

9. Netzwerktreffen Nord in Hannover am 20.09.2017: Orientierungshilfen im Grenzgebiet zwischen Sozialpsychiatrie und Forensik

Workshop 1: Wann ist Fremdgefährdung und Gewalttätigkeit krankhaft? – Zusammenfassung der Diskussion

Der Workshop wurde sowohl vormittags als auch nachmittags angeboten und bot den 25-30 Teilnehmenden, die vornehmlich aus Sozialpsychiatrischen Diensten aller vier norddeutschen Bundesländer kamen, jeweils 90 Minuten Zeit zur Diskussion. Als Experten standen Elisabeth Eicke (Richterin am Betreuungsgericht Hannover) und Andreas Tänzer (Leitender Arzt der Maßregelvollzugsklinik am KRH Psychiatrie Wunstorf) zur Verfügung. Für die Moderation war Hermann Elgeti (Geschäftsführer Landesfachbeirat Psychiatrie Niedersachsen) zuständig; die von ihm erstellte Zusammenfassung versucht eine Sortierung verschiedener Aspekte der Diskussion. Sie beruht auf seiner Erinnerung, den von ihm notierten Stichworten zum einführenden Vortrag im Plenum von Herrn Tänzer und zu den Wortmeldungen in den beiden Workshop-Durchgängen, ist also ein stark subjektiv gefärbtes Protokoll.

Gewalt und Fremdgefährdung machen Angst, keiner will damit etwas zu tun haben.

Unsere arbeitsteilig organisierte, hoch entwickelte und insgesamt sehr wohlhabende Gesellschaft fördert individuelle Freiheit und fordert Selbstdisziplin, setzt auf Innovation und Spezialisierung, wird so auch anfälliger für Störungen. Sie ist angesichts der zunehmenden Vielfalt der Lebensweisen in der Bevölkerung und der abnehmenden Verbindlichkeit kollektiver Normen und Tabus verstärkt mit abweichendem und abwegigem Verhalten konfrontiert. Wenn eine einzelne Person sich fremdgefährdend, aggressiv bzw. gewalttätig verhält, erzeugt das bei den Mitmenschen Bedrohungsgefühle und Angst. Sie rufen nach schneller Bekämpfung der Gefahrenquelle durch eine dafür spezialisierte und autorisierte Instanz, um sich wieder sicher fühlen zu können.

Wann ist fremdgefährdendes Verhalten einer psychischen Erkrankung zuzurechnen?

Aggressivität kann Ausdruck einer behandlungsbedürftigen psychischen Krankheit sein; die genaue Diagnose bleibt allerdings vor allem bei unzureichendem Informationsstand in akuten Krisensituationen mit großem Entscheidungsdruck oft unsicher. Die Frage „*Mad or bad?*“ wird je nach kollektivem Zeitgeist und fachlicher Konvention, aktuellen Umständen und individueller Einstellung der begutachtenden Person unterschiedlich beantwortet. Die Grenze zwischen den beiden Alternativen ist fließend, und die Kombination von Fremdgefährdung und psychischer Krankheit als gemeinsamer Schnittmenge wird unterschiedlich häufig festgestellt. Welche Hinweise können wir von der betroffenen Person über ihr Erleben und Verhalten gewinnen, was von anderen über ihr bisheriges und gegenwärtiges Leben erfahren? Welche psychischen und sozialen Faktoren haben zur aktuellen Gefährlichkeit beigetragen? Entgegen früherer Einschätzungen muss man bei schizophrenen Erkrankungen im

Vergleich zum Bevölkerungsdurchschnitt mit einem drei- bis fünfmal höheren Risiko für Gewalttaten rechnen. Eine Arbeitshilfe zur Risikoeinschätzung bei Fremdgefährdung kann helfen, sich wichtige Fragen zu stellen und Informationen einzuholen.¹ Auch wenn eine psychische Erkrankung vorliegt, heißt das noch nicht, dass diese die freie Willensbildung so weit einschränkt, dass man das fremdgefährdende Verhalten als durch sie verursacht ansehen muss (Frage nach der Kausalität). Bei organischen Psychosyndromen, schweren Intelligenzminderungen und psychotischen Störungen wird eine solche Kausalität eher angenommen als bei Persönlichkeitsstörungen, Suchterkrankungen oder sexueller Devianz.

Die zur Begutachtung gerufenen Fachleute stehen unter einem erheblichen Druck.

Bei der Diagnostik benötigen wir viel Einfühlungsvermögen, bei der Bewertung der Situation müssen wir aber unsere eigene Gefühlslage, die auch Angst, Aggression und Ohnmacht enthalten kann, reflektieren und zu einer sachlichen Einschätzung kommen. Sehr stark ist oft das Leid der Angehörigen und Nachbarn unter dem fremdgefährdenden Verhalten der betroffenen Person. Diese wiederum wird bei ausbleibender Intervention vielleicht obdachlos oder gerät selbst in Gefahr, aufgrund ihres Verhaltens von Mitmenschen angegriffen zu werden. Häufig erwarten Angehörige, Nachbarn oder die Polizei eine sofortige Bereinigung der Situation durch Zwangseinweisung in eine psychiatrische Klinik, auch wenn dies nach Abwägung aller juristischen und fachlichen Gesichtspunkte nicht gerechtfertigt zu sein scheint. Die für eine sachgerechte Bewertung entscheidenden Informationen können ausbleiben, u.U. auch aufgrund der strengen Vorgaben für Schweigepflicht und Datenschutz. Die Qualität der Kooperation zwischen Psychiatrie und Polizei, Staatsanwaltschaft und Gericht hängt zwar auch ab von unterschiedlichen landesgesetzlichen Regelungen, vor allem aber von den handelnden Personen vor Ort, den regionalen Strukturen und Traditionen der Zusammenarbeit.

Wo sollte die Unterbringung und Behandlung gefährlicher Kranker stattfinden?

Die rechtlichen Voraussetzungen für eine stationäre Unterbringung und Behandlung psychisch erkrankter Menschen mit fremdgefährdendem Verhalten sind unterschiedlich: Das Betreuungsrecht ist ein Bundesgesetz, die Bundesländer haben ihr jeweils eigenes Psychisch-Kranken-Gesetz bzw. Maßregelvollzugsgesetz. Neben der Klärung der im Einzelfall gegebenen Rechtsgrundlage geht es um die Frage, wo eine fachgerechte Behandlung der betroffenen Person stattfinden kann. Obwohl fremdaggressives Verhalten zur Symptomatik psychischer Erkrankungen gehört, fehlt in vielen allgemeinpsychiatrischen Kliniken inzwischen die Bereitschaft, sich den damit verbundenen Herausforderungen zu stellen. Eine nach den Grundsätzen therapeutischer Milieugestaltung organisierte Stationsarbeit kommt durch Patienten mit Gewaltpotential schnell ins Schlingern. Die Kommerzialisierung der psychiatrischen Klinikbehandlung hat zu einer Standardisierung der Abläufe und kurzen Aufenthaltszeiten geführt, mit nachteiligen Folgen vor allem für chronisch und schwer psychisch kranke Menschen. Auch Heime tun sich schwer, Menschen mit

¹ www.sozialpsychiatrischer-verbund-region-hannover.de

aggressiven Verhaltensweisen zu betreuen, und in den Justizvollzugsanstalten sind die psychiatrischen Behandlungsmöglichkeiten in aller Regel defizitär. Fast überall kämpft man mit einem Mangel an Fachpersonal. So wird immer häufiger eine Unterbringung und Behandlung psychisch kranker Personen mit Gewaltpotential in einer Klinik des Maßregelvollzugs gefordert. Doch die davor gesetzten rechtlichen Hürden sind wesentlich höher als bei allgemeinspsychiatrischen Kliniken und Heimen, ohne dass es bessere therapeutische Möglichkeiten gäbe, wenn man mal von der Wahrscheinlichkeit einer längerfristigen stationären Behandlung absieht. Im Verlauf der letzten Jahrzehnte hat es einen massiven Ausbau der Platzkapazitäten im Maßregelvollzug gegeben, und inzwischen befinden sich dort mehr langfristig (d.h. über fünf Jahre) untergebrachte Straftäter als im Justizvollzug. Die Forensifizierung ist ein wesentlicher Faktor für die Stigmatisierung der Psychiatrie in der Öffentlichkeit.

Die regionalen Netzwerkpartner sind auf eine gute Zusammenarbeit angewiesen.

Wenn es um psychisch kranke Menschen mit fremdgefährdendem Verhalten und Gewaltpotential geht, sinkt die Bereitschaft zur Hilfeleistung, und man ist versucht, andere für zuständig zu erklären und sich selbst herauszuhalten. Um dieser Gewohnheit entgegenzuwirken und zu einer verlässlichen Zusammenarbeit zu kommen, bewährt sich der kontinuierliche Austausch mit den auf diesem Feld wichtigen Systempartnern im regionalen Verbund, z.B. in einer Fachgruppe „Psychische Krankheit und Fremdgefährdung“. Dazu gehören nicht nur die allgemeinspsychiatrischen Kliniken und gemeindepsychiatrischen Leistungserbringer vor Ort, sondern auch die für die Region zuständige Klinik des Maßregelvollzugs mit ihrer Institutsambulanz, außerdem Richter und Bewährungshelfer, Polizei und Staatsanwaltschaft. Der Sozialpsychiatrische Dienst sollte im Rahmen seiner regionalen Netzwerkarbeit die Initiative für einen solchen Austausch ergreifen. Über die Besprechung von Problemfällen kann sich ein gemeinsames Verständnis für die diesbezüglichen Herausforderungen und Zuständigkeiten entwickeln, was auch Verabredungen zum Verfahren im Einzelfall erleichtert.

Was können Sozialpsychiatrische Dienste tun, um ihrer Aufgabe gerecht zu werden?

Zu den Kernaufgaben Sozialpsychiatrischer Dienste (SpDi) gehört die psychiatrische Krisenintervention und Notfallhilfe, ggf. einschließlich Mitwirkung bei Unterbringungen gegen den Willen der betroffenen Person aufgrund fremdgefährdenden Verhaltens. Die im SpDi mit entsprechenden Problemlagen konfrontierten Fachleute sollten sich des Risikos bewusst sein, für die von der Umgebung geforderten Wegschaffung störender Personen instrumentalisiert zu werden. Andererseits hat die Sozialpsychiatrie den Anspruch und die Verpflichtung, den Dialog auch mit denjenigen psychisch erkrankten Menschen zu suchen, die gefährlich sind und mit denen niemand mehr etwas zu tun haben will. Das gilt nicht nur für akute Krisen, sondern auch – mit Blick auf Prävention und Rehabilitation – für eine längerfristige ambulante Begleitung und Betreuung zur Vorbeugung einer (erneuten) gewaltförmigen Eskalation. Hier ist der SpDi immer dann gefordert, wenn bevorzugt einzusetzende Möglichkeiten der Unterstützung wie ambulante Eingliederungshilfen

oder auch eine rechtliche Betreuung nicht zum Einsatz kommen können. Dafür sollte sich das SpDi-Team qualifizieren, u.a. indem es eine verantwortungsvolle Grundhaltung für den Umgang mit dieser Klientengruppe ausbildet und regelmäßig Selbstsicherung sowie Deeskalation trainiert.

Zwei Literaturhinweise für Interessierte

Steinert T (2008): Umgang mit Gewalt in der Psychiatrie. Basiswissen 15. Bonn: Psychiatrie-Verlag (Dieses Buch ist nur noch als ebook über den Verlag erhältlich.)

Fais J (Hrsg.) (2014): Schattenwelt – Vom Umgang mit Gewalt im psychiatrischen Arbeitsfeld. Lengerich: PabstScience Publishers (dort findet sich u.a. auch der Beitrag von H. Elgeti „Vorbeugung und Bewältigung von gewaltförmiger Eskalation in der Gemeindepsychiatrie“, der als Anlage dieser Zusammenfassung beigelegt wird).