

Josef Bausch-Hölterhoff RMD

Anstaltsarzt der JVA-Werl

Facharzt für Allgemeinmedizin
Betriebsmedizin
Suchtmedizin
Ernährungsmedizin

Folie 1

J.B.1

Joe Bausch; 11.09.2004

Mentale Gesundheit
Defizite in der psychiatrischen
Versorgung in Haft

Nürnberg 17.09.2008

Von Greueln flüstert man – und Taten unnatürlich
Erzeugen unnatürliche Zerrüttung :
Die kranke Seele will ins taube Kissen
Entladen ihr Geheimnis

Arzt über Lady Macbeth

nach aktuellen Statistiken der WHO

sind weltweit 11,5 % aller Krankheiten neuropsychiatrischen Ursprungs

- stammen allein 4 der 10 bedeutsamsten Volkskrankheiten aus dem Bereich der Psychiatrie
- nehmen Depressionen mit 36,5% den Spitzenplatz ein
- gefolgt vom Alkoholismus mit 11,3 % und
- den Psychosen/Schizophrenien mit 8,7 %
- **leidet in Deutschland jeder Dritte im Alter von 18 – 65 Jahren an einer behandlungsbedürftigen, psychischen Störung (Bundesgesundheitsurvey 2001)**
- zählen Frauen nahezu doppelt so oft zu den Betroffenen wie Männer

deutlicher Anstieg bei psychischen Erkrankungen (DAK Statistik von 2001)

- Zunahme der Fehltage wegen psychischer Erkrankungen seit 1997 um 51 %
- Innerhalb von 5 Jahren „alarmierende Zunahme“ psychischer Erkrankungen bei jungen Mitgliedern um 70 – 90 %
- Depressionen verursachen etwa dreiviertel aller AU-Tage in diesem Bereich
- **7,9 % Bundesdurchschnitt: Anteil der psych. Krankheiten**
12,5% aller Krankheitsfälle in Hamburg
- 8,1 % in Bremen
- 10,5 % in Berlin
- 8,7 % in NRW gegenüber 7,2 % in 2000

Statistisches Bundesamt (Stand 12.02.2008)

- Zahl der Haftplätze insgesamt: 80 708
- durchschnittliche Belegung: 73 581 davon 3917 weiblich
- Erstaufnahmen aus Freiheit: 117 667
davon 10 180 weiblich
- Eintritte aus Freiheit und anderer JVA:
232 682 , weibl. 15 725
- Zugänge (Strafantritt) im Monat November 2007:
5 142, davon 414 weibl.
- Entlassungen: 4098 (361w)

Mental health in prison

Gefängnisinsassen erkranken um ein **vielfaches häufiger an Psychosen** oder **Depressionen** als andere Menschen. Das Risiko, eine schwere Persönlichkeitsstörung zu bekommen, ist für sie um das Zehnfache erhöht. Allerdings sind es „natürlich“ gerade die schweren Persönlichkeitsstörungen, die unser Klientel in Delinquenz und Haft führen.

Mental health in prison

- Nach Auswertung der Krankenblätter der vergangenen 30 Jahre von 23 000 Häftlingen aus 12 westlichen Staaten leidet derzeit **jeder siebte Häftling** an einer mentalen Störung

die Daten stammen aus Australien, Dänemark, Finnland, Großbritannien, Irland, Kanada, Neuseeland, den Niederlanden, Norwegen, Schweden, Spanien und den USA

aus Deutschland liegen vergleichbaren keine Daten vor!

In den westlichen Staaten leben mehr psychisch Kranke in Gefängnissen als in der Psychiatrie

(Studie von Seena Fazel und John Danesh Oxford und Cambridge in
The Lancet aus 2002)

Jeder siebte Häftling leidet unter einer
mentalen Störung

14,3 %

Studie des National Institute of Mental Health aus 1991

- Rate der Erkrankungen an Schizophrenie und schwerer Depression in der Gefängnis- Population doppelt so hoch als in der Normalpopulation
- 9,5 % gegenüber 4,5 %
- als geistig krank klassifizierte Insassen waren in höherem Maß an Gewaltverbrechen beteiligt als die übrigen Häftlinge
- 52,9% gegenüber 46,1%
- **psychisch kranke Insassen verblieben im Durchschnitt 15 Monate länger in Haft**
- nur 40 -60 % waren nach ihrer Inhaftierung weiter behandelt worden, wie geht aus dem Bericht nicht hervor
- geistig kranke Straftäter waren häufiger von Obdachlosigkeit, Arbeitslosigkeit, Alkohol –und Drogenmissbrauch, sowie von körperlicher und sexueller Misshandlung vor ihrer Inhaftierung (**und nach**) betroffen

In einer Untersuchung zur Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen bei Strafgefangenen (Stefan Fädrieh und Friedemann Päßlin in Recht und Psychiatrie 3/2000)

Gesamtprävalenz und Ausmaß an innerer Komorbidität von Persönlichkeitsstörungen entsprechen den Vergleichszahlen aus dem Maßregelvollzug. Insgesamt betrug sie 50%.

„Psychische Störungen werden im Strafvollzug oft nicht oder nicht ausreichend diagnostiziert, geschweige denn behandelt.“

Untersucht wurden 90 Strafgefangene einer Einrichtung des offenen Vollzugs mit dem Strukturierten Klinischen Interview für DSM-IV, Achse II (SKID-II)

Pilotstudie im Jugendvollzug

Prof.Schulte-Markwort, UKE, Untersuchung von 2000 in JVA-
Hahnöfersand (Hamburg)

- 50% der Insassen sind psychisch auffällig und müssten behandelt werden
- 10 -20% müssten sogar stationär behandelt werden
- extreme Auffälligkeiten, mindestens 3-fach höher als in der Normalbevölkerung
- Ausländische Insassen (70%) sind höher mit psychischen Symptomen belastet als einheimische Population

Pävalenz psychischer Erkrankungen im Justizvollzug von Schönfeld 2006

- 88,2 % Störung im SKID f. Achse I und II
- 71,2 % Alkohol- Drogenmissbrauch
- 50 % Persönlichkeitstörungen
- 27,3 % Angststörung
- 17,3 % affektive Störung
- 7,9 % psychotische Störung
- untersucht wurden 76 Männer und 63 Frauen der JVA Bielefeld

Psychiatrie: heute mehr ambulante Therapie als früher !

- 1970 in den alten Bundesländern 150 000 Psychatriebetten
- heute noch 60 000
- in den vergangenen 30 Jahren wurden 60 % aller stationären Psychiatrieplätze abgebaut (PD Dr. A. Zacher Univ.Regensburg Hexal-Kongress München 2002)
- **Gründe:**
 - - Entwicklung effektiverer Psychopharmaka - -
 - Beitrag der Psychotherapie
 - - Aufbau von Tageskliniken
 - Aufklärungsarbeit / Öffentlichkeitarbeit

Unter Berücksichtigung einer Studie aus England und Wales (Gunn et al.1991)

- kann bei vorsichtiger Schätzung davon ausgegangen werden, dass **ca. 3 % der Gefangenenspopulation mindestens 1 x im Jahr aus diagnostischen oder therapeutischen Gründen einer stationär- psychiatrischen Behandlung bedarf**
- dabei ist der Bedarf an stationären Behandlungsplätzen zur Entwöhnung Suchtkranker nicht berücksichtigt, zumal bei Abhängigkeitskranken auf Behandlungen außerhalb des Justiz- aber auch des Maßregelvollzugs gesetzt wird (siehe auch Neufassung des Drogenerlass)
- d.h. für NRW **552 von 18400 Gefangenen**
- bei eher unterdurchschnittlich **30 Behandlungstagen pro Patient** (Erfahrungswert aus PBA) =16560 Behandlungstage / Jahr
- dafür müssten mindestens **45 Behandlungsplätze für NRW** regelmäßig vorgehalten werden

Situation in NRW und Rheinland-Pfalz

(Konrad und Missoni 2001)

- bezogen auf die Gesamtaufnahmezahl der Gefangenen in den beiden Bundesländern erfolgte im Jahr 1997 eine stationär-psychiatrische Behandlung bei
- **0.1 % bis 2,3 %** in Abhängigkeit von der betreffenden Justizvollzugsanstalt

Befragung aller Maßregelvollzugsanstalten (Missoni und Konrad 1998)

- 17 Kliniken aus 10 Bundesländern beteiligen sich an der psychiatrischen Versorgung psychisch kranker Gefangener
- 4 von ihnen in 4 Bundesländern auch an der ambulanten psychiatrischen Versorgung
- die Gesamtzahl der psychiatrisch versorgten Gefangenen betrug im Jahr 1996: 187 Patienten
- das sind nur **0,085 %** der Summe der Gefangenen in den entsprechenden Bundesländern

Faktoren, die im Zusammenhang mit der hohen Prävalenz psychisch Gestörter im Justizvollzug genannt werden (Konrad 2002) I Teil

- **Kriminalisierung** psychisch Kranker
- Ökonomisierung der Behandlung (Stichwort: Enthospitalisierung)
- unzureichende komplementäre Versorgungsstrukturen
- (Änderung der) Rechtslage mit eng gefassten Kriterien zivilrechtlicher und öffentlich-rechtlicher Unterbringung
- Zurückhaltung bei der Übernahme psychisch kranker Gefangener in allgemeinpsychiatrische Institutionen (Gefährlichkeit, unzureichende Sicherheitsbedingungen)
- Zurückweisung „schwieriger“ chronisch psychotischer Patienten wegen Zweifel an der Behandlungseignung
- „**death of liberalism**“ ein politisches Klima, das die Ressourcen für psychisch kranke Rechtsbrecher auf niedrigem Niveau hält

Faktoren, die im Zusammenhang mit der hohen Prävalenz psychisch Gestörter im Justizvollzug genannt werden (Konrad 2002) II Teil

- verbesserte diagnostische Möglichkeiten in den letzten Jahren, z.B. häufigerer Einsatz von Konsiliarärzten
- höhere Sensibilisierung aller im Vollzug Tätigen, auffälliges Verhalten (auch) als Symptom einer psychischen Störung zu sehen.
- keine oder deutlich geringere Chancen im Vergleich zu Mitgefangenen zu Lockerungsmaßnahmen, für den offenen Vollzug oder eine vorzeitige Entlassung auf Bewährung
- Abschiebetendenzen bei unangenehmen stationären Patienten der Allgemeinpsychiatrie via Kriminalisierung, sowie unzureichender ambulanter Nachsorge von Problempatienten
- **unzureichende Ausschöpfung anderer Möglichkeiten** der Behandlung und der gleichzeitigen sozialen Kontrolle, z.B. Behandlungsbetreuung

Stationäre psychiatrische Versorgung der psychisch Kranken

- im Westfälischen Zentrum für Forensische Psychiatrie Lippstadt/ Eickelborn
- bis Juli 93 lediglich 2 Behandlungsplätze
- 3-6 Betten/ Behandlungsplätze seit 7 /93
- von 10/ 2001 bis 03/ 2002 in einer speziell eingerichteten psychiatrischen Behandlungsabteilung (PBA) in der JVA- Werl
- seit Mai 2003 bis 6 Behandlungsplätze

Stationäre psychiatrische Versorgung der psychisch Kranken

- **Im April 2007** Einrichtung einer psychiatrischen Abteilung im **Justizkrankenhaus Fröndenberg** (zentrales Justizvollzugskrankenhaus für NRW) mit derzeit **28 Betten** – davon 4 kameraüberwachte Einzelzimmer- **für**
- **18500** Gefangenenhaftplätze und einen „Durchlauf“ von durchschnittlich **50000** Gefangene/Jahr

Stationäre psychiatrische Versorgung der psychisch Kranken

- zwischen Mai und September 2007 wurden insgesamt 113 Pat. im JVK behandelt:
- 69 Pat. Diagnose F 20 (Schizophrenie)
- 5 Pat. Diagnose F 25 (schizoaffektive Störung)
- 27 Pat. Diagnose F 19 (Polysubstanz Missbrauch)
- 20 Pat. Diagnose aus dem affektiven Spektrum (Depression, Manien)
- weitere Anpassungsstörung, PTBS, ADHS, Ausschluss einer psychiatrischen Erkrankung

Zahl der neurologisch / psychiatrischen Behandlungsfälle in Relation zur Gesamtbelegung (2002)

Gesamt –
durchschnittsbelegung
der JVAen in NRW

17237

Gesamtzahl aller
Behandlungsfälle

4682

unter Annahme von 5
Behandlungen / Pat. und Jahr
ergibt sich daraus eine Zahl von
936 Behandelten Patienten = 5,3
%

Zahl der neurologisch / psychiatrischen Behandlungsfälle in
Relation zur Gesamtbelegung (2002)

JVA-Werl	854	832
JVA-Aachen	853	323
JVA-Bochum	708	138
JVA-Bielefeld	725	164
Bw I		

psychiatrische Patienten nach Diagnosen n = 78

„PBA-Werl“ 10/2001 bis 3/2002

28 Schizophrenie/ chronische Psychosen

27 schwere affektive Störungen

7 schwere neurotische Belastungs- oder
Anpassungsstörung

16 Persönlichkeits- und Verhaltensstörung sowie
Verhaltensauffälligkeiten mit erheblichen
körperlichen Störungen und Faktoren

Unterbringungen in besonders gesicherten Hafträumen (bgH, kamera-überwachten Hafträumen, Schlichtzellen)

- 27 Patienten gesamt
- 21 davon wurden danach oder waren zuvor psychiatrisch behandelt
- 17 davon mit der Diagnose einer Schizophrenie oder wahnhaften Störung
- in 8 Fällen erfolgte eine Zwangsmedikation nach §101 StVollzG
- in 6 Fällen wurden Fixierungsmaßnahmen erforderlich

Zeitdauer der Unterbringungen in besonders gesicherten Hafräumen (bgH, kamera-überwachten Hafräumen, Schlichtzellen) zur Verhinderung von Suizidhandlungen oder gewalttätigen Übergriffen gegen Dritte

- die Zeitdauer der Unterbringungen schwankt im Einzelfall zwischen 3 und 365 Tagen / Jahr
- durchschnittlich beträgt die Unterbringungs- Zeitdauer psychiatrisch auffälliger / behandlungsbedürftiger Patienten **55 Tage / Patient und Jahr**
(sämtliche o.g. Unterbringungsformen
zusammengenommen)
- d.h. Einzelfreistunde, Einzelduschen, Einzelvorführung, Ausschluss von Freizügigkeit und Gemeinschaftsveranstaltungen

Zeitdauer anderer Sicherungsmaßnahmen

- die Zeitdauer von anderen Sicherungsmaßnahmen z. B. der gemeinschaftlichen Unterbringung bzw. insbesondere einer „unausgesetzten Gemeinschaftsunterbringung“ lässt sich z. Zt. nicht angeben
- die Zeitdauer der krankheitsbezogenen AU Tage d.h. regelmäßig auch der Ausschluss von tagesstrukturierenden Beschäftigungen kann ebenfalls nicht angegeben werden
- krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit zieht fast regelhaft den Ausschluss vom Sport nach sich, aus personellen Gründen ist keine Krankensportgruppe möglich

Medikation

- auf der „Hitliste der umsatzträchtigsten Medikamente“ rangieren die Psychopharmaka auf Platz 2 (moderne, atypische Neuroleptika, Antidepressiva u.a.)
- täglich werden rd. 100 Dispenser mit vornehmlich psychotropen Medikamenten gestellt
- die Medikamente sind regelmäßig unter Aufsicht durch Bedienstete des AVD oral einzunehmen, auch um Missbrauch, Intoxikationen und Suizide zu verhindern
- 6 Patienten erhalten z. Zt. eine i.m. Medikation
- die Medikation und speziell die Gabe der Nachtmedikation und Medikation an Wochenenden und Feiertagen stellt uns wegen der vorgegebenen Einschluss- Zeiten vor besondere Herausforderungen

Feststellungen

I

- unter Gefangenen generell höhere Prävalenz psychischer Erkrankungen als in der Allgemeinbevölkerung
- psychische Störungen werden oftmals nicht bzw. erst deutlich später diagnostiziert, vom Pat. auch wegen der zu erwartenden Sicherungsmaßnahmen und den daraus resultierenden massiven Einschränkungen länger verleugnet (auch von Ärzten, mangels Behandlungsmöglichkeiten) : „Wer keine Temperatur misst, stellt auch kein Fieber fest!“
- die Indikation für eine stationäre Behandlung wird per se wesentlich später gestellt als in der Allgemeinbevölkerung und unterliegt oft anstaltsspezifischen Gegebenheiten: oft keine ausreichende Fach-kompetenz bei den Anstaltsärzten, sehr unterschiedliche Verfügbarkeit und spezifische Sachkompetenz der psychiatrischen Fachkonsiliarier (zwischen 1x wöchentlich in der Anstalt bis nur in dringenden Notfällen, und dann nur Vorstellung mit Bewachung in einer Praxis oder Klinik- Ambulanz) , daher häufig „Versorgung mit Bormitteln“ notwendig.

Feststellungen

II

- eine notwendige stationär – psychiatrische Behandlung unterbleibt oftmals, da nicht ausreichend Behandlungsplätze zu Verfügung stehen
- eine adäquate, rechtzeitige Behandlung gemäß den „Leitlinien für die ärztliche Behandlung“ ist nicht möglich
- die Behandlung beschränkt sich fast ausnahmslos auf eine stützende, medikamentöse Behandlung („satt, sauber, sediert“)
- keine supportive oder adjuvante Psychotherapie, Gruppen, etc.,
- keine regelmäßige, tagesstrukturierende Beschäftigungs-Therapie
- als Folge von Sicherungsmaßnahmen zur Vermeidung von Suiziden und der Gefahr von Übergriffen auf / von Dritten erfahren psychisch Kranke häufiger erhebliche Einschränkungen (Haftverschärfungen)
- dadurch verschlechtert sich häufiger die Behandlungsbereitschaft und die Compliance z. B. im Hinblick auf Medikamenteneinnahme
- psychisch Auffällige werden innerhalb der Anstalt häufiger verlegt, damit Betreuungskontinuität verhindert

Feststellungen

III

- ein unzureichendes therapeutisches Setting bedingt häufigere Rezidive / Gefahr der Chronifizierung, niedrigere Rate von Remissionen
- Entlassungen nach 455 StPO stellen eine Ausnahme da, in der Vergangenheit wurden 3 Pat. über mehrere Jahre nach § 65/2 in Kliniken behandelt d.h. bei Kostenübernahme – und Rücknahme- Garantie
- keine / seltene Teilnahme an Vollzugslockerungen, Verlegung in offene Vollzugseinrichtungen, Beurlaubung, vorzeitige Entlassungen
- eine bedingte Entlassung meistens nur möglich, wenn vorher Übernahme in eine geschlossene, allgemeinpsychiatrische Abteilung zugesagt und Kostenträgerschaft dafür gesichert (beides schriftlich)
- Kostenträger verweigern Kostenübernahmen für Enthospitalisierungs- Behandlungen (Abteilungen für Behandlung von „Doppeldiagnosen“ z. B. „ Sucht und Psychose“ werden wegen abgelehnter Kostenübernahme geschlossen oder sind überfüllt
- daneben aggressive Zurückhaltung der StAen bezüglich einer Zustimmung
- die Einrichtung wirksamer, umfassender **Betreuungen** (ohne Einwilligungsvorbehalt) scheitert oftmals an den Gerichten oder an der Auslastung der Berufsbetreuer

Feststellungen

IV

- im günstigen Fall besteht für den Pat. im Anschluss an die Haft noch eine Unterbringung
- psychisch kranke Insassen (Polytoxikomanie und psychische Erkrankung) finden keinen Therapieplatz nach § 35 BtmG, bzw. scheitern regelmäßig nach Fehleinweisungen d.h. erneute Verwahrlosung, Delinquenz und Verurteilungen
- bei einer großen Zahl lässt sich fremd- und eigenanamnestisch eine längerfristige Krankengeschichte vor Inhaftierung erheben
- eine große Anzahl der Patienten wurde im Rahmen des Gerichtsverfahrens nicht oder nur unzureichend begutachtet
- bei einer ganzen Reihe von Patienten kann ein zwingender Zusammenhang zwischen Delikt / verurteilten Tat und der Erstmanifestation der erst später während der Haft diagnostizierten Krankheit vermutet werden

Feststellungen

V

- ihre Krankengeschichte geleugnet hat ein entsprechender Anteil des Patientengutes im Gerichtsverfahren und wurde dabei auch von Anwälten unterstützt, hier gilt immer noch die Devise: lieber eine längere Gefängnisstrafe, als eine Unterbringung „open end“
- zahlreiche Patienten kehren deshalb selbst nach langjährigen, psychiatrischen, medikamentösen Behandlungen wieder in Haft zurück
- bei nicht umfassend Betreuten gehen die während der Haft gewonnenen Epikrisen oft „verloren“, da sie anders als somatische Befunde dem Pat. bei Entlassung nicht in Ablichtung mitgegeben werden dürfen, ein Hausarzt noch nicht benannt werden kann, der Pat. später aus Scham etc. die Krankheit / Haft verschweigt.
- damit werden **Krankheit, Delinquenz und Haft wie in einem circulus vitiosus nachgerade perpetuiert**

Feststellungen VI

- Psychisch kranke ausländische Straftäter gelangen selten bis gar nicht in Einrichtungen des Maßregelvollzuges
- dafür um so häufiger in Gefängnissen,
- und werden häufig in Länder mit vergleichsweise unzureichender medizinischer Versorgung abgeschoben
- d.h. die Behandlung reduziert sich auf das Ziel: „fit for punishment“

Einschätzungen aus Mitarbeitersicht

(AVD und versch. Fachdienste)

- durchschnittlich 20 % der StraftäterInnen werden als psychisch auffällig bezeichnet
- wobei 15 % an unterschiedlichen psychischen Störungen leidet
- und 5 % die „klassischen“ Geisteskrankheiten ausmachen
- Es kann festgestellt werden, dass sich diese nicht- fachmännische Sichtweise im Ergebnis kaum merklich von den fachpsychiatrischen Erhebungen(siehe oben) unterscheidet.

Ergebnisse einer Mitarbeiterbefragung (AVD und Fachdienste)

- Allgemein fühlen sich die befragten Mitarbeiter kompetent und können mit den Problemen im Strafvollzug umgehen.
- Bei psychisch auffälligen Straftätern stoßen sie jedoch an die Grenzen ihrer Möglichkeiten.
- Der Umgang mit psychisch auffälligen Straftätern ruft in der Tat besondere Probleme hervor.
- Diese Kategorie StraftäterInnen reagiert häufig völlig anders als die übrigen und erfordert eine spezifische Betreuung, mit der die Mitarbeiter nach eigenem Bekunden allgemein nicht ausreichend vertraut sind.
- Allgemein herrscht das Gefühl vor, dass die Ausbildung im Zusammenhang mit dieser Problematik unzureichend ist.
- Viele Befragte sehen eine Lösung nur darin, besonders gravierende Sonderfälle dauerhaft in psychiatrische Einrichtungen zu verlegen

Schwierige Situationen aus Sicht der Mitarbeiter

I

- Häufig wird die Befürchtung von unvorhersehbaren Gewaltausbrüchen und vor allem körperlicher Aggressivität genannt. Aggressivität kann sich auch verbal äußern und sehr destabilisierend wirken.
- Im Gegensatz dazu können zu Depressionen neigende Insassen bei den Mitarbeitern das ein Gefühl der Ohnmacht auslösen; gleiches gilt für apathische Personen, die sich völlig zurückziehen und jede Mitarbeit und Aktivität verweigern. Auch disoziale Insassen werfen Probleme auf.
- Einige Insassen sind suizidal oder drohen regelmäßig mit Selbstmord und setzen so die Mitarbeiter unter Dauerdruck.
- Suchtabhängigkeiten und der erforderliche Entzug führen vor allem bei extremer Suchtstruktur und Subkultur zu gravierenden Problemen.
- Der Umgang mit Insassen, die unter Angst- und Panikanfällen leiden oder die mit Medikamenten sediert sind, erweist sich ebenfalls als besonders schwierig.

Schwierige Situationen aus Sicht der Mitarbeiter

II

- **Todesfälle** im Gefängnis stellen ebenfalls besonders belastende Situationen dar.
- **Ausländische Insassen** bilden eine Sonderkategorie, weil zum einen eine ausreichend gute Kommunikation kaum möglich ist und weil zum anderen viele lediglich auf ihre Abschiebung in ihr Heimatland und in meist schwierige medizinische Versorgungsstrukturen warten, so dass ihnen Argumente wie Rehabilitation, Integration und Resozialisierung sinnlos erscheinen. Auseinandersetzungen innerhalb und unter verschiedenen ethnischen Gruppen stellen eine zusätzliche Belastung dar.
- Personen, die eine Gefährdung von Sicherheit und Ordnung in der Anstalt darstellen, in ihrer Urteilsfähigkeit eingeschränkte Personen, Simulanten und die so genannten Borderline- Persönlichkeiten (an der Grenze zwischen **geistig Gesunden und psychisch Kranken eingeordnet**) **erfordern eine spezifische Betreuung.**

Schwierige Situationen aus Sicht der Mitarbeiter

III

- Die Mitarbeiter beklagen oft, nicht oder nur unzureichend über die Diagnose einer psychischen Erkrankung und den Therapieverlauf informiert zu sein
- Zudem stehen Anstaltsregeln manchmal im Konflikt zu einer optimalen medizinischen Behandlung oder ärztlichen Empfehlungen und es fehlen modifizierte Informationen dazu aus dem medizinischen Dienst. Als Grund oder Vorwand wird bisweilen das Arztgeheimnis erwähnt.
- Immer häufiger wird Zeitmangel vor dem Hintergrund von Personaleinsparungen einerseits und von Aufgabenvermehrung andererseits genannt.
- Die überwiegende Mehrheit und hier vor allen die dienstjüngeren Befragten äußerten den Wunsch nach zusätzlichen Fortbildungsmöglichkeiten.

Maßnahmenkatalog

I

- Durchführen geeigneter, wissenschaftlich begleiteter Längsschnittstudien, die ein größeres, repräsentatives Sample einer Gefangenen- Population bei konstant gebliebenen Zuweisungsbedingungen mit standardisierten und validierten Instrumenten über einen größeren Abstand **untersuchen** (Prävalenz, Lebenszeitprävalenz, Inzidenz, Verlaufsepidemiologie)
- **Aufstockung der Zahl der stationären Behandlungsplätze für die Akutversorgung.**

Maßnahmenkatalog II

- **in allen Anstalten** sollte eine angemessene, ambulante, psychiatrische Mitbetreuung installiert werden
- Einführung einer **einheitlichen Dokumentation** nach ICD-10, DSM II, DRG
- alternativ sollte eine **zeitweilige Unterbringung** der Patienten in mehreren **Schwerpunkt-Anstalten** erwogen werden, in denen die psychiatrischen Patienten eine in räumlicher, personeller und organisatorischer Hinsicht mit der Allgemeinpsychiatrie außerhalb des Vollzuges vergleichbare Behandlung erfahren könnten.

Maßnahmenkatalog

III

- Verbesserung der ambulanten und nachstationären Behandlung durch **geeignete Maßnahmen in der JVA**, (z. B. Wohngruppen, Beschäftigungstherapie, externe Psychotherapie) vergleichbar mit ähnlichen Behandlungs- Abteilungen für Drogenabhängige und Sexualstraftäter
- modifizierte, räumliche, personelle und organisatorische Ausgestaltung einiger, offener Vollzugseinrichtungen mit z. B. enger **Anbindung an fachpsychiatrische Ambulanzen.**

Maßnahmenkatalog

IV

- Patienten, die unter o.g. verbesserten Bedingungen keiner längerfristigen oder dauerhaften Besserung zugeführt werden können, sollten leichter und schneller in geeignete Einrichtungen des Maßregelvollzuges überführt werden können
- „ersatzweise“ könnten mehr nicht behandlungswillige oder nicht behandlungsfähige Patienten aus dem Maßregelvollzug in Justizvollzugseinrichtungen eingewiesen werden, „Spezialabteilungen mit niedrigschwelligem Therapieangebot“, „Long- Stay- Abteilungen“ in forensischen Kliniken damit überflüssig
- Zusammenarbeit von Maßregel- und Strafvollzug nach dem Risiko- Bedürfnis- und Ansprechbarkeitsprinzip (**risk, need & responsivity**)

Ziele :

- Inhaftierung : mehr Chance und weniger Sackgasse für psychisch kranke Rechtsbrecher
- intensiviert Umsetzung des **Gleichbehandlungs-Grundsatzes** und Wahrnehmung der Fürsorgepflicht
- Besserung der psychischen Störungen
- Besserung der Kriminalprognose
- Bündeln der vorhandenen Ressourcen

Kannst nichts ersinnen für ein krank Gemüt ?
Tief wurzelnd Leid aus dem Gedächtnis reuten?
Die Qualen löschen, die ins Hirn geschrieben?
Und mit Vergessens süßem Gegengift
Die Brust entledgen jener giftgen Last,
die schwer das Herz bedrückt?

Macbeth zu seinem Arzt

Suizidprophylaxe bei psychischen Störungen

Risikofaktoren I

- Physische (endogene) Depressionen
- Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis
- Abhängigkeitserkrankungen aller Art, insbesondere, wenn sie Isolierung, sozialem Abstieg und sozialer Entwurzelung geführt haben
- Tiefgreifende Persönlichkeitsstörungen mit Depressivität als Leitsymptom
- Psychoorganische Syndrome in Verbindung mit vorangegangenen Suizidversuchen, depressiver Verstimmung oder im Zusammenhang mit einer beginnenden Demenz

Risikofaktoren II

- Gehäufte Wiederaufnahmen in einer Psychiatrischen Klinik innerhalb von kurzer Zeit, vor allem nach Wiederbehandlungen innerhalb eines Zeitraumes von weniger als 3 Monaten.
- Lange Dauer schwerer psychischer Störungen mit Verminderung der Dynamik, depressiver Leitsymptomatik und sozialer Isolierung
- Hoffnungslosigkeit als Gefühl des Patienten und /oder als Reaktion der Therapierenden auf dessen Lebenssituation

Information sichern !

- Alle mit der Betreuung und Behandlung des Patienten Beteiligten müssen über die aktuelle Krankheitsentwicklung und insbesondere eine Suizidgefährdung informiert sein.
- Die Einschätzung der Suizidalität und die daraus abgeleiteten Empfehlungen und Maßnahmen müssen dokumentiert werden und allen Beteiligten zugänglich gemacht werden.
- Bei Verlegungen muss die Information von Arzt oder Pflegepersonal vor oder mit Eintreffen des Kranken erfolgen. Häufigste Panne: unterlassene oder zu späte Unterrichtung des pflegerischen Dienstes.

Information sichern !

- Angehörige müssen über Suizidrisiken informiert sein, insbesondere im Zusammenhang mit Besuchs- und Urlaubsregelungen. Sie müssen wissen, dass sie die Mitteilung von Suizidgedanken oder Ankündigungen unbedingt an die Behandelnden weitergeben müssen.
- Generell bedarf die Entlassung der Vorbereitung. Die Weiterbehandlung soll bei der Entlassung geklärt sein. Es hat sich bewährt, wenn Kranke vor der Entlassung mit nachbehandelnden Therapeuten persönlich Kontakt aufnehmen konnten.

Strukturen

Kommunikation und Zusammenarbeit mit dem medizinischen Personal

- möglichst weitgehende Zusammenarbeit aller MitarbeiterInnen. Informationsfluss und Meinungsaustausch müssen funktionieren. Das gilt besonders für die Beziehungen zwischen medizinischem Personal, Vollzugspersonal und den anderen Fachdiensten.
- Wichtig ist die Institutionalisierung dieser Kontakte in Form einer regelmäßigen Zusammenarbeit.
- Aufgabe des medizinischen Personals ist es, im Rahmen des Arztgeheimnisses das Vollzugspersonal über etwaige Anhaltspunkte einer Krankheit der InsassInnen zu informieren, damit es bei Bedarf angemessen reagieren kann. Dazu muss der Arzt / die Mitarbeiter des Krankenpflegedienstes die Sachverhalte angemessen erklären.

Strukturen

Kommunikation und Zusammenarbeit mit dem medizinischen Personal

- zudem sollte das medizinische Personal Anleitungen für pflegerische und betreuerische Maßnahmen erteilen.
- die Abteilungsbeamten / Betreuer informieren über und dokumentieren das alltägliche Verhalten des Patienten.
- die Anstalten selbst sollen diesen Austausch und die interprofessionelle Zusammenarbeit fördern. Wichtige Informationen sollten vernetzt werden.
- Abgesehen davon müssen sich die zuständigen Fachdienste auch bemühen, die erforderlichen Informationen, sofern sie verfügbar sind, zeitnah selbst zu beschaffen