

Evaluation der Forensischen Ambulanzen im Rheinland
- Düren, Langenfeld und Essen -

Abschlussbericht

**Forschungsprojekt im Auftrag des
Landschaftsverbandes Rheinland**

Institut für Forensische Psychiatrie
Universität - GH - Rheinische Kliniken Essen
Direktor: Professor Dr. med. N. Leygraf

Bearbeitung:

Dipl.-Psych. Boris Schiffer (zuvor: Dipl.-Psych. Sylvia Hufnagel)

Projektleiter:

Dr. med. Dieter Seifert (zuvor: Dipl.-Psych. Dr. rer. medic. Ralph Pierschke)

Essen 2002

INHALTSVERZEICHNIS

Einleitung	(S. 4)
1 Untersuchungsziele und Inhalte der Evaluation	(S. 6)
2 Zeitliche Einordnung der Untersuchungsabschnitte	(S. 7)
3 Deskription der Stichprobe	(S. 9)
3.1 Basisdaten	(S. 11)
3.2 Klinische Verlaufseinschätzung	(S. 16)
4 Die Forensischen Ambulanzen im LVR	(S. 19)
4.1 Forensische Rehabilitationsstation und Ambulanz der Rheinischen Kliniken Langenfeld	(S. 20)
4.1.1 Das Konzept	(S. 20)
4.1.2 Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung	(S. 21)
4.1.2.1 Das frühere Vorgehen	(S. 21)
4.1.2.2 Die aktuelle Praxis	(S. 23)
4.1.2.3 Weitere Veränderungen seit dem Zwischenbericht	(S. 29)
4.1.3 Kasuistiken	(S. 30)
4.1.4 Ergebnisse der Tätigkeitsbeschreibung	(S. 31)
4.2 Mobile Forensische Ambulanz der Rheinischen Kliniken Düren	(S. 37)
4.2.1 Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung	(S. 37)
4.2.2 Kasuistiken	(S. 39)
4.2.3 Ergebnisse der Tätigkeitsbeschreibung	(S. 45)
4.3 Ambulanz des Institutes für Forensische Psychiatrie der Rheinischen Kliniken Essen	(S. 49)
4.3.1 Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung	(S. 50)
4.3.2 Kasuistiken	(S. 51)
4.3.3 Ergebnisse der Tätigkeitsbeschreibung	(S. 57)
5 Externe Perspektiven: Interviewergebnisse	(S. 60)
5.1 Komplementäre Einrichtungen	(S. 60)
5.2 Bewährungshilfe und Führungsaufsicht	(S. 66)

6	Beantwortung der Untersuchungsfragen	(S. 72)
6.1	Auswirkungen der ambulanten Betreuung auf die Verweildauer	(S. 72)
6.2	Konkretisierung des Arbeitsaufwandes	(S. 73)
6.3	Anforderungen ambulanter Betreuung an versch. Diagnosegruppen	(S. 78)
6.4	Auswirkung ambulanter Betreuung auf die Rückfallgefahr	(S. 80)
6.5	Externe Finanzierung	(S. 84)
6.6	Erhöhung der Akzeptanz bei den Einrichtungen in der Nachsorgeregion	(S. 87)
6.7	Bündelungsfunktion der Ambulanzen	(S. 88)
6.8	Erweiterung des Entlassraumes durch eine forensische Ambulanz	(S. 88)
6.9	Qualitätssicherung	(S. 89)
7	Zusammenfassung und Diskussion: Mindestanforderungen an eine forensische Rehabilitation und Nachsorge	(S. 94)
	Literaturverzeichnis	(S.102)
	Anhang	(S. 107)
	Evaluationsinventar Forensische Ambulanz	
	Fragebogen zur Erfassung der Basisdaten (A-Form)	(S. 108)
	Klinische Verlaufseinschätzung (B-Form)	(S. 112)
	Teameinschätzung (C-Form)	(S. 123)
	Interviewleitfäden (Komplementäre Einrichtungen, Bewährungs- Hilfe und Führungsaufsicht)	(S. 126)
	Tätigkeitserfassungsbogen	(S. 128)

Einleitung

Obwohl in der Vergangenheit vielversprechende Anstrengungen zur Verbesserung der unzureichenden ambulanten Versorgungsstrukturen für forensische Patienten unternommen wurden, ist der Bereich ambulanter forensischer Nachsorge nach wie vor defizitär. So wurden in den Jahren 1990 bis 1997 beispielhaft im Rahmen des „Modellverbundes Psychiatrie“ - Schwerpunkt Forensik - des Bundesgesundheitsministeriums Modellerprobungen in Düren, Lippstadt, Haina, Moringen und Stralsund durchgeführt (Knahl, 1997).

Trotz vielversprechender Ergebnisse und Erkenntnisse aus diesen Modellerprobungen, z.B. bezüglich den Anforderungen und der Notwendigkeit eines flächendeckenden Versorgungsangebots, hat sich die Versorgungsstruktur im Bereich der ambulanten Nachsorge für psychisch kranke Straftäter (noch) nicht wesentlich verbessert. Dabei hatte bereits Leygraf (1988) festgestellt, dass die kritische Phase nach bedingter Entlassung in den ersten 15 Monaten liegt. In dieser Zeit erfolgte die Hälfte aller Wiedereinweisungen.

Auch Seifert (1994, S. 52) hat für schizophren erkrankte bzw. hirnorganisch beeinträchtigte Patienten, die primär aufgrund „eines Krankheitsrezidivs per Widerruf“ untergebracht waren, die Frage aufgeworfen, ob eine ausreichende ambulante Versorgung eventuell das Krankheitsrezidiv hätte verhindern bzw. eindämmen können. Und noch 1996 hat eine unabhängige Expertenkommission in ihrem Gutachten über Sexualstraftäter im Maßregelvollzug explizit auf die Notwendigkeit und Dringlichkeit einer ambulanten Nachsorge hingewiesen (Schüler-Springorum, H., Berner, W., Cirus, B., Leygraf, N., Nowara, S., Pfäfflin, F., Schott, M. & Volbert, R., 1996).

Gerade der wichtige Schritt der Reintegration und Resozialisierung forensischer Patienten bei der Entlassung auf Bewährung bedarf jedoch nicht nur einer finanziellen sondern insbesondere auch der gesetzlichen Verankerung. Dem wurde nunmehr im § 1 Absatz 3 des Maßregelvollzugsgesetzes von NRW durch dessen Novellierung im Juni 1999 und gerade aktuell im Juni 2002 Rechnung getragen (s. Kasten 1.1).

Kasten 1.1.: § 1 Abs. 3 Maßregelvollzugsgesetz NW – letzte Änderung vom 11.06.2002

„Therapie und Beratung sind mit Zustimmung der Patientinnen und Patienten auch nach der Entlassung im Benehmen insbesondere mit der Führungsaufsicht, gesetzlichen Betreuungen, der Bewährungshilfe, der Freien Wohlfahrtspflege, den Sozialbehörden, dem sozialpsychiatrischen Dienst der unteren Gesundheitsbehörde, den ärztlichen und nichtärztlichen Therapeutinnen und Therapeuten sowie den Kostenträgern fortzusetzen. Um die Kontinuität der Behandlung der Betroffenen sicherzustellen, werden Angebote der Nachsorge bereitgestellt. Die Einrichtungen sind verpflichtet, Nachsorgemaßnahmen unter den Voraussetzungen des Satzes 1 zu vermitteln. So weit keine anderen geeigneten Angebote zur Verfügung stehen, müssen Patientinnen und Patienten auf ihren Wunsch insbesondere in Krisenfällen kurzfristig aufgenommen werden. Die Kosten sind in der Rechtsverordnung nach § 30 zu berücksichtigen.“

Mit der erneuten Änderung wurde nun auch die Frage der Finanzierung der Nachsorge geregelt. Danach müssen die Kosten der Nachsorge in der Rechtsverordnung nach § 30 berücksichtigt werden, die voraussichtlich am 01.01.2003 vorliegen wird. Die Dauer der Finanzierung der forensischen Ambulanz entspricht danach der Dauer der Führungsaufsicht, also maximal 5 Jahre.

Das Förderprojekt „Forensische Ambulanz der Rheinischen Kliniken Langenfeld“ des Ministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen versucht diese Vorgaben des Maßregelvollzugsgesetzes praktisch umzusetzen. Die vom Landschaftsverband Rheinland unterstützte wissenschaftliche Begleitung des Projektes sowie darüber hinaus auch die wissenschaftliche Aufarbeitung der ambulanten Betreuung im Rahmen des Maßregelvollzugs im Rheinland erfolgt durch das Institut für Forensische Psychiatrie der Universität - Gesamthochschule - Essen.

1. Untersuchungsziele und Inhalte der Evaluation

Bei der Formulierung der Ziele dieses Evaluationsprojektes wurden die Vorgaben des untersuchungsvorbereitenden Arbeitskreises vom 28.02. bzw. 20.03.2000 zugrunde gelegt. Die dort enthaltenen neun Punkte sollen im Folgenden genannt und deren Umsetzung (Operationalisierung) in einem Forschungsdesign erläutert werden. Dazu gehört insbesondere die Explikation der zur Beantwortung der Fragen herangezogenen Untersuchungsmethoden, die weitgehend auf qualitativer Ebene bleiben und damit den explorativen Charakter des Projekts kennzeichnen.

1. Auswirkungen der ambulanten Versorgung auf die Verweildauer im Maßregelvollzug

Anhand von Einzelfalldarstellungen über Patienten, die sich bereits sehr lange im Maßregelvollzug befinden und wegen der fehlenden ambulanten Strukturen nicht haben entlassen werden können, soll aufgezeigt werden, welche zusätzlichen Entlassperspektiven sich durch die Schaffung einer Rehabilitationsstation und Nachsorgeambulanz ergeben.

2. Konkretisierung des Arbeitsaufwandes

Hierbei soll mittels eines speziell dafür entwickelten Tätigkeitserfassungsbogens an fünf aufeinanderfolgenden Tagen sowohl der konkrete Arbeitsaufwand der ambulanten Betreuung i. e. S., als auch aller weiteren anfallenden Aufgaben für die Mitarbeiter erfasst werden.

3. Anforderungen ambulanter Betreuung an verschiedene Diagnosegruppen

Durch die Erfahrungsberichte u. a. der Ambulanzmitarbeiter, sollen die unterschiedlichen Anforderungen der Hauptdiagnosegruppen (Psychosen, Persönlichkeitsstörungen, geistige Behinderung) an die ambulant nachbetreuenden Versorgungsstrukturen erarbeitet werden.

4. Auswirkung ambulanter Betreuung auf die Rückfallgefahr

Durch Überprüfung der Bundeszentralregisterauszüge sowie Darstellung ausgewählter Kasuistiken soll die Legalbewährung entlassener MRV-Patienten untersucht und somit Auswirkungen der ambulanten Betreuung auf das Rückfallrisiko und die Anpassungsmöglichkeiten der Behandlungsmaßnahmen an die jeweiligen Erfordernisse des Patienten beschrieben werden.

5. Externe Finanzierung

Auf dem Hintergrund, dass die Kostenpflicht für die Behandlung entlassener Patienten nicht schwerpunktmäßig beim Land liegt, werden alternative Kostendeckungsmodelle diskutiert.

6. Erhöhung der Akzeptanz bei den Einrichtungen in der Nachsorgeregion

Mittels Durchführung eines halbstrukturierten Interviews sollen Mitarbeiter komplementärer Einrichtungen zu der Frage Stellung nehmen, mit welchen Mitteln und in welchem Umfang sie eine Erhöhung der Akzeptanz für entlassene forensische Patienten in der allgemeinen sozialpsychiatrischen Versorgung für möglich halten.

7. Bündelungsfunktion der Ambulanzen

Anhand von Interviews mit Bewährungshelfern und Mitarbeitern der Führungsaufsichtsstellen, die mit der Betreuung forensischer Probanden teilweise überfordert scheinen, sollen Vor- und Nachteile einer Bündelung der Aufgaben im Rahmen einer Ambulanz bewertet werden.

8. Erweiterung des Entlassraumes durch eine forensische Ambulanz

Die Erfahrungsberichte der Ambulanzmitarbeiter sollen die Möglichkeiten einer räumlich weiter gestreuten Betreuung und damit einer Erweiterung der Entlassregion aufzeigen.

9. Qualitätssicherung

Hier werden Aspekte der Struktur- sowie der Prozess- und Ergebnisqualität diskutiert.

2. Zeitliche Einordnung der Untersuchungsabschnitte

Zur Realisierung der Untersuchungszielpunkte (s.o.) wurden zunächst die Fragebögen zur Erfassung der Patienten-Basisdaten und der klinischen Verlaufseinschätzung konzipiert (sog. A- und B-Form des „Evaluationsinventars Forensische Ambulanz“, siehe Anhang).

Um die Entlassungspraxis in *Langenfeld* vor und nach dem Aufbau der forensischen Rehabilitationsstation und Ambulanz ab November 1998 vergleichen zu können, wurden die Therapeuten und Sozialarbeiter, die zuvor mit Entlassungsvorbereitungen Erfahrungen gesammelt hatten, mündlich befragt. Zudem erfolgte eine schriftliche Mitarbeiterbefragung des Rehabilitations- und Ambulanzteams („Teameinschätzung“/C-Form, siehe Anhang). Zur besseren Einschätzung der Praxis wurde im Dezember 2000 eine einwöchige Hospitation in der Rehabilitationsstation absolviert.

Im Oktober 2000 wurde ein Interviewleitfaden zur Erfassung der Akzeptanz bei den Einrichtungen in der Nachsorgeregion erarbeitet (siehe Anhang). Die semistrukturierten Interviews wurden zwischen Mai und September 2001 mit Mitarbeitern komplementärer Dienste durchgeführt. Anschließend wurde ein Interviewleitfaden zur Befragung der Ambulanzerfahrungen der Bewährungshelfer und Mitarbeiter der Führungsaufsichtsstellen erstellt (siehe Anhang). Die Durchführung konnte im November 2001 abgeschlossen werden.

Anhand der im April 2002 eingeholten Auszüge aus dem Bundeszentralregister der entlassenen und langfristig beurlaubten Patienten wurden Aussagen zur Legalbewährung getätigt.

Die Konstruktion des Instrumentariums zur Tätigkeitserfassung (siehe Anhang) erfolgte unter Berücksichtigung der Kategorien der Personalverordnung Psychiatrie (1990) sowie der Angaben von Ernst und Young (1996, Band III). Nach einem eintägigen Probelauf (Januar 2002) erfolgte die fünftägige Erfassung, durch die noch ausstehende Genehmigung des Gesamtpersonalrates, etwas verzögert in der Woche vom 10. bis 14. Juni in Langenfeld und Düren und vom 15. bis 19. Juli in Essen.

April 2000



Juni 2002

Abbildung 2.1: Die zeitliche Einordnung der Untersuchungsabschnitte

3. Deskription der Stichprobe

Die Fragebögen (Basisdaten/A-Form und „Klinische Verlaufseinschätzung“/B-Form, siehe Anhang) waren unter Rücksprache mit den Vertretern der an der Untersuchung beteiligten Ambulanzen und in Anlehnung an den im hiesigen Institut entwickelten Prognosefragebogen (Weber, 1995, Seifert et al., 2001a) erstellt worden. Zudem wurden ergänzende Fragestellungen aus der Basisdokumentation Psychiatrie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) berücksichtigt (Krischker et al., 1998). Die Basisdaten wurden durch eine selbst durchgeführte Aktenanalyse gewonnen; der Fragebogen zur „Klinischen Verlaufseinschätzung“ wurde von den jeweils zuständigen Klinikmitarbeitern (Sozialarbeiterin, Psychologe, Pädagoge, Ärztin/Arzt) beantwortet, die mit dem Probanden am vertrautesten waren.

Die Auswertung der Fragebögen erfolgte mit dem Statistischen Programmpaket für Sozialwissenschaftler (SPSS, Version 10.0, 2001).

Bei der zu beschreibenden Untersuchungspopulation handelte es sich um insgesamt 101 Probanden, die während des Zeitraums 1995 bis einschließlich 2000 langfristig beurlaubt, gem. § 67d Abs. 2 (1) StGB¹ zur Bewährung entlassen wurden und unter Führungsaufsicht standen wie auch diejenigen, die im Rahmen der Entlassungsvorbereitung von den Ambulanzen zum Untersuchungsbeginn (April 2000) betreut wurden.

Der besseren Veranschaulichung der Zusammensetzung der Gesamtstichprobe (N = 101) aus den verschiedenen Untergruppen dient die folgende Abbildung 3.1. Da die Erhebung der Basisdaten an den verschiedenen Kliniken zu unterschiedlichen Zeitpunkten erfolgte, wurde nach der Gewinnung sämtlicher A-Form-Ergebnisse der Stichtag 30.04.2001 festgelegt.

¹ „Ist keine Höchstfrist vorgesehen oder ist die Frist noch nicht abgelaufen, so setzt das Gericht die weitere Vollstreckung der Unterbringung zur Bewährung aus, wenn zu erwarten ist, dass der Untergebrachte außerhalb des Maßregelvollzugs keine rechtswidrigen Taten mehr begehen wird. Mit der Aussetzung tritt Führungsaufsicht ein.“ [§ 67d Abs. 2 (1) StGB]

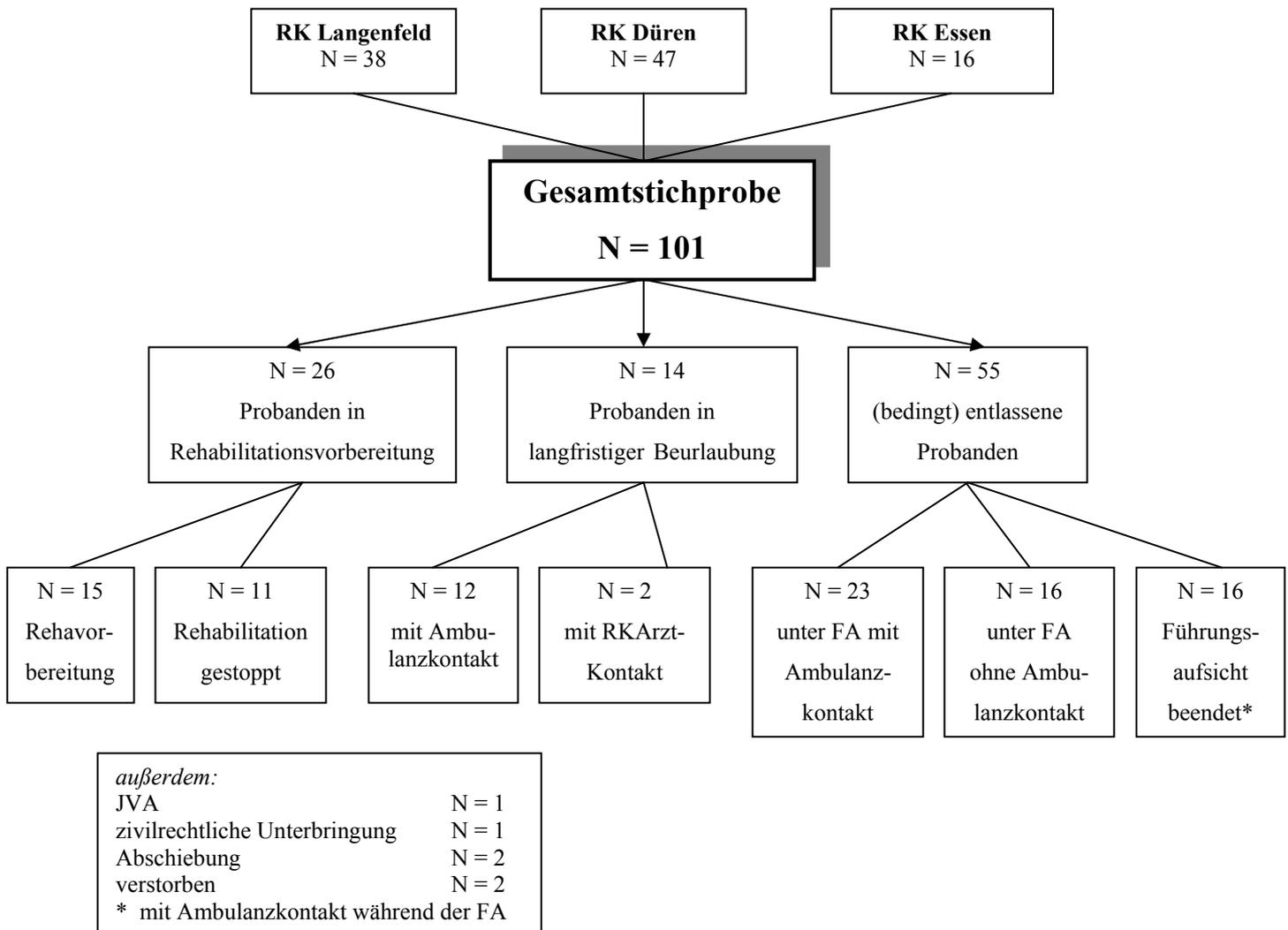


Abbildung 3.1: Deskription der Gesamtstichprobe (N = 101) zum Stichtag 30.04.2001

Die Abbildung macht deutlich, dass es sich bei der Untersuchungsstichprobe um eine sehr heterogene Gruppe von Probanden handelt. So befanden sich zum Beginn der Erhebung der Basisdaten (Juni 2000) 26 Probanden in Rehabilitationsvorbereitung, d.h. die Probanden waren von einer Behandlungsstation auf die Rehabilitationsstation in Langenfeld gewechselt oder aber standen in entlassungsvorbereitendem Kontakt mit dem Ambulanzteam in Düren. Zum Stichtag 30.04.2001 war diese Maßnahme bei elf Probanden gestoppt worden (z.B. aufgrund einer Zurückverlegung auf eine Behandlungsstation).

Zwei der 14 Probanden, die zum Untersuchungszeitpunkt langfristig beurlaubt waren, wurden deshalb nicht von einem Ambulanzmitarbeiter betreut, da sich bei ihnen die Beziehungskontinuität mit dem Arzt der Behandlungsstation von besonderer Bedeutung für die Wiedereingliederung erwies. Bei den 39 Probanden, deren Führungsaufsichtszeit zum Stichtag noch nicht beendet war, standen 23 Probanden noch in Kontakt mit einem Klinik- oder Ambulanzmitarbeiter. 16 Probanden hatten keinen Ambulanzkontakt mehr (vgl. Zeitpunkt des Aufbaus der Rehabilitationsstation und Ambulanz in Langenfeld im November 1998).

3.1 Basisdaten

Teilweise konnten nicht für alle Probanden (N = 101) aufgrund des sehr unterschiedlichen Aktenumfanges sämtliche Variablen erhoben werden. Im Falle, dass sich die Angaben zur absoluten Häufigkeit wie auch prozentualen Verteilung auf eine kleinere Stichprobe beziehen, ist der Stichprobenumfang jeweils in Klammern angegeben.

Die Stichprobe setzte sich aus ausschließlich männlichen Probanden zusammen. Das durchschnittliche Alter zu Beginn der Unterbringung betrug 31,5 Jahre (s = 9,4; Median = 31). Der jüngste Proband war 17 Jahre und der älteste Proband 60 Jahre. 65 Probanden (65,7%) waren ledig, 13 Probanden (13,1%) waren entweder verheiratet oder lebten in einer festen Partnerschaft und 21 Probanden (21,2%) waren geschieden oder lebten getrennt von ihrem Partner (N = 99).

Zur Staatsangehörigkeit (N = 100) ist anzumerken, dass sich fast ausschließlich deutsche Probanden (N = 86) in der Untersuchungspopulation befanden. Zwölf Probanden besaßen eine andere Staatsangehörigkeit, zwei Probanden waren staatenlos. 85 Probanden besaßen deutsch als Muttersprache (N = 100), zehn Probanden eine andere mit guten deutschen Sprachkenntnissen und fünf Probanden wiesen schlechte deutsche Sprachkenntnisse auf.

Jeder der Untersuchungsteilnehmer hatte die Schule (zu teils verspäteten Einschulungszeitpunkten) besucht (N = 100). Vier Probanden (4%) hatten einen Sonderschul- und 35 Probanden (35%) einen Volks-/Hauptschulabschluß. Weitere Probanden 12 (12%) hatten erfolgreich die Realschule besucht und 17 Probanden (17%) das (Fach-)Abitur absolviert. Ein Proband hatte im Ausland eine sog. Koran-Schule besucht. Bei 31 Probanden (31%) kam es nicht zum Erreichen eines Schulabschlusses.

Auffälligkeiten während der Schulzeit wurden bei nahezu der Hälfte der Probanden geschildert (z.B. „Schwänzen“, aggressives Verhalten, Schuljahreswiederholung).

Tabelle 3.1: Berufsqualifikation zum Zeitpunkt der Unterbringung gem. § 63 StGB

<i>Berufsqualifikation (N = 99)</i>	<i>absolut (in Prozent)</i>
Keine	58 (58,6%)
Lehre in Ausbildung	2 (2%)
Fach-/Hochschule in Ausbildung	5 (5,1%)
Lehre mit Abschluß	27 (27,3%)
Fach-/Hochschule mit Abschluß	7 (7,1%)

Außerdem war es bei nahezu einem Drittel mindestens einmalig zu einem Ausbildungsabbruch gekommen und bei einem weiteren Drittel der Probanden zu mindestens einem Heimaufenthalt. Etwa die Hälfte der Probanden war schon zu einem früheren Zeitpunkt in stationär-psychiatrische Abteilungen aufgenommen worden.

Die Rechtsgrundlage der Unterbringung der Probanden (N = 101) zur Zeit ihrer Betreuung durch die Ambulanz läßt sich wie folgt unterteilen:

Tabelle 3.2: Rechtsgrundlage der Unterbringung

<u>Rechtsgrundlage der Unterbringung (N = 101)</u>	<u>absolut (in Prozent)</u>
<i>gemäß § 63 StGB (N = 97):</i>	
Erstmalige Unterbringung	80 (79,2%)
Erneute Unterbringung	1 (1,0%)
Widerruf nach primärer Aussetzung	8 (7,9%)
Widerruf nach bedingter Aussetzung	6 (5,9%)
Widerruf nach bedingter Aussetzung und erneute Unterbringung gem. § 63 StGB	2 (2,0%)
<i>gemäß § 64 StGB</i>	2 (2,0%)
<i>JVA</i>	2 (2,0%)

Die vier Probanden, die nicht gemäß § 63 StGB untergebracht waren, wurden von der Institutsambulanz Essen betreut. Die Gesamtdauer der früheren Unterbringungen betrug mind. 10 und höchstens 85 Monate (AM = 44,4, s = 25,5; Median = 36).

Bei der Erhebung der diagnostischen Einschätzung wurde den zuletzt an die Strafvollstreckungskammern versandten Jahresstellungnahmen entnommenen Angaben eine sog. Erst- und Zweitdiagnose zugeordnet. Die Ergebnisse sind folgender Abbildung sowie Tabelle 3.3 zu entnehmen.

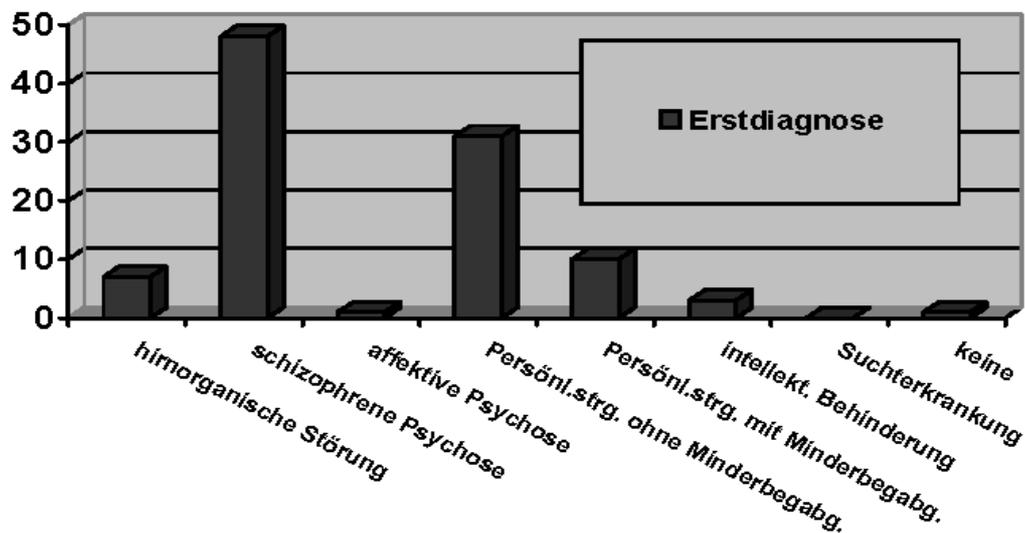


Abbildung 3.2: Erstdiagnose für N = 101 Patienten

Nahezu die Hälfte aller Probanden (47,5%) läßt sich der Hauptdiagnosegruppe Schizophrenie zuweisen. Bei einem Drittel (30,7%) wurde eine Persönlichkeitsstörung ohne Minderbegabung diagnostiziert. Weiteren sieben Probanden (6,9%) wurde eine hirnorganische Störung und zehn Probanden (9,9%) eine Persönlichkeitsstörung mit Minderbegabung zugeschrieben.

Bei der Betrachtung von Erst- wie auch Zweitdiagnose fällt auf, dass sich bei Bestehen einer Erstdiagnose (zumeist einer schizophrenen Psychose, einer Persönlichkeitsstörung ohne/mit Minderbegabung oder einer hirnorganischen Störung) in nahezu einem Viertel der Fälle (27,7%) eine Zweitdiagnose finden läßt. Diese besteht überwiegend in einer Suchterkrankung (24,7%).

Tabelle 3.3: Erst- und Zweitdiagnose (N = 101)

	Erstdiagnose absolut (in Prozent)	Zweitdiagnose Absolut (in Prozent)
Hirnorganische Störung/Erkrankung	7 (6,9%)	--
Schizophrene Psychose	48 (47,5%)	--
Affektive Psychose	1 (1,0%)	--
Persönlichkeitsstörung	31 (40,6%)	2 (2,0%)
intellektuelle Behinderung	3 (3,0%)	1 (1,0%)
Suchterkrankung	--	25 (24,7%)
Keine	1 (1,0%)	73 (72,3%)

Dem Urteil ist zu entnehmen, dass zum Tatzeitpunkt bei insgesamt 34 Probanden (N = 94) eine Alkohol-, Drogen- und/oder Medikamenteneinnahme vorlag. Diese bestand bei 26 Probanden (76,5%) aus einem Alkoholkonsum, bei vier Probanden (11,8%) aus einer Drogeneinnahme. Zwei Probanden (5,9%) hatten sowohl Alkohol als auch Drogen und jeweils ein Proband (2,9%) hatte Alkohol und Medikamente bzw. illegale Drogen und Medikamente zu sich genommen.

Beschreibungen dissozialer Verhaltensauffälligkeiten während der Adoleszenz (N = 95) finden sich bei insgesamt 37,9% (N = 36) der Probanden. Diese setzen sich zum überwiegenden Teil (18,9%) aus Eigentumsdelikten zusammen. Bei jeweils einem Probanden war es zu einer Gewalttat oder zu einem Sexualverbrechen gekommen. 16 Probanden waren bis zu ihrer Volljährigkeit durch mindestens zwei unterschiedliche dissoziale und/oder strafrechtlich relevante Verhaltensweisen auffällig geworden (16,8%). Von den 36 Probanden wurden fünf bereits vor dem 14. Lebensjahr, 28 zwischen dem 14. und 17. Lebensjahr und drei zwischen dem 18. und 21. Lebensjahr auffällig.

Bei der Betrachtung früherer Verurteilungen (N = 100) finden sich bei 73 Probanden (73%) Vorverurteilungen. Im Mittel kam es zu 6,1 Verurteilungen ($s = 5,0$; Median = 4,0; range = 1 - 27).

45 Probanden (N = 100) waren bereits vor der strafrechtlichen Unterbringung inhaftiert. Die Inhaftierung erfolgte bei elf Probanden (24,4%) vor dem 18. Lebensjahr bzw. bei 13 Probanden (28,9%) vor dem 21. Lebensjahr. Die übrigen 21 Probanden (46,7%) wurden nach ihrem 21. Lebensjahr erstmals inhaftiert. Die Inhaftierungsdauer lag durchschnittlich bei 38,5 Monaten ($s = 32,9$; Median = 25,0) und betrug mindestens zwei bzw. höchstens 125 Monate. Bei den in Tabelle 3.4 dargestellten Unterbringungsdelikten wurde zwischen Erst- und Zweitdelikt differenziert.

Tabelle 3.4: Unterbringungsdelikte

	Erstdelikt (N = 101) absolut (in Prozent)	Zweitdelikt (N = 60) Absolut (in Prozent)
Tötungsdelikte	27 (26,7%)	2 (3,3%)
Körperverletzung	27 (26,7%)	13 (21,7%)
Sexualdelikte mit Gewalt	7 (6,9%)	6 (10%)
Sexualdelikt ohne Gewalt	10 (9,9%)	9 (15%)
Eigentumsdelikte mit Gewalt	9 (8,9%)	6 (10%)
Eigentumsdelikte ohne Gewalt	6 (5,9%)	8 (13,3%)
Brandstiftung	8 (7,9%)	3 (5,0%)
BtMG	2 (2,0%)	2 (3,3%)
Andere	5 (5,0%)	11 (18,3%)

Auffällig erscheint hier, dass es bei zwei Probanden sowohl im Erst- als auch im Zweitdelikt zu Tötungsdelikten gekommen ist. Betrachtet man diese Probanden unter diagnostischen Gesichtspunkten, so zeigt sich, dass bei Beiden zum Tatzeitpunkt eine schizophrene Psychose bestand.

Für die Evaluation einer Entlassungsvorbereitung ist es besonders wichtig, den Lebensraum zu betrachten, in den ein, u.U. jahrelang in geschütztem Setting Untergebrachter, entlassen wird.

Tabelle 3.5: Vgl. der Wohnsituation vor dem Unterbringungsdelikt und zur Entlassung

<i>Wohnsituation</i>	<i>vor dem Unterbringungsdelikt (N = 96) absolut (in Prozent)</i>	<i>Zur Entlassung (N = 71)² absolut (in Prozent)</i>
Alleinstehend	28 (29,2%)	11 (15,5%)
mit (Ehe-) Partner	8 (8,3%)	11 (15,5%)
mit Angehörigen der Primärfamilie	26 (27,1%)	3 (4,2%)
mit eigenen Kindern	1 (1%)	3 (4,2%)
Tagesklinik	1 (1%)	--
Betreute Wohngemeinschaft	1 (1%)	4 (5,6%)
Übergangwohnheim	6 (6,3%)	18 (25,4%)
Heim	3 (3,1%)	14 (19,7%)
Allgemeinpsychiatr. Krankenhaus	5 (5,2%)	1 (1,4%)
Keine geklärte Wohnsituation	11 (11,5%)	1 (1,4%)
JVA	5 (5,2%)	--
Sonstige	1 (1%)	5 (7,0%)

Zur Erwerbstätigkeit ist festzustellen, dass zum Entlassungszeitpunkt eine deutlich geringere Arbeitslosigkeit bei den Probanden erwartet wurde, als dies vor ihrer Unterbringung der Fall war. Bei jeweils einem Viertel der Probanden wurde zum Entlassungszeitpunkt entweder eine ganz-/halbtägige Beschäftigung oder eine Arbeit im Rahmen einer beschützten Werkstatt angegeben.

Tabelle 3.6: Vgl. der Erwerbstätigkeit vor dem Unterbringungsdelikt und zur Entlassung

<i>Erwerbstätigkeit</i>	<i>Vor der Unterbringung (N = 90) absolut (in Prozent)</i>	<i>zur Entlassung (N = 80) absolut (in Prozent)</i>
Arbeitslos	52 (57,8%)	27 (33,8%)
Ganz-/halbtägige Beschäftigung	14 (15,6%)	22 (26,3%)
in schulischer/berufl. Ausbildung	9 (10%)	3 (3,8%)
in beschützter Werkstatt o.ä.	2 (2,2%)	21 (26,3%)
wechselnde Gelegenheitsarbeiten	10 (11,1%)	--
Rentner	3 (3,3%)	7 (8,8%)

Bei der Bestimmung der Dauer der Bewährungs- und Führungsaufsichtszeit wurde der gesetzliche Rahmen (zwei bis fünf Jahre) ausgefüllt. So betrug die festgelegte Bewährungs- und Führungsaufsichtszeit (N = 48) mindestens 24 und höchstens 60 Monate (AM = 52,5, s = 9,14). Bei einem Probanden (2,1%) war die Bewährungszeit auf 24 Monate, bei sechs Probanden (12,5%) auf 36, bei 17 Probanden (35,4%) auf 48 und bei 24 also der Hälfte der Probanden (50%) auf die Höchstdauer von 60 Monaten festgelegt worden. Zur Verweildauer (N = 55) lässt sich feststellen, dass die Probanden zwischen 11 Monaten und 12,1 Jahren untergebracht waren (AM = 5,7, s = 2,4).

² bei 17 Probanden wurden diesbezüglich keine Angaben gemacht (z.B. weil sich ein Proband noch im frühen Stadium einer Entlassungsvorbereitung befand und eine Wohnsituation zur Entlassung noch nicht eingeschätzt werden konnte)

Rechtsgrundlage der Entlassung war in der überwiegenden Zahl der Fälle (N = 47) die bedingte Entlassung gemäß § 67d 2(1) StGB. Bei sechs Probanden wurde die Maßregel für erledigt erklärt und in zwei Fällen war eine Abschiebung Grund für die Entlassung.

Bei 34 Probanden konnte die Zeit zwischen dem Beschluß der langfristigen Beurlaubung und der bedingten Entlassung aus der Aktenlage berechnet werden. Die Dauer der Langzeitbeurlaubung (N = 34) lag bei durchschnittlich 8,94 Monaten (s = 5,2; Median = 8). Mindestens drei und höchstens 33 Monate wurden die Probanden somit vor ihrer Entlassung beurlaubt.

Die Berechnung der „Time at risk“ konnte aufgrund der Aktenlage bei 55 Probanden erfolgen. Die Spannweite zwischen Beschluss der langfristigen Beurlaubung und dem Stichtag des 30.04.2001 reicht dabei von knapp einem Monat bis höchstens 80 Monate. Im Durchschnitt befanden sie sich seit 32,6 Monaten (s = 22,7; Median = 27) in Freiheit (s.o. Rechtsgrundlage der Entlassung).

Die folgende Tabelle 3.7 stellt einige Basisdaten der Patienten der Ambulanzstudie den Daten aus der Prognosestudie von Seifert et al. (2001b) gegenüber.

Tab. 3.7: Soziodemografische Variablen der Patienten aus Ambulanz- und Prognosestudie

	Ambulanzstudie (N _{ges} = 101) ³		Prognosestudie (2001, N = 188)	
<i>Familienstand</i>	(N = 99)			
ledig	65	(65,7%)	134	(71,3%)
verheiratet, feste Partnersch.	13	(13,1%)	12	(6,4%)
geschieden, getrennt lebend	21	(21,2%)	38	(20,2%)
<i>Schulbildung</i>	(N = 100)			
keine/kein Abschluss	31	(31%)	75	(39,9%)
Sonderschulabschluss	4	(4%)	20	(10,6%)
Volks-/Hauptschulabschluss oder höher	65	(65%)	93	(49,5%)
<i>Wohnsituation (v. d. Unterbringungsdelikt)</i>	(N = 96)			
alleinstehend	28	(29,2%)	66	(35,1%)
mit Familie/Angehörigen	35	(36,4%)	69	(36,7%)
psychiatrische Klinik/Heim	21	(21,8%)	29	(15,4%)
nichtsesshaft/andere	12	(12,5%)	24	(12,8%)
<i>Stellung im Erwerbsleben</i>	(N = 90)			
arbeitslos	52	(57,8%)	108	(57,4%)
ganz-/halbtägige Beschäftigung	14	(15,6%)	34	(18,1%)
andere	24	(26,6%)	46	(24,5%)
<i>Vordelinquenz</i>	(N = 100)			
	73	(73%)	129	(68,6%)
	AM	Median	AM	Median
<i>Anzahl der Vordelikte</i>	4,47	2,5	3,9	2
<i>Alter (in Jahren) bei der Unterbringung</i>	31,5	31	35,6	33,5
<i>Unterbringungsdauer (Jahre)</i>	5,7	5,5	6,2	4,7

³ im Falle, dass der Stichprobenumfang aufgrund, aus der Aktenlage, nicht eruierbarer Daten von dem der Gesamtstichprobe (N = 101) abweicht, ist dies in Klammern angemerkt

3.2 Klinische Verlaufseinschätzung

Der Fragebogen zur „Klinischen Verlaufseinschätzung“ (siehe Anhang) wurde aufgrund seiner Fragestellungen ausschließlich bei den Probanden der RK Langenfeld und der RK Düren von den dort tätigen Mitarbeitern ausgefüllt.

Es sollen ausgewählte Aspekte zum Verlauf der Unterbringung dargestellt werden, wie sie retrospektiv bzw. zum Zeitpunkt der Entlassung von den Mitarbeitern eingeschätzt wurden. Die Angaben beziehen sich auf 45 bedingt entlassene Probanden, von denen sich zum **Stichtag 30.04.2001** jeweils rund ein Drittel unter Führungsaufsicht mit Kontakt zum Ambulanzteam (N = 14; 31,1%) oder ohne Ambulanzkontakt (N = 16; 35,6%) befand. Weitere vier Probanden (8,9%) standen unter Führungsaufsicht und waren in Kontakt mit einem Arzt der Klinik, der nicht zum Ambulanzteam gehörte und bei elf Probanden (24,4%) war die Führungsaufsichtszeit bereits beendet.

Die Frage, ob die Unterbringung oder die psychische Störung den Probanden nachhaltig verändert habe (z.B. Antriebsarmut, Verflachung, fehlende Sozialanpassung), wurde bei der Hälfte der Stichprobe bejaht (N = 22, 5%, N = 1 unbekannt).

Zur Krankheitseinsicht ist zu sagen, dass die psychische Krankheit (Störung, Behinderung) von 62,2% der Probanden (N = 28) realistisch eingeschätzt worden sei. Von 25 Probanden, bei denen eine Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenproblematik vorhanden sei, hätten sich 19 Probanden selbstkritisch und wiederholt mit dieser auseinandergesetzt. 64,4% der Probanden (N = 29, N = 1 unbekannt) würden einen Zusammenhang zwischen ihrer psychischen Krankheit (Störung, Behinderung) und der Gefahr künftiger Delikte sehen. Drei Viertel der Probanden (N = 34; 75,6%) hätten sich mit ihrem Unterbringungsdelikt selbstkritisch und wiederholt auseinandergesetzt. Ebenso hätten 75,6% (N = 34) Probanden nicht dazu geneigt, Delikt oder Tatschwere zu bagatellisieren und 93,3% (N = 42, N = 1 unbekannt) hätten die Tat nicht geleugnet.

Die Therapiemotivation sei bei 31 Probanden (68,9%) durch den Wunsch nach Veränderung der zugrundeliegenden Störung (Krankheit) und bei 19 Probanden (42,2%) überwiegend durch den Wunsch nach Vergünstigungen und Lockerungen geleitet gewesen (Mehrfachnennung möglich). 19 Probanden (42,2%) hätten therapeutischen Maßnahmen eher skeptisch und fünf Probanden (11,1%) eher ablehnend gegenübergestanden (Mehrfachnennung möglich). 64,4% der Probanden (N = 29) seien engagiert gewesen, offen über private oder intime Themen zu sprechen und neue Verhaltensweisen auszuprobieren.

Zum Sozialverhalten ist festzustellen, dass 27 Probanden (60%) eine aktive Beteiligung am sozialen Geschehen auf der Station zeigten und bei 41 Probanden (91,1%) soziale Kontakte außerhalb der Klinik bestanden. Zur Familie habe es bei 33 Probanden (73,3%, N = 2 unbekannt) und zu Freunden bei 28 Probanden (62,2%, N = 1 unbekannt) soziale Beziehungen gegeben.

Suchtmittelmissbrauch sei in besonderen Belastungssituation (z.B. schwerer Partnerkonflikt, dauernde Überforderung am Arbeitsplatz) bei 21 Probanden (52,2%, N = 4 unbekannt) zu erwarten gewesen. Eine günstige Krankheitsprognose habe insbesondere bei psychotisch Erkrankten bei 33 Probanden (73,3%) in eindeutigem Zusammenhang mit einer günstigen Legalprognose gestanden.

Die Ergebnisse des folgenden Absatzes stellen dar, inwiefern eine Proband auf verschiedenen Gebieten im Laufe seines Klinikaufenthaltes Fortschritte erzielt hat. Bei nur einem Probanden (4 %, N = 1 unbekannt) sei es zu einer Verschlechterung bzgl. der Frage, inwiefern ein Proband auf den Konsum von Rauschmitteln verzichten könne, gekommen (bei N = 19; 42,2%, war dies nie ein großes Problem gewesen). Die psychische Grundstörung habe sich bei 95,6% (N = 43) im Verlauf der Unterbringung verbessert. Bei allen Probanden habe die Introspektionsfähigkeit zugenommen und ebenso habe sich bei allen, bei denen dies von Bedeutung war (N = 41), die Aggressionskontrolle verbessert. Die Fähigkeit, soziale Beziehungen einzugehen, habe sich lediglich bei einem Probanden verschlechtert und war für zwei Probanden niemals problematisch. Alle Probanden hätten mehr oder minder gelernt, sich zumindest auf der Verhaltensebene anzupassen, wobei dies nur für einen Probanden nie ein Problem gewesen sei. Die Belastbarkeit des Probanden gegenüber Stress, Kritik und Frustrationen habe sich ebenso nur bei einem Probanden verschlechtert. 41 Probanden (91,2%) seien zu einer selbstkritischeren Einstellung gegenüber dem Delikt gekommen, bei zwei Probanden sei dies nie problematisch gewesen und bei weiteren zwei Probanden sei eine Verschlechterung diesbezüglich festzustellen. Eine Distanzierung zur subkulturellen bzw. delinquenten Identifikation sei bei 24 Probanden (53,3%) erfolgt und bei 21 Probanden (46,7%) nicht diskutabel gewesen. 39 Probanden (86,7%) hätten ein besseres Durchhaltevermögen (z.B. in bezug auf das Arbeitsverhalten) entwickelt, bei vier Probanden (8,9%) sei dies ohnehin nie problematisch gewesen. Zu einer Verschlechterung kam es lediglich bei zwei Probanden (4,4%).

Zu Entweichungen – jedoch nicht zu Delikten - sei es bei einem Viertel der Probanden (N = 11, 24,4%) gekommen. Diese seien in 80% (N = 8) der Fälle im Rahmen von Lockerungsmaßnahmen geschehen und in 20% (N = 2) aus der geschlossenen Unterbringung heraus, wobei keine Gewalt angewendet worden sei (N = 1 unbekannt).

Lockerungen seien bei 27 Probanden (60%) zurückgenommen worden. Nur bei 15 von diesen 27 Probanden erfolgte eine Einschätzung der Anzahl bisheriger Rücknahmen (N = 12 unbekannt). Im Durchschnitt seien 2,6 Lockerungen zurückgenommen worden ($s = 1,2$; Median = 3), wobei es mindestens zu einer und höchstens zu fünf Rücknahmen gekommen sei. Die im Anschluss an den stationären Aufenthalt folgende psychotherapeutische Behandlung sei wie folgt zum Entlassungszeitpunkt geplant gewesen:

Tabelle 3.8: Psychotherapeutische Behandlung nach der Entlassung

<i>Psychotherapeutische Behandlung Nach der Entlassung (N = 45)</i>	<i>Absolut (in Prozent)</i>
Ambulant in der hiesigen forensischen Klinik	18 (40%)
in einer anderen psychiatrischen Klinik	1 (2,2%)
bei einem niedergelassenen Psychologen/Psychiater	10 (22,2%)
bei einem Hausarzt/Allgemeinmediziner	1 (2,2%)
in der Institutsambulanz Essen	2 (4,4%)
bei einem anderen Behandler	10 (22,2%)
keine	1 (2,2%)
unbekannt	2 (4,4%)

Bei den aus den Kliniken zum Stichtag 30.04.2001 entlassenen Probanden (N=45) lassen sich die Wohnsituation wie die Erwerbstätigkeit⁴ vor dem Unterbringungsdelikt (Ergebnis der Aktenanalyse) mit der zur Entlassung (Ergebnis der Therapeuteneinschätzung) gegenüberstellen (s. Tab. 3.9).

Tabelle 3.9: Wohnsituation und Erwerbstätigkeit vor und nach der Unterbringung (N = 45)

<i>Wohnsituation (N = 45)</i>	<i>vor dem Unterbringungsdelikt absolut (in Prozent)</i>	<i>zur Entlassung absolut (in Prozent)</i>
Alleinstehend	14 (31,1%)	5 (11,1%)
mit (Ehe-) Partner	4 (8,9%)	10 (22,2%)
mit Angehörigen der Primärfamilie	12 (26,7%)	2 (4,4%)
mit eigenen Kindern	--	1 (2,2%)
Tagesklinik	1 (2,2%)	--
Betreute Wohngemeinschaft	--	4 (8,9%)
Übergangswohnheim	4 (8,9%)	11 (24,4%)
Heim	--	10 (22,2%)
Allgemeinpsychiatr. Krankenhaus	1 (2,2%)	--
Keine geklärte Wohnsituation	5 (11,1%)	--
JVA	3 (6,7%)	--
Sonstige (z.B. Pflegefamilie)	--	2 (4,4%)
Unbekannt	1 (2,2%)	--
Erwerbstätigkeit (N = 45)		
Arbeitslos	29 (64,4%)	17 (37,8%)
ganz-/halbtags Beschäftigung	6 (13,3%)	14 (31,2%)
in schulischer/berufl. Ausbildung	4 (8,9%)	1 (2,2%)
in beschützter Werkstatt o.ä.	1 (2,2%)	10 (22,2%)
wechselnde Gelegenheitsarbeiten	1 (2,2%)	--
Rentner	1 (2,2%)	2 (4,4%)
Unbekannt	3 (6,7%)	1 (2,2%)

Bei einem Drittel der Probanden würde sich der Unterhalt nach der Entlassung weitgehend durch eigenes Einkommen und bei 22 Probanden (51,2%) durch Fremdeinkommen zusammensetzen. Sechs Probanden (14%) würden den Unterhalt etwa zu gleichen Teilen durch eigenes und Fremdeinkommen bestreiten. Bei zwei Probanden wurden diesbezüglich keine Angaben gemacht. Die Arbeitslosenquote hat sich also im Vergleich zur Situation vorher nahezu halbiert. In dem zur Entlassung bestehenden sozialen Umfeld seien fast alle Probanden integriert und akzeptiert.

⁴ da für diese sowohl die Basisdaten als auch die Angaben zur klinischen Verlaufseinschätzung vorliegen

4. Die Forensischen Ambulanzen im LVR

Zur möglichst realitätsgerechten Beschreibung der Praxis in den Ambulanzen wurden sämtliche Mitarbeiter schriftlich mittels des Fragebogens „Teameinschätzung“ befragt (sog. C-Form des „Evaluationsinventars Forensische Ambulanz“, siehe Anhang). Der Fragebogen orientiert sich an den Untersuchungszielpunkten und konzeptuellen Überlegungen (vgl. Bode, 1999).

Die Entwicklung des Instrumentariums zur Arbeitsdokumentation (siehe Anhang) erfolgte unter Berücksichtigung der Fragebogenergebnisse (Item 99 der „Klinischen Verlaufseinschätzung“, Fragen 1 und 2 der „Teameinschätzung“). Da die Fragebögen von sämtlichen Ambulanzmitarbeitern dazu beantwortet vorliegen mussten, konnte mit der Konzeptualisierung der Leistungserfassung erst im September 2001 begonnen werden. Es wurden mögliche Kategorien vorgeschlagen und unter Rücksprache aller Beteiligten kritisch diskutiert. Dazu wurden auch die Kategorien der Psychiatrie Personalverordnung (1990) sowie die von Ernst & Young (1996) und Warmuth (1993) verwendeten Einteilungen berücksichtigt. Warmuth hat die Aufgaben einer forensisch-psychiatrischen Ambulanz, wie er sie in Berlin installiert hat, zusammengefasst und in direkt patientenzentrierte und indirekt patientenzentrierte eingeteilt. Zu den direkt patientenzentrierten Aufgaben gehören vor- und nachsorgende Tätigkeiten zur Stabilisierung des Gesundheitszustandes, Kriseninterventionen, sozialarbeiterische, einzel- und gruppentherapeutische Angebote sowie eine mögliche medikamentöse Behandlung. Die indirekt patientenzentrierten Aufgaben umfassen Koordination und Kommunikation mit relevanten Einrichtungen des psychosozialen Umfeldes, sie beinhalten Öffentlichkeitsarbeit mit Einladungen, Selbstdarstellungen, Publikationen und Dokumentation und die Weiterentwicklung der Tätigkeitsfelder.

Im Januar 2002 erfolgte ein eintägiger Probelauf, wobei alle Mitarbeiter an einem Tag ihrer Wahl den Erfassungsbogen ausfüllen sollten. Nach Rücklauf und nochmaliger Besprechung erfolgte die fünftägige Enderfassung, aufgrund der noch ausstehenden Genehmigung des Gesamtpersonalrates etwas verzögert, im Juni in Langenfeld und Düren und im Juli in Essen. Die Ergebnisse der Tätigkeitserfassung werden aus systematischen Gründen zunächst im Rahmen der Beschreibung der einzelnen Ambulanzen jeweils gesondert dargestellt und erst in Kapitel 6 bei der Beantwortung der Untersuchungsziele integriert bzw. diskutiert.

4.1 Die forensische Rehabilitationsstation und Nachsorgeambulanz der Abteilung für forensische Psychiatrie der Rheinischen Kliniken Langenfeld

Am 22.12.1999 erhielten die Rheinischen Kliniken (RK) Langenfeld einen Zuwendungsbescheid des Ministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen zum Aufbau einer forensischen Rehabilitationsstation in Verbindung mit einer forensischen Nachsorgeambulanz. In den Nebenbestimmungen wird u.a. die Bedingung gestellt, dass die Mittel ausschließlich für die Betreuung von gemäß § 67d Absatz 2 StGB bedingt entlassenen Patienten (Aussetzung zur Bewährung mit Führungsaufsicht) verwendet werden. Dabei wird im Zuwendungsbescheid von jahresdurchschnittlich 12 zu betreuenden Patienten ausgegangen. Der Förderungszeitraum erstreckte sich zunächst vom 21.10.1999 bis zum 31.12.2001 und wurde anschließend um ein weiteres Jahr verlängert. Für diese im Mittel 12 bedingt entlassenen Patienten orientierte sich die gewährte Personalausstattung an den Ausführungen von Ernst und Young (1996). Sie setzt sich aus einer halben Stelle für einen Arzt oder Psychologen, einer halben Sozialarbeiterstelle sowie einer vollen Stelle für eine Pflegekraft zusammen. Als Sachkostenpauschale wurden 10% der Personalkosten angegeben.

Bei der nun folgenden Beschreibung der Rehabilitationsstation und Nachsorgeambulanz der Rheinischen Kliniken Langenfeld wird das Konzept (Bode, 1999), die frühere wie auch die aktuelle Praxis dargestellt. Auf die Veränderungen seit der Abfassung des Zwischenberichtes (Pierschke & Hufnagel, 2001) wird explizit eingegangen.

4.1.1 Das Konzept

Die Aufgaben einer forensischen Rehabilitationsstation und Nachsorgeambulanz für Patienten, die gem. § 63 StGB im Maßregelvollzug untergebracht sind, hat Bode (1999) wie folgt formuliert:

Der Ausgangspunkt sei das forensisch-psychiatrische Krankenhaus. Der Auftrag bestehe in der Herstellung einer Verbindung zu vorhandenen oder noch einzurichtenden Hilfe- und Unterstützungsformen der Gemeinde. Dabei sollte eine fachlich qualifizierte Begleitung in die jeweilige Einrichtung sichergestellt und ein Maßnahmenplan der ständigen Kommunikation der verschiedenen Aufgabenträger erstellt werden. Eine Kontrolle des Verlaufs des Hilfs- und Wiedereingliederungsplans gehöre ebenso zu den Aufträgen einer forensischen Rehabilitation/Nachsorge.

Es ließen sich als Leistungsmerkmale kontextbezogen allgemein organisatorisch-koordinierende Maßnahmen wie Fallbesprechungen und Supervisionen von klientenorientiert diagnostischen und therapeutischen Leistungen sowie der Milieupflege unterscheiden.

Dem Konzept liegen folgende Grundgedanken zugrunde:

- Behandlungsziele seien die Besserung und Sicherung der Patienten
- Die Phase der langfristigen Beurlaubung und der bedingten Entlassung aus der stationären Vollversorgung stelle einen Schritt ins selbständigere Leben, in Freiheit und Eigenverantwortung dar. Würde der Patient bei diesem Schritt allein gelassen, bestehe die Gefahr, dass er im Falle einer Krisensituation auf alte, rückfallgefährdende und deliktnehe Problembewältigungsmuster zurückgreife. Außerdem sei grundsätzlich die Fortsetzung spezifischer Hilfen über die Zeit der Unterbringung hinaus notwendig für Menschen, die schon vor der Unterbringung gem. § 63 StGB langjährig psychiatrisch betreut wurden (vgl. Leygraf, 1988) – d.h., gerade diese Personen benötigten auch weiterhin besondere sozialpsychiatrische Hilfe und bei der Ablösung von der Vollversorgung eine fachlich-qualifizierte Begleitung. Ein Wechsel auf die Rehabilitationsstation könne als eine weniger gravierende Veränderung als ein direkter Wechsel von einer Behandlungsstation z.B. in ein Wohnheim betrachtet werden.

Die externe Einrichtung vor Ort sei zuständig für die alltägliche Betreuung, während die forensische Ambulanz, die Bewährungshilfe und die Führungsaufsicht für die legalprognostische Einschätzung verantwortlich seien.

Es könne zwischen folgenden stützenden Maßnahmen differenziert werden:

- Verlegung auf die Rehabilitationsstation,
- Beurlaubung mit ambulanter Betreuung,
- Entlassung mit ambulanter Nachsorge.

Die Festlegung der Vorgehensweise im Einzelfall erfolge in der sog. Kontaktphase, in der die Mitarbeiter der Behandlungsstation mit dem Team der forensischen Rehabilitationsstation und Nachsorgeambulanz Kontakt aufnehmen würden.

4.1.2 Ergebnisse der mündlichen und schriftlichen Mitarbeiterbefragung

Zur Erfassung der Entlassungspraxis vor Existenz der Rehabilitationsstation und Nachsorgeambulanz wurden diejenigen Mitarbeiter der forensischen Abteilung befragt, die sich primär mit der Entlassungsvorbereitung und evtl. Nachsorge eines Patienten der Untersuchungspopulation (s.o.) beschäftigt hatten. Im anschließenden Kapitel wird dann die aktuelle Praxis der forensischen Abteilung dargestellt, wie sie anhand von mündlichen und schriftlichen („Teameinschätzung“/C-Form, siehe Anhang) Befragungen der Mitarbeiter erhoben worden ist.

4.1.2.1 Das frühere Vorgehen

Die nun dargestellten Ausführungen dienen der Veranschaulichung des Vorgehens bei Entlassungsvorbereitungen, das vor der Errichtung der forensischen Rehabilitationsstation und Nachsorgeambulanz die Praxis in der Abteilung für Forensische Psychiatrie bestimmt hat.

Folgende exemplarische Vorgehensweisen gaben die unterschiedlichen Berufsgruppen an:

Beispiel 1:

- Im Rahmen der 18-monatigen Beurlaubung wurde dem Patienten bei der Wohnungssuche geholfen. Nachdem er eine Wohnung besaß, fanden monatliche Hausbesuche statt. Außerdem nahm er drei Monate lang an der wöchentlichen Psychotherapiegruppe der Behandlungsstation teil. Nach der Entlassung kam der Patient zunächst 14-tägig zum Einzelgespräch, welches nach ca. einem Jahr auf monatlich durchschnittlich einstündig stattfindende Gespräche ausgedehnt wurde (Sozialarbeiterin).

Beispiel 2:

- Während der Beurlaubungsphase fanden wöchentlich supportive Gespräche - gelegentlich auch gemeinsam mit dem Partner des Patienten - statt. Diese dauerten durchschnittlich eine Stunde. Kontaktort war die ehemalige Behandlungsstation oder die Wohnung des Patienten. Da es bei der Entlassung des Patienten zu keiner Weisung i.S. eines Fortbestehens des therapeutischen Kontaktes gekommen war und sich Schwierigkeiten zwischen Arzt und Patient in bezug auf die inhaltliche Ausrichtung der Gespräche zeigten, kam es zum Kontaktabbruch (Arzt).

Beispiel 3:

- In der zweijährigen Beurlaubungszeit fanden monatlich Gespräche in der Klinik statt. Gelegentlich wurden auch Paargespräche durchgeführt. 1 ½ Jahre nach der Entlassung erfolgte eine Übergabe an den zuständigen Psychiater des Heims (Psychologin).

Bereits vor Errichtung der Rehabilitationsstation und Ambulanz wurde auf einer Behandlungsstation für persönlichkeitsgestörte Patienten ein Behandlungskonzept von der dort tätigen Sozialarbeiterin und dem zuständigen Stationsarzt gemeinsam entworfen, dem u.a. unter patientenbezogenen Aktivitäten folgende Aufgaben zu entnehmen sind:

- Eine sog. Rehabilitations-Abklärung, die vom Stationsarzt, der Sozialarbeiterin, dem Arbeitstherapeuten und der Bezugspflegekraft mit der Zielsetzung der Reflektion des arbeitstherapeutischen Prozesses durchgeführt wird. Die Frequenz und die Dauer sind abhängig vom Bedarf.
- Eine ambulante Betreuung auf der Grundlage der Bewährungsaufgabe, die von dem Stationsarzt und der Bezugspflegekraft mit der Zielsetzung der Betreuung von entlassenen und beurlaubten Patienten einmal wöchentlich durchgeführt wird. Diese beinhaltet Unterstützung, Konfliktbewältigung, auch in Form von Hausbesuchen; somatische und psychiatrische Medikation.

Unter die Kategorie Informationssystem fällt folgende Aktivität:

- Eine Kooperation mit extramuralen Einrichtungen wird angestrebt. Zu den daran Beteiligten zählen der Stationsarzt, die Sozialarbeiterin und die Mitarbeiter im Pflegedienst. Zielsetzung ist es, Kontakte zu externen Arbeitsstellen, zum sozialpsychiatrischen Dienst und zu Wohnheimen herzustellen. Die Frequenz und Dauer dieser Aktivitäten sind abhängig vom Bedarf.

4.1.2.2 Die aktuelle Praxis

Im November 1998 wurde mit dem Aufbau einer forensischen Rehabilitationsstation und Nachsorgeambulanz begonnen. Es wurde angestrebt, die Entlassungsvorbereitungen sowie die Nachsorge systematischer und besser koordiniert zu handhaben. Aus einer vormals mehr oder minder beliebig organisierten Entlassungsvorbereitung und Nachsorge galt es einen transparenten und dadurch überprüfbaren Prozess zu gestalten. Das von einem Pädagogen geleitete Rehabilitations- und Ambulanzteam besteht aus sechs Pflegekräften, einer Sozialarbeiterin sowie einer Ärztin, die halbtags angestellt ist. Die Stellen werden z.T. aus dem Zuwendungsbescheid des Ministeriums (s.o.), z.T. – für die Betreuung der stationären und beurlaubten Patienten - aus den Mitteln der Klinik finanziert. Seit Ende 2001 wird die Differenzierung des Mitarbeiterteams diskutiert. So soll es zu einer Unterteilung des Gesamtteams in ein Unterteam „Wohngruppe“ wie auch ein Unterteam „Ambulanz“ kommen. Ersteres wäre sodann für den Bereich der Rehabilitationsstation und letzteres für die beurlaubten wie auch entlassenen Patienten zuständig.

In dem Fall, dass auf der Rehabilitationsstation ein Platz frei wird, wird dies in der wöchentlich stattfindenden Abteilungskonferenz angekündigt. In der Abteilungskonferenz können sodann geeignete Patienten vorgestellt bzw. angemeldet werden. Mit einem Vorlauf von drei bis sechs Monaten vor Übernahme eines Patienten auf die Rehabilitationsstation - oder direkt in die Nachsorgeambulanz - wird unter Rücksprache aller Beteiligten ein Rehabilitationsplan erstellt. So besteht die Möglichkeit, die weitere Versorgung in Abstimmung mit der abgebenden Behandlungsstation gemeinsam zu planen. Erst im Anschluss daran erfolgt eine Übernahme des Patienten. Es wird angestrebt, dass der Patient kontinuierlich vom Rehabilitations- und Ambulanzteam bis zum Ende der Führungsaufsicht begleitet wird.

Nach erfolgter Übernahme findet der Patient folgende Begebenheiten vor: Die Räumlichkeiten der forensischen Rehabilitationsstation und Nachsorgeambulanz setzen sich aus drei Büroräumen sowie einem Konferenz-/Gruppenraum im ersten Obergeschoss und aus acht Patienteneinzelzimmern und einem Gästezimmer im zweiten Obergeschoss zusammen. Insgesamt herrsche laut Bode (2000) Wohncharakter, d.h. zwischen Patienten und Behandlern existiere eine „therapeutische Gemeinschaft“⁵. Die Patienten sollten dort überwiegend selbstständig leben. Ihnen stehen Aufenthalts-, Ess- und Sanitärräume zur Verfügung.

Ist es entsprechend der jeweiligen Lockerung einem Patienten erlaubt, das Haus zu verlassen, so ist er verpflichtet, Zeiten und Zielort seines Ausgangs in ein Ausgangsbuch einzutragen. Gegen 20.00 Uhr haben sich jedoch von montags bis freitags – sieht man einmal von Ausnahmeregelungen im Rahmen von Tagesurlaube ab – alle acht, ggf. neun Patienten im Haus aufzuhalten. Zu nächtlicher Zeit besteht eine Rufbereitschaft, die über die Pforte zu erreichen ist.

⁵ Bode, Vortrag gehalten auf der 15. Forensischen Herbsttagung in München, 2000

Zum Untersuchungszeitpunkt Dezember 2000 besaß ein Patient die Erlaubnis zum Ausgang im Gelände in 1:1 Begleitung, zwei Patienten konnten zeitlich begrenzte Ausgänge außerhalb des Geländes, weitere zwei Patienten Tagesurlaube und drei Patienten Wochenendurlaube wahrnehmen. In der folgenden Abbildung 4.1 wird ein Überblick über den aktuellen Wochenplan auf der Station gegeben.

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
7.00 Uhr Beginn Frühdienst 8.45 Uhr Frühbesprechung (Stationspfleger, Sozialarbeiterin, Stationsleiter/Pädagoge)				
10.30 Uhr Abteilungskonferenz	9.00 bis 10.00 Uhr Konzeptplanung (Leitungsebene)			
12.00 Uhr Übergabe				
13.00 bis 14.30 Uhr Teambesprechung (nur Pflege)	13.00 bis 14.30 Uhr Konzeptbesprechung (ganzes Team)	13.00 bis 14.30 Uhr Teambesprechung (nur Pflege)	13.00 – 14.30 Uhr (halbjährlich Fallkonferenz) Oberarzt-Visite, Gruppenraum	
16.00 Uhr Antragsrunde, Gruppenraum	17.00 Uhr Rehabilitationsgruppe, Gruppenraum	17.00 Uhr Haushaltsgruppe, Gruppenraum		17.00 Uhr Psychotherapiegruppe, Gruppenraum
18.30 Uhr Blitzlicht, Raucherraum	18.30 Uhr Blitzlicht, Raucherraum	18.30 Uhr Blitzlicht, Raucherraum	18.30 Uhr Blitzlicht, Raucherraum	18.30 Uhr Blitzlicht, Raucherraum

Abb. 4.1: Aktueller Wochenplan der forensischen Rehabilitationsstation und Nachsorgeambulanz

Bei der täglichen Frühbesprechung wie auch Übergabe werden alle Patienten auf der Rehabilitationsstation kurz vom Team – also den anwesenden Pflegekräften, der Sozialarbeiterin sowie der Stationsleitung – besprochen. So besteht die Möglichkeit von multiprofessionell-interdisziplinär gewonnenen Vereinbarungen z.B. im Hinblick auf Lockerungsentscheidungen⁶.

Gruppentherapeutische Angebote finden grundsätzlich auf der Rehabilitationsstation, Einzelbehandlung auch am Wohnort, in der Wohnung oder am Arbeitsplatz statt. Ansonsten können alle Angebote der Klinik genutzt werden (Arbeitstherapie, Sport, indikationsgesteuerte Gruppentherapie, medizinisch-psychiatrische Versorgung etc.).

Der Leiter des Teams der forensischen Rehabilitationsstation und Nachsorgeambulanz, ein Diplom-Pädagoge (berufliche Qualifikationen siehe Kapitel 6), führt freitags eine themenzentrierte Gesprächsgruppe und einmal monatlich eine Nachsorge-Gruppe für Sexualstraftäter durch. Insgesamt

⁶ die letztverantwortlich vom Oberarzt abgezeichnet werden

bilden in der Zeit eines Aufenthalts auf der Rehabilitationsstation hauptsächlich systemische und familientherapeutische Sichtweisen und Interventionen die Basis der Behandlung (Bode, 1999). In Einzelkontakten wendet der Stationsleiter als spezielles therapeutisches Verfahren u.a. „Eye Movement Desensitization Reprocessing“ (Shapiro, 1995) an.

Dem Protokoll der Teamtage⁷, die im Juni 2000 stattfanden, ist zu den Aufgaben und Tätigkeitsfeldern des Stationsleiters Folgendes zu entnehmen:

Pädagoge/Leiter⁸:

Transparenz der Therapiegestaltung, Förderung der Teambildung, Therapiegespräche, Therapieplanerstellung und –fortschreibung, Verantwortungsdelegation/Vertrauen und Zutrauen, Moderation von Teambesprechungen, Verantwortung für die Einhaltung des Therapiekonzepts, Konzeptfortschreibung, interne Fortbildung, Endverantwortung für die Antragsentscheidung, Organisation von Begleitforschung, Stellungnahmen, Aktenführung, Kontaktaufnahme mit komplementären Einrichtungen, kollegiale Supervision.

Der Pflegedienst arbeite nach dem Konzept der Bezugspflege. Diese sei ausgerichtet an den Aktivitäten des Lebens. Dazu gehöre auch, dass eine Reintegration in die Familie oder/und der Aufbau anderer tragfähiger sozialer Kontakte angestrebt würde. Zur besseren Veranschaulichung wird im Folgenden der Tagesablauf dargestellt, wie er für eine der Pflegekräfte typisch sein könnte.

Gegen 7.00 Uhr beginnt der Frühdienst. Zunächst wird das Ausgangsbuch kontrolliert. Da die Lockerungsgrade der einzelnen Patienten unterschiedlich sind (s.o.), ist ein genauer Abgleich mit diesen notwendig. Anschließend werden die Zimmer durchgesehen und die Anwesenheit der Patienten geprüft. Besteht die Möglichkeit, so wird am Frühstück der Patienten teilgenommen. Danach werden der Terminkalender, der Kadex/Pflegebericht und das Informationsbuch gesichtet. In Letzterem werden wichtige organisatorische Informationen eingetragen (z.B. Haushaltsgeld, Termin zur Blutabnahme etc.). Bei einigen Patienten wird die Medikamenteneinnahme kontrolliert. Nun besteht Raum für eventuelle Außenaktivitäten (z.B. Ausgänge mit Patienten, Begleitung zum Arzt/zur Arbeitstherapie/zum Sport/zur Kantine) und Gespräche mit den Patienten. Mittwochs und sonntags finden Planungsrunden im Gruppenraum statt. So gilt es, mittwochs zu vereinbaren, welcher der Patienten die Stationswäsche versorgt, sich um die Pflanzenpflege kümmert, Kochaufgaben und den Putzdienst übernimmt. Sonntags wird u.a. die Einkaufsliste für montags vereinbart und geschrieben. Montags findet wiederum eine Gruppe statt, in der die aktuellen Anträge der Patienten besprochen werden.

Beim allabendlich stattfindenden Blitzlicht soll der Patient kurz beschreiben, wie er den vergangenen Tag erlebt hat. Somit besteht die Möglichkeit, eventuelle Probleme und Fragen zum Tag noch

⁷ jährlich stattfindende zweitägige Tagung sämtlicher Rehabilitationsstations- und Ambulanzmitarbeiter

⁸ aus den Teamtagen im Juni 2000 (Tätigkeitsfelder der einzelnen Berufsgruppen) sowie Ergänzungen von Bode (mündliche Mitteilung, 05.02.2002)

zu besprechen, bevor ab 20.00 Uhr kein Mitarbeiter mehr im Haus ist. Zum Tagesabschluss werden noch die erforderlichen Eintragungen ins Informationsbuch etc. geschrieben.

Krankenpflege⁹:

Bezugspflege, Pflegeplanung und deren Aktualisierung, Dokumentation, Sicherung, Pflege unter Berücksichtigung der ATLS, Verpflegung, Milieugestaltung, Hygiene, Patientengeld, Umsetzung der Dienstvorschriften, Materialbeschaffung, Konsile, Wäscheversorgung, Medikationen setzen, bestellen und kontrollieren, Pflegegespräche, Krankenbeobachtung in allen Qualitäten, Vorbereitung von Freizeitmaßnahmen und deren Begleitung, Patientenbegleitung zu Konsiliarärzten, Dienstplangestaltung, Angehörigenarbeit, Fördern von Sozialkompetenz, Besuche am Arbeitsplatz, Stationsgruppen (Koch- und Blitzlicht), aktive Teilnahme an der Besprechungskultur der Abteilung, Case-Management, ambulante Nachsorge, Außenkontakte und Darstellung, Informationsweitergabe, Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen.

Die halbtags beschäftigte Ärztin trat ihre Tätigkeit nach Abfassung des Zwischenberichtes im April 2001 an. Im Rahmen der schriftlichen Mitarbeiterbefragung (Einzelerhebung nachträglich August 2001) machte sie zu ihren Aufgaben folgende Angaben:

- regelmäßige Gesprächskontakte mit den Patienten (1-4mal monatlich) zur Erfassung des psychischen Zustandes
- Überprüfung der medikamentösen Einstellung
- Kontaktaufnahme zu Heimen: Absprache mit Betreuern bzgl. der Medikation und Belastbarkeit eines Patienten (u.a. Aufklärung über Frühwarnzeichen)
- Absprachen mit Arbeitgebern (u.a. Abfassung von Attesten zur Arbeitsfähigkeit)
- Absprachen in der Ambulanz, Visiten, Fallbesprechungen, Supervisionen.

Arzt¹⁰:

Teilnahme an Abteilungskonferenzen, Fallbesprechungen, Visite, Hausarztfunktion, Kontakte mit externen Ärzten, Verhaltenstherapie mit Psychosekranken, Informationsweitergabe über Diagnostik und Therapie, medikamentöse Verordnungen, Patientenaufklärungen, Einzelerklärungen, Erläuterungen zu Medikamenten für Patienten und Mitarbeiter, Erklärungen zur Diagnostik, Gruppenangebote, z.B. psychoedukative Gruppen, ärztlich-therapeutische Maßnahmen werden im Team besprochen.

Die dienstags stattfindende Rehabilitations-Gruppe unterliegt der Leitung der Sozialarbeiterin. Die Teilnahme an diesem Angebot ist verpflichtend für alle Patienten der Rehabilitationsstation und unter Absprache für die langfristig beurlaubten Patienten. Die Inhalte sind eher sachbezogen. Es geht allgemein um die Planung und die verschiedenen Möglichkeiten einer Rehabilitation insgesamt (z.B., was ist Familienpflege?) und konkret am Patienten (z.B., was benötige ich?).

Des weiteren wird der Tätigkeitsbereich der Sozialarbeiterin von der seit Mai 2001 in der Ambulanz beschäftigten stellvertretenden Stationsleiterin wie folgt umschrieben:

⁹ aus den Teamtagen im Juni 2000: Tätigkeitsfelder der einzelnen Berufsgruppen

¹⁰ aus den Teamtagen im Juni 2000: Tätigkeitsfelder der einzelnen Berufsgruppen

- Einzelkontakte mit den Patienten
- Übernahme der Planungsverantwortung und Durchführung aller Aufgaben für die Bereiche Wohnen, Arbeit, Freizeit
- Regelmäßige Kontaktpflege mit Heimen, Arbeitgebern, Therapeuten zur weiteren Planung der Rehabilitationsmaßnahmen
- Initiierung und Durchführung regelmäßiger Helferkonferenzen für die entlassenen Patienten
- Planung und Organisation von Freizeitmaßnahmen für die Patienten der Rehabilitationsstation
- Teilnahme an Arbeitsgruppen/Gremien zur Weiterentwicklung „Forensischer Ambulanz“.

Sozialarbeiter¹¹:

Stationsleitungsververtretung, Gruppenangebote, Organisation und Bündelung der Aktivitäten und Kontakte, Teilnahme an allen regelmäßigen Gesprächsterminen, Dokumentation über Kadex und Sozialakte, Taschengeldregelung, Anträge, z.B. Kostenübernahme, Begleitung in Absprachen zwischen Patienten und Betreuern, Organisation von/Teilnahme an Freizeitmaßnahmen, Kontaktaufnahme zu komplementären Einrichtungen (Wohnheime, Betreutes Wohnen), Unterstützung bei Schuldenregulierung, Sozialberichte schreiben, Aktenführung.

Eine Kontaktaufnahme mit dem Bewährungshelfer erfolge vor der Entlassung des Patienten. Sei der Patient dazu in der Lage, sollte er eigenständig einen Bewährungshelfer suchen und den Kontakt zu diesem aufbauen (Bode, 1999). Da die Mitarbeiter von Trägern gemeindeintegrierender Maßnahmen häufig mit der besonderen Problematik von Maßregelvollzugspatienten nicht vertraut bzw. überfordert seien und bei diesen, wie auch der Bewährungshilfe, Vorurteile und aufgrund fehlender Kenntnisse übertriebene Ängste über die spezifische Problematik dieser Klientel bestünden, würden folgende Aspekte umfassende Informationsgespräche geführt. (Bode, 2000):

- Wie kommt ein Patient in den Maßregelvollzug (MRV)? – Erklärung der §§ 20, 21, 63, 64 StGB, Auftrag der Besserung und Sicherung.
- Wie kommt er wieder raus? – Art und Aufgabe der Gerichte, bisherige und gegenwärtige Spruchpraxis.
- Die Behandlung in der Abteilung für Forensische Psychiatrie Langenfeld nach Stufenplan: Aufnahmebereich, indikationsgesteuerte Behandlungsbereiche, stationsübergreifende Therapiegruppen, Deliktbehandlung, Deliktkette, Opferempathie, Lockerungen.
- Aufklärung über Rehasitation als Entlassvorbereitung, Delikte und Diagnosen, Team, Konzept.
- Langfristige Beurlaubung, Status als MRV-Patient in höchster Lockerungsstufe, Behandlungsverantwortung bei der forensischen Abteilung, Finanzierungsfragen, Begleitung durch die Bezugsperson und Information und kollegiale Supervision durch das ambulante forensische Team.
- Entlassene Patienten unter Führungsaufsicht, Bewährungsaufgaben, Bewährungshilfe, ambulante Therapie und Nachsorge.
- Bisherige Erfahrungen mit der Enthospitalisierung forensischer Patienten, ehemals forensische Patienten, die schon in Heimen o.ä. wohnen.

¹¹ aus den Teamtagen im Juni 2000: Tätigkeitsfelder der einzelnen Berufsgruppen

Abschließend soll zur Veranschaulichung exemplarisch der Ablauf eines Krisengesprächs mit den Mitarbeitern eines Wohnheims dargestellt werden. Dem Gespräch vorausgegangen war ein Alkohorrückfall eines Patienten, der sich in dem Wohnheim noch in der sog. Probewohnphase befand. Nachdem sich der Leiter der forensischen Rehabilitationsstation und Nachsorgeambulanz und die zuständige Sozialarbeiterin sowie die Mitarbeiter des Wohnheims in ihrer Funktion einander vorgestellt hatten, wurde zunächst die Frage der Zuständigkeit bei Krisensituationen (z.B.: Wer erteilt Ausgangsverbot – Heim oder forensische Ambulanz?) geklärt. Da der Patient noch nicht aus der Unterbringung entlassen ist, unterliegt er den Bestimmungen des Maßregelvollzugsgesetzes, d.h. er ist bis zur Entlassung rechtlich gesehen Maßregelpatient und nicht Heimbewohner. Es wurde allgemein die Überwachung der Sicherheit als ein Ziel des Maßregelvollzugs betont. Ebenso wurde ausführlich auf die spezielle Problematik des betroffenen Patienten – in diesem Falle auf den Zusammenhang zwischen einem Alkoholkonsum und einer potentiellen Deliktgefährdung - und wie damit umzugehen sein müsse, eingegangen. Seitens der forensischen Ambulanz wurde mehrmals im Laufe des Gesprächs nachgefragt, inwiefern generelle Bedenken seitens der Mitarbeiter des Heims bestünden. Fehler des bisherigen Vorgehens (z.B. die Tatsache, dass ein solches Treffen schon vor dem Alkohorrückfall des Patienten hätte organisiert werden müssen) wurden diskutiert. Des weiteren bemühten sich die Vertreter der forensischen Ambulanz um eine Transparenz der Gründe für die getroffenen Sanktionen (z.B. Ausgangsverbot des Patienten). Das Thema Ausgangsregelung wurde unter dem kritischen Aspekt betrachtet, dass in der Einrichtung nicht immer jemand anwesend sei und somit eine Gewährleistung der Ausgangssperre nicht möglich war. Weitere Themen waren die Freizeitgestaltung des Patienten (z.B. inwiefern eine arbeitstherapeutische Möglichkeit bestehen würde), Probleme in der Partnerschaft (die z.B. in engem Zusammenhang mit dem Alkohorrückfall gesehen wurden) sowie die Regelung finanzieller Angelegenheiten (z.B.: Zu welchem Zeitpunkt erhält der Patient von wem und wie viel Geld?). Zum Abschluss des Gesprächs wurde ein Termin für ein nächstes Treffen festgelegt. Dieses sollte in der forensischen Rehabilitationsstation stattfinden, so dass die Mitarbeiter des Wohnheims sich einen Eindruck des Maßregelvollzugs vor Ort würden verschaffen können.

4.1.2.3 Weitere Veränderungen seit Abfassung des Zwischenberichtes

Das Konzept der Entlassungsvorbereitung und Nachsorge habe sich insofern (seit ca. Februar 2001) verändert, als dass nunmehr eine intensivere Vorbesprechung mit der Behandlungsstation Voraussetzung für die Überleitung auf die Rehabilitationsstation sei. Dies habe sich aufgrund von Rückverlegungen als notwendig herausgestellt und beinhalte u.a., dass einem Patienten vor der Aufnahme auf die Rehabilitationsstation mindestens zeitlich begrenzte Ausgänge außerhalb des Geländes erlaubt seien.

Eine Differenzierung des Mitarbeiterteams werde diskutiert. So werde erörtert, welche Vor- und Nachteile eine Unterteilung des Gesamtteams in ein Unterteam „Wohngruppe“ und ein Unterteam „Ambulanz“ haben könnte. Ersteres wäre für den Bereich der Rehabilitationsstation und letzteres für die beurlaubten wie auch entlassenen Patienten zuständig.

Außerdem sei ein sog. (Krisen-)Interventionsplan für beurlaubte Patienten und ein sog. Nachsorgeinterventionsplan für entlassene Patienten entwickelt worden. Diese enthalten Informationen aus dem Behandlungsablauf und ggf. der Helferkonferenzen. Anlass sei die Notwendigkeit der besseren legalprognostischen Einschätzung – im Rahmen einer personenzentrierten Arbeit entsprechend den Ansätzen der Sozialpsychiatrie - gewesen. So sei nunmehr auch möglich, den Bezugspersonen vor Ort konkrete Hilfe in Form von Handlungsanweisungen bei Notfall- und Krisensituationen zu geben.

Auszug aus dem (Krisen-)Interventionsplan für Rehabilitationspatienten:

- Kontaktpersonen, Delikt, Diagnose
- Was darf er keinesfalls? Wann ist er gefährlich?
- Was darf er nicht? (Krise) – Krisenintervention
- Was soll er? – Pflege- und Behandlungsinterventionen
- Was darf er? Was kann er?

Auszug aus dem Nachsorgeinterventionsplan für entlassene Patienten:

- Angaben zum Entlassungsbeschluss (Auflagen, §§ 20, 21, 63, 64, 67b, 67d StGB)
- Anlassdelikt, anamnestische Daten, Diagnose, psychiatrische Vorbehandlungen, Vorstrafen
- Angaben zur sozialen Situation, Kontaktpersonen
- Einschätzung der Risikofaktoren, Gefährlichkeitsprognose
- Aktuelle Maßnahmen und Vereinbarungen (Was darf er keinesfalls/wann ist er gefährlich – Notfallplan; Was darf er nicht/Krise – Krisenintervention)

Die Hoffnung, durch die Rehabilitationsstation und Ambulanz mehr Patienten entlassen zu können, habe sich laut Bode (mündliche Mitteilung, 01.02.2002) nicht erfüllt. Stattdessen fordere die Strafvollstreckungskammer eine intensivere Erprobung im Rahmen von Langzeitbeurlaubungen.

4.1.3 Kasuistiken

Herr D.

Dem heute 39-jährigen Patienten wurde versuchter Mord zur Last gelegt. Er war auf ein ihm unbekanntes Paar mit dem Auto zugefahren, in der Absicht, den Mann zu töten. Der Fußgänger wur-

de schwer verletzt. Die Tat geschah im Zustand der Schuldunfähigkeit. Diagnostisch wurde eine „paranoide Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis“ festgestellt.

Die Diagnose wurde im Laufe der achtjährigen Unterbringung geändert in „tiefgreifende Persönlichkeitsstörung auf Borderline-Niveau mit einem Impulsdurchbruch zum Tatzeitpunkt“. Nach der Behandlung auf der Station für Psychosekranken erfolgte ein Wechsel auf die Station für Persönlichkeitsgestörte.

Als der Patient einen Wohnheimplatz zugesagt bekam, wurde er zunehmend zugänglich, da er ein Ziel hatte. Zur Vorbereitung auf die neue Wohnsituation wurde er auf die Rehabilitationsstation verlegt. Er gehörte zu den ersten Patienten dieser neuen offenen Station mit dem Charakter einer therapeutischen Gemeinschaft. Beim Einzug erhielt er – wie alle anderen Bewohner auch – einen Zimmer- und Haustürschlüssel. Um den Stationswechsel fließend zu gestalten, behielt er seine Halbtags­tätigkeit in der Arbeitstherapie bei und besuchte noch ein Vierteljahr die Gruppentherapie der abgehenden Station. Er übernahm Verantwortung in den Funktionsdiensten der Gemeinschaft, ging einkaufen, bereitete das Frühstück und Abendessen vor, stellte sich den Anforderungen und der Kritik der Mitbewohner. Seinen Ausgang lernte er aufzuteilen. Aufgrund des gewachsenen Vertrauens – auch des gewachsenen Selbstvertrauens – gestand er schließlich, dass er sich bisher auf Veränderungen deswegen kaum eingelassen habe, weil er von den Erinnerungen an seine Tat und der Angst, dass dies wieder passieren könnte, besetzt wäre. In einer EMDR¹²-Intervention zur Traumabehandlung gelang es ihm, seinen Zustand zur Tatzeit als Krankheit zu erkennen, zu akzeptieren und zu integrieren. Als Konsequenz entschloss er sich, nie wieder Auto zu fahren.

In Familiengesprächen mit dem Vater wurden die Rollen und die Verantwortungsbereiche zwischen Beiden geklärt. Er nahm an der wöchentlichen Gruppen- und Einzeltherapie, an der Antragsrunde, in der über die Ausgestaltung der Lockerungsstufen entschieden wird und an der Stationsrunde, in der über Aufteilung und Inhalte der Funktionsdienste diskutiert wird (z.B. Kostdienst am Wochenende), teil. Dabei wurde er bei allen Angelegenheiten des täglichen Lebens von seinem Bezugspfleger begleitet oder auch gezielt allein gelassen. Schließlich erfolgte eine Begleitung zu einem Wohnheim. Er erreichte, dass er sein Wunschzimmer im neu gestalteten Heim erhielt und auch, dass er zum frühestmöglichen Termin einziehen konnte. Er konnte seine Interessen gut vertreten. Ein $\frac{3}{4}$ Jahr nach seiner Verlegung auf die Rehabilitationsstation zog er als langfristig beurlaubter MRV-Patient in ein Wohnheim für drogensüchtige und psychosekranke Menschen. Er arbeitet halbtags im Heim in der Holzwerkstatt oder hilft dem Hausmeister beim Kehren oder Rasenmähen. Schon in der Beurlaubungszeit nahm er Kontakt mit dem Bewährungshelfer auf. Als seine Entlassung im August 2000 ausgesprochen wurde, erhielt er folgende Bewährungsauflagen:

¹² Eye Movement Desensitization and Reprocessing – Psychotraumathe­rapie

Unterstellung unter die Aufsicht eines Bewährungshelfers, Wohnsitz im genannten Wohnheim, sich straffrei zu führen, den Anordnungen des Bewährungshelfers Folge leisten, sich nach Absprache in der forensischen Ambulanz vorstellen und den Anordnungen Folge leisten.

Derzeit kommt er einmal im Monat in die forensische Ambulanz zum Leiter, besucht einmal monatlich seinen Bewährungshelfer und wird einmal im Monat von seinem Bezugspfleger im Wohnheim betreut. Etwa halbjährlich finden Informationsgespräche mit den Betreuern im Wohnheim statt.

4.1.4 Ergebnisse der Tätigkeitsbeschreibung

Die Betreuungssituation zum Zeitpunkt der Tätigkeitserfassung stellte sich in der Woche vom 10. - 14. Juni 2002 wie folgt dar (vgl. Tab. 4.1). Insgesamt betreute die forensische Ambulanz sowie die Rehasstation Langenfeld 27 Patienten. Davon befanden sich acht Patienten auf der Rehasstation, 10 waren (langfristig) beurlaubt und 9 (bedingt) entlassen. Etwa die Hälfte der Patienten (14) leidet an einer psychotischen Erkrankung. Ein Drittel der Patienten hat eine Persönlichkeitsstörung (9) und etwa ein Zehntel der Patienten hat eine intellektuelle Behinderung (3). Eine Person leidet an einer hirnorganischen Störung (3,7 %).

Tab. 4.1: Betreuungssituation nach Status und Hauptdiagnose (10.-14.06.2002)

Diagnosen	Anzahl Status			Summe	Prozent
	Rehabilitationsvorbereitung	Langfristig beurlaubt	(bedingt) entlassen		
Psychose	4	5	5	14	51,9
Persönlichkeitsstörung	2	4	3	9	33,3
Minderbegabung	2	1	0	3	11,1
hirnorganische Störung	0	0	1	1	3,7
Suchterkrankung	0	0	0	0	0,0
Summe	8	10	9	27	100,0
Prozent	29,6	37,0	33,3	100,0	

Zur besseren Differenzierbarkeit der Aufgabenschwerpunkte werden die Ergebnisse der Tätigkeitserfassung getrennt für akademisches und pflegerisches Personal angegeben.

Akademisches Personal

Die Mitarbeiter gaben eine Gesamtarbeitszeit von 107,1 Stunden (6425 Minuten) an. Bei $2\frac{3}{4}$ (inkl. Oberarztzeit) Stellen entspricht dies einer Wochenstundenzahl von 38,9 Stunden. Der Anteil mittelbar patientenbezogener Tätigkeiten ist dabei etwas größer (53,9 %) als jener der direkt patientenbezogenen (45,5 %). Bezieht man sämtliche weiteren mittelbar patientenbezogenen Tätigkeiten, die keinen Status- bzw. Diagnosebezug aufweisen (Erschließung von Kooperationen, Öffent-

lichkeitsarbeit usw.) mit ein, wird die Differenz noch etwas größer: 61,1 % (mittelbar) zu 35,8 % (direkt). Eine entsprechende Übersicht - für jeden einzelnen Mitarbeiter - findet sich im Anhang.

Tab. 4.2: Tätigkeitsprofil der akademischen Mitarbeiter aus Langenfeld nach Status und Diagnose bzw. direktem und mittelbarem Patientenbezug der Tätigkeiten

	PATIENTENBEZUG										GESAMT		A priori		
	MITTELBAR			DIREKT			Sonstige			Min					H
	Min	%	Weg	Min	%	Weg	Min	%	Weg						
STATUS															
REHA	757	29,3	(10)	670	30,7	(35)	0	0,0		1427	23,8	29,8	29,6		
BEURLAUBT	1513	58,6	(75)	1090	50,0	(90)	0	0,0		2603	43,4	54,3	37,0		
ENTLASSEN	310	12,0	(10)	420	19,3	(90)	30	100,0	(5)	760	12,7	15,9	33,3		
		100,0			100,0							100,0	100		
GESAMT	2580	53,9	(95)	2180	45,5	(215)	30	0,6		4790	79,8	100,0			
DIAGNOSE															
PSYCHOSE	1531	59,3	(85)	1200	55,0	(180)	30	100,0	(5)	2761	46,0	57,6	51,9		
PERSÖNLICH- KEITSTÖRUNG	576	22,3	(10)	740	33,9	(35)	0	0,0		1316	21,9	27,5	33,3		
MINDERBEGAB. SO. DIAGNOSE	349	13,5		165	7,6		0	0,0		514	8,6	10,7	11,1		
	124	4,8		75	3,4		0	0,0		199	3,3	4,2	3,7		
		100,0			100,0							100,0	100		
GESAMT	2580	53,9	(95)	2180	45,5	(215)	30	0,6	(5)	4790	79,8	74,6			
ohne Patientenbezug	1345		(30)	120			170		(5)	1635	27,3	25,4			
Total	3925	61,1	(125)	2300	35,8	(215)	200	3,1	(10)	6425	107,1	100,0			

Der durchschnittliche Zeitaufwand (ohne Wegezeiten und sonstige Tätigkeiten) der akademischen Mitarbeiter für einen im Status der Rehabilitationsvorbereitung befindlichen Patienten beträgt 2,9, für einen (langfristig) beurlaubten Patienten 4,1 und für einen (bedingt) entlassenen Patienten 3,3 Stunden (s. Tab. 4.3). Für einen psychotischen Patienten benötigen sie im Mittel 3, für einen persönlichkeitsgestörten 2,4, für einen Minderbegabten 2,9 und für den hirnganisch beeinträchtigten Patienten 3,3 Stunden. Den größten Anteil benötigen die langfristig beurlaubten Patienten mit einer Psychose, bereits (bedingt) entlassene, psychotisch erkrankte Patienten, hingegen den Kleinsten.

Tab. 4.3: Durchschnittlicher Zeitaufwand der akad. Mitarbeiter der RK Langenfeld für einen Patienten in Stunden pro Woche aufgeteilt nach Status und Diagnosegruppe

Status der Patienten				
Diagnose	Rehabilitation	Langfristig beurlaubt	(Bedingt) entlassen	MW
Psychose	3,3 (4)	4,6 (5)	0,9 (5)	3,0 (14)
Persönlichkeitsstörung	3,3 (2)	2,9 (4)	1,0 (3)	2,4 (9)
Minderbegabung	1,5 (2)	5,4(1)	0 (0)	2,9 (3)
Sonstige Diagnose	0 (0)	0 (0)	3,3 (1)	3,3 (1)
MW	2,9 (8)	4,1 (10)	1,2 (9)	2,76 (27)

() Anzahl der zugrundeliegenden Patientenzahlen

	= 74,6 Stunden (69,7 %)
Wegezeit	+ 5,8 Stunden (5,4 %)
Ohne Status/Diagnosebezug	+ 26,7 Stunden (24,9 %)
	= <u>107,1 Stunden</u>

Die akademischen Mitarbeiter verwenden demnach etwa 7/10 ihrer Zeit auf Tätigkeiten, die einen wie auch immer gearteten Patientenbezug haben, lediglich ein Viertel der Gesamtarbeitszeit wird für nicht patientenbezogene Tätigkeiten, wie Öffentlichkeitsarbeit, Erschließen von Kooperationen usw., aufgewandt. Die verbleibenden gut 5% der Arbeitszeit wurden als Wegezeiten dokumentiert.

Um die einzelnen Schwerpunkttätigkeiten der verschiedenen Mitarbeiter evaluieren zu können wurde ein Tätigkeitsprofil über sämtliche Einzeltätigkeiten der Mitarbeiter getrennt voneinander berechnet. Die Ergebnisse werden in Tabelle 4.4 in Form eines Tätigkeitsprofils dargestellt.

Tab. 4.4: Tätigkeitsprofil nach einzelnen Tätigkeiten inklusive Wegezeiten für die akademischen Mitarbeiter nach Häufigkeit (H), Zeit (Min) und prozentualen Anteil (%)

Akad.-Personal Tätigkeit	Leiter			Arzt			Oberarzt			Sozialarbeiter			Gesamt		
	H	Min	%	H	Min	%	H	Min	%	H	Min	%	H	Min	%
<u>Direkt patientenbezogen</u>															
Einzelgespräche	12	710	28,5	6	135	15,8	2	125	24,8	22	750	29,2	42	1720	26,8
Gruppenangebote	1	40	1,6	0	0	0,0	0	0	0,0	2	150	5,8	3	190	3,0
Sonst. Therapie u. Pflegemaßnahmen	0	0	0,0	6	65	7,6	0	0	0,0	4	145	5,6	10	210	3,3
Fertigkeitstraining	0	0	0,0	0	0	0,0	0	0	0,0	0	0	0,0	0	0	0,0
Helferkonferenzen	0	0	0,0	0	0	0,0	0	0	0,0	1	180	7,0	1	180	2,8
Summe	12	750	30,1	2	200	23,4	29	125	24,8	56	1225	47,7	99	2300	35,8
<u>Mittelbar patientenbezogen</u>															
Fall- u. Interventionsbespr.	15	530	21,2	4	215	25,1	3	225	44,6	16	395	15,4	38	1365	21,2
Krisenintervention/-management	7	125	5,0	9	150	17,5	6	120	23,8	1	20	0,8	23	415	6,5
Konzeptspr.-/Konferenzen	11	325	13,0	5	155	18,1	1	35	6,9	10	380	14,8	27	895	13,9
Supervision/-Fortbildung	0	0	0,0	0	0	0,0	0	0	0,0	0	0	0,0	0	0	0,0
Öffentlichkeitsarbeit	6	105	4,2	4	35	4,1	0	0	0,0	1	10	0,4	11	150	2,3
Erschließung v. Kooperationen	3	70	2,8	0	0	0,0	0	0	0,0	5	100	3,9	8	170	2,6
Dokumentation	9	480	19,2	6	100	11,7	0	0	0,0	11	350	13,6	26	930	14,5
Summe	51	1635	65,5	28	655	76,6	10	380	75,2	44	1255	48,8	133	3925	61,1
<u>Sonstige Tätigkeiten</u>	6	110	4,4	0	0	0,0	0	0	0,0	4	90	3,5	10	200	3,1
Gesamtsumme	69	2495	100	30	855	100	39	505	100	104	2570	100	242	6425	100,0

Danach sind direkt patientenbezogene Tätigkeiten v. a. von sozialarbeiterischer Seite gefordert. Der Schwerpunkt der anderen Berufsgruppen liegt eher auf mittelbar patientenbezogenen Tätigkeiten, insbesondere in Form von Fall- bzw. Interventionsbesprechungen und Krisenmanagement. Einzelgespräche nehmen bei allen Mitarbeitern bereits etwa ¼ der Zeit in Anspruch. Ein weiteres Viertel der Arbeitszeit nehmen Tätigkeiten in Zusammenhang mit Dokumentationen in Anspruch.

Pflegerisches Personal

Im Pflegedienst der Rehasation Langenfeld sind insgesamt 6 Mitarbeiter beschäftigt, von denen zwei Vollkräfte sind. Drei Pflegedienstmitarbeiter haben eine ¾ Stelle und einer eine halbe Stelle. Dies entspricht also 4,8 Stellen. Für eine Woche ließe sich so eine Sollstundenzahl von knapp 183 Stunden berechnen. Das diese Zahl wie im vorliegenden Fall nicht erreicht wird hat zwei Gründe. Zum Einen konnten in dieser Woche 3 Mitarbeiter an je einem Tag wegen Krankheit nicht zum Dienst erscheinen und zum Anderen legt der Rahmendienstplan je nach Erfordernissen die Besetzung in einer Woche fest, so dass dieser Wert in den verschiedenen Wochen Schwankungen unterliegt, die Mitarbeiter jedoch auf die geforderte Stundenzahl kommen, wenn man den gesamten Monat betrachtet. Aus diesem Grunde werden beim Pflegepersonal der Samstag (15.06) und Sonntag (16.06) mit in die Auswertung miteinbezogen.

Tab. 4.5: Tätigkeitsprofil der Pflegedienstmitarbeiter aus Langenfeld nach Status und Diagnose bzw. direktem und mittelbarem Patientenbezug der Tätigkeiten

	Patientenbezug									Total	Ist	a priori	
	MITTELBAR			DIREKT			sonstige						
	Min	%	Weg	Min	%	Weg	Min	%	Weg	Min	H	%	%
STATUS													
REHA	1701	60,4		2450	78,5 (15)		175	92,1		4326	72,1	57,1	29,6
BEURLAUBT	996	35,4 (80)*		635	20,4 (150)		15	7,9		1646	27,4	21,7	37,0
ENTLASSEN	118	4,2		35	1,1		0	0,0		153	2,6	2,0	33,3
		100			100			100					100
Summe	2815	46,0 (80)		3120	50,9 (165)		190	3,1		6125	102,1	80,9	
DIAGNOSE													
PSYCHOSE	1291	45,9 (60)		1015	32,5 (30)		38	20,0		2344	39,1	31,0	51,9
PERSÖNLICH- KEITSTÖRUNG	891	31,6 (20)		1310	42,0 (105)		118	62,1		2319	38,7	30,6	33,3
MINDER- BEGABUNG	608	21,6		735	23,6		34	17,9		1377	23,0	18,2	11,1
SONSTIGE DIAG- NOSE	25	0,9		60	1,9 (30)		0	0,0		85	1,4	1,1	3,7
		100			100			100					100
Summe	2815	46,0 (80)		3120	50,9 (165)		190	3,1		6125	102,1	80,9	
Ohne Patientenbezug	740	51,0 (10)		50	3,5		660	45,5 (70)		1450	24,2	19,1	
Total*	3555	46,9 (90)		3170	41,9 (165)		850	11,2 (70)		7575	126,3	100,0	100,0

* () Anteil der in „Min“ enthaltenen Wegezeiten

Die Bereitschaftszeiten gehen nicht in die reguläre Arbeitszeit mit ein und werden deshalb nicht mit aufgeführt. Sie umfassen bei sieben erfassten Arbeitstagen 7 x 660 Minuten, also 77 Stunden.

Die Pflegedienstmitarbeiter sind zwar hauptsächlich mit der Betreuung der Rehapatienten beauftragt und wenden hierfür, wie aus Tabelle 4.5 ersichtlich ist, auch die meiste Zeit auf (57 %), dennoch wird aber auch einige Zeit für beurlaubte und entlassene Patienten beansprucht (knapp 24 %). Bezüglich des Aufwandes für die verschiedenen Diagnosegruppen zeigen sich Unterschiede. Generell ist zunächst anzumerken, dass etwa gleich viel Zeit für die psychotisch erkrankten wie für die persönlichkeitsgestörten Patienten aufgewandt wird, obwohl insgesamt sehr viel weniger Persönlichkeitsgestörte zu betreuen sind (vgl. Tab. 4.1). Außerdem fällt auf, dass persönlichkeitsgestörte im Verhältnis sehr viel mehr direkt patientenbezogene Tätigkeiten erfordern als psychotisch erkrankte Patienten, bei denen mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten den Schwerpunkt bilden.

Der durchschnittliche Zeitaufwand der Pflegedienstmitarbeiter liegt demnach insgesamt bei den Persönlichkeitsgestörten mit 4,1 Stunden pro Woche und Patient im Vergleich zu 2,7 Stunden bei psychotisch erkrankten Patient etwa 1 ½ mal so hoch. Bei den Rehapatienten liegt sie sogar doppelt so hoch, wobei hier die kleinen Fallzahlen die Aussagekraft erheblich einschränken. Das gilt analog für die Gruppe der Minderbegabten, die nach diesen Ergebnissen insgesamt mit Abstand den größten Betreuungsbedarf erfordern würden (vgl. Tab. 4.6).

Tab. 4.6: Durchschnittlicher Zeitaufwand der Pflegedienstmitarbeiter der RK Langenfeld für einen Patienten in Stunden/Woche nach Status u. Diagnose (ohne Bereitschaftszeiten)

Status der Patienten				
Diagnose	Rehabilitation	Langfristig beurlaubt	(Bedingt) entlassen	MW
Psychose	6,9 (4)	1,9 (5)	0,2 (5)	2,7 (14)
Persönlichkeitsstörung	13,8 (2)	2,1 (4)	0,3 (3)	4,1 (9)
Minderbegabung	8,6 (2)	5,4 (1)	0 (0)	7,6 (3)
Sonstige Diagnose	0 (0)	0 (0)	0,9 (1)	0,9 (1)
MW	9,0 (8)	2,3 (10)	0,3 (9)	3,6 (27)

() Anzahl der zugrundeliegenden Patientenzahlen

$$\begin{aligned}
 &= \mathbf{98,0 \text{ Stunden (77,6 \%)}} \\
 &\quad \mathbf{Wegezeit} \quad + \mathbf{5,4 \text{ Stunden (4,3 \%)}} \\
 &\quad \mathbf{Ohne Status/Diagnosebezug} \quad + \mathbf{22,9 \text{ Stunden (18,1 \%)}} \\
 &= \mathbf{\underline{126,3 \text{ Stunden}}}
 \end{aligned}$$

Bezüglich des Betreuungsaufwandes der unterschiedlichen Status, zeigt sich ein Verhältnis von 1 : 8 : 30 für entlassene -, beurlaubte - und Rehapatienten, d.h. für beurlaubte Patienten wird etwa 8 Mal soviel Zeit aufgewandt wie für Entlassene und für die Rehapatienten wird noch einmal etwa das vier-

fache an Zeit benötigt. Insgesamt ist etwa 80 % der Arbeitszeit patientenbezogene Arbeitszeit. Lediglich 5,4 Stunden (4,3 %) wurden in dieser Zeit für Wege und 22,9 Stunden (18,1 %) für die anderen Ambulanztätigkeiten verwendet.

Betrachtet man nun die einzelnen Tätigkeiten bzw. Tätigkeitsgruppen, wie sie in Tabelle 4.7 dargestellt sind, so ergibt sich ein Tätigkeitsprofil, das drei große Schwerpunkte hat, nämlich die Gruppe Einzelgespräche mit den Patienten, die der Übergabe-, Fall- und Interventionsbesprechungen und die Dokumentation. Die Einzelgespräche machen dabei gut 1/4 der Gesamtarbeitszeit aus, die beiden anderen Gruppen jeweils rund 1/5. Bei den übrigen Tätigkeiten sollte jedoch der nicht unerhebliche Zeitanteil für Kriseninterventionen betont werden, der immerhin – bezieht man zusätzlich die Krisengespräche (Gruppe der Einzelgespräche) mit ein – noch knapp 1/10 der Gesamtarbeitszeit ausmacht.

Tab. 4.7: Tätigkeitsprofil nach einzelnen Tätigkeiten inklusive Wegezeiten für die Pflegedienstmitarbeiter nach Häufigkeit, Zeit (Min) und prozentualen Anteil (%)

Tätigkeitsprofile			
Tätigkeit	Häufigkeit	Min	%
<u>Direkt patientenbezogen</u>			
Einzelgespräche (inkl. 3 Krisengespräche mit 200 min)	109	2085	27,5
Gruppenangebote	19	675	8,9
Sonst. Therapie- u. Pflegemaßnahmen	31	265	3,5
Fertigkeitstraining	7	145	1,9
Summe	166	3170	41,9
<u>Mittelbar patientenbezogen</u>			
Übergabe-, Fall- u. Interventionsbespr.	43	1635	21,6
Krisenintervention	12	455	6,0
Konzeptbspr./Konferenzen	13	310	4,1
Supervision/Fortbildung	0	0	0,0
Teilnahme an Forschungsprojekt	11	170	2,2
Erschließung v. Kooperationen	0	0	0,0
Dokumentation	54	1295	17,1
Summe	133	3555	46,9
<u>Sonstige Tätigkeiten (Rufbereitschaft, Hol- und Bringdienste etc.)</u>		(5470)	
	54	850	11,2
Summe insgesamt	282	7575	100
() inklusive Rufbereitschaft 7 * 660 min		(12195)	

Bezogen auf sämtliche Tätigkeiten zeigt sich nun im Vergleich zu den ausschließlich patientenbezogenen Tätigkeiten (vgl. Tab. 4.5) jedoch ein leichtes Übergewicht der mittelbar patientenbezogenen gegenüber den direkt patientenbezogenen Tätigkeiten.

4.2 Die Mobile Forensische Ambulanz der Rheinischen Kliniken Düren

Vorab sei auf den ausführlichen Bericht des Modellprojektes „Mobile forensische Ambulanz der RK Düren“ hingewiesen (Schellbach-Matties et al., 1993). Zur Vermeidung von Redundanz wird daher im Folgenden die aktuelle Praxis der nunmehr seit zehn Jahren bestehenden Ambulanz überblickartig vorgestellt. Dazu nahmen im Juli 2001 die vier Mitarbeiter an einer schriftlichen Mitarbeiterbefragung („Teameinschätzung“/C-Form, siehe Anhang) teil.

4.2.1 Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung

Zu Aufgaben während der Phase der Entlassungsvorbereitung wurden folgende Angaben gemacht:

- die Fallvorstellung durch das behandelnde Team,
- Abstimmungs- und Planungsgespräche mit dem Patienten und dem Team,
- Vorstellungsgespräche mit dem Patienten bei den nachsorgenden Diensten, meist unter Anwesenheit von einem Pfleger der Station oder Therapeuten,
- Gespräche mit dem Patienten und seinen Familienmitgliedern, seinem Betreuer u.a.,
- im Bereich Arbeit: Klärung des Werdegangs, Sichtung der aktuellen Arbeitsangebote, Vorstellung bei Firmen, ggf. regelmäßige Besuche beim Arbeitgeber, Unterricht im Fach Berufskunde sowie eine Begleitung bei allen formalen Abläufen.

Im Rahmen der ambulanten Tätigkeit beschrieben die Mitarbeiter folgende Aufgaben:

- Aufnahme-, Orientierungs-, Verlaufs-, evtl. Krisen-, Entlass- und Nachsorgegespräche,
- Helferkonferenzen vor Ort,
- evtl. Kriseninterventionen vor Ort,
- Beantwortung telefonischer Anfragen seitens des Patienten, telefonische Rückkopplung mit den Betreuern der Einrichtung über den Verlauf des Patienten, Klärung von Entscheidungsfragen,
- Versenden von Bescheinigungen, Konsilscheinen, Medikamenten u. a.,
- Entlass- bzw. sog. Belehrungsgespräche vor Ort,
- im Bereich Arbeit: regelmäßige Sichtung der Arbeitsplatzangebote, Herstellung und Pflege von Kontakten zum Arbeitsamt und berufsbildenden Einrichtungen, orientierende Gespräche mit Arbeitgebern, Führungen von interessierten Arbeitgebern durch die Klinik, Meinungsaustausch mit Einrichtungen, die psychisch Kranke auf dem Arbeitssektor betreuen, Ausfüllen von Anträgen, Formularen, Verträgen usw..

Diese sog. betreuenden Aufgaben wurden von den eher strukturellen Maßnahmen und Aufgaben unterschieden. Zu Letzteren wurden die nun dargestellten Aussagen gemacht:

- die umfassende Sondierung des Behandlungsstandes des Patienten sowie seiner psychosozialen Gesamtsituation (evtl. anhand eines Aufnahmebogens)
dazu gehörten: das Aktenstudium, Gespräche mit dem Team und Therapeuten, Supervisionen und interne Beratungen in der Ambulanz
- die genaue Kenntnis bzw. Erkundung der personellen und institutionellen Ressourcen der angestrebten Entlassungsregion als auch der entsprechenden Einrichtungen
- die Verknüpfung der jeweils individuellen Probleme und Wünsche des Patienten sowohl mit den Perspektiven und Prognosen des behandelnden Teams als auch mit den spezifischen Möglichkeiten und Anforderungen der Nachsorge in den verschiedenen Lebensbereichen Arbeit, Wohnen, Beziehung, Freizeit, Behandlung/Betreuung
- das Versenden von Bewerbungsschreiben an verschiedene Einrichtungen mit aussagekräftigen Unterlagen (Arzt-, Sozialbericht, Darstellung der spezifischen Betreuungsnotwendigkeit)
- Fallvorstellungen in Einrichtungen auch ohne Patienten unter Hinweis („Werben“) auf das Ambulanz-Konzept mit den diversen Unterstützungs- und Service-Angeboten
- Informations- und Vorstellungsgespräche mit dem Patienten, anschließende Auswertung und Festlegung des weiteren Vorgehens
- die Kontaktierung der Einrichtung im Hinblick auf weitergehende Informationen, evtl. erforderliche Probetage, Erörterung des Verlaufs und der Entscheidung der Einrichtung mit dem behandelnden Team und dem Patienten
- die Koordinierung und Steuerung des Prozesses der Überleitung durch Organisation einer Langzeitbeurlaubung
dazu gehörten: Fragen des Zeitpunkts des Transportes, der psychiatrischen und medikamentösen Behandlung und bei interkurrenten Erkrankungen genaue Absprachen mit dem Team und der aufnehmenden Einrichtung in Bezug auf einen Notfallplan, zusätzlich diverse verwaltungstechnische Tätigkeiten der Informationsübermittlung und der Kostenübernahme
- ein regelmäßiges Zusammenführen aller Beteiligten in Helferkonferenzen, dabei ständige Evaluation des Prozesses und Neudefinition von Ziel und Vorgehen, wenn dies erforderlich ist
- die Bereitstellung von Supervisionen für alle an der Weiterbehandlung Beteiligten
- die sofortige Unterstützung und Hilfe bei krisenhaften Entwicklungen (inkl. „Rücknahmegarantie“)
- die Bündelung aller verfügbaren Informationen inkl. Aktenführung (Stellungnahmen an das Gericht in Bezug auf die Fortsetzung der Unterbringung bzw. hinsichtlich bestimmter Weisungen, Beschreibung des Krankheitsverlaufs, Ausstellen von Urlaubsscheinen, Konsilscheinen, Epikrise)

- separate Verlaufsgespräche mit den unterschiedlichen Betreuern, evtl. Anberaumung außerplanmäßiger Treffen, außerdem Festlegung der zeitlichen Abfolge der Hinzuziehung weiterer Betreuer bzw. Behandler, z. B. des niedergelassenen Arztes, des Bewährungshelfers oder des gesetzlichen Betreuers
- die Festlegung des Zeitpunkts der Beantragung einer vorgezogenen Anhörung bei der Strafvollstreckungskammer, die Erstellung einer Stellungnahme und Durchsprache mit dem Patienten im Rahmen der Helferkonferenz, die Teilnahme an der Anhörung
- die Erstellung bzw. Veranlassung von erforderlichen Berichten zum Antrag auf Kostenübernahme bei den verschiedenen Kostenträgern, Ausfüllen der Formulare mit den Patienten etc. (Kostenträger – LVR, Sozialamt, Renten- und Krankenversicherung, Arbeitsamt, Berufsgenossenschaft)
- das Erstellen gutachterlicher Stellungnahmen an die Strafvollstreckungskammer
- die Teilnahme an Anhörungen (Strafvollstreckungskammer, Vormundschaftsgericht)
- die Öffentlichkeitsarbeit in Form von Einladungen und Führungen in der Forensik, Fortbildungsveranstaltungen bei Verbänden, Bewährungshilfe, psychosozialen Arbeitsgemeinschaften und dergleichen
- die regelmäßige Beziehungspflege zu Einrichtungen und Akquirierung von neuen Kooperationspartnern durch Vorstellung des Ambulanz-Konzeptes, Anregungen von fachlichem Austausch
- die Rückvermittlung der Erfahrungen mit der Versorgungslandschaft in Abteilungskonferenzen
- Initiierung von neuen und besonderen Betreuungsformen, z. B. von bestimmten Patientengruppen in Zusammenarbeit mit Verbänden und Trägern der Gemeindepsychiatrie
- die Teilnahme an Forschungsprojekten
- im Bereich Praktikumvermittlung und Arbeitsplatzsuche: Vorgesetzte und Vertraute am Arbeitsplatz über Problematik des Patienten in Kenntnis setzen, regelmäßiger Austausch bzgl. der Möglichkeit des Arbeitgebers, zu jedem Zeitpunkt den Arbeitsversuch abubrechen, wenn er der Auffassung ist, die Entwicklung sei ungünstig

4.2.2 Kasuistiken

Herr H.

Mit 15 Jahren fiel Herr H. erstmalig durch Eigentumsdelikte auf und verbrachte in den folgenden Jahren längere Zeiträume in verschiedenen Jugendgefängnissen. Mit 22 Jahren erkrankte der in Polen geborene Mann bei gleichzeitigem Medikamenten- und Drogenmißbrauch an einer paranoid-halluzinatorischen Psychose und attackierte einen Bekannten, von dem er sich hintergangen fühlte, lebensbedrohlich. Die über neun Jahre anschließende forensische Behandlung war geprägt

von heftigen Auseinandersetzungen mit den Behandlern und von ständigen Vorwürfen, in der Klinik missbraucht und ohne Grund festgehalten zu werden. Krankheitseinsicht stellte sich im Laufe der Unterbringung nicht ein.

Der Patient zeigte sich nicht kooperativ im Hinblick auf eine Betreuung in einem Wohnheim für psychisch kranke Menschen und gab eine ausgeprägte Überschätzung seiner Arbeitsfähigkeit zu erkennen, indem er sich eine Beschäftigung auf dem freien Arbeitsmarkt problemlos zutraute. Auf der anderen Seite zeigte sich Herr H. schließlich mit einer neuroleptischen Medikation einverstanden, die aggressive Gespanntheit ließ merklich nach. Eine produktiv-psychotische Symptomatik war nicht mehr festzustellen, ein Residualzustand war bei gut erhaltener Intelligenz nur mäßig ausgeprägt. Die paranoiden und narzisstischen Persönlichkeitszüge des Patienten blieben unverändert, verloren gleichwohl zunehmend an Starrheit. Der Patient zeigte sich in seinem Verhalten kontrolliert; an Absprachen hielt er sich zuverlässig.

Im April 2000 kam es zur Langzeitbeurlaubung des Patienten. Er lebte fortan im Hause seiner Eltern und nahm an der teilstationären Arbeitstherapie einer Klinik am Entlassort teil. Im Rahmen des Case Managements führte die Forensische Ambulanz neben den obligatorischen Hausbesuchen regelmäßige Helferkonferenzen vor Ort durch, an denen neben dem Patienten und dem Mitarbeiter der Ambulanz auch der behandelnde Arzt und Koordinator (und ein Mitarbeiter) der Ergotherapie teilnahmen. In einem späteren Stadium kamen noch der prospektive Bewährungshelfer und der Sozialarbeiter der Führungsaufsichtsstelle hinzu. Der Verlauf der Beurlaubung war geprägt von dem ständigen Ringen (aller beteiligter Helfer) mit dem Patienten um Sinn und Verbindlichkeit des festgelegten Rahmens. Der Patient versuchte einerseits durch unrealistische Forderungen nach mehr „Freiheiten“ die Grenzen auszutesten, andererseits übte er sich in den verschiedenen Formen des „passiven Widerstandes“. So boykottierte er z.B. lange eine durchaus sinnvolle Entwicklung im Bereich der Arbeitstherapie und insistierte auf seiner Maximalforderung nach einer übergangslosen und vor allem unbetreuten Arbeitsstelle (auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt), von der er sich ein gutes Einkommen erhoffte.

Die Tätigkeit der Ambulanz bestand primär im Aufrechterhalten eines nicht zerstörbaren Betreuungsrahmens durch aktives Eingreifen, Unterstützung des behandelnden Arztes, permanente Reflektion mit dem Leiter der Arbeitstherapie über dessen Erfahrungen, klärende Gespräche mit dem Patienten, auch im Rahmen von Helferkonferenzen, Moderation regelmäßiger Helferkonferenzen.

Im Januar 2001 wurde der Patient schließlich entlassen, da die feste Struktur der Betreuung ihn offensichtlich stabilisierte. So zeigte er sich kooperativ auch im Hinblick auf die Teilnahme an einer beruflichen Rehabilitationsmaßnahme, die er (nach einem gescheiterten Praktikum in einem extramuralen Betrieb) antrat und zunächst auch – im Rahmen einer Weisung durch die StVK – nach der Aussetzung der Maßregel zur Bewährung fortsetzte.

Nicht unerwartet versuchte der Patient jedoch schon bald zu erproben, ob sich die durch die Entlassung veränderten juristischen Rahmenbedingungen nicht auch zur Veränderung des Betreuungsrahmens nutzen ließen. Da die Forensische Ambulanz als maßgebliche und integrative Instanz wegfiel, gelang es dem Patienten innerhalb kurzer Zeit, den Bewährungshelfer „auf seine Seite zu ziehen“ mit dem Ergebnis, dass dieser sogar die recht „dreisten“ Weisungsverstöße des Patienten (unabgesprochener Wechsel der Wohnung und Abbruch der Reha-Maßnahme) arglos und zustimmend zur Kenntnis nahm. Dies war möglich geworden, da der Patient diese sensible Phase, in der die Rolle des Case Managers von der Ambulanz auf den Bewährungshelfer hätte übergehen sollen - die gegenseitige Information der Helfer aber nicht (mehr) sichergestellt war - zur Spaltung, u.a. mit Hilfe gezielter Desinformationen des Bewährungshelfers, nutzen konnte. In der daraufhin anberaumten Helferkonferenz wurde dieser Spaltungsmechanismus auch sogleich durch eine heftige Debatte deutlich, in der ein zunächst nur schwer zu entwirrendes Knäuel von unterschiedlichen Informationsständen, aber auch unterschiedlichen Einschätzungen und emotionalen Reaktionen der Helfer zum Vorschein kam. Komplizierend (aber durchaus „passend“) kam hinzu, dass der behandelnde Arzt gewechselt hatte, ohne dass der Nachfolger über die spezifische Problematik des Patienten oder über die Existenz eines bis dato „eingespielten“ Betreuungsnetzes informiert wurde.

Die Forensische Ambulanz übernahm hier vorwiegend erneut das Case Management. Das Agieren des Patienten (und die Auswirkungen auf das Betreuerteam) konnte als Reinszenierung bekannter Verhaltensmuster verstanden werden. Für den Patienten wurde ein befriedigendes Betreuungssetting wiederhergestellt. Der leitende Ergotherapeut erklärte sich bereit, den Patienten erneut in die teilstationäre Arbeitstherapie zu übernehmen und ihn bei den weiteren Schritten im Kontext „Arbeit“ eng zu begleiten. In einem weiteren Gespräch der Forensischen Ambulanz mit dem Bewährungshelfer und der Führungsaufsichtsstelle wurde der Rehabilitationsplan noch einmal ausführlich erörtert und eine genaue Abstimmung der Aufgaben vorgenommen. Die Funktion des Case Managers wurde schließlich dem Mitarbeiter der Führungsaufsichtsstelle übertragen.

Fazit: Helferkonferenzen werden von den Beteiligten zunächst oft als lästig erlebt oder gar als überprotektiv und verfolgend kritisiert. Das obige Beispiel bestätigt hingegen eindrücklich die vielfach gemachte Erfahrung, dass nur ein institutionsübergreifendes Behandlungsteam, das regelmäßig und verbindlich einen fallbezogenen Austausch pflegt, insbesondere Klarheit über die Entscheidungswege sicherstellt, die typischen „Fallstricke“ in der Rehabilitation forensischer Patienten vermeiden kann. In diesem Fall war ein Schwachpunkt die offenbar nicht ausreichende Abstimmung der Helfer über die (Notwendigkeit der) Übernahme des Case Managements nach der Entlassung. Erst in der nachträglichen Auswertung des Verlaufs konnte darüber ein Konsens erzielt werden. Generell scheint die Konzeptualisierung der eigenen (Sozial-)Arbeit als Case Management anfangs noch ungewohnt, wird dann aber meist als hilfreich und notwendig erfahren.

Herr X.

Das Fallbeispiel beschreibt einen Patienten, der seit einem Jahr zur Bewährung aus der Maßregel entlassen ist, mit seiner Familie zusammen lebt und mittlerweile auf dem freien Arbeitsmarkt tätig ist. Auffällig bei diesem Patienten ist der lange, fast 2 Jahre dauernde Prozess der Erprobung in unterschiedlichen Settings, eine Erprobung, die auch immer diagnostischen Charakter hatte und bei der die unterschiedlichen Helfer immer mit den zentralen Fragen befasst waren und sind:

- Wieviel Selbstverantwortung kann der Patient übernehmen?
- Wieviel Hilfe von außen (und von wem) ist notwendig, um ihn in seinem Umfeld zu stabilisieren?
- Wieviel Kontrolle ist notwendig?
- Welche Funktionen muss die forensische Ambulanz übernehmen?

Herr X wurde in den 60er Jahren in einer rheinischen Großstadt geboren. Er besuchte eine Sonderschule, die er als Analphabet verließ. Auf dem freien Arbeitsmarkt arbeitete er nie. Er verwaahlte früh und zunehmend, entwickelte Alkoholprobleme und war zeitweise obdachlos. Mit Beginn der Strafmündigkeit stand er immer wieder vor Gericht, erhielt wegen Diebstählen, Hehlerei, Sachbeschädigungen und Körperverletzungen zuerst Ermahnungen, Freizeitarreste und Geldstrafen, schließlich Haftstrafen, zunächst mit, später ohne Bewährung. Ende der 80er Jahre beging Herr X. im betrunkenen, verwaahlten Zustand einen Totschlag. Er wurde zu einer mehrjährigen Haftstrafe verurteilt, gleichzeitig wurde die Unterbringung nach § 63 StGB angeordnet.

Diagnostisch bestand auf der Grundlage eines frühkindlichen Hirnschadens ein hirnorganisches Psychosyndrom, eine intellektuelle Minderbegabung (IQ 65), eine dissoziale Persönlichkeit sowie Alkoholismus und soziale Milieuschädigung. Zur Persönlichkeits- und Verhaltensbeschreibung des Patienten lassen sich folgende Defizite und Ressourcen herausarbeiten. Er ist sehr leicht beeinflussbar, verfügt über kein stabiles Ich und orientiert sich an Stärkeren ohne sich von schädlichen Einflüssen abzugrenzen. Er überschätzt allzu oft seine Fähigkeiten und verleugnet Probleme und Schwierigkeiten bzw. neigt zu Bagatellisierung. Seine mangelnden sozialen Kompetenzen, sowie die Unfähigkeit, schwierige kommende Situationen zu antizipieren und Lösungen zu erarbeiten sind weitere Defizite. Zu seinen Ressourcen gehört v.a. seine gute Leitbarkeit, der tatsächlich gute Wille, nicht mehr straffällig zu werden und sich sozial angepasst zu verhalten. Er ist zudem sehr fleißig, durchhaltewillig und –fähig in der Arbeit und sehr selbstkritisch in Bezug auf Suchtmittel.

Insgesamt schien es für die Ambulanzmitarbeiter möglich, Herrn X. schrittweise in eine gut betreute Wohngemeinschaft zu rehabilitieren. Unverzichtbar würde ein Kreis von Helfern sein (Mitarbeiter der WG, gesetzlicher Betreuer und Bewährungshelfer), die ihn eng betreuen und gleichsam durch den Tag/ die Woche begleiten müssten, um die zu erwartenden vielfältigen Komplikationen, wie u. a. das Ausufern von Situationsverkennungen, Größenideen, gesteigerter Unternehmungslust und nicht ausreichenden Problemlösungsstrategien, mit Herrn X. bewältigen zu können.

Genau so wichtig würde eine geeignete Arbeitsstelle sein, die Herrn X. einerseits ausreichend fordern würde und ihm so ein Ventil böte für seinen deutlich gesteigerten Antrieb, die ihn andererseits intellektuell nicht überfordern dürfte, dies eine Erkenntnis aus mehreren Praktika.

Die gesamte Perspektive schließlich stand und fiel mit der Bereitschaft des Herrn X., Betreuung zu akzeptieren, Hilfe anzunehmen. Die Kooperationsbereitschaft des Patienten erlosch, als er Mitte der 90er Jahre heiratete. Frau X. ist eine mehrfach geschiedene Frau mit 5 Kindern, die zum Zeitpunkt der Eheschließung bis auf den jüngsten Sohn in Kinder- und Jugendheimen untergebracht waren. Sie selbst lebte in einem sozialen Brennpunkt. Frau X. ist psychisch krank, leidet offenbar an psychotischen Schüben. Problematisch war über lange Zeit, dass Frau X. sowohl die eigene Erkrankung als auch die Behinderungen und Einschränkungen ihres Mannes komplett verleugnete. Sie sah in Herrn X. den Ehemann, den Stiefvater für ihre 5 Kinder und den zukünftigen Ernährer der gesamten Familie und zwar ohne fremde Hilfe und Unterstützung von außen, Erwartungen also, die Herr X. unmöglich würde erfüllen können. Angesichts ihrer und seiner strikten Weigerung, ein Helfernetz zu akzeptieren, kam es zu einem über einjährigen Stopp der Rehabilitation.

Ein Ausweg aus der Sackgasse ergab sich tragischerweise erst während einer erneuten psychotischen Dekompensation der Ehefrau, während der sie über 2 Monate stationär behandelt werden musste. In dieser Zeit gelang es Herrn X., sich ein wenig vom dominierenden Einfluß seiner Frau zu lösen. Im Rahmen einer Langzeitbeurlaubung erhielt er eine Arbeitsstelle als Küchenhelfer und wechselte aus der Forensik in ein Wohnheim für psychisch Behinderte. Dies war jedoch von Anfang an nur eine Notlösung, da die Ambulanzmitarbeiter eine gut betreute Wohngemeinschaft bevorzugt hätten, die jedoch im Versorgungsangebot der Umgebung nicht enthalten ist.

Zu diesem Zeitpunkt stießen auch der zukünftig zuständige Bewährungshelfer und der gesetzliche Betreuer zum institutionsübergreifenden Helfernetz. Komplettiert wurde das Unterstützungssystem durch eine Gruppe des Kreuzbundes, die Herr X. wöchentlich zu besuchen hatte. Während der nun beinahe einjährigen Erprobungsphase gelang den Heimmitarbeitern, ein verhältnismäßig unverkrampfter Zugang zu Frau X. Sie unterstützten sie bei der Suche nach und dem Umzug aus dem sozialen Brennpunkt in eine Wohnung in der Nähe des Wohnheims. Durch die wiederhergestellte räumliche Nähe der Ehepartner X. zueinander wuchs auch wieder deren Streben nach Autonomie von den sie umgebenden Helfern. Im Wohnheim war der persönlichkeitsgestörte Herr X. „der Einäugige unter den Blinden“. Wieder einmal wurde die Erfahrung gemacht, dass ein auf die Bedürfnisse von Psychosekranken abgestelltes Konzept eines Wohnheims sich als nicht geeignet für Persönlichkeitsgestörte erwies: Beim Patienten mobilisierte die Konstellation heftige Größenideen, genährt durch die alltägliche Erfahrung, dass er, anders als sämtliche Mitbewohner, die Aufgaben im Heim buchstäblich mit links erledigte. Er sah sich, nicht ganz zu Unrecht, am falschen Platz und forderte, nun endlich in die Wohnung der Ehefrau ziehen zu dürfen. Diese Forderung korres-

pondierte mit der Haltung der Mitarbeiter des Wohnheims. Sie wie auch der Bewährungshelfer und der gesetzliche Betreuer trauten Herrn X. zu, selbständig mit seiner Familie zu leben. Die forensische Ambulanz trug den weiteren Schritt in der Überleitung zwar unter Bedenken mit, hielt aber auch die Erinnerung innerhalb der Helferrunde an die fortbestehenden typischen und potentiell destabilisierenden Erlebens – und Verhaltensmuster des Herrn X wach.

Grundsätzlich kann als eine wichtige Erfahrung festgehalten werden, dass das institutionsübergreifende Helfernetz durch die unterschiedlichen Funktionen, Sicht- und Herangehensweisen sowie Arbeitsmittel der einzelnen Beteiligten ein wesentlich höheres Maß an Flexibilität im Vorgehen ermöglicht hat, als es die forensische Ambulanz alleine bewerkstelligt hätte. Es bestand in dieser Phase der Rehabilitation ein hoher Aufwand an Kommunikation zwischen den Helfern, da ständig ausbalanciert werden musste wie viel Freiheit Herr X. für eigene Entscheidungen gegeben werden kann, wie viel Verantwortung das Ehepaar für sich übernehmen kann und wie viel Kontrolle in welchen Lebenskontexten durch jeweils welche Helfer (noch) nötig ist. Die „Schwerpunktverlagerung“ des Patienten erfolgte schrittweise. Die Arbeit in der Selbsthilfefirma behielt er bei, obwohl es ihn offensichtlich kränkte, sich nicht auf dem freien Arbeitsmarkt bewegen zu können.

Die Aufgaben in der Helferrunde wurden neu verteilt. Das Wohnheim schied aus, der Bewährungshelfer war jetzt zuständig für die gesprächsweise Begleitung, evtl. auch Kontrolle des Alltags des Patienten; er würde als Erster tätig werden, sollten sich Probleme auftun. Der gesetzliche Betreuer hielt den Kontakt zur Selbsthilfefirma. Er hielt den Kontakt zur Kreuzbund-Gruppe und er beaufsichtigte die laufenden finanziellen Angelegenheiten der Familie. Die forensische Ambulanz hielt zum Zwecke der Verlaufskontrolle telefonischen Kontakt zu Bewährungshelfer und Betreuer und bestellte den noch im Status der Beurlaubung befindlichen Patienten 1 Mal im Monat ein.

Der Zeitpunkt der Entlassung zur Bewährung - nach der langen Beurlaubung eigentlich nur noch als Formsache gedacht - war für Herrn X. ganz offensichtlich der Startschuss für eine Reihe von Aktivitäten, durch die er die Autorität des Helfernetzes und die Verbindlichkeit der vom Gericht erteilten Weisungen auf ihre Bruch- und Standfestigkeit hin überprüfen wollte. Die Helferkonferenz, durch den Wechsel des Betreuers und durch die Umstellung der inhaltlichen Zuständigkeiten in Folge der Entlassung etwas unkoordiniert und labilisiert, sah sich mit zahlreichen „Autonomiebewegungen“ des Patienten, wie der Kündigung der ungeliebten Arbeitsstelle, einer kostspieligen Urlaubsreise nach Italien u. a. konfrontiert. Des weiteren lebte Herr X. in dieser Zeit sämtliche für ihn typischen potentiell destruktiven Verhaltensmuster wie die Verleugnung der behinderungsbedingten Handicaps oder seine Impulsivität zunehmend ungehemmt aus.

Eine geraume Weile schafften es die Helfer nur durch feuerwehrartiges punktuelles Reagieren auf Herrn X.'s jeweilige Kapriolen die vollständige Auflösung des mühsam errichteten Settings zu verhindern. Der neue Betreuer, ungeübt in forensischen Fragen und mit forensischen Patienten,

bestand zunächst auf seiner gewährenden, das Wachstum des Patienten vermeintlich fördernden Haltung; er sah z.B. mit Gleichmut zu, als Herr X. innerhalb kurzer Zeit zentrale Aufgabenbereiche der Betreuung vom Amtsgericht aufheben ließ. Auch der Bewährungshelfer, seit der Entlassung federführendes Mitglied des Helfernetzes, verfügte, verglichen mit der forensischen Ambulanz, (noch) über eine deutlich höhere Toleranzschwelle für Herrn X.'s zunehmend regelwidriges Verhalten. Die forensische Ambulanz übernahm in dieser Situation wieder die Rolle des Bedenkenträgers und blieb, entgegen der ursprünglichen Planung, aktiver Teil des Helfernetzes.

Durch intensive Kommunikation der Helfer miteinander gelang es allmählich, in den wieder anstehenden zentralen forensischen Grundfragen (s. o.) zu einer gemeinsamen, stimmigen Linie zu finden. Nachdem zuvor zumindest permanente Schadensbegrenzung gelungen war, konnten die Helfer nun mit vereinten Kräften zunächst „die Notbremse ziehen“ und eine Anhörung Herrn X.' vor der Strafvollstreckungskammer in die Wege leiten, um anschließend das in der Anhörung neu geschnürte und verstärkte Regelwerk der Weisungen und Vereinbarungen gegenüber Herrn X. mit Nachdruck zu vertreten und durchzusetzen.

Das Ergebnis war eine spürbare Beruhigung der Lage. Behinderungsbedingt neigt Herr X. natürlich nach wie vor dazu, Regeln zu übertreten, Vereinbarungen zu „vergessen“ und die Helfer gegeneinander auszuspielen – dank der stabilen Arbeitsbasis, die die Helfer gefunden haben, gelingt es ihm aber nicht mehr, die Situation zu chaotisieren.

4.2.3 Ergebnisse der Tätigkeitsbeschreibung

Von den 38 in der Dürener Ambulanz betreuten Patienten befinden sich 17 im Status der Rehabilitationsvorbereitung, fünf in langfristiger Beurlaubung und weitere 16 sind bereits (bedingt) entlassen. 22 Patienten leiden an einer psychotischen Erkrankung, 14 an einer Persönlichkeitsstörung und je einer an einer hirnorganischen Störung bzw. Minderbegabung (s. Tab. 4.8).

Tab. 4.8: Betreuungssituation nach Status und Diagnose in der Woche vom 10. – 14.06.2002

Diagnosen	Anzahl Status			Summe	Prozent
	Rehabilitationsvorbereitung	Langfristig beurlaubt	(bedingt) entlassen		
Psychose	8	5	9	22	57,9
Persönlichkeitsstörung	8	0	6	14	36,8
Minderbegabung	0	0	1	1	2,6
Hirnorganische Störung	1	0	0	1	2,6
Suchterkrankung	0	0	0	0	0,0
Summe	17	5	16	38	100,0
Prozent	44,7	13,2	42,1	100,0	

Die Mitarbeiter in Düren gaben insgesamt eine Arbeitszeit von 108,1 Stunden an. Bei 2 ¼ Stellen entspricht dies ein Wochenstundenzahl von 39,5. Betrachtet man die absoluten Zahlen, so wenden die Ambulanzmitarbeiter die meiste Zeit für die in Rehavorbereitung befindlichen Patienten auf (43,3 %). Für die beurlaubten Patienten werden dann insgesamt 24,5 Stunden (30,2 %) und für die entlassenen noch 21,4 Stunden (26,5 %) aufgewandt. Patientenbezogene Tätigkeiten nehmen danach also genau ¾ der Gesamtarbeitszeit in Anspruch, während die sonstigen Tätigkeiten noch etwa ¼ ausmachen.

Das Verhältnis direkt vs. mittelbar patientenbezogener Tätigkeiten liegt etwa bei 50 zu 50, wenn man die Tätigkeiten ohne Status- und Diagnosebezug (die sonstige und mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten umfassen) außen vor lässt (s. Tab. 4.9). Ansonsten läge das Verhältnis bei etwa 4 zu 6. Der Anteil sonstiger Tätigkeiten umfasst lediglich 5 % der Zeit.

Tab. 4.9: Tätigkeitsprofil der akademischen Mitarbeiter nach Status und Diagnose bzw. direktem und mittelbarem Patientenbezug

	PATIENTENBEZUG											A priori	
	MITTELBAR			DIREKT			sonstige			GESAMT			
	Min	Weg	%	Min	Weg	%	Min	Weg	%	Min	%		H
STATUS													
REHA	1057	(45)	48,8	770		31,9	275	(80)	100	2102	43,3	35,0	44,7
BEURLAUBT	573		26,5	895	(375)	37,1	0		0,0	1468	30,2	24,5	13,2
ENTLASSEN	535		24,7	750	(270)	31,1	0		0,0	1285	26,5	21,4	42,1
			100			100					100		100
GESAMT	2165	(45)	44,6	2415	(645)	49,7	275	(80)	5,7	4855	100	80,9	
DIAGNOSE													
PSYCHOSE	1175	(20)	54,3	1580	(545)	65,4	275	(80)	100	3030	62,4	50,5	57,9
PERSÖNLICH- KEITSSTÖRUNG	925	(25)	42,7	795	(100)	32,9	0		0,0	1720	35,4	28,7	36,8
MINDER- BEGABUNG	0		0,0	0		0,0	0		0,0	0	0,0	0,0	2,6
SONSTIGE DIAGNOSE	65		3,0	40		1,7	0		0,0	105	2,2	1,8	2,6
			100			100					100		100
GESAMT	2165	(45)	44,6	2415	(645)	49,7	275	(80)	5,7	4855	74,9	80,9	
ohne Status-/ Diagnosebezug	1560	(300)		0			70			1630	25,1	27,2	
Total	3725	(345)	57,4	2415	(645)	37,2	345	(80)	5,3	6485	100	108,1	

Bei der Betrachtung der absoluten Zahlen schien der Betreuungsaufwand für Rehapatienten den größten Anteil auszumachen. Unter Berücksichtigung der zugrundeliegenden Patientenzahlen zeigt sich nun jedoch, dass die langfristig beurlaubten Patienten mit 3,6 Stunden/Woche der intensivsten Betreuung bedürfen, danach kommen erst die Rehapatienten mit 1,9 Stunden/Woche (s. Tab. 4.10).

Bezüglich der verschiedenen Diagnosegruppen fällt auf, dass die psychotischen Patienten fast doppelt soviel Zeit in Anspruch nehmen wie die Persönlichkeitsgestörten. Dies relativiert sich jedoch, wenn man dies mit den zugrundeliegenden Patientenzahlen in Relation setzt (vgl. Tab. 4.10). In Relation betrachtet sieht man dann, dass sich der Betreuungsaufwand für die unterschiedlichen Diagnosegruppen nicht wesentlich voneinander unterscheidet. Patienten mit einer psychotischen Erkrankung benötigen durchschnittlich einen Zeitaufwand von 1,8 Stunden/Woche. Persönlichkeitsgestörte nur 0,1 Stunden mehr und Minderbegabte 0,1 Stunden weniger.

Aufgrund der Tatsache, dass die Düren Ambulanz z. Z. nur psychotische Patienten im Status langfristiger Beurlaubung betreut, lässt sich nicht sagen, ob sich die verschiedenen Diagnosegruppen in diesem Status unterscheiden, da sie in den übrigen Status nicht einheitlich abschneiden. Im Bereich der Rehabilitationsvorbereitung unterscheiden sich die Diagnosegruppen zwar nicht, wohl aber bei den entlassenen Patienten. In diesem Status sind Persönlichkeitsgestörte im Vergleich zu Psychotikern etwa doppelt so arbeitsintensiv.

Tab. 4.10: Durchschnittlicher Zeitaufwand der akad. Mitarbeiter der RK Düren insgesamt für einen Patienten in Stunden pro Woche aufgeteilt nach Status und Diagnose

Status des Patienten				
Diagnose	Rehabilitation	Langfristig beurlaubt	(Bedingt) entlassen	MW
Psychose	2,2 (8)	3,7 (5)	0,8 (9)	1,8 (22)
Persönlichkeitsstörung	2,2 (8)	0	1,5 (6)	1,9 (14)
Minderbegabung	0 (0)	0	0 (1)	0,0 (1)
Sonstige Diagnose	1,7 (1)	0	0 (0)	1,7 (1)
MW	1,9 (17)	3,6 (5)	1,1 (16)	1,79 (38)

() Anzahl der zugrundeliegenden Patientenzahlen

= 68,1 Stunden (63,0 %)

Wegezeit + 17,8 Stunden (16,5 %)

Ohne Status-/Diagnosebezug+ 22,2 Stunden (20,5 %)

= 108,1 Stunden

Der rein patientenbezogene Arbeitsaufwand beträgt demnach 68,1 Stunden/Woche. Dies entspricht 63 % der Gesamtarbeitszeit. Auffällig bei der „mobilen“ forensischen Ambulanz Düren ist –

nomen est omen – der im Vergleich zu den Ambulanzen von Langenfeld und Essen relativ hohe Anteil an Wegezeiten. Die Mitarbeiter dort sind knapp 1/6 ihrer Gesamtarbeitszeit unterwegs. Sonstige Tätigkeiten wie Öffentlichkeitsarbeit, Supervision, Fortbildungen usw., Tätigkeiten ohne Patientenbezug also nehmen schließlich noch etwa 1/5 der gesamten Arbeitszeit ein.

Die Aufgabenschwerpunkte der einzelnen Ambulanzmitarbeiter nach einzelnen Tätigkeiten und Gruppen sind in folgender Tabelle 4.11 aufgeführt.

Tab. 4.11: Tätigkeitsprofil nach einzelnen Tätigkeiten inklusive Wegezeiten für die akademischen Mitarbeiter nach Häufigkeit (H), Zeit (Min) und prozentualen Anteil (%)

Tätigkeitsprofile	Leiter			Psychologe			pädagog. MA			Sozialarbeiter			Gesamt		
	H	Min	%	H	Min	%	H	Min	%	H	Min	%	H	Min	%
Direkt patientenbezogen															
Einzelgespräche	2	90	3,8	4	180	15,0	4	145	25,2	8	355	15,0	18	770	11,9
Helferkonferenzen	3	630	26,9	2	330	27,5	1	60	10,4	2	350	14,8	8	1370	21,1
Gruppenangebote	0	0	0,0	1	120	10,0	0	0	0,0	0	0	0,0	1	120	1,9
Sonst. Therapie u. Pflegem.	0	0	0,0	0	0	0,0	0	0	0,0	0	0	0,0	0	0	0,0
Fertigkeitstraining	0	0	0,0	0	0	0,0	3	155	27,0	0	0	0,0	3	155	2,4
Summe	5	720	30,7	7	630	52,5	8	360	62,6	10	705	29,8	30	2415	37,2
Mittelbar patientenbezogen															
Fall- u. Interventionsbespr.	6	170	7,2	10	150	12,5	1	30	5,2	15	620	26,2	32	970	15,0
Konzeptbspr./Konferenzen	2	120	5,1	1	105	8,8	1	40	7,0	0	0	0,0	4	265	4,1
Supervision/Fortbildung	0	0	0,0	1	60	5,0	1	50	8,7	1	55	2,3	3	165	2,5
Öffentlichkeitsarbeit	3	610	26,0	0	0	0,0	1	30	5,2	6	580	24,5	10	1220	18,8
Dokumentation	5	270	11,5	2	150	12,5	2	65	11,3	10	325	13,7	19	810	12,5
Erschließen v. Kooperationen	2	215	9,2	3	60	5,0	0	0	0,0	1	20	0,8	6	295	4,5
Summe	18	1385	59,1	17	525	43,8	6	215	37,4	33	1600	67,7	74	3725	57,4
Sonstige Tätigkeiten	1	240	10,2	2	45	3,8	0	0	0,0	4	60	2,5	7	345	5,3
Summe insgesamt	24	2345	100	26	1200	100	14	575	100	47	2365	100	111	6485	100

Demnach sind die beiden Vollzeitkräfte, die Sozialarbeiterin und der Leiter der Ambulanz im Vergleich zu den beiden Teilzeitkräften eher mit mittelbar patientenbezogenen, d.h. schwerpunktmäßig organisatorischen Aufgaben beschäftigt, während der Psychologe und der pädagogische Mitarbeiter über die Hälfte ihrer Zeit mit direkt patientenbezogenen Tätigkeiten versehen.

Im Vergleich mit Langenfeld ist besonders hervorzuheben, dass Düren offenbar sehr viel stärker alle im Reintegrationsprozess beteiligten Stellen mit in ihre Arbeit einbezieht, da Helferkonferenzen hier ein sehr viel stärkeres Gewicht haben. Über ein Fünftel ihrer Zeit wird damit verbraucht. Dies erklärt auch den relativ höheren Anteil an Wegezeiten.

4.3 Ambulanz des Institutes für Forensische Psychiatrie der Rheinischen Kliniken Essen

In der Ambulanz des Instituts für Forensische Psychiatrie werden seit 1995 in erster Linie die Patienten, die in den Rheinischen Maßregelvollzugskliniken gemäß §§ 63 oder 64 StGB untergebracht waren und nun beurlaubt bzw. auf Bewährung entlassen worden sind, behandelt. In Ausnahmefällen erfolgt nach vorheriger Prüfung auch eine Betreuung von entlassenen Strafgefangenen, bei denen eine psychotherapeutische Begleitung als Bewährungsaufgabe erteilt worden ist.

Im Ballungszentrum des Ruhrgebiets befindet sich bislang keine forensische Einrichtung. Da jedoch ein großer Teil der in den Rheinischen Kliniken untergebrachten psychisch kranken Straftäter aus diesem Gebiet stammt und nach der stationären Behandlung dort wieder integriert werden soll, bedarf es dringend ambulanter forensischer Nachsorgeeinrichtungen. In den letzten Jahren wurde der Kontakt zum allgemeinen psychosozialen Netz aufgebaut. Die Bereitschaft allgemeinpsychiatrischer, komplementärer Einrichtungen, forensische Patienten aufzunehmen, ist ebenso zurückhaltend, wie die niedergelassener Psychotherapeuten zur ambulanten Behandlung. Letztlich hat dies mit zu übermäßig langen Unterbringungszeiten geführt. Allerdings scheint hier auch eine Änderung absehbar. Im Jahre 2000 z.B. wurde der Arbeitskreis Diakonie & Forensik mit dem Ziel gegründet, vorhandene komplementäre Einrichtungen auch für forensische Patienten zu öffnen.

Die Behandlung wird von einem Psychologen und zwei Ärzten für Psychiatrie durchgeführt. Neben supportiven, gesprächspsychotherapeutisch ausgerichteten Verfahren kommen auch tiefenpsychologisch orientierte Verfahren zur Anwendung. Die Frequenz der Stunden beträgt üblicherweise einmal pro Woche, wird aber abhängig vom jeweiligen Zustand der Patienten auch erhöht. Außerdem werden bei Bedarf Hausbesuche durchgeführt und die Institutionen aufgesucht und beraten, in denen die Patienten leben. Zusätzlich erfolgen in regelmäßigen Abständen Gespräche mit den Angehörigen bzw. mit Betreuern, falls vorhanden, sowie mit den zuständigen Bewährungshelfern (i. S. von Ambulatorien bzw. Helferrunden).

Des Weiteren werden von umliegenden allgemeinpsychiatrischen Kliniken „Problempatienten“ vorgestellt, bei denen neben der psychischen Störung mögliches delinquentes Verhalten befürchtet bzw. angedroht wurde. Hierbei handelt sich überwiegend um Patienten mit einer sexuell-devianten Entwicklung oder einer Störung der Geschlechtsidentität (zumeist transsexuelle Symptomatik), bei denen vorab strafrechtlich relevante Taten nicht aufgetreten waren.

Ein weiterer Arbeitsbereich der forensischen Institutsambulanz umfasst telefonische Beratungen anderer Kliniken bzw. psychiatrischer/psychologischer Praxen. Zum Teil werden kasuistische Fälle geschildert, zum Teil aber auch grundsätzliche Fragen bezüglich ambulanter Betreuung, rechtlicher Grundlagen etc. gestellt.

Bei Patienten, die Depot-Medikamente erhalten und dementsprechende Laboruntersuchungen sowie ggf. Drogenscreenings erforderlich sind, werden diese Leistungen von der Ambulanz der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie übernommen. Dort können auch bei einer drohenden Dekompensation eines Patienten kurzfristige stationäre Kriseninterventionen erfolgen, so dass eine Rückverlegung in die Maßregelanstalt, die meist mit einem längeren stationären Aufenthalt verbunden ist, vermieden werden kann. Voraussetzung hierfür ist, dass der Patient im Einzugsgebiet der Klinik wohnt. Andernfalls werden für die Patienten heimatnahe Kliniken gesucht, um eine möglichst reibungsarme, kurzfristige stationäre Behandlung im (beginnenden) Krisenfall zu gewährleisten. Diesbezüglich sind erfahrungsgemäß mehrere Gespräche notwendig, in denen offen die spezielle (Gefährlichkeits-)Problematik des Patienten thematisiert wird.

4.3.1 Ergebnisse der schriftlichen Befragung

Nunmehr werden die Ergebnisse der schriftlichen Befragung („Teameinschätzung“/C-Form, siehe Anhang) der Mitarbeiter der Institutsambulanz (N = 3) vorgestellt. Die Fragebögen wurden im September 2001 beantwortet.

Ihre konkreten (Betreuungs-)Aufgaben im Rahmen der ambulanten Tätigkeit beschreiben die Mitarbeiter wie folgt:

- Zu regelmäßigen stützend-supportiven Gesprächen komme es einmal wöchentlich bzw. mindestens monatlich. Zum Teil würden die Patienten auch im Wohnheim oder zu Hause aufgesucht. Die Gespräche seien je nach Störungsbild teilweise konfliktzentriert, psychodynamisch oder verhaltenstherapeutisch orientiert und enthielten Elemente der Psychoedukation.
- Etwa vierteljährlich käme es zum persönlichen Kontakt mit dem Bewährungshelfer und in mindestens sechswöchigem Abstand würde ein telefonischer Austausch stattfinden. Ebenso bestünden mit einigen Angehörigen bzw. Betreuern der Patienten wöchentliche Telefonate und regelmäßige Treffen. Zur Strafvollstreckungskammer wie auch der forensischen Klinik – mit der zusätzlich bei der Übernahme in die ambulante Betreuung gemeinsame Helferkonferenzen stattfinden würden – existierte telefonischer Kontakt.
- Mit der allgemeinspsychiatrischen Abteilung müsse die Übernahme der medizinischen Behandlung und Überprüfung der Medikation anhand von Laborparametern vereinbart werden (evtl. Einleitung apparativer (z. B. CCT, EEG) oder konsiliarärztlicher Untersuchungen).
- Auch die Vermittlung in komplementäre psychiatrische Einrichtungen und die Kontaktpflege mit diesen wie auch der forensischen Klinik gehöre zum Tätigkeitsfeld.
- Kooperation mit allgemeinspsychiatrischen Kliniken zwecks Kriseninterventionsaufnahmen bei Patienten, die nicht aus dem Einzugsgebiet der Essener Universitätsklinik stammen.
- Teilnahme an Arbeitskreisen (Diakonie und Forensik) und Öffentlichkeitsarbeit.

4.3.2 Kasuistiken

Herr T.

Herr T. wurde 1957 in Düsseldorf als erster von zwei Söhnen seiner Eltern geboren. Er wuchs in äußerlich geordneten Verhältnissen auf, hat einen regulären Hauptschulabschluß erreicht und eine Lehre zum Kfz-Mechaniker absolviert. Danach ist er noch anderthalb Jahre in seinem Beruf tätig gewesen, dann jedoch immer tiefer in ein kriminelles Milieu geraten und vielfach straffällig geworden (u.a. wegen gefährlicher, einfacher und fahrlässiger Körperverletzung, fahrlässiger Straßenverkehrsgefährdung, räuberischen Diebstahls, räuberischer Erpressung, Sachbeschädigung). Er betrieb lange Zeit einen erheblichen Alkoholmißbrauch an der Grenze zum chronischen Alkoholismus. Zeitweise lebte er in einem Milieu dissozialer Alkoholiker.

Unterbringungsdelikt: Im Sept. 1995 stach Herr T. einen guten Bekannten mit einem Küchenmesser nieder und verletzte ihn lebensgefährlich. Herr T. hatte diesen Bekannten mit in seine Wohnung genommen. Der Angriff kam völlig unvermittelt. Ihm war kein Streit, keine Provokation, auch keine homosexuelle Annäherung vorausgegangen. Das LG Essen verurteilte Herrn T. wegen vorsätzlichen Vollrausches zu einer Freiheitsstrafe von 3 ½ Jahren und ordnete die Unterbringung gemäß § 64 StGB an. Herr T. wurde im August 1996 zur Behandlung in die WK Schloß Haldem aufgenommen. Etwa Anfang 1998 wurde er von der Klinik dauerbeurlaubt, bezog eine Wohnung, lebte dort ab Juni 1998 mit seiner neuen Partnerin, die er 1999 heiratete. Die Anbindung an die Klinik war weiterhin relativ eng. Herr T. fuhr 14-tägig zu Wiedervorstellungen nach Haldem. Es fanden auch am Wohnort telefonisch angeordnete Alkoholkontrollen statt.

Im Frühjahr 1999 war die Beurlaubung von Herrn T. unterbrochen worden, da es Hinweise auf erneuten Alkoholkonsum gab. Die Klinik suchte einen wohnortnahen Therapeuten für Herrn T. Mit der Betreuung durch die Institutsambulanz war er einverstanden. Er nahm die verabredeten Termine in der Folgezeit und bis heute weitgehend zuverlässig wahr.

Bei der Stadt absolvierte Herr T. eine einjährige Ausbildungsmaßnahme im Bereich Straßenbau. Nach diesem Jahr wurde er in ein festes Arbeitsverhältnis übernommen. Die Entwicklung stellte sich insgesamt sehr positiv dar. Allerdings räumte Herr T. allmählich offener ein, dass er nicht völlig alkoholabstinent lebte. Längere Zeit vermittelte er den Eindruck, dass dieser Konsum sich in sehr engen Grenzen bewegte. Herr T. schien mit seinem Leben im Großen und Ganzen zufrieden zu sein, berichtete von positiven Erfahrungen am Arbeitsplatz und im sonstigen sozialen Umfeld. Situationen, die ihm irgendwie unkontrollierbar erschienen – etwa Begegnungen mit der Suchtszene am Hauptbahnhof – ging er systematisch aus dem Wege.

Im Jahre 2001 wurde dann deutlicher, dass Herr T. mit Alkohol eben nicht geordnet und kontrolliert umzugehen vermag. Die Entwicklung gipfelte zunächst darin, dass die Ehefrau sich im Spätsommer in ein Frauenhaus begab. Sie berichtete von massiven Tätlichkeiten durch Herrn T.. In

dieser Phase eskalierte der Alkoholmissbrauch dann erst recht. Es kam Ende des Jahres zu Unregelmäßigkeiten bei der Arbeit. Weiterhin gab es Ärger mit einer Wohnungsnachbarin und dem Vermieter, der ihm die Wohnung zum 01.04.2002 kündigte. Herr T. hatte sich im Rausch offensichtlich Zugang zur Wohnung einer Nachbarin verschafft, ohne allerdings etwas zu stehlen. Ein Ermittlungsverfahren wurde eingeleitet.

Der Bewährungshelfer des Herrn T. ließ zunehmende Verärgerung über diesen erkennen. Er versuchte ihn zur Teilnahme an weiteren suchttherapeutischen Angeboten, zum Beispiel einer Abstinenzgruppe der Schlossparkklinik zu drängen, aber ohne nachhaltigen Erfolg. Derzeit stellt es sich so dar, dass Herr T. trotzig vermittelt, sein Leben unter Kontrolle zu haben. Ernsthafte Abstinenzmotivation besteht nicht. Die StVK hat ihn bereits angewiesen, Hilfe in Anspruch zu nehmen. Die äußeren Lebensverhältnisse sind derzeit wieder geordnet. Herr T. arbeitet regelmäßig. Er hat zum 01.04. eine neue Wohnung angemietet. Gespräche finden weiterhin regelmäßig statt.

Es besteht der Eindruck, dass er sich seiner Verhaltensauffälligkeiten unter Alkoholeinfluss nicht schämt und daher auch kein Problembewusstsein entwickelt. Herr T. ist zweifellos motiviert, weiterhin ein geordnetes Leben zu führen. Er möchte die Arbeit nicht verlieren und nicht wieder inhaftiert werden. Er kämpft wahrscheinlich auch immer wieder um einen kontrollierten Umgang mit dem Alkohol, der dann phasenweise wieder gelingt. Die Prognose ist ziemlich unklar.

Herr A.:

Der heute 36-jährige Herr A. wurde im Feb. 1994 vom Vorwurf der Körperverletzung und Beleidigung freigesprochen, gleichzeitig wurde jedoch eine Unterbringung gemäß § 63 StGB angeordnet, die sodann zur Bewährung ausgesetzt wurde (gemäß § 67b StGB). Nach Verstoß gegen die gerichtlich auferlegten Weisungen (Abbruch der ambulant-psychiatrischen Behandlung) wurde die Bewährung ½ Jahr später widerrufen. Zwischen 1983 und 1989 war Herr A. durch verschiedene Straftaten (Körperverletzungen, Eigentumsdelikte) auffällig geworden, wobei die letzten beiden Verfahren (1989) von der StA wegen Schuldunfähigkeit eingestellt worden waren.

Herr A. leidet an einer schizophrenen Psychose, wobei im Verlauf der nunmehr insgesamt 4,5 Jahre andauernden ambulanten Behandlung unabhängig von der psychotischen Erkrankung Auffälligkeiten seiner Persönlichkeitsstruktur deutlich geworden sind, die am ehesten i. S. einer narzisstischen Problematik zu verstehen sind. Von Sept. 1994 bis Dez. 1997 befand sich Herr A. im Maßregelvollzug von NRW. Seitdem ist die Unterbringung zur Bewährung ausgesetzt.

Behandlungsverlauf: Die Überleitungsphase in die ambulante Therapie wurde von der forensischen Klinik gründlich vorbereitet. Im Oktober 1997 wurde Herr A. in ein Übergangwohnheim beurlaubt, hatte eine Arbeitsstelle (WfB) und nahm erstmals Kontakt mit der forensischen Ambulanz auf. Die anfängliche Behandlungszeit hier - etwa bis Ende 1998 - war durch deutliche psychi-

sche Schwankungen von Herrn A. geprägt. Mehrfach mussten im Rahmen von Kriseninterventionen kurzzeitige stationär-psychiatrische Behandlungen erfolgen. Psychopathologisch standen Ängste, das Leben in Freiheit nicht meistern zu können gepaart mit dem höchst ambivalenten Wunsch, in die sichere Obhut der Klinik zurück zu kehren, im Vordergrund. Diese Instabilität ließ sich durch die in diesem Zeitabschnitt wöchentlichen Gespräche, die Herr A. im übrigen regelmäßig und gewissenhaft wahrnahm, nur bedingt auffangen. Seine Tendenz, zuviel auf einmal zu wollen und je nach Ansprechpartner unterschiedliche Ziele zu benennen, führte dazu, die Helferkonferenzen in recht kurzen Zeitabschnitten einzuberufen (anfangs ca. alle 6 Wochen). Hierbei stellte sich vor allem als positiv heraus, das Handeln des Patienten von unterschiedlichen Perspektiven betrachten zu können und dementsprechend das (nächste) Behandlungsziel gemeinsam zu erarbeiten. Durch diese von außen vorgegebene Strukturierung konnte Herr A. die Vielzahl seiner Wünsche ordnen. In den Einzelgesprächen thematisierte er zu der Zeit regelmäßig seine Medikation. Bereits während der stationären Unterbringung waren mehrere Umstellungsversuche der Neuroleptika erfolgt, wobei man stets zum Depot-Neuroleptikum Haloperidol zurück gekehrt war. Wiederholte Gespräche konnten dieses Thema nur zeitweise in den Hintergrund schieben. Erst nach einer kurzen stationär-psychiatrischen Behandlung, die er selbst initiiert hatte und währenddessen er auf eine Medikamentenumstellung (atypisches Neuroleptikum) drängte, erbrachte eine Wende. Unter Risperidon erlebte er wahnhaft anmutende Phänomene und meldete sich telefonisch aus der dortigen Klinik, um von dieser Medikamentenänderung geradezu reumütig zu berichten (Mai 2000). Seit dem Zeitpunkt ist die Frage der Medikation bei guter Compliance bis Ende der FA von ihm nicht mehr thematisiert worden.

Ab Mitte 1999 ist eine zunehmende psychische Stabilisierung erreicht. Er zog aus dem Übergangwohnheim in eine betreute WG und kam nach anfänglichen Eingewöhnungsschwierigkeiten zunehmend besser zurecht. Probleme gab es mehrmalig an seinem Arbeitsplatz. Er ließ (und lässt) sich nicht gern etwas sagen, strebte nach mehr Verantwortung und anspruchsvolleren Aufgaben. Wiederholt eckte er mit Mitarbeitern - bevorzugt Vorgesetzten - an. Sowohl in den Einzelgesprächen als auch in den nun etwa 3-monatlichen Helferkonferenzen konnten diese Situationen detailliert aufgearbeitet und alternative Verhaltensweisen mittels eines Rollenspiels eingeübt werden. Zur weiteren psychischen Stabilisierung hat beigetragen, dass Herr A. mittlerweile auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt eine Stelle ausfüllt und im August 2000 geheiratet hat.

Die aus der Türkei stammende Ehefrau, die Herrn A. während eines Urlaubes in der Türkei (Sommer 1999) von der Familie vorgestellt wurde, hat sich Dank seiner konstanten Unterstützung mittlerweile relativ gut in Deutschland einleben können. Zeitgleich ist allerdings seine Unentschlossenheit über seinen weiteren Lebensort aufgeflammt. Als gebürtiger Türke emigrierte er im 8. Lebensjahr, besitzt mittlerweile die deutsche Staatsbürgerschaft und fühlt sich eigentlich hier

wohl, verspürt aber auch - insbesondere wenn es ihm etwas schlechter geht - den Wunsch, zu seinen Wurzeln zurück zu kehren. Weitere Krisen (Tod seiner Schwester durch Suizid, Totgeburt eines Kindes) konnten in den Gesprächen (teils gemeinsam mit der Ehefrau) aufgefangen werden. Dabei zeigte er sich offen und berichtete von sich aus über anstehende Konfliktsituationen. Seine Belastbarkeit gegenüber Kritik, Stress und Frustrationen hat sich mittlerweile erkennbar gesteigert. Seine Zukunftsplanung erscheint realistisch.

Seit Ablauf der Führungsaufsicht im Jan. 2002 kommt Herr A. auf eigenen Wunsch in ca. 3-wöchigem Abstand zu mir. Etwa 4 Wochen nachdem er im Februar d. J. die Medikamente ohne Rücksprache reduziert hatte, verlor er aufgrund zunehmend aggressiver Verstimmung seinen Arbeitsplatz und geriet mit der derzeit schwangeren Ehefrau in Streit, worauf er mit dem Wagen ziellos Richtung Süddeutschland fuhr. Dort hat er eigeninitiativ eine psychiatrische Klinik aufgesucht und um die Gabe von Haldol-Decanoat gebeten. Trotz seiner augenblicklich wieder recht stabilen Lage, muss sein Zustand nach den Erfahrungen der letzten Jahre und der Unentschlossenheit bezüglich seiner beruflichen Orientierung als vulnerabel eingestuft werden.

Resümee: Bei Herrn A. geht es nicht allein um eine Behandlung seiner Schizophrenie. Die im Laufe der über 4-jährigen ambulanten Therapie erkennbare Persönlichkeitsproblematik besitzt einen bedeutsamen legalprognostischen Stellenwert. Positiv herauszustellen ist die im Laufe der Zeit entstandene vertrauensvolle Therapeut-Patient-Beziehung. Herr A. hat bewiesen, dass er Krisensituationen nicht nur erkennt, sondern dann auch bereit ist, Hilfe einzufordern. Andererseits ist aber auch deutlich geworden, dass er einen gewissen Hang zu impulsiven Reaktionen mit nur wenig antizipierten Handlungen besitzt. Auf sich allein gestellt, könnte es bei entsprechenden Situationen durchaus zu aggressiven Übergriffen kommen, auch wenn während der FA nichts passiert ist. Dies scheint wohl u.a. auch daran gelegen zu haben, dass er bei Bedarf unbürokratisch einen Ansprechpartner hatte. Zudem haben sich die Teilnehmer der Helferkonferenzen stets kurz geschlossen, um typische Fehlerquellen, wie etwa mangelnder/ungleicher Informationsstand, mögliche Spaltungstendenzen, zu minimieren. Mit Ende der FA fällt nun dieser stützende und zugleich kontrollierende Einfluss weg. Unter legalprognostischen Überlegungen ist es daher wünschenswert, wenn Herr A. das Angebot der ambulanten Therapie weiterhin wahrnimmt.

Herr P.:

Herr P. erkrankte während eines Montageaufenthaltes in den neuen Bundesländern im Alter von 43 Jahren erstmals an einer schizoaffektiven Psychose. Aus den Unterlagen (Urteil, Gutachten etc.) ließen sich anfangs keine Phasen psychischer Auffälligkeiten in seiner bisherigen Lebensgeschichte explorieren. Bei einer späteren Befragung – im Beisein der Ehefrau - stellte sich heraus, dass sich ab etwa seinem zwanzigsten Lebensjahr eine Alkoholproblematik entwickelt hatte, die zumindest als Missbrauch diagnostisch bezeichnet werden muss. Ca. 5 bis 10 Jahre später seien

mehrfach Phasen aufgetreten, in denen er neben dem Alkoholmissbrauch unruhig, getrieben, und übermäßig aktiv gewesen sein soll. In solchen teils mehrmonatig anhaltenden Phasen habe er kaum Schlaf benötigt, sich auf Trabrennbahnen begeben und dort eine nicht unbedeutende Menge an Geld verspielt. Auch sei er neben seinem Beruf als Fernmeldetechniker bei der Deutschen Bundespost, den er im Übrigen über 20 Jahre stets gewissenhaft ausgeführt hatte, kleineren nebenberuflichen Aktivitäten nachgegangen, wie z. B. Betreiben einer Trinkhalle. Dies sowie sein Hang zu Pferdewetten und anderen Spielen (Poker etc.) führten dazu, dass sich ein nicht unerheblicher Schuldenberg angehäuft hatte. Folge waren Eheprobleme, wobei die Ehefrau trotz seiner Eskapaden bei ihm blieb und bis heute ihren Ehemann unterstützt.

Nachdem die Diagnose einer schizoaffektiven Psychose gestellt wurde, erfolgte unmittelbar eine stationär-psychiatrische Behandlung. Kurz nach Beginn der neuroleptischen Medikation bot er alsbald ein depressiv stuporöses Bild. Im Rahmen seines psychotischen Erlebens tötete er seinen Zimmernachbarn in der Klinik. Im Sicherungsverfahren wurde auf Schuldunfähigkeit erkannt und eine Unterbringung gemäß § 63 StGB angeordnet. In der forensischen Klinik ließ sich schon bald unter einer Zwei-Zügel-Therapie (Neuroleptikum plus Antidepressivum) ein recht stabiles Zustandsbild erreichen, das auch nach Absetzen des Neuroleptikums und alleinige Einstellung auf Lithium über Monate konstant blieb. Nach zwei Jahren erfolgte eine erste längere Beurlaubung, die jedoch nach 4 Monaten zurück genommen werden musste, da zunehmend Schlafstörungen, Unruhe, Gereiztheit mit psychomotorischen Erregungszuständen auftraten – u.a. war es zu einer Sachbeschädigung und Androhung körperlicher Gewalt gekommen. Zurück in der forensischen Klinik wurde er auf ein Depot-Neuroleptikum in hoher Dosierung eingestellt. Nach schrittweiser Stabilisierung konnte ca. 1 ½ Jahre später ein zweiter Beurlaubungsversuch unternommen werden.

Eine engmaschige psychiatrische Betreuung in dem über 100 km von der Klinik entfernten Wohnort war durch die forensische Institutsambulanz gewährleistet. In größeren Abständen wurden Familiengespräche geführt, in denen interessante Aspekte über den Verlauf seiner früheren psychischen Auffälligkeiten (submanische Phasen, episodenhafter Alkoholmißbrauch) und deren Einfluss auf das familiäre Zusammenleben in Erfahrung gebracht werden konnten. Hauptaufgabe war es, der Ehefrau und dem Sohn zu vermitteln, dass es sich um Krankheitssymptome und nicht um Persönlichkeitsmerkmale des Patienten handelt, wie von ihnen über Jahre fälschlicherweise angenommen worden war. Bei einer recht hohen neuroleptischen Dosierung von 6 ml Haldol-Decanoat alle 4 Wochen wirkte Herr P. antriebsmäßig sichtlich reduziert, klagte über Interessenarmut, Erschöpfung und Minderung seiner Konzentrationsfähigkeit bei gesteigertem Schlafbedürfnis. Mittlerweile war der Patient berentet und arbeitete halbtags in einer WfB. In den folgenden 2 Jahren wurde die Depot-Medikation sehr vorsichtig, schrittweise herabgesetzt, worunter sich keinerlei produktiv psychotische Phänomene mehr zeigten. Nach Ende dieser zweijährigen, insgesamt völ-

lig unproblematisch verlaufenden Beurlaubungsphase hob die StVK die Unterbringung nach § 63 StGB (bedingt) auf. Direkt nach Erhalt des Aufhebungsbeschlusses änderte sich sein psychisches Befinden eindrucksvoll. Er verließ unmittelbar die Wohnung, begab sich auf die Trabrennbahn und nahm am Wettspiel teil. 2 Nächte kam er nicht nach Hause, streunte durch die Stadt, ohne zu schlafen aber auch ohne Alkohol zu konsumieren. Ehefrau und Sohn nahmen besorgt mit uns Kontakt auf. Als Herr P. zurückkehrte, erklärte er sich nach einem Telefonat zu einem sofortigen Termin in der forensischen Ambulanz bereit. Psychopathologisch zeigte sich ein spürbar gesteigerter Antrieb mit bisweilen parathymen Lächeln bei leicht gehobener Grundstimmung. Paranoides Erleben im Sinne von Größenphantasien wurden deutlich, als er über seine Fähigkeit, den Ausgang von Pferderennen voraussagen zu können, erzählte. Nach sofortiger stationärer Einweisung konnte er sich bereits innerhalb von einer Woche wieder stabilisieren.

Im Verlauf der fünfjährigen Führungsaufsicht erfolgte eine schrittweise Reduktion der Depotmedikation auf zuletzt 2,5 ml Haldol-Decanoat 4-wöchentlich. Ähnliche psychopathologische Veränderungen wiederholten sich nicht. Statt dessen verbesserten sich die medikamentös bedingten neurologischen und kognitiven Einschränkungen. Das Ende der Führungsaufsicht wurde bereits im Vorfeld ausführlich mit dem Patienten und später auch im Beisein seines Bewährungshelfers und der Ehefrau besprochen und alternative Handlungsweisen bei möglichem Wiederauftreten der o.g. psychopathologischen Änderungen zu Beginn der Führungsaufsicht erörtert. Derzeit – 4 Monate nach Ablauf der Führungsaufsicht – lassen sich keinerlei (negative) Änderungen seines psychischen Befindens eruieren. Herr P. kommt auch weiterhin regelmäßig in unsere forensische Ambulanz, zeigt eine sehr gute Compliance hinsichtlich der neuroleptischen Medikation und gleichermaßen der Fortführung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Gespräche.

Diese Kasuistik verdeutlicht, dass auch offensichtlich kleinere Veränderungen in der Lebensgeschichte eines Patienten trotz hoher medikamentöser Behandlung zu plötzlichen psychopathologischen Veränderungen führen und möglicherweise mit einer Zunahme der Gefährlichkeit dieses Patienten einhergehen können. Nur das schnelle Wahrnehmen dieser Veränderung durch die Ehefrau und den Sohn mit sofortiger Reaktion (Einweisung per Psych KG in eine allgemein psychiatrische Klinik) hat den Rückfall in eine erneute psychotische Phase mit möglicher Fremdgefährdung verhindern können. Übliche ambulante Behandlungen bei einem niedergelassenen Nervenarzt mit einer Frequentierung von etwa einmal monatlich wären in diesem Fall sicherlich nicht ausreichend gewesen. Des Weiteren ist dies auch ein Beispiel dafür, dass sich eine Exploration der Biographie auch nach Ablauf der stationär-forensischen Unterbringung – mit umfangreicher Aktenlage – lohnt, da hierdurch wichtige Aspekte zum bisherigen Krankheitsverlauf und zur Familiendynamik deutlich werden, die für das Krankheitsverständnis, die Gefährlichkeitseinschätzung und die Bewältigung von Krisensituationen von Relevanz sein können.

4.3.3 Ergebnisse der Tätigkeitsbeschreibung

Die forensische Ambulanz in Essen betreute in der Woche vom 11 Patienten, die zu über 90 % bereits (bedingt) entlassen waren. Lediglich ein langfristig beurlaubter Patient wird ebenfalls hier betreut. Diagnostisch gehören fast $\frac{3}{4}$ der Patienten der Gruppe der psychotisch erkrankten Patienten an. Das verbleibende Viertel besteht aus drei persönlichkeitsgestörten Patienten (s. Tab. 4.12).

Tab. 4.12: Betreuungssituation nach Status und Diagnose in der Woche vom 15. – 19.07.2002

Diagnosen	Anzahl Status			Summe	Prozent
	Rehabilitations- vorbereitung	Langfristig beurlaubt	(bedingt) entlassen		
Psychose	0	1	7	8	72,7
Persönlichkeitsstörung	0	0	3	3	27,3
Minderbegabung	0	0	0	0	0,0
Hirnorganische Störung	0	0	0	0	0,0
Suchterkrankung	0	0	0	0	0,0
Summe	0	1	10	11	100,0
Prozent	0,0	9,1	90,9	100,0	

Insgesamt gaben die Mitarbeiter des Essener Instituts einen Arbeitsaufwand von 25,8 Stunden für Tätigkeiten im Zusammenhang mit ambulanter Nachsorge an. Dies entspricht knapp einer 3/4 Stelle. Etwa 2/3 dieser Zeit wurde auf direkt patientenbezogene Tätigkeiten, knapp 1/3 auf mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten verwandt. Die Ergebnisse sind differenziert in Tab. 4.13 dargestellt.

Tab. 4.13: Tätigkeitsprofil der akademischen Mitarbeiter nach Status und Diagnose bzw. direktem und mittelbarem Patientenbezug

	PATIENTENBEZUG									
	MITTELBAR		DIREKT		Sonstige		GESAMT			a priori
	Min	%	Min	%	Min	%	Min	%	h	%
STATUS										
REHA	55	11,5	10	1,0	0	0,0	65	4,3	1,1	0
BEURLAUBT	30	6,3	280	27,2 (130)	0	0,0	310	20,5	5,2	9,1
ENTLASSEN	395	82,3 (30)	740	71,8 (40)	0	0,0	1135	75,2	18,9	90,9
		100,0		100,0				100,0		100
GESAMT	480	31,8 (30)	1030	68,2 (170)	0	0,0	1510	97,4	25,2	
DIAGNOSE										
PSYCHOSE	285	59,4	730	70,9 (140)	0	0,0	1015	67,2	16,9	72,7
PERSÖNLICHKEITS- STÖRUNG	195	40,6 (30)	300	29,1 (30)	0	0,0	495	32,8	8,3	27,3
MINDERBEGABUNG	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0	0
SONST. DIAGNOSE	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0	0
		100,0		100,0		0,0		100,0		100
GESAMT	480	31,8 (30)	1030	68,2 (170)	0	0,0	1510	97,4	25,2	
Ohne Patientenbezug	40	7,7	0	0,0	0	0,0	40	2,6	0,7	
Total	520	33,5 (30)	1030	66,5 (170)	0	0,0	1550	100	25,8	

Von den direkt patientenbezogenen Tätigkeiten wurden je 70 % auf entlassene und psychotische Patienten aufgewandt, je 30 % auf beurlaubte und persönlichkeitsgestörte Patienten. Dabei ist allerdings die Wegezeit zu beachten, die einen nicht unerheblichen Faktor bei den direkt patientenbezogenen Tätigkeiten ausmacht. Bei den mittelbar patientenbezogenen Tätigkeiten benötigen beurlaubte Patienten nur wenig Zeit der Essener Ambulanzmitarbeiter. 80 % der Arbeit wird hierbei für entlassene Patienten aufgewandt. Bezüglich der Diagnosegruppen benötigen Psychotiker 60%, persönlichkeitsgestörte Patienten 40 % der mittelbar patientenbezogenen Tätigkeiten.

Wie zu vermuten war, beanspruchen die entlassenen Patienten den größten Teil, nämlich $\frac{3}{4}$ der patientenbezogenen Tätigkeiten, $\frac{1}{5}$ der Tätigkeiten, etwas mehr als a priori zu erwarten war, wurde für die beurlaubten Patienten aufgewandt. Innerhalb der insgesamt 16,9 Stunden Arbeitszeit für psychotische Patienten liegt das Verhältnis direkter zu mittelbar patientenbezogenen Tätigkeiten bei 3:1, innerhalb der Gruppe der Persönlichkeitsgestörten hingegen nur bei 3:2. Psychotiker haben demnach im Verhältnis eher als Persönlichkeitsgestörte direkten Therapeutenkontakt.

Berechnet man nun den durchschnittlichen Zeitaufwand der Essener Mitarbeiter insgesamt für einen Patienten in Stunden pro Woche differenziert nach Status und Diagnose ergibt sich folgendes Bild (vgl. Tab. 4.14):

Tab. 4.14: Durchschnittlicher Zeitaufwand der akad. Mitarbeiter der RK Essen insgesamt für einen Patienten in Stunden pro Woche aufgeteilt nach Status und Diagnose

Status der Patienten				
Diagnose	Rehabilitation	Langfristig Beurlaubt	Bedingt entlassen	MW
Psychose	0,2 (0)*	2,8 (1)	1,7 (7)	1,8 (8)
Persönlichkeitsstörung	0,9 (0)*	0,3 (0)*	2,0 (3)	2,4 (3)
Minderbegabung	0 (0)	0(0)	0 (0)	0,0 (0)
Sonstige Diagnose	0 (0)	0(0)	0 (0)	0,0 (0)
MW	1,1 (0)	3,0 (1)	1,8 (10)	2,0 (11)

() Anzahl der zugrundeliegenden Patientenzahlen

*** telefonische Anfragen zu (noch) nicht betreuten Patienten**

= 21,8 Stunden (84,6 %)

Wegezeit + 3,3 Stunden (12,9 %)

Ohne Status-/Diagnosebezug + 0,7 Stunden (2,5 %)

= 25,8 Stunden

Der durchschnittliche zeitliche Aufwand beträgt danach insgesamt für einen Patienten 2,0 Stunden pro Woche. Differenziert nach Diagnose und Status benötigt ein psychotisch erkrankter Patient 1,8 und ein persönlichkeitsgestörter Patient 2,4 Stunden pro Woche. Für einen beurlaubten Patienten werden im Durchschnitt 3,0 Stunden und für einen entlassenen Patienten 1,8 Stunden aufgewandt.

Die 1,1 Stunden für in Rehabilitation befindliche Patienten beziehen sich auf telefonische Anfragen zu solchen Patienten.

Im Verhältnis benötigen persönlichkeitsgestörte zwar mehr Zeit als psychotische Patienten, diese Zahlen dürfen aufgrund der geringen Fallzahl und der nur geringen Unterschiede nicht überbewertet werden. In Kapitel 6 wird auf die Bewertung dieser wie auch der Ergebnisse der beiden klinikangeschlossenen Ambulanzen noch einzugehen sein.

Das in Tab. 4.15 dargestellte Tätigkeitsprofil der einzelnen Ambulanzmitarbeiter bildet das aktuelle Querschnittsbild der Ambulanz Essen ab, d.h. je nach Patientenaufkommen und Mitarbeiterstab können sich die Schwerpunkte verändern.

Die beiden ärztlichen Mitarbeiter wenden etwa 1/4 ihrer Gesamtarbeitszeit auf Tätigkeiten im Zusammenhang mit der Ambulanz auf. Der Psychologe, der im Gegensatz zu den beiden Ärzten, die 4 bzw. 5 Patienten betreuen, nur zwei Patienten zu betreuen hat, wendet entsprechend weniger, nämlich nur etwa 10 % seiner Arbeitszeit dafür auf. Bei ihm ist im Gegensatz zu den beiden Anderen auch nur etwa die Hälfte der Tätigkeiten direkt patientenbezogen. Die ärztlichen Tätigkeiten sind zu etwa 70 % direkt und nur zu 30 % mittelbar patientenbezogen bei gleich hohen Anteilen für Einzelgesprächkontakte, die bei jedem etwa die Hälfte der Gesamtarbeitszeit ausmachen.

Tab. 4.15: Tätigkeitsprofil nach einzelnen Tätigkeiten inklusive Wegezeiten für die akademischen Mitarbeiter nach Häufigkeit (H), Zeit (Min) und prozentualem Anteil (%)

Tätigkeitsprofile	Psychiater			Psychologe			Psychiaterin			Gesamt			
	H	Min	%	H	Min	%	H	Min	%	H	Min.	H	In %
Direkt patientenbezogen													
Einzelgespräche	10	300	43,5	3	115	48,9	5	290	46,4	18	705	11,8	45,5
Helferkonferenzen	1	140	20,3	0	0	0,0	1	150	24,0	2	290	4,8	18,7
Gruppenangebote	0	0	0,0	0	0	0,0	0	0	0,0	0	0	0,0	0,0
sonst. Therapie- u. Pflegem.	3	35	5,1	0	0	0,0	0	0	0,0	3	35	0,6	2,3
Fertigkeitstraining	0	0	0,0	0	0	0,0	0	0	0,0	0	0	0,0	0,0
Summe	14	475	68,8	3	115	48,9	6	440	70,4	23	1030	17,2	66,5
Mittelbar patientenbezogen													
Fall- u. Interventionsbespr.	5	90	13,0	3	80	34,0	0	0	0,0	8	170	2,8	11,0
Krisenintervention/-management	0	0	0,0	0	0	0,0	5	170	27,2	5	170	2,8	11,0
Konzeptbspr./Konferenzen	0	0	0,0	1	15	6,4	0	0	0,0	1	15	0,3	1,0
Supervision/Fortbildung	0	0	0,0	0	0	0,0	0	0	0,0	0	0	0,0	0,0
Öffentlichkeitsarbeit	1	40	5,8	0	0	0,0	0	0	0,0	1	40	0,7	2,5
Dokumentation	7	85	12,3	3	25	10,6	1	15	2,4	11	125	2,1	8,0
Erschließen v. Kooperationen	0	0	0,0	0	0	0,0	0	0	0,0	0	0	0,0	0,0
Summe	13	215	31,2	7	120	51,1	6	185	29,6	26	520	8,7	33,5
Sonstige Tätigkeiten	0	0	0,0	0	0	0,0	0	0	0,0	0	0	0,0	0,0
Summe insgesamt	27	690	100	10	235	100	12	625	100	49	1550	25,8	100

5. Externe Perspektiven: Interviewergebnisse

Mit der bundesweit überwiegend vorherrschenden Entlassungspraxis sind die Übergangseinrichtungen häufig – in Anbetracht rechtlicher wie fachlicher Aspekte - überfordert und deshalb wenig kooperativ. Den Mitarbeitern in den Heimen fehlt es häufig an notwendigen Informationen. Laut Bode (2000) würden vor einer Vermittlung eher „Verkaufsgespräche“ stattfinden anstelle von solchen, die auf die Problematik des einzelnen Patienten abzielen könnten. Bei Anfragen bestehe noch am ehesten die Möglichkeit, einen psychotisch erkrankten Patienten zu vermitteln. Persönlichkeitsgestörte wie auch minderbegabte Patienten würden häufig abgelehnt, letztere insbesondere aufgrund der starken Elternvertretungen der Geistig-Behinderten-Hilfe in den Heimen, in die entlassen werden soll (Bode, 1999).

5.1 Komplementäre Einrichtungen

Nach Erarbeitung eines halbstrukturierten Interviewleitfadens zur Erfassung der Kooperationserfahrungen komplementärer Einrichtungen mit den Forensischen Ambulanzen **Düren** und **Langenfeld** (siehe Anhang) wurde von den Mitarbeitern der Rheinischen Kliniken eine Liste mit den Namen der entsprechenden Kooperationspartner zur Verfügung gestellt. Diese wurden telefonisch über das Forschungsvorhaben informiert und jeder der Einrichtungsmitarbeiter (N = 24 Interviews, teilweise waren mehrere Mitarbeiter anwesend) war bereit, an einem 0,5 bis 1,5stündigen Interview teilzunehmen. Weitere fünf Interviews wurden mit Einrichtungen geführt, die in der Vergangenheit nicht bereit gewesen waren, einen Maßregelvollzugspatienten aufzunehmen. Die Befragung erfolgte zwischen Mai und September 2001.

Die interviewten Mitarbeiter konnten z.T. auf eine bis zu seit zehn Jahren bestehende Zusammenarbeit und Erfahrungen mit der Forensischen Ambulanz in **Düren** zurückblicken. Die Kontaktaufnahme war aus ganz unterschiedlichen Gründen zustande gekommen. So kam es Anfang der 90er Jahre im Rahmen des Dürener Modellprojektes zu einer Vorstellungsrunde des Ambulanzkonzeptes durch die Ambulanzmitarbeiter. In einem Fall ging die Initiative von der Einrichtung selbst aus. Meist erfolgte jedoch eine telefonische Anfrage durch die Klinik, die einen neuen Lebensort für einen Patienten gesucht habe. Der Leiter der Ambulanz **Langenfeld** habe vielerorts auf begünstigende Kontakte zurückgreifen können, die im Rahmen seiner Arbeit im LVR-Enthospitalisierungsprogramm entstanden waren.

Zur Frage, ob es anfängliche Bedenken in Anbetracht einer Zusammenarbeit mit einer Forensischen Ambulanz gegeben habe, zeigten sich überwiegend zwei Antworttendenzen. Die überwiegende Mehrzahl verneinte jegliche Art von Befürchtungen und Zweifel. Wenn jedoch Bedenken geäußert wurden, bezogen sich diese primär auf die Problematik der Gefährlichkeitseinschätzung

des Patienten (Wiederholung der Tat, Auswirkungen von langer Hospitalisierung, die Frage, ob die Sicherheitsvorkehrungen vor Ort den erforderlichen Maßstäben entsprechen).

Positiv hervorgehoben wurden die Supervisions- und Hospitationsmöglichkeiten, die den Einrichtungsmitarbeitern angeboten wurden sowie die hohe Zuverlässigkeit der Ambulanzmitarbeiter. Die Zusicherung, dass eine Rückverlegung jederzeit möglich sei, besaß für die Interviewten hohen Stellenwert. Negative Kritik bezog sich hauptsächlich auf einzelne Geschehnisse, die eine mangelnde Zuständigkeitsregelung erkennen ließen.

Insgesamt fällt auf, dass einige Einrichtungen ihre Autonomie – z.B. bei der Bewährungshelfer- und Arzt-Wahl oder zur Frage, wie häufig es zu Helferkonferenzen kommen sollte – sehr betonten, d.h. ohne diese ihnen zugesprochene Autonomie seien sie nicht bereit, Maßregelvollzugspatienten in ihrer Einrichtung aufzunehmen. Andere Einrichtungen wiederum machen zur Bedingung, dass sie möglichst viel Verantwortung der Ambulanz überlassen können.

Anhand der folgenden Skizze soll ein idealtypischer Ablauf der Überleitung eines Patienten veranschaulicht werden, wie er von der überwiegenden Anzahl der Interviewten berichtet wurde.

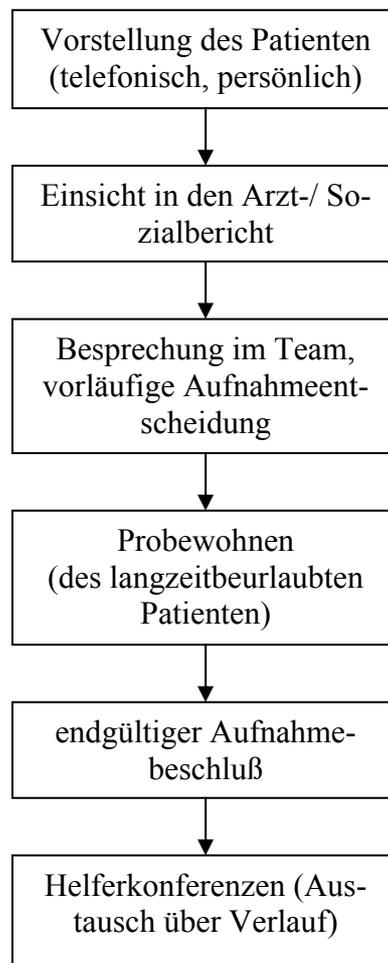


Abbildung. 5.1: Typischer Ablauf eines Überleitungsprozesses eines Maßregelvollzugspatienten in eine komplementäre Einrichtung

An dieser Stelle soll auf einige problematische Aspekte eingegangen werden. Zum Einen bedeutet eine positive Aufnahmeentscheidung nicht, dass ein Patient erwarten kann, innerhalb der nächsten Tage, Wochen oder Monate in das Heim aufgenommen zu werden – er wird sich stattdessen mit höherer Wahrscheinlichkeit auf einer Warteliste wiederfinden.

Andererseits wurde in manchen Fällen seitens der Ambulanz offensichtlich versäumt, eine Einrichtung, die bisher noch nicht mit dem Maßregelvollzug in Verbindung getreten war, ausreichend über Entlassungsvoraussetzungen, -bedingungen etc. zu informieren. Zumindest wurde von Gesprächen berichtet, die erst im Anschluss an eine Krisensituation des Patienten notwendig erschienen, die eher den Charakter eines Vorstellungsgesprächs (sowohl des Patienten als auch generell des Maßregelvollzugs), denn eines Krisengesprächs hatten. Es bestand Unsicherheit in bezug auf die Verantwortungsverteilung, die sich zum Teil nur durch einen defizitären Informationstransfer seitens der Ambulanz erklären lassen (z.B. zur Frage, welche Rechte ein beurlaubter Patient des MRV hat). Sicherlich muß dabei berücksichtigt werden, dass es sich wohl oftmals um einen schwierigen Balanceakt der Ambulanz handelt. Verhält sich ein Ambulanzmitarbeiter z.B. zu dominant, so wird ihm u.U. vorgeworfen, ein solches Verhalten trage zur Erschwerung der Integration des Patienten bei. Bei einem eher zurückhaltenden Verhalten besteht wiederum die Möglichkeit, dass eine Einrichtung sich verlassen fühlt und verunsichert reagiert (z.B. bei der Frage, ob ein schwieriger Patient zurückverlegt werden sollte).

Bezüglich des Umfangs der Erfahrungen mit Maßregelvollzugspatienten läßt sich grundsätzlich sagen, dass sich die Aussagen von denjenigen Interviewpartnern, die schon bis zu zehn Patienten in ihrer Einrichtung aufgenommen hatten, nicht von denen unterschieden, die persönlich nur einen Patienten betreut hatten. Wurden Maßregelvollzugspatienten in einer Einrichtung aufgenommen, so handelt es sich hauptsächlich um psychotisch erkrankte Patienten. Patienten mit Doppeldiagnosen (Suchterkrankung) oder minderbegabte Patienten wurden in den explizit dafür konzipierten Einrichtungen aufgenommen. Hingegen besteht eine spürbare Zurückhaltung gegenüber persönlichkeitsgestörten Patienten, da diese sich nur schlecht in die Hausgemeinschaft von psychotisch Erkrankten integrieren ließen.

Die Frage, ob Patienten mit unterschiedlichen Diagnosen von den Einrichtungsmitarbeitern auch unterschiedlich betreut bzw. andere Betreuungsangebote erhalten würden, wurde fast ausschließlich verneint. Entsprechend den Fähigkeiten des Einzelnen, seiner Selbständigkeit und seiner individuellen Ressourcen würde meist ein sog. Hilfe- und Zielplan bzw. Maßnahmenkatalog entwickelt (z.B. zum Aspekt, wieviel Eigenständigkeit, „Realität jemanden zumutet werden kann“). So würde beispielsweise anhand einer Tagesstruktur versucht, bestehende Defizite „kompensatorisch zu bearbeiten“ (z.B. Angebot der Beschäftigungstherapie). Psychotherapie sei ihrer Meinung nach zudem bei kaum einem Patienten indiziert, fast alle Patienten würden pharmakologisch behandelt.

Die Frage, ob bestimmte Patientengruppen von vornherein abgelehnt werden würden, ergab manch längeres Gespräch. Nach meist anfänglicher Zögerung wurden entsprechend der Konzeption der Einrichtung Suchtkranke bzw. Patienten mit Doppeldiagnosen, Minderbegabte sowie Körperbehinderte genannt. Zusätzlich würden „Gewalt- und Sexualstraftäter“ bei einem Aufnahmeseuchen zumindest sehr kritisch betrachtet, wenn nicht sogar unmittelbar abgelehnt. Es wurde deutlich, dass dabei nicht nur die Angst vor einem Rückfall von herausragender Bedeutung für die Interviewten war, sondern bestand bei nahezu allen Einrichtungsmitarbeitern eine Unkenntnis über beispielsweise verschiedene Typen von Sexualstraftätern, unterschiedliche Verlaufsformen und Risikofaktoren. Allerdings ist auch festzustellen, dass einige Mitarbeiter grundsätzlich nicht mit „solchen“ Menschen arbeiten möchten, unabhängig wie hoch ihr Wissensstand über Sexualstraftäter wäre bzw. welches Fortbildungsangebot bestehen würde.

Für die Einrichtungen ist die Instanz der Bewährungshilfe fast ausschließlich positiv beschrieben worden. Diese sei von längerer Kontinuität als die Forensische Ambulanz, sei für den Patienten ein Ansprechpartner bei Krisen (und dies eher als es eine Ambulanz aufgrund ihrer Nähe zur Klinik könne), habe gleichzeitig Signalwirkung, biete Hilfe bei formalen Angelegenheiten wie z.B. die Übernahme der Überwachung der Bewährungsauflagen.

Abschließend wurde noch nach Anregungen zur Verbesserung der Kooperation mit der Forensischen Ambulanz gefragt. Da die Frage von fast keinem Interviewten beantwortet werden konnte, wurde darum gebeten, zu schildern, was sich während der Zusammenarbeit als für sie persönlich besonders positiv bzw. notwendig herausgestellt hätte. Wichtig sei für sie, dass jederzeit die Möglichkeit bestehe, einen Patienten in die Klinik zurückzuverlegen und Informationen über die Rechte des Patienten und Angebote geeigneter Fortbildungsmöglichkeiten zu erhalten. In Rahmen von Fortbildungen käme es für sie besonders darauf an, konkrete Anleitungen des therapeutischen Vorgehens zu erhalten. Nach Ansicht einiger Einrichtungsmitarbeiter sollten diejenigen, die die legalprognostische Verantwortung tragen, ebenfalls zur Helferkonferenz erscheinen, und somit nicht nur die, deren Aufgabe vornehmlich darin bestehen würde, für einen Patienten einen Heimplatz zu finden. Eine klare Regelung der Zuständigkeiten sollte gegeben sein. Die Ambulanz sollte sich darum kümmern, welche Schritte in einer Krisensituation zu gehen seien, z.B. sollte die Ambulanz Kontakt aufnehmen mit nahegelegenen Kliniken, da die Entfernung zur Ambulanz ggf. zu weit sei.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Interviews mit den Einrichtungen dargestellt, die in der Vergangenheit nicht bereit gewesen waren, einen Maßregelvollzugspatienten aufzunehmen (N = 5).

Alle Einrichtungen hätten schon mindestens einmal eine Aufnahmeanfrage eines Maßregelvollzugspatienten, der beurlaubt oder bereits bedingt entlassen war, erhalten. Bei zwei Befragten sei es sogar vorgekommen, dass sie von verschiedenen Rheinischen Kliniken wiederholt angesprochen worden waren. Eine Einrichtung zeigte sich regelmäßig bereit, einen Patienten zum Informationsgespräch einzuladen, doch vertraten die Mitarbeiter nicht die Auffassung, dass damit auch eine Aufnahmebereitschaft verbunden sein müsste. Die Anfragen hätten sich hauptsächlich auf psychotisch erkrankte Personen bezogen.

Die Frage, inwiefern Patienten mit unterschiedlichen Diagnosen von den Einrichtungsmitarbeitern auch unterschiedlich betreut bzw. andere Betreuungsangebote erhalten würden, wurde auch von diesen Einrichtung fast ausschließlich verneint. Ihre Aufgabe als komplementäre Einrichtung würde darin bestehen, milieu- und sozialtherapeutisches Wohnen anzubieten. Eine Einrichtung hätte ein spezielles Projekt für Alkoholiker entwickelt und befinde sich zum Interviewzeitpunkt in der Planungsphase eines Konzeptes für Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstruktur. Die Zielvorstellungen des Patienten würden einen einzelfallorientierten Arbeitsauftrag und somit individuelle Betreuung erfordern.

Bezüglich der Frage, inwiefern bestimmte Patientengruppen einer forensischen Psychiatrie von vornherein abgelehnt würden, unterschieden sich die Antworten dieser Einrichtungen ebenso nicht von denen, die bereits Kooperationserfahrungen mit einer Forensischen Ambulanz gewonnen hatten. Zwei Mitarbeiter verneinten jegliche Form der grundsätzlichen Ablehnung. Bei einer Einrichtung würden Patienten mit einer Suchterkrankung sowie geistig behinderte Personen als Heimbewohner ausgeschlossen. Eine Einrichtung gab an, dass sie „früher“ Sexualstraftäter von vornherein abgelehnt hätten, heute jedoch nach einer „Nische“ für diese suchen würden – es sei denn, ein Mindestmaß an Fähigkeit zur Tagesstrukturierung sei nicht vorhanden oder „die Delinquenzgefahr zu hoch“ sei.

So wurde nach den Bedingungen gefragt, die sie bei ihrer Entscheidung, ob sie mit einer forensischen Ambulanz bereit wären zu kooperieren, bedenken würden. Als eine solche Voraussetzung wurde die Möglichkeit der Hospitation genannt. Man würde zunächst einmal die Strukturen einer Forensik kennenlernen wollen, ein Arzt- bzw. Sozialbericht sollte vorliegen. Des Weiteren würden regelmäßige Treffen mit der Ambulanz zum Austausch erwartet. Im Rahmen eines Informationsgespräches würde von der Ambulanz erwartet, dass diese den Einrichtungsmitarbeitern mitteile, worauf sie zu achten hätten. So könnte man abwägen, was gefordert und was zu leisten sei (z.B. was für ein Setting braucht ein Patient). Außerdem sollte ein Krisenpapier erstellt und Zuständigkeiten geregelt werden. Eine andere Einrichtung, die sich in unmittelbarer Nähe zu einer Forensischen Ambulanz befindet, vertritt die Meinung, dass sie ohne eine „politische Sicherheit“ keinen

Maßregelvollzugsbewohner aufnehmen würden. Sie wollten die Bewohner nicht verstecken und dies erfordere, dass Politiker in der Stadt „voll und ganz“ hinter dem Verein stehen müßten. Diese müssten mit Klarheit und Entschiedenheit das Aufnehmen von Maßregelvollzugspatienten öffentlich vertreten.

Abschließend wurde wiederum nach Anregungen zur Verbesserung der Kooperation mit einer forensischen Ambulanz bzw. nach allgemeinen Wünschen in Anbetracht der Übernahme von Maßregelvollzugspatienten gefragt. Wenn bei einem Patienten eine Wiedereingliederung seitens einer Klinik geplant sei, so sollte frühzeitig mit der Einrichtung Kontakt aufgenommen und die Mitarbeiter in die Entlassungsvorbereitungen integriert werden. Auch würde es einen positiven Eindruck erwecken, wenn eine Forensische Abteilung beispielsweise einer Einladung zum Tag der offenen Tür der Einrichtung nachkommen würde. Die Konzeption der Forensischen Ambulanz sei überzeugend, doch dürfe die Frage der Aufnahme von Maßregelvollzugspatienten nicht als „Wahlkampfmittel“ benutzt werden.

Insgesamt unterscheiden sich die Antworten der nicht-kooperativen Einrichtungen somit deutlich weniger von denen der kooperativen Einrichtungen als ursprünglich erwartet wurde.

Zusammenfassend haben damit folgende Aspekte bei der Akzeptanz von nachsorgenden Einrichtungen besondere Bedeutung:

- Offenheit der Ambulanz im Hinblick auf die Charakteristika des zu entlassenden Patienten (z.B. Unterbringungsdelikt, Störungsbild, besondere Vorkommnisse während der Unterbringungszeit)
- Unterstützung mit Fachwissen und Erfahrung – dem Kenntnisstand der Einrichtung entsprechend kontinuierliche Vermittlung von allgemeinen Informationen über den Maßregelvollzug wie auch konkrete Hilfe im Einzelfall (z.B. bei der Betrachtung eines Krankheitsverlaufes im Zusammenhang mit der legalprognostischen Einschätzung)
- im Rahmen von Helferkonferenzen eindeutige Absprachen bzgl. Beurlaubungskonditionen und Zuständigkeiten (z.B. zur Autonomie der Einrichtung, zu Rechten und Pflichten des Patienten)
- die Garantie, dass ein beurlaubter Patient jederzeit und unbürokratisch in die Klinik zurückverlegt werden kann und bei Schwierigkeiten mit einem bereits entlassenen Patienten die Ambulanz Ansprechpartner bleibt
- die Ausarbeitung eines dem Patienten entsprechenden Kriseninterventionsplanes
- Angebote geeigneter Fortbildungen (vor allem zu konkreten Anleitungen des therapeutisches Vorgehens)
- Angebote der Hospitation in der forensischen Abteilung und Supervision
- „politische Sicherheit“.

5.2 Bewährungshilfe und Führungsaufsicht

Mit Hilfe eines den Untersuchungszielen entsprechenden Interviewleitfadens wurden zwischen September und November 2001 semi-strukturierte Interviews mit Bewährungshelfern (N = 17, teils waren zwei Personen anwesend) wie auch Mitarbeitern von Führungsaufsichtsstellen (N = 3) durchgeführt. So wurden von den Rheinischen Kliniken Langenfeld fünf und von der Institutsambulanz Essen sechs Bewährungshelfer genannt. Die Rheinischen Kliniken Düren konnten aufgrund der seit mehr als zehn Jahren bestehenden Ambulanz acht Bewährungshelfer sowie drei Sozialarbeiter von Führungsaufsichtsstellen für eine Befragung vorschlagen. Zwei Bewährungshelfer hatten mit zwei unterschiedlichen Ambulanzen Kontakt. Genannt werden sollten ausschließlich diejenigen, die mit einem aus der Untersuchungspopulation stammenden Patienten Kontakt hatten und somit auch Erfahrung in der Zusammenarbeit mit der Forensischen Ambulanz vorwiesen.

So bestand bei den Bewährungshelfern,

- die mit der Institutsambulanz in Essen kooperieren, seit höchstens vier bzw. mindestens 1 ¼ Jahren,
- die mit der Ambulanz in Langenfeld zusammenarbeiten, seit Beginn (11/1998) bzw. erst seit drei Monaten und
- die von dem Ambulanzteam in Düren genannt wurden, seit zehn bzw. 1 ¾ Jahren Kontakt. Die Mitarbeiter der Führungsaufsichtsstellen konnten auf einen acht bis fünf Jahre dauernden Erfahrungshintergrund zurückblicken.

Die Rückmeldungen der von **Düren** genannten Bewährungshelfer und Mitarbeiter der Führungsaufsichtsstellen fielen hinsichtlich der Kontaktaufnahme überwiegend sehr positiv aus. So sei es stets die Ambulanz selber gewesen, von der die Kontaktaufnahme zum Bewährungshelfer noch während der Beurlaubungszeit ausging. Auch seien die Mitarbeiter der Führungsaufsichtsstellen telefonisch von Seiten der Ambulanz über die Langzeitbeurlaubung eines Patienten informiert und gefragt worden, ob sie bereit wären, an bereits etablierten Helferkonferenzen teilzunehmen.

Das Team der erst seit November 1998 aufgebauten Rehabilitationsstation und Ambulanz der RK **Langenfeld** scheint nach Aussagen der Bewährungshelfer eher die Eigenständigkeit des Patienten zu fördern. So sei eine Kontaktaufnahme in zwei Fällen (N_{ges} = 5) seitens des Patienten (der sich z.B. 3-4 Wochen vor seiner Entlassung telefonisch bei der Bewährungshilfe meldete) erfolgt. Ansonsten sei der Ambulanzleiter schriftlich in Kontakt mit der Bewährungshilfe getreten.

Anfängliche Bedenken bzgl. einer Kooperation wurden bei allen Befragten grundsätzlich verneint. Vielmehr sei der Austausch mit der Ambulanz positiv zu bewerten, da das Wissen über psychiatrische Erkrankungen während einer sozialarbeiterischen Ausbildung nicht erlernt worden und so

eine bessere Einschätzung des Probanden möglich sei. Die Unterstützung durch das Wissen von Fachkräften sei eine große Hilfe und bewirke eine Erleichterung bei der Arbeit.

Zur Gestaltung der Zusammenarbeit mit der Institutsambulanz **Essen** wurde u.a. Folgendes berichtet:

- Helferkonferenz in dreimonatigem Abstand (mit dem Probanden und dem Bezugsbetreuer), bei Bedarf telefonischer Kontakt, selten Besprechung der gegenseitigen Einschätzung
- Ambulanzmitarbeiter habe schriftlich über Therapiebeginn informiert, sehr angenehme Zusammenarbeit, da die Informationen unaufgefordert zugesendet worden seien, Telefonate in Form von Verlaufsberichten
- Einmalige Begleitung des Probanden zum Therapiegespräch, Ambulanzmitarbeiter habe sich sehr zurückgehalten, sei aber auch zu Telefonaten bei Schwierigkeiten bereit gewesen
- Zusammenarbeit habe stark in Abhängigkeit von dem Proband variiert – mal nur 2-3 mal pro Jahr Telefonkontakt (zur Frage, ob der Proband regelmäßig zur Therapie erscheine), bei anderem Probanden engerer Kontakt, da dieser suizidgefährdet gewesen sei, einmalige Helferkonferenz (mit der Familie des Probanden), bei drittem Probanden Schwierigkeiten aufgrund der Diskrepanz zwischen der eigenen Einschätzung und der der Ambulanz bzgl. akuter Suizidalität (zwei Wochen später sei ein Suizidversuch erfolgt, so dass sich die kritischere Haltung des Bewährungshelfers bewahrheitet habe)
- Übergabegespräch mit einem Ambulanzmitarbeiter aus Düren, dem Institutsambulanzmitarbeiter, der gesetzlichen Betreuerin und einem Einrichtungsmitarbeiter, anschließend regelmäßige Helferkonferenzen.

Da das Vorgehen der Ambulanzmitarbeiter der Rheinischen Kliniken **Düren** von den Bewährungshelfern und Führungsaufsichtsstellenmitarbeitern sehr einheitlich beschrieben wurde, sei an dieser Stelle der typische Ablauf einer Zusammenarbeit dargestellt:

- *Vor der Beurlaubung:* Besuch in der Rheinischen Klinik und Kontakt mit dem Patienten, Einladung zum Anhörungstermin, Mitsprache bei der Festlegung der Beurlaubungskonditionen im Rahmen von Helferkonferenzen, Angebot der Fortbildung und Supervision.

Ab dem Beurlaubungszeitpunkt: Mitgestaltung bei externer Entlassungsvorbereitung.

Nach dem Entlassungsbeschluss zögen sich die Ambulanzmitarbeiter zurück, man erwarte im Regelfall keine Probleme mehr, im Einzelfall käme jedoch noch der zuständige Ambulanzmitarbeiter zur Helferkonferenz, durch Schweigepflichtentbindung könnten die Ambulanzberichte eingesehen werden, bei Beratungsbedarf könne telefonisch Kontakt aufgenommen werden, ansonsten meldeten sich die Ambulanzmitarbeiter jedoch auch zum Informationsaustausch (zu Beginn etwa einmal monatlich).

Insgesamt wurde die Ambulanz überwiegend als fachlich hoch qualifiziert eingeschätzt. Es sei darauf geachtet worden, dass es dem Bewährungshelfer mit dem Probanden „gut ginge“.

Die Gründung der forensischen Ambulanz in **Langenfeld** wurde von allen befragten Bewährungshelfern als Zeichen, dass sich die Rheinischen Kliniken nun mehr um die Entlassungsphase ihrer Patienten kümmern wolle, sehr begrüßt. Aufgrund der doch eher unterschiedlichen Erfahrungen zur Gestaltung der Zusammenarbeit werden wiederum einzelne Aussagen gegenübergestellt:

- Ein Bewährungshelfer habe ein Treffen in der Ambulanz organisiert, bei dem er die Ambulanzmitarbeiter zum Thema Führungsaufsicht informiert habe. Diese Informationen habe er auch einmal in der dienstags stattfindenden Rehabilitationsrunde den Patienten mitgeteilt.
- Zur Einhaltung der Bewährungsaufgabe habe mit dem Probanden die Absprache bestanden, sich die Gespräche mit der Ambulanz bestätigen zu lassen. So bestehe lediglich telefonischer Austausch mit der Ambulanz (z.B. Thema Aufgabenteilung). Einmalig sei ein Ambulanzmitarbeiter zum Hausbesuch hergekommen.
- Die gesetzliche Betreuerin des Probanden habe sich an das Landgericht gewendet, da sie von der Ambulanz erfahren habe, dass der Kontakt zu einem Bewährungshelfer notwendige Voraussetzung zur Entlassung sei. Anschließend seien im Rahmen eines Erstgesprächs mit dem Ambulanzleiter, der gesetzlichen Betreuerin, dem behandelnden Arzt, dem Probanden und Bewährungshelfer die Entlassungsbedingungen (z.B. Medikamenteneinnahme) thematisiert worden. Als Bewährungsaufgabe sei der wöchentliche Kontakt zur Ambulanz von der Strafvollstreckungskammer festgelegt worden. Die Betreuerin habe sich um einen Wohnsitz für den Probanden gekümmert. Mit der Ambulanz bestehe nur gelegentlicher telefonischer Kontakt.
- Im Gespräch mit einem Mitarbeiter des Pflegedienstes, dem Ambulanzleiter und dem Patienten sei über die Ambulanz, ihre Zielvorstellungen und den Patienten informiert worden. Alle drei bis vier Monate bestehe ein telefonischer Austausch, wobei kürzlich vereinbart worden sei, sich im Rahmen einer Helferkonferenz halbjährlich zu treffen.

Von Schwierigkeiten bei der Zusammenarbeit mit der forensischen Ambulanz **Essen** berichtete lediglich ein Bewährungshelfer (Nges = 6). Zur Zeit des Behandlungsabbruchs des Patienten habe bei ihm der Eindruck bestanden, dass die Ambulanz zu schnell Konsequenzen in Form eines Bewährungswiderrufes ziehen würde. So sei nicht versucht worden, dieses dem Bewährungshelfer entsprechend zu begründen.

Düren: In vier Interviews wurden folgende, eher negativ zu bewertende Vorfälle genannt:

- Einmalig habe sich ein aus dem Maßregelvollzug entlassener Proband bei dem Bewährungshelfer beschwert, da ein Ambulanzmitarbeiter bei diesem zu Hause unangemeldet vorbei gekommen sei. Der Bewährungshelfer konnte die Überraschung des Probanden nachvollziehen.

- Bei einem Ambulanzmitarbeiter habe man den Eindruck gewonnen, dass er die Bewährungshilfe nur „instrumentalisierere“. An Absprachen, die in Helferkonferenzen festgelegt worden wären, würde dieser sich nachher nicht halten.
- Bei einem Probanden sei der Eindruck verstärkt worden, dass sich die Ambulanz länger am Eingliederungsprozess beteiligen sollte. Der Proband habe damals geäußert, dass seine Eltern damit einverstanden seien, wenn er zu ihnen zurück ziehen würde. Er habe dafür gesorgt, dass die verängstigten Eltern ihm einen Brief schrieben, in dem sie mitteilten, dass sie sich über seinen Einzug freuen würden. Der Bewährungshelfer habe keine Bedenken gehabt. Der Sozialarbeiter der Führungsaufsichtsstelle sei sodann zur Familie gefahren und habe den Betrug und die Angst der Eltern erkannt – Unterbringungsdelikt des Probanden sei eine Körperverletzung gegen die Eltern gewesen.
- Es habe ein Mangel an Vorab-Absprachen bestanden, z.B. bei der Argumentation gegenüber der Strafvollstreckungskammer zur Gestaltung eines „gemeinsamen Wegs“. Telefonisch sei die Ambulanz nicht zu erreichen gewesen.

Drei der fünf von der Ambulanz **Langenfeld** genannten Bewährungshelfer beantworteten die Frage nach Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit positiv. So sei z.T. die Kontaktaufnahme zu spät erfolgt. Des Weiteren würde befürchtet, dass es ab dem Entlassungszeitpunkt des Patienten Schwierigkeiten geben könnte. Der Bewährungshelfer sei ab diesem Zeitpunkt verantwortlich für den Probanden und es bestehe der Eindruck, dass ein „Kompetenzgerangel“ mit der Ambulanz vorprogrammiert sei. Eindeutig negativ sei der so häufige Bezugspersonenwechsel zu kritisieren. Zudem sei der Bewährungshelfer über die Alkoholprobleme des Probanden nicht informiert worden. Zu keinem Zeitpunkt habe sich die Ambulanz von sich aus gemeldet.

Die Bewährungshelfer, die Aussagen über die Institutsambulanz **Essen** gemacht hatten ($N_{\text{ges}} = 6$), konnten z.T. nur auf die Erfahrungen mit einem Maßregelvollzugspatienten ($N = 4$) zurück greifen, der dort betreut worden war. Bei einem Bewährungshelfer bestand bei zwei Probanden Kontakt und ein weiterer hatte sogar drei Probanden mit der Ambulanz gemeinsam betreut. Die Probanden waren fast ausschließlich psychotisch erkrankt und bei einem Probanden sei eine Hirnerkrankung diagnostiziert worden. Nur ein Bewährungshelfer verneinte die Frage, ob es für seine Arbeit wichtig sei, zwischen verschiedenen Diagnosen zu unterscheiden. Für alle anderen zeigte sich, dass sich durch eine Diagnose beispielsweise das Eingrenzen von Problemfeldern erleichtern würde und individuelle Umgangsweisen nötig mache. So hieß es auch, dass die Diagnose vom Professionellen erstellt worden sei und als Orientierungshilfe genutzt werde.

Die von der Ambulanz in **Düren** berichtenden Bewährungshelfer und Mitarbeiter der Führungsaufsichtsstellen hatten weit mehr Erfahrung in der Zusammenarbeit mit dieser. So war nur ein Be-

währungshelfer unter den Befragten, der lediglich auf die Erfahrung mit einem Maßregelvollzugspatienten zurückgreifen konnte. Vier Bewährungshelfer nannten jeweils entweder bis zu fünf bzw. über fünf Probanden. Die Probanden wurden bei nur vier der Befragten als ausschließlich der Hauptdiagnosegruppe der Psychosekranken zugeschrieben. Zudem lagen auch Erfahrungen mit Persönlichkeitsgestörten und minderbegabten Patienten vor.

Für fünf der befragten Bewährungshelfer spiele die Diagnose eines Patienten bei ihrer Arbeit jedoch keine wichtige Rolle. Vielmehr sei es wichtig zu wissen, dass die Zusammenarbeit mit einem „Neurologen“ gegeben und in welchem Abstand die Medikation einzunehmen sei. Solange ein Psychosekranker seiner Depotmedikation zustimme, sei er ungefährlich. Zwar sei die Prognoseeinschätzung von Fachleuten wichtig, doch seien diese oftmals „nicht viel schlauer“ als der Bewährungshelfer selbst. Wichtig sei, wie jemand „auftrete“ und zu wissen, welche Möglichkeiten der medizinischen Hilfe es gebe.

Bei allen anderen Befragten wurde die Wichtigkeit der Diagnosestellung für die eigene Arbeit grundsätzlich bejaht. Wenn ein Psychosekranker seine Krankheit und Medikation akzeptiere, beständen gute Aussichten, wenn nicht, seien sie eher gefährlich. Persönlichkeitsgestörte seien insgesamt eher schwierig. Bei hirnorganisch Erkrankten sei es ratsam, sich um professionelle Hilfe zu bemühen, da diese erfahrungsgemäß „unberechenbar“ seien.

In Anbetracht der recht kurzzeitigen Existenz der Ambulanz **Langenfeld** berichteten die Bewährungshelfer erwartungsgemäß von zumeist jeweils nur einem Maßregelvollzugspatienten, über den sie die Arbeit der Ambulanz kennengelernt hatten. Die Probanden wurden allen drei Hauptdiagnosegruppen zugeschrieben (Psychosekranke, Persönlichkeitsgestörte, Minderbegabte). Sämtliche Bewährungshelfer schrieben der Diagnosestellung eine gewisse Bedeutung für ihre eigene Arbeit zu. So sei es wichtig zu wissen, in welchen Situationen Gefahren beständen. Eine Legalprognose würde dabei im Zusammenhang mit der Diagnose von einem Therapeuten erwartet werden. Bei Psychosekranken müsse beispielsweise die Medikamenteneinnahme kontrolliert werden.

Da nur wenige Anregungen zur Verbesserung der Kooperation mit der forensischen Ambulanz genannt wurden, wird in der anschließenden Aufzählung auch noch einmal auf die Aspekte der Zusammenarbeit mit einer Ambulanz eingegangen, die die Bewährungshelfer abschließend als besonders wichtig herausgestellt hatten. Die Ergebnisse werden an dieser Stelle nicht gesondert für die einzelnen Ambulanzen aufgeführt.

- Stichwort Netzwerk: Forensische Ambulanz sollte als „Bindeglied“ aller am Integrationsprozess eines Maßregelvollzugspatienten beteiligter Personen fungieren, da sie sowohl das Wissen über konkrete Wiedereingliederungsprobleme wie auch über die allgemeine Situation in der Forensik habe.

- Die Forensische Ambulanz sollte die Bewährungshilfe nicht überfordern („Jeder Bewährungshelfer betreut etwa 80 Probanden. Wenn wir einen Probanden alle drei bis vier Wochen treffen, ist das schon viel. Ich möchte mich nicht immer für die wenige Zeit rechtfertigen.“).
- Eine rechtzeitige Vorbereitung der Übernahme der Betreuung von Patienten sei unabdingbar (auch wenn eine Übernahme der Verantwortung rechtlich erst ab dem Entlassungszeitpunkt möglich sei). Diese sollte in der Mitgestaltung von Beurlaubungskonditionen (z.B. Einschaltung des Fördervereins einer Bewährungshilfe zur Vermittlung von Wohnungen etc.) und Bewährungsaufgaben im Rahmen von institutionalisierten Helferkonferenzen bestehen.
- Die Bewährungshilfe und Führungsaufsichtsstelle sollte in die Konzeption der Rehabilitation eingebunden werden (Austauschen allgemeiner Informationen und Verlaufsbeobachtungen).
- Zur besseren Loslösung von der Klinik sollte der Wirkungskreis der entlassungsvorbereitenden Ambulanz nach der Entlassung im Leben des Probanden geringer werden, doch sollte es auch einen zuverlässigen Ansprechpartner im Bedarfsfall geben.
- Ambulanz sollte auf Gefährlichkeitsmomente und Überforderungssituationen hinweisen („Worauf muß ich achten?“).
- Finanzierbare Fortbildungen sollten angeboten werden.

Außerdem wurde noch ergänzend hinzugefügt, dass eine Ambulanz sich mit der Entlassungssituation ausländischer Probanden auskennen und Patienten aus der Entziehungsanstalt (§ 64 StGB) wie auch Strafhaft betreuen sollte.

6. Beantwortung der Untersuchungsfragen

Die im ersten Kapitel aufgezählten neun Untersuchungsfragen sollen im folgenden Kapitel, mit Verweis auf die, in den vorangegangenen Kapiteln beschriebenen Ergebnisse, zusammenfassend beantwortet werden.

6.1 Auswirkungen der ambulanten Versorgung auf die Verweildauer im Maßregelvollzug

Die Dauer der Unterbringung wird von vielen Faktoren beeinflusst; sicherlich auch von der „politischen Großwetterlage“. Die vermehrte Beschäftigung mit dem Thema Forensik in den 80er Jahren hat dazu geführt, dass die Verweildauer im Maßregelvollzug gesunken ist, z. T. aber nur in eine „nichtige Freiheit“ (Rasch, 1989). Die Kasuistiken verdeutlichen u.a., dass sich die Aussichten, einen stationär untergebrachten Maßregelvollzugspatienten durch die Möglichkeiten einer forensischen Rehabilitationsstation und/oder forensischen Ambulanz, einen Patienten „gestuft“ zu entlassen, sicherlich verbessern. Wird beispielsweise die Wohnsituation zum Entlassungszeitpunkt betrachtet (vgl. Tabelle 3.4), so zeigt sich, dass die Mehrheit der Patienten in eine komplementäre Einrichtung entlassen wird. Dies setzt voraus, dass eine positiv eingeschätzte Kooperation zwischen der entlassenden Klinik und der Einrichtung besteht, deren Aufrechterhaltung eine forensische Ambulanz bieten kann (vgl. Kapitel 5.1). Das vielseitige Angebot einer intensiven Entlassungsvorbereitung kann somit – zuzüglich einer Vielzahl anderer personenbezogener wie gesellschaftlicher Faktoren - eine Auswirkung auf die Verweildauer im Maßregelvollzug haben.

Bezüglich des gewonnenen Freiheitsgrades ist allerdings festzustellen, dass in bis zu 3/4 der Fälle eine Entlassung aus dem Maßregelvollzug in eine nicht uneingeschränkte Freiheit erfolgt. Ein Großteil der Probanden (in dieser Studie 63 von 82) lebt nach der Entlassung in einer komplementären Einrichtung, im betreuten Wohnen oder ist in der Allgemeinpsychiatrie untergebracht.

In Anbetracht der Ergebnisse der Anfang der 90er Jahre in Eickelborn und Düren durchgeführten Modellprojekte zur ambulanten Nachsorge ist es zudem nach Ernst und Young (1996, S. 260) „realistisch, einen Rückgang der Unterbringungsdauer zu erwarten“. Erfahrungswerte zu dieser Problematik liegen von Müller-Isberner et al. (1993) vor. Die Autoren berichten u.a., dass 1988 – also vor Errichtung der Klinikambulanz – 28 von damals 238 gemäß § 63 StGB untergebrachten Patienten in Haina ausschließlich aufgrund einer fehlenden Nachbehandlungsmöglichkeit nicht entlassen werden konnten. Die Dauer der Unterbringungszeit gemäß § 63 StGB in den Jahren 1994 bis 2000 lag in Haina bei konstant 4,25 Jahren (Freese, 2002), während sie bundesweit derzeit auf über sechs Jahre angestiegen ist (Seifert et al., 2001b).

Die Auswirkungen der ambulanten Versorgung auf die Verweildauer im Maßregelvollzug werden in Anbetracht statistischer Möglichkeiten sicher nicht monokausal im Sinne einer Verkürzung ve-

rifiziert werden können (vgl. Kröger & Niemantsverdriet, 2000). Es bleibt abzuwarten, inwiefern die von Hodgins (2001) derzeit durchgeführte internationale Langzeitstudie („Multicentric After Care Study“) zur weiteren Klärung beitragen wird. An dieser Stelle sei außerdem auf die groß angelegte Studie von Bargfrede (1999) im Rahmen des Enthospitalisierungsprogrammes forensisch-psychiatrischer Langzeitpatienten hingewiesen („Da die herkömmliche Rehabilitationspraxis für eine individuelle Perspektivenentwicklung nur unzureichende Möglichkeiten bot, kann sie als ein Grund für überdurchschnittlich lange Unterbringungsauern angesehen werden.“, Bargfrede et al., 1995, S. 58).

6.2 Konkretisierung des Arbeitsaufwands

Die Betreuungsaufgaben wie auch die strukturellen Maßnahmen im Rahmen der Rehabilitations- und Ambulanztätigkeit wurden zunächst für die einzelnen Ambulanzen getrennt voneinander beschrieben (Ergebnisse der schriftlichen Mitarbeiterbefragung, Fragebogen „Teameinschätzung“/C-Form sowie der Tätigkeitserfassung).

Die Erfassung der Tätigkeiten der Ambulanzmitarbeiter im Rahmen dieser Evaluation sollte Aussagen darüber zulassen:

- Welche personellen Ressourcen ein erfolgreich organisierter Ambulanzbetrieb erfordert
- Wie die dazu erforderlichen Tätigkeiten aussehen und in welchem Verhältnis sie zueinander stehen und
- Inwiefern sich die verschiedenen Patientengruppen in ihrem Betreuungsaufwand voneinander unterscheiden

Im Folgenden sollen nun die Ergebnisse der Tätigkeitserfassung aller forensischer Ambulanzen im Rheinland integriert und anschließend vor dem Hintergrund der Fragestellungen, insbesondere der differentiellen Anforderungen einzelner Patientengruppen dargestellt und interpretiert werden.

Bezüglich des jeweiligen Patientenstatus lassen sich signifikante Unterschiede aufzeigen: Beurlaubte Patienten benötigen in der Betreuung etwa dreimal soviel Zeit wie entlassene Patienten und etwa 1 ½ Mal soviel wie Rehapatienten. Diese wiederum benötigen etwa doppelt soviel Zeit wie Entlassene; ein Verhältnis also von **1** (Entlassen) : **2** (Rehabilitationsvorbereitung) : **3** (Beurlaubt). Dies zeigt sich relativ übereinstimmend in den Ergebnissen von Langenfeld und Düren (s. Tab. 6.1) und ändert sich auch durch Hinzunahme der deutlich anders organisierten Essener Ambulanz, die fast ausschließlich entlassene Patienten betreut, nicht. Die Ergebnisse der Langenfelder Ambulanz unterscheiden sich nur insofern von den der Dürener als dass für die Rehapatienten im Durchschnitt eine Stunde mehr aufgewendet wird, was dadurch zu erklären ist, dass diese Patienten auf

einer eigenen Station versorgt werden. In Düren befinden sie sich hingegen noch auf den regulären Behandlungsstationen.

Tab. 6.1: Durchschnittlicher Zeitaufwand der akad. Mitarbeiter von Langenfeld und Düren für einen Patienten in Stunden/Woche nach Status Patientenbezug der Tätigkeiten

Status	Düren				Langenfeld						Mittelwert						
	Mittelbar	Direkt	Gesamt		Mittelbar	Direkt	Gesamt										
Rehapatient	1,0*	1,0	0,8*	0,8	2,1*	1,9	(17)	1,6*	1,6	1,4*	1,3	3,0*	2,9	(8)	2,3 *	2,2	(25)
Beurlaubter	1,9*	1,9	3,0*	1,7	4,9*	3,6	(5)	2,5*	2,4	1,8*	1,7	4,3*	4,1	(10)	4,5*	3,9	(15)
Entlassener	0,6*	1,9	0,8*	0,5	1,3*	1,1	(16)	0,6*	0,6	0,8*	0,6	1,4*	1,2	(9)	1,4*	1,1	(25)

() Anzahl der zugrundeliegenden Patientenzahlen

*** inklusive Wegezeiten**

Im Gegensatz dazu unterscheiden sich die verschiedenen Diagnosegruppen bzgl. ihres zeitlichen Betreuungsaufwandes seitens der akademischen Mitarbeiter nicht signifikant voneinander (vgl. Tab. 4.3, Tab.4.10 und Tab. 6.2), wohl aber bzgl. des Betreuungsaufwandes seitens des Pflegepersonals (Tab.4.6). Hier benötigen Persönlichkeitsgestörte etwa den doppelten Aufwand gegenüber Psychotikern (vgl. Kap. 4.1.4). Allerdings fällt beim akademischen Personal auf, dass psychotisch erkrankte Patienten durch Hinzunahme der Wegezeiten im Verhältnis doch mehr Zeit in Anspruch nehmen. Offensichtlich sind die Mitarbeiter bei dieser Diagnosegruppe doch häufiger direkt vor Ort gefordert als bei den Anderen.

Tab. 6.2: Durchschnittlicher Zeitaufwand der akad. Mitarbeiter von Langenfeld und Düren für einen Patienten in Stunden pro Woche aufgeteilt nach Diagnosegruppen bzw. mittelbar und direkt patientenbezogenen Tätigkeiten

Diagnose	Düren				Langenfeld						Mittelwert						
	Mittelbar	Direkt	Gesamt		Mittelbar	Direkt	Gesamt										
Psychose	0,9*	0,9	1,2*	0,8	2,3*	1,8	(22)	1,8*	1,7	1,4*	1,2	3,3*	3,0	(14)	2,7*	2,3	(36)
Pers.Störung	1,1*	1,1	0,9*	0,8	2,1 *	1,9	(14)	1,1*	1,1	1,4*	1,3	2,4*	2,4	(9)	2,2*	2,1	(23)
Minderbeg.	0,0*	0,0	0,0*	0,0	0,0*	0,0	(1)	1,9*	1,9	0,9*	0,9	2,9*	2,9	(3)	2,1*	2,1	(4)
s. Diagnose	1,1*	1,1	0,7*	0,7	1,8 *	1,8	(1)	2,1*	2,1	1,3*	1,3	3,3*	3,3	(1)	2,5*	2,5	(2)

() Anzahl der zugrundeliegenden Patientenzahlen

*** inklusive Wegezeiten**

Ohne Wegezeit und aller anderen Ambulanztätigkeiten, wie Öffentlichkeitsarbeit, Fortbildungen, Konzeptbesprechungen, Abteilungskonferenzen, Erschließen von Kooperationen, die keinen Patientenbezug haben, ergibt sich ein durchschnittlicher Zeitaufwand pro Patient und Woche von 2,2 Stunden für Düren und Langenfeld. Diese Zahl bleibt durch Hinzunahme der Essener Daten unverändert. Der Zeitaufwand pro Patient und Woche erhöht sich um durchschnittlich etwa 0,35 Stunden bei Berücksichtigung der Wegezeiten und um weitere 0,65 Stunden, wenn man alle ande-

ungsschlüssel von **1:12** für das akademische Personal. Differenziert nach Status ergibt sich folgendes Bild (s. Tab. 6.4). Die nach Status differenzierten Betreuungsschlüssel spiegeln das o.g. Verhältnis von 1:2:3 für Entlassene, Rehapatienten und Beurlaubte wider.

Tab. 6.4: aus den Daten berechnete Betreuungsschlüssel für die versch. Patientengruppen

Status	Patientenbezogene Tätigkeiten	Inklusive Wegezeiten	Inklusive aller anderen Ambulanztätigkeiten
Rehabilitationsvorb.	1:16	1:16	1:13
Langfristig Beurlaubte	1:10	1:8	1:7
(bedingt) Entlassene	1:30	1:25	1:20
Gesamt	1:18	1:16	1:12
	2,2 h/Patient	2,5 h/Patient	3,2 h/Patient

Nach diesen Ergebnissen scheint also ein Betreuungsschlüssel von 1:12 für das akademische Personal als angemessene Bemessungsgrundlage für die erfolgreiche Arbeit einer forensischen Nachsorgeambulanz insgesamt erforderlich zu sein. Freese (im Druck) hält für ein Klientel, dass zu 60 % aus psychosekranken Patienten und 40 % aus persönlichkeitsgestörten und minderbegabten Patienten besteht einen Betreuungsschlüssel von 1:18 für vertretbar, bezieht sich damit aber ausschließlich auf bereits (bedingt) entlassene Patienten. Dies liegt sogar noch etwas über dem von uns berechneten durchschnittlichen Betreuungsschlüssel von 1:20 für (bedingt) Entlassene, wobei die Diagnoseverteilung in unserer Stichprobe exakt der von Freese beschriebenen entspricht (s. Tab. 6.3).

Für das Pflegepersonal der Rehasstation in Langenfeld lässt sich aufgrund der nur einwöchigen Erhebung kein repräsentativer Betreuungsschlüssel ermitteln. Hier bleibt jedoch hervorzuheben, dass beim pflegerischen im Gegensatz zum akademischen Personal, die Gruppe der Persönlichkeitsgestörten eines doppelt so hohen Betreuungsaufwandes bedarf als die Gruppe der psychotischen Patienten. Allgemein muss in Langenfeld zudem die Besonderheit beachtet werden, dass das Ambulanzteam, aufgrund der eigenen Rehasstation zwangsläufig einen höheren Zeitanteil für diese Klientel aufwenden muss, als eine Ambulanz ohne angeschlossene Rehasstation. Der o.g. mittlere Betreuungsschlüssel von 1:13 für Rehapatienten wird aufgrund des relativ höheren Aufwandes des Langenfelder akad. Personals nach unten zu korrigieren sein, wenn eine forensische Ambulanz ihre Rehapatienten nicht selbst stationär betreut. Das akad. Personal allein, käme für Rehapatienten, bezogen auf die Gesamtarbeitszeit, auf einen Betreuungsschlüssel von 1:10 bei knapp 4 Stunden Arbeitszeit pro Patient und Woche. Düren alleine käme nur auf 1:14 bei 2,8 Stunden pro Patient und Woche. Man müsste also bei einer angeschlossenen Rehasstation eine Betreuungsschlüssel von 1:10 bemessen und ohne eine solche Station genüge etwa 1:14.

Zu den unterschiedlichen Arbeitsschwerpunkten der einzelnen Ambulanzen wird in Tab. 6.5 Stellung genommen. Hier sind die Zeiten in Stunden und der prozentuale Anteil der einzelnen Tätigkeiten bzw. Tätigkeitsbereiche für die einzelnen Ambulanzen insgesamt abgebildet.

Grundsätzlich lässt sich feststellen, dass sich das Verhältnis zwischen direkt und mittelbar patientenbezogenen Tätigkeiten in Düren und Langenfeld im Gegensatz zu Essen nicht voneinander unterscheidet. Düren und Langenfeld verwenden etwa je 1/3 ihrer Arbeitszeit auf direkt patientenbezogene Tätigkeiten und knapp 2/3 auf mittelbar patientenbezogene Tätigkeit. In Essen ist das Verhältnis genau umgekehrt, 2/3 der Tätigkeiten dort sind direkt und 1/3 mittelbar patientenbezogen. Trotz dieser grundsätzlichen Gemeinsamkeit der beiden klinikangeschlossenen Ambulanzen werden innerhalb der Bereiche die unterschiedlichen Schwerpunkte deren Arbeit jedoch recht deutlich.

Tab. 6.5: Tätigkeitsprofile der Ambulanzen Düren, Langenfeld und Essen im Überblick

Tätigkeit	Düren		Langenfeld		Essen		Summe	
	H	%	H	%	H	%	H	%
<u>Direkt patientenbezogene Tätigkeiten</u>								
Einzelgespräche	12,8	11,9	28,7	26,8	11,8	45,5	53,3	22,1
Helferkonferenzen	22,8	21,1	3,0	2,8	4,8	18,7	30,6	12,7
Gruppenangebote	2,0	1,9	3,2	3,0	0,0	0,0	5,2	2,2
Sonst. Therapie- u. Pflegemaßnahmen	0,0	0,0	3,5	3,3	0,6	2,3	4,1	1,7
Fertigkeitstraining	2,6	2,4	0,0	0,0	0,0	0,0	2,6	1,1
Summe	40,3	37,2	38,3	35,8	17,2	66,5	95,8	39,8
<u>Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten</u>								
Fall- und Interventionsbespr.	16,2	15,0	22,8	21,2	2,8	11,0	41,8	17,3
Krisenmanagement	0,0	0,0	6,9	6,5	2,8	11,0	9,7	4,0
Konzeptbespr./Konferenzen	4,4	4,1	14,9	13,9	0,3	1,0	19,6	8,1
Supervision/Fortbildungen	2,8	2,5	0,0	0,0	0,0	0,0	2,8	1,2
Öffentlichkeitsarbeit	20,3	18,8	2,5	2,3	0,7	2,6	23,5	9,8
Dokumentation	13,5	12,5	15,5	14,5	2,1	8,1	31,1	12,9
Erschließen v. Kooperationen	4,9	4,5	2,8	2,6	0,0	0,0	7,7	3,2
Summe	62,1	57,4	65,4	61,1	8,7	33,5	136,2	56,5
<u>Sonstige Tätigkeiten</u>	5,8	5,3	3,3	3,1	0,0	0,0	9,1	3,7
Summe Gesamt	108,1	100,0	107,1	100,0	25,8	100,0	241,0	100,0

Da in Essen vorwiegend die psychotherapeutische Begleitung der entlassenen Patienten im Vordergrund steht, ist der Anteil der Einzelgespräche im Vergleich zu Langenfeld und Düren relativ

hoch ausgeprägt. Aber auch Langenfeld mit ihren stationären Patienten verbringt damit noch wesentlich mehr Zeit als Düren. Hier steht offensichtlich der Filterungsprozess der Patienten, die mittelfristig beurlaubt werden können, im Zentrum der Bemühungen.

Die Zahl der seit Bestehen der Langenfelder Ambulanz entlassenen Patienten ist wahrscheinlich u.a. aufgrund der im Gegensatz zu Düren noch wenig vertrauten und damit etablierten Zusammenarbeit mit der Strafvollstreckungskammer noch recht gering. Die Etablierung solch einer gefestigten und vertrauten Kooperation mit der StVK ist der große Vorteil einer bereits seit 10 Jahren bestehenden Ambulanz. Im Vergleich zu Düren hat Langenfeld seit Bestehen der Ambulanz, also innerhalb von 4 Jahren, lediglich 5 Patienten entlassen können. Das sind weniger als vor Bestehen der Ambulanz durchschnittlich entlassen werden konnten. Düren entlässt im Mittel hingegen pro Jahr mindestens 2 Patienten, d.h. etwa doppelt so viele Patienten wie Langenfeld bei insgesamt kleinerer Abteilung.

Die Dürener Mitarbeiter haben immer wieder die ausgezeichnete und von Vertrauen und Transparenz gekennzeichnete Zusammenarbeit mit der für sie zuständigen Strafvollstreckungskammer hervorgehoben. Durch die fehlende zusätzliche Belastung der Dürener Mitarbeiter durch sehr viele beurlaubte Patienten und aufgrund der Tatsache, dass diese Ambulanz bereits seit 10 Jahren mit der Nachsorge betraut ist, können sie sich offensichtlich mehr auf die Verantwortungsweiterleitung an die komplementären Einrichtungen und peripheren Therapeuten konzentrieren, was die im Vergleich zu Langenfeld relativ höheren Anteile bei den Helferkonferenzen erklären würde.

Neben den ausgewiesenen zeitlichen Aufwendungen der Mitarbeiter für die verschiedenen Diagnosegruppen war es ein weiteres Ziel dieser Evaluation, die inhaltlich-qualitativen Besonderheiten der verschiedenen Patientengruppen zu explizieren, auf die im folgenden Kapitel eingegangen wird.

6.3 Anforderungen ambulanter Betreuung an verschiedene Diagnosegruppen

Den Ergebnissen der „Teameinschätzung“ (C-Form, Frage 4) können zusammenfassend die im Folgenden genannten Behandlungs-/Betreuungsvorschläge bei Patienten verschiedener Diagnosegruppen entnommen werden.

Grundsätzlich soll zunächst einmal das Augenmerk in der Arbeit auf den sozialen Systemen, in denen sich die Patienten bewegen, liegen. Es wird bei der Gestaltung der Rehabilitation nicht auf weitere „Heilung/Gesundung“ des Patienten abgehoben (wenn auch „in Kauf genommen“). Zentral ist vielmehr die Zusammensetzung und Ausbalancierung der unterschiedlichen Lebenskontexte eines Patienten zu einem funktionierenden System. Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf der Betreuung ausländischer Patienten mit fraglichem Aufenthaltsstatus und/oder Heimkehrwunsch.

Es bedarf im Bereich der Arbeitsbetreuung pädagogischer Mittel, um einen Patienten behutsam auf die Wirklichkeit vorzubereiten; hierbei wird dem jeweiligen Krankheits- und Störungsbild durch die Wahl entsprechender didaktisch-methodischer Mittel Rechnung getragen. Stetig wiederkehrende Mittel bzw. Methoden sind hierbei: Gespräche, Unterrichtung, Planung, Auswertung.“

Speziell bei Psychosekranken werden folgende Punkte als wesentlich erachtet:

- Verständnis der psychodynamischen Zusammenhänge der Erkrankung und des Deliktes in Hinsicht auf Entlassung.
- Hilfen beim Gestalten des Tagesablaufs (Tages- und Wochenstrukturierung) und im Umgang mit Ämtern, Behörden usw. anbieten, Strategien im Umgang mit krankmachenden Umständen entwickeln, Anforderungsprofil sehr individuell erarbeiten; Rückzugsraum bieten, Überlastungen einschränken; eher schützend als konfrontierend arbeiten; Annahme auch absonderlicher Verhaltensweisen; Unterstützung der medikamentösen Behandlung durch Kontrolle der Einnahme; Förderung lebenspraktischer Handlungen (Hygiene/Ernährung); Begleitung zu Patientenclubs, Kontakt- und Beratungszentren
- Methodenübergreifende Psychotherapie, Psychoedukation, social skills training, Psychopharmakotherapie, „Supportives Councelling“
- bei drohender psychotischer Dekompensation ggf. Einweisung in die Allgemein-Psychiatrie

Bei Persönlichkeitsgestörten nennen die Mitarbeiter der forensischen Ambulanzen:

- die berufliche und soziale Rehabilitation, Gestaltung gemeinsamer Aktivitäten, Möglichkeiten der eigenen Freizeitgestaltung erarbeiten, Möglichkeiten der Nachreifung geben, Beobachtung des sozialen Verhaltens, der Konflikt- und Krisenfähigkeit, der Absprache- und Vereinbarungsfähigkeit
- Familien- und Systemische Therapie (Bedeutung von Gruppenangeboten), supportive affektstabilisierende Psychopharmakotherapie, Verhaltens- und Psychodynamische Psychotherapie, soziales Kompetenztraining, psychagogische Betreuung, „Supportives Councelling“
- Wissen über Ursache von Borderlinestörungen unterstützt Reintegrationsbestrebungen. Verhalten und Reaktionen des Patienten werden unter einem speziellen, psychotherapeutischen und psychodynamischen Verständnis bewertet und fließen in die Entlassungsvorbereitungen/Krisenintervention mit ein.

Bei Minderbegabten:

- Ressourcenorientierte Bemühungen gemäß den Fähigkeiten und Defiziten des Patienten aufgrund spezifischen Wissens über geistige Behinderung.
- Alltag vorleben, Schutz und Rückzugsmöglichkeiten gewähren, wichtig ist Eindeutigkeit, klare, wenig verschachtelte Kommunikation; Zuwendung auch über Körperkontakt; Überforde-

rung durch komplexe Aufgabenstellung vermeiden; Lebensbewältigung eher im praktisch-handelnden, dort Fähigkeiten stärken und stützen (evtl. Nachhilfe bei Defiziten in Sprache und Schreibfähigkeiten); auf Handlungsweisen umgehend reagieren (z.B. Verwahrlosung)

- Anwendung der Prinzipien der Lernbehindertenpädagogik, psychagogische Betreuung, Verhaltenstherapie, Milieuthérapie, soziales Kompetenztraining, supportive affektstabilisierende Psychopharmakatherapie (vgl. u.a. Freese (1998), Stockert et al. (1987), Weimer (2000)).

Zudem sind es laut Steinböck (1999) neben den sog. Doppeldiagnose-Patienten (Psychose plus Sucht) vor allem Patienten mit schwerwiegenden Straftaten wie Mord- und Totschlagsdelikten, Brandstiftung und Sexualstraftaten, welche spezieller forensischer Nachsorgekompetenzen bedürfen.

6.4 Auswirkungen ambulanter Betreuung auf die Rückfallgefahr

Wie anhand der verschiedenen Kasuistiken deutlich wurde, bietet eine ambulante Betreuung u.a. durch die besseren Möglichkeiten der Früherkennung eines Krankheitsrezidivs einen Weg zur Risikominimierung. Zudem kann die Rückfallgefahr durch die Möglichkeit und Anwendung von Kriseninterventionen verringert werden.

Wenn man die Gesamtaufnahmen in Hessen zwischen 1990 und 2000 betrachtet, wurden im Jahresdurchschnitt 115,8 Patienten aufgenommen. Davon waren 23 (19,9%) Wiederaufnahmen, von denen durchschnittlich 1/4 (6,2 Patienten), als „nicht gefährlich“ eingeschätzt wurden. 3/4 der Wiederaufnahmen pro Jahr (16,8) seien nach den Hainauer Einschätzungsinstrumenten als Risikogruppe zu bezeichnen (Freese, im Druck). Von diesen im Mittel 16,8 als gefährlich eingeschätzten, wiederaufgenommenen Patienten wurden etwa ein Viertel (4,4 pro Jahr) von der Ambulanz weiterbehandelt. Von den durchschnittlich 12,4 nicht von der Ambulanz betreuten Patienten begingen etwa drei von vier (9,3) eine erneute Straftat. Verglichen mit den von der Ambulanz betreuten Patienten zeigte sich ein deutlicher Unterschied bzgl. der Rückfälligkeit. So kam es im Mittel bei einem der 4,4 pro Jahr entlassenen Ambulanzpatienten zu einem erneuten Delikt. Dies entspricht einer Rückfallquote von 22 % im Vergleich zu 75 % bei den nicht ambulant betreuten Patienten.

Ergebnisse der Bundeszentralregister-Auszüge

Am **22.04.2002** stellte sich laut BZR-Auszug die Rückfälligkeit der 69 im April 2001 im Status der Beurlaubung oder bedingten Entlassung befindlichen Patienten aus Düren, Langenfeld und Essen (vgl. Abb. 2.2) wie folgt dar:

Die Wiedereingliederung scheitert¹³ in insgesamt in 6 von 53 (11%) Fällen, betrachtet man wirklich nur die von einer der Ambulanzen nachbetreuten Patienten, bzw. 8 von 69 Fällen (11%), bezieht man auch die 16 nicht ambulant betreuten Patienten der Stichprobe mit in die Berechnungen

¹³ dies beinhaltet jede neue Eintragung in das Bundeszentralregister

ein. Damit liegt die Rückfallrate in der vorliegenden Untersuchung zwar fast doppelt so hoch wie in der DFG-Prognosestudie (Seifert, et al., in Druck), allerdings befanden sich die Patienten der vorliegenden Studie bereits fast doppelt so lange in Freiheit, was die Vergleichbarkeit der Ergebnisse erschwert (s.u.). Die Aussetzung der Maßregel wird einmal widerrufen, es wird eine erneute Unterbringung gemäß § 63 StGB angeordnet, zweimal werden Geldstrafen verhängt und ein Delikt bleibt nach Einstellung des Verfahrens wegen Schuldunfähigkeit gemäß § 20 StGB folgenlos. Die beiden, zum Tatzeitpunkt im Status langfristiger Beurlaubung befindlichen, rückfälligen Patienten wurden zunächst auf eine Behandlungsstation rückverlegt. Einer der Entlassenen wird noch wegen Strafverfolgung gesucht. Der Grund für das Scheitern der Wiedereingliederung ist in allen Fällen erneute Delinquenz. In zwei Fällen handelt es sich um einschlägige Delikte, die beide von Patienten aus der Gruppe der 16 nicht ambulant Nachbetreuten begangen wurden. Es finden sich bis dato keine Hinweise, dass eine bedingte Entlassung auf Bewährung aus anderen Gründen widerrufen worden wäre.

Von den 8 Rückfälligen wurden zum Zeitpunkt der neuerlichen Delinquenz 4 ambulant betreut, je einer in Düren und Essen und zwei in Langenfeld. Von den restlichen vier, die nie oder nicht mehr ambulant betreut wurden, stammen je zwei aus Düren und Langenfeld. Bei den beiden Langenfelder Patienten handelt es sich um die bereits o.g. einschlägig Rückfälligen. Bei den beiden Dürener Patienten war die Führungsaufsichtszeit bereits abgelaufen (s. Tab. 6.2).

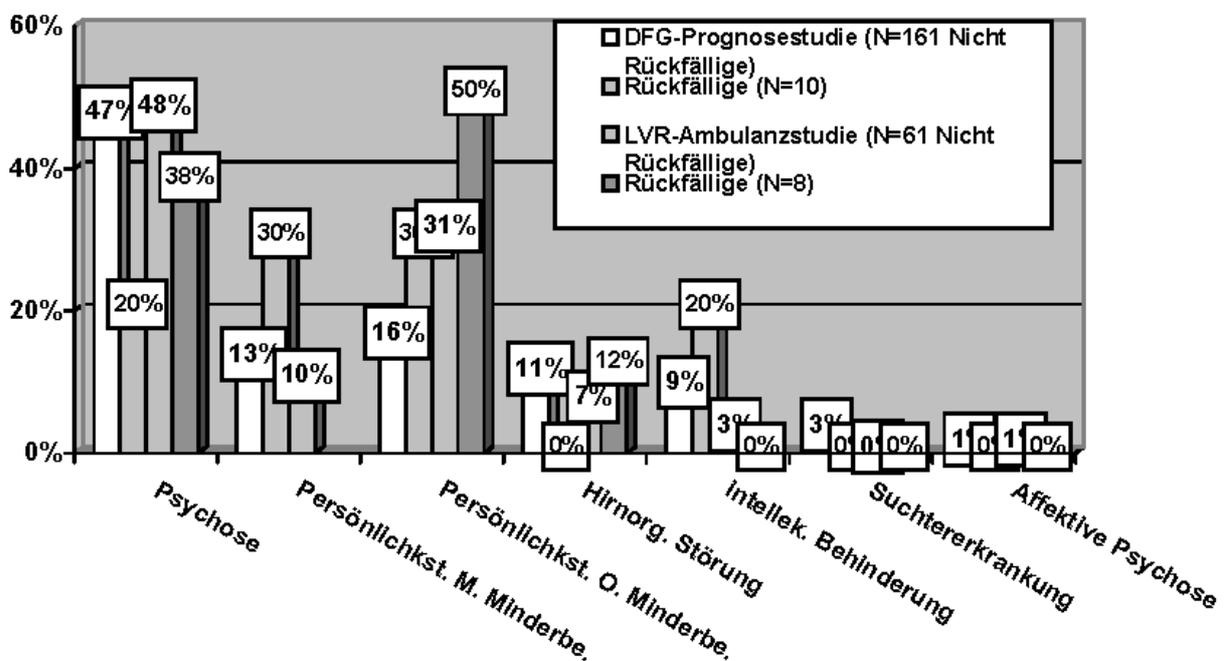


Abbildung 6.1: Diagnoseverteilung der Gesamtstichproben im Vergleich zu den Rückfälligen

Diagnostisch umfasst die Gruppe der Rückfälligen drei Patienten mit einer schizophrenen Psychose (in einem Fall mit gleichzeitig vorliegender Suchtproblematik) und vier Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung ohne Minderbegabung. Bei einem Patienten liegt eine hirnanorganische Störung

bei gleichzeitiger Suchtproblematik vor (vgl. Tab. 6.6). Insgesamt werden in der DFG-Prognosestudie von Seifert et al. (ebd.) sowie in der vorliegenden Untersuchung weniger psychotisch erkrankte Patienten rückfällig als a priori zu erwarten war (s. Abb. 6.1). Die prozentuale Häufigkeit mit der Diagnose Persönlichkeitsstörung ohne Minderbegabung (für die DFG-Studie gilt dies ebenso für die Gruppen Persönlichkeitsstörung mit Minderbegabung und intellektuelle Behinderung) rückfällig zu werden, liegt jedoch doppelt so hoch als a priori zu vermuten war, d.h. die Rückfälligen gehören überzufällig oft diese(r/n) Störungsgruppe(n) an. Wie auch Tabelle 6.2 zu entnehmen ist, wurden beide einschlägig Rückfälligen niemals von einer der Fachambulanzen nachbetreut. Die verbleibenden Rückfalldelikte sind jedoch in mindestens zwei Fällen als schwerwiegend einzustufen (D2 und L4). Bei einem der beiden (D2) war wie bei einem weiteren rückfälligen Patienten (D3) nach etwa 6 Jahren in Freiheit bereits die Führungsaufsichtzeit abgelaufen; sie befanden sich also nicht mehr im Kontakt mit der Ambulanz. Offensichtlich scheint das Ende der FA eine weitere sensible Periode im Reintegrationsprozess darzustellen.

Tab. 6.6: Probanden mit erneuter Delinquenz (N=8/69)

Gesamt N=69	Unterbringungsdelikte	Rückfalldelikte (fett: einschlägige Delikte)	Time at Risk ¹⁴	Diagnose
N=31	D1. Gefährliche Körperverletzung	Erschleichen von Leistungen	20 (12)	Hirnorganische Störung mit zusätzlicher Suchterkrankung
	D2**. Handel in Tateinheit mit Erwerb von BTM	Zweifach: Diebstahl + Räuberischer Diebstahl und Körperverletzung	82 (74)	Schizophrene Psychose mit zusätzlicher Suchterkrankung
	D3**. Versuchter Mord und versuchter Totschlag	(Von StA wegen Strafverfolgung gesucht)???	80 (73)	Schizophrene Psychose
N=22	L1*. Räuberischer Diebstahl + Körperverletzung	Körperverletzung und Diebstahl	51 (45)	Schizophrene Psychose
	L2*. Fortgesetzter sexueller Missbrauch von Kindern	Betrug + Sexueller Missbrauch v. Kindern	39 (34)	Persönlichkeitsstörung ohne Minderbegabung
	L3***. Versuchter Mord + fahrlässige Körperverletzung	Trunkenheit im Straßenverkehr	21	Persönlichkeitsstörung ohne Minderbegabung
	L4***. Diebstahl	Sexueller Missbrauch von Kindern	24	Persönlichkeitsstörung ohne Minderbegabung
N= 16	E1***. Vergewaltigung	Diebstahl	8	Persönlichkeitsstörung ohne Minderbegabung

* von der Ambulanz nicht nachbetreute Patienten

*** im Status der langfristigen Beurlaubung

** Führungsaufsicht beendet

Die „Time at risk“ aller untersuchten Patienten lag durchschnittlich bei 4 ½ Jahren bzw. 54,4 Monaten ($s = 26, 7$; Median = 51), die mit einem Delikt rückfälligen Patienten befanden sich durchschnittlich seit 3 Jahren und 4 Monaten in Freiheit. Bei der genannten DFG-Studie handelte es sich hingegen um eine Zwei-Jahres-Katamnese. Grundsätzlich ist die Frage aufzuwerfen: „[...] what is an acceptable level of recidivism?“ (Kravitz & Kelly, 1999, S. 1605). Im Vergleich mit den Rückfallquoten von Maßregelpatienten ohne ambulante Nachsorge in einem Fünfjahreszeit-

¹⁴ Zeitraum vom Beginn der Beurlaubung bzw. (...) vom Beginn der bedingten Entlassung bis zum Rückfalldelikt.

raum, die nach Jokusch & Keller (2001) generell bei 40 % und für „gefährliche, aggressive oder sexuelle Delikte“ bei etwa 10 % anzusetzen ist. Leygraf (1998) nennt in seinem Übersichtsartikel für die generelle Rückfälligkeit Zahlen zwischen 19 und 40 %, d.h. die Rückfälligkeit in der vorliegenden Studie ist mit 11 % generell und 4 % für gefährliche, aggressive oder sexuelle Delikte bei den ambulant nachbetreuten Patienten, trotz des ein wenig kürzeren durchschnittlichen Katamnesezeitraums als vielversprechend zu bezeichnen. Dies gilt ebenso für den Vergleich mit den Ergebnissen der Untersuchung von Kudling (2002), der für den Entlassungsjahrgang 1986 in NRW bei einer vergleichbaren time at risk eine Rückfallrate von knapp 25 % errechnete. In der selben Untersuchung zeigte sich aber auch, dass fast noch einmal so viele Patienten (etwa 20 %) erst nach über 5 Jahren nach der Entlassung mit einem Delikt rückfällig wurden. Ein Ergebnis also, das die o.g. Vermutung stützt, dass das Ende der Führungsaufsichtszeit als eine weitere sensible Phase im Reintegrationsprozess angesehen werden muss.

Auffällig, wenngleich nicht überraschend ist der Befund, dass im Vergleich zu allen anderen Störungsgruppen Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung, wenn sie denn rückfällig werden, relativ bald erneute Straftaten begehen, häufig sogar schon in der Phase der langfristigen Beurlaubung.

Die vorliegenden Ergebnisse zeigen, dass eine konzeptionelle Nachsorge durch eine forensische Fachambulanz wirkt. Zum Einen ist die Rückfallquote deutlich geringer als man erwarten würde und zum Anderen werden die Patienten abgesehen von den persönlichkeitsgestörten Patienten deutlich später rückfällig als gewöhnlich. Nach Leygraf (1988) erfolgen etwa zwei Drittel der erneuten Unterbringungen in den ersten beiden Jahren nach der bedingten Entlassung (vgl. auch Seifert et al. (im Druck). Die durchschnittliche time at risk in der vorliegenden Untersuchung liegt jedoch bei etwa 4 ½ Jahren und zu einer erneuten Unterbringung bzw. einem Widerruf kam es dabei bisher in zwei Fällen (L2, L4).

Bei der vergleichenden Betrachtung der Nachsorge bedingt entlassener Patienten in drei Staaten kamen Wiederanders et al. (1997) insgesamt zu dem Ergebnis, dass u.a. häufige Zurückverlegungen als Ursache für die geringere Anzahl an Rückfällen verantwortlich zu machen sei. In Düren finden sich Rückverlegungen relativ häufig. In diese Studie wurden 26 Patienten aufgenommen, die sich im Status der Rehabilitation befanden. Bei 11 von ihnen wurden die Entlassvorbereitungen jedoch gestoppt, d. h. es erfolgte eine Rückverlegung auf eine Krisen- bzw. Behandlungsstation. Nach einer internen Erhebung der beiden Ambulanzen kann man davon ausgehen, dass etwa bei der Hälfte der Patienten, die zur Entlassung vorgesehen sind, die Rehabilitation abgebrochen wird und eine Rückverlegung auf eine Behandlungsstation erfolgt. Schmidt-Quernheim (2002) sprach von 45 Abbrechern und 60 Entlassenen, die die Ambulanz Düren seit ihrem Bestehen betreute. Bloom et al. (1991, S. 446) sieht die Vorteile der ambulanten Nachsorge ebenfalls in der

Rückfallprävention: „Having an option to use conditional release with supervision and prompt revocation if necessary gives the decision maker more latitude in relation to future dangerousness“

„Eine langfristige ambulant-therapeutische Begleitung des Patienten ist auch unter Gesichtspunkten der Rückfallvermeidung wünschenswert.“ (Böllinger, 1995, S. 219). Dies scheint sich zu bestätigen, da während der ambulant-therapeutischen Begleitung nach Beurlaubung bzw. Entlassung nur vier (D1, L3, L4, E1) der acht rückfälligen Patienten erneut Straftaten begingen und mit Ausnahme eines Falles (L4) in der Mehrzahl geringfügige Delikte. Die übrigen vier hatten keinen Ambulanzkontakt (mehr).

Bei der relativ hohen Zahl psychotisch erkrankter Rückfalltäter stellt sich die Frage nach den Gründen hierfür. Buchanan & David (1994, S. 428) betonen die schlechte Medikamenten-Compliance „[...] over 50% of people with schizophrenia complied poorly with treatment within two years of leaving hospital“. Vor allem aufgrund der durchschnittlich sehr langen Zeit in Freiheit ohne erneute Straftaten erscheint diese Erklärung für die erneute Delinquenz, die dann als Folge eines Krankheitsrezidivs zu werten wäre, zwar möglich aber doch eher unwahrscheinlich. Zum jetzigen Zeitpunkt liegen jedoch darüber noch keine Informationen vor.

6.5 Externe Finanzierung

Das Land als Kostenträger legt Wert darauf, dass die Landschaftsverbände andere mögliche Kostenträger erschließen. Für die Behandlung und die berufliche und gemeindeintegrierende Rehabilitation bereits zur Bewährung entlassener Patienten liege die Kostentragungspflicht nicht beim Land. In Nordrhein-Westfalen sollen jedoch voraussichtlich ab dem 01.01.2003 die Kosten für das Case-Management durch die Ambulanzmitarbeiter offiziell durch das Land bzw. das Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit übernommen werden (Lüder, 2002). Eine entsprechende Rechtsverordnung, wie sie seit der Novellierung des MRVG vom 11.06.2002 (s. Kasten 1.1) zur Regelung der Kostenfrage gesetzlich verankert ist, wird z.Z. erarbeitet.

Der hessische Rechnungshof kam in seiner Prüfmitteilung zu der Empfehlung, den Ambulanzbetrieb aufrechtzuerhalten und mit dem notwendigen Personal auszustatten, was de facto am 01.01.2002 die Übernahme in den Regelbetrieb zur Folge hatte. Zu diesem Ergebnis gelangte man in Hessen aufgrund der Einschätzung, dass die Fachambulanz dem Patientenwohl diene und eine verantwortbare, weil betreute Entlassung bedeute. Sie sei in diesem Zusammenhang ein wichtiges Steuerungselement für die Bedingungsentwicklung in Freiheit. Sie bewirke des weiteren eine Kostenersparnis durch recht- bzw. frühzeitige Entlassung. Man könne es sich finanziell nicht leisten auf die Ambulanz zu verzichten, da diese eher Geld einspare als zusätzliche Mittel aufzuwenden (Nöcker, 2002). Dies bestätigt Lüder (2002), der aufgrund einer Modellrechnung zu dem Ergebnis

kommt, dass durch eine Verkürzung der Verweildauer um durchschnittlich nur einen Monat, das Land enorme Summen einsparen könnte. Vor dem Hintergrund einer die Verweildauer senkenden Arbeit der forensischen Fachambulanzen erklärt sich somit das Interesse des Trägers an der Absicherung der Finanzierung der forensischen Ambulanzen im Rheinland (s.o.).

„Die Kosten einer psychotherapeutischen Heilbehandlung bei Sexualstraftätern werden von den Kassen nur dann übernommen, wenn die Leistungen der Besserung oder Heilung einer seelischen Krankheit bzw. der Rehabilitation dienen. Da der eigentlich kostenpflichtige Proband die Kosten einer per gerichtlicher Auflage angeordneten Therapie in der Regel nicht selbst zahlen kann, sind bisher in der Mehrzahl der Fälle alle Bemühungen um eine Therapie von Sexualstraftätern an der Kostenfrage gescheitert. Auf Drängen der Praxis hat das niedersächsische Justizministerium deshalb ab 1995 Mittel für die psychotherapeutische Behandlung von Probanden der Bewährungshilfe und Führungsaufsicht zur Verfügung gestellt.“ (Macke & Schendler, 1998, S. 288)

Laut Freese (im Druck) sei die Ambulanz durch das Land Hessen seit dem 01.01.2002 offiziell anerkannt. Eine gesetzliche Einbindung in das Hessische Maßregelvollzugsgesetz fehle hingegen noch. Schon seit einigen Jahren sei die Ambulanz als Institutsambulanz durch die Krankenkassen anerkannt. So sei es möglich, einen „geringen Teil“, etwa 10 % (Kröber, 2001), der durch die Ambulanz verursachten Kosten, über Krankenversicherungsträger abzurechnen.

Der Leitsatz bzgl. des Vollzugskostenbeitrags der Maßregelpatienten wurde vom BVerfG im Urteil vom 12.12.1991 (2 BvL 8/89) wie folgt festgelegt: „Die Beteiligung der Maßregelpatienten an den Unterbringungskosten ist bundesrechtlich abschließend geregelt. Danach sind Patienten, die arbeiten, freigestellt. Nur Arbeitsverweigerer und Patienten, die ohne ihre Schuld nicht arbeiten, die aber während derselben Zeit außervollzugliche Einkünfte haben, sind in dem in § 10 Justizvollzugskostenordnung bezeichneten Umfang zu den Kosten der Unterbringung heranzuziehen.“

Vielfach wurde schon darauf hingewiesen, dass nicht nur durch die Verkürzung der Unterbringungszeit Kosten eingespart werden können, sondern auch dadurch, dass durch die bestehende forensische Ambulanz die Möglichkeit besteht, in nicht wenigen Fällen auf die Unterbringung nach § 63 StGB bzw. auf deren Vollstreckung zu verzichten und die Maßregel gemäß § 67b StGB primär zur Bewährung auszusetzen (vgl. Nowara, 1992; Gonzales Cabeza, 1998; Knecht & Banzer, 1998; Rauchfleisch, 1993).

In Haar bei München besteht seit Mitte 1996 eine forensische Ambulanz, in der Einzelleistungsabrechnungen bislang über die im BKH Haar bestehende Zentrale Institutsambulanz erfolgen, wodurch eine halbe Fachpfleger-Stelle erwirtschaftet werden konnte. Allerdings zeigte sich, ähnlich wie in anderen Einrichtungen, dass sich eine verantwortliche Nachbetreuung dieser Patienten häufig weit aufwendiger gestaltet als die ambulante Betreuung nichtforensischer Psychiatriepatienten und somit eine Mischfinanzierung erforderlich ist, die seit Mai 98 auch erfolgt, indem über den

Kostenträger der Forensik – das Bayerische Gesundheits- und Sozialministerium – diejenigen Kosten abgedeckt werden, die von den Krankenkassen nicht übernommen werden. Dabei werden die rechnerisch ausweisbaren Stellen der forensischen Ambulanz den Stationen des Fachbereiches hinzuaddiert und dafür übernehmen die meisten stationären Mitarbeiter stundenweise die ambulante Nachbetreuung jeweils „ihrer“ von ihnen entlassenen Patienten. Naturgemäß liegt somit ein gewisses Schwergewicht der Nachbetreuung auf dem Team der halboffenen Rehasstation. Neben der direkten klientenbezogenen Nachbetreuungsarbeit übernehmen die forensischen Mitarbeiter auch Beratungsfunktion für andere Einrichtungen, in denen ehemalige Forensikpatienten nachbetreut werden, vor allem aber für Bewährungshelfer, was über die durch Krankenkassen erstattungsfähigen Leistungen hinausgeht (Steinböck, 1999).

Zur Problematik der Finanzierung

Gesetzlich wird zwar eine Nachsorge nach der Unterbringung im Maßregelvollzug vorgeschrieben, unklar ist im Augenblick jedoch immer noch, wie diese zu finanzieren ist, obgleich eine entsprechende Rechtsverordnung, wie bereits erwähnt, derzeit erarbeitet wird.

Acht stationäre Behandlungsplätze der Rehabilitationsstation der RK Langenfeld sind offene Regelbehandlungsplätze, werden also mit dem üblichen Pflegesatz für forensische Behandlung erstattet. Für die langfristig Beurlaubten wird ein Drittel des Pflegesatzes bezahlt. Der Gesamtbetrag der gedrittelten Pflegesätze wird für die Heimunterbringung, für Hilfe zum Leben, für Miete u.ä. der nicht erwerbstätigen oder nicht vermögenden beurlaubten Patienten durch die Klinik aufgewandt. Die patientenbezogene und kontextbezogene Arbeit der forensischen Ambulanz für langzeitbeurlaubte Patienten wird also nicht leistungsbezogen vergütet. Dies gilt es im Besonderen zu berücksichtigen, da die Zeit der Beurlaubung nicht nur eine notwendige, sondern auch sehr sinnvolle Möglichkeit der Erprobung darstellt. Zudem wird seitens der StVK ohne eine solche langfristige Beurlaubung kaum noch eine bedingte Entlassung gemäß § 67 StGB ausgesprochen.

Der Zuwendungsbescheid des Ministeriums schließt eine Doppelfinanzierung aus. Die Mittel dürfen lediglich für die Nachbetreuung von 12 zur Bewährung entlassenen Patienten verwandt werden. Allerdings heißt es, diese Zuwendung sei für den Aufbau einer forensischen Ambulanz *und* Rehabilitationsstation zu verwenden. Entlassene Patienten halten sich – mit Ausnahme des Gästezimmers in seltenen Fällen – jedoch nicht in der Rehabilitationsstation auf.

Ernst und Young (1996) befürworten in ihrem Gutachten die Unterstützung und Finanzierung ambulanter Nachsorge. So heißt es u.a. (ebd., S. 56): „Alle Maßnahmen, die eine effizientere Nutzung vorhandener Kapazitäten im Maßregelvollzug erwarten lassen, z.B. durch Reduktion der Unterbringungsdauer oder eine schnellere Prüfung der positiven Behandlungsaussichten im § 64-Bereich, sollten daher in der Umsetzung unseres Soll-Konzepts höchste Priorität erhalten. Hierzu

rechnen wir auch eine Intensivierung und Qualifizierung der ambulanten Nachsorge, deren Finanzierung zu gewährleisten ist.“

Müller-Isberner (2000) nannte in einem Vortrag folgende ökonomische Vorteile in Anbetracht einer ambulanten Versorgungsmöglichkeit, die bei der Finanzierung zu berücksichtigen seien:

- ersparte Unterbringungskosten durch schnellere Entlassung und weniger Neueinweisungen¹⁵
- ersparte Baukosten durch weniger stationäre Patienten und geringere Patientenzunahme¹⁶,
- ersparte erneute Verfahrenskosten durch weniger Rückfälle¹⁷.

6.6 Erhöhung der Akzeptanz bei den Einrichtungen in der Nachsorgeregion

Die Ergebnisse der semistrukturierten Interviews mit Mitarbeitern komplementärer Einrichtungen (s.o.) sind mit den Erfahrungen in Niedersachsen vergleichbar (Pozár, 2001, S. 88), nach denen es für die entlassenen Maßregelvollzugspatienten „nicht speziell ausgerichteter, abgesonderter Versorgungseinrichtungen bedarf“, wobei die Bereitschaft der Psychotherapeuten, der psychiatrischen Kliniken und anderer öffentlicher Institutionen „sich auf die Herausforderung, welche die Straffälligen für uns darstellen, einzulassen und therapeutische Strategien zu entwickeln, die diesen Menschen gerecht werden“, noch sehr wenig ausgeprägt erscheint (Rauchfleisch, 1993, S. 285).

Zusammenfassend wurde bereits auf die folgenden Aspekte hingewiesen, die zu einer Erhöhung der Akzeptanz bei den Einrichtungen in der Nachsorgeregion beitragen (vgl. Bolten et al, in Druck): die Offenheit der Ambulanz, eine dem Kenntnisstand der Einrichtung entsprechend kontinuierliche Vermittlung von allgemeinen Informationen über den Maßregelvollzug wie auch konkrete Hilfe im Einzelfall, eindeutige Absprachen bzgl. Beurlaubungskonditionen und Zuständigkeiten, die Garantie, dass ein beurlaubter Patient jederzeit und unbürokratisch in die Klinik zurückverlegt werden kann und bei Schwierigkeiten mit einem bereits entlassenen Patienten die Ambulanz Ansprechpartner bleibt, die Ausarbeitung eines dem Patienten entsprechenden Kriseninterventionsplanes, Angebote geeigneter Fortbildungen (vor allem zu konkreten Anleitungen des therapeutischen Vorgehens) und Hospitation in der forensischen Abteilung und Supervision, die Berücksichtigung „politischer Sicherheit“.

Nach Pogadl-Bakan & Krauss (1995) ist dabei die Situation bzw. Lage - „zwischen Hilfe und Kontrolle“ - der nachsorgenden Einrichtungen zu berücksichtigen.

„Nach unseren bisherigen Erkenntnissen bedürfen unsere nach § 64 StGB untergebrachten Patienten keiner besonderen Nachsorgeeinrichtung. Sie sind, anfangs mit viel Mühe, jetzt doch immer

¹⁵ Kosten pro Behandlungsfall ca. 180.000 DM, Gesamtkosten bei ca. 60 Monaten Behandlungszeit erneuter Unterbringung ca. 880.000 DM pro Behandlungsfall – entsprechend den Jahreskosten der gesamten Klinikambulanz

¹⁶ vgl. Kosten für einen neu zu schaffenden Behandlungsplatz im Maßregelvollzug in Hessen: Kosten pro Behandlungsplatz 570.000 DM beim Neubau (besonders gesichert), 15.000 DM bei Herrichtung eines schon zuvor von der Psychiatrie genutzten Altbaues, der erst 1990 saniert worden war (offen)

¹⁷ z.B. Löhne und Gehälter für Richter, Staatsanwälte, Rechtsanwälte und die Entschädigung der Sachverständigen

unkomplizierter, in das in der Heimatregion des Patienten vorhandene ambulante Betreuungssystem einzugliedern.“ (Schmitz, 1992, S. 90)

6.7 Bündelungsfunktion der Ambulanzen

Die Ergebnisse der Interviews mit Bewährungshelfern und Mitarbeitern von Führungsaufsichtsstellen (s.o.) zeigen die verschiedenen Vorteile einer Nachsorge mit Hilfe einer forensisch spezialisierten Ambulanz gegenüber einer Betreuung auf, die allein durch die Führungsaufsichtsstellen geleistet werden könnte. Bewährungshelfer und Mitarbeiter von Führungsaufsichtsstellen nannten selbst Gründe, warum sie sich als überfordert sehen (z.B. die mangelnde therapeutische Ausbildung/Erfahrung, aber auch der enorme Arbeitsaufwand).

Es muss berücksichtigt werden, dass die Bewährungshilfe keine ausreichende und angemessene Betreuung psychisch kranker Straftäter nach deren Entlassung aus dem Maßregelvollzug anbieten kann. Auch die Praxis der Dr. Henri van der Hoeven Kliniek in Utrecht (NL) berücksichtigt die potentielle Überforderung der Bewährungshilfe, die aufgrund anderer Arbeitsschwerpunkte eine „derartig intensive Betreuung nicht bieten“ könne (Kröger & Niemantsverdriet, 2000, S. 132). Für eine erfolgreiche Integration mit dem Ziel, erneute Straftaten zu verhindern, bedarf es vielmehr einer engen Zusammenarbeit zwischen Patient, Heimmitarbeiter, Bewährungshelfer, Ambulanz/Therapeut und ggf. Betreuer (Seifert et al., 2001a). Auch Leygraf (2000, S. 353) hebt gerade bei Patienten des Maßregelvollzugs die Abhängigkeit der Rückfallgefahr von der „Struktur des Umfeldes nach der Entlassung“, „insbesondere von der Sicherstellung weiterer Betreuungsmöglichkeiten“ hervor. So gehöre zur aktiven günstigen Beeinflussung der Prognose „neben der Vermittlung individuell adäquater Wohn- und Arbeitsmöglichkeiten vor allem eine notwendige ambulante Fortsetzung der Therapie“ (ebd., 2000, S. 357).

„Bei Berücksichtigung des gegenwärtigen, qualitativ und quantitativ unzureichenden therapeutischen Versorgungsangebotes ist die Bewährungshilfe darauf angewiesen, Zugang zu einer Einrichtung zu haben, die sich im Sinne einer forensischen, sozialtherapeutisch orientierten Ambulanz unter Wegfall von Aufnahme-/Auswahlkriterien aller in der Bewährungshilfe betreuten Sexualstraftäter annimmt“ (Macke & Schendler, 1998, S. 290). Zum Zeitpunkt der Niederschrift des Artikels war das Institut für angewandte Psychologie zuständig (hatte im Oktober 1997 mit der Arbeit begonnen) – 6 Probanden der BeHi würden derzeit behandelt.

Zur Arbeit der Bewährungshilfe mit Sexualstraftätern sei auf den im Internet veröffentlichten Forderungs- und Maßnahmenkatalog verwiesen (siehe Literaturverzeichnis).

6.8 Erweiterung des Entlassraumes durch eine forensische Ambulanz

Die Befragung der Ambulanzmitarbeiter der RK Langenfeld ergab, dass die jeweils aufzusuchenden Einrichtungen mindestens 3 bzw. höchstens 45 Kilometer von der Klinik entfernt seien. Die Mobile Forensische Ambulanz der RK Düren betreut Patienten, die in mindestens 20 und höchstens ca. 100 Kilometer entfernten Einrichtungen vermittelt wurden. So zeigt sich, dass bei Vorhandensein einer forensischen Ambulanz die Entlassregion der Patienten über die kleineren, ländlich gelegenen Standortgemeinden hinaus erweitert werden kann.

6.9 Qualitätssicherung

Unter den Aspekten der Qualitätssicherung sind drei wesentliche zu unterscheiden:

1. Unter dem Aspekt der *Strukturqualität* werden politische, finanzielle, baulich-räumliche, personelle, therapeutische und die Ausstattung betreffende Rahmenbedingungen (Ressourcen) verstanden, die eine konkrete Intervention (inklusive Diagnostik) ermöglichen (Gaebel, 1995b).
2. Die *Prozessqualität* beschreibt „die Gesamtheit diagnostischer und therapeutisch-rehabilitativer Maßnahmen hinsichtlich ihrer Kongruenz zwischen expliziten Leitlinien/Standards und konkreten Durchführungsmodalitäten“. Geprüft wird, inwieweit die von der Forschung gewonnenen Erkenntnisse bzw. die von Instanzen gesetzten Handlungsmaximen im konkreten Fall umgesetzt werden (ebd., S. 486).
3. Unter *Ergebnisqualität* versteht man „das Ausmaß an Kongruenz zwischen Behandlungsziel und Behandlungsergebnis“ (ebd. S. 487).

Laut den Grundsätzen für den Maßregelvollzug (1996) werden externe und interne Qualitätssicherungsinstrumente unterschieden, die in der Arbeit der Ambulanzen berücksichtigt werden:

Zu den internen Maßnahmen der Qualitätssicherung gehören u.a. die:

- Qualifizierung des Personals durch Fort- und Weiterbildung
- Lückenlose Verlaufsdokumentation
- Lückenlose Dokumentation über Entscheidungen, z.B. hinsichtlich der Gewährung oder Rücknahme von Lockerungen
- Kontinuierliche Reflexion der verwendeten Prognosekriterien bzgl. Lockerungen und Entlassung
- Überprüfung der Gutachten nach § 14 Abs. 3 MRVG NRW auf ihre Qualität und Aussagekraft
- Supervision als notwendiger Bestandteil der Maßregelbehandlung. Die verschiedenen Modalitäten – z.B. Team- oder Einzelfallsupervision sowie interne bzw. externe Supervision – werden bedarfsgerecht eingesetzt.

Externe Maßnahmen der Qualitätssicherung sind z.B.:

- Regelmäßige Überprüfung der Behandlungs- und Lockerungspraxis durch externe Sachverständige, z.B. durch entsprechend erfahrene Mitarbeiter anderer MRV-Einrichtungen
- Kooperation und regelmäßiger Erfahrungsaustausch mit anderen Einrichtungen des Maßregelvollzuges sowie universitären forensisch-psychiatrischen Einrichtungen
- Kontinuierliche Überprüfung der Gültigkeit der bei Lockerungs- und Entlassungsentscheidungen benutzten Prognosekriterien
- Kontinuierliche Überprüfung des Behandlungserfolges durch eine empirische Analyse des Unterbringungsverlaufes sowie des Verlaufes nach der Entlassung

Zudem gilt eine Basisdokumentation als ein entscheidendes Instrument der Qualitätssicherung (Berger, 1996).

Die aus Schweden und Neuseeland stammenden Autoren Lindqvist und Skipworth (2000, S. 323) fordern die Betrachtung systemimmanenter Faktoren wie z.B. das defizitäre Fortbildungs- und Supervisionsangebot für das Ambulanzpersonal („The rehabilitative focus on patient factors as indicators of progress neglects the identification and development of system factors responsible for the patient's progress“).

Grundsätzlich ist laut einer Studie von Manley und Leiper (1999) zu betonen, dass es bei der Arbeit mit gewalttätigen Straftätern wichtig ist, sich in seiner Rolle als Therapeut sicher zu sein bzw. sich sicher fühlen zu können, d.h. regelmäßige Supervision ist notwendig, um den Mitarbeitern diese Sicherheit geben zu können.

„Notwendig ist ferner eine selbstkritische Zwischenbilanz und eine bundesweit angelegte Verständigung der Fachleute und Fachpolitiker über die erforderlichen Schritte der Veränderung und Modernisierung. Die Gestaltung der Zukunft darf auch in diesem Feld nicht den Betriebswirten und den Skandalisierern überlassen bleiben.“ (Maelicke, 1997, S. 50)

Seit 1998 ist in Haar bei München ein Arzt z.T. für Qualitätssicherungsaufgaben zuständig, der u.a. ein EDV-gestütztes Dokumentationssystem aufbaut und die neueröffnete Sexualstraftäterstation sowie die forensische Ambulanz wissenschaftlich-evaluativ begleitet (Steinböck, 1999).

„Der reale Inhalt der Prognose – die künftige Entwicklung – wird erheblich verbessert, wenn ein verbindliches, d.h. auch in den Bewährungsaufgaben festgeschriebenes ambulantes Nachbetreuungsangebot, vorgehalten wird. [...] Aus einer einzigen unsicheren Langzeitprognose, die sozusagen aus dem stationären Stand heraus gestellt werden soll, wird eine jeweils an die reale ambulante Entwicklung adaptierbare Vielzahl relativ sicherer Kurzzeitprognosen.“ (ebd., S. 23)

Unter dem Gesichtspunkt der Strukturqualität soll im Folgenden die Qualifikation der Ambulanzmitarbeiter beschrieben und bewertet werden (Ergebnisse der Teameinschätzung – sog. C-Form des Evaluationsinventars Forensische Ambulanz, s. Anhang).

Teamzusammensetzung Langenfeld

Zum Zeitpunkt des Abschlusses des vorliegenden Abschlussberichtes bestand keine festgelegte Zuordnung einzelner Mitarbeiter zum stationären bzw. ambulanten Reha- bzw. Nachsorgebereich.

Berufliche Qualifikation: Von den *sechs* examinieren Pflegedienstmitarbeitern befand sich eine Person in Ausbildung zur pflegerischen Stationsleitung. Ein weitere Pflegekraft hat zusätzlich den Abschluss als Fachkrankenschwester für psychiatrische Pflege. Des Weiteren sind in Langenfeld eine Diplom Sozialarbeiterin und –pädagogin mit Zusatzausbildung als Supervisorin, eine Ärztin für Psychiatrie in halber Stelle sowie ein Diplompädagoge als Leiter der Ambulanz mit Zusatzausbildungen in Gesprächsführung, Familien- und Systemischer Therapie, Pessu-Körper-Therapie, EMDR-Traumatherapie, Organisationsentwicklung und Konfliktbehandlung, beschäftigt. Der zuständige Oberarzt ist Facharzt für Psychiatrie und Neurologie sowie Psychotherapie.

Bisherige forensische Erfahrung: Bis auf einen Mitarbeiter verfügen alle Pflegedienstmitarbeiter über z.T. langjährige Erfahrung in der Arbeit auf forensischen Behandlungsstationen. Ähnliches gilt für die akademischen Mitarbeiter: Die *Sozialarbeiterin* hat im Rahmen des Enthospitalisierungsprojektes in den letzten Jahren beurlaubte und entlassene forensische Patienten begleitet. Die *Ärztin* leitete 4 ½ Jahre eine hochgesicherte Station für forensische Patienten. Der *Pädagoge als Leiter der Station* arbeitete bisher in der Nachsorge nach Suchtbehandlung, auch nach Maßregelvollzugsbehandlung gem. § 64 StGB sowie in der Integration forensischer Patienten im Enthospitalisierungsprogramm des LVR, in der Auflösung des geschlossenen Langzeitbehandlungsbereichs der RK Langenfeld mit vielen forensischen Patienten sowie an der Entwicklung des Konzepts einer Forensischen Rehabilitation und Ambulanz mit. Der *Oberarzt* gab an, seit 1985 mit der Erstellung forensischer Gutachten sowie seit 1991 eingangs als Stationsarzt bzw. im gleichen Jahr als Oberarzt der forensisch-psychiatrischen Abteilung beschäftigt gewesen zu sein.

Therapeutische Erfahrungen und Qualifikationen: Ein *Pfleger* nannte hierbei die Leitung eines Arbeitsbereiches mit ergotherapeutischen Aufgaben in einem sozial-psychiatrischen Zentrum. Als Suchttherapeut, Psychotherapeut, Familientherapeut, Traumatherapeut („vor allem mit Opfern, aber zunehmend auch mit forensischen Tätern“) sei der *Pädagoge* entsprechend seinen Ausbildungen tätig gewesen. Die *Sozialarbeiterin* habe an einer tiefenpsychologischen Ausbildung mit dem Schwerpunkt Sozio-Therapie bzw. gruppentherapeutische Prozesse teilgenommen sowie Erfahrungen in systemischer Therapie und Familienberatung gewonnen. Die *Ärztin* habe Patienten am-

bulant psychotherapeutisch betreut. Der *Oberarzt* gibt zu seinen therapeutischen Erfahrungen die psychiatrische Therapie in der Allgemeinpsychiatrie an. Zudem habe er zwischen 1992 und 1995 an einer tiefenpsychologischen Psychotherapieausbildung teilgenommen.

Teamzusammensetzung Düren

Berufliche Qualifikation: Die Mobile Forensische Ambulanz wird von einem Diplom-Pädagogen geleitet. Des Weiteren ist eine Dipl.-Sozialarbeiterin mit voller Stelle, ein Dipl.-Psychologe (Psychologischer Psychotherapeut, Psychologischer Kinder- und Jugendlichentherapeut) mit halber Stelle sowie ein Lehrer für Sek. I mit 8 Wochenstunden angestellt.

Bisherige forensische Erfahrung: Der Leiter der Ambulanz war 10 Jahre mit stationärer Arbeit in einer forensischer Klinik beschäftigt. Von Mitte 1989 bis Mitte 1991 leistete er co-therapeutische Arbeit im stationären forensischen Bereich, ab Herbst 1990 begann er mit dem Aufbau der forensischen Ambulanz und betreute sozialarbeiterisch zudem stundenweise einzelne forensische Stationen. Der Diplom Psychologe war 3 ½ Jahre als Stationsleiter einer forensischen Station mit 16 Patienten tätig und arbeitete bis zum Erhebungszeitpunkt vier Monate in der forensischen Ambulanz. Der Lehrer arbeitet bereits 14 Jahre mit forensischen Patienten.

Bisherige allgemein-psychiatrische Erfahrung: Die allgemein-psychiatrische Erfahrung des Ambulanzleiters beschränkt sich auf die in seiner 11jährigen Ambulanztätigkeit gesammelten Erfahrungen mit der Allgemeinpsychiatrie. Die Sozialarbeiterin verfügt über keinerlei allgemein-psychiatrische Erfahrung, der Diplom-Psychologe nur im Rahmen des Studiums (einsemestriges Praktikum mit Abschlussprüfung). Durch Unterricht mit „chronisch kranken Patienten“ (2 Jahre) sammelte der Lehrer allgemein-psychiatrische Erfahrung.

Sonstige Erfahrung: Der Leiter der Ambulanz hat mehrere Jahre in der Gruppentherapie gearbeitet, die Sozialarbeiterin mehrere Jahre im geriatrischen Bereich, im Sozialdienst eines Klinikums sowie im Sozialdienst einer JVA. Über langjährige Erfahrung mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, mehrjährige ehrenamtliche Tätigkeit mit lernbehinderten Erwachsenen verfügt der Diplom Psychologe der Ambulanz. Der Lehrer arbeitete zunächst 5 ½ Jahre als Pflegehelfer, anschließend konnte er 12 Jahre Erfahrungen in der Erwachsenenbildung sammeln. Er unterrichtete zudem 11 Jahre an einer Krankenpflegeschule und Fachschule für Ergotherapie.

Therapeutische Erfahrung: Der Leiter der Ambulanz verfügt durch seine diversen Zusatzausbildungen in verhaltenstherapeutischen Grundlagen, humanistischen Therapieverfahren und Familientherapie, Selbsterfahrung und Fortbildung in analytischer Gruppentherapie über einige therapeutische Erfahrung. Die Sozialarbeiterin verfügt über mehrjährige co-therapeutische Erfahrung in einer psychotherapeutischen Gruppe sowie durch Supervisionen von Einzelbetreuung forensischer

Patienten und die Leitung soziotherapeutischer Gruppen. Zwei Jahre therapeutische Tätigkeit mit Legasthenikern, sechs Jahre Kinder- und Erwachsenenpsychosomatik, Psychotherapie und Psychoonkologie, zwei Jahre Arbeit in eigener psychotherapeutischer Praxis sowie eine abgeschlossene Ausbildung im Katatymen Bilderleben (AGKB) weist der Dipl.-Psychologe an therapeutischer Erfahrung auf. Die Erfahrung des Lehrers beschränkt sich auf therapeutische Freizeitmaßnahmen.

Teamzusammensetzung Essen

Berufliche Qualifikation: Der Diplom Psychologe verfügt über eine psychotherapeutische Weiterbildung (GT & Psychodrama). Die beiden Ärzte sind Fachärzte für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Forensische Psychiatrie (DGPPN) bzw. für Psychiatrie und Psychotherapie.

Bisherige forensische Erfahrung: Der Dipl.-Psychologe war zwölf Jahre in einer Maßregelabteilung tätig. Die forensische Erfahrung der beiden Ärzte beschränkt sich neben der langjährigen Gutachtentätigkeit auf Tätigkeiten im wissenschaftlichen Bereich (Forschung, Seminare, etc.).

Bisherige allgemein-psychiatrische Erfahrung: Der Diplom Psychologe war zwei Jahre Mitarbeiter auf einer allgemeinspsychiatrischen Abteilung. Seit 1986 war einer der Ärzte in der Ausbildung zum Facharzt an der Uni-Klinik, von 1987 bis 1992 arbeitete er zudem nebenberuflich im sozialpsychiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes. Durch ihre 1994 begonnene Facharztausbildung verfügt die Ärztin über ein breites Wissensspektrum allgemein-psychiatrischer Krankheitsbilder, einschließlich Notfälle und Ambulanztätigkeiten.

Sonstige Erfahrung: Der Dipl.-Psychologe war mehrere Jahre als externer Therapeut in der ambulanten Behandlung von Strafgefangenen tätig. Die sonstige Erfahrung der beiden ärztlichen Therapeuten wurde bereits beschrieben, ebenso wie deren therapeutische Erfahrung.

Da für den Bereich der ambulanten Nachsorge, zur Entlassung anstehender forensischer Patienten, bisher keine oder kaum explizite Standards oder Leitlinien existieren – deren Erarbeitung ist ja gerade ein Ziel dieser Arbeit - kann im Rahmen des Aspektes der **Prozessqualität** hier eigentlich keine Aussage gemacht bzgl. deren Kongruenz mit den konkreten Durchführungsmodalitäten bewertet werden. Dennoch sollen einige Punkte genannt werden, die unter Prozessgesichtspunkten wesentlich zum Erfolg der Ambulanztätigkeit beitragen dürften. Zum Einen wäre der Kriseninterventionsplan/Nachsorgeplan der RK Langenfeld zu nennen, der die Mitarbeiter jederzeit in die Lage versetzt, auf etwaige Krisen oder Notfälle des Patienten adäquat, d.h. mit entsprechenden Behandlungsangeboten zu reagieren, ihn notfalls auch kurzfristig wieder aufzunehmen oder Rehabilitationsmaßnahmen zu unterbrechen. Zum Anderen ist durch die Möglichkeit der fortlaufenden evaluativen Begleitung eine bessere Anpassung an den Bedarf bzw. die momentanen Anforderung, die der Patient an die Ambulanz stellt, gegeben.

Die Rückfallrisikominimierung, wie sie bereits in Kapitel 6.4 beschrieben wurde, stellt den Gradmesser für die **Ergebnisqualität** der ambulanten forensischen Nachsorge dar und kann mit etwa

12 % Rückfallrate in einem Zeitraum 3 ¼ Jahren nach bedingter Entlassung auch deshalb als vergleichsweise vielversprechend bezeichnet werden, da streng genommen bisher keiner der ambulant betreuten Patienten einschlägig rückfällig wurde. Im Rahmen dieser Evaluationsstudie stellt die Rückfallquote denn auch die einzige Größe dar, an der sich objektiv der Zielerreichungsgrad der ambulanten forensischen Nachsorge messen lässt.

7. Zusammenfassung und Diskussion:

- Mindestanforderungen an eine forensische Rehabilitation und Nachsorge -

Konzepte forensischer Nachsorge existieren bereits seit den 70er Jahren, konnten allerdings erst ein Jahrzehnt später realisiert werden. 1987 wurde in Berlin die erste bundesdeutsche forensisch-psychiatrische Fachambulanz aufgebaut (Warmuth, 1990). Ein Jahr später eröffnete Gießen eine ambulante Nachbetreuungseinheit für die in Hessen untergebrachten Patienten (Müller-Isberner et al. 1993). Die selben Autoren fordern jene Komponenten der Nachsorge aufzuklären, die zu ihrer Wirksamkeit beitragen und so effizient Gewalt von psychisch kranken Straftätern verhindern helfen (Müller-Isberner et al., 1997). Zudem wird betont, dass nach wie vor „empirisch belegte Behandlungsstrategien und Organisationsmodelle“ fehlen (Müller-Isberner et al., 1998).

In Nordrhein-Westfalen sind seit Novellierung des Maßregelvollzugsgesetzes im Juni 1999 (MRVG-NW) die entlassenden Einrichtungen zur Nachsorge forensischer Patienten verpflichtet worden. Durch die letzte Änderung des MRVG-NW (11.06.2002) ist nun auch die Finanzierung durch das Land gesetzlich geregelt worden. Auch wenn das endgültige Konzept voraussichtlich erst im Jahr 2003 vorliegen wird, stellt dies einen enormen Fortschritt in der Behandlung forensischer Patienten dar. Denn gerade dieser Aspekt der vorherigen Novellierung (1999) war vonseiten der Praxis kritisiert worden (Schalast, 2000).

Im Rheinland bestehen zur Zeit drei forensische Nachsorgeambulanzen. Bei den Rheinischen Kliniken Düren kam es bereits 1993 im Anschluss an ein Modellprojekt (Schellbach-Matties et al., 1993, vgl. Knahl, 1997) zur Etablierung einer sog. Mobilen Forensischen Ambulanz. Das dortige Team setzt sich aus einer Sozialarbeiterin, einem Psychologen (halbe Stelle), einem Pädagogen, der sich hauptsächlich um die schulische und berufliche Förderung der Patienten bemüht sowie einem weiteren Pädagogen als Leiter zusammen. Die Mitarbeiter können auf eine seit ca. zehn Jahren kontinuierlich bestehende Ambulanz und die damit gewonnenen Erfahrungen zurückgreifen.

Die Ambulanz des Institutes für Forensische Psychiatrie in Essen wurde 1995 eingerichtet als erster (kleiner) Schritt, der „forensischen Einöde“ im Ballungszentrum Ruhrgebiet zu begegnen. Sie besteht aktuell aus einem Psychologen und zwei Ärzten, wobei gleichfalls eine hohe Therapeutenkonstanz gewährleistet ist. Die Möglichkeit stationärer Behandlung vor Ort besteht nur bei den

Patienten, die im unmittelbaren Einzugsbereich der Rheinischen Klinik Essen (Klinik für Allgemeinpsychiatrie) wohnen. Es werden vor allem beurlaubte und (bedingt) entlassene forensische Patienten, vereinzelt auch schuldfähige Straftäter ambulant therapeutisch behandelt.

In den Rheinischen Kliniken Langenfeld wurde im November 1998 mit dem Aufbau einer forensischen Rehabilitationsstation und Nachsorgeambulanz begonnen. Durch diese konzeptionelle Verbindung wird angestrebt, die Entlassungsvorbereitungen sowie die Nachsorge systematischer und besser koordiniert zu handhaben (Bode, 1999). Das von ihm als Pädagogen geleitete Rehabilitations- und Ambulanzteam besteht aus sechs Pflegekräften, einer Sozialarbeiterin sowie einer Ärztin, die halbtags angestellt ist. Im Dezember 1999 erhielt die Klinik einen Zuwendungsbescheid des Ministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit NRW für die forensische Rehabilitationsstation und Ambulanz. Die vom Landschaftsverband Rheinland unterstützte wissenschaftliche Begleitung des Projektes sowie darüber hinaus auch die wissenschaftliche Aufarbeitung der ambulanten Betreuung im Rahmen des Maßregelvollzugs im Rheinland erfolgt durch das Institut für Forensische Psychiatrie der Universitätskliniken -/Rheinischen Kliniken Essen.

Die hier untersuchte Stichprobe entspricht hinsichtlich sozialanamnestischer Daten, Delikt- und Diagnoseverteilung, Verweildauer etc. (s. Tab. 3.7) weitgehend den Patienten, die derzeit aus dem Maßregelvollzug gemäß § 63 StGB entlassen werden (Seifert et al., 2001a). Gut die Hälfte der Patienten wird nur „scheinbar“ in die Freiheit entlassen, da sie in komplementären Einrichtungen untergebracht werden. Nur etwa ein Drittel der Patienten geht nach der Entlassung in die eigene Wohnung oder zurück in die familiäre Umgebung. Mehr als doppelt so viele Patienten verdienen ihren Lebensunterhalt nach der Unterbringung im Vergleich zu vorher selbst.

Nach der klinischen Verlaufseinschätzung der Therapeuten habe die Behandlung im MRV v.a. Folgendes bewirkt: Bei sämtlichen Patienten sei die Aggressionskontrolle und Introspektionsfähigkeit deutlich gestiegen. Des Weiteren seien sie nun besser in der Lage, sich selbstkritisch mit ihrem Delikt und evtl. vorliegenden Suchtproblematiken auseinander zu setzen, obgleich die Therapeuten bei gut der Hälfte der Patienten Deliktrückfälle in Konfliktsituationen erwarteten (vgl. Kap 3.2).

Der vergleichsweise niedrige Anteil an Deliktrückfällen (11 %) bei einer „time at risk Phase“ von im Mittel 4,5 Jahren kann durchaus als Beleg für die Effizienz forensischer Nachsorge interpretiert werden. Leygraf (1998) kam in seinem Übersichtsartikel auf Rückfallzahlen zwischen 19 und 47% und auch neuere Untersuchungen wie die von Jokusch & Keller (2001) berichten in der Gruppe „gefährlicher, aggressiver und sexueller Rückfalldelikte“ mit 10 % bzw. 40 % genereller Rückfälligkeit“ nach fünfjähriger Katamnese ähnliche Rückfallzahlen. Aus methodischer Sicht ist das Fehlen einer Kontrollgruppe zu berücksichtigen. Über diese Problematik auch im Hinblick auf die

Berechnung bzw. Einschätzung der Effektstärken von Wiedereingliederungsprogrammen hat bereits Wiederanders (1997) hingewiesen. Dieser kam bei der vergleichenden Betrachtung der Nachsorge bedingt entlassener Patienten in drei US-Staaten zu dem Ergebnis, dass u.a. häufige Rückverlegungen als Ursache für die geringere Anzahl erneuter Delinquenz verantwortlich zu machen sei. Dieses Ergebnis kann durch die vorliegende Untersuchung bestätigt werden. Der geringen Rückfallrate bei den beurlaubten und entlassenen Patienten stehen etwa 50 % zumindest zeitweilige Unterbrechungen der Rehabilitationsmaßnahmen gegenüber.

Die Ergebnisse der Interviews mit den Mitarbeitern komplementärer Einrichtungen bestätigen die Erfahrungen in Niedersachsen, nach denen es für die entlassenen Maßregelvollzugspatienten „nicht speziell ausgerichteter, abgesonderter Versorgungseinrichtungen bedarf“ (Pozár, 2001, S. 88). Im Vergleich zu der Situation Mitte der 90er Jahre scheint die Bereitschaft komplementärer Einrichtungen, forensische Patienten aufzunehmen, deutlich gewachsen zu sein (vgl. Dönisch-Seidel, 1996). Ursächlich hierfür ist ein Umdenken der freien Träger wie beispielsweise der Diakonie Rheinland. Der vor 2 Jahren gegründete Arbeitskreis „Diakonie und Forensik“ mit begleitenden Fortbildungsangeboten für Mitarbeiter komplementärer Einrichtungen hat den Weg dahin gebahnt. An eine Aufnahme eines forensischen Patienten sind jedoch seitens der komplementären Einrichtungen explizite Forderungen geknüpft. Neben dem Wunsch nach Fortbildung nannten sie insbesondere unbedingte Offenheit und Transparenz bei der Vorbereitung der Entlassung als entscheidenden Punkt für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit. Zudem wurde es als unverzichtbar angesehen, bei akuten Krisen des Patienten eine unbürokratische Rücknahme in die Klinik zu gewährleisten. Auf der anderen Seite sollte sich aber auch die Ambulanz zuvor über das Konzept der komplementären Einrichtung erkundigen, um realistisch die dortigen Möglichkeiten für den jeweiligen Patienten einschätzen zu können.

Kein ernster Zweifel besteht darin, dass für eine effektive Nachsorge sog. Helferkonferenzen benötigt werden, in denen ein regelmäßiger Informationsaustausch mit gemeinsamer Therapieplanung für den entlassenen Patienten stattfinden sollte. Allein mit der Präsenz vieler Beteiligter bei derartigen Zusammentreffen ist es allerdings kaum getan. Unbedingte Voraussetzung ist ein gewisses Basiswissen, um mögliche Veränderungen bei Probanden bzgl. der legalprognostischen Relevanz wahrzunehmen und entsprechend einzuschätzen. Dies entspricht weitgehend den Vorstellungen der Mitarbeiter komplementärer Einrichtungen und der Bewährungshilfe von effektiver Nachsorge.

Grundsätzlich herrscht Einigkeit darüber, dass die Bewährungshilfe allein keine ausreichende und angemessene Betreuung psychisch kranker Straftäter nach deren Entlassung aus dem MRV anbieten kann. Allein der durchschnittliche Betreuungsschlüssel eines Bewährungshelfers von ca. 1: 60-80 Probanden steht dem nachvollziehbar entgegen. Das Anliegen der Bewährungshelfer, in die Konzeption der forensischen Nachsorge eingebettet, ohne überfordert zu werden, deutet ebenso

darauf hin. Auch die Praxis der Dr. Henri van der Hoeven Kliniek in Utrecht (NL) berücksichtigt die potentielle Überforderung der Bewährungshilfe, die aufgrund anderer Arbeitsschwerpunkte eine „derartig intensive Betreuung nicht bieten“ könne (Kröger & Niemantsverdriet, 2000).

In Kobers (1993) Artikel „Wer hilft der Bewährungshilfe?“ wird das mangelnde Engagement von Kriminologen und Psychotherapeuten in der Zusammenarbeit mit den Bewährungshelfern „als bedauerlich“ bezeichnet, gilt es doch, eine Aufgabe gemeinsam zu meistern, der „die Sozialpädagogik allein auf Dauer nicht gewachsen sein kann“. Daher ist dem nun geäußerten Wunsch nach Fortbildung und *frühzeitiger* und enger Zusammenarbeit mit der forensischen Ambulanz unbedingt Rechnung zu tragen. Obgleich aus der Logik der Bewährungshilfe gemäß §§ 16, 17 BewHG¹⁸ sowie § 68a StGB folgt, dass der Bewährungshelfer erst zum Zeitpunkt der (bedingten) Entlassung die Arbeit aufnehmen kann, sollte die Zusammenarbeit auf freiwilliger Basis früher angestrebt werden, wenn klar ist in welchen Gerichtsbezirk der Patient entlassen wird und welche Dienststelle nach der (bedingten) Entlassung zuständig sein wird. Die forensische Ambulanz sollte zudem Hilfestellung zur Gefährlichkeitseinschätzung anbieten. Die Bewährungshelfer wollen explizit wissen, worauf sie im Einzelnen bei diesem oder jenem Patienten achten sollen, welche Verhaltensweisen es als mögliche Warnsignale einer Rückfälligkeit zu beachten gilt. Sie weisen ferner darauf hin, dass die Bündelungsfunktion der Wiedereingliederungsphase bei der Forensischen Ambulanz liegen sollte. Sie selbst fühlen sich mit einer solchen Aufgabe überfordert.

In den Helferkonferenzen sollte die Rolle des Bewährungshelfers – sowie selbstredend sämtlicher an der Nachsorge beteiligten Personen mit entsprechender Aufgabenverteilung - klar definiert werden. Das therapeutische Vorgehen ist abzusprechen, da u.a. der Bewährungshelfer „die Motivation zur psychotherapeutischen Behandlung“ fördert (Grabner-Tesar & Laimer, 1998). Das Institut der Bewährungshilfe stellt demnach einen wichtigen Baustein innerhalb der Nachsorge dar, der sich keinesfalls auf den Aspekt der Kontrolle beschränkt. Der Wiedereingliederungs-gedanke sollte im Vordergrund stehen, ohne dass die kontrollierende Funktion in Vergessenheit gerät, wie sich dies vereinzelt in einer kürzlich erschienenen Analyse von Bewährungshelfer-berichten über entlassene forensische Patienten herausgestellt hat (Seifert et al., 2001a).

Die Mitarbeiter der forensischen Ambulanzen haben die Wichtigkeit der differentiellen Anforderungen verschiedener Diagnosegruppen dokumentiert (Kap. 6.2) und inhaltlich spezifiziert (Kap. 6.3), zu deren Umsetzung sie unter Qualitätssicherungsaspekten (Kap. 6.9) qualifiziert sind. Obwohl sich keine Unterschiede hinsichtlich des zeitlichen Aufwandes bezüglich der unterschiedlichen Diagnosegruppen nachweisen ließen, ist die Arbeit qualitativ doch sehr unterschiedlich. Hier besteht jedoch schon aufgrund der niedrigen Fallzahl noch weiterer Forschungsbedarf.

¹⁸ Bewährungshilfegesetz

Es kann heute als gesichert gelten, dass gerade bei Patienten des Maßregelvollzugs die Rückfallgefährdung von der „Struktur des Umfeldes nach der Entlassung“, „insbesondere von der Sicherstellung weiterer Betreuungsmöglichkeiten“ abhängt (Leygraf, 2000). So gehöre zur aktiven günstigen Beeinflussung der Prognose „neben der Vermittlung individuell adäquater Wohn- und Arbeitsmöglichkeiten vor allem eine notwendige ambulante Fortsetzung der Therapie“. Anders als in der forensischen Klinik wird die Verantwortung der Nachsorge auf mehrere Institutionen verteilt. Für eine erfolgreiche Integration mit dem Ziel, erneute Straftaten zu verhindern, bedarf es daher einer engen Zusammenarbeit zwischen Patient, Heimmitarbeiter, Bewährungshelfer, Ambulanz/Therapeut und ggf. Betreuer. Die Beteiligten sollten möglichst auf einem gleichen Informationsstand sein. Mangelhafter Informationsfluss birgt die Gefahr diverser Fehler. Regelmäßige Supervision als auch Fortbildung sind daher nicht nur von den Beteiligten als unabdingbarer Bestandteil der Zusammenarbeit mit forensischen Ambulanzen nachvollziehbar gefordert worden, sondern werden auch in der internationalen Literatur (Lindqvist und Skipworth, 2000) als ein entscheidender Faktor für eine gelungene Wiedereingliederung des Patienten betrachtet. Letztlich geht es darum, dass man sozusagen „eine gemeinsame Sprache“ spricht, hierfür ist ein spezielles Grundwissen über forensische Psychiatrie und Psychologie unverzichtbar.

Dass durch die Erfahrung einer engen Kooperation tatsächlich effektive Resozialisierung gelingen kann, zeigen nicht nur Ergebnisse in Nordrhein-Westfalen, sondern auch in Niedersachsen (Pozsár, 2001). Aus der Untersuchung von insgesamt 50 Patienten der forensischen Ambulanz des niedersächsischen Landeskrankenhauses Göttingen wird als Resümee abgeleitet, „dass ein gut ausgestattetes psychiatrisches Wohnheim prinzipiell in der Lage ist, ehemalige Maßregelpatienten suffizient zu betreuen“ (ebd., S. 88). Dies ist durchaus als Signal **gegen** „Forensikheime“ und **für** die Verantwortungsübernahme allgemein-psychiatrischer Einrichtungen zu verstehen.

Anhand der bisherigen Erkenntnisse lässt sich nicht mit Sicherheit behaupten, ob eine „funktionierende“ forensische Ambulanz **realiter** eine Auswirkung auf die Verweildauer im Maßregelvollzug hat. Die hier untersuchte Stichprobe war im Mittel mit 5,7 Jahre nahezu gleichlang untergebracht wie diejenigen Probanden der Multicenterstudie in Deutschland (6,2 Jahre; Seifert et al., 2001). Die Differenz von ½ Jahr minimiert sich, wenn man diejenigen Probanden extrahiert, die mehrere Jahrzehnte in forensischen Kliniken verweilten (Der Median unserer Stichprobe liegt mit 5,5 Jahren sogar höher als der der Multicenterstudie – 4,7 Jahre). Die für die Verweildauer wirksamen Einflussgrößen sind offensichtlich vielfacher Art und werden nicht zuletzt durch die „politische Großwetterlage“ in bedeutsamer Weise mitbestimmt.

Die Auswirkungen der ambulanten Versorgung auf die Verweildauer im Maßregelvollzug (Untersuchungszielpunkt 1) und auf die Rückfallgefahr (Untersuchungszielpunkt 4) können in Anbetracht statistischer Möglichkeiten sicher nicht monokausal im Sinne einer Verkürzung bzw. Verrin-

gerung verifiziert werden (vgl. Kröger & Niemantsverdriet, 2000). Kröber (2001) verweist nichtsdestotrotz auf die Tatsache, dass sich die Verweildauer von Maßregelvollzugspatienten in Hessen evtl. aufgrund der seit über zehn Jahren gut funktionierenden Ambulanz (Freese, im Druck) - im Gegensatz zum bundesweiten Anstieg der Verweildauer – zumindest nicht erhöht hat. Ob die von Hodgins (2001) derzeit durchgeführte internationale Langzeitstudie („Multicentric After Care Study“) zur weiteren Klärung beitragen kann, bleibt abzuwarten.

Als **Fazit** bleibt also Folgendes festzuhalten:

1. Forensische Nachsorge zur Gewährleistung kontinuierlicher Behandlung während und nach sensiblen Phasen wie Beendigung der stationären Unterbringung und Ende der FA hat sich als wichtiger Eckpfeiler in der erfolgreichen Rehabilitation zur Entlassung anstehender forensischer Patienten erwiesen. Dies zeigt sich u.a. in den relativ niedrigen Rückfallraten.
2. Es kommt bei der erfolgreichen Ambulanztätigkeit nicht auf die Profession der einzelnen Mitarbeiter, sondern auf deren Professionalität an, d.h. sie müssen zum Einen die entsprechende Erfahrung mit der forensischen Klientel mitbringen, insbesondere bei der ständig neuen Überprüfung der Legalprognose und zum Anderen für diese mit besonderer Verantwortung verbundene Aufgabe motiviert sein. Ambulanzen können therapeutisch unterschiedlich konzipiert sein. Sie können mit oder ohne Rehabilitationsstation arbeiten und brauchen nicht unbedingt die direkte Klinikanbindung, obgleich eine Kooperation mit psychiatrischen Kliniken in der Umgebung zur Krisenintervention/-aufnahme unabdingbar ist.
3. Für den gesamten Tätigkeitsbereich der forensischen Fachambulanzen ist ein Betreuungsschlüssel von insgesamt 1:12 für das akademische Personal zugrunde zu legen, wie wir ihn aus den Daten von Langenfeld, Düren und Essen berechnet haben. Der in Anlehnung an die Erfahrungen von Freese in Haina ausschließlich für die Nachsorge bedingt entlassener Patienten angestrebte Betreuungsschlüssel von 1:18 für das akademische Personal, welcher einer Bezahlung von etwa 10 Euro pro Tag entspricht, stimmt in etwa mit unseren und den Vorstellungen des Landesbeauftragten für den MRV in NRW überein.
4. Die Frage der Legalprognose muss immer wieder neu gestellt werden.
5. Vernetzung aller am Reintegrationsprozess beteiligter Helfer in sog. Helferrunden sind für einen schnellen Informationsaustausch notwendig.
6. Die Kooperation v.a. mit den komplementären Einrichtungen aber auch den StVK's, der Bewährungshilfe und den FA-Stellen sollte von Offenheit und Transparenz geleitet sein.
7. Garantie der unbürokratischen Rücknahme des Patienten (auch nachts und am Wochenende)
8. Die Ambulanzmitarbeiter sollten durch gezielte forensisch-psychiatrische Fort- und Weiterbildung sowie Praktika und Hospitationen in die Lage versetzt werden die Nachsorge effizient sowie bedarfs- und ressourcengerecht managen zu können.

9. Supervision muss Standard werden
10. Im Sinne eines Notfallplanes sollten vom ambulanten Behandler mit dem Patienten die folgenden Fragen besprochen sein (vgl. auch Kap. 4.1.2.3):
 - Wo kann ich mich hinwenden? Wann ist was möglich?
 - Wer ist Ansprechpartner? Wie mache ich es?“ (Hocke & Schmidtke, 1999, S. 79)
11. Eine wissenschaftliche Begleitforschung sollte u.a. Fragen der differentiellen Wirksamkeit therapeutischer Maßnahmen klären.

Klar ist, dass die forensischen Spezialambulanzen als Vermittler zwischen den entlassenen Patienten, der Klinik und sonstigen psychiatrischen ambulanten Einrichtungen angesehen werden können. Wie lange sie federführend bei der Wiedereingliederung des einzelnen Patienten tätig sein soll, hängt vom jeweiligen Patienten und der Struktur der Ambulanz ab und kann demnach sehr unterschiedlich sein. Daher kann diese Frage nicht in Form einer Richtlinie eindeutig beantwortet werden. Hier kommt es auf die Kompetenz zur richtigen Einschätzung der jeweiligen Ambulanz im Einzelfall an.

Die oben angeführten Aspekte stellen Mindestanforderungen für eine qualitative Nachsorge dar, die sich selbst zum Ziel setzt, ein Scheitern der Wiedereingliederung und somit erneute Straftaten (weitgehend) zu verhindern. Nur unter Einhaltung solcher Forderungen wird sich die Bereitschaft komplementärer Einrichtungen – zur Übernahme von Verantwortung dieser Klientel und letztlich der Allgemeinheit gegenüber – verbessern lassen.

Ausblick:

Ein Ausbau qualifizierter ambulanter Einrichtungen könnte die Möglichkeit erhöhen, eine Maßregel bereits bei ihrer Anordnung häufiger auszusetzen, ohne dass ein vermehrtes Risiko für die Allgemeinbevölkerung entstehen würde. Denn gerade der letzte Punkt ist unabdingbar für eine Akzeptanz in der jeweiligen Umgebung. Ob die Maßregel primär zur Bewährung ausgesetzt wird oder eine frühzeitige bedingte Entlassung aus der Maßregel erfolgt, hängt u.a. aber auch von einer funktionierenden Zusammenarbeit mit den zuständigen Strafvollstreckungskammern ab, die i.d.R. gut (vgl. Haina, Düren, Reichenau (Busam & Hoffmann, 2002)), vielerorts aber noch unzureichend etabliert ist. Unter Kostengesichtspunkten hat sich gezeigt, dass man es sich in Zukunft gar nicht leisten können, auf ambulante Nachsorge zu verzichten, da diese eher Kosten einspart als zusätzliche zu verursachen (vgl. Kap. 6.5). Dies gilt umso mehr, da Deutschland innerhalb Europas, zumindest was das ambulante Versorgungsnetz von Sexualstraftätern angeht, nur zum Mittelmaß gehört (Frenken, 2002).

Derzeit noch ungeklärt ist die Dauer der ambulant therapeutischen Begleitung. Nach den Plänen der Landesregierung soll sich die Finanzierung auf den Zeitraum der FA beziehen, also fünf Jahre. Das Ende der FA hat sich jedoch als weitere sensible Phase in der Wiedereingliederung herausge-

stellt in der mit einer relativ höheren Rückfallrate gerechnet werden muss - insbesondere auch bei schizophrenen Patienten, die ankündigen nach Ablauf der FA die notwendige medikamentöse Prophylaxe absetzen zu wollen. Es spricht also einiges dafür in manchen Fällen den Patienten auf freiwilliger Basis über diese 5-Jahresfrist hinaus weiter zu begleiten.

Des Weiteren scheint es notwendig den Nachsorgebedarf, je nach Region landesweit und flächen-deckend zu ermitteln, um entsprechende strukturelle Maßnahmen einleiten zu können.

Die frühzeitige Einbindung der Bewährungshelfer sollte gesetzlich geregelt werden, da der rechtzeitige und notwendige Informationsaustausch andernfalls wie bisher nur auf freiwilliger Basis stattfinden kann.

Die realistische Umsetzung dieser Pläne wird auch davon abhängen, in wieweit man niedergelassene Psychotherapeuten für die Arbeit mit (ehemaligen) forensischen Patienten gewinnen werden kann. Bislang ist das Interesse dort als gering einzustufen (Ortlieb in Druck).

Literaturverzeichnis

- Bargfrede, H. (1999). *Enthospitalisierung forensisch-psychiatrischer Langzeitpatienten*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Bargfrede, H., Horstbrink, H., & Leber, C. (1995). Enthospitalisierung gem. § 63 StGB langzeituntergebrachter Patienten im Westfälischen Zentrum für Forensische Psychiatrie. *Recht & Psychiatrie*, 13, 55-62.
- Berger, H. (1996). Die Basisdokumentation als Instrument der Qualitätssicherung. In Landeswohlfahrtsverband Hessen (Hrsg.). *Qualitätssicherung im psychiatrischen Krankenhaus* (S. 141-152). Kassel: Grunewald.
- Bewährungshilfe (Vorstand der ADB e. V.) (1998). *Arbeit mit Sexualstraftätern in der Bewährungshilfe*. www.bewaehrungshilfe.de/Themen_9.html
- Bewährungshilfe. *Fragebogenaktion: „Arbeit mit Sexualstraftätern im Rahmen der Bewährungshilfe“*. www.bewaehrungshilfe.de/Themen_17.html
- Bischof, H. L. (1987). Zum weiteren Verbleib strafrechtlich Untergebrachter im psychiatrischen Krankenhaus nach Aussetzung des Maßregelvollzugs. *Forensia*, 8, 103-112.
- Bloom, J. D., Williams, M. H., Bigelow, D. A. (1991). Monitored Conditional Release of Persons Found Not Guilty by Reason of Insanity. *American Journal of Psychiatry*, 148, 444-448.
- Bode, G. (1999). Konzept einer Forensischen Nachsorgeambulanz für Patienten im Maßregelvollzug gem. § 63 StGB in Verbindung mit einer forensischen Rehabilitationsstation. Langenfeld: Unveröff. Manuskript.
- Bode, G. (2000). Vortrag auf der Tagung „Neuere Forschungsergebnisse im Rheinland“ gehalten am 06.06.2000 in Solingen.
- Böllinger, L. (1995). Ambulante Psychotherapie mit im Maßregelvollzug untergebrachten Sexualstraftätern. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 8, 199-221.
- Bolten, S., Hufnagel, S., Möller-Mussavi, S., & Seifert, D. (in Druck). Kann ohne Nachsorge die Legalprognose „sicher“ sein? (Vortrag gehalten auf der 17. Eickelborner Fachtagung zu Fragen der Forensischen Psychiatrie am 7. März 2002.) Dortmund: Psychologen Verlag.
- Buchanan, A., & David, A. (1994). Editorial: Compliance and the reduction of dangerousness. *Journal of Mental Health*, 3, 427-429.
- Busam, G., Hoffmann, K. (2002). Die Zusammenarbeit zwischen Maßregelvollzug und Staatsanwaltschaft am Beispiel der Abteilung Forensische Psychiatrie und Psychotherapie im Zentrum für Psychiatrie Reichenau und der Staatsanwaltschaft Konstanz. *Recht und Psychiatrie*, 20, 51 –54.
- BverfG, Urteil v. 12.12.1991 – 2 BvL 8/89 - §§ 10 JVKostO, 29 Abs. 2 BremMVollzG: Vollzugskostenbeitrag der Maßregelpatienten. *Recht & Psychiatrie*, 1992, 10, 37-38.

- Dönisch-Seidel, U. (1996). Möglichkeiten und Grenzen der ambulanten Behandlung von Sexualstraftätern. *Werkstattsschrift Forensische Psychiatrie und Psychotherapie*, 3, 65-76.
- Ernst & Young GmbH (1996). *Untersuchung des Maßregelvollzugs in Nordrhein-Westfalen*. Band I, Band II.
- Freese, R. (1998). Psychotherapie bei Minderbegabten im therapeutischen Maßregelvollzug. In E. Wagner, & W. Werdenich (Hrsg.). *Forensische Psychotherapie* (S. 210-225). Wien: Facultas.
- Freese, R. (in Vorb.). Die Entwicklung der Hessischen 63er-MRV-Ambulanz – Ein Modell auch für den Hessischen Strafvollzug? Unveröffentlichtes Manuskript.
- Frenken, J. (2002). New European Trends in Sexual Offender Management. In R. Eher & F. Pfaefflin (Eds.). *Sexual Violence and Sexual Abuse: From Understanding to Protection and Prevention – 7th Conference of the International Association for the Treatment of Sexual Offenders Vienna*. *Forensische Psychiatrie und Psychotherapie, Suppl. 2002*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Gaebel, W. (1995b). Qualitätssicherung in der Psychiatrie. *Nervenarzt*, 66, 481 – 493.
- Gonzales Cabeza, S. (1998). Kriminalprävention durch ambulante Kriminaltherapie. In R. Müller-Isberner & S. Gonzales Cabeza (Hrsg.). *Forensische Psychiatrie – Schuldfähigkeit, Kriminaltherapie, Kriminalprognose*. Gießener Kriminalwissenschaftliche Schriften (Bd. 9) (123-135). Mönchengladbach: Forum Verlag Godesberg.
- Grabner-Tesar, E., & Laimer, I. (1998). Bewährungshilfe und forensische Psychotherapie. In E. Wagner, & W. Werdenich (Hrsg.). *Forensische Psychotherapie* (S. 295-310). Wien: Facultas.
- Hocke, V., & Schmidtke, A. (1999). Konzept zur Vernetzung stationärer und ambulanter Verhaltenstherapie bei Persönlichkeitsstörungen. In T. Giernalczyk (Hrsg.). *Zur Therapie von Persönlichkeitsstörungen* (S. 77-83). Tübingen: DGVT.
- Hodgins, S.. (2001) International Forensic Psychiatric Aftercare Study. www.psych-haina.de/kffp/html/after_care.html
- Jockusch, U., Keller, F. (2001). Praxis des Maßregelvollzugs nach § 63 StGB Unterbringungsdauer und strafrechtliche Rückfälligkeit. Ergebnisse einer Fünf-Jahres-Katamnese aus dem Zentrum für Psychiatrie Weissenau. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform*, 84, 453 – 465.
- Knahl, A. (1997). *Nachsorge für forensisch-psychiatrische Patienten: Synopse der Modellerprobungen des BMG*. Baden-Baden: Nomos Verl.-Ges..(Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit; Bd. 82)
- Knecht, G., & Banzer, K. (1998). Ambulante oder teilstationäre Therapieangebote für forensische Patienten. In E. Wagner, & W. Werdenich (Hrsg.). *Forensische Psychotherapie* (S. 281-294). Wien: Facultas.

- Kober, E.-M. (1993). Wer hilft der Bewährungshilfe? Über die Zurückhaltung von Wissenschaft und Psychotherapie. In N. Leygraf, R. Volbert, H. Horstkotte, & S. Fried (Hrsg.). *Die Sprache des Verbrechens: Wege zu einer klinischen Kriminologie* (S. 227-232). Stuttgart: Kohlhammer.
- Krischker, S., Fleischmann, H., & Cording, C. (1998). Basisdokumentation in der Psychiatrie. In A. Laireiter & H. Vogel (Hrsg.). *Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung* (S. 401-420). Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Kröber, H.-L. (2001). Gutachten: *Psychiatrische Versorgung und Maßregelvollzug in Hessen. Teil II: Maßregelvollzug*.
- Kröger, U., & Niemantsverdriet, J. (2000). Neue Wege der Resozialisierung: Kurze Verweildauer – lange Nachsorge. *Werkstattsschrift Forensische Psychiatrie und Psychotherapie*, 2, 117-134.
- Kudling, R. (2002) Legalbewährung bzw. erneute Straffälligkeit nach Unterbringung im psychiatrischen Maßregelvollzug (§ 63 StGB). Universität Essen: Medizinische Dissertation.
- Kunze, H., Kaltenbach, L. (1990). *Psychiatrie Personalverordnung. Textausgabe mit Materialien und Erläuterungen für die Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Landtag Nordrhein-Westfalen (2000). *Schlußbericht des Parlamentarischen Untersuchungsausschusses zu dem Auftrag des Landtags Nordrhein-Westfalen vom 29. Mai 1998 betreffend den Maßregelvollzug in Nordrhein-Westfalen*.
- Leygraf, N. (2000). Begutachtung der Prognose im Maßregelvollzug. In U. Venzlaff & K. Foerster (Hrsg.). *Psychiatrische Begutachtung* (S. 349-358). München: Urban & Fischer.
- Leygraf, N. (1998). Wirksamkeit des psychiatrischen Maßregelvollzugs. In H. J. Kröber, & K. P. Dahle (Hrsg.). *Sexualstraftaten und Gewaltdelinquenz* (S. 175-184). Heidelberg: Wissenschaft und Praxis.
- Leygraf, N., & Windgassen, K. (1988). Betreuung oder Überwachung: Was benötigen entlassene Patienten des psychiatrischen Maßregelvollzugs? *Bewährungshilfe*, 3, 341-351.
- Lindqvist, P., & Skipworth, J. (2000). Evidence-based rehabilitation in forensic psychiatry. *The British Journal of Psychiatry*, 176, 320-323.
- Lüder, K. (2002). Die Finanzierung der ambulanten MRV-Nachsorge. Vortrag gehalten bei dem Seminar: Nachsorge beurlaubter oder entlassener Maßregelvollzugs-Patienten in gemeindepsychiatrischen Einrichtungen (SPZ). RIPS: Solingen.
- Macke, K., & Schendler, J. (1998). Zur Konzeption einer Behandlung und Betreuung von Sexualstraftätern in der Bewährungshilfe. *Bewährungshilfe*, 3, 288-291.
- Maelicke, B. (1997). Sparen als Chance? Zur Notwendigkeit der Qualitätsdiskussion in der Kriminalpolitik. *Kriminalpädagogische Praxis*, 25, 46-50.
- Manley, J. & Leiper, R. (1999). Therapeutic commitment and role security in work with men with violence-related problems: An investigation and test of a model. *British Journal of Medical Psychology*, 72, 371-384.

- Müller-Isberner, R., Lomb, J., März, S., & Tansinna, A. (1993). Ambulante Kriminaltherapie. *Bewährungshilfe*, 2, 176-185.
- Müller-Isberner, R., Rohdich, R., & Cabeza, S. G. (1997). Zur Effizienz ambulanter Kriminaltherapie. *Bewährungshilfe*, 3, 272-285.
- Müller-Isberner, R. (2000). *Ökonomische Aspekte ambulanter Kriminaltherapie*. Vortrag auf der 15. Forensischen Herbsttagung, München, 12. – 14.10.2000. www.psych-haina.de/kffp/html/oekonomisch.html
- Nöcker, S. (2002). Die Kooperationsvereinbarung zur MRV-Nachsorge in Hessen. Vortrag gehalten bei dem Seminar: Nachsorge beurlaubter oder entlassener Maßregelvollzugs-Patienten in gemeindepsychiatrischen Einrichtungen (SPZ). RIPS: Solingen.
- Nowara, S. (1992). Bemerkungen zum ambulanten Behandlungskonzept im Maßregelvollzug. *Recht & Psychiatrie*, 10, 26-31.
- Ortlieb, M. (in Druck). (Vortrag gehalten auf der 17. Eickelborner Fachtagung zu Fragen der Forensischen Psychiatrie am 7. März 2002.) Dortmund: Psychologen Verlag.
- Pierschke, R., & Hufnagel, S. (2001). *Zwischenbericht für das Jahr 2000 über die Evaluation des Projektes „Forensische Ambulanz der Rheinischen Kliniken Langenfeld“*. Unveröff. Manuskript. Institut für Forensische Psychiatrie, Essen.
- Pogadl-Bakan, K., & Krauss, M. (1995). Ambulante Psychiatrie zwischen Hilfe und Kontrolle. Kontrollfunktionen in der sozialpsychiatrischen Arbeit. *Sozialpsychiatrische Informationen*, 2, 31-34.
- Pozár, C. (2001) Nach der Maßregelbehandlung gemäß § 63 StGB – Praxis der ambulanten und stationären Nachsorge. *Recht & Psychiatrie*, 19, 82-88.
- Rasch, W. (1989). Situation und Perspektiven des Maßregelvollzugs in der Bundesrepublik Deutschland. *Sozialpsychiatrische Informationen*, 4, 8-15.
- Rauchfleisch, U. (1993). Die ambulante Behandlung von Straffälligen. Eine Herausforderung für den Psychotherapeuten. In N. Leygraf, R. Volbert, H. Horstkotte, & S. Fried (Hrsg.). *Die Sprache des Verbrechens: Wege zu einer klinischen Kriminologie* (S.284-289). Stuttgart:Kohlhammer.
- Rode, I. (1995). Ambulante Therapie statt Strafe. In W. de Boor, W. Frisch, & I. Rode (Hrsg.). *Resozialisierung – Utopie oder Chance*. Köln: Wienand (Schriftenreihe des Instituts für Konfliktforschung, Heft 16).
- Schalast, N. (2000). Anmerkungen zur Novellierung des nordrhein-westfälischen Maßregelvollzugsgesetzes. *Recht & Psychiatrie*, 18, 16-20.
- Schellbach-Matties, R., Pelzer, W., Schmidt-Quernheim, F., Hourtz, M., Tax-Schoppenhorst, T., & Schleef, D. (1993). *Modellverbund „Psychiatrie“: Ambulante psychiatrische und psychotherapeutisch-psychosomatische Versorgung. Modellprojekt: Erprobung eines neuen Versorgungskonzeptes durch eine mobile forensische Ambulanz*. Baden-Baden: Nomos Verl.-Ges.. (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit; Bd. 50).

- Schmidt-Quernheim, (2002). Ambulanzerfahrungen mit Forensikpatienten in Düren. Vortrag gehalten bei dem Seminar: Nachsorge beurlaubter oder entlassener Maßregelvollzugs-Patienten in gemeindepsychiatrischen Einrichtungen (SPZ). RIPv: Solingen.
- Schmitz, K. (1992). Weitere Bemerkungen zu einem ambulanten Behandlungskonzept im Maßregelvollzug nach § 64 StGB. *Recht & Psychiatrie*, 10, 89-91.
- Schüler-Springorum, H., Berner, W., Cirullies, B., Leygraf, N., Nowara, S., Pfäfflin, F., Schott, M. & Volbert, R. (1996). Gutachten der unabhängigen Expertenkommission: Sexualstraftäter im Maßregelvollzug. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform*, 79, 147-200.
- Seifert, D., Bolten, S., Jahn, K., & Möller-Musavi, S. (2001a). Berichte der Bewährungshilfe. *Bewährungshilfe*, 48, 56-66.
- Seifert, D., Jahn, K., & Bolten, S. (2001b). Zur momentanen Entlassungssituation forensischer Patienten (§ 63 StGB) und zur Problematik der Gefährlichkeitsprognose – Erste Ergebnisse einer prospektiven Langzeitstudie. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 69, 245-255.
- Seifert, D. (1994). *Maßregelvollzug gemäß § 63 StGB in Nordrhein-Westfalen*. Forschungsprojekt im Auftrag des Ministers für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen. Manuskript. Essen.
- Seifert, D., Bolten, S., Möller-Mussavi, S. (in Druck). Gescheiterte Wiedereingliederung nach Behandlung im Maßregelvollzug (§ 63 StGB). *Strafverteidiger*,
- Shapiro, F. (1995). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures*. New York: Plenum Press.
- Steinböck, H. (1999). Veränderungen der forensisch-psychiatrischen Versorgung in Oberbayern. *Recht & Psychiatrie*, 19, 16-27.
- Stockert, T. R., Vogel, B., Wanner, W., & Tussetschläger, B. (1987). Die Behandlung schizophrener Kranker im Maßregelvollzug. *Forensia*, 8, 195-206.
- Warmuth, M. (1993). Ambulante Gruppenpsychotherapie mit frühgestörten Sexualstraftätern. In N. Leygraf, R. Volbert, H. Horstkotte, & S. Fried (Hrsg). *Die Sprache des Verbrechens: Wege zu einer klinischen Kriminologie* (S. 304-310). Stuttgart: Kohlhammer.
- Warmuth, M. (1990) Drei Jahre forensisch-psychiatrische Ambulanz in Berlin-West. Aufbau – Erfahrungen – Konsequenzen. *Recht & Psychiatrie*, 8, 109-120.
- Weber, F. (1995). *Gefährlichkeitsprognose Maßregelvollzug. Entwicklung sowie Reliabilitätsprüfung eines Prognosefragebogens als Grundlage für Hypothesenbildung und langfristige Validierung von Prognosekriterien*. Freiburg: Dissertation.
- Weimer, J. (2000). Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen im Rahmen der Bewährung – Anforderungen aus juristischer Sicht. *Recht & Psychiatrie*, 18, 67-72.
- Wiederanders, M. R., Bromley, D. L. (1997). Forensic conditional release Programs and Outcomes in Three States. *International Journal of Law and Psychiatry*, 20, 249-257.

Anhang

15. **Auffälligkeiten während der Schulzeit (z.B. häufiger Schulwechsel, „Schwänzen“)**
 00 = trifft nicht zu 99 = unbekannt
 01 = trifft zu: _____
16. **Berufsqualifikation (höchster erreichter Abschluss)**
 00 = keine Berufsausbildung 03 = Lehre mit Abschluss (evtl. „Meister“)
 01 = Lehre in Ausbildung 04 = (Fach-) Hochschule mit Abschluss
 02 = (Fach-)Hochschule in Ausbildung 99 = unbekannt
17. **Auffälligkeiten während der Berufsausbildung (z.B. Abbruch einer Lehrausbildung, häufiger Wechsel)**
 00 = trifft nicht zu 99 = unbekannt
 01 = trifft zu: _____

Heimunterbringung:

18. **Heimaufenthalt**
 00 = nein 01 = ja 99 = unbekannt
19. **Alter bei erster Heimaufnahme (in Jahren)**
 00 = trifft nicht zu 99 = unbekannt
20. **Anzahl der Heimunterbringungen in der Adoleszenz**
 00 = trifft nicht zu 99 = unbekannt

B. DIAGNOSE:

21. **Frühere Aufnahme in stationär-psychiatrische Abteilung**
 00 = nein 01 = ja 99 = unbekannt
22. **Alter bei erster Aufnahme (in Jahren)**
 00 = trifft nicht zu 99 = unbekannt
23. **Anzahl Aufnahmen in psychiatrischen Abteilungen**
 00 = trifft nicht zu 99 = unbekannt
24. **Vorwiegende Aufnahmediagnose**
 (lt. Schlüssel Nr. 1) 00 = keine 99 = unbekannt
25. **Derzeitige Diagnose**
 (lt. Schlüssel Nr. 1) 00 = keine 99 = unbekannt

C. DELINQUENZ:

26. **Dissoziale Verhaltensauffälligkeit(en) in der Adoleszenz (z.B. Ladendiebstahl)**
 00 = trifft nicht zu 03 = Sexualdelikte
 01 = Eigentumsdelikte 04 = sonstige Delikte
 02 = Gewaltdelikte 99 = unbekannt
27. **1. dissoziale Verhaltensauffälligkeit im Alter von**
 00 = trifft nicht zu 03 = 18 – 21 Jahre
 01 = < 14 Jahre 04 = > 21 Jahre
 02 = 14 – 17 Jahre 99 = unbekannt
28. **Frühere Verurteilungen**
 00 = nein 01 = ja 99 = unbekannt
29. **Anzahl Verurteilungen**
 00 = trifft nicht zu 99 = unbekannt
30. **Art der Vordelikte**
 (lt. Schlüssel Nr. 2) 00 = trifft nicht zu 99 = unbekannt
31. **Frühere Inhaftierung**

00 = nein 01 = ja 99 = unbekannt

32. 1. Inhaftierung im Alter von _____
 00 = trifft nicht zu 03 = > 21 Jahre
 01 = 14 – 18 Jahre 99 = unbekannt
 02 = 18 – 21 Jahre

33. Gesamtdauer bisheriger Inhaftierungen (in Monaten) _____
 00 = trifft nicht zu 99 = unbekannt

Zum Unterbringungsdelikt:

34. 1. Delikt _____
 (lt. Schlüssel Nr. 2) 99 = unbekannt

35. 2. Delikt _____
 (lt. Schlüssel Nr. 2) 00 = trifft nicht zu 99 = unbekannt

36. Weitere Delikte _____
 00 = nein 01 = ja 99 = unbekannt

37. Schuldunfähigkeit / § 20 StGB _____
 00 = nein 01 = ja 99 = unbekannt

38. Verminderte Schuldfähigkeit / § 21 StGB _____
 00 = nein 01 = ja 99 = unbekannt

39. Anwendung gem. § 3 JGG / § 105 JGG _____
 00 = nein 01 = ja 99 = unbekannt

40. Freiheitsstrafe (Jahre; Monate) _____
 00 = keine 99 = unbekannt

41. Lebenslänglich _____
 00 = nein 01 = ja 99 = unbekannt

42. Alkohol/Drogen/Medikamente zum Tatzeitpunkt _____
 00 = keine Suchtmittel 04 = Alkohol u. Drogen
 01 = Alkohol 05 = andere
 02 = Drogen (Heroin, Halluzinogene, Cannabis, Kokain, Designerdrogen) 99 = unbekannt
 03 = Medikamente (z.B. Schmerzmittel)

43. Wohnsituation vor der Tat _____
 01 = alleinstehend 07 = Übergangswohnheim 13 = JVA
 02 = mit (Ehe-)Partner 08 = Heim (z.B. für Minderbegabte) 14 = § 63 StGB
 03 = mit Angehörigen d. Primärfam. 09 = Allg. psychiatr. Krankenhaus 15 = § 64 StGB
 04 = mit eigenen Kindern 10 = Suchtabteilung 99 = unbekannt
 05 = Tagesklinik bzw. teilstationär 11 = keine geklärte Wohnsituation
 06 = betreute Wohngemeinschaft 12 = sonstige

44. Erwerbstätigkeit vor dem Unterbringungsdelikt _____
 00 = arbeitslos 05 = wechselnde Gelegenheitsarbeiten
 01 = ganz-/halbtägige Beschäftigung 06 = Rentner
 02 = in schulischer/beruflicher Ausbildung 07 = Hausfrau/-mann
 03 = in stationärer Arbeitstherapie o.ä. 08 = sonstige
 04 = in beschützter Werkstatt o.ä. 99 = unbekannt

D. UNTERBRINGUNG

45. Frühere zivilrechtliche Fürsorgemaßnahmen (z.B. Betreuung) _____
 00 = nein 01 = ja 99 = unbekannt

46. Frühere Unterbringung nach Psych.KG _____
 00 = nein 01 = ja 99 = unbekannt

47. Frühere Unterbringung gem. § 63 StGB _____
 00 = nein 01 = ja 99 = unbekannt

48. 1. Unterbringung gem. § 63 StGB im Alter von _____
 00 = trifft nicht zu 99 = unbekannt

49. Anzahl bisheriger Behandlungen gem. § 63 StGB _____
 00 = trifft nicht zu 99 = unbekannt

- 50. Gesamtdauer früherer Unterbringungen gem. § 63 StGB (in Monaten)** _____
 00 = trifft nicht zu 99 = unbekannt
- 51. Aktuelle Unterbringung gem. § 63 StGB seit** _____
 99 = unbekannt
- 52. Rechtsgrundlage der aktuellen Unterbringung** _____
 01 = erstmalige Unterbringung gem. § 63 StGB
 02 = erneute Unterbringung gem. § 63 StGB
 03 = Widerruf nach primärer Aussetzung (§ 67b StGB)
 04 = Widerruf nach bedingter Aussetzung (§ 67g StGB)
 05 = Widerruf nach bedingter Entlassung und erneute Unterbringung gem. § 63 StGB
 06 = andere Rechtsgrundlage
 99 = unbekannt
- 53. Widerrufsgrund nach Aussetzung** _____
 00 = trifft nicht zu 03 = Verstoß gegen gerichtliche Weisungen
 01 = erneute Delinquenz 04 = Alkohol-/Drogen-/Medikamentenmißbrauch
 02 = Krankheitsrezidiv 99 = unbekannt
 05 = anderer: _____
- 54. Aktuelle Stationsart** _____
 00 = kein stationärer Aufenthalt 01 = Rehabilitationsstation
 02 = andere: _____
 99 = unbekannt

Beurlaubung:

- 55. Aktuelle Beurlaubung** _____
 00 = nein 01 = ja
- 56. Datum der Beurlaubung** _____
 00 = trifft nicht zu 99 = unbekannt
- 57. Voraussichtlich verbleibende Beurlaubungsdauer bis zur Entlassung** _____
 00 = trifft nicht zu 99 = unbekannt

Entlassung:

- 58. Entlassung** _____
 00 = nein 01 = ja
- 59. Rechtsgrundlage der Entlassung** _____
 00 = trifft nicht zu
 01 = bedingte Entlassung gem. § 67d Abs. 2 (1) StGB
 02 = Maßregel erledigt erklärt (keine Führungsaufsicht)
 99 = unbekannt
- 60. Datum der bedingten Entlassung** _____
 00 = trifft nicht zu 99 = unbekannt
- 61. Dauer der festgelegten Führungsaufsicht (in Monaten)** _____
 00 = trifft nicht zu 99 = unbekannt
- 62. Dauer der festgelegten Bewährungszeit (in Monaten)** _____
 00 = trifft nicht zu 99 = unbekannt
- 63. Maßregel erledigt erklärt seit** _____
 00 = trifft nicht zu 99 = unbekannt
-

Evaluationsinventar Forensische Ambulanz

- Klinische Verlaufseinschätzung -

Kodierungs-Nr.: _____

Im folgenden finden Sie einige Fragen, die Sie bitte der vorgegebenen Reihenfolge nach beantworten. Jeder Fragebogen bezieht sich auf einen von Ihnen (mit-) betreuten Patienten*. Schreiben Sie bitte keine Namen auf den Fragebogen, weder Ihren noch den des Probanden, damit vollständige Anonymität gewahrt bleibt. Der Fragebogen dient ausschließlich wissenschaftlichen Zwecken.

Bearbeiten Sie den Fragebogen bitte vollständig.

Datum, an dem Sie den Fragebogen bearbeitet haben _____

* Im folgenden ist mit der Bezeichnung Proband sowohl die weibliche als auch der männliche Patient(in) gemeint.

trifft zu trifft nicht zu

unbekannt

Persönlichkeits- bzw. Krankheitsbedingtheit der Tat:

Beim Probanden bestand zur Tatzeit eine

- | | | |
|--|---|---|
| 01. psychotische Erkrankung | 0 | 0 |
| 02. Persönlichkeitsstörung ohne sexuelle Devianz | 0 | 0 |
| 03. Persönlichkeitsstörung mit sexueller Devianz | 0 | 0 |
| 04. intellektuelle Behinderung | 0 | 0 |

Situationsbedingtheit der Tat:

05. Neben der Störung (Erkrankung, Behinderung) war eine spezifische Situation oder Konflikt-Lage (z.B. Ehekrise, berufliche Situation) für das Delikt mitursächlich.

0	0
---	---

06. Wenn ja, bitte nennen: _____

Aktuelle Symptomatik:

07. Derzeit bestehen konkrete diagnostische Anzeichen einer abnormen Persönlichkeitsstruktur.

0	0
---	---

08. In den letzten drei Monaten bestanden Anzeichen wahnhaften oder halluzinatorischen Erlebens.

0	0
---	---

09. Unterbringung oder psychische Störung haben den Probanden nachhaltig verändert (z.B. Antriebsarmut, Verflachung, fehlende Sozialanpassung).

0	0
---	---

10. Der Proband ist aufgrund einer organischen Hirnschädigung nachhaltig in seinen psychischen oder intellektuellen Funktionen verändert.

0	0
---	---

11. Die aktuelle psychische Verfassung entspricht der Diagnose zur Tatzeit.

0	0
---	---

Krankheitseinsicht:

12. Seine psychische Krankheit/Störung/Behinderung schätzt der Proband realistisch ein.

0	0
---	---

13. Nur ankreuzen, wenn Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenproblematik vorhanden ist. Der Proband hat sich selbstkritisch und wiederholt mit seiner Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenproblematik auseinandergesetzt.

0	0
---	---

14. Der Proband sieht einen Zusammenhang zwischen seiner psychischen Krankheit/Störung/Behinderung und der Gefahr künftiger Delikte.

0	0
---	---

Auseinandersetzung mit der Tat:15. Der Proband hat sich mit seinem Unterbringungsdelikt selbstkritisch und wiederholt auseinandergesetzt.

0	0
---	---

16. Der Proband neigt dazu, Delikt oder Tatschwere zu bagatellisieren.

0	0
---	---

trifft zu trifft nicht zu unbekannt

17. Der Proband leugnet die Tat.	0	0		<input type="checkbox"/>
----------------------------------	---	---	--	--------------------------

Therapiemotivation:

18. Die Therapiemotivation ist geleitet durch den Wunsch nach Veränderung der zugrundeliegenden Störung/ Krankheit.	0	0		<input type="checkbox"/>
--	---	---	--	--------------------------

19. Die Therapiemotivation ist überwiegend durch den Wunsch nach Vergünstigungen/Lockerungen geleitet.	0	0		<input type="checkbox"/>
--	---	---	--	--------------------------

20. Der Proband steht therapeutischen Maßnahmen eher skeptisch gegenüber.	0	0		<input type="checkbox"/>
---	---	---	--	--------------------------

21. Der Proband steht therapeutischen Maßnahmen eher ablehnend gegenüber.	0	0		<input type="checkbox"/>
---	---	---	--	--------------------------

22. Der Proband ist engagiert, offen über private oder intime Themen zu sprechen und neue Verhaltensweisen auszuprobieren.	0	0		<input type="checkbox"/>
--	---	---	--	--------------------------

Wahrnehmen (sozial-) therapeutischer Angebote:

nicht indiziert

Der Proband nimmt regelmäßig teil an:

23. Beschäftigungs- oder Arbeitstherapie	0	0	0		<input type="checkbox"/>
--	---	---	---	--	--------------------------

24. Kunst- oder Werktherapie	0	0	0		<input type="checkbox"/>
------------------------------	---	---	---	--	--------------------------

25. Sport	0	0	0		<input type="checkbox"/>
-----------	---	---	---	--	--------------------------

26. Schule	0	0	0		<input type="checkbox"/>
------------	---	---	---	--	--------------------------

27. Einzelgesprächen	0	0	0		<input type="checkbox"/>
----------------------	---	---	---	--	--------------------------

28. Gruppengesprächen	0	0	0		<input type="checkbox"/>
-----------------------	---	---	---	--	--------------------------

Compliance:

29. Der Proband braucht keine Medikamente.	0	0		<input type="checkbox"/>
--	---	---	--	--------------------------

Nur ankreuzen, wenn Medikamenteneinnahme erforderlich:

Der Proband nimmt Medikamente

30. regelmäßig ein.	0	0		<input type="checkbox"/>
---------------------	---	---	--	--------------------------

31. nach Aufforderung ein.	0	0		<input type="checkbox"/>
----------------------------	---	---	--	--------------------------

32. Die Medikamenteneinnahme muss kontrolliert werden.	0	0		<input type="checkbox"/>
--	---	---	--	--------------------------

33. Der Proband bekommt Medikamente trotz Ablehnung.	0	0		<input type="checkbox"/>
--	---	---	--	--------------------------

34. Der Proband bekommt Medikamente wegen Ablehnung nicht.	0	0		<input type="checkbox"/>
--	---	---	--	--------------------------

35. Der Proband hält sich an Terminabsprachen und ist pünktlich.	0	0		<input type="checkbox"/>
--	---	---	--	--------------------------

trifft zu *trifft nicht zu* *unbekannt*

Sozialverhalten:

36. Der Proband zeigt eine aktive Beteiligung am sozialen Geschehen auf der Station.

37. Es bestehen soziale Kontakte außerhalb der Klinik.

Soziale Beziehungen bestehen

38. zur Familie.

39. zu Freunden (außerhalb der Klinik).

40. Anzahl der Kontakte außerhalb der Klinik
(Angabe pro Monat)

Zu wenigstens einem Menschen der nachfolgenden Personengruppen hat der Proband eine engere Beziehung:

41. zu einem seiner Mitpatienten

42. zu einem Mitglied des Teams

43. zu jemanden außerhalb der Klinik

Anpassungsverhalten:

44. Der Proband achtet darauf, dass seine unmittelbare Umgebung (Bett, Schrank, persönliche Habe) in Ordnung ist.

45. Der Proband legt Wert auf Körperpflege.

Der Proband drängt auf (zusätzliche) Gesprächstermine bei

46. der Ärztin/ dem Arzt

47. der Psychologin/ dem Psychologen

48. der/ dem Stations-/WG-Leiter/in

Leistungsbereich:

49. Der Proband ist motiviert zu arbeiten.

50. Es besteht eine Arbeitsmöglichkeit.

51. Der Proband zeigt konstante Arbeitsleistungen
(wenn auch evtl. auf niedrigem Niveau).

52. Der Proband ist von seiner Leistungsfähigkeit her in der Lage, ein Beschäftigungsverhältnis außerhalb der Klinik anzunehmen.

Freizeit:

53. Die Freizeit wird aktiv gestaltet.

54. Der Alltag kann strukturiert werden.

55. Zur Freizeitgestaltung werden Vorgaben benötigt.

trifft zu *trifft nicht zu* *unbekannt*

Prognose:

- | | | | |
|--|---|---|--------------------------|
| 56. Suchtmittelmissbrauch ist in besonderen Belastungssituationen (z.B. schwerer Partnerkonflikt, dauernde Überforderung am Arbeitsplatz) zu erwarten. | ○ | ○ | <input type="checkbox"/> |
| 57. Eine günstige Krankheits(Störungs-)prognose (insb. bei psychotisch Erkrankten) steht bei dem Probanden in eindeutigem Zusammenhang mit einer günstigen Legalprognose. | ○ | ○ | <input type="checkbox"/> |
-

Entlassung:

- | | | | |
|---|---|---|--------------------------|
| 58. Der Proband ist bereits entlassen. | ○ | ○ | <input type="checkbox"/> |
| 59. Der Proband entwickelt (bzw. entwickelte vor der Entlassung) konkrete und realistische Entlassungsperspektiven. | ○ | ○ | <input type="checkbox"/> |
| 60. Der Proband äußert (bzw. äußerte vor der Entlassung) ausschließlich Ängste in Anbetracht der bevorstehenden Entlassung. | ○ | ○ | <input type="checkbox"/> |

Entwicklung/Verlauf:

Im folgenden werden Sie gefragt, ob der Proband auf verschiedenen Gebieten im Laufe seines Klinikaufenthaltes oder seit dem Beurlaubungs-/Entlassungszeitpunkt Fortschritte erzielt hat. Wenn ein Bereich für den Probanden von Anfang an kein (großes) Problem war, kreuzen Sie bitte nur ganz rechts an.

	guter Fortschritt	mäßiger, aber deutlicher Fortschritt	schwacher oder gar kein Fortschritt	Ver-schlech-terung	war nie großes Problem
61. Kann der Proband auf den Konsum von Rauschmitteln verzichten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
62. Hat sich die psychische Grundstörung des Probanden verbessert?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
63. Hat die Introspektionsfähigkeit des Probanden zugenommen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
64. Hat sich die Aggressionskontrolle des Probanden verbessert?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
65. Hat sich die Fähigkeit, soziale Beziehungen einzugehen, verbessert?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
66. Hat der Proband gelernt, sich zumindest auf der Verhaltensebene anzupassen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
67. Ist die Belastbarkeit des Probanden (ggü. Kritik, Streß, Frustrationen) größer geworden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
68. Ist er ggü. seinem Delikt zu einer selbstkritischen Einstellung gekommen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
69. Hat sich der Proband von seiner subkulturellen/delinquenten Identifikation distanziert?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
70. Hat der Proband ein besseres Durchhaltevermögen (z.B. in bezug auf Arbeitsverhalten) entwickelt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Schwierigkeiten und besondere Vorkommnisse im Behandlungsverlauf:

71. Kam es bei dem Probanden zu Entweichungen? Ja Nein
72. Wenn ja, bitte Kodierung eintragen (Mehrfachnennung möglich):
- 01 = bei Arztbesuchen (z.B. Zahnarzt)
02 = im Rahmen von Lockerungsmaßnahmen
03 = aus geschlossener/gesicherter Unterbringung mit Gewalt (Ausbruch)
04 = aus geschlossener/gesicherter Unterbringung ohne Gewalt
73. Anzahl der Entweichungen:
74. Kam es zu Bedrohungen oder Tätlichkeiten? Ja Nein
75. Wenn ja, bitte Kodierung eintragen (Mehrfachnennung möglich):
- 00 = nein
01 = verbale Bedrohung
02 = Sachbeschädigung
03 = körperlicher Übergriff (z.B. Ohrfeige)
04 = körperliche Gewaltausübung gegenüber Mitpatienten
05 = körperliche Gewaltausübung gegenüber Personal
76. Anzahl körperlicher Gewaltausübung gegenüber Mitpatienten:
77. Anzahl körperlicher Gewaltausübung gegenüber Personal:
78. Waren Zwangsmaßnahmen erforderlich? Ja Nein
79. Wenn ja, bitte Kodierung eintragen (Mehrfachnennung möglich):
- 01 = Fixierungen
02 = Isolierung
03 = andere, und zwar: _____
80. Anzahl von Zwangsmaßnahmen:
81. Kam es zum Suizidversuch oder selbstschädigendem Verhalten? Ja Nein
82. Wenn ja, bitte Kodierung eintragen (Mehrfachnennung möglich):
- 01 = Selbstbeschädigung ohne Suizidabsicht
02 = Selbstbeschädigung mit Suizidabsicht
83. Anzahl von Suizidversuchen oder selbstschädigendem Verhalten:
84. Kam es zu Delikten während der stationären Unterbringung? Ja Nein

85. Wenn es während der stationären Unterbringung zu Delikten kam, bitte Kodierung (Mehrfachnennung möglich): eintragen:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
01 = Mord	09 = Erpressung/Entführung		
02 = Totschlag	10 = Raub		
03 = gefährliche/schwere Körperverletzung	11 = Diebstahl		
04 = Körperverletzung	12 = Betrug		
05 = Vergewaltigung/Nötigung	13 = BtMG		
06 = sexueller Missbrauch	14 = Brandstiftung		
07 = sonstige Sexualdelikte	15 = andere		
08 = Geiselnahme			
86. Anzahl von Delikten während der stationären Unterbringung	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>
87. Kam es zu Delikten während einer Entweichung?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
88. Wenn es während der Entweichung zu Delikten kam, bitte Kodierung (siehe Item 85) eintragen:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
89. Anzahl von Delikten während der Entweichung	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>
90. Erfolgte eine Rücknahme von Lockerungen?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
91. Wenn ja, bitte Kodierung für Gründe der Rücknahme eintragen (Mehrfachnennung möglich):	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
01 = deliktrelevantes Verhalten	05 = aus therapeutischen Gründen		
02 = Verstöße gegen Haus- u. Stationsordnung	06 = unerlaubtes Entfernen (Entweichung)		
03 = akute Verschlechterung des Krankheitsbildes	07 = anderer Grund		
04 = Suchtmittelkonsum			
92. Anzahl bisheriger Rücknahmen von Lockerungen	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>
93. Kam es zu Bewährungswiderrufen?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
94. Wenn ja, bitte Kodierung für Widerrufsbeurteilung eintragen (Mehrfachnennung möglich):	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
01 = erneute Delinquenz			
02 = Krankheitsrezidiv			
03 = Verstoß gegen gerichtliche Weisungen			
04 = Alkohol-/Drogen-/Medikamentenmissbrauch			
05 = anderer, und zwar: _____			
95. Anzahl bisheriger Bewährungswiderrufe	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>
Entlassungsvorbereitung:			
96. Kodierung für aktuellen Lockerungsgrad nur eintragen, wenn Proband noch nicht entlassen ist:	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>
01 = Urlaub, > 21 Nächte	06 = Gemeindeausgang		
02 = Urlaub, 3 – 21 Nächte	07 = Geländeausgang		
03 = Urlaub, bis 2 Nächte	08 = Gruppenbegleitung		
04 = Tagesurlaub	09 = Einzelbegleitung		
05 = Halbtagsurlaub	10 = Ausführung 2 : 1		

Ambulante Behandlung:

106. Ist der Patient früher ambulant psychiatrisch/psychologisch behandelt worden?

Ja Nein

107. Die im Anschluss an den stationären Aufenthalt folgende psychotherapeutische Behandlung erfolgt (bitte Kodierung eintragen):

- 01 = ambulant in der hiesigen forensischen Klinik
 02 = in einer anderen psychiatrischen Klinik
 03 = bei einem niedergelassenen Psychiater/Psychologen
 04 = bei einem Hausarzt/Allgemeinmediziner
 05 = bei anderem Behandler, und zwar: _____

108. Wird die psychotherapeutische Behandlung von dem aktuell zuständigen Therapeuten durchgeführt?

Ja Nein

109. Wird die ambulante Behandlung von einer/einem qualifiziert ausgebildetem Psychotherapeuten/in durchgeführt?

Ja Nein

Medikation:

110. Eine medikamentöse Therapie ist vereinbart mit (bitte Kodierung eintragen):

- 01 = Neuroleptika
 02 = Antidepressiva u./o. Lithium, Carbamazepin
 03 = Androcur bzw. LHRH-Analoga (z.B. Enantone^R)
 04 = Antiepileptika
 05 = sonstige
 06 = keine

111. Bestehen derzeit gerichtliche Auflagen und Empfehlungen (z.B. Fortführen der ambulanten Therapie)?

Ja Nein

112. Wenn ja, welche?

Entlassungssituation:

113. Wohnsituation (bitte Kodierung eintragen):

- 01 = allein(stehend)
 02 = mit (Ehe-)Partner
 03 = mit Angehörigen d. Primärfam.
 04 = mit eigenen Kindern
 05 = Tagesklinik bzw. teilstationär
 06 = betreute Wohngemeinschaft
 07 = Übergangwohnheim
 08 = Heim (z.B. für Minderbegabte)
 09 = Alltagspsychiatrisches Krankenhaus
 10 = Suchtabteilung
 11 = keine geklärte Wohnsituation
 12 = sonstige

114. Die Wohnmöglichkeit wird der Proband aller Voraussicht nach länger behalten. Ja Nein
115. Erwerbstätigkeit (bitte Kodierung eintragen):
- | | |
|--------------------------------|--------------------------------------|
| 00 = keine | 05 = in beruflicher Ausbildung |
| 01 = vollbeschäftigt | 06 = im Studium |
| 02 = halbtags | 07 = in beschützender Werkstatt etc. |
| 03 = wenige Stunden täglich | 08 = Rentner |
| 04 = in schulischer Ausbildung | 09 = sonstige |
116. Die jetzige Arbeitssituation wird aller Voraussicht nach auch in Zukunft Bestand haben. Ja Nein
117. Bitte Kodierung zu den Einkommensverhältnissen eintragen (Mehrfachnennung möglich):
- | | |
|------------------------------|---|
| 01 = eigene Erwerbstätigkeit | 06 = Berufsunfähigkeitsrente |
| 02 = Krankengeld | 07 = Erwerbsunfähigkeitsrente |
| 03 = Arbeitslosengeld | 08 = Altersrente/Witwenrente |
| 04 = Arbeitslosenhilfe | 09 = Unterhalt durch Familienangehörige |
| 05 = Sozialhilfe | |
118. Wie wird sich der Unterhalt nach der Entlassung zusammensetzen (bitte Kodierung eintragen):
- | |
|---|
| 01 = weitgehend durch eigenes Aufkommen (auch Krankengeld, Rente) |
| 02 = weitgehend durch Fremdaufkommen (z.B. Sozialhilfe, Verwandte) |
| 03 = etwa zu gleichen Teilen durch eigenes Aufkommen und Fremdaufkommen |
119. Bestehen Kontakte zur Familie? Ja Nein
120. Wenn ja bzw. nein, ist dies als positiv zu bewerten? Ja Nein
121. Bestehen Kontakte zu Freunden? Ja Nein
122. Wenn ja bzw. nein, ist dies als positiv zu bewerten? Ja Nein
123. In dem bestehenden sozialen Umfeld ist der Proband integriert und akzeptiert (wird unterstützt). Ja Nein
124. Partnerschaft (bitte Kodierung eintragen):
- | | |
|---|--|
| 01 = keine | |
| 02 = bestand bereits vor der Unterbringung | |
| 03 = entstand während der Unterbringung
(PartnerIn aus der psychiatr. Einrichtung) | |
| 04 = entstand während der Unterbringung
(PartnerIn außerhalb der psychiatr. Einrichtung) | |
125. Erscheint diese Partnerbeziehung stabil, zukunftsorientiert und beiderseits mit realistischen Ansprüchen („reife“ Beziehung)? Ja Nein

Evaluationsinventar Forensische Ambulanz

- Teameinschätzung -

Nehmen Sie sich bitte ein wenig Zeit für die Beantwortung der folgenden Fragen. Es geht um Ihre *persönliche Einschätzung* und *individuelle forensische Erfahrung*. Dabei genügt es, die Fragen stichwortartig auf einem gesonderten Blatt zu beantworten.

Schreiben Sie bitte keine Namen auf den Fragebogen, weder Ihren noch von sonst jemanden. So kann vollständige Anonymität gewahrt bleiben. Der Fragebogen dient ausschließlich wissenschaftlichen Zwecken.

Für die Beantwortung des Fragebogens stehen Ihnen zwei Wochen zur Verfügung.

Datum, an dem Sie den Fragebogen bearbeitet haben

I.

01. Schildern Sie bitte **Ihre konkreten (Betreuungs-)Aufgaben sowie** deren zeitlicher Aufwand (Anzahl und Dauer der Kontakte, jeweils mit Ortsangabe)
 - A. während der Phase einer Entlassungsvorbereitung
 - B. im Rahmen der ambulanten Tätigkeit.
02. Welche *strukturellen Maßnahmen* ergeben sich für **Sie** in bezug auf die Rehabilitation eines Patienten? *Konkretisieren* Sie dabei bitte die jeweiligen *einzelnen Schritte* (z.B. in bezug auf die Erschließung der Entlassregion).
03. Was zeichnet Ihrer Meinung nach **Ihren Beitrag** einer *individuell orientierten* Rückfallprophylaxe aus?
04. Welche berufsspezifischen Behandlungs-/Betreuungsangebote wenden **Sie** bei Patienten verschiedener Diagnosegruppen (Psychotiker, Persönlichkeits-gestörte, Minderbegabte) an?
05. Welche Vorteile sind **Ihrer Meinung nach** in Anbetracht von Entlassungsperspektiven bei graduierlich gestaltetem Wiedereingliederungsprozess zu betrachten?
06. Welche Schwierigkeiten sehen **Sie persönlich** bei einem derartigen Vorgehen?
07. Warum - *konkret* - gestaltet sich die Integration aus einem ambulanten Setting **aus Ihrer Sicht** als leichter für den Betroffenen und als sicherer für die Allgemeinheit?
08. Welche Schwierigkeiten sehen **Sie** bei einem solchen Integrationsvorgehen?
09. Welche *Defizite* sehen **Sie** bei den derzeitigen Möglichkeiten der ambulanten Behandlung von Maßregelvollzugspatienten?

II.

1. Ihre berufliche Qualifikation:

Bitte konkretisieren Sie jeweils – wenn vorhanden -

2. Ihre bisherige forensische Erfahrung:
3. Ihre bisherige allgemein-psychiatrische Erfahrung:
4. Ihre sonstige Erfahrung:
5. Ihre therapeutische Erfahrung:

Evaluationsinventar Forensische Ambulanz
- Einschätzung der externen Einrichtungen und Dienste,
***mit Kontakt zur Ambulanz* -**

1. Seit wann besteht der Kontakt zur forensischen Ambulanz?
2. Wie bzw. wodurch ist der Kontakt entstanden?
3. Gab es anfängliche Bedenken und wenn ja, welche?
4. Beschreiben Sie bitte, wie sich die Zusammenarbeit im Laufe der Zeit konkret gestaltete (*falls anfängliche Bedenken geäußert* – haben sich diese aufgelöst?).
5. Gab es konkrete Schwierigkeiten bei der Zusammenarbeit mit der forensischen Ambulanz und wenn ja, welche?
6. Mit wie vielen Maßregelvollzugspatienten hatten Sie bisher Kontakt?
7. Um was für Patienten handelte es sich (Psychosekranken, Persönlichkeitsgestörte oder Minderbegabte)?
8. Werden Patienten mit unterschiedlichen Diagnosen von Ihnen unterschiedlich betreut bzw. erhalten andere Betreuungsangebote und wenn ja, inwiefern?
9. Werden bestimmte Patientengruppen von vornherein abgelehnt und wenn ja, welche?
10. Bestehen Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit anderen Maßregelvollzugskliniken bzw. der Bewährungshilfe und Führungsaufsicht? Wenn ja, welche?
11. Gibt es Ihrerseits Anregungen zur Verbesserung der Kooperation mit der forensischen Ambulanz bzw. allgemeine Wünsche in Anbetracht der Übernahme von Maßregelvollzugspatienten?

Evaluationsinventar Forensische Ambulanz
- Einschätzung der externen Einrichtungen und Dienste,
ohne Kontakt zur Ambulanz -

1. Haben Sie jemals Anfragen bzgl. der Übernahme von Maßregelvollzugspatienten, die beurlaubt oder bereits bedingt entlassen waren, erhalten? (*Wenn nein, weiter bei Frage 5*)
2. *Wenn ja*, wie oft und von wem wurden Sie angesprochen?
3. *Wenn ja*, mit wie vielen Maßregelvollzugspatienten hatten Sie bisher Kontakt?
4. *Wenn ja*, um was für Patienten handelte es sich (Psychosekranke, Persönlichkeitsgestörte oder Minderbegabte)?
5. Werden Patienten mit unterschiedlichen Diagnosen von Ihnen unterschiedlich betreut bzw. erhalten andere Betreuungsangebote und wenn ja, inwiefern?
6. Werden bzw. würden bestimmte Patientengruppen einer forensischen Psychiatrie von vornherein abgelehnt und wenn ja, welche?
7. Unter welchen Bedingungen sind bzw. wären Sie bereit, mit einer forensischen Ambulanz zu kooperieren?
8. Bestehen Erfahrungen im Kontakt bzw. in der Zusammenarbeit mit der Bewährungshilfe und Führungsaufsicht?
9. Gibt es Ihrerseits Anregungen zur Verbesserung der Kooperation mit einer forensischen Ambulanz bzw. allgemeine Wünsche in Anbetracht der Übernahme von Maßregelvollzugspatienten?

Evaluationsinventar Forensische Ambulanz

- Interview: Einschätzung der - Bewährungshilfe und Führungsaufsicht -

1. Seit wann besteht der Kontakt zur forensischen Ambulanz?
2. Wie bzw. wodurch ist der Kontakt entstanden?
3. Gab es anfängliche Bedenken bzgl. der Kooperation und wenn ja, welche?
4. Beschreiben Sie bitte, wie sich die Zusammenarbeit im Laufe der Zeit konkret gestaltete (*falls anfängliche Bedenken geäußert* – haben sich diese aufgelöst?).
5. Gab es konkrete Schwierigkeiten bei der Zusammenarbeit mit der forensischen Ambulanz und wenn ja, welche?
6. Mit wie vielen Maßregelvollzugspatienten hatten Sie bisher Kontakt?
7. Um was für Patienten handelte es sich (Psychosekranken, Persönlichkeits-gestörte oder Minderbegabte)?
8. Ist es für Ihre Arbeit wichtig, zwischen den verschiedenen Diagnosen zu unterscheiden?
9. Gibt es Ihrerseits Anregungen zur Verbesserung der Kooperation mit der forensischen Ambulanz?

Evaluationsinventar Forensische Ambulanz

- Tätigkeitserfassung -

Berufsgruppe: _____

Wochentag: _____

*Auf der ersten Seite tragen Sie bitte pro Spalte **nur eine Tätigkeit** ein.*

*Bei allen weiteren Abschnitten werden die Buchstaben für die Tätigkeit sowie unter **VI 1 zusätzlich** die **Zeitdauer** eingetragen. Eine Ausnahme besteht bei Abschnitt **VI 5**, bei dem grundsätzlich **mehrere** Buchstaben angegeben werden können.*

*Sollte eine Kategorie nicht auf die ausgeübte Tätigkeit anwendbar sein, so beschreiben Sie diese bitte in der letzten Spalte unter „**sonstiges**“.*

*Als erstes **Beispiel** ist in der ersten Spalte ein Verlaufsgespräch (I 1) von eher beratend-supportiven Charakter angegeben, welches 30 Minuten dauerte und anlässlich eines Einrichtungsbesuches stattfand (IV 1). Die Einrichtung ist ca. 10 Minuten von der Ambulanz entfernt (20 Minuten Wegzeit). Es handelt sich dabei um ein persönliches Treffen (IV 2) mit einem beurlaubten (IV 3), persönlichkeitsgestörten Patienten (IV 3), an dem zusätzlich noch ein Einrichtungsmitarbeiter (IV 5) teilnahm.*

*Ein zweites **Beispiel** soll verdeutlichen wie die Dokumentation erfolgen soll, wenn die Tätigkeit mehrere Patienten gleichzeitig umfasst. Es handelt es sich hier um eine Fallbesprechung (II c) mit Mitarbeitern des Ambulanzteams (IV 5), die 90 Minuten dauerte und in den Ambulanzräumen stattfand (IV 1). Es handelt sich dabei um ein persönliches Gespräch (IV 2), bei dem es um mehrere Patienten ging. Von den 90 Minuten wurde 45 über Patienten gesprochen, die sich im Status der Rehabilitation befinden, 20 Minuten über bereits entlassene Patienten und weitere 25 Minuten über langfristig beurlaubte Patienten. Aufgeteilt nach Diagnosegruppen wurde jeweils 45 Minuten über persönlichkeitsgestörte und psychotisch erkrankte Patienten gesprochen.*

Tätigkeit (auf dieser Seite pro Spalte nur <u>eine</u> Nennung!)	z.B.	z.B.	1	2	3	4	5
I: Direkt patientenbezogene Maßnahmen							
1. <u>Einzelgespräch (nur Buchstaben)</u> a = Aufnahme- b = Verlaufs- c = Krisengespräch d = im Sinne der Kontaktpflege <u>wenn Verlaufsgespräch (nur Buchstaben)</u> a = eher beratend-supportives Gespräch b = eher Gespräch im Rahmen einer strukturierten Psychotherapie	b	----					
2. <u>Gruppenangebote (nur Buchstaben)</u> a = Rehabilitationsgruppe b = themenzentrierte Gruppe c = strukturierte psychotherapeutische Gruppe d = mileutherapeutische Gruppe (z.B. Thema Zusammenleben) e = sonstige (z.B. Schulunterricht)	----	----					
3. <u>Weitere Therapie- und Pflegemaßnahmen (nur Buchstaben)</u> a = Medikamentenaufklärung, -verordnung b = Medikamentenverabreichung c = medikamentöse Compliance d = sonstige (z.B. Hilfe bei der Hygiene, Wundversorgung)	----	----					
4. <u>Training lebenspraktischer Fähigkeiten (nur Buchstaben)</u> a = Wohnbereich (z.B. Hilfe beim Haushaltsdienst) b = Freizeitgestaltung (z.B. Fahren mit öffentl. Verkehrsmitteln) c = Arbeitstraining (z.B. Einüben von Bewerbungsgesprächen) d = Selbstständigkeitstraining (z.B. Umgang mit Ämtern)	----	----					
5. <u>Dokumentation (nur ankreuzen)</u> (z.B. Aktenstudium, Stellungnahmen, Pflegedokumentation)	----	----					
II: Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten							
a = Settingkorrekturen (i.S. einer Evaluation bzw. kontinuierlichen Anpassung der Legalprognose) b = Krisenmanagement/-intervention c = Fallbesprechungen d = Konzeptbesprechungen, Stations-/Ambulanzorganisation e = Übergabegespräche, sog. „Morgenrunden“ f = Abteilungskonferenz g = Supervision h = eigene Fortbildung i = Öffentlichkeitsarbeit j = Teilnahme an Forschungsprojekten k = Erschließung von Kooperationsmöglichkeiten (Bereich Arbeit, Wohnen, Therapie...)	----	c					
III: Sonstiges							
(z.B. Rufbereitschaft, Hol- und Bringedienste, Alltagsorganisation)	----	----					

