

Tagung am 11.11.16 in Kassel: Gemeindepsychiatrie und Forensik – geht das zusammen?

Referat: Zusammenarbeit aus unterschiedlichen Perspektiven ...aus Sicht einer MRV-Klinik

Andreas Tänzer, Chefarzt der Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie der KRH Psychiatrie Wunstorf

Zu meiner Person: seit mehr als 15 Jahren bin ich ärztlicher Leiter einer regionalisierten Maßregelklinik in Wunstorf bei Hannover für gemäß § 63 im psychiatrischen Krankenhaus behandelte Patienten. Die Klinik verfügt über etwa 100 stationäre Behandlungsplätze und eine Forensische Institutsambulanz für derzeit ca. 135 Patientinnen und Patienten.

Damit sind wir schon bei einer ersten wichtigen Kennzahl für die transmurale Durchlässigkeit: wir sollten überall anstreben, dass die Zahl der forensischen Ambulanzplätze etwa so hoch ist wie die Zahl der Klinikplätze! Oder zumindest nicht wesentlich darunter liegt. Das Verhältnis Klinikbetten zu Ambulanzplätzen einer Forensischen Klinik ist ein übersichtlicherer Maßstab als komplizierte Verweildauerberechnungen.

Es ist zunächst mal ein Segen für unser Versorgungssystem, dass die Psychiatrie-Enquete-Kommission vor mehr als 40 Jahren nach zähem Ringen ihre Bedenken über Bord geworfen hat und sich zu der Feststellung durchgerungen hat, „*dass die Durchführung des Maßregelvollzugs prinzipiell in den allgemeinen Zuständigkeitsbereich der psychiatrischen Versorgung gehört.*“

Sehr klug und weitblickend hat die Kommission bereits damals Argumente für einen funktionellen Verbund ins Feld geführt: die Sicherstellung therapeutisch qualifizierter personeller Ressourcen, eine gemeinsamen Aus- und Weiterbildung sowie eine gemeinsamen Nutzung sozialtherapeutischer Angebote der Kliniken, aber auch der Einrichtungen in der Gemeinde und der ambulanten Nachsorge.

Gleichwohl ist die Umsetzung dieser Forderungen nicht allerorts gleich weit vorangeschritten.

Der Maßregelvollzugsbeauftragte aus NRW, Dönisch-Seidel, hat treffend formuliert: „Forensik bedeutet nicht Abschiebung, bedeutet nicht Deportation in entlegene ländliche Gebiete und nicht Wegschließen für immer.“

Forensik beinhaltet stattdessen qualifizierte Behandlung, Rückfallprophylaxe, oft auch Weiterentwicklung der Persönlichkeit. Sie bedarf einer angemessenen Rehabilitation und Wiedereingliederung in die Gesellschaft.

Eine der wichtigsten Errungenschaften und Voraussetzungen für ein Gelingen dieses Vorhabens, der Rückkehr in die Gemeinde, ist **Erstens** eine **Regionalisierung des Maßregelvollzuges**. Sie ist vielerorts, aber längst nicht überall inzwischen verwirklicht.

Forensik leitet sich aus dem Wort forum, dem Marktplatz, an dem die Gerichtsverhandlungen stattfanden, ab. Es bedeutet also nicht grüne Wiese und nicht Waldrand.

Nur ganz selten wird es darum gehen, dass eine Patientin oder ein Patient (ich bleibe jetzt mal bei der männlichen Form, die immerhin 93% unserer Klientel ausmachen) nicht wieder in die Region zurückkehren sollte, aus der er stammt.

Ein angemessener Opferschutz steht dem keinesfalls entgegen.

Die Forensischen Kliniken gehören Zweitens in die Sozialpsychiatrischen Verbände und sind dort aktiv in die praktische Arbeit einzubinden. Gleiches gilt übrigens auch für die Justizvollzugsanstalten, in denen eine nicht unbeträchtliche Zahl von Personen mit zum Teil erheblichen psychischen Störungen nach ihrer Entlassung dringend auf Versorgungsangebote angewiesen ist.

Im Zentrum steht die Aufgabe, eine verbindliche Kooperation zwischen der forensischen Psychiatrie mit der klinischen Allgemeinpsychiatrie und der Gemeindepsychiatrie aufzubauen und festzuschreiben: Auf diese Weise wird die Akzeptanz des gesamten Versorgungssystems gestärkt und zugleich wird es den Betroffenen zu ermöglicht, einen angemessenen, ihren Bedürfnissen, aber auch Anforderungen entsprechenden Platz zu finden.

Am besten bewähren können sich Fachgruppen, Foren, Arbeitsgemeinschaften, innerhalb der sozialpsychiatrischen Verbundstrukturen. Dort können sich Vertreter der regionalen forensischen Kliniken, der Forensischen Institutsambulanzen, der allgemeinen psychiatrischen Versorgungskliniken, der Sozialpsychiatrischen Dienste, der Versorgungsanbieter (insbesondere der psychiatrischen Wohnheime, Werkstätten, Tagesstätten, Rehabilitationsträger, Anbieter des betreuten Wohnens), rechtliche Betreuer, wenn möglich Psychiatrieerfahrene, die Bewährungshilfe und ggf. auch Betreuungsrichter regelmäßig austauschen.

Die Erfahrungen mit einer fast 15jährigen Praxis einer solchen Fachgruppe mit regelmäßigen Treffen in 2monatigem Abstand in Hannover zeigen:

Berührungängste können abgebaut und Wissen gewonnen werden, wenn ein gegenseitiger wertschätzender Austausch über die Arbeitsweise, die Angebote und die gegenseitigen Erwartungen nicht nur der Forensik, sondern auch aller anderen Einrichtungen und Angebotsstrukturen in Gang kommt.

Gemeinsame Fortbildungen können für alle einen großen Benefit bringen, den Blickwinkel erweitern.

Die Studienlage ist eindeutig: die aus der Forensik entlassenen Patienten sind nicht gefährlicher als die Patienten der Allgemeinpsychiatrie!

In einer solchen Fachgruppe können, eine gute Arbeitsatmosphäre vorausgesetzt, auch Einzelfälle in Form von Fallvignetten bzw. Kasuistiken diskutiert werden. Das betrifft Patienten an der Schwelle zur Forensik (Prävention unter Einbeziehung der allgemeinpsychiatrischen Kliniken) genauso wie problematische und kritische Aspekte während der Wiedereingliederung nach der Forensik.

Ein sehr wichtiger Effekt solchen Austausches ist der Abbau von Ängsten und Vorbehalten, das Wecken von Interesse an den Betroffenen und ihren oft schwierigen Lebensgeschichten und die Entfaltung der Bereitschaft, sich zuständig zu fühlen.

Sich zuständig zu fühlen ist in der Psychiatrie eine ganz wichtige Voraussetzung für eine gelingende Beziehung, für Respekt und Augenhöhe.

Wo Zuständigkeiten zu lange kritisch diskutiert werden, haben die Betroffenen meistens schon verloren und bleiben auf der Strecke.

Drittens: Die Durchlässigkeit der Systeme, ein schönes Zauberwort, kann nicht früh genug beginnen (da stimme ich gern Herrn Kammeyer zu). Bereits während der einstweiligen Unterbringung vor einer Gerichtsverhandlung, die über eine forensische Unterbringung entscheidet, kann nicht selten das Versorgungsnetzwerk eingebunden werden und Lösungen erarbeiten, die zugleich mit dem Urteil eine Bewährungsaußsetzung unter definierten Auflagen ermöglicht. (etwa in einem psychiatrischen Wohnheim, einer WG, einem betreuten Wohnen zu wohnen)

Wenn es dann später um eine Entlassungsvorbereitung nach längerer forensischer Behandlung geht, fängt die Diskussion um den geeigneten Empfangsraum bereits lange vor dem eigentlichen sogenannten Probewohnen statt.

Auch hier können und sollen die Akteure des Versorgungssystems einbezogen sein und mitreden! Schön wäre es auch, wenn die nicht immer gar so unmündigen forensischen Patienten aktiv daran mitwirken.

Für die Entlassung aus der Maßregel bedarf es eines intensiven und möglichst behutsamen Übergangsmanagements vom (etwas polarisierend gesagt) homo fremdbestimmicus zum homo selbstbestimmicus, wie Dörner letzteren genannt hat.

Die Forensischen Institutsambulanzen sind Lotsen und Brückenbauer, sie sind aber zugleich selbst Teil der Gemeindepsychiatrie.

Mit einem hinreichend langen Probewohnen lassen sich auf allen Seiten Erfahrungen sammeln. Es dient der Erprobung der Patienten aber auch der Arbeitsbeziehung der Professionellen. Die forensischen Kliniken schulden den Akteuren der Gemeindepsychiatrie ausreichende Informationen, also Klartext bzgl. Delikt und Behandlungsverlauf), aber auch einen Ansprechpartner für den Krisenfall, und zwar rund um die Uhr.

Spielentscheidend für den Übergang sind aus Sicht der Forensik klare Regeln und Absprachen, eine Akzeptanz von Kontrollaspekten auch bei den Akteuren der Gemeindepsychiatrie, sowie eine auf Kompetenzen basierende Identifikation mit der Versorgungsaufgabe im Sinne von Verbindlichkeit, Vertrauensbildung und Bereitschaft zur Verantwortung und Kooperation.

Die Gemeindepsychiatrie bietet große Vorzüge: den Wegfall der Nachteile einer totalen Institution (die der MRV strukturell immer noch darstellt), und, nicht weniger bedeutsam: die Chancen der Entwicklung von Beziehung und Vertrauensbildung, Wahlmöglichkeiten und wertschätzender Akzeptanz.

Ein weiteres Stichwort: Kommunikation. Alle Beteiligten, also therapeutische Begleiter aus den Einrichtungen, rechtliche Betreuer, Bewährungshilfe, die Therapeuten der Forensischen Ambulanzen und ggf. SpDi sollten sich jederzeit über aktuelle Entwicklungen austauschen und regelmäßig mit den Patienten an runden Tischen Platz nehmen und weitere Reha-Pläne schmieden.

Ein gutes Risiko- und Krisenmanagement setzt Kenntnisse, Qualifizierung voraus. Dies kann in Fortbildungen, insbesondere auch den vorbildlichen Kursen der DGSP, aber auch in Hospitationen in einer forensischen Klinik erworben werden.

Auch Supervision ist mehr als hilfreich!

Die Akteure der Gemeindepsychiatrie, insbesondere psychiatrische Wohnheimträger und Anbieter von WGs und Betreutem Wohnen können eher bereit sein, sich auf die besondere Klientel der Forensik einzustellen, wenn sie den Mehraufwand für die besondere Qualifizierung refinanziert/vergütet bekommen. In Nds. sind das zusätzlich etwa 300 € im Monat, das hat etwas genützt.

Und nicht zuletzt: Arbeit ist das halbe Leben. Es fehlt an Zugang zum Arbeitsmarkt, aber auch an Beschäftigungsmöglichkeiten. Wir wünschen uns mehr Teilzeit-Beschäftigungsmöglichkeiten, Zuverdienstfirmen und Teilzeit-Reha-Plätze.

Wo liegen besondere Herausforderungen?

Geeignete Wohn-Plätze für Patienten zu finden, die Sexualstraftaten oder Brandstiftungen begangen haben, ist oft besonders schwierig, aber unter präventiven Gesichtspunkten auch besonders wichtig. Ungünstig scheint es aber, wenn gerade weniger gut aufgestellte Anbieter mit solchen behandlungsintensiven Klienten leere Plätze füllen wollen.

Sehr wünschenswert sind aus Sicht der forensischen Klinik angesichts der um sich greifenden Wohnraumverknappung intelligente Konstrukte für betreute Wohngemeinschaften sowie hochstrukturierte personalintensive Wohneinrichtungen, die fakultativ auch geschützt arbeiten, für die besonders schwer und chronisch oft mehrfach Erkrankten.

Eine gute Durchmischung der Klienten ist gegenüber einer Ghettoisierung ehemaliger forensischer Patienten aus vielerlei Gründen zu bevorzugen.

Eine besondere Herausforderung stellt seit dem Sommer die neue Gesetzgebung für den 63er dar. Eine Entlassung aus juristischen Verhältnismäßigkeitsgründen erlaubt zumeist keine längere Planung und Erprobung und heißt gelegentlich, mit etwa mehr Risiken eher noch professioneller umzugehen.

Fatal wäre es, wenn gerade diese Patientengruppe nach der Entlassung sich selbst überlassen bliebe. Wir brauchen stattdessen eine noch engere Zusammenarbeit der Beteiligten, vielleicht auch niederschwellige gut betreute Asyle, in denen nicht jeder Suchtmittelrückfall oder eine fehlende Tagesstruktur gleich zur Exklusion, also einer Kündigung führt.

Das Thema der geschlossen geführten Heimversorgung bleibt ohne klar definierte Außenkontrolle zwiespältig, es konterkariert ggf. auch den Verhältnismäßigkeitsgedanken. Der fast nie von den Betroffenen selbst inszenierte Heimtourismus bleibt unerträglich.

Und eine letzte Herausforderung: der oft schwierigste Übergang bildet sich am Ende der Führungsaufsicht ab, wenn die Forensischen Ambulanzen aussteigen und das allgemeine Versorgungssystem die alleinige Regie übernimmt. Vielleicht hören wir gleich mehr davon.

Bei so vielen Herausforderungen für uns Profis und Erfarene: vieles gelingt bereits heute erfreulich gut und diese Arbeit kann auf allen Seiten richtig Spaß machen!