

# Von der Verwahrung zur Spezialisierung – Über Problemlösestrategien und „Rush Hour“ - Konzepte



Prof.Dr.med. M.Osterheider  
Abteilung für Forensische Psychiatrie und  
Psychotherapie  
der Universität Regensburg

# Erwartungen des Gesetzgebers an den Maßregelvollzug



## ⌘ Aufgabenstellung: „Besserung und Sicherung“

- ☒ einer spezifischen Klientel
- ☒ mit Sicherungsauftrag als hoheitlicher Aufgabe
- ☒ und Anforderungen an spezifische sachliche und personelle Ressourcen (Kostendruck)

## ⌘ Oder:

- ☒ „Ruhe an der Front“ zu einem (vor dem Wähler) vertretbarem Preis

# AUSGANGSLAGE



- ⌘ Die Forensische Psychiatrie - und insbesondere der Maßregelvollzug - stehen im Zentrum des öffentlichen Interesses
- ⌘ Der Maßregelvollzug befindet sich im Spannungsfeld zwischen gesellschaftlichem Auftrag, der öffentlichen Meinung und seiner zunehmend eingeschränkten Ressourcen

# PROBLEMANALYSE I



- ⌘ Veränderte (und neuerlich angestrebte) gesetzliche Rahmenbedingungen erhöhen die öffentlichen Erwartungen an die „Leistungen“ des Maßregelvollzuges
  - ☒ mit der Konsequenz seit Jahren steigender Zuweisungszahlen
  - ☒ und - konsekutiv zunehmend - unzureichender personeller, sachlicher und räumlicher Ressourcen
  
- ⌘ Der Maßregelvollzug droht erneut zur **Verwahrpsychiatrie** zu werden!

# PROBLEMANALYSE II



## ⌘ veränderte Patientenlientel:

- ☒ zunehmend schwer persönlichkeitsgestörte Patienten mit teils erheblich schwereren Delikten
- ☒ und u.a. daraus resultierenden veränderten Sicherungsanforderungen

## ⌘ deutlich erhöhte Verweildauern

- ⌘ zunehmend forensische Patienten in der Allgemeinpsychiatrie
- ⌘ Anstieg therapeutisch nicht erreichbarer Patienten („long stay“)
- ⌘ unzureichende Nachsorgebedingungen

# ORGANISATORISCHE ANFORDERUNGEN



## ⌘ Interne Differenzierung mit abteilungsspezifischen Aufgaben

- ☒ Aufnahme und Diagnostik
- ☒ Störungsbezogene Kriminaltherapie („Arbeit am Delikt steht im Vordergrund“) mit Behandlungsstandards
- ☒ angemessene Patientenunterbringung unter Beachtung moderner Sicherheitskonzepte
- ☒ Spezifische forensische Rehabilitation und Nachsorge

# STÖRUNGSBEZOGENE KRIMINALTHERAPIE



- ⌘ Multiprofessioneller Ansatz
- ⌘ Milieuthherapie
- ⌘ Integration psychosozialer, psychotherapeutischer und biologisch –  
medizinischer Strategien
  - ☒ „case – management“
  - ☒ Verhaltenstherapie unter Berücksichtigung individueller Bedarfe
  - ☒ Einsatz moderner Psychopharmaka
  - ☒ Störungs- / diagnosebezogener Therapieansatz mit Deliktbearbeitung
  - ☒ Einzel- und Gruppenangebote
  - ☒ Psychotraumatologischer Behandlungsansatz
  - ☒ Integration von Tatortanalyse bei sexueller Devianz und  
Tötungsdelikten

# THERAPEUTISCHE DIFFERENZIERUNGEN

## Was wirkt?



- ⌘ Multimodale, kognitiv – behaviorale Behandlungsprogramme (*Lösel, 1995, 2001*)
  
- ⌘ Empirische Evidenz für:
  - ☒ Modellernen
  - ☒ Rollenspiele
  - ☒ Abgestufte Erprobung
  - ☒ Verstärkung und konkrete Hilfestellungen
  - ☒ Ressourcen-Bereitstellung und kognitive Umstrukturierung
  
- ⌘ Was **nicht** hilft (*Andrews, 1998*):
  - ☒ Abschreckung
  - ☒ Unstrukturierte Gruppenaktivitäten
  - ☒ Permissive Milieu-Therapie
  - ☒ Unstrukturierte psychodynamische und klientenzentrierte Ansätze

# Forensische Behandlungsprogramme mit Standardisierung



⌘ Fokussierung auf kriminogene Faktoren, nicht auf irgendwelche Persönlichkeitsauffälligkeiten:

⊞ Kriminogene Bedürfnisse (*Andrews, 1998*)

⊞ Dynamische Risikomerkmale (*Nedopil, 2002*)

⊞ Insbesondere: Antisoziale Einstellungen und peer-Kontakte, Impulsivität, Mangel an sozialen Fähigkeiten, Externalisation, Störungen von Selbstkontrolle, substanzgebundene Abhängigkeiten (*Lösel, 2001; Hansson, 2003*)

⊞ Bei schizophrenen Patienten: floride psychotische Symptomatik, fehlende Krankheitseinsicht, schlechte Compliance, unzureichender sozialer Empfangsraum

# Zielsetzungen von Behandlungsstandards



- ⌘ Optimaler Einsatz der vorhandenen Mittel
- ⌘ Empirisch validierte Therapiekonzepte
- ⌘ Langfristige Therapieplanung („case – management“, Verweildauerprognose) – „Standardised Operating Procedures“
- ⌘ Systematisches Lockerungs – Procedere mit interner Validierung
- ⌘ Bedarfsgerechte Verteilung von Therapieangeboten
- ⌘ Indikationskriterien für „long stay“ – Unterbringung
- ⌘ Übernahme von Verantwortung seitens Patienten als integraler therapeutischer Bestandteil


# „Was machen wir mit den therapeutisch nicht erreichbaren Patienten?“

## ⌘ Plädoyer für „long – stay“ Einrichtungen / Abteilungen:

- ☒ nach differenzierter Indikationsstellung
- ☒ mit spezifischen Angeboten
- ☒ Möglichkeit der Wiederaufnahme von Therapie
- ☒ im Verbund mit MRV – Klinik (keine „stand alone“ – Lösung)
- ☒ Zielsetzung: „Bündelung“ personeller Ressourcen, Verbesserung des Stationsklimas, **nicht** primär ökonomische Aspekte !!
  
- ☒ „zeitlich begrenztes Asyl unter Wahrung ethischer Werte“  
(Perik, 2001)

# Notwendige Konsequenzen


## - Mitarbeiterfort- und weiterbildung



- ⌘ Hohe Spezialisierung aller Mitarbeiter
- ⌘ Integratives Therapiekonzept
- ⌘ Vorgabe klar definierter therapeutisch – pflegerischer Prozesse
- ⌘ „bedarfsgerechte „Verteilung“ von Therapieangeboten  
(„*es macht nicht jeder was er kann, sondern was notwendig ist*“)
- ⌘ Verantwortung förderndes Menschenbild von Patienten und Mitarbeitern
- ⌘ Klare Verantwortungsstrukturen („*Analysieren im Team – Entscheiden auf Leitungsebene*“)

# Tabus, Rituale und Realitäten

## *„Wo müssen wir umdenken?“*




### ⌘ *„Warum eigentlich kein Sicherheitspersonal?“*

- ☒ Schaffung finanzieller Ressourcen im eigentlichen therapeutischen Bereich (*„...dem Kerngeschäft..“*)
- ☒ Erhöhte Sicherungsanforderungen erfordern spezifisches Personal
- ☒ Fokussierung der therapeutischen Aufgaben auf das „Wesentliche“ !!

# Tabus, Rituale und Realitäten

## *„Worüber sollten wir verhandeln?“*



### ⌘ Differenzierte Personalbemessungssysteme:

- ☒ Vergütung tatsächlicher Leistungen (Verweildauer – abhängige Finanzierung, Diskussion über STOP´s)

### ⌘ Veränderte Klinikstrukturen:

- ☒ Vernetzung: Klinikverbünde mit der Zielsetzung differenzierter und spezieller Aufgabenwahrnehmung
- ☒ Veränderte Trägerstrukturen: „Ist Privatisierung eigentlich immer schlecht?“

# ZUSAMMENFASSUNG + AUSBLICK I



⌘ Veränderte Rahmenbedingungen zwingen uns zum **Handeln**:

- ☒ Vermehrte Differenzierung und Spezialisierung
- ☒ Einrichtung von „long stay“ - Angeboten
- ☒ Vermehrte interdisziplinäre Kooperationen („Bündelung von Expertenwissen“)
- ☒ Konzentration auf das „Wesentliche“: optimale Ausschöpfung vorhandener Ressourcen – aufgabenorientierte MA – Schulung
  
- ☒ Intensive Öffentlichkeitsarbeit
  
- ☒ Formulierung klarer Verhandlungspositionen: *„Behandlungsorientierten und sicheren Maßregelvollzug gibt es nicht zum Dumping – Preis“*

# ZUSAMMENFASSUNG + AUSBLICK II



⌘ Veränderte Rahmenbedingungen zwingen uns zum **Nachdenken**:

- ☒ „Welche Dogmen gilt es zu überdenken und aufzugeben?“
- ☒ „Konzentrieren wir uns wirklich auf unsere Kernaufgaben?“
- ☒ „Sind unsere Organisations- und Leitungsstrukturen effizient?“
- ☒ „Stimmt das Verhältnis von therapeutischem Personal i.e.S. zu anderen Mitarbeitergruppen (insbesondere Verwaltungspersonal)?“
- ☒ „Arbeiten wir sachgerecht zusammen – auch klinikübergreifend – oder bestimmt eignes Anspruchsdenken unser Handeln?“

## Zum Schluss:



„Ein Mensch sagt, und ist stolz darauf,  
Er geht in seiner Arbeit auf.  
Bald aber, nicht mehr ganz so munter,  
Geht er in seiner Arbeit unter.“

EUGEN ROTH

„Also lautet der Beschluss, dass der Mensch was  
lernen muss.“

WILHELM BUSCH