

Über die Unterbringung und Arbeit in der forensischen Psychiatrie: Haben die eine Schraube locker?¹

Vivienne de Vogel

Zusammenfassung

Patienten in der forensischen Psychiatrie haben eine schwere Straftat begangen, für die sie aufgrund ihrer psychiatrischen Probleme nicht oder nur teilweise strafrechtlich verantwortlich sind. Bei ihnen ist also nachweislich sozusagen „eine Schraube locker“. Auch die Menschen, die dort arbeiten, haben nach der öffentlichen Meinung einen Makel: „Man muss verrückt sein, um dort arbeiten zu wollen“. Das Bild ist in der Regel nicht positiv, vor allem, wenn Vorfälle in den Medien auftauchen, bei denen das behandelnde Personal oft als inkompetent abgetan wird. Oder gibt es vor allem Mängel in den Abläufen und der Organisation der forensischen Versorgung? „Das System steht still“, titelte die niederländische Rundfunkanstalt NOS im Dezember 2023 eine ihrer Nachrichtensendungen. Es besteht Personalknappheit, eine hohe Arbeitsbelastung und lange Wartelisten. Außerdem ist es schwierig, die Weiterversorgung so zu organisieren, dass die Kontinuität der Betreuung gewährleistet ist. Wie groß sind diese Probleme wirklich, und sind sie reparabel? Bei der näheren Betrachtung aus drei Perspektiven – *Patienten, Fachkräfte und Prozesse* – kommt die Autorin zu dem Schluss, dass sich parallele Themen erkennen lassen und eine integrierte Perspektive erforderlich ist, um die Qualität der forensischen Versorgung weiter zu verbessern.

Schlüsselwörter: Forensische Psychiatrie, Forensische Psychiatriepatienten, forensische Fachleute, Organisation forensischer Einrichtungen, traumainformierte forensische Versorgung

¹ Dieser Artikel ist eine von Uta Kröger ins Deutsche übersetzte, leicht bearbeitete Fassung der vor kurzem erschienenen Veröffentlichung: V. de Vogel (2023). Een steekje los? De Psycholoog, 9, 32-40. Diese niederländische Fassung ist eine bearbeitete Version der Rede, die Dr. Vivienne de Vogel bei der Annahme ihres Lehrstuhls am 24. März 2023 gehalten hat.

About being admitted and working in forensic care. Have a screw loose?

Abstract

Forensic psychiatric patients have committed a serious crime for which they are not or only partially responsible due to their psychiatric problems. They have therefore demonstrably “a screw loose”. The people who work there also have a stigma in public opinion: “You have to be crazy to want to work there”. The image is generally not positive, especially when incidents appear in the media in which the treating staff are often dismissed as incompetent. Or are there mainly shortcomings in the processes and organization of forensic care? “The system is at a standstill” was the headline of one of the Dutch broadcaster NOS’s news programs in December 2023. There are staff shortages, high workloads, long waiting lists, and it is complicated to organize further care well and ensure continuity of care. How big are these problems really, and can they be fixed? Looking at them more closely from three perspectives – *patients, professionals and processes* – the author concludes that parallel themes can be identified, and that an integrated perspective is required to further improve the quality of forensic care.

Keywords: Forensic psychiatry, forensic psychiatric patients, forensic professionals, organization of forensic institutions, trauma-informed forensic care

Patienten

Fallstudie

Kimberly² wuchs – wie es in Berichten oft heißt – in affektiv und erzieherisch vernachlässigenden Umständen auf. Konkret bedeutet das in ihrem Fall, dass es in der Familie, in der sie aufwuchs, viele Probleme gab: Ihr Vater hatte ein Alkoholproblem und konnte in betrunkenem Zustand aggressiv gegenüber seinen Familienmitgliedern werden. Ihre Mutter hatte psychische Probleme, wegen derer sie mehrmals im Krankenhaus behandelt wurde. Sie arbeitete als Prostituierte und nahm regelmäßig Kunden mit nach Hause. Im Alter von 13 Jahren wurde Kimberly von einem der Stammkunden mehrfach sexuell missbraucht. Ihre Mutter griff nicht ein. Beide Elternteile waren kaum in der Lage, für Kimberly und ihre Schwester zu sorgen. Die Kinder streiften oft bis spät in die Nacht durch die Straßen und schlossen die Schule nicht ab. Von klein auf lernte Kimberly zu flüchten, zum Beispiel in Alkohol- und Drogenkonsum. Sie brachte sich, um sich zu beruhigen, selbst Verletzungen bei. Durch einen Freund landet Kimberly selbst in der Prostitution. Immer weiter

2 Aus Gründen des Datenschutzes wurden der Name und die Einzelheiten des Falls geändert.

rutscht sie ab: Sie konsumiert mehr Alkohol und Drogen, begeht Eigentumsdelikte und wird zunehmend gewalttätig. Sie wird schwanger, da sie jedoch nicht in der Lage ist, sich um ihr Baby zu kümmern, wird es ihr weggenommen. Kimberly zeigt zunehmend verwirrtes und aggressives Verhalten. Sie wird mehrmals in die Psychiatrie eingewiesen, aber jedes Mal läuft sie weg oder verursacht Probleme. Nachdem sie eine psychiatrische Krankenpflegerin mit einem Messer angegriffen und einen der herbeigerufenen Polizisten schwer verletzt hatte, wurde sie schließlich in den Maßregelvollzug eingewiesen.

Wie können wir Kimberly helfen, sodass sie keine Straftaten mehr begeht und auch besser auf sich selbst aufpasst? Welche Rolle spielt ihr Drogenkonsum und welche Beziehung besteht zwischen ihrer Aggression gegenüber anderen und sich selbst? Eine weitere wichtige Frage ist, wie man die Fachkräfte, die täglich mit ihr arbeiten, am besten unterstützt, so dass sie ihre Arbeit gut und sicher verrichten können. Wir müssen auch besser verstehen, wie die Prozesse der Entscheidungsfindung verlaufen. Ist es z. B. wirklich notwendig, dass Kimberly in einer hochgesicherten Maßregelklinik verbleibt, oder kann man sie auch anderswo unterbringen, und wenn ja, wo gibt es einen Platz für sie? Wie können wir die forensische Versorgung weiter optimieren und die Zusammenarbeit zum Beispiel mit der Jugendhilfe verbessern? Das ist sehr wichtig, um den Teufelskreis zu durchbrechen – auch für eventuelle Kinder von Patienten.

Trauma

Wie Kimberly haben viele forensische Patienten in der Kindheit, und ein erheblicher Teil von ihnen auch später im Leben, ein schweres Trauma erlitten. Zahlreiche Studien haben gezeigt, dass Traumata oder – im weiteren Sinne – *ungünstige Kindheits Erfahrungen* auf Emotionen, Kognitionen, Verhalten, Selbstbild und Gesundheit der Patienten Einfluss haben (siehe z. B. Felitti et al., 2019; Hamby et al., 2021). Es überrascht nicht, dass all dies zu schwerwiegenden Problemen bei der Entwicklung und dem Aufbau von Beziehungen zu anderen Menschen führen und sich damit verbunden eine Vielzahl von Störungen entwickeln kann, z. B. eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), Borderline-Persönlichkeitsstörung und Suchtprobleme. Das Erleben traumatischer Ereignisse erhöht auch die Wahrscheinlichkeit, erneut selbst zum Opfer zu werden. Es ist zudem ein Risikofaktor für verschiedene Formen von Fehlverhalten, wie die (wiederholte) Begehung von Straftaten, aber auch für selbstschädigendes / selbstdestruktives Verhalten, sexuelles Risikoverhalten oder die Unfähigkeit, sich gut um seine Kinder zu kümmern.

Kimberly erlebte in ihrer Kindheit häusliche Gewalt, wurde körperlich und seelisch vernachlässigt und von einem Kunden ihrer Mutter sexuell missbraucht. Später im Leben wurde sie von ihrem Freund misshandelt, machte unangenehme Erfahrungen in der Prostitution und musste von ihrem Kind Abstand nehmen. Schon in jungen Jahren konsumierte Kimberly Alkohol und später auch Drogen, um ihrer alltäglichen Realität zu entfliehen. Dies führte jedoch zu weiteren Problemen und dazu, dass sie weder eine Ausbildung abschließen noch einer Arbeit nachgehen konnte, was wiederum zu einem noch negativeren Selbstbild und darüber hinaus zu schweren gesundheitlichen und psychischen Problemen führte. Zusätzlich war es für sie schwierig, stabile Beziehungen zu Familie oder Freunden aufzubauen. Ihre Partnerbeziehungen hatten im Allgemeinen einen ausnutzenden Charakter.

Felitti et al. (2019) führten eine groß angelegte Studie über *negative Kindheitserfahrungen* bei 9508 Personen durch, die sich einer medizinischen Routineuntersuchung unterzogen. Sie fanden heraus, dass diese negativen Kindheitserfahrungen sowohl mit psychiatrischen Störungen (z. B. Depressionen, Sucht) als auch mit körperlichen Gesundheitsproblemen bzw. Krankheiten (z. B. Fettleibigkeit, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs) verbunden waren. Es gab einen kumulativen Effekt: je mehr Trauma, desto stärker der Zusammenhang (siehe auch Hamby et al., 2021).

Fritzon et al. (2021) analysierten die Fachliteratur in Bezug auf den Zusammenhang zwischen Trauma und straffälligem Verhalten nach dem in der forensischen Versorgung häufig verwendeten *Risk Need Responsivity*-Modell. Eine Frage, die sie in diesem Zusammenhang stellten, war, ob ein Trauma ein direkter oder eher indirekter Risikofaktor ist, z. B. dadurch, dass es zu Risikofaktoren wie Drogenkonsum führt. Sie kamen zu dem Schluss, dass es sich wahrscheinlich um eine Kombination all dieser Faktoren handelt, sowohl bei Beginn der Straffälligkeit als auch bei der Rückfälligkeit. Sie erwähnen ebenfalls, dass Symptome eines Traumas (die Wirkung von) Interventionen beeinflussen. Es ist wichtig, besser zu verstehen, wie dies funktioniert, und mehr Forschung dazu zu betreiben. Kurz gesagt, Trauma ist der Kern der Probleme vieler forensischer Patienten, und Traumabehandlung ist unerlässlich. Dies ist nicht einfach und erfordert einen intensiven, integrierten Ansatz.

Traumainformierte Versorgung

Die Schaffung eines möglichst sicheren sozialen Umfelds, die Konzentration auf Kooperation und die Förderung von Ressourcen, fundiertes Wissen über den Zusammenhang zwischen Trauma und aktuellem Verhalten sowie die Berücksichtigung von Diversität sind die Grundsätze der *traumainformierten Arbeit*. Von der *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* in den Vereinigten Staaten (SAMSHA, 2014) wurden Grundsätze formuliert, die zunehmend weltweit und in verschiedenen

Sektoren angewandt werden, z. B. in der regulären psychiatrischen Versorgung oder in Schulen. Dies steht im Einklang mit der Entwicklung einer Versorgung, die den Menschen statt die Krankheit stärker in den Mittelpunkt stellt. Es handelt sich dabei nicht um ein spezifisches Behandlungsprogramm, sondern um einen umfassenden und kontinuierlichen Prozess der Sensibilisierung für Traumata. In der forensisch-psychiatrischen Versorgung in den Niederlanden wird *traumainformiertes* Arbeiten noch zu wenig strukturell angewandt. Es ist wünschenswert, zu erforschen, wie dies richtig gestaltet werden kann und was dazu erforderlich ist, beispielsweise bei der Ausbildung von Fachleuten.

Selbstverletzendes Verhalten

Die Forschung hat einen deutlichen Zusammenhang zwischen Trauma und selbstverletzendem Verhalten aufgezeigt. Selbstverletzendes Verhalten kommt in der forensischen Versorgung häufig vor und nimmt oft ernste Formen an (De Vogel & Verstegen, 2021). Die Auswirkungen auf die Patienten, aber auch auf andere Personen wie Fachkräfte und Mitpatienten, die davon Zeuge sind bzw. eingreifen müssen, können gravierend sein. Selbstverletzendes Verhalten ist ein Risikofaktor für Suizid, aber es besteht auch ein enger Zusammenhang zwischen Aggression gegen andere und gegen sich selbst. Laut einer Studie der Van der Hoeven-Klinik in Utrecht über Zwischenfälle während der Behandlung stellt selbstverletzendes Verhalten den wichtigsten Prädiktor für Aggression gegen andere dar, selbst wenn auch andere Variablen berücksichtigt werden. Bei Patienten mit selbstverletzendem Verhalten war die Wahrscheinlichkeit, dass sie auch Aggression gegenüber anderen zeigten, neunmal höher (Verstegen et al., 2020). Ein besseres Verständnis dieses Zusammenhangs und der zugrunde liegenden Faktoren und Dynamiken ist ein wichtiges Forschungsthema für die kommenden Jahre.

Risikoeinschätzung

Trauma ist also ein wichtiger Risikofaktor, wahrscheinlich nicht immer im direkten Sinn, sondern vor allem durch sein Zusammenspiel mit anderen Risikofaktoren und gleichzeitig fehlenden Schutzfaktoren. Schließlich werden bei weitem nicht alle Menschen, die in ihrem Leben ein Psychotrauma erlebt haben, später straffällig. Das gilt übrigens für fast alle Risikofaktoren. Nur in den seltensten Fällen führt ein einzelner Risikofaktor direkt zu gewalttätigem Verhalten. In der Regel handelt es sich um eine komplexe Kombination und Interaktion von Risikofaktoren bei gleichzeitigem Fehlen von Schutzfaktoren. Diese Faktoren und die Dynamik zwischen ihnen für den Einzelnen zu verstehen und zu entschlüsseln, ist entscheidend. Denn um eine gute forensische Versorgung zu gewährleisten, muss man verstehen, *warum* jemand eine Straftat begeht und *was* man behandeln muss, um die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls zu

verringern. Bei jedem Patienten kann ein Bündel von Faktoren festgestellt werden, die bei der Festlegung und Evaluation von Behandlungszielen hilfreich sein können. Diagnostik und Risikoeinschätzung sind daher wesentliche Bestandteile, nicht nur zu Beginn der Behandlung, sondern kontinuierlich. In Kimberly's Fall lassen sich beispielsweise bestimmte Risikofaktoren bündeln. Das Aufwachsen in einer instabilen Familie, in der Gewalt herrschte, führte zu einer Reihe von Problemen: Flucht in den Drogenkonsum, Kimberly hat nicht gelernt, darüber zu reden, Misstrauen gegenüber den therapeutischen Mitarbeitern und die Entwicklung psychiatrischer Störungen. All diese Faktoren beeinflussen sich gegenseitig und können daher nicht isoliert betrachtet werden.

Ab dem Jahr 2001 wurde die Risikoeinschätzung in den niederländischen forensisch-psychiatrischen Kliniken eingeführt. Inzwischen gibt es – weltweit – etwa vierhundert Instrumente zur Risikoeinschätzung, unzählige Studien und Veröffentlichungen, und es wurde viel Wissen über Risiko- und Schutzfaktoren zusammengetragen. Dennoch gibt es noch viele Fragen und Verbesserungsmöglichkeiten, insbesondere wie wir dieses Wissen am besten in die tägliche Praxis umsetzen können. Die größten Herausforderungen sind die Umsetzung in die Praxis, die Umsetzung der Risikoeinschätzung in Risikomanagement, Verbesserungen für bestimmte Gruppen (z. B. Frauen), das Vermeiden von Verzerrungen und die Risikokommunikation.

Risikokommunikation

Ein Thema, das noch relativ wenig erforscht ist, ist die Kommunikation der Ergebnisse einer Risikoeinschätzung, z. B. an Entscheidungsträger wie den Richter, aber auch an Kollegen oder an die Patienten selbst (De Vogel et al., 2022). Tatsächlich bildet die Risikokommunikation das Bindeglied zwischen der Risikoeinschätzung und der Entscheidungsfindung sowie dem anschließenden Risikomanagement und bestimmt somit weitgehend den Wert der Risikoeinschätzung für die Praxis. Es ist wichtig, die Ergebnisse einer Risikoeinschätzung klar zu kommunizieren, damit der Entscheidungsträger die Risiken angemessen einschätzen und seine Entscheidungen entsprechend optimal anpassen kann. Letztendlich zielt die Risikoeinschätzung nicht darauf ab, Rückfälle vorherzusagen, sondern konkrete Leitlinien für das Risikomanagement bereitzustellen, um den Rückfall einer Person in straffälliges Verhalten so weit wie möglich zu verhindern.

Es gibt verschiedene Arten der Kommunikation, z. B. in Zahlen / Prozentsätzen oder in Risikokategorien (niedrig, mittel, hoch). Die internationale Forschung hat gezeigt, dass es darauf ankommt, wie man das Risiko kommuniziert: Die Angabe „Jeder Fünfte rezidiert“ führt bei den Entscheidungsträgern zu mehr Zögern als „20 % rezidiert“, ebenso wie eine negative gegenüber einer positiven Formulierung (20 % Rückfallwahrscheinlichkeit gegenüber 80 % Wahrscheinlichkeit, nicht rückfällig zu werden). Im Allgemeinen werden Zahlen nicht gut verstanden. Sowohl die Fachleute, die die Risikoeinschätzung durchführen, als auch die Entscheidungsträger bevorzugen beschreibende Rückmeldungen (niedrig, mittel, hoch). Dies bleibt jedoch oft grob-

körnig und abstrakt und führt auch häufiger zu höheren Einschätzungen (De Vogel et al., 2022). Es bedarf eines besseren Verständnisses und einer besseren Ausbildung im Bereich der Risikokommunikation sowie einer weiterführenden Forschung, z. B. unter Richtern, um so klar wie möglich zu kommunizieren, damit wir uns gegenseitig gut verstehen und zunehmend die gleiche Sprache sprechen.

Geschlechtsspezifische Unterschiede in der forensischen Versorgung

Ein besseres Verständnis des delinquenten Verhaltens und der Risikoeinschätzung hat sich – vor dem Hintergrund der oben genannten Herausforderungen – als sehr wertvoll erwiesen. Dies gilt jedoch insbesondere für männliche Patienten in der forensischen Betreuung. Über Frauen – zugegebenermaßen eine kleine (aber wachsende) Gruppe – ist dies schwieriger zu sagen. Praktisch alle in der forensischen Betreuung eingesetzten Instrumente und Methoden wurden an Männern entwickelt oder erforscht. An sich ist das logisch, aber es wirft Fragen auf: Woher wissen wir, ob sie auch für weibliche Patienten geeignet sind?

Generell sind geschlechtsspezifische Voreingenommenheit und Stereotypisierung hartnäckige Phänomene. Ich möchte betonen, dass dies in beide Richtungen wirkt. Nach wie vor ist es schwierig, Frauen als Täterinnen bzw. Männer als Opfer zu sehen (siehe auch de Vogel & Uzieblo, 2020). Männer werden als Opfer viel weniger anerkannt und gewürdigt. Wenn sie überhaupt darüber sprechen, werden sie oft nicht ernst genommen und erhalten daher nicht die Hilfe, die sie brauchen. Psychische Probleme wie Depressionen und Angstzustände sind bei Männern ebenfalls schwer zu erkennen. Dies sind alles relevante Themen, die mehr Aufmerksamkeit erfordern.

In den letzten Jahren wurde ein multizentrisches Projekt über 275 Frauen in der forensischen Versorgung durchgeführt und untersucht, was sie hinsichtlich ihrer Straftaten, ihres Hintergrunds und ihrer Risikofaktoren charakterisiert. Dabei haben wir viele Erkenntnisse gewonnen, z. B. dass fast alle von ihnen (komplexe) Traumata und sehr komplexe psychische Probleme haben. Wir haben auch festgestellt, dass es – trotz vieler Gemeinsamkeiten – relevante geschlechtsspezifische Unterschiede bei den Straftaten gibt, z. B. dass Frauen häufiger Beziehungsgewalt und nur selten sexuelle Gewalt ausüben. Wir fanden auch Unterschiede bei den Diagnosen und dem Behandlungsbedarf (De Vogel et al., 2016; für eine Übersicht siehe de Vogel et al., 2023). Nur wenige dieser Frauen konnten erfolgreich in die Gesellschaft zurückkehren. Von den 78 entlassenen Frauen waren 18 % im Alter von durchschnittlich 44 Jahren gestorben. Suizide und schweres selbstverletzendes Verhalten, Traumata in der Vergangenheit, Drogenmissbrauch und Prostitution in der Vergangenheit waren häufig. Außerdem stellten wir fest, dass die Instrumente zur Risikoeinschätzung bei Frauen deutlich weniger aussagekräftig waren als bei Männern. Die Verwendung dieser Instrumente ist in den Niederlanden obligatorisch und hat einen großen Einfluss auf die Fortsetzung der Behandlung, ist aber bei Frauen weniger nützlich (de Vogel, 2022).

Besonders entscheidend für die nächsten Jahre ist, wie die Erkenntnisse aus der Wissenschaft in der Praxis ankommen. Wichtige Fragen dabei sind, wie man geschlechtergerecht arbeitet und wie man mit Transgender-Personen umgeht, nicht nur in der forensischen Versorgung, wo in den Niederlanden eine gemischte Behandlung möglich ist, sondern z. B. auch im Strafvollzug, wo Männer und Frauen getrennt untergebracht sind. Im Rahmen des Programms „*Quality Forensic Care*“ wurden kürzlich Leitlinien für geschlechtergerechtes Arbeiten entwickelt, um die Behandlung von Frauen in der forensischen Versorgung zu verbessern (De Vogel et al., 2023).

Psychische Widerstandsfähigkeit

Von den in der forensischen Psychiatrie tätigen Fachkräften wird viel erwartet. Bei den Patienten handelt es sich um eine komplexe Zielgruppe, die Arbeitsbelastung ist hoch, es gibt eine große Fluktuation des Personals und hohe Erwartungen der Gesellschaft. Die meisten Fachkräfte, die in der forensischen Betreuung arbeiten, haben sich bewusst für diesen Beruf entschieden und sehen ihn als sinnvolle und wichtige Arbeit an, vor allem, weil sie damit zur Besserung der Patienten und Verhinderung von Rückfällen beitragen und so die Gesellschaft sicherer machen können. Allerdings ist es nicht einfach.

Die Arbeit im forensisch-sozialen Bereich weist einige spezifische Aspekte auf, die an die psychische Belastbarkeit der Fachkräfte appellieren, wie das Miterleben von Zwischenfällen, aber auch Spannungen im Kontakt mit Patienten. Die Arbeit mit Patienten, die schwere Straftaten begangen haben, kann emotional belastend sein. Insbesondere das Konfrontiert Werden mit Sexualstraftaten oder schweren Gewaltverbrechen von Patienten, vor allem wenn Kinder die Opfer waren, kann einen starken Eindruck hinterlassen und sogar zu seelischen Beschwerden bei den Fachkräften führen. Untersuchungen an Fachpersonal im Jugendschutz haben gezeigt, dass die ständige Konfrontation mit Geschichten von missbrauchten Kindern zu ähnlichen Symptomen führen kann wie bei den Traumatisierten selbst (Sprang et al., 2011). Dies wird als sekundäre oder indirekte Traumatisierung bezeichnet und tritt bei weiblichen Fachkräften besonders häufig auf (Branson, 2019). Im forensisch-sozialen Bereich haben viele Patienten ein Trauma in ihrer Vorgeschichte, vor allem aber haben sie bei anderen ein Trauma verursacht. Bei Therapeuten, die mit Sexualstraftätern arbeiten, wurde ebenfalls eine sekundäre Traumatisierung festgestellt (Moulden & Firestone, 2007).

Manchmal übersteigt die psychische Belastung die Tragfähigkeit und dann können Beschwerden auftreten, zum Beispiel PTBS oder Burnout. Sowohl individuelle Eigenschaften (und die private Situation) als auch Eigenschaften von Teams und der Organisation können eine Rolle spielen, sowohl im negativen Sinne (Risikofaktoren) als auch im positiven Sinne (Schutzfaktoren). Zu den Schutzfaktoren für eine Person gehören positives Denken und der Glaube an die eigenen Fähigkeiten. Für Organisationen sind eine offene Kultur, ausreichende Möglichkeiten der Nachsorge, echtes Engagement von Führungskräften und Kollegen sowie eine transparente Kommuni-

kation wichtige Schutzfaktoren. Die Forschung hat gezeigt, dass die Merkmale einer Organisation ein noch stärkerer Prädiktor für posttraumatische Belastungssymptome sind als das Ereignis an sich bzw. Eigenschaften der Fachkräfte (White et al., 2015). Forensische Organisationen sollten deshalb auf ihre Behandlungskultur und Mitarbeiter achten und sich auf mehreren Ebenen und zu verschiedenen Zeiten für die Prävention einsetzen.

Berufliches Verhalten in der forensischen Psychiatrie

Die niederländische Forensik hat sich in den letzten Jahren stark entwickelt, und es wurde viel getan, um die Fachkräfte bei ihrer Arbeit zu unterstützen; siehe z. B. das niederländische Programm für forensische Professionalität (<https://forensischvakmanschap.nl/>), die forensische Lernlinie (<https://forensischeleerlijn.nl/>), den kürzlich vorgelegten Qualitätsrahmen für die forensische Versorgung (<https://efp.nl/kwaliteitskader-forensische-zorg>; Kröger & Nabitz, 2023) und das Qualitätsprogramm für die forensische Versorgung (<https://kfz.nl/>). Sie alle haben zum Ziel, den Fachkräften Instrumente zur weiteren Verbesserung der forensischen Versorgung an die Hand zu geben. In der Praxis werden die Fachkräfte jedoch auch mit Instrumenten, Leitlinien, Handbüchern, Factsheets usw. überschüttet. Wie finden sie sich darin zurecht, wie können sie sie sinnvoll nutzen und in ihre tägliche Arbeit und professionelle Verantwortung einbauen, und wie stellt man sicher, dass sie nicht zu einer obligatorischen Checkliste werden? In jedem Fall ist es wichtig, dass Fachleute in die Entscheidungen und die Umsetzung einbezogen werden, dass ihnen ausreichend Zeit und Raum gegeben wird und dass sie gut in die Prozesse eingebunden sind.

Prozesse

Kontinuität der Versorgung

Die Kontinuität der forensischen Versorgung bzw. innerhalb der Justizkette ist ein Thema, das in den letzten Jahren viel Aufmerksamkeit erregt hat. Es wurden zahlreiche Berichte veröffentlicht und Mittel eingesetzt, die alle das Ziel haben, die Kontinuität zu verbessern, so dass nach der Entlassung ein reibungsloser Übergang zu möglichen Folgeeinrichtungen und/oder eine soziale Wiedereingliederung durch angemessene Unterbringung, Beschäftigung und soziale Einbindung erfolgt. Eine kontinuierliche Betreuung und Beaufsichtigung nach der Zwangsbehandlung ist eine wichtige Voraussetzung für die Verhinderung eines Rückfalls in Straffälligkeit, (selbst)zerstörerisches oder störendes Verhalten. Trotz aller guten Intentionen ist die Weiterver-

sorgung immer noch unzureichend und es besteht eine Diskontinuität in der Justizkette.

Im Jahr 2019 wurde eine Bestandsaufnahme zur Kontinuität der Versorgung, *Mind the gap* (de Vogel et al., 2019), durchgeführt, bei der alle bereitgestellten Dokumente untersucht und Fachleute zu ihren Bedürfnissen befragt wurden. Engpässe lassen sich grob in Probleme im Bereich der Gesetze und Vorschriften/Finanzierung unterteilen, vor allem aber in Schwierigkeiten bei der (Organisation der) Zusammenarbeit. Der Bedarf der Fachleute liegt vor allem in einer besseren Zusammenarbeit und einem besseren gegenseitigen Kennenlernen. Eine gute Zusammenarbeit zwischen den Institutionen und ein sorgfältiger Transfer können einen Beitrag zum Übergang von „Mind the gap“ zu „Bridge the gap“ leisten. Darüber hinaus ist es wichtig, alles, was jetzt geliefert oder implementiert wird, richtig zu bewerten und daraus zu lernen.

Für eine gute Zusammenarbeit ist es notwendig, klare gemeinsame Ziele zu formulieren, deutliche Vereinbarungen über die Zusammenarbeit rund um einen Patienten zu treffen und eine gemeinsame Sprache zu sprechen (z. B. was verstehen wir unter Begriffen wie Risikodenken, Stärken- und Recovery-orientierte Versorgung). Darüber hinaus müssen Randbedingungen, wie z. B. die Finanzen und Vereinbarungen über den Schutz der Privatsphäre geschaffen werden.

Entscheidungsfindung

Eine sorgfältige Entscheidungsfindung ist von Bedeutung, da im Rahmen der forensischen Versorgung wichtige Entscheidungen getroffen werden müssen, z. B. ob es gerechtfertigt ist, einen forensischen Patienten zu beurlauben. Kürzlich wurde ein Artikel mit Ergebnissen des *Adviescollege Verloftoetsing tbs (AVT)* [Übersetzt: Beratender Ausschuss für die Überprüfung von Beurlaubungsanträgen aus dem Maßregelvollzug] veröffentlicht (Bulten et al., 2022). Der AVT wurde 2008 als Reaktion auf die Empfehlungen des Visser-Ausschusses (2006, parlamentarische Untersuchung nach mehreren schweren Zwischenfällen mit Maßregelpatienten während der Beurlaubung) eingerichtet und ist ein unabhängiges Gremium, das die von den Maßregelkliniken verfassten Anträge auf Ausgänge, Beurlaubungen oder bedingte Entlassung von Maßregelpatienten inhaltlich bewertet und den Justizminister über die Sicherheit der eingereichten Anträge berät. Der AVT beurteilt jährlich zwischen 1.300 und 1.400 Anträge. Dies geschieht in einem sorgfältigen Verfahren und stützt sich zum Teil auf eine evidenzbasierte Risikobewertung durch die Kliniken.

In der Studie von Bulten et al. (2022) haben wir alle Vorfälle von Entweichungen von Maßregelpatienten zwischen 2009 und 2020 erfasst. Dabei haben wir uns die positiv bewerteten Beurlaubungsanträge angesehen (etwa 90 % der Gesamtzahl der Bewertungen). 2,5 % der 15.050 Urlaubsanträge im Zeitraum 2009-2020 betrafen eine Entweichung. Bei fast drei Vierteln (74 %) der Beurlaubungen kehrte der Patient innerhalb von 24 Stunden in die Einrichtung zurück, und es kam auch nicht zu einem

Rückfall. Anschließend untersuchten wir die Rückfälligkeit und stellten fest, dass bei 0,15 % aller positiv beurteilten Urlaubsanträge eine Entweichung mit einem Rückfall vorlag. Darüber hinaus analysierten wir die Patientenmerkmale von 11.525 Urlaubsanträgen für einen ersten überwachten Urlaub zwischen 2010 und 2018. Patienten mit einer Cluster-B-Persönlichkeitsstörung, einer substanzbezogenen Störung, affektiven Störung oder einer Aufmerksamkeitsstörung, mit Brandstiftung oder einem schweren Gewaltverbrechen als Indexdelikt hatten eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit einer Entweichung. Allerdings waren diese Zusammenhänge nur sehr schwach ausgeprägt. Kurz gesagt, ein Rückfall während einer Entweichung ist ein seltenes Ereignis. Trotz der Tatsache, dass einige Patienten- und Deliktmerkmale mit einer Entweichung zusammenhängen, ist die Beziehung schwach und die Vorhersage eines Rückfalles während einer Entweichung schwierig. Daraus können wir schließen, dass der gesamte Entscheidungsprozess rund um die Beurlaubung im Allgemeinen sorgfältig ist; in 99,85 % der positiv beurteilten Beurlaubungsanträge verläuft die Beurlaubung sicher (ohne Rückfälle). Es sollte auch erwähnt werden, dass wir in dieser Studie nur Urlaubsanträge untersucht haben; betrachtet man die Gesamtzahl der *Beurlaubungen* (ca. 70 000 pro Jahr), ist die Zahl der Rückfälle noch niedrig.

Natürlich ist jeder Rückfall einer zu viel und wir müssen alles tun, um ihn zu verhindern, aber eine 100%ige Garantie ist eine Illusion. Dies wurde auch vom Visser-Ausschuss deutlich zum Ausdruck gebracht: „Kein System, keine Lösung kann 100 % Sicherheit garantieren“ (Visser, 2008, S. 18). Auch wenn die Gewichtungen und Bewertungen noch so sorgfältig vorgenommen werden, sind gelegentliche Entweichungen und Rückfälle unvermeidlich. Es sollte verhindert werden, dass derartige Vorfälle die Politik weitgehend bestimmen. Ich möchte auf die Zeitleiste der Systemveränderungen in der forensischen Versorgung und die Erörterung ihrer Folgen in Van der Wolf et al. (2020) verweisen, insbesondere auf Lektion 8 (S. 60): “Forensic care is performing increasingly well with regard to recidivism reduction, but incidents largely determine the picture and policy “.

Schlussfolgerung

Bei Patienten, den Fachleuten und den Prozessen in der forensischen Psychiatrie ist sicherlich manches im Argen, aber es gibt auch viel Potenzial, Verbesserungen und Widerstandsfähigkeit. Solange das Gebäude als Ganzes solide ist, kann eine kleine Unzulänglichkeit keinen großen Schaden anrichten. Es gibt eine Reihe von parallelen Themen, die in den kommenden Jahren mehr Forschung erfordern: Widerstandskraft, *traumainformiertes* Arbeiten, sorgfältige Kommunikation und Zusammenarbeit.

Letztendlich machte Kimberly keine Fortschritte in ihrer Behandlung und ihre Lage verbesserte sich nicht. Es gab einige Versuche, sie zu resozialisieren, aber sie verfiel immer wieder in Drogenkonsum und riskantes Verhalten.

Ihre gesundheitlichen Probleme wurden immer gravierender; sie hatte auch kognitive Probleme, unter anderem mit ihrem Gedächtnis. Schließlich wurde sie in eine Longcare-Einrichtung verlegt, wo sich die Behandlung nicht so sehr auf die Rückkehr in die Gesellschaft, sondern auf die Lebensqualität konzentriert. Positiv zu vermerken ist, dass sie mit Hilfe eines Netzwerkbetreuers Kontakt zu ihrem Kind aufnehmen konnte, was für sie sehr wertvoll war. Trotz der vielen noch bestehenden Probleme konnte doch noch etwas repariert werden.

Literatur

- Bernstein, D., Keulen-de Vos, M., Clerck, M., Vogel, V. de, Kersten, G. C. M. Lancel, M., Jonkers, P. P., Bogaerts, S., Slaats, M., Broers, N. J., Deenen, T. A. M., & Arntz, A. (2023). Schema therapy for violent PD offenders: A randomized clinical trial. *Psychological Medicine*, 53(1), 88-102. doi:10.1017/S0033291721001161
- Branson, D. C. (2019). Vicarious trauma, themes in research, and terminology: A review of literature. *Traumatology*, 25(1), 2-10. <https://doi.org/10.1037/trm0000161>
- Bulten, E., Vogel, V. de, & Kordelaar, W. van (2022). Onttrekkingen en recidive tijdens tbs-verlof: De wet van de kleine aantallen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 64, 657-662.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (2019). Reprint of: Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*, 56(6), 774-786. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2019.04.001>
- Fritzon, K., Miller, S., Bargh, D., Hollows, K., Osborne, A., & Howlett, A. (2021). Understanding the relationships between trauma and criminogenic risk using the Risk-Need-Responsivity model. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 30(3), 294-323. <https://doi.org/10.1080/10926771.2020.1806972>
- Hamby, S., Elm, J. H., Howell, K. H., & Merrick, M. T. (2021). Recognizing the cumulative burden of childhood adversities transforms science and practice for trauma and resilience. *American Psychologist*, 76(2), 230-242. <https://doi.org/10.1037/amp0000763>
- Kröger, U. & Nabitz, U. (2023). Qualitätsrahmen der forensischen Versorgung in den Niederlanden (Orig. Kwaliteitskader Forensische Zorg). *Forensische Psychiatrie und Psychotherapie*, 33, 2023 (2), 220-24.
- McIntosh, L. G., Janes, S., O'Rourke, S., & Thomson, L. D. (2021). Effectiveness of psychological and psychosocial interventions for forensic mental health inpatients: A meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior*, 58, 101551. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2021.101551>
- Moulden H. M., & Firestone, P. (2007). Vicarious traumatization: The impact on therapists who work with sexual offenders. *Trauma, Violence, & Abuse*, 8(1), 67-83. https://doi.org/10.1057/9780230249165_10

- Nagtegaal, M. H., Goethals, K. R. I. S., & Meynen, G. (2016). De tbs-maatregel: Kosten en baten in perspectief. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 58(10), 739-745.
- NOS (2023). <https://nos.nl/artikel/2457530-tbs-systeem-zit-muurvast-elke-bezemkast-omgebouwd>
- Papalia, N., Spivak, B., Daffern, M., & Ogloff, J. R. (2019). A meta-analytic review of the efficacy of psychological treatments for violent offenders in correctional and forensic mental health settings. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 26(2), e12282. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12282>
- SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration) (2014). *SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach*. HHS Publication No. (SMA) 14-4884. SAMHSA.
- Sprang, G. Craig, C., & Clark J. (2011). Secondary traumatic stress and burnout in child welfare workers: A comparative analysis of occupational distress across professional groups. *Child Welfare* 90(6), 149-168.
- Verstegen, N. (2023). *Hurt people hurt people. Characteristics and impact of inpatient aggression in forensic mental health care*. Dissertation Maastricht University.
- Verstegen, N., Vogel, V. de, Huitema, A., Didden, R., & Nijman, H. (2020). Physical violence during mandatory psychiatric treatment: Prevalence and patient characteristics. *Criminal Justice & Behavior*, 47(7), 771-789. doi: <https://doi.org/10.1177/0093854820924691>
- Visser, A.P. (2008). *TBS, vandaag over gisteren en morgen. Een inleiding over het parlementair onderzoek TBS*. Ontmoetingen, voordrachtenreeks van het Lutje P.J.G., 14, 1-18.
- Vogel, V. de (2022). Risicotaxatie bij vrouwen. *Expertise en Recht*, 2022-2, 35-40
- Vogel, V. de, Bruijn, M. de, Klein Haneveld, E., Leong, J., Robbe, E., Steunenberg, D., Verhees, M., & Vissers, A. (2023). *Behandelen van vrouwen: Een vak apart? Ontwikkeling van een handreiking voor het behandelen van vrouwen in de klinische forensische zorg*. Utrecht: KFZ. Verfügar unter: <https://kfz.nl/projecten/behandelen-van-vrouwen-in-forensische-klinische-zorg-een-vak-apart-het-ontwikkelen-van-richtlijnen-voor-de-behandeling-van-vrouwen-in-de-forensische-klinische-zorg>
- Vogel, V. de, Schaftenaar, P., & Clercx, M. (2019). *Mind the gap. Continuïteit in de forensische zorgketen. Eindrapportage KFZ*. Utrecht: KFZ. Verfügar unter: <https://kfz.nl/resultaten/mind-the-gap-continuïteit-in-de-forensische-keten-precall-2018-79>
- Vogel, V. de, Stam, J., Bouman, Y., Horst, P. ter, & Lancel, M. (2016). Violent women: A multicentre study into gender differences in forensic psychiatric patients. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 27, 145-168. doi: 10.1080/14789949.2015.1102312
- Vogel, V. de, & Uzieblo, K. (2020). Geweld in tijden van Corona. Hoe de COVID-19 pandemie het stereotype denken over huiselijk geweld nog duidelijker blootlegt. *De Psycholoog*, Oktober, 34-42.
- Vogel, V. de, & Uzieblo, K., & Kröger, U. (2020). Häusliche Gewalt während der COVID-19-Pandemie: Ein dringender Aufruf, über Stereotype hinauszudenken. *Forensische Psychiatrie und Psychotherapie*, 27, 2020 (3), 289-304.
- Vogel, V. de, Uzieblo, K., & Broek, E. van den (2022). Is er ruis op de lijn? Het belang van heldere risicocommunicatie. *Sancties*, 2022-42, 153-162.

- Vogel, V. de, Bosker, J., & Broek, E. van den (2020). Forensische Risikokommunikation. *Forensische Psychiatrie und Psychotherapie*, 27, 2020 (3), 326-342.
- Vogel, V. de & Verstegen, N. (2021). Zelfbeschadigend gedrag door patiënten in de forensische psychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 63(6), 419-424.
- White, L.M., Aalsma, M.C., Holloway, E.D., Adams, E.L., & Salyers, M.P. (2015). Job-related burnout among juvenile probation officers: Implications for mental health stigma and competency. *Psychological Services*, 12(3), 291-302.
- Wolf, M. J. F. van der, Reef, J., & Wams, A. C. (2020). *Wie zijn geschiedenis niet kent...: Een overzichtelijke tijdlijn van de stelselwijzigingen in de forensische zorg sinds 1988*. Instituut voor Strafrecht en Criminologie, Universiteit Leiden. Verfügar unter: <https://www.rijks-overheid.nl/documenten/rapporten/2020/11/02/tk-bijlage-rapport-van-der-wolf-visie-forensische-zorg>