

# Kerbbe

## Forum für Sozialpsychiatrie

Themenschwerpunkt Forensik

Kaum eine andere medizinische Disziplin steht so sehr im Spannungsfeld zwischen ärztlichem Heilauftrag und juristischer Legitimation wie die Psychiatrie.

Intensive fachliche Auseinandersetzungen und die öffentliche Diskussion der letzten Jahren haben das Schattendasein der Forensik beendet.

Schritt für Schritt werden heute die betroffenen psychisch kranken Menschen wieder in die sozialpsychiatrische Diskussion mit einbezogen.



### 3 Editorial

### 4 Themenschwerpunkt

■ **Spannungsfeld zwischen Auftrag und gesellschaftlicher Bedeutung**

Forensik ist Schnittmenge zwischen Psychiatrie und Strafvollzug  
 Nahlah Saimeh, Seite 4

■ **Maßregelvollzug heute: Effizienter Teil der Versorgung**

Einrichtungen übernehmen Verantwortung für psychisch kranke Straftäter  
 Ulrich Jokusch, Seite 9

■ **Zwischen den Stühlen**

Maßregelvollzug bietet keine hundertprozentige Sicherheit vor neuen Straftaten  
 Nahlah Saimeh, Seite 13

■ **Kein Land mehr in Sicht**

Falldarstellung zur ambulanten Betreuung eines ehemals forensisch untergebrachten Patienten  
 Klaus Masanz, Seite 17

■ **Konstruktive Kooperation**

Diakonie und Forensik arbeiten im Rheinland zunehmend enger zusammen  
 Jürgen Bombosch, Seite 19

■ **Das Tabu psychische Erkrankung brechen**

Eine ungewöhnliche Bilderausstellung will zum Nachdenken anregen  
 Angelika Schmidt, Seite 26

■ **Zu Besuch in der früheren Anstalt**

Ehemalige Bewohnerinnen und Bewohner für einen Tag in den „von Bodelschwingschen Anstalten“ Bethel  
 Gerhard Klekamp, Seite 27

29 Nachrichten

31 Termine

### 21 Spectrum

■ **Präventives Gemeindepsychiatrisches Hilfesystem**

Wie sich eine systemisch orientierte Methodik auswirkt. Ein Forschungsprojekt  
 Jürgen Armbruster und Gabriele Rein, Seite 21

■ **Qualitätskriterium Gemeinwesenorientierung**

Erfahrungen mit „ProPsychiatrie Qualität“ am Niederrhein  
 Monika von Söhnen, Seite 24

# Editorial

In der Vorbereitung zur vorliegenden Ausgabe stießen wir in der Redaktion auf die Ausgabe 2/1991 der „Kerbe“. Damals war forensische Psychiatrie ebenfalls Schwerpunktthema. Zehn Jahre liegen dazwischen. Einerseits eine kurze Zeitspanne im Hinblick auf wirkungsvolle Veränderungen in der Sozialpsychiatrie, andererseits aber auch ein Zeitraum, in dem sich gerade auch in der forensischen Psychiatrie einiges ereignet hat. Beruhigend und nachdenklich gleichermaßen stimmte die Lektüre der Beiträge von damals. Grundlegende Fragestellungen, Themen, Probleme und Widersprüche sind die gleichen geblieben. Dies ist beruhigend im Hinblick darauf, dass sich die Lage nicht verschlimmert hat - und macht nachdenklich, weil sich die Bedingungen nicht so sehr gebessert haben und die Diskussion um die forensische Psychiatrie nach wie vor in der Öffentlichkeit weitgehend irrational geführt wird.

Verändert haben sich die öffentliche Diskussion und auch die Arbeitsbedingungen. Der Ruf nach mehr Sicherheitsverwahrung ertönte vor zehn Jahren nach entsprechenden Ereignissen gleichermaßen wie heute. Doch scheint heute die Gier nach sensationellen Geschichten durch die Veränderung der Medienlandschaft gestiegen zu sein. Diese Form der Darstellung trägt aber nicht zu einer offenen, realistischen, sachlichen und aufklärerischen Auseinandersetzung bei. Vielmehr wird sie auf dem Rücken der Straftäter und Opfer

ausgetragen. Die Erhärtung von Vorurteilen auf der Basis irrationaler Ängste ist die Folge.

Es gibt aber auch objektive Veränderungen: Die Steigerung der Aufnahmezahlen in den Maßregelvollzug in der BRD führte zu einer Verschärfung des Drucks auf die forensischen Einrichtungen und ihre Arbeitsbedingungen. Veränderungen taten dringend not. Vor diesem Hintergrund ist neben der Verkleinerung „reiner“ forensischer Institutionen - wie beispielsweise Eickelborn - der Aufbau fünf neuer forensischer Einrichtungen in Nordrhein Westfalen zu verstehen. In Baden-Württemberg wurden die Ausgaben auf der Basis der Psychiatrie-Personalverordnung in den letzten zehn Jahren deutlich erhöht. Die personellen Ressourcen und damit auch die therapeutischen Möglichkeiten konnten damit deutlich verbessert und die baulichen Voraussetzungen menschenwürdiger gestaltet werden.

Die intensive Auseinandersetzung in den letzten Jahren - mit ausgelöst durch die öffentliche Diskussion - hat ohne Zweifel dazu beigetragen, sich in der Fachwelt wieder stärker mit der forensischen Psychiatrie zu befassen. Sie wird dadurch mehr und mehr aus ihrem Schattendasein herausgeholt. Ein Versuch, Schritt für Schritt die forensische Psychiatrie und damit die betroffenen psychisch kranken Menschen wieder in die sozialpsychiatrische Diskussion mit einzubeziehen.

Dr. Klaus Obert

*Liebe Leserin,  
lieber Leser*

# Spannungsfeld zwischen Auftrag und gesellschaftlicher Bedeutung

Forensik ist die Schnittmenge zwischen Psychiatrie und Strafvollzug / Maßregelvollzug hat die Reintegration von Straftätern zum Ziel

Von Nahlah Saimeh

Kaum eine andere medizinische Disziplin steht so sehr im Spannungsfeld zwischen ärztlichem Heilauftrag und juristischer Legitimation wie die Psychiatrie. Mit Ausnahme der Anwendung des Bundesseuchengesetzes können nur psychiatrische Patienten von Freiheitsentzug und medizinischer Behandlung gegen ihren erklärten Willen betroffen werden. Diese Sonderstellung verdeutlicht die Nähe zwischen psychischer Krankheit und Delinquenz. Ihren gesetzlichen Ausdruck findet diese Beziehung in den Gesetzen über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) und den Maßregelvollzugsgesetzen der Länder. Bruns (1993) formuliert hierzu: „Die Gewaltanwendung wird legitimiert durch drei Mechanismen: die Definition psychisch Kranker als gefährlich, so dass die Gewaltanwendung gegen sie als Bürgerschutz erscheint; die Einhaltung eines legalisierten Verfahrens; die Verbindung einer Maßnahme der Hilfe beziehungsweise die Definition des Zwangs als Voraussetzung dafür, eine Maßnahme der Hilfe in Form einer psychiatrischen Behandlung beginnen zu können.“ Vor diesem Hintergrund werden im Folgenden die gesetzlichen Grundlagen vor dem Hintergrund der Aufgabenstellung der forensischen Psychiatrie erläutert.

Die forensische Psychiatrie stellt die Schnittmenge zwischen Psychiatrie und Strafvollzug dar. Ihre Aufgabe ist die Behandlung und Sicherung von Menschen, die im Rahmen einer bestehenden psychischen Erkrankung Straftaten von besonderer Erheblichkeit begangen haben und bei denen sowohl die zugrunde liegende Erkrankung sowie die daraus resultierende Gefährlichkeit fortbesteht. Darüber hinaus besteht die Aufgabe des forensisch tätigen Psychiaters in der Begutachtung von Straftätern im Hinblick auf ihre strafrechtliche

Verantwortlichkeit und im Hinblick auf die anzunehmende Legalprognose bei geplanter vorzeitiger Entlassung aus dem Strafvollzug beziehungsweise Entlassung aus dem Maßregelvollzug.

## Schnittmenge zwischen Psychiatrie und Strafvollzug

Nicht originäre Aufgabe des Maßregelvollzugs ist die Behandlung von psychisch erkrankten Straftätern innerhalb des Strafvollzuges, wenngleich diese Aufgabe in Berlin und in Bremen von den Maßregelvollzugseinrichtungen sinnvollerweise geleistet wird. Nur wenige Justizvollzugskliniken verfügen über psychiatrische Stationen, so dass diese Aufgabe zumeist der Allgemeinen Psychiatrie zufällt, deren geschlossene Stationen nicht hinreichend gesichert sind. Zum anderen wird die Dauer einer stationären Behandlung in der Psychiatrie im Rahmen einer damit einhergehenden Haftunterbrechung nicht auf die Strafzeit angerechnet. Die forensischen Kliniken verfügen über die geeigneten baulichen Sicherungsbedingungen und es gibt durchaus Ähnlichkeiten zwischen psychisch kranken Strafgefangenen und straffällig gewordenen psychisch Kranken. Eine Haftunterbrechung ist nicht notwendig, so dass durch die gebotene Behandlung keine Verlängerung des Freiheitsentzuges stattfindet.

## Ehemalige Verwahrhäuser als Vorläufer des Maßregelvollzugs

Man kann den Vorläufer der heutigen Maßregelvollzugskliniken in den Verwahrhäusern sehen, die zu Beginn des 20. Jahrhunderts eingerichtet wurden, nachdem im Zuge der Entwicklung des „opendoor-system“ in der Psychiatrie im Hinblick auf „gefährliche Kranke“ nicht mehr genügend Sicherheit

geboten und über eine unzulässige Vermischung von sogenannten „irren Verbrechern“ mit „schuldlos Kranken“ debattiert wurde. Parallel zu den medizinischen Erkenntnissen über psychische Krankheiten entwickelte sich im 19. Jahrhundert ein differenziertes Strafrecht mit erweiterten Möglichkeiten der De- und Exkulpation bei schizophrenen Psychosen, Psychopathien und anderen psychischen Störungen.

Aufgabe des Maßregelvollzugs ist es nicht, Strafe zu vollstrecken, sondern bei Sicherstellung des Schutzes der Bevölkerung vor weiteren erheblichen rechtswidrigen Taten den Patienten mit dem Ziel zu behandeln, dass er wieder in die Gesellschaft gemäß seiner Fähigkeiten und Ressourcen reintegriert werden und dort ein strafrees Leben führen kann. Sofern eine grundlegend wirksame Behandlung nicht möglich ist, kommt der Klinik die Aufgabe der Sicherung und der Bereitstellung eines menschenwürdigen Lebensraumes innerhalb der Klinik zu.

## Rechtliche Rahmenbedingungen

Während das Strafrecht Bundesrecht ist, sind die Maßregelvollzugsgesetze auf Länderebene gültig. Seit den 80-er Jahren entwickelten die Bundesländer jeweils Unterbringungsgesetze, die zum Teil in den PsychKG Gesetzen der Länder integriert wurden oder aber eigene Maßregelvollzugsgesetze darstellten. Sie regeln Belange der Unterbringung und ihrer Durchführung einschließlich unter anderem der Zuständigkeiten von Ausführungen, Heilbehandlung, persönlichem Eigentum und Schriftverkehr, Urlaub, die Anwendung unmittelbaren Zwanges und die Entlassung beziehungsweise Fortdauer der Unterbringung.

Das heute in fast allen europäischen Ländern geltende zweispurige Strafrecht geht auf den Schweizer Strafrechtler Carl Stooß zurück, der 1893 erstmals Strafe für Tatschuld und kustodiale Sicherung und Besserung bei sogenannten „sozial gefährlichen Tätern“ verankerte. In der deutschen Strafrechtsgeschichte trat das Gesetz „gegen gefährliche Gewohnheitsverbrecher und über Maßregeln der Sicherung und Besserung“ erst mit dem 24.11.1933 in Kraft, welches erstmalig die Einweisung zurechnungsunfähiger Straftäter in eine „Heil- und Pflegeanstalt“ sowie die Einweisung von alkoholsüchtigen Delinquenten in eine „Trinkerheilanstalt“ vorsah.

### Zweispuriges System von Strafen und Maßregeln

Dieses zweispurige System von Strafen und Maßregeln fußt auf dem juristischen Begriff der Schuld. Er beinhaltet, dass ein Mensch grundsätzlich in der Lage ist, sozial schädliches Verhalten zu unterlassen. Sozial missbilligtes Verhalten wird damit vorwerfbar im Sinne der Zuschreibung von Verantwortung. Alle Gesellschaften reagieren hierauf mit Strafen unterschiedlicher Tragweite. In unserer Gesellschaft stellt der Freiheitsentzug die gravierendste Strafe dar. Wenn aufgrund einer psychischen Störung die Vorwerfbarkeit entfällt, ergibt sich die Notwendigkeit der Sicherung in Verbindung mit Behandlung, da Strafe ohne Schuld nicht zulässig ist. Hieraus ergibt sich das freiheitsentziehende System der Maßregeln mit ihrem Auftrag der Besserung und Sicherung des psychisch kranken Delinquenten. Dabei ist entscheidend, dass ein psychisch kranker Straftäter nur dann den Maßregeln der Besserung und Sicherung zugeführt werden kann, wenn seine strafbare Handlung in kausalem Zusammenhang mit der psychischen Erkrankung steht und diese zum Tatzeitpunkt zu einer eingeschränkten oder aufgehobenen Einsicht- oder Steuerungsfähigkeit geführt hat.

Darüber hinaus muss die durch die Erkrankung zutage getretene Gefährlichkeit weiter fortbestehen,

so dass eine Sicherung indiziert erscheint. Die Paragraphen 63 und 64 StGB definieren damit die Eingangskriterien zur Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus:

- § 63 Abs.1 StGB: „Hat jemand eine rechtswidrige Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit (§ 20) oder der verminderten Schuldfähigkeit (§ 21) begangen, so ordnet das Gericht die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus an, wenn die Gesamtwürdigung des Täters und seiner Tat ergibt, dass von ihm infolge seines Zustandes erhebliche rechtswidrige Taten zu erwarten sind und er deshalb für die Allgemeinheit gefährlich ist.“

Zur Unterbringung in einer Entziehungsanstalt heißt es:

- § 64 Abs. 1 StGB: „Hat jemand den Hang, alkoholische Getränke oder andere berauschende Mittel im Übermaß zu sich zu nehmen, und wird er wegen einer rechtswidrigen Tat, die er im Rausch begangen hat oder die auf seinen Hand zurückgeht, verurteilt oder nur deshalb nicht verurteilt, weil seine Schuldunfähigkeit erwiesen oder nicht auszuschließen ist, so ordnet das Gericht die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt an, wenn die Gefahr besteht, dass er infolge seines Hanges erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird.“
- § 64 Abs. 2 StGB: „Die Anordnung unterbleibt, wenn eine Entziehungskur von vornherein aussichtslos erscheint.“
- § 126 a StPO legt die einstweilige Unterbringung fest, sofern dringende Gründe für die Annahme vorliegen, dass eine rechtswidrige Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit oder verminderten Schuldfähigkeit begangen wurde und eine Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus beziehungsweise in einer Entziehungsanstalt angeordnet werden wird.

Ob eine psychische Erkrankung vorliegt, die die Unterbringung gemäß § 63 StGB grundsätzlich rechtfertigen könnte, muss ein psychiatrischer Sachverständiger

diagnostizieren. Dazu muss er seine medizinischen Diagnosen mit den juristisch vorgegebenen Krankheitskategorien in Einklang bringen, die in den Paragraphen 20 und 21 StGB aufgeführt sind:

- § 20 StGB: „Ohne Schuld handelt, wer bei Begehung der Tat wegen einer krankhaften seelischen Störung, wegen einer tiefgreifenden Bewusstseinsstörung oder wegen Schwachsinn oder einer schweren anderen seelischen Abartigkeit unfähig ist, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln.“
- § 21 StGB: „Ist die Fähigkeit des Täters, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln, aus einem der in § 20 bezeichneten Gründe bei Begehung der Tat erheblich vermindert, so kann die Strafe nach § 49 Abs. 1 gemildert werden.“

### Unterbringung im Maßregelvollzug ohne zeitliche Befristung

Bei der Anwendung des § 63 StGB spielen sowohl die Verhältnismäßigkeit der Anlasstat sowie der Schweregrad psychischer Auffälligkeiten eine Rolle. Die Unterbringung eines Menschen im Maßregelvollzug gemäß § 63 StGB unterliegt, anders als im stets befristeten Strafvollzug, keiner zeitlichen Befristung. Die Entlassung erfolgt nur dann, wenn entweder der Grad der Verhältnismäßigkeit in Bezug auf die Schwere der Anlasstat nicht mehr gegeben ist, obwohl mitunter die Kriminalprognose als ungünstig gestellt werden muss - oder aber die zugrundeliegende psychische Störung insoweit behoben ist, dass eine günstige Legalprognose gestellt werden kann und damit die Gefährlichkeit nicht mehr fortbesteht. Vor einer solchen Entlassung aus dem Maßregelvollzug muss über den Patienten ein psychiatrisches Prognosegutachten erstellt werden. Der Gutachter muss ein externer Gutachter sein, der nicht mit der Behandlung des Patienten befasst war. Eine Aussetzung der Unterbringung zur Bewährung ist möglich. Bei Beendigung der Unterbringung tritt Führungsaufsicht für längstens fünf Jahre ein. Die Grundlage der Unterbringung nach den Paragraphen 63 und 64 StGB

Das heute in fast allen europäischen Ländern geltende zweispurige Strafrecht geht auf den Schweizer Strafrechtler Carl Stooß zurück, der 1893 erstmals Strafe für Tatschuld und kustodiale Sicherung und Besserung bei sogenannten „sozial gefährlichen Tätern“ verankerte

In der deutschen Strafrechtsgeschichte trat das Gesetz „gegen gefährliche Gewohnheitsverbrecher und über Maßregeln der Sicherung und Besserung“ erst mit dem 24.11.1933 in Kraft

Die Schweiz hat mit ihren 26 Kantonen eine föderalistische Struktur. Materielles Straf- und Zivilrecht sind, wie in Deutschland, bundeseinheitlich geregelt

## Forensik in der Schweiz

Die Schweiz hat mit ihren 26 Kantonen eine föderalistische Struktur. Materielles Straf- und Zivilrecht sind, wie in Deutschland, bundeseinheitlich geregelt, jedoch gibt es unterschiedliche kantonale Straf- und Zivilprozessordnungen sowie unterschiedliche Ausführungsbestimmungen (Dittmann 2000). Die forensisch-psychiatrische Versorgung gewährleisten vor allem psychiatrische Universitätskliniken und wenige forensisch-psychiatrische Dienste in Kantonen ohne Universität beziehungsweise Stationseinheiten. Forensische Spezialkliniken wie in Deutschland gibt es nicht. Da diese 20 Institutionen nicht ausreichen, um den forensisch-psychiatrischen Bedarf an Therapieplätzen und Begutachtungsfragen zu decken, werden diese Aufgaben auch von anderen psychiatrischen Kliniken, die nicht forensische Fachkliniken sind, mit übernommen.

### Begutachtung bei einem ernsthaften Anlass

Nach § 13 StGB muss eine psychiatrische Begutachtung angeordnet werden, wenn ein ernsthafter Anlass vorliegt, der Zweifel an der Zurechnungsfähigkeit des Beschuldigten begründet. Der psychiatrische Sachverständige hat sich zur Zurechnungsfähigkeit und zur Zweckmäßigkeit einer Maßnahme zu äußern, gleichwohl obliegt allein dem Gericht, den "Rechtsbegriff der Zurechnungsfähigkeit zu handhaben" (Dittmann 2000). Die kantonalen Strafprozessordnungen regeln die Rechte und Pflichten der Sachverständigen unterschiedlich. Zwei bis drei Prozent aller Beschuldigten pro Jahr werden begutachtet, wobei die einzelnen Deliktbereiche sehr unterschiedlich bewertet werden: vor allem Tötungsdelikte und schwere Sexualdelikte ziehen Begutachtungen nach sich. Nur ungefähr zwei Prozent aller Verurteilten werden in den Maßregelvollzug eingewiesen.

### Ähnlichkeiten mit deutscher Gesetzgebung

Ähnlichkeiten mit der Gesetzgebung in Deutschland bestehen dahingehend, dass eine Straftat verübt worden sein und eine psychische Erkrankung vorliegen muss, die mit der Tat in kausaler Beziehung steht. Anders ist jedoch, dass in der Schweiz die Herabsetzung oder Aufhebung der Zurechnungsfähigkeit nicht erforderlich sein muss, um in eine forensische Klinik eingewiesen zu werden. Es ist auch möglich, dass ein voll zurechnungsfähiger, aber psychisch gestörter Rechtsbrecher diese Maßnahme erhalten könnte. Es bedarf jedoch ebenfalls der Prüfung der Rückfallgefahr und der Verhältnismäßigkeit. Sofern eine Therapie aufgrund der Schwere der Störung des Täters zum gegenwärtigen Zeitpunkt

mit den gegenwärtigen therapeutischen Methoden nicht möglich ist, kann auch eine Unterbringung in einer Haftanstalt erfolgen.

Führt eine Therapie jedoch zur Verbesserung der Legalprognose, so wird eine Unterbringung im Maßregelvollzug verhängt. Verwahrung wird angeordnet, wenn es sich um weder behandelbare, noch pflegebedürftige, hoch gefährlicher Täter handelt oder um behandlungsfähige, aber dennoch hoch gefährliche Täter. Nach rechtskräftigem Urteil hat die kantonale Maßnahmebehörde die Verantwortung für die Durchführung der Maßregel.

Nach einem spektakulären Sexualmord im Jahre 1993 wurden landesweit interdisziplinäre Prognosekommissionen zur Beurteilung besonders gefährlicher Straftäter eingesetzt, die einen einheitlichen Kriterienkatalog zur Einschätzung der Legalprognose benutzen. Hierdurch hat sich die Zuverlässigkeit in der legalprognostischen Beurteilung von hoch gefährlichen Straftätern deutlich verbessern lassen.

## Forensik in Österreich

„Obwohl die forensische Psychiatrie in Österreich Tradition hat, ... hat sie einen ähnlich schwierigen Stand wie in anderen Ländern. Wissenschaftliches Interesse und Ausbildungsniveau haben Nachholbedarf, die universitäre Verankerung ist dürftig, den ständig steigenden Begutachtungsanforderungen seitens der Justiz steht nur eine geringe Zahl von Psychiatern, die zur Sachverständigentätigkeit bereit sind, gegenüber. Es gibt lediglich ein einziges Universitätsinstitut für Forensische Psychiatrie, und zwar die der Juristischen Fakultät zugeordnete Lehrkanzel in Salzburg...“ (Haller 2000).

Die Annahme von Zurechnungsunfähigkeit ähnelt in der Gesetzgebung der Schweiz und Deutschland. Auch hier gelten vier verschiedene Gründe: Geisteskrankheit, Schwachsinn, tiefgreifende Bewusstseinsstörung und andere schwere, einem dieser Zustände gleichwertige seelische Störungen. Vorbeugende Maßnahmen im Sinne der geschlossenen Unterbringung werden auf unbestimmte Zeit angeordnet und so lange vollzogen, bis die der Gefährlichkeit zugrunde liegende Erkrankung hinreichend behandelt beziehungsweise ausgeheilt ist. Das Gericht überprüft dies jährlich unter Zuhilfenahme eines Sachverständigen. Entwöhnungsbedürftige Straftäter werden höchstens zwei Jahre behandelt, für „gefährliche Rückfalläter“ ist die Unterbringung auf zehn Jahre limitiert. Nach Entlassung aus der Maßregel können dem psychisch kranken Rechtsbrecher Weisungen für die Dauer von fünf bis zehn Jahren erteilt werden. Für Suchtkranke gelten Zeiträume von einem bis fünf Jahren.

Ähnlichkeiten mit der Gesetzgebung in Deutschland bestehen dahingehend, dass eine Straftat verübt worden sein und eine psychische Erkrankung vorliegen muss, die mit der Tat in kausaler Beziehung steht

fällt weg, wenn sich herausstellt, dass der vermeintliche Patient gar nicht psychisch krank im Sinne der Paragraphen 20 und 21 StGB war oder wenn kein Hang zum Gebrauch von Suchtmitteln bestanden hat.

#### Hohe Verantwortung für Gutachter

Sofern keine zusätzliche Haftstrafe verhängt wurde, ist dieser Straftäter dann umgehend in Freiheit zu entlassen. Das gilt auch dann, wenn weitere Straftaten zu erwarten sind. Sind die Voraussetzungen für eine solche Erledigung der Maßregel gegeben, entscheidet die Strafvollstreckungskammer. Dies zeigt einmal mehr die Verantwortung, die der forensisch tätige Gutachter im Hinblick auf die Tragweite seiner psychiatrischen Begutachtung hat.

#### Versuch, die Gefahr künftiger Taten in den Mittelpunkt zu stellen

Volckart (1999) weist darauf hin, dass allgemein versucht wird, die vom Täter ausgehende Gefahr künftiger rechtswidriger Taten in den Mittelpunkt zu stellen, so dass auch wenig gewichtige Anlasstatten zu einer Unterbringung im Maßregelvollzug führen können, wenn weitere erhebliche rechtswidrige Taten drohen. Dies führt unweigerlich dazu, dass Menschen mit psychischen Behinderungen bei Delikten geringer Schwere sehr lange untergebracht bleiben, vor allem, wenn die psychische Behinderung grundsätzlich bestehen bleibt, wie zum Beispiel bei Minderbegabungen. Auch Obdachlosigkeit im Zusammenhang mit sozialer Verwahrlosung und Kleinkriminalität darf nicht in den Maßregelvollzug führen. Anders als bei der Unterbringung gemäß § 64 StGB im Rahmen einer Suchterkrankung erfolgt die Unterbringung gemäß § 63 StGB auch dann, wenn der Erfolg einer Behandlung von vornherein aufgrund der Schwere der Störung sehr fraglich erscheint, so beispielsweise bei schwersten Persönlichkeitsstörungen im Sinne des amerikanischen Psychopathiebegriffs und sexueller Perversionen. Eine Unterbringung nach § 64 StGB ist zeitlich befristet. Ungeachtet des Behandlungserfolges ist die Entlassung aus der Behandlung hier stets absehbar.

#### Zusammentreffen von Sucht und anderer psychischer Störung

Treffen eine Sucht und eine andere psychische Störung zusammen und begründet jedes für sich eine ungünstige Kriminalprognose, so können nach § 72 Abs. 2 StGB die Maßregeln nach den Paragraphen 63 und 64 StGB nebeneinander angeordnet werden. Das Gericht bestimmt die Reihenfolge der Vollstreckung, wobei es darauf zu achten hat, auf welchem Wege der Zweck der Maßregel am ehesten erreicht werden kann. Gemäß § 67 Abs. 1 StGB wird die Maßregel vor der Strafe vollzogen, sofern neben der Unterbringung in einer Anstalt nach den Paragraphen 63 und 64 StGB noch eine Freiheitsstrafe angeordnet wird. Das Prinzip des Vikariierens lässt jedoch zu, einen Teil der Freiheitsstrafe vor der Maßregel anzuordnen, wenn das Ziel der Maßregeln hierdurch besser erreicht werden kann.

Dies erscheint vor allem dann sinnvoll, wenn die zusätzlich verhängte Freiheitsstrafe erheblich ist und verhindert werden soll, dass der Patient nach einer angenommenen erfolgreichen Behandlung dann noch einmal in die Justizvollzugsanstalt zurück verlegt werden muss. Sofern der Zweck der Maßregel hierdurch besser erreicht werden kann, kann auch eine Unterbringung nach § 63 StGB zunächst nach den Bedingungen des § 64 StGB vollstreckt werden und umgekehrt. Der jeweilige zeitliche Befristungsrahmen der ursprünglich angeordneten Unterbringung bleibt hierbei bestehen. Bayern hat gegenwärtig vorgeschlagen, die zeitlichen Vorgaben des § 63 StGB-Vollzugs anzuwenden, sofern eine Maßregel gemäß § 64 StGB nach § 63 StGB vollzogen wird. Dies hätte für den betroffenen Patienten erhebliche Konsequenzen, da damit der Entlassungszeitpunkt eben nicht mehr vorhersehbar wäre, sondern sich allein nach dem Behandlungserfolg richtet. De facto hieße dies, dass ein durch eine erkennende Strafgerichtskammer gefälltes Urteil „korrigiert“ würde.

Für den klinisch tätigen forensischen Psychiater würde diese Entwicklung jedoch auch bedeuten, dass Patienten, die ausschließ-

## Forensik in den Niederlanden

In den Niederlanden gilt ebenfalls das zweispurige Strafrecht. Für psychisch kranke Straftäter gibt es zwei auf die Person bezogenen Maßregeln: die Einweisung in eine psychiatrische Klinik gemäß § 37 StGB und „ter beschikking stelling“ (TBS) nach § 37 a StGB. „Ter beschikking stelling“ ist mit der Unterbringung nach § 63 StGB in Deutschland vergleichbar und zielt auf die Überlassung zur vollstationären Versorgung bei entsprechender Gefährlichkeit des Täters oder Überlassung mit anderen Bedingungen (im Sinne von Behandlungsaufgaben). Darüber hinaus gibt es sogenannte Vermögensmaßregeln.

#### Ein Jahr warten auf einen Behandlungsplatz

Die Entwicklung der Unterbringungszahlen ist ähnlich dramatisch wie in den Nachbarstaaten. Von 527 Überlassenen im Jahr 1990 stieg die Zahl auf 1110 im Jahr 1997 (Lindemann 2001). Damit verbunden sind gegenwärtig Wartezeiten auf einen Behandlungsplatz in einer forensischen Klinik von einem Jahr. Niederländische Gerichte haben in besonders gravierenden Fällen bereits den Betroffenen Schadenersatz zuerkannt (Lindemann 2001).

Gleichwohl steigt auch in den Niederlanden die Zahl derer, die länger als acht Jahre im Maßregelvollzug untergebracht sind. Dies mag auch damit zusammenhängen, dass der Anteil der zugewiesenen Patienten, die ein Gewaltdelikt verübt haben, stetig zugenommen hat und heute bei 94 Prozent liegt. In diesem Zusammenhang hat vor allem die enorme finanzielle Belastung zu der Entwicklung der „long-stay-units“ geführt.

In den Niederlanden gilt ebenfalls das zweispurige Strafrecht. Für psychisch kranke Straftäter gibt es zwei auf die Person bezogenen Maßregeln

Die Entwicklung der Unterbringungszahlen ist in den Niederlanden ähnlich dramatisch wie in den Nachbarstaaten. Von 527 Überlassenen im Jahr 1990 stieg die Zahl auf 1110 im Jahr 1997

Es stellt sich das Problem, wie mit Patienten verfahren werden soll, bei denen auch sehr langjährige Unterbringung und offerierte Behandlungsangebote zu keinerlei positiver Veränderung des Störungsbildes geführt haben

Ein hochzivilisiertes Land wie Japan nimmt sich nunmehr erst nach dem Amoklauf eines psychisch Kranken in einer Schule im Sommer diesen Jahres der Frage der Unterbringung schuldunfähiger psychisch kranker Straftäter an. Bisher wurden dort schuldunfähige, psychisch kranke Straftäter ungeachtet ihrer Gefährlichkeit einfach wieder entlassen.

lich nach § 64 StGB eingewiesen wurden, jedoch über die bestehende Suchterkrankung hinaus gravierende psychische Störungen zeigen, die durchaus in kausalem Zusammenhang mit der Anlasstätigkeit gebracht werden müssen, länger und besser behandelt werden könnten. Die Entwicklung bleibt hier abzuwarten. Auf der anderen Seite stellt sich das Problem, wie mit Patienten verfahren werden soll, bei denen auch sehr langjährige Unterbringung und offerierte Behandlungsangebote zu keinerlei positiver Veränderung des Störungsbildes geführt haben. Diese Frage stellt sich nicht bei chronifizierten schizophrenen Psychosen, vielmehr aber bei den schon genannten schweren Formen der Persönlichkeitsstörung im Sinne des Psychopathen.

### Mögliche Überführung in Sicherungsverwahrung

Hierbei handelt es sich um Menschen mit oberflächlichem Charme, Empathielosigkeit, pathologischer Neigung zum Lügen und hoher Manipulationsfähigkeit, bei denen gegenwärtig angenommen wird, dass Psychotherapie kontraindiziert ist, weil sie die Manipulationskompetenz verstärkt, aber keinen inneren Wandlungsprozess beim Betroffenen auslöst. Angesichts der steigenden Nachfrage nach forensischen Behandlungsplätzen und angesichts der immensen Kosten, die durch Behandlung im Maßregelvollzug entstehen, darf die Frage diskutiert werden, ob die Überführung solcher Patienten in die Sicherungsverwahrung gemäß § 66 StGB angezeigt wäre. Eine Unterbringung in der Sicherungsverwahrung erfolgt unter anderem, wenn „die Gesamtwürdigung des Täters und seiner Taten ergibt, dass er infolge eines Hanges zu erheblichen Straftaten, namentlich zu solchen, durch welche die Opfer seelisch oder körperlich schwer geschädigt werden oder schwerer wirtschaftlicher Schaden angerichtet wird, für die Allgemeinheit gefährlich ist“ (§ 66 Abs. 1 Satz 3 StGB).

### Nur Maßregelvollzug bietet unbefristete Sicherung

Entscheidend für diese Frage kann nur sein, dass über die gesamte

Zeitdauer hinweg kein therapeutischer Fortschritt erzielt wurde, nicht jedoch, dass ein in Bezug auf Entlassung aus dem Maßregelvollzug nicht hinreichender Fortschritt erzielt wurde. Auch muss offen angesprochen werden, dass zuweilen Gerichte hoch gefährliche Straftäter lieber in den Maßregelvollzug einweisen, da hier von einer unbefristeten Sicherung auszugehen ist, während alle anderen Sanktionsinstrumente jeweils eine zeitliche Befristung der Sicherung beinhalten. Dass es sich hierbei durchaus um eine, menschlich verständliche, aber missbräuchliche Anwendung der Maßregelvollzugspraxis handelt, bedarf keiner weiteren Erklärung.

### Das Konzept der „long-stay-units“

In den Niederlanden wurde für Patientengruppen, bei denen von

#### Forensik in den USA

In den USA existiert ebenfalls ein zweispuriges Strafrecht. Anders als in Deutschland können jedoch auch psychisch Kranke in den Strafvollzug eingewiesen werden, wenn der unmittelbare kausale Zusammenhang zwischen Krankheit und Tat nicht evident zu sein scheint. In den USA werden hier, für Deutschland unverständliche, striktere Richtlinien angelegt. So kann es durchaus vorkommen, dass Schizophrene jahrelang in Gefängnissen sitzen, ohne einer Therapie im Maßregelvollzug zugeführt zu werden. Auch ist dort das extrem lange Wegschließen von Menschen bei Bagatelldelikten möglich, sofern es sich dabei um die dritte Verurteilung handelt („three strikes and you're out“). Vor dem Hintergrund der häufig von Feindseligkeit gekennzeichneten Debatte um den Maßregelvollzug ist die Kenntnis der rechtlichen Grundlagen und des Auftrages, den die forensische Psychiatrie erhalten hat, notwendig. Der Wunsch nach dem „three strikes and you're out“ in Deutschland wird juristisch geführt werden müssen.

einer dauerhaften erheblichen Rückfallgefahr verbunden mit einer schlechten Behandlungsprognose ausgegangen werden muss, das Konzept der „long-stay-units“ erarbeitet, welches vor allem für Patienten mit chronisch-psychotischen Störungen und Persönlichkeitsstörungen, psychoorganischen Störungen mit schwerer Persönlichkeitspathologie, Kernpädophilie und sadistisch-aggressive Sexualstraftäter konzipiert wurde. Diese Langzeitpatienten werden angemessen gepflegt und versorgt, erhalten jedoch ein deutlich weniger intensives Therapieangebot, nachdem sie von den intensiven Behandlungsangeboten nicht haben profitieren können. Die Kritik richtet sich immer wieder gegen das Faktum, dass einige wenige Patienten mit einer sprichwörtlich lebenslänglichen Unterbringung in einer gesicherten Klinik zu rechnen haben und sich damit die Probleme der Hospitalisierung und Deprivation stellen.

Das Bundesverfassungsgericht hat es mit der in Artikel 1 I GG verankerten Menschenwürde für unvereinbar erklärt, eine lebenslange Freiheitsstrafe zu vollstrecken (BVerfG 45, 187). Auch ist die Unterbringung eines psychisch Kranken ohne Behandlungsangebot nicht zulässig. Gleichwohl wird man sich die Frage gefallen lassen müssen, wie lange ein offeriertes Therapieangebot noch „Therapie“ ist und wann es zum Bestandteil eines geregelten Tagesablaufes wird. Es ist anzunehmen und zu hoffen, dass in den kommenden Jahren auch diese Frage diskutiert werden wird.

#### Literatur:

- Bruns, G. (1993): Ordnungsmacht Psychiatrie. 1. Aufl. Westdeutscher Verlag Opladen.
- Dittmann, V. (2000): Forensische Psychiatrie in der Schweiz. In: N. Nedopil (Hrsg.): Forensische Psychiatrie- Klinik, Begutachtung und Behandlung zwischen Psychiatrie und Recht. 2. Auflage Thieme Verlag Stuttgart, New York
- Haller, R. (2000): Forensische Psychiatrie in Österreich. In: N. Nedopil (Hrsg.): Forensische Psychiatrie- Klinik, Begutachtung und Behandlung zwischen Psychiatrie und Recht. 2. Auflage Thieme Verlag Stuttgart, New York
- Lindemann, M. (2001): Die Behandlung der Unbehandelbaren- Eine Skizze des niederländischen Longstay-Pilotprojektes Veldzicht. Recht und Psychiatrie 19. Jg., Heft 1 pp 21- 27
- Volckart, B. (1999): Maßregelvollzug. 5. Aufl. Luchterhand Verlag Neuwied



# Maßregelvollzug heute: Effizienter Teil der psychiatrischen Versorgung

Forensische Einrichtungen übernehmen Verantwortung für psychisch kranke Straftäter und verhindern so zumeist weitere schwere Übergriffe

Von Ulrich Jockusch

Forensisch-psychiatrische Einrichtungen des Maßregelvollzugs für seelisch kranke und erheblich gestörte Straftäter oder suchtmittelabhängige Straftäter (§ 63 und 64 Strafgesetzbuch) sind Bestandteil des psychiatrischen Versorgungssystems und nicht des Strafvollzugs. Dies wollen Öffentlichkeit, Medien und auch Politik oftmals nicht wahrhaben. Gleichwohl gelten auch für den therapeutischen Maßregelvollzug rechtliche Rahmenbedingungen, die die Allgemeinpsychiatrie nicht kennt. In Zielsetzung und Umsetzung ergeben sich ebenfalls bedeutsame Unterschiede zur Allgemeinpsychiatrie, die es sinnvoll erscheinen lassen, den Maßregelvollzug in spezialisierten Fachabteilungen anzusiedeln. Andererseits stützen sich die medikamentösen, psychotherapeutischen und rehabilitativen Behandlungsmethoden weitgehend auf Entwicklungen in der Allgemeinpsychiatrie und dort geltenden Behandlungsstandards. Jede forensische Einrichtung muss zudem in der Lage sein, dem Sicherungsauftrag gerecht zu werden. Sie dient jedoch nicht der dauerhaften Sicherungunterbringung dissozialer Wiederholungstäter.

Studien belegen, dass beim überwiegenden Teil der Patienten weitere schwerwiegende oder gewalttätige zukünftige Straftaten verhindert werden können.

Die rechtlichen Bestimmungen und die damit verknüpften Annahmen über psychisch kranke und abnorme Rechtsbrecher stammen aus den 30-er Jahren des letzten Jahrhunderts. Damals ging man weitgehend noch von der Unbehandelbarkeit und Unveränderbarkeit psychischer Erkrankungen (die als organische Defekte verstanden wurden) sowie der Notwendigkeit langfristiger oder unbefristeter Unterbringung in Heil- und Pflegeanstalten aus. Dabei wurde das

reizarme und abgesonderte Anstaltsmilieu als therapeutisch günstig angesehen. Zielvorstellung war die Sicherung der Bevölkerung durch soziale Ausgliederung der psychisch kranken Straftäter auf Dauer.

Auch heute ist der forensische Patient bei gerichtlicher Anordnung des § 63 Strafgesetzbuch mit einer schwerwiegenden Sanktion des Strafrechts konfrontiert, nämlich dem unbefristeten Freiheitsentzug, obwohl sich die Vorstellungen über psychische Krankheitsbilder und deren effektive Behandlungsmöglichkeiten ständig gewandelt und gebessert haben. Ein verfassungsgerichtliches Urteil zur Verhältnismäßigkeit der Fortdauer der Unterbringung aus dem Jahre 1985 hat ebenso wie die zunehmende Qualifizierung und Professionalisierung forensischer Mitarbeiter dazu beigetragen, dass im Maßregelvollzug zielgerichtet behandelt und die Strukturqualität der Maßregeleinrichtung verbessert wurde. Gleichwohl haben sich Bemühungen um eine Gesetzesreform mit dem Ziel, den § 63 wirklich nur bei schwerwiegendsten Taten anzuordnen oder zu einer Fristenregelung zu kommen, bislang nicht durchgesetzt.

## Belegungsdruck seit Mitte der 90-er Jahre steigend

Seit Mitte der 90-er Jahre sind vielmehr gegenläufige Tendenzen in der Gesellschaft beobachtbar: Während im Zuge des Bettenabbaus in der Allgemeinpsychiatrie enthospitalisiert, dezentralisiert und ambulantisiert wird, zeigte sich in den forensischen Einrichtungen ein zunehmender, kaum noch kompensierbarer Belegungsdruck mit rasant ansteigenden Aufnahmezahlen, verzögerten Entlassungen und Anstieg der Verweildauer. Der Maßregelvollzug in

psychiatrischen Kliniken, bislang für die Öffentlichkeit eher ein Niemandland, wurde plötzlich in den Medien als Quelle gefährlicher Gewalt- und Sexualstraftäter identifiziert, obgleich nur sechs Prozent aller verurteilten Sexualstraftäter im Maßregelvollzug untergebracht werden. Auch in der Fachöffentlichkeit wurde die Tatsache weniger wahrgenommen, dass der Anteil jüngerer, sozial desintegrierter psychotischer Patienten, die heute im allgemeinpsychiatrischen System nicht mehr ausreichend behandelt werden und in nachsorgenden Einrichtungen nicht integrierbar sind, in der forensischen Psychiatrie zugenommen hat. Offensichtlich disponiert psychische Erkrankung und damit verbundene soziale Randständigkeit vermehrt zu deliktischen Auffälligkeiten.

## Plätze für psychisch kranke forensische Patienten schaffen

Der Maßregelvollzug steht also vor der Aufgabe, vermehrt Behandlungsplätze für im engeren Sinne psychisch kranke forensische Patienten zu schaffen - wobei weniger ein hoher Sicherheitsstandard zu fordern ist, sondern ein der Allgemeinpsychiatrie vergleichbarer Qualitätsmaßstab für eine krankheits- und therapiegerechte Unterbringung. Möglichkeiten des sozialen Lernens und der Kontakt zur normalen Umwelt sind wichtige Voraussetzungen dafür, den forensischen Patienten eine neue soziale Perspektive und Orientierung für die Zeit nach der Unterbringung zu geben. Leider stehen die derzeitigen gesellschaftlichen Tendenzen einem therapeutischen Maßregelvollzug entgegen. Allseits wird ein kustodialer Maßregelvollzug im Sinne einer eigentlich nicht mehr begründbaren alten Gesetzesnorm gefordert.

Dr. Ulrich Jockusch, Arzt für Neurologie und Psychiatrie/ Psychotherapie, Chefarzt der Abteilung Forensische Psychiatrie im Zentrum für Psychiatrie Weissenau, 88214 Ravensburg. e-mail: ulrich.jockusch@zfp-weissenau.de



Etwa 50 Prozent der forensischen Patienten im Maßregelvollzug sind psychosekrank

## Hälfte der forensischen Patienten psychosekrank

Etwa 50 Prozent der forensischen Patienten im Maßregelvollzug sind psychosekrank, wobei es sich überwiegend um chronisch-rezidivierende Krankheitsverläufe mit mehrfachen Vorbehandlungen außerhalb der Forensik und zunehmender sozialer Desintegration handelt. Psychopathologisch überwiegt eine paranoide Symptomatologie. Männliche Schizophrene haben gegenüber der Normalbevölkerung ein fünf faches erhöhtes Risiko, erhebliche und mit der Erkrankung in Zusammenhang stehende Gewalttätigkeiten gegen Personen zu begehen. Besonders tragisch sind die Fälle, bei denen es zu Tötungsdelikten im sozialen Nahfeld kommt. Umgekehrt lässt sich sagen, dass selten Zufallsopfer oder Kinder betroffen sind, Sexualstraftaten sind für diese Gruppe forensischer Patienten untypisch. Die als fiktiv zu betrachtende „Abschaffung“ der Krankheit Schizophrenie würde die Kriminalität in der Gesellschaft theoretisch um nur drei Prozent senken.

Die Prognose psychosekranker forensischer Patienten ist dann ungünstig, wenn ein komorbider Substanzmissbrauch den Erkrankungsverlauf kompliziert, eine dissozial-narzisstisch geprägte Persönlichkeitsstörung gegeben ist oder schon eine langjährige soziale Desintegration ohne kontinuierliche Behandlung vorliegt.

## Verhalten psychotischer Patienten gut einschätzbar

Schizophren Kranke gelten nach wie vor als „gefährlich“ und „unberechenbar“. Gleichwohl ist die auch gegenüber anderen psychischen Erkrankungen erhöhte Aggressionsbereitschaft an im Prinzip behandelbare psychopathologische Symptome gebunden und kann hinsichtlich symptomprovozierender Situationen prinzipiell auch eingeschätzt werden. Psychotische forensische Patienten stellen innerhalb der forensischen Abteilung oder Therapiestation kein besonders hohes Risiko dar, da psychiatrierfahrene Mitarbeiter den Umgang mit psychotischen Erregungszuständen oder impulsiven Reaktionen kennen und zu-

dem die Patienten bei längerfristigen Verweildauern in der Regel stabil medikamentös eingestellt sind.

Das Therapieangebot beinhaltet neben der medikamentösen Basisbehandlung regelmäßige Einzelgespräche mit Therapeut und pflegerischer Bezugsperson, ergotherapeutische Belastungserprobung, psychoedukative und kognitive Übungsgruppen sowie strukturierte lebenspraktische und freizeitorientierte Angebote. Behandlungsziel ist neben der psychopathologischen Stabilisierung und besseren Krankheitsbewältigung die Vorbereitung auf nachsorgende extramurale Einrichtungen im gemeindepsychiatrischen Verbund.

## Persönlichkeitsstörungen häufig

Die nächst größere Patientengruppe sind Personen mit Persönlichkeitsstörungen. Bei ihnen liegen seit der Jugendzeit bekannte charakteristische Verhaltensauffälligkeiten vor, die die soziale Anpassung erheblich beeinträchtigen. Unter den Persönlichkeitsstörungen in der forensischen Psychiatrie überwiegt der „B-Cluster“ mit emotional-instabilen, histrionischen, dissozialen und narzisstischen Persönlichkeitszügen. Diese Persönlichkeitszüge findet man in der Regel auch bei Straftätern im Justizvollzug. Psychopathologische Qualität gewinnen diese Störungen, wenn eine Mischung von Egozentrität und Grandiosität mit mangelnder Empathie und fehlenden Schuldgefühlen gekoppelt ist.

Therapeutisch ist auf die im Alltag gebotene Kontakt- und Beziehungsgestaltung mit Mitpatienten, Therapeuten und Bezugspersonen im Sinne der Abmilderung der genannten Persönlichkeitseigenschaften einzuwirken, Störungen der Impulskontrolle oder eine überschießende sexualisierte Phantasietätigkeit können auch medikamentös beeinflusst werden. Aufarbeitung der Lebensgeschichte, von deliktischer Szenarien und von unter stationären Bedingungen häufiger Konfliktkonstellationen sind Inhalte der regelmäßigen Einzelpsychotherapie. Gruppentherapeutische Rollenspielangebote sind manchmal instruktiver als

Gespräche und vermitteln auch dem Patienten ein unmittelbares Erleben.

## Patienten erleben sich selbst als Opfer

Typisch für diese Patientengruppe ist auch das Erleben, selbst „Opfer“ zu sein, wobei es real in der Vorgeschichte Missbraucherlebnisse geben kann. Überwiegend herrscht jedoch ein diffuses Benachteiligungserleben vor. Aus derartigen Verstimmungen und Ressentiments heraus entsteht dann eine erhöhte Bereitschaft, eindimensional zu denken und affektiv überzureagieren - wobei oftmals auch eine hohe Nachhaltigkeit dieser negativen Affekte besteht.

## Alkoholmissbrauch hoher kriminologischer Risikofaktor

Das allgemeine kriminologische Risiko bei dieser Patientengruppe ist für Eigentumsdelinquenz und polytrope Kriminalität sechs fach als in der Normalbevölkerung. Hinsichtlich des Wiederholungsrisikos ist nicht mit einschlägigen, sondern verschiedensten Straftaten zu rechnen, wobei man sich hier prognostisch an die Vorstrafen halten kann. Alkoholmissbrauch gilt als hoher kriminologischer Risikofaktor, der ausgeprägter ist als jede andere Form psychischer Erkrankung.

Eine besondere Stellung nehmen die Patienten mit Sexualdelinquenz ein. Es ist allerdings nicht gerechtfertigt, von „dem Sexualstraftäter“ zu sprechen. Vielmehr sind therapeutisch und prognostisch Differenzierungen notwendig, die im Laufe des Maßregelvollzugs erarbeitet werden müssen.

Generell gilt für diese Gruppe, dass sie eine längere stationäre Verweildauer als die psychotischen Patienten haben, dass sie jedoch bei gegebener Verhaltensstabilisierung auf offenen Stationen mit vermehrter Selbstverantwortung, sozialen Kontaktmöglichkeiten nach draußen und auch schulischen oder beruflichen Weiterbildungsmöglichkeiten behandelt werden sollten. Damit kann nach der Maßregel ein sozial eigenständiges Leben im Sinne der

Schizophren Kranke gelten nach wie vor als „gefährlich“ und „unberechenbar“. Gleichwohl ist die auch gegenüber anderen psychischen Erkrankungen erhöhte Aggressionsbereitschaft an im Prinzip behandelbare psychopathologische Symptome gebunden

tatsächlichen Resozialisierung angestrebt werden.

### **Intellektuelle Defizite erschweren die Behandlung**

Persönlichkeitsstörungen mit Minderbegabung sind ebenfalls eine sehr schwierig zu behandelnde Gruppe forensischer Patienten, da hier die Persönlichkeitsentwicklung sehr durch die intellektuellen Defizite und Lernbehinderungen einschließlich Teilleistungsstörungen bestimmt ist. In der Regel ist es zu einer Fülle von Versagenserlebnissen in vielen Lebensbereichen - nicht nur in der Schule - gekommen. Sehr schnell treten Überforderungs- und Frustrationssituationen auf. Die soziale Akzeptanz einerseits und die Problemlösefähigkeit andererseits ist gering. Neben der kognitiven Einengung bilden diese Patienten abnorme Reaktionsbereitschaften im Sinne von affektiven Durchbrüchen und Konfliktreaktionen aus. Sie sind wenig in der Lage, die Folgen ihres Handelns rechtzeitig zu bedenken oder aus Erfahrung zu lernen. Das Selbstbild dieser Patienten ist durch eine Außenseiterrolle geprägt. Es liegt nahe, dass diese Patienten sich oftmals gegenüber Schwächeren aggressiv verhalten (pädophile Straftäter) oder aus einer Frustrationsspannung heraus in ihrer Umgebung Schaden anrichten (Brandstiftungen).

### **Einüben alltagspraktischer Fähigkeiten auf der Station**

Im stationären Behandlungsangebot geht es weniger um die psychotherapeutische Veränderung innerer Erlebnisbereiche, sondern mehr um das Einüben alltagspraktischer Basisfertigkeiten in Verbindung mit sozialverträglichem Gruppenverhalten. Die gut vorbereitete Entlassung in ein adäquates, stützendes soziales Umfeld bewirkt hinsichtlich der weiteren Straffälligkeit dieser Patientengruppe mehr als eine unter Umständen auch sehr langfristige stationäre Unterbringung im Maßregelvollzug.

Kernstück des forensischen Alltags ist die Zwangs-Intim-Gemeinschaft von Patienten und pflegerischem sowie therapeutischem Personal

auf einer Station über eine vergleichsweise sehr lange Verweildauern. Wesentliches Bestreben einer jeden forensischen Station und ihrer Konzeption muss sein, therapiehinderliche Charakteristika einer solchen 24-Stunden-Zwangsgemeinschaft zu neutralisieren. Viele Patienten mit Vorerfahrungen in Heimen und Strafanstalten neigen zu der Wahrnehmung, dass das therapeutische Personal vor allem Aufsichtsfunktion hat, oder auch Dienstleistungen verrichten muss, die man formal mit schriftlichen Anträgen einfordert. Darüber hinaus neigen die Patienten zu Abgrenzungstendenzen und falsch verstandener Solidarität, versuchen, ein subkulturelles Milieu mit eigener Hierarchie zu etablieren.

### **Transparentes Stationskonzept fördert längerfristiges Zusammenleben**

Die milieutherapeutische Gestaltung des stationären Alltags hat hier bedeutsame vermittelnde Funktionen: Ein sowohl für das Personal als auch für die Patienten transparentes Stationskonzept mit allgemeinen Regelungen, Angeboten und Aufgabenbereichen sowie klaren professionellen Rollenzuschreibungen ermöglicht und fördert ein längerfristiges Zusammenleben. Es birgt auch die Möglichkeit, die Alltagsatmosphäre mehr therapeutisch und personensorientiert als kustodial zu gestalten. Der neu aufgenommene forensische Patient hat sich auf ungewohnte und auch unerwartete Sachverhalte einzustellen: Er erlebt sich primär nicht als krank, wird jedoch behandelt oder muss Behandlungsmaßnahmen hinnehmen. Er möchte Kontakt vermeiden und sich zurückziehen, wird jedoch ständig in stationäre Abläufe einbezogen. Er verleugnet seine Straftat, wird jedoch auf die Unterbringungsgründe wiederholt hingewiesen und angesprochen. Er versucht, Regelungen zu umgehen, wird jedoch konfrontiert und zu Korrekturen aufgefordert. Er erlebt möglicherweise auch im Kontakt mit anderen Patienten, dass er mit seinen Problemen oder phantasierten Fähigkeiten nicht einzigartig dasteht, sondern einer von mehreren ist und dass auch bei ihm hinter die Fassade geschaut wird.

### **Patienten sollen erfahren, dass sie als Person akzeptiert werden**

Der Patient soll zumindest die Grunderfahrung machen dass man ihn seitens des therapeutischen Personals als Person akzeptiert, egal, welche Straftat er sich zu Schulden hat kommen lassen. Zugleich muss aber deutlich vermittelt werden, dass die Straftaten selbst in keiner Weise gebilligt werden - auch wenn es um die Erarbeitung eines Deliktverständnisses geht. Für den Patienten ist es auch wichtig, dass er nicht mit abstrakten Therapiezielen konfrontiert wird, sondern dass konkrete Bewältigungsschritte formuliert und auch zeitlich absehbare Lockerungsmöglichkeiten im Hinblick auf die zukünftige Außenorientierung vereinbart werden. Dabei muss er auch verstehen, dass es ein allgemeingültiges Modell der forensischen stationären Therapie nicht gibt, sondern individuelle Wege zu erarbeiten sind.

### **Lernen zu ertragen, dass andere anders behandelt werden**

Der Straftäter mit seinem paradoxen Gerechtigkeitssinn muss lernen zu ertragen, dass andere Patienten anders behandelt werden und zwar nicht deshalb, weil sie von den Therapeuten bevorzugt werden, sondern weil es im Einzelfall angemessener ist. Dieser hier nur in Einzelaspekten dargelegte Erlebnisraum des Patienten ist in der Regel Anlass für Irritationen, Widerstand oder auch negative therapeutische Reaktionen, mit denen nur auf der Basis eines klaren handlungsgeleiteten milieutherapeutischen Konzepts umgegangen werden kann. Eine vermittelnde Funktion hat hier das Konzept der Bezugspflege, die auf der Basis persönlicher Begegnung dem Patienten Halt und Orientierung ermöglicht.

### **Entlassung nur dann, wenn weitere Straftaten unwahrscheinlich sind**

Aus dem Maßregelvollzug kann ein forensischer Patient dann entlassen werden, wenn mit hoher Wahrscheinlichkeit erwartet werden kann, dass er keine weiteren gefährlichen Straftaten begehen wird. Das bedeutet für die prognostische Beweisanforderung, dass

Der Patient soll zumindest die Grunderfahrung machen dass man ihn seitens des therapeutischen Personals als Person akzeptiert, egal, welche Straftat er sich zu Schulden hat kommen lassen

Aus dem Maßregelvollzug kann ein forensischer Patient dann entlassen werden, wenn mit hoher Wahrscheinlichkeit erwartet werden kann, dass er keine weiteren gefährlichen Straftaten begehen wird

Eine ganz wesentlich prognostische Bedeutung kommt der Gestaltung und Erprobung einer möglichen Entlassungssituation zu

die delinquenzspezifischen psychischen Störungen oder Persönlichkeitsmerkmale behandelt, dauerhaft vermindert oder sogar vollständig beseitigt worden sind. Bei dem Schweregrad der psychischen Störungen ist allerdings oftmals mit einer günstigen Behandlungsprognose nicht zu rechnen, so dass der weiteren psychosozialen Betreuung besonderes Gewicht für die Prognose zukommt.

Eine ganz wesentlich prognostische Bedeutung kommt der Gestaltung und Erprobung einer möglichen Entlassungssituation zu. Diese sollte in jedem Fall einige Wochen oder Monate praktisch erprobt werden, sei es nun das selbstständige Wohnen, die Rückkehr in eine Partnerbeziehung oder Familie, das betreute Wohnen in sozialpsychiatrischen Einrichtungen in Verbindung mit beschützten Arbeitsplätzen oder auch die längerfristige Heimunterbringung mit geringen lebenspraktischen Anforderungen. Der Vorteil dieser Erprobungsphase, die in der Regel durch die Vollstreckungsbehörden zu genehmigen ist, liegt darin, dass die Prognose zur Bewährungsentlassung gezielt auf bekannte Entlassungsumstände und Hilfen bezogen werden kann und notwendige Weisungen in angemessener Form für die Bewährungszeit abgesprochen werden können. Die letztlich zu stellende kriminologische Prognose berücksichtigt also bei Patienten im Maßregelvollzug in erster Linie die weitere Behandlungs- und Sozialprognose. Kriminologische Kriterien aus der Vorgeschichte werden aber ebenso berücksichtigt wie die Intensität und Dynamik der Unterbringungsstraftat.

#### Verschärfung der Entlassungsprognose greift nicht

Die 1998 gesetzlich eingeführten Verschärfungen der Entlassungsprognose dahingehend, dass jetzt erwartet werden muss, dass der Patient keine Straftaten mehr begeht, entspricht nicht der Realität psychisch kranker forensischer Patienten. Mehrere Studien zur strafrechtlichen Rückfälligkeit nach Bewährungsentlassung haben gezeigt, dass im Verlauf von fünf Jahren bis zu 50 Prozent der Patienten erneut strafrechtlich auf-

fällig werden, wenngleich ganz überwiegend in geringfügiger Art und Weise. Schwerwiegende Aggressions- oder Sexualstraftaten werden in zehn Prozent der Fälle begangen, wobei die Gruppe der psychosekranken Patienten generell und auch im Bereich erneuter Aggressionsdelikte deutlich besser abschneidet, als die Gruppen der Persönlichkeitsstörungen.

#### Maßregelvollzug mindert das Kriminalitätsniveau

Wenngleich diese Ergebnisse nicht mit den Rückfallquoten aus dem Strafvollzug, die wesentlich höher liegen, verglichen werden können, so lässt sich dennoch feststellen, dass durch den Maßregelvollzug das allgemeine Kriminalitätsniveau mindestens bei 80 Prozent der Patienten erfolgreich gemindert wird. Diese Ergebnisse werden leider gar nicht oder nur passmager in der Öffentlichkeit wahrgenommen. Einzelne spektakuläre Rückfallstraftaten, sei es von Tätern aus dem Maßregelvollzug oder aus dem Strafvollzug, bestimmen die Diskussion und haben dazu geführt, dass in der Bevölkerung ein hoher Widerstand gegenüber entlassenen forensischen Patienten besteht. Dieser Widerstand ist oftmals auch bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern nachsorgender sozialpsychiatrischer Einrichtungen feststellbar.

#### Forensik Durchgangsstation mit längerfristiger Krisenintervention

Die heutige Aufgabenstellung des psychiatrischen Maßregelvollzugs mit verbesserten Möglichkeiten der Beeinflussung psychisch kranker Straftäter muss man trotz des überlauten Rufs nach mehr Sicherheit dahingehend definieren, dass die forensische Psychiatrie nicht mehr „die Endstation“ für nicht behandelbare oder dauerhaft kranke und gefährliche Täter ist, sondern eher eine „Durchgangsstation“ mit längerfristiger Krisenintervention. Dieses Konzept setzt allerdings voraus, dass erhebliche Investitionen in Nachsorgeeinrichtungen notwendig sind, da wahrscheinlich bis zu 70 Prozent der ehemals untergebrachten Patienten weitere stützende und entlastende Rahmenbedingungen in Verbindung mit psychiatrischer Basis-

behandlung und sozialpsychiatrisch-pädagogischer Betreuung bedürfen. Erfahrungen in der Kooperation mit psychiatrischen Nachsorgeeinrichtungen für die Gruppe der psychosekranken forensischen Patienten sprechen dafür, dass diese Patienten dort unabhängig von ihrem Ausgangsdelikt sehr gut weiter betreut werden können. Erforderlich ist ein über die jeweiligen Mitarbeiter vermittelter guter Kontakt bei der Einrichtung, damit in Krisensituationen adäquat und schnell fachlich beraten und gehandelt werden kann. Die Akzeptanz in Nachsorgeeinrichtungen für forensische Patienten ist vor allem dann in den Behandlungsteams gegeben, wenn bereits positive Entwicklungen mit ehemals forensischen Patienten gemacht worden sind. Dazu gehört aber auch das Selbstverständnis der Nachsorgeeinrichtung, für diese früher nicht integrierbaren Patienten erneut zuständig zu werden.

Der Auftrag der Nachsorgeeinrichtung kann nicht nur in dem Bemühen um die Verhinderung weiterer strafrechtlicher Auffälligkeiten gesehen werden. Die Patienten sollen längerfristig die Chance eines gebesserten Gesundheitszustandes haben, über bessere soziale Ressourcen verfügen und für die eigene Lebensplanung eine Neuorientierung finden. Es soll ihnen geholfen werden, vom doppelten Stigma des „Straftäters“ und des „psychisch Kranken“ dauerhaft wegzukommen. Insofern wird als Zielsetzung mehr als „Resozialisierung“ angestrebt, da diese Patienten vor ihrer forensischen Zeit eine entsprechende Sozialisierung, die ihnen jetzt eröffnet werden soll, entweder noch gar nicht hatten oder diese bereits längerfristig verlorenging. Die Öffnung sozialpsychiatrischer Nachsorgeeinrichtungen für forensische Patienten bedeutet, dass der in Zeiten der Dezentralisierung und Ambulantisierung erkennbaren Tendenz, desintegrierte psychosekranke „Systembrecher“ in die forensische Psychiatrie abzuschieben, entgegengearbeitet werden soll - mit dem Ziel, diese Patienten unter besseren Ausgangsbedingungen in die Rehabilitationskette des gemeindepsychiatrischen Verbunds wieder aufzunehmen.

Die 1998 gesetzlich eingeführten Verschärfungen der Entlassungsprognose dahingehend, dass jetzt erwartet werden muss, dass der Patient keine Straftaten mehr begeht, entspricht nicht der Realität psychisch kranker forensischer Patienten

# Zwischen den Stühlen

## Reintegrationsauftrag und Legalprognose im Maßregelvollzug / Keine hundertprozentige Sicherheit bezüglich Ausschluss erneuter Straftaten

Von Nahlah Saimeh

„Es ist kaum zu glauben... Strafgefangener Kinderschänder beim Freigang entflohen. Und alle Verantwortlichen können es sich erlauben, solche Menschen auf Freigang zu schicken. Haben diese Psychologen ... noch ein Gewissen?“ So begann ein empörter Leserbrief im Weser Kurier vom 9. November 2001, nachdem ein forensisch untergebrachter Patient im Rahmen eines Begleitausgangs kurzfristig entwichen war. Es ist ein alter Medizinerwitz, dass Psychiater nichts können, nichts wissen, aber für alles Verständnis haben. Forensischen Psychiatern werden darüber hinaus Ignoranz und Gewissenlosigkeit vorgeworfen. Der folgende Beitrag beleuchtet die Aufgaben der Behandlung und Legalprognostik in der forensischen Psychiatrie, die miteinander vereint werden müssen.

Häufig erscheint der Vorwurf, Straftäter würden für ihre abscheulichen Taten auch noch mit Therapie „belohnt“. Daher zunächst ein Blick auf die Patienten im Maßregelvollzug: In den forensischen Kliniken befinden sich zu 40 bis 50 Prozent Patienten mit schizophrenen Psychosen, zu zirka 45 Prozent Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen und zu fünf bis zehn Prozent Patienten mit intellektuellen Minderbegabungen und hirnorganischen Störungen. In Kliniken, die sowohl die Versorgung für die nach Paragraph 63 StGB wie zusätzlich nach Paragraph 64 StGB untergebrachten Patienten übernehmen, liegt der Anteil der suchtkranken Patienten bei zirka 20 Prozent. Vorübergehende psychische Störungen finden sich im Maßregelvollzug nicht als Einweisungsdiagnose.

### Patienten im Maßregelvollzug: Die wenigsten sind weiblich

Nur fünf bis acht Prozent der Patienten sind weiblich. Die Ursachen sind vielfältig: Frauen mit

psychischen Auffälligkeiten werden rascher durch das sozialpsychiatrische Versorgungsnetz aufgenommen, bei Straftaten erfolgen eher stationäre Unterbringungen auf betreuungsrechtlicher Grundlage und insbesondere ist die Deliktategorie der Sexualstraftaten bei Frauen außerordentlich selten. Tötungsdelikte durch Frauen führen häufig nicht zur Dekulpation, da sie mangels körperlicher Kräfte vorsätzlich geplant werden und die Steuerungsfähigkeit folglich nicht beeinträchtigt ist. Im Rahmen der gegenwärtigen Entwicklung der forensischen Unterbringungspraxis ist aber mit einem Anstieg der Patientinnen im Maßregelvollzug zu rechnen.

Die Delikte reichen von Eigentumsdelikten über Brandstiftung und Körperverletzung bis hin zu Sexualdelikten und Tötungsdelikten mit und ohne sexuelle Komponente. In der Gruppe der Sexualstraftäter finden sich zu 50 Prozent Persönlichkeitsstörungen, zu 14 Prozent Patienten mit Minderbegabung, zu etwa gleichen Teilen von fünf Prozent Patienten mit Schizophrenie oder mit Suchterkrankungen. Nur etwa jeder zehnte Sexualstraftäter wird im Maßregelvollzug untergebracht.

### Zunehmend forensische Patienten in der Allgemeinpsychiatrie

Die Verweildauer im Paragraph 63-er Vollzug beträgt im Bundesdurchschnitt 5,8 Jahre. Im Einzelfall befinden sich Patienten 15 Jahre und länger in der Klinik und dies auch ohne jegliche Lockerungen. Einige von ihnen werden nur in sehr hohem Lebensalter unter deutlich fortgeschrittener körperlicher Gebrechlichkeit nahtlos von einer forensischen Klinik in ein Altenpflegeheim entlassen werden können. Infolge des Missverhältnisses von forensischen Behandlungsplätzen in Fachkliniken und

dem gegenwärtig steigenden Bedarf werden seit einigen Jahren zunehmend forensische Patienten in Kliniken der Allgemeinen Psychiatrie untergebracht. In Nordrhein-Westfalen sind dies gegenwärtig über 25 Prozent, in Bremen 15 Prozent. Dies stellt die Kliniken und die Patienten vor eine nicht unerhebliche Belastung, da die Stationen der Allgemeinen Psychiatrie weder hinsichtlich der Verweildauer noch der milieutherapeutischen Sonderbedingungen und der Personalstärke entsprechend ausgestattet sind. Zudem müssen die fehlenden baulichen Sicherheitsaspekte personell kompensiert werden, soweit dies möglich ist. Allenfalls praktikabel ist dies nur für Patienten mit schizophrenen Psychosen, die in der Rehabilitationsplanung bereits weit fortgeschritten sind.

### Drei Therapiebereiche im Maßregelvollzug

Die innere Differenzierung in Maßregelvollzugskliniken sieht eine Dreiteilung in einen Aufnahme- und Diagnostikbereich, einen gesicherten Therapiebereich und einen Rehabilitationsbereich vor, in dem sich Patienten befinden, die auf eine Entlassung vorbereitet werden. Die Behandlungseinheiten sind im Idealfall in Wohngruppen zu je fünf bis maximal zehn Patienten aufgeteilt, so dass die Patienten in ihrer alltäglichen Lebensgestaltung die Auseinandersetzung mit ihren Mitpatienten in sozial angemessener Form üben können. Die Bereitstellung von Einzelzimmern hat sich als besonders aggressionshemmend erwiesen. Isolationstendenzen der Patienten müssen grundsätzlich durch soziotherapeutische Maßnahmen kompensiert werden.

„Intensiv-Care-Bereiche“ oder Kriseninterventionsstationen dienen dazu, den Patienten auf ein

Dr. med. N. Saimeh,  
Chefärztin der Klinik  
für Forensische  
Psychiatrie und  
Psychotherapie,  
Zentralkrankenhaus  
Bremen Ost

Zur Vorbereitung einer Entlassung aus dem Maßregelvollzug ist die Vorhaltung von klinikeigenen Appartements sinnvoll

Die Behandlung muss hinsichtlich Regelmäßigkeit, Inhalten und Erfolgen ausführlich dokumentiert sein und stellt die Grundlage für die eventuelle Gewährung von Lockerungen dar

Leben in einer therapeutischen Wohngruppe in der Klinik vorzubereiten oder ihn wieder dahin zu führen. Zur Vorbereitung einer Entlassung aus dem Maßregelvollzug ist die Vorhaltung von klinikeigenen Appartements sinnvoll, so dass der Patient einen niederschweligen Übergang von der vollstationären Betreuung hin zur Beurlaubung in eine betreute Wohngemeinschaft oder ein betreutes Einzelwohnen bekommt. Überhaupt kommt der intensiven und sorgfältigen Entlassungsvorbereitung erhebliche rückfallpräventive Bedeutung zu. Nur wenige Maßregelvollzugskliniken verfügen gegenwärtig über einen eigenständigen Nachsorgebereich, in dem beurlaubte oder aus der Maßregel entlassene Patienten ambulant weiter betreut werden.

#### **Multiprofessionelles Team setzt Therapien um**

Durch ein multiprofessionelles Team werden Psychotherapie, Pharmakotherapie, Soziotherapie, Ergotherapie, Kreativtherapien, körpertherapeutische Verfahren und Beschulung umgesetzt. Hinsichtlich der psychotherapeutischen Verfahren hat sich gezeigt, dass die in der Straftäter-Behandlung angewandten kognitiv-verhaltenstherapeutischen Techniken die besten Ergebnisse liefern. Es kommen jedoch auch im Rahmen schulenübergreifender Psychotherapietechniken tiefenpsychologische Verfahren zur Anwendung.

Die Teilnahme an den störungsspezifisch zugeschnittenen Therapien ist verpflichtend. Je nach Bundesland wird von der forensischen Klinik in halbjährlichen beziehungsweise Quartalsabständen ein aktueller Behandlungs- und Eingliederungsplan pro Patient erstellt, der mit dem Patienten besprochen wird. Ein erster vorläufiger Behandlungsplan wird unverzüglich nach der Aufnahme erstellt, der erste Behandlungs- und Eingliederungsplan muss binnen sechs Wochen nach Aufnahme erstellt werden. Die Behandlung muss hinsichtlich Regelmäßigkeit, Inhalten und Erfolgen ausführlich dokumentiert sein und stellt die Grundlage für die eventuelle Gewährung von Lockerungen dar.

Leygraf (1987) hat darauf hingewiesen, dass forensische Patienten in ihrer oftmals dissozialen Entwicklung nicht kranken Strafgefangenen mehr ähneln als nicht dissozialen psychisch Kranken.

#### **Soziotherapeutischer Aspekt hat besondere Bedeutung**

Da eine günstige Krankheitsprognose damit nicht automatisch eine günstige Legalprognose bedeutet, kommt dem soziotherapeutischen Aspekt in der Forensik besondere Bedeutung zu. Die professionelle Beziehungsarbeit zum Patienten hat einen großen Anteil an der inneren und äußeren Sicherung. Ein Großteil der im Maßregelvollzug untergebrachten Patienten, insbesondere diejenigen mit Persönlichkeitsstörungen, verfügen oftmals über langjährige Justizvollzugserfahrung und sind hinsichtlich ihres delinquenten Verhaltens als potentiell gefährlich einzustufen, sofern nicht intensiv und nachhaltig daran gearbeitet wird, den Patienten in eine durch Zuverlässigkeit, Klarheit und Beständigkeit gestaltete therapeutische Beziehung einzubinden. Dabei ist der Auftrag der Sicherung keinesfalls gegenläufig zur Therapie zu verstehen. Vielmehr gelingt es oftmals erst gerade durch die langdauernde Sicherung, den Patienten kontinuierlich in einen therapeutischen Prozeß einzubinden. Auch läßt sich die Sicherung als unabwendbares Realitätsprinzip im therapeutischen Prozeß bearbeiten.

#### **Arbeit am Delikt steht im Mittelpunkt**

Von zentraler Bedeutung in der psychotherapeutischen Arbeit mit Patienten in der Forensik ist die Arbeit am Delikt. Insbesondere muss beachtet werden, welche Erfahrungs- und Handlungsstrukturen durch das Verüben der Tat selbst beim Täter entstanden sind, und inwieweit dieses Verhalten als Problemlösestrategie in der Vorstellungswelt des Patienten beibehalten wird. Der Abbau von Verleugnungsstufen und die Übernahme von Verantwortung für die Tat sowie die Entwicklung von Em-

pathiefähigkeit mit dem Opfer sind wesentliche Kernpunkte der Behandlung. Die Rolle der therapeutischen Schweigepflicht hinsichtlich dessen, was in der Therapie besprochen wird, wird in forensischen Fachkreisen immer wieder kontrovers diskutiert. Gleichwohl muss bedacht werden, dass die Nachvollziehbarkeit und Beurteilung einer Entwicklung nur dadurch möglich ist, dass den für Entscheidungen endverantwortlichen Personen und den in die Therapie des Patienten einbezogenen multiprofessionellen Mitarbeitern Inhalte der Therapie bekannt gegeben werden. Auch die Überprüfung der Arbeit des Behandlers im Sinne der Qualitätssicherung und Supervision kann nur erfolgen, wenn die inhaltliche Arbeit am Patienten dokumentiert und einer Überprüfung zugänglich gemacht wird.

#### **Schrittweise Lockerung unverzichtbar**

Gemäß des Auftrags der Besserung und Sicherung zielt die Behandlung im Maßregelvollzug darauf, einen Patienten wieder in die Lage zu versetzen, zukünftig straffrei zu leben. Die schrittweise Gewährung von Lockerungen im Rahmen der Therapieplanung ist unverzichtbar, um die Zuverlässigkeit des Patienten zu erproben und sein eigenständiges Verhalten in normalen sozialen Situationen einzuüben und zu verfestigen.

Lockerungen im Sinne von begleiteten oder auch unbegleiteten Ausgängen über unterschiedliche Zeiträume bis hin zu Beurlaubungen sind Bestandteil der Behandlung von Patienten im Maßregelvollzug. Der Patient hat, soweit unter legalprognostischen Erwägungen verantwortlich, einen Rechtsanspruch darauf (Beispiel: Paragraph 15 Nds. MVollzG: „(1) Dem Untergebrachten können Lockerungen des Vollzuges oder Urlaub gewährt werden, wenn zu erwarten ist, dass dadurch das Ziel der Unterbringung gefördert wird und wenn nicht zu befürchten ist, dass der Untergebrachte die ihm eingeräumten Möglichkeiten mißbrauchen, insbesondere sich oder die Allgemeinheit gefährden wird“).

## Unterschiedliche Gesetzesgrundlage in den Bundesländern

In den verschiedenen Bundesländern herrscht eine unterschiedliche gesetzliche Grundlage hinsichtlich der Entscheidungsbefugnis. Das Niedersächsische Maßregelvollzugsgesetz schreibt zum Beispiel hierzu in Paragraph 15 Absatz 5 Nds. MVollzG vor, dass vor der Bewilligung von Freigang, Ausgang oder Urlaub die Vollstreckungsbehörde zu hören ist und der Urlaub nur im Einvernehmen mit der Vollstreckungsbehörde zu gewähren ist, wenn der Schutz der Allgemeinheit besonders beachtet werden muss. In einigen Bundesländern muss jede Lockerung genehmigt werden. Bremen hingegen obliegt die Entscheidungsbefugnis allein der chefärztlichen Leitung der Klinik. Gleichwohl ist auch hier ein enger Austausch mit Staatsanwaltschaft und Strafvollstreckungskammer bei besonders diffizilen Lockerungsentscheidungen gängige Praxis. Einige Kliniken arbeiten mit einer externen prognoseberatenden Fachgruppe zusammen.

## Kurzzeit- und Langzeitprognosen

Die Behandlung im Maßregelvollzug und die damit verbundene Möglichkeit der Gewährung von Lockerungen ist unmittelbar mit der Erstellung von Legalprognosen verbunden, das heißt mit einer standardisierten und reflektierten Einschätzung der Gefährlichkeit des Patienten. Die Gefährlichkeit eines Menschen kann beschrieben werden durch das Zusammenwirken von Risikofaktoren gesundheitlicher und situativer Art, dem Ausmaß des zu erwartenden Schadens und der Wahrscheinlichkeit des Schadenseintritts in Abhängigkeit von diversen konstellativen Grundbedingungen. Genau das macht die Stellung von Prognosen kompliziert.

Dabei ist es um so schwieriger, Langzeitprognosen zu stellen, während innerhalb des therapeutischen Settings Prognosen für sehr kurze Zeiträume, zum Beispiel im Rahmen von stundenweisen begleiteten oder unbegleiteten Ausgängen, recht gut gestellt werden können.

In der Klinik für forensische Psychiatrie und Psychotherapie in Bremen werden zum Beispiel pro Jahr ungefähr 4800 einzelne Lockerungsereignisse umgesetzt. Lockerungsmissbräuche ohne neuerliche Delikte liegen im Bereich von 1,6 Promille. Die an den Gutachter gestellten Fragen, ob verantwortlich werden kann, Lockerungen zu gewähren beziehungsweise die Maßregel zu beenden, führt zur normativen Klärung, was denn verantwortet werden kann. Es gibt keine mathematische Beweisformel, die darlegt, dass ein Straftäter auf das Gefährlichkeitsniveau des bisher nicht straffällig gewordenen Durchschnittsbürgers zurückgefallen ist.

## Kriterienkataloge für eine zuverlässige Legalprognose

In den vergangenen Jahren wurde eine Reihe von Kriterienkatalogen entwickelt, die die Stellung einer zuverlässigen Legalprognose im Hinblick auf die Gewährung von Lockerungen, Beurlaubungen und Entlassungen aus dem Maßregelvollzug beziehungsweise aus der Sicherungsverwahrung erleichtern und die Güte der entsprechenden gutachterlichen Einschätzungen verbessern sollen. Beispiele sind die „Psychopathy Checklist Revised“ (Hare 1991), der HCR 20 von Webster und Eaves (1995), der sehr ausführliche Kriterienkatalog von Leygraf und Nowara (1992). Sie beziehen sich auf Deliktart, Deliktanamnese, biographische Daten, soziale Kompetenzen, kognitive Muster, Compliance und andere Variablen. Die Bögen sind ohne jeden Zweifel vor allem von Nutzen, die Einschätzungen zu vervollständigen und dafür zu sorgen, dass wirklich umfassend verschiedene Kriterien bedacht und geprüft werden. Nach wie vor lösen aber diese Bögen nicht das Problem der Unterscheidung zwischen den „false positive“ und „false negativ“, das heißt letzten Endes bleibt immer noch die Möglichkeit, einen zu Unrecht für gefährlich gehaltenen Patienten zu sichern beziehungsweise einen zu Unrecht mit einer günstigen Legalprognose ausgestatteten Patienten zu entlassen.

## Rückfallgefährdung ist bei Straftätern höher

Katamnesestudien zur Gefährdung der Allgemeinheit durch zur Bewährung aus dem Maßregelvollzug entlassene Patienten zeigen deutlich, dass die Rückfallgefährdung der Allgemeinheit durch ehemalige forensische Patienten geringer ist, als die durch entlassene Straftäter. So untersuchten Dimmek und Duncker (1996) alle Patienten des Maßregelvollzuges in den Landgerichts- und Führungsaufsichtsbezirken Paderborn und Bochum, bei denen die Vollstreckung der Maßregel gemäß Paragraph 67 d Absatz 2 StGB zur Bewährung ausgesetzt worden war und die deshalb unter Führungsaufsicht standen, hinsichtlich ihrer Rückfallfähigkeit. Dabei wurde in 26,6 Prozent der Fälle die Aussetzung der Unterbringung im Bewährungsverlauf widerrufen. Von diesen 26,6 Prozent verübten wiederum ein Drittel der Patienten ein neues Delikt, die anderen Widerrufe erfolgten wegen Verstöße gegen Weisungsaufgaben. Der Anteil der delinquenzrückfälligen Patienten lag damit in Bezug auf die untersuchte Gesamtpopulation bei 9,6 Prozent. Bezogen auf die Deliktkategorien „Aggressive Gewaltdelikte gegen Personen“ und „Sexualdelikte“ fanden die Untersucher 15 von 229 Patienten (6,6 Prozent) (Dimmek und Duncker 1996). Untersucht man jedoch nur die Patienten, die nach Paragraph 63 StGB untergebracht wurden, so fällt auf, dass hier 27 Prozent der Sexualstraftäter einschlägig rückfällig werden. Es zeigt sich daher, dass die Diskussion um die Gefährlichkeit von Maßregelvollzugspatienten sehr differenziert nach Diagnose und Deliktmuster betrachtet werden muss.

## Maßregelvollzug und Öffentlichkeit

Trotz größter Sorgfalt und Diskussion von Gefährlichkeitseinschätzungen in multiprofessionell besetzten Gremien innerhalb der Kliniken und trotz des Instruments der externen Begutachtung durch unabhängige forensische Sachverständige wird, sofern der Auftrag der Besserung und Reintegration beibehalten werden soll, eine hundertprozentige Sicherheit im Sinne

Katamnesestudien zur Gefährdung der Allgemeinheit durch zur Bewährung aus dem Maßregelvollzug entlassene Patienten zeigen deutlich, dass die Rückfallgefährdung durch ehemalige forensische Patienten geringer ist, als die durch entlassene Straftäter

Trotz größter Sorgfalt und Diskussion von Gefährlichkeitseinschätzungen in multiprofessionell besetzten Gremien innerhalb der Kliniken ist eine hundertprozentige Sicherheit im Sinne des Ausschlusses erneuter Straftaten jedoch nicht möglich

Es gibt keinen Bereich des gesellschaftlichen und öffentlichen Lebens, für den eine hundertprozentige Sicherheit gegeben wäre

Forderungen nach lebenslänglichem „Wegsperrn“ bis hin zu körperlicher Verstümmelung müssen mit dem Verweis auf das Grundgesetz, nicht auf die Psychiatrie, beantwortet werden

des Ausschlusses erneuter Straftaten jedoch nicht möglich sein. Es gibt keinen Bereich des gesellschaftlichen und öffentlichen Lebens, für den eine hundertprozentige Sicherheit gegeben wäre. Dies dient nicht der Beschwichtigung und nicht der Bagatellisierung von Fehlentscheidungen. Dieser Hinweis muss aber stets wiederholt werden, wenn Augenwischerei nicht gänzlich um sich greifen soll.

Populistische Äußerungen, wie sie zuweilen auch auf bundespolitischer Ebene vernommen werden konnten, sind wenig hilfreich. Als Spiegel der in der Bevölkerung vorhandenen Ängste und Aggressionen sind sie verständlich. Indem sich der Rechtschaffene mit der strafenden Gesellschaft identifiziert, ermöglicht er das Ausleben eigener Aggressionen in erlaubter Form. Auch ist Strafe Trost für das Leisten eigenen Triebverzichts. Die gefühlhaften Eruptionen sind auch Ausdruck der Ratlosigkeit, die entsteht, wenn man sich gegenwärtig, dass mit Bestrafung dem Problem der Ersttäter nicht beizukommen ist.

#### Populistische Äußerungen wenig hilfreich

Forderungen nach lebenslänglichem „Wegsperrn“ bis hin zu körperlicher Verstümmelung müssen mit dem Verweis auf das Grundgesetz, nicht auf die Psychiatrie, beantwortet werden. Wir haben ein strikt schuldbezogenes Strafrecht, welches sich stets auf ein konkretes Delikt bezieht. Die Gesellschaft wird auf politischer Ebene auf dem Boden rechtsstaatlicher Prinzipien hierüber befinden müssen! Schelten, wie sie die forensische Psychiatrie immer wieder bei Zwischenfällen treffen und wie sie eingangs durch das Zitat eines Leserbriefes dargestellt wurden, erfüllen das Sprichwort „den Sack schlägt man, den Esel meint man.“

Während im somatischen Gesundheitssektor der Prävention zunehmend Bedeutung zukommt, gibt es sie im Bereich hoch abnormer Verhaltensweisen nicht. Stiels-Glenn (1999) weist darauf hin, dass Prävention allein als Therapiemotivation jedoch bedeutet, dass „ei-

nem der Täter als Subjekt unwichtig ist: Man arbeitet mit ihm nur, damit er nicht wieder andere zum Opfer macht.“ Es wird deutlich, dass Stammtischlösungen der Differenzierung und zunehmenden Komplexität unserer Gesellschaft längst nicht mehr gerecht werden. Ziel ist immer die Reintegration. Es gibt das Instrument des Maßregelvollzugs mit seinen grundsätzlich maximalen Möglichkeiten der Sicherung und im Einzelfall wird diese auch angewandt. Es ist aber angezeigt, Aufklärung zu leisten hinsichtlich des gemeinsamen Zwecks von Strafvollzug und Maßregelvollzug, nämlich die Reintegration des Straftäters grundsätzlich anzustreben. Dies ist eine Aufgabe, die den forensischen Psychiatern vorgegeben ist. Der Maßregelvollzug verfügt dabei über ein deutlich langfristigeres, differenzierteres und vor allem wirksames Instrumentarium. Therapie führt zu einer Senkung der Rückfallquote je nach Deliktart und Störung bis auf ein Drittel. Die Gesellschaft wird entscheiden müssen, wieviel ihr die Steigerung von Sicherheit hinsichtlich einer bestimmten Gefahrenquelle Wert ist.

#### Literatur:

- Dimmeck, B. Duncker, H.** (1996): Zur Rückfallgefährdung durch Patienten des Maßregelvollzuges. *Recht und Psychiatrie* 14 Jg. Heft 2 pp 50-56
- Hare, R.D.** (1991) *Manual for the Hare Psychopathy Checklist- Revised*. Multi Health Systems, Toronto
- Leygraf, N.** (1987): *Psychisch kranke Straftäter. Epidemiologie und aktuelle Praxis des psychiatrischen Maßregelvollzugs*. Münster 1987
- Leygraf, N. Nowara, S.** (1992). *Prognosegutachten. Klinisch- psychiatrische und psychologische Beurteilungsmöglichkeiten der Kriminalprognose*. *Forensia Jahrbuch* 3 pp 43- 53
- Stiels-Glenn, M.** (1999): *Gesellschaftliche Ausgrenzung- Rückfallfaktor für Sexualstraftäter?* In: H. Duncker, D. Dimmek, U. Kobbé (Hrsg.) *Forensische Psychiatrie und Psychotherapie- Werkstattsschriften* 6. Jg. Heft 1 Pabst Science Publishers Lengerich, Berlin, Düsseldorf, Leipzig
- Webster, C.D. ,Eaves, D.** (1995): *The HCR- 20 Scheme The Assessment of Dangerousness an Risk*. Simon Fraser University and Forensic Psychiatric Services Commission of British Columbia, Vancouver

Anze

ige

D G S

P



# "Ich habe kein Land mehr gesehen"

Falldarstellung zur ambulanten Betreuung eines ehemals forensisch untergebrachten Patienten

Von Klaus Masanz

Zum ersten Mal traf ich Herrn A. mit seiner Tätowierung „Nur Lumpen lieben mich“ auf dem Unterarm bei einem Hausbesuch. Inzwischen sind zweieinhalb Jahre vergangen, und ich kann gemeinsam mit den Personen, die maßgeblich an der Nachsorge beteiligt waren und noch sind, auf eine bisher erfolgreiche ambulante Betreuung im direkten Anschluss an die seit 1996 bestehende Unterbringung nach Paragraph 63 StGB zurückblicken. Heute ist Herr A. 50 Jahre alt und lebt mit seiner Partnerin, die er 1997 per Annonce kennen gelernt hat, in einer kleinen Mietwohnung im Versorgungsgebiet des Sozialpsychiatrischen Dienstes in Bad Cannstatt. Aus welchen familiären Verhältnissen stammt er? Wie sah sein bisheriger Lebensentwurf vor der Straftat aus? Was hat sich danach verändert? Welche strukturellen, inhaltlichen und organisatorischen Absprachen, Auflagen und Behandlungsvereinbarungen haben bisher zu einer gelungenen ambulanten Nachbetreuung beitragen können?

Herr A. wurde im Jahr 1951 geboren und wuchs in einfachen bäuerlichen Verhältnissen in einem kleinen Dorf in den neuen Bundesländern als ältestes Kind unter fünf Geschwistern auf. Die Eltern betrieben eine Nebenerwerbslandwirtschaft. Der Vater war zudem noch als Lastkraftwagenfahrer, die Mutter als Kellnerin tätig. Bereits im Kindergarten fiel der Junge durch Rowdytum und Prügeleien mit Altersgenossen auf. Neben der Schule wurde er auf dem elterlichen Hof umfassend beansprucht. Widerspruch oder Arbeitsverweigerung duldeten der strenge Patriarch nicht. Im Rausch ließ er regelmäßig seine Wut an Sohn und Ehefrau aus, während die anderen Geschwister verschont blieben.

Alles begann mit Ohnmacht und Wut

Die fünfte und sechste Volkschulklasse musste der Heranwachsende wiederholen. Häufige Fehlzeiten und schlechte Zensuren nahm der Vater billigend in Kauf. Mit Mühe beendete der Schüler die siebte Klasse und versuchte sich erstmals außerhalb der Familie als Arbeiter im Forst. Doch der Vater orderte mit drakonischer Strenge seinen Sohn zurück auf den Hof. Die Ohnmacht und Wut des jungen Mannes auf die vom Vater erzwungene Heimkehr entlud sich, als er eine Scheune anzündete. Daraufhin wurde er zwei Jahre lang in einer Besserungsanstalt untergebracht. Die Flucht von zu Hause war zwar gelungen, doch zu welchem Preis?

Lange Jahre in der Haft

Mit 19 Jahren wird Herr A. wegen Diebstahl zu eineinhalb Jahren Gefängnis verurteilt. Er lernt im Übermaß den „König Alkohol“ kennen, verliert seinen Wohnsitz, arbeitet mal hier und mal dort, übernachtet bei Knastbrüdern und wird in der Zeit von 1979 bis 1988 von der Strafkammer - mit kurzen Unterbrechungen in Freiheit - zu insgesamt neun Jahren Haft verurteilt. Der mittlerweile 39-Jährige versucht im Jahr 1990 abermals einen Neubeginn. Er heiratet, wird Vater und geht einer festen Arbeit im Kohlehandel nach.

Schon nach sechs Monaten scheidet er, erträgt die Verbindlichkeiten, den geregelten Ablauf, die Verantwortung nicht. Es folgen weitere Alkoholexzesse, die Kündigung, Scheidung und schließlich der Sorgerechtsentzug. Die Sucht wird zum Lebensmittelpunkt. Wodka und „Sieben-Ender-Tropfen“

bestimmen den Tagesablauf. Polyneuropathie, Leberzirrhose und andere gesundheitliche Beschwerden machen sich bemerkbar. „In dieser Zeit habe ich aufgehört, an das Gute, an die Hoffnung und so zu glauben“, sagt er. „Ich bin wie auf Schaumstoffstelen und rohen Eiern ‚umhergetigert‘, war so ein richtiger Penner“. „Mein Bart wurde immer länger und ich sah irgendwann aus wie Robinson Crusoe. Ich hab’ kein Land gesehen; wurde an den Rand gespült und es gab keinen Ausweg“. Herr A. wird wieder gewalttätig. Dann ist endlich Schluss. Er wird wegen schwerer Körperverletzung im alkoholisierten Zustand zunächst inhaftiert und kommt dann per Unterbringungsbeschluss nach Paragraph 63 StGB in eine forensisch-psychiatrische Klinik zur Behandlung von erheblich gestörten Straftätern. Während des Maßregelvollzugs schlägt der stark Alkoholisierte seinen Bierkrug auf den Kopf eines Zechbruders, der nur mit Glück überlebt.

Ein neuer Anfang ist in Sicht

Während der Behandlung im Maßregelvollzug präsentiert sich Herr A. motiviert und verheißungsvoll, so dass im Laufe der vierjährigen Behandlung eine Nachreife der Persönlichkeit festgestellt werden kann. Diagnostisch wird bei ihm entsprechend der „Internationalen Klassifikation Psychischer Störungen“ eine „soziopathische Persönlichkeit“ sowie ein Alkoholsyndrom bei intellektueller Minderbegabung festgestellt, die keine günstige Legalprognose vermuten lassen. Doch der Patient überzeugt durch seine Mitarbeit auf der Station. Es werden ihm weitere Lockerungen in der Behandlung zuerkannt. Herr A. darf in eine Trainingswohnung der Klinik ziehen und ist im Rahmen des externen Arbeitstrainings in einem Tierpark beschäftigt. Im Umgang mit Tieren ist er geübt und erfahren. Im Sommer 2001 berichtet der heute 50-Jährige retrospektiv über die Unterbringung und die Behandlung in der Klinik: „Ich dankte Gott, dass der Richter mich endlich in den Maßregelvollzug gebracht hat. „Dort musste ich viel reden, über Gefühle, Wut, Frust, hier ne Einzeltherapie dann in der

Klaus Masanz,  
Diplom-Sozialpädagoge (BA), Sozialpsychiatrischer Dienst  
Bad Cannstatt

Herr A. zog im Juni 1999 endgültig nach Bad Cannstatt zu seiner Partnerin und bekam für weitere acht Monate die Auflage, sich einmal pro Monat persönlich in der Klinik vorzustellen

Die Rahmenvereinbarungen mit dem Dienst sahen anfangs wöchentliche, persönliche Kontakte im Dienst sowie Telefontermine und Hausbesuche vor, um das häusliche Umfeld kennen zu lernen und die Partnerin bei der Nachsorge mit einzubeziehen

Gruppe, Ergotherapie, soziales Training, Suchtgruppe". „Ich merke, ich komme wieder zurück ans Festland. Hier ist die letzte Chance, greif zu, sonst ist das Leben für dich gelaufen.“

### Der Sozialpsychiatrische Dienst steigt ein

Sowohl Sozialdienst als auch Klinikärzte setzten sich sechs Monate vor der geplanten Entlassung mit unserem Dienst in Verbindung, um Behandlungsaufgaben- und Vereinbarungen im Rahmen der ambulanten Nachsorge zu besprechen und zu definieren. Im Bereich der Arbeit und der Tagesstrukturierung konnten ohne Zeitdruck Vorbereitungen getroffen und Kontakte zu komplementären Diensten geknüpft und koordiniert werden. Herr A. zog im Juni 1999 endgültig nach Bad Cannstatt zu seiner Partnerin und bekam für weitere acht Monate die Auflage, sich einmal pro Monat persönlich in der Klinik vorzustellen. Sobald bekannt wird, dass er Alkohol konsumiert, wird die Klinik benachrichtigt.

### Mit der neuen Umgebung vertraut werden

Die Rahmenvereinbarungen mit dem Dienst sahen anfangs wöchentliche, persönliche Kontakte im Dienst sowie Telefontermine und Hausbesuche vor, um das häusliche Umfeld kennen zu lernen und die Partnerin bei der Nachsorge mit einzubeziehen. Zu den inhaltlichen Schwerpunkten gehörten, Herrn A. mit der neuen Umgebung, dem neuen Stadtteil vertraut und bekannt zu machen. Wo befinden sich wichtige Behörden und Ämter, Ärzte, günstige Einkaufsmöglichkeiten, einladende Cafés und Spazierwege? Wie bedient man Fahrkartenautomaten und wie orientiert man sich im öffentlichen Nahverkehrsnetz in Stuttgart? In dieser ersten Orientierungs- und Explorationsphase finden möglichst engmaschige, häufige und kurzzeitige Kontakte statt. In der alltagspraktischen und lebensweltorientierten Begleitung in der neuen Umgebung wurden Ängste und Scheu abgebaut. Nach dieser Phase begann die Struk-

turierungs- und Ressourcenphase, die eine Vermittlung in eine Suchtgruppe, in ein Arbeitsverhältnis und in eine ambulante ärztliche Behandlung vorsieht. Die telefonischen Kontakte und die Hausbesuche wurden reduziert.

### Zurück in der Arbeitswelt

Herr A. bekommt bei einem Sozialunternehmen einen Jahresvertrag in einer ökologischen Garten- und Landschaftsbaugruppe. Er erinnert sich an sein früheres Hobby, die Taubenzucht und beginnt auf der Dachbühne des Miethauses mit der Pflege und Aufzucht von Brieftauben. Im August 2001 erzählt er stolz: „Stellen Sie sich mal vor, was ich gestern zum ersten Mal nach vielen Jahren getan habe? Ich habe ein Fachbuch für Hobbyzüchter gelesen. Ist das nicht unglaublich?“

### Stabilisierung und Konsolidierung

Es folgt die Stabilisierungs- und Konsolidierungsphase. Der zeitliche Umfang der Arbeit wurde erhöht und erste Planungen in Richtung Weitervermittlung an andere Arbeitgeber (berufliche Perspektiven) geführt. Herr A. wurde mit den Altlasten aus der Zeit vor der Straftat konfrontiert: Schuldenberatung, zahnärztliche Grundsanierung und alternative Konfliktbewältigungsstrategien.

### Aus der bisherigen ambulanten Nachsorge ergaben sich folgende Thesen:

- Die Entlassung aus dem stationären Behandlungsrahmen sollte frühzeitig mit der nachsorgenden Einrichtung vorbereitet, geplant und abgesprochen werden.
- Es ist wichtig, einerseits immer wieder die Konsequenzen beim Verstoß der Auflagen zu thematisieren, da man erste Abweichungen bei forensischen Patienten nicht tolerieren sollte. Auf der anderen Seite wird delinquentes Verhalten erst recht durch sogenannte Nulltoleranz provoziert. An dieser Stelle wird eine Gratwanderung im Umgang mit dem forensi-

schen Patienten gefordert, die das richtige Maß an Kontrolle und Toleranz beschreibt.

- Auf eine stark auf Kontrolle ausgelegte Behandlungsstrategie folgen - wie am Beispiel des Herrn A. deutlich wurde - meist regressive Entwicklungen. Gleichzeitig wurde der Eindruck vermittelt, der forensische Straftäter werde dauerhaft verfolgt und allgegenwärtig überwacht.
- Es ist wichtig, zu Beginn einer ambulanten Nachsorge den Schwerpunkt auf die Orientierung und Begleitung zu legen. Im Anschluss daran empfiehlt es sich, die thematische Verlagerung auf die Tages- und Wochenstrukturierung und die berufliche Perspektive zu setzen.
- Es ist erforderlich, am Anfang der Nachsorge häufige persönliche und telefonische Kontakte zu halten, um sich in die neue Umgebung einzufinden zu können.

# Eine konstruktive Kooperation

Diakonie und Forensik arbeiten im Rheinland zunehmend enger zusammen / Arbeitsgruppe

Von Jürgen Bombsoch

Initiiert und moderiert vom Geschäftsbereich Sozialwesen des Diakonischen Werks der Evangelischen Kirche im Rheinland (DW EkiR), existiert seit Juni 2000 die interdisziplinäre Arbeitsgruppe „Diakonie und Forensik“. Sie besteht aus Vertreterinnen und Vertretern sozialpsychiatrischer Wohneinrichtungen der Diakonie, einem Wissenschaftler des „Instituts für Forensische Psychiatrie“ der Universität Essen sowie dem Leiter der „Mobilen Forensischen Ambulanz“ der Rheinischen Kliniken Düren. Die Arbeitsgruppe will die Weiterentwicklung der psychosozialen Nachsorge vorantreiben sowie die Fort- und Weiterbildung ausbauen.

Die Anregung zu einer Auseinandersetzung mit der Thematik kam schon im Juni 1999 von der nordrhein-westfälischen Ministerin Birgit Fischer, die die Freie Wohlfahrtspflege zu verstärktem und systematischerem Engagement und Handeln in der psychosozialen Nachsorge für forensische Klienten aufrief - mit dem Ziel, die überfüllten Kliniken in Nordrhein-Westfalen (NRW) schneller zu entlasten. Im November 2000 gab die Ministerin fünf neue Standorte für forensische Kliniken beziehungsweise Abteilungen in beiden Landesteilen bekannt. So sollen zukünftig in Dortmund, Herne, Münster, Duisburg und Köln 350 neue Klinikplätze entstehen. Mit dem Ausbau bestehender Standorte werden damit insgesamt 470 Plätze geschaffen, um die zur Zeit rund 1700 forensischen Klienten, für die nur 1150 reguläre Plätze zur Verfügung stehen, angemessen versorgen zu können. Die nicht adäquat versorgten Klienten sind entweder in allgemeinen psychiatrischen oder in überbelegten forensischen Kliniken untergebracht.

## Proteste gegen Forensik in Nordrhein-Westfalen

Unmittelbar nach Bekanntgabe der neuen Standorte gab es zum Teil

lautstarke Proteste von Bürgerinitiativen und Politikern. Bei der Novellierung des nordrhein-westfälischen Maßregelvollzugsgesetzes (MRVG NW) 1999 hatte die Landesregierung vorgebeugt, und den beiden Landschaftsverbänden die Zuständigkeit für Bau und Standortwahl neuer Forensik-Plätze entzogen. Dies ist aus fachlicher Sicht zu begrüßen, da somit Dezentrierungskonzepte vom Land auch gegen den Willen einer Kommune durchgesetzt werden können (Paragraph 29 MRVG NW).

## Doppelte Diskriminierung als Herausforderung für die Diakonie

Sowohl gesamtgesellschaftlich als auch in Fachkreisen werden psychisch erkrankte Straftäterinnen und Straftäter ausgegrenzt: In einschlägigen Boulevardblättern als „Bestien“ und „Monster“ dargestellt, sind sie auch innerhalb der „normalen“ psychiatrischen Versorgungssysteme marginalisiert. Dies unter anderem auch in den komplementären psychiatrischen Bereichen des Wohnens und Arbeitens, also gerade dort, wo die Integration wesentlicher Auftrag ist. Hier dominieren unseres Wissens in den Teams nach wie vor überwiegend Unkenntnis, Vorurteile oder Desinteresse, bezogen auf Konzeptionsnovellierungen zur Integration forensischer Klienten.

Allerdings muß betont werden, dass sich im Rheinland diakonische Träger zunehmend in der psychosozialen Nachsorge forensischer Klienten engagieren. Einige Träger psychiatrischer Wohneinrichtungen leisten hier seit Jahren qualitativ hochwertige Arbeit. In der Regel wird über die Arbeit mit forensischen Klienten nicht öffentlich geredet und sie beschränkt sich überwiegend auf die Betreuung von „Einzelfällen“. Die ist deshalb lobenswert, da somit Klienten überhaupt eine adäquate psychosoziale Nachsorge erhalten. Problematisch ist, dass diese pri-

mär „im Stillen“ stattfindende Arbeit selbst bei den Entscheidungsträgern in den Kommunen - über die involvierten Fachbereiche hinaus - nicht bekannt ist und somit auch nicht besonders gefördert oder gar evaluiert wird.

Nun plädieren wir nicht für eine psychosoziale Nachsorge forensischer Klienten auf dem „Marktplatz“. Doch empfehlen wir eine bewußtere Auseinandersetzung aller Verantwortlichen mit diesem gesellschaftlich wie fachlich vernachlässigten Teilbereich psychiatrischen Handelns, um mehr „Sicherheit durch Therapie im Maßregelvollzug“ auch im Rahmen psychosozialer Nachsorge zu gewährleisten, wie dies der gleichnamige Initiativkreis, initiiert durch Manfred Sorg, Präses der Evangelischen Kirche von Westfalen (EKvW), bereits 1998 in einer Stellungnahme verdeutlicht hat. Die Landessynode der EKvW bestätigte ebenfalls 1998 in ihrem entsprechenden Beschluß, „dass es zum Konzept Sicherheit durch Therapie keine Alternative gibt“ (Weigand 1999). Denn bekanntlich ist ein gute Therapie und eine langfristige psychosoziale Begleitung der beste Schutz vor Wiederholungstaten für die Gesellschaft.

## Zukünftige Entwicklungen

Wie die psychosoziale Nachsorge für forensische Klienten zukünftig systematischer und verstärkt qualitätsentwickelt im Rheinland gestaltet werden kann, soll entlang der Empfehlungen von Friedhelm Schmidt-Quernheim, Leiter der „Mobilen Forensischen Ambulanz“ in Düren (als Perspektive der Forensik) und Matthias Rosemann, Geschäftsführer des „Träger e.V.“ in Berlin (als Perspektive der Sozialpsychiatrie), dargelegt werden. Die Ausführungen der Kollegen sind der Dokumentation einer dreitägigen Zukunftswerkstatt vom Mai 2001 zum Thema: „Von der Forensik in die Gemeinde“ in

Jürgen Bombsoch,  
Diplom-Psychologe  
und Diplom-Soziologe,  
Geschäftsführer  
Bereich Sozialwesen,  
Diakonisches Werk der  
Evangelischen Kirche  
im Rheinland

Bisher bundesweit einmalig für die Diakonie ist die Übernahme der neuen Duisburger Maßregelvollzugsklinik für suchtkranke Straftäter (nach Paragraph 64 STGB) durch den Trägerverbund der „von Bodelschwinghischen Anstalten Bethel“ und dem „Evangelischen Johanneswerk e.V.“ Ein diakonischer Trägerverbund wird damit im Rahmen hoheitlicher Aufgaben Teil einer Maßregelvollzugsbehörde. Die Eröffnung der Klinik ist für 2005 geplant.

Königswinter entnommen. „Case-Management“ sowie der Aufbau von Kooperationsbeziehungen und die Vernetzung stationärer und ambulanter Hilfen sind dabei aus Schmidt-Quernheims Sicht besonders wichtig.

**Die Eckpunkte des Case-Managements sind:**

- Ein Klient, der entlassen werden kann, wird beim ambulanten Team in der Regel ein Jahr zuvor angemeldet.
- Das ambulante Team nimmt eine umfassende Sondierung der Gesamtsituation des Klienten, die Abklärung des individuellen Bedarfs sowie der Zukunftsperspektive des Klienten vor.
- Grundsätzlich wird gemeinsam mit dem Klienten ein „dosiertes Nacheinander von Belastungsproben“ erarbeitet, um Überforderungen zu vermeiden.
- Die Überleitung beginnt oft im Rahmen des Kontextes Arbeit, beispielsweise durch ein Praktikum in einem Betrieb.
- In der Überleitungsphase wird „ein sich mehr nach außen erweiterndes Setting“ geschaffen, das flexibel ist, Korrekturen zulässt und beim Klienten keinen „Freiheitschock“ (Rosemann) auslöst.
- Der Prozess der Ablösung von der Klinik erfolgt im Rahmen einer Langzeitbeurlaubung, währenddessen der Klient noch „forensischer Patient“ ist (Kosten trägt die Klinik), aber bereits im Rahmen komplementärer regionaler Dienste und Einrichtungen wohnt, arbeitet und primär auch dort therapeutisch betreut wird (in enger Kooperation mit dem Team der Forensischen Ambulanz). Hierbei ist die Rücknahme in die Klinik jederzeit möglich.
- Der Klient kann in dieser Ablösungsphase, bei Wahrung der Beziehungskontinuität mit Therapeuten der Klinik, „Gehversuche“ machen, ohne dass Probleme gleich zum „totalen Scheitern“ führen müssen.

**Die Eckpunkte für den Aufbau von Kooperationsbeziehungen und der Vernetzung stationärer und ambulanter Hilfen sind:**

- Durch die Langzeitbeurlaubung ist es für die Forensik eher

möglich, eine fundierte Entlassungsprognose bei Gericht abgeben zu können, da sich der Klient nicht nur einseitig, unter den Bedingungen der „Forensik-Sonderwelt“, sondern unter realitätsnahen gesellschaftlichen Verhältnissen erproben konnte - wodurch zuverlässigere Prognosen für die Aussetzung der Maßregel möglich werden.

- Für die psychosoziale Nachsorge hat sich die Langzeitbeurlaubung als „Vorbedingung für die Übernahme“ eines forensischen Klienten und „Schlüssel zum Erfolg“ erwiesen. Die „Rücknahmegarantie“ gibt den Teams komplementärer Einrichtungen große Sicherheit.
- Die „leitende Maxime“ der Dürener Ambulanz ist, mit „offenen Karten“ zu spielen. Durch die ausführliche Darlegung von Vorgeschichte, Delikt und Behandlungsverlauf wird gegenüber den Mitarbeitenden „weitestgehende Transparenz“ hergestellt. Damit werden „geschönte Berichte“ vermieden.

Die Mobile Forensische Ambulanz in Düren besteht seit zehn Jahren und ist, so Schmidt-Quernheim, „aus dem Versorgungskonzept nicht mehr wegzudenken“. Das Dürener Modell steht mittlerweile Pate für weitere forensische Ambulanzen, die im Rheinland flächendeckend an den forensischen Abteilungen der Rheinischen Kliniken angesiedelt werden sollen. Inzwischen hat auch Langenfeld eine Forensische Ambulanz.

**Zukünftige Versorgung optimieren**

Zur Optimierung zukünftiger Versorgung gehört nach Schmidt-Quernheim der Aufbau von Nachsorgeplätzen besonders für „persönlichkeitsgestörte Klienten“, für die sich kaum jemand zuständig fühlt. Darüber hinaus größere Bereitschaft bei den komplementären Diensten, sich generell mit Forensik auseinander zu setzen und sich um entsprechende Ressourcen und Kompetenzen zu bemühen. Zur Integrationsarbeit mit forensischen Klienten im Kontext Sozialpsychiatrie ist es laut Schmidt-Quernheim ebenfalls unerlässlich, auch Kontrolle auszuüben zu wollen

und das teilweise dogmatische regionale Versorgungsprinzip zu reflektieren, das für einzelne forensische Klienten zu einem erneuten Ausgrenzungsinstrumentarium werden kann.

**Perspektiven der Sozialpsychiatrie**

Matthias Rosemann (2001) hält aus Perspektive der Sozialpsychiatrie für wesentlich:

- Alle forensischen Klienten haben Anspruch auf psychosoziale Nachsorge im Bezirk.
  - Die Errichtung eigener Nachsorgeeinrichtungen aus der Forensik heraus ist fragwürdig, da es sich hierbei quasi um „ausgelagerte Betten“ handelt.
  - Herkömmliche komplementäre Dienste vermeiden eher die Aufnahme von forensischen Klienten, da Probleme mit Mitarbeitenden und der Öffentlichkeit befürchtet werden.
  - Politik will eher Ruhe und vor allem keine Experimente.
  - Die Qualifizierung der Mitarbeitenden in der psychosozialen Nachsorge beginnt mit „der ersten Aufnahme“ eines forensischen Klienten, anstatt zu warten, bis alle qualifiziert sind.
  - Je alltäglicher die Forensik in der Versorgung, desto geringer die Berührungsängste.
  - Regelmäßige klientenbezogene Kontakte zwischen Forensik und psychosozialer Nachsorge sind wichtig.
  - Mitarbeitende aus der psychosozialen Nachsorge sollten in der Forensik hospitieren können.
  - Reglementierungen sind für Klienten aus der Forensik oft notwendig und hilfreich, da es für die meisten ein „Freiheitschock“ ist, von heute auf morgen über einen eigenen Schlüssel zu verfügen.
- Mitglieder von „Diakonie und Forensik“ im DW EKIR bauen Brücken. Konzeptionen für die psychosoziale Nachsorge forensischer Klienten sind bereits fertig und werden schrittweise umgesetzt. Primäre Zielgruppe sind psychisch kranke und behinderte Menschen, die nach Paragraph 63 STGB forensisch untergebracht sind oder waren.

Literatur beim Verfasser

Aktuell erarbeitet die Arbeitsgruppe eine „Rahmenkonzeption für eine integrierte psychosoziale Nachsorge für forensische Klienten in sozialpsychiatrischen Einrichtungen der Diakonie im Rheinland“, die im Frühjahr 2002 allen 219 Einrichtungen im Bereich der Psychiatrie und Behindertenhilfe, die Mitglied im DW EKIR sind, als Rahmenkonzept übermittelt werden soll. Kernpunkt dabei ist die integrierte psychosoziale Nachsorge für forensische Klienten und nicht die mögliche Schaffung einer erneuten Sondergruppe innerhalb bestehender sozialpsychiatrischer Einrichtungen.

# Gemeindepsychiatrisches Hilfesystem wirkt präventiv

Auswirkungen einer systemisch orientierten Methodik im Umgang mit Menschen, die erstmals sozialpsychiatrische Hilfe in Anspruch nehmen / Forschungsprojekt

Von Jürgen Armbruster und Gabriele Rein

Sozialpsychiatrische Hilfesysteme sehen den Schwerpunkt ihrer Arbeit in der Regel – entsprechend ihrer Aufgabenstellung und dem weit verbreiteten Selbstverständnis der Mitarbeitenden – in der alltagsbezogenen Begleitung, Unterstützung und Beratung von tendenziell langfristig psychisch erkrankten Menschen. Mit diesem Rollenverständnis ist das Risiko verbunden, dass die besondere präventive Funktion gemeindepsychiatrischer Hilfen aus dem Blick gerät. In einem Praxisforschungsprojekt konnten wir von 1997 bis 2000 ein Augenmerk auf die Problematik der Menschen richten, die erstmals mit dem psychiatrischen Hilfesystem in Berührung kamen. Sie haben ein besonders hohes Risiko, am Beginn einer chronischen Karriere zu stehen. Nach unserer Erfahrung können sie, angesichts der Komplexität ihrer Problemlagen, häufig in gleicher Weise wie langfristig erkrankte Menschen vom differenzierten sozialpsychiatrischen Hilfesystem profitieren.

Untersucht wurde eine Gruppe von 24 Klientinnen und Klienten des Sozialpsychiatrischen Dienstes Stuttgart-Freiberg (SpDi), die im Jahr 1997 (und in einem Zeitraum von 12 Monaten davor) erstmals mit sozialpsychiatrischen Einrichtungen in Berührung gekommen waren. Die Lebens- und Problemsituation der Klienten wurde im Team reflektiert. Daraus ergaben sich jeweils spezifische Verabredungen über das Vorgehen und die der Situation angemessenen Grundhaltungen. Der Verlauf der Betreuung wurde im Zeitraum eines Jahres mit einem eigens dafür entwickelten Instrumentarium von den Mitarbeitenden evaluiert.

Bemerkenswert ist, dass der SpDi vergleichsweise viele junge ersterkrankte Klientinnen und Klienten erreicht (41,7 Prozent der erstmals

Beratung suchenden Personen sind unter 30 Jahre – gegenüber 15,9 Prozent der Gesamtpopulation). Dies kann einerseits mit dem erhöhten Risiko der 20 bis 30-Jährigen zusammenhängen, an einer schizophrenen Psychose zu erkranken (Rössler und Salize 1996) und mit den möglicherweise geringeren Vorbehalten dieser Altersgruppe gegenüber Beratung. Oder mit den verstärkten Anstrengungen der Familienangehörigen, auf professionelle Hilfen zu drängen.

## Dienst erreicht viele junge Personen

Von den 24 untersuchten Personen wurden im Zeitraum eines Jahres fünf Klienten im Alter zwischen 18 und 59 Jahren beraten, bei denen erstmals eine schizophrene Psychose diagnostiziert wurde. Nach den vorliegenden epidemiologischen Forschungen, die von einer Inzidenzrate von 0,19 pro Tausend Einwohner und Jahr ausgehen (Rahn und Mahnkopf 1999) ist im Einzugsgebiet des SpDi mit 10,6 erkrankten Menschen in dieser Altersgruppe im Zeitraum eines Jahres zu rechnen. Mit aller Vorsicht kann angenommen werden, dass der SpDi demnach knapp die Hälfte der erstmals psychoseerkrankten Menschen bereits im ersten Jahr ihrer Erkrankung erreichte. Entgegen dem oftmals vorherrschenden Eindruck hat der Freiburger Dienst eine besondere Bedeutung auch in der Versorgung erstmals psychoseerkrankter Menschen.

## Höherer Anteil von Männern

Auffällig ist, dass in der Gruppe der Erstanfragenden verglichen mit der Gesamtpopulation des SpDi ein höherer Anteil an Män-

nern anzutreffen ist (41,7 Prozent Männer und 58,3 Prozent Frauen gegenüber 37,4 Prozent Männer und 62,6 Prozent Frauen in der Gesamtpopulation). Bei den unter 30-jährigen liegt der Anteil sogar bei 50 zu 50. Im allgemeinen haben Frauen eine höhere Bereitschaft, Hilfe zu suchen und anzunehmen als Männer. Dass dies bei Erstanfragen, vor allem der unter 30-jährigen, nicht in dem Maße zu beobachten ist, könnte durch die stärkere Beteiligung der Familie bei der Vermittlung bedingt sein. In diesem Sinne werden möglicherweise junge Männer und junge Frauen in ähnlicher Weise zu einer Inanspruchnahme von sozialpsychiatrischer Hilfe gedrängt.

Die Ersterkrankten wurden häufig unmittelbar aus ihrem sozialen Umfeld oder über nicht-psychiatrische soziale Dienste an den SpDi vermittelt, ohne zuvor mit medizinisch-psychiatrischen Einrichtungen in Kontakt gekommen zu sein. Dies ist möglicherweise ein Indiz für die Niederschwelligkeit und den Bekanntheitsgrad des SpDi.

## Weniger Medikamente verordnet

Insgesamt nahm die Zahl der verordneten Medikamente pro Klient im Zeitraum eines Jahres um 8,3 Prozent ab. Weniger Personen nahmen durchschnittlich mehr Präparate ein. Es kam zu einer genaueren Unterscheidung zwischen denjenigen, die medikamentös behandlungsbedürftig waren und anderen, bei denen die Medikation abgesetzt werden konnte. Die kumulierte stationäre Behandlungsdauer reduzierte sich im Beobachtungszeitraum eines Jahres um 54 Prozent gegenüber dem Jahr vor der Kontaktaufnahme zum SpDi. Ausschlaggebend dafür war die deutliche

Prof. Dr. Jürgen Armbruster, Fachbereichsleiter Sozialpsychiatrie der Evangelischen Gesellschaft Stuttgart e.V.

Gabriele Rein, Diplom-Sozialarbeiterin, Dienststellenleiterin Sozialpsychiatrischer Dienst Stuttgart-Freiberg

Über die Hälfte der Beratungen konnten bereits nach weniger als sechs Monaten beendet werden. Aus den Erstkontakten zum SpDi entwickelten sich unterschiedliche Betreuungsverläufe

Verkürzung der einzelnen Aufenthalte in Verbindung mit der Etablierung längerfristiger Beratungs- und Hilfeprozesse. Über die Hälfte der Beratungen konnten bereits nach weniger als sechs Monaten beendet werden. Aus den Erstkontakten zum SpDi entwickelten sich unterschiedliche Betreuungsverläufe. Dabei erfüllte die Beratung jeweils sehr unterschiedliche Funktionen.

### Verfolgte und erreichte Ziele

Orientiert an den Konzepten der Selbstevaluation (Heiner 1988 und 1996, von Spiegel 1993) und der qualitativen Sozialforschung wurden im Rahmen des Projekts Evaluationsinstrumente entworfen, um die Entwicklungsverläufe im Zeitraum eines Jahres mit Hilfe von Stufenleitern differenzieren und erfassen zu können. Auf diese Weise konnten zu Beginn des Beobachtungszeitraums Entwicklungsziele beschrieben und nach Ablauf eines Jahres überprüft werden.

### Dimensionen der Entwicklungsskalen:

- Beziehung zu nächsten Familienangehörigen
- Soziale Beziehungen
- Freizeitgestaltung und Tagesstrukturierung
- Arbeitssituation
- Haushaltsführung
- Medizinische Behandlung
- Finanzielle Situation
- Betreuungssituation
- Beziehung zur Lebens- und Krankheitsgeschichte

Für jede Dimension wurden zehn auf einander aufbauende Stufen der Autonomieentwicklung definiert, die als Orientierung für die Einschätzung der Lebenssituation dienen. Auffällig ist, dass bei der Gruppe der erstmals Hilfe suchenden Personen (und dabei besonders bei den unter 30-jährigen) von den Mitarbeitenden in besonderem Maße Ziele verfolgt wurden, die mit einer Stärkung der Autonomie in verschiedenen Lebensbereichen zu tun hatten. Im Vordergrund

stand dabei das Ziel, eine kooperative Beziehung zu den Klienten aufzubauen und sie in ihrer Unabhängigkeit von professioneller Hilfe zu unterstützen. Bei den unter 30-jährigen kommt als weitere wichtige Entwicklungsdimension die Gestaltung einer möglichst autonomen, konfliktarmen Beziehung zur eigenen Familie hinzu.

### Das Bedürfnis nach Autonomie respektieren

Besonders wichtig scheint zu sein, die Autonomiebedürfnisse der Ersterkrankten zu respektieren und zu fördern, keine vorschnellen Festlegungen auf langfristige Betreuungsverhältnisse und Krankheitsverläufe zu treffen und ein besonderes Augenmerk auf die Erklärungskonzepte über die Entstehung und mögliche Auflösung der Problemkonstellation zu richten. Auffällig ist, dass es besonders gut gelang, den Betreuungsumfang zu begrenzen und tendenziell längere Abstände zwischen den einzelnen Kontakten zu verabreden.

### Schon die Kontaktaufnahme mit dem Dienst bringt Entlastung

Zum Zeitpunkt der Anfrage, nach dem Erstkontakt und nach Ablauf eines Jahres wurden die vorrangigen Problembeschreibungen aus Sicht der Anfragenden und der Mitarbeitenden erhoben.

### Folgende Beobachtungen lassen sich ableiten:

- Eine erste deutliche Reduktion um 32 Prozent in der Zahl der Problemnennungen durch die Anfragenden ergab sich bereits unmittelbar nach dem Erstkontakt. Die Kontaktaufnahme zum SpDi ging anscheinend unmittelbar mit einer deutlichen Entlastung der Anfragenden einher.
- Auffällig ist, dass die Suizidalität bereits nach dem Erstkontakt nicht mehr vorrangig war. Dagegen kam es zu einer deutlichen Betonung von Problembeschreibungen bezüglich der Lebensperspektive, der Zu-

kunfts- und Lebensplanung. Insgesamt wurden von den Mitarbeitenden Beziehungsprobleme wesentlich stärker wahrgenommen. Der Bezug zum lebensgeschichtlichen und situativen Kontext scheint bei Erstanfragen sehr augenscheinlich zu sein.

- Bei den unter 30-Jährigen sind häufig die Themen der Lebensorientierung und -planung, der Ablösung vom Elternhaus und der Einstieg in das Berufsleben problemträchtig. Soziale und finanzielle Schwierigkeiten, Probleme des Wohnens und der Arbeit stellen sich erst in späteren Jahren ein. Schwierigkeiten mit der hauswirtschaftlichen und pflegerischen Versorgung hatten nur die über 50-Jährigen.
- Ins Auge fällt, wie sehr sich die Problembeschreibungen im Laufe der Zeit verändern und wie unterschiedlich Mitarbeitende und Anfragende die Situationen beschreiben. Ziel des sozialpsychiatrischen Handelns ist es, diese Aushandlungsprozesse über unterschiedliche Sichtweisen zu ermöglichen, Verständnis für die Multiperspektivität und Veränderbarkeit der Problemsichten zu fördern und die häufig vorherrschenden reduktionistischen und linear-kausalen Weltbilder aufzuweichen.

### Anschluss an frühere Lebensentwürfe

Die wichtigsten Interventionsformen und Settings waren nach dem Erstkontakt Einzelgespräche im Dienst, Hausbesuche und Familiengespräche. Bei Erstkontakten fanden besonders häufig Gespräche im Dienst statt. Möglicherweise wird die Dienststelle eher als neutraler Ort erlebt. Im Vordergrund der Hilfen stand zunächst die Etablierung eines Beratungsettings.

Bei Erstanfragen nahmen die Mitarbeitenden besonders häufig eine ressourcenorientierte Haltung ein, indem sie versuchten an frühere Lebensentwürfe anzuschließen. Sie versuchten so, einen

Besonders wichtig scheint zu sein, die Autonomiebedürfnisse der Ersterkrankten zu respektieren und zu fördern und keine vorschnellen Festlegungen auf langfristige Betreuungsverhältnisse und Krankheitsverläufe zu treffen

Zugang zur Welt- und Problem-  
sicht der Beteiligten zu gewinnen.  
Dazu gehörte das Interesse für  
deren Wünsche, Hoffnungen und  
Enttäuschungen, für die Erklä-  
rungsmodelle über die Entstehung  
und Auflösung von Problemen -  
und der Versuch, die in diesen  
Konzepten enthaltenen Kompeten-  
zen zur Problembewältigung auf-  
zuwerten. Sie versuchen einen  
wertschätzenden Zugang zu den  
Klienten und enthalten sich soweit  
als möglich positiver oder negati-  
ver Bewertungen. Gleichzeitig  
nehmen sie das Problem in einem  
sozialen und familiären Kontext  
wahr und sehen die Familien-  
angehörigen nicht nur als bera-  
tungs- und unterstützungsbedürf-  
tig, sondern auch als Ressource  
zur Entwicklung neuer Sichtweisen  
und Erprobung neuer Lösungswege  
an.

#### Überlegungen und Forderungen für die sozialpsychiatrische Praxis

Gemeindepsychiatrische Hilfen  
sollten sich durch Sensibilität für  
präventive Aufgaben auszeichnen.  
Qualitätsindikator für die Nieder-  
schwelligkeit ist der regelmäßige  
Vergleich der Zahl der Erstanfragen  
in einem definierten Versor-  
gungsgebiet mit entsprechenden  
epidemiologischen Orientierungs-  
werten.

Die gemeindepsychiatrischen  
Hilfen müssen neben ihrer Clear-  
ingfunktion vor allem die beein-  
trächtigten Fähigkeiten der Be-  
troffenen zur Selbstorganisation  
reaktivieren. Das therapeutische  
Beziehungsangebot sollte zunächst  
eher von der Kurzfristigkeit der  
Hilfebedürftigkeit ausgehen. Mit  
dem vorschnellen Entwurf einer  
langfristigen Betreuungsbeziehung  
kann das Risiko der Entmutigung  
und die Verstärkung der skepti-  
schen Haltung der Hilfesucher ver-  
bunden sein. Vertrauen kann dort  
eher wachsen, wo der Orientierung  
Suchende Verständnis für seine  
Skepsis gegenüber den Hilfen und  
deren Problemdefinitionen trifft.

Für den Umgang mit erstanfragen-  
den Klienten ist es sinnvoll, ein  
(räumliches) Setting für therapeu-  
tisch orientierte Gespräche vorzu-  
halten. Die familienorientierte  
Beratung eröffnet gleichzeitig die

Nutzung des gesamten Spektrums  
der sozialpsychiatrischen Hilfen.

An die Stelle einseitiger diagnosti-  
scher Zuschreibungen tritt das  
Bemühen um eine größere Vielfalt  
von beziehungs- und entwick-  
lungsorientierten Problembeschrei-  
bungen und lösungsorientierten  
Sichtweisen. Psychiatrische Krisen  
werden in ihrer Bedeutung für die  
Bewältigung von Übergängen in  
Lebensabschnitten thematisiert.  
Dabei hat die Wahrnehmung kul-  
tur-, alters- und geschlechtsspezi-  
fischer Zuschreibungen und  
Verhaltensmuster eine besondere

*Die kontinuierliche Praxis-  
reflexion, Projekte der Selbst-  
evaluation und Praxisfor-  
schung haben im Sozialpsy-  
chiatrischen Dienst Stuttgart-  
Freiberg (SpDi) bereits eine  
mehrjährige Tradition. Die  
Projekte sind Ausdruck des  
Interesses der Mitarbeiter-  
innen und Mitarbeiter, ihre  
eigene Praxis zu beobachten,  
sie methodisch zu begründen,  
neue Handlungsansätze zu  
entwerfen und diese in der  
Praxis zu überprüfen. Der  
SpDi ist Teil der flächen-  
deckenden gemeindepsychia-  
trischen Versorgung in  
Stuttgart.*

Bedeutung. Die haltgebende Be-  
ziehung erlaubt es häufig, den  
verengten Blick zu weiten und das  
wieder erwachende Interesse auf  
andere Sichtweisen zu richten. Die  
unmittelbaren Entlastungsange-  
bote in Krisensituation führen zu  
Zeitgewinn, schaffen Raum für  
neue Orientierungen und Vertrau-  
en in die eigenen Gestaltungs-  
möglichkeiten. Der SpDi verbindet  
praktische Hilfestellungen und  
haltgebende Beziehungen mit ent-  
pathologisierenden Sichtweisen. Er  
erweitert tendenziell die Komple-  
xität der Problembeschreibungen,  
indem die Problemkonstellationen  
in ihren lebensgeschichtlichen  
Kontext gestellt, Entwürfe für die  
Zukunft durchgespielt, Bezie-  
hungs- und Kommunikationspro-  
bleme systemisch wahrgenommen  
und neue Verhaltens- und  
Lösungsmuster erprobt werden.

Auch die entschiedene Ablehnung  
von Beratungsangeboten verlangt  
Respekt und kann Ausdruck des  
Selbstbehauptungswillens sein. Das  
Nein zu akzeptieren kann die  
Voraussetzung für ein vorsichtiges  
„Ja“ zum Einstieg in einen späte-  
ren Beratungsprozess schaffen.

Ein hilfreiches therapeutisches  
Angebot zeigt sich nicht nur in  
der Gestaltung einer möglichst  
harmonischen und von wechselsei-  
tigem Verständnis getragenen  
Beziehung. Die Wirksamkeit  
besteht für uns auch darin, dass  
genügend Raum bleibt für Kontro-  
versen und Konflikte, die lange  
Zeit neutralisiert wurden. Die  
Wiederherstellung einer förderli-  
chen Streitkultur ist wichtiger Teil  
der Prävention.

*Die ausführliche Dokumentation  
der Untersuchung hält der Sozial-  
psychiatrische Dienst Stuttgart-  
Freiberg, Suttnerstraße 19, 79437  
Stuttgart, bereit*

#### Literatur:

- Arbter, P./ Armbruster J./Baur, J./ Drost, J./ Menzler-  
Fröhlich, K.-H./ Rein, G.:** Entwicklung von  
Lebensläufen bei BewohnerInnen der  
Wohngemeinschaften des Sozialpsychiatrischen  
Dienstes Stuttgart-Freiberg - Auswertung einer  
Untersuchung. Unveröffentlichtes Manuskript 1993
- Armbruster, J.:** Praxisreflexion und Selbstevaluation  
in der Sozialpsychiatrie - Systemische Beiträge zur  
Methodenentwicklung, Freiburg 1998
- Bock/Geißler:** Weichen stellen! Ersterkrankung und  
Sozialpsychiatrie, in Soziale Psychiatrie 1/2001
- Heiner, M.:** Evaluation zwischen Qualifizierung,  
Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung. In:  
Heiner, M, (Hrsg.): Qualitätsentwicklung durch  
Evaluation. Freiburg 1996
- Heiner, M.:** Von der forschungsorientierten zur pra-  
xisorientierten Selbstevaluation. Entwurf eines  
Konzeptes. In: Heiner, M. (Hrsg.): Selbstevaluation in  
der sozialen Arbeit. Freiburg 1988
- Menzler-Fröhlich K.-H./ Armbruster J./ Funk C./ Rein G.:** Systemische  
Konzepte in der Sozialpsychiatrie - Der  
Wohngruppenverbund im Sozialpsychiatrischen  
Dienst Stuttgart-Freiberg. In Zeitschrift:  
Sozialpsychiatrische Informationen 2/1994, S.30-36
- Rahn, E./ Mahnkopf, A.:** Lehrbuch Psychiatrie für  
Studium und Beruf, Bonn 1999
- Rössler, W./ Salize, H.J.:** Die psychiatrische  
Versorgung chronisch psychisch Kranker - Daten,  
Fakten, Analysen. Band 77 Schriftenreihe des  
Bundesministeriums für Gesundheit, Baden-Baden  
1996
- Schweitzer, J./ Armbruster, J./ Menzler-Fröhlich, K.-  
H./ Rein, G./ Bürgy, R.:** Der ambulante Umgang mit  
"Pathologie" und "Chronizität" im  
Sozialpsychiatrischen Dienst mit betreutem  
Wohnangebot. In: Schweitzer, J./ Schumacher, B.  
(Hrsg.), Heidelberg 1995, S.156-200
- von Spiegel, H.:** Aus Erfahrung lernen -  
Qualifizierung durch Selbstevaluation, Münster  
1993

Ein hilfreiches thera-  
peutisches Angebot  
zeigt sich nicht nur in  
der Gestaltung einer  
möglichst harmoni-  
schen und von wech-  
selseitigem Verständ-  
nis getragenen Bezie-  
hung ...

... die Wirksamkeit  
besteht auch darin,  
dass genügend Raum  
bleibt für Kontrover-  
sen und Konflikte, die  
lange Zeit neutralisiert  
wurden. Die Wieder-  
herstellung einer för-  
derlichen Streitkultur  
ist wichtiger Teil der  
Prävention

# Gemeinwesenorientierung als Qualitätskriterium

Pro Psychiatrie Qualität: Blick auf den Wert der Angebote für die Nutzer / Erfahrungen aus dem Regionalprojekt Niederrhein

Von Monika von Söhnen

Nach einer mehrjährigen Projektphase haben der Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (BeB) und der Bundesfachverband Psychiatrie in der Caritas (PiC) in einem Handbuch 1998 ein System zur Qualitätsentwicklung in der Sozialpsychiatrie für ihre Dienste und Einrichtungen empfohlen. Ermutigt durch die positive Resonanz in den Verbänden und in der Fachöffentlichkeit geht die Projektentwicklung seit Ende 1999 bis Januar 2002 in die zweite Phase. Der nachfolgende Erfahrungsbericht des Erprobungsprojektes Niederrhein diskutiert Aspekte der Gemeinwesenorientierung als Teil eines Qualitätskonzeptes in der Sozialpsychiatrie.

Zum einen geht es bei Pro Psychiatrie Qualität (PPQ) um die Erprobung und Fortschreibung des leitzielorientierten Qualitätssystems durch Auswertung von acht bundesweiten Erprobungsprojekten als trägerübergreifende regionale Netzwerke von Einrichtungen und Diensten der Sozialpsychiatrie. Zum anderen geht es um die Frage, ob und wie eine Weiterentwicklung der vorgelegten Qualitätsindikatoren in Richtung bundesweiter Standards fachlich möglich, strategisch sinnvoll und von den beteiligten Fachverbänden auch gewünscht ist.

## Motivation für die Beteiligung als Erprobungsprojekt

Nachdem wir mit Pro Psychiatrie Qualität in unseren Diensten und Einrichtungen bereits weitreichende Strukturen des Qualitätsmanagements entwickelt und umgesetzt hatten, sahen wir in der Beteiligung als regionales Erprobungsprojekt die Chance zu aktiver Mitgestaltung des weiteren bundesweiten Prozesses. Dazu gehörte auch die notwendige Entwicklung,

von den zunächst offener formulierten Qualitätsindikatoren zur Definition von Standards der Sozialpsychiatrie zu kommen. Außerdem reizte uns die projektbezogene Austauschmöglichkeit zu Diskussions- und Umsetzungsgrad der Entwicklung eigener QM-Prozesse - ein Austausch über regionale und trägergebundene Grenzen hinweg. Für die kritische Auseinandersetzung mit dem gewählten Arbeitsthema hat sich die überregional uns träger- und verbandsübergreifende Zusammensetzung der Regionalgruppe als ausgesprochen hilfreich erwiesen. Auf diese Weise war es möglich, die Diskussionen aus verschiedenen Blickwinkeln, jedoch auch ‚ungetrüb‘ von Konkurrenzaspekten zu führen.

## Kooperation und Vernetzung

Die Umsetzung der Vernetzung regionaler Angebote zugunsten psychisch kranker Bürger einer Stadt oder eines Kreises steht in einem besonderen Spannungsfeld. Einerseits schon seit der Psychiatrie-Enquete gefordert und anerkannt, andererseits behindert durch finanzielle Regelungen und konkurrierende Trägerinteressen, existiert zu diesem Thema in den meisten Regionen ein lebendiger Widerspruch. Den vielbeschworenen Gemeindepsychiatrischen Verbund, wo gibt es den tatsächlich?

Die Auseinandersetzung mit der vorhandenen Schere zwischen Anspruch und Wirklichkeit hat die Arbeit unserer Regionalgruppe vorrangig bestimmt. Abgesehen von der Überarbeitung des Rahmenkapitels Gemeindepsychiatrie, haben wir uns auf Definition von und realistischen Umgang mit „Kooperation“ konzentriert. Dabei

ist uns deutlich geworden, dass erst der kritische Umgang mit denjenigen Faktoren, die funktionierenden Kooperationsbeziehungen im Interesse unserer Kunden im Wege stehen, solche überhaupt erst ermöglichen. Der ideologische Anspruch hat also nur dann Umsetzungschancen, wenn ein realistisches Kooperationsmanagement angewandt wird. Das von uns dazu erarbeitete Material soll anregen, Kooperationen zu entwickeln und wichtige Aspekte und Überlegungen für die Praxis bereitzustellen.

## Aspekte des Kooperationsmanagements

Der Begriff Kooperation kann zur Umschreibung vielfältigster Beziehungen zwischen Organisationen dienen. Das Spektrum möglicher Kooperationsformen reicht von sporadischen Absprachen zwischen Einzelpersonen über ad hoc Allianzen (kurzfristige Aktionsbündnisse) bis zur institutionellen und förmlichen Dauerkooperation zwischen mehreren Trägern - regelrechten strategischen Allianzen, die sogar in einer eigenen Rechtsform Ausdruck finden können (beispielsweise ein gemeindepsychiatrischer Verbund). Je nach Zeitraum, Formalisierungsgrad, Themenumfang sowie Anzahl und Größe der Kooperationspartner führt dies zu einer Vielzahl an Kooperations-, vor allem aber zu einer Vielfalt an organisatorischen Gestaltungsmöglichkeiten.

Entscheidend für die Herausforderungen, die mit der Kooperation zweier oder mehrerer selbständiger Organisationen verbunden sind, ist die Tatsache, dass hierbei die Selbständigkeit jeder einzelnen Organisation durch die Kooperation mit den anderen Organisatio-



nen tendenziell eingeschränkt wird. Dadurch entstehen nicht nur zwischen, sondern auch bei jeder einzelnen Organisation zuvor unbekannte Probleme und Herausforderungen. Das besondere an Kooperationen über Organisationsgrenzen hinweg liegt darin, dass der Kitt, der eine Einzelorganisation trotz Konflikten und Abschottung zusammenhält (gemeinsame Tradition, Regeln, Beziehungen, Werte, ein Leitbild, eine gemeinsame Führungsstruktur und Philosophie), in den zwischenorganisatorischen Beziehungen erst geschaffen werden muss. Die zentrale Aufgabe des Kooperationsmanagements besteht darin, die Unterschiede in den Strukturen und Kulturen der vernetzten Organisationen anzuerkennen und auszugleichen.

**Erfolgsfaktoren für erfolgreiches Management interorganisatorischer Beziehungen:**

■ **Vereinbarung gemeinsamer Ziele und richtige Partnerwahl:** Der überzeugendste Grund für eine Kooperation besteht darin, dass sie der beste Weg ist, ein bestimmtes Ziel zu erreichen. Zunächst einmal muss jede einzelne Organisation für sich selbst definieren, was sie sich von der Partnerschaft verspricht, welche eigenen Interessen sie dabei verwirklichen möchte und welche Ziele sie damit verfolgt. Die klare Artikulierung eigener Interessen erleichtert die Zusammenarbeit. Auch interorganisatorische Beziehungen brauchen als Basis eine präzise Definition der im Rahmen einer Kooperation zu erreichenden Ziele. Daraus ist eine gemeinsame Strategie und Praxis zu entwickeln. Nicht zuletzt hängt der Erfolg von Kooperationen auch von der richtigen Partnerwahl ab.

■ **Verbindliche formale Kooperationsstruktur:** Zwischen den verschiedenen Organisationen sind einige Faktoren bezogen auf den Kooperationsprozess verbindlich festzulegen. Dazu gehören Leistungsstrukturen, Kompetenz- und Zuständigkeitsverteilung, Kommunikationskanäle, Form der Nutzerbeteiligung, mögliche Geschwindigkeit der Entscheidungsprozesse sowie Kontrollprozesse. Der Prozess muss inhaltlich und organisatorisch gesteuert werden.

Die Beteiligten entscheiden über die Form der Steuerung, die intern oder extern festgelegt werden kann.

■ **Management personaler Schnittstellen: Kooperationen verbinden Organisationen zunächst auf dem Papier.** Die für den Erfolg wichtigen Beziehungen müssen durch Personen gestaltet werden. Die Besetzung dieser diplomatischen Schnittstellen ist deshalb ein entscheidender Schritt in der Planung von Koope-

### Bedeutung von Kooperationen für Mitarbeiter

- Bessere Zusammenarbeit im Interesse der Betreuten
- Beteiligung und Mitverantwortung
- Einblick in und Verständnis für institutionelle Unterschiede
- Nutzen von Synergieeffekten
- Zeitgewinn
- Vorstellung von weitergehenden ergänzenden Angeboten für die Betreuten
- Fachlicher Austausch
- Horizonterweiterung
- Entdecken und Nutzen von Gemeinsamkeiten
- Größere Transparenz des Umfeldes
- Kollegiale Beratung
- Überblick über regionale Struktur, das Verhältnis untereinander und die sozialpolitischen Bedingungen
- Weniger Stress und Reibung an Schnittstellen

rationen. Notwendig ist es, hier Menschen mit starken Fähigkeiten zur Beziehungsarbeit zu wählen. Das Ausbalancieren verschiedenster, sich zudem oft verändernder und sich widersprechender Interessen und die Schaffung einer Vertrauensbasis zwischen verschiedenen Trägern stellen sehr hohe Anforderungen an die Qualifikation und Kompetenz der Mitarbeiter, die in solchen Strukturen arbeiten.

■ **Rückendeckung durch die Leitungsspitzen der Kooperationspartner:** Leitungs- und Führungsver-

antwortliche müssen nicht nur Kooperation wollen, sondern dies auch offen demonstrieren und vorleben. Als weiteres Hilfsmaterial haben wir „mindmaps“ erarbeitet, die die Bedeutung von Kooperationsbemühungen aus der Sicht der am Prozess Beteiligten beleuchten (Nutzer, Mitarbeiter, Anbieter, Kommune).

Zuletzt, und hier lag der zweite Schwerpunkt unserer Arbeit, arbeiteten wir als Basis für die breite Palette möglicher Kooperationsbeziehungen die PPQ-Matrix aus Leitzielen und Leistungsdimensionen der Sozialpsychiatrie bezüglich der Überprüfung ihrer Nutzerbezogenheit aus. Zu den Leitzielen Autonomie, Reduzierung von Leiden und Symptomen, Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, bedarfsgerechte personenzentrierte Hilfen, Recht und Würde, Privatsphäre, Sicherheit, Transparenz und wirtschaftliche Ressourcenorientierung formulierten wir Qualitätsindikatoren und darauf bezogene Prüfkriterien. Letztere formulierten wir in Frageform. Aus deren Beantwortung können für geplante Kooperationsmodelle in der Praxis gezielt Qualitätsstandards abgeleitet werden.

### Resümee: Anstrengende und aufwändige Zusammenarbeit

Die Zusammenarbeit war anstrengend und zeitaufwändig. Wir haben den Themenkomplex Gemeinwesenarbeit um einen Aspekt erweitert, aber lange nicht vervollständigt. Aber wir sind dennoch zufrieden mit unseren Arbeitsergebnissen und den Erkenntnissen aus unseren Diskussionsrunden. Uns ist deutlich geworden, dass der Bezug von Pro Psychiatrie Qualität auf die Sozialpsychiatrie nicht nur in der konkreten Angebotsbezogenheit liegt, sondern unseren Blick immer wieder auf die Frage nach dem Wert für die Nutzer der Angebote lenkt.

*Am Erprobungsprojekt Niederrhein sind beteiligt: Diakoniewerk für Sozialpsychiatrie (Duisburg), Graf-Recke-Stiftung (Düsseldorf), Maria in der Drucht (Duisburg), Sozialpsychiatrischer Verbund Haus an der Dorenborg (Viersen).*

Kooperationen verbinden Organisationen zunächst auf dem Papier. Die für den Erfolg wichtigen Beziehungen müssen durch Personen gestaltet werden



Die Zusammenarbeit war anstrengend und zeitaufwändig. Wir haben den Themenkomplex Gemeinwesenarbeit um einen Aspekt erweitert, aber lange nicht vervollständigt. Aber wir sind dennoch zufrieden mit unseren Arbeitsergebnissen

# Das Tabu Psychische Krankheit brechen

„Total ver-rückt“: Ungewöhnliche Bilderausstellung will zum Nachdenken anregen

Von Angelika Schmidt

Einblicke ins eigene Leben geben, ohne intim zu werden. Auf die Probleme psychisch kranker Menschen auf ungewöhnliche Art aufmerksam machen. Schräg, skurril, spontan, Ausdruck von Lebenswirklichkeit, aber keine Therapie will die Ausstellung „Bilder ver-rücken“ der Diakonie Baden sein. Fünf psychisch kranke Menschen haben sich vorgenommen, mit Hilfe von Bildern, die mit der „Lomographie“-Technik entstehen, ihre Krankheit zu enttabuisieren und um mehr Unterstützung in Politik und Gesellschaft zu werben.

Die Ausstellung, die seit März 2001 durch Baden-Württemberg wandert, will die Betrachter anregen, über eigene Vorurteile und Unwissenheit gegenüber psychisch kranken Menschen nachzudenken und die Bilder, die sie haben, zurecht rücken zu lassen. „Lomographie“ ist Fotografie mit einer russischen Kleinbildkamera. Sie lebt von Spontaneität, Zufall, Wechsel und Wiederholung. Möglichst viele Fotos in möglichst unmöglichen Situationen aus möglichst ungewöhnlichen Positionen - das ist das Geheimnis dieser Technik. Das Resultat ist eine Fülle von Schnappschüssen, die zu einem wahren Meer zusammengefügt werden. Ausstellungen auf der ganzen Welt haben die Lomographie in den letzten fünf Jahren

bekannt gemacht und als besondere Kunstform etabliert. Inzwischen hat sich eine Gesellschaft für Lomographie gegründet, die heute mehr als 25000 Mitglieder hat.

5000 Einzelbilder spiegeln Alltag, Lust und Frust wieder

Rund 5000 Einzelbilder sind auf den Ausstellungswänden von „Bilder ver-rücken“ zu einer Gesamtkomposition zusammengefügt, die Alltag, Lust und Frust wieder spiegelt. Kurze Informationen zu psychischen Erkrankungen in den Bildflächen heben die Bilder aus dem privaten Kontext auf eine gesellschaftliche Ebene, die den Betrachter zum Nachdenken anregen soll. Die Ausstellung besteht aus 40 einzelnen Tafeln in der Größe von 6 mal 2,40 Metern. Ergänzt wird die Ausstellung durch eine „Lomo-Wand“, die zeigt, wie die Betroffenen von Fotografen gesehen werden, sowie einem Info-Turm, in dem mittels eines PC eine Diaschau abläuft.

Zu den Künstlern gehört der 46-jährige Karlheinz W. aus Lörrach. Er ist seit zwanzig Jahren psychisch krank und wird von einem Sozialpsychiatrischen Dienst betreut. Durch die Tages- und Begegnungsstätte konnte er sich einen großen Freundeskreis auf-

bauen. Der 31-jährige Stephan F. aus Freiburg musste mit 28 Jahren aufgrund einer psychischen Störung seine Ausbildung zum Krankenpfleger abbrechen und wurde mehrmals stationär behandelt. Mittlerweile hat er sich stabilisiert. Die Karlsruherin Christa B., 50 Jahre alt, lebt seit acht Jahren im betreuten Wohnen, nachdem sie 18 Jahre lang mit ihrer Krankheit auf sich allein gestellt war. Sabine H. aus Bretten ist gelernte Fotografin und Mutter von vier Kindern. Die 38-Jährige ist seit acht Jahren krank. In den letzten drei Jahren brach die Krankheit nicht mehr aus. Und schließlich Manfred P. aus Mosbach. Der 45-Jährige ist verheiratet, seit zwanzig Jahren psychisch krank und Frührentner. Eines seiner Hobbies ist Fotografieren.

Seelische Störungen führen oft in Isolation

Studien haben ergeben, dass jeder vierte Bundesbürger im Laufe eines Jahres kurz oder längerfristig an einer seelischen Störung leidet. Gleichzeitig gibt es immer noch zu wenig professionelle Hilfsangebote und Arbeits- und Wohnmöglichkeiten für psychisch kranke Menschen. Seelische Störungen führen oft in Isolation, Resignation, Armut und in die Abhängigkeit von Sozialhilfe. Das Diakonische Werk Baden hat deshalb eine flächendeckende Krisen- und Notfallversorgung in Baden-Württemberg gefordert. Allein in Baden-Württemberg leben derzeit 89 Prozent der psychisch kranken Menschen von Sozialhilfe. Rund 17000 Menschen kommen jährlich in die Sozialpsychiatrischen Dienste. Dreißig Prozent sind nach fünf Jahren symptomfrei.

# „Mein schönster Tag in der Anstalt“

Ehemalige Bewohnerinnen und Bewohner zu Gast in Eckardtsheim / Gemischte Gefühle und offene Gespräche

Von Gerhard Klekamp

„Dies war mein schönster Tag in der Anstalt“. So äußerte sich eine ehemalige Bewohnerin anlässlich ihres Besuches in „Eckardtsheim“, einer Teileinrichtung der „von Bodelschwinghschen Anstalten Bethel“. Ehemalige Klientinnen und Klienten, vor Jahren im Rahmen der Entospitalisierungs-Bemühungen in ihre Heimatregion gezogen, waren zu einem zweitägigen Besuch nach Eckardtsheim gekommen. Der nachfolgende Beitrag beschreibt ein ungewöhnliches Projekt.

Unter dem Jahresmotto der von Bodelschwinghschen Anstalten Bethel „Die Freiheit bestehen“ hatte sich eine Projektgruppe, die aus Mitarbeitern der Fachbereiche Psychiatrie und Behindertenhilfe bestand, die Aufgabe gestellt, ehemalige Bewohnerinnen und Bewohner nach einzuladen und zu befragen. Die Projektgruppe hatte den Wunsch, „zu erfahren, wie die Menschen mit der Freiheit der Entscheidung, aus der Anstalt auszuziehen und in ihre Heimatregion zurückzukehren, zurechtgekommen sind und wie sie heute über ihre damalige Entscheidung denken. „Konnten sich ihre damaligen Hoffnungen erfüllen oder wurden ihre Träume eher enttäuscht?“, lautete eine Formulierung im Projektantrag.

Ein weiteres Ziel der Projektgruppe war, zu erkunden, wie und in welchen Zusammenhängen die Besucher heute nach Jahren des Umzugs leben und welche Formen der Unterstützung sie heute in Anspruch nehmen. Ferner sollte erkundet werden, wie die Gäste ihre Zeit in Eckardtsheim aus der Distanz betrachten und beurteilen. Das Programm der Besuchstage war so konzipiert, dass neben Besichtigungen der alten Einrichtungen auch Begegnungen zwi-

schen bekannten Mitarbeiterinnen und Bewohnerinnen möglich war und ein Austausch über die vergangene Zeit stattfinden konnte.

**Austausch über vergangene Zeit ermöglichen**

Es wurden 110 Personen angeschrieben und eingeladen, die in den letzten zehn Jahren Eckardtsheim verlassen hatten und in ihre Heimatregionen gezogen waren. Diese Menschen hatten zum Teil andere Betreuungsformen als in der Teileinrichtung von Bethel in Anspruch genommen: Statt in stationären psychiatrischen Einrichtungen wurden einige ambulant betreut. Andere waren wiederum in normale Altenheime gezogen. Interessant waren für uns bereits die Erkenntnisse im Vorfeld: Wie kommen wir an die Adressen? Gibt es eine neue Einrichtung? Wohnen die Ehemaligen noch in der Wohnung oder Einrichtung, in die wir sie entlassen oder begleitet hatten? Wir konnten nicht davon ausgehen, dass in unseren Einrichtungen die neuen Adressen der ehemaligen Bewohnerinnen und Bewohner dokumentiert waren. Es bedurfte einiger Recherche, um alle Adressen ausfindig zu machen.

Etliche Ehemalige waren in der Zwischenzeit verstorben. Manche antworteten spontan und freuten sich über die Einladung, andere meldeten sich überhaupt nicht oder ließen durch Angehörige oder Betreuer mitteilen, dass sie kein Interesse an einem Besuch hätten. Einige teilten uns mit, dass sie auf Grund der Erlebnisse in Eckardtsheim sich einen Besuch nicht vorstellen konnten. Andere wiederum meldeten sich erst nach dem Besuchstermin. Insgesamt hatten 35

die Einladung angenommen. Erschienen waren am Besuchstag dann 33 Personen.

**Fernsehteam mit von der Partie**

Der erste Besuchstag begann mit Anreise und Begrüßung im Gemeindesaal. Eine Besuchergruppe wurde bereits von einem Fernsehteam vom Bahnhof abgeholt. Entsprechend aufregend gestaltete sich die Ankunft für manche der Gäste. In seinen Begrüßungsworten schlug ein Vertreter der Geschäftsführung einen Bogen von den früheren Zeiten, in denen Bewohnerinnen und Bewohner eher bevormundend und einengend behandelt und betreut worden waren. Jede Zeit habe ihr eigenes fachliche Verständnis, das häufig mit dem jeweiligen gesellschaftlichen Verständnis korrespondiere. Jetzt habe die Institution begonnen, die Bewohnerinnen und Bewohner in ihren individuellen Bedürfnissen zu unterstützen.

„Sie haben uns Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auch als Menschen erlebt, die ihnen Grenzen gesetzt haben, willkürlich, einseitig, zum Teil sprachlos. Wir haben wortreich vermittelt, das Beste für sie zu wollen, aber Sie in der Rolle des ‚Schwächeren‘ belassen. Dort, wo wir an Ihnen schuldig geworden sind, bitte ich Sie deshalb heute hier in aller Öffentlichkeit um Verzeihung.“ Einige Teilnehmer teilten ihre Verwunderung und Freude über die entschuldigenden Worten der Geschäftsführung spontan mit: „Das finde ich gut, dass sich die Geschäftsleitung so geäußert hat. Das hätte ich nicht erwartet.“

**Geschäftsführung bekennt Schuld an ehemaligen Bewohnern**

Für einige Besucher wurde es dann besonders aufregend, weil das Fernsehen Interesse bekundet hatte, über den Besuch zu berichten und persönliche Aussagen der Besucher zu ihrem Besuch und zur vergangenen Zeit in Eckardtsheim einzufangen. „Man hat mir hier meine Jugend genommen“ war eine der sehr berührende Aussage eines ehemaligen Bewohners. Bei Kaffee und Kuchen wurden dann

Gerhard Klekamp, Referent für Angehörigen- und Familienberatung, von Bodelschwinghsche Anstalten Bethel, Teileinrichtung Eckardtsheim, Werkhofstraße 7, 33689 Bielefeld, [AerzteEckardtsheim@t-online.de](mailto:AerzteEckardtsheim@t-online.de)

Alle Gäste waren mit ihrer Entscheidung, von Eckardtsheim wegzuziehen, zufrieden. Nur ein Ehemaliger erkundigte sich nach der Möglichkeit, zurückzukehren

erste Kontakte aufgenommen und Erinnerungen ausgetauscht.

Auf der anschließenden Rundfahrt durch die Ortschaft wurden die Besucher mit den Veränderungen in Eckardtsheim vertraut gemacht. Sie mussten feststellen, dass nicht weniger als sieben große Einrichtungen aufgegeben und die Häuser anderen Zwecken zugeführt worden waren. Die Bewohner, die in diesen Einrichtungen gelebt hatten, waren in andere teilstationäre oder ambulante Wohnformen umgezogen und einige - wie sie selbst - waren in ihre Heimatregion gezogen. Am darauffolgenden Vormittag hatten die Besucher die Möglichkeit, ausführlich über ihr Leben in Eckardtsheim und die Zeit danach zu berichten. In Kleingruppen tauschten sie ihre Erfahrungen mit jetzigen und ehemaligen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus.

#### Hohe Zufriedenheit mit dem damaligen Auszug

Alle Gäste waren mit ihrer Entscheidung, von Eckardtsheim wegzuziehen, zufrieden. Nur ein Ehemaliger erkundigte sich nach der Möglichkeit, zurückzukehren. Manche formulierten ihr Erstaunen darüber, dass man sie damals habe „laufen lassen“ und waren den Mitarbeitern dankbar, die den Prozess der Entscheidungsfindung begleitet und sie beim Umzug unterstützt hatten. Die Freude über ein selbstbestimmtes Leben kam deutlich zum Ausdruck: „Ich kann jetzt selbst bestimmen, wann ich meine Mahlzeit einnehme und beim Fernsehen auch mal ein Bierchen trinke“, äußerte einer der Gäste.

Viele Gäste hatten schlechte Erinnerungen an den Anstaltsaufenthalt und verbanden diesen mit Fremdbestimmung, Zwang, Druck und Einengung durch Regeln, räumliche Enge und Gegebenheiten, mit vielen Menschen ungewollt zusammenleben zu müssen. Sie erinnerten sich auch an Mitarbeiter, die Druck und Zwang ausgeübt hatten, der nicht hätte sein müssen. Positive Erinnerungen waren vor allem mit der Erfahrung der Solidarität der Bewohner untereinander verknüpft.

Ebenso wurden sehr vertrauensvolle Beziehungen zu Ärzten, Hausleitern und anderen Mitarbeitern beschrieben, was das Leben in Eckardtsheim erleichtert habe.

#### Realistische Einschätzung der aktuellen Lebenssituation

Insgesamt waren alle mit ihrer jetzigen Lebensform im Großen und Ganzen zufrieden. Die Gäste äußerten sich bemerkenswert realistisch über ihre derzeitige Situation. Die Vorteile ihrer jetzigen Lebenssituation gegenüber der Zeit in Eckardtsheim wurden in der Wahlmöglichkeit des Wohnortes und der größeren Nähe zu den Angehörigen gesehen. Die negativen Tendenzen des Alleinwohnens und der damit verbundenen tendenziellen Einsamkeit wurden als Probleme der neuen Alltagsrealität genannt, was in der Euphorie des Auszugs nicht gesehen wurde.

Am Nachmittag des zweiten Tages waren dann Freunde und ehemalige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu einem Nachmittag der Begegnung eingeladen. Bei Kaffee und Kuchen wurde sowohl über die Vergangenheit als auch über den jetzigen Wohnalltag berichtet. Der Auftritt einer Patienten-Theatergruppe sorgte für Abwechslung. Für viele war es ein besonderes und für manche gar ein erstmaliges Erlebnis, in einem Hotel zu übernachten und als Besucher in der Anstalt zu sein, in der sie viele Jahre ihres Lebens verbracht hatten und in der manche auch gegen ihren Willen leben mussten.

#### Offene Gespräche über Vergangenheit und Gegenwart

Die Verwirklichung der Idee, ehemalige Bewohnerinnen und Bewohner als Gäste zu einem Besuch

in die Anstalt einzuladen, wurde für die Mitglieder des Vorbereitungskreises als großer Erfolg bewertet. Es war schön zu sehen, wie die Besucher freudig auf ehemalige Mitarbeiter und Mitbewohner zuzingen. Alle Besucher zeigten eine bemerkenswerte Gesprächsbereitschaft und äußerten sich offen zur Vergangenheit und zur Gegenwart.

Der Bericht darüber im Fernsehen löste innerhalb der Institution noch einmal eine lebhaftige Debatte über „früher und heute“ aus. Die Veränderungen von Sichtweisen und Einführung neuer Konzepte pädagogisch-therapeutischer Arbeit hatte dazu geführt, dass ältere Konzepte in Frage gestellt wurden und werden. Dadurch sahen sich ehemalige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in ihren früheren Arbeitsansätzen hinterfragt. Einige fühlen sich auch missverstanden und verletzt, weil sie damals aus fachlicher Sicht richtig gehandelt hatten und nun durch die Veränderung der Konzepte ihre ganze damalige Arbeit in Frage gestellt sahen. Andere, die beim Besuch erleben durften, wie die ehemaligen Bewohnerinnen und Bewohner über ihre jetzige Situation berichteten und wie sie auch nach Jahren noch mit der Entscheidung, aus der Anstalt auszuweichen, zufrieden waren, konnten sich mit den Gästen freuen und damit die Veränderungen akzeptieren.

Andere Mitarbeitende wurden durch die Besucher in ihrer Arbeit bestätigt, Menschen zu unterstützen, die in ihre Heimatregion zurückkehren wollen. Bei einigen verbliebenen Bewohnern in Eckardtsheim wurde durch den Kontakt mit den Besuchern die Frage nach Veränderung und Umzug in die Heimatregion wieder virulent. Der eine oder andere

tauchte nach dem Besuch wieder in den Wohntreffs der Einrichtung auf, in denen die Möglichkeiten eines Umzugs und Auszugs besprochen und begleitet werden.

Die Freude über ein selbstbestimmtes Leben kam deutlich zum Ausdruck: „Ich kann jetzt selbst bestimmen, wann ich meine Mahlzeit einnehme und beim Fernsehen auch mal ein Bierchen trinke“

## Preis für wissenschaftliche Arbeiten ausgeschrieben

Die „Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V.“ (DGSP) schreibt zum dritten Mal einen Forschungspreis für wissenschaftliche Arbeiten auf dem Gebiet der Sozialpsychiatrie aus. Der Preis kann für theoretisch und empirische Arbeiten vergeben werden. Kriterien für die Vergabe sind die Bedeutung der jeweiligen Forschung für die Versorgung psychisch kranker Menschen, der innovative Charakter sowie die methodische Qualität.

Der mit 2500 Euro dotierte Preis wird an einzelne Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler oder auch an Forschungsgruppen verliehen. Er wird bei der DGSP-Jahrestagung im November 2002 in Stuttgart vom Vorstand auf Vorschlag des Fachausschusses Forschung überreicht. Die Arbeit darf nicht älter als zwei Jahre sein und kann sowohl von den Autoren selbst als auch von Dritten eingereicht werden. Er muss bis zum 28. Februar 2002 eingesandt werden an folgende Adresse: DGSP, Zeltinger Straße 9, 50969 Köln

## Broschüre zum Thema Vorsorgevollmacht

Auch Angehörige können nur auf der Basis einer Vollmacht rechtlich stellvertretend handeln, wenn einem Familienmitglied etwas zustößt. Die Broschüre „Selbstbewusst die Zukunft gestalten, solange ich gesund bin“ erläutert rechtliche Vorsorgemöglichkeiten, Vorsorgevollmacht, allgemeine Vollmacht und Betreuungsverfügung für den Fall, dass Familienmitglieder für ihre Angehörigen entscheiden müssen. Sie bietet zudem Muster und Formulierungsvorschläge an, die in Form eines Bausteinsystems nach persönlichen Bedürfnissen zusammengestellt werden können. Die 56-seitige Broschüre wurde von der Betreuungsstelle der Stadt Frankfurt am Main herausgegeben. Sie kann zum Preis von 4,10 Euro bestellt werden beim Fachhochschulverlag, Kleiststraße 31, 60318 Frankfurt am Main, Telefon (0 69) 15 33-28 20, Telefax (0 69) 15 33-28 40, [bestellung@fhverlag.de](mailto:bestellung@fhverlag.de)

## Nachrichten aus Bethlehem von Manuela Ziskoven

Seit März 2001 arbeitet die ehemalige Psychiatrie-Referentin des Diakonischen Werks der EKD und früheres Mitglied des Kerbe-Redaktionsbeirats, Manuela Ziskoven, als Entwicklungshelferin im „Guidance and Training Center for the Child and Family“ (einer Nicht-Regierungsorganisation), einer kleinen Beratungsstelle für Kinder und Erwachsene. Entsendeorganisation ist der Evangelische Entwicklungsdienst (EED), mit dem Programm „Ziviler Friedensdienst“ des BMZ.

„In Bethlehem ist der Alltag geprägt von Beängstigung, existentieller Bedrohung, hoher Arbeitslosigkeit (zirka 60 Prozent), Armut und Mangel“, beschreibt Ziskoven ihre momentane Umgebung. „Man ist abgeriegelt von der Welt, eingeschlossen in den kleinen Ort mit

Die nächste Ausgabe der Kerbe zum Thema „Qualität in der Sozialpsychiatrie“ erscheint anlässlich der Tagung „Pro-PsychiatrieQualität – Ein System zur leitzielorientierten Qualitätsentwicklung in der Sozialpsychiatrie“ (Ausschreibung siehe Rubrik Termine) erst Mitte Juni 2002.

rund 137 000 Einwohnern (mit den umliegenden Dörfern), ohne Kino, ohne Spielplätze, ohne Parkanlagen. Nach Jerusalem können Palästinenser nur mit schriftlicher Genehmigung von Israel“. Eine seit Ende September 2000 bestehende Lebenssituation von kumulativem, extremem chronischem Stress, der die Menschen auslaugt, deprimiert und mut- und hoffnungslos werden lässt.

Im Guidance and Training Center herrscht, so berichtet Manuela Ziskoven weiter, Hochbetrieb. Die Leiterin, Dr. Viveca Hazboun, ist die einzige Psychiaterin in der Westbank, die auch als Kinder- und Jugendpsychiaterin ausgebildet ist, sodass ihre diagnostische Einschätzung, wie auch die vielfältigen Einzel- und Gruppentherapie-

angebote des Dienstes sehr gefragt sind. Der Dienst richtet sich zwar an Menschen mit psychischen Problemen aller Altersstufen und ist aber häufig eine erste Anlaufstelle für Menschen mit psychiatrischen Krisen. Die Hauptklientel sind – wegen des Mangels an kinder- und jugendpsychiatrischer Qualifikation – Kinder, Jugendliche und deren Bezugspersonen. Häufige Diagnosen waren in den letzten Jahren Entwicklungsverzögerungen- und -störungen, Lernschwierigkeiten und -behinderungen.

Ziskoven ist in Bethlehem auch an der „Outreach-Arbeit“, das heißt Fortbildung und Beratung in Kindergärten, Schulen, Krankenhäusern und anderen Diensten, intensiv beteiligt. Darüber hinaus gehören zu ihren Aufgaben Team- und Fallsupervisionen in verschiedenen Einrichtungen, Praxisanleitung und Trauerberatung. Oft können, so die Referentin, die festgesetzten Termine nicht eingehalten werden. So konnte mit einer Supervision erst viel später begonnen werden, weil die Sozialarbeiterin aus Beit Jala nach einer durchwachten Nacht wegen Bombardierungen erst später kommen wollte. Viele der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind ausgebrannt und arbeiten mit höchster Kraftanstrengung.

*In der nächsten Ausgabe der Kerbe berichten wir ausführlich über die Erfahrungen von Manuela Ziskoven in Palästina*

## Zur Situation älterer psychisch kranker Menschen

Eine Zusammenstellung zum Thema „Zur Situation älterer psychisch kranker Menschen, Empfehlungen für den BEB“ von Renate Schemus kann ab sofort über die BEB-Geschäftsstelle (Postfach 101142, 70010 Stuttgart, e-Mail: [info@beb-ev.de](mailto:info@beb-ev.de)) bezogen werden. Es handelt sich dabei um eine Kurzfassung des Papiers „Barrierefrei? – Zur Situation und Versorgung älterer psychisch kranker und psychisch behinderter Menschen“. Stichworte zum Inhalt: Antworten auf Bedürfnisse und Hilfebedarf, Versorgungsstruktur, Leistungsrechtliche Absicherung.

## Wünsche und Bedarfe von Nutzerinnen

Erhebung der „Brücke Schleswig-Holstein gGmbH“

Als Träger gemeindepsychiatrischer Einrichtungen in Schleswig-Holstein hat die „Brücke Schleswig-Holstein gGmbH“ vor einigen Jahren im Zuge der Qualitätssicherungs-Debatte mit der Entwicklung von Leitlinien für die Betreuung von Frauen begonnen. Im Frühjahr 2001 wurden jetzt Einrichtungen und Nutzerinnen interviewt. Auf der Ebene der Einrichtungen wurde der Status Quo von Angeboten, Kooperationen und Vernetzungen mit anderen Hilfeangeboten abgefragt. Die betreuten Frauen sollten sich zu Zufriedenheit und generellen Kenntnis von Angeboten und deren Bedeutung für sie äußern. Es beteiligten sich 42 Einrichtungen und 188 Frauen.

Die Ergebnisse der Nutzerinnen-Befragung bestätigen die Einschätzungen der Einrichtungen in vielen Punkten. So sahen 92 Prozent der Frauen Möglichkeiten zur aktiven Mitgestaltung der Rehabilitationsprozesse und waren im Schnitt überwiegend zufrieden mit dem Ausmaß. Auch alle Einrichtungen in den Bereichen Arbeit, Behandlung und Tagesangebote, 90 Prozent der Wohneinrichtungen sowie 67 Prozent der Fachdienste Arbeit schätzten den Mitgestaltungsspielraum als gut oder sehr gut ein.

### Möglichkeiten zur Mitgestaltung

Daneben existieren aber auch Informationsdefizite hinsichtlich des Bekanntheitsgrades frauenspezifischer Angebote, unabhängig davon, ob es sich um konzeptionell festgelegte Betreuungsformen ausschließlich für Frauen, um Freizeitangebote, die Bereitstellung frauenspezifischer Räume oder Bereiche handelt. Immerhin 74 Prozent aller befragten Einrichtungen gaben an, den Nutzerinnen die Wahl des Geschlechts der Betreuungsperson zu überlassen, aber nur 29 Prozent der Gesamtgruppe antwortete, diese Wahl gehabt zu haben. In diesem Fall erhalten Informationsdefizite sogar besonderes Gewicht, da mehr als die Hälfte der befragten Frauen dem Geschlecht der Betreuungsperson eine hohe Bedeutung

beimaß (mindestens Punkt acht auf einer zehnstufigen Skala von völlig unwichtig bis sehr wichtig). Die Studie liefert weitere Hinweise dafür, dass es als Einrichtung nicht ausreicht, frauenspezifische Angebote vorzuhalten. Diese müssen auch deutlich an die Frauen herangetragen werden.

### Abweichungen zwischen Angebot und Nachfrage

Die Wünsche der Frauen weisen darüber hinaus auf teilweise bestehende Abweichungen zwischen Angebot und Nachfrage hin. Keine einzige Einrichtung im Werkstättenverbund bietet beispielsweise Arbeitsbereiche ausschließlich für Frauen an (beziehungsweise kann sie anbieten). Aber knapp 30 Prozent der in Werkstätten beschäftigten Frauen sahen hier Bedarfe in Einrichtungen zur beruflichen Rehabilitation. Mehr als die Hälfte der Frauen wünschten sich jeweils Gesprächsgruppen nur für Frauen beziehungsweise Gesprächsangebote zum Thema Gewalt.

Die Untersuchung ist in der Broschüre „Frauenspezifische Angebote in den Einrichtungen - Wünsche und Bedarfe der Nutzerinnen“ dokumentiert. Zu bestellen bei: Brücke Schleswig-Holstein gGmbH, Muhliusstraße 94, 24103 Kiel, Telefon 0431-98205-0

Sabine Klemp und Ulrike von Paleske

## Psychiatrienetz jetzt online

Seit Ende letzten Jahres ist es online, das erste Psychiatrie-Portal im Internet. Unter der Adresse [www.psychiatrienetz-bw.de](http://www.psychiatrienetz-bw.de) können sich psychisch kranke Menschen sowie Interessierte Informationen über Beratungsangebote, Ärzte, Tagesstätten, Selbsthilfegruppe und stationäre Einrichtungen per Mausklick holen. Finanziert wird das neue Angebot von Diakonie Baden und Württemberg sowie dem baden-württembergischen Sozialministerium.

## Impressum

### Herausgeber:

Bundesverband Evangelische Behindertenhilfe (BEB), Postfach 101142, 70010 Stuttgart, e-Mail: [info@beb-ev.de](mailto:info@beb-ev.de)

### Redaktion:

Dr. Jürgen Armbruster, Stuttgart; Helmuth Beutel, Stuttgart; Doris Biedermann, Hamburg; Jürgen Bombosch, Düsseldorf; Gudrun Mahler, Nürnberg; Dr. Ulrich Müller, Düsseldorf; Dr. Klaus Obert, Stuttgart; Helmut Urbaniak, Stuttgart; Andreas Wagner (geschäftsführender Redakteur), Stuttgart; Wolfram Kepler (Redakteur), Stuttgart

### Redaktionsadresse:

Bundesverband Evangelische Behindertenhilfe (BEB), Postfach 101142, 70010 Stuttgart, e-Mail: [info@beb-ev.de](mailto:info@beb-ev.de)

### Verlag:

Verlag und Buchhandlung der Evangelischen Gesellschaft GmbH, Augustenstraße 124, 70197 Stuttgart, Telefon (07 11) 6 01 00-0

### Bezugspreis:

Jahresabonnement für vier Hefte DM 39,60 (= DM 26,80 plus 12,80 Versandkosten), ISSN 0724-5165

### Anzeigen:

Anzeigengemeinschaft Süd, Augustenstraße 124, 70197 Stuttgart, Telefon (07 11) 6 01 00-66, Fax -76. Zurzeit gilt die Preisliste Nr. 18 vom 1. Januar 2001

### Druck:

J.F. Steinkopf Druck GmbH, Stuttgart

### Erscheinungstermine:

1. Februar, 1. Mai, 1. August, 1. November

## Integration in Arbeit

13. bis 14. Mai 2002  
Berlin

Tagung der „Aktion Psychisch Kranke e.V.“ zum Thema „Integration Psychisch Kranker in Arbeit“ im Dorint-Hotel Schweizerhof in Berlin. Thematischer Schwerpunkt: Vorstellung und Diskussion von Leitlinien für die zukünftige Organisation und Ausgestaltung von Hilfen, die im Projekt „Bestandsaufnahme zur Rehabilitation Psychisch Kranker“ erarbeitet wurden. Einführungsreferate zur „Teilhabe von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen am Arbeitsleben“ von Bundesminister Walter Riester und Bundesarbeitsamt-Präsident Bernhard Jagoda.

Tagungsprogramm und Information: Aktion Psychisch Kranke e.V., Brungsgasse 4-6, 53117 Bonn, Telefon 0228 / 676740, Fax 0228 / 676742

15. bis 16. Februar  
2002  
Frankfurt/Main

25. bis 26. Februar  
2002  
Hannover

## Sozialpsychiatrische Zusatzausbildung

Ab 8. April 2002  
Remscheid

Berufsbegleitende Zusatzausbildung der Evangelischen Stiftung Tannenhof in Kooperation mit dem Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche im Rheinland. Über einen Zeitraum von zweieinhalb Jahren werden 520 Stunden theoretischer und fachpraktischer Unterricht in zweiwöchigem Abstand außerhalb der Ferienzeiten angeboten. Die Teilnehmenden sollen sich persönlich und fachlich weiter qualifizieren, um den Bedürfnissen psychisch kranker und behinderter Menschen gerecht werden zu können. Dazu gehören eine interdisziplinär ausgerichtete Handlungsorientierung sowie die ständige Reflexion der sozialpsychiatrischen Grundhaltung. Schwerpunkte der Ausbildung sind daher neben Kenntnisvermittlung auch Praxisbezug und Reflexion. Zielgruppe sind Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus den Bereichen Medizin, Psychologie, Pflege, Sozialarbeit, Sozialpädagogik, Ergotherapie, Kunst- und Musiktherapie sowie Krankengymnastik.

Weitere Informationen: Beate Jahnke-Weil, Evangelische Stiftung Tannenhof, Remscheider Straße 76, 42899 Remscheid, Telefon 02191 / 121260

15. März 2002  
Hamburg

19. bis 20. Juni 2002  
Berlin

13. bis 14. März 2002  
Wiesloch

## Bei Krisen intervenieren

Zweistufiges Seminar zum Thema „Krisenintervention bei schizophrenen und affektiven Psychosen“. Referent: Klaus Nouvertné. Fortsetzung am 25. und 26. Oktober 2002 in Weimar  
Information: DGSP, Zeltinger Straße 9, 50969 Köln, Telefon 0221 / 511002, Fax 529903, E-Mail: dgsp@netcologne.de

## Umgang mit Suizidalität

Seminar zum Thema „Hand an sich legen – Umgang mit Suizidalität“. Referent: Professor Dr. Michael Eink  
Information: DGSP (siehe oben)

## Möglichkeiten der Soziotherapie

Eintägiges Seminar zum Thema „Soziotherapie – eine neue Hilfe für psychisch erkrankte Menschen.“ Referenten: Christian Reumschüssel-Wienert und Lisa Schulze Steinmann  
Information: DGSP (siehe oben)

## Präsentation der Ergebnisse von PPQ

Abschlussveranstaltung des verbandsübergreifenden Projekts von BEB und PiC zum Thema „Pro-PsychiatrieQualität – Ein System zur leitzielorientierten Qualitätsentwicklung in der Sozialpsychiatrie“. Präsentation der Ergebnisse des in zwei Jahren weiterentwickelten Systems zur Qualitätsentwicklung.

Information und Anmeldung: Bundesverband Evangelische Behindertenhilfe, Telefon 0711 / 2159128, e-Mail: seyboth@beb-ev.de

## Psychiatrie-Symposium

Zweitägiges Symposium zum Thema „Seelische Gesundheit der Psychiatrie-Schaffenden“.

Informationen: Psychiatrisches Zentrum Nordbaden, Akademie am Park, Heidelbergerstraße 1a, 69168 Wiesloch, Telefon 06222 / 552752, Fax 552755 e-Mail: Inga.Weise@pzn-wiesloch.de

