

Arbeitsgruppe

## **Stillstand überwinden – Gibt es neue Ideen zur psychiatrischen Versorgung?**

Natürlich tut sich in den verschiedenen Bundesländern etwas, wenn es um die psychiatrische Versorgung geht. Psychiatrische Abteilungen sind an Justizvollzugskrankenhäusern eingerichtet oder direkt an einzelne Justizvollzugsanstalten. Vor 20 Jahren gab es noch eine völlig andere Situation. In Nordrhein-Westfalen gab es keinerlei stationäre Versorgungsmöglichkeit, in Niedersachsen die Abteilung in der JVA Hannover. Die Frage ist, ob die erreichten Fortschritte ausreichen und ob die diversen Konzepte auch in Zukunft der richtige Weg in der psychiatrischen Versorgung sind. Trotz aller Fortschritte scheint in vielen Bereichen ein Stillstand an reformerischen Ansätzen zu bestehen.

So sollen etwa die verschiedenen Abteilungen in diversen niedersächsischen Vollzugsanstalten auch einen gemeindenahen Ansatz darstellen. Die Frage ist, ob es einen solchen Ansatz hinter Gittern überhaupt geben kann und ob nicht die Gitter Gemeindenähe weitgehend ausschließen. Es ist nach wie vor sehr schwer, die meist männlichen Patienten nach einer Haftentlassung angemessen unterzubringen. Oft geht es nur noch darum, dass Obdachlosigkeit vermieden wird. Ein reformerischer Ansatz könnte eine Verbindung von Vollzugspsychiatrie mit fließendem Übergang in die Allgemeinpsychiatrie oder Wohnprojekte sein. Um angemessene Wohnheimplätze für psychisch Kranke wird jedoch erfahrungsgemäß konkurriert. Insbesondere ergeben sich für Psychiatriepatienten dadurch Schwierigkeiten, dass sie nicht die Bedingung eines sechsmonatigen Probewohnens, das viele Heime verlangen, erfüllen können. Von Sozialtherapie- und Forensikpatienten kann das erfüllt werden.

Die Vorstellung eines teiloffenen Hauses, das in der einen Hälfte Häftlingen eine Behandlung, in der anderen diesen nach der Entlassung sowohl Behandlung als auch Übergangswohnheim bietet, scheint im gegenwärtigen Klima kaum vorstellbar. Jedenfalls waren solche Ansätze selbst unter dem grün geführten Justizministerium in Niedersachsen, dessen Ministerin ja die Psychiatrie zu ihrem Schwerpunkt gemacht hatte, nirgends erkennbar. Vernachlässigt erscheint auch die Verbindung von Psychiatrie und Psychotherapie, obwohl Gefangene immer wieder einen Bedarf vorbringen und es Behandlungsprogramme gibt, die helfen und auch die Störungs-, Sozial- und Kriminalprognose verbessern.

Im Vollzug werden jedoch Psychiatrie und Psychotherapie zumindest in Niedersachsen streng von der Sozialtherapie getrennt, wobei es für Gefangene mit psychischen Problemen und Störungen kein adäquates therapeutisches Angebot gibt. Trotz ausreichender Anzahl an PsychologInnen gibt es einen Mangel an ausgebildeten PsychotherapeutInnen.

Ich denke, dass man die psychiatrische Vollzugsmedizin und –psychotherapie grundlegend neu überdenken muss. Ist es nicht wirklichkeitsfremd, wenn Voraussetzung für die Aufnahme in der Sozialtherapie ist, dass die Klienten keine psychiatrisch relevanten Störungen haben dürfen? Wenn man sich allein die Gewalt- und Sexualstraftaten ansieht, die Anlass für die Behandlung in den Sozialtherapie-Abteilungen bietet, so ist doch die Wahrscheinlichkeit psychischer Störungen, die zu derartigen Übergriffen führen oder beitragen, evident. Wo bleiben die psychotherapeutisch ausgebildeten PsychiaterInnen und PsychologInnen? Wie attraktiv ist die Arbeit an die-

sen schwierigen Populationen für gut ausgebildete Fachleute? Gute Arbeit kostet und bedarf völlig neuer Ansätze.

Welche Therapieangebote gibt es tatsächlich? Es reicht nicht, dass eine Ministerin feststellt, dass Psychatriepatienten einem plötzlich und unvorhersehbar mit der Faust ins Gesicht schlagen können. Ich habe so etwas in unvorhersehbarer Weise so noch nicht erlebt, auch wenn ich Übergriffe miterlebt habe und Patienten kenne, die Geiselnahmen und Morde an Mitarbeitern verübt haben. Das ist keineswegs die Wirklichkeit der gewöhnlichen PatientInnen und eher Ausdruck einer verzerrten Wahrnehmung der Patientenwirklichkeit und realer Sicherheitsproblematiken. Die Gefahren sind im Vollzug keineswegs größer als in psychiatrischen Kontexten außerhalb.

Nicht im Ansatz befriedigend geregelt ist in Deutschland zudem die rechtliche Behandlung verurteilter Täter, bei denen sich erst nach Rechtskraft des Urteils herausstellt, dass ihre Taten so eng mit einer psychischen Störung (etwa bei unerkannten Schizophrenien) assoziiert sind, dass sie häufig zumindest als erheblich vermindert oder überhaupt nicht schuldfähig anzusehen sind und der Behandlung bedürfen. Es gibt aber kein wirklich praktikables Verfahren, um solche "zu spät" kommenden Erkenntnisse im Sinne einer nachträglichen Begutachtung noch in ein an sich abgeschlossenes Verfahren einbringen zu können. Die bisherigen Möglichkeiten der Wiederaufnahmeverfahren sind dafür erfahrungsgemäß nicht geeignet.

Es stellt sich auch die Frage, ob die strenge Abgrenzung von Forensik und Vollzug den vorliegenden Störungsbildern und -verläufen angemessen ist. Es fehlt an einer gewissen Durchlässigkeit vermutlich in beide Richtungen. Bei ähnlich gestörten Patienten ist doch die vollzugliche Realität im Gefängnis eine völlig andere als in der Forensik. Ist das angemessen? Das betrifft sowohl die Suchtkranken als auch die übrigen psychiatrischen PatientInnen. Dies kann aber nur ein Denkanstoß sein.

Diskutiert werden soll in erster Linie, wie eine Weiterentwicklung der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung aussehen könnte. Was können wir im Strafvollzug praktisch tun, um die Lage gefangener PatientInnen zu verbessern?