

Im Maßregelvollzug

Herausforderung forensische Psychiatrie Forensisch untergebrachte Patienten mit Merkmalen der Selbst- und Fremdverletzung sind für sich und andere Menschen eine Gefahr und bleiben dies auch bis zur Übernahme der Verantwortung für sich selbst und andere. Das Ziel „Besserung vor Sicherung“ steht bei Therapien dieses Personenkreises im Vordergrund. Pflege in der Forensik als ein spezifisches Tätigkeitsfeld fordert daher von Pflegenden Engagement und Kreativität. ✍ Elisabeth Höwler

ZUSAMMENFASSUNG

Die Paragraphen §§ 63–67h des Strafgesetzbuches (StGB) regeln freiheitsentziehende Maßnahmen zur Unterbringung von schuldunfähigen oder vermindert schuldunfähigen psychiatrisch und suchtkranken Straftätern. Kommt das Gericht zum Ergebnis, ein Täter sei nicht schuldfähig gewesen oder kann dies zumindest nicht ausgeschlossen werden, entscheidet es sich nach Prüfung eines psychiatrischen Gutachtens, abhängig von der Schwere der Schuld und der Wiederholungsgefahr, für eine Unterbringung und Behandlung des Täters in einem psychiatrischen Krankenhaus. Dies wird „Maßregelvollzug“ genannt in Abgrenzung zum Strafvollzug. In der Pflege bekommen Pflegende eine zentrale Rolle zugewiesen, d.h. sie sollen psychisch kranken Patienten innerhalb der therapeutischen Beziehung nicht nur im Umgang mit der Krankheit unterstützen, sondern auch zur Reduktion der Gefährlichkeit beitragen. Sie befähigen Patienten zur Teilhabe an der Gesellschaft, in dem sie über die Grenzen der forensischen Klinik hinweg tätig werden und Kontakte zur gemeindenahen Psychiatrie herstellen.

Schlüsselwörter: Forensik, psychiatrische Pflege, Maßregelvollzug, Schuldfähigkeit, Rückfallquote

Eine gutachterliche Beurteilung durch einen Facharzt für forensische Psychiatrie befasst sich mit Voraussetzungen der Schuldfähigkeit von Personen, die in Deutschland in den Paragraphen § 20 und § 21 StGB geregelt sind. Die Gutachten haben eine größere Bedeutung als in anderen medizinischen Fachgebieten, weil ihnen Freiheitsentziehende Maßnahmen aufgrund Selbst- oder Fremdverletzendem Verhalten folgen können. Patienten mit keiner bis verminderter Schuldfähigkeit haben in der Regel keine

bis geringe Einsichtsfähigkeit in Bezug auf die Tragweite ihres schädigenden Handelns, keine bis geringe Steuerungsfähigkeit während des Tathergangs, keine bis geringe Urteilsfähigkeit in Bezug auf moralisch-ethischem Handeln, geringe bis fehlende Empathiefähigkeit aufgrund herabgesetzter Kognition und/oder affektiver psychotischer Reaktion und/oder Drogenrausch.

Formen der Unterbringung

1. Nach §63 StGB werden Patienten, wenn sie eine rechtswidrige Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit (§ 20 StGB) oder der verminderten Schuldfähigkeit (§ 21StGB) begangen haben, im psychiatrischen Krankenhaus untergebracht. Das Gericht übernimmt einen Sicherungsauftrag zum Schutz der Gesellschaft vor Wiederholungstätern sowie einen therapeutischen Auftrag, damit der Patient in Zukunft ein straffreies Leben führen kann.
2. Im §64 StGB ist die Unterbringung von Straftätern in Erziehungsanstalten geregelt. Sie wird von der zuständigen Strafvollstreckungskammer angeordnet, wenn ein Patient eine Präferenz zur Substanzmittelabhängigkeit oder Missbrauch aufweist und die Straftat ursächlich auf diese Präferenz zurückzuführen ist oder, wenn wegen dieser Präferenz weitere Straftaten zu erwarten sind und eine Therapie in Bezug auf die Abhängigkeitserkrankung und die strafrechtliche Rückfälligkeit Erfolg verspricht.

Pflege als Problemlösungs- und Beziehungsprozess

In Forensischen Kliniken arbeitet ein Team aus Psychiatern, Pflegenden (Gesundheits- und Krankenpfleger, Altenpfleger, Heilerziehungspfleger), Ergotherapeuten, Sozialarbeiter, Lehrer, Sport- und Theatertherapeuten sowie Seelsorger interdisziplinär zusammen. Der Pflegeprozess gründet in der Regel auf die Pflegetheorie von Hildegard Peplau. Dessen Rahmen stellt ein vertrauensvoller Beziehungsprozess dar, wobei das interaktive Handeln zwischen Patienten und Pflegenden stets zielgerichtet ist. Pflegende arbeiten sowohl mit dem Patienten als auch für ihn. Pflege ist ein erzieheri-

schon Instrument, eine zur Reife beitragende Kraft, welche einen Patienten dabei unterstützt, seine Persönlichkeit in Richtung auf ein kreatives, konstruktives, produktives und in die Gemeinschaft integriertes Leben voranzubringen (Peplau 1998). Innerhalb des Pflegeprozesses nehmen Pflegenden unterschiedliche soziale Rollen ein, welche für die Problembewältigung des Patienten wichtig sind.

Orientierungsphase: Das Pflegeanamnese-Erstgespräch findet auf der Aufnahmestation statt. Hier klären die Patienten mit den Pflegenden ihre Situation und Sichtweisen der Probleme. Pflegenden helfen Probleme zu identifizieren und stellen den Bedarf an Unterstützung fest. Durch die Interaktionsdynamik zwischen Pflegenden und Patienten im Prozess des Kennenlernens, das Verständnis der Pflegenden für die Gefühle, das Verhalten und die Überzeugungen des Patienten sowie die Reflexion der eigenen Pflegehaltung, entsteht die Grundlage der Pflege-Patienten-Beziehung.

Pflege richtet sich nach dem Normalisierungsprinzip. Die Patienten befinden sich bei der Aufnahme meistens in einem Ausnahmezustand, somit bekommt die medikamentöse Vergabe mit Psychopharmaka (u.a. Depot-Medikamente) und die Beobachtung von Krankheitssymptomen eine große Bedeutung. Pflegenden achten darauf, dass die Patienten einen strukturierten Tagesablauf und soziale Normen und Werte einhalten. Psychosomatische Funktionsstörungen, welche mit Abhängigkeitserkrankungen im Zusammenhang stehen, werden durch behandlungspflegerische Maßnahmen gelindert. Deliktbezogene Verhaltensweisen (z.B. bei pädophiler Störung) müssen kritisch beobachtet und als bedeutsame Informationen an das interdisziplinäre Team weitergeben werden, damit sie im Rahmen des Therapieplans gelöscht oder zumindest minimiert werden können.

Motivierende Gespräche veranlassen zur Teilnahme an Therapien. Therapieabbrecher können das Wohl von Mitpatienten gefährden, in dem sie eingeschleuste Drogen konsumieren. Um die Gefahr frühzeitig zu erkennen, wird bei Verdacht ein Blut- oder Urin-Drogenscreening unangekündigt durchgeführt.

Eine vertrauensvolle Pflegebeziehung muss sich stufenweise aufbauen und darf nicht durch Kontrollaufgaben, wie eine Durchsuchung des Patientenzimmers nach eingeschleusten Drogen oder gefährlichen Gegenständen, gefährdet werden. Diese Aufgaben übernehmen daher Sicherheitsbedienstete. Zur Konfliktentstehung kann es kommen, wenn Patienten vereinbarte Maßregeln nicht einhalten wollen. Reagiert ein Patient mit aggressiven Impulsdurchbrüchen wird deeskaliert. Regelmäßige Trainingseinheiten zur Deeskalation, Antiaggression und gewaltfreier Kommunikation geben Handlungssicherheit in herausfordernden Situationen. Zwangsmaßnahmen als Mittel der letzten Wahl werden möglichst vermieden, um die vertrauensvolle Pflegebeziehung nicht zu gefährden. Diese rechtfertigen sich nur zum Schutz Dritter bei herausforderndem Verhalten des Patienten, wenn es die Autonomie von Mitpatienten oder Mitarbeiter im Sinne ihrer Rechte auf Selbstbestimmung und körperliche Unversehrtheit bedroht oder beeinträchtigt. Ein Time-out-Raum dient zur Reizabschirmung und zum Spannungsabbau. Die „innere Sicherheit“ gewährleisten Notrufgeräte, welche Pflegenden, Ärzte und Therapeuten am Körper tragen. Die Phase dauert, je nach Schwere der psychiatrischen Diagnose, ca. zehn Wochen.



Forensisch Pflegenden sollten ihre eigene Rolle regelmäßig reflektieren.

+ INFO

Die Forensik befasst sich u.a. mit Fragen, die von Gerichten und Behörden im Fachbereich der Psychiatrie gestellt werden. In Deutschland gibt es zurzeit 80 forensisch ausgerichtete Kliniken. Sie haben den Auftrag, Patienten zur deren Besserung und Sicherung als Maßregel (Maßregelvollzug) freiheitsentziehend unterzubringen.

Die Unterbringung hat in den vergangenen Jahren zugenommen – insbesondere für Patienten, deren Therapien wegen Aussichtslosigkeit erledigt wurden (gemäß § 7 d Abs. 5 StGB). Die Patienten, es sind mehr Männer als Frauen, haben rechtswidrige Taten begangen (z.B. Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz, Tötungs-, Körperverletzungs-, Raubdelikte, Brandstiftung). Bei etlichen können Doppeldiagnosen, wie alkohol- oder drogenbedingte Abhängigkeitserkrankungen, Persönlichkeitsstörungen, Debilität, Polytoxikomanie, Impulskontrollstörungen mit erhöhter Aggressivität oder akute Psychosen, z.B. schizoaffektive Störung mit Wahn und Halluzinationen, diagnostiziert werden.

 dgppn.de

Identifikationsphase: Patienten identifizieren sich mit Bezugspflegerinnen, die ein Symbol für bedingungslose Fürsorge darstellen. Pflegenden beobachten, deuten und greifen bei gesundheitsgefährdendem Verhalten lehrend ein. Auf dieser Basis können Patienten positive Gefühle und Bedürfnisse neu erleben und möglicherweise befriedigen. Wenn grundlegende Bedürfnisse erfüllt sind, entwickeln sich reifere Persönlichkeiten. Die Fähigkeit Probleme selbst zu lösen nehmen bei Patienten zu. Unterstützt wird dies durch aktive Teilnahme an psychotherapeutischen Gruppen- und Einzelsitzungen und dient zur Aufarbeitung von Straftaten.

Nutzungsphase: Rekonvaleszenz und Rehabilitation sind wichtige Zielsetzungen. Pflegenden üben mit Patienten soziale Kompetenzen

neu ein z.B. bei Mahlzeitenausgaben, Zimmerpflege oder Wäscherversorgung. Sie geben Unterstützung beim Einkauf und Kochen, beraten bei Ernährungsproblemen und schulen zur Erkennung von Frühwarnsystemen bei psychotischen Schüben. Sie beaufsichtigen und begleiten bei ergotherapeutischen Aktivitäten (z.B. Holzwerkstatt, Mal-, Gymnastik-, Garten-, Hauswirtschaftsgruppe, Gesprächspsychotherapie, Hofgang (vormittags und nachmittags jeweils eine Stunde). Patienten fühlen sich sicherer, übernehmen mehr Verantwortung für sich selbst und entwickeln eigene Umgangsstrategien mit ihren psychischen Problemen und/oder Abhängigkeitserkrankungen. Pflegende beraten dabei und geben weitere Informationen, damit Patienten großen Nutzen aus allen Therapieangeboten ziehen können.

Ablösungsphase: Weitere Schritte werden geplant, welche den Patienten ermöglichen unabhängiger zu werden. Pflegende bieten als Ersatzpersonen/Stellvertreter aus der Vergangenheit wertschätzende Unterstützungen an. Erfolgreiche Resozialisierung führt zur schrittweisen Lockerung des Freiheitsentzugs. Die erste Stufe ist in der Regel der 1:1 Ausgang, d.h. der Patient verlässt die Klinik in Begleitung der Bezugspfleger für einen festgelegten Zeitraum zu einem vorher vereinbarten Ziel und Zweck – z.B. ein Kinobesuch oder Einkauf. Bei weiteren Fortschritten schließt sich in der zweiten Stufe ein unbegleiteter Einzelausgang an, die Aufnahme einer Beschäftigung außerhalb der Klinik bis hin zu einer längerfristigen Beurlaubung. Ein bedeutsames Kriterium dafür ist, dass eine Gefährdung der Gesellschaft nach bestem ärztlichen und therapeutischen Wissen ausgeschlossen werden kann. Pflegende planen gemeinsam mit dem therapeutischen Team die Entlassung des Patienten und bereiten ihn auf ein Leben in Freiheit vor.

Das Erreichen eines therapeutischen Fernziels kann, je nach Schwere der Diagnose des Patienten, zwei bis zweieinhalb Jahre dauern. Eine psychosoziale ambulante Nachsorge zur Bewältigung der neuen Lebenssituation erfolgt durch Fachärzte, Pflegende und Sozialpädagogen und sichert eine Rückfallquote von ca. 15–30% (Annen 2019). Eine Nachsorge kann in Abhängigkeit der Diagnose ca. zwei bis fünf Jahre dauern. Im regulären Strafvollzug, bei dem eine psychosoziale Nachsorge nicht vorgesehen ist, liegt die Quote bei ca. 80%

Erforderliche Pflegekompetenzen: Forensische Psychiatrie als Handlungsfrage

Die Forensische Psychiatrie erfordert viel Kreativität und Engagement, um zur Eskalation neigende Situationen zu entspannen. Es gilt Absprachefähigkeit und Verlässlichkeit den Patienten vorzuleben, um dies vom ihm einfordern zu können. Pflegende sollten ihre eigene Rolle regelmäßig reflektieren. Sie benötigen eine Grundlagenschulung, welches Menschenbild sie verinnerlichen sollen, und ein sicheres Verhältnis zwischen Distanz und Nähe. Anderssprachige Patienten mit unterschiedlich kulturellen Sozialisationen und Anschauungen erfordern adäquate Methoden zur Verständigung. Konstruktiv geäußerte Kritik ist gegenüber Patienten nutzbringend umzusetzen sowie eigene Meinungen, Ideen und psychiatrisches Fachwissen sachlich vorzubringen. Die Bereitschaft kooperativ im interdisziplinären Team zusammenzuarbeiten, sollte in hohem Maße vorhanden sein.

Weshalb kommt es zu Therapieabbrüchen?

Ein Therapieabbruch kann zum einen aus individuellen persönlichkeitsdiagnostischen Merkmalen resultieren, zum anderen wegen der intrapsychischen Verarbeitung der Straftat. Nach dem Abbruch empfinden die Betroffenen Erleichterung, dass die Therapie endlich vorbei ist. Bei den meisten Patienten kann der Abbruch mit dem wiederholten Erleben des Scheiterns mit intensiven Emotionen der als unzureichend empfundenen sozialen Umwelt in Verbindung gebracht werden. Dies ist den Patienten jedoch nicht immer bewusst. Zum hohen Rückfallrisiko könnten auch milieubedingte Stigmatisierungsprozesse und bestimmte Verhaltenskodexe von Seiten der Mitpatienten oder des Justizvollzugspersonals beitragen. Diese Faktoren sollten in weiteren Studien abgeklärt werden.

Zur Resozialisierung straffällig Gewordener sind Umgangs-konzepte zu entwickeln, welche das Rückfallrisiko zukünftig minimieren. Über 80% der Patienten sind Opfer und Täter zugleich. Das bedeutet, dass die meisten von ihnen in ihren Herkunftsfamilien ein hohes Maß an Gewalt und Missbrauchspotenzial erlebt haben. Soziale Umstände bedingen wiederum Straftaten und sind im Hinblick auf soziale Strukturen und Dynamiken für diesen Personenkreis vorhersehbar.

Therapieerfolg und -prognosen

Der Erfolg einer Therapie ist abhängig vom Vertrauen des Patienten, welches er in seine Therapeuten hat. Er ist aber auch abhängig von Einflüssen wie Übersichtlichkeit, Gelassenheit und Ordnung. Die Unterbringung eines Patienten dient als Mittel zum Zweck der Reduzierung seiner zukünftigen Gefährlichkeit. Ob dieser Zweck erreicht wird, ist nur an einem deliktfreien Leben nach der Therapie feststellbar. In den Jahren zwischen 1996 und 2014 haben sich die bundesdeutschen Belegungszahlen in den Erziehungsanstalten verdreifacht, d.h. es wurden in diesem Zeitraum 3.800 Personen untergebracht. Patienten können nicht nur durch ihre psychische Erkrankung, sondern auch durch Entwicklungs- und Bildungsdefizite in ihrer Fähigkeit, ein deliktfreies Leben zu führen, eingeschränkt sein. Zurzeit gilt die Effektivität einer Therapie dieser Personen nach §64 StGB als nicht ausreichend evaluiert (Querengässer et al. 2018). Nach juristischen Entlassungskriterien zur Bewährungsentlassung und Erledigung wegen Aussichtslosigkeit erreicht die Entziehungsmaßregel bei Personen in der Forensik Erfolgsquoten von unter 50%. Das heißt, dass die Rückfallquoten um ca. 50% welche im Maßregelvollzug erreicht werden, auch nach einer erfolgreich beendeten Therapie keine besseren Ergebnisse liefern, als der Strafvollzug mit seinen weniger therapeutisch orientierten Konzepten. Nach einer Studie weisen 46–48% der aus der Haft entlassenen Personen innerhalb von drei Jahren erneute Straftaten auf. Im Vergleich wurden innerhalb von drei Jahren dagegen über 70% der aus dem Maßregelvollzug entlassenen Straftäter wieder rückfällig. Darunter jeder Zweite mit einem einschlägigen Delikt und jeder Dritte mit einem Gewaltdelikt (Querengässer et al. 2018).

In weiteren Studien sollte geklärt werden, in welchem Ausmaß die hohe Rückfallquote im Sinne häufiger Risikofaktoren bei Maßregelvollzugspatienten zurückgeführt werden muss und das Scheitern der Therapie für sich genommen die Rückfallgefahr erhöht. Nicht nur personenbezogene Faktoren (z.B. Therapieverweigerung,

wiederholte Suchtprobleme, Geschlecht, Lebensalter, kulturelle Herkunft, kriminologische Vorbelastung oder Delikttyp) können die hohe Rückfallquote erklären. Bei der Erstellung von Gutachten sollten auch komorbide Befunde, wie Diagnosen aus dem schizophrenen Formenkreis oder Persönlichkeitsstörungen, als Gründe für Behandlungshindernisse bedacht werden. Vorzeitige Entlassungen sind wegen mangelnder Aussicht auf einen Therapieerfolg fast ebenso hoch wie reguläre Entlassungen. Jedem Patienten wird nach Ablauf seines Strafmaßes im erkennenden Verfahren eine detailliert positive Behandlungsprognose von forensisch agierenden Psychiatern bescheinigt. Je nach Gefährdungsprognose entscheidet eine Strafkammer darüber, ob ein Patient zum Schutz der Allgemeinheit dauerhaft in einer geschlossenen psychiatrischen Abteilung untergebracht werden muss.

Besserung vor Sicherung – Gesellschaftliche Forderungen

Das Ziel „Besserung vor Sicherung“ steht bei forensisch untergebrachten Patienten im Vordergrund der Therapie. Die Einengung des Blickwinkels auf das gesellschaftlich geforderte Null-Risiko behindert die psychosoziale Rehabilitation der Patienten unangemessen. Die zunehmende Trennung der Forensischen Psychiatrie, Akutpsychiatrie und deren Nachsorgebereiche führt auf beiden Seiten zu Problemlagen (Heinze et. al 2006). Eine wechselseitige Qualifizierung von Pflegenden und Therapeuten mit Rotationen in den verschiedenen Bereichen wäre wünschenswert. Die in der Forensik professionell Tätigen könnten dadurch mehr eine gemeindepsychiatrische Sichtweise mit rehabilitativer Orientierung gewinnen.

Die in der Allgemeinpsychiatrie Tätigen sollten lernen, forensische Problemlagen früher zu erkennen und aktiv auf allen Versorgungsebenen anzugehen. Ziel ist, forensischen Patienten gemeindepsychiatrische Versorgungssysteme zu erschließen ohne gesteigerte gesellschaftliche Risiken einzugehen. So lässt sich das Anwachsen der Patientenzahlen im Maßregelvollzug zum Teil damit begründen, dass geeignete gemeindepsychiatrische Nachsorgeeinrichtungen für psychisch kranke Rechtsbrecher nicht vorhanden sind und die bestehenden komplementären Versorgungssysteme keine Versorgungsverpflichtung für dieses Klientel übernehmen. Forensische Institutsambulanzen sind nur in einigen Bundesländern etabliert. Eine tagesklinische Behandlung ist nur selten eine Alternative zur vollstationären Behandlung. Ältere resozialisierte Patienten können bei eintretender Pflegebedürftigkeit in Pflegeheimen oder in betreuten Wohnanlagen weiter versorgt werden. Es gibt aber nur wenige Nachsorgeeinrichtungen, welche ohne Vorbehalte Patienten aufnehmen.

Einen Ausweg aus der Problemlage kann eine enge Verzahnung von forensischer Psychiatrie und Allgemeinpsychiatrie bieten. Eine Verbesserung von Prävention, Behandlung und Nachsorge von psychisch kranken Straftätern kann durch eine konzeptionell durchdachte, organisatorisch abgestimmte, mit intensiven Qualifizierungsmaßnahmen verbundene und angemessene finanzierte Vernetzung von Forensik und Allgemeinpsychiatrie ermöglicht werden.



FAZIT

Forensische Patienten haben ein Delikt begangen, aus dem ihre Gefährlichkeit resultiert und das zur forensischen Unterbringung geführt hat. Juristisch sind sie aufgrund psychischer Krankheit und/oder einem Ausnahmezustand durch Drogen oder Alkoholrausch schuldunfähig oder vermindert schuldfähig gesprochen worden.

Die Patienten haben einen erhöhten Pflege- und Betreuungsbedarf. Zur Umsetzung des anspruchsvollen Pflegeprozesses benötigen Pflegenden im Umgang mit psychisch kranken Tätern persönliche Kompetenzen und spezifisches Fachwissen.

Forensischen Patienten sind gemeindepsychiatrische Versorgungssysteme zu erschließen, die allerdings nur selten ausreichend vorhanden sind. Einen Ausweg kann die enge Verzahnung von forensischer Psychiatrie und Allgemeinpsychiatrie bieten. Dennoch bedarf es auch hier durchdachter, organisatorisch abgestimmter, mit intensiven Qualifizierungsmaßnahmen verbundenen und angemessen finanzierten Konzepte zur Vernetzung.

Literatur

- Annen A. (2019) Daten und Resozialisationszahlen der Saarländischen Klinik für Forensische Psychiatrie, Merzig, persönlicher Schriftwechsel und Interview der Autorin mit dem Klinikchefarzt am 24.07.2019
- Heinze M, Schwerdtfeger F, Kruckenberg P (2006) Vernetzung von forensischer Psychiatrie und Allgemeinpsychiatrie. *Psychiatrie Praxis* 4 (33) 155–156
- Peplau H (1988) *Interpersonal relations in nursing*. Macmillian Education Ltd., Nachdruck der Ausgabe von 1952
- Quereggässer J, Bulla J, Hoffmann K, Ross T. (2018) Therapieabbruch als Prädiktor erneuter Straftaten. *Legalbewährung von Patienten nach Unterbringung gemäß § 64 StGB*. *Nervenarzt* 1 (89) 71–77

Autorenkontakt:

Dr. rer. cur. Elisabeth Höwler, ist Pflegepädagogin und Pflegewissenschaftlerin und in der Aus-, Fort- und Weiterbildung tätig.
E-Mail: elisabethhoewler@yahoo.de