

Donnerstag, 05.06.2014

### **Verweildauer reduzieren ohne zu entlassen? – Aktuelle Herausforderungen des Maßregelvollzugs an Aufsicht und Finanzierung**

Uwe Dönisch-Seidel

Die Aufnahmen psychisch Kranker in den Maßregelvollzug sind in den letzten Jahren weiter gesunken, aber die Unterbringungszahlen steigen. Patienten bleiben zunehmend länger im Maßregelvollzug, die Zahl der Langzeitpatienten (>10 Jahre) wächst auf über ein Drittel. NRW schafft 750 Plätze in 5 neuen Kliniken, obwohl in den letzten 10 Jahren schon über tausend Plätze neu entstanden sind.

Der Anteil der Patienten im Maßregelvollzug mit der Diagnose Schizophrenie hat die 50%-Marke überschritten. Viele davon haben ihr Einweisungsdelikt in der Allgemeinpsychiatrie begangen, die überwiegende Zahl weist gleich mehrere Vorbehandlungen in der Allgemeinpsychiatrie auf.

Auch verhaltensauffällige, intelligenzgeminderte Heimbewohner werden auf dem Ticket des § 63 StGB in den Maßregelvollzug überführt.

Damit verschiebt sich die Kostenlast von den Krankenkassen, der Sozialhilfe und den Rentenversicherungsträgern auf die gebeutelten Landeshaushalte.

Höchste Gerichte fassen vermehrt Entlassungsbeschlüsse aus Verhältnismäßigkeitsgründen bei Patienten, für die die Verantwortlichen in den forensischen Kliniken keine positive Prognose abgegeben haben, einen Rückfall zumindest nicht endgültig ausschließen wollen. Die Folge sind häufig „Entlassungen“ in geschlossene Heime! Macht das Sinn?

Der Vortrag stellt die Bemühungen des Landes NRW dar, durch Regionalisierung, Vernetzung mit den gemeindepsychiatrischen Verbänden, aber auch Weiterentwicklung von qualifizierten Behandlungsangeboten der bedenklichen Entwicklung entgegenzuwirken.

### **Von guten Mächten treu und still umgeben**

Dr. med. Dirk Hesse

Qualität leitet sich aus dem lateinischen qualis ab: Wie ist etwas beschaffen? Welche Eigenschaften hat etwas? Die Frage muss daher lauten: Welcherlei Maßregelvollzug wollen wir haben, wenn wir von Qualität sprechen? Die totale Institution, die dem Sicherheitsgedanken der Bevölkerung entspricht? Die liberale Klinik, die sich mit dem Patienten gut stellt, um intern ein angenehmes Klima zu erzeugen, auch wenn kaum Lockerungen oder gar Entlassungen vorkommen? Der Spannungsbogen zwischen Sicherung und Besserung, in dem sich die Behandler bewegen, ist groß und wird von zahlreichen unterschiedlichen Interessen geprägt: dem gesellschaftlichen Auftrag, der Politik, der Justiz und Gesetzgebung, institutionellen Strukturen, eigenen therapeutischen Ansprüchen und Möglichkeiten und nicht zuletzt den Patienten mit ihren gesunden wie störenden Anteilen. Wie also müsste die ideale Klinik aussehen, um den Balanceakt zwischen all diesen Anforderungen hinzubekommen? Ein Versuch ...

### **Forensische Psychiatrie in Schweden**

Dr. Susanne Noske

Dieser Beitrag beschreibt die forensische Psychiatrie in Schweden und Besonderheiten des schwedischen Rechtssystems, das sich von den meisten europäischen Ländern/USA unterscheidet. In Schweden wurde der Begriff der "Zurechnungs- oder Schuldfähigkeit" abgeschafft, und es erfolgt eine Verurteilung zur forensisch-psychiatrischen Unterbringung, wenn der Täter sich einer Straftat schuldig (!) gemacht hat, die als Strafmaß eine Freiheitsberaubung nach sich zieht, er zum Zeitpunkt der Tat und einer nachfolgenden Begutachtung an einer "schweren seelischen Störung" leidet und seine psychischen und persönlichen Verhältnisse (Verurteilung ohne spezielle Entlassungsprüfung) oder eine fortbestehende Gefährlichkeit (Verurteilung mit spezieller Entlassungsprüfung) eine stationäre Unterbringung/ Behandlung erforderlich machen. Unterschiedliche Formen der psychiatrischen (Prognose-) Begutachtung, unterschiedliche Unterbringungsformen (offene vs. geschlossene Unterbringung) sowie Behandlungskonzepte werden näher vorgestellt. Der Umgang mit Zwangsmaßnahmen sowie die Möglichkeit des Gebrauchs elektronischer Kommunikationsmittel wird kritisch beleuchtet, auch vor dem Hintergrund einer kommenden Gesetzesänderung.

Die erste forensisch-psychiatrische Abteilung wurde 1906 in Växjö eröffnet. 2014 gibt es in Schweden 5 große forensische Regionalkliniken und 20 kleinere forensische Abteilungen/Kliniken, in denen insgesamt ca. 1400 Patienten (1200 Männer, 200 Frauen) untergebracht sind.

Freitag, 06.06.2014

### Die externe Beurteilung des Therapieverlaufs im Rahmen der kriminalprognostischen Begutachtung

Prof. Dr. med. Hans-Ludwig Kröber

Externe kriminalprognostische Begutachtung für die Klinik oder für die Strafvollstreckungskammer hat zunächst zu prüfen, worin die in den Straftaten zutage getretene Gefährlichkeit des Untergebrachten bestanden hat. Sie hat dann zu prüfen, was sich an dieser Gefährlichkeit im Unterbringungsverlauf geändert hat. Dazu ist eine Rekonstruktion des Behandlungsverlaufs im Maßregelvollzug erforderlich, im Wesentlichen anhand der Jahresstellungsnahmen und der Verlaufseinträge und anhand des Berichts des Patienten. Wenn eine Therapie keine hinreichenden Erfolge gebracht hat, kann dies am Patienten liegen, kann dies aber ebenso an der Qualität der Behandlung liegen. Externe kriminalprognostische Begutachtung wirft also zwangsläufig einen Blick auf die Behandlung: Welche Einschätzung von psychiatrischer und kriminologischer Problematik liegt ihr zugrunde? Wie substantiiert ist die doppelte psychiatrische und kriminologische Diagnose? Sind die eingesetzten therapeutischen Mittel angemessen? Werden somatische Probleme und Behandlungsmethoden hinreichend berücksichtigt? Wird die besondere Problematik des Machtgefälles in einer totalen Institution in der Psychotherapie hinreichend reflektiert und kompensiert? Benannt werden charakteristische Schwierigkeiten bei der Bewahrung einer hohen Behandlungsqualität und Lösungsansätze.

... denn sie wissen nicht, was sie tun

Matthias Koller

Gerichte entscheiden über Erforderlichkeit und Erfolg der Maßregelbehandlung. Und im Rahmen der Verhältnismäßigkeitsprüfung obliegt ihnen auch eine „Qualitätskontrolle“ der angebotenen Behandlung und ihrer Erfolgsaussicht. Da die Gerichte nicht über eigene psychiatrische und psychotherapeutische Sachkunde verfügen, müssen sie Behandler befragen und Sachverständige um Gutachten bit-

ten. Das macht allerdings nur Sinn, wenn die Gerichte und ihre Ratgeber eine gemeinsame Sprachebene finden – und wenn die Ratgeber wissen, was sie tun und worüber sie reden. Das ist bei genauerem Zusehen gar nicht so einfach. Denn viele Patienten des Maßregelvollzugs sind „schwierige Fälle“ – und das Behandlungsziel ist die Absenkung ihrer Gefährlichkeit. Standards für diese Behandlung gibt es (bisher) nicht. Deshalb ist der Maßregelvollzug zwar keine „Dunkelkammer des Rechts“ (Heribert Prantl), wohl aber eine black box, die belichtet werden muss.

Voreilige Gesetze helfen hier nicht. Solange überprüfbare Maßstäbe fehlen, laufen immer mehr Gutachten in immer kürzeren Intervallen ins Leere. Und gegriffene Befristungen des Maßregelvollzuges bleiben Notanker der Rat- und Hilflosigkeit.

### Qualitätsmerkmale in Vollstreckung und Vollzug des § 63 StGB

Ursula Knecht

Ist die minimale Verweildauer ein Qualitätsmerkmal? Wessen Qualität wäre daran objektivierbar abzulesen? Nach den derzeit geltenden gesetzlichen Vorgaben ist die Unterbringung im Maßregelvollzug gemäß § 63 StGB grundsätzlich nicht zeitlich beschränkt. Die Beendigung der Unterbringung bedarf einer gerichtlichen Entscheidung im Überprüfungsverfahren gemäß § 67e StGB, an der – neben dem Untergebrachten selbst – die unterbringende Einrichtung, die Strafvollstreckungskammer, die Staatsanwaltschaft, ein Verteidiger und ein externer Sachverständiger beteiligt sind. Es wird dargestellt werden, welche Anforderungen an diese Beteiligten aus Sicht der Verteidigung zu stellen sind.

Aber auch die Zeit des Vollzuges der Maßregel soll beleuchtet werden. Neben Fragen nach der Art und Weise, Frequenz und Dauer der Unterbringung, aber auch der Therapie, sowie Vollzugslockerungen und den Rechten und Pflichten der miteinander agierenden Personen und Institutionen, steht im Hintergrund immer auch die Frage nach der Lebensqualität des Untergebrachten.

### Reinstitutionalisierung? Transinstitutionalisierung? Das schwierige Verhältnis von Forensik und Sozialpsychiatrie

Prof. Dr. med. Peter Brieger

Forensische und Sozialpsychiatrie sind zu einem relevanten Teil für dieselben Menschen zuständig. Dabei besteht ein wiederholt beklagtes Konfliktfeld, das von unzureichenden wechselseitigen Kommunikationsstrukturen „befördert“ wird. Die Diskussion um Zwang und Gewalt in der Allgemeinpsychiatrie führt indirekt dazu, dass manche Patienten frühzeitig forensifiziert werden. Im Spannungsfeld zwischen Sektorpsychiatrie und Versorgungsverpflichtung auf der einen Seite, sowie dem Streben nach Gewaltfreiheit und der Suche nach neuen Patientengruppen (einschließlich von Psychosomatik und Psychotherapie) auf der anderen Seite, entwickeln sich psychiatrische Kliniken sehr unterschiedlich. Weithin problematisch ist aber der Umgang mit den „Systemsprengern“. Es gibt eine Tendenz, solche Menschen frühzeitig in Heime und betreute Wohneinrichtungen zu „transferieren“ – oft auch in Regionen, die alles andere als gemeindenah sind. Priebe et al. (2005) haben solche Entwicklungen europaweit beobachtet und als Re- oder Transinstitutionalisierung bezeichnet. Die forensische Psychiatrie prägt faktisch inzwischen unser Versorgungssystem in einem Maße, das auch von der Fachöffentlichkeit nur partiell wahrgenommen wird: Wenn heute jedes vierte Psychiatriebett in forensisch-psychiatrischen Kliniken steht, ist das eine dramatische Veränderung verglichen mit den siebziger Jahren (1:32). Gemeindepsychiatrische Planung berücksichtigt das nicht adäquat. Der Vortrag wird entsprechende Versorgungslinien und Entwicklungen aufzeigen und dafür plädieren, risikoadjustierte Versorgungskonzepte zu entwickeln, die Sektorengrenzen zu überwinden versuchen. Dafür bedarf es einer Kommunikation zwischen Gemeinde- und Sozialpsychiatrie sowie forensischer Psychiatrie.