grundhaltung, Fachwissen, sowie praktische Fertigkeiten zu entwickeln ermöglichen.

Die Seminare folgten immer demselben Muster: Zur Einführung wurde ein Zahlen Daten Fakten-Spiel eingesetzt. Dieses ermöglichte verdichtete Informationen praxisnah zu vermitteln und die Lernenden zur aktiven Auseinandersetzung mit dem Thema zu motivieren. Im Anschluss daran folgten praktische Übungen oder Erfahrungsberichte Betroffener, die ihre Erfahrungswelt erlebbar machen und zum Perspektivwechsel anregen sollten. Letztendlich wurden (pflege-)relevante Symptome und Interventionen anhand von realen Fallbeispielen vorgestellt, sowie deren Dokumentation praktisch eingeübt.

Um den Theorie-Praxis-Transfer von im Rahmen der Qualifizierungsmaßnahme erworbenen Kompetenzen in die Praxis zu ermöglichen erfolgte durch Mitarbeiter des wissenschaftlichen Teams eine kollegiale Begleitung im Stationsalltag (=Shadowing). Die kollegiale Begleitung ermöglichte den Beschäftigten situationsspezifisch Fragen zu stellen und in Zusammenarbeit mit dem wissenschaftlichen Team alternative Handlungsstrategien zu diskutieren.

Parallel zur Schulung und kollegialen Begleitung wurde die Station enstprechend der therapeutischen Zielsetzung umgestaltet. Durch die bisherige Raumnutzung konnte das angestrebte Ziel häufiger Alltagskontakte mit den Patienten nicht wie gewünscht erreicht werden. Sie haben sich oft dem therapeutischen Kontakt durch Rückzug in den Raucherraum erfolgreich entzogen.

Milieugestaltung und -nutzung für und mit Menschen mit Schizophrenie

Therapeutisches Milieu bedeutet, persönlichkeitsimmanente Merkmale, Störungsbilder und Ressourcen von Patienten, Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene sowie schädliche und förderliche Umgebungsfaktoren usw. in die Wahrnehmung und Handlung des multiprofessionellen Behandlungsteams zu integrieren.

Jedes therapeutische Milieu hat eine Kernaufgabe zu erfüllen: die Symptome einer Krankheit oder Störung zu minimieren, sowie die Ressourcen und die Teilhabe der Patienten bestmöglich zu fördern (Linden 2010:15). Es hebt die Trennung von Therapie und Pflege auf, indem diese nicht mehr separiert und an unterschiedlichen Orten stattfinden, sondern im Stationsalltag gemeinsam sicher gelebt werden (Flosdorf 1988, S.105ff). Alltägliche Situationen und Handlungen werden so zu Lernfeldern, ohne dadurch verfremdet zu werden, da „jede Tätigkeit zur Entwicklung, Anregung, Entfaltung, Förderung und

Der Freizeitbereich ist jetzt zentraler Treffpunkt.

Heilung beitragen kann“ (ebd.).
Im Maßregelvollzug erfolgt die Behandlung unter gesicherten Bedingungen als Aushandlungsprozess zwischen den Mitarbeitenden und den strafrechtlich untergebrachten Personen. Vertrauensbildende und motivationsfördernde Maßnahmen bestimmen neben Sicherungsaufgaben die Tätigkeit des Behandlungsteams.

Grundlegend dafür ist ein ressourcen- und störungsspezifisches milieutherapeutisches Konzept, das neben der Gestaltung und Nutzung räumlichen Milieus auch zahlreiche soziale Lernfelder zwischen den Patienten und dem Behandlungsteam, sowie den Patienten untereinander beinhaltet (vgl. Gale, Realpe, Pedriali 2008). In gemeinschaftlich vollzogenen Alltagshandlungen zeigen sich positive wie negative Behandlungsverläufe am Besten (ebd.). Durch die Begleitung und Unterstützung von Alltagshandlungen erhält das multiprofessionelle Behandlungsteam zeitnah und anhand von praktischen Beispielen Einblicke in den Therapieerfolg und kann so situationsspezifisch Rückschlüsse auf den Grad der Zielerreichung von Krankheitsbewältigung und Deliktbearbeitung ziehen. Darüber hinaus kann es potenzielle Gefahrenquellen frühzeitig erkennen und notwendige Interventionen einleiten (Kolbe 2013:109; Haynert 2012:5).

Der neue schlauchförmige Raucherraum mit Stehtischen.

Die Station ist ein wichtiges therapeutisches Handlungsfeld (Reiser 1994:94). In Einzel- und Gruppenaktivitäten, in denen therapeutische Angebote als Übungsfeld für das Erlernen neuer Verhaltensweisen und der Verinnerlichung von Handlungsalternativen dienen, können Konfliktlösungsstrategien entwickelt, die Kritikfähigkeit verbessert und die Introspektionsfähigkeit intensiviert werden. Durch die Verbalisierung inneren Erlebens und die Auseinandersetzung mit vorgegebenen Strukturen und Regeln, können ursächliche Zusammenhänge zwischen Erkrankung und delinquentem Verhalten durch den Patienten erkannt werden, was in der Folge zur Rezidivprophylaxe beitragen kann. Darüber hinaus können auch lebenspraktische Fertigkeiten trainiert werden, die zum Beispiel die persönliche Hygiene, Ordnung des Umfeldes, Selbstversorgung etc. umfassen und die Selbstpflegekompetenz stärken helfen.

Nachfolgend wird auszugsweise das neue soziomilieutherapeutische Konzept der „BKP“ für Menschen mit Schizophrenie vorgestellt. Das Konzept umfasst sowohl die räumliche Milieugestaltung, als auch darauf aufbauende Nutzungskonzepte.

Gemeinsam sicher Alltag leben und sich erproben

Alle Räumlichkeiten wurden im Sinne der 3-Orte-Regelung, der milieutherapeutischen Unterscheidung zwischen Privat-, Arbeits-/Therapie- und Freizeitbereich, neu geordnet. Dadurch wurden einzelnen Räumen klare Funktionen zugewiesen, z.B. Gemeinschaftsraum = Austausch miteinander, Ruheraum = Rückzug und Ruhe usw.

Der neu gestaltete Freizeitbereich vor dem Dienstzimmer wurde zum zentralen Treffpunkt umgestaltet, wo sich die Patienten nun aufhalten und mit dem Personal austauschen. Hochwertig anmutende Möbel und ein Flachbildfernseher in zentraler Position zwischen zwei farbigen Kontrastflächen angebracht, so dass er gut erkannt werden kann, fördern das Interesse der Patienten, diesen Bereich zu nutzen.

Der Kontrastanstrich in bordeaux-violett soll zum einen Ordnung und Wiederholung symbolisieren, zum anderen eine wohnliche Atmosphäre schaffen. Durch die Farbwahl und den Kontrastanstrich können zudem Blickfeldstörungen minimiert (Haynert 2012) und auf daraus resultierende Probleme bei einzelnen Patienten eingegangen werden, indem diese nun einen vergrößerten Aktionsradius haben. Unterstützt werden soll diese Wirkung durch die Neuanordnung der Möbel und Laufwege sowie die Regale, die Orientierung und Sicherheit in Form von Wiederholungsmustern bieten. Durch die Umgestaltung konnte eine längere Verweildauer der Patienten im Freizeitbereich (Bild links oben) erreicht werden. Die Kontakthäufigkeit und –dauer zwischen den Patienten untereinander, sowie zum Team konnte deutlich gesteigert werden.

Die Wände in den Fluren erhielten farbige Kontrastfelder.

Vor der milieutherapeutischen Umgestaltung haben die Patienten den Großteil ihrer therapiefreien Zeit im Raucherraum verbracht. Dieser war dauerhaft überfüllt, durch den hohen Zigarettenkonsum war eine dauerhafte Qualmwolke im Raum, verbunden mit einem unangenehmen Geruch. Fernseher, Radio und Gespräche führten zu einem hohen Geräuschpegel. Durch den lang andauernden Aufenthalt der Patienten im Raucherraum waren diese mit den Beschäftigten nur selten im Kontakt.

Der große, alte Raucherraum wurde gegen einen neuen, kleinen und schlauchförmigen getauscht. Längs der Eingangstür wurden die Wände zweifarbig gestrichen, zwei Drittel der Höhe in einem kalten Anthrazitton, das darüber liegende Drittel wurde in einem kaltweiß gestrichen. Dieser „Fluchtenanstrich“ genannte Anstrich soll das gefühl eines Tunnels auslösen, den man gerne schnell durchqueren möchte (Kamm 2004:6). Ergänzend dazu wurde das Mobiliar gezielt so ausgewählt, dass es nicht mehr zum Verweilen einlädt. Bequeme Sitzmöbel wurden komplett entfernt und durch Stehtische ersetzt. Fernseher und Radio wurden ebenfalls aus dem Raucherraum (Bild links unten) entfernt. Im Vergleich zu früher gibt es nun deutlich mehr Zeitintervalle, wo sich die Patienten nicht im Raucherraum, sondern im Gemeinschaftsbereich aufhalten.

Die Flure (Bild oben) waren vor der Umgestaltung rein weiß und boten nur wenige Orientierungshilfen. Zur räumlichen Orientierung wurden deshalb farbige Kontrastfelder auf die Wände aufgetragen, in einem zum Ausgang hin an Intensität abnehmenden Farbton. Sie dienen den Patienten als Orientierungshilfe beim Betreten bzw. beim Verlassen der Wohnbereiche und werden intensiv zur Richtungsbestimmung genutzt.

Ausblick

Das hier vorgestellte Milieukonzept ist nur von begrenzter Generalisierbarkeit. Es wurde Zeit, Setting und Population spezifisch auf Grundlage bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse für die LWL-Klinik für Forensische Psychiatrie Dortmund, Wilfried-Rasch-Klinik, entwickelt.

Literatur

Bowring-Lossock P (2006): The forensic mental health nurse – a literature review. Journal of Psychiatric and Mental health Nursing, 13:780-785

Hart E; Bond M (1996): Making Sense of Action through the use of a typology. Journal of Advanced Nursing, 23: 152-159

Whyte W. F.; Greenwood D. F. & Lazes P. (1991): Participatory action research: Through practice to science in social research. In Whyte W. F. (Ed.), Participatory action research, pp. 19-55. Newbury Park

Rask M, Brunt D (2007): Verbal and social interactions in the nurse-patient relationship in forensic psychiatric nursing care: A model and its philosophical and theoretical foundation. Nursing Inquiry, 14(2): 169-176

Reinhardt U (2005): Edutainment – Bildung macht Spaß. Lit Verlag, Münster

Kolbe, H (2013): Forensisch-psychiatrische Pflege im Maßregelvollzug. Motor für gesellschaftliche Innovation. In: Kolbe H, Bartholomeyczik S (Hg.): Pflege und Gesellschaft, Schwerpunkt: Forensisch-psychiatrische Pflege im Maßregelvollzug. 18(2): 101-116. Weinheim

Haynert H (2012): Forensische Pflege schafft Sicherheit. In: Die Schwester/ Der Pfleger, 4(12):2-7. Melsungen

Reiser, SJ (1994): Integrity in Health Care Institutions: Humane Environments for Teaching, Inquiry and Healing. xy

Linden, M (Hg.) (2010): Therapeutisches Milieu: Healing Environment in medizinischer Rehabilitation und stationärer Behandlung. Berlin

Andreasen NC et al. (1995): Positive and negative Symptoms. In: Hirsch, S.R. et al. (eds.): Schizophrenie, pp 28–45. Blackwell Science, Oxford 1995

Haynert H (2012): Wahrnehmungsstörungen. In: Nydahl P & Bartoszek G (Hg.): Basale Stimulation. Wege in der Pflege Schwerstkranker. 6. Auflage, S. 15-29. München

Weitere Literatur finden auf der Homepage www.kerbe.info/aktuelle Ausgabe.

Fotos: Harald Kolbe

Wie kommen forensisch-psychiatrische Patienten in die Gemeindepsychiatrie?

Von Jürgen Baur und Karl-Heinz Menzler-Fröhlich

Die Wiedereingliederung von Menschen aus dem forensischen Maßregelvollzug in die Gemeinde ist wichtig und schwierig! Wichtig, weil die Zahl der Aufnahmen in die Forensik eine steigende Tendenz zeigt. Schwierig, weil bei der nachsorgenden Unterstützung dieses Personenkreises das doppelte Mandat der Sozialpsychiatrie aus Hilfe und Kontrolle in besonderer Weise Bedeutung erhält. Welche Akteure sind beteiligt, welche Faktoren spielen hier eine Rolle, wie klappt das Zusammenspiel? Erfahrungen aus 10 Jahren mit 50 Aufnahmen im Rahmen des ambulant betreuten Wohnens der Evangelischen Gesellschaft in Stuttgart.

Jürgen Baur
Arbeitserzieher, stv. Bereichsleiter des Sozialpsychiatrischen Wohnverbunds der EVA Stuttgart, Leiter des (geschlossenen) Wohnheims Maybachstraße des Rudolf-Sophien-Stifts.

Karl-Heinz Menzler-Fröhlich
Dipl. Soz.päd., Bereichsleiter des Sozialpsychiatrischen Wohnverbunds der Evangelischen Gesellschaft Stuttgart.

Die Aufnahme von Menschen aus der Forensik, von chronisch psychisch kranken Menschen mit strafrechtlicher Vorgeschichte, ist immer wieder ein Thema in der Sozialpsychiatrie. Sollen wir sagen: leider?, weil es trotz des strukturellen Rahmens der mit der Versorgungsverpflichtung in vielen GPV- Vereinbarungen festgelegt ist, anscheinend immer noch diffuse und grundsätzliche Vorbehalte gegen die Aufnahme von Menschen aus der Forensik gibt, oder: Gottseidank?, weil es ein Zeichen dafür ist, dass sich Berührungsängste reduzieren und eine schwierige Arbeit zunehmend Akzeptanz erfährt. Letzteres zeigen die Aufnahmen in die gemeindenahen, sozialpsychiatrischen Versorgungsstrukturen wie sie in unserem Regionalteam Stuttgart-Bad Cannstatt im Rahmen von regulären Eingliederungsmaßnahmen des ambulant betreuten Wohnens seit ca. 10 Jahren erfolgen. Änderungen der Rahmenbedingungen und die Vielfalt der Problematiken dieser mehrfach belasteten Klientel machen es erforderlich, dass die Regeln der Alltagspraxis immer wieder neu diskutiert und angepasst werden müssen.

Der Kostenträger

Ohne Fallmanagement und Hilfeplankonferenz geht wenig

In Baden-Württemberg sind die Stadt- und Landkreise zuständig für die Eingliederungshilfe, sowohl für den ambulanten als auch den stationären Bereich. In anderen Bundesländern sind überörtliche Sozialhilfeträger für die Gewährung der Eingliederungshilfe zuständig. Nach unserer Erfahrung ist es ganz maßgeblich, mit welcher Haltung der jeweilige Kostenträger zu seiner Verantwortung für die Versorgung dieses Personenkreises steht. Ohne einen Kostenträger mit der festen Überzeugung, die Menschen aus der Forensik in seinem Zuständigkeitsbereich zu versorgen, können Entlassungen aus der Forensik nicht funktionieren. Dass Nachbetreuung und Reintegration von entlassfähigen Stuttgarter Bürgern aus dem Maßregelvollzug in vielen Fällen gelingt, liegt mit daran, dass das Fallmanagement des Kostenträgers mit Selbstverständlichkeit zu dieser Aufgabe auch im Rahmen der seit 2004 monatlich stattfindenden Hilfeplankonferenz steht.

Die forensischen Kliniken

Wiedereingliederung als Grundaufgabe des psychiatrischen Maßregelvollzuges

Besserung, Sicherung und Nachsorge/Wiedereingliederung sind die Hauptaufgaben der forensischen Psychiatrie. Sie leisten die Therapie psychisch kranker Rechtsbrecher, schätzen aktuelle und künftige Gefährlichkeit ein und vor allem sollen sie auf ein straffreies zukünftiges Leben vorbereiten, nachsorgend unterstützen und so ihre Grundaufgabe der Wiedereingliederung umsetzen. Nach unserer Erfahrung werden Entlassungen dementsprechend sehr sorgfältig vorbereitet und in der Folge können wir uns als aufnehmende Einrichtung darauf verlassen, dass die „Forensik“ uns mit ihrem Wissen und ihrer Erfahrung zur Seite zu steht. (z. B. mit unbürokratischer „Rücknahme“ von Patienten in Krisen während der Erprobung). Unsere Erwartungen, dass uns gegenüber als aufnehmende Einrichtung von Anfang an „mit offenen Karten“ gespielt wird, werden erfüllt. Es besteht Offenheit im Hinblick auf die „Merkmale“ des zu entlassenden Patienten und wir erhalten Information über die Straftat, über besondere Vorkommnisse während der Unterbringungszeit und natürlich über die diagnostisch festgestellte psychiatrische Grunderkrankung.

Diese Unterstützung wird ebenfalls getragen von der Forensisch-psychiatrischen Ambulanz (FPA), deren Aufgabe es ist, in der Zeit der Führungsaufsicht

die Weiterbehandlung sicherzustellen und mit uns als Einrichtung vor Ort zu kooperieren und uns zu unterstützen. Zuständige Forensik für Stuttgart ist die Forensische Psychiatrie Weissenau in Ravensburg. Dort ist auch die Forensisch-psychiatrische Ambulanz angesiedelt. Trotz der großen Entfernung (200 km) gibt es eine über die Jahre gewachsene Kooperation, eine Präsenz und regelmäßige Teilnahme an der Hilfeplankonferenz in Stuttgart.

Die behandelnden Psychiater und die psychiatrischen Versorgungskliniken

Unverzichtbare Akteure vor Ort

Die Forensisch-psychiatrischen Ambulanzen sind nicht selten weit weg von den entlassenen Patientinnen und Patienten, da das Einzugsgebiet (zuständige Gerichtsbezirke der einzelnen Forensischen Kliniken) sehr groß ist. Deshalb sind oft die psychiatrischen Institutsambulanzen und niedergelassenen Nervenärztinnen und -ärzte die direkten Behandler. Ein enger Austausch zwischen Einrichtung, FPA und diesen Behandlern ist unbedingt notwendig.

In Stuttgart gab es schon immer eine enge Kooperation zwischen dem betreuten Wohnen und der Psychiatrischen Institutsambulanz des Klinikums. Klare Absprachen, enger Austausch und gegenseitige Information haben einen maßgeblichen Einfluss auf das Gelingen der Nachsorge. Dazu gehören auch Medikamentenspiegel und Drogenscreenings.

Die FPA mit Sitz in Ravensburg sind nicht direkte Behandler, aber eng einbezogen in die Absprachen und den regelmäßigen Informationsaustausch. Mitarbeiter der FPA sind regelmäßig hier vor Ort in Stuttgart. Die beteiligten Akteure PIA – FPA – Betreutes Wohnen haben gemeinsame Absprachen und verbindliche Verantwortlichkeiten getroffen.

Bei auftretenden Krisen, die nicht ambulant aufgefangen werden können, ist die psychiatrische Klinik vor Ort die erste Wahl bei der stationären Behandlung – ebenso wie bei allen anderen psychisch kranken Menschen. Eine Krisenbehandlung in der Forensik ist ebenfalls möglich, allerdings nur unter den gesetzlichen Regelungen (befristete Wiederinvollzugsetzung, Krisenintervention nach §67h Strafgesetzbuch) und muss gerichtlich angeordnet werden. Diese Form der Krisenbehandlung ist insbesondere dann notwendig, wenn weitere Straftaten zu erwarten sind.

Die Einrichtungen

Normal oder spezial

Davon ausgehend, dass sich Einrichtungen dazu entschlossen haben, Menschen aus der Forensik aufzunehmen, müssen dort die entsprechenden Rahmenbedingungen geschaffen werden. Dies kann durch die Integration in die bestehenden Strukturen oder durch spezielle Nachsorgeeinrichtungen für Menschen aus der Forensik geschehen. In Stuttgart haben wir uns dafür entschieden, Menschen aus der Forensik in unseren Regelangeboten aufzunehmen. Ausschlaggebend dafür waren:

- Es handelt sich um den Personenkreis von psychisch kranken Menschen, die zum Personenkreis der Eingliederungshilfe gehören.
- Das Ziel der Eingliederung hat gerade bei diesem Personenkreis eine doppelte Bedeutung sowohl hinsichtlich der Erkrankung als auch im Hinblick auf die Integration nach dem Maßregelvollzug, dafür sind Institutionen der Sozialpsychiatrie prädestiniert.
- Auch Menschen aus der Forensik haben einen Anspruch auf eine wohnortnahe Versorgung.

In der konkreten Umsetzung müssen sich die Einrichtungen allerdings ihre entsprechenden Rahmenbedingungen schaffen. Für uns gehören dazu:

- Ein grundsätzliches Wissen der Mitarbeiter über Forensik, insbesondere über die rechtlichen Grundlagen, das Setting und die Abläufe der dortigen Behandlung.
- Klare Regeln im Umgang und in der Betreuung dieses Personenkreises (z.B. ständige Risikobewertung, Einhaltung der Auflagen).
- Personal, das sich mit dieser Aufgabe identifizieren kann und Kontrolle als hilfreiches Instrument im Rahmen des Hilfeprozesses verstehen kann.
- Hohe Verbindlichkeit und Zuverlässigkeit der Mitarbeiter: Pünktlichkeit, Einhaltung im Team getroffener Absprachen, keine Alleingänge, gute Selbstwahrnehmung, Verpflichtung zur kontinuierlichen Fallreflexion
- Leitung übernimmt hier besondere Verantwortung auch in Bezug auf die Fürsorge für ihr Personal. Krisen, Grenzverletzungen, Bedrohungssituationen sind immer auch „Chef/insache“
- Schaffung von geeigneten Plätzen (z.B. alkohol- und drogenfreie Wohngemeinschaften).
- Vielfältige Kooperationsabsprachen (Arzt/PIA – Forensik/FPA – Bewährungshilfe – Beschäftigungsstelle).

Wie kann es nun gelingen, dass die beteiligten Akteure mit all ihren unterschiedlichen Aufträgen, Rollen und Haltungen eine gemeinsame Basis für die Versorgung der Menschen aus der Forensik finden?

Erste Voraussetzung: Vertrauen

Es entsteht, wenn wir gegenseitig voneinander wissen: Wie sieht die Arbeit in der Forensik aus, wie werden Entlassungen vorbereitet, unter welchen Gesichtspunkten werden die Einrichtungen ausgewählt, die angefragt werden, welche Erwartungen (behandelt „unsere“ Patienten wie alle anderen, aber kontrolliert gleichzeitig die bestehenden Auflagen eng, seid wachsam) bestehen an die Einrichtungen? Die Forensik wiederum muss die Möglichkeiten und Grenzen der Einrichtungen kennen, muss sich einen Eindruck von der Arbeit vor Ort verschafft haben, das Umfeld mit seinen Ressourcen der psychiatrischen Versorgung, Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten kennen. So sind sehr viele Strukturen und Absprachen, genau beschriebene Prozesse und im Alltag eingespielte Abläufe im Rahmen der Zusammenarbeit der jeweiligen Forensischen Abteilungen und uns als Einrichtung entstanden. Dieser Prozess des sich gegenseitigen Kennenlernens hat über die Jahre die nötige Vertrauensbasis geschaffen, die die Grundlage bildet für die richtige Platzierung sowie die weiteren flankierenden und komplementären Maßnahmen, die eine erfolgreiche Arbeit sicherstellen.

Der richtige Platz

In der Forensik durchlaufen die Patientinnen und Patienten ein straffes Programm mit unterschiedlichen Stufen, wobei es auch dabei zu Rückstufungen kommen kann. Der Verlauf sowie weitere Faktoren bestimmen die Einschätzung der Forensik, welche wei-

terführende Einrichtung und Hilfeform geeignet erscheint. Die Forensik trägt bei dieser Auswahl und Entscheidung eine erhebliche Verantwortung. Dabei spielen die bereits angeführte Kenntnis über die Einrichtungen, ihre Arbeitsweise und Möglichkeiten eine wichtige Rolle. Alle Beteiligten müssen sich aber auch darüber im Klaren bleiben, dass immer eine gewisse Unsicherheit besteht, dass es nicht vorhersehbar ist, wie sich ein Mensch in einem völlig anderen, offeneren Rahmen verhält. Das gilt es auszuhalten und ist ja auch aus anderen Wechseln der Hilfeformen, z.B. dem Wechsel von einem geschlossenen Wohnheim in ein offenes, oder dem Wechsel aus einem Wohnheim ins ambulant betreute Wohnen bekannt. Jede aufnehmende Einrichtung versucht, sich sicher auf die Einschätzung der Forensik verlassen zu können, es entbindet sie aber nicht von der Verantwortung, ebenfalls eine Einschätzung vorzunehmen und zu fragen, ob ein wirklich geeigneter Platz angeboten werden kann, ob die Rahmenbedingungen wie z.B. die Zusammensetzung der Bewohner passt. Es geht um die Frage, ob wir diesem Menschen wirklich eine Möglichkeit/Chance bieten können, die Beurlaubungsphase und die anschließende Zeit der Führungsaufsicht erfolgreich hinter sich zu bringen.

Nach der Aufnahme

Die Zeit nach der Aufnahme aus der Forensik kann in 3 Phasen unterteilt werden.

- Beurlaubungsphase

In dieser Zeit lebt der Mensch in der Einrichtung, ist aber lediglich beurlaubt. Die Forensik ist Kostenträger und macht auch Vorgaben. Sie ist weiterhin im engen Kontakt mit ihrer Patientin bzw. Patienten, der Einrichtung und den weiteren Akteuren, z.B. Werkstatt. Die Beurlaubungsphase dauert zwischen 3 und 6 Monaten (in Baden-Württemberg), bei gutem Verlauf entscheidet das Gericht in der Regel über eine Aussetzung der Unterbringung unter Auflagen und Führungsaufsicht.

- Zeit der Führungsaufsicht

In dieser langen Phase (in der Regel zwischen 2 und 5 Jahren) handelt es sich um eine Maßnahme der Eingliederungshilfe, Kostenträger ist der Sozialhilfeträger. Neben der betreuenden Institution spielen die Bewährungshilfe und die Forensisch-Psychiatrischen Ambulanzen noch eine wichtige Rolle. Bei gutem Verlauf endet die Führungsaufsicht und die Unterbringung wird erneut durch einen richterlichen Beschluss für beendet erklärt.

- Zeit nach der Führungsaufsicht.

Bewährungshilfe und Forensische Ambulanz spielen keine Rolle mehr. Soweit die Menschen es wünschen und ein weiterer Hilfebedarf besteht, handelt es um eine klassische Form der Eingliederungshilfe. Viele Betreuungen enden hier, weil sich die Menschen auf keine weitere Betreuung mehr einlassen wollen.

Die Zeit nach der Aufnahme in die Gemeindepsychiatrie spielt eine zentrale Rolle.

Möglicherweise werden Sie sich fragen, was die Beschreibung dieser Phasen mit dem Titel „Wie kommen forensisch-psychiatrische Patienten in die Gemeindepsychiatrie?“ zu tun hat. Neben den genannten Rahmenbedingungen, dem Vertrauen zwischen Einrichtungen und der Forensik, einer verlässlichen Kooperation und der richtigen Platzierung spielt eben genau die Zeit nach der Aufnahme eine zentrale Rolle.

Tragen die Kooperationsvereinbarungen, hält das Vertrauen auch bei Schwierigkeiten, Auseinandersetzungen, Verstößen gegen die Auflagen der Führungsaufsicht? Funktioniert das Zusammenspiel zwischen Forensik, Bewährungshilfe und den Einrichtungsleitungen so, dass sich Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Konfliktfall nicht im Stich gelassen fühlen?

Dies ist besonders bedeutsam, weil die Arbeit mit Menschen aus der Forensik geprägt davon ist, dass sie in aller Regel keine bessere Vergütung bedeutet, kaum zusätzliche Anerkennung mit sich bringt und sich auch kaum dazu eignet diese Arbeit besonders in die Öffentlichkeit zu tragen. Die Bezugsbetreuerinnen und Bezugsbetreuer sind diejenigen, die -nicht selten allein vor Ort- Konflikte austragen müssen, Auflagen einfordern müssen, eben diese Betreuungsarbeit machen müssen.

Das bekannte Phänomen, dass diese Arbeit nur dann in der Öffentlichkeit wahrgenommen wird, wenn etwas Unerfreuliches oder gar Schlimmes passiert, kennen alle, die in diesem Bereich arbeiten.

Alle beteiligten Stellen (Einrichtungsleitung, Forensisch-Psychiatrische Ambulanzen, Bewährungshilfe, psychiatrische Praxen und Kliniken) müssen sich hier ihrer Verantwortung bewusst sein und im Rahmen ihrer Möglichkeiten dafür Sorge tragen, dass auf der einen Seite die Menschen aus der Forensik eine echte Chance haben und auf der anderen Seite aber das Risiko für weitere Taten so gering wie möglich gehalten werden kann (was meist auch durchaus im Interesse der Menschen aus der Forensik liegt). Gerade in Krisen und schwierigen Situationen beweist sich gute Zusammenarbeit und Kooperation, tragen Absprachen und gemeinsame Verantwortung.

Fazit

Wenn es uns weiterhin gelingt (weiterhin daran gearbeitet wird) vor Ort ein Verfahren und ein System von Regelungen, Kooperationen und gegenseitigem Vertrauen zu erhalten und aufzubauen, wird es Einrichtungen geben, die Menschen aus der Forensik aufnehmen. Es wird nicht immer gelingen, dass Menschen insbesondere im ersten Anlauf alle Phasen durchlaufen können. Die vergangenen Jahre haben aber eben auch gezeigt, dass das System der Eingliederungshilfe sehr erfolgreich in der „Wiedereingliederung“ ist. Die Bereitschaft der beteiligten Institutionen sich mit dem Prozess der Weiterentwicklung und Koordination der Hilfen auseinanderzusetzen, ist deutlich spürbar und es gibt keinen Zweifel, dass die Arbeit auch weiterhin fortgesetzt werden kann.

Aus unserer Sicht gibt es keine Alternativen zum Regelversorgungssystem der Eingliederungshilfe für diesen Personenkreis, nur die Umsetzung wird sich wie alle Bereiche der Sozialpsychiatrie ständig anpassen und verändern müssen.

Vom Umgang mit einem Schicksal

Aus dem Erleben von Forensik-Angehörigen

Von Gerwald Meesmann

Es gibt drei Phasen des Erlebens von Angehörigen psychisch Erkrankter allgemein. Angehörige sind von der psychischen Erkrankung eines Familienmitglieds immer mitbetroffen. Sie erleben die Krankheit in drei Phasen – vom sich Anbahnen bis zum Schock der Diagnose (1); das Begreifen, die Einsicht, dass es sich um eine Krankheit handelt (2); die Bewältigung, das Lernen, wie man mit der Krankheit und dem Kranken umgeht (3).

Der dreizehnjährige Sohn

Der dreizehnjährige Sohn beginnt „aus dem Ruder zu laufen“, macht den Eltern zunehmend Schwierigkeiten, bekommt Probleme in der Schule. Zu diesem „pubertären“ Verhalten kommen Sonderheiten hinzu: Unruhe, Schlaflosigkeit, Verfolgungs- und Vergiftungsängste. Schließlich die Diagnose des Hausarztes: Psychose und Einweisung in die Psychiatrie.

Schock, Begreifen, Bewältigen: so erleben Angehörige die psychische Erkrankung ihres Familienmitglieds.

1. Die Prodromalphase, vom Auftreten erster (in der Regel als solche nicht erkannter) Symptome bis zur Diagnose der Krankheit, setzt „schleichend“ ein. Wer noch nichts mit Psychiatrie zu tun hatte, hat weder Gespür noch Verständnis für die Anzeichen der Krankheit – und diese oft langwierige und leidvolle Phase kann der Familie, dem sozialen Umfeld nicht erspart werden – alle Aufklärungs- und Früherkennungsprogramme verfehlen weitgehend ihr Ziel, weil das Interesse und die Sensibilität für die Krankheit fehlen, solange man nicht selbst oder im persönlichen Umfeld von ihr (mit) betroffen ist.

2. Erst die unmittelbare Konfrontation mit der Krankheit in der Familie ändert das, erst jetzt interessieren wir uns ernsthaft dafür, was Psychiatrie und psychische Krankheiten bedeuten. Damit beginnt die Phase des Begreifens, oft auch erst der Einsicht, dass es eine Krankheit, kein bloßes Fehlverhalten ist. Was heißt Psychose? Woher kommt sie, ist sie vererblich? Was geschieht in der Klinik mit dem Patienten? Wie lang dauert die Behandlung bzw. Heilung? Ist es unsere Schuld? Was haben wir falsch gemacht? Mit diesen Fragen fühlen sich und sind Angehörige vielfach allein gelassen. Die Therapeuten kümmern sich um den Patienten, sehen die Angehörigen allenfalls als Hilfe bei der Anamnese, gehen nicht auf deren emotionale Situation, Informationsbedarf und Mitteilungsbedürfnis ein.

3. Erst wenn die Angehörigen diese zweite Phase überwinden, selbst Krankheitseinsicht und -verständnis entwickeln, kommt der weitere Lernschritt, wie man für sich selbst und mit dem Patienten die Krankheit bewältigen kann. Wie können wir die Behandlung unterstützen? Wie müssen wir mit dem Kranken umgehen? Wie sieht seine weitere Entwicklung aus (Schule, Ausbildung)? Was sagen wir Freunden und Verwandten? Und – was leider meist nicht oder zu spät beachtet wird – was muss ich für mich tun, um selbst psychisch und physisch fit zu bleiben?

Wie Angehörige mit diesen Fragen und den damit verbundenen Belastungen umgehen, hängt zunächst von ihnen selbst ab, ob sie sich aktiv um Information und Hilfe bemühen oder vom Schicksal bedrückt sich zurückziehen und allein damit fertig zu werden versuchen. In beiden Fällen droht Überforderung bis hin zu eigener physischer oder psychischer Erkrankung. Konsequenz: die Unterstützung der Angehörigen in den Phasen 2 (Begreifen) und 3 (Bewältigen) ist möglich und nötig – ein Gebot der Prävention bezogen sowohl auf ihre Gesundheit wie den Krankheitsverlauf beim Betroffenen (Rückfallvermeidung).

Gerwald Meesmann
Dr., Jurist und stellvertretender Vorsitzender im Landesverband Baden-Württemberg der Angehörigen psychisch Kranker e.V.

Was Angehörige von Forensik-Patienten zusätzlich belastet

Die meisten Angehörigen von Forensik-Patienten haben diese drei Phasen des Erlebens psychischer Erkrankung in der Familie mehr oder weniger hinter sich, wenn der psychisch Kranke straffällig wird (bis zu 80 % der Forensik-Patienten waren, viele schon mehrfach, vor der „Anlasstat“ in stationärer Behandlung!). Dennoch: sie erleben diese drei Phasen (Schock, Begreifen, Bewältigen) erneut, wenn auch mit anderen Fragestellungen.

Die psychisch kranke Tochter

Die psychisch kranke Tochter geht im Verfolgungswahn mit einer Schere auf die Mutter los und verletzt sie schwer; der betagte Vater und die Schwester rufen in ihrer Not die Polizei; es folgen vorläufige Einweisung in die Forensische Klinik, Einholung eines psychiatrischen Gutachtens im Rahmen des Strafverfahrens und schließlich die richterliche Einweisung in die Forensik (Maßregelvollzug). Darüber wird in der Lokalpresse ausführlich berichtet. Die Familie macht sich Vorwürfe, die Polizei gerufen zu haben, gibt sich die Schuld, dass die Tochter bzw. Schwester auf unbestimmte Zeit in der forensischen Psychiatrie untergebracht ist.

1. Zunächst der Schock, wenn der Kranke von der Polizei zuhause ab-

Initiative Forensik

In dieser Selbsthilfe-Initiative haben sich Angehörige von Forensik-Patienten zusammengetan, um ihre Erfahrungen an neu mit der Forensik konfrontierte Angehörige weiter zu geben und untereinander auszutauschen, das wechselseitige Verständnis zwischen den in der Forensik Tätigen und den Angehörigen zu fördern sowie für einen sachlicheren Umgang mit dem Thema „Maßregelvollzug" in der Gesellschaft einzutreten.

Seit Gründung der Initiative vor 2 Jahren entstanden bisher 5 Angehörigengruppen in Bayern, und 1 in BW; in Rheinland-Pfalz bestehen 2 Gruppen. Stützpunkte, d. h. lokale Ansprechpartner, gibt es in Regensburg, Straubing, Berlin und Neustadt/H.

Informationen: forensik-angeh@psychiatrie.de; bapk.de (Homepage des Bundesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker e.V., Schwerpunktthema „Angehörige von Forensik-Patienten"); Kontaktaufnahme auch über den jeweiligen Landesverband.

geholt wird, einer Straftat überführt und zunächst vorläufig, schließlich auf Dauer in die Forensik eingewiesen wird. In dieser ersten Phase steht die Familie völlig allein. Oft ungläubig, dass der Kranke eine Tat begangen haben soll, verunsichert ob und was sie unternehmen soll bzw. muss, wo sie Rat und Hilfe finden kann, weiß sie sich nicht zu helfen, zieht sich ganz von der Außenwelt zurück. Soweit der Fall z. B. durch Medienberichte bekannt wird, ziehen sich umgekehrt auch Freunde, Bekannte und Nachbarn zurück. Und die Familie bräuchte doch so sehr Hilfe.

Was können oder müssen wir rechtlich unternehmen? Wo gibt es einen forensik-erfahrenen Anwalt? Brauchen wir einen eigenen Gutachter? Was bedeutet die Einweisung in die Forensik (Dauer, Behandlung, Kontakte ...) ? Wie gehen wir mit der neuen Situation in Familie und sozialem Umfeld um? Wo finden wir Informationen und Hilfe?

2. Mit der gerichtlichen Einweisung in die forensische Klinik (Maßregelvollzug MRV) als Folge einer Tat, für die der Kranke wegen Schuldunfähigkeit nicht bestraft werden kann, beginnt die Phase, in der die Angehörigen zunächst die Tatsache der Unterbringung ihres Familienmitglieds akzeptieren und den Umgang mit den rechtlichen Rahmenbedingungen des MRV lernen müssen (Besuchsregelung, Hausordnung, ggfs. Durchsuchung). Zur hohen (realen) Mauer, hinter der in der Regel die Aufnahmestationen der Forensiken liegen, kommt auch eine emotionale Mauer, das Gefühl des Ausgeliefertseins und der Ohnmacht gegenüber der unbekannten und intransparenten Institution „Maßregelvollzug".

Was geschieht hinter der Mauer? Was darf ich beim Besuch mitbringen? Welche Behandlungsmaßnahmen finden statt? Wie sieht der Tagesablauf aus? Welche Beschränkungen sowohl des Patienten wie der Angehörigen müssen hingenommen werden? Von wem und anhand welcher Kriterien werden Lockerungen bewilligt oder zurückgenommen? Was sind therapeutische Maßnahmen, was Strafen bei Fehlverhalten?

3. Es ist ein fließender, oft sehr langer Übergang vom Begreifen zur Bewältigung der Gegebenheiten des Maßregelvollzugs, manchmal endet er nie! Denn zu wenig Information und Kontakt zu Therapeuten und damit mangelnde Transparenz erschweren das Verständnis vieler Vorschriften, Entscheidungen und Vorkommnisse „auf Station", z. B. Besuchsbeschränkungen, Rücknahme von Lockerungen oder alle (auch unbeteiligte) Patienten treffende Maßnahmen bei Entweichungen. Vorurteile, Misstrauen und Ängste der Angehörigen sind die Folge.

> Zur realen Mauer kommt eine emotionale Mauer, das Gefühl der Ohnmacht gegenüber der unbekannten und intransparenten Institution „Maßregelvollzug".

Konsequenz: Hilfe und Begleitung der Angehörigen durch die Klinik könnte das wechselseitige Verständnis fördern, Vorurteile und Misstrauen verhindern. In diesem Sinne engagiert sich die von Angehörigen gegründete „Initiative Forensik" (s. Kasten links oben).

Wie Angehörige die Forensik erleben und reagieren

Die Einweisung in die Forensik ändert nicht nur das Leben des Patienten, sondern auch das Familienleben grundlegend, und das umso stärker, je enger die Verbindung zum Betroffenen (emotional wie räumlich) bis dahin bestand. Was an täglichen Sorgen, Konflikten und Gefahren (viele „Anlasstaten" richten sich gegen Angehörige!) die Familie belastete, wird in die Forensik verlagert; doch die psychische Belastung in der Sorge um den aus dem täglichen Gesichtsfeld „Verschwundenen" besteht jetzt in der Sorge um das Ergehen, die Behandlung und die Perspektiven für den Patienten - und das ist umso belastender, je weniger die Angehörigen darüber erfahren und in die Behandlung einbezogen werden.

Die emotionale Belastung und Hilflosigkeit sind für die Familie, besonders in der Anfangsphase, erdrückend. Und Emotionen bestimmen weitgehend das Verhalten der Angehörigen in dieser Situation – das findet, obwohl doch nur zu verständlich, nicht immer das wünschenswerte, eigentlich doch zu erwartende „professionelle" Verständnis bei den Mitarbeitern der Klinik, kann aber auch bei denen, die sich um Verständnis bemühen, an Grenzen stoßen.

Typische Konfliktsituationen

Die Mutter hat das Bedürfnis, dem Therapeuten alles ihr wichtig Erscheinende aus dem Leben des Sohnes mitzuteilen – dieser hat dafür kein Ohr, „versteckt" sich hinter der Schweigepflicht; vor den Kopf gestoßen verzweifelt die Mutter und zweifelt am guten Willen des Therapeuten. Der besorgte Bruder telefoniert täglich mit dem Patienten, die Familie macht wöchentliche Besuche; dabei erzählt der Patient von verbalen und tätlichen Übergriffen des Personals; der Bruder, der hierüber mit Verantwortlichen sprechen, möchte, bekommt nur nach wiederholtem Drängen und dann nichtssagende Auskünfte; über die sichtbaren Nebenwirkungen besorgte Angehörige drängen auf eine Änderung der Medikation, der Therapeut gibt zu erkennen, dass er dies als unerwünschte Einmischung sieht; Angehörige informieren sich über Medikamente und deren Nebenwirkungen im Internet

und verlangen, jegliche Medikation einzustellen – da sie den Patienten entsprechend beeinflussen, wird Kontaktsperre angeordnet.

Die aus solchen Situationen entstehenden, oft das Verhältnis zwischen Klinikmitarbeitern und Angehörigen dauerhaft prägenden Konflikte wären oft vermeidbar, wenn mehr miteinander gesprochen würde, sei es im Dialog, sei es im Trialog! Die Gefahr besteht, dass die – wechselseitigen – Erfahrungen der Anfangsphase das (Vertrauens- bzw. Misstrauens-) Verhältnis auf Dauer prägen: das Handeln der Klinik wird prinzipiell in Frage gestellt, der Angehörige wird nur als Störfaktor empfunden und abgestempelt. Das zu verhindern, muss Anliegen beider „Seiten" sein!

Eine schmerzliche Erfahrung für Angehörige ist es, wenn der Betroffene nach Jahren in der Forensik diese als sein Zuhause empfindet.

Im weiteren Verlauf des MRV entstehende Konfliktsituationen

Besuche bzw. jeglicher Kontakt wird aus therapeutischen Gründen untersagt; mitgebrachte Gegenstände (z.B. von der Mutter gebackener Kuchen, CD) werden nicht zugelassen; als Strafe empfundene Rücknahme von Vollzugslockerungen oder Isolierung; Gesprächswünsche der Angehörigen werden abgeblockt.

Die lange, zeitlich unbestimmte Dauer der Unterbringung bringt es mit sich, dass Therapeuten wie Pflegekräfte immer wieder wechseln. Das kann positive wie negative Wirkung haben und führt zur Erkenntnis, dass es hier, wie natürlich auch unter den Angehörigen, „solche und solche" gibt – eine Chance, festgefahrene Vorbehalte und Misstrauen zu überwinden. Das verlangt allerdings beiderseits Offenheit und Gesprächsbereitschaft.

Eine schmerzliche Erfahrung für Angehörige ist es, wenn der Betroffene nach Jahren in der Forensik diese als sein Zuhause empfindet. Umgekehrt gibt es die Angst von Angehörigen vor der Entlassung in der Sorge, die damit verbundenen Probleme nicht bewältigen zu können – oft waren ja die Taten, die in die Forensik geführt haben, gegen Familienmitglieder gerichtet. Und in ländlichen Bereichen oder Kleinstädten kann die Entlassung in die Heimatgemeinde auch zum Problem werden, für den Betroffenen und die Angehörigen.

Hier zeigt sich, wie wichtig es ist, die bestehenden Bindungen des Patienten zur Außenwelt, und die bestehen oft ausschließlich zu den Angehörigen, zu unterstützen. Die Angehörigen dürfen seitens der Klinik nicht erst in der Vorbereitung der Entlassung „entdeckt", sondern müssen von Anfang an ermutigt und informiert werden, damit sie die Bemühungen von Therapeuten wie Pflegekräften möglichst gut unterstützen können.

„Die Angehörigen sind von mir dort emotional und räumlich abzuholen, wo sie sind. Denn die Erwartung, dass sie sich von sich aus bewegen, berücksichtigt nicht das Ausmaß ihres Leidens. Unterstützende Angehörige sind entscheidend bei der Rehabilitation, schon damit für den Menschen drinnen < die Welt draußen > nicht ihre Eigenzeit im Dialog mit der eigenen Biografie verliert. Daher bin ich als forensisch Tätiger für das Leiden der Angehörigen genauso verantwortlich wie für das des Patienten."

Dörner, Irren ist menschlich (2004, S. 360 f)

Anmerkung

Der Verfasser ist sich bewusst, dass es viele Forensik-Patienten gibt, die keine Angehörigen mehr haben oder deren Angehörige sich nicht (mehr) um sie kümmern (zwischen 50 und 70%); das darf nicht dazu führen, Angehörigenarbeit in der Forensik damit abzutun, sie sei ohne Angehörige ja nicht möglich. Denn sich (noch) um den Patienten kümmernde Angehörige sind oft die einzige Verbindung zur Außenwelt, in die der Betroffene doch einmal zurückkehren, wieder eingegliedert werden soll!

Wieviel Pep hat PEPP?

Gesundheitsökonomische Auswirkungen pauschaler Entgeltsysteme für die stationäre psychiatrische Behandlung

Von Reinhold Kilian

Mit der Einführung des neuen Entgeltsystems für die psychiatrische und psychosomatische Krankenhausbehandlung (PEPP) wird unter anderem die Erwartung verbunden, dass die, durch dieses Vergütungssystem erzeugten, ökonomischen Anreize zu einer Verbesserung der Kosteneffektivität der stationären und damit der psychiatrischen und psychosomatischen Behandlung insgesamt führen.

In der öffentlichen Auseinandersetzung werden Fragen der Wirtschaftlichkeit von Gesundheitsleistungen häufig ausschließlich unter dem Aspekt der Kostenreduzierung diskutiert. Dabei bleibt die Tatsache unberücksichtigt, dass die Angemessenheit des Einsatzes von Ressourcen nur im Hinblick darauf beurteilt werden kann, welcher Nutzen sich aus diesem Ressourceneinsatz ergibt (Salize et al. 2010). Der Begriff der Effizienz bzw. der Wirtschaftlichkeit bezeichnet in seiner allgemeinen Form die Angemessenheit des Verhältnisses von Aufwand und Ertrag. Im Gesundheitswesen ergibt sich der Effizienzgrad aus dem Verhältnis der für eine Gesundheitsleistung aufgewendeten Ressourcen und dem Nutzen dieser Gesundheitsleistung. Eine Gesundheitsleistung die keinen Nutzen erbringt, ist in jedem Fall unwirtschaftlich, egal wir niedrig die Kosten für diese Leistung sind (Sturm 2004).

Ohne an dieser Stelle genauer auf die methodischen Details gesundheitsökonomischer Analysen Einzugehen soll von dem Hintergrund dieser allgemeinen Prinzipien der aktuelle Stand der Evidenz für die effizienzsteigernde Wirkung der Veränderung von Systemen zur Vergütung psychiatrischer Krankenhausbehandlungen berichtet werden.

Ausgangspunkt der Erwartung einer effizienzsteigernden Wirkung der Veränderung von Vergütungssystemen ist immer die Annahme, dass ein bestehendes Vergütungssystem Anreize für eine Vergeudung von Ressourcen bietet. So wird allgemein angenommen, dass das bisherige Vergütungssystem über tagesgleiche Pflegesätze Anreize dafür bietet, Patienten länger als notwendig oder im Hinblick auf das Behandlungsergebnis sinnvoll, stationär zu behandeln. Für die stationäre Behandlung somatischer Erkrankungen wurde auf der Basis dieser Hypothese das System der diagnosebasierten Fallpauschalen (DRG) eingeführt (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) 2013). Die simple Idee hinter der Einführung des DRG Systems besteht darin, dass eine Vergütung für den Behandlungsfall statt der Behandlungsdauer keine Anreize mehr für eine unnötige Verlängerung der stationären Behandlung bietet. Und wie erwartet zeigen die Daten zur somatischen Krankenhausbehandlung, dass mit der Einführung des DRG Systems die stationären Behandlungszeiten zurückgehen. Dies bedeutet jedoch nicht, dass die stationäre Behandlung somatischer Erkrankungen damit auch effizienter geworden ist.

Kein Anreiz mehr für eine unnötige Verlängerung der stationären Behandlung?

Um hierzu eine Aussage machen zu können müsste ermittelt werden, wie sich nach der Einführung des DRG Systems nicht nur die Kosten, sondern auch die Ergebnisse der stationären Behandlung somatischer Erkrankungen verändert haben. Hierzu liegen leider bis heute keine aussagekräftigen Daten vor (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) 2013; Reinhold et al. 2009). Untersucht wurden bisher lediglich Effekte auf die sogenannte „technische Effizienz“ (Herwartz et al. 2012), die sich lediglich auf die finanziellen Konsequenzen des DRG Systems für die Krankenhäuser bezieht. Die einschlägigen Ergebnisse hierzu deuten allerdings auch für diesen Teilaspekt der Effizienz keine positiven sondern eher negative Auswirkungen an (Herwartz et al. 2013; Vogl 2012).

Reinhold Kilian
Prof. Dr. rer. soc., Universität Ulm, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II, Bezirkskrankenhaus Günzburg, Ludwig-Heilmeyer-Str. 2, reinhold.kilian@bkh-guenzburg.de

Trotz einer möglichen Reduzierung der stationären Behandlungskosten könnte sich damit die Effizienz der Krankenhausbehandlung ebenfalls verschlechtert haben. Wegen der fehlenden Daten bewegen wir uns hier allerdings auf dem Feld der Spekulation. Es stellt sich allerdings die Frage, warum das Interesse an der Gewinnung aussagekräftiger Daten zu diesem Thema offensichtlich so gering ist, dass bis heute keine ernst zu nehmenden Versuche einer systematischen wissenschaftlichen Evaluation unternommen wurden (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) 2013; Reinhold et al. 2009).

Erfahrungen aus den USA

In den USA erfolgte die Umstellung der Vergütung von Krankenhausleistungen von Tagespflegesätzen zu diagnosebezogenen Fallpauschalen bereits 1983. Wie in Deutschland wurde die psychiatrische Krankenhausbehandlung zunächst von der Umstellung ausgenommen. Allerdings wurden die

potenziellen Auswirkungen einer Umstellung des Vergütungssystems für die psychiatrische Krankenhausbehandlung im Rahmen einer von der American Psychiatric Association (APA) durchgeführten Studie untersucht (English et al. 1986). Dazu wurde das DRG Vergütungssystem für einen Zeitraum von vier Jahren (1984-1988) probeweise in den psychiatrischen Krankenhäusern des Departments of Veterans Affairs (VA) eingeführt. Im Rahmen der APA Studie wurden die Veränderungen der psychiatrischen Aufnahmen, die Wiederaufnahmeraten innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung, die durchschnittlichen Liegezeiten, sowie die Behandlungskosten analysiert (Rosenheck et al. 1990; Rosenheck et al. 1991). Nicht untersucht wurden dagegen die Auswirkungen auf die Behandlungsergebnisse.

Tagespflegesatz-Vergütung oder Fallpauschalensystem?

Die Ergebnisse der APA Studie zeigten, dass während des Zeitraums der DRG basierten Vergütung die durchschnittlichen Liegezeiten von 56,7 Tagen auf 35,8 Tage (-9,2%) zurückgingen. Ebenso reduzierte sich die Zahl der Langzeitpatienten von 6.609 im Jahr 1984 auf 4.374 im Jahr 1988 (-8,5%). Gleichzeitig nahm allerdings die Zahl der Behandlungsepisoden von 192.874 auf 248.160 (7,2%) und die Wiederaufnahmerate innerhalb 14 Tagen nach Entlassung von 14,0% im Jahr 1984 auf 18,9% (Anstieg 8,7%) zu (Rosenheck et al. 1990; Rosenheck et al. 1991). Obwohl die Einführung des DRG Vergütungssystems auch mit einer Reduzierung der Behandlungskosten um ca. 21% (sic) verbunden war, wurde der Modellversuch 1988 abgebrochen und das Tagespflegesatzsystem auch in den VA Kliniken wieder eingeführt. Als wichtigster Grund für den Abbruch des Umstellungsversuchs war die Erkenntnis, dass die DRG basierten Pauschalvergütungen in keinem Zusammenhang mit dem tatsächlichen Behandlungsaufwand standen. Es wurde deshalb befürchtet, dass sich aus der Umstellung für die psychiatrischen Krankenhäuser unkalkulierbare ökonomische Risiken ergäben und dass die Krankenhäuser versuchen würden diese Risiken durch eine entsprechende Selektion von leichter erkrankten Patienten zu minimieren (Goldberg et al. 2000).

Nach dem Abbruch des Versuchs einer Umstellung auf DRG Vergütung wurden in den USA zunächst zahlreiche Modellversuche zur Erprobung von managed care (MC) Modellen zur psychiatrischen Versorgung unternommen. Die Mehrzahl dieser Modellprojekte wurde durch wissenschaftliche Evaluationsstudien begleitet (Frank et al. 1987; Frank et al. 2007). Die insgesamt eher positiven Ergebnisse dieser Evaluationsstudien haben dazu beigetragen, dass das managed care System in den USA Landesweit implementiert wurde. Seit der Jahrtausendwende nimmt allerdings auch die Kritik an dieser Form der Vergütung psychiatrischer Behandlungsleistungen zu und es ist ein Rückgang der Einschreibungen in MC Programme zu verzeichnen (Frank et al. 2007). Da durch die Einführung von managed care Programmen der Anstieg der Ausgaben für Psychopharmaka, nicht jedoch für die stationäre psychiatrische Behandlung reduziert werden konnte, wurde auch in den USA weiter an einer Alternative zur ausschließlichen Vergütung über Tagespflegesätze gearbeitet. Das seit 2005 in der Erprobung befindliche System sieht einen Basistagespflegesatz von 615 US $ vor, der im Hinblick auf Klinik-, Behandlungs-, und Patientenspezifische Merkmale adjustiert wird (Klose et al. 2010). Daten zu den Auswirkungen dieses Vergütungssystems auf Kosten und Ergebnisse der psychiatrischen Behandlung liegen zurzeit nicht vor.

Hinweise auf mögliche Effekte der Umstellung von einer ausschließlich auf Tagespflegesätzen basierenden Vergütung auf eine fallspezifische Pauschalvergütung liefert allerdings eine Studie zur Auswirkung einer derartigen Umstellung bei der Vergütung von Medicaid Pflegeeinrichtungen (Bellows et al. 2008). Um die Jahrtausendwende konnten sich die US Bundesstaaten entweder für eine fallbasierte oder eine tagespflegesatzbasierte Vergütung für die über Medicaid finanzierten Pflegeeinrichtungen entscheiden. Ungefähr die Hälfte der Bundesstaaten entschied sich für das neue System. In einer Untersuchung zu den Auswirkungen der Umstellung auf die Kodierung erlösrelevanter und nicht erlösrelevanter psychiatrischer Qualitätsindikatoren, konnten die Autoren zeigen, dass in Pflegeeinrichtungen in Bundesstaaten die sich für das adjustierte Fallpauschalensystem entschieden hatten, psychiatrische Symptome, die für die Höhe der Vergütung relevant waren, signifikant häufiger kodiert wurden als in Bundesstaaten, die bei einer Tagespflegesatzvergütung geblieben waren. Die Autoren der Untersuchung schließen aus ihren Ergebnissen, dass die Einführung des adjustierten Fallpauschalenvergütungssystems zu einer Verbesserung der Versorgung psychiatrischer Symptome bei den Bewohnern der Pflegeeinrichtungen geführt hat (Bellows et al. 2008). Diese Schlussfolgerung ist allerdings durch die vorgelegten Ergebnisse allenfalls teilweise gerechtfertigt, da eine häufigere Kodierung psychiatrischer Symptome nicht automatisch eine bessere Behandlung dieser Symptome bedeutet.

Erfahrungen aus Australien

In Australien erfolgte die Umstellung der Vergütung der psychiatrischen Krankenhausbehandlung von einem tagespflegesatzbasierten auf ein adjustiertes Fallpauschalsystem ab 1993 (Whiteford et al. 2002). Allerdings erfolge die Umstellung nicht solitär, sondern im Rahmen der Implementierung einer nationalen Psychiatrieplanung (National Mental Health Strategy), die neben einer deutlichen Steigerung auch eine erhebliche Umverteilung des Budgets für die psychiatrische Versorgung vom stationären auf den ambulanten Bereich umfasste (Commonwealth of Australia 2010; Whiteford et al. 2002; Whiteford et al. 2005).

Psychiatrische Akutbehandlung wird zunehmend in Allgemeinkrankenhäuser verlagert.

So sank der Anteil der Ausgaben für die stationäre Behandlung an den Gesamtausgaben für die psychiatrische Versorgung von 71% in 1992/93 auf 49% in 2001/02. Im gleichen Zeitraum wurde die Zahl der Betten für die nichtakute psychiatrische Behandlung mehr als halbiert, während die Zahl der Betten für die psychiatrische Akutbehandlung zwar gleichblieb, diese jedoch zunehmend in Allgemeinkrankenhäuser verlagert wurden. Der Anteil psychiatrischer Betten in Allgemeinkrankenhäusern hat sich zwischen 1993 und

2002 von 55% auf 82% erhöht. Die Finanzierung der Einrichtung psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern sowie der Ausbau gemeindepsychiatrischer Versorgungsangebote erfolgte zu ca. 1/3 aus Einsparungen im Bereich der stationären Behandlung (Commonwealth of Australia 2010).

Die Evaluation der Implementation des nationalen Psychiatrieplans in Australien ist vergleichsweise vorbildlich. Es werden systematische Individualdaten zur Veränderung von Behandlungsergebnissen und Behandlungskosten erhoben und online, für die Allgemeinheit zugänglich gemacht (Burgess et al. 2012; Pirkis et al. 2005). Wegen der Einbettung in den nationalen Psychiatrieplan lassen sich zwar die Effekte der Einführung des adjustierten Fallpauschalvergütungssystems nicht separat ausweisen, allerdings wurde auch in Australien festgestellt, dass die primär diagnosebasierten Fallpauschalen die tatsächlichen Behandlungskosten nur unzureichend widerspiegeln. Aus diesem Grund wird auch in Australien gegenwärtig an einer Revision des adjustierten Fallpauschalsystems gearbeitet (Whiteford et al. 2005).

Entwicklungen in anderen Ländern

In Österreich wurde bereits 1997 ein diagnosebasiertes Fallpauschalsystem zur Vergütung der stationären psychiatrischen Behandlung eingeführt. Für den Zeitraum von 1997 bis 2000 wurde eine Reduzierung der durchschnittlichen stationären Behandlungsdauer von 38,6 auf 21,3 Tagen festgestellt. Auswirkungen auf Wiederaufnahmeraten, Behandlungskosten und Behandlungsqualität wurden nicht systematisch untersucht (Denk 2010; Frick et al. 2001; Frick et al. 2004). Mittlerweile werden unter anderem auch in Ungarn seit 1997 (Maylath 2000), Neuseeland seit 2003, in Kanada seit 2005 und in den Niederlanden seit 2007 adjustierte Fallpauschalvergütungssysteme erprobt. Auch aus diesen Ländern liegen gegenwärtig keine systematischen Evaluationsdaten vor.

Schlussfolgerungen

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass vor dem Hintergrund der internationalen Erfahrungen mit der Umstellung von tagespflegesatzbasierten auf adjustierte Fallpauschalsysteme zur Vergütung der psychiatrischen Krankenhausbehandlung nicht damit zu rechnen ist, dass die solitäre Einführung eines derartigen Systems in Deutschland zu einer Verbesserung der Effizienz der psychiatrischen Versorgung führen wird. Diese Einschätzung ist dabei unabhängig von der Komplexität der gewählten Adjustierungsmechanismen. Wie oben dargelegt, gibt es auf für die in dieser Hinsicht extrem aufwendigen Systeme bisher keinerlei Evidenz für eine über die Verkürzung von Liegezeiten und stationäre Behandlungskosten hinausgehende Wirkung. Zu rechnen ist vielmehr damit, dass sich mit der Einführung eines derartigen Vergütungssystems einerseits der bereits bestehende Trend zu einer Drehtürpsychiatrie fortsetzt, wenn Liegezeiten weiter verkürzt werden. Da die Komplexität psychischer Erkrankungen und die damit verbundene Varianz des Behandlungsbedarfs auch in Deutschland keine adäquate Abbildung des Behandlungsaufwands durch adjustierte Fallpauschalen ermöglichen wird, ist zu erwarten, dass die Definition erlösrelevanter Adjustierungsmerkmale primär das Kodierverhalten in den Kliniken beeinflusst. Die Auswirkungen der Anpassung der Kliniken an die durch das neue System erzeugten ökonomischen Risiken auf die Behandlungsqualität und auf die Arbeitsbedingungen der Klinikmitarbeiter sind dabei völlig ungewiss.

Mit der Einführung eines Fallpauschalsystems setzt sich der Trend zur Drehtürpsychiatrie fort.

Allerdings ergibt sich aus dieser Einschätzung nicht die Schlussfolgerung, dass die Beibehaltung des gegenwärtigen tagespflegesatzbasierten Vergütungssystems, insbesondere mit der in diesem System enthaltenen irrationalen klinikspezifischen Varianz der Pflegesätze der Weisheit letzter Schluss ist. Ein Vergleich der internationalen Erfahrungen legt jedoch nahe, dass eine Veränderung der Vergütung der stationären psychiatrischen Behandlung nur dann zu einer Verbesserung der Effizienz der psychiatrischen Versorgung führt, wenn diese wie in Australien in einem umfassende Konzeption der psychiatrischen Versorgung eingebettet ist.

Literatur

Bellows NM, Halpin HA (2008) Impact of Medicaid reimbursement on mental health quality indicators. Health Serv.Res. 43:582–597.

Burgess P, Coombs T, Clarke A, Dickson R, Pirkis J (2012) Achievements in mental health outcome measurement in Australia: Reflections on progress made by the Australian Mental Health Outcomes and Classification Network (AMHOCN). Int.J.Ment.Health Syst. 6:4.

Commonwealth of Australia (2010) National Mental Health Report 2010. Department of Health and Aging, Canberra.

Denk P (2010) Die Finanzierung der psychiatrischen Krankenhausversorgung im Ländervergleich von Österreich, Deutschland und Rumänien. Ludwig Boltzmann Institut für Sozialpsychiatrie, Wien.

English JT, Sharfstein SS, Scherl DJ, Astrachan B, Muszynski IL (1986) Diagnosis-related groups and general hospital psychiatry: the APA Study. Am.J.Psychiatry 143:131–139.

Frank RG, Garfield RL (2007) Managed behavioral health care carve-outs: past performance and future prospects. Annu.Rev.Public Health 28:303–320.

Frank RG, Lave JR, Taube CA, Rupp A, Goldman HH (1987) The impact of Medicare's prospective payment system on psychiatric patients treated in scatterbeds. Adv.Health Econ.Health Serv.Res. 8:1–21.

Frick U, Barta W, Binder H (2001) [Hospital financing in in-patient psychiatry via DRG-based prospective payment--The Salzburg experience]. Psychiatr.Prax. 28 Suppl 1:S55–S62.

Frick U, Cording C (2004) [Financing methods for psychiatric care: concepts, evidence and requirements]. Psychiatr.Prax. 31:163–166.

Goldberg RJ, Kathol R (2000) Implications of the Balanced Budget Act of 1997 for general hospital psychiatry inpatient units providing medical and psychiatric services. Gen.Hosp. Psychiatry 22:11–16.

Herwartz H, Strumann C (2012) On the effect of prospective payment on local hospital competition in Germany. Health Care Manag. Sci. 15:48–62.

Herwartz H, Strumann C (2013) Hospital efficiency under prospective reimbursement schemes: an empirical assessment for the case of Germany. Eur.J.Health Econ.

Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) (2013) G-DRG Begleitforschung gemäß § 17b Abs. 8 KHG. Endbericht des dritten Forschungszyklus 2008–2010. InEK, Siegburg.

Klose P, Dirschedl P, Mohrmann M (2010) [Case payments in hospital psychiatry in the USA. The Inpatient Psychiatric Facility Prospective Payment System (IPF PPS)]. Gesundheitswesen 72:487–491.

Maylath E (2000) [DRGs in psychiatric hospital financing exemplified by Hungary. A model for Germany?]. Gesundheitswesen 62:633–645.

Pirkis J, Burgess P, Coombs T, Clarke A, Jones-Ellis D, Dickson R (2005) Routine measurement of outcomes in Australia's public sector mental health services. Aust.New Zealand.Health Policy 2:8.

Reinhold T, Thierfelder K, Muller-Riemenschneider F, Willich SN (2009) [Health economic effects after DRG-implementation--a systematic overview]. Gesundheitswesen 71:306-312.

Rosenheck R, Massari L (1991) Psychiatric inpatient care in the VA: before, during, and after DRG-based budgeting. Am.J.Psychiatry 148:888-891.

Rosenheck R, Massari L, Astrachan BM (1990) The impact of DRG-based budgeting on inpatient psychiatric care in Veterans Administration medical centers. Med.Care 28:124-134.

Salize H-J & Kilian R (2010) Gesundheitsökonomie in der Psychiatrie. Konzepte, Methoden, Analysen. Kohlhammer, Stuttgart.

Sturm R (2004) The myth of medical cost offset. Psychiatr Serv 52:738-740.

Vogl M (2012) Assessing DRG cost accounting with respect to resource allocation and tariff calculation: the case of Germany. Health Econ.Rev. 2:15.

Whiteford H, Buckingham B, Manderscheid R (2002) Australia's National Mental Health Strategy. Br.J.Psychiatry 180:210-215.

Whiteford HA, Buckingham WJ (2005) Ten years of mental health service reform in Australia: are we getting it right? Med.J.Aust. 182:396-400.

100 Wege um Recovery zu unterstützen nun endlich auf Deutsch im kostenlosen Download.

Während das Wort „Recovery“ in aller Munde ist, fehlt es hierzulande weitgehend an praktischen Umsetzungshilfen in deutscher Sprache. Nun liegt ein wichtiges Dokument aus dem englischen Sprachraum in deutscher Übersetzung vor. Die von einer Arbeitsgruppe um Mike Slade vom Institute of Psychiatry entwickelte Broschüre „100 ways to support Recovery“ wurde nun von Prof. Dr. Michael Schulz (Fachhochschule der Diakonie, Bielefeld (D)), Gianfranco Zuaboni (Sanatorium Kilchberg (CH)), Michael Löhr (LWL Klinik Gütersloh (D)), sowie dem leider verstorbenen Christoph Abderhalden (Bern (CH)) in Kooperation mit den Autoren herausgegeben. Der praxisnahe Leitfaden enthält viele hilfreiche Anregungen, um psychiatrische Institutionen und Dienstleistungen recoveryorientiert zu gestalten.

Die Broschüre konnte durch die Unterstützung der folgenden Verbände und Institutionen realisiert werden: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrische Pflege – DFPP, Sanatorium Kilchberg (CH), Universitäre Psychiatrische Dienste Bern – UPD (CH), Fachhochschule der Diakonie – FHDD, Bielefeld (D), Evangelisches Krankenhaus Bielefeld und LWL-Klinik Gütersloh.

Die Broschüre kann kostenfrei unter den folgenden Adressen heruntergeladen werden:

Fachhochschule der Diakonie, Bielefeld:

http://www.fh-diakonie.de/obj/Bilder_und_Dokumente/PP_Fachinfos/FH-D_100Wege.pdf

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrische Pflege –DFPP

http://www.dfpp.de/

In eigener Sache: Michael Schulz ist neuer Kerbe-Redakteur.

Seit 1. März ist Prof. Dr. Michael Schulz (44) Mitglied des Redaktionsteams der Kerbe. Schulz ist Krankenpfleger und promovierter Gesundheits- und Pflegewissenschaftler. Nach langjähriger Tätigkeit in der Forschungsabteilung der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Bethel hat er, seit 2011, den deutschlandweit ersten Lehrstuhl für Psychiatrische Pflege inne. Seine Forschungsthemen liegen unter anderem im Bereich von Adhärenzförderung und Recovery. Außerdem ist er Herausgeber der Zeitschrift Psychiatrische Pflege heute.

KERBE Themen 2014

1 / 2014: Resilienz
2 / 2014: Klinische Behandlung
3 / 2014: Ethik in der Gemeindepsychiatrie
4 / 2014: N. N.

Herausgeber: Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (BeB) in Berlin
www.beb.info / www.kerbe.info
Informationen unter kerbe@beb-ev.de

ADHS – Kindern, die aus dem Rahmen fallen, helfen!
Ansätze und Perspektiven sinnvoller Hilfen

Fachtag in Köln
der **Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V.,** der **Rheinischen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. ,**
in Kooperation mit dem
Landschaftsverband Rheinland

20. November 2013
Horion-Haus, 10 - 17 Uhr

DGSP, Zeltinger Straße 9, 50969 Köln,
(0221) 51 10 02, dgsp@netcologne.de
www.psychiatrie.de/dgsp

DGSP
Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V.

Seminare für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter psychiatrischer Arbeitsfelder

Das Kurzfortbildungsprogramm 2014

enthält fast 70 Seminarangebote mit einem breiten Spektrum (sozial-) psychiatrischer, therapeutischer & psychiatriepolitischer Themen.

Die zwei- bis dreitägigen Fortbildungen finden an 16 verschiedenen Orten statt.

Aus unserem Themenspektrum: Psychoseverständnis und Beziehungsgestaltung, Borderline-Störung, Umgang mit Suizidalität, Krisenintervention, Umgang mit Psychopharmaka, Psychose und Sucht, Stimmen hören, Integrierte Versorgung, Ressourcenorientierung u.v.a.

Bestelladresse
Deutsche Gesellschaft
für Soziale Psychiatrie e.V.
Zeltinger Str. 9 · 50969 Köln
Tel.: (02 21) 51 10 02
Fax: (02 21) 52 99 03
dgsp@netcologne.de
www.psychiatrie.de/dgsp

18. Forum Psychiatrie und Psychotherapie Paderborn

5. und 6. November 2013

„Komm wir finden (D)einen Schatz"(frei nach Janosch) – Persönliche Entwicklung und gemeinsames Lernen in der psychiatrischen Hilfelandschaft.

Information bei Simone Büring,
Telefon: 05251 295-118,
E-Mail: simone.buering@wkp-lwl.org

Psychiatrie ohne Einrichtungen – Sozialromantik oder sinnvolle Versorgungsperspektive?

Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (DGSP) am 7. – 9. November 2013 in Erfurt

Wie muss eine Versorgungslandschaft aussehen, die konsequent am Bedarf des einzelnen Menschen orientiert ist, psychiatrische Hilfe außerhalb von Einrichtungen und am individuell gewünschten Lebensort ermöglicht?

Information und Programm:
DGSP e.V. Zeltinger Str. 9, 50969 Köln,
Tel.: 0221-511002,
E-Mail: dgsp@netcologne.de
http://www.psychiatrie.de/dgsp/

Fachtag der Fachverbände für Menschen mit Behinderung

15. November 2013 im Haus der Kirche in Kassel-Wilhelmshöhe

Psychische Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung („Doppeldiagnosen") als praktische, konzeptionelle und sozialpolitische Herausforderung für die Behindertenhilfe

Der Fachtag wird von den Fachverbänden für Menschen mit Behinderung unter der Federführung des Arbeitskreises Gesundheitspolitik durchgeführt. Die Veranstaltung thematisiert vornehmlich strukturelle Aspekte der Versorgung und richtet sich vor allem an Fachkräfte der Eingliederungshilfe mit Führungsverantwortung oder konzeptioneller Verantwortung.

Informationen und Anmeldung
www.diefachverbaende.de/veranstaltungen/

Alle inklusive!

Plakatausstellung zur UN-Behindertenrechtskonvention

Im Jahr 2009 riefen der Behindertenbeirat und der Behindertenbeauftragte München zu einem Plakatwettbewerb auf. Ziel war, die Behindertenrechtskonvention bekannt zu machen. Aus den Beiträgen ist eine Ausstellung entstanden, die 15 der wichtigsten Artikel aus der Behindertenrechtskonvention zeigt. Die Ausstellung ist **bis 15. Dezember 2013** in der **Volkshochschule München**, Lindwurmstraße 127, zu sehen. **Öffnungszeiten: Montag bis Freitag 9 bis 21 Uhr**.

Fachtagung Empowerment und Teilhabe

22. November 2013 in Kassel

Die Veranstaltung lädt Mitarbeitende von Einrichtungen, Menschen mit Behinderung, Angehörige, Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen und interessierte Personen zu einem Erfahrungsaustausch und zur Diskussion über das Verhältnis von Empowerment und Teilhabe ein. Sie verbindet Konzepte mit Erfahrungen aus der Praxis.

Information und Anmeldung:
Institut Mensch, Ethik und Wissenschaft, Dr. Katrin Grüber, Tel.: 030 – 2938 17 70, E-Mail: grueber@imew.de

Positive Perspektiven in Psychotherapie und Gesellschaft

DGVT-Kongress für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Beratung 26. – 30. März 2014 in Berlin

Die deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V. lädt zum Fachkongress 2014 ein. In 27 Symposien, 24 Workshops mit zum Teil internationalen Referenten und Referentinnen, Postersession und City Night Lecture wird die Frage diskutiert, welche positiven Perspektiven sich in Psychotherapie und Gesellschaft abzeichnen.

Information und Anmeldung:
DGVT-Geschäftsstelle, Kongressreferat,
Postfach 1343, 72003 Tübingen;
FAX: 07071-943435;
E-Mail: kongress@dgvt.de

Psychopharmaka – Fluch und Segen! Medikamente alleine helfen nicht

Jahrestagung REGIO 2014
4. – 5. April 2014 in Freiburg

Der Landesverband Gemeindepsychiatrie BW und der Landesverband Psychiatrie-Erfahrener BW laden ein zu den Mitgliederversammlungen sowie zur Jahrestagung Regio 2014, die unter dem Thema "Psychopharmaka – Fluch und Segen" steht. Veranstaltungsort ist das Margarethe Ruckmichhaus in Freiburg.

Informationen:
Auf der Homepage des Landesverbandes Gemeindepsychiatrie BW: www.gemeindepsychiatrie-bw.de oder per Email unter: info@gemeindepsychiatrie-bw

Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie DGSP

(Borderline-)Persönlichkeitsstörung.
• 18. – 19. November 2013 in Stuttgart.
Leitung: Wolfgang Schwarzer.

Motivationsförderung bei Menschen mit psychischen und/oder suchtbezogenen Störungen.
• 27. – 28. Januar 2014 in Bielefeld,
Leitung: Theo Wessel.

Neuere Entwicklungen in der Psychosentheorie
• 31. Jan – 1. Febr. 2014 Frankfurt a. M.
Leitung: Klaus Gérard Nouvertné.

Fantasie und Entspannung. Zugangsmöglichkeiten für die Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen.
• 7. – 8. Februar 2014 in Hamburg,
Leitung: Matthias Kriesel.

Die Borderline-Störung. Ressourcenorientiertes Arbeiten mit Betroffenen.
• 14. – 15. Februar 2014 in Bremen,
Leitung: Ewald Rahn.

Weitere Angebote und Anmeldung:
DGSP e.V. Zeltinger Str. 9, 50969 Köln, Tel.: 0221-511002, E-Mail: dgsp@netcologne.de http://www.psychiatrie.de/dgsp/

Bundesakademie für Kirche und Diakonie gGmbH Bundesfachakademie Bufa/GFO

Herausforderung Krise
Systemische Reflexionen, Haltungen und Handlungsansätze in sozialpsychiatrischen Kontexten
• 4. – 6. November 2013,
Leinfelden-Echterdingen;
Leitung: Gabriele Rein, Stuttgart;
Helene und Hubert Beitler, Renningen,
Sylvia Fahr-Armbruster, Stuttgart

Psychose und Sucht – double trouble
• 7. – 8. November 2013, Berlin
Leitung: Frieder Niestrat und Harald Sadowski, Essen

Borderline-Störungen besser verstehen
• 18. – 19. November 2013,
Leinfelden-Echterdingen
Leitung: Dr. Matthias Hammer und Petra Heise, Stuttgart

Motivation und psychische Erkrankung – Herausforderungen im Arbeitsalltag der WfbM
• 18. – 20. November 2013, Steinfurt
Leitung: Rainer Scheuer, Saarbrücken

Kultur-Sensibilität und transkulturelle Handlungskompetenz in der Gemeinde- und Sozialpsychiatrie
• 11. – 13. Dezember 2013, Düsseldorf
Leitung: Meera Sivaloganathan, Düsseldorf; Eva van Keuk, Düsseldorf

ProPsychiatrieQualität (PPQ) – Leitzielorientiertes Qualitätsmanagement – Transfer in die Praxis (Inhouse)
Termin: nach Absprache
Leitung: Ulrich Nicklaus, Berlin,
Kontakt: 030-488 37-488

Alle hier aufgeführten Angebote können auch als Inhouse-Veranstaltung angeboten werden. Ebenso weitere Seminare zu speziellen Fragestellungen. Bitte setzen Sie sich mit uns in Verbindung, damit wir Ihnen ein passendes Angebot machen können. Gerne senden wir Ihnen auch ausführliche Ausschreibungen zu den Veranstaltungen und/oder das vollständige Programmbuch zu!

Information und Anmeldung:
Bundesakademie für Kirche und Diakonie gGmbH / Bundesfachakademie Bufa/GFO
Heinrich-Mann-Str. 29; 13156 Berlin;
Telefon: 030-488 37 -488,
Telefax: 030-488 37 -300
info@bundesakademie-kd.de
oder unter www.bundesakademie-kd.de

Impressum

Herausgeber und Redaktionsadresse:
Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (BeB), Invalidenstraße 29, 10115 Berlin
E-Mail: kerbe@beb-ev.de
Internet: www.kerbe.info.

Redaktion:
Prof. Dr. Jürgen Armbruster (Redaktionsleitung), Stuttgart; Jürgen Bombosch, Düsseldorf; Karsten Groth, Hamburg; PD Dr. Holger Hoffmann, Bern; Dr. Klaus Obert, Stuttgart; Margret Osterfeld, Dortmund; Johannes P. Petersen, Rendsburg; Dr. Irmgard Plößl, Stuttgart; Dr. Kathrin Ratzke, Berlin; Georg Schulte-Kemna, Stuttgart; Prof. Dr. Michael Schulz, Bielefeld, Cornelie Class-Hähnel, Stuttgart.

Verlag und Bestelladresse:
Verlag und Buchhandlung der Evangelischen Gesellschaft GmbH
Augustenstr. 124, 70197 Stuttgart
Telefon (07 11) 6 01 00-0
Adressenänderungen bitte an:
vertrieb@evanggemeindeblatt.de

Bezugspreis:
Jahresabonnement für vier Hefte
26 Euro (einschließlich Versandkosten),
Einzelheft 7 Euro. ISSN 0724-5165

Anzeigen:
Anzeigengemeinschaft Süd
Augustenstraße 124, 70197 Stuttgart
Tel. (0711) 60100-41, Fax -76.
E-Mail: kerbe@anzeigengemeinschaft.de.
Internet: www. anzeigengemeinschaft. de. Es gilt die Preisliste Nr. 31 vom 1. Januar 2013.

Layout:
Atelier Reichert, Stuttgart

Druck:
Rudolf-Sophien-Stift, Stuttgart

Erscheinungstermine:
1. Februar, 1. Mai, 1. August, 1. November

Ludwig Boltzmann Institut
für Sozialpsychiatrie

IMEHPS
Improving mental health pathways

XVI. Tagung
Die subjektive Seite der Schizophrenie
Schaden begrenzen, Risiken mindern, Chancen mehren
Wien, 19.2. - 21.2.2014

Die Abwägung von Risiken und Chancen des Tuns und Nichttuns gegenüber Psychosen ist komplizierter als viele Richtlinien glauben machen. Die Tagung greift diesbezüglich kontroverse Fragen auf.

Wer hat Verantwortung wofür?

Michael Krausz (Vancouver): Schadensbegrenzung in der Psychiatrie als Paradigma der Zukunft?
Andreas Heinz (Berlin): Soziale und ethnische Barrieren zur Hilfe in psychotischen Krisen
Norbert Erlacher (Kufstein): Angehörige – die ungewollte Ressource?
Rudolf Taschner (Wien): Das Problem des John Nash
Georg Schomerus (Greifswald): Die Diagnose - zu Risiken und Nebenwirkungen fragen Sie…?
Ralf Gössler (Wien): Vor und nach dem 18. Geburtstag – anderer Umgang mit Risiken bei Jungen und noch Jüngeren
Anne Karow (Hamburg): Hilfe in Zeiten von Medikamentenablehnung
Martin Aigner (Tulln): Verantwortung übernehmen für die körperliche Gesundheit von Menschen mit schweren psychischen Störungen

Wie viel Unsicherheit ist auszuhalten?

Jann Schlimme (Berlin): Leben mit Wahn - kann das gut gehen?
Caro von Taysen & Kanja Waithira (Berlin/Rotterdam/Nairobi): Who says whats normal? Verantwortung in einer ressourcenarmen Nachbarschaft
Martin Zinkler (Heidenheim): Gewaltverzicht in der Psychiatrie
Harald Freyberger (Greifswald): Verzicht auf Suizidalität
Will Hall (Portland, Oregon, USA): Harm Reduction – Leitfaden zum risikoarmen Absetzen von Psychopharmaka
Alexander Maly (Wien): Kontrolliertes Risiko mit dem betreuten Konto?
Angelika Vanek-Enyinnaya (Graz): Niederlassen und weiterziehen – Housing First in Krisenzeiten
Meryam Schouler-Ocak (Berlin): Verwurzelt in Gegensätzen – was können wir von MigrantInnen lernen
Volkmar Aderhold (Greifswald): 7 gute Gründe und 5 gute Formen, um Unsicherheit auszuhalten

Keine Chance ohne Risiko?

Georg Psota (Wien): Wie sehr darf man als Chefarzt die Besachwaltung hassen?
Marianne Schulze (Wien): Die Würde des Risikos und das Recht Fehler zu machen
Christian Horvath (Wien): Nur Katzen haben sieben Leben
Thomas Bock (Hamburg): ‚Ultra High Risk' – Alarmismus in der psychiatrischen Fachsprache
Regina Hofer (Wien): Ausschnitt aus dem Kabarett ‚Saus und Braus – Leben bis zum Tod'
Sigrid Pilz (Wien): Chancen auf Wiedergutmachung – die Wiener PatientInnenanwaltschaft
Stefan Priebe (London): Occupy Psychiatry oder Wie ist die Psychiatrie zu retten?
Heinz Katschnig (Wien): Das letzte Wort

Campus der Universität Wien im Alten AKH, Hof 2, Hörsaalzentrum, 1090 Wien
Anmeldung und weitere Informationen:
http://www.interconvention.at/congress/suse2014/book.asp oder http://tinyurl.com/pytgarc
Frühbucherbonus bis 30.11.2013