

Standortbestimmung zur forensisch-psychiatrischen Pflege 2020

M. Hechsel, G. Herwig, C. Nolan, D. Olsen, A. Teuschel, A. Trost

(15. April 2020)

Wir fordern:

- den würdevollen Umgang mit den anvertrauten Personen geprägt von Empathie, Wertschätzung und sozialer Anerkennung
- die Begleitung und Unterstützung untergebrachter Personen im Sinne des Recovery auf dem Weg des persönlichen Resozialisierungsprozesses
- forensisch-psychiatrisch Pflegenden auf zur aktiven und selbstbewussten Wahrnehmung ihrer Kernaufgaben
- die Vereinheitlichung der Maßregelvollzugsgesetze, als Grundlage zur Ausgestaltung bundesweit einheitlicher Tätigkeitsprofile, Kompetenzbereiche und Handlungsfelder
- die Öffnung der Tätigkeit als externer Sachverständiger zur Gutachtenerstellung für andere Berufsgruppen bei entsprechender Qualifikation und Kompetenz
- die Förderung des wechselseitigen Zugangs und der Schnittstellenarbeit zwischen den stationären und ambulanten Angeboten der forensischen Psychiatrie
- eine geregelte und bedarfsgerechte Finanzierung, sowie Rahmenbedingungen, die keinen Widerspruch zwischen dem hoheitlichen Auftrag und der Behandlung erkennen lassen
- die Förderung des Einsatzes von akademisierten Pflegenden in der Praxis und der Wissenschaft sowie die Einführung einer Fachweiterbildung der forensisch-psychiatrischen Pflege
- die Schaffung einer allgemeinen Interessenvertretung forensisch-psychiatrisch Pflegenden auf Bundesebene

Einleitung

Die Arbeitsgruppe „Pflege“ des Fachausschusses Forensik der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (DGSP) beschreibt mit dieser Standortbestimmung erstmalig die Verortung der forensisch-psychiatrischen Pflege auf der Ebene der Wissenschaft und Praxis.

Sie stellt die Kompetenzbereiche und die Perspektiven des Berufsfeldes dar, um die Inhalte und das Handeln der forensisch-psychiatrischen Pflege zu verdeutlichen. Das interdisziplinäre Selbstverständnis der forensischen Psychiatrie soll vielmehr gestärkt werden. Zugleich dient es als bundeslandübergreifende Orientierung.

Die Autorinnen und Autoren sehen berufsgruppenübergreifend die forensische Psychiatrie als spezialisierten Fachbereich und Teil des Gemeindepsychiatrischen Verbundes an.

Anlassgebend für die Standortbestimmung sind die Gesetzesnovellierungen des Jahres 2017 und die sich weiterhin ändernden Behandlungs- und Versorgungsstrukturen im „System Maßregelvollzug“.

In die Terminologie „Forensisch-psychiatrische Pflege“ sind alle Pflegefachfrauen/ Pflegefachmänner, sowie die Akteure des Heil- und Erziehungsdienstes im Bereich der ambulanten und stationären forensisch-psychiatrischen Versorgung einbezogen.

Positionen zur forensisch-psychiatrischen Pflege

Menschenbild

Durch eine ganzheitliche Betrachtung und den durch Vorstaatlichkeit gekennzeichneten Charakter des würdevollen Umgangs mit den anvertrauten Personen, sind Interaktionen von Empathie, Wertschätzung und sozialer Anerkennung geprägt. Mit Vorstaatlichkeit ist gemeint, dass es keinem System ermöglicht werden darf, den Anspruch hieran aufzuheben. Die untergebrachte Person steht unter kritisch reflektierter Betrachtung ihrer Rolle als Mensch, Patient und Rechtsbrecher im Mittelpunkt des jeweiligen Behandlungsprozesses. Das Anerkennen und Würdigen von Verschiedenheit gilt dabei als selbstverständlich und setzt eine professionelle Haltung gegenüber jeder Herkunft, Kultur, Religion, sexuellen Orientierung und Ethnie voraus. Damit tritt die individuelle Persönlichkeit vor dem „forensischen Patienten“.

Haltung

Vor dem Hintergrund einer positiven, bejahenden und konstruktiven Grundhaltung (Troost & Rogge, 2016) gestalten Pflegende im forensisch-psychiatrischen Setting eine intensive therapeutische Beziehung mit untergebrachten Personen. Sie erlangen tiefe und persönliche Einblicke in die Biografie der Betroffenen.

Das Wissen, dass zu jedem Menschen verschiedene Facetten gehören, also die „Guten“, wie auch die „Schlechten“ oder „Bösen“, stellt eine Grundlage für die Entwicklung einer professionellen Haltung in diesem Setting dar.

Der hoheitliche Auftrag im Maßregelvollzug bildet die Gefährlichkeitsreduktion bei der untergebrachten Person, sodass keine erhebliche Gefahr mehr von ihr für die Öffentlichkeit ausgeht. Daneben gilt weiterhin für das spezielle Arbeitsfeld: „Gesundheit fördern, Krankheit verhüten, Gesundheit wiederherstellen, Leiden lindern“ (ICN, 2005).

Die Basis aller Arbeit bildet die professionelle Beziehungsgestaltung. Pflegende begleiten und unterstützen die untergebrachten Personen im Sinne des Recovery auf dem Weg des persönlichen Resozialisierungsprozesses. Dies bedeutet, dass die Betroffenen lernen, ihrem Leben, mit schwerer seelischer Erschütterung und trotz Rechtsbrüche, wieder Sinn und Perspektive zu geben.

Der Grundsatz, dass Veränderung nur aus eigener Kraft und Motivation heraus möglich ist, erfordert von Pflegenden eine Haltung, die dem Betroffenen die Rolle des selbst Handelnden zuschreibt und überlässt – auch mit Blick auf das Recht der Selbstbestimmung.

Um diese Herausforderung bewältigen zu können, bedarf es einer Haltung seitens der Pflegenden, die durch Empathie, Akzeptanz und Authentizität gekennzeichnet ist.

Ein weiterer Aspekt, der in den komplexen Bereich „Haltung“ hineingehört, ist die professionelle Nähe zur untergebrachten Person. Durch die in der Regel lang andauernden Unterbringungszeiten des stationären Maßregelvollzuges entwickelt sich zwangsläufig eine Nähe auf beiden Seiten, bei den Untergebrachten ebenso wie bei den Pflegenden. Diese Nähe gilt es professionell zu gestalten. Sie sollte einerseits nicht zu einer Distanz werden, die bei den Pflegenden, in Anbetracht der biografischen Eigenschaften der Untergebrachten und der gegebenen Rahmenbedingungen, von Angst und Belastungserleben geprägt sein kann. Andererseits darf die Beziehung zu dem Untergebrachten nicht durch zu viel (persönliche) Nähe gestaltet werden. Es kann somit von der Notwendigkeit einer pro-sozialen Nähe und gleichzeitig reflektierten Distanz gesprochen werden.

Dies beinhaltet auch ein Bewusstsein für das bestehende Hierarchiegefälle zwischen Pflegenden und untergebrachten Personen, die Sensibilisierung für das Thema Macht / Machtlosigkeit und den Anspruch an eine gemeinsame Entscheidungsfindung („Shared-Decision-Making“). Durch aktive Teilhabe an der Gestaltung des Behandlungsprozesses und gemeinschaftliche Entscheidungsfindung werden Hoffnung und Perspektive gefördert.

Gesetzliche Grundlagen

Die Unterbringung im Maßregelvollzug erfolgt in Deutschland nach Bundesrecht anhand der Grundlage der §§ 63, 64 StGB.

Die konkrete Ausgestaltung des Vollzugs der beiden Maßregeln normieren die Bundesländer. Dies führt zu erheblichen Unterschieden in den gesetzlichen Regelungen, wie auch der Versorgungspraxis des Vollzugs in den einzelnen Bundesländern. Die in dieser Standortbestimmung beschriebenen Inhalte sind hiervon jedoch unberührt und übertragbar auf alle gegebenen Rahmenbedingungen.

Es ergeben sich folgender Auftrag und Anspruch des Maßregelvollzugs:

- **Besserung:** der untergebrachten Person, so dass die von ihr ausgehende Gefahr weiterer erheblicher rechtswidriger Taten auf ein für die Gesellschaft hin zu nehmendem Risiko reduziert wird.
- **Sicherung:** Schutz der Gesellschaft vor weiteren erheblichen rechtswidrigen Taten, des aufgrund einer psychischen Erkrankung, Persönlichkeitsstörung, geistigen Behinderung oder Abhängigkeit, schuldunfähigen oder vermindert schulfähigen Betroffenen

Ebenfalls durch das Sozialstaats- und Resozialisierungsgebot verfassungsrechtlich normiert ist der Grundsatz, dass den Betroffenen im Rahmen dieses Freiheitsentzugs die Chance zur Einflussnahme auf die Beseitigung der Ursache für den auf der Gefährlichkeit beruhenden Freiheitsentzug geboten werden muss. Daher muss die Unterbringung im Maßregelvollzug mit einem Angebot zur Behandlung einhergehen.

In diesen gesetzlichen Rahmenbedingungen bildet sich der Ausgangspunkt für die forensisch-psychiatrische Pflege ab. Hieraus ergibt sich die Kernaufgabe, an der Verminderung von Gefährlichkeit professionell mitzuwirken.

Kompetenzbasierte Aufgaben von forensisch-psychiatrisch Pflegenden

Ian Needham (2010) fasst den Tätigkeitsbereich der forensisch-psychiatrischen Pflege in drei grundlegende Aufgabengebiete zusammen: Das Schaffen von Sicherheit, das Angebot therapeutischer Aktivitäten und die Ermöglichung von Normalität.

Daran orientieren sich folgende Kernaufgaben, die es zu unterscheiden gilt (Olsen, 2011):

- Beziehungsarbeit
- Interaktionen fördern
- Interaktionen reflektieren
- Sozialkompetenztraining
- Realitätsorientierung
- praktisches Kompetenztraining
- Beobachtung, Überwachung und Einschätzung
- Entwicklung und Evaluation eines Behandlungs- und Eingliederungsplans
- Risikoeinschätzung und -management
- Krisenmanagement
- Gewaltein-schätzung, Umgang mit Gewalt
- Training von Mitarbeitern

Beschreibung der Kernaufgaben:

- Eine der wichtigsten Kernaufgaben stellt die Beziehungsarbeit dar. Denn erst eine tragfähige und effektive Beziehung kann eine erfolgreiche Behandlung der forensisch-psychiatrisch untergebrachten Person ermöglichen.
- Die Förderung von Interaktionen ist unverzichtbar. Mit dem Betroffenen werden Ressourcen ermittelt, um gemeinsam Kompetenzen, Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Bewältigung von Herausforderungen und Schwierigkeiten entwickeln oder (wieder-) erlernen zu können.
- Da zahlreiche untergebrachte Personen nie gelernt haben sich selbst zu reflektieren, gehört die Reflexion von Interaktionen der Betroffenen zum Aufgabenbereich von Pflegenden. Gefühle, Gedanken, sowie das Verhalten stellen hier zu reflektierende Aspekte dar.
- Die zentrale Stellung des Trainings von Sozialkompetenz mit der Förderung von Kontakten zu anderen untergebrachten Personen, Angehörigen, Freunden, aber auch zum Personal, ist ebenfalls im Aufgabenfeld der Pflegenden angesiedelt. Defizite hinsichtlich der sozialen Beteiligung der Betroffenen werden entdeckt und die sozialen Kompetenzen werden entsprechend gefördert.
- Die Realitätsorientierung spielt eine nicht zu unterschätzende Rolle. Häufig sind sich die im Maßregelvollzug untergebrachten Personen ihrer dysfunktionalen Kognitionen und entsprechenden Verhaltensweisen nicht bewusst. Die Entwicklung des Bewusstseins, hinsichtlich ihrer inneren Einstellung und ihrer Verhaltensweisen ist daher von zentraler Bedeutung.
- Die Förderung und Assistenz bei der Entwicklung praktischer Kompetenzen, auch praktisches Kompetenztraining genannt, bildet einen weiteren Schwerpunkt in der Versorgung von Betroffenen (Rask & Brunt, 2007).
- Eine weitere Kategorie stellt die Beobachtung, die Überwachung und die Einschätzung von forensisch untergebrachten Personen dar. Dies kann eine effektive Implementierung von Interventionen ermöglichen und dient der genauen Einschätzung des Betroffenen, beispielsweise hinsichtlich seines Verhaltens und der ihm innewohnenden Ressourcen.

- Zu den Aufgaben von forensisch-psychiatrisch Pflegenden gehört des Weiteren die aktive Mitgestaltung bei der Entwicklung, Implementierung, Anwendung und Evaluation eines berufsgruppenübergreifenden Behandlungs- und Eingliederungsplans. Eine ggf. zusätzliche Pflegeplanung dient dazu, Entwicklungen innerhalb der Behandlung zu erkennen, zu fördern und Bedürfnisse von untergebrachten Personen zu berücksichtigen (Peternelj-Taylor & Hufft, 2006).
- Das Risikomanagement, also die Risikoeinschätzung und der Umgang mit Risiken, dienen dem Erkennen von Warnsignalen, bis hin zur Vorbeugung von Wiederholungstaten. Problematische Verhaltensweisen, die zu einer Straftat führen können, werden frühzeitig erfasst, ausgewertet und bearbeitet.
- Im Rahmen des Krisenmanagements müssen forensisch-psychiatrisch Pflegende darauf gefasst sein, mit Krisen umzugehen und Lösungen zu planen. Zudem sollen sie die untergebrachten Personen dabei unterstützen, ihre Krisen selbstständig und effektiv zu bewältigen (Encinares & Lorbergs, 2001).
- Die Gewalteinschätzung und der Umgang mit Gewalt dienen dem Schutz des Betroffenen, der Pflegenden und der Öffentlichkeit im Allgemeinen. Gewalt, aber auch Aggressionen durch untergebrachte Personen, werden eingeschätzt und gemanagt (Woods et al., 2001).
- Pflegende spielen eine tragende Rolle beim Training von Mitarbeitern in anderen Bereichen und Diensten. Ein kollegiales und interdisziplinäres Selbstverständnis muss stets gegeben sein (Rogers & Topping-Morris, 1996).

Zur Erfüllung der oben genannten Aufgaben sind die nachfolgenden Kompetenzen bei forensisch-psychiatrisch Pflegenden unabdingbar (Olsen, 2011):

- Psychiatrische und therapeutische Kompetenzen
- Therapeutische und interpersonale Kommunikationskompetenzen
- Kompetenz in der expliziten Handlung
- Kompetenz der Selbstreflexion
- Kompetenz Grenzen zu setzen
- Kompetenz des individuellen Umgangs mit der Störung oder psychischen Erkrankung
- Kompetenz der Risikovorhersage
- Kompetenz des Denkens in Sicherheitskategorien
- Kompetenz zur inter- und intradisziplinären Zusammenarbeit
- Kompetenz im Umgang mit Emotionen
- Verhandlungskompetenz

Handlungsansätze

Risikomanagement

Zur Reduzierung des Risikos einer Wiederholungstat sollten bei einer forensisch-psychiatrischen Behandlung deliktbezogene Interventionen im Zentrum der Behandlung stehen. Es werden Risikofaktoren herausgearbeitet, welche den Untergebrachten innerhalb und außerhalb der forensischen Psychiatrie begegnen können (vgl. Van Marle & Hjalmar, 2007: 119). Dazu kann die Formulierung eines Risikomanagementplans helfen, an dem die Betroffenen beteiligt werden.

Deliktnahe Wiederholungsszenarien oder individuelle Risikoaussagen gilt es zu formulieren, um kriminelle Verhaltensweisen innerhalb möglicher Situationen zu erkennen und einzuschätzen. Dies ist hilfreich, um Pflegende bei der Feststellung von Dekompensationszeichen zu unterstützen und die untergebrachte Person im Umgang damit anzuleiten. So gilt es, das Problemverhalten zu evaluieren und zu entscheiden, ob die Krisenlage des Untergebrachten beispielsweise weiter außenstationär gemanagt werden kann (vgl. Encinares & Lorbergs, 2001: 38). Von Bedeutung ist, dass Pflegende umfassende Kenntnisse über den Betroffenen und eine feine Intuition besitzen. Ein kontinuierliches und strukturiertes klinisches Assessment dient dazu, eine fachlich versierte Beurteilung kriminogener Faktoren gewährleisten zu können, um das Risikolevel des Untergebrachten zu bestimmen (vgl. ebd. 2001:41).

Insgesamt besteht ein Bedarf an Interventionen, die nicht ausnahmslos auf eine Reduzierung einer zugrundeliegenden Störung ausgerichtet sind. Vielmehr gilt es das Risiko einer erneuten Straftat im Kontext des Unterbringungsgrunds zu managen (vgl. Rogers & Topping-Morris, 1996: 34). Dazu kann die Reduzierung von Symptomen gehören. Für das Erkennen von Risiken und die Entwicklung eines angemessenen Behandlungsplans bedarf es eines entsprechend therapeutischen Settings mit interdisziplinärem Selbstverständnis.

Sozio- und Milieuthherapie

Aufgrund einer oftmals langen Unterbringungszeit und dementsprechend unterbringungsinduzierten Hospitalisierungsphänomenen kommt dem therapeutischen Milieu als Lern- und Übungsfeld eine besondere Bedeutung zu. Die Sozio- und Milieuthherapie ist der bewusste und gezielte Einsatz von Umgebungsfaktoren, der eine positive Wirkung auf die untergebrachten Personen hat. Ziel ist es, dem Betroffenen eine therapieförderliche Umgebung zu schaffen, um Sicherheit und Kontinuität, auch im Sinne einer Stabilisierung, zu gewährleisten. Alltagskompetenzen werden so mannigfaltig durch eine ressourcenorientierte Haltung erhalten und gefördert. Forensisch-psychiatrisch Pflegende üben durch ihre fortdauernde Präsenz maßgeblichen Einfluss auf das vorhandene Milieu aus. Motivationsarbeit, eine stabile, kontinuierliche und auf den Erhalt ausgelegte Beziehung, sowie die Umsetzung sozio- und milieutherapeutischer Grundsätze in stationsalltägliche Strukturen sind als Schwerpunkte forensisch-psychiatrischer Pflege zu verstehen. Diese leistet damit einen erheblichen Beitrag zum Abbau der Gefährlichkeit und zur Sicherheit der Allgemeinheit (Kammeier, 2013).

Sozio- und Milieuthherapie trägt nachhaltig dazu bei, dass die untergebrachten Personen im Resozialisierungsprozess allgemeine und alltagsrelevante Lebenspraxis entwickeln und festigen. Die Betroffenen werden - entsprechend ihrer Ressourcen - angehalten, lebenspraktische Hilfen zu nutzen, um das (Wieder-) Erlernen sozialer Kompetenzen zu fördern (Schmidt-Quernheim & Hax-Schoppenhorst, 2008).

Alltägliche Routine, wie das Zubereiten von Mahlzeiten in der Gruppe, Einkäufe, die Reinigung des Wohnbereiches etc. werden durch Pflegende situativ und bei Bedarf begleitet. So werden Kompetenzbereiche des sozialen Miteinanders betrachtet und ggf. gemeinsam reflektiert. Gleiches gilt für die gemeinschaftliche Gestaltung vom Lebensraum, der Erprobung von Kompromissbereitschaft und Konfliktfähigkeit. Die Begleitung und Beteiligung an Gemeinschaftsveranstaltungen und Freizeitaktivitäten fördert die soziale Wiedereingliederung der untergebrachten Personen und trägt durch ein unbedingt notwendiges Maß an Normalität auch zur Rückfallprävention bei (Kammeier, 2014). Der Erprobung und Förderung sozialer Fähigkeiten, der Beziehungsgestaltung zu sich selbst und zu anderen Personen, beruflichem Engagement und Freizeitgestaltung, Selbstfürsorge, dem Umgang mit materiellen Ressourcen sowie der gemeinschaftlichen Absprache und Umsetzung von Vereinbarungen mit den Mitbewohnern und dem Behandlungsteam kommt einer großen Bedeutung zu. Es

ist davon auszugehen, dass sich erneute Straftaten bei bereits straffällig gewordenen Menschen vor allem durch eine postdeliktisch zufriedenstellende Lebensführung verhindern lassen (Ward, 2012).

Das Vermitteln und Vorleben sozial anerkannter Werte und Normen durch Bezugspersonen der forensisch-psychiatrischen Pflege spielt eine große Rolle (BFLK, 2014). So gilt es für Personen auf ihrem Weg der Reintegration in die Gemeinde, den gesellschaftlichen Anspruch, ein Leben frei von Rechtsbrüchen zu führen, letztendlich auch außerhalb der Klinik anzuerkennen und diesem zu entsprechen.

Motivationsarbeit erhält im Rahmen forensisch-psychiatrischer Pflege einen zentralen Stellenwert - insbesondere bei untergebrachten Personen, die sich einer Therapie aus mangelnder Krankheitseinsicht oder verweigerter Einwilligung nicht unterziehen, beziehungsweise nicht aktiv mitwirken (Kammeier, 2013). Das Ziel von Sozio- und Milieuthherapie ist in erster Linie die Resozialisierung der Betroffenen, und weniger eine Beseitigung klinischer Symptomatik. Dies bedeutet, den Betroffenen trotz beispielsweise psychischer Beeinträchtigung in eine Situation der Selbständigkeit und Unabhängigkeit zu führen (Burr et al., 2013).

Case Management

Ein entscheidender Stabilitätsfaktor ist in einer tragfähigen Beziehung zu sehen, die am ehesten durch eine Bezugsperson zu erreichen ist. Pflege hat seit jeher eine zwischen Untergebrachten und anderen Berufsgruppen vernetzende Rolle inne. Deshalb sollte ihr auch im forensisch-psychiatrischen Kontext vorzugsweise die Übernahme der „Fall“-Steuerung zugesprochen werden – unabhängig von der Umsetzung einer klassischen Bezugspflege. Durch entsprechende Spezialisierung, beziehungsweise Weiterbildung im Case Management und der Beziehungsarbeit der Pflege wird ein zielgerichtetes Case Management sichergestellt. Dazu bedient sich die Pflege dem fortlaufendem Monitoring potentieller Risiken und kontinuierlicher, interdisziplinär integrativer, ganzheitlich patientenzentrierter und ergebnisorientierter Versorgung (Ewers et al., 2005). Denn unabhängig von Entlassungsmodalitäten soll die Sicherstellung der Versorgungskontinuität durch interdisziplinäres Schnittstellenmanagement, sowohl innerhalb des Krankenhauses als auch zwischen Klinik und nachstationärer Versorgung, gewährleistet werden (Amberger; Roll, 2010), also inklusive der Nachsorge.

Das Case Management ist gegenüber den traditionellen „Managementansätzen“ die effizientere Möglichkeit, um zukünftigen Herausforderungen zu begegnen. Da neben ökonomischen Gesichtspunkten der Einzelfall mit seinem komplexen Versorgungsaufwand im Mittelpunkt steht, erscheint Case Management insbesondere in der forensisch-psychiatrischen Klinik geeignet, der Koordinierung des Sicherungsauftrages gerecht zu werden. Ziele des Case Managements sind zum einen eine auf Kontinuität ausgerichtete Bereitstellung einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung und die Reduzierung der Fragmentierung von Versorgungsleistungen. Zum anderen erhöht sie die Lebensqualität der Betroffenen, dient der effizienten Nutzung der Versorgungsressourcen und der Einsparung von Kosten (American Nurses Association, 1988).

Dem Aspekt der langen Verweildauer und den teilweise speziellen Krankheitsbildern im Kontext zur Gefährlichkeit gilt es strukturiert und zielführend zu begegnen. Eine stabile Case-Management-Beziehung und damit ein einhergehendes Risikomanagement gewährleisten die Abwehr von Gefahren bedingt durch die untergebrachte Person.

Psychoedukation

Pflegende bedienen sich psychoedukativer Strategien, die auf die Förderung und Entwicklung von Coping-Strategien der Betroffenen ausgerichtet sind. Hinsichtlich der psychischen Erkrankungen, Abhängigkeiten usw. vermitteln Pflegende den Betroffenen das jeweilige Krankheitskonzept und binden diese dabei aktiv in die Rolle des Hauptverantwortlichen ein.

Sie erarbeiten mit den untergebrachten Personen individuelle Handlungsmöglichkeiten zur Rückfallvorbeugung und Krisenbewältigung (Hax-Schoppenhorst, 2008).

Adherence-Therapie

Adherence bedeutet, dass zwischen Betroffenen und Behandlern Vereinbarungen getroffen werden, die gemeinsam ausgehandelt wurden (partizipative Entscheidungsfindung).

Eine wichtige Aufgabe, die den Pflegenden in diesem Kontext zukommt, ist die Förderung und Stärkung der Adhärenz, die Befähigung der Betroffenen, eigenverantwortlich abzuwägen und Entscheidungen fundiert zu treffen. Um untergebrachte Personen zu stärken und ihnen Hilfe bei der Entscheidungsfindung anzubieten, stellt die Adherence-Therapie als psychotherapeutisch orientierte und an die motivierende Gesprächsführung angelehnte pflegerische Komplexintervention ein wichtiges Angebot der forensisch-pflegerischen Tätigkeit dar. Sie ist eine evidenzbasierte und manualisierte Einzelintervention, die von entsprechend zu Adherence-Therapeuten qualifizierten Fachpersonen angeboten wird. Durch die Adherence-Therapie soll der Betroffene in die Lage versetzt werden, eigenverantwortlich Entscheidungen zu treffen für oder gegen Vereinbarungen oder einzelne Elemente von Vereinbarungen mit dem Behandlungsteam beziehungsweise den Mitarbeitenden (Gray, White, Schulz, Abderhalden, 2010).

Adherence-Therapie kommt dementsprechend einem Paradigmenwechsel gleich: Eigene Ideen, Wertvorstellungen und Wünsche soll der Betroffene fundiert und systematisch einbringen. Der Betroffene erhält Unterstützung und Begleitung bei einer möglichst selbstbestimmten und effektiven Gestaltung seiner Therapie (Trost & Rogge, 2016).

Zur Förderung der Adhärenz kommen darüber hinaus spezielle und individuell angepasste Strategien und Maßnahmen zur Anwendung, mit dem Ziel, die untergebrachte Person zu befähigen, ihren Umgang mit der Krankheit zu erlernen, ihn selbst zu organisieren, durchzuführen und zu bewerten (Schulz, 2009).

Berufspolitische und strukturelle Aspekte

Der politische Auftrag der forensischen Psychiatrie zur „Besserung und Sicherung“ wird durch präventiven Freiheitsentzug umgesetzt. Dessen Ausgestaltung wird durch verschiedene Landesgesetze unterschiedlich geregelt. Dies beinhaltet auch deutlich unterschiedliche Tätigkeitsprofile, Kompetenzbereiche und Handlungsfelder der einzelnen Akteure und Berufsgruppen. Eine mehrfach geforderte Vereinheitlichung der Maßregelvollzugsgesetze würde den politischen Auftrag, für alle Betroffenen und die Gesellschaft, wesentlich transparenter gestalten.

Ob und wie lange die untergebrachte Person im präventiven Freiheitsentzug verbleibt, obliegt der Entscheidungsgewalt der jeweiligen Strafvollstreckungskammer oder übergeordneter Rechtsprechung. Für deren Entscheidungsfindung ist eine professionelle Begutachtung und Einschätzung der untergebrachten Person, des entsprechenden Gefährlichkeitsgrades und ihres Behandlungsprozesses, unabdingbar. Die hierfür benötigten Sachverständigen bedürfen einer speziellen Ausbildung. Entsprechende Qualifikationen durch Weiterbildungen und Studiengänge sind entsprechend vorzuhalten, um die interdisziplinäre Gefährlichkeitsprognostik professionell und nachvollziehbar gestalten zu können. Hierfür müssen neben einem ausgeprägten Maß an Fallkenntnis und Erfahrungswerten auch valide und reliable Instrumente Anwendung finden, die ein wissenschaftlich belegbares Fundament hinsichtlich der geforderten Einschätzung ermöglichen – auch um das Ziel der Unterbrin-

gung effizienter erreichen zu können und Sicherheit nicht ausnahmslos durch Freiheitsentzug herzustellen. Bezugnehmend zur Gesetzesnovellierung des § 63 StGB und dem damit einhergehenden Anspruch der enger gestaffelten Gutachten durch externe Sachverständige, einem offensichtlichen Mangel an forensischen Gutachtern im deutschsprachigen Raum, scheint nun die Möglichkeit gegeben, dass andere Berufsgruppen bei entsprechender Qualifikation Zugang zum entsprechenden Tätigkeitsfeld erhalten

Wechselseitiger Zugang und optimierte Schnittstellenarbeit müssen künftig zwischen den stationären und ambulanten Angeboten der forensischen Psychiatrie gefördert werden. Ein Großteil forensisch-psychiatrisch untergebrachter Personen hat vor dem Behandlungsprozess einen Werdegang in gemeindepsychiatrischen Versorgungsstrukturen durchlebt und soll im Idealfall wieder in den entsprechenden Empfangsraum zurückgeführt werden. Hierfür bedarf es auf der einen Seite, neben gut aufgestellten forensischen Ambulanzen, auch eine als selbstverständlich anzusehende und anzustrebende Kooperation zwischen forensischer Psychiatrie und Gemeindepsychiatrie. Auf der anderen Seite stellt sich wohl in vielen Fällen die Frage, ob der stationäre Maßregelvollzug in dieser Häufigkeit angeordnet werden muss, oder ob ein Aussetzen unter ambulanter Versorgung nicht mindestens ebenso zielführend sein kann (s. § 67b StGB). Auch für forensisch-psychiatrisch Pflegende eröffnen sich hier künftig diverse Tätigkeitsfelder.

Neben dem Schulterschluss zwischen Forensischer Psychiatrie und Gemeinde beziehen zeitgemäße Behandlungs- und Versorgungsstrukturen Angehörige und Psychiatrieerfahrene zielführend mit ein. Programme, wie Peer-Groups, Ex-In Genesungsbegleiter u.ä. verdeutlichen, dass ehemals untergebrachte Personen als bereicherndes und unterstützendes Element dienen können.

Neben inhaltlichen Herausforderungen, Entwicklungen und Perspektiven bedarf es einer geregelten und bedarfsgerechten Finanzierung, sowie Rahmenbedingungen, die keinen Widerspruch zwischen dem hoheitlichen Auftrag und der Behandlung erkennen lassen. Herabgesetzte Fachkraftquoten, Qualifikationsmangel und reduzierte Qualität wirken sich auf das Produkt Sicherheit aus. Dementsprechend erwarten die Autoren entsprechende Bedingungen, damit der Behandlungsauftrag von gesundem, motiviertem und gut ausgebildetem Personal erfüllt werden kann.

Qualifizierung in der forensisch-psychiatrischen Pflege

Ausbildung:

Die grundständige (Gesundheits- und) Krankenpflege, beziehungsweise seit dem 01.01.2020 die generalisierte Ausbildung zur Pflegefachfrau/ zum Pflegefachmann und andere Heil- und Erziehungsausbildungen bilden die Basisqualifikation für forensisch-psychiatrisch Pflegende. Während mittlerweile jeder fünfte Behandlungsplatz der stationären Psychiatrie ein forensischer ist, wird für die künftig modularisierte Ausbildung zur Pflegefachfrau/ zum Pflegefachmann ein Schwerpunktmodul „Pflege im Berufsfeld der Forensik“ im dritten Ausbildungsjahr als angebracht und zeitgemäß erachtet. Hierdurch werden strukturelle und rechtliche Rahmenbedingungen vermittelt, gekoppelt an einen ersten Transfer von grundlegendem Hintergrundwissen. Die gleiche Notwendigkeit gilt in diesem Zusammenhang der Möglichkeit, (freiwillige) Praxiseinsätze im stationären oder ambulanten Bereich der forensischen Psychiatrie durch Kooperationen zwischen Trägern, Kliniken für forensische Psychiatrie und Schulen für Gesundheits- und Sozialberufe zu schaffen. Dies führt zu größerer Transparenz und dient der Darstellung der Attraktivität des Arbeitsfeldes und frühzeitig geförderter Nachwuchsgewinnung (Haynert et al., 2013).

Weiterbildung:

Neben der Basisqualifikation wird ein darauf aufbauendes und tiefgreifendes Fachwissen für das Tätigkeitsfeld der forensisch-psychiatrischen Pflege benötigt, um Expertise in der Breite des Berufsfeldes und über einzelne Fortbildungsmaßnahmen hinaus zu erlangen.

Durch eine Fachweiterbildung der forensisch-psychiatrischen Pflege wird der Theorie - hinsichtlich des übergeordneten Auftrags zur Gefährlichkeitsreduktion, der speziellen Klientel im forensischen Kontext, des jeweiligen therapeutischen Milieus und der interdisziplinären (Risiko-) Einschätzung - der Transfer in die gelebte Praxis ermöglicht. Weitergebildete Pflegefachpersonen dienen den Behandlungsteams zur zielgerichteten Anleitung, einer nachhaltigen Multiplikation von Fachwissen und als Impulsgeber.

In Zeiten fortschreitender Akademisierung bleibt die schulische und gleichzeitig praxisnahe Weiterbildung von großer Bedeutung. Um das Bildungsmanagement der forensisch-psychiatrischen Pflege zielführend und gewinnbringend zu gestalten, ist eine auf die jeweiligen Schwerpunkte verteilte und dementsprechend geregelte Koexistenz zwischen Weiterbildungsstätten und Hochschulen zu forcieren. Entsprechend wird eine Fachweiterbildung der forensisch-psychiatrischen Pflege gefordert. Das Ziel sollte dabei eine bundesland- und trägerübergreifende Vereinheitlichung der Curricula sein.

Studium:

Schwerpunkt- bzw. Wahlmodule an (Fach-) Hochschulen für das Berufsfeld Forensik sollten in Studiengängen der psychiatrischen Pflege die Regel werden.

Das zielgerichtete Einbringen von Fach- und Methodenkompetenzen durch entsprechend ausgebildete beziehungsweise akademisierte Pflegeexperten aus den Bereichen der Praxis, Pflegeentwicklung, Pädagogik oder Forschung nützt der forensisch-psychiatrischen Pflege, um gesichertes Wissen generieren oder um sich darauf beziehen und das jeweilige Handeln somit stets begründen zu können. Dies dient dazu, dem an die Berufsgruppe gerichteten Auftrag und Anspruch gerecht zu werden und um zeitgemäß zu leistende Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität darstellen zu können. Die Umsetzung eines zielgerichteten Transfers der Theorie in die Praxis dient dem fortlaufenden Ziel des State of the Art - unter Wahrung wissenschaftlicher Gütekriterien. Evidenzbasierte Pflege wird durch die Verknüpfung der ausgeprägten Beziehungsarbeit zwischen der untergebrachten Person und den forensisch-psychiatrisch Pflegenden, den hierdurch bedingten Erfahrungswerten und dem aktuellen Stand der Wissenschaft ermöglicht. Grundvoraussetzung hierfür ist ein ständiger Dialog zwischen der schulischen Aus- und Weiterbildung, der Praxis und den Hochschulen beziehungsweise der Forschung. Dies gilt es fortlaufend weiter auszubauen.

Ausblick

Eine bedarfsgerechte Verlagerung der Versorgungsstrukturen in den ambulanten Sektor ist erstrebenswert. Der zunehmende Trend der „Ambulantisierung“ steht im forensischen Kontext weiterhin in Abhängigkeit zu der jeweils individuellen Gefährlichkeit und einer entsprechenden Bedarfsermittlung. Für die Autoren steht außer Frage, dass die Notwendigkeit von (hoch-) gesicherten Einrichtungen für einige äußerst herausfordernde Personen gegeben ist. Die Erweiterung der ambulanten und außerstationären Versorgungsangebote bietet die Chance zum Ausbau der Tätigkeitsfelder der forensisch-psychiatrischen Pflege – bis hin zur Annäherung an Konzepte, wie beispielsweise des Home-Treatments.

Fehlende Nachsorgeeinrichtungen für zu entlassende Personen zeigen die Notwendigkeit einer engeren Verzahnung mit gemeindepsychiatrischen Einrichtungen auf. Für Betroffene, die zu einem Großteil aus der Gemeindepsychiatrie stammen und nach erfolgreichem Behandlungsprozess wieder dorthin entlassen werden sollen, gilt es, potentielle Empfangsräume zu finden. Damit soll der Gedanke, die Forensische Psychiatrie als Teil des Gemeindepsychiatrischen Verbundes zu erleben, gestärkt werden.

Ein mögliches und wertvolles Aufgabengebiet von Pflegenden in der Gemeindepsychiatrie kann perspektivisch die Prävention von forensisch-psychiatrischen Unterbringungen dar-

stellen. Speziell geschulte Pflegende können befähigt werden, Risikomerkmale für ein potentiell deliktisches Verhalten bei untergebrachten Personen der Gemeindepsychiatrie zu erkennen, um im Rahmen der Behandlung präventiv zu intervenieren. Ziel ist letztendlich die Vermeidung eines Delikts und damit auch die Unterbringung im Maßregelvollzug.

Shadowing, Praxisbegleitung und Coaching in der Praxis durch akademisierte Experten der forensisch-psychiatrischen Pflege werden als förderungswürdig betrachtet, um einen zielführenden Theorie-Praxis-Transfer als zeitgemäßen Standard zu gewährleisten.

Die bereits erwähnte und zunehmend benötigte gutachterliche Tätigkeit kann künftig von akademisierten forensisch-psychiatrisch Pflegenden, welche über mehrjährige Erfahrung in der klinischen Praxis verfügen, durchgeführt werden. Hierfür bedarf es neben der Anpassung notwendiger Gesetzesgrundlagen entsprechender Fachweiterbildung für eine durch Fachgesellschaften anerkannte Zertifizierung zum forensischen Gutachter.

Perspektivisch ist eine allgemeine Interessenvertretung forensisch-psychiatrisch Pflegender auf Bundesebene wünschenswert. In Orientierung an der Canadian Forensic Nurses Association als nationalem Dachverband bietet eine Interessenvertretung, bestehend aus Mitgliedern einzelner Fachgesellschaften, Arbeitsgruppen etc., die Möglichkeit eines nationalen Sprachorgans für die forensisch-psychiatrische Pflege und einen weiteren Schritt in Richtung zielführender Professionalisierung.

Angaben zur Autorengruppe

Hechsel, Michael (Erzieher): Stellv. Vorsitzender LWL-Gesamtpersonalrat, Sprecher Fachausschuss Forensik DGSP

Herwig, Gitte (B.A. Psychiatrische Pflege, Masterstudium Gesundheits- und Pflegewissenschaft, MLU Halle-Wittenberg): Pflegeexpertin Klinik für Forensische Psychiatrie & Psychotherapie, ZfP Emmendingen

Nolan, Christel (BScN, Krankenschwester, Sozialtherapeutische Fachkraft im MRV): Fachpflegende in der Nachsorge Ambulanz (LWL-Klinik Paderborn)

Olsen, Daria (MScN, BScN, Gesundheits- und Krankenpflegerin, Praxisanleiterin, Ph.D. stud. Pflegewissenschaft Universität Witten/Herdecke): Assistenz der Geschäftsführung (Niederrhein-Therapiezentrum Duisburg), Stellv. Sprecherin Fachausschuss Forensik DGSP

Teuschel, Andreas (M.Sc., Pflegeexperte APN Forensisch-psychiatrische Pflege)

Trost, Andrea (BA of Nursing, M.A. Beratung und Vertretung im Sozialen Recht, Ph.D. stud. Pflegewissenschaft Universität Witten/Herdecke): Stabsstelle Pflegewissenschaft und -Entwicklung, Abteilung für forensische Psychiatrie, LVR-Klinik Köln

Quellen

- Amberger, S., Roll, S. (2010). Psychiatriepflege und Psychotherapie. Stuttgart: Georg Thieme Verlag
- American Nurses Association (1988). Nursing Case Management. University of Michigan: The Association
- BFLK Netzwerk Forensik (2014). Leitsätze zur Sozio-Milieuthherapie in der Arbeit mit forensisch-psychiatrischen Patienten. In: Eckpunktepapier Pflege in der Forensik
- Burr, C.. et al. (Hrsg.) (2013). Recovery in der Praxis. Köln: Psychiatrie Verlag
- Butz, M., Mokros, A., Osterheider, M. (2013). Ambulante Sicherungsnachsorge für Maßregelvollzugspatienten: Ergebnisse des zweiten bayrischen Modellprojekts. Psychiatrische Praxis; 40: 36-42
- Encinares, M.; Lorbergs, K.A. (2001). Framing Nursing Practice Within a Forensic Out-patient Service. Journal of Psychosocial Nursing. 39(9): 35-41.
- Ewers, M., Schaeffer, D. (Hrsg.) (2005). Case Management in Theorie und Praxis. Bern: Huber Verlag
- Gray, R., White, J., Schulz, M., Abderhalden C. (2010): Enhancing medication adherence in people with schizophrenia: An international programme of research. In: International Journal of Mental Health Nursing, 19, S. 36 – 44.
- Hax-Schoppenhorst, T. (2008). Psychoedukative Strategien. In: Professionelle forensische Psychiatrie. Behandlung und Rehabilitation im Maßregelvollzug (2. Auflage). Bern: Huber Verlag
- Haynert, H., Kammeier, H. & Stuckmann, W. (2013). Stellungnahme des Forensik-Forums zu den Eckpunkten zur Vorbereitung des Entwurfs eines neuen Pflegeberufegesetzes vom 1. März 2012. In: Recht & Psychiatrie, 31, 54-55
- Heinze, M., Schwerdtfeger, F., Kruckenberg, P. (2006). Vernetzung von forensischer Psychiatrie und Allgemeinpsychiatrie. Psychiatrische Praxis; 33: 155-156
- International Council of Nurses (2010). ICN-Ethikkodex für Pflegenden von 2005. Berlin: Martin Beikirch Grafik
- Kammeier, H. (2013). Die Pflege strafrechtlich nach § 63 StGB in einem psychiatrischen Krankenhaus untergebrachter Personen – Eine juristische Betrachtung. Pflege & Gesellschaft, 18, 117-137
- Kammeier, H. (2014). Reform der psychiatrischen Maßregel nach § 63 StGB. Forensische Psychiatrie und Psychotherapie, 21, 8-49
- Konrad, M., Frank, U., Flammer, E. (2011). Die Versorgung ehemaliger forensischer Patienten im Gemeindepsychiatrischen Verbund - Auswertung einer Basisdokumentation aus zwei Landkreisen. Psychiatrische Praxis; 38: 376-381
- Olsen, D. (2011). Kompetenzbasierte Tätigkeiten und Aufgaben von forensisch-psychiatrisch Pflegenden. Eine Literaturanalyse des Zeitraumes 1994-2010 im deutsch- und englischsprachigen Raum. Qualifizierungsarbeit, Universität Witten/Herdecke.
- Needham, I. (2010). The impact of forensic psychiatric work on nurses. Dissertation in Master in legal and forensic psychology. University of Leicester, Faculty of Psychology
- Peternelj-Taylor, C.A., Hufft, A.G. (2007). Forensic Nursing. In: Mohr WK, ed. Psychiatric-mental health nursing. 6th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins; 377-393

- Rask, M., Brunt, D. (2007). Verbal and social interactions in the nurse-patient relationship in forensic psychiatric nursing care: a model and its philosophical and theoretical foundation. *Nursing inquiry*. 14(2): 169-176
- Rogers, P., Topping-Morris, B. (1996). Prison and the role of the forensic mental health nurse. *Nursing Times*. 92(31): 32-34.
- Schmidt-Quernheim, F., Hax-Schappenhorst, T. (2008). *Professionelle forensische Psychiatrie – Behandlung und Rehabilitation im Maßregelvollzug* (2. Auflage). Bern: Huber Verlag
- Schulz, M. (2009). Leadership auf Interventionsebene - Adhärenz als pflegerische Vision. In: *Leadership in der psychiatrischen Pflege. Eine Herausforderung für Praxis -Management – Ausbildung – Forschung- Politik* Hrsg.: S. Hahn, H. Stefan, C. Abderhalden, I. Needham, M. Schulz, S. Schoppmann, IBICURA, Unterostendorf, Seite 303 – 326.
- Trost, A., Rogge, S. (2016): *Basiswissen: Umgang mit Menschen im Maßregelvollzug*. Köln: Psychiatrie-Verlag.
- Van Marle, H.J.C. (2007). Mental health care in prison: How to manage our care. *International Journal of Prisoner Health*. 3(2): 115-123.
- Ward, T., Yates, P.M., Willis, G.M. (2012). The good lives model and the risk need responsibility model. *Criminal Justice and Behavior*, 39, 94-110
- Woods, P., Reed, V. & Collins, M. (2001). Measuring risk in a high security forensic setting through the Behavioural Status Index. *The International Journal of Psychiatric Nursing Research*. 7(1): 793-805