

E I N S A M K E I T Strafe **Kultur** S c h a m Individualität verrückt sein Gesellschaft **Identität** n e t z w e r k
Panik Vorurteile **Stigma** Leid **Emotionen** Gesundheit
Autonomie **Sexualität** Isolation Mobbing

Identität statt Stigma

Psychiatrische Pflege im Wandel?

9. September 2022

Bielefeld / Bethel

12. Bielefelder Fachtagung ‚Insights‘

- **Abstractband** -

Studiengang Psychische Gesundheit /
Psychiatrische Pflege BA [PP 20.1]

Inhalt

Programm	4
1. "Darüber spricht man nicht!" Das Tabuthema Sexualität bei Menschen mit Schizophrenie	6
2. "Die Bestien" - Wie viel forensische Wahrheit steckt in True Crime Podcasts? ..	9
3 Maßregelvollzug überlebt: Mit der Forensischen Nachsorge zurück in die Gesellschaft.....	13
4 Komplexität im Umgang – Der Einfluss der zwischenmenschlichen Kommunikation auf das psychotische Erleben	17
5 Transkulturelle Pflege im Maßregelvollzug: Zwischen Realität, Vision und Illusion	21
6 Suizidrisikofaktor: Alter? Welche pflegerischen Präventionsmaßnahmen wirken in der Gerontopsychiatrie?	25
7 Suizidassistenz im Alter – der letzte Schrei? Welche Handlungsmöglichkeiten bestehen für psychiatrische Pflegefachpersonen, bei geäußerten Wünschen nach Suizidassistenz in der Gerontopsychiatrie?.....	29
8 Refugee lives matter Schutzsuchende- verloren im psychosozialen Hilfesystem?	34
9 PIB Psychiatrisch Intensivierte Behandlung im Strafvollzug Ein Konzept mit Zukunft?	39

Vorwort

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Die vom Studiengang „Psychiatrische Pflege / Psychische Gesundheit“ veranstaltete Insights-Tagung der Fachhochschule der Diakonie findet wieder statt. Die bereits traditionelle, von allen Studierenden des Jahrgangs gemeinsam vollends gestaltete Fachtagung, hat ihren festen Platz im Curriculum und dem akademischen Weg aller Studierenden. Der diesjährig austragende Jahrgang PP/PG 20.1 setzt sich aus Kollegen und Kolleginnen nahezu aller beruflichen Facetten der psychiatrischen Pflege zusammen und bietet Ihnen zahlreiche Einblicke in kontroverse und praxisrelevante Themen, unter dem übergeordneten Titel „Identität statt Stigma – Psychiatrische Pflege im Wandel?“.

Albert Einstein sagte einmal „Es ist leichter, ein Atom zu zerstören als ein Vorurteil“. Stigmatisierung ist ein Problem mit denen psychiatrisch erkrankte Menschen konfrontiert sind. Stigmatisierung erschwert es Betroffenen einen Umgang mit ihrer eignen Erkrankung zu finden. Die teilweise unsensible Darstellung von der Psychiatrie und Betroffenen in Film oder Medien schürt ein Bild eines gefährlichen, nicht zurechnungsfähigen oder auch suspekt auftretenden Menschen. Auch die Institutionen, in denen Betroffenen geholfen werden sollen, werden zum Teil als übergriffig und mit bösen Absichten dargestellt. Die obligatorische Spritze in den Hals zur Ruhigstellung, dient dabei als eines von vielen Stilmitteln. Ursachen über falsche und negative Vorstellung gibt es viele. Obwohl es gegenteilige und authentische Aufklärung über psychiatrisch krank sein gibt, ist es weiterhin ein Label welches Betroffene entgegengebracht wird. Unsicherheit, fehlende Informationen über Erkrankung und Unterstützungsmöglichkeiten macht den Umgang für Angehörige und auch Betroffene schwer einen Zugang zu neuen Erfahrungen zu sammeln.

Die Themenauswahl und Vorträge der Kollegen und Kolleginnen versuchen dem entgegen zu treten, zu informieren, zu inspirieren und zum nachhaltigen umdenken anzuregen. Wir freuen uns über Ihre Teilnahme an der Fachtagung und wünschen Ihnen viel Spaß.

Ihr PP/PG 20.1 Kurs

Programm

8.30 Empfang

- 9.00 Begrüßung** durch die ModeratorInnen G. Osterloh und R. Hehr sowie Grußworte der Gastrednerinnen:
- Prof. Dr. H. Bertelsmann (Rektorin der FH-Diakonie)
 - J. Rixe (DFPP)
 - G. Braun, M. Brinker (EX-IN)

Vorträge:

9.30 "Darüber spricht man nicht!"

Das Tabuthema Sexualität bei Menschen mit Schizophrenie
(*S. Huschet, A. Litzenburger, K. Wiesmann*)

10.00 "Die Bestien" -

Wie viel forensische Wahrheit steckt in True Crime Podcasts?
(*M. Verseck, G. Osterloh, B. Jüngermann*)

10.30 Pause und Posterwalk für die lokalen Besucher

11.00 Maßregelvollzug überlebt:

Mit der forensischen Nachsorge zurück in die Gesellschaft
(*S. Gerlach, K. Pichura, A. Chudzik*)

11.30 Komplexität im Umgang -

Der Einfluss der zwischenmenschlichen Kommunikation auf das psychotische Erleben
(*R. Hehr, T. Grundmann*)

12.00 Transkulturelle Pflege im Maßregelvollzug:

zwischen Realität, Vision und Illusion
(*J. Dirkes, S. Bücken, P. D. Sidibe*)

12.30 Mittagspause und Posterwalk

13.30 Suizidrisikofaktor: Alter?

Welche pflegerischen Präventionsmaßnahmen wirken in der Gerontopsychiatrie?

(A. Nübel, S. Koops)

14.00 Suizidassistenz im Alter - Der letzte Schrei?

(K. Buntin, R. Biedebach, R. Zappe)

14.30 Kaffeepause und letzte Möglichkeit zur Nominierung des besten Posters

15.00 Refugee lives matter

Schutzsuchende – verloren im psychosozialen Hilfesystem?

(J. Vörding, D. Henning, C. Koop)

15.30 PIB- „psychiatrisch Intensivierte Behandlung“ im Strafvollzug Ein Konzept mit Zukunft?

(L. Dönni, M. Pokies, F. Weddige)

16.00 Posterwettbewerb und Verleihung

16.15 Verabschiedung und Danksagung durch die Veranstalter

1. "Darüber spricht man nicht!"

Das Tabuthema Sexualität bei Menschen mit Schizophrenie

(S. Huschet, A. Litzenburger, K. Wiesmann)

Einleitung

Die WHO fordert bereits 1975 ein Umdenken in der Einstellung gegenüber dem Thema Sexualität und nimmt hierbei Bezug auf den unterschätzten Einfluss auf die Gesundheit. Diese Forderung richtet sich insbesondere an Personal, welches mit Menschen mit sexuellen Gesundheitsproblemen im engen Kontakt steht [1]. Betrachtet man in diesem Zusammenhang das hohe Vorkommen von sexuellen Funktionsstörungen bei Schizophrenieerkrankten [2], lässt sich die Relevanz des Umgangs mit dem Thema Sexualität im psychiatrischen Setting deutlich erkennen. Knapp 50 Jahre nach der Forderung der WHO befasst sich diese Arbeit nun mit der Fragestellung, wie eine Enttabuisierung der Sexualität durch die psychiatrische Pflege bei Schizophrenieerkrankten aussehen kann. Das Thema Sexualität wird bezugnehmend auf das Krankheitsbild der Schizophrenie beleuchtet sowie der Umgang psychiatrisch Pflegenden hinsichtlich der Thematik diskutiert.

Methodik

Die Grundlage zur Beantwortung der Forschungsfrage bildet die themenrelevante Fachliteratur, welche in Form einer orientierenden Literaturrecherche erhoben wurde. Auf diese Weise wurden themenrelevante Fachartikel und Fachbücher ermittelt und mit Hilfe des Schneeballsystems erweitert.

Ergebnis

Lediglich 40% der Schizophrenieerkrankten Frauen und 35% der Schizophrenieerkrankten Männer sind sexuell aktiv [3]. Psychische Beeinträchtigungen, welche sich auf die sexuelle und emotionale Intimität, auf das subjektive Selbstbild sowie auf das erotische Erleben auswirken werden als mögliche Ursache für die geringere sexuelle Aktivität benannt. Zudem tragen die geringen Möglichkeiten, Menschen zu begegnen sowie Ängste, die eigene Sexualität auszuleben, zu den Schwierigkeiten eines neuen Beziehungsaufbaus bei [4]. Die Literatur belegt, dass 63% der Schizophrenieerkrankten an sexuellen „Problemen“ leiden [5]. Sexualität kann dabei auf verschiedenste Weise durch

die psychotische Störung an sich sowie durch die anti-psychotische Medikation beeinflusst werden [6]. Befürchtungen, dass Patienten mit einer psychotischen Störung durch Thematisierung von Sexualität belastet werden, wird durch Studien widerlegt. Sie zeigen sich bereit, über sexuelle Themen und ihre Partnerschaft zu sprechen. Pflegefachkräfte müssen ihre eigenen Einstellungen, Werte, Ängste und Überzeugungen untersuchen, bevor sie Patienten bei Sex- und Beziehungsbedürfnissen helfen können. Die Kommunikation über Sexualität muss erleichtert, Mythen und Fehlinformationen korrigiert und Aufklärung geleistet werden. Den Patienten soll eine Sexuaufklärung in Bezug auf Medikamente und möglichen Nebenwirkungen, einschließlich sexueller Funktionsstörung angeboten werden [7]. Die Sexualität ist ebenso wichtig, wie andere Aspekte menschlicher Gesundheit und sollte deshalb Teil der Pflegeausbildung sein sowie in pflegerischen Situationseinschätzung miteinbezogen werden [8]. In-nerhalb der Milieugestaltung soll menschenwürdige Sexualität zugelassen und ermöglicht werden [9].

Diskussion und Fazit

Durch die Literaturrecherche wird deutlich, dass das Thema Sexualität und sexuelle Gesundheit bei Schizophrenieerkrankten in den letzten Jahren wenig berücksichtigt wurde, was zur Stagnation der Enttabuisierung führt [10]. Ein offener Austausch sowie Aufklärung und Unterstützung im Umgang mit Sexualität und sexuellen Funktionsstörungen im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen und Medikamenten muss geleistet werden. Das Wissen und die Sensibilität psychiatrisch Pflegenden gegenüber dem Thema, das Kennen und Setzen eigener Grenzen sowie das Einfordern von Unterstützung durch das multiprofessionelle Team sind dabei von großer Bedeutung. Sowohl in der Ausbildung als auch in Fort- und Weiterbildungen sollte das Thema Sexualität eine größere Rolle spielen. Die Autoren fordern ein Aufgreifen der Thematik in der Wissenschaft, um eine stärkere Präsenz zu erreichen, Kommunikation zu erleichtern und darüber hinaus Mythen und Fehlinformationen zu korrigieren.

Literatur

- [1] Weltgesundheitsorganisation; Meeting on Education and Treatment in Human Sexuality (1975): Education and treatment in human sexuality: the training of health professionals. Report of a WHO meeting [on Education and Treatment in Human Sexuality ; Geneva, 6-12 February 1974. Geneva: World Health Organization (Technical report series / World Health Organization, 572).

- [2] Kammerahl, D.; Schöttle, D.; Huber, C. (2008). Sexualität und Schizophrenie. Eine Übersicht. In: *Z Sex-Forsch* 21 (2), S. 165–180. DOI: 10.1055/s-2008-1076797.
- [3] Fortier, Pierre; Mottard, Jean-Pierre; Trudel, Gilles; Even, Sandrine (2003): Study of sexuality-related characteristics in young adults with schizophrenia treated with novel neuroleptics and in a comparison group of young adults. In: *Schizophrenia bulletin* 29 (3), S. 559–572. DOI: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a007028.[4] Quinn, Chris; Happell, Brenda; Browne, Graeme (2011): Talking or avoiding? Mental health nurses' views about discussing sexual health with consumers. In: *International journal of mental health nursing* 20 (1), S. 21–28. DOI: 10.1111/j.1447-0349.2010.00705.x.
- [5] Bhui, K.; Puffet, A.; Herriot, P. (1995): A survey of sexual problems amongst psychiatric inpatients. In: *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 30 (2), S. 73–77. DOI: 10.1007/BF00794946.
- [6] Pfeiffer, W.; Kockott, G.; Fischl, B.; Schleuning, G. (1991). Unerwünschte Wirkungen psychopharmakologischer Langzeittherapie auf die sexuellen Funktionen. In: *Psychiatrische Praxis* 18 (3), S. 92–98. DOI: Trial.
- [7] McCann, E. (2000). The expression of sexuality in people with psychosis: breaking the taboos. In: *Journal of advanced nursing* 32 (1), S. 132–138. DOI: 10.1046/j.1365-2648.2000.01452.x.
- [8] Sauter, Dorothea; Abderhalden, Chris; al., Ian Needham et (2011). *Lehrbuch Psychiatrische Pflege*. 3. Aufl. s.l.: Verlag Hans Huber. Online verfügbar unter <http://elibrary.hogrefe.de/9783456946405/A>.
- [9] Rössler, Wulf (Hg.) (2004). *Psychiatrische Rehabilitation*. Mit 90 Tabellen. Berlin, Heidelberg: Springer.
- [10] Da Höfle, Mariana Carreiro Costa Faria e. Melo; Kieser, Luciana Degano (2016). Sexuelle Gesundheit in der psychiatrischen Versorgung: Eine Pilotstudie zur professionellen Perspektive in psychosozialen Einrichtungen. In: *Psychiatrische Praxis* 43 (1), S. 32–37. DOI: 10.1055/s-0034-1387284.

2. "Die Bestien" -

Wie viel forensische Wahrheit steckt in True Crime Podcasts?

(M. Verseck, G. Osterloh, B. Jüngeremann)

Hintergrund

Rund 10 Mio. Menschen (15 %) in Deutschland hören mindestens einmal in der Woche einen Podcast mit steigender Tendenz [1]. True Crime Podcasts gehören mit zu den meistgestreamten Genres und sind eine „Mischung aus investigativer Reportage und Hörspiel“ [2, S. 4]. Er verfolgt das Ziel der Unterhaltung der Hörerschaft. Parallel dient das Medium zur Informationsvermittlung und Aufklärung. Die Meinungen der SprecherInnen fließen in die Thematik ein [3]. True Crime Podcasts befassen sich neben Menschen mit delinquentem Verhalten, auch mit Fallanalysen aus der forensischen Psychiatrie.

PatientInnen des Maßregelvollzugs sind doppelter Stigmatisierung: „kriminell und krank“, ausgesetzt [4, S. 176]. Stigmatisierungen ergeben sich aus gesellschaftlichen Erwartungen und Anforderungen an Personen und Personengruppen [5]. Es entsteht eine Zuordnung von „negativ bewerteten Merkmalen“, welche „jemanden in diskriminierender Weise kennzeichnen“ [6, S. 1020]. Goffman unterscheidet zwischen einer aktuellen sozialen Identität und einer virtualen sozialen Identität [5]. Damit werden vorhandene Eigenschaften beschrieben oder aber die Zuschreibung nach unserer Vorstellung, welche zur Kategorisierung führen [5]. Teilweise schreiben wir den Stigmatisierten, beispielsweise MaßregelvollzugspatientInnen, gedankenlos automatisch Unmenschlichkeit und Gefährlichkeit zu [5]. Hierzu tragen Stigmatermini bei, die Menschen herabsetzen [5].

Der von den Autorinnen entworfene und angewandte Kriterienkatalog umfasst neben der Stigmatisierung auch die Beurteilung der Fachlichkeit über getätigte Aussagen. Dieser bewertet die SprecherInnen nach ihrer Expertise. Die Bezeichnung „Experte“ ist rechtlich nicht geschützt. Die Autorinnen definieren ExpertInnen als Personen, die

„über spezifisches Rollenwissen verfügen, solches zugeschrieben bekommen und diese besondere Kompetenz für sich selbst in Anspruch nehmen“ [7, S. 155].

Fragestellung

Aus der bekannten Stigmatisierung von Menschen im Maßregelvollzug resultiert für die Autorinnen folgende Frage: Inwieweit erfahren psychisch erkrankte StraftäterInnen durch True Crime Podcasts Stigmatisierung?

Methodik

Die Definition der wissenschaftlich fundierten Kriterien ergibt sich auf der Grundlage einer orientierenden Literaturrecherche, einer Schneeballrecherche und Handsuche der Bibliothek der Fachhochschule der Diakonie in Bethel. Die Gewichtung und Fokussierung des Kriterienkatalogs erfolgen anhand der eigenen Expertise und der gewonnenen Erkenntnisse der Literaturrecherche. Aus der ersten Suche eines Audio-Streaming- Dienstes wurden 24 True Crime Podcast Folgen erschlossen. Von diesen erfüllen 12 Podcast Folgen die vorgegebenen Kriterien zur detaillierten Betrachtung und Auswertung.

Ergebnisse

Die Auswertung der Podcasts anhand des Kriterienkatalogs zeigt bei kritischer Betrachtung in einigen Kategorien eindeutige, in anderen unspezifische, Ergebnisse. Es sind Zusammenhänge innerhalb der verschiedenen Kategorien erkennbar.

In den meisten Fällen der untersuchten Podcasts findet eine Stigmatisierung der untergebrachten Menschen im Maßregelvollzug und/ oder des Maßregelvollzugs an sich, statt.

Diskussion

Die ausgewählten Schwerpunkte sind auf fachlicher Grundlage entstanden. Die Gewichtung erfolgt nach subjektiver Fokussierung. Eine Betrachtung auf nationaler Ebene und Eingrenzung speziell auf Fallanalysen hätten den hohen Umfang der ausgewerteten Merkmale reduziert. Daraus würde eine differenziertere Schlussfolgerung resultieren.

Fazit

Die Relevanz des Mediums Podcast ergibt sich aus den hohen Beliebtheitswerten und der stetig steigenden Hörerschaft. Ein direkter Zusammenhang von Stigmatisierung und True Crime Podcast kann nicht ermittelt werden. Allerdings zeigen sich deutliche Tendenzen. Weitere wissenschaftliche Untersuchungen sollten publiziert und zugänglich gemacht werden, um eine mögliche Stigmatisierung zu identifizieren und der Aufklärungsarbeit zur Behebung von Doppelstigmatisierung mehr Bedeutung zu verleihen. Durch eine fachlich fundierte Öffentlichkeitsarbeit kann eine Entstigmatisierung herbeigeführt werden. Daraus resultierend ergeben sich neue Chancen im Leben für psychisch erkrankte Straftäter.

Literatur

- [1] AS&S Radio & Facit Research Seidel (2020). Spot on Podcast – Hörer & Nutzung in Deutschland 2017/18. AS&S & Facit Research (Hrsg.). Gefunden unter: https://f.hubspotusercontent10.net/hubfs/7102713/Podigee_July2020/pdf/spot_on_podcast.pdf.
- [2] Schreyer, S. (2019). Podcasts in der Unternehmenskommunikation. Wie Sie mit Audioformaten Ihre Zielgruppen erreichen. Wiesbaden: Springer Verlag.
- [3] Stanoeva, J., Wiechmann, F., Volland, D., & Kipp, K. H.

(2022). Gespräche im Ohr – Eine Analyse der erfolgreichsten Podcasts. Sprchen. Zeitschrift für Sprechwissenschaft Sprechpädagogik – Sprechtherapie – Sprechkunst, Heft 73, S. 37- 51.

- [4] Schmidt- Quernheim, F. (2018). Behandlung im Maßregelvollzug gemäß §63 StGB. In F. Schmidt-Quernheim & T. Hax- Schoppenhorst (Hrsg.), Praxisbuch forensische Psychiatrie. Behandlung und ambulante Nachsorge im Maßregelvollzug (S.173-220). 3. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Hogrefe.
- [5] Goffman, E. (1967). Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. Frankfurt am Main: Suhrkamp Taschenbuch Verlag.
- [6] Kunkel- Razum, K., Billes, S. & Pellengahr, C. (2015). Duden. Das Fremdwörterbuch. 11. vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage. Berlin: Dudenverlag.
- [7] Przyborski, A. & Wohlrab-Sahr, M. (2021). Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch. (5. Aufl.) München: De Gruyter Oldenbourg.

3 Maßregelvollzug überlebt:

Mit der Forensischen Nachsorge zurück in die Gesellschaft

(S. Gerlach, A. Chudzik, K. Pichura)

Hintergrund

Sicherung und Besserung - Das ist der gesetzliche Auftrag des Maßregelvollzugs. Trost und Rogge [7] beschreiben dies als die Ziele der Maßregel, um zum einen die Allgemeinheit vor weiteren Straftaten zu schützen und zum anderen zur Besserung der Rechtsbrecher*innen. Innerhalb des Maßregelvollzugs wird den untergebrachten Menschen eine Therapie angeboten. Aufgrund der meist langen Phase der Unterbringungsdauer scheint es in den meisten Fällen völlig utopisch, die forensisch untergebrachten Menschen von dem einen auf den anderen Tag zu entlassen. Stattdessen wird eine lange Überleitungsphase benötigt, um das Gefährdungsrisiko eines erneuten Rückfalls möglichst gering zu halten [5]. Nach der Entlassung aus dem Maßregelvollzug können Patient*innen durch Anordnung des Gerichts, bei der Wiedereingliederung durch Forensische Ambulanzen fachlich unterstützt und kontrolliert werden [1]. Diese ist im Strafgesetzbuch unter dem § 68a StGB beschrieben [2].

Fragestellung

Aufgrund der inhaltlichen Rahmenbedingungen fokussieren sich die Autoren in ihrem Vortrag ausschließlich auf forensisch untergebrachte Männer, die nach dem § 64 StGB verurteilt wurden und anschließend an die Forensische Nachsorge Ambulanz angegliedert werden. Somit stellt sich die Frage, inwieweit suchtmittelabhängige Männer aus dem Maßregelvollzug (§ 64 StGB) resozialisiert werden können, wenn sie an eine Forensische Nachsorge Ambulanz angegliedert sind.

Methodik

Zur Beantwortung der Fragestellung wurde eine orientierte Literaturrecherche mithilfe der online Datenbank Google Scholar sowie Fachbücher und Fachzeitschriften durchgeführt. Ergänzend fließen Praxiserfahrungen zweier Autoren aus dem forensisch psychiatrischen Setting nach § 64 StGB mit ein. Es wurde auch eine Anfrage beim Träger „LWL“ zu Wirksamkeitsstatistiken gestellt. Die Suche wurde auf deutschsprachige Literatur eingegrenzt.

Ergebnisse

Das Ziel der Forensischen Nachsorge ist die Rückfallvermeidung, mithilfe einer schrittweisen Wiedereingliederung in die Gesellschaft [5]. Eine Entlassung aus dem Maßregelvollzug bedeutet nicht nur Freiheit für die eigene Autonomie, sondern auch Beziehungsabbrüche [6]. Ängste und negative Erfahrungen werden verstärkt und es kommt oftmals zur Überforderung seitens der Entlassenden. Unter anderem werden hospitalisierungsbedingte Einschränkungen im Verhalten besonders in Belastungssituationen deutlich sichtbar. In der letzten Zeit hat sich die gesetzliche Einführung Forensischer Nachsorge Ambulanzen zu einer der erfolgreichsten Erneuerungen im Maßregelvollzug entwickelt. Das Risikomanagement gehört zu den Kernaufgaben der Mitarbeitenden in der Forensischen Nachsorge Ambulanz, sodass juristische und fachliche Kenntnisse der Krisenintervention vorausgesetzt werden [6]. Obwohl eine qualifizierte Nachsorge das Rückfallrisiko vorbeugen kann, fehlt es an Zahlen, die eine Wirksamkeit der Forensischen Nachsorge Ambulanz belegen können [4]. Laut Passow et al. [3], bestätigt sich der Suchtmittelkonsum als relevanter Risikofaktor für erneute Straftaten.

Diskussion

Zu Beginn gilt zu erwähnen, dass die Befürchtungen, welche durch die Entlassung aus dem Maßregelvollzug bestärkt werden können durch die weitere Betreuung der Forensischen Nachsorge Ambulanz aufgefangen werden. Neben der Aufsichtsstelle gilt die Forensische Nachsorge als zusätzlicher Ansprechpartner für die Klienten. Durch die Arbeit mit den untergebrachten Personen wird immer wieder deutlich, dass die Patienten nur wenig über die Unterstützung nach der Entlassung aus dem Maßregelvollzug wissen. Aus diesem Grund sollten die

untergebrachten Personen bereits während des Therapieverlaufs über die Möglichkeiten nach der Entlassung aufgeklärt werden. Während der Literaturrecherche konnten nur wenige Studien gefunden werden, welche sich auf die Wirksamkeit der Resozialisierung von suchtmittelabhängigen Straftätern beziehen. Durch einige Publizisten geht hervor, dass sich die Anbindung an die Forensische Nachsorge Ambulanz positiv auf die Resozialisierung auswirken kann. Hier gilt es zu erwähnen, dass jedes Bundesland über ein eigenes Maßregelvollzugsgesetz verfügt. Belastbare Statistiken werden, wenn überhaupt von den einzelnen Bundesländern und Trägern selbst erfasst. Daher konnten keine einheitlichen Studien gefunden werden, welche sich auf die Bundesrepublik Deutschland beziehen.

Fazit

Im übertragenden Sinne bietet die Forensische Nachsorge einen Übergang von der Innenwelt des Maßregelvollzugs zur Realität der Außenwelt. Diese sorgt dafür, dass der Übergang in beide Richtungen für alle Beteiligten zugänglich ist und bleibt. Es wäre empfehlenswert, untergebrachte Personen schon frühzeitig über die Forensische Nachsorge Ambulanz im Hinblick auf Möglichkeiten nach der Entlassung zu informieren. Über qualifizierte Informationen können Ängste und Sorgen in Bezug auf die weitere Lebensgestaltung genommen werden. Seit dem Jahr 2007 ist die Forensische Nachsorge ein integraler Bestandteil der Führungsaufsicht. Studien im Hinblick auf die Evaluation von suchtmittelabhängigen Straftätern in der Forensischen Nachsorge Ambulanz wurden bislang nur wenig untersucht. Daher Bedarf es an weiterer Forschung in diesem Themengebiet.

Literatur

- [1] Budischewski, K., Hahn, G., Hösl, M., Jesse, S., Lenk, J., Ortiz-Müller, W & Wintergerst, T. Forensische Nachsorge: Das erste Jahr nach der Entziehungsanstalt. Klinische Sozialarbeit: Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung. Heft 1/10. Jg. 2014. S. 12-15.
- [2] Bundesamt für Justiz (2021). Strafgesetzbuch §68a Aufsichts-

stelle, Bewährungshilfe, forensische Ambulanz. Bundesministerium der Justiz (Hrsg.). Gefunden unter https://www.gesetze-im-internet.de/stgb/_68a.html Zugriff am: 16.08.2022.

- [3] Passow, D., Prinz, E., Maaß, C. Wedler, K., Bordel, U. & Schläfke, D. (2016). Legalbewährung und Konsumverhalten bei Probanden der forensischen Nachsorge nach Unterbringung in einer Entziehungsanstalt (§ 64 StGB). Suchttherapie 2016 (S. 90-95). Thieme Verlag KG.
- [4] Sauter, J., Seewald, K. & Dahle, K.-P. (2017). Wirksamkeit ambulanter forensischer Nachsorge - Was wissen wir wirklich? Überwachungsarbeit über den aktuellen Forschungsstand in der Bundesrepublik Deutschland. Bewaehrungshilfe (Bd. 64, Heft 2). Forum Verlag Godesberg GmbH.
- [5] Schmidt-Quernheim, F. (2018). Forensische Ambulanz - Von der Prognose zum Risikomanagement. In Schmidt-Quernheim, F. & Hax-Schoppenhorst, T. (Hrsg.). Praxisbuch Forensische Psychiatrie. Behandlung und ambulante Nachsorge im Maßregel-vollzug (S. 571-641). Bern: Hogrefe Verlag.
- [6] Schmidt-Quernheim, F. & Voß, T. (2021). Forensische Ambulanzen – Übergangsmanagement und Nachsorge. In Praxis-handbuch Therapie in der Forensische Psychiatrie und Physiologie (S. 397-417). Elsevier.
- [7] Trost, A. & Rogge, S. (2016). Umgang mit Menschen im Maßregelvollzug. (Basiswissen, Bd. 31, 1. Auflage. Köln: Psychiatrie Verlag.

4 Komplexität im Umgang –

Der Einfluss der zwischenmenschlichen Kommunikation auf das psychotische Erleben

(T. Grundmann, R. Hehr)

Hintergrund

Die Beziehungsgestaltung stellt einen zentralen Aspekt im Umgang mit Menschen mit chronischen oder psychischen Erkrankungen dar [3]. Insbesondere Menschen mit schizophrenen Psychosen sind in ihren Fähigkeiten, mit anderen Personen zu interagieren, stark beeinträchtigt. Weltweit erkranken etwa 1% der Menschen im Alter zwischen 18 und 35 Jahren mindestens einmal im Laufe ihres Lebens an einer schizophrenen Psychose.

Circa 10% bis 30% weisen einen chronisch progredienten Verlauf auf. Die übrigen Betroffenen weisen meist eine Restsymptomatik mit kognitiven und sozialen Beeinträchtigungen und teils wiederholten Rückfällen auf. Unvollständige Remissionen ziehen häufig deutliche Beeinträchtigungen in der sozialen und beruflichen Lebensbewältigung mit sich. Etwa 70% der schizophren Erkrankten können nur eingeschränkt bis gar nicht ihrer Erwerbstätigkeit nachgehen. Weiterführend entsteht dadurch eine große Belastung für die Betroffenen und Angehörigen. Neben den sehr belastenden psychischen Einschränkungen werden Betroffene oft auch durch soziale Vorbehalte und Stigmatisierung ihrer Umwelt begleitet und ausgegrenzt [5].

Psychosoziale Behandlungsverfahren gewinnen aufgrund der multifaktoriellen Genese der Schizophrenie und des daraus resultierenden mehrdimensionalen therapeutischen Ansatzes zunehmend an Bedeutung [4]. Das Interesse an achtsamkeitsbasierten Interventionen (AI) bei der Behandlung von Psychosen wächst stetig und nimmt eine zentrale Rolle in der dritten Welle der kognitiven Verhaltenstherapie ein. Im deutschsprachigen Raum stehen achtsamkeitsbasierte Behandlungsansätze noch am Anfang [1]. Die zentrale Botschaft von Acht-

samkeit ist eine konsequente Haltung auf die Erfahrungen des Augenblicks. Gedanken, Gefühle und körperliche Empfindungen werden akzeptiert und dann losgelassen [6]. Im Kontext der Arbeit mit psychotisch erkrankten Menschen dient der achtsamkeitsbasierte Ansatz zur Wahrnehmung innerer Erfahrungen, um ein tiefergehendes Verständnis und eine Akzeptanz des eigenen gedanklich-emotionalen Zustandes zu erlangen. Dabei ist keine bestimmte Veränderungsrichtung oder auch gedankliche Neubewertung direkt anzustreben [1]. Sondern den mit der Psychose verbundene Leidensdruck zu lindern, anstatt sich ausschließlich auf die Kontrolle psychotischer Symptome wie Stimmen, Bilder und paranoide Eindringlinge zu konzentrieren [2]. Der Vortrag bietet einen Einblick in die Erkrankung der schizophrenen Psychose, in die aktuellen Empfehlungen der S3-Leitlinie „Schizophrenie“ und befasst sich konkreter mit Achtsamkeit und wie diese im Rahmen zwischenmenschlicher Kommunikation bei Psychoseerkrankten helfen kann.

Fragestellung:

Vor diesem Hintergrund stellen sich die Autoren folgende Frage: Wie wirksam sind achtsamkeitsbasierte Interventionen bei der Behandlung von psychotischem Erleben und welche Rückschlüsse hat das für unsere Kommunikation?

Methodik:

Als Methode zur Beantwortung der Fragestellung wurde eine orientierende Literaturrecherche durchgeführt. Die Recherche erfolgte mithilfe von Open Athens und Google Scholar in den Fachdatenbanken PubMed, Hogrefe, Springer und Thieme. Im Zuge der Literaturrecherche wurden Fachbücher käuflich erworben und Beiträge aus der Bibliothek der Fachhochschule der Diakonie in Bethel genutzt. Als Schlüsselwörter wurde Begriffe wie „Kommunikation“, „Achtsamkeit“, „Psychose“ und „Beziehung“ genutzt. Die gefundenen Ergebnisse werden gegenübergestellt und ausgewertet, um konkrete Aussagen für den praktischen Bezug abzuleiten.

Ergebnisse:

Anhand der in der Literatur gefundenen Übersichtsarbeit wurden in verschiedenen RCTs und Metaanalysen folgende Erkenntnisse festgestellt: AIs führen zu einer signifikanten Verbesserung in Bezug auf stimmenbezogenen Stress, Kontrollierbarkeit von Stimmen und Erholung, verbesserter Krankheitseinsicht und dem Schweregrad der psychiatrischen Symptome. Positive Wirkung konnten bei der sozialen Funktionsfähigkeit, der Steigerung des Selbstwertgefühls, Negativ- und affektiver Symptomatik ermittelt werden. Im Vergleich zur Treatment-as-usual-Behandlung (TAU) wurde auch sechs Monate nach der Behandlung ein niedriges Depressionsniveau festgestellt [1]. Zusätzlich deutet sich eine höhere Bereitschaft der Betroffenen in der Behandlung mit AI an [7]. Anhand der vorliegenden Studienlage können kommunikative Ansätze basierend auf einer achtsamen Grundhaltung abgeleitet werden.

Diskussion:

Die Implementierung von Achtsamkeit bei der Behandlung von Menschen mit Psychose kann in vielerlei Hinsicht unterstützend sein. Das wertfreie Annehmen des eigenen Erlebens kann dem Betroffenen dabei helfen, einen besseren Umgang mit den Symptomen zu erlangen. Die Kommunikation zwischen den Betroffenen und den professionell Tätigen ist ein wichtiger Aspekt bei der Behandlung schizophrener Psychosen. In der Literatur finden sich verschiedene methodische Ansätze zum Umgang mit Psychosen wieder. Diese sind nach Ansicht der Autoren mit den Grundsätzen der Achtsamkeit und der achtsamkeitsbasierten Interventionen gut in die Praxis integrierbar.

Fazit:

Angesichts der Symptomschwere werden sich nicht in jedem Fall krankheitsbedingte Schädigungen und soziale Beeinträchtigungen vermeiden lassen. Eine intensive Bemühung zur Entwicklung wirksamer Interventionen scheint alternativlos, um den Betroffenen eine optimale Behandlung unter Berücksichtigung psychosozialer und psy-

chotherapeutischer Interventionen, wie achtsamkeitsbasierter Intervention und Kommunikation, zukommen zu lassen. Eine achtsamkeitsbasierte Grundhaltung sollte nach Auffassung der Autoren flächendeckend implementiert werden. Darüber hinaus bedarf es dieser Thematik weitere Forschung.

Literatur

- [1] Böge, K., Catena, D., Hahn, E. (2022). Achtsamkeitsbasierte Interventionen für Menschen mit psychotischen Störungen: Ein Überblick über den Forschungsstand zur Wirksamkeit und Implikationen für die klinische Praxis. *Verhaltenstherapie*, 32, 11-22.
- [2] Chadwick, P.D.J., Birchwood, M.J., Trower, P. (1996). *Cognitive Therapy for Delusions, Voices and Paranoia*. Wiley. Chichester.
- [3] DGPPN e.V. (Hrsg.) für die Leitliniengruppe: S3-Leitlinie Schizophrenie. Langfassung, 2019, Version 1.0, zuletzt geändert am 15. März 2019, verfügbar unter: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/038-009.html>
- [4] Deister, A. (1993). Die Bedeutung psychosozialer Ansätze in der Behandlung therapie resistenter schizophrener Patienten. In H.-J. Möller (Hrsg.), *Therapieresistenz unter Neuroleptikabehandlung* (S. 175–182). Springer Vienna.
- [5] Gaebel, W., & Wölwer, W. (2010). Schizophrenie. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. 2010 - Heft 50. Robert-Koch-Institut/Statistisches Bundesamt
- [6] Michalak, J., Heidenreich, T., & Williams, J. M. G. (2012). *Achtsamkeit*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- [7] Westbrook, D., Kirk, J., 2005. The clinical effectiveness of cognitive behaviour therapy: outcome for a large sample of adults treated in routine clinical practice. *Behav. Res. Ther.* 43, 1243–1261.

5 Transkulturelle Pflege im Maßregelvollzug: Zwischen Realität, Vision und Illusion

(S. Bücken, J. Dirkes, P. D. Sidibe)

Hintergrund

Vor dem Hintergrund der gesellschaftlichen Vielfalt durch die interkontinentale Bewegung und Vielzahl an ausländischen Patienten*innen, die in forensischer Psychiatrie untergebracht sind, sind die Pflegekräfte mit der professionellen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund beauftragt. Patienten mit Migrationshintergrund bringen ein anderes subjektives Krankheitskonzept, deren Ursachen und Heilungsprozessen stark mit der wissenschaftlichen Medizin konfliktieren [3]. Außerdem sind enorme Sprachbarrieren vorhanden, wodurch die Verständigung und die Interaktion im Alltag erschwert sind. Die Legalprognose und Behandlungszufriedenheit migrantischer Patienten*innen mit vielschichtigen Zusammenhängen erfordert eine besondere Zusammenarbeit unter Berücksichtigung andersartiger psychokonstitutionelle Variable im Therapieverlauf [5].

Fragestellung

Inwieweit lässt sich die transkulturelle Pflege im Maßregelvollzug vom Pflege- und Erziehungsdienst umsetzen, welche Herausforderung bringt die Implementierung mit?

Methodik

Anhand eines Praxisbeispiels im Maßregelvollzug wurde die Hypothese eines möglichen Verständigungsdefizit gestellt, welches juristische Konsequenzen bei einem Patienten mit Migrationshintergrund hatte. Ein systematisches methodisches Vorgehen wurde unternommen, um das Spannungsfeld der Transkulturellen Pflege zu erforschen und die Fragestellung und die orientierende Literaturrecherche zu konkretisieren. Im Rahmen einer Literaturrecherche wurde eine

orientierende Handsuche in Hochschulbibliotheken, Pflegejournals, sowie eine Online-Recherche in der Suchmaschine Open-Athens betrieben, welche zu Datenbanken wie Springer und Thieme führte. Suchbegriffe waren: transkulturelle Pflege, Maßregelvollzug, Konzept, Intervention, Kultur, Migration, Aufbau Transkultureller Pflege im Maßregelvollzug, Voraussetzung Transkultureller Pflege, transkulturelle Pflegebeziehung, Islam, Sharia, islamisches Strafrecht, Studien Islam, deutsches Strafrecht.

Ergebnisse

Die transkulturelle Pflege im Maßregelvollzug weist vorwiegend auf transkulturelle Kompetenz, auf eine besondere Sensibilität und Akzeptanz der fremden Kultur und vor allem auf das Berücksichtigen individuellen Werte, Bedürfnisse und deren Ausprägungen, hin. Der Einsatz von Dolmetscher aus dem pflege-therapeutischen Pool erleichtert den Zugang zum Patienten*innen und kann Ihnen dabei helfen ihre seelische Krise auf emotionaler Ebene adäquat zum Ausdruck zu bringen. Das Spannungsfeld der Anpassung seitens der Patienten*innen mit Migrationshintergrund versus die Akzeptanz und Flexibilität des Behandlungsteams stellt eine große Herausforderung im Pflegealltag dar [7]. Kann eine forensisch-psychiatrische Begutachtung ohne die muttersprachliche Exploration Stellung zur psychischen Erkrankung und Delikt nehmen? Fremdsprachenkompetenz ist nicht als Muttersprache gleichzusetzen.

- Fort- Weiterbildung zur Förderung der transkulturellen Kompetenz
- Forschungsprojekte und Erarbeitung von transkulturellen Versorgungskonzepten.
- Einsatz eines Peers mit Migrationshintergrund im psychiatrischen Setting.

Diskussion und Fazit

Während eine kontroverse Diskussion des Themas Transkulturelle Pflege zwischen Realität Vision und Illusion stattfindet, bietet sich viel Raum, um das Aufeinandertreffen der bestehenden forensischen

psychiatrischen Versorgungsstruktur und der individuellen kultursensiblen Pflege näher zu betrachten. Die forensisch-psychiatrische Pflege zielt auf die Besserung und Verringerung der Gefährlichkeit und Rückfallgefahr einzelnen Patienten. Auf dieser Grundlage kann unter Umständen auf eine Religion oder Magie basierendes Krankheitsverständnis Bezug genommen werden und die kulturellen Unterschiede als Ressource für die Behandlung aufgegriffen werden [5]. Die Zugangsbarriere zu den Patienten ist weiterhin vorhanden, obwohl viel über die theoretischen Möglichkeiten gesprochen wird. Kann in der transkulturellen Pflege eine Gleichbehandlung ohne die gleiche Behandlung bzw. ohne die gleiche Behandlungsmethode, Therapieerfolge erzielen? Die Rücksichtnahme der migrations- kulturspezifischen Aspekten und sprachliche Verständigung gilt als wichtige Parameter für eine gelungene Patientenversorgung.

Literatur

- Bundeszentrale für politische Bildung (2009). Abgerufen am 16.04.2022 <http://www.bpb.de/gesellschaft/kultur/kulturellebildung/59917/kulturbegriffe?p=all>
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2020b). Migrationsbericht 2018. Personen mit Migrationshintergrund in Deutschland. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge bamf (Hrsg.). Gefunden unter BAMF - Bundesamt für Migration und Flüchtlinge - Bevölkerung mit Migrationshintergrund in Deutschland Letzter Zugriff 16.08.2022.
- [1] Elwan (2014). Materialien für die mündliche Prüfung zur Vorlesung: Einführung in das Islamische Recht. Gefunden unter: letzter Zugriff 17.08.2022 https://www.ipr.uni-heidelberg.de/md/jura/ipr/personen/elwan/materialien_zur_vorlesung_-_einfuehrung_in_das_islamische_recht_2014_stand_16_juni.pdf
- [2] Gaede, K. (2007). BGH 1 StR 411/07 - Urteil vom 18. Dezember 2007 (LG München). Gefunden unter: letzter Zugriff 18.08.2022 <https://www.hrr-strafrecht.de/hrr/1/07/1-411-07-1.php>

- [3] Glaesmer, H., Brähler, E., Von Lersner, U. (2011). Kultursensible Diagnostik in Forschung und Praxis. Stand des Wissens und Entwicklungspotenziale. Psychotherapeut 2012 Nr. 57, S.22-28. Springer-Verlag 2011.
- [4] Hall, Edward T. (1983): The Dance of Life. New York
- [5] Kizilhan, J.I. (2018). Psychologie der Migration. In W. Machleidt, U. Kluge, M. Sieberer, A. Heinz (Hrsg.), Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit, 2. Auflage. München: Elsevier GmbH.
- [6] Lenthe, U. (2016) Transkulturelle Pflegepraxis: Bedürfnisse erheben – erwägen-erfüllen (1th ed.). Wien: Facultas.
- [7] Lenthe, U. (2020). Transkulturelle Pflege. Kulturspezifische Faktoren erkennen-verstehen-integrieren. (3. überarbeitete Aufl.). Wien/Österreich: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
- [8] Marriner-Tomey, A. (1992). Pflgeetherehikerinnen und ihr Werk. Basel, Recom Verlag.
- [9] Rohe, M. (2011). Das islamische Recht. C.H.Beck
- [10] Prof. Dr. Schirmmacher, C. (2022). Das Islamische Recht – die Scharia. Internationale Gesellschaft für Menschenrechte (IGFM) – Deutsche Sektion e.V. Gefunden unter <https://www.igfm.de/die-scharia-eine-einfuehrung/>
- [11] Türkmenoglu, A. (2013). Das Strafrecht des klassischen islamischen Rechts: Mit einem Vergleich zwischen der islamischen und der modernen deutschen Strafrechtslehre. (7. Aufl.). Peter Lang GmbH, Internationaler Verlag der Wissenschaften.
- [12] Zehetgruber, C. (2014). Das Delikt des Diebstahls im „klassischen“ islamischen Recht. Gefunden unter: letzter Zugriff 17.08.2022 Das Delikt des Diebstahls im klassischen islamischen Recht - PDF Kostenfreier Download (docplayer.org)

6 Suizidrisikofaktor: Alter?

Welche pflegerischen Präventionsmaßnahmen wirken in der Gerontopsychiatrie?

(A. Nübel, S. Koops)

Hintergrund

Das Suizidrisiko steigt mit zunehmendem Alter deutlich. Statistiker in Deutschland beobachten dieses sogenannte „ungarische Muster“ besonders bei Männern, aber auch bei Frauen. Dabei ist seit Jahrzehnten bekannt, dass Senioren über 70 einer besonderen Gefährdung unterliegen, denn verglichen mit den Zahlen der Jüngeren, liegt die Anzahl der Suizide im Alter zwischen 70 - 79 mehr als doppelt so hoch. Bei Senioren über 90 liegt die Rate fünf bis sechsmal so hoch [6]. Die Gründe dafür sind vielfältig. Psychische Erkrankungen, vor allen Dingen Depressionen sind ausschlaggebend. Hinzu kommen seelische Belastungen bei chronischen und schmerzhaften Erkrankungen mit schlechter Prognose. Diese führen zu einer besonderen Gefährdung, und erreichen in Bezug auf Lebensmüdigkeit beim Verlust des Partners ihren Höhepunkt [5]. Besonders Männer leiden unter der Abhängigkeit von Pflegenden, ausgelöst durch den Kontrollverlust. 50-80 Prozent der Personen, welche den Entschluss fassen, sich das Leben zu nehmen, litten auch im Vorfeld schon unter psychischen Beeinträchtigungen. Konflikthafte Beziehungen und seltene Sozialkontakte waren der Auslöser [3]. Eine solide und tragfähige Beziehung wirkt dabei suizidpräventiv und stellt das wichtigste Element in der Begegnung mit einem suizidalen Menschen dar [4]. Die Suizidzahlen sind in den letzten zwei Jahrzehnten um 30% gesunken. Die Zahlen nehmen zwar mit dem Alter zu, jedoch zeichnet sich seit den letzten zwanzig Jahren ein Rückgang der Gesamtsuizidrate bei Männern und bei Frauen ab. Dies kann einer besseren ambulanten und auch klinischen Versorgung von Menschen im höheren Lebensalter mit psychischen Erkrankungen zugeschrieben werden [9].

Methodik:

Im Rahmen einer orientierenden Literaturrecherche wurden über die Datenbanken PubMed und CINHAL mithilfe der Schlüsselwörter „Suizidalität“, „Suizidprävention“ und „Alter“ passende Artikel und Reviews identifiziert. Zusätzlich wurden über die deutschsprachige Fachzeitschrift „Suizidprophylaxe“ relevante Artikel erschlossen und über das Schneeballprinzip weitere passende Quellen recherchiert.

Ergebnis:

Aus der gesichteten Literatur geht hervor, dass es einer höheren Sensibilisierung, Akzeptanz und Aufklärung sowohl der professionell pflegenden, der Grundversorger als auch der Öffentlichkeit und Angehörigen bedarf. Studien belegen, dass fast die Hälfte aller älteren Patient*innen vor einer suizidalen Handlung ihren Hausarzt aufsuchen. Besondere Bedeutung wird daher der telefonischen Kontaktaufnahme sowie gemeindebasierten, aktivierenden Kontaktaufnahmen zukommen [3].

Generell sollten die Mitarbeiter*innen in Pflegeberufen für Alterssuizidalität sensibilisiert werden und neben dem aktiven Erfragen von suizidalen Gedanken nicht in die Resignation der Patient*innen einwilligen. Lebensmüdigkeit und Suizidalität sind keine normalen Alterserscheinungen [5].

Auch sollte auf eine ausreichende Basistherapie anderer Erkrankungen (v.a. Schmerzen) geachtet und aktiv nach unerwünschten Arzneimittelwirkungen gefragt werden [2].

Besonderer Fokus liegt auf geschlechterspezifischen Unterschieden. So zeigen vor allem Männer atypische depressive Symptomatiken (z.B. Agitiertheit oder somatische Beschwerden). Das Ansprechen von Gefühlen oder das Annehmen von Gesundheitsratschlägen kann mit negativen Stigmata behaftet sein. Anamnestischer Fokus liegt besonders auf lebensverändernden Ereignissen (z.B. Berentung oder Verlust des

Führerscheines). Auch sprechen Männer schlechter auf sozialtherapeutische Interventionen an als Frauen [10]. Ein CaseManagement über das Krankenhaus hinaus wird empfohlen [1],[10].

Diskussion:

Die Frage, die gestellt werden muss ist, warum es bei älteren Menschen zu einer geringeren Wahrnehmung der Probleme kommt als bei jüngeren. Möglicherweise überdecken häufigerer auftretende Krankheiten aber auch gesundheitspolitische Themen die Problematik zu sehr [5]. Daher kommt vor allen Dingen auch der pflegerischen Awareness und dem Einsatz von Pflegefachpersonen eine zunehmend höhere Bedeutung zu [1]. Da es sich bei den älteren Menschen um eine äußerst vulnerable Gruppe handelt, müssen Pflegendе bei dieser Klientel immer die Möglichkeit eines Suizids mitdenken [7]. Ein besonderer Fokus liegt dabei auf dem psycho-physischen Wohlbefinden. Bei nachlassender geistiger Aktivität und geringen Sozialkontakten können Insuffizienzerleben und Isolation zu Veränderungskrisen führen, die es zu bewältigen gilt. Älteren Menschen in der Gesellschaft wieder eine Aufgabe zu geben, damit sie nicht dem Gefühl unterliegen, nicht mehr wichtig zu sein wäre ein erster Schritt [8].

Literatur:

- [1] Erlemeier, N. (2011) Suizidalität und Suizidprävention im höheren Lebensalter
- [2] Emprechtlinger, R. in Gesundheitsförderung und Prävention für Menschen mit Demenz (Gebhardt u. Mir Hrsg.), 2019, S. 229f.
- [3] Hatzinger, M. Savaskan, E. (Hrsg.) Empfehlungen für die Diagnostik und Therapie der Depression im Alter. Frühzeitige Erkennung und evidenzbasierte Behandlung , Bern 2019, S. 143-147
- [4] Kozel, B. (2015) Professionelle Pflege bei Suizidalität, Köln S. 68-70

- [5] Lindner, R., Hery, D., Schaller, S., Schneider, B., Sperling, U. (Hrsg.) Suizidgefährdung und Suizidprävention bei älteren Menschen, Köln 2014 S.
- [6] Müller-Pein, H., Wache, K., (2021) Nationales Suizidpräventionsprogramm für Deutschland. Suizide in Deutschland 2020 (Hrsg.) Gefunden unter: <https://www.naspro.de/dl/Suizidzahlen2020.pdf>
- [7] Noelle, R. (2015) Grundlagen und Praxis gerontopsychiatrischer Pflege, Köln S. 35-37, S.111-115
- [8] Sonneck, G., Kapusta, N., Tomandl, G., Voracek, M. (Hrsg.) Krisenintervention und Suizidverhütung (3.Auflage), Wien 2016, S. 154-156
- [9] Wolfersdorf, M., Etzersdorfer, E. (2011) Suizid und Suizidprävention, Stuttgart, S. 38-46
- [10] Lapierre, S., Erlangsen, A., Waern, M., Leo, D. D., Oyama, H., Scocco, P. (2011). A Systematic Review of Elderly Suicide Prevention Programs. Crisis 32.2. S. 88-98

7 Suizidassistentz im Alter – der letzte Schrei?

Welche Handlungsmöglichkeiten bestehen für psychiatrische Pflegefachpersonen, bei geäußerten Wünschen nach Suizidassistentz in der Gerontopsychiatrie?

(K. Buntin, R. Zappe, R. Biedebach)

Hintergrund

Psychiatrisch Pflegende werden bei der Arbeit mit alten Menschen häufig mit den Gedanken der Lebensmüdigkeit und des Lebensüberdusses konfrontiert. Die betroffenen alten Menschen bitten darum, sterben zu dürfen, und fordern von Pflegenden Assistentz dazu ein. Der assistierte Suizid war bis zum 26.02.2020 strafbar, an jenem Tag erklärte das Bundesverfassungsgericht in Karlsruhe, das Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung (§ 217 StGB) für nichtig.

Eine Flut von Stellungnahmen und Positionspapieren durch Fachgesellschaften, Stiftungen, Vereinen und kirchlichen Trägern [1] folgte. Darin wurden unter anderem klare Kriterien zur Suizidassistentz gefordert und parallel entsprechende Vorschläge dazu erstellt. Der Deutsche Pflegerat betont das Pflegenden, in der Regel die ersten Ansprechpartner zu Fragen und Wünschen der Sterbehilfe sind und dadurch unmittelbar von der Regelung der Suizidassistentz betroffen sind [2].

Tief verwurzelte Ängste in der Gesellschaft wie Kontrollverlust, Abhängigkeit und Schmerz führen zur Hoffnungslosigkeit und Unzufriedenheit bei alten Menschen. Dabei beherrscht die Angst vor einem langen und schmerzhaften Sterbeprozess und das daraus resultierende Leid für Angehörige das Denken der Betroffenen [3,4].

So stellte sich die Frage, welche Handlungsmöglichkeiten bei geäußerten Wünschen nach Suizidassistenten in der Gerontopsychiatrie für psychiatrische Pflegefachpersonen bestehen?

Methodik

Es erfolgte eine orientierende Literaturrecherche unter Zuhilfenahme von Google Scholar und der Fachdatenbank PubMed mit folgenden Suchwörtern: „suicide“, „assisted“. Des Weiteren wurden Arbeiten mithilfe eines Schneeballverfahrens identifiziert. Eingeschlossen wurden hier Arbeiten die sich auf den Deutschsprachigen Raum und speziell auf die Situation in Deutschland bezogen. Auch wurden Fachbücher und Gesetzestexte genutzt.

Ergebnisse

Der Umgang mit dem Wunsch nach assistierten Suizid erfordert eine angst- und wertfreie Einstellung zum Tod. Darüber hinaus muss im interdisziplinären Team die Bereitschaft bestehen, sich damit auseinanderzusetzen. Eine grundlegende Aufgabe von psychiatrisch Pflegenden ist es, die möglicherweise eingengte Perspektive des Betroffenen zu erweitern. Für ein besseres Verständnis zum Umgang mit dem Wunsch nach Suizidassistenten benötigt es durch Anamnesegespräche erlangtes Wissen, um die individuellen Risikofaktoren der Betroffenen zu explorieren.

Die Faktoren können somatischer und psychischer Genese sein. Persönlichkeitsstörungen, affektive Störungen, Abhängigkeitserkrankungen oder traumatische Erlebnisse wie der Tod des Lebenspartners spielen eine Rolle, aber auch Immobilität, Sehbehinderungen, Schmerzen und andere somatische Erkrankungen zählen zu den Risikofaktoren. Die Angst, in Abhängigkeit zu geraten oder das tatsächliche Erleben von Abhängigkeit, können Suizidalität begünstigen [5].

Neben Risikofaktoren müssen im Gespräch mit Betroffenen die vorhandenen Schutzfaktoren exploriert und herausgearbeitet werden.

Schutzfaktoren sind unter anderem die genetische bedingte ausgeglichene körperliche und psychische Gesundheit, sowie eine hohe Frustrationstoleranz, Optimismus, Humor, ausgeprägtes Kohärenzgefühl, die eigene Wertschätzung gegenüber des Alters und die Bereitschaft und Fähigkeit zur Anpassung. Neben Religiosität und Spiritualität spielt das soziale Umfeld der Betroffenen, die Verbundenheit zur Familie, Freunden oder anderen sozialen Gruppen sowie das Vorhandensein von positiven Rollenvorbildern aus der Jugend eine wichtige Rolle. Zusätzlich ist die Infrastruktur des Wohnortes, die Nutzbarkeit von ÖPNV und barrierefreies Wohnen relevant, um das Sicherheitsgefühl zu erhöhen. Damit einhergehend muss eine finanzielle Absicherung vorhanden sein [6].

Nach erfolgter Anamnese der Schutz- und Risikofaktoren steht das gemeinsame aktive Erarbeiten von Perspektiven und Handlungsmöglichkeiten im Fokus, damit Betroffene ihr Leben wieder selbstbestimmt und hoffnungsvoll wahrnehmen und gestalten können.

Durch psychiatrische Pflegende werden differenzierte Altersbilder kommuniziert und aufgezeigt. Zeitgleich müssen die Potenziale älterer Menschen, wie zum Beispiel deren Selbstorganisationsfähigkeiten, erkannt, gefördert und nutzbar gemacht werden. So kann ihre Selbstständigkeit erhöht und erhalten werden. Zu den weiteren Maßnahmen gehören die Entwicklung von innovativen Strategien zur Resilienzförderung sowie die frühzeitige Arbeit an Präventionsmaßnahmen.

Die psychiatrische Pflege und das gesamte Hilfesystem stehen in der Pflicht, daran zu arbeiten, dass entsprechende Hilfsangebote von gefährdeten älteren Menschen wahrgenommen werden. So ist darauf zu achten, dass klientenspezifische Medien verwendet werden. Dadurch ist es möglich, die Gruppe von gefährdeten Personen zu erreichen und sie in ihrer Krise zu begleiten, zu unterstützen und gemeinsam mit ihnen nach Lösungen zu suchen. Für nachhaltige Ergebnisse müssen Familie und "Gatekeeper" mit einbezogen werden [5].

Fazit

Ältere Patienten mit Sterbewunsch haben zunächst die Vorstellung, dass der Tod einen besseren Zustand darstellt als ihr aktuelles Leben.

Dabei muss ergründet werden, was hinter diesen Vorstellungen konkret steht [7]. Ein zu schnelles eingehen und akzeptieren auf den Sterbewunsch würde bedeuten, die Signale der Betroffenen nicht zu ergründen oder falsch zu interpretieren. Dafür erfordert es, unter Einbezug der Risiko- und Schutzfaktoren, eine ressourcenorientierte Auseinandersetzung mit den Betroffenen zur Erarbeitung eines gemeinsamen Vorgehens.

So steht hinter dem "Schrei" nach Suizid häufig der tiefe Wunsch nach Kommunikation und in Beziehung mit dem Gegenüber zu treten [3].

Literatur

- [1] Bundesministerium für Gesundheit. (2021). Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 26. Februar 2020 zu §217 Strafgesetzbuch (StGB) - Bundesgesundheitsministerium, Bundesministerium für Gesundheit. Zugriff am 08.07.2022. Verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/guv-19-lp/stellungnahmen-refe/neuregelung-der-suizidassistentz.html>
- [2] Deutscher Pflegerat. (2020). Mögliche Neuregelung der Suizidassistentz, Deutscher Pflegerat. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Daten/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/Stellungnahmen_WP19/Suizidassistentz/Deutscher_Pflegerat_bf.pdf
- [3] Lindner, R. (2019). Wenn alte Menschen sterben wollen. Altersmedizinische Hilfe statt assistierter Suizid. Geriatrie-Report, 14(3), 6–10. <https://doi.org/10.1007/s42090-019-0234-3>
- [4] Ahrens, P.-A. & Wegner, G. (2015). Die Angst vorm Sterben. Ergebnisse einer bundesweiten Umfrage zur Sterbehilfe. Hannover.

- [5] Lindner, R., Drinkmann, A., Schneider, B., Sperling, U. & Supprian, T. (2022). Suizidalität im Alter. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie [Suicidality in older adults], 55(2), 157–164. <https://doi.org/10.1007/s00391-022-02030-w>

- [6] Lindner, R., Hery, D., Schaller, S., Schneider, B. & Sperling, U. (Hrsg.). (2014). Suizidgefährdung und Suizidprävention bei älteren Menschen. Eine Publikation der Arbeitsgruppe „Alte Menschen“ im Nationalen Suizidpräventionsprogramm für Deutschland. Berlin: Springer.

- [7] Grob, D. (2012). Vom Umgang mit Sterbewünschen: «Ich möchte sterben» heisst nicht «Ich will mich umbringen». Schweizerische Ärztezeitung, 93(13), 493–494. <https://doi.org/10.4414/saez.2012.00399>

8 Refugee lives matter

Schutzsuchende- verloren im psychosozialen Hilfesystem?

(J. Vörding, D. Henning, C. Koop)

Hintergrund

Die weltweite Anzahl von Menschen, die aus ihren Herkunftsländern flüchten ist in den vergangenen Jahren deutlich angestiegen. Nach Schätzungen des United Nations High Commissioner for Refugees sind Mitte 2022 rund eine Milliarde Menschen auf der Flucht vor Krieg, Gewalt, Verfolgung, Menschenrechtsverletzungen oder Armut [1]. In Deutschland wurden bis Ende 2021 rund 1,94 Millionen Schutzsuchende durch das Ausländerzahlenregister (AZR) erfasst [2].

Faktoren wie die existenz- und lebensbedrohlichen Umstände in den Herkunftsländern, die traumatischen Ereignisse während der Flucht sowie die Lebensbedingungen in den Aufnahmeländern können bei den Betroffenen eine erhebliche Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit auslösen [3]. Epidemiologische Studien belegen eine erhöhte Prävalenz psychischer Erkrankungen wie posttraumatische Belastungsstörungen, Depressionen oder Angststörungen von Menschen mit Fluchterfahrungen [4] [5].

Der Anstieg schutzbedürftiger geflüchteter Menschen in Deutschland führt zu einem erhöhten Bedarf an psychosozialen Behandlungsangeboten, die aktuell durch strukturelle und finanzielle Faktoren als unzureichend beurteilt werden. Zusätzlich kann die Sprachbarriere und kulturelle Unterschiede zu Missverständnissen, Fehldiagnosen und fehlgeleiteten Behandlungen führen [6]. Darüber hinaus ist der Zugang zum Gesundheitssystem und zu psychosozialen Angeboten für Menschen mit Fluchterfahrung durch weitere Hindernisse, wie z.B. rechtliche Aspekte (u.a. AsylbLG) erschwert [7].

Fragestellung

Wie kann eine psychosoziale Versorgung von Menschen mit Fluchterfahrung im deutschen Gesundheitssystem gelingen?

Methodik

Es wurde eine orientierende Literaturrecherche in den Fachdatenbanken PubMed, CINAHL und Google Scholar durchgeführt. Die Suche wurde durch den Online-Katalog der Bibliothek an der Fachhochschule der Diakonie vertieft. Dabei wurde sowohl auf deutsch-, als auch englischsprachige Literatur zurückgegriffen.

Ergebnis

Als ein niederschwelliges Stufenmodell zur Lösung von Zugangs- und Versorgungsbarrieren für geflüchtete Menschen kann die Interventionspyramide genannt werden. Dieses Konzept dient zusätzlich zur Minimierung von Hemmschwellen bei der Inanspruchnahme von Hilfen [8].

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) und das Staatssekretariat für Migration (SEM) wollen einheitliche Standards zur Früherkennung und Beurteilung des Schweregrades psychischer Belastungen einführen. In der Literatur werden bereits valide Screening-Verfahren beschrieben (wie z.B. der Refugee Health Screener), die darüber hinaus positive Anwender Outcomes aufzeigen [9].

Mithilfe von Peeransätzen lassen sich Versorgungs- und Präventionsbedarfe niedrigschwellig und kultursensibel decken. Personen mit eigenen Fluchterfahrungen können in der Gesundheitsversorgung geflüchteter Menschen hinsichtlich der psychosozialen Stabilisierung und Ressourcenaktivierung beraten und unterstützen [10].

Im Mai dieses Jahres haben das Land Nordrhein-Westfalen und die Landschaftsverbände LWL und LVR die bestehenden Traumaambulanzen im Rahmen der kurzfristigen Erstversorgung für die Unterstützung von traumatisierten Menschen aus der Ukraine zugänglich gemacht. Sie stellen somit eine weitere medizinische Hilfestellung dar [11].

Diskussion und Fazit

Deutschland und das deutsche Gesundheitssystem werden durch die globalen Fluchtbewegungen vor vielfältigen Aufgaben und strukturellen Handlungserfordernissen gestellt. Die signifikanten Belastungen

vor- während - und nach der Flucht können die Vulnerabilität für die Entwicklung von Traumafolgestörungen oder anderen psychischen Erkrankungen sowie einer Chronifizierung für Schutzsuchende darstellen. Infolgedessen stehen die Bereiche Psychiatrie und Psychotherapie vor enormen Herausforderungen [12].

Wie bereits beschrieben werden rasche, zielgerichtete sowie professionelle Versorgungs- und Behandlungsangebote benötigt, um die psychische Gesundheit geflüchteter Menschen einschätzen und stabilisieren zu können. Hierbei kommt es jedoch zu einem Missverhältnis zwischen den verfügbaren psychosozialen Angeboten und der Bedarfslage. So konnten die Psychosozialen Zentren (PSZ) mit ihren Kooperationspartnern im Jahr 2020 nur 4,6% des Versorgungsbedarfs abdecken [6].

Um der Diskrepanz zwischen der notwendigen und frühzeitigen Inanspruchnahme von Hilfen und den bestehenden gesetzlichen Hürden (u.a. durch das AsylbLG) entgegenzuwirken, bedarf es einer langfristigen sowie nachhaltigen Planung von Versorgungs- und Behandlungsstrukturen. Hierzu gehören neben einer finanziellen und personellen Ausstattung auch der Abbau von gesetzlichen Barrieren im Gesundheitssystem [5] [6].

Des Weiteren werden bundeseinheitliche Screening-Instrumente zur Erkennung und Einschätzung der psychischen Gesundheit von Flüchtlingen gebraucht. Diese Verfahren sollten bereits in den Erstaufnahme- und Übergangseinrichtungen von Fachkräften des Gesundheitswesens durchgeführt und ausgewertet werden. Hierbei ist ein sensibler und kultursensitiver Umgang obligat, welcher durch den Einsatz von Peers unterstützt werden könnte [5] [6].

Die Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der PSZ für Flüchtlinge und Folteropfer (Baff) bemängelt, dass Deutschland seinen Verpflichtungen aus internationalen Verträgen (UN- Sozialpakt und den EU-Aufnahmerichtlinien) nicht entsprechend nachkommt [6].

Angesichts der ausgearbeiteten Ergebnisse und im Hinblick auf die Fragestellung dieser Arbeit muss kritisch angemerkt werden, dass die

Lücken in der psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen in Deutschland als besorgniserregend und problematisch zu betrachten sind. Konträr hierzu dürfen die positiven Ansätze, wie beispielsweise die Aktivierung der Traumaambulanzen in NRW und die große Anzahl von Modellprojekten zur niederschweligen psychosozialen Versorgung nicht außer Acht gelassen werden.

Als Implikation für die Praxis ist zu überlegen, derartige Synergieeffekte zu bündeln und in einer bundeseinheitlichen Leitlinienempfehlung oder Expertenstandards zusammenzutragen.

Literatur

- [1] United Nations High Commissioner for Refugees (2022). Global Trends. Forced Displacement in 2021. UNHCR (Hrsg.). Gefunden unter: <https://www.unhcr.org/62a9d1494/global-trends-report-2021>
- [2] Statistisches Bundesamt (2022). Anzahl der sich in Deutschland aufhaltenden Schutzsuchenden von 2007 bis 2021. Statistisches Bundesamt (Hrsg.) Gefunden unter: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1029448/umfrage/anzahl-der-schutzsuchenden-in-deutschland/>
- [3] Nutsch, N. & Bozorgmehr, K. (2020). Der Einfluss postmigratorischer Stressoren auf die Prävalenz depressiver Symptome bei Geflüchteten in Deutschland. Analyse anhand der IAB-BAMF- SOEP-Befragung 2016. Bundesgesundheitsblatt- Gesundheitsforschung- Gesundheitsschutz, 12, S. 1470- 1482.
- [4] Blackmore, B. et al. (2020). The prevalence of mental illness in refugees and asylum seekers: A systematic review and meta-analysis. PLoS Med, 17, 9, S. 1-24.
- [5] Rzepka, I. et al. (2022) Psychische Belastung von Geflüchteten in vorläufigen Unterkünften des Rhein-Neckar-Kreises/Baden-Württemberg. Psychotherapie-Psychosomatik-Medizinische Psychologie, 72, 7, S. 325-328

- [6] Mohammed L. & Karato, Y. (2022). Flucht & Gewalt Psychosozialer Versorgungsbericht Deutschland 2022. Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer – BAfF e. V. (Hrsg.). Gefunden unter: https://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2022/07/BAfF_Versorgungsbericht-2022.pdf
- [7] Böttche, M., Stammel, N. & Knaevelsrud, C. (2016): Psychotherapeutische Versorgung traumatisierter geflüchteter Menschen in Deutschland. In: Der Nervenarzt 87 (11), S. 1136–1143.
- [8] Ahmad, S., Alabdullah, J., Bajbouj, M., Heuser, I., Schidem, S., Schneider, F. & Zellmann, H. (2018): Psychosoziale Versorgung von Flüchtlingen in Deutschland, Erkenntnisse aus der Not- und Entwicklungshilfe. In: Der Nervenarzt 89, S. 1-7.
- [9] Bozorgmehr, K. & Hövener, C. (2021): Journal of Health Monitoring, Monitoring der Gesundheit von geflüchteten Menschen. Herausgeber: Robert Koch-Institut, Berlin 6 (1), S.30 – 48.
- [10] Perplies, C., Biddle, L., Benson-Martin, J., Joggerst, B. & Bozorgmehr, K. (2021): Förderung der psychischen Gesundheit von geflüchteten Menschen. In: Prävention und Gesundheitsförderung.
- [11] Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (2022). Ukraine-Krieg: Hilfen bei traumatischen Erlebnissen. MAGS (Hrsg.). Gefunden unter: <https://www.mags.nrw/pressemitteilung/hilfe-bei-traumatischen-erlebnissen-fuer-menschen-aus-der-ukraine>
- [12] Hauth, I., Schouler-Ocak, M., Garaf-Calliess, I.T. & Gerlinger, G. (2016). Psychosoziale Versorgung von Flüchtlingen verbessern. DGPPN (Hrsg.). Gefunden unter: https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/c03a6dbf7dcd0a77dbdf4ed3e50981431abe372/

9 PIB Psychiatrisch Intensivierte Behandlung im Strafvollzug

Ein Konzept mit Zukunft?

(L. Dönni, M. Pokies, F. Weddige)

Hintergrund

Die Prävalenz einer psychischen Erkrankung liegt bei Inhaftierten im Vergleich zu Menschen außerhalb des Strafvollzuges deutlich höher [1]. Nach einer europaweiten Metastudie [2] lassen sich bei 21 bis 88% der Inhaftierten psychiatrische Krankheitsbilder nach dem Diagnose-schlüssel ICD 10 diagnostizieren. In einer Untersuchung zur Prävalenz psychischer Störungen im geschlossenen Vollzug des Landes Nord-Rhein-Westfalen wurden bei etwa 88% der Untersuchten psychiatrische Auffälligkeiten festgestellt [3]. Neben einer Veränderung der Insassenstruktur zeigt eine länderübergreifende empirische Bestandsaufnahme auch eine deutliche Zunahme der Gewalt- und Drogentäter und belegt einen gesteigerten Behandlungs- und Betreuungsbedarf der Insassen [4]. Hinzu kommt ein erhöhtes Suizidrisiko bei Inhaftierten [5]. Viele psychiatrische Abteilungen im Justizvollzugskrankenhäusern können diesen Bedarf nicht decken.

Aus diesen Gründen wurde im Jahr 2017 in Nord-Rhein-Westfalen das Konzept der Psychiatrisch Intensivierten Behandlung (PIB) entwickelt [6]. Hiermit soll ein bedarfsorientiertes, psychiatrisches Versorgungsangebot für Inhaftierte mit psychischen Erkrankungen geschaffen werden. Das Konzept orientiert sich an dem Setting einer psychiatrischen Tagesklinik. Das Behandlungsteam besteht aus Ärzten, Psychologen, Pflegefachkräften, Sozialarbeitern und Ergotherapeuten. Anfang 2020 begann die Justizvollzugsanstalt Bielefeld-Brackwede das Pilotprojekt der Psychiatrisch Intensivierten Behandlung (PIB) im Bereich des Frauenvollzuges umzusetzen. Bereits 2016 wurde in der Justizvollzugsanstalt Neumünster ein mit der PIB vergleichbares Modell installiert. Anders als in Bielefeld wurde dort eine psychiatrische Abteilung geschaffen.

Fragestellung

Wie lässt sich das Konzept der psychiatrisch Intensivierten Behandlung angelehnt an die gegebenen Strukturen im Haftalltag implementieren? Was braucht es, damit die Versorgung psychisch beeinträchtigter Inhaftierter gelingen kann? (Am Beispiel der JVA Bielefeld-Brackwede)

Methodik

Es erfolgte eine orientierende Literaturrecherche in den online Datenbanken Google Scholar, CINAHL und Open Athens, diese wurde nach dem Schneeballsystem durchgeführt. Beobachtungen während der Konzeptimplementierung des Pilotprojektes in der Justizvollzugsanstalt fließen ebenso ein, wie auch eine Anfang 2022 erstellte Online-Umfrage zur Erhebung des Implementierungsgrades und möglicher Hindernisse.

Ergebnisse

Nachdem aufgrund fehlender Anbieter Pilotprojekte an anderen Standorten bereits gescheitert sind, war es von Nöten eine individuelle Konzeptstruktur zu entwickeln. Die Gliederung in Verschiedene Projektphasen sollte dazu dienen, eine zielorientierte und festgelegte Umsetzung zu gewährleisten. Neben der Initialisierungsphase, welche zum Ziel hatte Aufschluss zu geben, ob das Projekt überhaupt umsetzbar ist, galt es als nächstes das bestehende Konzept des Landes NRW an die personellen und räumlichen Ressourcen der Anstalt anzupassen. Die Implementierung des Konzeptes in den Haftalltag stellt eine große Herausforderung dar. Neben der Rekrutierung von psychiatrischen Fachpersonal, den unterschiedlichen Versorgungssituationen der Länder, ist es aber vor allem das Spannungsfeld zwischen Sicherung und dem Resozialisierungsauftrag. Es bedarf also nicht nur ein professionelles Projektmanagement auf Führungsebene, sondern auch eine konstruktive Einbindung der Mitarbeitenden und damit eine autoritär-kooperative Kommunikation. Die Wissenschaftler Byrne, Pattavina & Taxman [7] sehen vor allem eine Änderung der Sanktionspraxis und einen Strafvollzug mit Behandlungsorientierung. Die PIB

kann mit ihrem recovery orientierten Ansatz die vorhandenen Ressourcen der Betroffenen bestimmen und den Fokus auf individuelle Genesungspotentiale genauso wie Empowerment setzen. Eine professionelle Beziehungsgestaltung auf Augenhöhe ist Voraussetzung dafür [8]. Um den Effekt des Konzepts der PIB auf die psychische Gesundheit der Inhaftierten aufzuzeigen, bedarf es weiterer empirischer Forschung bei weitreichender Implementierung.

Diskussion

Durch die Datenlage in der Literatur, lässt sich eine stetig steigende Anzahl psychisch Erkrankter Insassen im Justizvollzug erkennen. Dabei sind die gegebenen räumlichen und organisatorischen Strukturen für die psychiatrische Versorgung, zum Teil suboptimal und ausbaufähig. Die psychiatrisch intensivierte Behandlung (PIB) kann bei adäquater Implementierung den vorhandenen Resozialisierungsauftrag gerecht werden und die medizinische Versorgung psychisch erkrankter Insassen verbessern.

Fazit

Besonders das externe umweltbezogene sozial-psychiatrische Netzwerk sollte bei der Umsetzung in den Fokus genommen werden. Hierfür bedarf es, neben einer klardefinierten Verantwortlichkeit auf Führungsebene, einer ausgeweiteten Kommunikation zwischen den Schnittstellen der Funktionsbereiche. Diese sollen gestalterischen Spielraum durch die Bereitstellung von zeitlichen und personellen Ressourcen geben. PIB kann unter diesen Voraussetzungen eine große Unterstützung für psychisch erkrankte Insassen sein und weitere Implementierungen in anderen Justizvollzugsanstalten können helfen den hohen Bedarf an psychiatrischer Versorgung im Strafvollzug zu decken.

Literatur

- [1] Opitz-Welke, Annette; Lehmann, Marc; Seidel, Peter; Konrad, Norbert (2018): Medicine in the Penal System. In: Deutsches Arz-

teblatt international 115 (48), S. 808–814. DOI: 10.3238/arztebl.2018.0808.

- [2] Salize, H.J., Dressing, H.: Epidemiologie und Versorgung (2008). Psychiat. Prax. ; 35:353-360
- [3] Schönfeld, C-E. von; Schneider, F.; Schröder, T.; Widmann, B.; Botthof, U.; Driessen, M. (2006): Prävalenz psychischer Störungen, Psychopathologie und Behandlungsbedarf bei weiblichen und männlichen Gefangenen. In: Der Nervenarzt 77 (7), S. 830. DOI: 10.1007/s00115-005-1946-1.
- [4] Dünkel, Frieder (2010): Strafvollzug in Deutschland - rechtstat-sächliche Befunde. Hg. v. Bundeszentrale für politische Bildung (S. 7). Online verfügbar unter <https://www.bpb.de/apuz/32967/strafvollzug-in-deutschland-rechtstatsaechliche-befunde?p=6>.
- [5] Hövel, Marian ten; Stöber, Franziska; Bennefeld-Kersten, Katharina; Radeloff, Daniel (Hg.) (2019): [Duplikat] Suizidprävention im Justizvollzug. Eine evidenz-basierte Darstellung der Risikofaktoren und Risikopopulationen.
- [6] Konzept für die Psychiatrisch Intensivierte Behandlung (PIB) in der JVA Bielefeld-Brackwede https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:dThvdY37akkJ:https://www.jva-bielefeld-brackwede.nrw.de/behoerde/beh_aktuelles/Ausschreibungen/Psychiatrische-Fachpflege/Konzept.PDF&cd=1&hl=de&ct=clnk&gl=de&client=safari
- [7] Byrne, James M.; Pattavina, April; Taxman, Faye S. (2015): International Trends in Prison Upsizing and Downsizing: In Search of Evidence of a Global Rehabilitation Revolution. In: Victims & Offenders 10 (4), S. 420–451. DOI: 10.1080/15564886.2015.1078186.
- [8] Gühne, Uta (Hg.) (2019): S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien

bei schweren psychischen Erkrankungen. S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde; Springer-Verlag GmbH. 2. Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer. Online verfügbar unter <http://www.springer.com/>.



Fachhochschule der Diakonie

Impressum

Für den Inhalt der Beiträge sind die Autorinnen und Autoren verantwortlich. Wir bemühen uns um eine gendergerechte Sprache. Formulierungen in männlicher Form beziehen sich auf Männer und Frauen in gleicher Weise.

Die Poster sowie der Abstractband stehen am Tag der Tagung unter www.insights.fh-diakonie.de zum Download zur Verfügung. Durch scannen des QR-Codes gelangen Sie zur genannten Webseite:



Herausgeber

Studiengang Psychische Gesundheit / Psychiatrische Pflege PP 20.1

Fachhochschule der Diakonie
Bethelweg 8
33617 Bielefeld