Ambulante Therapie

psychisch kranker Straftäter

- behandlungsbezogene, strukturelle und rechtliche
Rahmenbedingungen, Zugangsformen, Konzepte,
Vorgaben und Prämissen
alternativer nichtstationärer Formen der Versorgung

Inaugural-Dissertation
in der Philosophischen Fakultät I / II
(Philosophie, Geschichte und Sozialwissenschaften)
der Friedrich-Alexander-Universität
Erlangen-Nürnberg

vorgelegt von
Karin Banzer
aus
München

D 29

Tag der mündlichen Prüfung: **31.01.2005**

Dekan: **Universitätsprofessor Dr. Hudde**

Erstgutachter: **Universitätsprofessor Dr. Friedrich Lösel**

Zweitgutachter: **Universitätsprofessor Dr. Horst Schüler-Springorum**

DANKSAGUNG UND WIDMUNG

Der Autorin ist es ein Anliegen an dieser Stelle ganz besonders zu danken

Professor Dr. Lösel, Professor Dr. Nedopil sowie Professor Dr. Schüler-Springorum

und des Weiteren überhaupt all denjenigen Personen,

die durch ihre Angaben und Kooperation zum Fundus dieser Arbeit beitrugen und dazu insbesondere den Leitungen und Vertretern der forensischen Kliniken / Einrichtungen und den anderweitig thematisch involvierten Experten.

Gewidmet ist diese Arbeit meinem Sohn Niclas

1	**Einleitung**	**1-1**
2	**Definition und Operationalisierung zentraler Objekte und Begrifflichkeiten**	**2-2**
2.2	Definition der Zielgruppe ´ambulanter psychisch kranker Rechtsbrecher	2-2
2.3	Operationalisierung des Terminus ´ambulante Behandlung / Therapie psychisch kranker Rechtsbrecher / Delinquenten	`2.2
3.	**Multiprofessionale und interdisziplinäre Einschätzungen kritischer Experten zum Bestand und Wissensstand nichtstationärer Versorgung und Therapie forensisch psychiatrischer Patienten**	**3-3**
3.1	Bezugnahme auf die eigene Befundlage	3-3
4	**Rechtliche Bezüge, geschichtlicher Hintergrund und Grundvoraussetzungen zum Kontext nichtstationärer ambulanter Versorgung, Nachsorge und Therapie psychisch kranker Straftäter unter besonderer Berücksichtigung des Behandlungsauftrages des MRVZ**	**4-5**
4.1	Rechtsgeschichtlicher Hintergrund – Strukturveränderungen in Gesetzgebung und Jurisdiktion	4-5
4.2	Erkenntnisse aus Eigenerfahrungen in landesrechtlichen Entscheidungs- und Meinungsbildungsprozessen strukturpolitischer Art und deren Determinanten	4-8
4.3	Zielgruppe	4-8
4.4	Voraussetzung für die Anwendung der Maßregel	4-8
4.5	Rechtliche Bestimmungen über Aufnahme und Entlassung aus dem Maßregelvollzug	4-8
4.5.1	Rechtliche Grundvoraussetzungen zur Unterbringung im Psychiatrischen Krankenhaus	4-8
4.5.2	Einweisung nach § 63 StGB	4-9
4.5.3	Einweisung nach § 64 StGB	4-9
4.6	Ziele des Maßregelvollzugs	4-11
4.7	Entlassung aus dem MRVZ bzw. Beendigung der Unterbringung	4-11
4.7.1	Regelungen zur Anordnung und Beendigung einer Maßregel durch Bundesgesetz und zur Ausgestaltung des Vollzuges der Maßregel durch die Ländergesetze	4-12
4.7.1.1	Ausgestaltung des Vollzuges der Maßregel	4-12
4.7.2	Gerichtliche Anordnung von Strafe und Therapie bzw. gleichzeitige Anordnung von Haftstrafe und Unterbringung und damit einhergehende Vollstreckungsprobleme	4-13
4.7.2.1	Mit der Vollstreckungsreihenfolge von Maßregel und Freiheitsstrafe einhergehende Probleme in der Praxis	4-13
4.8	Aufgaben des Maßregelvollzugs und ausgewählte Zielpunkte mit Implikationen für eine nichtstationäre Versorgung	4-13
4.8.1	Zielkonflikt der Doppelaufgabe der Sozial- und Legalbetreuung	4-13
4.8.2	Wiedereingliederungsgebot der Maßregel	4-14
4.8.3	Herstellen der Entlassungsreife als eine vorrangige Aufgabe der MRVZ-Einrichtung	4-14
4.8.4	Beschränkung der Unterbringungsdauer unter dem Aspekt des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes	4-14
4.8.5	Besonderheiten zur Anordnung der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt	4-15
4.8.6	Weitere rechtliche Bezüge und Maßnahmen im Rahmen der Entlassvorbereitung und der Wiedereingliederungsbemühungen	4-15
4.8.6.1	Entlassungsvorbereitung und Wiedereingliederungsbemühungen	4-15
4.8.6.2	Absicherung des Übergangs aus der stationären Unterbringung	4-15
4.8.6.3	Funktionen und Zusammenhänge von Führungsaufsicht, Bewährung, Weisung, Aussetzungswiderruf	4-15
4.8.7	Vollzugslockerungen und Beurlaubungen	4-16
4.8.7.1	Doppelte Funktion der Vollzugslockerungen	4-16
4.8.7.2	Rechtsanspruch der Untergebrachten auf Vollzugslockerungen und Urlaub	4-16
4.8.8	Praxis der gesetzlich vorgegebenen Lockerungs- und Urlaubsregelungen	4-16
4.8.8.1	Ermessensspielraum der Länder zu Lockerungsmaßnahmen	4-17
4.8.8.1.1	Zur Frage der Vereinbarkeit mit bundesrechtlichen Grundprinzipien des MRVZ	4-17
4.8.8.1.2	Kritische Bewertung zur Maßnahme der Anhörung bzw. Zustimmung der Vollstreckungsbehörde	4-17
4.8.8.2	Regelungen zum Urlaub aus dem stationären Vollzug in den Ländergesetzen	4-17
4.8.9	Verpflichtung von Entlassungsvorbereitungen im Landesrecht	4-18
4.8.9.1	Übersicht der jeweiligen landesrechtlichen Regelungen zur Verpflichtung von Entlassungsvorbereitungen der einzelnen Bundesländer	4-18
4.8.9.2	Landesgesetzliche Bestimmungen zu Lockerungen und Auflagen	4-18
4.8.9.3	Landesgesetzliche Bestimmungen zur Behandlungsweisung	4-19
4.8.9.4	Weitere Elemente vorausschauender Wiedereingliederungsbemühungen bzw. Maßnahmen zur Entlaßvorbereitung und deren –landesgesetzlichen- Bestimmungen	4-19

4.8.9.5	Landesgesetzliche Bestimmungen zu ambulanten Ausbildungs- und Arbeitsmöglichkeiten	4-19
4.8.10	Regelungen zur Kostenübernahme	4-20
4.8.10.1	Rechtliche Vorgaben	4-20
4.8.10.2	Probleme der kostenmäßigen Zuständigkeit - Fehlende Regelungen zur Kostenübernahme für Behandlungen im extramuralen Setting - ein bislang ungelöstes Dilemma	4-20
4.8.10.3	Zwischenlösungen rechtlich abgesicherter Finanzierungsmodi	4-21
4.8.10.4	Kritische Anmerkung zur Beendigung der Leistungs- und Kostenträgerpflicht des MRVZ	4-21
4.8.11	Resümee - Reintegration als ein Ziel der Maßregel	4-21
4.9	Behandlungsbegriff	4-22
4.9.1	Begriffsverständnis und Operationalisierung	4-22
4.9.1.1	Ärztliches versus juristisches Verständnis von ´Behandlung`	4-22
4.9.1.2	Einschub: Interdisziplinäre Thesen eines multiprofessionalen Fachgremiums, des Sankelmarker Forums, zur Psychotherapie mit Straffälligen	4-22
4.9.2	Schweigepflicht und Offenbarungsbefugnis	4-22
4.9.2.1	Anmerkung unter Vorwegnahme von Bezügen zu Befunden aus den eigenen Erhebungsgängen	4-23
4.9.2.2	Neuregelung zur Offenbarungspflicht der Therapeuten im Justizvollzug	4-23
4.9.3	Rechtliche Bezüge zu Aufklärung und Einwilligung des Patienten	4-23
4.9.3.1	Aspekte zum Grundrecht der Selbstbestimmung und ´Aufklärung` außerdem anderer, spezifischer Erfordernisse einer - ggfls. psychotherapeutischen - Behandlung	4-23
4.10	Grenzen	4-24
4.11	Inhaltliche Entsprechungen von Vorgaben zur nichtstationären Versorgung aus den eigenen Untersuchungsbefunden und denen, anderweitiger rechtlicher und interdisziplinärer Expertenmeinungen	4-25
4.11.1	Übereinstimmend als eingliederungsförderlich eingestufte, den eigenen Befunden inhaltlich entsprechende, zusammengetragene Aussagen	4-25
4.11.1.1	Drängender Bedarf an wissenschaftlichen, rechtlichen und behandlungsbezogenen Orientierungs- und Richtwerten	4-25
4.11.1.2	Eklatanter Mangel an wissenschaftlich fundierten Vorgaben und infolgedessen Rückgriff auf herkömmliches Erfahrungswissen	4-25
4.11.1.3	Durchgängig konzedierte Unabdingbarkeit nichtstationärer Versorgung und angemessener Nachsorge	4-25
4.11.1.4	Formen	4-26
4.11.1.5	Übergangszeit als vulnerable Phase	4-26
4.11.2	Konsensus in Zuerkenntnissen und Erfordernissen zum v. a. behandlungsbezogenen Kontext – Übereinstimmungen von Statuten aus Kommentaren zum MRVZ, den Sankelmarker Thesen und eigenen Befundinhalten	4-26
4.11.2.1	Spezifische Ansprüche bzw. zentrale Besonderheiten in der Behandlungsführung	4-26
4.11.3	Konzedierte Erfordernis um Qualitätssicherung	4-26
4.11.3.1	Konzedieren besonderer bzw. zusätzlicher Belastungen	4-27
4.11.3.2	Anteilige Benennung konstellativer Faktoren des therapeutischen Kontaktes unter Bezugnahme auf Ergebnisinhalte der eigenen Befunde	4-27
4.12	Resümee zum Anforderungsprofil Recht	4-28
4.12.1	Formale Gleichstellung gegenüber psychiatrischen Patienten	4-28
4.12.2	Wahrung der Doppelaufgabe der Besserung und Sicherung	4-28
4.12.3	Begrenzung des Freiheitsentzuges durch Verkürzung der Unterbringungszeit	4-29
4.12.4	Regelung zu Kontrollfunktionen	4-29
4.12.5	Integratives Behandlungsverständnis	4-30
4.12.6	Reziprozität der Bedingungsgefüge	4-30
4.12.7	Flexibilität und Durchlässigkeit	4-30
4.12.8	Klare und differenzierte Bewährungsauflagen und Weisungen	4-30
4.12.9	Integration der diversen – divergierenden - Interessen der involvierten Parteien	4-30
4.12.10	Übereinstimmend professionen- und fachbereichsübergreifendes Verlangen nach Orientierung, Wissenszuwachs und wissenschaftlicher Fundierung	4-30
4.12.11	Sensibilisierte Meinungs- und Bewußtseinsbildungsprozesse hinsichtlich der Erfordernis um alternative Versorgungsformen	4-31
4.13	Zusammenfassung - Implikationen der Ergebnisse für die rechtlichen Bezüge nichtstationärer und insb. ambulanter Versorgung psychisch kranker Straftäter unter Vorwegnahme eigener Untersuchungsbefunde und darauf basierenden Forderungen an gesetzliche Rahmenbedingungen	4-31
4.13.1	Forderung nach fundierenden rechtlichen Regelungen und Definitionen zu Anspruch, Zielen, Status und Bezügen einer solchen Form der Versorgung	4-31

4.13.2 Abgleichen der diversen Ziele und Aufgaben des MRVZ mit den Interessen der involvierten Parteien ... 4-31
4.13.3 Risiken durch fehlende rechtliche Absicherung ... 4-31
4.13.4 Zu optimierende Versorgungsstrukturen ... 4-32
4.13.5 Sicherung eines professionalen Rahmens mit Möglichkeit zur Umsetzung von Prämissen effektiver Behandlungsführung ... 4-32
4.13.6 Eklatant defizitärer Wissenstand und Bedarf an Informationen ... 4-32
5 Aspekte der Behandlungsforschung ... 4-33
5.1 Entwicklung des Konzeptes der Behandlung von Straftätern im Überblick ... 5-33
5.2 Evaluationsmethode der Metaanalysen 5-34
5.3 Effektivitätsmerkmale bei Programmen mit einer höheren Erfolgswahrscheinlichkeit ... 5-35
5.3.1 Stand der Behandlungsforschung zum Zeitpunkt der ersten Erhebungen ... 5-35
5.3.2 Expertenmeinungen zur Methode der explorativen Datengewinnung ... 5-36
5.3.3 Resümierende Stellungnahme zum primären Untersuchungsvorhaben ... 5-36
5.3.4 Recherchierter Kenntnisstand zu bestehenden nichtstationären, ambulanten Therapiemodellen zum Zeitpunkt der Entwicklung der initialen Erhebung ... 5-36
5.3.4.1 Nationale Ebene ... 5-36
5.3.4.2 Relevanz dieses Wissenstandes im Hinblick auf die initialen Fragestellungen des eigenen Forschungsansatzes ... 5-36
5.3.4.3 Internationale Bezüge ... 5-37
5.3.4.4 Zwischenzeitlich erprobte Behandlungsprogramme von Straftätern - mit zielgenauen, multimodalen kognitiv-behavioralen Vorgaben ... 5-37
6 Methoden ... 6-39
6.1 Zielvorgaben ... 6-39
6.2 Aufbau der Arbeit ... 6-40
6.2.1 Chronologischer Abriß zu dem untersuchungsplanerischen und erhebungstechnischen Procedere, den wesentlichen Erhebungsschritten und Vorgehensweisen der explorativen Daten- und Erkenntnisgewinnung ... 6-40
6.3 Erfassungsmodi zum Untersuchungskomplex der Gegebenheiten zu Deutschland der initialen und der Folge- Erhebungen ... 6-43
6.3.1 Objekte ... 6-43
6.3.2 Datenerfassung – Methoden und Procedere ... 6-44
6.3.2.1 Primäres Erhebungsinstrument ... 6-44
6.3.2.2 Fragestellungen und Erhebungszugang ... 6-44
6.3.3 Auswertung und Interpretation ... 6-45
6.3.4 Kritische Erörterung ausgewählter Aspekte, Besonderheiten und Erschwernisse für den Prozess der Datenerfassung ... 6-46
6.3.4.1 Struktureller Kontext der ambulanten Nachsorge psychisch kranker Straftäter- ein in vielen und auch rechtlichen Bezügen ungesicherter versorgungstechnisch defizitärer Bereich ... 6-46
6.3.4.2 Erhebungsmethoden im Bewußtsein um sensible Ermittlungsbereiche ... 6-46
6.3.4.3 Durch unklare rechtliche Vorgaben und defizitäre Versorgungsstrukturen begünstigte Interessen- und Kompetenzkonflikte ... 6-46
6.3.4.4 Datenrechtlich bedingte Einschränkungen der Informationsweitergabe ... 6-46
6.3.4.5 Komplexität der Thematik und Aufgabenstellung ... 6-47
6.3.4.6 Die Untersuchungen erschwerende, strukturelle und organisatorische Determinanten ... 6-47
6.3.4.7 Kapazitative Überlastung und Engpässe der Einrichtungen ... 6-47
6.3.4.8 Rekrutierung von Daten zu und über Einrichtungen aus Gebieten der vormaligen DDR ... 6-47
6.3.4.9 Vorbehalte und Widerstände in Antwortverhalten und Kooperation der Befragten ... 6-47
6.3.4.10 Einrichtungsintern differierende Standpunkte ... 6-47
6.3.4.11 Problematische Aufwendungserfordernisse für die Kliniken ... 6-47
6.3.4.12 Erzielen und Erhalt von Akzeptanz, Kooperation und Motivation - Maßnahmen zur Förderung der Akzeptanz und anwenderfreundlichen Ausgestaltung des Erhebungsinstrumentes ... 6-47
6.3.4.13 Zeitliche Spannbreite der Untersuchungen ... 6-48
6.3.5 Sachzwänge und ungedeckte Finanzierung der Untersuchungsvorhaben ... 6-48
6.3.6 Strategien zur Begegnung potentiell störender resp. hemmender Einflußgrößen und Verfälschungstendenzen ... 6-49
6.3.6.1 Inhaltliche Über- bzw. Gegenprüfung zum Aussage- und Wahrheitsgehalt der Angaben bzw. Daten ... 6-49
6.3.6.2 Hohe Rücklaufquote ... 6-49
6.3.7 Was die Untersuchungen nicht leisten konnten ... 6-50
6.3.8 Besonderheiten zur Erhebung der Modelleinrichtungen ... 6-50
6.3.9 Untersuchung zur Versorgungssituation in Österreich ... 6-50

6.3.10	Erfordernis um abzuklärende Einheitlichkeit in Definition und Verständnis zentraler Begrifflichkeiten (´ambulant`, ´Therapie`, Setting ´ambulante Therapie`, ´psychisch kranke Straftäter`)	6-51
6.3.11	Repräsentativität des ausgewiesenen Bedarfs, quantitativen und qualitativen Aussagegehaltes der Befunde der deutschen Stichtagsuntersuchung	6-52
6.3.11.1	Zum Anteil rekrutierter ambulanter Patienten und den Relationen zum Bedarf	6-52
6.3.11.2	Weitere Ausführungen zur Repräsentativität der Befunde	6-52
7	**Befunde zu den Gegebenheiten in Deutschland - initiale Erhebung und Folgeerhebungen**	**7-57**
7.1	Initiale Erhebung	7-57
7.1.1	Stichprobe	7-57
7.1.2	Rücklauf	7-57
7.1.3	Kontaktierte MRVZ-Einrichtungen und Übersicht zu den, in die initiale Untersuchung einbezogenen und den, davon ausgeschlossenen Kliniken	7-57
7.2	Missing Data zur initialen Erhebung	7-59
7.2.1	Verweigernde Einrichtungen	7-59
7.2.1.1	Pauschale Verweigerung	7-59
7.2.1.2	Verweigerung aufgrund strukturbedingter Hindernisfaktoren	7-59
7.2.1.2.1	Nichtteilnahme begründet in fehlenden Kapazitäten v.a. im Fachpersonal resp. sonstigen unüberwindbaren Kapazitätsengpässen	7-59
7.2.1.2.2	Nichtteilnahme begründet in Schwierigkeiten der Datenrekrutierung	7-59
7.2.1.2.3	Einrichtungsinterne Differenzen zur Erfordernis ambulanter Versorgung	7-60
7.2.2	Bedingte resp. begrenzte Beteiligung an der Untersuchung	7-60
7.3	Übersicht zu den bundesweit erfaßten Einrichtungen und den, über diese erhobenen, stationären und ambulanten Patienten	7-60
7.3.1	Gesamtzahl der bundesweit rekrutierten stationären und ambulanten Patienten	7-60
7.3.2	Bundesweite Verteilung zu den jeweiligen Bundesländern	7-61
7.3.3	Übersicht der erfaßten Bundesländer	7-62
7.3.4	Regionale Disproportionalitäten	7-62
7.4	Formen ambulanter Behandlung und therapeutischer Nachsorge psychisch kranker Straftäter in Deutschland	7-62
7.4.1	Übersicht zu den angetroffenen ambulanten Behandlungsformen	7-62
7.4.1.1	Formen ambulanter Therapie: Bezugsgruppe: Stationäre Patienten	7-64
7.4.1.2	Formen ambulanter Therapie: Verteilung zur Gruppe der ambulanten Patienten	7-65
7.4.1.2.1	Patientenstichprobe	7-65
7.4.1.3	Außerdem aufgefundene Formen alternativer nichtstationärer Behandlung mit ambulantem Charakter	7-66
7.4.1.3.1	Rehabilitationsabteilung des offenen MRVZ	7-66
7.4.1.3.2	Anbindungen an universitäre Beratungsstellen	7-66
7.5	Verteilung zu Einweisungsgrundlagen nach §§ 63/ 64 StGB zu den beiden Gruppen der stationärenund ambulanten Patienten	7-66
7.5.1	Besonderheiten zur Stichprobe	7-66
7.5.2	Verteilung nach § 63 StGB und § 64 StGB untergebrachter stationärer MRVZ-Patienten	7-67
7.5.3	Verteilung zuletzt nach § 63 StGB bzw. § 64 StGB untergebrachter und zu ihrer Einweisungsgrundlage erfaßter ambulanter Patienten	7-68
7.5.4	Zusammenfassende Bewertung	7-68
7.6	Altersstruktur	7-69
7.6.1	Intention der Fragestellung	7-69
7.6.2	Darstellung der Stichprobe und der Befunde der initialen Erhebung	7-69
7.6.3	Gegenüberstellung Altersverteilung der stationären versus der der ambulanten Patientengruppe	7-70
7.6.4	Zusammenfassende Bewertung o. g. Befunde hinsichtlich deren Bedeutung für eine prospektive ambulante Behandlungsführung unter zzgl. Einbeziehung anderweitiger wissenschaftlich fundierter Aussagen zum Faktor ´Alter`	7-70
7.7	Verteilung und Auswertung der Daten nach geschlechtsspezifischen Gesichtspunkten	7-72
7.7.1	Geschlechtsspezifische Verteilung zu den Stichproben	7-72
7.7.2	Diskussion der Ergebnisse der eigenen Befundlage unter Einbezug themennaher Befunde ander-weitiger Erhebungen	7-72
7.7.3	Bisherige wissenschaftlich fundierter Aussagen zur ambulanten Therapie psychisch kranker Delinquenten unter Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Gesichtspunkte	7-73

7.7.4 Angaben zur Geschlechtszugehörigkeit der betreuenden bzw. behandelnden Person und deren behandlungsbezogene Relevanz ... 7-74
7.7.5 Zusammenfassung, Bewertung der Befunde im Hinblick auf eine prospektive ambulante Behandlungsführung unter Berücksichtigung anderweitiger wissenschaftlich fundierter Aussagen ... 7-74
7.8 Zufriedenheit und Bedarf zu Strukturen nichtstationärer ambulanter Versorgung ... 7-75
7.8.1 Fragestellung und Stichprobe ... 7-75
7.8.2 Zufriedenheit mit der Versorgung durch komplementäre Dienste ... 7-75
7.8.3 Geforderte komplementäre Einrichtungen ... 7-75
7.8.4 Zufriedenheit und Bedarf bzgl. der Zusammenarbeit mit der Bewährungshilfe / Führungsaufsicht ... 7-76
7.8.5 Bundesweite Verfügbarkeit von Wohngruppen für zu entlassende MRVZ-Patienten ... 7-76
7.8.6 Bedarf an angemessener nichtstationärer Versorgung ... 7-76
7.8.7 Zusammenfassende Bewertung der Erkenntnisse und v. a. der, zur Reziprozität von Bedarf und Angebot ... 7-76
7.9 Verbleib entlassener MRVZ-Patienten ... 7-78
7.9.1 Fragestellung und Erhebungsmodus ... 7-78
7.9.2 Stichprobe und Befunde ... 7-78
7.9.3 Zusammenfassende kritische Bewertung der Ergebnisse und deren Implikationen im Hinblick auf eine prospektive ambulante Behandlungsführung ... 7-79
7.10 Aufnahme- und Ausschlußkriterien ... 7-81
7.10.1 Ausschlußkriterien ... 7-81
7.10.1.1 Beschreibung der Stichprobe und Darstellung der Ergebnisse ... 7-81
7.10.2 Zusammenfassende Bewertung ... 7-81
7.10.3 Aufnahmebedingungen ... 7-82
7.10.3.1 Fragestellung, Erhebungsmodus und Stichprobe ... 7-82
7.10.3.2 Befunde ... 7-82
7.10.3.3 Anderweitig rekrutierte Faktoren mit Relevanz für den Entscheidungsprozeß zur Aufnahme in ambulante Behandlung ... 7-83
7.10.3.3.1 Wartegruppe bzw. Kennenlernphase für noch nicht bekannte Patienten als Instrument zur Patientenselektion ... 7-84
7.10.3.3.2 Aufnahme- und Ausschlußkriterien für eine -betreute- Wohngemeinschaft (WG) ... 7-84
7.10.3.4 Zusammenfassende Bewertung ... 7-85
7.11 Vormalige stationäre Verweildauer ambulanter Patienten ... 7-86
7.11.1 Intention der Fragestellung ... 7-86
7.11.2 Stichproben und Befunddarstellung ... 7-86
7.11.3 Zwischenbewertung ... 7-87
7.11.4 Vorausgegangene stationäre Verweildauer vordem nach § 63 StGB untergebrachter ambulanter Patienten – Zusammenschau zeitnah erhobener Daten eigener Untersuchungsbefunde und der der Forensischen Institutsambulanz Gießen ... 7-87
7.11.5 Außerdem über den unstrukturierten offenen Antwortmodus rekrutierte Befunde ... 7-88
7.11.5.1 Einflußgrößen auf die Unterbringungszeit ... 7-88
7.11.5.1.1 Stationäre Aufenthaltsdauer als prognoserelevanter Informationsträger ... 7-89
7.11.5.1.2 Verkürzungen und darüber Einsparungen stationärer Unterbringungszeit durch alternative nichtstationäre Nach- und Versorgung und einem ambulantem Leistungsangebot im Besonderen ... 7-89
7.11.6 Diskussion anderweitig rekrutierter, thematisch relevanter Befundinhalte mit Entsprechungen, Ergänzungen, Bestätigungen, weiterführenden Angaben ... 7-90
7.11.7 Zusammenfassende Bewertung ... 7-91
7.12 Diagnose- und deliktbezogene Verteilungen bei stationären und ambulanten Patienten ... 7-92
7.12.1 Erfassung, Abbildung, Auswertung und Interpretation der Daten ... 7-92
7.12.1.1 Fragestellung ... 7-92
7.12.1.2 Stichproben – Ausgestaltung, Besonderheiten und Missing Data ... 7-92
7.12.1.3 Design - Möglichkeiten und Grenzen ... 7-92
7.12.1.4 Statistik ... 7-92
7.12.1.5 Mehrfachnennungen ... 7-92
7.13 Eingangsdelikte - Deliktbezogene Verteilung zu den Gruppen der stationären und ambulanten Patienten ... 7-93
7.13.1 Gesamtstichprobe und Besonderheiten ... 7-93
7.13.1.1 Deliktbezogene Befunde der stationären MRVZ-Patienten ... 7-94

7.13.1.1.1 Stichprobe ... 7-94
7.13.1.1.2 Kategoriale Verteilung ... 7-94
7.13.1.2 Deliktbezogene Befunde der ambulanten Patienten ... 7-94
7.13.2 Stichprobe ... 7-94
7.13.2.1 Kategoriale Verteilung ... 7-94
7.13.2.2 Vergleichende Gegenüberstellung und Interpretation der Verteilungsstrukturen ambulanter versus stationärer Patienten ... 7-94
7.13.2.3 Zusammenfassende Bewertung und Diskussion der deliktbezogenen Ergebnisse und deren besondere .Bedeutung für die – prospektive - ambulante Versorgung und Behandlungsgestaltung ... 7-95
7.13.3 Eingangsdiagnosen - diagnosebezogene Verteilung zu den Gruppen der stationären und ambulanten Patienten ... 7-96
7.13.3.1 Operationalisierung der zugrunde gelegten Diagnosekategorien ... 7-96
7.13.3.2 Stichprobe, Fragestellung, Erhebungs- und Auswertungsmodus ... 7-96
7.13.3.3 Befunde zur diagnosebezogenen Verteilung ... 7-96
7.13.3.3.1 Diagnosebezogene Befunde der stationären MRVZ-Patienten ... 7-97
7.13.3.3.1.1 Stichprobe ... 7-97
7.13.3.3.1.2 Kategoriale Verteilung ... 7-98
7.13.3.3.2 Diagnosebezogene Befunde der ambulanten Patienten ... 7-98
7.13.3.3.2.1 Stichprobe ... 7-98
7.13.3.3.3 Kategoriale Verteilung ... 7-98
7.13.3.3.4 Vergleichende Gegenüberstellung und Interpretation der Verteilungsstrukturen ambulanter versus stationärer Patienten ... 7-98
7.13.3.3.5 Zunahme schwererer Störungsbilder ... 7-99
7.13.3.4 Regionale Unterschiede in der Verteilung der Störungsbilder ... 7-99
7.13.3.4.1 Bestätigende und weiterführende Informationen über nachträglich eingebrachte zeitgleich erhobene Daten eines gemeindenahen Modellprojektes ... 7-100
7.13.3.5 Zusammenfassende Bewertung und Diskussion der diagnosebezogenen Ergebnisse und deren besondere Bedeutung für die – prospektive - ambulante Versorgung ... 7-100
7.13.3.5.1 Methodenkritische Anmerkungen ... 7-100
7.13.3.5.2 Diagnosebezogene Selektionskriterien zur Überleitung in ambulante Behandlung ... 7-100
7.13.4 Übergreifende Bewertung und Diskussion der delikt- und diagnosebezogenen Befunde zu diversen Gesichtspunkten, Planung, Entwicklung und Ausgestaltung ambulanter Versorgung und Therapie ... 7-101
7.14 Suchterkrankungen ... 7-103
7.14.1 Stichprobe ... 7-103
7.14.2 Vergleichende Gegenüberstellung der Angaben zur Kategorie ´Suchterkrankung` als Eingangsdiagnose zu den Gruppen jeweils der stationären und ambulanten Patienten ... 7-103
7.14.2.1 Anteilige Repräsentanz der Eingangsdiagnose ´Suchterkrankung` ... 7-103
7.14.2.2 Verteilung nach Einweisungsgrundlagen zu §§ 64 und 63 StGB und der Eingangsdiagnose ´Suchterkrankung` ... 7-104
7.14.2.2.1 Verteilung nach § 64 und § 63 StGB eingewiesener und als ´suchtkrank` kategorisierter ambulante Patienten ... 7-104
7.14.2.2.2 Zunahme an schweren polytoxikomanen Störungen ... 7-105
7.14.3 Ambulante Versorgung vordem nach § 64 StGB untergebrachter Suchtpatienten ... 7-106
7.14.3.1 Unterschiede zwischen psychiatrischen, medikamentösen und psychotherapeutischen Hilfen im Hinblick auf Verfügbarkeit, Kompliance und Akzeptanz ... 7-106
7.14.3.2 Mangel an adäquatem Angebot und zureichender Strukturvorgabe ... 7-106
7.14.4 Behandlungsbezogene Besonderheiten, Parameter, bewährte und spezielle Zugangsformen und Probleme ... 7-106
7.14.4.1 Bedarf und Fähigkeit zur therapeutischen Anbindung seitens der Patienten ... 7-106
7.14.4.2 Erschwernisfaktor Komplexität der Störungsbilder ... 7-106
7.14.4.3 Berücksichtigung von Suchtfolgeschäden ... 7-107
7.14.4.4 Koordination der nachsorgenden Einrichtungen ... 7-107
7.14.4.5 Fachkompetente Versorgungsstrukturen und Gemeindenähe für Suchtpatienten ... 7-107
7.14.4.6 Unzulänglichkeiten in dem fachspezifischen Leistungsprofil und der therapeutischen Kontinuität von Beratungsstellen ... 7-107
7.14.4.7 Bedarf an komplementären und spezialisierten Übergangseinrichtungen wie Tagkliniken und Wohngemeinschaften ... 7-107
7.14.4.8 Wohngemeinschaftsformen – Erfahrungen und Entwicklungsprozesse ... 7-107
7.14.4.9 Erschwerte Anbindung komplexer Störungsbilder ... 7-107

7.14.4.10 Unterschiede in den versorgungsbezogenen Bedarfsstrukturen Alkohol- und Drogenkranker - spezielle Behandlungsprofile für nach § 64 StGB Untergebrachte ... 7-108
7.14.4.11 Kompetente nichtstationäre Versorgungsstrukturen für nach § 64 StGB untergebrachte Drogensüchtige ... 7-108
7.14.4.12 Therapeutische Probleme durch das Nebeneinander angeordneter Freiheitsstrafen und § 64 StGB ... 7-108
7.14.4.13 Einschätzung zur therapeutischen Erreichbarkeit ... 7-108
7.14.4.14 Einstellungen zur nichtstationären Versorgung ... 7-108
7.14.4.15 Bedarfs-, profil- und strukturbezogene Unterschiedlichkeiten nichtstationärer Behandlung nach § 63 versus § 64 StGB Untergebrachter ... 7-109
7.14.4.16 Konstanz in der Patient-Therapeut-Beziehung ... 7-109
7.14.4.17 Freiwillige ... 7-109
7.14.4.18 Forderung nach besseren gesundheits- und sozialpolitischen Vorgaben ... 7-109
7.14.4.19 Diskussion der Befunde unter ausgewählten Gesichtspunkten ... 7-110
7.15 Aufgabenbereiche ambulanter Betreuung ... 7-111
7.15.1 Erhebungsmodus, Stichprobe und Besonderheiten ... 7-111
7.15.2 Stichprobe ... 7-111
7.15.3 Befunddarstellung ... 7-111
7.15.3.1 Divergenzen zwischen geforderten und real praktizierten Funktionsbereichen ... 7-111
7.15.3.2 Zentrale Aufgabenbereiche der ambulanten Betreuung im Überblick ... 7-112
7.15.4 Erläuterungen zur Abbildung ... 7-113
7.15.4.1 Sozialpädagogische Betreuung i. S. der allgemeinen Nachsorge / Case Management ... 7-113
7.15.5 Strukturvorgaben und Versorgungskonzepte als Determinanten für Aufgaben- und Funktionszuweisungen ... 7-113
7.15.5.1 Als unabdingbar erkannte Funktionen - Zentrale und spezifizierte Funktionsbereiche ... 7-114
7.15.6 Spezifizierte funktionsbezogene Divergenzen einzelner der Versorgungsformen - exemplarisch dargestellt zu dem gemeindenahen Ansatz ... 7-115
7.15.7 Diskutierte Übereinstimmungen von den, aus den eigenen Befunden erkannten und andernteils aus den rechtlichen Bezügen zwischenzeitlich zu-erkannten Funktionszuschreibungen ... 7-116
7.15.8 Zusammenfassende Bewertung ... 7-116
7.16 Gründe dafür, daß ambulante Therapie nicht durchgeführt wurde ... 7-118
7.16.1 Stichprobe, Erhebungsmodus, Besonderheiten ... 7-118
7.16.2 Befunde dieser Fragestellung im Einzelnen ... 7-119
7.16.3 Zusammenfassung und Bewertung ... 7-120
7.17 Gründe für den Abbruch ambulanter Therapie ... 7-121
7.17.1 Stichprobe ... 7-121
7.17.2 Darstellung der Befunde ... 7-121
7.17.3 Konstellative Faktoren zum quantitativen und qualitativen Ausmaß des Rückfallgeschehens ... 7-121
7.17.4 Zusammenfassende Bewertung ... 7-122
8 **Neue deutsche Bundesländer und ihre spezifische Versorgungssituation für MRVZ-Patienten ... 8-123**
8.1 Besonderheiten, Erschwernisse und spezifische Probleme zu diesem Kontext ... 8-123
8.1.1 Übergreifende Aspekte ... 8-123
8.1.2 Strukturpolitische Vorgaben - zur spezifischen Lage forensischer Patienten in den Neuen Bundesländern unter Berücksichtigung ihres vormaligen Status in der ehemaligen DDR ... 8-123
8.1.3 Ausgangslage, Hintergründe und Besonderheiten zu den Rahmenbedingungen der initialen Erhebung - strukturpolitische Lage in den neuen deutschen Bundesländern zu diesem Zeitraum ... 8-124
8.2 Ergebnisse der initialen Stichtagserhebung ... 8-125
8.2.1 Verteilung der stationären und ambulanten Patienten unter zusätzlicher Berücksichtigung von deren jeweiligen Einweisungsgrundlagen ... 8-125
8.2.2 Gegenüberstellung der Datenprofile der rekrutierten Einrichtungen zur Nachsorgesituation und Merkmalsstruktur ihrer Klientele (Alter, Eingangsdiagnose, Eingangsdelikte) ... 8-125
8.2.2.1 Mecklenburg-Vorpommern / Stralsund ... 8-126
8.2.2.1.1 Stralsund ... 8-126
8.2.2.2 Sachsen Anhalt / Bernburg und Uchtspringe ... 8-126
8.2.2.2.1 Bernburg ... 8-126
8.2.2.2.2 Uchtspringe ... 8-127

8.2.2.3	Berlin und Klinikum Berlin Buch Berlin-Ost	8-128
8.2.2.3.1	Berlin Buch	8-128
8.2.2.3.2	Erste Entwicklungen zu Belegzahlen von MRVZ-Patienten seit der Rechtsumstellung 03.10.90	8-131
8.2.2.3.3	Erkenntnisse aus Angaben zu Situation und Bedarf an Nachsorge und ambulanter Versorgung und Entwicklungen zu Berlin Buch resp- der Bonhoeffer Klinik	8-131
8.3	Weiterführende Entwicklung der MRVZ-Einrichtungen der neuen Bundesländer	8-132
8.3.1	Erfassungsmodus	8-132
8.3.2	Entwicklungen zur Situation der ambulanten Nachsorge und Versorgung psychisch kranker Straftäter in den Neuen Bundesländern	8-132
8.3.3	Befunde und Erkenntnisse zu Gegebenheiten und Bedarf ambulanter Nachsorge / Versorgung	8-133
8.4	Übergreifende Zusammenfassung, Bewertung und Diskussion der Befunde der initialen und Ergebnisse der weiterführenden Erhebungen zur Situation der Nachsorge / ambulanten Versorgung und Therapie psychisch kranker Straftäter in den neuen Bundesländern	8-134
9	**Chronologischer Abriß zu den ersten ambulanten Versorgungseinrichtungen und Entwicklungen nichtstationärer Versorgung im nationalen Kontext**	**9-136**
10	**Die ´Forensische Institutsambulanz` (´Institutionalisierte Forensische Fachambulanz`) - konzeptionelle und behandlungsbezogene Schwerpunkte**	**10-137**
10.1	Operationalisierung zum Begriffsverständnis ´Forensische Institutsambulanz`	10-137
10.2	Exemplarische Darstellung der Forensischen Institutsambulanz Gießen (Hessen) unter besonderer Berücksichtigung konzeptionell-therapeutischer Gesichtspunkte	10-137
10.2.1	Hinführung	10-137
10.2.2	Erhebungsmodus	10-138
10.2.3	Strukturelle Rahmenbedingungen	10-138
10.2.4	Vorabentwicklung zur Installation der Institutsambulanz	10-138
10.2.5	Status und Entwicklungen zu den Bereichen Versorgung, Bestand, Mitarbeiterschaft	10-138
10.2.6	Konzeptionelle Rahmenbedingungen der Herkunftsklinik	10-138
10.2.7	Konzeptionelle Schwerpunkte der Ambulanzarbeit (ambulanten Kriminaltherapie)	10-139
10.2.8	Wissenschaftliche Begleitung	10-140
10.3	Zusammenfassende Bewertung der Erfahrungen, Probleme und Erfordernisse einer institutionalisierten Forensischen Spezialambulanz	10-141
10.4	Weitere zusätzliche Informationen und Besonderheiten über erfahrungsgeleitete Befunde der übrigen initial rekrutierten Forensischen Institutsambulanzen	10-142
10.4.1	Kleinere etablierte Forensische Institutsambulanz eines Stadtstaates (Bremen)	10-142
10.4.2	Ermächtigungsambulanz und Forensische Institutsambulanz zum Zeitraum der initialen Erhebung (Wiesloch)	10-143
10.4.3	Forensische Institutsambulanz für vordem nach § 64 StGB Untergebrachte (Lohr a. M.)	10-143
10.5	Anteiliger Bestand an Ambulanzpatienten der institutionalisierten, forensischen Fachambulanzen in Relation zu dem der stationären MRVZ-Patienten der jeweiligen Kliniken	10-144
10.5.1	Interpretation der Befunde	10-144
11	**Weitere Entwicklungen zu Modellen von Institutsambulanzen**	**11-145**
11.1	Zusammenfassende Bewertung zur Form der Institutionalisierten Forensischen Spezialambulanz	11-146
12	**Exemplarische Abbildung weiterer weitestgehend gut organisierter ambulanter Behandlungs-modelle ohne offiziell eigenständigem Charakter**	**12-147**
12.1	Anteil der Ambulanzpatienten sog. ´grauer` Ambulanzen zum jeweiligen Bestand an stationären MRVZ-Patienten der zugehörigen MRVZ-Einrichtung	12-147
12.2	Forensische Ambulanz Göttingen	12-147
12.3	Kaufbeuren	12-148
12.4	Regensburg	12-148
12.5	Berlin-Ost, Klinikum Berlin Buch	12-149
12.6	Zusammenfassende Bewertung zur Form ´grauer` Ambulanzen	12-150

13	**Gemeindenaher Ansatz – Modellprojekte des Bundes, besondere Zugangsformen als Konsiliar- und Liaisondienste, konzeptionelle und strukturelle Schwerpunkte, Erfahrungen und Entwicklungen**	**13-152**
13.1	Stichprobe und Erfassungsmodus	13-152
13.1.1	Darstellung der Stichprobe	13-152
13.1.2	Struktureller Hintergrund und Besonderheiten zum Erfassungsmodus	13-153
13.2	Strukturelle Entwicklungen der Modellprojekte	13-154
13.3	Projektvorhaben	13-154
13.4	Zentrale Grundsätze in der Rehabilitations- und Nachsorgepraxis - konzeptionelle und strukturelle betreuungs- und behandlungsbezogene Schwerpunkte	13-155
13.4.1	Übersicht	13-155
13.4.2	Strukturbezogene Maßnahmen	13-156
13.4.2.1	Vermeiden von Stigmatisierung und Ausgrenzung	13-156
13.4.2.2	Erschließen bereits bestehender und Vernetzen vorhandener regionaler Ressourcen	13-156
13.4.2.3	Differenzierter Zugang in der Wahl der Herkunftsregion als Entlaßregion	13-156
13.4.2.4	Begleitung zur Integration bis zur ersten Anbindung in der Region	13-156
13.4.2.6	Case-Management zum Einzelfall	13-156
13.4.3	Spezifische Maßnahmen und konzeptionelle Besonderheiten zur strukturellen Vernetzung der Angebote der Region und Kooperation mit extramuralen Einrichtungen	13-157
13.4.3.1	Realitätsgerechte den aktuellen Stand und potentielle Erschwernisse berücksichtigende Übergabe	13-157
13.4.3.2	Aufarbeitung des Problembestandes an - oft negativen - Vorerfahrungen zur Klientele und deren Betreuung (´Altlasten`)	13-157
13.4.3.3	Fundierter fachforensischer Ausbildungs- und Wissensstand für professional in die Behandlung Eingebundene	13-157
13.4.3.4	Fachforensische Unterstützung eines organisierten Netzwerkes professioneller Helfer	13-157
13.4.3.5	Etablierung von Kooperationsstrukturen auf diversen Ebenen	13-158
13.4.3.6	Einrichtung von ´Gemeindepsychiatriegesprächen`	13-158
13.4.3.7	Kontinuität der professionalen Betreuung und Maßnahmen dazu	13-158
13.4.3.7.1	Etablierung von Arbeitsbündnissen mit außerdem möglichst langfristiger Kontinuität gegenüber u. a. den betreuenden Diensten / Bewährungshilfe/ Führungsaufsicht	13-158
13.4.4	Unabdingbare Vorgaben und spezifische - therapeutisch relevante - konzeptionelle Zu- und Umgangsformen für eine angemessene ambulante Versorgung	13-158
13.4.4.1	Transfer und Bereitstellung von forensischem Fachwissen	13-158
13.4.4.2	Verfügbarkeit forensisch qualifizierter bzw. qualifizierender Dienste zum Zwecke der Qualifikaton, Beratung, Supervision und Krisenintervention	13-159
13.4.4.2.1	Sicherstellen von Präsenz und einer gewissen Fürsorge	13-159
13.4.4.2.2	Zusicherung von Beratungs- sowie speziellen Krisenin terventionsangeboten	13-159
13.4.4.3	Gut vorbereiteter sozialer Empfangsraum	13-159
13.4.4.4	Berücksichtigung personaler Konstanz	13-159
13.4.4.5	Anschluß an aktuellen und realen diagnostisch gesicherten Behandlungsstand	13-159
13.4.4.6	Übergang vom intra- zum extramuralen Setting als per se vulnerable Phase, gezielt geplante, im Anforderungsprofil individuell und im Verlauf phasenhaft gestaltete Periode	13-159
13.4.4.7	Einsatz und Installation gezielt konstruierter Instrumentarien - Gremium der ´Helferkonferenz` als ein zentrales Instrument für Aufbau und Vernetzung der verschiedenen Hilfen und Trägereinrichtungen und zur Steuerung des Rehabilitationsverlaufes	13-160
13.4.5	Exemplarische Abhandlung konzeptioneller Schwerpunkte der jeweiligen Modelle	13-161
13.4.5.1	Verschiedene Lösungen zur Bewältigung des Problems regionaler Versorgungsdistanzen	13-161
13.4.5.1.1	Heimatnähe	13-161
13.4.5.1.2	Mobile forensische Ambulanz	13-162
13.4.5.2	Zum Umgang mit dem Dezentralisierungsproblem	13-162
13.4.5.2.1	Kleinere vernetzte Außenstationen mit der forensischen Ambulanz als Zentrale	13-162
13.4.5.2.2	Sektorisierung	13-162
13.4.5.3	Wohngruppen	13-162
13.4.6	Behandlungsbezogene Befunde einzelner der Modelleinrichtungen	13-162
13.4.7	Relevanz externaler problematischer Einflußgrößen und Strukturdeterminanten des hintergründigen Versorgungssystems - Beispiele	13-163
13.4.7.1	Moringen	13-163
13.4.7.2	Stralsund	13-163

13.5 Weiterhin bestehende Versorgungsprobleme, Hindernisse und Grenzen einer, zwischenzeitlich optimierten, Rehabilitations- und Nachsorgepraxis - zusammenfassender Überblick, kritische Bewertung und Diskussion zentraler Aspekte ... 13-164
13.6 Projektfolgezeit ... 13-167
13.6.1 Erkenntnisse und Entwicklungen zu konzeptionellen Inhalten und Zielvorgaben - Gemeinsamkeiten und Angleichungen ... 13-167
13.6.2 Umsetzung und Fortführung der Projekterkenntnisse ... 13-168
13.6.3 Erhalten grundlegender ambulanter Versorgungsstrukturen durch hausinterne Umwidmung von Mitteln ... 13-168
13.6.4 Problem der kostenmäßigen Zuständigkeit ambulanter Behandlung ... 13-168
13.6.5 Kreativität, Flexibilität, ggfls. Entwicklung auch unkonventioneller Problemlösungen ... 13-168
13.6.6 Relevante Vorgaben an hintergründigem Strukturgeschehen und strukturpolitischen Fortentwicklungen ... 13-169
14 Den Modellerprobungen folgende und übergreifende Weiterentwicklungen ... 14-169
14.1 Zeitlich versetzt erneute Bedarfsformulierung und Bestrebungen um Ressourcenaquirierungen bei hintergründigen Vorerfahrungen und Ressourcen ... 14-169
14.1.1 Mobile Ambulanz Düren ... 14-169
14.1.2 Ambulanzprojekte WZFP / Klinik Lippstadt Eickelborn – Fortgang im Verlauf und kontemporäre Entwicklungen ... 14-171
14.2 Zusammenfassende Bewertung der Erkenntnisse, Erfordernisse und Grenzen der erprobten Modelle gemeindenaher ambulanter Versorgung ... 14-172
14.2.1 Resümee an positiven Erfahrungen der Modellerprobungen ... 14-172
14.2.2 Ziele und Aufgaben der gemeindenahen deutschen Modellprojekte ... 14-172
14.2.3 Entwickelte Effizienzkriterien ... 14-173
14.2.3.1 Behandlungsbezogene Gesichtspunkte ... 14-173
14.2.3.2 Prospektiv zu gestaltende Versorgungsstrukturen – Erkenntnisse und Richtlinien zur Implementierung der Projektziele und Berücksichtigung einhergehender Hindernisse und Problemgrößen ... 14-175
14.2.3.3 Entwicklung und Einsatz fachspezifisch, forensisch-psychiatrisch, qualifizierender und qualifizierter Dienste ... 14-175
14.2.3.4 Berücksichtigen der Vielschichtigkeit und Komplexität forensisch psychiatrischer Störungsbilder im Profil einer adäquaten Versorgung ... 14-175
14.2.3.5 Grundlegende Kriterien zur adäquaten Behandlung psychisch kranker Straftäter und klassisch psychiatrischer Störungsbilder ... 14-175
14.2.3.6 Entwicklung kreativer alternativer Lösungsformen in Versorgungs- und Finanzierungsmodellen - u. a. Kooperationsmodelle, Mischfinanzierungen, Ausgleichsfinanzierung, Aufwandshonorierung ... 14-176
14.2.4 Anteilige Diskussion dieser Form der Versorgung zu anderen Ambulanzformen ... 14-176
14.2.5 Anteilige Entsprechungen in anderweitigen internationalen und speziell anglo-amerikanischen Befunden zum Ansatz der gemeindenahen und ambulanten therapeutischen Nach- und Versorgung psychisch kranker Straftäter ... 14-177
14.3 Andernteils vielerorts strukturpolitisch rückläufige und anteilig auch ressentime Tendenzen ... 14-177
14.4 Ambulante Versorgungsbestrebungen bei hintergründig drängender Bedarfsentwicklung, Anknüpfungen an, Wiederaufnahmen und Fortschreibungen von Anteilen aus dem Gedankengut erprobter Nachsorgemodelle und Bündeln von Erfahrungswissen über geregelten interdisziplinären überregionalen Erfahrungsaustausch und darauf basierende Weiterentwicklungen ... 14-177
15 Angetroffenes Bewußtsein um Erfordernis spezifischer Nachsorge forensischer Patienten über eine dahingehende Befragung der Sozialministerien sowohl der alten als auch der neuen Bundesländer ... 15-178
16 Ambulante Nachsorge und Therapie psychisch kranker Straftäter in Österreich ... 16-180
16.1 Einführung ... 16-180
16.2 Rechtliche Grundlagen und strukturpolitische Hintergründe zur Situation psychisch kranker Straftäter ... *16-180*
16.2.1 Einweisungsgrundlagen ... 16-180
16.2.2 Rechtlicher Hintergrund ... 16-180
16.2.3 Ambulante Behandlungen psychisch kranker Rechtsbrecher auf Anordnung des erkennenden Gerichts ... 16-181
16.2.3.1 Funktion gerichtlich angeordneter Weisungen 16-181
16.2.4 Klientele der ambulant behandelten psychisch kranker Rechtsbrecher ... 16-181
16.3 Strukturelle Vorgaben zur Nachsorge forensischer Patienten ... 16-181

16.4 Versorgungssituation und Formen ambulanter Nachsorge und Behandlung psychisch kranker Rechtsbrecher ... 16-182
16.4.1 Erfassungsmodus ... 16-182
16.4.1.1 Methodisches Procedere und Besonderheiten der initialen österreichischen Erhebung 16-182
16.4.1.2 Übersicht zu den Erkenntnissen der österreichischen Fragebogenerhebung 16-183
16.4.1.2.1 Stichprobe und Rücklauf ... 16-183
16.4.1.2.2 Defizite, Bedarf und Zufriedenheit zur Versorgungsstruktur ... 16-183
16.4.1.2.3 Zusammenfassende Bewertung zu Stand und Bedarf an Versorgung ... 16-184
16.4.1.3 Thematisierte Hindernis- und Störfaktoren ambulanter Behandlung- Indikatoren 16-184
16.4.1.4 Zunehmend niedrige Abbruchquote als Indikator für Akzeptanz 16-184
16.4.1.5 Ausschlußkriterien 16-184
16.5 Gerichtliche Weisung ... 16-185
16.5.1 Weisungsinhalte und deren Verteilung zur Gruppe bedingt entlassener MRVZ-Patienten ... 16-185
16.5.2 Weitere Formen ambulanter Behandlung psychisch kranker Rechtsbrecher ... 16-185
16.6 Patientengut ... 16-185
16.6.1 Forensische Nachbetreuungsambulanz Wien ... 16-185
16.6.1.1 Besonderheiten zum Erhebungsmodus ... 16-185
16.6.1.2 Entstehungsgeschichte der Ambulanz und Vorabentwicklungen ... 16-185
16.6.1.3 Struktureller Kontext der Ambulanz ... 16-186
16.6.1.3.1 Status der Ambulanz ... 16-186
16.6.1.3.2 Kostenträger ... 16-186
16.6.1.3.3 Einzugsgebiet ... 16-186
16.6.1.3.4 Patientengut ... 16-186
16.6.1.4 Untersuchungsansätze und Fragestellungen ... 16-186
16.6.1.5 Subuntersuchung ... 16-186
16.6.1.5.1 Stichprobe und Erhebungsmodus ... 16-186
16.6.1.5.2 Patientengut ... 16-187
16.6.1.5.3 Altersstruktur ... 16-187
16.6.1.5.4 Geschlechtsverteilung ... 16-187
16.6.1.5.5 Delikt- und Diagnosespektrum und dahingehende Merkmalsstrukturen ... 16-187
16.6.1.5.5.1 Anmerkungen zu Stichprobe und Erfassungsmodus der delikt- und diagnosebezogenen Verteilungen ... 16-187
16.6.1.5.5.2 Deliktverteilung ... 16-187
16.6.1.5.5.3 Diagnoseverteilung zur Gruppe der, an der Forensischen Nachsorgeambulanz in Wien behandelten, forensisch psychiatrischen Patienten (Erhebungszeitraum 01.04.92 - 01.04.94) ... 16-188
16.6.1.6 Therapieaufkommen im Rahmen des Behandlungsangebotes der Forensischen Nachsorgeambulanz Wien ... 16-188
16.6.1.6.1 Stichprobe ... 16-188
16.6.1.6.2 Ausfälle ... 16-188
16.6.1.6.3 Operationalisierung zum Begriff 'erhaltene ambulante Behandlung' ... 16-188
16.6.1.6.4 Aufkommen an Therapiekontakten im Rahmen des ambulanten Behandlungsangebotes ... 16-189
16.6.2 Strukturvorgaben, strukturelle und konzeptionelle behandlungsbezogene Besonderheiten ... 16-189
16.6.2.1 Personale Struktur - multiprofessional, flexibel einsetzbar, qualifiziert 16-189
16.6.2.1.1 Personalbestand und Betreuerschlüssel ... 16-189
16.6.2.2 Qualifiziertheit der Betreuer ... 16-190
16.6.2.3 Flexibilität über Honorarkräftelösung mit Werkvertrag ... 16-190
16.6.2.4 Patientenorientierte Ambulanzzeiten ... 16-190
16.6.2.5 Notfallregelungen ... 16-190
16.6.2.6 Behandlungsbezogenes Konzept und therapeutischer Ansatz ... 16-190
16.6.2.7 Spezifika zu Behandlungsstrukturen und therapeutischem Zu- und Umgang der Forensischen Institutsambulanz ... 16-190
16.6.2.7.1 Schwerpunkte des Behandlungskonzeptes beispielhaft der Sexualstraftäterambulanz ... 16-190
16.6.2.7.2 Flexibilität und Anpassungsfähigkeit im therapeutischen Handeln für komorbide Störungsbilder ... 16-191
16.6.2.7.3 Charakteristische Um- und Zugangsformen im therapeutischen Kontakt ... 16-191
16.6.2.8 Hohe Akzeptanz des Angebotes und dahingehende Indikatoren 16-192
16.6.2.8.1 Niedrige Ausfallfrequenzen - Sinkende Ausfallfrequenz bei steigenden Patientenkontakten ... 16-192
16.6.2.8.2 Hoher Freiwilligenanteil ... 16-193
16.6.2.8.3 Hohe Anzahl Behandlungswilliger bei außerdem steigender Nachfrage ... 16-193

16.7 Zusammenfassende Bewertung, Ausblick, weitere Entwicklungen zu den versorgungsbezogenen Strukturen ... 16-193
16.7.1 Versorgungssituation ... 16-193
16.7.2 Bedarf und Neuschaffung forensischer Nachsorgeeinrichtungen ... 16-193
16.7.3 Zusammenfassende Bewertung zur Institutsambulanz Wien ... 16-194
16.7.3.1 Sinkende Ausfallfrequenz bei steigenden Patientenkontakten 16-194
16.7.3.2 Berücksichtigen personenbezogener Merkmale und Strukturen der Klientele, Anpassungsfähigkeit der Behandlung /im therapeutischen Handeln für komorbide Störungsbilder ... 16-194
16.7.4 Ausblick - Prospektive Wünsche und Kritik ... 16-194
17 Teilstationäre Behandlung als Alternative zum stationären Vollzug ... 17-196
17.1 Strukturpolitischer Hintergrund zum Umgang mit psychisch kranken Straftätern in den Niederlanden (NL) ... 17-196
17.2 Spezifische Aspekte des MRVZ in den NL ... 17-197
17.3 Diagnostik und Begutachtung forensisch psychiatrischer Patienten ... 17-197
17.4 Modus einer tagklinischen, teilstationären Unterbringung und therapeutischen Behandlung psychisch kranker Rechtsbrecher - dargestellt am Beispiel der niederländischen Tagklinik De Waag Utrecht ... 17-198
17.4.1 Hinführung ... 17-198
17.4.2 Rekrutierung der Daten ... 17-198
17.4.3 Operationalisierung zum Begriffsverständnis ´Forensische Tagklinik` ... 17-198
17.4.4 Potentieller Bedarf für eine derart konzipierte Einrichtung in Deutschland ... 17-198
17.4.5 Besonderheiten zur konstitutiven Entwicklung ... 17-199
17.4.6 Klinisches Behandlungskonzept ... 17-199
17.4.7 Bisherige Entwicklungen dieser Einrichtung ... 17-199
17.4.8 Behandlungskonzept und therapeutische Richtlinien – Programmelemente und bevorzugte Therapiemodi ... 17-199
17.4.8.1 Zeitrahmen und Abschnitte der tagklinischen Behandlung ... 17-199
17.4.8.2 Zentrale – therapeutische - Programmkomponenten ... 17-200
17.4.8.3 Strukturierte, in sich abgestufte, ziel- und hypothesengeleitete Therapieplanung 17-201
17.4.9 Procedere zur Nachsorge ... 17-201
17.4.10 Modi und Grundlagen der Einweisung ... 17-201
17.4.11 Katamneseergebnisse einer vergleichenden Follow-Up-Untersuchung ... 17-202
17.4.11.1 Erhebungsmodus und Stichprobe ... 17-202
17.4.11.2 Interdependenzen zu strukturpolitischen Prozessen ... 17-202
17.4.11.3 Personenmerkmale der tagklinischen Patienten - Alter, Herkunft, Geschlecht, Diagnosen, Einweisungsdelikte ... 17-202
17.4.11.4 Anteiliger Bestand an Ersttätern und Wiedereinweisungen ... 17-202
17.4.11.5 Vorausgegangene Behandlungen ... 17-202
17.4.11.6 Psychopathologisches Niveau ... 17-202
17.4.11.7 Kennzeichnende Personenmerkmale zur Gruppe der Therapieabbrecher versus der –beender ... 17-202
17.4.11.8 Rückfälligkeit ... 17-203
17.4.11.8.1 Gegenüberstellung der Rückfallquoten aus der Gruppe der Therapiebeender versus der - abbrecher ... 17-203
17.4.11.8.2 Über offizielle Statistiken ausgewiesene Rückfallquoten ohne eine solche Form der Behandlung ... 17-204
17.4.11.9 Straftaten, deren Aufkommen und Ausformung, festgesetzte Strafen und Strafbemessung für Patienten nach abgeschlossener tagklinischer Behandlung ... 17-204
17.4.11.9.1 Straftaten und Strafbemessung ... 17-204
17.4.11.9.2 Ausformung der Straftaten ... 17-205
17.4.11.10 Posttreatmentresultate ... 17-205
17.4.12 Zusammenfassende Darstellung, Diskussion und Bewertung der Befunde ... 17-205
18 Ambulante Versorgung psychisch kranker Straftäter in der Schweiz ... 18-210
18.1 Rechtliche Grundlagen ambulanter Therapie psychisch kranker Straftäter in der Schweiz ... 18-210
19 Professionale ambulante Versorgung und Personalausstattung - Richtlinien ... 19-213
19.1 Erfaßte Inhalte und Stichproben ... 19-213
19.1.1 Rechtliche Bezüge zur personalen Ausgestaltung des MRVZ als hintergründig strukturbestimmende Determinanten und Anhaltewerte zum Kontext einer adäquaten Personalausstattung ... 19-213
19.1.2 Einschub: Personalanhaltszahlen ... 19-213
19.1.2.1 Standardrichtlinien für eine aufgabengerechte Personalausstattung 19-213

19.2	Bedeutsamkeit personaler Bedingungskonstellationen für die Behandlungsqualität – Definitionund Forderungen optimierter Konditionen personaler Versorgung	19-214
19.2.1	Personale Konditionen als Kriterien für die Behandlungsqualität	19-214
19.2.2	Forderungen um optimiertere Vorgaben	19-214
19.2.3	Ergänzende Beanstandungen zu quantitativen und qualitativen Engpässen und Mängeln der personalen Versorgung aus auch anderen Kontexten der deutschen Untersuchungen	19-214
19.2.4	Relevanz der Qualität der vorausgegangenen stationären personalen Versorgung für die ambulante Behandlung	19-214
19.3	Personalstrukturen verschieden konzipierter Ambulanzmodelle - Ausstattung und Entwicklung des Personalstandes	19-215
19.3.1	Personalstruktur institutionalisierter forensischer Fachambulanzen - Gegenüberstellung	19-215
19.3.2	Personale Konstellation zum besonderen Fall der psychosozialen Rehaabteilung einer Entzugsklinik	19-216
19.3.3	Entwicklungen und Veränderungen zum Personalstand von Personalstrukturen über die Zeit	19-217
19.3.4	Personelle Ausstattung der Modellprojekte	19-218
19.3.5	Stellenprofile mit Funktionsbereichen von Ambulanzmitarbeitern – dargestellt zu einem der gemeindenahen Projektmodelle mit dem Schwerpunkt Wohngemeinschaftbetreuung	19-219
19.3.6	Aufgrund der defizitären Ausgangslage vorab noch nicht deklarierte, in den Funktionen jedoch abzudeckende weitere Stellenprofile	19-219
19.4	Erläuternde und übergreifende Ausführungen der Erkenntnisse zu professionalen Ausgestaltungen, Entwicklung des Personalstandes, Stellenprofilen und personalen Strukturen des Ambulanzteams	19-220
19.4.1	Erfahrungen deutscher gemeindenaher Modellprojekte	19-220
19.4.1.1	Erfordernis um An-Passung, dynamische inhaltliche und strukturelle Adaptation von Stellenprofilen, personalem Bedarf, Definition des Arbeitsbereiches und -platzes	19-220
19.4.1.2	Spezifika zum personalen Eignungsprofil - Fundierte fachforensische Erfahrung vor Zuschreibungen bestimmter Professionen	19-220
19.4.1.3	Spezifika zum personalen Eignungsprofil - Stellenprofil leitender Tätigkeiten	19-220
19.4.2	Ambulanzformen übergreifender Erkenntnisstand	19-221
19.4.2.1	Multiprofessionales Team nachweislich fachforensisch qualifizierter Mitarbeiter	19-221
19.4.2.2	Einzelfallbezogene sozialarbeiterische Hilfen - Case Work	19-221
19.4.2.3	Angehörigen- und Öffentlichkeitsarbeit	19-221
19.4.2.4	Strategien zur Begegnung des Problems der personalen Kontinuität	19-221
19.5	Case Load	19-221
19.6	Sicherstellen der personaler fachforensischer Kompetenz über definierte qualifikatorische und ausbildungsbezogene Standards und Anforderungsprofile zur Mitarbeiterqualifikation	19-221
19.6.1	Stichprobe	19-221
19.6.2	Anforderungsprofil an Mitarbeiter der Ambulanz	19-221
19.6.3	Bedingungsfaktoren einer adäquaten Qualifikation	19-223
19.6.4	Spezifika an qualifikatorischen Anforderungen - außerordentliche (zusätzliche) Aufwendungserfordernisse für das Personal zur ambulanten Behandlungsführung psychisch kranker Straftäter	19-223
19.6.5	Resümee	19-224
19.7	Geregelte Supervision und fachgerechte Beratung der Therapeuten	19-224
19.8	Unzureichende Bestände an qualifiziertem Fachpersonal und Erfordernis um forensische Ausbildungsmöglichkeiten	19-224
19.9	Forensische Ausbildungsmöglichkeiten	19-224
19.10	Rekrutierung ambulanter und insb. therapeutischer Mitarbeiter - Vorgaben und Anforderungen	19-225
19.10.1	Rekrutierungsversuche ambulanter Mitarbeiter zur ambulanten Sexualstraftäter behandlung	19-225
19.11	Diskussion und Zusammenschau von Aspekten und Vorgaben zu den personalen Bedarfs- und Anforderungsprofilen	19-226
19.11.1	Personale Qualifikation und fachspezifische Kompetenz	19-226
19.11.2	Personale Konstanz	19-226
19.11.3	Professionale Vernetzung	19-226
19.11.4	Relevanz der Qualität der stationären Vorerfahrungen für die nichtstationäre Betreuung	19-226
19.11.5	Therapeutische Bedeutung des Personalschlüssels	19-226
19.11.6	Anforderungsprofile zu den personalen Strukturen der Versorgung und deren ambulante und anteilig auch stationäre Vorgaben sowie Arbeitsinhalte und Leistungsaufwendungen konzeptionell fundierter ambulanter Behandlungsformen	19-227

19.11.7	Reziprozität von Bedarf und Strukturvorgaben	19-228
19.11.7.1	Bezüge zum Behandlungsaufwand mit der Erfordernis um dahingehende dynamische bedarfsorientierte, indikationsgeleitete Gestaltungsmöglichkeiten	19-228
19.11.8	Case-Load	19-228
19.11.9	Personal- und Stellenprofile	19-229
19.11.10	Schwierigkeit der Rekrutierung externer qualifizierter therapeutischer Mitarbeiter	19-229
19.11.11	Rechtliche Absicherungen	19-229
19.11.12	Angemessene Gratifikation / Honorierung zum hohen Anspruchsprofil	19-229
19.11.13	Gesicherte Verfügbarkeiten einer passenden Versorgung	19-229
19.11.14	Geregelte Supervision und fachgerechte Beratung	19-229
19.11.15	Erfordernis um Standards im personalen Anforderungsprofil, Sicherstellung adäquater fachspezifischer Qualifikation und Kompetenzbildung	19-230
19.11.15.1	Effizienzkriterium fachspezifischer Qualifikation und drängendem Bedarf um Aus- und Fortbildung	19-230
19.11.16	Hohes und besonderes personales Eignungs- und Anforderungsprofil In vielen Bezügen hoher oft spezieller Anspruch an das personale Eignungs- und Anforderungsprofil	19-230
20	**Kostenregelungen, Finanzierungsmaßnahmen, ökonomische Aspekte zum Kontext ambulanter Behandlung psychisch kranker Straftäter**	**20-231**
20.1	Erfassungsmodus und Befunde zu den Finanzierungsformen	20-231
20.2	Diverse Aspekte zur Kostenbeteiligung und Kostenträgerschaft	20-232
20.3	Erfahrungen zum Kontakt mit den potentiell kostentragenden bzw. in den zugehörigen Entscheidungsprozeß eingebundenen Behörden	20-233
20.4	Forderung um formal abgesicherte, rechtliche, Grundlagen zu Fragen der Trägerschaft/ Haftung und Formen der Finanzierung	20-234
20.5	Weitere Aspekte kostentechnischer Regelungen resp. zu den Problemen der kostenmäßigen Zuständigkeit und dahingehende Bewältigungsversuche	20-234
20.5.1	Vorteile des Modus der Langzeitbeurlaubung mit allerdings der Übernahme anfallender Kosten und Platzhaltegebühren	20-235
20.5.2	Alternative Finanzierungs- und Kostenträgermodelle	20-235
20.5.3	Resümee und weiterführende abrechnungstechnisch relevante Aspekte	20-235
20.6	Quantitative und qualitative Aspekte zu Betreuungsleistungen ambulanter Behandlung	20-236
20.6.1	Konzeptionelle Ausrichtung als einflußreicher Faktor für die Personalstruktur	20-236
20.7	Zeit- und leistungsbezogene versorgungstechnische Aufwendungen	20-236
20.7.1	Betreuungsaufwand einer etablierten forensischen Institutsambulanz	20-236
20.8	Ökonomische Aspekte ambulanter Kriminaltherapie	20-238
20.8.1	Kosten ambulanter Kriminaltherapie Hessen / Haina	20-238
20.9	Ökonomische Aspekte aus der Behandlung von Sexualstraftätern der Forensischen Nachbetreuungsambulanz Wien	20-240
20.9.1	Stichprobe	20-240
20.9.2	Fragestellung	20-240
20.9.3	Status, Herkunft und Verbleib der Sexualstraftäter der Stichprobe März 1992 – April 1998	20-240
20.9.4	Aspekte der Wirtschaftlichkeit	20-240
20.9.4.1	Tagessätze	20-241
20.9.4.2	Ambulante Behandlungsweisung als Möglichkeit zur kostensparenden ambulanten Therapien - Zum Einfluß der Weisung auf Rückfallraten und volkswirtschaftliche Folgekosten	20-241
20.9.4.3	Rückfälligkeit	20-241
20.9.4.4	Budget, Aufwendungs- und Personalkosten	20-242
20.9.4.5	Aufwendungen der forensischen Nachbetreuungsambulanz Wien 1997, '98, '99	20-242
20.9.4.5.1	Sinkende Ausfallfrequenz bei steigenden Patientenkontakten	20-242
20.10	Zusammenfassende Bewertung der Ergebnisse zur Kosteneffektivität	20-243
20.10.1	Diskussion der Ergebnisse unter Einbezug anderweitiger Stellungnahmen zur Kosteneffizienz ambulanter Programme aus dem nationalen und internationalen Kontext	20-243
20.10.2	Resümee zur Kosten-Nutzen-Kalkulation - Zusammenfassende Bewertung ökonomischer Vorteile einer Forensischen Ambulanz	20-244
21	**Entwicklungen zur Situation der stationären Unterbringung im deutschen MRVZ**	**21-245**
21.1	Entwicklung der Prävalenzzahlen im MRVZ Untergebrachter	21-245
21.2	- Kostenrelevante - Entwicklungen zum MRVZ in Bayern und primär zur Situation der stationären Unterbringung der MRVZ-Patienten	21-250
21.3	Jüngere strukturpolitische Entwicklungen - strukturelle Einflußgrößen mit Relevanz für die stationäre Aufenthaltsdauer potentiell ambulant zu führender Patienten	21-253

21.4 Zusammenfassende Bewertung - Entwicklungen zur Konstellation der Gruppe stationär untergebrachter MRVZ-Patienten und deren Relevanz im Hinblick auf eine prospektive ambulante Versorgung ... 21-254
21.4.1 Defizite, Mißstände, Unterversorgung, unzureichende bis fehlende Möglichkeiten zur Nachsorge ... 21-255
21.4.1.1 Weiterhin unzureichende Nachsorge zur überwiegenden Anzahl der MRVZ - Kliniken ... 21-255
22 Als adäquat erkannte konzeptionelle und strukturelle Um- und Zugangsformen ambulanter Betreuung und Behandlungsführung - Befundlage, Erkenntnisse, Prämissen ... 22-258
22.1 Begriffsdefinitionen, Erhebungsmodi, Stichproben, Besonderheiten ... 22-258
22.1.1 Operationalisierung des Kriteriums ´adäquate therapeutische Zugangsform` ... 22-258
22.1.2 Operationalisierung des Begriffes ´behandlungsbezogen günstige Faktoren` ... 22-258
22.1.3 Fragestellungen, Erfassungsmodi, Stichproben ... 22-258
23 Einsatz psychotherapeutischer Methoden und Schulen ... 23-259
23.1 Erhebungsmodus und Stichprobe ... 23-259
23.1.1 Tatsächlich angetroffene psychotherapeutische Schulen ... 23-261
23.1.2 Angetroffene psychotherapeutische Methoden (i. S. von ´Schulen`) ... 23-262
23.2 Verhältnis der in der Versorgung angetroffenen psychotherapeutischen 'Schulen' zueinander und ihr anteiliges Aufkommen ... 23-263
23.3 Schulenübergreifende Gemeinsamkeiten - als adäquat erfahrenen Zu- und Umgangsformen, Entsprechungen im professionalen Selbstverständnis, Erschwernisse in der Umsetzung, ausbildungsbezogene Probleme, hohe und spezifische Anforderungs- und Belastungsprofile ... 23-264
23.3.1 Abkehr vom strengen Methodenpurismus bei geringem therapeutischen Nutzen statisch unflexibler resp. starrer dogmatisch - orthodoxer Therapiesettings ... 23-264
23.3.2 Störungsspezifische, indikationsgeleitete, individuelle Ausgestaltungserfordernis der Behandlung bei eklatanter Ist-Soll-Differenz zum Versorgungsstand adäquater therapeutischer Angebote ... 23-265
23.3.3 Professionale Aspekte ... 23-265
23.3.3.1 Erfordernis störungsspezifisch ausgerichteter professionaler Qualifikationen 23-265
23.3.4 Weitere behandlungs- und betreuungsbezogene Maßnahmen - ggfls. zusätzlich zur psychotherapeutischen Versorgung ... 23-266
23.3.4.1 Zusätzlich integrierte medizinisch psychiatrische Behandlungsansätze ... 23-266
23.3.4.2 Aufschlüsselung der Betreuungsformen und des Anteiles indizierter ambulanter Psychotherapien bei entlassenen MRVZ-Patienten zur mobilen Ambulanz (Düren) ... 23-266
23.3.4.3 Formen alltagssupportiver Begleitung und Hilfen - Case Management / Case Work 23-266
23.4 Anteil weiterführender ambulanter psychotherapeutischer Behandlung nach stationärer Psychotherapie aus der deutschen Stichprobe ... 23-266
23.5 Anteiliges Aufkommen psychotherapeutischer Behandlungen im Kontext der ambulanten Behandlungsführung ... 23-266
23.5.1 Offiziell konstituierte Ambulanzen (Stichprobe initiale deutsche Erhebung) ... 23-266
23.5.2 Einrichtungen ohne offiziellen Ambulanzstatus ... 23-267
23.6 Ausgewiesener Bestand versus tatsächlicher Bedarf - Ausgestaltung des ambulanten therapeutischen Settings und Selektion ambulanter Patienten als reziproke Bedingungsfaktoren ... 23-267
23.6.1 Einschub: Diskussion anderweitiger Befunde zur Bedürftigkeit und Nutzung ambulanter psychotherapeutischer Behandlung - für Straftäter rekrutierte Erkenntnisse in Gegenüberstellung eigener Befundinhalte zu psychisch kranken delinquenten forensischen Patienten ... 23-267
23.6.2 Berücksichtigung von Kontraindikationen und Ausschlußkriterien ... 23-268
23.6.3 Relevanz gezielter Vorabselektion für angemessene Akzeptanz und Effektivität ... 23-268
23.6.4 Berücksichtigung der unterschiedlichen Formen von Ambulanzarbeit und ihrer Passung ... 23-269
23.6.5 Probleme in der Versorgung von Persönlichkeitsstörungen und komplexen Störungsbildern ... 23-269
23.6.5.1 Prototypische Anforderungsprofile und Behandlungsprogramme ... 23-269
23.6.5.2 Versorgung der Patientengruppe mit klassisch psychiatrischen Störungsbildern ... 23-269
23.6.5.3 Spezifische Behandlungserfordernisse nach § 64 StGB untergebrachter Suchtkranker bei Unterschiedlichkeiten in Therapieanforderungen nach § 63 und § 64 StGB Untergebrachter ... 23-269
23.6.6 Alltagserprobung und -bewährung unter Realitätsbezug als definierter Therapiebestandteil ... 23-270
23.6.6.1 Einbezug der Alltagsrealität, von alltagspraktischen und materiellen Anforderungs- und Problemsituationen ... 23-270

23.6.7 Einsatz aktiver, nachgehender bzw. direktiver therapeutischer Maßnahmen mit erhöhter Bereitschaft zur Aufnahme und Aufrechterhaltung der Beziehung zum Patienten 23-270
23.6.8 Soziale Bezüge und Bindungen als wesentliche Einflußgrößen von hoher versorgungs-, betreuungs- und behandlungsbezogener Relevanz 23-270
23.6.9 Angehörigenarbeit mit angestrebter Kooperation der Bezugspersonen 23-271
23.6.10 Herausragende Bedeutung des Elementes der Beziehung und der Beziehungsarbeit 23-271
23.6.11 Personale Konstanz und Kontinuität im therapeutischen Kontakt 23-271
23.6.12 Struktur, Klarheit und Transparenz im Kontext der ambulanten Behandlung gegenüber allen beteiligten Personen, Institutionen und Bezügen 23-271
23.7 Qualitätssichernde und evaluative Methoden 23-272
23.7.1 Verfügbarkeit und Sichern personaler Fachkompetenz über fachforensischen Qualifikationsnachweis und Qualifizierungsfunktionen qualifizierter und qualifizierender Dienste 23-272
23.7.2 Hypothesengeleitetes Procedere mit hintergründig kybernetischem Theoriemodell zur theoriegeleiteten Konzipierung, Entwicklung, Durchführung und Evaluation individueller Therapiepläne 23-272
23.7.3 Kritischer Übergang nach der - bedingten - Entlassung als besonders vulnerabler, labilisierender und krisengefährdeter Zeitraum - sensible Handhabung und Gestaltung 23-273
23.7.4 Gut vorbereiteter Empfangsraum, Vorliegen stabiler Umweltfaktoren und abgeklärter sozialer Bezüge als protektive Größen 23-273
23.7.5 Vernetzung von Angebot und Versorgern, abgestimmte Kooperationen, geregelter Informationsaustausch aller wesentlich an der Behandlung Beteiligten und Installation dahingehender Regularien 23-274
23.7.6 Integratives Über- und Ineinandergreifen des stationären und ambulanten Behandlungsansatzes 23-274
23.7.7 Differenzierter Zugang und diverse Ansätze zum Problem der oft erheblichen Distanzen resp. der Heimatnähe und –ferne zur ambulant nach- behandelnden Institution 23-274
23.8 Therapeutische Vorgehensweisen und Anforderungen zu Beginn ambulanter Behandlungsführung und Schritte im Zuge der -bedingten- Entlassung 23-275
23.8.1 Übergangsraum intramuraler zu extramuraler Behandlung 23-275
23.8.2 Initiale therapeutische Prämissen / Erfordernisse zum Anfangsstadium ambulanter Behandlungsführung 23-276
24 Krisensituationen und Rückfallgeschehnisse - Aufkommen, adäquater Umgang, Charakteristika, Bedingungsfaktoren, Verläufe - Ergebnisse und Aspekte zu Rückfallauf-kommen und –geschehen 24-278
24.1 Stichprobe und Besonderheiten zum Erhebungsmodus 24-278
24.2 Zentrale Faktoren und charakteristische Momente, Management, Aufkommen, Bewältigung krisenhafter Entwicklungen im Kontext der ambulanten Behandlung psychisch kranker Straftäter 24-278
24.2.1 Stichprobe 24-278
24.2.2 Befunde - Aufkommen, Charakteristika, adäquater Umgang, Bewältigen von Krisensituationen 24-278
24.2.2.1 Kriseninduzierende Faktoren der vulnerablen Übergangszeit – Aufkommen, Charakteristika 24-278
24.2.2.2 Übereinstimmungen an Charakteristika zu Krisenverläufen basierend auf den katamnestischen Befunden eines der gemeindenahen Modellprojekte 24-279
24.2.2.3 Krisenhafte Entwicklungen begünstigende Faktoren 24-280
24.2.2.4 Übereinstimmungen zu als präventiv wirksam eingestufte Faktoren 24-280
24.3 Weitere behandlungsbezogene Vorgaben und Vorgehensweisen rückfallprophylaktischer Strategien, Kriterien (Effektivitätsmerkmale) und als bewährt erfahrener Maßnahmen zur Prävention und Reduktion krisenhafter Entwicklungen 24-281
24.3.1 Stichprobe 24-281
24.3.2 Befunde 24-281
24.3.3 Qualitätssicherung und Qualifizierung - Berücksichtigung qualitätssichernder Erfordernisse und Maßnahmen als Kriterien von präventiver Relevanz 24-283
24.3.4 Zusammenfassung 24-287
25 Rückfallbezogene Ergebnisse und Aspekte 25-289
25.1 Rückfallkriterium als Erfolgskriterium der Legalbewährung - differenzierter Zugang 25-289
25.1.1 Begriffsdefinitionen 25-289
25.1.1.1 Operationalisierung des Terminus ´Rückfallkriteriums als Erfolgskriterium der Legalbewährung` 25-289

25.1.1.2	Operationalisierung des Terminus 'Rückfall'	25-290
25.1.2	Differenzierterer Zugang zum Rückfallkriterium als Erfolgskriterium der Legalbewährung	25-290
25.1.2.1	Erfordernis um differenzierte therapeutisch und juristisch integrierbare, flexible individuell ausrichtbare Reaktionsformen	25-290
25.1.3	Zusammenfassende Bewertung und Diskussion zum Erfolgskriterium 'Rückfälligkeit'	25-290
25.2	Rückfallaufkommen und –geschehen	25-291
25.2.1	Stichprobe, Erhebungsmodus, Besonderheiten	25-291
25.2.2	Rückfallgefährdung	25-291
25.2.3	Prophylaktisch als wirkungsvoll erfahrene Faktoren	25-291
25.2.3.1	Berücksichtigen von Vorabselektion und Kontraindikationen	25-292
25.2.3.2	Laufende und beendete Behandlung: Reduktionen von Rückfällen in Ausprägung und Verlauf während und nach ambulanter Behandlung und rückfallbezogen und legal-prognostisch deutlich schlechtere Entwicklungen resp. Perspektiven für Therabie-abbrecher gegenüber -beendern	25-292
25.2.4	Informationen zu Rückfallaufkommen und -geschehen ambulanter Patienten aus ergänzenden Angaben und katamnestischen Untersuchungen	25-292
25.2.4.1	Ergänzende Angaben zum Rückfallaufkommen der Forensischen Institutsambulanz Gießen	25-292
25.2.5	Orientierende Anmerkungen zu Rückfallraten	25-293
25.2.6	Zusammenfassung - Rückfallbezogen und legalprognostisch deutlich schlechtere Entwicklungen und Perspektiven für Abbrecher gegenüber Beendern - Vollständig durchlaufene Behandlungsprogramme als ein unter präventiven legalprognostischen Gesichtspunkten günstiger Indikator, - Reduktion von Rückfällen in Schwere und Ausmaß nach durchlaufenen Therapieprogrammen	25-294
26	**Zur Akzeptanz der Einrichtung einer Ambulanz**	**26-295**
26.1	Relevanz der Thematik und Erfassungsmodus	26-295
26.1.1	Direkte Aussagen zur Akzeptanz	26-295
26.1.2	Akzeptanz ambulanter Maßnahmen durch vordem nach § 63 StGB untergebrachte Patienten Forensische Institutsambulanz Gießen, Forensische Ambulanz Göttingen)	26-296
26.1.3	Akzeptanz ambulanter Behandlungsmaßnahmen vormals nach § 64 StGB Untergebrachter	26-296
26.1.4	Patientenakzeptanz von Anordnungen, Weisungen und Auflagen	26-296
26.1.5	Akzeptanz seitens der Vertreter der Justiz	26-296
26.1.6	Kontakte mit gut installierten Bezügen, deren Erhalt, Transparenz und Klarheit als akzeptanzförderliche Maßnahmen	26-297
26.1.7	Verbesserung der Akzeptanz in der Öffentlichkeit und gegenüber Bezugspersonen	26-297
26.1.7.1	Hohe Akzeptanz seitens der Patienten bei adäquater Versorgung	26-297
26.1.7.2	Gründe für mangelnde Patientenkompliance und -akzeptanz	26-297
26.1.7.3	Indikatoren für eine hohe Akzeptanz der ambulanten Versorgung	26-298
26.2	Zusammenfassende Bewertung als akzeptanzförderlich und -hemmend erkannter Faktoren	26-299
26.2.1	Bestand akzeptanzförderlicher und –hinderlicher Faktoren	26-299
26.2.2	Patientenseite	26-299
26.2.2.1	Anmerkung und Diskussion	26-300
26.2.3	Personalseite	26-300
26.2.4	Richtlinien zum Kontakt der Ambulanz gegenüber den Beteiligten	26-302
26.3	Diskussion und Bewertung zu den Prämissen für adäquate ambulante Behandlung	26-303
26.3.1	Entsprechungen deskriptiv vermittelter als wirksam erlebter Erfahrungswerte und Zugangsformen extramuraler Psychotherapie mit psychisch kranken Straftätern	26-303
26.4	Gemeinsamkeiten und Überschneidungen an Merkmalen psychisch kranker Delinquenten des Regelvollzugs mit denen der MRVZ-Patienten	26-304
26.5	Problem- und Erschwernisfaktoren der Klientele	26-304
26.6	Differenzierter Zugang zu den Konzepten 'Therapiebedürftigkeit, -motivation und –geeignetheit' sowie 'Leidensdruck'	26-305
26.7	Zentrale Bedingungsfaktoren und daraus abgeleitete Richtlinien adäquater ambulanter Behandlungsplanung, -führung und -gestaltung bei Entsprechungen von Prämissen aus den eigenen Untersuchungen und Effektivitätsfaktoren der Behandlungsforschung	26-306
26.7.1	Überblick zu den Ergebnissen der Behandlungs- und Evaluationsforschung	26-306
26.7.2	Erkenntnisse aus Metaanalysen zur Effektivität therapeutischer Programme in der Behandlung von Straftätern mit Richtlinien für effektivere Behandlungsprogramme - eine Übersicht	26-306
26.7.3	Kontextuale Bewertung der Effektivität von Interventionen und deren Aus-Wirkungen	26-306
26.7.4	Relative Bedeutung von Entwicklungseinheiten	26-307

26.7.5 Entsprechungen zu als präventiv, d. h. rückfall- und krisenprophylaktisch wirksam erfahrenen Strategien, Maßnahmen und bewährten Instrumentarien anderweitiger Behandlungsprogramme ... 26-307
26.7.6 Anteilig erprobte Behandlungsprogramme von Straftätern ... 26-313
27 Zusammenfassung der Ergebnisse zur ambulanten Betreuung/ Versorgung/ Therapie und Nachsorge psychisch kranker Straftäter ... 27-317
27.1 Unzureichende Repräsentanz dieses Sektors ... 27-317
27.2 Bezüge und Objekte, Procedere und Methoden ... 27-317
27.2.1 Übersicht und kritische Bewertung der Vorgehensweisen zur Erhebung ... 27-317
27.2.2 Erschwernisse, Hindernisse und Grenzen der Untersuchungen ... 27-319
27.2.3 Ausblick und Empfehlungen für weiterführende Untersuchungen ... 27-320
27.2.4 Operationalisierungserfordernisse respektive abzuklärende Einheitlichkeit zu den Definitionen und dem Verständnis zentraler Begrifflichkeiten ... 27-320
27.3 Unterschiedliche Formen ambulanter Versorgung ... 27-320
27.4 Zentrale Funktionen, Leistungen und Aufgaben organisierter ambulanter Versorgung und deren Abhängigkeit von der hintergründigen Versorgungsstruktur ... 27-322
27.5 Bedarf an nichtstationärer angemessener ambulanter therapeutischer Versorgung und eklatante Ist-Soll-Differenz dazu ... 27-324
27.6 Unterversorgung als eigenständiger Risikofaktor ... 27-324
27.6.1 Verzögerte Entlassungen, Verlängerung der Unterbringungsdauer durch defizitäre, resp. Verkürzungen der stationären Unterbringung durch alternative nichtstationäre Versorgung ... 27-324
27.6.2 Problematische Vorabselektion aufgrund defizitärer Gegebenheiten ... 27-324
27.7 Erfordernis um bedarfsgerechte und dynamische, durchlässige, flexible Versorgungsstrukturen mit Entsprechungsmöglichkeiten von Bedarfsprofilen ... 27-324
27.7.1 Komplementäre Einrichtungen und spezifische Versorgungsformen - Defizite und Bedarf ... 27-325
27.7.2 Vielschichtigkeit, Komplexität und oft Komorbidität forensisch psychiatrischer Störungsbilder ... 27-325
27.7.3 Bedarf ambulanter Psychotherapie psychisch kranker Straftäter ... 27-326
27.8 Übersicht zu den zentralen Bedingungsfaktoren, Prämissen und Richtlinien als adäquat erfahrener Zu- und Umgangs- bzw. Behandlungsformen ... 27-326
27.8.1 Strukturrelevante Prämissen - Vorgaben für prospektiv zu gestaltende optimierte Versorgungsstrukturen – Forderungen, Grenzen, Erschwernisfaktoren ... 27-327
27.8.2 Unabdingbarkeit eines Angebotes der Nachsorge ... 27-327
27.8.3 Entlassung nur unter bestimmten Voraussetzungen ... 27-327
27.8.4 Gesamtbehandlungsplan - Ineinanderwirken intra- und extramuraler Strukturen und therapeutischer Implikationen ... 27-327
27.8.5 Bewußtsein um komplexe Wirkzusammenhänge, Wirk-systeme und gegenseitige Bedingtheiten ... 27-327
27.8.6 Etablierung alternativer Versorgungs-Muster in bestehende Versorgungs-Systeme als vulnerabler Prozess ... 27-327
27.8.7 Bedeutsamkeit von Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit ... 27-328
27.8.8 Gesetzliche Fundierung ... 27-328
27.8.9 Prinzip des 'haltenden Übergangs' und erster Erprobungen in einem geschützten Rahmen ... 27-328
27.8.10 Alltagserprobung als definierter Therapiebestandteil ... 27-329
27.8.11 Case-Management mit alltags- supportiven und sozialpädagogischen Einzelfallhilfen ... 27-329
27.8.12 Emanzipatorischer Ansatz ... 27-329
27.8.13 Einbezug der Alltagsrealität mit deren Anforderungen, alltagspraktischen und materiellen Problemen und Erschwernissen ... 27-329
27.8.14 Strukturrelevante Prämissen zur Behandlungsgestaltung und dahingehende Vorgaben zur Entlassung und v. a. den Nachsorgestrukturen ... 27-329
27.8.15 Übergang nach der - bedingten - Entlassung als besonders vulnerabler und krisengefährdeter Zeitraum - frühzeitig und gut geplante Übergangszeit mit stufenweiser Erprobung ... 27-329
27.8.16 Entsprechung des Bedarfsprofils in den Angebotsstrukturen, Passung, flexible diverse, strukturierte, teilstrukturierte und offene Angebote ... 27-330
27.8.17 Angebots- und patientenorientierte, individualisierte, anpassungsfähige Behandlungsstrukturen unter Abstimmung über differenzierte Indikationsstellung und individuelle Ausrichtung der Maßnahmen ... 27-330
27.8.18 Verfügbarkeit von Krisenineterventionen, grundsätzlich möglicher Rückstufung und Zusicherung auf ein Klinikbett ... 27-330

27.8.19	Stabiles Entlaßumfeld und gut vorbereiteter sozialer Empfangsraum als günstige Indikatoren sozial- und legalprognostisch und zum Verlauf ambulanter Behandlungsmaßnahmen	27-331
27.8.20	Einbezug des sozialen Kontextes - Angehörigen- und Bezugspersonenarbeit - soziale Bezüge und Bindungen als Einflußgrößen von hoher Relevanz	27-331
27.8.21	Herausragende Bedeutung des Elementes der Beziehung und der Beziehungsarbeit	27-331
27.8.22	Konsolidierung und Konstanz der Betreuungspersonen	27-331
27.8.23	Struktur, Klarheit und Transparenz	27-331
27.8.24	Stringenz und Homogenität in der Behandlung	27-332
27.8.25	Gesamtheitliche Bewertung und systemische Gesichtspunkte	27-332
27.8.26	Primat eines individuenzentrierten indikationsgeleiteten therapeutischen Ansatzes	27-332
27.8.27	Vernetzung von Funktionen, Informationen und Kooperation professionellen Helfern / Betreuern, Institutionen und sozialen Bezüge	27-332
27.9	Qualitätssicherung, - kontrolle und -management	27-333
27.9.1	Relevanz von Passung und gezielter Vorabselektion der ambulanten Therapie	27-333
27.10	Als akzeptanzförderlich und -hemmend erkannte Faktoren	27-334
27.11	Personale Vorgaben	27-335
27.11.1	Mangel an qualifiziertem Personal	27-335
27.11.2	Gute Erfahrungen mit vormaligen forensischen Mitarbeitern	27-336
27.11.3	Standards zum personalen Anforderungs- und Kompetenzprofil und erhöhtes Anspruchsniveau für professional Eingebundene	27-336
27.11.4	Multiprofessionelle Ausrichtung	27-336
27.11.5	Professionale Begleitung im Kontext der Einzelfallhilfe respektive als Case-Management	27-336
27.11.6	Case Load	27-336
27.11.7	Erfordernis formalrechtlicher Unterlegung und adäquate Honorierung	27-336
27.11.8	Interdisziplinäre Bezüge und multiprofessionale Relevanzen	27-336
27.11.9	Sichern personaler Fachkompetenz, adäquater professionaler Qualifikation mit Möglichkeiten zur Kompetenzbildung, Nachqualifikation, Super- und Inter-Vision, Beratung, Krisenintervention	27-336
27.11.10	Besonderes Anforderungsprofil, erschwerende Faktoren und Zusatzaufwendungen	27-337
27.12	Struktureller Kontext der ambulanten Nachsorge psychisch kranker Straftäter- ein versorgungs- und kostentechnisch sowie rechtlich ungesicherter und defizitärer Bereich	27-338
27.12.1	Rechtliche Implikationen der Ergebnisse	27-338
27.12.2	Kostentechnische und ökonomische Gesichtspunkte - Entwicklung neuer Lösungswege	27-341
27.13	Bedarfsentwicklung als dynamischer Prozeß - Reziprozität der Bedingungsgefüge von Bedarf und Angebot	27-341
27.14	Initiierte Bewußtseinsprozesse zum Behandlungsgedanken versus rigide Verwahrungs-tendenzen	27-342
28	**Literatur**	**28-345**
29	**Abkürzungen**	**29-369**
30	**Anhang**	**30-371**
30.1	Fragenkatalog	30-371
30.2	Fragenkatalog - Folgeerhebungen	30-378
30.2.1	Fragenkatalog II zur Nacherhebung 01.01.1995	30-378
30.2.2	Leitfaden zu den Folgeerhebungen	30-379
31	**Lebenslauf**	**31-383**

1 Einleitung - Ambulante Therapie und Nachsorge psychisch kranker Rechtsbrecher - ein in der forensischen Psychiatrie vernachlässigter Bereich der Versorgung

Ambulante Behandlung und Nachsorge des psychisch kranken Rechtsbrechers bilden einen wesentlichen aber noch immer erheblich unterversorgten Bereich in der psychiatrischen Versorgung und repräsentieren die extrem randständige Position dieser Patientengruppe.

Auch im wissenschaftlichen Kontext nimmt der Sektor bis zum heutigen Tage eine Schlußlichtposition ein.

Obschon sich im Bereich der stationären Therapie von MRVZ-Patienten im vergangenen Jahrzehnt sowohl strukturell als auch behandlungsbezogen vieles bewegt hat und Verbesserungen vorgenommen wurden, ist dem Gebiet der Versorgung, Behandlung und Nachsorge psychisch kranker Straftäter im nichtstationären und insbesondere im ambulanten Setting bislang wenig Beachtung zuteil geworden.

2 Definition und Operationalisierung zentraler Objekte und Begrifflichkeiten=

Im Zentrum der Untersuchungsvorhaben stand die forensisch psychiatrischen Klientele, eine, in mehrfacher Hinsicht als psychisch krank, kriminell, häufig sozial belastete, auffällige, dahingehend oftmals auch stigmatisierte und ausgegrenzte Personengruppe mit erheblichen, vielfältig wirksamen und zu kalkulierenden Belastungs-, Erschwernis- und Problemfaktoren:

Insgesamt wurden folgende zentrale Begrifflichkeiten mit folgendem Grundverständnis eingebracht:

2.1 Definition der Zielgruppe ´ambulanter psychisch kranker Rechtsbrecher`

Die hier behandelte Thematik bezog sich auf konkret folgenden Personenkreis: Als ´forensisch - psychiatrische Patienten` wurden Personen bezeichnet, die gleichzeitig als psychisch krank und aufgrund delinquenter Handlungen als kriminell zu klassifizieren sind. Gemeint sind Personen, die im Zusammenhang mit einer oder mehreren -erheblichen- Straftaten, für die der Einzelne aufgrund seiner psychischen Störung resp. Erkrankung als nicht oder nur eingeschränkt schuldfähig angesehen, und aufgrund derer die beträchtliche Gefahr zur Begehung weiterer (erheblicher) Straftaten vermutet wurde, strafgerichtlich in psychiatrische Behandlung überwiesen wurden. Den rechtlichen Grundlagen hierfür entsprechen in Deutschland *§§ 20* und *21* sowie *§§ 63* und *64 Strafgesetzbuch (StGB).* ´Ambulante Behandlung psychisch kranker Rechtsbrecher` wurde im Rahmen der hier vorgestellten deutschen Erhebung verstanden als Nachsorge - vormals stationär untergebrachter - psychisch kranker Straftäter entweder ohne oder mit Auflage zur ambulanten Therapie *(nach § 67b StGB)*, als adäquate Behandlungsform im Falle der Aussetzung der Maßregel auf Bewährung *(nach § 67b StGB)* mit Auflage zur ambulanten Therapie und als ambulante Behandlung solcher forensischer Patienten, die keiner stationären Unterbringung bedürfen. Daneben bestanden weitere Gruppen mit anderen ebenfalls potentiell ambulant zu behandelnden forensischen Patienten. Es sind dies straffällig gewordene, psychisch Kranke, deren Straftaten noch nicht zur Anzeige gebracht oder noch nicht abgeurteilt wurden oder gegen die strafrechtlich noch nicht ermittelt worden ist sowie allgemein psychisch kranke und therapiebedürftige Straftäter, die nicht als momentan nicht zurechnungsfähig bzw. unzurechnungsfähig *(dem deutschen Strafgesetzbuch entspr. nach § 20 bzw. § 21 StGB)* eingestuft und untergebracht wurden sondern mit Haft oder anderweitig straffällig belangt worden waren. Diese Personengruppe umfaßte damit auch aus der Haft entlassene, jedoch psychisch kranke Straftäter, behandlungsbedürftige Delinquenten mit einer Bewährungsstrafe und solche mit einer gerichtlichen Weisung oder Auflage des Gerichtes, sich einer ambulanten Therapie zu unterziehen. Diese letztgenannte Patientengruppe war zwar nicht regulär in der vorgestellten deutschen, anteilig jedoch zu den österreichischen Erhebungen und zu anderen internationalen Programmen nichtstationärer Ver- und Nachsorge vertreten.

2.2 Operationalisierung des Terminus ´ambulante Behandlung / Therapie psychisch kranker Rechtsbrecher / Delinquenten`

Die Termini ´ambulante Behandlung` und / oder ´ambulante Therapie` bezeichnen eine fachgerecht indizierte und qualifizierte, im ambulanten Setting durchgeführte, Form der Versorgung, Behandlung und Nachsorge zum Zweck der begleitenden und rehabilitativen Betreuung und Unterstützung des psychisch Kranken über Maßnahmen, die dem Heilungsprozess bzw. der fachkundigen Betreuung der psychischen Erkrankung und Integration des forensischen Patienten zuträglich sind. Für die in dieser Arbeit erfaßten forensischen Patienten, stellt sich dies i. d. R. dar als eine fachlicherseits indizierte, medizinische, häufig psychiatrische und / oder psycho- therapeutische Heilbehandlung. Die Versorgung kann außerdem auch beinhalten: beratende und alltagssupportive [1] Maßnahmen, ggfls. auch pädagogische und soziale, sozialpädagogische, psychoedukativen sowie andere, auf den spezifischen Bedarf zur nichtstationären Versorgung forensischer Patienten, ausgerichtete Leistungen und außerdem nötigenfalls Kontrollfunktionen.

[1] D.h. in der Bewältigung des Alltags unterstützend wirkende Maßnahmen

3 Multiprofessionale und interdisziplinäre Einschätzungen kritischer Experten zum Bestand und Wissensstand nichtstationärer Versorgung und Therapie forensisch psychiatrischer Patienten

In der Folge von Untersuchungen zur Situation des MRVZ in Deutschland wurde wiederholt und über große zeitliche Abschnitte hinweg nahezu unverändert die Situation der Nachsorge als regelrecht desolat bezeichnet *[Keller 1969; Ritzel 1978; Deutscher Bundestag 1975; Psychiatrie-Enquête 25.11.75, Hippius & Lauter (Hrsg.) 1976; Athen 1985, 1989; Rintelen & Gabbert 1986; Bischoff 1987]*.
Nach seiner breit angelegten bundesweiten Erhebung zum stationären MRVZ in Deutschland zu den meisten MRVZ-Einrichtungen der alten Bundesländer 1984 hatte *Leygraf (1988)* die ambulante Versorgung psychiatrisch forensischer Patienten als äußerst ungenügend und ein ausgeprägtes Defizit in der Nachsorge ehemaliger MRVZ-Patienten beklagt. Die Möglichkeiten einer gezielten, abgestuften Rehabilitation seien *„mangelhaft"*. Komplementäre Einrichtungen stünden für die, vormals strafgerichtlich eingewiesenen, forensischen Patienten *„kaum zur Verfügung"* und beschränkten sich häufig im Falle einer Entlassung *„auf das, an sich bereits erschwerte Verfahren für einen Heimplatz" (vgl. Leygraf 1988: 183)*. Die Realisierung einer ambulanten Nachsorge wurde zum damaligen Zeitraum als *„obsolet"* und unter den angetroffenen Bedingungen als *„häufig"* schlichtweg *„nicht möglich" (Leygraf 1988)* [2] und überhaupt insg. *„beklagenswert" (Rasch 1984: 49)* beurteilt. Und auch in der Folgezeit bezeichneten Experten mit Ambulanzerfahrung *(Boyan & Roth 1989; Nowara 1992; Warmuth 1990; Tansinna & Müller-Isberner 1993)* den allgemeinen Versorgungsstand zur ambulanten Nachsorge und Behandlung forensisch psychiatrischer Patienten weiterhin als erschreckend defizitär: Mögliche Entlassungen scheitern häufig an fehlenden Nachsorgeeinrichtungen nachdem eine adäquate Infrastruktur für eine angemessene ambulante Behandlung außerhalb des MRVZ vielerorts immer noch fehlt *(Heinz & Jöckel 1989: 91, Nowara 1992: 27 f)*. Trotz derartiger Ausweisung eines defizitären Status vor bereits mehr als eineinhalb Jahrzehnten wurde die Situation ´danach` resp. die allgemeinen Gegebenheiten zur Nachsorge und ambulanten Therapie in der Fachliteratur so auch noch in den vergangenen Jahren u. a. als *„bedauernswert"* kommentiert *(Wagner in Kammeier 1995, Rdn D22)*. Auch die multiprofessional und interdisziplinär gestalteten *´Sankelmarker Fachkreise`* bewerteten den Forschungsstand zu diesem Fachgebiet als außerordentlich mangelhaft und *„dringend ergänzungsbedürftig"* *(Beier & Hinrichs 1995: 160)*. Per se problematisiert wurde das Fehlen einer Infrastruktur zur adäquaten - und insb. der therapeutischen- Nachsorge psychisch kranker Straftäter. Außerdem wurde kritisch konstatiert, daß, sofern überhaupt Behandlungsmaßnahmen mit ambulantem Charakter praktiziert werden würden, sich diese offenbar auf solche Vorgehensweisen beschränkten, die im zeitlichen Rahmen einer noch bestehenden Maßregel und im Kontext der MRVZ-Einrichtungen, wie offener Vollzug, Freigang, Langzeitbeurlaubung, möglich seien *(vgl.: Beier & Hinrichs 1995)*. Moniert wurde, daß dies geschehe, obschon solche unter den derzeitigen rechtlichen Gegebenheiten und dabei v. a. über Langzeitbeurlaubungen und zusammen mit der Urlaubsgewährung einzusetzende Behandlungs- und Aufsichtsweisungen, realisiert werden könnten. Des Weiteren wurde bemängelt, daß im Hinblick auf eine Konzipierung ambulanter Nachbetreuung für diese Klientele im deutschen Raum neben rarsten wissenschaftlich fundierten Aussagen, nur einige wenige öffentlich zugängige Erfahrungs-, Praxis- *(Rasch 1986 b; Warmuth 1990; Nowara 1992)* bzw. Werk- und Modellprojekt-Berichte *[vgl.: Boyan & Roth 1989 sowie zu den Modellprojekten des Bundes Lippstadt Eickelborn, Düren, Moringen, Stralsund und deren, zum damaligen Zeitpunkt erst anteilig zugängigen Berichten (Modellverbund 1993a,b, 1994, 1995)]* vorlägen.

3.1 Bezugnahme auf die eigene Befundlage

Solche Bewertungen waren, wie die Ergebnisse der vorliegenden eigenen Untersuchungen bezeugten, berechtigt. Obschon sich zwischenzeitlich, verglichen zu den letzten beiden Jahrzehnten, im stationären Bereich deutlich Verbesserungen der Behandlungsstruktur ergeben haben, bestehen weiterhin eklatante Defizite zur Versorgungsstruktur zum extramuralen Bereich.

[2] Als alleinige und einzige Ausnahme sprach *Leygraf* von einer forensischen Abteilung, die versucht habe, *„in einer Art ambulanter Maßregelbehandlung"* eine ambulante therapeutische Nachsorge zu praktizieren *(Leygraf 1988: 183).*

4 Rechtliche Bezüge, geschichtlicher Hintergrund und Grundvoraussetzungen zum Kontext nichtstationärer ambulanter Versorgung, Nachsorge und Therapie psychisch kranker Straftäter unter besonderer Berücksichtigung des Behandlungsauftrages des MRVZ 4-5
4.1 Rechtsgeschichtlicher Hintergrund – Strukturveränderungen in Gesetzgebung und Jurisdiktion 4-5
4.2 Erkenntnisse aus Eigenerfahrungen in landesrechtlichen Entscheidungs- und Meinungsbildungsprozessen strukturpolitischer Art und deren Determinanten 4-8
4.3 Zielgruppe 4-8
4.4 Voraussetzung für die Anwendung der Maßregel 4-8
4.5 Rechtliche Bestimmungen über Aufnahme und Entlassung aus dem Maßregelvollzug 4-8
4.5.1 Rechtliche Grundvoraussetzungen zur Unterbringung im Psychiatrischen Krankenhaus 4-8
4.5.2 Einweisung nach § 63 StGB 4-9
4.5.3 Einweisung nach § 64 StGB 4-9
4.6 Ziele des Maßregelvollzugs 4-11
4.7 Entlassung aus dem MRVZ bzw. Beendigung der Unterbringung 4-11
4.7.1 Regelungen zur Anordnung und Beendigung einer Maßregel durch Bundesgesetz und zur Ausgestaltung des Vollzuges der Maßregel durch die Ländergesetze 4-12
4.7.1.1 Ausgestaltung des Vollzuges der Maßregel 4-12
4.7.2 Gerichtliche Anordnung von Strafe und Therapie bzw. gleichzeitige Anordnung von Haftstrafe und Unterbringung und damit einhergehende Vollstreckungsprobleme 4-13
4.7.2.1 Mit der Vollstreckungsreihenfolge von Maßregel und Freiheitsstrafe einhergehende Probleme in der Praxis 4-13
4.8 Aufgaben des Maßregelvollzugs und ausgewählte Zielpunkte mit Implikationen für eine nichtstationäre Versorgung 4-13
4.8.1 Zielkonflikt der Doppelaufgabe der Sozial- und Legalbetreuung 4-13
4.8.2 Wiedereingliederungsgebot der Maßregel 4-14
4.8.3 Herstellen der Entlassungsreife als eine vorrangige Aufgabe der MRVZ-Einrichtung 4-14
4.8.4 Beschränkung der Unterbringungsdauer unter dem Aspekt des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes 4-14
4.8.5 Besonderheiten zur Anordnung der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt 4-15
4.8.6 Weitere rechtliche Bezüge und Maßnahmen im Rahmen der Entlassvorbereitung und der Wiedereingliederungsbemühungen 4-15
4.8.6.1 Entlassungsvorbereitung und Wiedereingliederungsbemühungen 4-15
4.8.6.2 Absicherung des Übergangs aus der stationären Unterbringung 4-15
4.8.6.3 Funktionen und Zusammenhänge von Führungsaufsicht, Bewährung, Weisung, Aussetzungswiderruf 4-15
4.8.7 Vollzugslockerungen und Beurlaubungen 4-16
4.8.7.1 Doppelte Funktion der Vollzugslockerungen 4-16
4.8.7.2 Rechtsanspruch der Untergebrachten auf Vollzugslockerungen und Urlaub 4-16
4.8.8 Praxis der gesetzlich vorgegebenen Lockerungs- und Urlaubsregelungen 4-16
4.8.8.1 Ermessensspielraum der Länder zu Lockerungsmaßnahmen 4-17
4.8.8.1.1 Zur Frage der Vereinbarkeit mit bundesrechtlichen Grundprinzipien des MRVZ 4-17
4.8.8.1.2 Kritische Bewertung zur Maßnahme der Anhörung bzw. Zustimmung der Vollstreckungsbehörde 4-17
4.8.8.2 Regelungen zum Urlaub aus dem stationären Vollzug in den Ländergesetzen 4-17
4.8.9 Verpflichtung von Entlassungsvorbereitungen im Landesrecht 4-18
4.8.9.1 Übersicht der jeweiligen landesrechtlichen Regelungen zur Verpflichtung von Entlassungsvorbereitungen der einzelnen Bundesländer 4-18
4.8.9.2 Landesgesetzliche Bestimmungen zu Lockerungen und Auflagen 4-18
4.8.9.3 Landesgesetzliche Bestimmungen zur Behandlungsweisung 4-19
4.8.9.4 Weitere Elemente vorausschauender Wiedereingliederungsbemühungen bzw. Maßnahmen zur Entlaßvorbereitung und deren –landesgesetzlichen- Bestimmungen 4-19
4.8.9.5 Landesgesetzliche Bestimmungen zu ambulanten Ausbildungs- und Arbeitsmöglichkeiten 4-19
4.8.10 Regelungen zur Kostenübernahme 4-20
4.8.10.1 Rechtliche Vorgaben 4-20
4.8.10.2 Probleme der kostenmäßigen Zuständigkeit - Fehlende Regelungen zur Kostenübernahme für Behandlungen im extramuralen Setting - ein bislang ungelöstes Dilemma 4-20
4.8.10.3 Zwischenlösungen rechtlich abgesicherter Finanzierungsmodi 4-21
4.8.10.4 Kritische Anmerkung zur Beendigung der Leistungs- und Kostenträgerpflicht des MRVZ 4-21
4.8.11 Resümee - Reintegration als ein Ziel der Maßregel 4-21
4.9 Behandlungsbegriff 4-22
4.9.1 Begriffsverständnis und Operationalisierung 4-22
4.9.1.1 Ärztliches versus juristisches Verständnis von ´Behandlung` 4-22
4.9.1.2 Einschub: Interdisziplinäre Thesen eines multiprofessionalen Fachgremiums, des Sankelmarker Forums, zur Psychotherapie mit Straffälligen 4-22
4.9.2 Schweigepflicht und Offenbarungsbefugnis 4-22
4.9.2.1 Anmerkung unter Vorwegnahme von Bezügen zu Befunden aus den eigenen Erhebungsgängen 4-23
4.9.2.2 Neuregelung zur Offenbarungspflicht der Therapeuten im Justizvollzug 4-23
4.9.3 Rechtliche Bezüge zu Aufklärung und Einwilligung des Patienten 4-23
4.9.3.1 Aspekte zum Grundrecht der Selbstbestimmung und ´Aufklärung` außerdem anderer, spezifischer Erfordernisse einer - ggfls. psychotherapeutischen - Behandlung 4-23
4.10 Grenzen 4-24
4.11 Inhaltliche Entsprechungen von Vorgaben zur nichtstationären Versorgung aus den eigenen Untersuchungsbefunden und denen, anderweitiger rechtlicher und interdisziplinärer Expertenmeinungen 4-25

4.11.1 Übereinstimmend als eingliederungsförderlich eingestufte, den eigenen Befunden inhaltlich entsprechende, zusammengetragene Aussagen ... 4-25
4.11.1.1 Drängender Bedarf an wissenschaftlichen, rechtlichen und behandlungsbezogenen Orientierungs- und Richtwerten ... 4-25
4.11.1.2 Eklatanter Mangel an wissenschaftlich fundierten Vorgaben und infolgedessen Rückgriff auf herkömmliches Erfahrungswissen ... 4-25
4.11.1.3 Durchgängig konzedierte Unabdingbarkeit nichtstationärer Versorgung und angemessener Nachsorge ... 4-25
4.11.1.4 Formen ... 4-26
4.11.1.5 Übergangszeit als vulnerable Phase ... 4-26
4.11.2 Konsensus in Zuerkenntnissen und Erfordernissen zum v. a. behandlungsbezogenen Kontext – Übereinstimmungen von Statuten aus Kommentaren zum MRVZ, den Sankelmarker Thesen und eigenen Befundinhalten ... 4-26
4.11.2.1 Spezifische Ansprüche bzw. zentrale Besonderheiten in der Behandlungsführung ... 4-26
4.11.3 Konzedierte Erfordernis um Qualitätssicherung ... 4-26
4.11.3.1 Konzedieren besonderer bzw. zusätzlicher Belastungen ... 4-27
4.11.3.2 Anteilige Benennung konstellativer Faktoren des therapeutischen Kontaktes unter Bezugnahme auf Ergebnisinhalte der eigenen Befunde ... 4-27
4.12 Resümee zum Anforderungsprofil Recht ... 4-28
4.12.1 Formale Gleichstellung gegenüber psychiatrischen Patienten ... 4-28
4.12.2 Wahrung der Doppelaufgabe der Besserung und Sicherung ... 4-28
4.12.3 Begrenzung des Freiheitsentzuges durch Verkürzung der Unterbringungszeit ... 4-29
4.12.4 Regelung zu Kontrollfunktionen ... 4-29
4.12.5 Integratives Behandlungsverständnis ... 4-30
4.12.6 Reziprozität der Bedingungsgefüge ... 4-30
4.12.7 Flexibilität und Durchlässigkeit ... 4-30
4.12.8 Klare und differenzierte Bewährungsauflagen und Weisungen ... 4-30
4.12.9 Integration der diversen – divergierenden - Interessen der involvierten Parteien ... 4-30
4.12.10 Übereinstimmend professionen- und fachbereichsübergreifendes Verlangen nach Orientierung, Wissenszuwachs und wissenschaftlicher Fundierung ... 4-30
4.12.11 Sensibilisierte Meinungs- und Bewußtseinsbildungsprozesse hinsichtlich der Erfordernis um alternative Versorgungsformen ... 4-31
4.13 Zusammenfassung - Implikationen der Ergebnisse für die rechtlichen Bezüge nichtstationärer und insb. ambulanter Versorgung psychisch kranker Straftäter unter Vorwegnahme eigener Untersuchungsbefunde und darauf basierenden Forderungen an gesetzliche Rahmenbedingungen ... 4-31
4.13.1 Forderung nach fundierenden rechtlichen Regelungen und Definitionen zu Anspruch, Zielen, Status und Bezügen einer solchen Form der Versorgung ... 4-31
4.13.2 Abgleichen der diversen Ziele und Aufgaben des MRVZ mit den Interessen der involvierten Parteien ... 4-31
4.13.3 Risiken durch fehlende rechtliche Absicherung ... 4-31
4.13.4 Zu optimierende Versorgungsstrukturen ... 4-32
4.13.5 Sicherung eines professionalen Rahmens mit Möglichkeit zur Umsetzung von Prämissen effektiver Behandlungsführung ... 4-32
4.13.6 Eklatant defizitärer Wissenstand und Bedarf an Informationen ... 4-32

4 Rechtliche Bezüge, geschichtlicher Hintergrund und Grundvoraussetzungen zum Kontext nichtstationärer ambulanter Versorgung, Nachsorge und Therapie psychisch kranker Straftäter unter besonderer Berücksichtigung des Behandlungsauftrages des MRVZ

Die folgende Übersicht dient zur Information, Orientierung und einem letztlich besseren Verständnis der Situation der alternativen nichtstationären und insb. ambulanten Behandlung psychisch kranker Straftäter und den dahingehend zentralen, rechtlichen Rahmenbedingungen und Gegebenheiten.

4.1 Rechtsgeschichtlicher Hintergrund – Strukturveränderungen in Gesetzgebung und Jurisdiktion

In den gesetzlichen Vorgaben spiegeln sich auch und oftmals erst langzeitig verzögert vorausgegangene struktur- und gesellschaftspolitische Veränderungsprozesse. Der MRVZ wurde mit der Strafrechtsreform 1933 / ´34 eingeführt, wobei der Sicherungsgedanke zunächst ganz im Vordergrund stand. Die Maßregel sollte damit in erster Linie der Sicherheit der Allgemeinheit dienen. Die nächste, bereits 1969 statuierte, am 01.01.1975 in Kraft getretene, Reformgesetzgebung zielte in der, diesen Reformgesetzen eigenen, Interpretation zur Doppelaufgabe der Maßregel zur Besserung und Sicherung darauf ab, den Aspekt der Rehabilitation und Resozialisierung mit dem Ziel der Behandlung zu verbinden. Mit diesem zweiten Strafrechtsreformgesetz waren die gesetzlichen Bestimmungen für die Unterbringung in einem Psychiatrischen Krankenhaus für psychisch kranke, bzw. einer Entziehungsanstalt für suchtkranke, Straftäter als Maßregeln der Besserung und Sicherung neu definiert worden. Dabei hatte der Gesetzgeber den Doppelauftrag mit Betonung der Behandlung formuliert: Der therapeutische Leitgedanken dieser Reformgesetzgebung manifestierte sich, indem in der Zielformulierung der Maßregel der Begriff der *´Besserung`* dem, der *´Sicherung`*, vorangestellt wurde [3]; [4]. Die seit 1975 geltende Bestimmungen der Straf-

[3] Neue Formulierung: *„Maßregeln der Besserung und Sicherung"* statt zuvor *„Maßregel der Sicherung und Besserung"*.

rechtsreform beinhalteten Änderungen, wie eine stärkere Betonung des Behandlungsgedankens im Verhältnis zum Sicherungsaspekt, die deutlichere Herausstellung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes bei Anwendung der Maßregeln, die Einführung des Instrumentes der Führungsaufsicht, für die aus dem MRVZ entlassenen Patienten. Diese Hervorhebung des Behandlungsgedankens erfolgte im Vorfeld und während der laufenden Entwicklung der in den 80er Jahren erlassenen Maßregelvollzugsgesetze (MRVG) der einzelnen Bundesländer und beinhaltete trotz der Interpretation und Ausübungen auf den jeweils einzelnen Länderebenen und der Einschränkungen dadurch, eine doch übergreifend wirksame, verbindliche richtungweisende Aussage. In diesem Sinne wurden dann auch bereits entsprechend praktizierte, behandlungsorientierte Maßnahmen ausgestaltet bzw. andere entwickelt. *(Näheres zur Benennung und Chronologie der Entstehung erster Institutsambulanzen in Deutschland s. a. a. O. dieser Arbeit.)* Die an sich in § 65 StGB vorgesehene Neuerung spezieller, ärztlich geleiteter, Sozialtherapeutischer Anstalten für bestimmte Tätergruppen wurde nach mehrfachen Verschiebungen letztlich Ende 1984 gestrichen *[Art.2 StVollzÄndG vom 20.12.1984 (BGBl. I S.1654)]* ohne je geltendes Recht gewesen zu sein. An deren Stelle trat ohne rechtsverbindlichen Anspruch der Betroffenen die sog. ´Vollzugslösung`, die i. S. des § 9 StVollzG Sozialtherapeutische Anstalten und damit die entsprechenden Modelleinrichtungen der Länder als Einrichtungen des Strafvollzuges definiert. Eine Verlegung dorthin setzt die Zustimmung des Gefangenen voraus. In seinem Urteil aus dem Jahr 1985 hat das Bundesverfassungsgericht *(BVerfG)* von justizialer Seite erstmals die zuständigen StVK verpflichtet, bei ihrer Entscheidung auch die konkreten Lebensverhältnisse zu berücksichtigen, die den Patienten nach einer möglichen Entlassung aus dem MRVZ erwarten und das Risiko der Straffälligkeit beeinflussen können. Und es wurde, für den Behandlungsaspekt von gewichtigerer Bedeutung, entschieden, daß der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit nicht nur bei der Anordnung der Maßregel sondern auch bei der Überprüfung der Fortdauer der Unterbringung *(§ 67d StGB)* Anwendung zu finden habe. In Abhängigkeit von der bereits andauernden Länge der Behandlung sind die Prüfungskriterien in ihrer Anwendung strenger zu beurteilen. [5] Über einen politischen Auftrag hatte der Bundestag mit Beschluß vom April 1989 die Bundesregierung aufgefordert *„im Benehmen mit den Psychiatriereferenten der Länder, ein Konzept zur Novellierung der Vorschriften der §§ 63 und 64 StGB zu erarbeiten und dabei sicherzustellen, daß die Verhängung der Maßregeln der §§ 63 und 64 StGB auf wirklich gravierende Fälle beschränkt bleibt und, (...) daß an die Stelle der ausnahmslos unbefristeten Unterbringung eines psychisch kranken Rechtsbrechers in einem Psychiatrischen Krankenhaus, eine differenzierte Regelung tritt." (Porz-Krämer 1994).*

In Folge dessen kam es zu einer Reihe wissenschaftlich juristisch wie psychiatrisch determinierter Reformvorschläge. Entwickelt wurden diese u. a. über:

- ein mehrtägiges Symposium der *Kriminologischen Zentralstelle Wiesbaden (Gebauer und Jehle 1994),*
- einen, in mehreren Sitzungen der Sektion *´Forensische Psychiatrie` der Psychiatrischen Fachgesellschaft der DGPPN* entworfenen, wissenschaftlich fundierten, praktische Erfahrungen berücksichtigenden Reformvorschlag,
- auf Eigenerfahrungen basierende Stellungnahmen der Direktorenkonferenz der MRVZ- Einrichtungen sowie vom NRW - Justizministerium initiierte Hearings mit Experten aus Wissenschaft und Praxis zur Information über Dokumentationen und Positionspapieren zum Stand der gegebenen Erkenntnisse.

Im Bestreben, den in der öffentlichen Meinung mit zunehmender Intensität und Breite eingeforderten Sicherheitsinteressen der Allgemeinheit stärkere Berücksichtigung zuteil werden zu lassen, trat am 26.01.1998 das Gesetz zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten in Kraft. Letzteres wurde allerdings kontrovers in Form und Inhalt und v. a. hinsichtlich seiner Umsetzung und Konsequenzen für die Praxis diskutiert. In Einschätzung und Interpretation zu den Aus-Wirkungen bildeten sich zwei Rechtsauffassungen ab, indem einesteils im Hinblick auf die gesetzgebende Intention die Anhebung der Schwelle zur Entlassung als realisiert und wünschenswert doch andernteils die gesetzlich neugefassten Vorgaben zur Entlassung kritisch [6] als eine an sich ´nur semantische` Veränderung gewertet wurden *(u. a.: Nedopil 1997; Müller-Isberner et al. 1998; Spengler 1998; Schüler- Springorum 1998; Volckart 1998).* Vor allem fachforensische Experten mit psychiatrisch klinisch- therapeutischem Tätigkeitsfeld zeigten eine ausgeformte Skepsis und häufig außerordentlich kritische Einstellung. Sie warnten wiederholt und in diversen Kontexten vor contra-therapeutischen und restriktiven behandlungsfeindlichen Entwicklungen *[s. hierzu v. a.: Nedopil 1997 zu den Folgen der Änderung des § 67d Abs.2 StGB für MRVZ und Begutachtung sowie anteilig Volckart 1998 zur Aussetzungsprognose nach neuem Recht].* Aus

---

[4] Diese Reformgesetzgebung wurde seinerzeit als *„imponierendes Programm für die künftige Kriminalpolitik" (Erhardt 1969)* und die Voranstellung des Begriffs der ´Besserung` und damit des Behandlungsgedankens, vor den, der ´Sicherung` als Verweis auf eine *„programmatische Absichtserklärung des Gesetzgebers zu einer Abkehr vom Verwahrungsgedanken" (Venzlaff 1977)* bewertet, da die Voranstellung des Begriffs der ´Besserung` auch eine Voranstellung und Favorisierung des Behandlungsgedankens gegenüber dem der ´Sicherung` bedeutete.

[5] Bei lange andauernden Unterbringungen und dennoch geringem Behandlungserfolg ist gerichtlicherseits abzuwägen, ob selbst bei einer nicht erfolgreichen Behandlung das Interesse der Gesellschaft am Schutz vor weiteren rechtswidrigen Taten gegenüber dem des Betroffenen auf Beendigung des Freiheitsentzuges zurückzutreten hat. Dies hatte noch vor der jüngsten Gesetzesänderung im Ernstfall zu einer Anzahl schnell anberaumter Entlassungen führen können. Dies und daß dabei Personen ohne vorherige Überleitung und ohne ausreichend auf ein Leben in Freiheit vorbereitet zu sein, mit dem Alltag konfrontiert wurden, unterlegten auch eigene Untersuchungsbefunde und konkret Erfahrungen der Modelleinrichtung *Düren* Ende der 80er Jahre (1986-89), die von kurzfristigen Entlassungen u.a. auch gegen die Stellungnahme der behandelnden Ärzte berichteten. *(„Überstürzter Rausschmiß statt andernteils sinnlose Verwahrung" Schellbach-Matties persönliche Mitteilung Juni 1997).*

[6] *„Nicht ganz so klar ist, ob die neuen Formulierung, auch wenn nur als Symbol für einen gehobenen gesetzgeberischen Bewußtseinsstand gemeint, in der Praxis die Maßstäbe nicht doch verschärfen wird." (Schüler Springorum 1998: 29).*

den Intentionen zu diesen Überlegungen erwuchsen anderweitig Aufforderungen der Experten, wissenschaftliche Erkenntnisse und Grenzen der Erkenntnismöglichkeiten bei der Formulierung der Gesetze zu berücksichtigen. Dies bildete sich ab u. a. in:

- einem Schreiben an den Vorsitzenden des Rechtsausschusses des Deutschen Bundestages vom 22.10.1997 *(Müller-Isberner, Nedopil, Hostkotte, Schöch, Schüler-Springorum 1998),*
- einem Memorandum führender Juristen und Kriminologen aus dem Kreise Ärztlicher Direktoren Psychiatrischer Krankenhäuser und forensischer Kliniken *(Adler, Böhme, Duncker, Nedopil, Müller-Isberner, Pfäfflin, Spengler, Dez.1997)* zu den Auswirkungen des neuen Gesetzes zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten (26.01.1998), das gezielt an Vertreter von Politik, Ärzteschaft und Kirchen geleitet wurde *(Spengler 1998)* sowie
- in späteren entsprechend ausgerichteten Expertenwarnungen vor den Auswirkungen des neuen Gesetzes auf die Praxis *(Nedopil 1998; Schöch 1998; Schüler- Springorum 1998).*

Die der neuen gesetzlichen Regelung zugrunde gelegte Intention zum Schutz der Sicherung der Allgemeinheit bezog sich insb. auf den Entlaßkontext und bildete sich auch ab in der Neugestaltung der entsprechenden Gesetzespassagen für nach § 63 und § 64 StGB Untergebrachte [7]: In den rechtlichen Vorgaben zur Entlassung forensisch- psychiatrischer Patienten wurde die bisherige ´Erprobungs- oder Verantwortungsklausel` durch die ´Erwartungsklausel` ersetzt [8] *(Näheres hierzu s. u. ´Vorgaben zur Entlassung`).* Weiter wurde für nach § 66 StGB Untergebrachte über die Regelung zur Sicherungsverwahrung neu eingeführt, daß auch Unterbringungen über 10 Jahre hinaus dann möglich sind, wenn nicht ausgeschlossen werden kann, daß die Gefahr besteht, daß der Untergebrachte infolge seines ´Hanges` erhebliche und d. h. solche Straftaten begehen wird, durch welche potentielle ´Opfer seelisch oder körperlich schwer geschädigt` werden *(§ 67d Abs.3 StGB).* Mit der Erledigung der Maßregel tritt Führungsaufsicht ein, wenn eine Gefährdung der Allgemeinheit durch das Begehen weiterer erheblicher Straftaten zu befürchten ist. Zur Entscheidung über die Fortsetzung der Unterbringung [9] muß den zum 26.01.1998 eingeführten gesetzlichen Vorgaben zufolge ein Prognosegutachten erstellt werden. Diese ´Pflicht- oder Routinebegutachtung` ist für nach § 64 StGB Untergebrachte halbjährig und für nach § 63 StGB Untergebrachte jedes neue Jahr der Unterbringung zu erstellen. Vor dem Hintergrund der bekanntermaßen bereits vor dieser Gesetzesänderung oft nicht ausreichenden Verfügbarkeit und Qualität von Prognosegutachten *(Nowara 1995)* ist zu erwarten, daß sich unter den gegebenen Bedingungen mit den vermehrten Anforderungen von Pflichtbegutachtungen und qualifizierten Prognosesachverständigen ohnedies bestehende Engpässe weiter verschärfen *(Nedopil 1998; Spengler 1998; Volckart 1998).*

Daneben wurde eine Änderung des Strafvollzugsgesetzes (StVollzG) beschlossen: Zu nach §§ 174–180 oder § 182 StGB verurteilten (Sexual-) Straftätern ist stets und besonders gründlich die Indikation für eine Verlegung in eine Sozialtherapeutische Anstalt zu überprüfen bzw. dies für Strafgefangene mit Verurteilungen zu mehr als 2 Jahren Freiheitsstrafe nach jeweils 6 Monaten neu zu entscheiden. Vorgeschrieben ist, daß bis zum Jahre 2002 die benötigten Einrichtungen und Ressourcen zur sozialtherapeutischen Betreuung zur Verfügung stehen. Jedoch ist dies trotz Verbesserungen der stationären Strukturen in den letzten Jahren vor dem Hintergrund eines oft immer noch defizitären Versorgungssystemes, begrenzter Verfügbarkeit bzw. Rekrutierungsmöglichkeit struktureller und v. a. qualifizierter personaler Ressourcen, nur schwer vorstellbar. Unter solchen Umständen scheinen jedoch das Einbeziehen und Nutzen von Expertenwissen, ein Quasi-Import fachkundiger Leistungen aus sowohl intra- als auch extramuralen Ressourcen und über externe Vertreter fachforensisch qualifizierter Professionen, auch denkbare und realisierbare Alternativen gegenüber völligen Neuimplementierungen. Ökonomisch könnten auf diese Weise Synergieeffekte genutzt und die zu implementierenden strukturellen Erneuerungen auch bestehenden Bereichen und v. a. dabei der therapeutischen Versorgung, zukommen. Dies erfordert jedoch Durchlässigkeit und Flexibilität bestehender Strukturen und wäre als solches noch zu klären. Vor all diesen strukturpolitischen Entwicklungen traten Überlegungen und Ausgestaltungen zu Alternativen nichtstationärer Versorgung vorerst in den Hintergrund. Gestoppt wurden auch prospektive Weiterentwicklungen über Deinstitutionalisierungsbestrebungen initiierter, primär gemeindenah ausgerichteter Modelle. Allerdings blieb auch in der Zeit der dann verstärkt sicherheitsorientierten Determinierung die Diskussion zum adäquaten Umgang mit psychisch kranken Straftätern und darüber der Behandlungsgedanke präsent. Zwar unterstützen Ergebnisse aus Evaluationen zur Behandlungsforschung v. a. aus dem nordamerikanischen Raum und primär zu Straftätern des Regelvollzugs den Behandlungsgedanken, begleiteten und begründeten - v. a. zum Regelvollzug - Neuimplementierungen zu therapeutischen Strukturen *(u. a.: Cook 1995; McGuire 1996; Lösel 1996).* Die Erfordernis zur öffentlichen Aufklärung, dazu, daß gerade das Fehlen nichtstationärer Versorgung und adäquater professionaler Begleitung nach Entlassung der Sicherheit der Allgemeinheit abträglich ist, wurde umso drängender, nachdem im Zuge des verstärkten Sicherheitsdenkens zum Umgang mit psychisch kranken Rechtsbrechern vermehrt rigide Verwahrungstendenzen sowie restriktive und kriminalisierende Tendenzen aufschienen. Infolge der verschärften

---

[7] Änderung des Gesetzes über den Verkehr mit Betäubungsmitteln in der Fassung der Bekanntmachung vom 01.03.1994 (BGBl. I S.358) zuletzt geändert durch Art.1 der Verordnung vom *20.01.1998 (BGBl. I S.74)* s.o. .

[8] *[definiert: „wenn zu erwarten ist, daß der Untergebrachte außerhalb des MRVZ keine rechtswidrigen Taten mehr begehen wird" (Neufassung § 67d Abs.2, Satz1 StGB vormals: „verantwortet werden kann zu erproben, ob") und dies unter Berücksichtigung des Sicherheitsinteresses der Allgemeinheit verantwortet werden kann*].

[9] i. Ü. auch zu Strafgefangenen in der Frage nach Erledigung der Mindestverbüßungszeit oder ob die Vollstreckung des Strafrestes ausgesetzt werden kann.

Vorgaben zur Entlassung von MRVZ-Patienten in Deutschland entwickelten sich vielerorts seit Mitte der 90er Jahre Entlaßstaus.

4.2 Erkenntnisse aus Eigenerfahrungen in landesrechtlichen Entscheidungs- und Meinungsbildungsprozessen strukturpolitischer Art und deren Determinanten

In den - v. a. auch eigenen (Ref.) - Bestrebungen, zum Meinungsbildungsprozeß der Öffentlichkeit aktiv aufklärend und informationsvermittelnd beizutragen, lieferten die eigenen Untersuchungsbefunde, und v. a. in Bezug auf die Erfordernisse und Möglichkeiten zum adäquaten Umgang mit psychisch kranken Straftätern, wesentliche Beiträge. Die Ladung als Expertin zum Bereich ´ambulante Nachsorge psychisch kranker Straftäter` zum Hearing im Entscheidungsprozess um das zu novellierende und Sommer 1999 festgeschriebene MRVG NW ermöglichte der Autorin die Anwendung und Umsetzung eigener Befunde und Erkenntnisse auf - bislang höchstem - strukturpolitischen Niveau, gegenüber Vertretern involvierter Ministerien, der Legislative, des Landtages und deren Implementierung in die Praxis und Übertragung auf gesetzliche Vorgaben sowie zur wissenschaftstheoretisch fundierten Aufklärung, Information und darüber fachkundigen Unterstützung von Meinungsbildungsprozessen, weiterführenden Beratungen und Diskussionen. Darüber und über ähnliche Bezüge gewonnene Eigenerfahrungen verdeutlichten einen tatsächlich defizitären Wissensstand und hohen Nachhol-Bedarf an fachkundiger Bewertung und differenzierter Information zu den Erfordernissen, Chancen und Gestaltungsmöglichkeiten dieses Bereiches bei vielen und selbst den einschlägig vorgebildeten Entscheidungsträgern bzw. Vertretern entscheidungstragender Gremien und Behörden *(wie zum Falle der Neuregelung des Landesgesetzes MRVG NW).* Andernteils wurde von der Autorin wiederholt zum Einzelfall auch erfahren, daß wenn und nachdem auf der Sachebene ein kognitiver Zugang um Versorgungserfordernisse entwickelt werden konnte, sich bei den Adressaten, im Kontakt mit Behörden, Ministerien und justizialen Organen, die Möglichkeit und Bereitschaft zur Offenheit gegenüber und Auseinandersetzung mit der Materie erschließen ließ.

4.3 Zielgruppe

Die Formulierung ´forensisch-psychiatrische Patienten` bezieht sich auf eine Gruppe solcher Personen, die gleichzeitig als psychisch krank und aufgrund delinquenter Handlungen als kriminell zu klassifizieren sind. Im Zentrum der vorliegenden Untersuchung stehen damit solche Personen, die im Zusammenhang mit einer oder mehreren (erheblichen) Straftaten, für die der Einzelne aufgrund seiner psychischen Störung resp. Erkrankung als nicht oder nur eingeschränkt schuldfähig angesehen, die beträchtliche Gefahr zur Begehung weiterer (erheblicher) Straftaten vermutet und infolgedessen diese Person strafgerichtlich in psychiatrische Behandlung überwiesen, wurde.
Die rechtlichen Grundlagen hierfür bilden die §§ 20, 21, 63 und 64 Strafgesetzbuch (StGB).

4.4 Voraussetzung für die Anwendung der Maßregel

Voraussetzung für die Anwendung der Maßregel ist das Risiko erneuter rechtswidriger Taten, welche die Sicherheit der Allgemeinheit in Zukunft gefährden könnten. [10] Wird ein solches Risiko durch den chronischen Mißbrauch psychotroper Substanzen oder durch Abhängigkeit von diesen bedingt, so ist auch dann, wenn der Betroffene für sein Handeln voll verantwortlich ist, eine Unterbringung in einer Entziehungsanstalt gemäß § 64 StGB anzuordnen. Eine solche Anordnung kann auch neben einer Haftstrafe erfolgen. Die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus dahingegen ist an die sichere Annahme einer zumindest erheblich verminderten Schuldfähigkeit oder an Schuldunfähigkeit gebunden.

4.5 Rechtliche Bestimmungen über Aufnahme und Entlassung aus dem Maßregelvollzug

4.5.1 Rechtliche Grundvoraussetzungen zur Unterbringung im Psychiatrischen Krankenhaus

Als Grundvoraussetzung für die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus muß zum Zeitpunkt der abzuurteilenden Tat beim Täter die Voraussetzung von Schuldunfähigkeit oder erheblich verminderter Schuldfähigkeit im Sinne der §§ 20 oder 21 StGB vom Gericht sicher festgestellt worden sein. Die die Anordnung der Unterbringung auslösende Tat muß symptomatisch gewesen sein für die beim Täter vorliegende psychische Störung. Und es muß sich um einen länger dauernden Zustand handeln, der mit erhöhter Wahrscheinlichkeit zu weiteren erheblichen allgemeingefährlichen Taten führt [11].
Die rechtlichen Grundlagen zur Einweisung und Entlassung aus dem MRVZ sind in §§ 63, 64 sowie 67 ff StGB festgelegt. Rechtliche Voraussetzung für die Anordnung einer ´Unterbringung in einem Psychiatrischen Krankenhaus` nach § 63 StGB ist grundsätzlich, daß zum Zeitpunkt der abzuurteilenden Tat die Voraussetzung von Schuldunfähigkeit (§ 20 StGB) oder erheblich verminderter Schuldfähigkeit (§ 21 StGB) beim Täter sicher gerichtlicherseits festgestellt wurde.

---

[10] Als Maßregeln der Besserung und Sicherung sieht das StGB neben den im weiteren Kontext relevanten Maßregeln der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus und einer Entziehungsanstalt außerdem vor: Sicherungsverwahrung (§ 66 StGB), Führungsaufsicht (§ 68 StGB), Entziehung der Fahrerlaubnis *(§ 69 StGB)* und Berufsverbot *(§70 StGB).*

[11] In der Beurteilung ist für die Begutachtung vom Kenntnisstand und Zustand des Pat. zum Zeitpunkt der Hauptverhandlung auszugehen.

Die Frage zur Minderung der Schuldfähigkeit ist dann zu stellen, wenn mindestens eines der folgenden vier Merkmale zutrifft: ´Krankhafte seelische Störung`, ´tiefgreifende Bewußtseinsstörung`, ´Schwachsinn` oder eine ´andere schwere seelische Abartigkeit`, die verhindern, das Unrecht einer Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln. Die Anordnung einer ´Maßregel der Besserung und Sicherung` ist eine Konsequenz der Tat, des seelischen Befindens des psychisch kranken Täters zur Tatzeit und der Legalprognose zum Zeitpunkt der Hauptverhandlung.

4.5.2 Einweisung nach § 63 StGB

Bei psychisch Kranken erfolgt die vom Gericht angeordnete Therapie in einem Psychiatrischen Krankenhaus nach § 63 StGB. Die Tat, die zur Anordnung einer Unterbringung in ein Psychiatrisches Krankenhaus führt, muß symptomatischer [12] Ausdruck sein für die der Einweisung zugrundeliegende psychische Störung und es muß sich außerdem um einen länger dauernden Zustand handeln, der mit erhöhter Wahrscheinlichkeit zu weiteren und erheblichen [13], d. h. für die Allgemeinheit gefährlichen, Taten führt.

Wortlaut § 63 StGB: Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus:

Hat jemand eine rechtswidrige Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit (§ 20 StGB) oder der verminderten Schuldfähigkeit (§ 21 StGB) begangen, so ordnet das Gericht die Unterbringung in einem Psychiatrischen Krankenhaus an, wenn die Gesamtwürdigung des Täters seiner Tat ergibt, daß von ihm infolge seines Zustandes erhebliche rechtswidrige Taten zu erwarten sind und er deshalb für die Allgemeinheit gefährlich ist.

4.5.3 Einweisung nach § 64 StGB

Der Einweisungsgrund nach § 64 StGB besteht darin, daß von Personen wegen ihres ´Hanges`, alkoholische Getränke oder andere berauschende Mittel (Drogen) in solch einem Übermaß und einer solchen Form zu sich zu nehmen, daß daraus eine Gefahr für weitere erheblich rechtswidrige Taten abzuleiten ist. Die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt soll dahin wirken, den sog. ´Hang` zu heilen und die zugrunde liegende Fehlhaltung zu beheben: Die Anordnung einer solchen Suchtbehandlung *(nach § 64 StGB)* ist nicht abhängig von der aufgehobenen oder verminderten Schuldfähigkeit *(§§ 20, 21 StGB)* des Täters. Eine solche Suchtbehandlung nach § 64 StGB kann nicht angeordnet werden, wenn sie von vornherein als aussichtslos erscheint. Sie ist auf 2 Jahre begrenzt und beträgt minimal 1 Jahr.

Wortlaut § 64 StGB: Unterbringung in einer Entziehungsanstalt:

1. Hat jemand den Hang, alkoholische Getränke oder andere berauschende Mittel im Übermaß zu sich zu nehmen und wird er wegen einer rechtswidrigen Tat, die er im Rausch begangen hat oder die auf seinen Hang zurückgeht, verurteilt oder nur deshalb nicht verurteilt, weil seine Schuldunfähigkeit erwiesen oder nicht auszuschließen ist, so ordnet das Gericht die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt an, wenn die Gefahr besteht, daß er infolge seines Hanges erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird.

2. Die Anordnung unterbleibt, wenn eine Entziehungskur von vornherein aussichtslos erscheint.

Anmerkung: „§ 64 des Strafgesetzbuches (StGB) ist insoweit mit Art.2 Abs.1 und Abs.2 Satz2 des Grundgesetzes unvereinbar und nichtig, als er die Anordnung der Unterbringung unter den Voraussetzungen seines ersten Absatzes auch dann vorsieht, wenn eine hinreichend konkrete Aussicht eines Behandlungserfolges nicht besteht.“ (BVerfG Beschl. v. 16.03.1994) [14].

---

[12] Es ist zu prüfen, ob bei dem Beschuldigten aufgrund dessen Störung weitere Delikte zu erwarten sind, die in einem engen Zusammenhang mit der zugrunde gelegten Störung stehen *(zum Symptomcharakter des Deliktes vgl.: NStZ 1991: 528-529)* und die erheblich sind.

[13] .. impliziert im Verständnis u.a. Straftaten gegen Leib und Leben aber auch schwerwiegende Vermögensdelikte.

[14] *vgl.: StV 1994: 594 ff.; Recht & Psychiatrie 1994: 180 ff .*

Grundvoraussetzungen für die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus

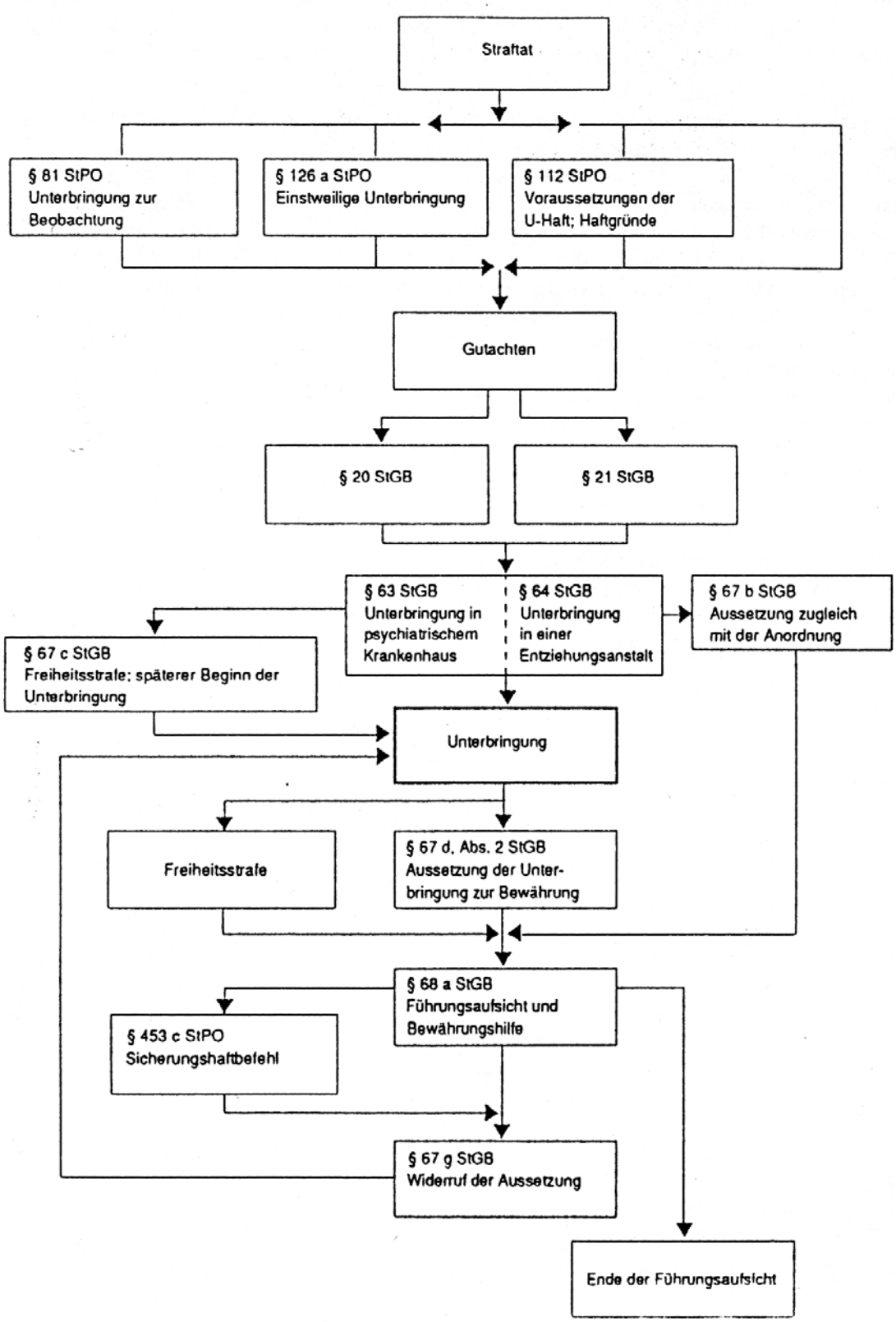


Abb. 1: Verlaufsdiagramm zur rechtlichen Einstufung eines MRVZ-Patienten

4.6 Ziele des Maßregelvollzugs

Die Ziele des MRVZ werden durch die *§§ 136 und 137 StVollzG* bestimmt. In *§ 136 StVollzG* wird auch festgelegt, daß sich die Behandlung nach ärztlichen Gesichtspunkten richtet und auf Heilung und Besserung abzielt. Die in der Anordnung einer ´Maßregel der Besserung und Sicherung` liegende Absicht des Gesetzgebers wird durch die Voranstellung des Zieles der ´Besserung` betont. Verbunden mit einer solchen Zielsetzung ist die adäquate Behandlung von Rechtsbrechern zur Besserung der psychischen Erkrankung.
Ausgestaltung und Praxis dieses Ansatzes erfolgten außerordentlich unterschiedlich. Hat die Behandlung keinen Erfolg, bleibt allein der Aspekt der Sicherung von Bedeutung. Das ist ein Sachverhalt, der die Behandlung in der forensischen Psychiatrie in besonderer Weise trifft und weswegen sich auch langfristige Verwahrungen ergeben können. Allgemeiner Zweck der Maßregel nach §§ 63, 64 StGB ist die Gefahrenabwehr, die Verhütung weiterer erheblicher rechtswidriger Handlungen und insg. die Gewährleistung angemessener Sicherheit der Rechtsgemeinschaft vor erheblichen Straftaten *(entspr. s. auch: OLG Düsseldorf MDR 1980 779, JMBINW 1989 214; s. auch Kammeier 1995 Rdn. A 61).*
Der unmittelbare Hauptzweck der Maßregel nach § 64 StGB besteht in der strafgerichtlich angeordneten Zuführung zu einer aussichtsreich erscheinenden Therapie des Hanges [15] [16]. Bei der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt besteht nach § 137 StVollzG der beabsichtigte ´Zweck` der Behandlung darin, den Untergebrachten von seinem ´Hang` zu heilen und die zugrundeliegende Fehlhaltung zu beheben und damit, im Sinne des § 64 StGB die krankhafte physische und psychische Abhängigkeit vom Suchtstoff, die den Angeklagten zum übermäßigen Gebrauch veranlaßt hat. Im Hinblick auf den ´Hang` der nach § 64 StGB Untergebrachten muß die Gefahr auch weiterhin zu erwartender, erheblicher rechtswidriger Taten bestanden haben. Die Anordnung der Entziehungskur unterbleibt, wenn sie von vornherein als aussichtslos erscheint. Die Therapie, die die Entziehungsanstalt anbieten kann, muß eine realistische Chance für die Stabilisierung der Persönlichkeit bieten, um dem Hang und der sich daraus ergebenden Gefahr von Rechtsgutverletzungen hemmende Abwehrkräfte entgegensetzen zu können.

4.7 Entlassung aus dem MRVZ bzw. Beendigung der Unterbringung

Eintritt und Austritt im MRVZ sind durch strafrechtliche Vorschriften über Verhängung und Vollstreckung -freiheitsentziehender- Maßregeln bestimmt. In §§ 67d-e StGB sind die Bedingungen und Modalitäten der Beendigung bzw. Aussetzung der Unterbringung und in § 67d Abs.2 StGB die Entlassung eines Patienten aus dem MRVZ geregelt: Ein Patient kann demnach dann entlassen werden, wenn aus fachlicher Sicht erwartet und verantwortet werden kann, daß er sich in Freiheit ohne erhebliche [17] Rechtsverletzungen bewähren wird. In den rechtlichen Vorgaben zu Entlassungen forensisch- psychiatrischer Patienten ersetzte mit dem Inkrafttreten des Gesetzes zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten vom 26.01.1998 die sog. ´Erwartungsklausel` die bisherige ´Erprobungs- oder Verantwortungsklausel. Diese verlangt als Vorgabe für eine Entlassung *„wenn zu erwarten ist, daß der Untergebrachte außerhalb des MRVZ keine rechtswidrigen Taten mehr begehen wird“ (§ 67d Abs.2, Satz1 StGB) [18]. (Die vorherige ´Erprobungs- oder Verantwortungsklausel` zum vormaligen § 67d Abs.2 StGB lautete „sobald verantwortet werden kann zu erproben, ob“).* Die Entlassung von nach § 64 StGB Untergebrachten setzt voraus, daß ´unter Berücksichtigung des Sicherheitsinteresses der Allgemeinheit verantwortet werden kann` *(anstelle von „verantwortet werden kann zu erproben, ob“), „daß der Verurteilte keine Straftaten mehr begehen wird“ (Neufassung § 67 d 4 Abs.1 StGB).*
Aus § 67d Abs.2 1 StGB folgt, daß der Zweck der Maßregel die Herstellung eines Zustandes ist, der in diesem Sinne die Erprobung der relativen Ungefährlichkeit des Täters in Freiheit verantwortbar erscheinen läßt. Zweck ist somit die Gewährleistung angemessener Sicherheit vor erheblichen Straftaten *(OLG Düsseldorf MDR 1980 779, JMBINW 1989 214; s. auch Kammeier 1995: Rdn. A 61).* Auch bei maximal verantwortlich und sachgerecht gehaltener Überprüfung und Begutachtung kann keine letztliche Risikofreiheit erwartet und ein Restrisiko nicht ausgeschlossen werden. Dabei sind auch mit der Prognose verbundene Unsicherheiten zu berücksichtigen.
Entscheidungen über die Entlassung aus der Unterbringung für nach § 63 StGB Untergebrachte trifft regelmäßig nach Fristablauf jeweils eines Jahres die Strafvollstreckungskammer *(StVK)* des für die Einrichtung zuständigen Landgerichtes (LG) bzw. die StVK, in deren Bezirk das Krankenhaus liegt. Bei Jugendlichen und Heranwachsenden ist das Jugendschöffengericht oder die Jugendkammer des LG zuständig, das den Patienten verurteilt hat. Als einzige der Maßregeln ist die der Unterbringung in einem Psychiatrischen Krankenhaus in ihrer Dauer nicht begrenzt: Die Entlassung aus der Unterbringung nach § 63 StGB hängt ab von der Kriminalprognose. Dagegen wird die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt entweder deswegen beendet, weil die Sozialprognose des Betreffenden günstig eingeschätzt wird oder die Dauer der Maßregel 2 Jahre beträgt und der Patient nach Ablauf

---

[15] *(Kammeier 1995: 28 Rdn. A64)*
[16] Sowohl beim Vollzug der Unterbringung in einem psychiatrisches Krankenhaus als auch in einer Entziehungsanstalt besteht der Vorrang bessernder vor sichernder Maßnahmen. Dabei wird dieser im Falle einer Unterbringung nach § 63 StGB als ´relativer` und im Falle einer Unterbringung nach § 64 StGB als ´absoluter` Vorrang bewertet *(Kammeier 1995: 62 Rdn. B22).*
[17] D.h., daß den Anlaßtaten entsprechende oder ähnlich schwere Taten oder progredierendes Kriminalverhalten als Ausschlußgrund zu erwarten sind.
[18] In der Frage zum Risiko künftiger Delinquenz sind die empirischen Grundlagen bislang immer noch eher als gering zu beurteilen *(zum Themenbereich ´Prognose` s.: Nedopil 1988, 1996, 1998).*

dieser Zeit zu entlassen ist oder sich im nachhinein herausgestellt hat, daß eine Behandlung aussichtslos ist. Die Anordnung der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt nach § 64 StGB weicht in bestimmten Punkten von der nach § 63 StGB ab: Die Unterbringung nach *§ 64 StGB* ist befristet und darf 2 Jahre nicht übersteigen; Die Frist läuft vom Beginn der Unterbringung an.
Die Unterbringung in der Entziehungsanstalt muß nach zwei und die Führungsaufsicht nach fünf Jahren beendet sein. Allerdings kann der in der Entziehungsanstalt Untergebrachte u.U. dort länger bleiben müssen, wenn er eine Freiheitsstrafe verbüßt, doch die Verlegung in die Haftanstalt seiner Resozialisierung entgegenstünde: In diesem Fall darf die Gesamtdauer der Unterbringung vier Jahre nicht überschreiten. Nur wenn neben der Maßregel nach *§ 64 StGB* eine Freiheitsstrafe verhängt ist und die Unterbringung zuerst vollzogen wird, verlängert sich die Höchstfrist auf bis zu 4 Jahre *(§ 67d Abs.1 StGB).*

4.7.1 Regelungen zur Anordnung und Beendigung einer Maßregel durch Bundesgesetz und zur Ausgestaltung des Vollzuges der Maßregel durch die Ländergesetze

1 Die Anordnung und Beendigung einer Maßregel ist bundesweit einheitlich durch Bundesgesetz geregelt. Dagegen ist die Ausgestaltung des Vollzuges der Maßregel einzeln in jedem Bundesland durch dessen jeweiliges Ländergesetz geregelt. Aus diesen Gründen gibt es auch von Bundesland zu Bundesland ganz unterschiedliche Behandlungs-, Lockerungs-, Urlaubs- und entsprechend dann auch unterschiedliche Nachsorgebedingungen.

4.7.1.1 Ausgestaltung des Vollzuges der Maßregel

Die Ausformungen der gesetzlichen Bestimmungen zu Regelungen des MRVG unterscheiden sich generell zwischen den einzelnen Ländern, divergieren von Region zu Region und innerhalb der Bundesländer von Einrichtung zu Einrichtung. Einflußgrößen von Relevanz sind außerdem die verschiedenen Strukturvorgaben, wie dezentral, zentral und integrativ organisierte Behandlungen forensischer Patienten. Infolge der unterschiedlichen Ausgestaltung der Maßregelvollzugsgesetze auf Länderebene bilden landeseigene Strukturen überkommene, auch gewachsene, allgemein- und sozialpolitische strukturelle Gegebenheiten der jeweiligen Region und der zugehörigen forensischen Einrichtungen wichtige strukturelle Einflußgrößen. Daneben ist der MRVZ in Deutschland unterschiedlich organisiert. Es finden sich verschiedene Modelle des MRVZ: Zentrale Versorgungsstrukturen mit eigenständigen Kliniken *(z.B.: Eickelborn, Haina)*, dezentrale Modelle mit forensischen Abteilungen oder forensische Stationen in Allgemeinpsychiatrischen Krankenhäusern *(z.B.: der Großteil bayerischer MRVZ-Einrichtungen)* sowie integrative Behandlungsformen innerhalb der Allgemeinpsychiatrie. Der Umgang mit dem Patienten wird in den entsprechenden Landesgesetzen geregelt; Die dbzgl. zuständigen MRVG der Länder wurden seit 1980 verabschiedet. Entweder wurde das Unterbringungsgesetz unter ´PsychKG` [19] subsummiert und ggfls. über Anhänge angepaßt oder es wurden eigene Maßregelvollzugsgesetze *(MRVG)* geschaffen. Die Länder *Bayern (Bay), Baden-Württemberg (B-W), Berlin (Bln), Brandenburg (Bbg), Sachsen (Sach) (sowie bis zum 31.03.2000 Schleswig-Holstein)* haben das Unterbringungsgesetz unter ´PsychKG` über Anhänge an den MRVZ adaptiert. Eigene MRVG geschaffen haben dagegen *Hessen (Hess), Niedersachsen (Nds), Nordrhein-Westfalen (NW), Rheinland-Pfalz (RhPf), Hamburg (Hbg), das Saarland (Saar) und seit 01.04.2000 auch Schleswig Holstein (Schl-Holst).* Von den neuen Bundesländern hat bisher erst Sachsen-Anhalt *(SaAn)* ein MRVG verabschiedet, das sich an dem Vorbild des Gesetzes in Niedersachsen orientiert. In Berlin, in dessen PsychKG die Unterbringung der MRVZ-Patienten landesrechtlich besonders unzureichend vertreten ist, bestehen bereits Entwürfe für die Konstituierung eines eigenen MRVG. *(Zu den einzelnen Gesetzestexten der Länder außer den zwischenzeitlich neuen zu NW und Schl-Holst: s. Volckart 1999.)* In dem vormaligen und - seit Juli 1999 - neuen MRVG in *Nordrhein-Westfalen (MRVG NW)* ist als einzigem der Landesgesetze der Anspruch auf Nachsorge gesetzlich verankert *(nähere Ausführungen hierzu s.u.).* Auch das geplante neue MRVG zu Hessen, bislang noch im Entwurf abgewiesen[20], berücksichtigte den Sektor der Nachsorge. *Bremen* hat seit dem 01.01.2001 ein neues PsychKG mit MRVZ-Regelungen. Als nächstes stehen Novellierungen an für *Hessen*. In beiden Ländern bestehen Bestrebungen zur gesetzlichen Unterlegung von Nachsorge und ambulanter Behandlung. Die Qualität derjenigen MRVG, die in Ergänzung der Unterbringungsgesetze und des PsychKG entstanden sind, leidet merklich darunter, daß die originalen Bezugsgruppen, die Psychiatriepatienten, in vielerlei Hinsicht in ihrem spezifischen Bedarf zu den Behandlungsformen nicht mit denen der forensischen Klientele übereinstimmen: Die besondere Klientele der psychisch kranken Straftäter weist zusätzliche und spezifische andere Bedarfsstrukturen aus. Dem zu begegnen versucht das neue, zum 01.04.2000 in Kraft getretene, Landesgesetz von *Schleswig Holstein (Schl-Holst):* Der Gesetzestext, wie bspw. *§ 1 Abs.32 neues MRVG Schl-Holst*, betont die besondere Rücksichtnahme auf Rechte, Würde und Befinden der ´untergebrachten Menschen (...) Patientinnen und Patienten`. Deren individuellem Bedarf und Wünschen um Hilfen bzw. den behandlungs- und betreuungsbezogenen Erfordernissen des Einzelfalles ist ´nach Möglichkeit` über und in der Gestaltung des MRVZ zu entsprechen. Die Dokumentation über eine Patientenverfügung vor Behandlungsbeginn wird empfohlen. Bundesweit einzigartig und neu ist das Herausstellen der Erfordernis der Einbeziehung von Bezugspersonen in den Behandlungskontext. Dies ist eine,

[19] Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten
[20] Dies war i.Ü. nicht in der angestrebten gesetzlichen Verankerung ambulanter Nachsorge begründet gewesen.

den Befunden der eigenen Untersuchungen zufolge, fachlicherseits und insb. unter therapeutischen Gesichtspunkten, unabdingbare Notwendigkeit.

4.7.2 Gerichtliche Anordnung von Strafe und Therapie bzw. gleichzeitige Anordnung von Haftstrafe und Unterbringung und damit einhergehende Vollstreckungsprobleme

Wird der Täter als vermindert schuldfähig eingeschätzt *(§ 21 StGB)*, kann neben einer Strafe auch die Unterbringung im MRVZ angeordnet werden. Sofern keine triftigen Gründe dagegen sprechen, hat nach dem Gesetz die Therapie vor dem Vollzug der Strafe zu erfolgen *(§ 67 StGB)*. Die Dauer der Therapie kann zum Teil auf die Strafe angerechnet und von der Haftzeit abgezogen werden.
Kann die Frage nach der Therapieeignung positiv beantwortet werden [21], sollte möglichst schon während des vorausgehenden Vollzuges der Freiheitsstrafe mit einer Behandlung begonnen werden. Dies sollte zumindest so früh geschehen, daß zum Zeitpunkt der sog. ´Zweidrittel-Entlassung` nach § 57 Abs.1 StGB eine aussichtsreiche Prüfung der ´bedingten Entlassung aus dem Strafvollzug` möglich ist. Bei gleichzeitiger Anordnung von Haftstrafe und Unterbringung muß i. a. R. die Maßregel vor der Haftstrafe angetreten werden *(§ 67 StGB)*. Gründe für eine Umkehrung der Vollstreckungsreihenfolge sind möglich, werden aber durch die Rechtsprechung eingeschränkt. In so einem Fall muß vom Gutachter befürwortet und vom Gericht bestimmt werden, daß durch die Umkehrung die Resozialisierungschancen wesentlich verbessert werden. Wird die Strafe oder ein Teil davon vor der Maßregel vollstreckt, so hat die StVK vor der Verlegung in die psychiatrische Klinik erneut die Kriminalprognose zu überprüfen und kann in so einem Fall die Reststrafe zur Bewährung aussetzen. Gleichzeitig können Auflagen, z. B. die Verpflichtung zu einer ambulanten Therapie, die Entbindung von der Schweigepflicht gegenüber der Führungsaufsicht u.ä., mit der Aussetzung der Maßregel zur Bewährung verbunden werden.

4.7.2.1 Mit der Vollstreckungsreihenfolge von Maßregel und Freiheitsstrafe einhergehende Probleme in der Praxis

Sowohl in der Rechtsprechung als auch in der forensisch-psychiatrischen Praxis wird das vom Gesetz vorgeschriebene Nebeneinander von Therapie und Strafe bei vermindert schuldfähigen Tätern als problematisch erfahren. *(Zum therapeutischen Problem u. a.: Volckart 1999; Rasch 1991b: 12 oder Wycisk & Noeres 1991: 114; Schüler-Springorum 1998)*. Das Gesetz sieht die potentielle Möglichkeit zum ausnahmsweisen Vorwegvollzug der Freiheitsstrafe unter der Legitimierung vor, daß darüber der MRVZ-Zweck eher erreicht wird. Die praktische Umsetzung setzt aufwendige Nachweisführungen voraus. Die an den ausnahmsweisen Vorwegvollzug geknüpfte Bedingung, den Zweck der Maßregel dadurch leichter erzielen zu können, gründet sich auf die Meinung des Gesetzgebers zu Funktionen des Strafvollzugs wie zur *„Erzeugung des für eine spätere Therapie nötigen Leidensdrucks“* bzw. als *„Hilfe zur therapienotwendigen Motivation“* oder *„Besinnungsstation vor dem Krankenhaus als Therapiestation“ (n. Schüler-Springorum 1998: 28)*.
Die relevanten Gesetzesabschnitte, § 67 StGB mit den beiden ersten deutlich im Regel-Ausnahme-Verhältnis formulierten Absätzen, standen bislang immer wieder im Mittelpunkt der Reformdiskussionen. [22] In der Praxis stehen diese und insb. die Frage der Vollstreckungsreihenfolge von Maßregel und Freiheitsstrafe gemäß § 67 StGB v. a. oft bei der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt erschwerend im Vordergrund. Im Falle relativ kurzer Freiheitsstrafen wird i. d. R. die Maßregel entspr. § 67 Abs.1 StGB vor der Strafe vollstreckt. Schwierigkeiten ergeben sich, wenn die Freiheitsstrafe die erforderliche Dauer der Entziehungsbehandlung deutlich übersteigt oder keine Krankheitseinsicht des Betroffenen und damit Erfolgsaussicht für die Therapie besteht. Hier wird z.T. der Vorwegvollzug der Strafe gefordert und auch praktiziert. Dies wird damit begründet, überhaupt erst einen ´Leidensdruck` [23] beim betroffenen Patienten zu bewirken resp. die Möglichkeit zu schaffen, auf diese Art und Weise aus der Therapie in die Freiheit entlassen zu können. Rechtlich ergibt sich daraus oftmals das Problem der ´Konkurrenz` zwischen dem Strafvollstreckungsaufschub zugunsten einer Drogentherapie gemäß §§ 35ff. BtmG und andernteils der Maßregellösung nach § 64 StGB, wobei in der Strafpraxis eindeutig die erstere Lösung bevorzugt wird *(s. dazu auch: Kurze 1993: 22f.)*.

4.8 Aufgaben des Maßregelvollzugs und ausgewählte Zielpunkte mit Implikationen für eine nichtstationäre Versorgung

4.8.1 Zielkonflikt der Doppelaufgabe der Sozial- und Legalbetreuung

Obschon im Rahmen der zweiten Strafrechtsreformgesetzgebung zum 01.01.1975 mit dem Doppelauftrag der Besserung und Sicherung die Favorisierung des Behandlungsgedankens durch die Voranstellung des Begriffs der ´Besserung` gegenüber dem der ´Sicherung` hervorhoben wurde, sind diese beiden Zielvorgaben in der Praxis nicht ohne weiteres miteinander vereinbar: Die Realisierung dieser beiden Ziele impliziert einen permanenten Zielkonflikt: Dem Behandlungsauftrag, der eine Erprobung unter realen Lebensbedingungen und Eingliederung

---

[21] Damit ist auch der Eindruck gemeint, daß der Patient therapeutisch erreichbar sei.

[22] *„Die Instanzgerichte haben mehrere Anläufe unternommen, dem als Ausnahme gedachten Vorwegvollzug von Freiheitsstrafe zur Regel zu machen und zwar wenigstens eines mehr oder weniger langen Teils dieser Strafe bevor das psychiatrische Krankenhaus in Funktion tritt.“ Schüler-Springorum 1998: 28).*

[23] Beachte die uneinheitliche Rechtsprechung des Bundesgerichtshof in Bezug auf das Verständnis zum Begriff des sog. *´Leidensdruckes` (vgl. hierzu Kaiser 1990: 24 ff.; Kammeier Maßregelvollzugsrecht Kommentar 2.Auflage Kap. A in Vorbereitung).*

in die Gesellschaft verlangt, steht die mit dem Sicherungsauftrag verbundene Aufgabe entgegen, dem Schutz vor weiteren Straftaten im Interesse der Bevölkerung Rechnung zu tragen. Im Zusammenhang mit der Ausführung der Doppelaufgabe und Sozial- und Legalbetreuung sind dabei auch v. a. Interessen, Erwartungshaltungen und Sichtweisen anderer, in die Behandlung des Patienten involvierter, behördlicher Autoritäten, wie Justiz, Polizei und Führungsaufsicht und ihrer Vertreter sowie die medizinisch-psychiatrischer Einrichtungen zu berücksichtigen. - Ein Spannungsfeld, das sich insb. zum Kontext der praktizierten Nachsorge ambulanter forensisch-psychiatrischer Patienten abbildet.

4.8.2 Wiedereingliederungsgebot der Maßregel

Den MRVZ-Kliniken obliegt im Sinne des allgemeinen Wiedereingliederungsgebotes der Maßregel die Pflicht zur Gewährleistung ausreichender Hilfen zur Wiedereingliederung des Patienten. Demzufolge ist die MRVZ-Klinik gehalten, Entlassungsvorbereitungen nicht nur zu initiieren, sondern auch zu strukturieren und ausreichende Hilfen zur Wiedereingliederung zu gewährleisten, d. h. Mindeststandards einer strukturierten Entlassungsvorbereitung zu praktizieren. Ansonsten verletze das MRVZ-Krankenhaus die ihm obliegende Pflicht zur *„Gewährleistung ausreichender Hilfen zur Wiedereingliederung" [kommentatorisch zu den Zielen des MRVZ bewertet Gabriel in: Kammeier (Hrsg.) 1995: Rdn E71].* Alle Maßnahmen des Krankenhauses haben unter dem Leitgedanken zu stehen, daß der Patient möglichst frühzeitig wieder eingegliedert und in die Freiheit entlassen werden soll. Das Fehlen entsprechender Regelungen zur Wiedereingliederung (in den Landesgesetzen, wie im bayer. UnterbG und per se) darf nicht dazu führen, daß Belastungserprobungen unmöglich gemacht werden. [24]

4.8.3 Herstellen der Entlassungsreife als eine vorrangige Aufgabe der MRVZ-Einrichtung

Eine vorrangige Aufgabe der Behandlung der MRVZ-Einrichtung ist es, die sog. ´Entlassungsreife` herzustellen und dann, wenn diese vorliegt, den Patienten gem. *§ 67d Abs.2 StGB* so bald als möglich nach Zustimmung der StVK zu entlassen.

4.8.4 Beschränkung der Unterbringungsdauer unter dem Aspekt des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes

Aus vollstreckungsrechtlicher Sicht kommt dem Ausbau ambulanter Betreuungsmaßnahmen im Kontext des MRVZ eine besondere und am Verfassungsgrundsatz der Verhältnismäßigkeit orientierte, Begrenzungswirkung bei der Freiheitsentziehung zu. Die mit der Vollstreckung der Maßregel verbundene Freiheitsentziehung psychisch kranker Straftäter ist, anders als im Strafvollzug, nur legitimiert durch das Sicherheitsinteresse der Allgemeinheit und um von dieser unvertretbare, von psychisch kranken Rechtsbrechern ausgehende, Gefahren abzuwenden. Ein MRVZ-Patient darf nur solange und soweit freiheitsentzogen untergebracht werden, wie dies seine Gefährlichkeit gebietet. Dies ist verfassungsrechtlich bedingt und außerdem ausdrücklich in § 62 StGB geregelt. Wobei die Anordnung einer Unterbringung und die zur weiteren Vollstreckung dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit unterstellt ist. Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) hat in einer grundlegenden Entscheidung im Jahre 1985 *(BVerfG 70, 313)* darauf abgehoben, das mit der Dauer des Freiheitsentzuges stärker werdende Freiheitsinteresse des Verurteilten gegenüber dem Schutzinteresse der Allgemeinheit abzuwägen. Daher gilt als weiterer Zielpunkt der MRVZ-Behandlung gem. *§ 67d Abs.2 StGB*, den Patienten, den Status der ´Entlassungsreife` vorausgesetzt, so bald als möglich entlassen zu können. Der MRVZ ist so zu gestalten, daß die Vollzugsziele in möglichst kurzer Zeit erreicht werden. Die Zeit der geschlossenen Unterbringung ist aus verschiedenen Gründen so kurz als möglich zu halten: Zum einen sind die Freiheitsrechte der zwangsweise Untergebrachten zu wahren *(Nds.-Drs. 9/ 2601, 15)*: Eine Unterbringung ist verfassungsrechtlich nur unter diesen Gegebenheiten legitimiert. [25] Außerdem gilt es, behandlungsbezogene Aspekte, wie die Erfordernisse einer extramuralen Belastungserprobung im Alltag, zu berücksichtigen. Im Hinblick auf die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus nach § 63 StGB ist das ´Subsidiaritätsprinzip` zu beachten, indem eine sichernde Unterbringung in einer geschlossenen Einrichtung der forensischen Psychiatrie das überhaupt letzte zulässige Mittel darstellt, um die Allgemeinheit vor den Gefahren zu schützen, die durch den Täter drohen *[vgl.: Pollähne in: Kammeier (Hrsg.) 1995: Rdn.F9; dazu auch: OLG Celle NStZ 1989: 590].*

Nachdem ein Nebeneinander (´Zweispurigkeit`) von Strafe und Maßregel über die Verurteilung gegeben ist, geschieht dies bei der Vollstreckung in einem Verhältnis eines Nacheinander, das im Rahmen eines sog. ´vikariierenden Systems` verschiedene Wechsel- und Anwendungsmöglichkeiten enthält *(Hanack 1980: 5 ff; Jehle 1993).*

Wenn dieser Zweck auch durch Maßnahmen erreicht werden kann, die den Täter weniger belasten, haben diese Vorrang nach *§ 67d Abs.1 /1 StGB, §72 Abs.1 StGB, § 61 f. StGB [vgl.: Pollähne in: Kammeier (Hrsg.) 1995: Rdn.F9].* [26] Entsprechend kommen nach § 56c StGB Weisungen in Betracht, wenn sie sich bspw. für die Heilung und Pflege des Beschuldigten als günstig herausstellen. [27]

---

[24] Während nach § 63 StGB die Besserungsmaßnahmen einschließlich Psychotherapie nur unter der unbedingten Beachtung des Sicherungsgedankens erprobt und durchgeführt werden müssen, tritt bei der Unterbringung nach § 64 StGB der Sicherungsgedanke hinter die spezifischen Lockerungsbedürfnisse der Suchttherapie zurück.

[25] Kommentierende Stellungnahme hierzu: s. *Kammeier 1995 bezugnehmend auf Nds.-Drs. 9/ 2601, 15.*

[26] Als ´andere` Maßnahmen sind dabei insb. auch anderweitige Unterbringungen in Betracht zu ziehen *(BGH MDR 1986: 979;NStZ 1990:225)*-

[27] Vgl. zur Praxis des *§ 68b StGB*: *Konrad 1991a; BGH, NStZ 1991: 479.*

4.8.5 Besonderheiten zur Anordnung der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt

Dagegen ist eine Unterbringung in eine Entziehungsanstalt nach § 64 StGB bereits dann unzulässig *(§ 64 Abs.1 StGB)*, „wenn eine hinreichend konkrete Aussicht eines Behandlungserfolges nicht besteht" *(BGH 1994, I: 3012)*. Erklärtes Ziel ist dabei einzig die Besserung und zwar v. a. auch im Sinne einer Gefahrenabwehr durch Besserung über eine therapeutische Einwirkung und darüber dem Erreichen einer Entlassungsreife *[n. Kammeier 1995 unter Verweis auf: BGH bei Holtz MDR 1989: 1052]*.

4.8.6 Weitere rechtliche Bezüge und Maßnahmen im Rahmen der Entlassvorbereitung und der Wiedereingliederungsbemühungen

4.8.6.1 Entlassungsvorbereitung und Wiedereingliederungsbemühungen

Nach dem Gesetz muß die Vorbereitung auf die Freiheit außerhalb des MRVZ *(§ 67d Abs.2 StGB)* im Rahmen der Behandlung innerhalb des Vollzuges mit der (Wieder-) Gewöhnung an die Bedingungen der Freiheit einhergehen *[entspr.: Pollähne in: Kammeier (Hrsg.) 1995: Rdn.F138]*. Eine verantwortliche externe Erprobung unter Bewährung setzt eine interne Erprobung unter gelockerten Vollzugsbedingungen voraus *[vgl.: Pollähne in: Kammeier (Hrsg.) 1995: Rdn.F138]*.
Bei den Entlassungsvorbereitungen ist zu unterscheiden zwischen solchen, die im weiteren Sinne als Gesamtheit jener Behandlungsmaßnahmen eine Entlassung ermöglichen und darüber die sog. Entlassungsreife herstellen sollen und andernteils solchen, im engeren Sinne, die als „Inbegriff jener Wiedereingliederungsmaßnahmen zur Einleitung und Durchführung der konkret anstehenden Entlassung erforderlich werden" *[n. Pollähne in Kammeier (Hrsg.) 1995: RdnF136]*.
Ein Entlaßvorschlag des MRVZ-Krankenhauses soll(-te) auf - solchermaßen - fundierte Entlaßvorbereitungen aufbauen und dann über Bewährungsauflagen abgesichert werden *[vgl. Gabriel in: Kammeier (Hrsg.) 1995: Rdn.E71]*.

4.8.6.2 Absicherung des Übergangs aus der stationären Unterbringung

Soweit dies durch das Krankenhaus nicht erfolgte, ist die StVK gefordert, vor der Entlassung eine Anhörung zu setzen *(§§ 463, 454 StPO)* und bei dieser Gelegenheit koordinierend tätig zu werden *(§§ 463, 454 StPO)*. Zu dieser Anhörung wird empfohlen, den Bewährungshelfer sowie den Sozialarbeiter, den Leiter der Führungsaufsichtsstelle und einen verantwortlichen Arzt oder Therapeuten und Mitarbeiter des Sozialdienstes des Psychiatrischen Krankenhauses zu laden. Weisungen sollten in Gegenwart des Patienten und seines Verteidigers besprochen und der Patient über die korrekte Einhaltung der Fristen informiert werden. Der Entlassungszeitpunkt kann - in Abstimmung mit den Betreuern - grundsätzlich flexibel gehalten werden.

4.8.6.3 Funktionen und Zusammenhänge von Führungsaufsicht, Bewährung, Weisung, Aussetzungswiderruf

Nach Entlassung aus dem psychiatrischen Krankenhaus setzt Führungsaufsicht ein. Diese kann dagegen nicht angeordnet werden, wenn der Betreffende nach Ablauf höchstens von 2 Jahren aus der Entziehungsanstalt entlassen wird. Die Maßregel und der evtl. noch vorhandene Rest einer Freiheitsstrafe für 3 bis 5 Jahre kann zur Bewährung ausgesetzt werden. Mit der Aussetzung tritt Führungsaufsicht ein. In diesem Zusammenhang kann die StVK dem zu entlassenden Patienten Weisungen erteilen. Es besteht die gesetzlich vorgesehene Möglichkeit, die Unterbringung nach §§ 63, 64 StGB zugleich mit der Anordnung *(§ 67b StGB)*, wie auch im weiteren Verlauf der Vollstreckung *(§ 67c StGB)* oder aber nach Beginn der Unterbringung *(§ 67d Abs.2 StGB)*, zur Bewährung auszusetzen und dem Patienten für die Dauer der gesetzlich darauf folgenden Führungsaufsicht *(vgl. § 68 Abs.2 StGB)* entsprechende Weisungen *(§ 68b StGB)* zu erteilen. Eine Anzahl möglicher Weisungen wird in *§ 68g StGB* aufgeführt. Im Hinblick auf eine ambulante Fortsetzung der Therapie sind sog. Behandlungsweisungen von Relevanz *(§ 68b Abs.2 Nr.2 i.V.m. § 56c Abs.3 StGB und daneben in landesgesetzlichen Regelungen u. a.: Thü PsychKG §32 Abs.1). (Vgl. auch: Horstkotte 1986 zu § 67d Rdn.47 und LK und Ruß § 56c Rdn.19)* [28]. Begeht der, aus der Maßregel nach *§ 67d StGB* bedingt entlassene Patient erneut eine rechtswidrige Tat oder verstößt er ´beharrlich und gröblich` gegen die, vom Gericht für diese Zeit erteilten, Weisungen, kann die Bewährung widerrufen werden (Widerruf der Aussetzung zur Bewährung nach *§ 67g Abs.1 Nr.2 StGB*).
Ansonsten ist die Maßregel mit Ablauf der Bewährung erledigt.

- **Nähere Ausführungen zum Widerruf**

Kristischer Einschätzung zufolge ist ein Widerruf dann gerechtfertigt, „wenn deutlich wird, daß der Patient durch Verstoß gegen Weisungen oder Bewährungsaufsicht in eine Situation gerät, die der früheren deliktbezogenen Ausgangslage sehr nahekommt" *(Schöch 1993: 148)*. Auch im Falle neuer Straftaten gilt es [29], einen Widerruf als ´ultima ratio` verfügbarer Maßnahmen einzusetzen. Dabei kommen als mögliche vorrangig „mildere" Reak-

[28] Weitere Angaben zum Charakter und zur Ausgestaltung dieser Weisungen s. Folgetext.
[29] was sich auch aus dem Subsidiaritätsprinzip ergibt.

tionen *(§§ 67g Abs.1, 68d i.V.m. §56 Abs.2 StGB analog)* und u. a. weitere Weisungen oder die Verlängerung der Führungsaufsichtsdauer in Betracht. [30]

➢ **Nähere Ausführungen zu Funktionen der Führungsaufsicht**

Die Führungsaufsicht soll sich analog zu der Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus am Grundsatz der Verhältnismäßigkeit und Erforderlichkeit orientieren. Juristischerseits wird darauf hingewiesen, daß die Höchstdauer von 5 Jahren in durchschnittlichen Fällen möglichst nicht ausgeschöpft werden sollte und bei Aussetzung einer ersten Unterbringung von kürzerer Dauer im Regelfall 3 Jahre ausreichen sollten *(Schöch 1993: 146)*. Empfohlen wird *(Schöch 1993: 143)* die rechtlich mögliche Arbeitsteilung von Führungsaufsichtsstelle und Bewährungshilfe konstruktiv und je nach Überwiegen der Betreuungs- oder Überwachungsaufgaben in ihren Prioritäten einzusetzen. Die Annahme ist dabei, daß eine funktionierende Führungsaufsicht zur Verbesserung der Entlassungsprognose und damit Verkürzung der Unterbringungszeiten beitragen kann. [31]

➢ **Nähere Ausführungen zur Erteilung von Weisungen**

Weisungen, die sich i. d. R. auf die Bereiche Wohnung, Arbeit und Teilbehandlung (Behandlungsweisungen) beziehen, bilden wesentliche Rahmendaten für die Weiterführung der Therapie in Freiheit und überhaupt wichtige Orientierungshilfen für Bewährungshelfer, Führungsaufsichtsstelle, Staatsanwaltschaft, StVK und den Patienten selbst. Die Weisung, einen Facharzt für Psychiatrie und Neurologie zur Behandlung aufzusuchen, ist nach *§ 68b Abs.2 Nr.2 i.V.m. § 56c Abs.2 Nr.1 StGB* zulässig, allerdings nur mit Einwilligung des Patienten. Empfohlen wird, diese im letzten Anhörungstermin vor der Entlassung des Patienten ausdrücklich einzuholen und protokollarisch festzuhalten. Die Bereitschaft des Arztes zur Durchführung der Behandlung sollte möglichst bereits vorab geklärt sein. *(Entspr. auch Schöch 1993: 148).*

4.8.7 Vollzugslockerungen und Beurlaubungen

Im Rahmen der Entlassungsvorbereitung und Wiedereingliederungsbemühungen erhalten die Vollzugslockerungen überragende Bedeutung; Weiter bieten mögliche Langzeitbeurlaubungen Gelegenheiten für Verhaltenserprobungen im extramuralen Bereich. *[Zur Bedeutung des offenen Vollzuges und den Wirkungsmöglichkeiten von Vollzugs- und Erprobungsfunktionen der Lockerungen s. auch: Pollähne in: Kammeier (Hrsg.) 1995: Rdn.F140 bei außerdem inhaltlicher Entsprechung zu den Befunden der vorliegenden Untersuchung]*.

4.8.7.1 Doppelte Funktion der Vollzugslockerungen

Vollzugslockerungen wirken in doppelter Funktion, indem sie zum einen zur Erreichung des Vollzugszieles in ihrer ´therapeutischen Funktion` unerläßlich sind und zugleich als Entlassungsvorbereitungen mit Erprobungsfunktion` unverzichtbare Vorbereitungsmaßnahmen für die Entlassung darstellen *[vgl. Pollähne in: Kammeier (Hrsg.) 1995: F11]*.

4.8.7.2 Rechtsanspruch der Untergebrachten auf Vollzugslockerungen und Urlaub

Ein Rechtsanspruch der Untergebrachten auf Vollzugslockerungen und Urlaub läßt sich aus den bundesrechtlichen Vorgaben für die Anordnung und Vollstreckung der Maßregel ableiten, sofern die darin formulierten Voraussetzungen erfüllt sind *[vgl.: Pollähne in: Kammeier (Hrsg.) 1995: Rdn. F13]*.

4.8.8 Praxis der gesetzlich vorgegebenen Lockerungs- und Urlaubsregelungen

Die Praxis der gesetzlich vorgegebenen Lockerungs- und Urlaubsregelungen wird von Bundesland zu Bundesland und von Einrichtung zu Einrichtung unterschiedlich gehandhabt, wobei bei den Urlaubsregelungen extreme Unterschiede vorherrschen. Restriktiven Regelungen stehen solche mit großzügigen Gewährungen von Urlaub und Beurlaubungsregelungen ohne Höchstfrist bzw. Summengrenzen und Möglichkeiten zur Kettenbeurlaubung [32], gegenüber. Allerdings sind auch unbefristete Urlaubsregelungen nicht unproblematisch: Neben den positiven Aspekten solcher Dauerbeurlaubungen wird der Patient andererseits dadurch stärker belastet, da die Widerrufvoraussetzungen dabei wesentlich lockerer ausgestaltet sind und Entlaßentscheidungen unverhältnismäßig lange hinausgeschoben werden können. Außerdem kann es im Entscheidungsfall zu Unklarheiten zu den Grenzen kommen, wann statt einer weiteren Beurlaubung die Möglichkeit zur Aussetzung der Unterbringung zur Bewährung anzuwenden ist.

---

[30] Ein Verzicht auf besondere Reaktionen kann nötig sein, wenn das neue Verfahren seine Sanktionszwecke erfüllt. Außerdem muß ein Widerruf wegen neueren Straftaten zurückgehalten werden, wenn der Aspekt der ´Unschuldsvermutung` *gem. Art.6 Abs.2 MRK (Menschenrechtskonvention)* nicht geklärt ist. Mit einer Widerrufsentscheidung gewartet werden muß ferner, bis eine Anlaßtat rechtmäßig abgeurteilt wurde oder ein glaubwürdiges Geständnis vorliegt. *(Vgl.: Schöch 1993: 148)*

[31] *Ein, „an vielen Orten noch notwendiger, Ausbau von stationären und ambulanten Nachsorgeeinrichtungen, kann die Führungsaufsicht nicht ersetzen, wohl aber ergänzen, v.a., wenn es darum geht, die zwangsweise Unterbringung in anderen stationären Einrichtungen zu vermeiden“ (Schöch 1993: 146).*

[32] Dabei kehrt der Patient aus formalen Gründen zwischen den einzelnen Urlaubsanträgen kurzzeitig in die MRVZ-Einrichtung zurück.

4.8.8.1 Ermessensspielraum der Länder zu Lockerungsmaßnahmen

Die Ländergesetze bieten für den Rechtsanwender einen Ermessensspielraum bei der Entscheidung der Gewährung von Lockerung und Urlaub: Entsprechend finden sich sog. ´Kann-Bestimmungen` für
Bayern *(vgl. Art 30/31 Abs.1 bayer. UnterbG),*
Hessen *(§ 8 hess. MRVG) und*
Niedersachsen *(§ 15 nds. MRVG).*

4.8.8.1.1 Zur Frage der Vereinbarkeit mit bundesrechtlichen Grundprinzipien des MRVZ

Diese Bestimmungen wurde allerdings seitens fachlicher Kritik *(Volckart 1999)* als unvereinbar mit bundesrechtlichen Grundprinzipien des MRVZ bewertet: Die Gewährung von Vollzugslockerungen und Urlaub dürfe allein von der Gefahrenprognose abhängen. Vielmehr sei zu befürworten, Ausweitungen der Voraussetzungen von Lockerungsmaßnahmen zu diskutieren. *(Volckart a. a. O.)*
In Bayern erlaubt eine besonders restriktive Handhabung, die Gewährung von Vollzugslockerung und Beurlaubung dann auszuschließen, wenn zwar nicht die öffentliche Sicherheit aber die öffentliche Ordnung gefährdet wird *(Art. 22 Abs.1 zzgl. anteilig 30/31 Abs.1 bayer. UnterbG).* - Kriterien die andernteils als solche „des Polizei- und nicht des Maßregelrechtes“ *(Volckart 1991: 102 unter Bezugnahme auf o. g. Art. bayer. UnterbG)* kritisiert wurden.

4.8.8.1.2 Kritische Bewertung zur Maßnahme der Anhörung bzw. Zustimmung der Vollstreckungsbehörde

Einige Ländergesetze zum MRVZ implizieren Anhörungs- und Zustimmungserfordernisse. Auch seitens der fachlichen Kritik werden die, in einigen Bundesländern an die Gewährung von Lockerungsmaßnahmen geknüpften und als Voraussetzung geschalteten, Anhörungen und bedingt die Zustimmungen der Vollstreckungsbehörden, als grundsätzlich sinnvoll eingestuft. Sofern sie nicht zu Verzögerungen führen ist diesen gegenüber nichts einzuwenden. Auf diesem Wege ist ein aktueller Informationsstand der zuständigen StVK über Behandlungsverlauf des Patienten und Aussetzung der Unterbringung zur Bewährung gewährleistet. Doch wird der mögliche Verhinderungsmechanismus zur Reduktion von Zahl und Umfang der Vollzugslockerungen und Beurlaubungen zur Zustimmungserfordernis problematisiert *(Volckart 1999: 119-120).*

4.8.8.2 Regelungen zum Urlaub aus dem stationären Vollzug in den Ländergesetzen

Während nicht in allen Ländergesetzen Vollzugslockerungen ausdrücklich geregelt wurden, enthalten jedoch alle Ländergesetze Regelungen über den Urlaub. Mit Ausnahme der Landesgesetze in Bremen und dem Saarland verfügen bundesweit alle MRVZ-Einrichtungen über einen bedingten gesetzlich eingeräumten Ermessensspielraum bei der Gewährung von Urlaub, wobei in einigen Ländern die Zustimmungen der Vollstreckungsbehörden verlangt werden *(Bayern, Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz, Hessen)* und Anhörungen vorgesehen sind *(Landesgesetz von Bayern, Berlin, Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen).* Gemeint ist eine ´Ermächtigung zu Ermessensentscheidungen` *(Volckart 1999: 118)* zur Auswahl der Vollzugslockerungen, die zeitliche Einordnung der Lockerungen und des Urlaubes in den, für jeden einzelnen Patienten aufgestellten, Behandlungsplan als Spielraum, der Krankenhausleitern bleibt, innerhalb dessen diese rechtlich einwandfreie Entscheidungen treffen können.
Keine Höchstgrenzen für den Urlaub:

Baden-Württemberg	*(§ 26 Abs.2 bw. UnterbG)*
Nordrhein-Westfalen	*(§18 aktuelles und vorheriges MRVG)*
Rheinland-Pfalz	*(§15 rh.-pf. MRVG)*
Saarland	*(§12 MRVG)*
	höchstens zwei Wochen Urlaub:
Bayern	*(Art.41 Abs.2, 30 Abs.1 bayer. UnterbG)*
Schleswig Holstein	*(§17 Abs.2 Satz3 MRVG Schl-Holst*
	vordem: §34 Abs.2 schl.-holst. PsychKG)
Berlin	*(§37 bln. PsychKG):* mit der Ausnahme, daß
	bei vorheriger Anhörung durch die Vollstreckungsbehörde,
	eine Beurlaubung länger als 2 Wochen möglich ist.
	Die Höchstfrist bezieht sich auf den einzelnen Urlaub nicht
	auf die Gesamtsumme jährlicher Urlaubstage.

Daher sind Kettenbeurlaubungen [33] grundsätzlich möglich.

Bremen:	*gem.: §29 Abs.2 bre. PsychKG*
	keine vorgeschriebene Einzelgrenze aber
	Summengrenze von 30 Tagen je Quartal.
Hamburg:	*gem.: § 22 hamb. MRVG: bei*
geschlossenem Vollzug:	Einzelgrenze von 2 Wochen, Summengrenze von 2 Monaten im Jahr
offenem Vollzug:	1 Monat (Einzelurlaub) bzw. 3 Monate (Summengrenze) im Jahr.
Hessen:	*gem.: §9 Abs.2 hess. MRVG: bei*

[33] *Vgl.: Volckart 1991: 103.*

geschlossenem Vollzug:	Einzelgrenze von 2 Wochen, Summengrenze von 1 Monat je Quartal
offenem Vollzug:	1 Monat (Einzelurlaub) jährlich bzw. 3 Monate Summengrenze halbjährlich.
Niedersachsen:	*gem.: §15 nds. MRVG: bei*
geschlossenem Vollzug:	Einzelgrenze von 2 Wochen, Summengrenze von 2 Monaten im Jahr
offenem Vollzug:	Einzelgrenze: 1 Monat (Einzelurlaub), Summengrenze: 3 Monate im Jahr.

Der Leiter der Einrichtung hat bei dieser Form der Regelung zugleich auch die Verantwortung dafür, daß der Patient die Lockerungen nicht mißbraucht, d. h. sich nicht unerlaubt aus dem Vollzug entfernt oder rechtswidrige Taten begeht. Die Entscheidung darf allein von der Gefahrenprognose abhängen. Diese Regelung ermöglicht unabhängig von den ihr impliziten Konflikten immerhin langfristige Beurlaubungen, in denen der Patient sich schon unter den zu erwartenden Lebensbedingungen über versorgende Einrichtungen der Region noch im Rahmen einer Betreuung erproben kann. Zudem wird die Behandlung damit weniger abhängig von dem über die StVK bestimmbaren Zeitpunkt der Entlassung zur Bewährung.

4.8.9 Verpflichtung von Entlassungsvorbereitungen im Landesrecht

4.8.9.1 Übersicht der jeweiligen landesrechtlichen Regelungen zur Verpflichtung von Entlassungsvorbereitungen der einzelnen Bundesländer

Für die meisten Bundesländer liegen keine dezidiert gesetzlich fundierten Aussagen dazu vor, inwiefern das geltende MRVZ-Recht Perspektiven der alternativen nichtstationären und insb. ambulanten und nachsorgenden Versorgung im Hinblick auf rechtliche Absicherungen entspr. behandlungsbezogener Aspekte und Bereitstellung, Anwendung und Nutzung dahingehender Maßnahmen mitträgt. Immerhin wurde eine Verpflichtung zu Entlassungsvorbereitungen im weiteren Sinne in einigen Landesgesetzen in der ein oder anderen Form bezeichnet, wie zu *Bre § 39 Abs.2, § 40 Abs.1 bre. PsychKG, Hbg § 2 Abs.1, Nds § 2 Abs.2, NW §1 vorheriges und aktuelles MRVG NW, SaAn § 2 Abs.2* und in anderen, die besagen, daß die Heilbehandlung Maßnahmen umfaßt, die erforderlich sind, um dem Kranken nach der Entlassung ein eigenverantwortliches Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen *(BW §§15 Abs.1 i.V.m. 8 Abs.1; Bay Art. 2 Abs.7 1 i.V m. 13 Abs.1).*
Besondere Vorschriften über Entlassungsvorbereitungen finden sich in den Landesgesetzen im *Bbg §15 Abs.2 S4.; Bre PsychKG §39 Abs.1-2, §40 Abs. 1-4; Hbg § 25; Nds §16; NW §1 Abs.2; Saar §8 Abs.6; Sach §38 Abs.4; SaAn § 6 Abs.1*..Außerdem thematisiert werden die näheren Umstände, um eine solche Maßnahme zu ermöglichen, wie Vorbereitungen auf eine „selbständige Lebensführung" und „familiäre, soziale und berufliche Eingliederung" *(SaAn § 2 Abs.2; ähnlich dazu Bre PsychKG § 23 Abs.2; MeVo §§37 i.V.m 19 Abs.2; Nds § 2 Abs.2; RhPf §§4 Abs.4, 14 Abs.1; Thü §§32 Abs.1 i.V.m. 11 Abs.2, Abs.3).*
Sofern in den Landesgesetzen ein Behandlungs- und Eingliederungsplan vorgeschrieben ist, wird weiterführend gefordert, von Anfang an die Behandlung auf Entlassung und Wiedereingliederung zu konzipieren: *Bre PsychKG §23 Abs.2; Hbg §7 Abs.2 2, Ziff.6; Hess § 6 Abs.1/ 2 Ziff.5; Nds §7 Abs.2; NW §1 Abs.3, §16 Abs.2 1/2 des* neuen *(§14 Abs.2 1/2 des vorherigen) MRVG; RhPf §4 Abs.3; Saar §8 Abs.2; SaAn §11 Abs.1 und sehr allgemein gehalten Sachs § 21 Abs.1 sowie § 2 Abs.1 und 2 §5 Abs.2, Satz6 des, ab 01.04.2000 gültigen, MRVG Schl-Holst.)*
Dagegen wurden Entlassvorbereitungen im engeren Sinne nur vereinzelt ausdrücklich geregelt [34].
Von den Regelungen zu allen Bundesländern berücksichtigt einzig das vorherige und neue MRVG NW die Perspektive, daß sich die Behandlung auch nach der Entlassung mit Zustimmung des Patienten und in Zusammenarbeit mit den zuständigen Stellen fortsetzt [35].
Regelungen zu sog. „nachgehenden Hilfen" finden sich in 2 Bundesländern: *Mecklenburg - Vorpommern (MeVo)* und *Saarland (Saar)* [36]. In einem anderen Bundesland, *Thüringen (Thü)*, wurden dahingehend ähnlich lautende Regelungen zur Allgemeinpsychiatrie ausdrücklich nicht für den MRVZ übernommen[37].
Im Falle eines anderen Bundeslandes *Sachsen (Sachs)* sind die Krankenhäuser angehalten, eine enge Kooperation mit den Nachsorgeeinrichtungen zu vollziehen [38], wenn die Nachsorge bevorsteht oder zu erwarten ist, wobei insb. beratende und unterstützende Leistungen gemeint sind [39].

4.8.9.2 Landesgesetzliche Bestimmungen zu Lockerungen und Auflagen

Meist enthalten die landesgesetzlichen Bestimmungen sog. ´Pauschalermächtigungen`, nach denen Lockerungen mit Auflagen verbunden und dem Patienten Weisungen erteilt werden können.

---

[34] *Hbg §25; MeVo §§37 i.V.m. 35 Abs.1; Nds §16 Abs.2; RhPf §14; Saar §8 Abs.5, Abs.6; SaAn §26 Abs.2; §7 Abs.3 R der AusfBeSt zu Hessen §39; vgl. auch NW §3 Abs.3 des aktuellen und vorherigen MRVG NW zum Einsatz entsprechender Fachkräfte (vgl. Pollähne in: Kammeier (Hrsg.) 1995: RdnrF137b:282).*
[35] *NW §1 Abs.3 sowohl des vorherigen wie jetzigen MRVG NW; Ähnlich Abs.2 der AusfBest zu Hess §39.*
[36] *MeVo §§37 i.V.m. 35 Abs1, Saar §8 Abs.6.*
[37] *vgl. Thü §§32 i.V.m. 29.*
[38] *Sachs §38 Abs.4.*
[39] *GesE zu Sachs §38 S.31: Begründung:* „Um die Resozialisierung zu fördern, wird der betreffenden Einrichtung auch die Aufgabe einer qualifizierten Nachbetreuung übertragen".

4.8.9.3 Landesgesetzliche Bestimmungen zur Behandlungsweisung

In einigen Ländern finden sich als thematisch relevante Regelbeispiele für Weisungen insb. folgende Behandlungsweisungen: So kann dem Patienten aufgegeben werden:
- sich einer „(Heil-) Behandlung zu unterziehen" *(Nds §15, Abs.6, 2, Ziff.1; RhPf §10 Abs.1, 2, Ziff.1; SaAn § 25 Abs.2, 2, Ziff.2; Thü §32 Abs.2, Ziff.1; vgl. auch Hess §10 Abs.1, 2a),*
- resp. „die seelische Störung, die zur Anordnung der Maßregel geführt hat, behandeln zu lassen" *(vgl. Hbg § 23 Abs.1, 2, Ziff.1)* oder
- sich zur „Weiterführung der ärztlichen Behandlung" zu verpflichten *(MeVo §§37 i.V.m. 2, 8 Abs.1, 2).*

Vor dem Hintergrund dieser Möglichkeiten kann im Rahmen des Vollzuges *(also vor der bedingten Aussetzung der Unterbringung nach § 67d Abs.2 StGB)* eine ambulante Behandlung eingeleitet werden.

4.8.9.4 Weitere Elemente vorausschauender Wiedereingliederungsbemühungen bzw. Maßnahmen zur Entlaßvorbereitung und deren –landesgesetzlichen- Bestimmungen

Als weitere Elemente ´vorausschauender Wiedereingliederungsbemühungen` gelten Außenkontakte *[vgl. Lesting 1992; Lesting in Kammeier (Hrsg.) 1995: G17, 317 G 53; Pollähne in Kammeier (Hrsg.) 1995: Rdn.F138, Gabriel in Kammeier (Hrsg.) 1995: Rdn.E37-42 zu Arbeit und Beschäftigung].*
- In Vorbereitung auf die Freiheit außerhalb des MRVZ *(§ 67d Abs.2 StGB)* stellen Vollzugslockerungen sowie andernteils ambulante Maßnahmen, wie u. a. Ausbildungs- und Arbeitsmöglichkeiten, wichtige Momente dar, mittels derer eine verantwortliche externe Erprobung durchgeführt, Wiedereingliederungsbemühungen erprobt und beobachtet werden können.
- Daneben sind im Kontext von Vollzugslockerungen und Beurlaubungen durchaus auch vollzugsinterne ambulante Alternativen denkbar. Diese gelangen jedoch wegen sicherheitsproblematischer Gesichtspunkte selten zum Tragen.
- Überhaupt können Beurlaubungs- und Vollzugslockerungsregelungen von Bundesland zu Bundesland sehr unterschiedlich sein.

4.8.9.5 Landesgesetzliche Bestimmungen zu ambulanten Ausbildungs- und Arbeitsmöglichkeiten

Neben den sog. Vollzugslockerungen spielen in diesem Kontext v. a. ambulante Ausbildungs- und Arbeitsmöglichkeiten eine zentrale Rolle *[vgl.: MRVG Hbg §10; zu „freien Beschäftigungsverhältnissen" vgl.: MRVG NW §11 Abs.3 (vordem §9 Abs.3] sowie Saar §11 Abs.2, 2; SaAn §10 Abs.3; Thü §§32 Abs.1 i.V.m. 29 Abs.3),* die teilweise mit Lockerungsmaßnahmen gekoppelt werden müssen (Freigang). Eine gesetzliche Regelung zum Anspruch auf ambulante Nachsorge ehemaliger MRVZ-Patienten ist explizit bislang nur im *Bundesland Nordrhein-Westfalen* (MRVG NW) formuliert worden: Der, in der Gesamtübersicht der verabschiedeten Gesetzesvorlage zentrale Absatz zur Nachsorge findet sich unter §1 Abs.3: Die Nachsorge ist durch einen Sicherstellungsauftrag in § 1 MRVG NW geregelt und demzufolge rechtlich eine Verpflichtung zur Organisation der Nachsorge festgeschrieben. Die zuerst vage Sollvorgabe wurde gestrichen. Doch lassen die Formulierungen die Ausgestaltung der Nachsorge offen. Immerhin impliziert das Gesetz hier den Hinwirkungsaspekt: Prospektiv werden allerdings noch Maßnahmen hinsichtlich der entsprechenden Infrastruktur der Versorgung zu finden, auszuhandeln und – vernetzend - zu gestalten sein. Hier ist sicher noch viel zu tun und dazu außerdem einiges an Konfliktpotential vorprogrammiert. Auch liegen keine Angaben zur Übernahme der Finanzierung vor, die nicht dezidiert festgeschrieben wurde. Eine klare Regelung zur - Kostenträgerschaft wurde u. a. auch aufgrund der Konkurrenz zur Bundesgesetzgebung zurückgestellt. Vorab erscheint die erzielte Version dennoch als großer Fortschritt. Immerhin handelt es sich hier um das erste Bundesland, das sich so konkret zur Nachsorge verpflichtet. (In der Konstituierung des neuen MRVG NW war in der verabschiedeten Fassung zu vielen der assoziierten Gesetzesstellen und -passagen den Informationen und Empfehlungen der Experten zum Bereich der Nachsorge gefolgt worden.) Dem MRVG NW kommt in dieser Hinsicht eine Vorreiterfunktion zu. [40] Über das MRVG NW waren erstmals in einem Bundesland Grundzüge der nichtstationären ambulanten Behandlungsplanung in rechtliche Bezüge verwiesen worden und in *§ 1 Abs.3* ([41]) ausgestaltet zum aktuellen MRVG NW ein Auftrag der Nachsorge explizit rechtlich fundiert und als solcher formuliert:

Gesetzestext des § 1 Abs.3 des aktuellen MRVG NW:

> *„Therapie und Beratung sind mit Zustimmung der Patientinnen und Patienten auch nach der Entlassung im Benehmen insb. mit der Führungsaufsicht, gesetzlichen Betreuungen der Bewährungshilfe, der Freien Wohlfahrtspflege, den Sozialbehörden, dem Sozialpsychiatrischen Dienst, der unteren Gesundheitsbehörde, den ärztlichen und nichtärztlichen Therapeuten sowie den Kostenträgern fortzusetzen. Die Einrichtungen sind [42] verpflichtet, Nachsorgemaßnahmen zu vermitteln, die Überleitung der Patientinnen und Patienten an geeignete ambulante, teilstationäre oder stationäre Angebote sicherzustellen und Patientinnen und Patienten*

[40] Wobei allerdings auch diese, in der Relation zu den übrigen Ländergesetzen ´progressive` gesetzliche Grundlage kritisch von Experten zum ambulanten Behandlungsansatz aus Einrichtungen dieses Bundeslandes „erst als ein Schritt auf dem Weg eines vollständigen Versorgungskontextes" *(Nowara 1992)* gewertet wurde.

[41] *„Behandlung, Betreuung und Beratung sollen mit Zustimmung des Patienten auch nach der Entlassung im Benehmen insb. der Führungsaufsicht, der Bewährungshilfe, der Freien Wohlfahrtspflege und den Ärzten, fortgesetzt werden." (§1 Abs.3 vorheriges MRVG NW).*

[42] unter den Voraussetzungen des Satzes 1.

insb. auf ihren Wunsch im Krisenfall kurzfristig aufzunehmen soweit keine anderen geeigneten Angebote zur Verfügung stehen."

Außerdem und ebenso erstmals in einem Bundesland waren Grundzüge der nichtstationären, ambulanten Behandlungsplanung anteilig in Bestimmungen zur Erstellung und Vorschreibung des „Behandlungs- und Eingliederungsplanes" *(§ 14 vorheriges und § 16 aktuelles MRVG NW)* rechtlich unterlegt worden. Der Behandlungsplan ist mit dem Patienten und seinem gesetzlichen Vertreter [43] zu erörtern. Neu ist über die Vorgabe zur ´Fortsetzung` die Bestimmung zur Einbeziehung auch der nichtstationären Behandlung in das Behandlungskonzept der Maßregel von Beginn an. Dies entspricht den, über die vorliegenden eigenen Befunde entwickelten, Vorgaben um Integration nichtstationärer weiterführender Behandlung / Betreuung entlassener MRVZ-Patienten in einem gesamtheitlich ausgerichteten Behandlungskonzept (integrativer ganzheitlicher Ansatz). Über *§ 18 (insb. § 18 Abs.5)* des aktuellen, *§ 16 des vorherigen,* MRVG NW werden Aussagen getroffen zu Lockerungen des Vollzuges[44]. Die Möglichkeiten der Langzeitbeurlaubungen sind breit angelegt. Allerdings enthält auch die neue Regelung keine Aussagen zu kostentechnischen oder sozialrechtlichen Bezügen, obschon der gesetzliche Auftrag zur Nachsorge festgeschrieben wurde. Und das Landesgesetz verpflichtet hier zur Überprüfung der Therapie und Absicherung der Krankheits- und Legalprognose die Klinik, spätestens nach Ablauf von 3 Jahren ein fundiertes Gutachten von einem vom Träger unabhängigen, nicht in der Einrichtung tätigen, Sachverständigen einzuholen. Inzwischen gibt es zur landesrechtlich determinierten und in den Bundesländern divers ausgeformten, Praxis großzügiger langzeitiger Beurlaubungen, die bereits auf Wiedereingliederung hinauslaufen und an sich einer bedingten Entlassung entsprechen, regulierende Verweise von LG, nachdem hier das Landesrecht das Bundesrecht unterlaufe und dies zu überprüfen sei.

4.8.10 Regelungen zur Kostenübernahme

4.8.10.1 Rechtliche Vorgaben

Nach *§10 JVKostO* ist der Gefangene zur Übernahme der Kosten während der Vollstreckung nicht heranzuziehen [45]. Auf den MRVZ übertragen, hat die entsprechende Einrichtung bzw. der Träger (das Land) die Kosten (Vollzugskosten) der Behandlung zu übernehmen *(vgl. Volckart 1999: 216 ff.).* Einige Landesgesetze sehen allerdings Sondervorschriften im Zusammenhang mit der Durchführung von Vollzugslockerungen vor, wonach der Patient - unabhängig von *§ 10 JVKostO* - an bestimmten Kosten zu beteiligen ist: So soll der Patient Aufwendungen der Vollzugslockerung zur Erledigung persönlicher Angelegenheiten selbst tragen, wobei „Ausnahmen aus Gründen der Behandlung oder Eingliederung zulässig" sind. Und keinesfalls darf ein aus Behandlungsgründen angezeigter Urlaub verweigert werden, weil der Patient die dafür notwendigen Mittel nicht aufbringen kann *[vgl. Eberhard et al. 1988 zu MRVG §16 Anm.5; Pollähne in: Kammeier (Hrsg.) 1995: Rdnr. F108]*. Im Einzelfall wird es schwierig sein abzugrenzen, ob es sich nicht doch um Behandlungskosten handelt, die die Einrichtung zu tragen hat. In der Kommentierung zur Gesetzeslage wird die Kostenregelung dahingehend relativiert, daß es kaum mit den bundesrechtlichen Vorgaben vereinbar erscheine, daß die Einrichtung den Patienten bei Lockerungsmaßnahmen zur Wiedereingliederung stärker finanziell mitbelastet, da größere Freiheiten erweiterte Verpflichtungen zur Folge haben, wenn die Eingliederung mit Erfolg angestrebt werden soll *(Eberhard et al. 1988 zu MRVG §16 Anm.5).* Behandlungskosten, die infolge einer Weisung entstehen, sollten – nur - dann übernommen werden, wenn keine Ansprüche gegen den Sozialleistungsträger bestehen *(Nds §15 Abs.7; SaAn § 25 Abs.5).* Auf jeden Fall ist zu gewährleisten, daß „der Patient nicht über die Maßen des *§ 10 JVKostO* hinaus herangezogen wird" und „therapeutisch angezeigte Lockerungen nicht unterbleiben, weil die Finanzierung erforderlicher Weisungen ungeklärt ist" *[Pollähne in Kammeier (Hrsg.) 1995: F108]*.

4.8.10.2 Probleme der kostenmäßigen Zuständigkeit - Fehlende Regelungen zur Kostenübernahme für Behandlungen im extramuralen Setting - ein bislang ungelöstes Dilemma

Obschon der gesetzliche Auftrag der Nachbetreuung eindeutig formuliert und inhaltlich nachzuvollziehen ist, wurde bislang keine eigene Kostenregelung getroffen. Selbst im innovativen MRVG von NW liegt dbzgl. keine gesetzliche Lösung vor. Die jeweilige MRVZ-Einrichtung sieht sich in einem Dilemma: Sie kann nur entweder versuchen, diesem Auftrag ohne kostenmäßigen Ausgleich zu entsprechen oder dessen Ausführung zu unterlassen und damit die gesetzliche Vorgabe zu mißachten.
Konsequenzen einer ungeregelten kostenmäßigen Zuständigkeit: Wenn ein ambulantes Behandlungs- und Betreuungsanbot vor Ort fehlt, wird eine Verlängerung des Klinikaufenthaltes provoziert, sofern die Einrichtung nicht in die, auch finanziell gesicherte, Nachsorge entlassen kann und unterbleibt u.U. die Aussetzung des Vollzuges nach *§ 67b StGB.* Statt dessen warten eine stationäre Unterbringung und die damit verbundenen Kosten. Andernteils warten Risiken, wie das einer erhöhten Rückfallgefahr, sofern eine Entlassung auf Weisung des Gerichtes angeordnet wird und die Nachsorge ungesichert ist.

---

[43] Auch der Verteidiger erhält mit Zustimmung des Patienten Einsicht in die Behandlungsplanung.
[44] Bspw.: Beschäftigung des Patienten außerhalb der Einrichtung mit und ohne Aufsicht, Ausgänge für die Dauer des Tages ohne Aufsicht und Beurlaubungen in den Kompetenzbereich der Klinik.
[45] *„regelmäßig" (vgl.: Volckart 1991: 156 ff.] zu §10 JVKostO).*

4.8.10.3 Zwischenlösungen rechtlich abgesicherter Finanzierungsmodi

Im Falle von Bezirkskrankenhäusern (BKH) sind Verrechnungen über allgemeinpsychiatrische Institutsambulanzen möglich: Dem BKH steht das Recht zu, eine zentrale Institutsambulanz zu betreiben. Dies wird kostentechnisch als Finanzierungsmodus über die Kassenärztliche Vereinigung (KV) für die Forensische Institutsambulanz genutzt, auch Dokumentationen folgen den entsprechenden Kriterien der Institutsambulanz. Dem Auftrag der Institutsambulanz des BKH, sich definitionsgemäß mit einer Problemklientele zu befassen, entspricht die Behandlung forensisch- psychiatrischer Klientele. (Nach dem bayerischen Institutsambulanzvertrag können bspw. auch Hausbesuche abgerechnet werden.) Das Praktizieren des derzeitigen Finanzierungsmodus ist so letztlich jedoch zentral abhängig von der Kooperationsbereitschaft der Kassen. Auch gehen bei einem solchen Modell streng genommen unausweichliche Mehraufwendungen für die forensische Klientele zu Lasten der Kontingente für die ambulante Nachsorge und Betreuung der übrigen regulären Psychiatriepatienten.

4.8.10.4 Kritische Anmerkung zur Beendigung der Leistungs- und Kostenträgerpflicht des MRVZ

Die wiederholt diskutierte Beendigung der Leistungs- und damit Kostenträgerpflicht des MRVZ ist, der kommentatorischen Auslegung der derzeitigen Rechtslage *(Kammeier, Maßregelvollzugsrecht Kommentar 2. Aufl. Kap. A, i. Vorb.)* und außerdem dezidierten Herausstellung im neuen MRVG NW zufolge, offiziell rechtlich erst nach der Entlassung und letztlich mit Ablauf der Führungsaufsicht gegeben. Das MRVG ist bundesrechtlich geregelt. Die Länder sind verpflichtet die Bundesgesetze auszuführen. Der bundesgesetzliche Auftrag ist nicht mit der bedingten Entlassung beendet sondern reicht bis zum Ende der Führungsaufsicht. Wenn darin ambulante Maßnahmen sinnvoll sind müssen diese auch geleistet werden. - Dafür besteht die haushaltsrechtliche Grundlage. Damit ist hier der Staat auch zuständig für die dafür anfallenden Kosten. Haushaltstechnisch gesehen wäre dann der Landeshaushalt dafür zuständig. Für NRW und nach der Rechtssystematik des StGB endet der MRVZ erst mit dem Ende der Führungsaufsicht als Teil der strafrechtlichen Sanktion MRVZ. Dem Auftrag des MRVZ, die ggfls. erforderliche Behandlung und Betreuung zu gewährleisten, steht die geltende Kostenregelung entgegen.

4.8.11 Resümee - Reintegration als ein Ziel der Maßregel

Das MRVG zielt ab auf eine Reintegration des nach Therapie ungefährlichen Patienten in die Gemeinschaft. Tatsächlich sollen sich die Einrichtungen als eine Folge ihres Behandlungsauftrages darum bemühen, den Patienten einer Rehabilitation zuzuführen. Für die praktische Ausführung der Maßregel bedeutet dies, diesen Aspekt, wenn absehbar, so bald als möglich in die Behandlung einzubringen. Ein Umstand der seitens der Kommentatoren zum MRVZ *[vgl.: Kammeier und Pollähne in Kammeier (Hrsg.) 1995; Pollähne in Kammeier: F55]* zur Sache der Einrichtung erklärt wurde. Entsprechende ambulante Maßnahmen sind rechtzeitig und möglichst früh zu planen, hinsichtlich deren Realisierbarkeit und Durchführbarkeit im Alltag zu überprüfen und es ist auf deren Umsetzung hinzuarbeiten *[vgl.: Leygraf & Heinz 1984: 56; vgl. OLG Düsseldorf NStZ 1991: 101; Pollähne in: Kammeier (Hrsg.) 1995: F55]*.
Dem Gesetzgeber und nicht zuletzt § 67b Abs1 1 StGB zufolge, verlangt der Zweck freiheitsentziehender Maßregeln nicht notwendig und unter dem Gesichtspunkt der Subsidiarität nicht einmal vorrangig, die Einschließung des Betroffenen. Sondern der Zweck der Maßregel kann in zahlreichen Fällen ebensogut ambulant durch die Aussetzung der Vollstreckung zugleich mit der Anordnung *(BGH NstZ1988 309f.; StV1988, 104: StV 1991: 514 f)* erreicht werden. An die Stelle der stationären Unterbringung tritt dann Führungsaufsicht einschließlich etwaiger Behandlungsweisungen *(§§ 67b Abs.2, 68b StGB; s. u. Pollähne in Kammeier 1995 Rdn. F 111 ff.),* die Bestellung eines Bewährungshelfers *(§ 68a StGB)* und implizit die Androhung des Widerrufs der Aussetzung *(§ 67g StGB)*. Erscheint es möglich, die Unterbringung in gelockerter Form zu vollziehen, so sollte entsprechend verfahren werden. Sobald eine nur noch ambulante Behandlung verantwortet werden kann und der Patient nicht mehr einer stationären Unterbringung bedarf, ist in der rechtlichen Konsequenz anstelle einer Lockerung des Vollzuges die Unterbringung nach *§ 67d Abs.2 StGB* auszusetzen.

4.9 Behandlungsbegriff

4.9.1 Begriffsverständnis und Operationalisierung

4.9.1.1 Ärztliches versus juristisches Verständnis von ´Behandlung`

Der Behandlungsbegriff wird im MRVZ primär weder medizinisch noch psychowissenschaftlich sondern zuerst und vornehmlich rechtlich definiert. Während der ärztliche Behandlungsbegriff alle medizinischen oder psychotherapeutischen Maßnahmen umfaßt, die auf die Ursachen oder Symptome einer Krankheit einwirken können und sich das ärztliche Handlungsziel am Wohl des Kranken ausrichtet und daran, ob dessen Beschwerden gelindert, gebessert oder geheilt werden sollen *(vgl.: Seidler 1979; Illhardt 1985)*, bietet das juristische Verständnis von ´Behandlung` einen anderen Zugang [46], demzufolge eine Behandlung die soziale Situation des Patienten verbessern soll. Dabei kann die Art der Behandlung über ärztliche Maßnahmen hinausgehen, der rechtlich definierte Behandlungsgegenstand muß nicht notwendig eine Krankheit darstellen. Die Behandlung kann, wie im Strafvollzug auch, auf soziale Rehabilitation i. S. d. Resozialisierung ausgerichtet sein. Im juristischen Sinn kann eine Behandlung damit bspw. auch Sozialarbeit, z.B. eine alltagssupportive, pädagogische oder - therapeutisch gestützte - psychoedukative Maßnahme darstellen. Juristischerseits kann Ziel und Zweck der Behandlung auch über die Beseitigung der Gefahr weiterer Straftaten oder Ordnungsstörungen definiert werden. Dahingehend kann eine Behandlung im MRVZ bereits dann schon als erfolgreich gewertet werden, wenn der Patient es gelernt hat, sein Verhalten zu steuern und dies auch, wenn er trotz allem weiter unter der Krankheit oder den damit verbundenen Symptomen leiden sollte.

Defizitäre rechtliche Bezüge zum Sektor der Psychotherapie Straffälliger und insb. der, psychisch kranker Delinquenten

Bisher fanden sich zum Bereich psychotherapeutischer Versorgung von Straffälligen und insb. dem, psychisch kranker Delinquenten kaum verbindliche, gesetzlich gegründete Handlungsmaßstäbe und Richtlinien professionaler (psycho-) therapeutischer Vorgehensweisen. Als Anzeichen dahingehender Bewußtseins- und Meinungsbildungsprozesse waren dazu auf disziplinären und interdisziplinären Fachtagungen seit Mitte der 90er Jahre über die Zeit hinweg, in zwar längeren Abständen, doch insg. wiederholt entsprechende Forderungen zum Kontext der Nachsorge thematisiert worden. Darunter vertreten waren Experten diverser, in die Behandlung des Delinquenten eingebundener und angrenzender Disziplinen, juristischer, kriminologischer, klinisch psychiatrischer, psycho- therapeutischer und insg. multiprofessionaler Professionen. Repräsentanten dbzgl. initialer Unternehmungen, wie des Sankelmarker Forums *(Beier & Hinrichs 1995)* sowie der Legislative und Kommentatoren des MRVG *[u. a. v. a.: Kammeier (Hrsg.) 1995; Schöch 1993, 1995. 1999; Volckart 1992, 1999]*.

4.9.1.2 Einschub: Interdisziplinäre Thesen eines multiprofessionalen Fachgremiums, des Sankelmarker Forums, zur Psychotherapie mit Straffälligen

In der Absicht, zu diesem bislang kaum theoretisch unterlegten und rechtlich definierten Tätigkeits- und Fachbereich fundierte Richtlinien zu entwickeln, hatte sich ein interdisziplinäres Forum mit thematisch involvierten Disziplinen, v. a. Fachvertreter der Rechts- und der Sozialwissenschaften, darunter Juristen, Psychiater, Psychologen, Soziologen und außerdem Sozialpädagogen, konstituiert. In zwei Arbeitstagungen *(Dez. 1993, April 1994)* waren so in *Sankelmark, Schleswig-Holstein die ´Sankelmarker Thesen zu Psychotherapie mit Straffälligen`* über multiprofessionale Meinungs- und Kompromissbildung als zentrale Stellungnahme im Sinne von Orientierungshilfe entstanden *(vgl. Beier & Hinrichs 1995)*.

4.9.2 Schweigepflicht und Offenbarungsbefugnis

Der bezeichnete Wirkungsbereich und darunter der Umgang mit der Schweige- und Offenbarungspflicht bzw. -befugnis von im Kontext des MRVZ und insb. den ambulant arbeitenden Therapeuten gegenüber der Justiz, ist gesetzlich und justiziell zu vielen Bezügen noch ungeklärt. Das Fehlen dbzgl. verbindlicher Maßstäbe hatten auch bereits die Vertreter des Sankelmarker Forums *(vgl.: Beier & Hinrichs 1995: 162)* beklagt. Für schweigepflichtige Therapeuten gilt die strafrechtliche Vorschrift des § 203 StGB. Eine Schweigepflichtsverletzung nach § 203 StGB liegt nicht vor, wenn diese nicht „bedingt“ ist, z.B.: wenn ein Patient seine Einwilligung in die Geheimnisoffenbarung [47] gegeben hat oder generell bei Auskünften gegenüber der Staatsanwaltschaft und der StVK soweit dies zu deren Unterrichtung im Rahmen von Vollstreckungsentscheidungen nach Maßgabe der MRVG erforderlich ist *(s. ausdrücklich § 36 Abs.5 Hmb MRVG und § 31 Abs.6 Saar MRVG)*.

Nach Maßgabe des jeweiligen MRVZ-Rechtes und auch gegenüber anderen Institutionen und Personen sind Tatsachen über den formalen Ablauf der Therapie, wie z.B. die Wahrnehmung von Terminen und zum äußeren Behandlungsverlauf, bspw. Lockerungen bzw. deren Mißbrauch bei einer sozialen Erprobung, weiter der Behandlungsmodus bei Begleitmedikationen, Belange, die gegenüber der Staatsanwaltschaft und der StVK offen-

[46] „mit dem therapeutischen Begriff ist nur die Tendenz der Einwirkung identisch" *[Wagner in: Kammeier (Hrsg.) 1995: 112]*.

[47] Als ´Geheimnis` ist dabei eine Tatsache anzusehen, die nur einem beschränkten Personenkreis bekannt ist und für die ein Geheimhaltungsinteresse besteht. Dies betrifft auch ´Drittgeheimnisse`, also Informationen, die der Therapeut durch den Patienten über Dritte erfährt, sowie Mitteilungen Dritter über den Patienten.

bart werden dürfen. Sie unterliegen nicht der Schweigepflichtserfordernis resp. -verpflichtung des Therapeuten. Nicht unter die Offenbarungsbefugnis fallen dahingehend Inhalte der therapeutischen Beziehung, Beurteilungen oder therapeutische Einschätzungen. Grundsätzlich gilt: Ist ein Therapeut über geplante, zur Ausführung beabsichtigte, allgemein- und / oder selbstgefährdende Verhaltensformen schweren Ausmaßes informiert bzw. hat er deren reale Entwicklung begründet anzunehmen, so ist er rechtlich dazu verpflichtet, dies der Justiz anzuzeigen.

4.9.2.1 Anmerkung unter Vorwegnahme von Bezügen zu Befunden aus den eigenen Erhebungsgängen

Die hier eingebrachten eigenen Untersuchungsbefunde verdeutlichten speziell zur Thematik der Schweige- resp. Offenbarungspflicht eine hohe Sensibilität bei den über die eigenen Erhebungen angesprochenen Therapeuten. Außerdem wurde hier seitens der betroffenen Einrichtungen und der in die Behandlung involvierten Experten wiederholt die Bedeutung einer engen Vernetzung, vertrauensvollen und supportiven Kooperation zu Staatsanwaltschaft, Bewährungshilfe und den sozialen Strukturen herausgestellt. Solche Konstellationen können per se präventiv wirken, wenn beobachtete problematische Entwicklungen rechtzeitig erkannt und vermittelt werden. Günstigenfalls kann eine Exazerbation bzw. abzusehende, deliktnahe Verhaltensentwicklung noch rechtzeitig aufgefangen resp. nötigenfalls auch über justiziale Interventionen gestoppt werden. Dies sind Erkenntnisse, die gerade auch im Hinblick auf die Auslegung zur rechtlichen Regelung des Widerrufes *„als ultima ratio intervenierender Maßnahmen“ (n. Schöch in: Beier & Hinrichs 1995 a.a.O.)* wichtige Orientierungshilfen implizieren.

4.9.2.2 Neuregelung zur Offenbarungspflicht der Therapeuten im Justizvollzug

Hinsichtlich der Pflichten der Therapeuten im Strafvollzug *(§182 Abs.2 StVollzG)* wurden über jüngste Regelungen rechtliche Festschreibungen und Änderungen des StVollzG entwickelt. Diese gelangten dann zu den zuständigen Rechtsbereichen und im Gegensatz zum MRVZ bundesrechtlich zum Tragen: Behandelnde Therapeuten müssen sich dem Anstaltsleiter selbständig offenbaren, wenn sie im Zuge der Durchführung einer Therapie etwas erfahren haben, was die Sicherheit innerhalb der Justizvollzugsanstalt oder der Bevölkerung gefährden könnte. Näheres zur Offenbarungspflicht der Therapeuten im Justizvollzug gemäß *§ 182 Abs.2 StVollzG (s.: Schöch 1999)*. Diese Vorgabe und v. a., inwieweit dies die Vertrauensbasis in der Therapie gefährde, wurde von organisierten Vertretungen dieses Berufsstandes, den Psychologenverbänden und insb. der Rechtspsychologie stark diskutiert. [48]

4.9.3 Rechtliche Bezüge zu Aufklärung und Einwilligung des Patienten

Im Kontext der rechtlichen Hintergründe zur Aufklärung und Einwilligung des Patienten, sind v. a. folgende Aspekte zu berücksichtigen:

- die Abklärung der Einwilligung des Patienten an sich sowie
- dessen Aufklärung hinsichtlich:
  - Diagnose, Störungsbild, der Einordnung seines Krankheitszustandes,
  - des Verlaufes, der zu erwartenden Behandlung,
  - prospektiver Heilungschancen sowie
  - der Risikoaufklärung zu den möglichen einer Behandlung potentiell impliziten Gefahren.

(Lt. ´Sankelmarker Thesen` des o. g. interdisziplinären Forums, entspr.: Beier & Hinrichs 1995).

Demzufolge ist der Patient *„nach Maßgabe der üblichen ärztlichen Sorgfalt über die Risiken der Behandlung oder deren Unterlassung aufzuklären“ (Beier & Hinrichs 1995: 30).* Dabei sollte sich die Aufklärung im Rahmen des psychotherapeutischen Behandlungsverlaufes an den besonderen Bedingungen der Psychotherapie orientieren und dabei die Regeln der sonstigen ärztlichen Aufklärung, auch insb. eine mögliche Aufklärungsschädlichkeit sowie die Risiken für die Belastbarkeit des Patienten, berücksichtigen *(n. Beier & Hinrichs 1995: 163)*. Letzteres bedeutet im Hinblick auf eine prospektive psychotherapeutische Behandlung, bspw. den Patienten konkret zu informieren zur Möglichkeit von Entwicklungskrisen bzw. zwischenzeitlicher psychischer Orientierungsunsicherheiten *(n. Beier & Hinrichs 1995: 30).*

4.9.3.1 Aspekte zum Grundrecht der Selbstbestimmung und ´Aufklärung` außerdem anderer, spezifischer Erfordernisse einer - ggfls. psychotherapeutischen - Behandlung

Zu Beginn des therapeutischen Kontaktes haben der Therapeut oder andere professionell in die Behandlung Eingebundene den Patienten hinsichtlich seiner Behandlung aufzuklären und dessen Einwilligung einzuholen. Die Aufklärung vermittelt auch dem Patienten in groben Zügen das weitere geplante therapeutischen Procedere. Information und Aufklärung zur Diagnose sollte patienten- und realitätsgerecht erfolgen und angestrebte Behandlungsziele bereits einbeziehen. Dem Patienten ist sein Störungsbild so darzustellen, daß für diesen sein Krankheitszustand tatsächlich kognitiv und emotional einzuordnen ist. Im Kontext der geforderten ´Verlaufsaufklärung` sind dem Patienten der Ablauf und die Heilungschancen und in der bereits thematisierten ´Risikoaufklärung` auch die möglichen Gefahren einer Behandlung, zu vermitteln. Diese, ursprünglich zu medizinischen Behandlungsmaßnahmen entwickelten, Vorgaben sind auch in Bezug auf psychotherapeutische anzu-

[48] So wurde zu diesem Anlaß bspw. in der Sektion Rechtspsychologie des Berufsverbandes Deutscher Psychologen (BDP) zur Klärung dieser Frage eine Kommission gegründet.

bringen: Entsprechend gilt es Aufklärungsmaßnahmen vor und zu Beginn der Therapie zu setzen, wobei u. a. auch die psychische Belastbarkeit des Patienten zu berücksichtigen ist. Vor der Aufklärung darf der Aspekt einer möglichen ´Aufklärungsschädlichkeit` nicht außer Acht gelassen werden *(n. Beier & Hinrichs 1995)*. Überhaupt hat der Therapeut das Grundrecht des einzelnen auf Selbstbestimmung zu berücksichtigen. Der Patient ist zu informieren zu seiner Entscheidungsfreiheit im Hinblick auf eine Behandlung und generell zum Pro und Kontra einer Therapie. Zum weiteren Verlauf der Behandlung sollte der Patient in die Planung mit einbezogen, informiert und dahingehende Ziele mit ihm abgeklärt werden. Überhaupt sind zu organisatorischen und planungstechnischen Angelegenheiten der Behandlung Regelungen, Absprachen und Kontrakte zu treffen wie bspw. zu Terminvergaben (feste Vereinbarungen und konkrete Zwischentermine für erneute Verständigungen), dem Nichtwahrnehmen von Sitzungen, der voraussichtlichen, vorerst anzuvisierenden, Anzahl an Therapiestunden, zur Möglichkeit einer späteren Umwandlung in eine Langzeittherapie im Falle von Probe- resp. Kurztherapieen u. a. m. .
Anmerkung: Neben den in den Sankelmarker Thesen und dem Kommentar zum MRVG aufgegriffenen Inhalten statuierten die eigenen Befunde darüber hinaus weitere wesentliche Vorgaben: So ist der Patient explizit zu den Chancen, Möglichkeiten und Indikationen psycho- therapeutischer Interventionen bzw. Maßnahmen aufzuklären. Bei –therapeutischen- Interventionen sind Behandlungsspezifika zu berücksichtigen, grundsätzlich systembezogen zu agieren, das soziale System, Bezüge und Bezugspersonen des Patienten in den Betreuungskontext zu integrieren.
Zur Frage der Qualitätssicherung orientierten sich die ´Thesen` auch an den Psychotherapierichtlinien und deren qualitätssichernden Anforderungen zum Antragsverfahren einer Zusage der Kostenübernahme und eine, auf den individuellen Fall ausgerichtete, Psycho- Diagnostik empfohlen, die v. a. sowohl zur Persönlichkeitsstruktur des Patienten Aussagen treffen und weiterführend bei Überlegungen zur Behandlungsführung oder therapeutischen Erreichbarkeit des Patienten eingesetzt werden kann.

4.10 Grenzen

Der Entwicklung ambulanter Alternativen innerhalb und außerhalb des MRVZ jedoch sind auch Grenzen gesetzt. Therapeutisch und wissenschaftlich fundierte Experten mit Erfahrungen zur Nachsorgepraxis warnen davor, solche Vorhaben den Bedingungen des MRVZ unterzuordnen. Die Tendenzen sollen nicht darin liegen, ein Behandlungskonzept unter den Bedingungen des MRVZ zu entwickeln sondern gezielt geeignete extramurale Nachsorgestrukturen zu statuieren, in die die Patienten dann entlassen werden können. *(Vgl. entspr.: Wagner in Kammeier 1995 ebd., weitere Literatur, die diese Thematik spiegelt: Dimmek & Bargfrede 1992, 1996/ 1997; Bargfrede 1994; Leygraf & Windgassen 1988, Nowara 1992, Schmitz 1991)*. Obschon der Vollzug nach *§ 67d Abs.2 StGB* zur Bewährung auszusetzen ist sobald die Entlassungsreife vorliegt *[s. Pollähne in Kammeier (Hrsg.) 1995: Rdn.F119]*, darf der Anspruch des Patienten auf Bewährung außerhalb des MRVZ nicht durch ambulante Maßnahmen innerhalb des Vollzugs unterlaufen werden *[Pollähne in Kammeier (Hrsg.) 1995: Rdn. F 54, 79, Kap.F]*. Gefahren eines derartig Mißbrauchs und ähnlicher problematischer Entwicklungen ambulanter Behandlungsführung gilt es bewußt zu begegnen. Aus diesem Grunde bleibt die Einrichtung gehalten, jederzeit (d. h. auch während der gesamten Unterbringung) die Entlassungsreife des Patienten zu überprüfen und ggfls. ein Verfahren nach § 67e StGB einzuleiten *[Pollähne in Kammeier (Hrsg.) 1995: Rdn. F 140f.]*. *Kritische Stimmen [Pollähne in Kammeier (Hrsg.) 1995]* mahnen eindringlich vor potentiell möglichen Entwicklungen bzw. Auswüchsen im Kontext oder unter dem Deckmantel forensischer Ambulanzen: So gelte es, der Gefahr eines sog. ´net-widening` Effekts bewußt zu begegnen, was für den, vordem stationär und nun ambulant geführten Patienten bedeuten würde, daß sich unter solchen Maßnahmen trotz Vermeidung einer stationären Unterbringung das Netz der psychosozialen Kontrolle verdeckt ausweitet. Auch kann es eine mögliche Fehlentwicklung darstellen, daß die Patienten die Klinik verlassen, um dann in den Institutionen der allgemeinpsychiatrischen Versorgung zu verschwinden. - Ein Umstand der letztlich der Verschleierung des bekannten ´Drehtür-Effektes` stationär versorgender Einrichtungen gleichkäme. Gewarnt wird außerdem vor einem ambulanten Wirken, indem letztlich die psychosoziale Ausgrenzung der betroffenen Klientele - u.U. in Fortsetzung von Führungsaufsicht und Bewährungshilfe - fortgeführt werde *[vgl.: Kritik von Wagner in Kammeier (Hrsg.) 1995: Rdn. D 21 ff]*. Außerdem ist zu beachten, daß entsprechende ambulante Maßnahmen nur mit Zustimmung der Patienten geschehen *(vgl.: Kammeier 1995: Rdn. F119 zu Grenzen der Behandlungsweisung)*. Wichtig ist, daß diese auch tatsächlich dazu beitragen können, eine geschlossene Unterbringung zu vermeiden. Für eine resozialisierende, extramurale Behandlungsführung nach erfolgreicher Therapie im MRVZ ist ein aufgrund der Dauer der verhängten Freiheitsstrafen weiter bestehender Strafanspruch i. d. R. eher hinderlich. Die jüngere höchstrichterliche Rechtsprechung zwingt alle Beteiligten zur strikten Beachtung des Verhältnismäßigkeitsgebotes. Die Änderung der Reihenfolge der Vollstreckung setzt zwangsläufig eine zeitaufwendige Entscheidung der Vollstreckungsbehörde voraus und verhindert damit in Einzelfällen die therapeutisch notwendige unverzügliche Vollziehung von Konsequenzen bzw. therapeutischer Reaktionen.

4.11 Inhaltliche Entsprechungen von Vorgaben zur nichtstationären Versorgung aus den eigenen Untersuchungsbefunden und denen, anderweitiger rechtlicher und interdisziplinärer Expertenmeinungen

Im Einklang mit Befunden der eigenen Untersuchungen standen folgende Aussagen zur nichtstationären und insb. ambulanten Versorgung psychisch kranker Straftäter von Vertretern des muliprofessionalen Sankelmarker Forums *(Beier & Hinrichs 1995),* der Legislative und der Kommentatoren des MRVG *[u. a. v. a.: Kammeier (Hrsg.) 1995; Schöch 1993, 1995. 1999; Volckart 1992, 1999]*.

4.11.1 Übereinstimmend als eingliederungsförderlich eingestufte, den eigenen Befunden inhaltlich entsprechende, zusammengetragene Aussagen

Unter Bezugnahme auf die Ziele der MRVG, der besonderen Betonung des Rehabilitationsgedankens und der gesetzlich vorgeschriebenen Förderung zur Eingliederung von Patienten nach Beendigung der Unterbringung, waren folgende Vorgaben seitens der Kommentatoren der MRVG und anderer juristischer Experten aus diversen Kontexten und im kritischen Verweis auf die bisherige Praxis der nichtstationären Versorgung von MRVZ-Patienten *(s. anteilig: Beier & Hinrichs 1995; Kammeier 1995; Mrozynski 1984, Schott et al. 1991; Schöch 1993, 1995, 1999; Schüler- Springorum 1986, 1989, 1998)* und außerdem in inhaltlicher Übereinstimmung zu Aussagen der eigenen Untersuchungen statuiert worden:

4.11.1.1 Drängender Bedarf an wissenschaftlichen, rechtlichen und behandlungsbezogenen Orientierungs- und Richtwerten

Generell fand sich seitens der zuständigen Experten ein drängender Bedarf nach Erfahrungswissen, wissenschaftlichen und rechtlich fundierten Grundlagen zur Orientierung an wissenschaftlich gesicherten Aussagen und Untersuchungen sowie an gesetzlichen Vorgaben und Interpretationen dazu und im Streben nach einer fundierten Zuschreibung von Aufgaben und Funktionen zum Kontext alternativer, nichtstationärer, ambulanter, Versorgungs-, Nachsorge- und Behandlungsmodelle psychisch kranker Rechtsbrecher. Verdeutlicht hatte sich dies auch über den bei vielen und selbst dbzgl. vorgebildeten [49] Entscheidungsträgern bzw. Vertretern entscheidungstragender Gremien angetroffenen defizitären Wissensstand und einen dahingehend hohen Nachhol- Bedarf an fachkundigen und differenzierten Informationen und Bewertungen zu den entsprechenden Erfordernissen, Chancen und Gestaltungsmöglichkeiten.
Anteilige Bezugnahme auf eigene Untersuchungsbefunde: Analog hatten die Befunde der eigenen Erhebungen einen extremen Bedarf an Orientierungs- und Richtwerten für diesen Behandlungssektor offenbart, und dies zu allen involvierten Wirkungsbereichen und v. a. denen der Justiz und therapeutisch in die Versorgung eingebundener Experten der forensischen Psychiatrie und Psychologie.

4.11.1.2 Eklatanter Mangel an wissenschaftlich fundierten Vorgaben und infolgedessen Rückgriff auf herkömmliches Erfahrungswissen

In Ermangelung bisheriger wissenschaftlicher Evaluationen zum nichtstationären Versorgungsbereich wurde zum Anspruch auf nachsorgende Behandlung und Versorgung in den Interpretationen zu den Absichten und Zielen des gängigen MRVZ-Rechtes auf bislang verfügbares Erfahrungswissen an ambulanten Behandlungsformen und insb. auf das, der Modellerprobungen, zurückgegriffen *[u. a.: Gabriel in: Kammeier (Hrsg.) 1995: Rdn. E70 in Bezugnahme auf: Dimmek & Bargfrede 1992; Bargfrede 1994; Nowara 1992; Warmuth 1990; Boyan & Roth 1989]*.
Einen eklatanten Mangel an entsprechenden Evaluationen beklagten übereinstimmend die Kommentatoren zum MRVG. Insbesondere auch zu behandlungsbezogenen Fragen wurde ein solches Fehlen an fundierten und evaluierten ambulanten Versorgungs-, Betreuungs- und Behandlungsprogrammen konstatiert.
Daher wurde nach entsprechendem Erfahrungswissen gesucht. Bezug genommen wurde in diesem Kontext auf Vertreter der *Sankelmarker Fachkreise* und Kommentatoren des MRVZ *(Kammeier 1995)* sowie verfügbare vornehmlich deskriptiv und v. a. von *Rasch (1999)* und über andere Praxisberichte *(Warmuth 1990; Boyan & Roth 1989)* vermittelte, Expertenvorgaben über praktizierte psycho- therapeutische Zugangsweisen.

4.11.1.3 Durchgängig konzedierte Unabdingbarkeit nichtstationärer Versorgung und angemessener Nachsorge

Übereinstimmend als unabdingbar gewertet wurde das Erfordernis zur nichtstationären Versorgung und Nachsorge und eine weiterführendere Entwicklung ambulanter Behandlungskonzepte und geeigneter Nachsorgestrukturen, in die forensisch psychiatrische Patienten entlassen werden können. Außerdem thematisiert wurde ein entsprechendes Leistungsangebot der MRVZ-Kliniken resp. das einer adäquaten und frühzeitig geplanten Nachsorge und die dahingehende Einbindung in das Konzept der bislang vornehmlich über das stationäre Setting determinierten Maßregelbehandlung *(Gabriel in Kammeier 1995: Rdnr. E70).*

---

[49] Wie über den, über den Zeitraum Sommer 98- Frühjahr 2000 hinweg tagende, Fachausschuß zur der Neuregelung des Landesgesetzes MRVZG NW zuständige Untersuchungsausschuß des Landtages Parlamentarischer Untersuchungsausschuß I *(Untersuchungsauschußbericht Landtagsdrucksache LT Drs 12/ 4747).*

4.11.1.4 Formen

Basierend auf dem verfügbaren Informationsstand *[Beier & Hinrichs 1995; Kammeier (Hrsg.) 1995]* waren zwar Formen zur Nachsorge genannt, jedoch war nicht auf deren Ausgestaltung resp. Differenziertheit eingegangen worden. Bezeichnet wurden die Anbindung und Ausweitung gemeindepsychiatrischer Konzepte unter Bezugnahme auf Erfahrungen der Modellprojekte des Bundes *[entspr. äquivalente Aussagen in.: Modellverbund 1992, 1993a,b, 1994 und in Bezugnahme auf Schott et al. 1991: 14]* sowie konzeptionelle Überlegungen zum Modell des ´Probewohnens` *(Bezugnahme auf: Boyan & Roth 1989; Heitmann 1993)* und geforderter ambulanter bzw. extern betreuter Wohngruppen, weiter der Einbezug allgemein komplementärer Dienste *(anteilig entspr.: Mrozynski 1984: 268 ff)* und der, heimatnaher Übergangseinrichtungen resp. geeigneter teil-stationärer Unterbringungen in Heimen (sofern keine eigenständige Unterbringung realisierbar). Dabei handelte es sich um deskriptive Ausführungen aufgegriffener bislang bekannter Projekte. Dahingegen allerdings hatten die eigenen Untersuchungsbefunde die Vielfalt und Differenzierungen in Ausgestaltung und Selektion möglicher Zugangsformen erkannt und dies als eine zentrale Erfordernis der bedarfs- und indikationsgeleiteten Gestaltung der Versorgung bezeichnet.

4.11.1.5 Übergangszeit als vulnerable Phase

Die Übergangszeit wurde als vulnerable Phase gewertet: Dazu wurden folgende, zu berücksichtigende Aspekte benannt.
- Erkannt wurde eine gewisse Sensibilisierung für spezifische Probleme in dieser Zeit: In diesem Sinne wurde an ein Bewußtsein um Übergangsschwierigkeiten und speziell zu den Lebensbereichen appelliert, denen der Patient nach der Entlassung aus dem Vollzug begegnen wird und, daß sich diese „nicht vollständig durch eine Erprobung im offenen Vollzug auffangen“ lassen *(Schöch 1993: 142)* [50].
- Nahtloser Übergang: Es dürfen keine Betreuungs- und Versorgungslücken entstehen. In diesem Sinne wurden die speziellen Funktionen von Übergangsmodellen [51] und –einrichtungen herausgestellt und die Institutionen zu folgenden Leistungen aufgefordert: Die Nachsorge sollte sich nahtlos an die Entlaßvorbereitungen anschließen und möglichst bereits in der letzten Phase der Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus beginnen. Entsprechend sollten die Kontakte zu Vertretern der Bewährungshilfe und Führungsaufsichtsstelle zum Entlaßzeitpunkt bereits hergestellt und die Bereiche Arbeit, Wohnung und Soziales geregelt sein.
- Zu gewährleistende professionale Begleitung in die Entlaßregion: Überleitung und Begleitung der Patienten in die Entlaßregion sind durch das Personal der Maßregeleinrichtung zu gewährleisten und darüber zum Einzelfall für den Patienten bedarfsgerechte Leistungen zu erschließen und sicherzustellen.

4.11.2 Konsensus in Zuerkenntnissen und Erfordernissen zum v. a. behandlungsbezogenen Kontext – Übereinstimmungen von Statuten aus Kommentaren zum MRVZ, den Sankelmarker Thesen und eigenen Befundinhalten

Folgende Zuerkenntnisse konnten zu Kriterien und Zugangsformen einer adäquaten ambulanten Behandlungsführung und –konzipierung von Vertretern des muliprofessionalen Sankelmarker Forums *(Beier & Hinrichs 1995)*, der Legislative und der Kommentatoren des MRVG *[Kammeier (Hrsg.) 1995; Schöch 1993, 1995. 1999; Volckart 1992, 1999]* zusammengetragen werden und standen im Einvernehmen mit Befunden der eigenen Untersuchungen.

4.11.2.1 Spezifische Ansprüche bzw. zentrale Besonderheiten in der Behandlungsführung

Zuerkannt wurde, daß die bezeichnete Patientengruppe zur weiterführenden, nachsorgenden und überhaupt nichtstationären Versorgung sowohl unter therapeutischen wie auch rehabilitativen Gesichtspunkten, spezifische Ansprüche an die Ausgestaltung der Behandlung und Betreuung stellt. Bei Expertenvertretern der in die Behandlung psychisch kranker Straftäter involvierten Disziplinen fanden sich zwischenzeitlich auch Einsicht in die Notwendigkeit, sich diesem Bereich fachlich professionell zuzuwenden, zum Bedarf einer solchen Form der Versorgung und der damit einhergehenden besonderen Erfordernisse, Aufwendungen in der Behandlungsführung und qualitätssichernden Maßnahmen. In kritischer Bewertung der gesetzlichen Aussagen zum Rehabilitationsauftrag des MRVZ wurden dahingehende Bemühungen für notwendig gehalten *[u. a. dazu: Albrecht 1978; Baur 1990a; Eberhard et al. 1988; Gebauer & Jehle 1993; Kammeier (Hrsg.) 1995; Mrozinsky 1983; zu Entlaßvorbereitungen: Pollähne in Kammeier (Hrsg.) 1995: Kap. F: VI, Weisungen / Auflagen / VII Widerrufe / Rücknahme, VIII Entlassungsvorbereitungen: 269-288; Volckart 1991: 176; 1999]*.

4.11.3 Konzedierte Erfordernis um Qualitätssicherung

Qualitätssichernde Maßnahmen per se wurden als Erfordernis deklariert. Bereits benannt wurden dazu Leistungsabsprachen mit psychosozialen Institutionen vor Ort, das Sicherstellen geregelter Fallsupervisionen sowie Fortbildungen beteiligter psychosozialer und psychiatrischer Fachkräfte, einschließlich der Bewährungshilfe und der Führungsaufsicht *[vgl.: Beier & Hinrichs 1995; Gabriel in: Kammeier (Hrsg.) 1995: 202]*.

---

[50] So ist bekanntermaßen u.a. in den ersten (6-8) Wochen nach Entlassung aus dem MRVZ ein potentiell drohender (Entlass-) Schock zu kalkulieren, der gegenüber dem entlassener Strafgefangenen zudem gravierender ausfallen kann *(entspr.: Schöch 1993: a.a.O.)*.
[51] *(U.a.: Schöch 1995 sowie 1993: 142, 145).*

4.11.3.1 Konzedieren besonderer bzw. zusätzlicher Belastungen

Des weiteren wurde fachlicherseits konzediert, daß die therapeutische Arbeit mit schwer (basal) gestörten Patienten belastend ist, die Behandlungskapazitäten eines Therapeuten in diesem Zusammenhang begrenzt sein können und zum Kontext der Therapie mit solchen Personen „hier mehr als sonst eine regelmäßige engmaschige Supervision erforderlich ist“ *(Beier & Hinrichs 1995: 160).*
Anmerkung unter Bezugnahme auf Befunde der eigenen Untersuchungen: Befunde der eigenen Untersuchungen bezeugten auf breiter Ebene, daß der Qualitätssicherung speziell in der Behandlung einer solchen Klientele ein besonderer Stellenwert zuzurechnen und nötigenfalls besondere und erhöhte Aufwendungen zu kalkulieren sind.

4.11.3.2 Anteilige Benennung konstellativer Faktoren des therapeutischen Kontaktes unter Bezugnahme auf Ergebnisinhalte der eigenen Befunde

Obschon es sich um nur bedingt verfügbare, vereinzelt und über zudem anteilig sekundäre Quellen eingebrachte Angaben an Erfahrungswissen handelte, fanden sich zu konstellativen Faktoren des therapeutischen Kontaktes außerdem als weitere Übereinstimmungen zu den Erkenntnissen der eigenen Erhebungsbefunde:
> ***Relativierte Erwartungshaltungen:*** Thematisiert wurde, daß im Hinblick auf Behandlungsinhalte und -ziele zur spezifischen Klientele eine gegenüber der Norm relativierte Veränderungserwartung [52] angemessen sei.
> ***Relativierung orthodoxer Zugangsweisen:*** Thematisiert wurde der weitestgehend schulenübergreifende Charakter von, im alltagspsychologischen Verständnis als effizient eingestuften, Zu- und Umgangsformen. Die sich dahingehend inhaltlich entsprechenden Aussagen sowohl der Sankelmarker Thesen, wie auch der der Kommentatoren der MRVG, bezogen sich auf Erkenntnisse aus Stellungnahmen sowohl tiefenpsychologisch als auch verhaltenstherapeutisch orientierter Therapeuten. Diese waren in ihrem Tenor übereinstimmend zu subsumieren unter der aus den eigenen Befunden deklarierten Relativierung streng orthodoxer therapeutischer Zugangsweisen *(s. u. und v. a.: bzgl. relevanter Abschnitt der vorliegenden Arbeit zu den ´behandlungsbezogenen Schwerpunkten`).* Beispielhaft eingebracht wurde dies über das Zu-Erkennen aller Schulen und dabei auch tiefenpsychologisch bzw. psychoanalytisch ausgerichteter Therapeuten zur erforderlichen Auseinandersetzung mit alltagsbezogenen Problemen und dem dazu zuzugestehenden Raum im therapeutischen Kontext. [53] In Bezugnahme auf Vertreter des tiefenpsychologischen Ansatzes *(Rasch 1986 b; Blanck & Blanck 1977, 1988)* wurde die starre Handhabung von ´Arbeitsbündnissen` kritisch gewertet und Überlegungen zu Möglichkeiten einer eher ´lockeren Arbeitsallianz` herausgestellt.
> ***Angebotsleistungen zur Alltagsbewältigung:*** Aktive Lebenshilfe wurde als Bestandteil der Leistungen ambulanter Betreuung und Behandlung für diese Klientele erkannt. Dem Bezug zur aktuellen Lebenswelt des Patienten *(„Brücke zum Patienten“ Rasch 1986b)* und der Erfordernis, dessen Alltagsrealität in die Therapieplanung einzubeziehen, wurde therapeutische Bedeutung zugestanden.
> ***Case Management***: Implizit zugeschrieben wurde die Erfordernis solcher Leistungen, die in ihrem Profil deutlich über die Möglichkeiten der Bewährungshilfe hinausgehen, wie alltagssupportive, sozialarbeiterische Unterstützungs- und Hilfeleistungen und solche, zur Ausrichtung des Versorgungsprofiles am Bedarf zum Einzelfall. - Diese Funktionen sind den eigenen Befunden zufolge dem als ´Case Management` kategorisierten Ansatz zuzuschreiben.
> ***Soziotherapeutische Elemente***: Psychotherapie mit dieser Klientele impliziert immer auch soziotherapeutische Elemente: Dahingehende Aussagen bezeichnen auch die eigenen Befundinhalte und entsprechen Angaben der Kommentatoren der MRVG *(Kammeier 1995).*
> ***Einschlußmerkmale zur Behandlung:*** In der Suche nach Bedingungsfaktoren, die ein therapeutisches Bündnis zwischen dem Behandelnden und dem Patienten überhaupt erst möglich werden lassen sowie generell zur Einschätzung der Behandelbarkeit und therapeutischen Erreichbarkeit des Patienten, wurden als das vitale Interesse des Verurteilten kennzeichnende Merkmale, Überlegungen zu dessen Therapiebedürftigkeit, -fähigkeit und –willigkeit herausgestellt.

Ergänzende Bezugnahme auf Ergebnisinhalte der eigenen Befunde

Außerdem fanden sich aus den Befunden der eigenen Untersuchungen folgende Vorgaben als Zulassungskriterien zur Behandlung psychisch kranker Straftäter und deren Reintegration und Rehabilitation *(s. dazu auch den entspr. Abschnitt der vorliegenden Arbeit zu den Aufnahmebedingungen einer ambulanten Behandlung)*: Behandlungsreife; Therapierbarkeit, therapeutische Erreichbarkeit, Einsichtsfähigkeit, Krankheitseinsicht, Fähigkeit zur Selbstversorgung, Kontakt aufzubauen und zu halten, Therapie- und Medikamentenkompliance, Erfordernis zu Verhaltenserprobungen in insb. auch realen Lebensbedingungen, Begegnung mit alltagsbezogenen Situationen sowie zur Bewältigung bestimmter konflikthafter Situationen und Konstellationen bzw. spezifischer interpersonaler, sach- bzw. situationsbezogener Belastungsmomente.
> ***Transparenz zur Praxis der Informationsweitergabe gegenüber dem Patienten:*** Dem Patienten gegenüber sollte die Weitergabe von Informationen transparent gehalten werden. Ein solches Vorgehen fungiert als kontrol-

[52] Indem Modifikationen in Verhalten und Einstellungen in der Relation anders eingestuft werden, als bei einer nicht derart schwer und komplex gestörten Klientele.
[53] Eine solche therapeutische Zugangsweise hat dabei spezifische Aspekte der Lebensführung, wie das oftmalige Fehlen eines eigenen Lebenskonzeptes, ein, vom ´Hier-und-Jetzt-Prinzip` der Klientele *(Rasch 1986b)* bestimmtes, Selbst- und Lebensverständnis, zu berücksichtigen.

lierendes, strukturgebendes, orientierendes Element im Betreuungskontext und, um das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Therapeut zu schützen, falls auf die unumgänglichen Interessen der Justizbehörden eingegangen werden muß. Empfohlen wird, zusammen mit dem Patienten diesen Aspekt gezielt an- und durchzusprechen, ihn zu den Zusammenhängen und dazu aufzuklären, welche Art an Informationen in welcher Weise und auf welcher Ebene an die Staatsanwaltschaft und StVK gelangen.

4.12 Resümee zum Anforderungsprofil Recht

Bei dem bezeichneten Wirkungsbereich handelt es sich um ein, in vielen und dabei v. a. auch wissenschaftlichen und rechtlichen Bezügen und insb. zu Richtwerten und Maßstäben zum Umgang mit der Klientele weitestgehend noch ungeklärtes Feld. Insgesamt ist bundesweit die rechtliche Situation zu diesem Aufgaben- und Tätigkeitsfeld unklar. Selbst in den versuchten Neuregelungen der Gesetze zur Maßregelbehandlung für die neuen Bundesländer wurde, obschon an und für sich geplant, letztlich zu keinem Fall explizit ein Anspruch der Patienten auf ambulante Nachbehandlung im Kontext mit sozialrechtlichen und kostentechnischen Regelungen eingebracht sondern diese gesetzlichen Regelungen hatten sich auf Anschlußformulierungen beschränkt. Das Gesetz regelt nicht die kostentechnischen und auch nicht die sozialrechtlichen *(Mrozynski 1994)* Probleme, die sich mit einer Nachsorgeregelung dieser Art ergeben können. Ansonsten ist die Nachsorgesituation in der Praxis abhängig von der, im jeweiligen Bundesland spezifischen, Ausgestaltung des Behandlungsverständnisses und v. a. auch der Bereitschaft der jeweiligen Einrichtungen, die damit einhergehenden Unsicherheiten zu tragen *(vgl. Volckart 1992, 1999)*. Eine gesetzliche Regelung zum Anspruch und der Ausgestaltung ambulanter Nachsorge ehemaliger MRVZ-Patienten ist bislang nur zu Nordrhein-Westfalen *(MRVG NW: §1 Abs.3)* allerdings ohne Aussagen zu kostentechnischen oder sozialrechtlichen Bezügen formuliert worden. Und die gesetzliche Verankerung der Nachsorge, wie sie in §1 Abs.3 des vorherigen sowie des aktuellen MRVG NW entwickelt wurde, ist für viele der Bundesländer, die nicht über solche Regelungen verfügen, überhaupt erst anzustreben. Noch umstritten ist, wann im Behandlungskontext der Begriff der ambulanten Nachsorge formaljuristisch und damit auch kostentechnisch zu konstatieren sei. Nach progressiver kommentatorischer Auslegung des MRVG *(Kammeier, Maßregelvollzugsrecht Kommentar, 2. Auflage Kap. A, i. Vorb.)* ist ein ambulanter Status offiziell rechtlich erst nach der Entlassung und letztlich zum Ende der Führungsaufsicht definiert. Ein derartiger Mangel an rechtlichen Rahmenbedingungen bedeutet für das, in der ambulanten Arbeit mit psychisch kranken Straftätern ohnedies besonders beanspruchte, Tätigkeitsfeld ein schwerwiegendes Defizit an Orientierung. Die eklatanten defizitären Gegebenheiten bilden denkbar ungünstige Vorgaben mit problematischen Aus-Wirkungen u. a. auch auf die Bereitstellung von professionalen, fachkompetenten, therapeutischen personellen, sachbezogenen und finanziellen Kapazitäten. Sie bewirken i. S. einer Negativspirale additive Beeinträchtigungen, Probleme, Hindernisse und Hemmfaktoren. Prinzipiell könnten die rechtlichen Ungelöstheiten als in gewisser Weise zumindest bedingte potentiell nutzbare Flexibilitäten interpretiert werden. Primär jedoch tragen sie erheblich dazu bei, zusätzliche Irritationen, Unsicherheiten, Belastungs- und Spannungsmomente zu schaffen. Solche defizitären Gegebenheiten ermöglichen es außerdem Einrichtungen mit Vorbehalten gegenüber Leistungerfordernissen zur nichtstationären Nachsorge, Betreuung und Behandlung forensischer Patienten, sich unter Bezugnahme auf die unsichere und unzulängliche rechtliche Situation dieses Versorgungsbereichs [54] - quasi-legitimiert - einer aktiven Beteiligung zu entziehen.

4.12.1 Formale Gleichstellung gegenüber psychiatrischen Patienten

Gesetzlich steht dem forensischen Patienten als psychisch krankem Straftäter die Rechtsstellung eines psychisch Kranken zu: Der, aus dem MRVZ Entlassene, ist, abgesehen von der Führungsaufsicht, jedem anderen, aus einem psychiatrischen Krankenhaus Entlassenen gleichgestellt. Er kann demzufolge prinzipiell auch nachsorgende Hilfen, wie z.B. Sozialpsychiatrische Dienste oder andere Hilfsangebote - der Region - für entlassene Psychiatriepatienten und generell für Personen in psychosozialen Notlagen, in Anspruch nehmen. Ambulante Alternativen zu stationären Maßnahmen insb. aus dem sozialpsychiatrischen Bereich, soziale Netzwerke für die Nachsorge und Prophylaxe der Patienten sind von der forensischen Psychiatrie als Aspekt der Gesundheitsversorgung und andernteils auch der Sicherung bislang nicht adäquat ausgestaltet und v. a. auch nicht auf die spezifischen Belange der forensisch - psychiatrischen Klientele umgesetzt worden. Die Realisierung solcher Grundzüge und Strukturen sowie die Einbeziehung teilstationärer, stationärer und komplementärer Einrichtungen und Dienste in ein Versorgungssystem zur Behandlung forensisch - psychiatrischer Patienten sollte darüber ermöglicht und statuiert werden.

4.12.2 Wahrung der Doppelaufgabe der Besserung und Sicherung

Im Hinblick auf das angestrebte Ziel der Doppelaufgabe des MRVZ sind, eingedenk der Fürsorgepflicht sowie der anzustrebenden Rehabilitation und Herstellung der Entlassungsreife, als grundlegende Ziele der Maßregelbehandlung Resozialisierungshilfen bereitzustellen und nötigenfalls zu entwickeln.

[54] Von denjenigen Einrichtungen der eigenen Erhebungen, die keine ambulante Maßnahme durchführten, wurde dies häufig auch darin begründet, daß die rechtlichen Rahmenbedingungen für eine solche Form der Behandlung fehlen würden.

Präventive und rehabilitative Funktionen

- **Prävention**

Ambulante Nach- und Versorgung ist als eine ganz wesentliche und unter Beachtung bestimmter Kriterien auch als effektiv erfahrene präventive Maßnahme gegen Rückfälligkeit zu werten *(´eine der effektivsten Präventionsmaßnahmen gegen Rückfälligkeit`: Nedopil 1998: 123 unter Bezugnahme auf: Nedopil und Banzer 1996; Berner 1996).*

- **Reintegration**

Die sozialen Bezüge, in die der Patient entlassen wird, bilden wichtige Kriterien für die Entlassprognose. Ein stützendes und betreuendes Umfeld begünstigt eine frühere Entlassung, fehlt jedoch erfahrungsgemäß bei MRVZ-Patienten häufig. In reziproker Wirkung kann auch hier ambulante Behandlung entlastend wirken.

4.12.3 Begrenzung des Freiheitsentzuges durch Verkürzung der Unterbringungszeit

Ambulante Maßnahmen können in quantitativer und qualitativer Hinsicht zur Begrenzung des Freiheitsentzuges beitragen: Das Vorliegen einer adäquaten ambulanten Infrastruktur mit entsprechend extramuralem Betreuungsangebot kann zur Entlastung der, von Unsicherheiten geprägten und derzeitig eher restriktiven, Handhabung von Lockerungen und Beurlaubungen beitragen und andernfalls gegen ungerechtfertigte, damit uneffektive und außerdem kostenträchtige Unterbringungsdauern wirken. Durch Aus- und Aufbau ambulanter Maßnahmen resp. ambulanter Nachbetreuungskonzepte kann

- der Entlaßzeitpunkt vorverlagert,
- auch in anderer Hinsicht dem Übermaßverbot bei der Maßregelvollstreckung Rechnung getragen sowie
- überhaupt die Entlassungschance eines Patienten erheblich verbessert und
- darüber letztlich die Verweildauer in forensisch psychiatrischen Kliniken von nach *§§ 63 / 64 StGB* Untergebrachten herabgesetzt werden.
- Der Patient bleibt sich nach der Entlassung nicht selbst überlassen sondern es besteht oft die Möglichkeit, Rückfallgefahren durch professionalisierte, fachkompetente Hilfestellungen aufzufangen.
- Außer in quantitativer ist auch in qualitativer Hinsicht eine Begrenzung des Freiheitsentzuges erreichbar, indem sich Ausgang, Urlaub und Langzeiturlaub zunehmend als auch therapeutische Instrumentarien im Maßregelalltag entwickeln.
- Darüber und über die Verfügbarkeit und den Nutzen ambulanter Betreuung wird nicht nur dem Verfassungsanspruch des Patienten auf größtmögliche Freiheit sondern auch dem, nach dem Schutz der Allgemeinheit und des Patienten auf Behandlung besser entsprochen.
- Insbesondere der Übergang von geschlossener, stationärer Führung über Lockerungen, Ausgänge, Beurlaubungen bis hin zur rein ambulanten, extramuralen Behandlung, bedarf einer rechtlichen Regelung und Unterlegung, da sonst die therapeutischen Entscheidungen von erheblichen Rechtsunsicherheiten begleitet werden. Dahingehend erwünscht und für erforderlich gehalten werden, wie die eigenen Untersuchungen zeigten, dynamische und flexible Bewegungs- und Auslegungsmöglichkeiten *[entspr.: Es geht dabei nicht darum, einer „vollständigen Verwirklichung das Wort zu reden, die therapeutisch hemmend wirkend würde" (Schöch 1994)]*. Die MRVZ-Ziele implizieren auch, den Aspekt der Rehabilitation und Resozialisierung des Patienten in der Behandlungsführung zu verfolgen resp. diese danach auszurichten, falls es dessen Zustand unter Wahrung der Sicherheit der Allgemeinheit zuläßt.

Diese Vorgaben verlangen per se eine dementsprechende Versorgung und damit folgerichtig die Sicherstellung bzw. Installation eines dazu geeigneten Systems. Die Toleranz und Aufrechterhaltung einer Unterversorgung ist unter vielerlei und u. a. rechtlichen, ethisch-humanitären, medizinischen, versorgungs- und sicherungstechnischen Gesichtspunkten nicht vertretbar.

4.12.4 Regelung zu Kontrollfunktionen

Im Hinblick auf die Spezifität der Klientele sollen Funktionen und die Bedeutung einer gewissen Kontrolle zu deren Führung, Berücksichtigung finden. Die rechtlichen Vorgaben sollten eine, zur Behandlung erforderliche, Flexibilität und den Rahmen für kontrollierende Interventionen ermöglichen, die potentielle Möglichkeit für eine – oft nur intermittierend – erforderliche, stationäre Aufnahme ohne, daß ein Bewährungswiderruf zwingend ist. Es müßte abgesichert sein, daß dem Mitarbeiterstab gewisse Grundlagen für eine Kontrolle im Kontext der ambulanten Ausgestaltung der Behandlung zugestanden werden. Maßnahmen solcher Art sind, dem Patienten nachzugehen, diesen regelmäßig zu sehen bzw. vorübergehend stationäre, intensivierte therapeutische Aufenthalte initiieren zu können, ohne, daß das langwierige Verfahren eines Bewährungswiderrufs erfolgen muß. Anzustreben ist, daß in dem gegebenen rechtlichen Kontext der therapeutische Umgang mit einem Rückfallgeschehen differenziert erfolgen kann und ein, in strafrechtlicher Relation eher geringfügiges Rückfall- bzw. Deliktgeschehen durch richterliche Bestimmungen, wie den Widerruf der Bewährung, eine therapeutische Intervention nicht unweigerlich beendet und damit die therapeutischen Bemühungen und ein potentiell entwicklungsförderliches Umgehen mit dem Problemgeschehen koartiert wird, Ambulanzpatienten nach bedingter Entlassung zur Krisenintervention auf freiwilliger Basis kurzzeitig wieder in die Herkunftsklinik aufgenommen werden können, bei Nichterfüllen von Auflagen oder Behandlungsweisungen und anderweitig indiziertem Widerruf rechtlich abgesicherte Möglichkeiten zu geregelten und flexiblen, am Einzelfall ausrichtbaren, Maßnahmen, Koordinationen und

Kooperationen, für nötigenfalls umgehende, schnelle, direkte bzw. aktiv, nachgehende Reaktionen und Zugriffsmöglichkeiten auf den Patienten mit einer, dadurch erhöhten, Wirksamkeit, möglich sind.

4.12.5 Integratives Behandlungsverständnis

Die, aus den Befunden der eigenen Erhebungen erkannte Erfordernis zu einem integrativen Behandlungsverständnis wurde verdeutlicht: Der Aspekt der Nachsorge, nichtstationären Versorgung und kontrollierten Alltagserprobung ist zwingend in die Definition und das Verständnis von Gesamtbehandlung zu integrieren in dem Sinne der Zielerreichung der Maßregel bzw. deren Ausübung zum Zwecke der Sicherung, Besserung und Wiedereingliederung.

4.12.6 Reziprozität der Bedingungsgefüge

Grundsätzlich kann die Möglichkeit einer ambulanten Therapie von MRVZ-Patienten überhaupt erst dann öfter berücksichtigt werden, wenn eine entsprechende, d. h. adäquate, Infrastruktur zum Versorgungs- und Angebotskontext gegeben ist. - Erst vor dem Hintergrund eines gut ausgeformten und strukturierten Versorgungskontextes und -netzes ambulanter Betreuungsmöglichkeiten und der Voraussetzung, daß das dafür erforderliche Angebot besteht, kann von überleitenden, der Eingliederung förderlichen, Maßnahmen und der gerichtlichen Möglichkeit, die Maßregel direkt bei ihrer Anordnung auf Bewährung auszusetzen und mit einer gerichtlich determinierten Auflage einer ambulanten Therapie zu verbinden *(§ 67b StGB)* häufiger Gebrauch gemacht werden. Rechtlich bedeutet dies die Möglichkeit einer primär ambulanten Therapie von Maßregelpatienten öfter zu berücksichtigen, d. h. eine Maßregel gem. *§ 67b StGB* direkt bei ihrer Anordnung zur Bewährung auszusetzen und durch Weisungen gem. *§ 10 (2) JGG* oder *§ 56c StGB* den juristischen Hintergrund bzw. nötigen juristischen Druck zu schaffen, um ambulante und komplementäre Behandlungsversuche zu ermöglichen. Eine stationäre Therapie in einer Maßregeleinrichtung könnte sich dadurch *(Aussetzung der Maßregel gem. § 67b StGB)* öfters erübrigen. Von der gegebenen Regelung, die Maßregel direkt bei ihrer Anordnung auf Bewährung auszusetzen und mit einer gerichtlich festgelegten Auflage einer ambulanten Behandlung *(§ 67b StGB)* zu verbinden, könnte viel häufiger Gebrauch gemacht werden, wenn das notwendige Betreuungsangebot bestünde.

4.12.7 Flexibilität und Durchlässigkeit

In einer Situation ohne offiziell ausgewiesenem, forensisch psychiatrischem ambulantem Betreuungsangebot würden außer differenzierteren Bewährungsauflagen auch flexiblere Beurlaubungsmöglichkeiten bereits eine deutliche Erleichterung hinsichtlich einer sinnvollen Weiterentwicklung einer adäquaten Behandlungsplanung darstellen.

4.12.8 Klare und differenzierte Bewährungsauflagen und Weisungen

Bewährungsauflagen und Weisungen sollten differenzierter und zum Einzelfall individueller ausgestaltet sein. So können konkretere Auflagen getroffen werden, die mit den Inhalten einer ambulanten resp. extramuralen Behandlungsplanung abgestimmt sind und, wie nach *§ 67d Abs.2 StGB* vom Gesetzgeber vorgesehen, eher realisiert werden können.

4.12.9 Integration der diversen – divergierenden - Interessen der involvierten Parteien

Unter Bezugnahme auf den Rehabilitationsauftrag des MRVZ ist die Integration der Vorgaben der Maßregel, damit einhergehender Ziele und der diversen Interessen der involvierten Parteien in die gesamte Behandlungsplanung zu bewerkstelligen. So ist dem Anspruch forensisch psychiatrischer Patienten auf Behandlung, dem, involvierter Organe, insb. auch der Judikative auf Umsetzung der Inhalte der Rechtsprechung Rechnung zu tragen und dies zusammen mit dem Anspruch der Öffentlichkeit auf Sicherheit und berechtigten Interesse der Bevölkerung zum Schutz vor weiteren Straftaten, in das Interessengeflecht zu integrieren.

4.12.10 Übereinstimmend professionen- und fachbereichsübergreifendes Verlangen nach Orientierung, Wissenszuwachs und wissenschaftlicher Fundierung

Überhaupt und seitens der zuständigen Experten besteht ein drängender Bedarf und Wunsch nach Orientierung an wissenschaftlich gesicherten Aussagen und Untersuchungen zum nichtstationären Versorgungsbereich und konkret zu adäquaten gesetzlichen Vorgaben und fundierten Zuschreibung von Aufgaben und Funktionen ambulanter Nachsorge und Behandlung psychisch kranker Straftätern. In der Suche um Orientierung an entsprechenden Richtwerten beklagten die Kommentatoren der MRVG *[Kammeier (Hrsg.) 1995 und a. O. u. a. darin bspw.: Gabriel: 202]* übereinstimmend einen eklatanten Mangel an entsprechenden Evaluationen, wenn sie in ihren Ausführungen zu den Absichten und Zielen des gängigen MRVZ-Rechtes und v. a. zum Anspruch um nachsorgende Behandlung und Versorgung auf das verfügbare Erfahrungswissen über nachsorgende und ambulante Ansätze bzw. Behandlungsformen, darunter v. a. das der Modellerprobungen, verwiesen *(Dimmek & Bargfrede 1992; Bargfrede 1994; Nowara 1992; Warmuth 1990; Boyan & Roth 1989).*

4.12.11 Sensibilisierte Meinungs- und Bewußtseinsbildungsprozesse hinsichtlich der Erfordernis um alternative Versorgungsformen

Fachbereich- und professionenübergreifend zeichnete sich ein zwischenzeitlich geschärftes Bewußtsein und eine Sensibilisierung ab im Hinblick auf das Zuerkennen der Notwendigkeit nichtstationärer fachgerechter und psycho- therapeutischer Versorgung. Es offenbarten sich, trotz anteilig gegenläufiger Tendenzen, Bestrebungen und eine gewisse Bereitschaft zu einem Bewußtseinswandel und einer Offenheit hinsichtlich alternativer Um- und Zugangsformen als Ausgestaltungen adäquater Behandlungsführung forensisch psychiatrischer Patienten. Dies bezeugte auch der Umstand, die bezeichnete Thematik in der Fachöffentlichkeit und multiprofessional, wie über die, als Kompromisse formulierten, *´Sankelmarker Thesen`*, aufzugreifen und zu diskutieren. Übergreifend, interdisziplinär und gemeinschaftlich auf Expertenebene in der Fachöffentlichkeit vertretene Haltungen boten Indikatoren bzw. Verweise auf Entwicklungen für Sensibilisierungs- und Meinungsbildungsprozesse im Sinnverständnis zur Thematik und speziell zur Frage nach dem adäquaten professionalen Zugang in der nichtstationären und insb. ambulanten Behandlung forensisch psychiatrischer Patienten und einer, sich abzeichnenden, prospektiven Möglichkeit auf einen dahingehenden Paradigmenwechsel, Bewußtseins- und Strukturwandel.

4.13 Zusammenfassung - Implikationen der Ergebnisse für die rechtlichen Bezüge nichtstationärer und insb. ambulanter Versorgung psychisch kranker Straftäter unter Vorwegnahme eigener Untersuchungsbefunde und darauf basierenden Forderungen an gesetzliche Rahmenbedingungen

Unter Vorwegnahme einschlägiger Befunde der eigenen Erhebungen hatten sich folgende Anteile zum Anspruchsprofil Recht ergeben:

4.13.1 Forderung nach fundierenden rechtlichen Regelungen und Definitionen zu Anspruch, Zielen, Status und Bezügen einer solchen Form der Versorgung

Generell zu fundieren und abzusichern ist der Nachsorgeanspruch, der bislang allgemein rechtlich noch nicht abgesicherte, Anspruch forensisch-psychiatrischer Patienten auf eine ambulante therapeutische Nachsorge und inwiefern das geltende MRVZ-Recht Perspektiven der nichtstationären und insb. ambulanten Versorgung mitträgt, die nachsorgende, begleitende, betreuende und behandelnde Leistungen resp. Bereitstellung, Anwendung und Nutzung dahingehender Maßnahmen gesetzlich zu verankern. Prospektiv gilt es, rechtlicherseits den gesamten Kontext in seinem Anspruch und v. a. patientenbezogen zu definieren und in zweiter Linie die kosten-, verwaltungs- und versicherungstechnischen Fragen zu klären. Bislang ist die Nachsorgesituation in der Praxis abhängig von der, im jeweiligen Bundesland spezifischen, Ausgestaltung des Behandlungsverständnisses und der Bereitschaft der jeweiligen Einrichtungen, damit einhergehende Unsicherheiten zu tragen. Für die meisten Bundesländer fehlen dezidiert gesetzlich fundierte Aussagen zur Verankerung des Nachsorgeanspruchs und inwiefern das geltende MRVZ-Recht Perspektiven der nichtstationären und insb. ambulanten Versorgung mitträgt und damit einhergehende Maßnahmen und Leistungen nachsorgende, begleitende, betreuende und behandelnde Leistungen resp. die Bereitstellung, Anwendung und Nutzung dahingehender Maßnahmen rechtlich absichert. Eine gesetzliche Verankerung des Anspruchs auf Nachsorge, wie in § 1 Abs.3 des vorherigen und aktuellen MRVG NW, ist für viele der Bundesländer, die nicht über solche Regelungen verfügen, überhaupt erst anzustreben.

4.13.2 Abgleichen der diversen Ziele und Aufgaben des MRVZ mit den Interessen der involvierten Parteien

Die gesetzlichen Vorgaben, wie die, der Doppelaufgabe und dem Wiedereingliederungsgebot, der Reduktion der Unterbringungsdauer sowie der Herstellung der Entlassungsreife, implizieren die Erfordernis um Maßnahmen, die diesen und auch den übergreifenden Zielen der Besserung des Patienten und andernteils der Sicherung der Allgemeinheit, Rechnung tragen. Unter Berücksichtigung der Doppelaufgabe der Maßregel ist neben dem Ziel der Besserung des psychisch Kranken gleichzeitig dem berechtigten Interesse der Bevölkerung zum Schutz vor weiteren Straftaten, Rechnung zu tragen. Dabei gilt es, die Interessen der involvierten Parteien, der forensisch psychiatrischen Patienten auf Behandlung, der betreffenden Organe - insb. der Legislative - auf Umsetzung der Inhalte der Rechtsprechung und - v. a. den Anspruch der Öffentlichkeit auf Sicherheit, zu berücksichtigen. Geschehen sollte dies durch eine sensible Integration dieser Aspekte in das Interessengeflecht und unter Wahrung qualitätssichernder Maßnahmen und bestimmter Vorgaben in der Behandlungsplanung.

4.13.3 Risiken durch fehlende rechtliche Absicherung

Aus der Praxis offenbarte sich die dringende Notwendigkeit für Einsatz, Nachbesserung bzw. überhaupt oft erst Installation rechtlicher Bezüge zu den hauptsächlichen Aufgaben- und Tätigkeitsfeldern der, in die Betreuung dieser Klientele eingebundenen, Professionen und den außerdem divers ausgestalteten alternativen nichtstationären Maßnahmen. Die, noch vielfachen, gesetzlichen Unklarheiten schaffen zusätzliche Belastungs- und darüber auch Unsicherheitsmomente, zu einem, an sich ohnedies sehr anspruchsvollen und spannungsreichen Tätigkeitsfeld. Zu fordern sind adäquate dabei nicht zu rigide gesetzliche Regelungen zur Absicherung der erforderlichen Leistungen nichtstationärer Versorgung - wie sie bereits in der Praxis und in Konsequenz des drängenden Bedarfs vorweggenommen wurden. Darüber sind dem Anspruch auf ambulante Behandlung und der Verpflichtung

der Sicherstellung nachzukommen sowie zugehörige Maßnahmen zu treffen, nötige Installationen und Differenzierungen zur Umsetzung des Auftrages und Absicherung des Anspruchs nach Versorgung sowie Regelungen zu, damit einhergehenden, Folgeproblemen und v. a. auch der Kostenträgerschaft.

4.13.4 Zu optimierende Versorgungsstrukturen

Unumgänglich ist die Optimierung des Versorgungskontextes und dazu die Ausgestaltung und Vernetzung der Versorgungsstrukturen, der Rekrutierung und Bereitstellung relevanter, bestehender bzw. zu installierender, nichtstationärer, insb. ambulanter, Versorgungs- und Interventions- und Beratungsangebote sowie des zugehörigen Personals bzw. die, externer Therapeuten und nötigenfalls deren Nach-Qualifikation.

4.13.5 Sicherung eines professionalen Rahmens mit Möglichkeit zur Umsetzung von Prämissen effektiver Behandlungsführung

Zu Umsetzung, Interpretation und Verständnis der Zielvorgaben des MRVZ ist grundsätzlich ein Konsensus zu finden zwischen dem Anspruch des Patienten auf Behandlung und dem Sicherungsauftrag des MRVZ, der gesetzlichen Gewährleistungspflicht von Besserung aber auch Sicherheit. Wünschenswert sind differenziertere, das spezifische Anforderungs- und Behandlungsprofil der forensischen Klientele berücksichtigende, gesetzlich fundierte Regelungen. Dahingehend anzustreben sind u. a. v. a.: klare Zuweisungen der Kostenübernahme an zuständige Kostenträger und die so abgesicherte Zuschreibung von Aufgabengebieten ambulanter Behandlung. Die Anerkennung und Umsetzung qualitätssichernder Vorgaben und die behandlungsbezogener Kriterienkataloge und Anforderungsprofile (wie bspw. individualisierter, indikationsgeleiteter ggfls. spezialisierter Versorgungs- und Behandlungsansätze) verlangen Entsprechungen in rechtlichen Vorgaben. Sie sollen als Erfordernisse berücksichtigen verbindliche Regelungen zum Einen und andernteils Flexibilitäten und Durchlässigkeit der Strukturen und Informationstransfer der, in die Führung des Patienten involvierten Institutionen und Parteien, gewisse Flexibilität um Anpassung behandlungsbezogener Weisungen und formaler Vorgaben und der Berücksichtigung behandlungs- und betreuungsdeterminierter Erfordernisse zum jeweiligen Einzelfall, Möglichkeiten zur direkten Umsetzung von Kriseninterventionen und intermittierenden Wiederaufnahmen in die Klinik ohne zwingenden gesetzlichen Bewährungswiderruf sowie auch die, von Kontrollfunktionen, berücksichtigen.
Die Umsetzung der, zur adäquaten Versorgung zuerkannten, zentrale Prämissen zum nachsorgenden resp. ambulanten Behandlungs- und Betreuungskontext ist zu ermöglichen. Weisungen zur ambulanten Nach-Betreuung/ -Behandlung sollten differenziert und konkretisiert erfolgen und die Möglichkeit zu deren Umsetzung vorab geprüft worden sein. Tatsächlich werden seitens der Gerichte zunehmend Weisungen zur ambulanten Nach-Betreuung / -Behandlung ausgesprochen und in Regionen mit auch nur basalen ambulanten forensischen Versorgungsstrukturen gehäuft.
Allerdings steht dieser zunehmend öffentliche Bedarf einer eklatanten Unterversorgung entgegen. Unzureichende rechtliche Regelungen dieses Versorgungsbereiches implizieren eigene Risiken und tragen nicht den Gefahrenmomenten Rechnung, die eine mangelhafte oder gar Nicht-Versorgung forensisch-psychiatrischer Patienten mit oft komplexen Störungsbildern nach deren stationärem Aufenthalt in sich birgt.
Prospektiv geht es v. a. darum, den grundlegenden Anspruch auf therapeutische Nachsorge und ambulante Behandlung rechtlich und finanziell abzusichern, dies bestenfalls bundesweit und unter möglichst einheitlichen Gesichtspunkten. - Die in diesem Feld tätigen therapeutischen und viele der versorgenden Professionen agieren bei erheblichen Zusatzansprüchen, Belastungen und durchaus auch Risiken zudem immer noch in einem rechtlich in vielen Bezügen (z. B.: berufsrechtlich, versicherungs- und versorgungstechnisch) nicht abgesichertem Terrain.

4.13.6 Eklatant defizitärer Wissenstand und Bedarf an Informationen

Zur adäquaten Ausrichtung und Forderung an gesetzlichen Vorgaben und im Streben nach einer fundierten Zuschreibung von Aufgaben und Funktionen ambulanter Nachsorge und Behandlung psychisch kranker Straftäter, offenbarte sich seitens der zuständigen Experten ein drängender Bedarf und Wunsch um Orientierung an wissenschaftlich gesicherten Aussagen, Untersuchungen und Erfahrungswissen und dezidierte Statuierungen zur Notwendigkeit einer bedarfs- und patientengerechten, ggfls. speziell bzw. spezialisiert therapeutisch und strukturell ausgerichteten Nachsorge.
Erfahrungen aus den Erhebungen, Expertenkontakten und u. a. fachöffentlichen Expositionen und Präsentationen offenbarten allgemein und selbst bei vorgebildeten Experten bzw. einschlägig informierten Entscheidungsträgern (bzw. Vertretern entscheidungstragender Gremien und Behörden) einen oft extrem defizitären Wissensstand und tatsächlich hohen Nachhol-Bedarf an fachkundiger und differenzierter Information zu den Erfordernissen, Chancen und Gestaltungsmöglichkeiten zum Bereich ´Nachsorge und ambulante Versorgung psychisch kranker Rechtsbrecher`.
Ein vorausgeschalteter inhaltlich und sachlich fundierter, kognitiver Zugang zu der Materie und den Versorgungserfordernissen begünstigt die Bereitschaft und Offenheit der Gegenseite zur Auseinandersetzung damit erheblich. (Dies zeigten v. a. eigene Erfahrungen mit Behörden, Ministerien und justizialen Organen und im Kontext der Neuregelung des Landesgesetzes MRVZ NW.)

5 Aspekte der Behandlungsforschung 4-33
5.1 Entwicklung des Konzeptes der Behandlung von Straftätern im Überblick 5-33
5.2 Evaluationsmethode der Metaanalysen 5-34
5.3 Effektivitätsmerkmale bei Programmen mit einer höheren Erfolgswahrscheinlichkeit 5-35
5.3.1 Stand der Behandlungsforschung zum Zeitpunkt der ersten Erhebungen 5-35
5.3.2 Expertenmeinungen zur Methode der explorativen Datengewinnung 5-36
5.3.3 Resümierende Stellungnahme zum primären Untersuchungsvorhaben 5-36
5.3.4 Recherchierter Kenntnisstand zu bestehenden nichtstationären, ambulanten Therapiemodellen zum Zeitpunkt der Entwicklung der initialen Erhebung 5-36
5.3.4.1 Nationale Ebene 5-36
5.3.4.2 Relevanz dieses Wissenstandes im Hinblick auf die initialen Fragestellungen des eigenen Forschungsansatzes 5-36
5.3.4.3 Internationale Bezüge 5-37
5.3.4.4 Zwischenzeitlich erprobte Behandlungsprogramme von Straftätern - mit zielgenauen, multimodalen kognitiv-behavioralen Vorgaben 5-37

5 Aspekte der Behandlungsforschung

5.1 Entwicklung des Konzeptes der Behandlung von Straftätern im Überblick

Einer mit starkem Optimismus gepaarten Offenheit gegenüber dem Gedanken der Straftäterbehandlung der frühen 60er und 70er Jahre, die anteilig geradezu einer Behandlungseuphorie gleichkam und sich zumindest dem Behandlungsgedanken gegenüber sehr förderlich auswirkte, folgte ein, von kritischen kriminalpolitischen Diskussionen geprägter Zeitraum. [55] In diesen Haltungen spiegelten sich Reaktionen als Folgeerscheinungen auf die, zwischenzeitlich bekannt gewordenen, Ergebnisse der ersten Generationen der Evaluationsforschung zur Straftäterbehandlung. Zutreffend bezeichnet werden diese in der Aussage des in der Folge viel zitierten *´nothing works`* *(Martinson 1974)*, demzufolge die Behandlung von Straftätern kaum potentielle Effekte bietet *(Martinson 1974; Lipton, Martinson & Wilks 1975)*. Methodisch fundierte Aussagen zur Überprüfung der Wirksamkeit der Straftäterbehandlung wurden zu dieser Zeit primär nicht für möglich gehalten *(vgl. Lipton et al. 1975; Sechrest et al. 1979)*. Mit der Verbreitung dieser, seit Mitte der 70er Jahre verstärkten, Kritik am Behandlungsgedanken einher ging eine gewisse Resignation: Der Behandlungsgedanke wurde in der Praxis zwar nicht aufgegeben, doch auch nicht explizit weiter verfolgt. Bis Anfang der 80er Jahre war in der kriminalpolitischen Diskussion insg. von einer Periode des eigentlichen Desinteresses gegenüber der Behandlung von Straftätern zu sprechen *(vgl.: Kaiser et al. 1982; Egg 1984; Kury 1986 a,b; Schüler-Springorum 1986)*. Allerdings differenzierte und relativierte *Martinson* etwas später *(Martinson 1979)* sein vormaliges Fazit des ´nothing works` *(Martinson 1974)*. Auch lagen indessen positivere Evaluationen eines Teils der Behandlungsforschung vor *(z.B.: Gendreau & Ross 1979; Palmer 1975; Quay 1977; Blackburn 1980)*. Zudem waren die geringen Erfolge zwischenzeitlich anderweitig entwickelter, mittlerweile auch diskutierter, ´modischer` kriminalpolitischer Konzepte, wie Modelle der *´selective incapacitation`*, *´negativen Generalprävention`* und *´technischen Prävention`*, problematisiert worden. In Folge einer erneuten Beschäftigung mit Fragen zur Behandlung von Straftätern und neuerer Erkenntnisse aus evaluativen Verfahren, wurde dann Mitte der 80er Jahre angeregt, die Tendenz zur Abkehr von der Behandlungsideologie einer fundierten Wertung zu unterziehen, eine Versachlichung und Differenzierung der *„monotonen metaempirischen" (Schüler-Springorum 1986)* Diskussion anzustreben. Danach war nun allgemein ein Wiederaufleben *(´revivication` Gendreau & Ross 1987, ´re-emergence` Palmer 1992, „frischer Wind" Lösel 1992)* zum Bereich der Straftäterbehandlung zu beobachten. Diese Entwicklung bildete sich ab über Forschungsergebnisse zu dieser Thematik auf der internationaler Ebene und v. a. zum anglo-amerikanischen Bereich *(Andrews et al. 1990a,b; Gendreau & Andrews 1990; Lipsey 1992a,b; McGuire & Priestley 1992)* und in Deutschland in evaluativen Überprüfungen der Soziotherapeutischen Anstalten *(Lösel et al. 1987)*. Zum Kontext der Therapieevaluations- und der Behandlungsforschung allgemein entwickelte sich seit den 80er Jahren eine vermehrte Längsschnittforschung *(vgl. Farrington 1991, 1992)* und eine Reihe von Metaanalysen und seit Mitte der 80er Jahre international und v. a. zum angloamerikanischen Raum eine inzwischen beträchtliche Anzahl an einschlägigen Arbeiten: Repräsentiert sind diese u. a. durch: Andrews und Mitarbeitern *(u. a.: Andrews, Zinger, Hodge, Bonta, Gendreau & Cullen 1990 b), Garrett (1985), Gendreau und Mitarbeiter (Gendreau & Ross 1987, Gendreau & Andrews 1990), Hollin (1990), Kury (1986a,b), Lipsey (1992a,b), Lösel und Mitarbeiter (u. a.: Lösel, Köferl & Weber 1987), McGuire und Mitarbeiter (McGuire & Priestley 1992; McGuire 1992b), Palmer (1992), Thornton (1987), Whitehead & Lab (1989)* sowie den entsprechenden weiterführenden Publikationen zur Thematik der Straftäterbehandlung *(Hollin & Howells 1991, 1996; Cullen, Jones & Woodward 1997; Lösel, Bender & Bliesener 1992; Mc Guire 1992a,b,c, 1995.)*

Mit Anfang der neunziger Jahre haben sich außerdem auch eine Reihe von Fachtagungen und Kongressen mit diesem Thema befaßt *(vgl. u. a.: Killias 1992; Lösel et al. 1992; Rowson & McGuire 1992)*. Des Weiteren beschäf-

[55] Folgende Einwände wurden u.a. aufgeführt: Befürchtet wurde, daß durch die Straftäterbehandlung evtl. eine unfreiwillige Persönlichkeitsanpassung hervorgerufen werden könnte. Außerdem wurde der Aspekt einer möglichen Pathologisierung von Kriminalitätsphänomenen diskutiert. Die Straftäterbehandlung sei zu wenig am Strafgedanken und der Perspektive der Sicherheit orientiert. Zum Kontext der Straftäterbehandlung bestünden bislang zu geringe rechtliche Kontrollmöglichkeiten. Auch wurde befürchtet, daß informelle Entscheidungen Übergewicht erhalten könnten. Außerdem sei eine Therapie mit Delinquenten überhaupt zu kostspielig.

tigten sich auch Fachgremien mit Fragen zum Behandlungsgedanken. So war 1993 zur Konferenz des Europarates zur Thematik ´*Psychological Interventions in Criminal Justice Systems*` dringend die Entwicklung und systematische Erprobung von Behandlungsprogrammen für Straftäter gefordert worden *(Kongreßbericht des Europarates vom 22.11.1993: zit. n. ZfStrVo 5/94: 329).*
1995 widmete sich auch das *European Committee on Crime Problems* der Thematik der Straftäterbehandlung. In den letzten Jahren befaßten sich das *NATO Advanced Study Institute (NATO ASI)* speziell mit thematisch nahen Inhalten: *26.11.-07.12.1995 in Avor, Portugal zu ´Psychopathy` und im Mai 1999 zu ´Research findings on prevention of crime and violence` in Il Ciocco, Castelvecchio Pascoli Italien.*
Mitte der neunziger Jahre boten sich auch in Deutschland vermehrt und auch kriminalpolitisch motiviert Überzeugungen für Angebote zur Straftäterbehandlung und deren Entwicklung *[vgl. bspw. entspr. Stellungnahmen von Horstkotte, Müller Luckmann, Rasch, Rauchfleisch in: Dahle & Basque (Hrsg.) 1994].* Zum Bereich der Allgemeinpsychologie bestehen allerdings bereits seit inzwischen mehr als einem Jahrzehnt intensive Bemühungen, mittels Evaluationsstudien Aussagen zur Effektivität psychotherapeutischer Methoden treffen zu können *(Übersicht s. Grawe, Donati & Bernauer 1994).* Die Anzahl der Evaluationen zur Straftäterbehandlung wuchs erheblich und nähert sich fast dem Umfang der mehr komprehensiven Metaanalysen der Allgemeinpsychotherapie *(vgl.: Smith et al. 1980; Andrews et al. 1990 b; Grawe & Braun 1994; Grawe, Donati & Bernauer 1994).* Zwar erhielt in Deutschland die Beschäftigung mit Thematik der Behandlung psychisch kranker Straftäter seit etwa Beginn bis Mitte der neunziger Jahre auch auf allgemeinpolitischer Ebene zunehmendes Gewicht. In dessen Folge waren dann auch speziell zur behandlungsbezogenen Nachsorge psychisch kranker Straftäter, Defizite und Veränderungserfordernisse deklariert worden. Diese sind jedoch bislang strukturell wenn, dann nur vereinzelt und dazu über zeitlich limitierte Projekterprobungen umgesetzt worden.

5.2 Evaluationsmethode der Metaanalysen

Die, über wissenschaftliche Untersuchungen von Straftätertherapieprogrammen seit Anfang der achtziger Jahre zunehmende, Intensivierung der Behandlungsforschung wird zu einem großen Anteil von metaanalytisch determinierten Beiträgen getragen.

➢ Erschwernisfaktoren zur Methode der Metaanalyse

Hinsichtlich der Methode der Metaanalysen gibt es einige Erschwernisfaktoren: So sind detailliertere Prozeßevaluationen insg. sehr aufwendig und nicht alle aussagekräftigen Untersuchungen und relevanten Fragestellung zur Straftäterbehandlung eignen sich für metaanalytische Methoden. [56] Zwar hat sich im letzten Jahrzehnt die Evaluation von Therapiemaßnahmen bei Straftätern beträchtlich entwickelt, doch sind diese Untersuchungen überwiegend zu stationären Behandlungen und vornehmlich zur Gruppe der jugendlichen Straftäter durchgeführt worden. Die Generalisierung der bisherigen Ergebnisse von Metaevaluationen zur Behandlungsforschung von Straftätern bezieht sich größtenteils auf Behandlungsprogramme Jugendlicher. Außerdem repräsentiert der Großteil der Metaanalysen Untersuchungen aus den angloamerikanischen Ländern resp. dem englischsprachigen Raum. Zu Deutschland liegen Evaluationen zu den sozialtherapeutischen Einrichtungen des Strafvollzuges vor *(Kaiser et al. 1982; Egg 1979, 1982, 1984, 1990; Lösel & Köferl 1989; Lösel, Köferl & Weber 1987; Ortmann 1994).* Studien aus anderen Ländern wurden i. d. R. nur dann in Metaanalysen integriert, wenn sie in englischer Sprache erschienen waren. Zwar kam in den letzten Jahren der Behandlungsforschung zur Gruppe der Straftäter v. a. auch im internationalen Kontext deutlich stärkere Aufmerksamkeit zu. Es liegen jetzt auch vergleichende Untersuchungen vor zum europäischen Raum *(Redondo et al. 1996, 1997).* Doch besteht immer noch ein Mangel an kontrollierten Studien über die Behandlung erwachsener Straftäter im Strafvollzug und anderen Anstalten und v. a. zu psychisch kranken, erwachsenen, forensisch psychiatrischen, im MRVZ untergebrachten Delinquenten und außerdem den nichtstationär geführten Patienten. Insgesamt finden sich nur sehr wenige Studien, die kontrolliert Behandlungsprogramme psychisch kranker Straftäter untersucht haben. Metaanalysen zu dieser Personengruppe sind bekannt *von Garret (1985); Gottschalk et al. (1987a,b); Lösel & Köferl (1989), Lösel, Köferl & Weber (1987); Lösel & Bliesener (1989); Lösel (1993, 1994, 1995, 1996).* Zu nichtstationären und insb. ambulanten Behandlungsprogrammen dieser Personengruppe liegen kaum entsprechende fundierte Evaluationen vor. Überhaupt sind die bislang erfolgten Evaluationen und Untersuchungen in ihren Inhalten und Ansätzen sehr heterogen. Sie reichen von Behandlungen erwachsener Gefängnisinsassen bis zu Diversionsprogrammen für Jugendliche. Auch innerhalb der verschiedenen Metaanalysen besteht Heterogenität. (Daneben existieren andere diverse methodische Probleme, wie u. a. eine zu geringe zugrundeliegende Primärstudienzahl oder eine unreliable Gruppierung. Dies sind auch Gründe, die mögliche Moderatoreffekte nicht replizierbar werden lassen. Je nach Anlage und methodischer Qualität der Primärstudien gilt es bei einem solchen Vorgehen außerdem u. a. verschiedentliche Einzelprobleme zu beobachten, wie bspw. Selektions-, Meß- oder Rückverlegungsprobleme, die bei fast allen solchen Studien vorkommen.) Die wissenschaftlichen Methoden der Metaanalysen *(zur Methode selbst s. im Detail: Cooper & Hedges 1994; Durlak & Lipsey 1991)* ermöglichen unter der Verwendung der ´Effektstärke` (ES) als statistische Größe, Aussagen zum einen zur Effektivität der Behandlungsprogramme wie auch differenziert zu bestimmten Therapieeffekten und letztlich zu deren förderlichen und weniger förderlichen Wirkungen.

[56] Allein daher wird es für wichtig gehalten, qualitativ ausgerichtete Forschungsansätze und deren Ergebnisse zu integrieren *(Lösel et al. 1987, Lösel 1994).*

➢ **Bandbreite der Effektstärken wichtiger Metaanalysen**

Die ausgewiesenen Effektstärken lagen zwischen 0.05 *(Lipsey 1992a)*, 0.08 *(Lipsey 1992 b)* und 0.20 *(Gottschalk 1987b)* und wenn verschiedene Methoden einschlossen wurden, bei einer Effektstärke zwischen 0.10 *(Andrews 1990a,b)* und 0.12 *(Gottschalk et al. 1987b; Lösel et al. 1987: Lösel & Köferl 1989; Lösel 1995)* sowie bei 0.11 im Falle der Untersuchungen der Behandlung durch die Programme deutscher Soziotherapeutischer Anstalten *(Lösel, Köferl & Weber 1987; Ortmann 1994 für NRW experimentelle Längsschnittstudie; Egg 1990; Lösel 1995; Lösel 1996)*. Bei Untersuchungen sozialtherapeutischer Anstalten bezogen sich die Evaluationen auf erwachsene Straftäter. Höhere Effektstärken boten sich im Hinblick auf die Untersuchung der Effektivität einzelner Bereiche.

5.3 Effektivitätsmerkmale bei Programmen mit einer höheren Erfolgswahrscheinlichkeit

Aufgrund des bestehenden Forschungsstandes ist inzwischen von einem Konsensus auszugehen, daß die Sichtweise ´nothing works` zurückgewiesen werden muß und, daß ´etwas` wirkt in der Behandlung und zur Eingrenzung neuer Straffälligkeit. Der bisher größten publizierten Metastudie von *Lipsey (1992, 1995)* zufolge, erbrachten über 50 % - 65 % der Interventionen eine Herabsetzung der Rückfallraten. Andere metaanalytische Untersuchungen, wie solche, aus bisherigen und laufenden Studien am *National Development und Research Institut New York von Lipton et al. (1997)* zeigen ähnliche Trends. In großem Maßstab betrachtet, besteht der Nettoeffekt der Behandlung darin, daß im Gegensatz zu Kontrollgruppe die Rückfallrate um 10 % herabgesetzt wird. Höhere Effektstärken boten sich im Hinblick auf die Untersuchung der Effektivität einzelner Bereiche.
Wenn auf kognitiv-verhaltensmodifizierender Grundlage basierende und zu praktischen Fertigkeiten ausgerichtete, Programme eingesetzt wurden, konnten Rückfallraten auf 25 - 30 % eingeschränkt werden. Es zeigte sich *(Lipsey 1992a,b)*, daß strukturgebende, verhaltens- und fähigkeitsorientierte, multimodale Programme mit deutlich eher assertivem und weniger permessivem Charakter gegenüber anderen Behandlungsansätzen höhere Effektstärken und Effekte gegenüber den, immer noch weit verbreiteten, Beratungsformen unspezifischer, sozialpädagogischer Einzelfallarbeit auswiesen.
Andernteils offenbarten sich einige Behandlungsverfahren die Rückfallraten in keiner Weise reduzierten sondern vielmehr erhöhten, wie v. a. Strategien die verstärkte Sanktionierungen *(Andrews et al. 1990)* oder Abschreckungsmaßnahmen *(Lipsey 1992, 1995)* einsetzen.

5.3.1 Stand der Behandlungsforschung zum Zeitpunkt der ersten Erhebungen

Zum Zeitpunkt der ersten eigenen Erhebungen lagen zum Bereich der ambulanten Behandlung psychisch kranker Delinquenten keine Therapieevaluationen vor. Allerdings waren zur Effektivität von Behandlungsprogrammen von Strafgefangenen seit Mitte der achtziger Jahre im internationalen und auch nationalen Bereich -zunehmend- Evaluationen durchgeführt worden. Die Entwicklung und systematische Erprobung behandlungsorientierter Konzepte standen für stationäre MRVZ-Patienten erst am Anfang[57]. Zu ambulanten Behandlungsansätzen psychisch kranker Straftäter fanden sich zum Zeitpunkt der Initiierung des initialen Untersuchungsvorhabens kaum erprobte Behandlungsprogramme oder gar dokumentierte Behandlungsverläufe. Infolge der, seit Mitte der 70er Jahre, häufig zitierten, markanten, doch oft isoliert dargestellten und zwischenzeitlich vom Autor selbst in deren Radikalität relativierten und anteilig widersprochenen [58], Aussage *´nothing works` (Martinson 1974; Lipton, Martinson & Wilks 1975)*, zeichnete sich nach einer ´Latenzzeit` von gut einem Jahrzehnt und seit etwa Mitte der 80er Jahre eine Revitalisierung *(vgl.: Gendreau & Ross 1987; Lösel et al. 1992; Palmer 1992; Steller et al. 1994; McGuire 1995)* des Behandlungsgedankens und damit einhergehend ein zunehmendes Interesse [59] an Forschungsansätzen zur Effektivität von Formen der Straftäterbehandlung, ab. Die, zum Erhebungszeitraum vorliegenden und publizierten Untersuchungen resp. Metaanalysen bezogen sich jedoch im Wesentlichen auf Therapieprogramme für stationär untergebrachte und dabei größtenteils auf solche, für heranwachsende und jugendliche, Straftäter *(vgl.: Weidner & Wolters 1992; Lösel et al. 1992, 1993, 1994, 1995; Lösel & Bliesener 1994)*. Speziell zu Deutschland lagen Untersuchungen zu Behandlungsprogrammen in Sozialtherapeutischen Anstalten vor *(Dünkel 1980; Egg 1979, 1982, 1990; Kury 1986 a, b; Lösel, Köferl & Weber 1987; Lösel & Köferl 1989; Lösel 1994)*. Der Tenor dieser Generation an Metaanalysen besagte, daß der größte Teil der untersuchten Programme überhaupt, und überwiegend ´positive`, Effekte, d. h. am Behandlungsziel ausgerichtete [60], Wirkungen zeigte. Die Effektivität der Behandlungsprogramme gestaltete sich jedoch sehr unterschiedlich. Auch lag das Ausmaß der Effekte in seinem Niveau oft unter dem Maß der Effektstärken (ES), welche gegenwärtig eher zu eingebrachten Psychotherapien für klinische, nicht forensisch-psychiatrische Patienten als realisierbare Effektstärken bekannt sind *(vgl.: Lösel 1993, 1994; s. später entpr.: Lösel 1995; Mc Guire 1995)*. Im Kontext einer zunehmend differenzierteren Zugangs- und Sichtweise war auch festgestellt worden, daß bestimmte Behandlungsformen nicht nur ohne Wirkung sein sondern auch schaden konnten und es waren therapeutische Interventionen mit negativen Effekten *(vgl.: Gendreau 1989)* erkannt worden. So kann sich bspw. eine undifferenzierte Förderung

[57] Bspw. beinhalteten Empfehlungen der *Ende 1993 durchgeführten Konferenz des Europarates ´Psychological Interventions in Criminal Justice System`*, daß Untersuchungen zu diesem Fachgebiet dringend gefördert werden sollten *(Lösel zit. nach ZfStrVo, 5/94: 329; Kongreßbericht des Europarates 22.11.93).*
[58] *Martinson (1979)*
[59] „ ... ein frischer Wind in der Straftäterbehandlung" *(Lösel 1992).*
[60] Wie bspw. gewünschte verhaltens- und einstellungsmodifizierende Effekte.

sozialer Beziehungen problematisch auswirken und bei antisozialen Kontakten kontraindiziert sein *(vgl.: Lösel 1993, 1994; s. später entspr.: Lösel 1995; Mc Guire 1995).*

5.3.2 Expertenmeinungen zur Methode der explorativen Datengewinnung

Die Methode der explorativen Datenerhebung *(Lösel et al. 1987; McGuire 1992b)* war andernorts im Rahmen der Entwicklung und Evaluation von Behandlungsprogrammen bei Straftätern und dies insb. im Kontext vergleichender Übersichten und Metaanalysen, als bedeutsamer methodischer Zugang gewertet und explizit der, diesem Ansatz zueigne, erkenntnisförderliche Charakter wie auch der, über die zusätzliche Integration qualitativer Daten einhergehende, Erkenntnisgewinn, hervorgehoben worden *(Lösel et al. 1987; McGuire 1992b, 1995)*. Ein qualitativer Zugang wird insb. für solche Fälle als geeignete Methode eingestuft, wenn kein quantitativer Erhebungsmodus verfügbar, angebracht oder realisierbar ist *(vgl.: Lösel et al. 1987; McGuire 1992b)*. Die Fachliteratur empfiehlt außerdem idealerweise, sofern die Möglichkeit dazu besteht, die Methode der qualitativen Datengewinnung in Ergänzung zu der, der quantitativen einzusetzen *(vgl.: Lösel et al. 1987; McGuire 1992 b [61]; 1995; zum Verständnis als adäquate methodische Zugangsform im übergreifenden Kontext s. auch: Lamnek 1995a,b)*. So betrachtet, entsprach diesen Überlegungen dann auch die Konzeption des Erhebungsinstrumentes und die methodische Gestaltung des Untersuchungskomplexes.

5.3.3 Resümierende Stellungnahme zum primären Untersuchungsvorhaben

Dieser Forschungsbereich hat sich seit dem Erhebungszeitpunkt zum Bereich der Straftäterbehandlung weiterentwickelt. Die, zu diesem Zeitpunkt bereits diskutierten, Effektivitätskriterien haben auch heute noch Gültigkeit, sind zwischenzeitlich über andere Untersuchungen bestätigt, differenziert und weiter spezifiziert worden. Unter den damaligen Vorgaben erlaubten und unterstützten die, über diese metaanalytischen Untersuchungen erworbenen, Erkenntnisse die Annahme, daß Programme der Straftäterbehandlung therapeutisch sinnvoll und auch wirksam sein können. Der Einsatz therapeutischer Maßnahmen wurde demnach zum Zeitpunkt der Untersuchungsplanung für viele der -ehemaligen- MRVZ-Patienten in seiner behandlungsbezogenen Erfordernis und seinem potentiell möglichen therapeutischen Nutzen i. d. R. nicht und sicher nicht mehr grundlegend in Frage gestellt.

5.3.4 Recherchierter Kenntnisstand zu bestehenden nichtstationären, ambulanten Therapiemodellen zum Zeitpunkt der Entwicklung der initialen Erhebung

Auch Einfluß auf die Untersuchungsplanung, Konzipierung des Erhebungsinstrumentes und dessen Items nahm der, zu diesem Zeitpunkt der Erhebung rekrutierbare, Kenntnisstand an einschlägigem Fachwissen auf nationaler und internationaler Ebene:

5.3.4.1 Nationale Ebene

Zum Zeitpunkt der Konzeptionalisierung der Untersuchung und Planung des Erhebungsinstrumentes, bestanden neben den wenigen, vereinzelten Berichten zur ambulanten Behandlung forensisch psychiatrischer Patienten *(Giese & Kober 1983; Rintelen & Gabbert 1986; Schultze 1986; Rauchfleisch 1981; Pfäfflin 1990; Warmuth 1990)* im bundesdeutschen Raum kaum evaluative Arbeiten *(Leygraf & Windgassen 1988; Boyan & Roth 1989)*, die aus empirischer Sicht den Bedarf oder gar die Praxis einer solchen ambulanten Versorgung wissenschaftlich fundierten. Praxisbezogene Erfahrungsberichte zu forensischen Ambulanzmodellen fanden sich zum damaligen Zeitpunkt nur konkret zu dem, in Berlin [62] praktizierten, Modell einer ambulanten Therapie mit Sexualstraftätern *(Warmuth 1990)* sowie in einem ersten vorläufigen Projektbericht zu einem der rehabilitativen Modellversuche des MRVZ, Moringen [63] und außerdem zur großen institutionalisierten *Forensischen Nachsorgeambulanz Gießen* [64] *(Jöckel 1992; Müller-Isberner 1992)*. Strukturelle Überlegungen zu einem regulären, offiziell statuierten, Ambulanzkonzept zur Nachsorge und Therapie von - vor dem stationären- MRVZ-Patienten waren, basierend auf ihre Mitarbeit im damals noch laufenden Projektmodell ´Ambulante Behandlung und Betreuung forensisch psychiatrischer Patienten` am *WZFP Lippstadt-Eickelborn*, erstmals durch *Nowara (1992)* vorgestellt worden.

5.3.4.2 Relevanz dieses Wissenstandes im Hinblick auf die initialen Fragestellungen des eigenen Forschungsansatzes

Obschon dbzgl. zum Erhebungszeitpunkt kaum evaluative Untersuchungen vorlagen, vermittelten Berichte über spezielle, gut ausgeformte, an den besonderen Bedürfnissen der forensischen Klientele ausgerichtete, Behandlungsprogramme für stationär untergebrachte MRVZ-Patienten, positive Erfahrungen. Sie berechtigten zu dahin-

---

[61] In diesem Kontext finden sich Empfehlungen, die Vereinbarkeit des Datenmaterials vorausgesetzt, dahingehend, eine zusätzliche Systematisierung zu versuchen und dazu gut dokumentierte Einzelfallstudien systematisch zusammenzufassen *(vgl.: McGuire 1992b).*

[62] Das Berliner Ambulanzmodell bestand seit 1987 *(vgl.: Warmuth 1990).*

[63] Im Falle des Behandlungskonzeptes der *Modelleinrichtung Moringen* waren im Kontext der Behandlungsplanung des Vollzuges der Maßregel, Übergangseinrichtungen in Form betreuter Wohngruppen mit einem anteilig integrierten, ambulanten Behandlungsmodell einbezogen worden *(erste Berichte dazu: Boyan & Roth 1989).*

[64] Zur *Klinik Haina* besteht eine forensische Nachsorgeambulanz seit 1989, die seit dem 01.01.1990 als Institutsambulanz geführt wird und durch die Kassenärztliche Vereinigung Hessen gemäß § 118 SGB V zur ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung ermächtigt ist. Näheres zu dieser Institutsambulanz im entspr. Abschnitt und unter diversen Gesichtspunkten wiederholt an anderen Stellen der vorliegenden Arbeit.

gehend optimistisch-hoffnungsvollen Perspektiven und Erwartungen im Hinblick auf eine geregelte Rehabilitations- und Entlassungsplanung und weiterführend die Etablierung fundierter, ambulanter Therapie-Nachsorge-Programme. Unter Berücksichtigung solcher Gesichtspunkte neben begründeten, allgemeinen wie spezifischen und dabei v. a. behandlungsbezogenen und risikoerwehrenden, Argumenten auch strukturelle und ökonomische Überlegungen [65] für die Etablierung fundierter, ambulanter Therapie- und Nachsorgeprogramme und deren Einbindung in eine geregelte Rehabilitations- und Entlassungsplanung.

5.3.4.3 Internationale Bezüge

Indem der Bereich ambulanter Behandlung und Nachsorge psychisch kranker Straftäter im bundesdeutschen Raum bislang wenig Beachtung erfahren hatte und wissenschaftlich kaum thematisiert worden war, lag es nahe, dbzgl. auf internationaler Ebene nach weiterreichenden Erfahrungen zu suchen. Ambulante Konzepte im Umgang mit psychisch kranken Rechtsbrechern konnte die Autorin über die, dazu publizierte, bzw. -anteilig noch-unveröffentlichte, internationale Literatur in Erfahrung bringen. In den *Niederlanden (teilstationäre tagklinische Behandlung vom Gewalt- und Sexualstraftätern Dr. Henri-van-der Hoeven-Kliniek Utrecht), Österreich (Forensische Institutsambulanz Wien) und Canada (Forensische Institutsambulanz Montreal, Philippe Pinel Institut),* über gezielte Hospitationen vor Ort kennenlernen und Evaluationen durchgeführt werden. Allerdings war der Umstand, daß zu der entsprechenden forensischen Einrichtung in *Montreal / Kanada* bereits seit einem Jahrzehnt ein offiziell installiertes ambulantes Versorgungsmodell für psychisch kranke Rechtsbrecher mit Erfolg praktiziert wurde und sich über die Jahre hinweg bewährt hat, mit als ein, im Hinblick auf die eigenen Untersuchungen anregender, deren Sinnhaftigkeit stützender und die Erhebungen mit begründender, Faktor gewertet worden. Der mehrtägige persönliche Besuch dieser Einrichtung und die Gespräche mit der damaligen Leitung, einer erfahrenen Psychiaterin und Therapeutin, gingen in das Hintergrundwissen ein. Und sie unterlegten damit auch die Bedeutung der ausgewählten Iteminhalte, der inhaltlichen Ausrichtung und Konstruktion des Fragebogen, der Items und v. a. der, in den Nachfolgeerhebungen, dominierenden Schwerpunktsetzung in den Fragen nach entsprechenden Zu- und Umgangsformen und der adäquaten Behandlung und Nachsorge der psychiatrisch forensischen Klientele. Von einer detaillierten, eigenständigen Darstellung dieser Forensischen Ambulanz aus Montreal wurde Abstand genommen: Deren hintergründige, gesundheits- und sozialpolitische Strukturen, differierten in ihrem Ansatz derartig, daß sich ein Vergleich zu den deutschsprachigen Ländern unter wissenschaftlichen Gesichtspunkten äußerst problematisch gestaltet hätte. Überhaupt hatten die eigenen Erhebungen eine Fülle an verwertbarem Material ergeben. Weiter geplant war die Erhebung zu den Gegebenheiten, der Situation und den Erfahrungen zur ambulanten therapeutischen Versorgung psychisch kranker Rechtsbrecher zur Schweiz und einiger Kantone *(v. a. Basel)* [66]. Die Recherchen dazu orientierten sich inhaltlich an den bereits vorgestellten, zentralen Fragestellungen der Untersuchung und entsprechender Inhalte des entwickelten Fragebogens, erfolgten v. a. fernmündlich und über, dahingehend ausgerichtete, Interviews mit Repräsentanten entsprechender Einrichtungen. Zur Situation in *Großbritannien* waren entsprechende Rekrutierungen vorgesehen gewesen. (Dbzgl. waren auch bereits schon Kontaktaufnahmen zu Kliniken, wie der *Raeside Clinic und der Portland Clinic* aufgenommen worden.) Die tatsächlich zur Erhebung der beiden letztgenannten Regionen, verwendeten Modi, begründeten sich dadurch, daß dem anfänglichen Vorhaben, Hospitationen zu relevanten Einrichtungen zu diesen Ländern vor Ort durchzuführen ohne die ursprünglich kalkulierte finanzielle Unterstützung nicht entsprochen werden konnte. Im Rahmen der ersten Erkundungsphase war außerdem deutlich geworden, daß zu den Gegebenheiten ambulanter Versorgung v. a. zur Situation in der Schweiz, doch auch zu Großbritannien die Erwartungen im Hinblick auf potentiell erkenntnistragende Inhalte zu Erfahrungen ambulanter Nachsorge psychisch kranker Straftäter relativiert werden mußten.

5.3.4.4 Zwischenzeitlich erprobte Behandlungsprogramme von Straftätern - mit zielgenauen, multimodalen kognitiv-behavioralen Vorgaben

- **Sexualstraftäterprogramme**

Erfahrungsberichte fanden sich zum deutschsprachigen und auch bundesdeutschen und außerdem allgemein anglo-amerikanischen Raum wenn, dann insb. zur Behandlung von Sexualstraftätern *(Laws 1989)* mit inzwischen einigen dahingehend ausgestalteten Programmen *(Warmuth 1990; Thornton & Hogue 1993; Hedderman. & Sugg 1996; Mann & Thornton 1997).* Diese spezielle Klientele erfährt als einzige störungsspezifische Delikt- und Diagnosegruppe ein, entsprechend ihrer Störung spezifiziertes, ambulantes Behandlungssetting, Dahingehende Erfahrungen liegen nun dazu seit einem inzwischen bereits längeren Zeitraum und mit verschiedenen Programmen vor *(Warmuth 1990; Thornton & Hogue 1993; Hedderman & Sugg 1996; Mann & Thornton 1997).*

- **STEP (Hedderman & Sugg 1996)**

In Großbritannien wurde mit Beginn der 90er Jahre im Kontext einer langfristig angelegten Follow-Up-Studie ein *´Sexoffender Treatment Programm` (STEP)* als Therapieprogramm für Sexualstraftäter gestartet.
Das mehrphasige Programm wirkt über gruppentherapeutische Arbeiten mit speziell dafür ausgebildetem Personal. Die gravierendsten Wiederholungstäter, ein Sechstel der, an diesem Programm partizipierenden Straffälligen *(n=600),* nehmen außerdem zsätzlich an einem entsprechend erweiterten Projektabschnitt teil. Dieses Projekt mit

[65] Wie bspw. u.a. eine zu lange stationäre Verweildauer infolge defizitärer ambulanter Versorgungsstrukturen.
[66] *Prof. Dittmann, Basel,* sei dahingehend für seine Informationen gedankt.

dem Programm ´STEP` *(Hedderman & Sugg 1996)* konzentrierte sich auf langfristige Interventionsresultate bei Straftätern. Diesen waren 1990 insg. 7 im offenen Vollzug durchgeführten Programmen zugewiesen worden. Dazu erbrachten Pre- und Post-treatment-Tests bislang positive Resultate, die während der mittelfristigen Follow-up-Periode aufrechterhalten blieben *(Mann & Thomas 1997; Thornton & Hogue 1993).*
Bei Sexualstraftätern kam es unter dem STEP Programm insg. nur halb so häufig zu einer Wiederholungstat, wie bei den Probanden der Kontrollgruppe. (Die, in diesem Falle zum Zeitraum von 2 Jahren erwartete Rate an erneuter Verurteilung, lag für Straffällige unter Verwahrung bei 23 % und dagegen für STEP-Teilnehmer bei 13 % und die faktischen Werte einer weiteren Verurteilung bei 29 % für die Gruppe derjenigen Straffälligen unter vormaliger Verwahrung bzw. bei 9 % für die, der STEP Teilnehmer.)

- **Reasoning and Rehabilitation Program (R&R)**

Das R & R *(Ross, Fabiano, & Ewles 1988: zur gemeindenahen Anwendung in Großbritannien s. McGuire1996)* ist das wohl derzeit am häufigsten eingesetzte kognitiv-behaviorale Behandlungsprogramm für Straftäter. Es wurde in den 80er Jahren als gruppentherapeutisches Programm in Kanada entwickelt und basiert auf einem kognitiven Theorieansatz und den Erkenntnissen der Behandlungsforschung. Viele Straftäter haben einen Entwicklungsrückstand zu einer Reihe von kognitiven, für die soziale Anpassung relevanten, Fertigkeiten, Schwierigkeiten, die Konsequenzen ihres Verhaltens einzuschätzen und Mittel-Zweck-Überlegungen anzustellen, um ihre Ziele zu erreichen, viele gravierende Defizite im Hinblick auf emphatische bzw. soziale und zwischenmenschliche Problemlösefertigkeiten und keinen differenzierten kognitiven Zugang zu Wertvorstellungen, sind oft wenig abstraktions- und reflektionsfähig, stark handlungsorientiert und impulsiv. Das R&R wird gezielt zur Bearbeitung dieser Defizite eingesetzt. Das Programm entspricht allerdings nicht den Ansprüchen von Psychotherapie im engeren Sinne; Auf Probleme des Einzelnen wird nicht explizit eingegangen. Das Programm für die einzelnen Gruppen mit jeweils 6-8 Teilnehmern besteht aus mindestens 35 vorstrukturierten Sitzungen von je zwei Stunden. Eingesetzt werden Gruppendiskussionen, Rollenspiele, strukturierte Denkaufgaben und Wissensvermittlung durch diverse Medien (Flipchart, Overheadprojektor, Videos). Das Angebot ist interessant spannungs- und abwechslungsreich gestaltet mit hoher Akzeptanz bei den Teilnehmern. Die einzelnen Programmteile sind optimal aufeinander abgestimmt. Durch die klare Struktur und das ausführliche Manual ist eine hohe Programmintegrität gewährleistet. Das Programm wurde bei Erwachsenen und Jugendlichen, Männern und Frauen, in der stationären und der ambulanten Behandlung erfolgreich angewendet. In Kanada wird das Programm auch in mehreren *´Regional Psychiatric Centers`* angeboten, in denen Straftäter mit psychiatrischen Problemen behandelt werden. Es konnte gezeigt werden, daß die entlassenen Strafgefangenen, die am R & R teilgenommen hatten, seltener rückfällig wurden als die der Kontrollgruppe *(Robinson 1995 zu 2100 Probanden).*
In den letzten Jahren wurde R & R praktiziert von:

- allen staatlichen Justizvollzugsanstalten in Canada,
- verschiedenen Institutionen in über zwanzig Staaten der USA,
- englischen Gefängnis- und Bewährungsdiensten,
- dem schwedischen, norwegischen und dänischen Strafvollzug sowie
- Einrichtungen in Spanien, Neuseeland, Australien, Venezuela und Finnland.
- In Deutschland führte die Klinik für forensische Psychiatrie *Haina* 1998 als erste Einrichtung dieses Programm ein.

Bisherige Erfahrungen zeigten, daß der Einsatz bei psychisch gestörten Rechtsbrechern durchaus sinnvoll ist. Laut einer internen Umfrage der o. g. Klinik kann etwa bei der Hälfte der Patienten die Indikation für das R&R als gegeben angesehen werden, wobei lern- und leicht geistig behinderte Patienten ein entsprechend modifiziertes Programm durchlaufen. Defizite darin, Verhalten, Gedanken und Gefühle Anderer zu verstehen, sozialen Fertigkeiten und zwischenmenschlichen Problemlösefertigkeiten sowie im Hinblick auf Wertvorstellungen, werden im R&R gezielt angegangen.

- **Dialektisch behaviorale Therapie (DBT) der Borderline-Persönlichkeitsstörung im MRVZ als Beispiel für eine störungsspezifische Therapieform**

Ein hoher Anteil der forensischen Klientele haben eine Persönlichkeits- und viele davon eine Borderlinestörung. Seit Juni 1999 wird in der *Klinik für forensische Psychiatrie Haina* [67] nach dem DBT-Konzept gearbeitet, wobei zu den Bedingungen des MRVZ Modifikationen des ursprünglichen Konzeptes vorgenommen wurden. Die Anfang der 90er Jahre von *Linehan M.* veröffentlichte Therapieform der Borderline-Persönlichkeitsstörung basiert in der Theorie zwar auf einem pathogenetischen Modell. Die DBT ist jedoch pragmatisch an Störungsbild und Behandlungserfolg orientiert. Ihr Manual betont die Balance zwischen Struktur und Flexibilität. Das Programm integriert eine Vielzahl von Behandlungsmethoden aus unterschiedlichen therapeutischen Schulen. Es besteht zum Großteil aus Anwendung einer breiten Palette kognitiver und verhaltenstherapeutischer Strategien mit Problemlösen, Exposition, Fertigkeitstraining, Kontingenzmanagement und kognitive Umstrukturierung - ausgerichtet auf die Probleme der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Darüber hinaus liegen besondere Schwerpunkte in der Diagnostik, der Erfassung der aktuellen Verhaltensweisen, einer präzisen operationalen Definition von Therapiezielen sowie einer aufgabenorientierten Zusammenarbeit zwischen Therapeut und Patient. Hervorstechendes Merkmal dieses Programms ist die Betonung der Dialektik als Vereinigung von Gegensätzen in einem kontinuierlichen Prozess der Synthese. So ist es ein wichtiges Prinzip, Akzeptanz zur Veränderbarkeit zu lernen.

[67] *1999 wurde hier 40% der Patientinnen eine Borderline-Persönlichkeitsstörung zugeordnet.*

6 Methoden ... 6-39
6.1 Zielvorgaben ... 6-39
6.2 Aufbau der Arbeit ... 6-40
6.2.1 Chronologischer Abriß zu dem untersuchungsplanerischen und erhebungstechnischen Procedere, den wesentlichen Erhebungsschritten und Vorgehensweisen der explorativen Daten- und Erkenntnisgewinnung ... 6-40
6.3 Erfassungsmodi zum Untersuchungskomplex der Gegebenheiten zu Deutschland der initialen und der Folge- Erhebungen ... 6-43
6.3.1 Objekte ... 6-43
6.3.2 Datenerfassung – Methoden und Procedere ... 6-44
6.3.2.1 Primäres Erhebungsinstrument ... 6-44
6.3.2.2 Fragestellungen und Erhebungszugang ... 6-44
6.3.3 Auswertung und Interpretation ... 6-45
6.3.4 Kritische Erörterung ausgewählter Aspekte, Besonderheiten und Erschwernisse für den Prozess der Datenerfassung ... 6-46
6.3.4.1 Struktureller Kontext der ambulanten Nachsorge psychisch kranker Straftäter- ein in vielen und auch rechtlichen Bezügen ungesicherter versorgungstechnisch defizitärer Bereich ... 6-46
6.3.4.2 Erhebungsmethoden im Bewußtsein um sensible Ermittlungsbereiche ... 6-46
6.3.4.3 Durch unklare rechtliche Vorgaben und defizitäre Versorgungsstrukturen begünstigte Interessen- und Kompetenzkonflikte ... 6-46
6.3.4.4 Datenrechtlich bedingte Einschränkungen der Informationsweitergabe ... 6-46
6.3.4.5 Komplexität der Thematik und Aufgabenstellung ... 6-47
6.3.4.6 Die Untersuchungen erschwerende, strukturelle und organisatorische Determinanten ... 6-47
6.3.4.7 Kapazitative Überlastung und Engpässe der Einrichtungen ... 6-47
6.3.4.8 Rekrutierung von Daten zu und über Einrichtungen aus Gebieten der vormaligen DDR ... 6-47
6.3.4.9 Vorbehalte und Widerstände in Antwortverhalten und Kooperation der Befragten ... 6-47
6.3.4.10 Einrichtungsintern differierende Standpunkte ... 6-47
6.3.4.11 Problematische Aufwendungserfordernisse für die Kliniken ... 6-47
6.3.4.12 Erzielen und Erhalt von Akzeptanz, Kooperation und Motivation - Maßnahmen zur Förderung der Akzeptanz und anwenderfreundlichen Ausgestaltung des Erhebungsinstrumentes ... 6-47
6.3.4.13 Zeitliche Spannbreite der Untersuchungen ... 6-48
6.3.5 Sachzwänge und ungedeckte Finanzierung der Untersuchungsvorhaben ... 6-48
6.3.6 Strategien zur Begegnung potentiell störender resp. hemmender Einflußgrößen und Verfälschungstendenzen ... 6-49
6.3.6.1 Inhaltliche Über- bzw. Gegenprüfung zum Aussage- und Wahrheitsgehalt der Angaben bzw. Daten ... 6-49
6.3.6.2 Hohe Rücklaufquote ... 6-49
6.3.7 Was die Untersuchungen nicht leisten konnten ... 6-50
6.3.8 Besonderheiten zur Erhebung der Modelleinrichtungen ... 6-50
6.3.9 Untersuchung zur Versorgungssituation in Österreich ... 6-50
6.3.10 Erfordernis um abzuklärende Einheitlichkeit in Definition und Verständnis zentraler Begrifflichkeiten (´ambulant`, ´Therapie`, Setting ´ambulante Therapie`, ´psychisch kranke Straftäter`) ... 6-51
6.3.11 Repräsentativität des ausgewiesenen Bedarfs, quantitativen und qualitativen Aussagegehaltes der Befunde der deutschen Stichtagsuntersuchung ... 6-52
6.3.11.1 Zum Anteil rekrutierter ambulanter Patienten und den Relationen zum Bedarf ... 6-52
6.3.11.2 Weitere Ausführungen zur Repräsentativität der Befunde ... 6-52

6 Methoden

6.1 Zielvorgaben

Indem der benannten Thematik heuristisch bislang kaum Beachtung geschenkt worden war, war es das übergreifende Ansinnen und wissenschaftliche Anliegen dieser Arbeit und der vorliegenden Untersuchungen, diesem Bereich und nichtstationärer und ambulanter Versorgungsalternativen uns insb. der ambulanten Therapie psychisch kranker Straftäter und den damit einhergehenden Erfordernissen nichtstationärer und ambulanter Versorgungsalternativen, wissenschaftlich als weitestgehend noch unerforschten Bereich zu erkunden, zu unterlegen und in einen wissenschaftstheoretischen Rahmen zu stellen, und Erkenntniswissen, Orientierungs- und Richtwerte und Theorieansätze dazu zu entwickeln.
Das Ansinnen dieser Arbeit lag darin, zu Alternativen nichtstationärer und insbesondere ambulanter Versorgung, Nachsorge und Behandlung psychisch kranker Straftäter, Gegebenheiten, Erfahrungen, Strukturen, angewandte Konzepte, bewährte Zugangsformen und Vorgehensweisen, Konstrukte und Lösungsmodi aufzufinden und in ihren wesentlichen Aussagen zusammenzuführen, um dazu zentrale betreuungs-, behandlungs- und bedarfsorientierte Erfordernisse, Kriterien und Anforderungsprofile und überhaupt insg. Richtwerte und Prämissen zum adäquaten Zu- und Umgang nichtstationärer Versorgung und Behandlung dieser Klientele sowie den Defizite und Grenzen dazu aufzeigen und bestimmen zu können.
Dazu wurden Ergebnisse aus weit gefaßten, über eine Querschnittserhebung initiierten, mehrstufig durchgeführten und langzeitig angelegten, Explorationen eingebracht.
Primär und initial geschah dies zu den Gegebenheiten in Deutschland und außerdem zum außerdeutschen Bereich insbesondere zur Situation in Österreich über eine äquivalente Erhebung (incl. der Evaluationen zur *Forensischen Institutsambulanz Wien)* sowie zur Lage der ambulanten Ver- und Nachsorge psychisch kranker Straftä-

ter in den Niederlanden (NL) mit besonderer Darstellung einer tagklinischen Einrichtung und einem kurzen Abriß zur Situation in der Schweiz.
Insgesamt wurden verschiedene Versorgungsalternativen in ihren unterschiedlichen Konzepten recherchiert und untersucht und in ihren spezifischen Profilen und Ausdrucksformen vorgestellt. Repräsentative Projektformen wurden über längere Zeiträume hinweg besucht.
Die Intention und darüber die Geschichte und Inhalte der hier eingebrachten Forschungsarbeit und die damit verbundenen Aufwendungen waren auch getragen vom Wunsch nach prospektiv sinnvoller Umsetzung und Anwendbarkeit der Befunde in der klinischen und strukturpolitischen Praxis, Bestrebungen und Maßnahmen im Hinblick auf –strukturpolitische- Umwandlungs- und Veränderungsprozesse. Die daraus resultierenden Erfahrungen und Informationen fungierten als wertvolle Ergänzung und Orientierung.
Erschwerend wirkten erhebliche, längerzeitig eher ressentime und auch gegenläufige, sicherungsorientierte Tendenzen. Erst in jüngerer Zeit, faktisch seit 1999, gelang es, für die Inhalte der wissenschaftlichen Erkenntnisse nicht nur Gehör zu finden sondern diese zumindest anteilig auch meinungsbildend ein- und strukturpolitisch umzusetzen.

6.2 Aufbau der Arbeit

Die vorliegende Arbeit untergliedert Theorie- und Ergebnisteile, wobei die Befunddarstellung dominiert. Über theoriegeleitete Abschnitte wurden inhaltlich relevante theoretische Anhaltspunkte, Grundlagen zu betroffenen und damit auch zu angrenzenden Fachgebieten, den rechtlichen Bezügen und der Behandlungsforschung recherchiert und zusammengetragen und in der späteren Diskussion eigenen Befundinhalten zur Seite gestellt. Dem Untersuchungsprocedere zufolge wurden Erkenntnisbereiche oft erst sukzessive erschlossen. Thematisch relevante theoretische Anmerkungen dazu wurde so entwickelten Befundabschnitten direkt beigefügt.
Die nachfolgende Befunddarstellung entspricht in ihrer Abfolge dem Procedere der explorativen Datengewinnung.
Die Resultate wurden in Abschnitten (bzw. Kapitel) thematisch fokussiert und zu ihren Inhalten zusammengefaßt und diskutiert. In einer Gesamtübersicht wurden und unter Einschluß dieser anteilig bereits kommentierten Befunde die wesentlichen Ergebnisse in ihren zentralen Aussagen, Möglichkeiten und Grenzen resümiert.
Abbildungen und Tabellen wurden zum besseren inhaltlichen Verständnis im Text integriert.
Zentral verwandte Begrifflichkeiten wurden zu ihrem Bedeutungsgehalt operationalisiert.
Im Anhang findet sich der initiale Fragebogen als das, der gesamten Erhebung primär zugrunde liegende Erhebungsinstrument. Untersuchungsplanerisch und erhebungstechnisch waren folgende Zugangsweisen und Methoden eingesetzt worden. Aus der Fülle der Daten waren für diese Arbeit zentrale Schwerpunkte auf behandlungs-, strukturell relevante und bedarfsorientierte Aspekte und Konzepte ambulanter Behandlung und Versorgung gelegt worden, wozu letztlich Richtlinien für adäquate Zugangsformen entwickelt werden konnten.

6.2.1 Chronologischer Abriß zu dem untersuchungsplanerischen und erhebungstechnischen Procedere, den wesentlichen Erhebungsschritten und Vorgehensweisen der explorativen Daten- und Erkenntnisgewinnung

Indem es sich im Falle des gewählten und zu erkundenden Untersuchungsbereiches um ein wissenschaftlich kaum erschlossenes, weitestgehend unerforschtes Gebiet gehandelt hatte und es erklärtes Ziel der Untersuchung war, dazu Erkenntniswissen, Orientierungswerte bzw. therapiebezogene Handlungsmaximen einzubringen, war ein systematisch explorativer Zugang zur Datengewinnung gewählt worden.
Dieser umfaßte besondere Aufwendungen und Techniken und bildete sich über folgende Erhebungsschritte ab:
Nach einer ersten Erkundungsphase mit Vorabrecherchen im Vorfeld der Konzipierung des Untersuchungsvorhabens und speziell des geplanten Erhebungsinstrumentes, eines Fragebogens, wurde dann, und überhaupt erstmalig zur benannten Thematik eine komplexe Befragung aller deutschen MRVZ-Einrichtungen durchgeführt.
Dazu wurde retrospektiv eine Stichtagserhebung zum 01.01.1993 ausgehend von der *Forensischen Abteilung, Leitung Prof. Nedopil, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität München* initiiert.
Zur breit angelegten initialen Querschnittserhebung folgten der Ersterhebung weiterführende Nach- und Folgeerhebungen zu Projekten mit darüber zwischenzeitlich zuerkannten Erfahrungen in ambulanter Behandlung.
Zu dem experimentierenden, dynamisch erkundenden Vorgehen und dahingehenden progredienten Prozessen der Erkenntnisgewinnung, wurden mehrphasige, sequentiell aufeinander aufbauende, Nachbefragungen und Detailanalysen entwickelt.
In Anlehnung an die initiale deutsche Erhebung wurde retrospektiv zu einem, um ein Jahr späteren, Stichtag unter Vorlage des originären Erhebungsinstrumentes entsprechend ausgerichtete Evaluation zur Situation in Österreich unternommen.
Im Bestreben, aussagekräftige Versorgungskonzepte zu erschließen, war darauf abgehoben worden, zentrale Formen exemplarisch zu deren Profil vorzustellen.
Dazu waren außerdem über Hospitationen und Evaluationen auf nationaler und internationaler Ebene weitere Projekte mit repräsentativen Ambulanzkonzepten erkundet worden.

Zentrale Erhebungsschritte

Erste Erkundungsphase mit orientierenden Vorabrecherchen und Variablensammlungen

Der initialen Erhebung und Ausgestaltung der Items, des geplanten Erhebungsinstrumentes, eines Fragebogens, war eine erste Erkundungsphase mit weit angelegten Recherchen und Variablensammlungen voraus gestellt worden. Erhebungstechnische Zugangsweisen bildeten dabei Analysen der nationalen, internationalen, disziplinären und interdisziplinären Fachliteratur über vorab geschaltete Experteninterviews, Vor- und Beiträge regionaler und überregionaler Fachkongresse, Arbeitstagungen, Konferenzen.

Fragebogen als primäres Erhebungsinstrument

Der Kern der Datenerfassung erfolgte über die Befragung der forensischen Einrichtungen als tatsächliche und zugleich potentielle Versorger mittels einer Fragebogenerhebung als primärem Erhebungsinstrument und über einen quantitativen und auch qualitativen Zugang mit vor- und semistrukturierten sowie offenen Frageformen mit freiem Antwortmodus. *(Einzelheiten zu diesem methodischen Zugang s. u. weiterführende Methoden der initialen deutschen Erhebung ff.)*

Differenzierte Nach- und sukzessive Folgebefragungen

Orientiert an den übergeordneten Vorhaben zur Erfassung und Abklärung bedarfs- und behandlungsbezogener Zugangsformen, folgten der initialen Erhebung, ausgerichtet an den Schritten zur Erkenntnisgewinnung und aufeinander abgestuft, eingehende Nachbefragungen und sukzessive Folgeerhebungen zu Einrichtungen mit zwischenzeitlich zuerkannter Erfahrung in ambulanter Behandlung.

Regulär abklärende Nachfragen

Abklärende Nachfragen waren grundsätzlich und in allen Phasen der Erhebungen praktiziert worden: Dies geschah durch die Autorin im direkten Kontakt mit den, als Ansprechpartner bestimmten, Personen. Der Kontakt erfolgte überwiegend telefonisch, auch in vereinbarten Treffen und Gesprächen, über Besuche vor Ort oder anläßlich von Fachtagungen. Dazu bestand auch schriftlicher Informationsaustausch.

Besuche, Hospitationen, überdauernde Kontakte zu Eirichtungen

Selbst initiierte, geplante und im Zuge der Erkenntnisgewinnung entwickelte Besuche resp. Hospitationen diverser Ambulanzmodelle nationaler und internationaler, forensischer Einrichtungen mit nichtstationären Behandlungsansätzen, vermittelten wertvolle Erkenntnisse aus der Praxis und bewährten sich als eigenständige erhebungstechnische Zugangsform: Sie dienten der Orientierung, Abklärung und Ergänzung des über das Instrument des Fragebogens erhobenen Informationsstandes und dazu, den ursprünglichen Vorhaben folgend, das Erkenntniswissen um konzeptionelle und behandlungsbezogene Vorgehensweisen, Zu- und Umgangsformen ambulanter Lösungsansätze zu fundieren, Theoriemodelle durch In-Augenscheinnahme vor Ort zu evaluieren, eigene Vorstellungen dazu näher abzuklären, Informationen zu ergänzen und praxisbezogene Zugangsweisen zu erschließen. Seitens der Untersuchungsleitung waren zeitlich versetzt verschiedene Ambulanzmodelle zu verschiedenen Zeitpunkten der Ermittlungen, während bzw. parallel zu und nach den Erhebungen besucht und weiter Informationen zu Versorgungsalternativen im außerdeutschen Bereich zusammengetragen worden.
Hospitationen erfolgten zur:

- *Forensischen Einrichtung Montreal/ Kanada 1994 über einen Zeitraum von insg. 10 Tagen*
- *Die Forensische Einrichtung und Tagklinik Utrecht/ Niederlande (NL)*
  zum Zwecke der Informationssammlung und Meinungsbildung in mehrfachen Hospitationen
  je einwöchig: zu einer frühen Phase des Projektes 1994, dann 1997 und zuletzt 1999,
- *die Forensische Nachsorgeambulanz Wien mehrfach für je 1 Woche im Abstand von 36 Monaten,*
- *den deutschen Modellprojekten des Bundes in jeweils einem Kontinuum von mindestens 4 Tagen.*

Die, über diese Zugangsformen entwickelten, fachlichen Kontakte wurden allgemein fundiert, gehalten und weitergeführt. Innovative nachsorgende Projekte waren über den Verlauf in ihrer Entwicklung verfolgt worden. Außerdem waren so in größeren zeitlichen Abständen zur *Forensischen Institutsambulanz Wien und der Tagklinik Utrecht* bereits o. g. Nachbesuche möglich geworden.

Literaturanalysen

In einer weit, disziplinär und interdisziplinär, auf nationaler und internationaler Ebene, angelegten Literaturanalyse, waren im Hinblick auf die Fragestellungen der geplanten Untersuchungen nach inhaltlich relevanten Informationen und wissenschaftstheoretischen Aussagen generell und übergreifend recherchiert und dabei praxis- und theoriebezogene Materialien erschlossen und gesammelt worden. Relevante Inhalte aus den, sich letztlich jedoch eher als gering erweisenden, Literaturvorgaben und publizierten Erfahrungsberichten zum ambulanten Sektor waren in das Hintergrundwissen und damit auch Konstruktion der Fragebogenitems eingebunden worden. Die Literatursuche erfolgte auch via Internet. Als zentrale Suchbegriffe waren v. a.: *´outpatient treatment of mentally ill offenders`, ´outpatient treatment`, ´outpatient therapy`, ´mentally disordered offenders`, ´forensic outpatients`, ´community treatment`* verwendet worden. Als Suchprogramme waren *`Psychlit´, `Psyndexplus`, ´Medline`/ ´Medline Express (R)`* genutzt worden. Wohl auch begründet darin, daß der, zu recherchierende, Bereich für sich gesehen noch nicht als eigenständiges Fachgebiet auszuweisen war, gestaltete sich dieses Medium im Hinblick auf die abzufragenden Inhalte als nur sehr bedingt effektiv. Zum Zeitpunkt der Erhebung erbrachte dieser Zugang nur wenig gewinnbringende Informationen und faktisch erst in letzter Zeit Ergebnisse,

die, die zu erkundende Forschungsthematik in deren Bezügen überhaupt erst einigermaßen, bzw. die thematisch relevante Literatur annähernd, ausreichend erfaßte.

⇳ ***Weitere Zugangsformen***

Weitere und auch im Bestreben um veränderungswirksame Umsetzung der Befunde initiierte, Zugangsformen ermöglichten praxis- und theoriebezogene Informationsvermittlung und Gegenprüfung eigener Annahmen, dienten neben dem Zugewinn an Informationen, der Gegen- und damit der qualitativen Überprüfung (Verifizierung und anteiligen Validierung) erhobener Daten, der Vermittlung, dem Austausch und Abgleichen des Standes an Informationen und Wissen, Relativieren und Abklären der Bedeutung des Datenmaterials und dazu, bisherige bzw. vorläufige einschlägige Erfahrungen in Kenntnis zu bringen und im weiteren Verlauf zu überprüfen. Maßnahmen solcher Art waren u. a. neben analysierenden bzw. detaillierten Nach- und Rückfragen insb. das Vor- und Zur-Diskussion-Stellen thematischer Anteile eigener Befundaussagen im wissenschaftstheoretischen Kontext und in Praxisbezügen zu diversen Schwerpunkten und ausgewählten Themen und u. a. über aktive Teilnahmen in anspruchsvollen, multiprofessionalen Foren an Fachkongressen, diversen Gremien, Expertentreffen, Fachinterviews, Expertengesprächen, Kolloquien und Expertenmeetings, professionalen Foren und Treffen entscheidungstragender und beratender Organe zum Zweck der praxis- als auch theoriebezogenen Informationsvermittlung und Gegenprüfung eigener Annahmen. Daneben wurden solche Vorgehensweisen auch im Streben um veränderungswirksame Anwendung und Umsetzung der Befunde, zur Diskussion und Einflußnahme um und Mitwirkung an strukturpolitischen Entscheidungsprozessen genutzt.

Fachausschüsse

Darunter fielen auch Mitwirkungen an beratenden und entscheidungstragenden Fachausschüssen und Gremien. Nach Bekanntwerden des Wirkungskreises und der Forschungsschwerpunkte bestanden hierüber Möglichkeiten über wissenschaftliche Beiträge Erkenntnisse aus den Befunden, Ideen und Vorstellungen innovativer Konzepte ambulanter Ver- und Nachsorge - mit einer allerdings dezidiert erforderlichen - Sensibilität einzubringen. Nachdem in diesen Gremien vornehmlich etablierte Versorgungsstrukturen vertreten waren.

⇨ ***Multiprofessionale Fachkolloquien***

Daneben waren zu verschiedenen Zeitpunkten und Stufen der Befunderstellung Kolloquien zu diesem Tätigkeitsfeld für und vor Vertretern eingebundener Professionen gehalten worden. Zur Vorstellung und Erörterung spezifizierter Aspekte unter diversen, v. a. praxisbezogenen doch auch wissenschaftstheoretischen Gesichtspunkten, bot sich ein sachdienlicher Zugang zur Überprüfung eigener, zwischenzeitlich erworbener, Erkenntnisse auf breiter fachlicher Ebene. Zentrale Befunde der eigenen Untersuchungen konnten so und zu verschiedenen Zeitpunkten der Recherchen, vor dem - praxisbezogenen - Erfahrungshintergrund fachforensischer Experten resp. Fachpersonals, in ihren wesentlichen Aussagen bestehen bzw. als bestätigt angesehen werden. [Es handelte sich dabei neben anderen um: Fachkolloquien an Kliniken einer der früheren Modelle des Bundes und konkret zum *Niedersächsischen LKH Moringen* mit dessen intern und extern eingesetzter Mitarbeiterschaft (150 Personen) [1] Anfang 1996 und zeitlich versetzt Juni 2000 zu der zentralen *MRVZ-Klinik NW Lippstadt Eickelborn* für bereits vorgebildete forensische Mitarbeiter im Rahmen einer qualifizierenden Fachausbildung.]

⇨ ***Expertentagungen zur Versorgungssituation der Klientele***

Über die Teilnahme an Expertentagungen zur Versorgungssituation forensischer Patienten konnten erste Erkenntnisse der eigenen Untersuchung unter wissenschaftlichen, klinisch therapeutischen, struktur-, gesellschafts-, gesundheits- und sozialpolitischen Gesichtspunkten eingebracht, ausgetauscht, diskutiert und darüber nötigenfalls auch relativiert werden. Möglichkeiten dieser Art bot bspw. exemplarisch die Einladung und -aktive- Teilnahme der *Autorin an der Expertentagung zur Versorgungssituation forensischer Patienten in Ostdeutschland, Berlin 19.-20.06.1995, zum ´Aufbau des MRVZ in den neuen Bundesländern - Chancen und Probleme` (s. dbzgl. auch Verweis in: Dahle 1996; Dahle & Egg 1996).*

➔ ***Aktive Teilnahme am Expertenhearing zum Themenkomplex ambulante Nachsorge und Therapie psychisch kranker Straftäter im Rahmen der Novellierung des Maßregelvollzuggesetzes NRW***

Ähnlich motiviert und im Bestreben um veränderungswirksame Umsetzung eigener Befunde und wissenschaftlicher Erkenntnisse, war der Aufforderung zur Teilnahme als Expertin zum Bereich ambulante Nachsorge psychisch kranker Straftäter im Entscheidungsprozess und Expertenhearing um das, zu novellierende und inzwischen erstellte, Maßregelvollzugsgesetz (MRVG) zum Bundesland NRW (Sommer 1999) Folge geleistet worden. In Bezug auf die übergeordnete Thematik bot sich hier gegenüber Vertretern der involvierten Exekutive, der Ministerien, der Legislative, des Landtages, die Möglichkeit zu dem Anwendungsbezug und der strukturpolitischen Umsetzung der Befunde auf bislang höchstem strukturpolitischen Niveau, der Implementierung der Erkenntnisse in der Praxis und Übertragung auf gesetzliche Vorgaben wie auch fachkundiger Vermittlung informativer und wissenschaftstheoretisch fundierter Beiträge für Meinungsbildungsprozesse. Die Erfahrung verdeutlichte den noch enormen defizitären Wissensstand zur ´Nachsorge und ambulanten Versorgung psychisch kranker Rechtsbrecher` per se, den, diesem Bereich impliziten, Ressourcen und Gestaltungsmöglichkeiten einerseits und Erfordernissen andernteils sowie überhaupt einen immensen Nachholbedarf an fachkundiger Information und differenziertem Expertenwissen bei dann erstaunlicher Bereitschaft und Offenheit zur Auseinandersetzung

[1] 04.011995.

mit der Thematik, nachdem auf der Sachebene der kognitive Zugang um Versorgungserfordernisse entwickelt werden konnte.

⇨ ***Erkenntnisse aus anderweitigen Beratungsleistungen***

Zuwachs, Bestätigung und Korrekturen zum eigenen Befund- und Wissensstand ergaben sich auch über andere Zugänge wie Beratungs- und Informationsvermittlungsaufgaben gegenüber Gremien mit beratenden und gesetzesinitiierenden Funktionen. Die entsprechenden Ausschüsse ließen sich zuordnen v. a. dem strukturpolitisch gestaltenden, psychiatrisch-forensischen Bereich *(u. a. z.B.: Verband der Bayerischen Bezirke)*, repräsentierten auch interdisziplinäre Gruppierungen und Arbeitskreise *(u. a. ´Justiz und Therapeuten` der Stadt München)*, berufspolitische *(z. B.: BDP, Sektion Rechtspsychologie)* und ausbildende Sektionen *(z.B.: Kolloquien und Fachbereichstreffen zu den Fachbereichen Psychologie, Pädagogik, Soziologie der Universität München)* im regionalen aber auch überregionalen Kontext und auf verschiedenen strukturpolitischen Ebenen.

⇨ ***Sonstiger fachliche Austausch, Kontakte, Gespräche und Interviews mit Experten zu Theorie, Wissenschaft und Praxis***

Zum Zwecke der Erkenntnisgewinnung und weiterführenden Meinungsbildung, Erschließung, Konkretisierung und Abklärung der Bezüge der Untersuchungsthematik waren zur Thematik zu v. a. ambulanten und darunter auch zu vorläufigen Projekten über einen gezielt gesuchten fachlichen Austausch (Tagungen, Gespräche, Interviews) zu diversen, multiprofessionalen, interdisziplinärer Sichtweisen und Interessenlagen, Informationen und Erfahrungen, von professionalen, wissenschaftlich und als Praktiker involvierten Experten, zusammengetragen worden. Dabei handelte es sich um Fachgespräche und offene Interviews mit fachlich eingebundenen Experten bzw. namhafte Vertreter diverser Professionen und Disziplinen, respektive betroffener resp. angrenzender Fachbereiche aus Wissenschaft und Praxis. Als – angrenzende - Fachbereiche eingeschlossen waren dazu u. a. v. a. die psychologischen, juristischen, medizinisch - psychiatrischen, kriminologischen, wirtschaftlichen, soziologischen und sozialpädagogischen Disziplinen sowie die, der psychosozialen Versorgung. Stellungnahmen zur Untersuchungsthematik waren dabei hauptsächlich über offen gehaltene Befragungstechniken eingebracht und v. a. im Hinblick auf die anfängliche Konzeptionalisierung, fallweise jedoch auch im späteren Verlauf der Erhebungen, eingesetzt worden. Sie orientierten sich in ihren Vorgaben (Leitfaden) inhaltlich an den, bereits in Planung befindlichen, thematischen Einheiten und im Falle der später geschalteten, bzw. im weiteren Verlauf der Untersuchungen ermöglichten, dann verstärkt konzeptionell ausgerichteten, Interviews an den, dazu relevanten und dabei v. a. den qualitativ ausgerichteten, Itemvorgaben des originären Fragebogens.

➢ ***Regionale und überregionale, disziplinäre und interdisziplinäre Fachkontakte***

Die Qualität, die den Zugang über diverse nationale, internationale, interdisziplinäre und multiprofessionale Fachkontakte auszeichnete, lag in der Kommunikation, Interaktion, dem interpersonalen und fachlich hoch spezifizierten, Informationsaustausch auf Expertenniveau auf zudem unterschiedlichen Ebenen und außerdem der Aktualität der Information. Um solche Kontakte wurde sich bewußt und aktiv bemüht und dabei auch darum, diese über Kongressteilnahmen und Präsentationen zu entwickeln. Dies gestaltete sich, begründet in der fehlenden Repräsentanz dieses Bereiches im wissenschaftlichen Sektor, mühsam und nur sehr vereinzelt. Entsprechende Bezüge gelangten dann jedoch immerhin zur Rekrutierung der Erprobungserfahrungen durch Vertreter der gemeindenahen deutschen Projektmodelle zum Tragen.

➢ ***Befragung der Sozialministerien***

In der Frage der Nachsorge forensischer Patienten wurde seitens der Autorin im Zeitraum Juli - Nov. 1998 an allen *Sozialministerien* der neuen und 50 % der alten Bundesländer über offengehaltene Fragen eine Querschnittsbefragung zu deren Haltung zur Erfordernis spezifischer Nachsorge forensischer Patienten durchgeführt.

6.3 Erfassungsmodi zum Untersuchungskomplex der Gegebenheiten zu Deutschland der initialen und der Folge- Erhebungen

6.3.1 Objekte

Im Rahmen der, hier vorgestellten, bundesdeutschen Untersuchungen wurden als ambulant behandelte psychisch kranke Rechtsbrecher ausschließlich Personen erfaßt, die eine solche Form der Therapie erhielten und dabei entweder ehemalige MRVZ-Patienten darstellten oder diesen Status zum Zeitpunkt der Untersuchung noch einnahmen bzw. solche, die entsprechend der o. g. Definition nach Weisung des Gerichtes oder als Bewährungsauflage ambulante Behandlung erhalten hatten oder bei denen nach *§ 67 b StGB* die Maßregel auf Bewährung mit Auflage zur ambulanten Therapie ausgesetzt worden war.

Befragt wurden sowohl psychiatrische Krankenhäuser als auch Entziehungsanstalten. Demnach wurden zur Population psychisch kranker Rechtsbrecher neben anderen Einweisungsgrundlagen, primär solche Patienten erfaßt, die zuletzt nach *§ 63 StGB* bzw. nach *§ 64 StGB* untergebracht waren. Es wurden Daten erhoben zu den befragten Einrichtungen und den darüber erfaßten Patienten. Dabei waren über die kontaktierten forensischen Einrichtungen Daten jeweils zur Gruppe der ambulanten aber auch zu der, der stationären forensisch psychiatrischen Patienten rekrutiert worden.

6.3.2 Datenerfassung – Methoden und Procedere

Planung, Konzipierung, Umsetzung und Durchführung der deutschen Untersuchungen erfolgten einzig über die Autorin. In der Realisierung, Ausgestaltung und Durchführung der Untersuchungen überhaupt und des Erhebungsinstrumentes im Besonderen, war überdauernd dem Umstand Rechnung zu tragen, daß der Bereich der ambulanten therapeutischen Versorgung psychisch kranker Rechtsbrecher aus empirischer aber auch behandlungsbezogener Sicht in den meisten Bezügen quasi ´Neuland` darstellte. Daher und da es erklärtes Ziel der Untersuchung war, dazu Erkenntniswissen, Orientierungswerte und –therapiebezogene- Handlungsmaximen zu erschließen, wurde erstmalig bundesweit ein breit angelegter, mehrdimensionaler Untersuchungskomplex geschaltet. Es wurde ein explorativer und neben dem quantitativen auch ein qualitativer methodischer Zugang eingebracht. Die Rekrutierung der Daten erfolgte über die avisierten forensischen Einrichtungen und aus Sicht der, in die nichtstationäre Versorgung psychisch kranker Straftäter eingebundenen Experten.

6.3.2.1 Primäres Erhebungsinstrument

Als angemessenes Erhebungsinstrument war primär das, eines Fragebogens mit einem sowohl quantitativen wie qualitativen Ansatz und einer, dazu differenziert abgestimmten, Kombination vorstrukturierter, halb offener und offener Fragestellungen, gewählt worden. Nach einer grundlegenden Bestimmung der Schwerpunkte und Definition der Zielvorgaben war vor dem Hintergrund der Untersuchungszwecke systematisch der, der Erhebung zugrundeliegende, Fragebogen *(s. Anhang)* entwickelt worden. Die Fragebogenitems, deren Rekrutierung und Konstruktion, basierten in ihren Inhalten auf einer, vorab geschalteten, breit angelegten, i. Ü. oben bereits vorgestellten, Recherchen- und Variablensammlung. Das, über die vorausgegangenen frühen Erkundungen zur Konzeptionierungsphase begründete, Hintergrundwissen nahm Einfluß auf die Gestaltung der Untersuchungen und des Erhebungsinstrumentes und ging ein in die Konstruktion der Fragen, bzw. die Selektion, Ausgestaltung und Ausrichtung diverser Items. Dazu waren zum einen Inhalte von, bereits im Vorfeld und zur Konstruktion der Fragebogenitems, geführten, Experteninterviews mit namhaften Vertretern und Praktikern der verschiedenen involvierten und v. a. der angrenzenden Fachbereiche und Disziplinen eingebracht worden. Weiter berücksichtigt worden war der Wissensstand aus Analysen zur einschlägigen, letztlich konkret leider wenig ergiebigen, Fachliteratur einschließlich der wenigen Erfahrungsberichte zum ambulanten Sektor. Dahingehend wurden bspw. folgende Inhalte in die Gestaltung der Items eingebracht:

- Es waren dies u. a. solche, die darauf abhoben, neben dem Bedarf und den gegebenen Beständen, speziell die strukturellen Erfordernisse und Notwendigkeiten einer adäquaten Infrastruktur für eine gut organisierte, ambulante therapeutische Versorgung psychisch kranker Delinquenten abzuklären.
- Nachdem sich häufig interdisziplinäre Bezüge zum Tätigkeitsbereich ambulanter Behandlung psychisch kranker Rechtsbrecher abgezeichnet hatten, wurde die Notwendigkeit um interdisziplinär angelegte, fachbezogene Recherchen in die Fragenkonzeptionen aufgenommen.
- In den Frageninhalten berücksichtigt wurde außerdem die, dem Fachgebiet eigene, Vielfalt an zu integrierenden Interessen und Funktionen der diversen involvierten Institutionen, Behörden bzw. Kontrollorgane sowie der, der zur Vernetzung und Kooperation in die Behandlung eingebundenen, Fachkräfte.
- Weitere Berücksichtigung fand die gezielte Thematisierung und Suche nach Problem- und Erschwernisfaktoren, konfliktförderlichen, spannungstragenden Elementen bzw. Konfliktpotentialen.
- Überhaupt wurde die aufscheinende Frage um eine potentielle Erfordernis besonderer Zugangsformen über eine entsprechende Fragenkonstruktion zur Abklärung aufgenommen.

6.3.2.2 Fragestellungen und Erhebungszugang

Insgesamt erhoben wurden folgende Fragestellungen:

- *bedarfsorientierte Attribute und Kriterien,*
- *adäquate Um- und Zugangsformen*
- *strukturelle, konzeptionelle und therapiebezogene Gegebenheiten, Rahmenbedingungen,*
- *Erfahrungen, Besonderheiten, Probleme und Entwicklungen*
- *weiterführende Ansätze und Änderungsbestrebungen zur erfolgreichen ambulanten Behandlung, Versorgung und Nachsorge.*

Die Datenerfassung gliederte sich in quantitative und qualitative Erhebungsteile. Der überwiegende Teil der quantitativen Erhebung war, da es sich um eine Fragebogenerhebung gehandelt hatte, standardisiert und über vorstrukturierte Fragestellungen erfolgt. Daneben hatten einige Fragen zusätzlich deskriptive Antworten ermöglicht. Zur Erfassung und Evaluation bislang praktizierter Zugangsformen und Behandlungsansätze und v. a., um die Kriterien erfolgreicher ambulanter Versorgung zu erschließen, wurde ein qualitativer Zugang für unabdingbar gehalten. Über einen speziellen Befragungsteil mit überwiegend qualitativ ausgerichteten Fragestellungen wurden die Einrichtungen im Detail befragt zu

- *bedarfsbezogenen, organisatorischen, strukturellen,*
- *speziell als bewährt und andernteils problematisch erlebten*
- *Erfahrungen, Vorgehensweisen, Um- und Zugangsformen,*
- *Konzeptionen, Vorgaben, Besonderheiten und Problemen, Änderungen und Entwicklungen sowie*

- *anderen relevanten thematisch eng assoziierten Aspekten*
  (wie bspw. Bedingungen zur Aufnahme eines Patienten und Gründe für den Abbruch).

Fragen zu diesen Kontexten dienten der explorativen Datengewinnung, waren anteilig und häufig semi - strukturiert oder ließen offene und deskriptive Antworten zu. Über den Einsatz teilstrukturierter und offener Frage- und Antwortmodi war es den Einrichtungen bzw. deren Vertreter ermöglicht, zusätzliche, allgemeine wie auch spezifische, die Gegebenheiten der jeweiligen Einrichtungen berücksichtigende, Informationen, Erfahrungsinhalte, Auskünfte und Meinungsäußerungen sowie gezielt auch separate einzelfallbezogene Stellungnahmen abzugeben: So konnten Kriterien für eine erfolgreiche ambulante Therapie, innovative und kritische Vorstellungen und Forderungen zur Verbesserung ambulanter Behandlungskonzepte, weiterführende Ideen und Kritikpunkte, sonstige Anliegen oder Angaben zu speziellen Eigenheiten der jeweilige Institutionen, eingebracht werden.
In Kombination vorgegebener mit offenen Fragestellungen waren Aussagen erhoben und Erkenntnisse erschlossen worden v. a. zu Formen und Ausgestaltung, Funktions- und Aufgabenbereichen, adäquaten Zugangsformen, Bedingungen zur Akzeptanz, Aus- und Einschlußkriterien ambulanter – therapeutischer – Versorgung resp. Behandlung. Über o. g. und andere Zugangsformen und weiterführende Rahmenvariablen konnten zum Kontext ambulanter Therapie psychisch kranker Rechtsbrecher zur Gruppe der ambulanten und anteilig auch der, der stationären forensischen Patienten weitere andere Merkmale und Determinanten untersucht und dazu auch Aussagen getroffen werden und u. a. strukturelle wie zu: Personal, Kosten, vormalige stationäre Verweildauer, Kontext Psycho-Therapie stationärer und – ggfls. weiterführend - ambulanter forensischer Patienten. Überhaupt wurden die erfaßten forensischen Patienten zu einer Vielzahl an - soziodemographischen, klinischen und forensischen - Variablen untersucht. Wiedergegeben wurden u. a. hier Befunde zu Einweisungsgrundlage resp. vorausgegangene Unterbringung, Eingangsdiagnose, -delikt, Geschlechts- und Altersverteilung.

6.3.3 Auswertung und Interpretation

In ihrer Vorgabe, konzeptionellen Gestaltung und Durchführung zielte die initiale bundesdeutsche Erhebung auf eine – möglichst - vollständige Erfassung aller bundesdeutschen MRVZ-Einrichtungen und darauf die so rekrutierten ambulanten und außerdem in diesen MRVZ-Einrichtungen stationär untergebrachten forensisch-psychiatrischen Patientenkollektiven, zu einer Vielzahl an zu untersuchenden Merkmalen möglichst fundiert zu erfassen. Als Stichtag war zur initialen Erhebung retrospektiv der 01.01.1993 gewählt worden. Die initiale Erhebung erstreckte sich:

- unter Ausschluß der Modelleinrichtungen bis Ende 1994,
- unter Einschluß der Modelleinrichtungen der alten Bundesländer bis Ende 1995,
- unter Einschluß des Modellprojektes der neuen Bundesländer bis Ende Anfang 1997.

Die initiale Untersuchung erfolgte zuerst mittels des gezielt dafür erstellten umfassenden, oben bereits vorgestellten Fragebogens, der bundesweit an insg. 46 deutsche MRVZ-Einrichtungen [2] verschickt wurde. Der Fragebogen war an die ärztlichen Direktoren der Kliniken bzw. Leiter der jeweiligen forensischen Abteilungen gesandt worden. Für weitere Kontakte oder Nachfragen waren die forensischen Einrichtungen gebeten worden, Ansprechpartner zu benennen und mitzuteilen, falls diese nicht mit der angeschriebenen Person identisch waren. Sofern Stellungnahmen von Experten, wie, bspw. die, behandelnder Therapeuten zur Frage nach Besonderheiten im therapeutischen Zu- und Umgang, eingeholt worden waren, wurden solche Angaben auswertungstechnisch stets als ein, zu wertendes Ergebnis aus dem Prozeß zur Meinungsbildung der entsprechenden forensischen Einrichtung zur jeweiligen Fragestellung, eingestuft; Die vermittelte Aussage als eine Angabe der jeweiligen Einrichtung beurteilt. An Kliniken mit noch ausstehenden Antworten waren drei Monate nach der ersten Verschickung der Fragebögen und außerdem nach weiteren 12 Wochen, Erinnerungsschreiben ergangen. In allen Fällen waren an die Versendung der Erhebungsbögen Telefonkontakte angeschlossen worden. Auf diese Weise konnten zumeist noch offene Fragen erledigt bzw. noch ausstehende Informationen und neben zusätzlichen auch korrigierende Angaben eingeholt sowie die Aussagekraft der rekrutierten Angaben und Daten fundiert werden. In einigen Fällen hatten außerdem Abklärungen vor Ort stattgefunden. In den Fällen, in denen es sich um die Erfassung und Beschreibung einer Bedarfs- und Angebotsstruktur handelte, wurden weitgehend keine statistischen Tests durchgeführt. Ausnahmen waren v. a. Gegenüberstellungen der Gruppen zu bestimmten Merkmalen, z.B. ambulante versus stationäre Patienten oder der, der nach § 63 StGB versus der, der nach § 64 StGB untergebrachten, psychisch kranken Rechtsbrecher. In der Gesamtschau wurden Tests dann angewandt, wenn aus Unterschieden zwischen bestimmten Gruppen inhaltlich bedeutsame Konsequenzen abzuleiten waren. Gemäß dem Skalenniveau wurden dann der Chi^2-Test, U-Test oder T-Test eingesetzt und auftretende Unterschiede auf Signifikanz geprüft. Die, für die vorliegende Untersuchung erfaßten Daten, sind über das Computerprogramm *´D Base III Plus` (Version 1.1. I BM / MS DOS)* verwaltet worden. Die Berechnungen zu den o. g. Testverfahren waren, nach Einlesen der Daten in *SPSS* und über *SPSS für Windows Version 6.0.1. und Version 6.1.3.*, durchgeführt worden. Im Hinblick auf die Spezifität der Fragestellung bewährt hat sich die Kombination quantitativ und qualitativ erhobener Daten. Zu vielen der erfragten Merkmale bzw. erhobenen Daten bot der methodische Zugang über Häufigkeiten resp. prozentuale Ausprägungen eine adäquate und aussagekräftige Form für die Abbildung des Aussagegehaltes. War es möglich gewesen, dieselben Merkmale zu beiden Gruppen zu untersuchen, wurden

[2] Die Einrichtungen zu *Viersen* mit, nach § 63 StGB und die, mit nach § 64 StGB untergebrachten, Patienten wurden als 2 Einheiten gewertet. Im Weiteren wird demnach numerisch von 46 angeschriebenen deutschen Einrichtungen ausgegangen.

diese in ihren Ausprägungen jeweils einander gegenübergestellt sofern sich dies methodisch sinnvoll und durchführbar gestaltete. Zu vielen Teilen der vorliegenden Arbeit ging es neben der Verarbeitung quantitativer v. a. um die, qualitativer Angaben. Wesentliche Informationen und Erkenntnisse vermittelten Aussagen aus qualitativen Erhebungsansätzen, die auch über Detailanalysen unter Berücksichtigung der jeweiligen Bedingungskonstellationen im Einzelnen untersucht wurden und aussagekräftige Ergebnisse daraus vermittelt. Sofern inhaltlich geeignet und methodisch vertretbar, wurden qualitativ erhobene Befunde den Informationen quantitativ erhobener Daten zur Seite gestellt bzw. als wertvolle Ergänzung eingebracht. Die Vermittlung, der, über einen qualitativen Erhebungsmodus rekrutierten, Daten und Informationen, fand vornehmlich deskriptiv statt. Die Interpretation und Bewertung qualitativ erhobener Daten erfolgte differenziert und, sofern verfügbar, unter Berücksichtigung möglicher Kontextvariablen. Überhaupt und v. a. zu den konzeptionell ausgerichteten und zum Großteil über den qualitativen Erhebungsmodus rekrutierten, Angaben, war es unerläßlich, deren Bedeutungsgehalt in einem gesamtheitlichen Zusammenhang zu sehen, um sie angemessen bewerten und interpretieren zu können. Entsprechend geschahen resp. Interpretation möglichst unter Berücksichtigung des kontextualen Stellenwertes der Angaben, potentiell relevanter Einflußfaktoren und Kontextvariablen sowie ineinander wirkender Bezüge des jeweiligen Einzelfalles. Dies traf speziell auch zu zum Aussagegehalt von Einzelangaben bzw. Angaben zu einzelnen Fällen unter Einbeziehung bzw. der Analyse des hintergründigen Gesamtkontextes. Anteilig und in Abhängigkeit zur Konstruktion und den Inhalten der Fragestellung waren die Angaben qualitativ erhobener Daten zu ihren Inhalten entsprechend kategorisiert und die zugehörigen Nennungen über Häufigkeiten abgebildet worden. Das Design der Studie erlaubte keine korrelativen Aussagen. Bei der Erfassung der Daten über einen qualitativen Zugang mit überwiegend offenem, vereinzelt auch kombiniert semistrukturierten, Erhebungsmodus bildeten Häufigkeiten nicht unbedingt entscheidende Indikatoren für den tatsächlichen Aussagegehalt der inhaltlichen Bedeutung einer Angabe: Die inhaltliche Gewichtung und Bedeutung der, über einen qualitativen Erhebungsmodus rekrutierten, Befunde ist nicht zwingend von kategorialen Häufigkeiten abzuleiten. Vielmehr war es oft, resp. überhaupt bereits an sich, von erkenntnisförderlicher Relevanz, wenn und, daß bestimmte Aspekte allein durch deren Be- oder andernteils Nicht-Nennung bzw. Auslassung als inhaltlich bedeutungstragende Komponenten in Erscheinung getreten waren. Häufig lag bereits in den Angaben, dem Benennen resp. andernteils gerade auch Nicht-Bezeichnen oder Fehlen von Angaben, der inhaltliche Aussagegehalt.

6.3.4 Kritische Erörterung ausgewählter Aspekte, Besonderheiten und Erschwernisse für den Prozess der Datenerfassung

6.3.4.1 Struktureller Kontext der ambulanten Nachsorge psychisch kranker Straftäter- ein in vielen und auch rechtlichen Bezügen ungesicherter versorgungstechnisch defizitärer Bereich

Der Kontext der ambulanten Nachsorge, Versorgung und Übergang aus dem stationären Setting erwies sich als ein anfälliger, per se sensibler und unter diversen Gesichtspunkten, zu vielen Bezügen rechtlich noch ungeschützter und defizitär strukturierter Bereich.

6.3.4.2 Erhebungsmethoden im Bewußtsein um sensible Ermittlungsbereiche

Dem komplexen und weitestgehend noch unerschlossenen Forschungsgebiet galt es als einem, durchaus problematischem und konflikthaftem Raum mit komplexen Bezügen und diversen Fach- und Funktionsbereichen (wissenschaftlicher, juristischer, gesundheits- und sozialpolitischer, versorgungs- betreuungs- und behandlungsbezogener, klinisch–therapeutischer, medizinischer und psycho - therapeutischer Art) im Bewußtsein um potentiell sensible und brisante Ermittlungsbereiche über angemessen über entsprechende Strategien, Zugangsweisen und Instrumentarien auf zudem verschiedenen Ebenen und Dimensionen, zu begegnen.

6.3.4.3 Durch unklare rechtliche Vorgaben und defizitäre Versorgungsstrukturen begünstigte Interessen- und Kompetenzkonflikte

Viele Einrichtungen zeigten sich von dem, hier objektivierten, Aufgaben- und Interessenkonflikt die Nachsorge ihrer Patienten betreffend, belastet. So war (und ist) der gesetzliche Hintergrund zur ambulanten therapeutischen Versorgung psychisch kranker Rechtsbrecher für die meisten Bundesländer rechtlich meist nicht näher geregelt. Im Kontext dieser, tatsächlich auch für alle Seiten diffizilen, konflikttragenden Situationen, waren dann auch bereits im Vorfeld abwehrende Reaktionen einiger der Kliniken zu verstehen, die befürchteten, kontrolliert zu werden, bzw. sich zur Praxis und ggfls. u. U. auch zu ihren mehr informellen Bewältigungsversuchen dieser, als unbefriedigend deklarierten, Situation offiziell rechtfertigen zu müssen.

6.3.4.4 Datenrechtlich bedingte Einschränkungen der Informationsweitergabe

Zu einigen Einrichtungen, wie *Moringen, Düren, Eickelborn, Stralsund* und anteilig auch *Göttingen* waren im Hinblick auf die Informationsweitergabe zu bestimmten Bereichen datenrechtlich bedingte Einschränkungen zu berücksichtigen gewesen. Ein Umstand, der in seiner Bedeutung im Zusammenhang mit der Darstellung der Ergebnisse zu den jeweiligen Untersuchungsbereichen noch thematisiert werden wird.

6.3.4.5 Komplexität der Thematik und Aufgabenstellung

Die, in der hintergründigen Aufgabenstellung begründete, Komplexität der Thematik und des Untersuchungssektors implizierte als solche methodentechnische Erschwernisse.

6.3.4.6 Die Untersuchungen erschwerende, strukturelle und organisatorische Determinanten

Vorab und im Verlauf offenbarten sich außerdem Determinanten, die es galt in der Planung und Durchführung der Untersuchungen als erhebliche und eigenständige strukturelle und organisatorische Erschwernisfaktoren zu berücksichtigen.

6.3.4.7 Kapazitative Überlastung und Engpässe der Einrichtungen

Obschon die Untersuchungsthematik von, über zwei Drittel aller, sowohl zur bundesdeutschen als auch zur österreichischen Erhebung einbezogenen, Einrichtungen mit großem Eigeninteresse an der Sache aufgenommen worden war, hatte sich die Erhebung nur zu einem Drittel der befragten Einrichtungen zügig gestaltet. Nicht nur die, von 85 % der Grundgesamtheit der rekrutierten deutschen Einrichtungen vielfältig und zu den verschiedensten Tätigkeitsbereichen beklagte, eklatante Arbeitsüberlastung sondern auch die, noch immer in vielen Einrichtungen unzureichende, logistische, statistische bzw. computertechnische Erfassung der Patientendaten, bedeutete v. a. für das Procedere der Erhebung zusätzliche Schwierigkeiten und darüber Verzögerungen.

6.3.4.8 Rekrutierung von Daten zu und über Einrichtungen aus Gebieten der vormaligen DDR

Indem der Erhebungszeitraum zeitlich noch mit der Nachfolgezeit und Umbruchsphase im Zuge der deutschen Wiedervereinigung zusammengefallen war, hatten sich spezielle Erschwernisse und Probleme im Hinblick auf den Zugang und die Erhebung von Daten zu Einrichtungen der neuen deutschen Bundesländer ergeben. Letztlich jedoch bildeten die, hier eingebrachten, Befunde die angetroffene Situation realitätsgerecht ab.

6.3.4.9 Vorbehalte und Widerstände in Antwortverhalten und Kooperation der Befragten

- **Opponierende Haltungen**

Trotz überwiegender Aufgeschlossenheit gegenüber der Thematik, fanden sich auch opponierende Haltungen resp. Widerstände, die sich dann im Auskunftsverhalten ausdrückten und zusätzliche Aufwendungen zu deren Beantwortung bedeuteten.

- **Zurückhaltung, Bedenken und Mißtrauen bei Vertretern der neuen Bundesländer**

Vorbehalte, Besorgnisse, Verunsicherungen und Ängste vermittelten sich bspw. anteilig im Kontakt zu einigen der Einrichtungen aus dem Gebiet der ehemaligen DDR und über deren Zurückhaltung bei Informationsweitergaben.

6.3.4.10 Einrichtungsintern differierende Standpunkte

Es zeigten sich vereinzelt einrichtungsinterne konträre Standpunkte zur erfragten Thematik. Nach außen fiel bei diesen Einrichtungen eine sehr zögerliche Antworthaltung auf. In Fällen, in denen die Überzeugung der Klinikleitung innovative ambulante Maßnahmen nicht befürwortete, signalisierten jedoch andernteils dort tätige Therapeuten den Bedarf für eine solche Maßnahme. Auch dieser Befund unterstützt i. Ü. die Annahme, daß grundsätzlich der eigentliche Bedarf an ambulanter Ver- und Nachsorge in der Praxis eher höher anzusetzen ist, als auszuweisen war.

6.3.4.11 Problematische Aufwendungserfordernisse für die Kliniken

Ein wesentlicher die Untersuchungen erschwerender Faktor bildete die, allenthalben herausgestellte Überlastung der Versorger. - Ein Umstand, der von den meisten Einrichtungen als alltagsklinische Routine erlebt und beklagt wurde. Im Zuge der Erhebungen offenbarten sich vielerorts erhebliche Mängel und Probleme zu den Ressourcen und eigenständigen Leistungsprofilen in angetroffenen, strukturellen, personellen, zeitlichen und logistischen Bezügen, verfügbaren und entwickelbaren Kapazitäten. Allein die, für die Grundversorgung unzureichenden, Gegebenheiten wirkten sich deutlich belastend und oftmals verzögernd auf für die Rekrutierung der Daten und Informationen. Die externen Forschungsansinnen bildeten unter solchen Umständen ernst zunehmende und so gesehen problematische, zusätzliche Aufwendungserfordernisse für die Einrichtungen,, die deutlich zusätzliche Anforderungen und arbeitstechnische Aufwendungen für die betroffenen Einrichtung nötig werden lassen konnten, führten zu anderweitigen Erschwernissen in der Rekrutierung und Verzögerungen in der Weitergaben der Daten.

6.3.4.12 Erzielen und Erhalt von Akzeptanz, Kooperation und Motivation - Maßnahmen zur Förderung der Akzeptanz und anwenderfreundlichen Ausgestaltung des Erhebungsinstrumentes

Im Rahmen der Erhebung galt es, die Motivations- und Kooperationsbereitschaft der Einrichtungen zuerst zu wecken und im Weiteren zu erhalten. Es waren bestimmte Vorgehensweisen ergriffen und eingesetzt worden, um die Akzeptanz der Befragung und erforderliche Kooperation zu erlangen, Motivation zu erhalten, Phänomenen der Reaktanz entgegenzuwirken und die Konzeptionierung und Durchführung der Untersuchung, den Aufbau, die Entwicklung und Konstellation des Fragebogens und dessen Items eine realitätskonforme und damit

möglichst praxisnahe Zugangsweise zu entwickeln. So waren alle Kliniken bereits vorab und falls erforderlich während der Erhebung, telefonisch kontaktiert, zu Vorhaben, Zielen und Inhalten der geplanten Untersuchung sowie zum Erhebungsmodus und generellen Procedere sachgerecht informiert und im weiteren der Kontakt gehalten und sich darum bemüht worden, Struktur und Ausgestaltung des Erhebungsinstrumentes möglichst annehmbar zu gestalten. Berücksichtigung fanden diese Gesichtspunkte u. a. in entsprechenden Formulierungen der Fragebogenitems und befragungstechnischen Verfahren. Bspw. wurde für inhaltlich nahen Fragen deren Abfolgedichte aufgelockert. Im Verlauf offenbarten sich dann einige, zunächst ´neutral` anmutende, Item- und Frageninhalte als tatsächlich sensible Ermittlungsbereiche von brisanter Problematik. Dies spiegelte sich in entsprechenden Reaktionen und exemplarisch bspw. in Phänomenen der Reaktanz: Vorgänge dieser Art offenbarten sich bspw. in den beobachtbaren ersten Reaktionen zur Frage um den Anteil solcher Patienten, deren Entlassung nur deswegen nicht erfolgen konnte, weil kein ambulanten Behandlungsangebot bestand. In Anbetracht dbzgl. assoziierter Gesichtspunkte und dahingehend v. a. auch der kapazitativen Belastungsgrenzen der Kliniken war zwischen dem, zur Beantwortung der Fragen potentiell erforderlichen Aufwand, empirisch und methodisch begründeten Unabdingbarkeiten und dem real zu erwartenden Nutzen abzuwägen und dies im Hinblick an Aufwendungen und Methoden entsprechend organisatorisch umzusetzen. So wurde bspw. von solchen Iteminhalten abgesehen, deren Abfrage zur Untersuchungsthematik eher geringen Informations- resp. Erkenntnisgewinn versprachen und / oder die bereits anderweitig gut untersucht waren, wie bspw. von der Erhebung der Unterbringungsdauer stationärer MRVZ-Patienten[3]. Dies hätte einen erheblichen Mehraufwand für die Einrichtungen, Beeinträchtigungen im Hinblick auf die Erhebung insg. und die Bereitschaft zur Beantwortung auch anderweitiger Fragenbereiche im Besonderen, mit sich gebracht. Die, darüber bereits vorab, kalkulierbaren Beeinträchtigungen standen nicht in Relation zum potentiell resp. real vorstellbaren, mglw. realisierbaren, Erkenntnisgewinn.

6.3.4.13 Zeitliche Spannbreite der Untersuchungen

Das korrespondierende zeitliche Spektrum und die, mit den Folgeerhebungen einhergehende, zeitliche Spannbreite ist eine, den explorativen Ansatz der hier eingebrachten Erhebungen begleitende, Besonderheit. Im Hinblick auf die Spezifität der zentralen Fragestellung zu Formen der Ausgestaltung und Entwicklungen ambulanter Versorgung wirkte dieser Umstand erkenntnisfördernd. Zeitbedingte strukturpolitische Veränderungen wurden angeführt. Allein die, in der initialen Erhebung erkannten, quantitativen Relationen von ambulanten zu stationären Patienten können sich zeitbedingt verschoben haben. Es wurden Informationen und Ergebnisse zum Ist- wie auch zum Soll-Zustand zusammengetragen. Ermöglicht wurde dies durch einen explorativen untersuchungstechnischen Ansatz und einer Kombination von Techniken zur Datenerfassung. In der Hoffnung auf zusätzlichen Wissenszuwachs wurden Erkenntnisse über breit angelegte Querschnittserhebungen und außerdem anteilig Entwicklungen und Erfahrungen ambulanter Modelle über deren Verläufe, Strukturen und Konzepte und im Detail vereinzelt auch vor Ort erfaßt. Darüber und indem zu ambulanten Konstrukten und Vorgehensweisen über die erstgeschalteten Erhebungen ein Zugang gelungen war, konnten wertvolle zusätzliche Informationen eingebracht werden, Vor allem zur Erfassung der, für eine Ausgestaltung ambulanter Behandlung relevanten, Prämissen und Kriterien war der zeitübergreifende Charakter den Untersuchungen zuträglich. Die Beobachtung und informationstechnische Verwertung von Entwicklungen über eine längere Zeitspanne erschloß wertvolles Spezial- und Erkenntniswissen. Die, in ihrem Verlauf rekrutierten diversen konzeptionellen Ansätze wurden im Überblick über die Zeit hinweg und außerdem zu ihren Vor- und Nachteilen besser beurteilbar. Über diese Wege eröffneten sich wichtige Informationen zu diversen Bezügen, Entwicklungen, Zugangsformen, - bestätigenden - Erfahrungen zur Sinnhaftigkeit und Effektivität ambulanter Strukturen sowie zu realen, und insb. auch den strukturpolitischen, Erschwernis-, Problem- und Störfaktoren. Wesentliche Erkenntnisse aus der initialen Erhebung und dabei v. a. therapierelevante Richtwerte, zu den, der Wirksamkeit einer Behandlung zu-, bzw. abträglich, erkannten Kriterien und Prämissen und konnten so fundiert, bestätigt und außerdem ergänzt werden.

6.3.5 Sachzwänge und ungedeckte Finanzierung der Untersuchungsvorhaben

Erschwerend begleiteten unabdingbare Sachzwänge und v. a. finanzielle Probleme das Procedere der Untersuchungen. Nur die ersten 8 Monate waren für die, der hier vorgestellten Arbeit zugrunde gelegten, Forschungs- und darunter auch Auswertungsarbeiten zur initialen Erhebung über ein kontingentiertes Teilstipendium *(HSP III Hochschulsonderprogramm Bayern)* anteilig finanziell unterlegt gewesen. Während der ersten Planungsabschnitte konnte über eine optionierte Förderung durch eine ausgesuchte Stiftung des Europarates von einer Teilfinanzierungen ausgegangen werden. Infolge der, der Autorin bereits offiziell mitgeteilten *Erstplatzierung ihres Antrages* war die, darüber in Aussicht gestellte, Förderung entschieden zu erwarten gewesen und die Untersuchungsvorhaben darauf ausgerichtet worden. Doch war aufgrund schwerwiegender finanzieller Engpässe seiten des Rates extrem kurzfristig und bis auf Weiteres allenthalben völlig unerwartet und in einem bis dahin einmaligen Vorgang, die Zuweisungen aller Stipendiengelder außer Kraft gesetzt worden. Damit standen bereits geplante und anberaumte Vorhaben zur Umsetzung der Untersuchungen in Frage. Darunter vorgesehen waren u. a.

[3] Die Frage nach der Unterbringungsdauer stationärer MRVZ-Patienten war zum Erhebungszeitpunkt bereits mehrfach untersucht worden *(u.a.: Athen 1985; anteilig Athen & Böcker 1987; Bischof 1988; Leygraf 1988; Hoehner 1993; Gretenkord & Lietz 1983; Jockusch & Keller 1993: Unterbringungsdauer als nicht statische sondern prinzipiell und auch durch Behandlung beeinflußbare abhängige Variable; Müller-Isberner 1992 b. Jöckel & Müller Isberner 1994).* Demzufolge war dann dieser umfangreiche, inhaltlich an sich eigenständige, Sektor im Rahmen der vorliegenden Untersuchung nicht erhoben worden.

Besuche, Reisen, Fachtagungen, Fahrten und damit einhergehende Erfordernisse und u. a. v. a. Hospitationen wie die der *Tagklinik in Utrecht* sowie die, zu den *fachforensischen Institutsambulanzen, u. a. Wien und Montreal Canada, Penetanguishine, Canada.* Zu Großbritannien *(Raeside Klinik)* und der Schweiz waren entsprechende Besuche beabsichtigt und bereits Kontakte hergestellt gewesen.
Indem alle mit den Untersuchungen einhergehenden Aufwendungen von der Autorin in Eigenfinanzierung d. h. ausschließlich über eigene Mittel getragen worden waren, war es überhaupt möglich geworden, die veranschlagte Planungseinheiten zu realisieren. Die, mit der Realisierung und Umsetzung der Untersuchungsvorhaben, den wissenschaftstheoretischen Auswertungen und Ausgestaltungen einhergegangenen kapazitativen persönlichen, finanziellen und zeitlichen Belastungen wurden entscheidend über die, im besonderen Eigenengagement und sachbezogenem inhaltlichen Interesse begründete Motivation der Autorin für die Ziele dieser Arbeit getragen. Einhergehende erhebliche Erschwernisse und Probleme zu diversen Bereichen und Ebenen, wie bspw. zur zeitlichen Abfolge der Vorhaben, mußten toleriert werden. Andernfalls hätten die konzeptionellen und die zum Design der Untersuchung bereits fest eingeplanten Bestandteile der Untersuchungen nicht realisiert werden können.

6.3.6 Strategien zur Begegnung potentiell störender resp. hemmender Einflußgrößen und Verfälschungstendenzen

Es waren bestimmte Maßnahmen in der Absicht eingesetzt worden, um maximal realitätsgerechte Angaben und valide Einschätzungen zu erhalten und möglichen Verfälschungen über die Fragebogenerhebung entgegenzuwirken (darunter fielen u. a. Vorabinformationen, Anschreiben und Telefonate), weiter Operationalisierungsmaßnahmen zu den verwendeten Begrifflichkeiten, um Uneinheitlichkeiten in deren Gebrauch entgegenzuwirken, die Inhalte und das Procedere der Erhebungen vor- und sicherzustellen sowie gezielte Kontakte während und nach den Befragungen zu den Einrichtungen und deren Vertreter. Dahingehend ausgestaltete Vorgehensweisen sowie eine möglichst ´nutzer- und anwenderfreundliche` Gestaltung der Erhebungsbezüge und des Fragebogens an sich, waren geschaltet worden, um Motivation und Kooperation der Befragten zu aktivieren, zu entwickeln und zu erhalten. Aufgrund der, vielerorts anzutreffenden, auf verschiedenen Ebenen abgebildeten, unter diversen Gesichtspunkten bezeichneten, defizitären Gegebenheiten und –drängenden- Erfordernisse zur Nachsorge einesteils sowie den erheblichen Diskrepanzen und daraus resultierenden, funktionalen Konflikten der Angebotsstruktur andernteils, mußte prinzipiell die Möglichkeit tendenzieller Antworten kalkuliert werden. Diese konnten sich abbilden bspw. als Verneinung an sich -inoffiziell- praktizierter, ambulanter Ansätze doch andernfalls auch in ´Ja-Sage`- oder ´Beschönigungs`- Tendenzen mit einer überzogenen und damit unreellen Darstellung zu Ausmaß und Ausgestaltung an praktizierten oder praktizierbaren Formen ambulanter Nachsorge bzw. Behandlung. Verfälschungen solcher Art wurde versucht in Über- bzw. Gegenprüfungen durch auch anderweitige Zugangsformen (s. a. a. O. dieser Arbeit) zu begegnen. Das gesammelte Datenmaterial und die Befunde waren im Bestreben um maximale Übereinstimmung zu den angetroffenen Gegebenheiten erstellt und eingebracht worden und können in der Gesamtschau weitestgehend als objektiviert betrachtet werden.

6.3.6.1 Inhaltliche Über- bzw. Gegenprüfung zum Aussage- und Wahrheitsgehalt der Angaben bzw. Daten

Zu der inhaltlichen Überprüfung zu Aussage- und Wahrheitsgehalt, Objektivierung, Verifizierung und darüber anteiligen Validierung erfaßter Angaben bzw. Daten waren gezielt Techniken entwickelt und eingebracht worden und dienten neben der Informationsgewinnung außerdem v. a. auch zur Orientierung, Gegen- und damit qualitativen Überprüfung der eigenen Befunde. Potentieller Kritik zu Anteilen der Methode der Stichtagserhebung begegnete präventiv und kompensatorisch der zusätzliche Einsatz anderweitiger Modi zur Erfassung von Informationen. Es handelte sich dabei u. a. v. a. um überprüfende Maßnahmen zum Wahrheitsgehalt der Angaben, wie Rück- und Nachfragen, Telefonate, analysierende Detailnachfragen, Informationen über weitere Zugangsformen und auch einen qualitativen Erhebungszugang, Expertengespräche und –interviews, Besuche von Einrichtungen, die konkretisierenden Folgeerhebungen und das Vor- und Zur-Diskussion-Stellen thematischer Anteile eigener Befunde im wissenschaftstheoretischen Kontext.

6.3.6.2 Hohe Rücklaufquote

Die hohe Rücklaufquote war bei den, per se i. d. R. oft überlasteten, für zusätzliche, auch wissenschaftlich begründete, Aufwendungen regulär eher schwer zu gewinnenden Vertretern dieses Sektors sicher motiviert im erheblichen Bedarfsdruck und hohen Eigeninteresse an der zugrunde gelegten Thematik und Ausdruck für die Effizienz der untersuchungstechnischen und zur Akzeptanzförderung geschalteten Maßnahmen. Zur relationalen Bewertung dieser Quoten soll hier kurz verwiesen werden auf anderweitige, themennahe Erhebungsversuche mit, jedoch als zu gering beklagten, weitaus niedrigeren, Rücklaufquoten und deren, quantitativ wie qualitativ, zu Umfang, Inhalt und den regionalen Bezügen, erheblich reduzierten Ansprüchen. Erfahrungen dieser Art hatten sich abgebildet zum Versuch des *Sächsischen Sozialministeriums* zu einer, außerdem überhaupt vereinfacht und nur sehr global gehaltenen, Bestandsaufnahme möglicher Nachsorgemodelle über eine Kurzbefragung der Sozialministerien der übrigen Bundesländer sowie der, zur Rekrutierung forensisch-psychiatrischer Einrichtungen für, nach § 63 StGB untergebrachte, MRVZ-Patienten zum Bundesland *Baden-Württemberg 1995*, als vorab angestrebter Bestandteil einer Diplomarbeit *(Bitsch B., Freiburg, zu diesem Zeitpunkt assoziiert an das Max Planck Institut für Kriminologie Freiburg, Leitung Prof. Kury).*

6.3.7 Was die Untersuchungen nicht leisten konnten

Das Design der Studie erlaubte keine Aussagen zu Korrelationen von Parametern. So konnten keine Korrelationen von Diagnose, psychiatrischer Störung und Delikt untersucht oder bestimmt werden. Die Daten waren über die erfaßten Einrichtungen und Fragen zu den forensisch psychiatrischen, stationär und v. a. zu den ambulant geführten Patientengruppen als Gesamtheit erhoben worden. Informationen zu Bezügen zum jeweiligen Einzelfall eines -ambulanten- Patienten konnten somit regulär nicht erwartet werden, ergaben sich jedoch immer wieder vereinzelt, u. a. auch im Kontext von Detailanalysen und eingebrachten konkreten Beispielen. Eine Zuordnung von, über einzelne Items erhobenen, Daten oder deren direkte Bezugnahme auf den einzelnen Patienten und dahingehende Interpretation sah das Design der Untersuchung nicht vor, gelang allenfalls in besonderen Einzelfällen und zu exemplarischen Beispielen, jedoch nicht zum Regelfall.
Der hier entwickelte Zugang über eine differenzierte Diagnosekategorisierung hatte wichtige Informationen zur Verteilung im Hinblick auf Schwere und Typisierung der Störungsbilder möglich werden lassen. [Rückblickend bestätigten die Befunde die Sinnhaftigkeit des Einsatzes einer differenzierteren Kategorisierung gegenüber dem, in einigen Einrichtungen üblichen *Leygraf-Schema (Leygraf 1988).]*

6.3.8 Besonderheiten zur Erhebung der Modelleinrichtungen

Zu einigen der erfaßten Einrichtungen bestanden zum Zeitpunkt der initialen Erhebung und Stichtagsuntersuchung aufgrund deren noch laufendem Status als Forschungsprojekt *des Bundesgesundheitsministeriums im Modellverbund ´Ambulante psychiatrische und psychotherapeutische / psychosomatische Versorgung`*, deutliche Beschränkungen in der Datenweitergabe. Zu diesen 4 Modellen waren nur bedingt Informationen erhältlich gewesen und nach dem ersten Erhebungsgang viele Angaben offen geblieben. Diese konnten zeitlich versetzt und erst nach Beendigung von deren Erprobungsstatus rekrutiert werden. Diese Einrichtungen repräsentierten eine eigenständige Kategorie von Versorgungskonzeptionen. Der, den gemeindenahen Projekten eigene alternative Versorgungsansatz und deren mehrjährige Laufzeit, ließ ein bedeutsames Maß an praxisbezogener Erfahrung und einen erheblichen Erkenntnisgewinn im Hinblick auf die Untersuchungsthematik ´ambulante Ver- und Nachsorge forensisch psychiatrischer Patienten` erwarten. So waren zu diesen Projekten Besonderheiten zur Erfassung der Daten nötig geworden. Nach Beendigung des Modellstatus waren zu ausstehenden Fragen der initialen Stichtagserhebung retrospektiv Daten und ansonsten relevante Informationen eingeholt worden. Außerdem waren die derart gewonnenen Auskünfte, sofern dies für deren Aussagekraft und inhaltlichem Verständnis erforderlich schien, im weiteren Verlauf über Angaben aus den Projektberichten abgeklärt, fundiert, ergänzt und als sachdienliche Informationen in die Datensammlung eingebracht worden. Überdies war zu einigen der Fragestellungen seitens der Modelle aus arbeitsökonomischen Gründen auf Befunddarstellungen für die Berichte verwiesen worden.
Insg. konnten eigene Befunde über die Berichte und deren Inhalte bestätigt, konkretisiert und ggfls. um zusätzliche Informationen zum Verständnis von Zusammenhängen ergänzt werden. So konnten die, über die Projekteinrichtungen rekrutierten, Angaben in ihrem Aussagegehalt und ihren Inhalten anteilig gegengeprüft und über die, in den Berichten angetroffenen, Übereinstimmungen, verifiziert werden, wobei sich zu den originären eigenen Befunden weder unrichtige noch widersprüchliche Angaben fanden. Über die Berichte eingebrachte Informationen wurden entsprechend ausgewiesen. Zur näheren Darstellung der zentralen, konzeptionellen und behandlungsbezogenen, spezifischen Zugangsformen und Erkenntnisse der Modelle sei auf das zugehörige Fachkapitel der vorliegenden Arbeit verwiesen. Unter Berücksichtigung des, über die Ersterhebung zu-erkannten und im Erprobungsstatus der Projekte begründeten, Bestandes ambulanter Versorgungsstrukturen, wurde zur Nachbefragung erhebungstechnisch ein, im Hinblick auf die zentrale Aufgabenstellung der Untersuchung inhaltlich präzisierterer Erhebungszugang möglich. Nachdem der Bestand von Ambulanzstrukturen infolge der ersten Informationen durch den initialen Erhebungsgang als gesichert gelten konnte, wurden dbzgl. abklärende Fragen ausgeklammert und damit beim nächsten Befragungsgang die Itemfülle reduziert, ohne, daß letztlich jedoch zentrale Items der originären Befragung aufzugeben waren. Dieses Vorgehen und indem vereinzelte Fragen in ihrer Reihenfolge geringfügig umgestellt wurden, ermöglichte eine präzisiertere Vermittlung der Inhalte und einen, verstärkt auf die Projektkonstellation ausgerichteten und – darüber - intensivierten Kontakt zu den jeweiligen Einrichtungen, wodurch die Folgebefragung an anwenderfreundlichen Elementen gewann. Diese Maßnahmen wirkten sich förderlich aus auf Bereitschaft, Akzeptanz und Kooperation der bereits durch die Anforderungen zum Erprobungsstatus an sich maximal belasteten Einrichtungen. Die sich so auf diese Weise begünstigend gestaltende Ausgangslage wurde genutzt, um in der anstehenden Nacherhebung, Inhalten zum Zu- und Umgang und der Führung im Kontext der Behandlung der Klientele über offen gehaltene Nachfragen besonderes Gewicht beizumessen. Daneben war zum Zwecke der ergänzenden Erkenntnisgewinnung, um sich ein angemessenes Bild zu deren Form der Ausgestaltung ambulanter Versorgung zu verschaffen, erhebungstechnisch ein anderer, weiterer Zugang gewählt und Projektmodelle von der Autorin selbst besucht worden. Erhaltene Informationen im Bedarfsfall regulär über telefonische Nachfragen abgeklärt, vertieft und ergänzt worden.

6.3.9 Untersuchung zur Versorgungssituation in Österreich

Über das Bekanntwerden der Befragung der forensischen Kliniken zur bisherigen Praxis ihrer ambulanten Versorgung in Deutschland und dem darüber geweckten Interesse zur Thematik, hatte sich korrespondierend hierzu die Möglichkeit zur Befragung an und über die entsprechenden Einrichtungen Österreichs erschlossen. Dies war auch deshalb von Interesse, da sich damit hinsichtlich Status, Form und Vorgehensweisen der Nachsorge und ambulanten Behandlung psychisch kranker Straftäter, eine überregionale Vergleichsmöglichkeit bot mit national resp. regional und strukturell unterschiedlich determinierten, gesundheits- und strukturpolitischen Systemen, versorgungsbezogenen Strukturen und Zugangsweisen.

Forensische Institutsambulanz Wien

Seitens der Autorin bestand erhebliches fachliches Interesse, die Strukturen der *Forensischen Institutsambulanz Wien* näher zu explorieren: Deren Existenz war in der Planungs- und Konzipierungsphase der eigenen Untersuchung über auch international und fachbereichsübergreifende Vorabrecherchen und anteilig Fachliteratur, Kongresse und einschlägige Fachtagungen vermittelt worden. Im Rahmen des Anfangsprozesses der Erkundung, Meinungsbildung waren über breit angelegte Variablensammlung zur *Forensischen Ambulanz Wien* Informationen in Erfahrung gebracht worden. Davon waren anteilig erste bereits früh in den initialen Ideenpool für den Originalfragebogen eingegangen bzw. hatten über die vermittelten Informationen, Relevanzen und Probleme auf die Entwicklung und Ausgestaltung einiger Fragebogeninhalte mit Einfluß genommen. Besuche dieser Ambulanz war an sich bereits längerfristig anvisiert gewesen. Sie konnten dann auch – v. a. bedingt durch finanzielle Engpässe - zeitlich versetzt realisiert werde. Die landesweite österreichische Erhebung selbst wurde über das, von der Autorin entwickelte, an den deutschen Einrichtungen anteilig zwischenzeitlich erprobte, initiale Erhebungsinstrument eines Fragebogens durchgeführt.

Zur Realisierung der Erhebung waren bestimmte Vorgaben unumgänglich und anteilig zur Umsetzung dieses Forschungsvorhabens über die österreichischen Einrichtungen Bedingung gewesen: Das originäre Erhebungsinstrument mußte auf österreichische Strukturen und in den dazu relevanten Fragebogenitems abgestimmt werden, wobei die, für die Intentionen der Untersuchungen wesentlichen, zum konzeptionellen Bereich relevanten, Fragestellungen unmodifiziert blieben. Als Kontaktperson und Koordinator zur Erhebung in Österreich fungierte der Leiter der Forensischen Institutsambulanz Wien, über den die Kooperation zum Großteil auch mitgetragen worden war. Erkenntnisförderliche Aussagen ergaben sich dann schließlich u. a. v. a. zu Gesichtspunkten von bedarfsbezogener Relevanz, zur Struktur der nichtstationären und ambulanten Ver- und Nachsorge psychisch kranker Straftäter dieses Landes mit einer einesteils überwiegenden Unterversorgung zu vielen Bereichen forensischer Nachsorge, andernteils jedoch auch innovativen konzeptionellen und strukturellen Zugangsformen sowie behandlungsbezogenen Besonderheiten neu installierter Ambulatorien mit der explizit herausgestellten *Forensischen Institutsambulanz Wien* im Besonderen. Das, in seiner Ausgestaltung eigenständige und zu vielen Aspekten innovative, Modell der *Forensischen Institutsambulanz Wien* wird in dessen strukturellen und konzeptionellen Besonderheiten und bisherigen Erfahrungen vorgestellt.

Diese Einrichtung wurde durch die Autorin bisher gezielt und mehrmalig (zweimalige Hospitationen im Abstand von jeweils 36 Monaten) besucht. Daneben konnten bislang noch nicht veröffentlichte Daten eingebracht und in die eigene Befundlage integriert werden.

Auf diesem Wege gelang nicht nur ein umfassendes Bild zu diesem, inzwischen bereits längerzeitig und seit inzwischen über einem *halben Jahrzehnt* praktizierten, Modell zu vermitteln sondern auch in Gegenüberstellung zu den Ergebnissen der deutschen Untersuchung zusätzliche, in der Praxis zudem bereits bewährte, Erkenntnisse zum adäquaten therapeutischen Umgang in der Behandlung psychisch kranker Delinquenten einzubringen bzw. über die und aus den deutschen Erhebungen erschlossenen Vorgaben, entwickelten Kriterien, Prämissen und Richtwerte auch in bewährten Zugangsformen dieser Einrichtung zu bestätigen. Die Abhandlungen dazu wurden in der vorliegenden Arbeit in ihren konzeptionellen, strukturellen und ökonomisch kostentechnisch relevanten und neben der, zu den deutschen Erhebungen platziert.

6.3.10 Erfordernis um abzuklärende Einheitlichkeit in Definition und Verständnis zentraler Begrifflichkeiten (´ambulant`, ´Therapie`, Setting ´ambulante Therapie`, ´psychisch kranke Straftäter`)

Ein eigenständiges Ergebnis bildete die Erkenntnis um ein nicht immer einheitliches Verständnis zu den zentralen Begriffen der Untersuchung und der, daraus abgeleiteten, Notwendigkeit über zu verbessernde operationalisierende Maßnahmen. Diesem Aspekt ist auch im Hinblick auf prospektive Untersuchungen Rechnung zu tragen. Es waren gezielt Maßnahmen geschaltet worden zum Zwecke der Operationalisierung der Begrifflichkeiten, u. a. über und während der initialen und vorbereitenden Erstkontakte durch Gespräche zur Sensibilisierung für die Ziele der Untersuchung sowie studienbegleitend über gleichermaßen alle kooperierenden Einrichtungen geführte Kontakte, Nachfragen und Nacherhebungen. Einschlägig verwendete Begrifflichkeiten zeigten sich in ihrem Inhalt oft geprägt von dem, zu den jeweiligen Kliniken, praktizierten Ansatz und darüber bestimmten Verständnis um ´ambulante Therapie`. Es offenbarte sich, daß das Begriffsverständnis zu ´Ambulanz` bei mehreren Antwortern nicht einheitlich war und diverse Vorstellungen zu Formen, Ausgestaltung und Inhalten von ambulanter Therapie und deren Organisation bestanden. Einige Antworter setzten ´Ambulanz` gleich mit ´Allgemeinpsychiatrische Klinikambulanz`. Andere Kliniken reduzierten das Verständnis einer organisierten ambulanten Nachsorge auf allein das, einer Forensischen Institutsambulanz ohne andere mögliche Formen zu bedenken. Eine Rolle spielte dabei auch der, bei vielen befragten Einrichtungen, oft nur geringe oder einseitige Wissensstand um die Breite diverser potentieller konzeptioneller Möglichkeiten. Folgerichtig unumgängliche Nachfragen, bedeuteten zwar einen erhöhten Aufwand, konnten letztlich jedoch in allen strittigen Fällen zur Verständigung führen. Diese Vorgehensweisen waren erforderlich und geschahen ähnlich außerdem auch zur Abklärung im Einsatz des Terminus ´Therapie` für psychisch kranke Rechtsbrecher und dbzgl. mögliche Differenzierungen. Dies traf zu auf u. a. allgemeinpsychiatrische, ärztliche resp. psychologische Psycho-Therapie und deren diverse Formen, wie verhaltensmedizinische, medikamentöse (Pharmako-) Therapie, psychologisch determinierte Gestaltungsformen allgemein und der jeweiligen schulenspezifischen Ausrichtung wie verhaltensgesprächstherapeutisch oder tiefenpsychologisch orientierte psychotherapeutische Ansätze. Derartige operationa-

lisierende Aufwendungen waren gesetzt worden, um von einem möglichst einheitlichen begrifflichen Grundverständnis ausgehen zu können. Die benannten Probleme zum Sinngehalt der verwendeten Begrifflichkeiten waren, trotz vorab und begleitend zur Untersuchung eingebrachter, Informationsvorgaben, nicht zu umgehen gewesen. Es gelang jedoch der Untersuchungsleitung diesen über gezielt platzierte Interventionen letztlich korrektiv zu begegnen. Konkret waren seitens der Befragten bzw. der Stellung nehmenden Experten, Abweichungen im konnotativen Verständnis zu den folgenden verwendeten begrifflichen Vorgaben aufgetreten:

- *´ambulante Einrichtung für forensisch psychiatrische Patienten`*
- *unter Berücksichtigung der, dazu möglichen Formen und konkreten Ausgestaltungen,*
- *´Ambulanz` als Institution*

und weiter zu den Begriffen

- *´ambulanter Patient`,*
- *´ambulante Therapie`,*
- *Therapie` und - psychotherapeutische – Behandlung und zwar*
- *im engeren versus weiteren Sinne und im Hinblick auf deren Ausgestaltung.*

Abweichungen im Begriffsverständnis lagen u. a. auch durch eine Neigung zur Vereinfachung und weniger differenzierten Begriffswahl, aber auch in einem defizitären Informationsstand um behandlungsrelevante Entwicklungen zu eben diesem Fachbereich und der dahingehenden Differenziertheit begründet. Vor dem Hintergrund dieser Erfahrungen wird im Hinblick auf weiterführende Untersuchungen dringend empfohlen, Schwierigkeiten dieser Art zu kalkulieren.

6.3.11 Repräsentativität des ausgewiesenen Bedarfs, quantitativen und qualitativen Aussagegehaltes der Befunde der deutschen Stichtagsuntersuchung

In der Gesamtschau kann davon ausgegangen werden, daß es sich bei den über die deutschen Einrichtungen erfaßten Daten um eine, zu Population und Merkmalen der psychisch kranken Rechtsbrecher repräsentative Stichprobe und ein, im Informationsgehalt aussagekräftiges, Datenmaterial handelt. Das gesammelte Datenmaterial und die Befunde waren im Bestreben um maximale Übereinstimmung zu angetroffenen und real bestehenden Gegebenheiten erstellt und eingebracht worden und können in der Gesamtschau weitestgehend als objektiviert betrachtet werden.

6.3.11.1 Zum Anteil rekrutierter ambulanter Patienten und den Relationen zum Bedarf

Überhaupt liegt der eigentliche Bestand an tatsächlich ambulant behandlungsbedürftigen Patienten eher höher als dies die, über die Erhebung bezifferbaren Quoten abbildeten.
Die anteilige Relation an, zur Stichtagserhebung, faktisch ambulant geführten Patienten ist, bezogen auf die Gesamtheit aller deutschen MRVZ-Einrichtungen, real wohl geringer, als dies die hier vorgestellten, quantitativen Befunde wiedergeben konnten: So hatten die, sich der initialen Untersuchung vorab verweigernden, Einrichtungen gegenüber der Thematik ambulanter Therapie forensischer Patienten kaum Interesse gezeigt. (Von 7 und damit etwa zwei Drittel, dieser nicht komplianten Einrichtungen war vorab bereits mitgeteilt worden, über keine ambulanten Therapieangebote zu verfügen.) Des weiteren offenbarte sich eine, in den nur bedingten Ressourcen und reduzierten versorgungsbezogenen Angeboten begründete, Vorabselektion an ambulanten Patienten.

6.3.11.2 Weitere Ausführungen zur Repräsentativität der Befunde

Infolge des gewählten Stichtages 01.01. des Jahres, ist es denkbar, daß die Anzahl untergebrachter MRVZ-Patienten geringfügig niedriger ausfiel, als zu einem anderen Zeitpunkt des Jahres. Zum Strafvollzug ist der Jahreswechsel als markante Zeitgrenze ein, in gewisser Weise bevorzugter Entlasstermin. Dies bestätigen Angaben des Statistischen Bundesamtes zu regulären Differenzen in der Belegung über Stichtagsuntersuchungen zum 01.01. und 31.03. im Verlauf des jeweiligen Jahres. Zum MRVZ, zu dem das Statistische Bundesamt auch jährliche Erhebungen zur Belegung mit den Stichtagen 01.01. / 01.12. und zwar zur reinen Anwesenheit der Person und solche, zum eingetragenen Status des Patienten zum 31.03., des jeweiligen Jahres durchführt. *(S. dazu auch die Tabelle zum Verlauf der Einweisungen in MRVZ in Kapitel ´Aktuelle Tendenzen` der vorliegenden Arbeit).* Die dbzgl. zu kalkulierende Schwankungsbreite zur Belegung der Einrichtungen ist jedoch für Fragestellungen der Untersuchung kaum und allenfalls eher zur Relation des Anteils stationärer versus ambulanter Patienten, relevant und scheint der, über die Einrichtungen dazu erfragten, Einschätzung zufolge, sofern überhaupt, wohl kaum mehr als 3 % ausmachen. Vorübergehend beurlaubte MRVZ-Patienten waren nach ihrem offiziellen Status als MRVZ-Patient eingestuft worden. Eine potentiell saisonal bedingte Schwankung der Patientenzahlen beträfe wenn, dann die Zahl der stationären Patienten.
In der eigenen Erhebung wurden grundsätzlich beide Gruppen, sowohl die, der stationären als auch die, der ambulanten Patienten zum selben Stichtag erfaßt und eingestuft. Mögliche geringfügige stichtagsbedingte Schwankungen wären im Hinblick auf die zentralen Fragestellungen und Repräsentativität der Stichprobe der hier vorgestellten Arbeit tolerierbar. Über die initiale Stichtagserhebung konnten zu Deutschland zu insg. 38 Einrichtungen mit N_s=3411 stationären und N_a=415 ambulanten Patienten (26 Einrichtungen) Daten eingebracht werden. Retrospektiv meldeten im Nachhinein und überhaupt erst 1997 erhältliche Daten des Statistischen Bundesamtes

Wiesbaden zu einem außerdem abweichenden Stichtag, dem 01.03. des jeweiligen betreffenden Jahres, für 1993 n_s=4096 untergebrachte MRVZ-Patienten zu den alten Bundesländern. Bei Gegenüberstellung der Daten sind bereits die unterschiedlichen Stichtage aber auch der völlig andere Erfassungsmodus für die, dem Statistischen Bundesamt als untergebrachte MRVZ-Patienten gemeldete und somit als solche gezählte, Patienten zu kalkulieren. Außerdem waren auch diejenigen Einrichtungen in den Zahlen des Statistischen Bundesamtes erfaßt, die ihre Teilnahme in der eigenen Erhebung verweigert hatten oder aus anderen Gründen nicht eingeschlossen wurden. Einbezogen wurden Delinquenten, die sich nach strafrichterlicher Einweisung einer Maßregel zu unterziehen haben und zwar zusätzlich zu ihrem Strafmaß oder ausschließlich nach § 64 oder § 63 StGB. Die Zahlen des Statistischen Bundesamtes wurden über die Meldungen der jeweiligen Landesämter zusammengetragen. Allerdings konnten letztlich weder die MRVZ-Einrichtungen, noch die Vertreter des Fachbereiches des Statistischen Bundesamtes, Näheres angeben zu den Kriterien, nach denen die Zahlenangaben erfolgten. Es scheint, daß in den Zahlen des *Statistischen Bundesamtes* der ´zahlende Status` als MRVZ-Patient erfaßt wurde, daß dbzgl. allem Anschein nach nur vorübergehend und dort damit v. a. auch die, zu diesem Zeitpunkt nach *§ 126 a StGB* und als Gutachtenspatienten Untergebrachten, nicht ausgegrenzt wurden. Daneben dürfen für die Angaben gegenüber den jeweiligen Ämtern und dem, damit einhergehenden, Entscheidungsprozeß, strukturpolitische und finanzielle Interessen der Institutionen nicht unterschätzt werden. Die, über die eigenen Untersuchungen rekrutierten, Angaben zur Zahl der stationären Patienten lagen meist über der offiziellen Bettenzahl der Einrichtungen und offenbarten - den ´Fast-Regelfall` - der Überbelegung.

7 Befunde zu den Gegebenheiten in Deutschland - initiale Erhebung und Folgeerhebungen 7-57
7.1 Initiale Erhebung 7-57
7.1.1 Stichprobe 7-57
7.1.2 Rücklauf 7-57
7.1.3 Kontaktierte MRVZ-Einrichtungen und Übersicht zu den, in die initiale Untersuchung einbezogenen und den, davon ausgeschlossenen Kliniken 7-57
7.2 Missing Data zur initialen Erhebung 7-59
7.2.1 Verweigernde Einrichtungen 7-59
7.2.1.1 Pauschale Verweigerung 7-59
7.2.1.2 Verweigerung aufgrund strukturbedingter Hindernisfaktoren 7-59
7.2.1.2.1 Nichtteilnahme begründet in fehlenden Kapazitäten v.a. im Fachpersonal resp. sonstigen unüberwindbaren Kapazitätsengpässen 7-59
7.2.1.2.2 Nichtteilnahme begründet in Schwierigkeiten der Datenrekrutierung 7-59
7.2.1.2.3 Einrichtungsinterne Differenzen zur Erfordernis ambulanter Versorgung 7-60
7.2.2 Bedingte resp. begrenzte Beteiligung an der Untersuchung 7-60
7.3 Übersicht zu den bundesweit erfaßten Einrichtungen und den, über diese erhobenen, stationären und ambulanten Patienten 7-60
7.3.1 Gesamtzahl der bundesweit rekrutierten stationären und ambulanten Patienten 7-60
7.3.2 Bundesweite Verteilung zu den jeweiligen Bundesländern 7-61
7.3.3 Übersicht der erfaßten Bundesländer 7-62
7.3.4 Regionale Disproportionalitäten 7-62
7.4 Formen ambulanter Behandlung und therapeutischer Nachsorge psychisch kranker Straftäter in Deutschland 7-62
7.4.1 Übersicht zu den angetroffenen ambulanten Behandlungsformen 7-62
7.4.1.1 Formen ambulanter Therapie: Bezugsgruppe: Stationäre Patienten 7-64
7.4.1.2 Formen ambulanter Therapie: Verteilung zur Gruppe der ambulanten Patienten 7-65
7.4.1.2.1 Patientenstichprobe 7-65
7.4.1.3 Außerdem aufgefundene Formen alternativer nichtstationärer Behandlung mit ambulantem Charakter 7-66
7.4.1.3.1 Rehabilitationsabteilung des offenen MRVZ 7-66
7.4.1.3.2 Anbindungen an universitäre Beratungsstellen 7-66
7.5 Verteilung zu Einweisungsgrundlagen nach §§ 63/ 64 StGB zu den beiden Gruppen der stationären und ambulanten Patienten 7-66
7.5.1 Besonderheiten zur Stichprobe 7-66
7.5.2 Verteilung nach § 63 StGB und § 64 StGB untergebrachter stationärer MRVZ-Patienten 7-67
7.5.3 Verteilung zuletzt nach § 63 StGB bzw. § 64 StGB untergebrachter und zu ihrer Einweisungsgrundlage erfaßter ambulanter Patienten 7-68
7.5.4 Zusammenfassende Bewertung 7-68
7.6 Altersstruktur 7-69
7.6.1 Intention der Fragestellung 7-69
7.6.2 Darstellung der Stichprobe und der Befunde der initialen Erhebung 7-69
7.6.3 Gegenüberstellung Altersverteilung der stationären versus der der ambulanten Patientengruppe 7-70
7.6.4 Zusammenfassende Bewertung o. g. Befunde hinsichtlich deren Bedeutung für eine prospektive ambulante Behandlungsführung unter zzgl. Einbeziehung anderweitiger wissenschaftlich fundierter Aussagen zum Faktor ´Alter` 7-70
7.7 Verteilung und Auswertung der Daten nach geschlechtsspezifischen Gesichtspunkten 7-72
7.7.1 Geschlechtsspezifische Verteilung zu den Stichproben 7-72
7.7.2 Diskussion der Ergebnisse der eigenen Befundlage unter Einbezug themennaher Befunde anderweitiger Erhebungen 7-72
7.7.3 Bisherige wissenschaftlich fundierter Aussagen zur ambulanten Therapie psychisch kranker Delinquenten unter Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Gesichtspunkte 7-73
7.7.4 Angaben zur Geschlechtszugehörigkeit der betreuenden bzw. behandelnden Person und deren behandlungsbezogene Relevanz 7-74
7.7.5 Zusammenfassung, Bewertung der Befunde im Hinblick auf eine prospektive ambulante Behandlungsführung unter Berücksichtigung anderweitiger wissenschaftlich fundierter Aussagen 7-74
7.8 Zufriedenheit und Bedarf zu Strukturen nichtstationärer ambulanter Versorgung 7-75
7.8.1 Fragestellung und Stichprobe 7-75
7.8.2 Zufriedenheit mit der Versorgung durch komplementäre Dienste 7-75
7.8.3 Geforderte komplementäre Einrichtungen 7-75
7.8.4 Zufriedenheit und Bedarf bzgl. der Zusammenarbeit mit der Bewährungshilfe / Führungsaufsicht 7-76
7.8.5 Bundesweite Verfügbarkeit von Wohngruppen für zu entlassende MRVZ-Patienten 7-76
7.8.6 Bedarf an angemessener nichtstationärer Versorgung 7-76
7.8.7 Zusammenfassende Bewertung der Erkenntnisse und v. a. der, zur Reziprozität von Bedarf und Angebot 7-76
7.9 Verbleib entlassener MRVZ-Patienten 7-78
7.9.1 Fragestellung und Erhebungsmodus 7-78
7.9.2 Stichprobe und Befunde 7-78
7.9.3 Zusammenfassende kritische Bewertung der Ergebnisse und deren Implikationen im Hinblick auf eine prospektive ambulante Behandlungsführung 7-79
7.10 Aufnahme- und Ausschlußkriterien 7-81
7.10.1 Ausschlußkriterien 7-81
7.10.1.1 Beschreibung der Stichprobe und Darstellung der Ergebnisse 7-81

7.10.2 Zusammenfassende Bewertung ... 7-81
7.10.3 Aufnahmebedingungen ... 7-82
7.10.3.1 Fragestellung, Erhebungsmodus und Stichprobe ... 7-82
7.10.3.2 Befunde ... 7-82
7.10.3.3 Anderweitig rekrutierte Faktoren mit Relevanz für den Entscheidungsprozeß zur Aufnahme in ambulante Behandlung ... 7-83
7.10.3.3.1 Wartegruppe bzw. Kennenlernphase für noch nicht bekannte Patienten als Instrument zur Patientenselektion ... 7-84
7.10.3.3.2 Aufnahme- und Ausschlußkriterien für eine -betreute- Wohngemeinschaft (WG) ... 7-84
7.10.3.4 Zusammenfassende Bewertung ... 7-85
7.11 Vormalige stationäre Verweildauer ambulanter Patienten ... 7-86
7.11.1 Intention der Fragestellung ... 7-86
7.11.2 Stichproben und Befunddarstellung ... 7-86
7.11.3 Zwischenbewertung ... 7-87
7.11.4 Vorausgegangene stationäre Verweildauer vordem nach § 63 StGB untergebrachter ambulanter Patienten – Zusammenschau zeitnah erhobener Daten eigener Untersuchungsbefunde und der Forensischen Institutsambulanz Gießen ... 7-87
7.11.5 Außerdem über den unstrukturierten offenen Antwortmodus rekrutierte Befunde ... 7-88
7.11.5.1 Einflußgrößen auf die Unterbringungszeit ... 7-88
7.11.5.1.1 Stationäre Aufenthaltsdauer als prognoserelevanter Informationsträger ... 7-89
7.11.5.1.2 Verkürzungen und darüber Einsparungen stationärer Unterbringungszeit durch alternative nichtstationäre Nach- und Versorgung und einem ambulantem Leistungsangebot im Besonderen ... 7-89
7.11.6 Diskussion anderweitig rekrutierter, thematisch relevanter Befundinhalte mit Entsprechungen, Ergänzungen, Bestätigungen, weiterführenden Angaben ... 7-90
7.11.7 Zusammenfassende Bewertung ... 7-91
7.12 Diagnose- und deliktbezogene Verteilungen bei stationären und ambulanten Patienten ... 7-92
7.12.1 Erfassung, Abbildung, Auswertung und Interpretation der Daten ... 7-92
7.12.1.1 Fragestellung ... 7-92
7.12.1.2 Stichproben – Ausgestaltung, Besonderheiten und Missing Data ... 7-92
7.12.1.3 Design - Möglichkeiten und Grenzen ... 7-92
7.12.1.4 Statistik ... 7-92
7.12.1.5 Mehrfachnennungen ... 7-92
7.13 Eingangsdelikte - Deliktbezogene Verteilung zu den Gruppen der stationären und ambulanten Patienten ... 7-93
7.13.1 Gesamtstichprobe und Besonderheiten ... 7-93
7.13.1.1 Deliktbezogene Befunde der stationären MRVZ-Patienten ... 7-94
7.13.1.1.1 Stichprobe ... 7-94
7.13.1.1.2 Kategoriale Verteilung ... 7-94
7.13.1.2 Deliktbezogene Befunde der ambulanten Patienten ... 7-94
7.13.2 Stichprobe ... 7-94
7.13.2.1 Kategoriale Verteilung ... 7-94
7.13.2.2 Vergleichende Gegenüberstellung und Interpretation der Verteilungsstrukturen ambulanter versus stationärer Patienten ... 7-94
7.13.2.3 Zusammenfassende Bewertung und Diskussion der deliktbezogenen Ergebnisse und deren besondere Bedeutung für die – prospektive - ambulante Versorgung und Behandlungsgestaltung ... 7-95
7.13.3 Eingangsdiagnosen - diagnosebezogene Verteilung zu den Gruppen der stationären und ambulanten Patienten ... 7-96
7.13.3.1 Operationalisierung der zugrunde gelegten Diagnosekategorien ... 7-96
7.13.3.2 Stichprobe, Fragestellung, Erhebungs- und Auswertungsmodus ... 7-96
7.13.3.3 Befunde zur diagnosebezogenen Verteilung ... 7-96
7.13.3.3.1 Diagnosebezogene Befunde der stationären MRVZ-Patienten ... 7-97
7.13.3.3.1.1 Stichprobe ... 7-97
7.13.3.3.1.2 Kategoriale Verteilung ... 7-98
7.13.3.3.2 Diagnosebezogene Befunde der ambulanten Patienten ... 7-98
7.13.3.3.2.1 Stichprobe ... 7-98
7.13.3.3.3 Kategoriale Verteilung ... 7-98
7.13.3.3.4 Vergleichende Gegenüberstellung und Interpretation der Verteilungsstrukturen ambulanter versus stationärer Patienten ... 7-98
7.13.3.3.5 Zunahme schwererer Störungsbilder ... 7-99
7.13.3.4 Regionale Unterschiede in der Verteilung der Störungsbilder ... 7-99
7.13.3.4.1 Bestätigende und weiterführende Informationen über nachträglich eingebrachte zeitgleich erhobene Daten eines gemeindenahen Modellprojektes ... 7-100
7.13.3.5 Zusammenfassende Bewertung und Diskussion der diagnosebezogenen Ergebnisse und deren besondere Bedeutung für die – prospektive - ambulante Versorgung ... 7-100
7.13.3.5.1 Methodenkritische Anmerkungen ... 7-100
7.13.3.5.2 Diagnosebezogene Selektionskriterien zur Überleitung in ambulante Behandlung ... 7-100
7.13.4 Übergreifende Bewertung und Diskussion der delikt- und diagnosebezogenen Befunde zu diversen Gesichtspunkten, Planung, Entwicklung und Ausgestaltung ambulanter Versorgung und Therapie ... 7-101
7.14 Suchterkrankungen ... 7-103
7.14.1 Stichprobe ... 7-103

7.14.2 Vergleichende Gegenüberstellung der Angaben zur Kategorie ´Suchterkrankung` als Eingangsdiagnose zu den Gruppen jeweils der stationären und ambulanten Patienten ... 7-103
7.14.2.1 Anteilige Repräsentanz der Eingangsdiagnose ´Suchterkrankung` ... 7-103
7.14.2.2 Verteilung nach Einweisungsgrundlagen zu §§ 64 und 63 StGB und der Eingangsdiagnose ´Suchterkrankung` ... 7-104
7.14.2.2.1 Verteilung nach § 64 und § 63 StGB eingewiesener und als ´suchtkrank` kategorisierter ambulante Patienten ... 7-104
7.14.2.2.2 Zunahme an schweren polytoxikomanen Störungen ... 7-105
7.14.3 Ambulante Versorgung vordem nach § 64 StGB untergebrachter Suchtpatienten ... 7-106
7.14.3.1 Unterschiede zwischen psychiatrischen, medikamentösen und psychotherapeutischen Hilfen im Hinblick auf Verfügbarkeit, Kompliance und Akzeptanz ... 7-106
7.14.3.2 Mangel an adäquatem Angebot und zureichender Strukturvorgabe ... 7-106
7.14.4 Behandlungsbezogene Besonderheiten, Parameter, bewährte und spezielle Zugangsformen und Probleme ... 7-106
7.14.4.1 Bedarf und Fähigkeit zur therapeutischen Anbindung seitens der Patienten ... 7-106
7.14.4.2 Erschwernisfaktor Komplexität der Störungsbilder ... 7-106
7.14.4.3 Berücksichtigung von Suchtfolgeschäden ... 7-107
7.14.4.4 Koordination der nachsorgenden Einrichtungen ... 7-107
7.14.4.5 Fachkompetente Versorgungsstrukturen und Gemeindenähe für Suchtpatienten ... 7-107
7.14.4.6 Unzulänglichkeiten in dem fachspezifischen Leistungsprofil und der therapeutischen Kontinuität von Beratungsstellen ... 7-107
7.14.4.7 Bedarf an komplementären und spezialisierten Übergangseinrichtungen wie Tagkliniken und Wohngemeinschaften ... 7-107
7.14.4.8 Wohngemeinschaftsformen – Erfahrungen und Entwicklungsprozesse ... 7-107
7.14.4.9 Erschwerte Anbindung komplexer Störungsbilder ... 7-107
7.14.4.10 Unterschiede in den versorgungsbezogenen Bedarfsstrukturen Alkohol- und Drogenkranker - spezielle Behandlungsprofile für nach § 64 StGB Untergebrachte ... 7-108
7.14.4.11 Kompetente nichtstationäre Versorgungsstrukturen für nach § 64 StGB untergebrachte Drogensüchtige ... 7-108
7.14.4.12 Therapeutische Probleme durch das Nebeneinander angeordneter Freiheitsstrafen und § 64 StGB ... 7-108
7.14.4.13 Einschätzung zur therapeutischen Erreichbarkeit ... 7-108
7.14.4.14 Einstellungen zur nichtstationären Versorgung ... 7-108
7.14.4.15 Bedarfs-, profil- und strukturbezogene Unterschiedlichkeiten nichtstationärer Behandlung nach § 63 versus § 64 StGB Untergebrachter ... 7-109
7.14.4.16 Konstanz in der Patient-Therapeut-Beziehung ... 7-109
7.14.4.17 Freiwillige ... 7-109
7.14.4.18 Forderung nach besseren gesundheits- und sozialpolitischen Vorgaben ... 7-109
7.14.4.19 Diskussion der Befunde unter ausgewählten Gesichtspunkten ... 7-110
7.15 Aufgabenbereiche ambulanter Betreuung ... 7-111
7.15.1 Erhebungsmodus, Stichprobe und Besonderheiten ... 7-111
7.15.2 Stichprobe ... 7-111
7.15.3 Befunddarstellung ... 7-111
7.15.3.1 Divergenzen zwischen geforderten und real praktizierten Funktionsbereichen ... 7-111
7.15.3.2 Zentrale Aufgabenbereiche der ambulanten Betreuung im Überblick ... 7-112
7.15.4 Erläuterungen zur Abbildung ... 7-113
7.15.4.1 Sozialpädagogische Betreuung i. S. der allgemeinen Nachsorge / Case Management ... 7-113
7.15.5 Strukturvorgaben und Versorgungskonzepte als Determinanten für Aufgaben- und Funktionszuweisungen ... 7-113
7.15.5.1 Als unabdingbar erkannte Funktionen - Zentrale und spezifizierte Funktionsbereiche ... 7-114
7.15.6 Spezifizierte funktionsbezogene Divergenzen einzelner der Versorgungsformen - exemplarisch dargestellt zu dem gemeindenahen Ansatz ... 7-115
7.15.7 Diskutierte Übereinstimmungen von den, aus den eigenen Befunden erkannten und andernteils aus den rechtlichen Bezügen zwischenzeitlich zu-erkannten Funktionszuschreibungen ... 7-116
7.15.8 Zusammenfassende Bewertung ... 7-116
7.16 Gründe dafür, daß ambulante Therapie nicht durchgeführt wurde ... 7-118
7.16.1 Stichprobe, Erhebungsmodus, Besonderheiten ... 7-118
7.16.2 Befunde dieser Fragestellung im Einzelnen ... 7-119
7.16.3 Zusammenfassung und Bewertung ... 7-120
7.17 Gründe für den Abbruch ambulanter Therapie ... 7-121
7.17.1 Stichprobe ... 7-121
7.17.2 Darstellung der Befunde ... 7-121
7.17.3 Konstellative Faktoren zum quantitativen und qualitativen Ausmaß des Rückfallgeschehens ... 7-121
7.17.4 Zusammenfassende Bewertung ... 7-122

7 Befunde zu den Gegebenheiten in Deutschland - initiale Erhebung und Folgeerhebungen

7.1 Initiale Erhebung

7.1.1 Stichprobe

Zu Deutschland konnten insg. zu 38 Einrichtungen mit N_s=3411 stationären und N_a=415 ambulanten Patienten (26 Einrichtungen) Daten retrospektiv über die initiale Stichtagserhebung 01.01.93 eingebracht werden.
Die vorliegende Verteilung verdeutlicht die regionalen Disproportionalitäten der Länder. Die ambulante therapeutische Versorgung der forensischen Patienten war regional unterschiedlich ausgestaltet. Die erfaßten MRVZ-Einrichtungen waren von unterschiedlicher Größenordnung. Insg. waren bundesweit alle zentralen MRVZ-Einrichtungen eingebracht worden. Die übrigen Institutionen bildeten dezentrale Einrichtungen oder integrierte forensische Abteilungen. Besonders markante Defizite zeigten sich in den neuen Bundesländern, zu denen wenig stationäre und sehr wenig ambulante Behandlungsplätze ausgewiesen wurden. Dies war auch dadurch zu erklären, indem die ehemalige DDR keinen MRVZ kannte und damit i.d.R. weitestgehend keine speziell forensischen Kliniken zur Behandlung psychisch kranker Rechtsbrecher bestanden hatten.

7.1.2 Rücklauf

Erwartungsgemäß konnten nicht alle Fragestellungen über Antworten komplett abgedeckt bzw. nicht zu allen Fragestellungen die Daten vollständig erfaßt werden. Allerdings zeichnete sich die deutsche Untersuchung aus durch eine hohe Responderquote mit 38 antwortenden Einrichtungen und einem anteiligen Rücklauf von 82.61 % zu 46 angeschriebenen Einrichtungen [1].

7.1.3 Kontaktierte MRVZ-Einrichtungen und Übersicht zu den, in die initiale Untersuchung einbezogenen und den, davon ausgeschlossenen Kliniken

Im folgenden sind ist die Gesamtheit aller Einrichtungen aufgeführt, die zur Teilnahme an der Untersuchung kontaktiert und angeschrieben worden waren.
Die angeschriebenen Einrichtungen waren aus dem Katalog der forensischen Einrichtungen für MRVZ-Patienten des *Arbeitskreis der Leiter der Forensischen Kliniken Deutschlands (damalige Leitung Müller Isberner)* übernommen worden.
Die folgende Aufstellung beinhaltet eine Übersicht zu den psychiatrisch-forensischen Einrichtungen, die in die Untersuchung einbezogen und zu denen, die nicht integriert werden konnten: Zu den mit ´*` gekennzeichneten, Einrichtungen waren deren Daten in die Erhebung einbezogen worden. Die ´•`markierten Einrichtungen waren Bestandteil der Gesamtstichprobe der Erhebung. Ihre Daten waren in die Untersuchung einbezogen bzw. zu deren Kontext genutzt worden. Nicht der Fall war dies bei den mit ´-` gekennzeichneten Einrichtungen: Diese hatten nicht an der Erhebung teilgenommen.

[1] Je nachdem, ob die Einrichtungen zu *Viersen* mit nach *§ 63 StGB* und die mit *nach § 64 StGB* untergebrachten Patienten als 2 Einheiten oder aber 1 Komplex gewertet werden, betrug die Rücklaufquote entweder von 82.61 % bei 46 bzw. 84.44 %, bei 45 zugrunde gelegten angeschriebenen Einrichtungen. Im weiteren wird numerisch von 46 angeschriebenen Einrichtungen ausgegangen.

Tab. 1: Übersicht aller angeschriebenen Einrichtungen mit Unterteilung zu solchen, die in die Untersuchungen einbezogen wurden und solchen, die nicht teilnahmen

Landesnervenklinik Alzey, Dautenheimer Landstraße 66, 55232 Alzey, Abteilung Forensische Psychiatrie	Rheinland Pfalz
BKH Ansbach, Feuchtwangerstraße 38, 91522 Ansbach	Bayern*
Landesnervenklinik Andernach, Abteilung Forensische Psychiatrie, Am Nettegut 2, 56575 Weissenthurm	Rheinland Pfalz*
BKH Oberfranken, Bereich MRVZ des Nervenkrankenhauses, Cottenbacherstraße 23, 95445 Bayreuth	Bayern*
Rheinische Landesklinik Schmelenheide 1, 47551 Bedburg-Hau, Abteilung Forensische Psychiatrie	Nordrhein Westfalen
LKH für Psychiatrie und Neurologie Bernburg, MRVZ-Einrichtung gemäß § 64 StGB, Olga-Benario-Straße 16-18, 06406 Bernburg	Sachsenanhalt*
Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik I., Abteilung für Forensische Psychiatrie, Oranienburgerstraße 285, 13437 Berlin (West) 26	Berlin*
Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik II., Abteilung für Forensische Psychiatrie, Oranienburgerstraße 285, 13437 Berlin (West) 26	Berlin*
Klinikum Berlin Buch, Psychiatrische Klinik, Karower Straße 11, 13126 Berlin (Ost)	Berlin*
Rheinische Landesklinik Bonn, Kaiser-Karl-Ring 20, 53111 Bonn	Nordrhein-Westfalen
ZKH Bremen-Ost, Medizinischer Bereich Forensische Psychiatrie, Züricherstraße 40, 28325 Bremen	Hansestadt Bremen*
Rheinische Landesklinik Düren, Abteilung Forensische Psychiatrie, Meckerstraße 15, 52353 Düren	Nordrhein-Westfalen*
BKH Erlangen, Am Europakanal 71, 91056 Erlangen	Bayern*
Psychiatrisches LKH Emmendingen, Fachbereich Forensische Psychiatrie, Postfach, 79312 Emmendingen	Baden-Württemberg*
BKH Gabersee, Forensische Psychiatrie, 83512 Reitmehring, Wasserburg/Inn	Bayern*
Niedersächsisches LKH Göttingen, Rosdorfer Weg 70, 37081 Göttingen	Niedersachsen*
BKH Günzburg, Fachkrankenhaus für Psychiatrie, Neurologie, Neurochirurgie, Postfach 1162, 89312 Günzburg (Donau)	Bayern
BKH Haar, Abteilung für Forensische Psychiatrie, Vockestraße 2, 85540 Haar	Bayern*
Psychiatrisches Krankenhaus Hadamar, Abteilung für Forensische Psychiatrie, Mönchberg 8, 65589 Hadamar	Hessen*
Klinik für Gerichtliche Psychiatrie Haina, Landeswohlfahrtsverband 35114 Haina Kloster mit der Außenstelle: Licherstraße 106, 35394 Gießen	Hessen*
Westfälische Klinik Schloß Haldem FKH für Suchtkranke, Haldem 201, 32351 Stemwede 2	Niedersachsen*
Allgemeines Krankenhaus Ochsenzoll, Abteilung für Forensische Psychiatrie, Langehorner Chaussee 560, 22419 Hamburg	Hansestadt Hamburg*
BKH Kaufbeuren, Bereich Forensische Psychiatrie, Postfach 1143, 87571 Kaufbeuren	Bayern*
Psychiatrisches LKH Reichenau, Bereich Forensische Psychiatrie, Postfach 3000, 78479 Konstanz	Baden-Württemberg*
Rheinische Landesklinik Langenfeld, Abteilung Psychologie II, Kölner Straße 82, 40764 Langenfeld	Rheinland Pfalz*
Westfälisches Therapiezentrum für Forensische Psychiatrie Lippstadt, Postfach 6100, 59556 Lippstadt	Nordrhein-Westfalen*
KHS für Psychiatrie und Neurologie des Bezirks Unterfranken in Lohr a. M., Am Sommerberg, 97816 Lohr a. M.	Bayern*
Westfälisches Therapiezentrum Bilstein, Mühlenstraße 26, 34431 Marsberg 1	Nordrhein Westfalen
BKH Mainkofen, Mainkofen Haus Nr.28, 94469 Deggendorf	Bayern*
LKH Merzig, Trierer Straße 148, 66663 Merzig, Abteilung für Forensische Psychiatrie	Saarland
Niedersächsisches LKH Moringen, Mannenstraße 29, 37186 Moringen	Niedersachsen*
BKH Parsberg II, Pfarrer Fischer Straße 8, 92331 Parsberg/ Oberpfalz	Bayern*
BKH Regensburg, Universitätsstraße 84, 93042 Regensburg	Bayern*
Fachklinik Bad Rehburg, Niedersächsisches LKH Wunstorf, Friedrich-Stollberg-Allee 5, 31547 Rehburg-Loccum 3	Niedersachsen
Psychiatrisches LKH Schussenried, Postfach 25, 88427 Bad Schussenried	Baden-Württemberg*
Fachkliniken für Psychiatrie, Neurologie und Rehabilitation, Forensische Abteilung, Am Damm 1, 24837 Schleswig	Schleswig Holstein*
BKH Klinik für Forensische Psychiatrie, Rostocker Chaussee, 18437 Stralsund	Mecklenburg Vorpommern*
BKH Straubing, Forensisch-Psychiatrische Klinik, Lerchenhaid 32, 94315 Straubing	Bayern*
PLK Weissenau, Abtl. Psychiatrie I der Universität Ulm, Bereich Forensische Psychiatrie, Weingartshoferstraße 2, 88214 Ravensburg-Weißenau	Bayern*
LKH Uchtspringe Altmark, MRVZ-Abteilung, Vinzelberg 221, 39599 Uchtspringe	Sachsenanhalt*
Rheinische Landesklinik Viersen, Psychiatrie, Neurologie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Johannistr.70, 41749 Viersen 12 (nur § 63StGB)	Nordrhein-Westfalen*
Rheinische Landesklinik Viersen, Abteilung Forensische Psychiatrie, Johannistr.70, 41749 Viersen 12 (nur § 64 StGB)	Nordrhein-Westfalen*
Krankenhaus für Psychiatrie und Psychotherapie (BKH) Schloß Werneck, Balthasar-Neumann-Platz1, 97440 Werneck	Bayern*
Psychiatrisches LKH Wiesloch, Behandlungszentrum für forensische Psychiatrie, 69118 Wiesloch	Baden-Württemberg*
Niedersächsisches LKH Brauel, Fachklinik für Drogenabhängige, 27404 Zeven-Brauel	Niedersachsen
Psychiatrisches LKH Zwiefalten, Hauptstraße 9, 88529 Zwiefalten	Baden-Württemberg

Legende:´BKH`: Bezirkskrankenhaus; ´FK`: Fachklinik; ´FKH`: Fachkrankenhaus; ´KHS`: Krankenhaus; ´LKH`: Landeskrankenhaus; ´PLK`: Psychiatrische Landesklinik; ´ZKH`: Zentralkrankenhaus; ´*•`:Einrichtungen die Bestandteil der Gesamtstichprobe der Erhebung waren und deren Daten in die Untersuchung einbezogen wurden. ´-`:Einrichtungen die nicht an der Erhebung teilnahmen

7.2 Missing Data zur initialen Erhebung

7.2.1 Verweigernde Einrichtungen

Von den angeschriebenen Einrichtungen verweigerten insg. folgende –9- Kliniken ihre Mitwirkung an der Erhebung vollkommen:

- *Landesnervenklinik Alzey (Rheinland Pfalz)*
- *Fachklinik für Drogenabhängige Zeven-Brauel (Niedersachsen)*
- *Rheinische Landesklinik Bedburg-Hau (Nordrhein Westfalen)*
- *Niedersächsisches Landeskrankenhaus, Fachklinik Bad Rehburg Wunstorf*
- *Rehburg-Loccum (Niedersachsen)*
- *Westfälisches Therapiezentrum Bilstein Marsberg (Nordrhein Westfalen)*
- *Fachkrankenhaus für Psychiatrie, Neurologie, Neurochirurgie Günzburg (Bayern)*
- *Rheinische Landesklinik Bonn (Nordrhein Westfalen)*
- *Landeskrankenhaus Merzig (Saarland)*
- *Psychiatrisches Landeskrankenhaus Zwiefalten (Baden Württemberg).*

Als Beweggründe der Nichtteilnahme ließen sich als zentrale Schwerpunkte zum einen problematische strukturelle Bedingungsfaktoren oder schlichtweg pauschale Verweigerung, herausbilden.

7.2.1.1 Pauschale Verweigerung

Pauschal und ohne nähere Angaben hatten 2 Einrichtungen verweigert. Es handelte sich dabei um die *Niedersächsische Fachklinik für Drogenabhängige Brauel (LKH Brauel, Zeven-Brauel),* die i. Ü. als einzige der kontaktierten Kliniken bereits im Erstkontakt, noch vor Erhalt der schriftlichen Anfrage, eine Mitarbeit definitiv ausgeschlossen hatte und die *Rheinische Landesklinik, Abteilung Forensische Psychiatrie, Bedburg-Hau, Nordrhein Westfalen.*

7.2.1.2 Verweigerung aufgrund strukturbedingter Hindernisfaktoren

Nichtteilnahmen, die primär durch strukturelle Faktoren bedingt waren, ließen sich nach Analyse zum Einzelfall entscheidend in folgenden Faktoren begründen:

- unzureichenden, zeitlichen, finanziellen und personalen Kapazitäten,
- unüberwindbaren personalen Engpässen, einem fehlenden bzw. unzureichend ausgebildeten Fachpersonal,
- defizitären oder fehlenden zeitlichen, finanziellen und personalen Kapazitäten,
- unüberwindbaren Schwierigkeiten bei der Rekrutierung der Daten und
- außerdem anderweitigen Hindernisfaktoren, wie internen Differenzen.

7.2.1.2.1 Nichtteilnahme begründet in fehlenden Kapazitäten v.a. im Fachpersonal resp. sonstigen unüberwindbaren Kapazitätsengpässen

Aufgrund unüberwindbarer Kapazitätsengpässe, fehlender Kapazitäten und insb. personaler Engpässe an v.a. Fachpersonal, verweigerten 2 Kliniken ihre Mitarbeit *[FKH für Psychiatrie, Neurologie, Neurochirurgie Günzburg (Bayern), Westfälisches Therapiezentrum Bilstein Marsberg (NRW)]*.

7.2.1.2.2 Nichtteilnahme begründet in Schwierigkeiten der Datenrekrutierung

Als primär ausschlaggebend für die Entscheidung, sich nicht an der Untersuchung zu beteiligen, wurden von 5 Einrichtungen insbesondere auch Probleme der Datenrekrutierung als unüberwindbare strukturelle Hindernisfaktoren genannt. Die hauptsächlichen Ursachen lagen dabei entweder in einer statistisch nicht ausreichend zugängigen Dokumentation der Patientendaten oder erheblichen Rekrutierungserschwernissen wenn forensische Patienten über verschiedene Stationen des Psychiatrischen Krankenhauses verteilt waren.

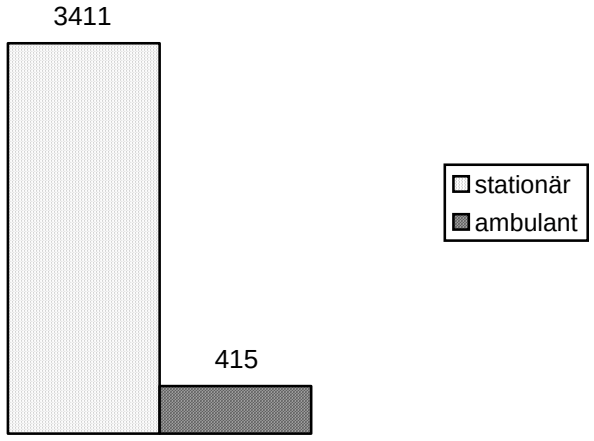
- *Landesnervenklinik Alzey, Abteilung Forensische Psychiatrie, Rheinland Pfalz*
- *Fachklinik Bad Rehburg, Niedersächsisches LKH Wunstorf, Niedersachsen*
- *Rheinische Landesklinik Bonn, Nordrhein Westfalen*
- *Landeskrankenhaus Merzig, Abteilung für Forensische Psychiatrie, Saarland*
- *Psychiatrisches Landeskrankenhaus Zwiefalten, Baden Württemberg.*

7.2.1.2.3 Einrichtungsinterne Differenzen zur Erfordernis ambulanter Versorgung

Für zwei der, ihre Mitarbeit verweigernden, Einrichtungen schienen interne Differenzen zur Handhabung ambulanter Behandlungsansätze die eigentliche und entscheidende Ursache dafür gewesen zu sein, daß die Einrichtung letztlich nicht an der Untersuchung teilnahm.

7.2.2 Bedingte resp. begrenzte Beteiligung an der Untersuchung

Grundgesamtheit:
Patienten stationär und ambulant



Folgende Einrichtungen hatten sich an der Erhebung eher bedingt beteiligt, weshalb zu diesen nur über Rahmendaten verfügt werden konnte:

- *PLK Weißenau, Abtl. Psychiatrie I, Universität Ulm, Ravensburg-Weißenau*
- *BKH Erlangen, Nervenkrankenhaus, Bayern*
- *BKH Oberfranken Bereich MRVZ Bayreuth, Bayern*
- *BKH Ansbach Bayern.*

7.3 Übersicht zu den bundesweit erfaßten Einrichtungen und den, über diese erhobenen, stationären und ambulanten Patienten

7.3.1 Gesamtzahl der bundesweit rekrutierten stationären und ambulanten Patienten

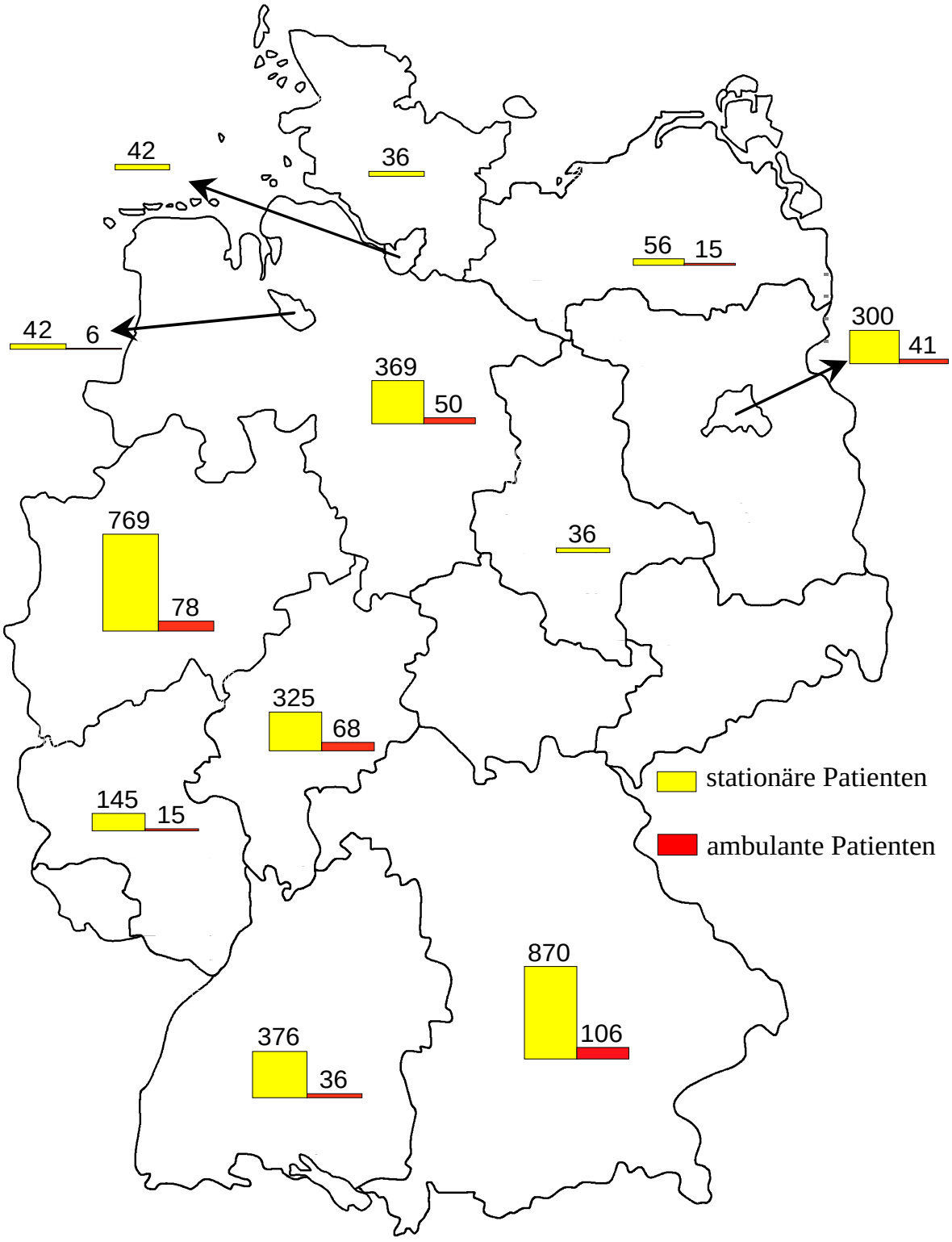
Bezug: Gesamtzahl forensischer Einrichtungen: n_e=38
Anzahl stationärer MRVZ-Patienten N_s=3411 (38 Einrichtungen);
Anzahl ambulanter forensischer Patienten N_a=415 (26 Einrichtungen)

Abb. 2: Gesamtzahl der insg. bundesweit rekrutierten stationären und ambulanten Patienten

Insgesamt konnten zu 38 Einrichtungen mit 3411 stationären und 415 ambulanten Patienten (26 Einrichtungen) Daten erhoben werden.
Primäres Erhebungsinstrument war das eines Fragebogens mit quantitativ und qualitativ ausgerichtetem Erfassungsmodus.
Nicht zu allen der 38 Einrichtungen lagen zu den Fragestellungen durchgängig Angaben vor. So boten 2 der Einrichtungen *(Ansbach, Bayreuth)* außer den Rahmendaten zum Anteil ihrer stationären und ambulanten Patienten und Bedarf an ambulanter Behandlung, keine weiteren Angaben, eine andere Einrichtung *(Weissenau)* verweigerte sämtliche quantitativen Angaben.
Zum weiteren Procedere wurde zu jedem, der, im Weiteren abgehandelten, Schwerpunktthemen die jeweilige Anzahl der Einrichtungen ausgewiesen, die sich dazu eingebracht hatten.

7.3.2 Bundesweite Verteilung zu den jeweiligen Bundesländern

Die Verteilung gestaltete sich zu den jeweiligen Bundesländern wie folgt:



Bezug: Gesamtzahl forensischer Einrichtungen: n_e=38;
Anzahl stationärer MRVZ-Patienten N_s=3411 (38 Einrichtungen);
Anzahl ambulanter forensischer Patienten N_a=415 (26 Einrichtungen)

Abb. 3: Bundeslandbezogene Verteilung

7.3.3 Übersicht der erfaßten Bundesländer

Es konnten zu folgenden Bundesländern Daten erhoben werden:

- *Baden-Württemberg (B-W)*
- *Bayern (Bayr): Nordbayern und Südbayern*
- *Bremen (Bre)*
- *Hamburg (Hbg)*
- *Hessen (Hess)*
- *Niedersachsen (Nds)*
- *Nordrhein-Westfalen (NW)*
- *Rheinland-Pfalz (RhPf)*
- *Schleswig Holstein (Schl-Holst.)*
- *Berlin (Bln): West- und Ostberlin*
- *Mecklenburg - Vorpommern (MeVo)*
- *Sachsenanhalt (SaAn)*

Von den bestehenden Bundesländern war zur Gruppe der alten, keine Einrichtung des *Saarlandes (Saar)* [2] und zu der, der neuen keine zu *Thüringen (Thü)* und *Sachsen (Sachs)* vertreten gewesen.

7.3.4 Regionale Disproportionalitäten

Die erfaßten MRVZ-Einrichtungen waren von unterschiedlicher Größenordnung: Insgesamt wurden bundesweit alle zentralen MRVZ-Einrichtungen eingebracht. Die übrigen Institutionen bildeten dezentrale Einrichtungen oder integrierte forensische Abteilungen. Die vorliegende Verteilung verdeutlichte die regionalen Disproportionalitäten der Länder. Im Hinblick auf die regionale Verteilung ambulanter therapeutischer Versorgung forensisch-psychiatrischer Patienten bot sich ein eher heterogenes Bild: Die ambulante therapeutische Versorgung war regional unterschiedlich ausgestaltet. Besonders markante Defizite zeigten sich in den neuen Bundesländern, zu denen wenig stationäre und kaum ambulante Behandlungsplätze ausgewiesen worden waren.
Letzteres war auch dadurch zu erklären, daß die ehemalige DDR keinen MRVZ kannte und damit i.d.R. keine speziell forensischen Kliniken zur Behandlung psychisch kranker Rechtsbrecher gegeben waren. *(S. entspr. Beitrag zum Stand der ambulanten Versorgung der neuen deutschen Bundesländer).*
Es hatte sich gezeigt, daß die Repräsentanz nichtstationärer Versorgungsalternativen von Bundesland zu Bundesland sehr unterschiedlich ausfiel und außerdem von Einrichtung zu Einrichtung verschieden gehandhabt werden konnte.

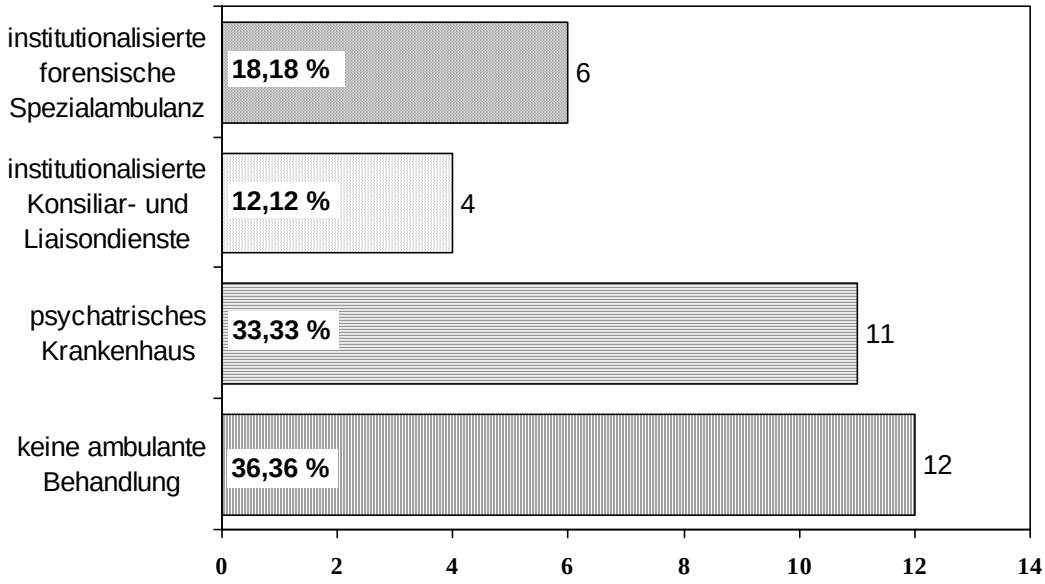
7.4 Formen ambulanter Behandlung und therapeutischer Nachsorge psychisch kranker Straftäter in Deutschland

7.4.1 Übersicht zu den angetroffenen ambulanten Behandlungsformen

Obschon die Organisation und Ausformung ambulanter Behandlungsansätze unterschiedliche Ausgestaltungen aufwiesen und viele Einrichtungen in dieser Hinsicht ihren eigenen Weg verfolgten, konnten die Vorgehensweisen ambulanter Behandlung im Überblick kategorisiert und in bezug auf die verschiedenen Zugangsweisen gruppiert und insg. vier Kategorien bestimmt werden: Demzufolge kristallisierten sich folgende Grundstrukturen als Formen ambulanter therapeutischer Versorgung heraus, denen 33 Einrichtungen mit n_s=3209 stationären und n_a = 395 ambulanten Patienten zu 26 dieser Einrichtungen zugeordnet werden konnten.

[2] fehlende patientenbezogene Angaben der *MRVZ-Einrichtung Merzig*.

Verteilung der ambulanten Behandlungsformen



Bezugsgruppe: n_e*=33 MRVZ-Einrichtungen*

Abb. 4 : Ambulante Behandlungsformen

- Sechs Kliniken (18.2 % aller –33- kategorial erfaßten Einrichtungen) verfügten über eine institutionalisierte forensische Spezialambulanz. Dies sind Forensische Institutsambulanzen die, an die jeweiligen MRVZ-Einrichtungen angegliedert, gezielt und ausschließlich zum Zweck der ambulanten Versorgung und Nachsorge forensischer Patienten eingerichtet worden waren.
- Vier weitere forensische Kliniken (12.1 % der kategorisierten Institutionen) wiesen gut organisierte ambulante gemeindenah ausgerichtete, Konsiliar- und Liaisondienste aus, die zum damaligen Zeitpunkt noch als Modellprojekte [3] liefen, wobei 1 dieser Einrichtungen den neuen deutschen Bundesländern angehörte. Die Schwerpunkte dieser Form der Versorgung lagen in der Vernetzung regionaler Versorgungsangebote, Organisation externer Therapieplätze, Patientenvermittlung, Beratung der behandelnden niedergelassenen Therapeuten. Daneben wurden i. d. R. auch angeboten: Supervision der Behandlung und falls nötig, Krisenintervention; fallweise sicherten solche Dienste auch Rechtsbeistand zu sowie die Bereitstellung eines Krankenhausbettes bei gefährdeten oder risikoreichen Patienten. Zusammen waren zum Stichtag der Untersuchung in den Kliniken dieser beiden Gruppen 52.6 % der stationären Patienten untergebracht und 58.4 % der ambulanten Patienten gut versorgt.
- 11 weitere forensische Institutionen (33.3 % aller zu ihren Formen erfaßten –33- Einrichtungen der Gesamtgruppe) behalfen sich mit inoffiziellen Regelungen, indem ambulante Therapien im Rahmen der Ambulanz des dazugehörigen psychiatrischen Krankenhauses oder durch Therapeuten (Ärzten/ Psychologen) der Klinik durchgeführt wurden (´graue Ambulanz`). Allerdings hatten zwei Drittel dieser Gruppe ihr ambulantes Behandlungsangebot als insuffizient bewerteten.
- 12 forensische Institutionen (36.4 % aus der Gruppe o. g. kategorisierter Einrichtungen mit 18.2 % von deren stationären Patienten) führten keinerlei ambulante Therapie durch.

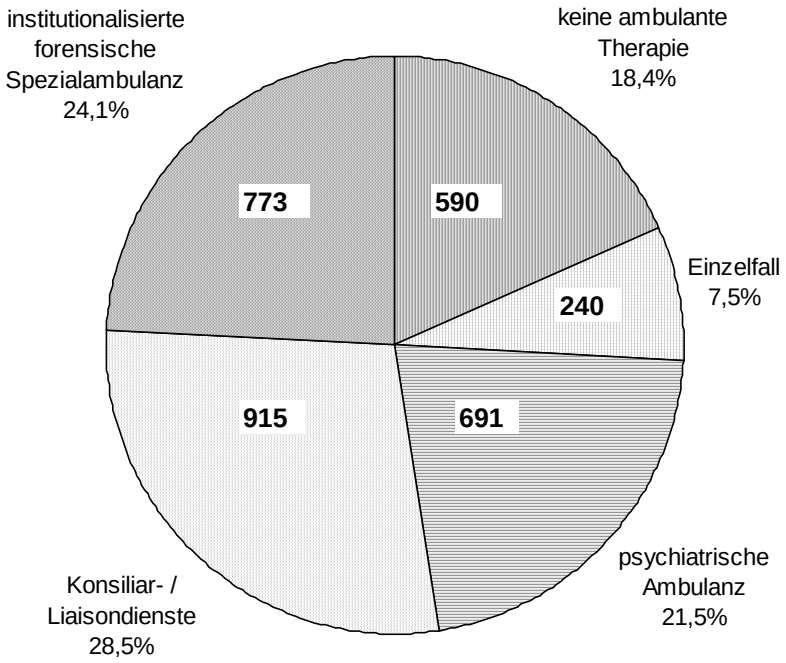
Auf die spezifischen konzeptionellen Besonderheiten der jeweiligen Zugangsformen ambulanter Betreuung wird im weiteren Verlauf dieser Arbeit noch näher eingegangen. Zudem werden einzelne Ambulanzformen exemplarisch vorgestellt und unter v.a. auch konzeptionellen Gesichtspunkten differenziert.

[3] Einrichtungen dieser Art waren zu *Düren, Moringen, Lippstadt Eickelborn und Stralsund* zum Zeitpunkt der Untersuchung im Modellverbund *„Ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung des Bundesministeriums für Gesundheit"* repräsentiert.

7.4.1.1 Formen ambulanter Therapie: Bezugsgruppe: Stationäre Patienten

Um die ambulante Versorgungssituation adäquat abzubilden, wurden zu den jeweiligen Formen der ambulanten Versorgung jeweils die Anzahl der, in den korrespondierenden Einrichtungen untergebrachten, stationären MRVZ-Patienten zugeordnet:

Formen ambulanter Therapie - Bezugsgruppe stationäre Patienten



Bezugsgruppe:
n_s = 3209 stationäre Patienten zu n_e = 33 MRVZ-Einrichtungen mit n_a = 395 ambulanten Patienten zu n_e = 29 dieser Einrichtungen

Abb. 5: Formen ambulanter Therapie: Bezugsgruppe: stationäre Patienten

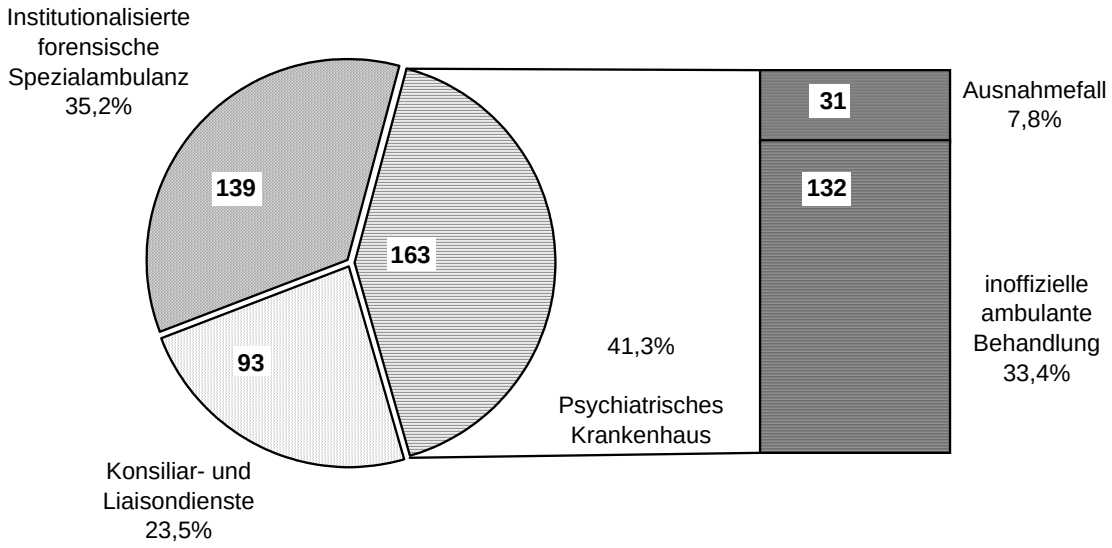
In den 6 Kliniken (18.8 % der kategorisierten 33 Institutionen) mit assoziierter institutionalisierter forensischer Spezialambulanz waren insg. 24.1 % (n_s=773) der stationären MRVZ-Patienten untergebracht gewesen. Forensische Einrichtungen mit angebundenen gut organisierten ambulanten Konsiliar- und Liaisondiensten (4), versorgten insg. 28.5 % (n_s=915) der stationären MRVZ-Patienten.
Die 11 Einrichtungen, die ambulante Therapie über das dazugehörige psychiatrische Krankenhaus angebunden an die psychiatrische Ambulanz und/ oder weitergeführt durch Therapeuten (Ärzte/ Psychologen) der Klinik, realisierten, betreuten 21.5 % (n_s=931) der stationären Patienten der Stichprobe.
Dagegen wiesen immerhin 12 Einrichtungen und damit 36.4 % der o. g. Stichprobe an 33 Institutionen mit n_s=590 und damit zu 18.2 % der, in der o. g. Stichprobe erfaßten, stationären MRVZ-Patienten kein und auch kein potentielles ambulantes Versorgungsangebot aus.

7.4.1.2 Formen ambulanter Therapie: Verteilung zur Gruppe der ambulanten Patienten

7.4.1.2.1 Patientenstichprobe

Betrachtet man diese Verteilung im Hinblick auf die Anzahl der, diesen Kategorien zuzuordnenden ambulanten Patienten, so bot sich schließlich folgendes Bild:

Ambulante Patienten: Verteilung der Behandlungsformen



Bezugsgruppe: n_a = 395 ambulante Patienten aus n_e = 29 von insg. 33 MRVZ- Einrichtungen

Abb. 6: Formen ambulanter Behandlung und deren jeweiliger Anteil an ambulanten Patienten

35.2 % (n_a=139) aller, zu ihren Behandlungsformen kategorial erfaßten, ambulanten Patienten wurden über institutionalisierte Spezialambulanzen geführt. Etwas weniger als ein Viertel der Gruppe der ambulanten Patienten (23.5 %, n_a=93) wurden im Rahmen der gemeindenah ausgerichteten Konsiliar- und Liaisondienste betreut. 41.3 % (n_a=163) der Gesamtzahl der ambulanten Patienten wurden über das Kontingent der jeweiligen psychiatrischen Krankenhäuser behandelt, wobei die Patienten über die jeweiligen Ambulanzen oder durch angestellte (und des Öfteren deren vormaligen) Therapeuten der Klinik überwiegend informell weiter behandelt wurden. Zwei Drittel dieser Gruppe äußerten dezidiert Unzufriedenheit mit dieser Form der Versorgung, bezeichneten das eigene ambulantes Behandlungsangebot als insuffizient und forderten eine geregelte ambulante Versorgung. Diese Einrichtungen sahen sich i.d.R. gezwungen, extrem zu selektieren und konnten nur die dringlichsten Patienten aufnehmen[4]. Zu einer Untergruppe von 19 % konnte nur im sehr seltenen Ausnahmefall eine ambulante Behandlung ermöglicht werden. Als Subgruppe versuchten einige der Einrichtungen -in quantitativ und qualitativ- unterschiedlichem Ausmaß über einer Art ´graue forensische Ambulanz` die notwendigste ambulante Nachsorge ihrer Patienten sicherzustellen. Praktiziert wurde dies v.a. über eine gut integrierte, als fundiert zu bezeichnende, forensisch therapeutisch definierte Zusammenarbeit mit den Ambulanzen der Allgemeinpsychiatrie.
Das Verhältnis zwischen stationären und ambulanten Patienten in den verschiedenen Einrichtungen ergab, daß vorzugsweise größere bzw. zentrale Institutionen für ihre Patienten eine spezialisierte forensische Ambulanz aufgebaut hatten, entgegen dem Großteil der kleineren Einrichtungen, welche eine solche Entscheidung noch nicht getroffen hatten. Die Patienten der letztgenannte Gruppe waren es dann auch, die, jedoch in sehr unterschiedlichem quantitativen und qualitativem Ausmaß, häufig von der Poliklinik eines psychiatrischen Gesamtkrankenhauses mitbetreut wurden.

[4] Diese Einrichtungen benannten auch potentiell einen weitaus höheren Bedarf an ambulanter therapeutischer Versorgung.

7.4.1.3 Außerdem aufgefundene Formen alternativer nichtstationärer Behandlung mit ambulantem Charakter

7.4.1.3.1 Rehabilitationsabteilung des offenen MRVZ

Offener MRVZ impliziert alltagsbezogene und damit extramurale Erprobungen und wies zwar nicht offiziell doch in der praktischen Ausformung Anteile ambulanter Behandlungsführung aus bzw. konnte bei der angetroffenen Rechtslage im Zusammenhang mit Langzeitbeurlaubungen in Anteilen ambulanter Patientenführung gleichkommen.
Im Hinblick auf deren ambulante Nachsorge ergab sich zu einer eingebrachten Einrichtung eine Sonderstellung. Diese wies zwar keine offiziell deklarierte forensische Institutsambulanz aus, verfügte jedoch über eine differenziert ausgestaltete Rehabilitationsabteilung, über welche sie einem beträchtlichen Bestand an Patienten (n_a=34) ambulante rehabilitative Behandlungsmaßnahmen und Hilfen zur Rehabilitation anbot. Das Angebot umfaßte sowohl gezielte Therapieprogramme zur alltagsbezogenen Integration und Überwindung der Suchterkrankungen, soziale Dienste und externe Beratungsleistungen über Mitarbeiter der Rehabilitationsabteilung als Experten. Behandlungsbezogene Besonderheiten und aussagekräftigen Erfahrungen dieser Einrichtung sollen im Folgetext aufgegriffen werden.
Auch *Göttingen* hatte über seine Abteilung im offenen MRVZ berichtet. In der Abfrage nach ambulanten Versorgungsformen ist die Einrichtung in den Befunden der vorgestellten bundesdeutschen Untersuchung kategorial über ihre Institutsambulanz repräsentiert, die in der Praxis mit dem offenen MRVZ der Einrichtung koordiniert ist.

7.4.1.3.2 Anbindungen an universitäre Beratungsstellen

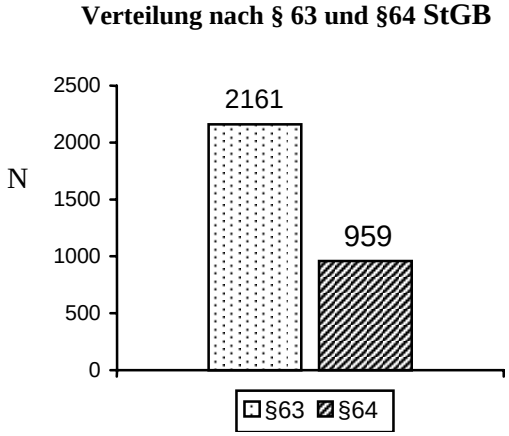
Zu zwei Fällen wurden supervisorische Anbindungen an die entspr. Universitäten genannt, wobei diese Möglichkeit zur Supervision nur sehr vereinzelt vorgenommen wurde. In einem der beiden Fälle wurde diese Möglichkeit als Ersatzfunktion anstelle der Unterstützung durch eine als fehlend ausgewiesene, Ambulanz deklariert *(Schussenried / Uni Tübingen)*. Zu dem anderen Fall lag dieser Maßnahme ein dezidiertes Bewußtsein um die Erfordernis einer expertengeleiteten Supervision zugrunde nachdem außer dieser universitären Anbindung bereits eigene Ambulanzstrukturen *(Göttingen)* mit allerdings inoffiziellem Charakter existierten.

7.5 Verteilung zu Einweisungsgrundlagen nach §§ 63/ 64 StGB zu den beiden Gruppen der stationären und ambulanten Patienten

7.5.1 Besonderheiten zur Stichprobe

In der Frage der Gegenüberstellung der jeweiligen Anteile der stationären versus der, der ambulanten nach § 63 StGB bzw. § 64 StGB untergebrachten, Patienten waren grundlegend solche Kliniken gewählt worden, bei denen sowohl zur Gruppe der stationären als auch der, der ambulanten Patienten, Angaben zu deren letzter Einweisungsgrundlage bestanden. Die Gegenüberstellung der entsprechenden Anteile jeweils der stationären versus der, der ambulanten, zuletzt nach § 63 StGB resp. § 64 StGB untergebrachten Patienten ergab folgende Konstellation:

7.5.2 Verteilung nach § 63 StGB und § 64 StGB untergebrachter stationärer MRVZ-Patienten

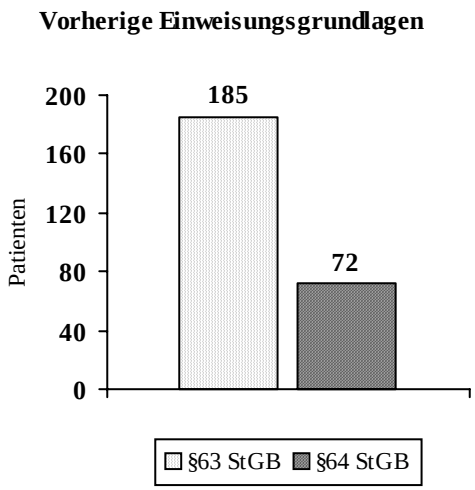


Bezug: Anzahl der nach § 63 StGB eingewiesenen stationären MRVZ-Patienten: n_{s1}=2161 (26 Einrichtungen); Anzahl der, nach § 64 StGB eingewiesenen, stationären MRVZ-Patienten: n_{s2}= 959 (27 Einrichtungen)
Gesamtzahl forensischer Einrichtungen: n_e=33

Abb. 7: Verteilung zu den nach § 63 StGB und nach § 64 StGB untergebrachten stationären MRVZ-Patienten

Im Hinblick auf die Einweisungsgrundlage nach §§ 63 / 64 StGB konnten zu n_e=33 (86.84 % der insg. erhobenen) forensischen Einrichtungen mit n_s=3228 (94.63 % aller erfaßten) stationären MRVZ-Patienten zugeordnet werden. Zur Gruppe der stationären MRVZ-Patienten aus insg. 33 forensischen Einrichtungen waren zu den, nach § 63 StGB Untergebrachten, n_{s1}=2161 Patienten zu 26 MRVZ-Einrichtungen und damit 67.16 % aller stationär erfaßten Patienten, zugewiesen worden, währenddessen einer Unterbringung nach § 64 StGB n_{s2}=959 stationäre Patienten zu 27 Einrichtungen und damit 29.70 % aller stationär erfaßten Patienten zugeordnet wurden.
Im Vergleich hierzu waren laut Statistik der Bundesamtes für Statistik Wiesbaden vom 31.10.1997, 1992 1269 nach § 64 StGB und 2657 nach § 63 StGB, sowie 1993, 1163 nach § 64 StGB und 2733, nach § 63 StGB stationär untergebrachte MRVZ-Patienten (Prävalenzrate) ausgewiesen worden und zum Stichtag 31.03.1991 zu den alten Bundesländern 2473 stationär untergebrachte MRVZ-Patienten nach § 63 StGB und 1127 nach § 64 StGB *(Angaben des Bundesamtes für Statistik Wiesbaden 1995).* Die Anzahl der Einrichtungen ging aus den Statistiken nicht hervor, allerdings handelte es sich um eine Kompletterhebung zum früheren Bundesgebiet.

7.5.3 Verteilung zuletzt nach § 63 StGB bzw. § 64 StGB untergebrachter und zu ihrer Einweisungsgrundlage erfaßter ambulanter Patienten



Bezug: Anzahl vormals nach § 63 StGB eingewiesener ambulanter Patienten: n_{a1} =185 (10 forensische Einrichtungen). Anzahl vormals nach § 64 StGB eingewiesener ambulanter Patienten: n_{a2} = 72 (06 forensische Einrichtungen). Bezugsgruppe der Gesamtzahl der Einrichtungen: n_e = 14

Abb.: 8: Verteilung zu den zuletzt nach § 63 StGB bzw. § 64 StGB untergebrachten und zu ihren vormaligen Einweisungsgrundlagen erfaßten ambulanten Patienten

Zur Gruppe der ambulanten Patienten konnten zu 14 forensischen Einrichtungen über 257 und damit zu 61.93 % aller, in die Erhebung eingebrachten, ambulanten Patienten, Angaben zu deren – letzter - Einweisungsgrundlage rekrutiert werden. [5] Demnach waren 71.98 % (n_{a1}=185) aller hierzu erfaßten ambulanten Patienten nach § 63 StGB und 28.02 % (n_{a2}=72) nach § 64 StGB eingewiesen worden.

7.5.4 Zusammenfassende Bewertung

Die Zuordnung der Einweisungsgrundlage konnte nachweislich für 94.63 % aller, dazu rekrutierten stationären und zu 61.93 % der ambulanten Patienten erbracht werden. Verglich man den Anteil der, nach § 64 StGB untergebrachten Patienten, so lag dieser bei den, dazu erfaßten, stationären MRVZ-Patienten mit 31 % geringfügig höher als der entsprechende Anteil von 28 % zur Gruppe der ambulanten Patienten.
In der Gegenüberstellung der jeweiligen Anteile der, nach § 63 StGB eingewiesenen, Patienten fiel der, der Gruppe stationärer MRVZ-Patienten mit 67 % etwas geringer aus als der, der ambulanten Patienten, von denen 72 % zuletzt nach § 63 StGB eingewiesen worden waren. [6]
In der Gesamtschau ergab sich aus den zur o. g. Fragestellung erschlossenen Stichproben, daß sich letztlich sowohl zur Gruppe der hierzu eingebrachten ambulanten wie stationären Patienten die Verteilung der Einweisungsgrundlagen nach § 63 resp. § 64 StGB etwa [7] in einer Relation von „zwei zu eins“ Anteilen (44.38 %) darstellte.
Die o. g. Relation entsprach in etwa auch der zu den Zahlen der *Bundesanstalt für Statistik in Wiesbaden (1995)* welche zum 01.03.1991 (Stichtag) zu den alten Bundesländern 2473 Patienten nach § 63 StGB und 1127 nach § 64 StGB ausgewiesen hatte (45.57 %).

---

[5] Zu 185 ambulanten forensischen Patienten (aus 10 Einrichtungen) und damit zu 38.1 % aus der Gruppe der gesamt erfaßten ambulanten forensischen Patienten, lagen keine Angaben zu deren letzter Einweisungsgrundlage vor, wohingegen nur für 5.37 % aller stationär erfaßten MRVZ-Patienten Angaben zu deren Einweisungsgrundlagen fehlten.
[6] Die Zuordnung der Einweisungsgrundlage konnte nicht bei allen der erfaßten forensischen Patienten eingebracht werden; die ursprüngliche Einweisungsgrundlage konnte nicht festgelegt werden bei 5.37 % der stationären und 38.07 % der ambulanten forensischen Patienten.
[7] Sieht man von der kleinen Gruppe der restlichen Unterbringungsbedingungen *(wie nach § 126a StGB)* ab.

7.6 Altersstruktur

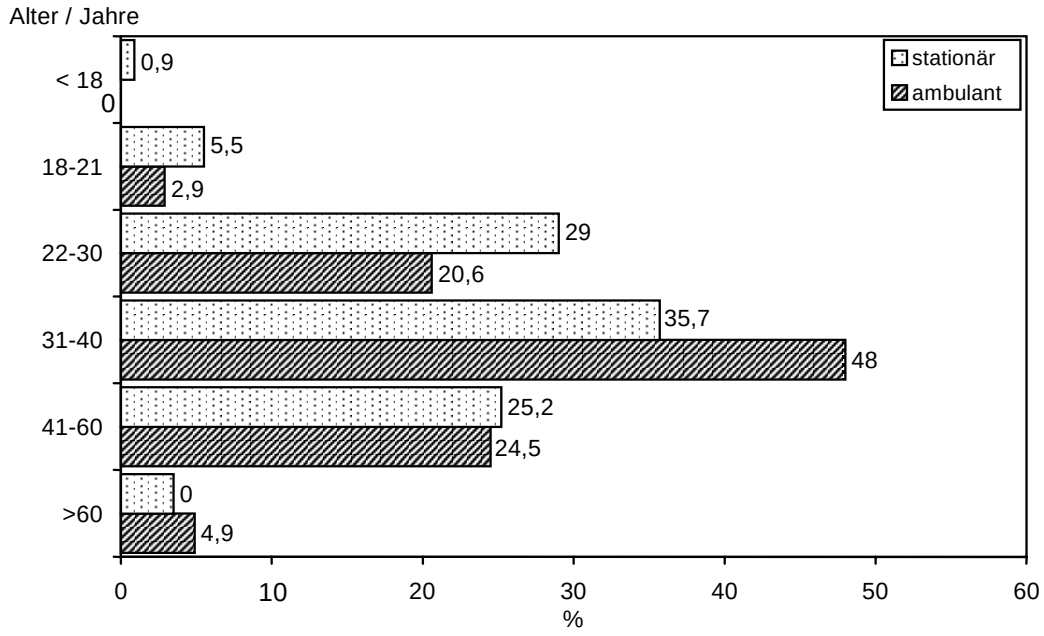
7.6.1 Intention der Fragestellung

Ein Wissen um die altersbezogene Verteilung der Patienten ist im Hinblick auf eine adäquate Einschätzung und Bereitstellung therapeutischer Ressourcen, Kriterien und Methoden von Relevanz.

7.6.2 Darstellung der Stichprobe und der Befunde der initialen Erhebung

Insgesamt brachten 24 Einrichtungen zu n_s=1905 stationären MRVZ-Patienten und 5 der Kliniken zu n_a=103 ambulanten Patienten Altersangaben ein. Damit waren 24.82 % aller (N_a=415) im Gesamten erfaßten und 26.08 % der, nach ambulanten Behandlungsformen kategorisierten, ambulanten Patienten (n_a=395) sowie mit der Gruppe der, zu dieser Frage rekrutierten stationären MRVZ-Patienten 55.85 % aller gesamt eingebrachten (N_s=3411) stationären Patienten und 59 % an stationären Patienten aus den, zu ihren ambulanten Behandlungsformen kategorisierten Einrichtungen (mit insg. n_s=3209 stationären Patienten) vertreten. Die altersbezogenen Stichproben beider Gruppen, der ambulanten wie auch der stationären Patienten, bestanden aus ausschließlich männlichen und sowohl nach § 63 StGB als auch nach § 64 StGB untergebrachte Patienten. Zu den gemeindenahen Modelleinrichtungen des Bundes lagen weder zu deren stationären noch ambulanten Patienten Altersangaben vor. Die Einstufung der Altersklassen wurde nach folgenden Kategorien vorgenommen:

Altersverteilung



Bezug: stationäre Patienten: n_s=905 aus 24 Klinken; ambulante Patienten: n_a=103 zu 5 dieser Einrichtungen

Abb. 9: Altersverteilung 1

Tab. 10: Altersverteilung 2

Altersverteilung				
	Ambulante Patienten		Stationäre Patienten	
In Jahren	Anteil (%)	Anzahl (n)	Anteil (%)	Anzahl (n)
< 18	00.00	(0)	00.9	(017)
18 – 21	02.91	(03)	05.5	(104)
22 - 30	20.39	(21)	29.0	(555)
31 - 40	47.57	(49)	35.7	(681)
41 - 60	24.27	(25)	25.2	(480)
> 61	04.85	(05)	03.5	(068)

t = 0.03; p = .97, ambulant vs. stationär

Bezug: stationäre Patienten: n_s *= 1905 aus 24 Einrichtungen*
ambulante Patienten: n_a *= 103 zu 5 der o. g. Einrichtungen*

Demnach waren annähernd die Hälfte der, zu ihrem Alter erfaßten, ambulanten Patienten zwischen 31 und 40, etwa ein Viertel zwischen 41 und 60 und etwa ein Fünftel zwischen 21 und 30 Jahre alt. Erheblich unterrepräsentiert dagegen waren Heranwachsende (knapp 3 %) und Personen über 61 Jahre (4.9 %). Unterschiede in der Altersverteilung zwischen der Gesamtgruppe der stationären und der, der ambulanten Patienten, ergaben sich im Wesentlichen nur zu den Altersgruppen 22 bis 30 und 31 bis 40 Jahre. Zwar war zu beiden Gruppen, der stationären, wie der ambulanten, zu ihrem Alter erfaßten, forensisch psychiatrischen Patienten, die Altersklasse der 31-40 Jährigen jeweils anteilig am stärksten vertreten: Während dieser Altersgruppe jedoch fast die Hälfte der ambulanten Patienten angehörte, waren es nur etwas mehr als ein Drittel bei der entsprechenden Gruppe der stationären Patienten. Dagegen waren die 21 bis 30-Jährigen in der Gruppe der stationären Patienten anteilig etwas höher repräsentiert. Im Mittel jedoch fand sich kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen.

7.6.3 Gegenüberstellung Altersverteilung der stationären versus der der ambulanten Patientengruppe

Mit Relevanz für die Struktur- und Behandlungsplanung ambulanter Therapie forensisch psychiatrischer Patienten ergab sich im Wesentlichen folgende Struktur zur Altersverteilung der, in dieser Frage rekrutierten, Stichprobe: So ist von Patienten auszugehen, die nicht jünger sind als 18 Jahre, fast jeder zweite war der Altersklasse zwischen 31 und 40 Jahren zuzuordnen, dagegen waren Patienten über 60 Jahre kaum vertreten. Fast die Hälfte (50 von 103) der, zu ihrem Alter erfaßten, ambulanten Patienten [8] waren Suchtpatienten und 56 % zwischen 31 und 40 Jahre alt. Zur Verteilung der, ehemals nach § 63 StGB eingewiesenen, ambulanten Patienten [9] dagegen, war schwerpunktmäßig die Altersgruppe der 21 bis 30 Jährigen vertreten. Zu beiden Kohorten, sowohl der stationären als auch der ambulanten Patienten, gestaltete sich als hauptsächlich repräsentierte Altersgruppe, die, der 31-40 Jährigen. Wobei allerdings den stärksten Anteil zu dieser Alterskategorie die ambulanten Patienten mit 47.57 % bildeten gegenüber 35.70 % bei den stationären Patienten.

7.6.4 Zusammenfassende Bewertung o. g. Befunde hinsichtlich deren Bedeutung für eine prospektive ambulante Behandlungsführung unter zzgl. Einbeziehung anderweitiger wissenschaftlich fundierter Aussagen zum Faktor ´Alter`

Den Befunden der vorliegenden Erhebung zufolge, besteht die Gruppe der Ambulanzpatienten hauptsächlich aus Männern und weist altersbezogen zwei Hauptgruppen aus, wobei die Altersgruppe der 31 bis 40 Jährigen deutlich überwiegt, die nächststärkste Altersgruppe liegt zwischen 41 und 60 Jahre und die drittstärkste zwischen 21 und 30 Jahre.
Im Hinblick auf das Versorgungsprofil sind besonders auch Angebote zu kalkulieren für erwachsene Männer zwischen 30 und 40, bei denen meist die Ausbildung abgeschlossen ist und die bereits im Erwerbsleben stehen sollten, oft auch selbst in familiären Bezügen leben.

[8] Die Daten dazu sind tabellarisch nicht abgebildet.
[9] Die Daten sind nicht tabellarisch abgebildet.

Im Hinblick auf die Legalprognose ist ein überschrittenes jugendliches oder junges Erwachsenenalter günstig: Das ´Alter bei der Entlassung aus dem Freiheitsentzug` ist ein wichtiger universeller Faktor *(Steadman & Cocozza 1974, Rasch 1978, Ritzel 1978, Thornberry & Jacoby 1979, Leygraf 1988)* [10] und als solcher gerade auch im Hinblick auf die Planung und Implementierung therapeutischer Vorgehensweisen von Bedeutung. Dabei ist neben dem biologischen auch das psychische Alter, der Stand der psychischen Entwicklung und Reife zu berücksichtigen. Dissozialität ist negativ mit dem Alter korreliert. Kriminalität ist v. a. eher ein Phänomen ´junger Männer` *(Schneider 1998).* Prävalenzraten der dissozialen Persönlichkeitsstörung gehen mit fortschreitendem Alter zurück *(Fiedler 1995).* Zum Einzelfall ist zum MRVZ-Aufenthalt die Möglichkeit der Neuorientierung, Herauswachsen (´growing out`) bzw. entsprechender Reifeprozesse (´maturing out`) und dies professional zu begleiten und zu unterstützen.

Unter dem Aspekt des Alters als ´kriminogener Risikofaktor` (statistische Richtwerte) und der, auf entsprechende statistische Erhebungen *(u. a. v. a.: Kriminologische Zentralstelle Wiesbaden)* und anderweitige Untersuchungen (anteilig s. u.) basierenden Erkenntnis, daß die Kriminalitätsrate mit der Altersgrenze von 35 Jahren deutlich sinkt, ist dahingehend für die, aus der entsprechenden Alterskategorie hervorgehenden, ambulant zu führenden Patienten davon auszugehen, daß sich diese in dbzgl. weniger gefährdeten Altersklassen finden mögen. - Ein, unter präventiven Gesichtspunkten, nicht unbedeutender Aspekt. Zu den am häufigsten besetzten Altersklassen mögen Bedingungskonstellationen mit, verglichen zur Situation jüngerer Patienten, günstigeren Vorgaben [11] bestehen, wie bspw. im Hinblick auf Akzeptanz, motivationale Aspekte und rehabilitative Integrationsbemühungen. So ist es denkbar, daß die Zugehörigkeit zu der hauptsächlich zu erwartenden Altersklassen, aufgrund entwicklungsbezogener - v. a. psychischer - Reifungsprozesse, ggfls. entwicklungsförderlichen therapeutischen Vorerfahrungen, potentiell eine stärkere Bereitschaft zu resozialisierenden bzw. rehabilitativen Maßnahmen, die Einbindung in den Arbeits- und Sozialisationsprozeß sowie Ausbildung der, dazu erforderlichen Fähigkeiten, wie Übernahme von Selbstverantwortung im sozialen Kontext, eine, die Behandlungsführung begünstigende, Rolle spielen mag. Unter Bezug auf die Altersangaben zur Gruppe der stationären Patienten, muß grundsätzlich und im Hinblick auf prospektive Entwicklungen und den späteren Zeitpunkt der Entlassung aus dem Vollzug bzw. Übergang in das ambulante Setting, eine ggfls. noch hinzuzurechnende Behandlungs- und/ oder Strafdauer (´Therapie vor Strafe`) kalkuliert werden, was dann einen höheren durchschnittlichen Alterswert bei Beginn einer nachsorgenden ambulanten Behandlung bedingen kann. Die vorliegende Erhebung konnte - aufgrund ihres Designs - keine korrelativen Aussagen zu Bezügen zwischen zwei oder mehr Variablen treffen. Aus diesem Grunde sollen aus einigen anderen relevanten Untersuchungen zusätzliche Anhaltspunkte zur Bedeutung des Alters im Kontext von Behandlung psychisch kranker Straftäter eingebracht werden. Aus der allgemeinen Kriminologie bekannt ist der Zusammenhang von hoher Kriminalitätsbelastung und jüngerem Lebensalter: Kriminalität ist, als Norm betrachtet auch altersabhängig und der dbzgl. Normwert generell gesprochen, etwa ab der Altersgrenze von 35 Jahren rückläufig [12] *(n. Kriminologische Zentralstelle Wiesbaden, Landeskriminalamt 1994, 1996, 1998).* Der Untersuchung von *Leygraf (1988)* zufolge, waren aus der Alterspyramide der MRVZ-Patienten am stärksten junge Straftäter unter dreißig Jahren (mit dem, bis zu dieser Altersgrenze häufigsten, Krankheitsbild der Erkrankungsformen der Schizophrenie) und am seltensten die, der 55-65 Jährigen (Durchschnittsalter 60 Jahre, häufigstes Krankheitsbild organisch debil Erkrankte), vertreten. Während der Maximalwert in der Altersklasse der Heranwachsenden *(u. a. Leygraf 1988)* liegt, gilt die Abschwächung pathologischer und speziell soziopathischer Persönlichkeitsmerkmale mit zunehmendem Lebensalter als wissenschaftlich gesichert *(vgl. dazu u. a.: Tölle 1986; bedingt: Hare 1999).* In Untersuchungen zur Legalbewährung von, nach § 64 StGB untergebrachten, Patienten, schnitten im Vergleich zu älteren Patienten, jüngere Patienten signifikant schlechter ab *(vgl. Koch 1988).* Die Altersverteilung der stationären MRVZ-Patienten in der, von *Leygraf* 1984 /85 *(Leygraf 1988)* durchgeführten Untersuchung, unterschied sich deutlich von der, der nicht delinquenten Patienten und entsprach eher der nicht psychisch kranker Straffälliger: Im MRVZ untergebrachte Patienten fanden sich gehäuft in den älteren Alterskategorien, Strafgefangene waren dagegen vermehrt in den jüngeren Altersklassen vertreten *(Leygraf 1988: 20).* Während *Leygraf* in seiner 1984/85 durchgeführten Erhebung *(Leygraf 1988)* zu n=1973 stationären, nach § 63 StGB in NRW untergebrachten, MRVZ-Patienten als mittleres Lebensalter 39.3 Jahre (bzw. 38.9 Jahre Durchschnittsalter/ Median) festgestellt hatte, wurde gut ein Jahrzehnt später zum Stichtag 30.06.1994 über annähernd dasselbe Instrument über insg. n=597 Patienten der Forensischen Abteilungen des Landschaftsverbandes *Rheinland* und *Westfalen Lippe*, NRW, ein Durchschnittsalter von 37.0 Jahre *(Seifert & Leygraf 1997)* erkannt.

Methodenkritische Anmerkungen: Zur eigenen, hier vorgestellten, Untersuchung war die Einstufung in vorgegebene Altersklassen mit kategorialen Abstufungen von jeweils einer Dekade erfolgt. – Die altersbezogenen Patientendaten von *Leygraf (1988)* dagegen waren über konkrete Altersangaben (Jahre) eines jeden Einzelfalles eingebracht worden. Auch fanden sich dort Altersangaben zur Population der weiblichen MRVZ-Patienten *(Leygraf 1988).* Und obschon quantitativ nicht benennbare Ausfälle konzediert wurden, konnte

---

[10] Der Faktor *„Alter bei der Entlassung aus dem Freiheitsentzug“* wurde auch zu Rückfalluntersuchungen registriert *(Steadman & Cocozza 1974; Ritzel 1978; Thornberry & Jacoby 1979; Rasch 1978).*

[11] Gemeint sind u.a. auch therapeutische (ggfls. auch stationäre) Vorerfahrungen bzw. günstigenfalls darüber eingeleitete, damit einhergegangene bzw. begleitende Nach-Reifungs- und Entwicklungsprozesse und ggfls. auch eine höhere Introspektionsbereitschaft.

[12] Behandlungsdauer ist dazuzurechnen.

zu den rekrutierten Patientinnen festgestellt werden, daß deren Durchschnittsalter im Vergleich zu dem, der männlichen MRVZ-Patienten etwas höher ausfiel *(Leygraf 1988)*.

7.7 Verteilung und Auswertung der Daten nach geschlechtsspezifischen Gesichtspunkten

7.7.1 Geschlechtsspezifische Verteilung zu den Stichproben

Aus der Gesamtgruppe stationärer MRVZ-Patienten lagen von 27 Einrichtungen zu insg. 2514 Patienten Angaben im Hinblick auf deren Geschlechtszugehörigkeit vor. Diese Stichprobe setzte sich zusammen aus 95.43 % männlichen (n=2399 aus 27 Einrichtungen) und 4.57 % weiblichen (n=115 aus 18 der o. g. Einrichtungen) stationären MRVZ-Patienten.

Anmerkung zum relativen Vergleich:

Zahlen des Statistischen Bundesamt Wiesbaden, die sich nur auf das frühere Bundesgebiet bezogen, berichteten zum Stichtag 31.3.1993 von einen Anteil 3.81 % weiblicher, im MRVZ untergebrachter, Patienten und andernteils einem Bestand an Frauen von 5 % aus der Gruppe strafrechtlich verurteilter Täter, deren Freiheitsstrafe nicht zur Bewährung ausgesetzt worden war. 1992 ergab sich dem Statistischen Jahrbuch zufolge, bundesweit ein Bestand von 4.1 % inhaftierten Frauen *(Statistisches Jahrbuch 1992)*.

Die Gruppe der ambulanten Patienten setzte sich ausschließlich aus männlichen Patienten zusammen.

Zu denjenigen Einrichtungen die auch ambulante Versorgungsleistungen anboten, waren 98 % von deren stationären MRVZ-Patienten männlichen Geschlechts.

Prospektiv ist zur Gruppe der ambulanten Patienten, sofern sich diese aus dem Patientenpool des stationären MRVZ aus Deutschland rekrutiert, mit einem nur sehr geringen Frauenanteil zu rechnen.

Aus der Untersuchung zu Österreich wurde zu den dortigen offiziellen Ambulanzen *Wien, Graz, Innsbruck* eine Verteilung der Geschlechter im Verhältnis von 1 weiblichen Patienten zu 10 männlichen, gefunden.

Der höhere Frauenanteil mag hier u. a. auch begründet sein im hohen Anteil an Freiwilligen, dem Bestand solcher Ambulanzpatienten ohne stationäre Vorbehandlung mit einer, an die Bewährung gebundenen, gerichtlichen Auflage zur ambulanten Behandlung sowie - doch wohl weniger bedeutsam - dem Umstand, daß die Klientele sich hier aus Patienten sowohl der Maßregel als auch des Regelvollzuges zusammensetzte. Die Geschlechterverteilung des betreuenden Personals entsprach in seiner Relation der, der o. g. geschlechtsspezifischen Verteilung der stationären MRVZ-Patienten. [13]

Aus den vorliegenden deutschen Untersuchungen konnten geschlechtsspezifische Angaben nach Einweisungsgrundlagen und damit zu den, nach § 64 StGB bzw. § 63 StGB erhobenen Patienten aus datentechnischen Gründen [14] nur über solche Kliniken erfolgen, die ausschließlich entweder nur nach § 63 StGB oder alternativ nach § 64 StGB untergebrachte Patienten auswiesen und zu deren Geschlechtszugehörigkeit außerdem Angaben vorlagen. Wobei die so eingebrachten Kliniken zentrale MRVZ-Einrichtungen darstellten. Daraus ergab sich zum einen zur Stichprobe von 329 stationären nach § 64 StGB in 3 Einrichtungen eingewiesenen Patienten ein Frauenanteil von nur 1.22 % (n=4) während zur Stichprobe der 542 nach § 63 StGB in 4 Einrichtungen stationär untergebrachten MRVZ-Patienten ein etwas höherer Frauenanteil von 6.82 % vorlag.

Zu den, i. Ü. erst 1996 verfügbaren, Daten des *Statistischen Bundesamtes Wiesbaden*, die außerdem nur die früheren Bundesgebiete einschlossen, betrug zum Stichtag 31.3.1993, bezogen auf die jeweiligen Einweisungsgrundlagen der Anteil der weiblichen Patienten 3.62 % bei den nach § 63 StGB und 4.18 % zur Gruppe der, nach § 64 StGB untergebrachten Patienten *(vgl.: Statistisches Bundesamt Wiesbaden VII C - 8.22, 3/ 1995)*.

Des Weiteren hatte *Leygraf (1988)* aus seiner 1984/ 85 durchgeführten Erhebung zur Gruppe der stationär und nach § 63 StGB untergebrachten MRVZ-Patienten bundesweit zum früheren Bundesgebiet einen Frauenanteil von 3.00 % gefunden. (Allerdings war dazu eine, als solche zwar erkannte, doch nicht bezifferbare, Ausfallquote zu konstatieren.)

7.7.2 Diskussion der Ergebnisse der eigenen Befundlage unter Einbezug themennaher Befunde anderweitiger Erhebungen

Die Gegenüberstellung der eigenen Befunde läßt generell auf leicht schwankende Anteile der weiblichen MRVZ-Patienten in Abhängigkeit zu regionalen sowie strukturellen Gegebenheiten und zur Struktur der jeweiligen Einrichtung schließen, was offenbar insb. zum Anteil der, nach § 64 StGB untergebrachten Frauen zutrifft. Außerdem war die Bezugsgruppe mit nur 4 nach § 64 StGB untergebrachten Frauen aus 3 zentralen Einrichtungen kleiner gegenüber der, der nach § 63 StGB Untergebrachten aus 4 Einrichtungen.

Im Hinblick auf die Zuordnung nach Altersgruppen berichten Daten des Statistischen Bundesamtes Wiesbaden zum früheren Bundesgebiet mit Stichtag 31.3.1993, von einem, mit 39.52 % schwerpunktmäßigen Anteil männlicher Patienten in der Gruppe der 31-40 Jährigen, wobei diese Alterskategorie auch für die Frauen des

[13] Die Ergebnisse rekrutieren aus einer, um 1 Jahr zur initialen deutschen Erhebung versetzt und über grundsätzlich dieselbe Methodik durchgeführten Untersuchung zu allen forensisch psychiatrischen Einrichtungen Österreichs, wobei im Erhebungsinstrument Besonderheiten der österreichischen Rechtslage berücksichtigt und einige der betroffenen Fragestellungen entsprechend ausgerichtet worden waren.

[14] Es gab kein Item, das zu den, nach §§ 63 und 64 StGB unterteilten Patientengruppen jeweils die geschlechtsspezifische Zuordnung abfragte.

MRVZ mit – allerdings - 32.05 % hauptsächlich vertreten war, doch mit anteilig 27.56 % dicht gefolgt war von der, der 21-30 Jährigen. Zur altersbezogenen Verteilung der Männer dagegen fand sich in dieser Statistik mit 19.59 %, als nächst höherer Anteil die Gruppe der 21-30 Jährigen gefolgt von der, der 41-50 Jährigen mit 18.38 %, wobei die letztgenannte Altersgruppe bei dem Bestand an Frauen nur mit 15.39 % vertreten war.

7.7.3 Bisherige wissenschaftlich fundierter Aussagen zur ambulanten Therapie psychisch kranker Delinquenten unter Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Gesichtspunkte

Vergleichende geschlechtsspezifische Untersuchungen zur ambulante Behandlungen psychisch kranker Straftäter lagen zum Zeitpunkt der Untersuchung nicht vor. Publikationen zu ersten Erfahrungen aus einem Projekt in der ambulanten Psychotherapie mit Straftäterinnen sowie zur speziellen Situation der Frauen im MRVZ *(Nowara 1996)*, ließen jedoch die Erfordernis erkennen, geschlechts- und hierbei speziell frauenspezifische Behandlungsthemata zu berücksichtigen und im Hinblick auf den Einzelfall z. T. sogar eine Fokussierung der Behandlung auf diese Themenbereiche für nötig erscheinen. Diese -wenigen- Berichte vermittelten aus ihrer Praxiserfahrung, daß im Hinblick auf die Behandlungsführung die Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Aspekte sinnvoll sei. Im Gegensatz zur Gruppe der männlichen Patienten wurde dem Gros der untersuchten weiblichen Klientele ein, für die Behandlungsführung ausreichenden, Maß an Kooperation und Zuverlässigkeit zugeschrieben bzw. erklärt, daß von einem solchen ausgegangen werden könne. Durch folgende Beobachtung sahen sich die Autoren in dieser Annahme bestätigt und gegenüber der männlichen, bei der weiblichen Klientele eine ausgeprägtere Bereitschaft im Hinblick auf aktive Teilnahme, Introspektion, persönliche Entwicklung und Veränderung der eigenen Situation: Aus den Angeboten ´Beratung` versus ´Therapie` hatte die Mehrzahl der Männer das, der ´Beratung` gewählt und andernteils der überwiegende Anteil der Frauen einen therapeutischen Rahmen favorisiert.

- **Erfahrungen zur ambulanten Psychotherapie von Straftäterinnen**

Zur ambulanten Therapie von Patientinnen des MRVZ gab es bislang keine Erfahrungsberichte. Die geringen empirischen Untersuchungen beziehen sich, ohne dies als solches weiter zu thematisieren und die, zur Behandlung von Sexualdelinquenten ohnedies, ausschließlich auf Männer *(Schorsch et al. 1985; Warmuth 1990)*. In der Behandlungsforschung werden Frauen nicht als eigene Adressatengruppe ausgewiesen und / oder geschlechtsspezifische Variablen diskutiert. Dahingegen waren in der eher feministisch ausgerichteten Frauenforschung durchaus geschlechtsspezifische Behandlungsansätze für Frauen entwickelt und praktiziert worden *(u. a.: Rommelspacher 1987; Freytag 1993)*.
Erfahrungen eines Projektes ambulanter Psychotherapie mit Straftäterinnen *(vgl.: Basquée in: Dahle & Steller 1994)* sowie zur speziellen Situation der Frauen im MRVZ *(Nowara 1996)* lassen die Berücksichtigung speziell frauenspezifischer Behandlungsthemata und in Abhängigkeit vom Einzelfall ggfls. eine dahingehende Fokussierung der Behandlung für nötig erscheinen und bestätigten dieser weiblichen Klientele ein für die Behandlungsführung i. d. R. ausreichendes Maß an Kooperation und Zuverlässigkeit.
Erkenntnisse aus einem Projektversuch zur ambulanten Behandlung von sowohl Straftätern als auch Straftäterinnen mit einem, der psychotherapeutischen Betreuung der Frauen im ambulanten Setting eigenen, Forschungsbereich *(Basquée in: Dahle & Steller 1994)* bekundeten, daß eine geschlechtsspezifische Zugangs- und Sichtweise nicht nur sinnvoll sondern in der Psychotherapie für viele der delinquenten Frauen geradezu indiziert war. Dazu ergaben sich folgende Erkenntnisse von behandlungsbezogener Relevanz: Die zugehörige Evaluation gründete sich auf einer Gesamterhebung zu den, über die Jahrgänge 1986-92 ambulant behandelten 17 weiblichen und 109 männlichen Delinquenten mit einem Stichprobenanteil von 13.5 % Frauen. Die speziellen Inhalte der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung delinquenter Frauen befaßten sich v. a. mit den Behandlungszielen der Entwicklung von Authentizität, Autonomie, Selbstsicherheit und Nachreifung der Persönlichkeit, einer differenzierteren, realitätsgerechten Selbstwahrnehmung, Praktiken zum Selbstsicherheitstraining, Kritikfähigkeit, Stabilisierung des Selbstwertgefühles, dem Umgang mit Selbstzweifeln und Minderwertigkeitsgefühlen. Ein zentrales Therapieelement bildete die Thematisierung frauenspezifischer Sozialisationsmuster und deren Auswirkung auf Verhaltensmuster der Patientinnen. Dieser Aspekt spielte für die Therapie insb. dann eine dominante Rolle, wenn Frauen nicht nur Täterinnen sondern, was häufig zutraf, selbst auch Opfer gewesen waren. Hervorgehoben wurde, auch im Hinblick auf die oft ichschwache Persönlichkeitsstruktur vieler der Klientinnen, die Bedeutung eines ressourcenorientierten therapeutischen Ansatzes. Ein wichtiges Behandlungsthema war das Hinterfragen tradierter Verhaltensmuster, die eigene Über- bzw. nicht authentische Angepaßtheit an und durch fremdbestimmte Zustandsformen und emotionale Abhängigkeiten generell. Diesem Kontext zuzuordnen war auch die Behandlung drängender, partnerschaftsbezogener Probleme mit deren oftmals deliktauslösendem Charakter: Erst im Rahmen einer solchen Therapie und insb. für solche Frauen, die partnerschaftsbezogene Gewaltdelikte begangen hatten, war oftmals überhaupt erstmalig eine differenzierte Betrachtung und Neubewertung der Straftat in diesem therapeutischen Setting möglich geworden.
> Erfahrungen von Formen physischer und psychischer und dabei häufig v. a. auch von sexueller Gewalt und Unterdrückung, spielten eine wichtige Rolle.
> Ein wichtiges Thema war auch die Bedeutung und Funktion von Beziehungskonstellationen. In diesem Zusammenhang behandelt wurde der Umgang mit partnerschaftlichen Konfliktsituationen und

Belastungsmomenten und generell der, mit Rollenkonflikten. Viele der Frauen litten unter schwersten Insuffizienz- und elementaren Minderwertigkeitsgefühlen. Für viele der Betroffenen galt es überhaupt erst den Zugang zu eigenen Emotionen und den adäquaten Ausdruck insb. von Empfindungen der Unzufriedenheit und des Ärgers, zu erlernen. [15]
> Basierend auf den Erfahrungen im Rahmen dieses Projektes war als Resümee konstatiert worden, daß offenbar gerade die weibliche Klientele gut von dem ambulanten Setting profitieren und bei der höheren Bereitschaft zu einer größeren Regelmäßigkeit, die bei diesen Frauen im Gegensatz zur Stichprobe der männlichen Straftäter dieses Projektes festgestellt wurde, gut in dem ambulanten Setting geführt werden konnte.
> Außerdem schien insb. im Hinblick auf die speziell anstehenden, therapeutisch zu bearbeitenden Inhalte und Themen, eine Behandlung im teilstationären und ambulanten Setting als solche häufig explizit indiziert und eine frühere Entlassung mit der Auflage zur ambulanten Therapie angebracht. Soziale Anbindungen bestanden für viele der Frauen - auch wenn sich die dazugehörigen Beziehungsmuster oft problematisch gestalteten (s. o.).
> Die Therapeuten setzten im Vergleich zu ihrer Erfahrung mit männlichen Strafgefangenen, die therapeutische Erreichbarkeit und Therapiemotivation der, in diesem Setting und Projekt behandelten Frauen, als hoch an.
> Die Akzeptanz eines solchen Behandlungsangebotes wurde, ohne statistisch oder numerische Angaben, als erheblich eingestuft: Das Gros der Frauen konnte von der Therapie profitieren. So wurde berichtet, daß sich die Behandlung veränderungswirksam auf den verhaltensbezogenen, kognitiven und emotionalen Ebene und dies v. a. auch im Sinne der initialen Zielvorgaben, ausgewirkt habe *(vgl.: Nowara: 140; Basqué Teil II).*
> Übereinstimmend mit den, von der Autorin dieser Arbeit, ausgewiesenen Richtwerten zur ambulanten Therapie psychisch kranker Straftäter, wurde auch zum Frauentherapieprojekt aus Sicht der therapeutischen Experten unter Bezug auf die vorliegenden Störungsbilder, die Erfordernis einer insg. längere Behandlungsdauer postuliert.

7.7.4 Angaben zur Geschlechtszugehörigkeit der betreuenden bzw. behandelnden Person und deren behandlungsbezogene Relevanz

Zur Relation der Geschlechterverteilung des, die Ambulanzpatienten betreuenden Personals, ergaben sich aus der vorliegenden Untersuchungen keine Anhaltspunkte. Die behandlungsbezogene Bedeutung des Geschlechts des Therapeuten wurde vereinzelt im Gesamtkontext der Untersuchungen thematisiert. Bislang waren Funktion und -therapeutische- Relevanz der Geschlechtszugehörigkeit der Therapeuten/ -innen hinsichtlich der Behandlung generell sowie zum Prozeß und Effektivität der Therapie im Besonderen, kaum thematisiert worden. Einzig zur Forensischen Nachsorgeambulanz Wien war berichtet worden, daß die Gruppe der Betreuer in ihrer geschlechtsspezifischen Zusammensetzung der, der ambulanten Patientengruppe entsprach. Bei dem o. g. Frauentherapieprojekt waren in der Behandlung der weiblichen Patienten vornehmlich auch weibliche Therapeuten eingesetzt worden. Gerade im Falle von Sexualdelikten oder aber Erkrankungsformen, bei welchen Störungen der sexuellen Identität oder geschlechtsspezifische Probleme einen wesentlichen Anteil ausmachen, sollte auch der Aspekt der Geschlechtszugehörigkeit der Behandler als ein wesentlicher und therapierelevanter Faktor Berücksichtigung finden. Die Befunde ergaben, daß eine geschlechtsspezifische Zugangs- und Sichtweise im Kontext der Psychotherapie nicht nur sinnvoll sondern für viele der delinquenten Frauen geradezu indiziert war.

7.7.5 Zusammenfassung, Bewertung der Befunde im Hinblick auf eine prospektive ambulante Behandlungsführung unter Berücksichtigung anderweitiger wissenschaftlich fundierter Aussagen

Die Stichprobe mit 27 Einrichtungen und den, zu ihrem Geschlecht eingebrachten, 2514 Patienten, setzte sich anteilig zusammen aus 95.43 % Männern (27 Einrichtungen) und 4.57 % Frauen (18 der o. g. Einrichtungen). Zu den dazu selegierten Einrichtungen mit praktizierter ambulanter Versorgung ergab sich ein Bestand an 98 % männlichen stationären MRVZ-Patienten. Im Falle vordem stationärer MRVZ-Patienten der eben genannten Einrichtungen ist von einem nur sehr geringen Frauenanteil mit kaum mehr als 5 % auszugehen. Insgesamt scheint die Integration geschlechtsbezogener Aspekte und Sichtweisen der Behandlung einer adäquaten und individualisierten Ausgestaltung zuträglich. Dafür sprachen die Befunde der eigenen Untersuchungen sowie Therapieprojekterfahrungen mit Delinquentinnen sowohl des Regel- als auch MRVZ. Erfahrungen mit ambulanter Psychotherapie aus Projekten mit Straftäterinnen zur speziellen Situation der Frauen im Regel- sowie im MRVZ *(Basquée in: Dahle & Steller 1994; Nowara 1996)* bezeugten dies über die Erkenntnis zur Erfordernis frauenspezifischer Behandlungsthemata und - abhängig vom Einzelfall - ggfls. der Fokussierung der Behandlung auf entsprechende Themenbereiche. Daneben bedacht und reflektiert werden sollte die behandlungsbezogene Relevanz des Geschlechts des jeweiligen Therapeuten und dessen Bedeutung in Abhängigkeit zum spezifischen Störungsbild und dem Geschlecht des Patienten. Dieser Aspekt war wiederholt und unabhängig von der vorausgegangenen Fragestellung im Rahmen verschiedener Kontexte thematisiert, jedoch - wohl aufgrund der defizitären personalen Ausgestaltung an einschlägig qualifiziertem therapeutischen Personal - nicht als unabdingbar vorgegeben worden.

[15] Das Delikt war oftmals Ausdruck von Ohnmacht- und Insuffizienzerleben und ein Durchbruch lang aufgestauter Impulse.

7.8 Zufriedenheit und Bedarf zu Strukturen nichtstationärer ambulanter Versorgung

7.8.1 Fragestellung und Stichprobe

29 der forensischen Einrichtungen mit zusammen n_s=3209 stationären MRVZ-Patienten und n_a=395 ambulanten Patienten zu 26 dieser Kliniken, äußerten sich auf die Frage nach der Zufriedenheit, dem Bedarf und den Defiziten in der komplementären ambulanten Versorgung und Nachsorge.

7.8.2 Zufriedenheit mit der Versorgung durch komplementäre Dienste

Tab. 11: Zufriedenheit mit der Versorgung durch komplementäre Dienste

Zufriedenheit mit der Versorgung durch komplementäre Dienste	
Forensische Kliniken (Anteil %)	**Beurteilung**
48.2 %	völlig ungenügend
41.0 %	unbefriedigend, mangelhaft
06.9 %	zufriedenstellend

Bezug: Anzahl forensischer Kliniken: n_e=29

7.8.3 Geforderte komplementäre Einrichtungen

Tab. 12: Forderung nach komplementären Einrichtungen

Forderung nach komplementären Einrichtungen	
Forensische Kliniken (Anteil %)	**Bedarf**
100.0 %	betreutes Wohnen, Wohngruppen
42.8 %	therapeutische Tagkliniken
33.0 %	beschützende Werkstätten

Bezug: Anzahl forensischer Kliniken: n_e=29

Zur komplementären ambulanten Nachsorge psychisch kranker Patienten vermittelte sich allgemein und bundesweit eine erhebliche Unzufriedenheit. Diese gründete sich auf eine unbefriedigende und mangelhafte Zusammenarbeit mit den komplementären und relevanten sozialen Diensten bzw. der Kooperation dieser Dienste untereinander, auf Defizite und Unzulänglichkeiten im organisatorischen Bereich sowie generell v. a. auf einen, als solchen ausgewiesenen, Mangel an erforderlichen sozialen Nachsorgeeinrichtungen.
Die Verfügbarkeit alternativer, komplementärer, ambulanter Dienste wurde insg. von fast der Hälfte aller, dazu bundesweit erfaßten, Kliniken (48.2 %) als völlig ungenügend, von einem etwas niedrigeren Anteil (41 %) als nicht ausreichend bzw. mangelhaft und von nur geringfügigen 6.9 % als zufriedenstellend beurteilt *(s. o. g. Tab. ´Zufriedenheit mit der Versorgung durch komplementäre Dienste`).*
Übereinstimmend gefordert wurden v. a.:

- betreute wie unbetreute - intra- und v. a. extramurale Wohngruppen,
- auch teilstationäre Einrichtungen,
- Tagkliniken und daneben
- beschützende Werkstätten.

Das Angebot und die Verfügbarkeit von Beratungsstellen wurden als i. d. R. ausreichend erlebt.

7.8.4 Zufriedenheit und Bedarf bzgl. der Zusammenarbeit mit der Bewährungshilfe / Führungsaufsicht

Im Hinblick auf die Zusammenarbeit mit den Bewährungshelfern beklagten etwa ein Viertel (24 %) der Einrichtungen eine völlig ungenügende Kooperation. Andernteils wiesen ausnahmslos alle Befragten (100 %) einer positiven Zusammenarbeit mit den Bewährungshelfern resp. der Führungsaufsicht zentrale Bedeutung zu.

Tab. 13: Zufriedenheit und Bedarf bzgl. Zusammenarbeit mit Bewährungshilfe resp. Führungsaufsicht

Zufriedenheit und Bedarf bzgl. der Zusammenarbeit mit der Bewährungshilfe resp. Führungsaufsicht	
Forensische Kliniken (Anteil %)	**Bewertung**
24.0 %	Beurteilung: völlig ungenügend
100.0 %	Forderung: positive Kooperation

Bezug: Anzahl forensischer Kliniken: $n_e=29$

7.8.5 Bundesweite Verfügbarkeit von Wohngruppen für zu entlassende MRVZ-Patienten

Alle Modellprojekte beklagten, daß überhaupt zu wenig extramurale und von der Einrichtung mit betreute Wohngruppen bestünden. Forensische Kliniken, die über solche Strukturen verfügten, problematisierten eine „Fast-Null-Fluktuation" für solche Wohngruppen und einen, an sich weitaus größerer Bedarf an solch teilbetreuten Übergangsstrukturen mit dem Ziel einer eigenständigen Lebensführung. Über die Stichtagserhebung wurde bundesweit mit Ausnahme zu dem intermittierenden Modell Moringen, den forensischen Kliniken *Bremen, Göttingen, Haina* sowie einer über einen privaten Verein[16] getragenen Einrichtung im *Freiburger* Raum, keine derartigen extramural betreuten Wohngruppen bekannt. Aus der rekrutierten Stichprobe verfügten die Kliniken *Haldem, Düren und Haina* über intramural geführte Wohngruppen.
Insgesamt waren von den, in die initiale Erhebung eingebundenen, Kliniken explizit 61 Patienten genannt worden, die zum Erhebungszeitpunkt in betreuten extramuralen Wohngemeinschaften lebten.

7.8.6 Bedarf an angemessener nichtstationärer Versorgung

Mit einer Ausnahme *(Zentrale Forensische Klinik Haina)* hatten ansonsten alle Einrichtungen einen weitaus höheren Bedarf an ambulanten Behandlungsplätzen angegeben als von ihnen betreut werden konnte und beklagt, die ambulante Versorgung stark selektiv durchführen zu müssen.
Der angegebene Bedarf für eine angemessene ambulante therapeutische Versorgung war abhängig von dem jeweiligen Ausmaß des dahingehenden Defizites.
Insgesamt bezeichneten die, sich dazu äußernden, Einrichtungen zum Zeitpunkt der Untersuchung einen, ausgehenden von, um 100 % bis etwa 200 % höheren Bedarf an ambulanter therapeutischer Versorgung, als zum Erhebungszeitpunkt abgedeckt werden konnte. Zur Überlegung nach der Sättigungsgrenze liegen Hinweise dazu vor, daß diese bei tatsächlich ausreichender und adäquater Versorgung erzielt werden kann: So fand sich im Zuge der Entwicklung der gut installierten und bedarfsorientierten *Institutsambulanz Haina* ein Sättigungspunkt *(Näheres s. z. Vorstellung des Konzeptes der Institutsambulanz Giessen).*

7.8.7 Zusammenfassende Bewertung der Erkenntnisse und v. a. der, zur Reziprozität von Bedarf und Angebot

Die Beziehung zwischen Bedarf und Angebot wurde als reziprok erkannt: Bedarf und Angebot bedingen sich gegenseitig. Das Vorhandensein eines adäquaten Angebotes eröffnet einen, an sich gegebenen, doch bislang kupierten, Bedarfstand und erschließt außerdem auch solchen Patienten Möglichkeiten, die aufgrund der defizitbedingten, erzwungenen kontingentalen Selegierung vorab noch nicht in eine solche Behandlung einbezogen werden konnten. Im Verlauf der Erhebung konnten offizielle Ambulanzprojekte in ihren Entwicklungen beobachtet werden. Selbst die gut versorgten Einrichtungen hatten bei der Ersterhebung noch einen, um die Hälfte höheren, Bedarf an potentiellen Ambulanzpatienten benannt als sie versorgten. Zu denjenigen Einrichtungen, die ihr Konzept halten und entwickeln konnten, ergab eine Nachbefragung, daß nach dem ersten Jahr des Bestehens die Anzahl der Patienten um das Doppelte gewachsen war und bei regionaler und überregionaler Etablierung einer solchen Einrichtung nach weiteren zwei Jahren eine erneute Verdoppelung der Patienten stattgefunden hatte. Zu zwei der Fälle wurde einhergehend mit einer solchen Entwicklung und um eine bessere flächendeckende Versorgung der Einzugsregion zu gewährleisten, eine regionalspezifische Aufteilung

[16] Expandiert seit Beginn des Jahres 1995 erheblich, ohne daß bisher die Nachfrage hätte abgedeckt werden können *(Quelle: persönliche Mitteilung der dort tätigen Dipl. Psychologin Bitsch 10.10.1996/ 10.´ 98/ 10.´99).*

der ambulanten Versorgung praktiziert. Dies geschah entweder, wie zum Falle einer Forensischen Institutsambulanz, in einer regionalen Zweiteilung der Institutsambulanz oder andernteils und im Kontext der Weiterführung von, durch Modellprojekte implementierte, Ambulanzstrukturen, über den Ausbau der Leistungen einer mobilen Ambulanz und, über Sektorisierungen erschlossene, Regionen mit kleinen Dependancen, die diese mit ambulanten forensischen Expertenleistungen versorgten. Längerfristig gesehen war der Bedarf auch mit bedingt durch den Bekanntheitsgrad einer solchen Form und Einrichtung der Versorgung bei den, in dahingehende Entscheidungen eingebundenen Verantwortlichen der ausführenden Organe, der Judikative und anderer Institutionen. Wenn keine -positiven- Erfahrungen einer günstigen Versorgungsmöglichkeit vorliegen oder einfach nicht bekannt sind, kann diese auch nicht in Betracht gezogen bzw. genutzt werden. Demzufolge sollte zu Einrichtungen ohne adäquates Angebot kalkuliert werden, daß dort der eigentliche Bedarf um eine solche Versorgung i. d. R. häufig deutlich höher liegt, als dies die Einrichtungen selbst in ihrer aktuellen Lage einschätzen. Bei den Befunden zur Ist-Soll-Differenz der ambulanten Versorgung und Bewertung der Angaben zum ausgewiesenen Bedarf ist generell kritisch anzumerken, daß ein solcher in seinem Ausmaß oft erst bei adäquatem Angebot sichtbar und kenntlich gemacht wird. Grundsätzlich offenbarte sich ein enormer Bedarf und ein erhebliches Defizit an ambulanter Versorgung und Nachsorge. - Allgemein zeigte sich ein weitaus größerer Bedarf an ambulanten Behandlungsplätzen als verfügbar waren. In der Gesamtschau offenbarte sich real ein weitaus höherer Bedarf an ambulanter therapeutischer Nachsorge als von den Einrichtungen in der Erstbefragung statuiert worden war. Des weiteren war allein von den, ihre Teilnahme verweigernden, Einrichtungen war zu 7 sicher bekannt, daß diese keinerlei ambulante Nachsorge praktizierten (s. o.). Auch wurde letztlich keines der gemeindenahen Projekte über die Erprobungsphase hinaus in eigenständiger Fasson, d. h. als eigenständiges Modell zur ambulanten Versorgung im Versorgungssystem installiert. (Näheres hierzu a. a. O. dieser Arbeit.) Und zu den Neuen Deutschen Bundesländern ist auch bis heute mit Ausnahme von *Mecklenburg Vorpommern* keine Nachsorgemodelle installiert. Selbst Einrichtungen mit einer relativ gut organisierten ambulanten Versorgung über die psychiatrische Institutsambulanz formulierten einen höheren Bedarf an ambulanter Therapie. Ganz besonders problematisch gestaltet sich dies im Hinblick auf Versorgungserfordernisse im ländlichen Raum. Als überhaupt besonders schwer zu befriedigen erwiesen sich spezifizierte Behandlungserfordernisse, wie die, komplexer und komorbider Störungsbilder, von Störungsbildern mit Persönlichkeitsstörungen und / oder Suchterkrankungen und Sexualdevianzen. Entsprechend problematisch gestaltete sich die Suche nach Therapieplätzen für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen, komplexen und/ oder spezifischen Behandlungserfordernissen. Herausgestellt wurde die Schwierigkeit der Vermittlung von suchtkranken bzw. vorab nach § 64 StGB untergebrachten Patienten an externe und fachkundige Therapeuten, die mit der speziellen Problematik dieser Klientele umgehen können. Diesen Umstand beklagten alle Einrichtungen, die nach § 64 StGB untergebrachte Patienten behandelten und über keine forensische Ambulanz verfügten.

Daneben offenbarte sich überhaupt ein außerdem extremer Bedarf an fachforensischer Aus- und Fortbildung und Nach-Qualifikation.

7.9 Verbleib entlassener MRVZ-Patienten

7.9.1 Fragestellung und Erhebungsmodus

Angaben zum Bestand entlassener Patienten waren von Interesse zur Frage nach der praktizierten und benötigten Nachsorge ehemaliger MRVZ-Patienten, zum Zwecke der Erfassung von Relationen zum Bestand potentieller Nachsorgekandidaten, dahingehender qualitativer Aussagen und der quantitativer Daten zum Erhebungszeitpunkt. Entsprechend waren die Einrichtungen zur Anzahl ihrer, zum Vorjahr des Jahres der Stichtagserhebung entlassenen MRVZ-Patienten befragt worden und außerdem danach, wieviele dieser nach ihrer Entlassung zur weiteren Behandlung überhaupt und wenn ja, wohin, d. h. wieviele der Entlassenen und an welche Form von Einrichtung bzw. Nachsorge, überwiesen wurden. Folgende Antwortkategorien waren über den Fragebogen der Erhebung strukturiert vorgegeben gewesen:

Überweisungen an:	- ´niedergelassene Therapeuten`
	- 'Klinikambulanz' oder
	- ´forensische Institutsambulanz`
Entlassen	- ´ohne Nachbetreuung`
	- ´unbekannt`
Entlassen / überwiesen an	- ´sonstige` Einrichtungen

Unter der Rubrik ´sonstige` Einrichtungen konnten seiten der Einrichtungen weiterführende Angaben im offenem Antwortmodus und ohne Vorgaben eingebracht werden.

7.9.2 Stichprobe und Befunde

Zu diesem Fragenkomplex hatten sich 24 Einrichtungen geäußert, die angaben, zum benannten Vorjahr insg. n_{entl}=1060 MRVZ-Patienten entlassen zu haben. Diese 24 Einrichtungen repräsentierten zum Zeitpunkt der Untersuchung n_s=2299 und damit 67.40 % aller gesamt erfaßten stationären MRVZ-Patienten sowie n_a=306 und damit 73.73 % der gesamt erfaßten ambulanten Patienten. Zu 8 der o. g. (einem Drittel der 24) Einrichtungen lagen ansonsten keinerlei nähere Angaben im Bezug auf Überweisungen resp. behandlungsbezogene Übernahmen durch andere Einrichtungen/ Therapeuten nach Entlassung der MRVZ-Patienten vor. Damit fehlten zu n_{entl}=527, bzw. zu 49.72 % aller, über diese Fragestellung eingebrachten entlassenen MRVZ-Patienten weiterführende Angaben zu Überweisungen resp. behandlungsbezogenen Übernahmen durch andere Einrichtungen/ Therapeuten nach der Entlassung. Immerhin verfügten 16 und damit zwei Drittel (66.67%) aus der Stichprobe derjenigen Einrichtungen, die zur Frage nach ihren entlassenen Patienten geantwortet hatten, zu all ihren entlassenen – 533 - MRVZ-Patienten über Angaben, ob und wenn ja, wohin resp. an welche weiteren Behandlungsformen resp. MRVZ-Einrichtungen diese überwiesen worden waren. Über diese Stichprobe waren die Hälfte (50.82%) aller ursprünglich überhaupt deklarierten und rekrutierten, entlassenen MRVZ-Patienten vertreten. Diese – 16 - forensischen Kliniken umfaßten zum Zeitpunkt der Untersuchung n_s=1373 stationäre MRVZ-Patienten und n_a=134 ambulante forensische Patienten. Dabei waren auch über eine offen gehaltene Rubrik Angaben zu insg. 96 Patienten (18.01 % der Stichprobe) erfaßt worden, die neben den vorgegebenen, an andere, ´sonstige`, Einrichtungen weiter resp. zurück überwiesen und darüber entsprechend in die o. g. Übersicht eingebracht worden waren.

Tab. 14: Nachversorgung entlassener MRVZ-Patienten

Nachversorgung entlassener MRVZ-Patienten		
Verbleib	**Entlassene MRVZ-Patienten**	
	Anzahl (n)	**Anteil (%)**
Ohne Nachbetreuung	203	38.09
[davon mit unbekanntem Nachbetreuungsverlauf:	*119*	*22.33]*
Überweisung nach Entlassung an*:*		
Niedergelassene Therapeuten	126	23.64
Forensische Institutsambulanz	052	09.76
Klinikambulanz	041	07.69
Kooperierende Universitätsambulanz [17]	001	00.19
Weitere Einrichtung:		
Dicht betreute Wohngruppe	003	00.56
- Entwöhnungseinrichtung	004	00.75
- andere betreute Einrichtungen	004	00.75
- an weitere Einrichtung doch ´unbekannt` welche	005	00.94
Allgemeinpsychiatrisches KHS	001	00.19
Eigene Klinik wegen Betreuung	001	00.19
Übergangseinrichtungen		
Andere psychiatrische KHS, JVA" [18]	050	09.38
Hochsicherheitseinrichtung „BKH Haar bzw. Straubing"	004	00.75
Haft bzw. JVA (auch Rückverlegung)	029	05.44
Nach § 126a stop (Sucht) Untergebrachte	006	01.26
generell unbekannt	001	00.19
Verstorben	002	00.38
Gesamt	*533*	*100.00*

Bezugsgruppe: n_{entl}=533 entlassene Patienten aus 16 MRVZ-Einrichtungen

Von diesen zum Vorjahr der Stichtagserhebung aus o. g. 16 Einrichtungen entlassenen n_{entl} = 533 MRVZ-Patienten waren 322 und damit 60.41 % anschließend an deren stationären Aufenthalt an andere versorgende Einrichtungen oder niedergelassene Therapeuten im MRVZ überwiesen worden und davon

- 17.45 % (93) im direkten Anschluß an ihre Entlassung an institutionelle Einrichtungen entweder über eine forensische Institutsambulanz oder Ambulanz eines Krankenhauses bzw.
- 23.64 % (126) an niedergelassene Ärzte und Therapeuten,
- 1.26 % (6) waren nach §126a StPO (Sucht) untergebracht gewesen.
- Zu 0.94 % und damit 5 weiteren Patienten war zwar bekannt, daß sie nach ihrer Entlassung an eine nachbehandelnde Einrichtung überwiesen worden waren, doch nicht an welche.
- Gänzlich ohne Nachbetreuung entlassen worden waren 203 und damit 38.09 %, d. h. über ein Drittel des Kollektives der 533 entlassenen MRVZ-Patienten.
- Zu immerhin 22.33 % (119) der o. g. Stichprobe an 533 Entlassenen, etwas mehr als der Hälfte der ohne Nachbetreuung entlassenen, MRVZ-Patienten, lagen keinerlei Informationen zu deren weiterem Verbleib oder deren Entwicklung vor.
- In 1 zusätzlichen Fall (0.19 %) war der Nachsorgestatus als ´unbekannt` definiert worden.

7.9.3 Zusammenfassende kritische Bewertung der Ergebnisse und deren Implikationen im Hinblick auf eine prospektive ambulante Behandlungsführung

Zwei Drittel (n=12) und damit 75 % des zugrunde gelegten Kollektives der, diese Frage beantwortenden, Einrichtungen (n=16), hatten über ein gut ausgeformtes, stationäres Behandlungsprogramm und einen, im Bewußtsein um rehabilitative Maßnahmenerfordernisse, explizit nach außen getragenen, behandlungsorientierten Ansatz verfügt. [19] Gerade auch vor diesem Hintergrund doch auch generell scheint hier der Anteil solcher Patienten, die nicht nur gänzlich ohne Nachbetreuung entlassen worden waren und zu deren weiteren Verbleib zudem keinerlei Informationen vorlagen, erstaunlich hoch. Immerhin hatte es sich um, vordem forensisch psychiatrisch stationär untergebrachte, psychisch kranke Delinquenten gehandelt. Die Schwierigkeiten, die Wege des Entlassenen zu verfolgen, erstaunen umso mehr, nachdem zwischen der dahingehenden Anfrage und der erfolgten Entlassung ein überschaubarer Zeitraum lag (kaum mehr als 1,5 Jahre). In diesen Befunden spiegelt

[17] *Universität Tübingen*
[18] wurde so formuliert als Gesamtgruppe angegeben.
[19] Zwei der Einrichtungen waren Modellprojekte

sich die andererseits wiederholt beklagte geringe informative Vernetzung der, in die Versorgung eingebundenen, Systeme. Außerdem scheint, provokant formuliert, für viele Einrichtungen der Grundsatz zu gelten ´aus dem Auge aus dem Sinn`. Begründet ist eine solche Haltung sicher auch in der Überlastung vieler Einrichtungen sowie einem, jedoch zu hinterfragenden, da zu starr abgegrenzten, Kompetenzverständnis. Dagegen dient eine Verfolgbarkeit eines langfristig angelegten Behandlungs- und Entwicklungsganges des Patienten dem Sinne der Maßregel, der Möglichkeit zur übergeordneten Begleitung, Überprüfung und Sicherstellung der Effektivität der Behandlung, Qualitätssicherung und Prävention v. a. zur Führung problematischer Patienten. Vor diesem Hintergrund dringend anzuraten sind entsprechende Vorgaben als Richtlinien und solche, zur Dokumentation des Entwicklungsganges des Patienten sowie eine erhöhte Durchlässigkeit der involvierten Systeme.
Der Informationsstand zum Verbleib entlassener Patienten war außerordentlich reduziert. Dabei wäre eine professionale Verfolgbarkeit der Entwicklung des Patienten gerade auch im Sinne der Maßregel, dient der Prävention, der Sicherheit und dem Schutz der Allgemeinheit und des Patienten selbst, als Strategie zur übergeordneten Begleitung, Überprüfung und Sicherstellung der Effektivität der Behandlung, Qualitätssicherung und Prävention v. a. in der Führung problematischer Patienten Zu beklagen ist ein eklatantes Defizit an fundierter und begleitender Dokumentation und informativer Vernetzung der Behandler und Betreuer zum Werdegang von Maßregelpatienten und der, in die Versorgung eingebundenen Systeme, was es gilt unbedingt zu beheben, und eine Vorgabe zur Effektivität prospektiver Betreuung mit entsprechenden Richtwerten zur Dokumentation des Entwicklungsganges des Patienten und dazu eine erhöhte Durchlässigkeit der involvierten Systeme zu installieren. Obschon zwei Drittel des zugrunde gelegten Kollektives der, diese Frage nach dem Werdegang entlassener Patienten beantwortenden Einrichtungen über ein gut ausgeformtes stationäres Behandlungsprogramm und einen explizit behandlungsorientierten Ansatz, verfügten [20], war der Anteil solcher, vordem forensisch psychiatrisch stationär untergebrachter, psychisch kranker Delinquenten, die nicht nur gänzlich ohne Nachbetreuung entlassen worden waren und zu deren weiterem Verbleib keinerlei Informationen vorlagen, erstaunlich hoch. Dabei bestand ein überschaubarer Zeitraum (kaum mehr als 1,5 Jahre) zwischen Anfrage und der erfolgten Entlassung. Für viele der Einrichtungen schien geradezu der Grundsatz zu gelten ´aus dem Auge aus dem Sinn`. Dies entsprach bei vielen sicher auch der Überlastung sowie einem, jedoch zu hinterfragenden, weil zu starrem, abgegrenztem Verständnis in der Definition des Kompetenzbereiches.

[20] Zwei der Einrichtungen waren Modellprojekte

7.10 Aufnahme- und Ausschlußkriterien

7.10.1 Ausschlußkriterien

7.10.1.1 Beschreibung der Stichprobe und Darstellung der Ergebnisse

Angesichts der, für alle Einrichtungen zutreffenden, Einschränkungen durch begrenzte Aufnahmekapazitäten und Behandlungsressourcen, waren nur wenige Ausschlußfaktoren genannt worden. Über vorstrukturierte Antwortvorgaben wurden von 10 Kliniken, 4 Modell- und 6 weiteren Einrichtungen mit gut organisiertem ambulanten Therapieangebot und zusammen n_s=1329 [21] stationären und n_a=198 ambulanten Patienten, folgende Ausschlußkriterien genannt: Primäre Suchterkrankungen (7), schwere körperliche Behinderung (3), geistige Behinderung (3), Epilepsie und andere schwere somatoforme Erkrankungen (3). In zwei Fällen wurden einrichtungsspezifisch Altersbegrenzungen (Aufnahmen bis zum Alter von 40 Jahren) angegeben. Mit nur einer Ausnahme bestanden keine Angebote für Kinder und Jugendliche.

Tab. 15: Ausschlußkriterien

Benannte Ausschlußkriterien	Anzahl (n)* Nennungen
Suchterkrankung – primäre - [1)]	07
Schwere körperliche Behinderung	03
Geistige Behinderung	03
Epilepsie und andere schwere somatoforme Erkrankungen	03
Altersbegrenzung 1: Keine Kinder und Jugendliche mit 1 Ausnahme 2 Einrichtungen nur für Patienten < 40 Jahre	03

Bezugsgruppe: 4 Modell- und 6 andere Kliniken mit gut ausgestattetem ambulanten Therapieangebot und zusammen n_s=1329 stationären und n_a=198 ambulanten Patienten
***** *Mehrfachnennungen waren pro Einrichtung möglich gewesen.*

[1)] Einrichtungen, die das Vorliegen einer Suchterkrankung als Ausschlußfaktor bestimmt hatten, führten ausschließlich nach § 63 StGB untergebrachte Patienten. Die strikte Einhaltung dieser Vorgabe gestaltete sich in der Praxis problematisch, nachdem ein wesentlicher Teil der, so untergebrachten, Patienten von erheblichen Suchtproblemen betroffen war. Ein Umstand der deutlich aus den Befunden der vorliegenden bundesweiten Untersuchung hervorging und sich außerdem in Ergebnissen anderweitiger Untersuchungen *(Leygraf 1988; Seifert & Leygraf 1997a,b)* [22] abgezeichnete hatte. Der Anteil einer sekundären resp. komorbiden Suchterkrankung von, nach § 63 StGB, Untergebrachten wurde, einer exemplarischen Diagnoseanalyse eines der Modellprojekte sowie Mitteilungen des Leiters der *Forensischen Klinik Haina* zufolge, konkret mit 60 % Maßregelpatienten mit ausgeprägter Suchtstruktur beziffert.

7.10.2 Zusammenfassende Bewertung

Grundsätzlich offenbarte sich, daß für viele der betroffenen Einrichtungen Ausschlußkriterien für eine ambulante Behandlung nicht eng definiert waren. Die begrenzte Auseinandersetzung zur Frage nach den Ausschlußkriterien mag sicher auch begründet sein in der defizitären Ausgangslage ambulanter Angebots- und Behandlungsstrukturen und indem eine ambulante Behandlung zu vielen der forensischen Kliniken eher die Ausnahme und oft einen Einzelfall darstellte und überdies darin, daß es sich hier um eine Abfrage über ein Item mit vorstrukturiertem Antwortmodus gehandelt hatte. Überlegungen zu möglichen Kontraindikationen für eine ambulante Behandlung bestanden seitens der Einrichtungen nur zu Fällen von auch sekundär sucht- und dabei vorrangig alkoholkranken Patienten und waren ansonsten nicht zu dieser Fragestellung verfolgt worden. Der Ausschluß von Suchterkrankung gestaltet sich in der Praxis problematisch, nachdem faktisch ein erheblicher Teil und auch der, nach § 63 StGB untergebrachten, Patienten von Suchtproblemen betroffen war. Insgesamt fanden sich auf die offen gehaltene Frage nach den Aufnahmebedingungen für eine ambulante Behandlung dazu detailliertere und inhaltlich differenziertere Stellungnahmen und Informationen. Gestützt wurde diese Annahme ferner durch nächstfolgende Befunde zu den Aufnahmebedingungen, wobei immerhin 3 Kliniken aus der o. g. Stichprobe an 8 forensischen Einrichtungen (mit ambulanter Versorgungsstruktur, ohne Modellprojekte) angegeben hatten, ´keine` Aufnahmekriterien für ambulante Therapie zu kennen.

---

[21] 38.96 % aller zur vorliegenden Untersuchung rekrutierten *(n=3411)* bzw. 41.42 % der kategorisierten n_s=3209 stationären Patienten.
[22] *Leygraf (1988)* hatte infolge seiner Erhebung zur Situation des MRVZ in NW 1984 ebenfalls bereits auf diesen Umstand hingewiesen ohne allerdings quantitative Angaben machen zu können, wie auch jüngere Nachuntersuchungen, die zu ausgewählten Bereichen eben dieser Einzugsregion durchgeführt worden waren und diese Annahme bestätigten *(Seifert & Leygraf 1997 a, b).*

7.10.3 Aufnahmebedingungen

7.10.3.1 Fragestellung, Erhebungsmodus und Stichprobe

Neben den bereits o. g. 4 Modell- und weiteren 6 Einrichtungen benannten außerdem 2 zusätzliche Kliniken als Vorabbedingung für die Übernahme in eine ambulante Behandlung entscheidende Kriterien. Die Angaben dazu waren auf offen gehaltene Fragestellungen und daher nicht an Vorgaben gebunden erfolgt. Alle, zu dieser Frage rekrutierten, Kliniken verfügten über eine Form eines gut organisierten ambulanten Versorgungsangebotes. Demzufolge lagen von insg. 12 Einrichtungen mit zusammen n_s=1535 stationären und n_a=232 ambulanten Patienten Angaben zu Voraussetzungen für eine Aufnahme in ambulante Behandlung vor. Mehrfachnennungen waren möglich gewesen.

7.10.3.2 Befunde

Aus diesen Angaben kristallisierten sich als Aufnahmebedingungen und als dazu ´harte` Kriterien zentral folgende heraus. Als unabdingbar für eine Aufnahme in ambulante Behandlung eingestuft wurden von allen o. g. 12 Einrichtungen:

Tab. 16: Ausschlußkriterien

Zentrale Kriterien an Aufnahmebedingungen	
Kriterien	**Anzahl (n) / Nennung**
Ein deutlich herabgesetztes Risiko neue Straftaten zu begehen,	14
Einsichtsfähigkeit in die psychische Störung,	14
Kooperation und Motivation zu einer ambulanten Therapie,	14
Zuverlässigkeit bei Absprachen,	14
Bereitschaft, Suchtmittel zu meiden,	14
Medikamentenkompliance [23] sowie	14
Das Vorhandensein eines einigermaßen stabilen Lebensraumes	14

Von allen Einrichtungen der o. g. Stichprobe wurden weitere Bedingungsfaktoren zur Aufnahme angegeben, die dann auch in der Praxis zur Übernahme von Patienten in ambulante Behandlung eine zentrale Rolle spielten. Daraus wurden einheitlich benannt:

- ***Bündnisfähigkeit:*** Eine grundlegende Voraussetzung für eine Aufnahme in ambulante Behandlung sollte demzufolge die Fähigkeit sein, ein therapeutisches Arbeitsverhältnis eingehen zu können.
- ***Therapiemotivation und Therapiefähigkeit:*** Daneben sollte bereits auch die Fähigkeit des Patienten zur Therapie erprobt und die Motivation zur ambulanten Therapie deutlich erkennbar geworden sein.
- ***Krankheitseinsicht:*** Weiter verlangt wird Krankheitseinsicht und Introspektionsfähigkeit.
- Kontaktfähigkeit und Eingliederungsvermögen: Dazu wird ein gewisses Maß an Kontaktfähigkeit und grundlegend Eingliederungsvermögen in die Gesellschaft erwartet.
- ***Verfügbarkeit lebenspraktischer Fertigkeiten:*** Unter dem Primat eines gewissen Grundmaßes an ´lebenspraktischen Fertigkeiten` wurden als weitere Erfordernisse genannt:
- die Fähigkeit und Bereitschaft, einer Beschäftigung oder Arbeit nachgehen,
  - eine eigenständige Tagesstrukturierung erbringen und
  - möglichst selbst für den Lebensunterhalt sorgen zu können.
- ***Verpflichtungen des gemeinsamen Wohnens:*** Bei einem Wechsel in eine Wohngemeinschaft sollte der Patient weiter dazu in der Lage sein, sich an Verpflichtungen des gemeinsamen Wohnens zu beteiligen. *(Näheres speziell zu den Aufnahmebedingungen für Wohngemeinschaften s. auch zum Kap. ´Modellprojekte`.)*

Des Weiteren thematisierten einzelne der Einrichtungen außerdem folgende Faktoren:

- ***Diagnostische Absicherung von Motivation und Kooperation für Behandlung:*** Explizit eine diagnostische Absicherung einer vorliegenden Therapiemotivation und therapiebezogenen Kooperation forderten 3 der Einrichtungen.
- ***Eingangsvoraussetzungen formaler Art:*** Weiter wurden Eingangsvoraussetzungen formaler Art genannt, wie ein ´erfolgreicher Abschluß des stationären Teils der Behandlung` (1) [24] sowie bezugnehmend auf den rechtlichen Status, die Anordnung ambulanter Therapie per Gerichtsbeschluß (2) und konkret dabei die, der bedingten Entlassung (1), resp. Beurlaubung zur Behandlung (1).
- **Keine Voraussetzungen:** Dezidiert ´keine Voraussetzungen` statuierten immerhin 4 Institutionen (37.5 %) mit einer informell gestalteten ambulanter Versorgung.

[23] Gemeint ist die Bereitschaft des Patienten, sich angemessen medikamentös versorgen bzw. eine medizinische Versorgung adäquat durchführen zu lassen.

[24] ohne allerdings deren Verständnis zum Begriff ´erfolgreicher Abschluß` näher auszuführen.

Tab. 17: Aufnahmebedingungen zur ambulanten Behandlung psychisch kranker Straftäter

Aufnahmebedingungen (Nennungen)	Anzahl (n) Nennungen
´Harte` Kriterien: unabdingbare Aufnahmebedingungen	
Deutlich herabgesetztes Risiko, neue Straftaten zu begehen	12
Einsichtsfähigkeit in die psychische Störung (impl.: Krankheitseinsicht und Introspektionsvermögen)	12
Kooperation und Motivation zu einer ambulanten Therapie:	12
- Zuverlässigkeit bei Absprachen 12	
- Bereitschaft, Suchtmittel zu meiden 12	
- Medikamentenkompliance 12	
Vorhandensein eines einigermaßen stabilen Lebensraumes	12
Sonstige Angaben zu Aufnahmebedingungen	
Gewisses Maß an sozialer Kontaktfähigkeit	08
Bedingtes Maß an Eingliederungsvermögen in die Gesellschaft	06
Bereitschaft einer Beschäftigung oder Arbeit nachzugehen	10
Fähigkeit selbst für den Lebensunterhalt sorgen zu können	06
Fähigkeit, selbst Tagesstrukturierungen zu erbringen	04
Beteiligung an bestimmten Verpflichtungen des gemeinsamen Wohnens	03
Sichergestellte Therapiemotivation: diagnostisch gesicherte Bereitschaft zur Kooperation und Motivation zur ambulanten Therapie	03
Rechtlicher Status der Patienten [1]	04 [1]
- Anordnung ambulanter Therapie per Gerichtsbeschluß 02	
- bedingte Entlassung oder Beurlaubung zur Behandlung 01	
- erfolgreicher Abschluß der stationären Behandlung 01	
(ohne nähere Ausführungen zu diesem Begriffsverständnis)	
´keine Voraussetzungen`	04

Bezugsgruppe: 12 Einrichtungen: 4 Modelleinrichtungen und 8 Einrichtungen mit gut ausgestattetem ambulanten Therapieangebot und n_s=1535 stationären und n_a=232 ambulanten Patienten.
1) Bezogen auf den formalrechtlichen Status der Patienten seitens der antwortenden Einrichtungen genannte Eingangsvoraussetzungen zur Aufnahme in eine ambulante Therapie.

7.10.3.3 Anderweitig rekrutierte Faktoren mit Relevanz für den Entscheidungsprozeß zur Aufnahme in ambulante Behandlung

Wie sich im Rahmen weiterführender Fragestellungen und über qualitative Erhebungsstrukturen herausstellte, spielten für eine Übernahme in ambulante Behandlung des Patienten auch andere Faktoren eine Rolle im Entscheidungsprozeß bzw. dem Selektionsprozeß [25] der Experten: So ergaben sich neben den bereits vorgestellten Bedingungen weitere Faktoren aus anderen Zusammenhängen der qualitativen Erhebung, die zur Aufnahme eines Patienten in ambulante Therapie genannt worden waren und wesentlich auch die Entscheidung zur Übernahme in eine ambulante Therapieform (diverser Ausgestaltung) neben oder miteinander und in unterschiedlicher Gewichtung bestimmten und dazu folgende Kriterien über Angaben von Vertretern der o. g. Stichprobe und außerdem weiteren 8 Einrichtungen:

- Die Einschätzung einer sog. ´Therapierbarkeit` bzw. Aspekte zur ´therapeutischen Erreichbarkeit`
- und ´Kompliance` des Patienten,
- die eingeschätzte ´Effektivität einer Behandlung` als zusätzliches Entscheidungskriterium
- sowie Überlegungen zur Abwägung möglicher Risikofaktoren und
- zur ´Sicherheit der Allgemeinheit` generell.

Wohl deswegen und v. a. auch aufgrund des ausgewiesenen Mangels an vorhandenen Versorgungsressourcen [26] stand der reale Bedarf für den Patienten bzw. die, aus dieser Sicht, tatsächliche Erfordernis zur ambulanten Behandlung bei 90 %der sich dazu äußernden Einrichtungen nicht an erster Stelle.

[25] S. dazu auch die Ausführungen zu den Diagnose - und Deliktverteilungen der ambulanten Patienten in der vorliegenden Arbeit.
[26] Für die überwiegende Anzahl der Einrichtungen waren ohnedies weitaus mehr Anwärter auf eine ambulante Form der Therapie bzw. Nachsorge vormals forensisch psychiatrischer Patienten vorhanden, als tatsächlich ambulant Behandlung erhalten konnten.

7.10.3.3.1 Wartegruppe bzw. Kennenlernphase für noch nicht bekannte Patienten als Instrument zur Patientenselektion

Als Instrumentarien und Methoden zur Vorabselektion bieten sich an: gezielte Vorabinterviews, systematische und kontrollierte Verhaltensbeobachtungen aus dem stationären Sektor sowie das Etablieren einer Art Kennenlernphase als Probezeit oder über Wartegruppen. Für bislang nicht bekannte Patienten, v. a. solche, die aus anderen Einrichtungen in die ambulante Behandlungsführung überstellt werden sollten, hatte es sich bewährt eine Art ´Kennenlernphase` als eine Art Probezeit der definitiven Aufnahmeentscheidung vorzuschalten, den Patienten zu dessen Eignung zur ambulanten Behandlungsführung zu überprüfen und dahingehend Selektionen vorzunehmen. Ähnliche fungieren könnte eine Vorabselektion und Eignungsüberprüfung durch Verhaltensbeobachtungen und erste -erprobungen im Zuge niedrigfrequenter Wartegruppen. Deren Etablierung erscheint aus diesen und außerdem anderen Gründen überlegenswert. Zur niederländischen *Forensischen Tagklinik De Waag Utrecht* sind Wartegruppen unter auch v. a. präventiven Gesichtspunkten installiert worden. Eine derartig fungierende Strategie war nicht explizit von den deutschen Ambulanzen genannt worden.

7.10.3.3.2 Aufnahme- und Ausschlußkriterien für eine -betreute- Wohngemeinschaft (WG)

- **Einschlußkriterien zur Übernahme in eine WG**

Falls mit der Behandlung eine Überleitung in eine WG verbunden war, wurde zur Frage nach den Aufnahme- bzw. den Ausschlußkriterien in das ambulante Behandlungskonzept explizit von allen Modellen ein gewisses Eingliederungsvermögen in die Gesellschaft verlangt und es als vorteilhaft gewertet, selbiges vorab erproben und positiv beurteilen zu können. Ein gewisses Maß an Kontaktfähigkeit sowie die Bereitschaft, einer Beschäftigung oder Arbeit nachzugehen und vorzugsweise selbst für den Lebensunterhalt sorgen zu können, wurden als weitere begünstigende Voraussetzung dafür genannt, daß der Patient für diese Form ambulanter Behandlungsführung in Frage kam. Therapiemotivation und Krankheitseinsicht sowie die Fähigkeit, ein therapeutisches Arbeitsverhältnis eingehen zu können, wurden dbzgl. von allen Einrichtungen, die sich zu dieser Fragestellung geäußert hatten, als zwingende Vorbedingung angegeben.
Als eindeutige Auswahlkriterien zur Übernahme in eine Wohngruppe galten folgende Vorgaben: Vorab erwartet wurde die prinzipielle Bereitschaft dazu, in einer Wohngemeinschaft zu leben und sich überhaupt in einem solchen Kontext betreuen zu lassen. Der Patient sollte grundsätzlich eine Bereitschaft zur psychiatrischen, sozialen, wünschenswerterweise auch beruflichen und arbeitstherapeutischen Rehabilitation aufweisen und potentiell dazu in der Lage sein, sich selbst zu versorgen. Er sollte keine schwere geistige Behinderung und keine florierende Psychose ausweisen, nicht suizidal sein und weiter keine –akuten- Suchterkrankungen erkennen lassen. Die strikte Einhaltung der letztgenannten Bedingung gestaltete sich in der Praxis problematisch, da ein respektabler Teil der Maßregelpatienten eine ausgeprägte Suchtstruktur bietet (diagnosebezogene Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung und neben den gemeindenahen Modellen des Bundes zu insg. 27 forensischen Einrichtungen.)
Resümee: An den Aufnahmebedingungen dieser Wohngruppen zeichnete sich das Anforderungsprofil dieser Behandlungsform ab: Diese übergangsorientierte Einrichtung übt eine noch teilbetreuende Funktion aus, impliziert jedoch Anforderungen der Selbstversorgung und ein gewisses Maß an Übernahme von Selbst- und Fremdverantwortung und zielt damit i. S. einer emanzipatorisch ausgerichteten Behandlungsführung auf eine längerfristigen Verselbständigung des Patienten. *(Speziell zu Wohngemeinschaften s. auch u. Abschnitt über Aufnahme- und Ausschlußfaktoren in dieser Arbeit)*

7.10.3.4 Zusammenfassende Bewertung

- **Konkretisierte Definitionen von Ein- und Ausschlußkriterien überhaupt und unter Abstimmung von Bedarf und behandlungsbezogenen Gegebenheiten**

Die Bedeutung von Ein- und Ausschlußkriterien ist wohl v. a. auch vor dem Hintergrund der defizitären Versorgungssituation, weniger Aufmerksamkeit zugekommen. Ein- und Ausschlußkriterien waren in der Praxis wenig offiziell und wenn dann meist nur rudimentär definiert. Aus den Erfahrungsberichten von Einrichtungen mit bereits längerjährig und offiziell etablierten ambulanten Versorgungsprogrammen jedoch zeichnete sich deutlich die Relevanz gerade dieses Gesichtspunktes ab, der Vorabselektion und gezielte Zuordnung des Patienten zum passenden Setting, von Störungsbild und Therapieangebot resp. der individuellen Bedarfsstruktur zum entsprechenden Behandlungsprofil. Diese Gesichtspunkte spielen, was sich auch unter anderen Aspekten verdeutlichte (s. hierzu auch die Abschnitte ´Akzeptanz`, ´Behandlungsformen`), eine wesentliche Rolle zur Akzeptanz und der Effizienz des Angebotes.

- **Vorabselektion und Kontraindikation**

In der Überschau zu den Erfahrungen aus v. a. den deutschen Erhebungen fanden sich deutliche Hinweise darauf, daß definierte Ein- und Ausschlußkriterien und eine damit einhergehende gezielte Selektion und Zuordnung der Klientele vorab unter Gesichtspunkten der Passung von ambulanten Setting und dem Bedarfsprofil des Patienten, Abbruchquoten entgegenwirken, der Akzeptanz und Effektivität der Behandlung zuträglich ist und diese erhöhen kann. Eine vorab gezielte Selektion und Zuordnung der Patienten im Hinblick auf dessen individuelle Bedarfs- und Behandlungserfordernisse und das Angebot als solches, ist der Effizienz der Therapie zuträglich, kann Abbruchquoten entgegen und, was später noch näher auszuführen sein wird, über Passung von Angebotsstruktur und individuellem Bedarf, auch akzeptanzförderlich wirken.
Es fand sich Übereinstimmung dazu, daß Rückfälle von Therapieabsolventen in Ausmaß und Schwere deutlich weniger gravierend ausfielen: Psychiatrisch forensische Patienten mit absolviertem ambulantem oder teilstationärem Therapieprogramm boten gegenüber Abbrechern von und Patienten ohne ambulante Behandlung / Nachsorge ein, quantitativ wie qualitativ bemessen, deutlich geringeres Rückfallausmaß. Therapieabbrechern wird gegenüber Beendern rückfallbezogen eine weitaus schlechtere Prognose zugeschrieben.

7.11 Vormalige stationäre Verweildauer ambulanter Patienten

7.11.1 Intention der Fragestellung

Die Intention dieser Fragestellung waren Überlegungen um die Reduktion stationärer Unterbringungsdauern durch die Verfügbarkeit adäquater Nachsorgestrukturen, ökonomische Gesichtspunkte, die tatsächliche therapeutische Indikation, das Interesse an näheren Informationen dazu und zu den Belangen zur vormaligen stationären Verweildauer, dbzgl. relevanter und potentieller Einflußgrößen und den Bezügen für ein ambulantes Versorgungsangebot.

7.11.2 Stichproben und Befunddarstellung

In der Frage zur vorausgegangenen stationären Verweildauer ambulanter forensischer Patienten lagen zum Untersuchungszeitpunkt Angaben vor zu n_a=112 (26.99 % bezogen auf die Gesamtgruppe aller erfaßten N_a=415 bzw. 28.35 % der, nach Behandlungsformen kategorisierten, N_a=395) ambulanten Patienten. Diese waren über 6 forensische Einrichtungen mit zusammen n_s=720 stationären MRVZ-Patienten [21.11 % aller erhobenen stationären Patienten (N_s=3411) bzw. 22.44 % der zu ihren Behandlungsformen kategorisierten Einrichtungen (mit 3209 stationären Patienten)] rekrutiert worden. Die vorliegenden Befunde repräsentieren eine Stichprobe aus, vordem sowohl nach § 63 wie § 64 StGB untergebrachten Ambulanzpatienten, die über Einrichtungen mit einer bestehenden, unter den gegebenen Bedingungen anteilig jedoch nicht offiziellen, vielmehr eher informellen, dabei jedoch weitestgehend organisierten, ambulanten Versorgungsstruktur rekrutiert worden waren.
In dieser Stichprobe vertreten waren die Einrichtungen *Haldem (Nordrhein-Westfalen)* mit n_a=34 ambulanten und nach § 64 StGB eingewiesenen Patienten mit dem Status von MRVZ-Patienten auf Erprobung, weiter *Wiesloch (Baden Württemberg)* mit n_a=10 ambulanten Patienten der dortigen forensischen Institutsambulanz, außerdem *Lohr (Bayern)* mit n_a=27 Patienten der forensische Institutsambulanz für vordem nach § 64 StGB untergebrachte Patienten und schließlich *Andernach (Rheinland Pfalz)* mit n_a=12 ambulanten über eine eigenständige forensische Institutsambulanz betreuten Patienten sowie *Kaufbeuren (Bayern)* mit n_a=20 und *Regensburg (Bayern)* mit n_a=9 ambulanten vordem nach § 63 StGB untergebrachten Patienten, die in einem anderen, doch gut organisierten, Setting in enger Kooperation mit der lokalen Ambulanz der Psychiatrischen Klinik, betreut wurden. Zur *Forensischen Ambulanz Gießen/ Haina* mit ausschließlich nach § 63 StGB eingewiesenen Patienten wurde in dieser Fragestellung auf institutseigenen Daten einer Stichtagsuntersuchung zum 31.12.1992 verwiesen *(anteilig: Müller-Isberner 1996).* Und es wurden thematisch relevante Befunde einer weiteren Untersuchung *(Müller-Isberner 1996)* dieser Einrichtung ergänzend.
Betrachtet man vorerst die Gesamtheit der Stichprobe der o. g. 112 ambulanten Patienten ohne diese nach den jeweiligen Einweisungsgrundlagen aufzuschlüsseln, ergab sich folgende Verteilung zu deren vorausgegangener Unterbringungsdauer:

Tab. 18: Vormalige Verweildauer ambulanter forensischer Patienten im stationären MRVZ - zusammengefaßt nach den Einweisungsgrundlagen §§ 63 und 64 StGB

Vormalige stationäre Verweildauer (MRVZ) ambulanter Patienten - zusammengefaßt nach Einweisungsgrundlagen §§ 63 und 64 StGB		
Stationäre Verweildauer	**ambulante Patienten**	
	Gesamtzahl (n)	**Anteil (%)**
Bis zu 1 Jahr	30	26.79 %
Bis zu 2 Jahren	54	48.21 %
Bis zu 4 Jahren	15	13.39 %
Bis zu 6 Jahren	03	02.65 %
Bis zu 8 Jahren	03	02.65 %
Mehr als 8 Jahre	07	06.25 %

Bezugsgruppe: n_a=112 ambulante Patienten zu 6 forensischen Kliniken[*]*
[*]: Andernach (Rheinland Pfalz), Regensburg (Bayern), Kaufbeuren (Bayern), Lohr (Bayern), Haldem (NRW)*

Vor ihrer ambulanten Behandlung hatten sich zu dieser Stichprobe 28 % unter 1 Jahr, 48 % bis zu 2 sowie 13 % bis zu 4 und nur jeweils 3 % bis zu 6 bzw. 8 und 6 % für mehr als 8 Jahre in stationären Einrichtungen des MRVZ aufgehalten. Damit waren aus dieser Stichprobe mit sowohl vordem nach § 63 als auch § 64 StGB eingewiesenen Patienten 75 % weniger als 2 Jahre und insg. 88 % unter einem Zeitraum von 4 Jahren stationär untergebracht gewesen.

Tab. 19: Stationäre Verweildauer vordem nach §63StGB untergebrachter ambulanter Patienten

Stationäre Verweildauer vordem nach § 63 StGB untergebrachter nun ambulanter Patienten		
Verweildauer (letzte)	**ambulante Patienten**	
	Gesamtzahl (n)	**Anteil (%)**
bis zu 1 Jahr	07	15.90 %
bis zu 2 Jahren	09	20.45 %
bis zu 4 Jahren	15	34.09 %
bis zu 6 Jahren	03	06.81 %
bis zu 8 Jahren	03	06.81 %
mehr als 8 Jahre	07	15.90 %

Bezugsgruppe: n_a=44 ambulante vordem nach § 63 StGB untergebrachte Patienten zu 4 MRVZ-Kliniken

Die Subgruppe vordem nach § 64 StGB untergebrachter ambulanter Patienten umfaßte 68 über 5 Einrichtungen einbezogene Personen. Für diese Patientengruppe galt die gesetzlich vorgeschriebene maximale Verweildauer von 2 Jahren. Zwei Drittel der o. g. Suchtpatienten (69.12 %, n=47) wies eine vormalige Unterbringungsdauer von 2 Jahren aus. Die, zur o. g. Fragestellung rekrutierten, vormalig nach § 63 StGB untergebrachten, ambulanten Patienten (n_a=44, 4 MRVZ-Kliniken) boten folgende Verteilung: Deren vormalige stationäre Verweildauer lag bei 70.44 % unter 4 Jahren. 36 % waren weniger als 2 Jahre und 16 % weniger als 1 Jahr, dagegen jeweils 13 % mehr als 4 bzw. weniger als 8 Jahre und immerhin 16 % mehr als 8 Jahre vor ihrer ambulanten Behandlung stationär in MRVZ-Einrichtungen untergebracht gewesen. Schwerpunktmäßig war die Unterbringungszeit bis zu 4 Jahre vertreten gewesen.

7.11.3 Zwischenbewertung

Zur Stichprobe der hier zur o. g. Fragestellung erfaßten ambulanten Patienten zeichnete sich eine reduzierte Unterbringungszeit ab. Der direkte Vergleich zu den stationären Patienten konnte nicht über die Daten der initialen Stichtagserhebung erfolgen: Die Unterbringungsdauer war für die, der stationären Patienten nicht abgefragt worden. Dies wäre nur im Falle einer prospektiven Untersuchung erkenntnisförderlich gewesen.

7.11.4 Vorausgegangene stationäre Verweildauer vordem nach § 63 StGB untergebrachter ambulanter Patienten – Zusammenschau zeitnah erhobener Daten eigener Untersuchungsbefunde und der *Forensischen Institutsambulanz Gießen*

Die *Klinik für Gerichtliche Psychiatrie Haina (Hessen)* mit deren institutionalisiertem ambulanten Therapieangebot *(Außenstelle Forensische Nachsorgeambulanz Gießen)* verwies zur Fragestellung auf eigene Daten einer zum 31.12.1992 resp. datengleich zum 01.01.1993 und darüber mit einer, zeitgleich zur vorliegenden Untersuchung, geschalteten Stichtagserhebung über 258 stationäre MRVZ-Patienten *(Haina)* und 58 Patienten der *Forensischen Institutsambulanz Gießen (Müller-Isberner 1996)*, deren Daten hier ergänzend retrospektiv eingebracht wurden.

Tab. 20: Gegenüberstellung der stationären und ambulanten Patienten der forensischen Ambulanz Gießen* zu deren stationärer Verweildauer (MRVZ)

Stationäre Verweildauer im MRVZ jeweils zur Gruppe der stationären Patienten und der der ambulanten Patienten der *Forensischen Ambulanz Gießen**		
Dauer bis Stichtag	**stationäre Patienten (n_s=258)**	**ambulante Patienten (n_a=58)**
	bisherige Unterbringungsdauer	**Gesamtunterbringungsdauer**
Jahre	**Anteil %**	**Anteil %**
0 bis 2	35.2	17.2
2 bis 4	26.8	46.6
> 4	38.0	32.8

* *Daten zur stationären Verweildauer von n_s=258 stationären und n_a=58 ambulanten Patienten der Forensischen Institutsambulanz Gießen, Stichtag 31.12.92)*

Tab. 21: Vormalige stationäre Verweildauer nach § 63 StGB untergebrachter ambulanter Patienten – Zusammenschau der Daten der eigenen Untersuchung und der der Forensischen Institutsambulanz Gießen

Vormalige Verweildauer ambulanter vordem nach § 63 StGB Untergebrachter – Zusammenschau zu Daten der eigenen Erhebung und solchen der *Forensischen Institutsambulanz Gießen*		
Dauer	**ambulante Patienten (n=44)**	**ambulante Patienten (n=58)**
	Haina / Gießen	**eigene Untersuchung**
bis zum Stichtag	**Stichtag 01.01.93**	**Stichtag 31.12.92**
	Unterbringungsdauer	**Gesamtunterbringung**
Jahre	**Anteil %**	**Anteil %**
0 bis 2	36.35	17.2
2 bis 4	34.09	46.6
> 4	29.52	32.8

Bezugsgruppen:
[+] *n=44 ambulante vordem nach § 63 StGB untergebrachte Patienten zu 4 MRVZ-Kliniken der vorliegenden eigenen Erhebung mit Stichtag 01.01.1993.*
[*] *n=58 vordem nach § 63 StGB untergebrachte Patienten der Forensischen Institutsambulanz Gießen aus deren Erhebung mit Stichtag 31.12.1992.*

Resümee: Die Erkenntnis, daß ein fundiertes ambulantes Therapieangebot effektiv dazu beitragen kann, die MRVZ- Aufenthaltsdauer zu verkürzen, bestätigte die vergleichende Untersuchung der Institutsambulanz *Gießen* zum selben Erhebungszeitraum und deren Ergebnisse zu den Durchschnittswerten des Kollektivs nicht ambulant behandelter Patienten in Gegenüberstellung mit einer Kontrollgruppe. Daneben unterlegte eine institutseigene, noch nicht veröffentlichte, Untersuchung dieser Einrichtung mit deren inzwischen 2 Standorten *(Freese, Haina, Forensische Herbsttagung 13.10.2000 München)* über einen weiterführenden Zeitraum bis Ende des Jahres 1999 zu 84 entlassenen MRVZ-Patienten und einer entsprechend definierten Kontrollgruppe ebenso dezidiert die Aussage zur Verkürzung der Unterbringungszeit durch das Ambulanzangebot. Die eigenen Untersuchungsbefunde hatten bei einer speziellen Stichprobe mit Einrichtungen ohne offiziell etabliertem Ambulanzangebot eine Vorabselektion von Ambulanzpatienten nach Ausmaß und Schwere der Delikte und Störungsbilder mit Tendenz zur Mitte und einem hohen Anteil an weniger hohen Unterbringungszeiten erkennen lassen. Daß bei ausreichendem Versorgungsangebot auch Patienten mit schwereren Störungsbildern ambulant geführt wurden, bezeugte der nicht unerhebliche Bestand an Ambulanzpatienten der Forensischen Institutsambulanz mit höheren Unterbringungszeiten von mehr als 8 Jahren.

7.11.5 Außerdem über den unstrukturierten offenen Antwortmodus rekrutierte Befunde

Zur o. g. Fragestellung ergaben sich von allen Einrichtungen der o. g. Stichprobe über einen unstrukturierten, offenen Antwortmodus und außerdem andere Zusammenhänge der Erhebungen zusätzliche zu dieser Thematik vermittelte Angaben.

7.11.5.1 Einflußgrößen auf die Unterbringungszeit

Übergreifend erkannt und bestätigt wurde: Das Ausmaß der Unterbringungszeiten unterliegt diversen Einflußgrößen. Es konnten Aussagen getroffen werden zu Einflußgrößen auf die Unterbringungszeit und dazu konkrete Einflußgrößen und als solche sicher folgende definiert werden:

- **Verlängerung der Unterbringungsdauer durch defizitäre Versorgung**

Defizitäre und unzureichende nichtstationäre Versorgungsstrukturen bedingen eine Verlängerung des stationären Aufenthaltes im MRVZ. Als solche wurden konkret bezeichnet:

- unzureichende ambulante Infrastruktur, adäquate Nachsorge-, Angebots- und Versorgungsstruktur,
- erhebliche Wartezeiten für störungsspezifische nichtstationäre Therapieplätze,
- fehlende extramurale betreute Wohnmöglichkeiten,
- Verzögerungen der Unterbringung in komplementäre nachsorgende bzw. weiterführende rehabilitative Einrichtungen und Heime.

- **Durch Unsicherheiten zum versorgungstechnischen und rechtlichen Status der Patienten provozierte Verlängerungen der stationären Unterbringung**

Infolge des rechtlich unsicheren und kostentechnisch ungeklärten Versorgungsstandes aus der Maßregel Entlassener und um keinesfalls therapeutische Anbindung zu gefährden, wurden diese formal von einigen Einrichtungen als reguläre MRVZ-Patienten geführt. So auch eines der Modellprojekte, das bereits ambulant geführte Patienten offiziell als reguläre MRVZ-Patienten definierte und dezidiert gegen die bestehenden kostentechnischen und rechtlichen Vorgaben protestierte, die als restriktiv und als, eine offizielle ambulante Behandlungsführungen massiv erschwerend, bewertet wurden.

- **Strukturpolitische Einflußgrößen mit Auswirkung auf und Relevanz für die Unterbringungslänge**

Weitere wesentliche Einflußgrößen zur Unterbringungszeit bildeten regionale Gegebenheiten und strukturpolitische Besonderheiten mit davon abhängigen, verkürzenden oder verlängernden Auswirkungen auf die Unterbringungszeit. In der Folge der verschärften Gesetzgebung von 1998 *(Näheres s. Abschnitt zur Darstellung der Gesetzeslage)* zeichnete sich außerdem eine wieder rigidere Entlaßpraxis und damit einhergehend auch deutlich zögerliche bzw. verzögerte ´Aus-` bzw. Eingliederungen in nichtstationäre Versorgungsbezüge ab.

➢ **Länge der vorherigen Unterbringung resp. ´Langzeitunterbringung` als Selektionskriterium zur Aufnahme in ambulante Behandlung**

Die Länge der vorherigen Unterbringungszeit fungierte in einigen Fällen als ein Selektionskriterium im Kontext der Übernahme in ambulante Behandlung. Dies vermittelten Informationen aus einem anderen Kontext zur Frage nach den Aufnahmebedingungen in ambulante Therapie: Von 7 forensischen Kliniken wurde die Länge der vormaligen stationären Verweildauer als ein Aspekt in der Entscheidungsfindung zur Aufnahme in ambulante Behandlung angegeben und von zweien eine Langzeitunterbringung dahingehend als Ausschlußkriterium definiert. An anderer Stelle wurden zu Überlegung zu den Aufnahmebedingungen in ambulante Therapie von diesen und weiteren drei Einrichtungen mit einer Langzeithospitalisierung einhergehende Erschwernisse, bspw. durch lange Unterbringungszeiten belastete Resozialisierungsperspektiven und konkret fehlende Erprobungsmöglichkeiten von Alltagsbewältigung und eigenständiger Lebensführung, thematisiert.

7.11.5.1.1 Stationäre Aufenthaltsdauer als prognoserelevanter Informationsträger

In diesem Kontext ergaben sich auch Aussagen zum erforderlichen Zeitrahmen, um im stationären Setting potentielle Therapiefähigkeit abklären und im Hinblick auf die Indikation und die Motivation für eine Therapie des Suchtpatienten zu einer Einschätzung gelangen zu können: Forensische Suchtkliniken mit einer offiziellen forensischen Ambulanz thematisierten unter Verweis auf ihre Fachkompetenz einesteils und ökonomische Gesichtspunkte (wie Verfügbarkeit der Therapieplätze) andernteils, die Möglichkeit i. d. R. schneller als in dem, seinerzeit dazu noch gesetzlich vorgesehenen, 1-Jahres-Zeitraum oft bereits gut nach 6 Monaten (zum Einzelfall ggfls. auch kürzer) Aussagen treffen zu können.

7.11.5.1.2 Verkürzungen und darüber Einsparungen stationärer Unterbringungszeit durch alternative nichtstationäre Nach- und Versorgung und einem ambulantem Leistungsangebot im Besonderen

Über Aufschlüsselung der vorausgegangenen Unterbringungsdauer zu den Fällen der, dazu rekrutierten Ambulanzpatienten sprach deren, als deutlich reduziert erfahrene MRVZ-Aufenthaltsdauer dafür, daß ein fundiertes ambulantes Therapieangebot effektiv zu deren Verkürzung beitragen kann.
Bestätigt wurde diese Einschätzung über eine vergleichende Untersuchung einer etablierten *Institutsambulanz (Gießen)* zum selben Erhebungszeitraum mit Ergebnissen über eine eng definierten Kontrollgruppe in Gegenüberstellung zu den Durchschnittswerten des Kollektivs nicht ambulant behandelter Patienten.
Eine institutseigene, noch nicht veröffentlichte, Untersuchung dieser Einrichtung mit deren inzwischen 2 Standorten *(vorgestellt von Freese, Forensische Herbsttagung 13.10.2000, München)* über einen, außerdem weiterführenden, Zeitraum bis Ende des Jahres 1999 zu 84 entlassenen MRVZ-Patienten und einer entsprechend definierten Kontrollgruppe, unterlegte diese Erfahrungen zur Verkürzung der Unterbringungszeit durch das Ambulanzangebot. Befunde der Klinik *Haina* ergaben reduzierte durchschnittliche Unterbringungszeiten für deren ambulante Patientengegenüber denen, der stationären MRVZ-Patienten. Dem Einsatz von deren *Forensischer Ambulanz (Gießen)* wurde eine 6 bis 12 - monatige Verkürzung der Unterbringungsdauer zugeschrieben. Dies ergaben zusätzlich eingebrachte Nachfragen *(persönliche Mitteilung Gonzales Okt. 1998)*, wobei diese Aussage auch zu den nächsten resp. den Folge- Jahren stabil blieb *(letzter dazu abgefragter Stand Dez. 2000)*. Die Einschätzungen der 4 gemeindenahen Modellprojekte, die sich retrospektiv zu dieser Thematik geäußert hatten, entsprachen der, der offiziell etablierten *Institutsambulanzen Gießen* und *Wien.* Damit schrieben die offiziell statuierten Ambulanzmodelle, die alternativen gemeindenah operierenden Modellprojekte des Bundes und, zusammen mit der *Wiener* und *Gießener Nachsorgeambulanz*, zwei große Institutsambulanzen übereinstimmend die, über das Angebot der ambulanten Ver- und Nachsorge bewirkte, Reduktion zur stationären Aufenthaltsdauer eine Größenordnung von 6 bis 12 Monaten zu.

Tab. 22: Vorteile durch adäquate Nachsorge und ambulante Versorgung

Vorteile durch adäquate Nachsorge und ambulante Versorgung
- Verkürzung der stationären Unterbringungszeit
- Vorgaben, Vorhandensein und Ausgestaltung der Nutzung bzw. Nutzbarkeit einer nichtstationären und insb. ambulanten Versorgungsstruktur
- Reduktion der stationären Unterbringungsdauer und dbzgl. gewonnene Zeitspanne
- Unterbringungsdauer als per se beeinflußbare Größe und Interaktionen der Einflußgrößen
- Diverse die Unterbringungsdauer beeinflussende und dahingehend zuerkannte relevante Faktoren
- Problematik der Langzeithospitalisierung: Erschwernisse für den Eintritt in eine rehabilitativ ausgerichtete nichtstationäre Versorgung mit zunehmender Länge der Unterbringung
- Künstliche, therapeutisch nicht indizierte kostenverursachende Verlängerung der stationären Unterbringungszeit durch nicht vorhandene ambulante Ver- und Nachsorgeangebote
- Relevanz regionalspezifischer Strukturdeterminanten und rechtlicher Gegebenheiten

7.11.6 Diskussion anderweitig rekrutierter, thematisch relevanter Befundinhalte mit Entsprechungen, Ergänzungen, Bestätigungen, weiterführenden Angaben

Insgesamt und über mehrere Zugangsweisen wurde erkannt: Es gibt die Unterbringungszeit beeinflussende Faktoren: Strukturelle Einflußgrößen haben Relevanz für die stationäre Aufenthaltsdauer potentiell ambulant zu führender Patienten. Ein offizielles fundiertes ambulantes Therapieangebot verhilft dazu die Aufenthaltsdauer im MRVZ zu verkürzen. Die eigenen Befunde deckten sich inhaltlich im Tenor mit anderweitig rekrutierten Erkenntnissen.

- **Unterbringungsdauer als per se beeinflußbare Größe**:

Die auf den eigenen Untersuchungen basierenden Annahmen zur Unterbringungsdauer als beeinflußbare Größe wurden bestärkt über Befunde diverser vorausgegangener Untersuchungen mit Bezügen zur Aufenthaltsdauer *(u. a. Athen & Böcker 1987; Bischof 1988; Gretenkord & Lietz (1983; Hoehner 1993; Jockusch & Keller 1993; Jöckel & Müller Isberner 1993; 1994; Leygraf (1988; Müller-Isberner 1992b).* Die Unterbringungsdauer wurde als eine nicht statische und damit beeinflußbare abhängige Variable *(vgl. anteilig entspr. auch Leygraf 1995)* bewertet.

Diese Befunde ließen begründet erwarten, daß die Unterbringungszeit auch durch das Konstrukt der ambulanten Behandlung zu beeinflussen ist. Die rekrutierten deskriptiv gehaltenen Aussagen wurden in ihren wesentlichen Inhalten auch ergänzt durch die Befunde einer internen Untersuchung der Klinik für *Gerichtliche Psychiatrie Haina*, *Außenstelle Gießen (Hessen) (mit Stichtag 31.12.1992 bzw. datengleich 01.01.93)* zu deren stationären und ambulanten Patienten und daneben durch Anteile anderer Untersuchungen entweder zur Struktur des MRVZ und/ oder den Merkmalen der Population der MRVZ-Patienten *(vgl. u. a.: Leygraf 1988; Schumann 1993; Höhner 1993; Leygraf 1995).*

- **Unterbringungsdelikt und diagnostische Zuordnung der psychischen Erkrankung als Einflußgrößen auf die Verweildauer**

Zwar konnte die vorliegende Untersuchung aufgrund ihres Designs keine korrelativen Aussagen zur Frage nach potentiellen Zusammenhängen zwischen Störungsbildern bzw. Delikten einesteils und den stationären Verweildauern andernteils treffen. Einzelangaben der Einrichtungen jedoch verdeutlichten, daß das Unterbringungsdelikt und / oder die diagnostische Zuordnung des jeweiligen Patienten über die prognostischen Einstufungen eine Einflußgröße auf die Dauer der stationären Unterbringung bildet. Zusammenhänge zwischen psychischer Erkrankungsform und Verweildauer zeichneten sich in diversen Untersuchungen ab: Statistisch abgesichert bestätigten dies anteilig *Leygraf 1995* und explizit *Hoehner (1993).* Dahingehend waren bereits entspr. auch von *Athen & Böcker (1987)* [27]*; Bischof (1988): Gretenkord & Lietz (1983); Müller-Isberner (1992b); Jöckel & Müller Isberner (1993, 1994); Leygraf (1988, 1995)* Aussagen getroffen worden.

- Strukturelle regionalspezifische Einflußgrößen mit Besonderheiten und regional determinierten Schwankungen der Unterbringungszeit

Zur Unterbringungsdauer von MRVZ-Patienten wurden in diversen Untersuchungen zu außerdem verschiedenen Untersuchungszeitpunkten *[über sowohl frühere (Ritzel 1978; Rintelen & Gabbert; Leygraf 1988) wie auch nachfolgende andere Untersuchungen (vgl.: Höhner 1993; Leygraf 1994)]* einvernehmlich regional determinierte Schwankungen und Einflußgrößen und die Besonderheit lokal bedingter Einflußgrößen erkannt.

[27] Basierend auf einer, auf Landesebene zu *Bayern* durchgeführten, Stichtagserhebung mit 415 männlichen Patienten zur Abklärung der Zusammenhänge von Aufenthaltsdauer und medizinischen sowie kriminologischen Faktoren formulierten *Athen & Böcker 1987:* das Zusammentreffen der Faktoren sexuelle Straftat, Brandstiftung und Minderbegabung bilde eine, für die Aufenthaltsdauer und Therapie ungünstige, Kombination.

7.11.7 Zusammenfassende Bewertung

Die Erkenntnisse ließen folgende Aussagen im Hinblick auf die Dauer der Unterbringung zu: Die Dauer der Unterbringung ist eine per se beeinflußbare und keine statische Größe und in ihrer Ausgestaltung diversen Einflußgrößen ausgesetzt, die zudem untereinander interagieren. Sie können, wie auch andere Faktoren, in ihren Auswirkungen auf die stationäre Verweildauer aufgrund der Interaktionen der Einflußgrößen kaum isoliert beurteilt werden. Für die Länge der Unterbringung spielen entsprechend diverse Einflußgrößen eine Rolle. Es wurden als solche folgende erkannt: Delikt- und v. a. Diagnosezuschreibungen, das Vorhandensein, die Ausgestaltung und das Ausmaß der Nutzung bzw. Nutzbarkeit einer nichtstationären und insb. ambulanten Versorgungsstruktur. Eindeutig und durchgängig offenbarte sich weiter über die Zeit hinweg, daß das unzureichende bis nicht vorhandene ambulante Ver- und Nachsorgeangebot die stationäre Unterbringungszeit ´künstlich` und ohne eigentliche therapeutische Indikation verlängert. Eine adäquate Nachsorge und ambulante Versorgung verkürzt dahingegen die stationäre Unterbringungszeit resp. kann ein fundiertes ambulantes Therapieangebot dazu verhelfen, die Aufenthaltsdauer im MRVZ zu verkürzen. Eine zeitliche Einsparung an stationärer Unterbringung war objektivierbar. Die Zeitersparnis an stationärem Aufenthalt wurde unter solchen Bedingungen auf im Durchschnitt 6-12 Monate eingeschätzt mit außerdem zum Einzelfall höherem Zeitgewinn. Thematisiert wurde die Problematik der Langzeithospitalisierung und Bezug genommen auf die, mit zunehmender Länge der Unterbringung einhergehenden, Erschwernisse für den Eintritt in eine rehabilitativ ausgerichtete nichtstationäre Versorgung. Die Unterbringungsdauer unterliegt regional- und strukturpolitischen sowie rechtlichen Determinanten mit, von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich geregelten Ausgestaltungen von Entlassung, Rehabilitation und Lockerungen. Die jeweiligen landes-, struktur- und außerdem regionalspezifischen und rechtlichen Gegebenheiten der einzelnen Bundesländer und Regionen bilden nicht zu unterschätzende Einflußgrößen. Die neue Gesetzgebung nahm in ihren Auswirkungen Einfluß auf die Länge der Unterbringungszeit, der zufolge sich eine rigidere Entlaßpraxis und damit auch deutlich zögerliche bzw. verzögerte ´Aus-` bzw. Eingliederung` in nichtstationäre Versorgungsbezüge abzeichnete. Ökonomische Gesichtspunkte sind jedoch relativ und differenziert zu werten und dürfen keine vordergründige Argumentation bilden.

7.12 Diagnose- und deliktbezogene Verteilungen bei stationären und ambulanten Patienten

7.12.1 Erfassung, Abbildung, Auswertung und Interpretation der Daten

7.12.1.1 Fragestellung

Um angemessene ambulante Versorgungsstrukturen und an der speziellen Bedarfslage der Klientele ausgerichtete, Behandlungsprogramme entwickeln zu können, interessierten die diagnose- und deliktspezifischen Merkmalsstrukturen. Daher waren zu den Gruppen der ambulanten und der stationären psychisch kranken Straftäter die spezifische Verteilung nach den letzten Eingangsdiagnosen und –delikten untersucht worden.

7.12.1.2 Stichproben – Ausgestaltung, Besonderheiten und Missing Data

Zu beiden Fragestellungen waren dieselben Einrichtungen und diagnosebezogen zusätzlich eine weitere Klinik eingebracht worden. Die dazu rekrutierten stationären und ambulanten forensischen Patienten umfaßten sowohl nach § 64 als auch nach § 63 StGB untergebrachte Patienten. Zur Frage nach den eingangsbezogenen Diagnose- wie auch Deliktzuweisungen waren von insg. 11 und damit zu 31.43 % der in die vorliegende Untersuchung eingebrachten 38 forensischen Einrichtungen entsprechende Angaben verwehrt worden: Von den vier gemeindenah ausgerichteten Einrichtungen [28] mit Liaison- und Konsiliardiensten, die in einem Projekt des Bundesgesundheitsministeriums für alternative ambulante Versorgungsmodelle eingebunden waren, konnten zum Zeitpunkt der Erhebung aufgrund deren Modellbindung aus datenrechtlichen Gründen weder zur Gruppe der stationären noch der ambulanter Patienten, Angaben zu den Einweisungsdelikten wie auch den Eingangsdiagnosen bereitgestellt werden. Allerdings konnten über diese Einrichtungen zu delikt- und diagnosebezogene Fragestellungen anteilig noch retrospektiv weitere Informationen rekrutiert werden, die in der späteren Gesamtbewertung der Befunde und speziell im Hinblick auf die Planung prospektiver ambulanter Behandlung berücksichtigt wurden. Zwei Einrichtungen der neuen Bundesländer verfügten über keine aussagekräftige Dokumentation und Statistik von Patientendaten. Weiteren 5 Einrichtungen war es entweder aufgrund struktureller und /oder personaler Versorgungsengpässe, unzureichender Dokumentationen und /oder schlecht rekrutierbarer, bzw. statistisch nicht nutzbarer Patientendaten unmöglich gewesen, Fragen nach den Eingangsdiagnosen und Eingangsdelikten zu beantworten.

7.12.1.3 Design - Möglichkeiten und Grenzen

Das Design der vorliegenden Erhebung ermöglichte die Befunderhebung zur Frage nach den Eingangsdelikten und unabhängig hiervon zu den Eingangsdiagnosen. Aussagen zur Korrelation bestimmter Delikt- und Diagnoseaufkommen waren aufgrund des Designs der Untersuchung nicht möglich. Nachdem zu beiden Gruppen, der ambulanten, wie der, der stationären Patienten, zur Frage nach deren Eingangsdelikten und –diagnosen stets dieselben Einrichtungen erfaßt worden waren, konnten die delikt- und diagnosebezogenen Verteilungen dieser beiden Gruppen einander gegenübergestellt und verglichen werden.

7.12.1.4 Statistik

Unterschiede zwischen den sich jeweils entsprechenden Kategorien zu den Gruppen der ambulanten und der stationären forensisch psychiatrischen Patienten, wurden über Chi^2-Test bewertet und das Signifikanzniveau auf 5 % festgelegt.

7.12.1.5 Mehrfachnennungen

Es war um die Zuweisung der Eingangsdiagnose bzw. des Eingangsdeliktes gebeten worden, welche/s entscheidend die letzte Einweisung der Patienten bedingt hatte. Seitens der forensischen Kliniken waren sowohl zur Gruppe der stationären als auch zu der der ambulanten Patienten anteilig Mehrfach-, und i. d. R. Zweitnennungen zu den delikt- oder diagnosebezogenen Kategorien erfolgt. Aus diesem Grunde wurden im Folgenden die jeweiligen Angaben als Nennungen abgebildet und Kategorien zugeordnet. Bei Mehrfachnennungen hatte es sich stets um Zweitzuweisungen pro Patient gehandelt. Diese konnten nach Analyse sowohl zu den delikt- wie auch diagnosebezogen Angaben der betreffenden Einrichtungen und jeweils zur Gruppe der stationären oder der ambulanten Patienten, zugeordnet werden.

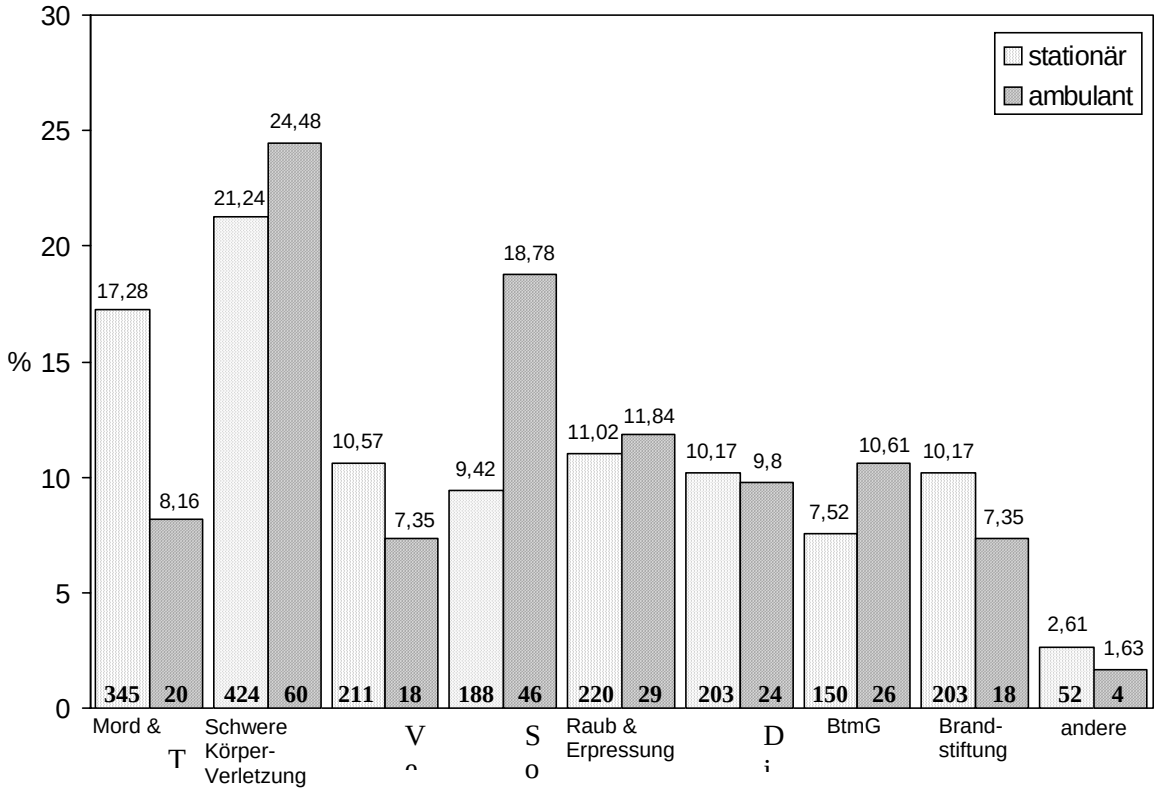
[28] Betreff: *Forensische Einrichtungen Düren, Lippstadt-Eickelborn, Moringen, Stralsund (Modellbindung als Versuchsprojekte des Bundesgesundheitsministeriums s.o.).*

7.13 Eingangsdelikte - Deliktbezogene Verteilung zu den Gruppen der stationären und ambulanten Patienten

7.13.1 Gesamtstichprobe und Besonderheiten

Alle erhobenen MRVZ-Einrichtungen waren zu den Eingangsdelikten ihrer stationären und ambulanten Patienten befragt worden: Die folgende Abbildung bezieht sich auf Nennungen an Eingangsdelikten, welche entscheidend zur letzten Einweisung der Patienten geführt hatten. Bei Mehrfachnennungen hatte es sich stets um Zweitnennungen und damit um zwei deliktbezogene Zuweisungen pro Patient gehandelt. Deren Anteil ergab zur Gruppe der stationären Patienten 2.4 % und für die Gruppe der ambulanten Patienten 18.7 % zur Gesamtzahl aller Deliktnennungen. 26 Einrichtungen waren zur Frage nach den Eingangsdelikten ihrer Patienten erfaßt und darüber ns=1949 stationäre bzw. n_a=163 ambulante forensische Patienten von 8 der o. g. Einrichtungen zugeordnet worden. Damit waren zu diesen Fragestellungen 68.4 % der Gesamtgruppe aller ursprünglich rekrutierten -38- forensischen Kliniken und 57.14 % aller stationären sowie 39.28 % aller ambulanten Patienten erfaßt worden.

Eingangsdelikte



* *Signifikanzniveau p < .001*

Bezug: n_s=1996: Anzahl benannter Eingangsdelikte der stationären Patienten aus 26 forensischen Einrichtungen
n_a=0245: Anzahl benannter -letztbekannter- Eingangsdelikte ambulanter Patienten (8 der o. g. forensischen Kliniken).
Die Erhebung erfaßte sowohl nach § 63 StGB als auch nach § 64 StGB eingewiesene Patienten.

Abb. 23: Eingangsdelikte (Nennungen) stationärer und ambulanter Patienten

7.13.1.1 Deliktbezogene Befunde der stationären MRVZ-Patienten

7.13.1.1.1 Stichprobe

Für die Gruppe der zu dieser Frage erfaßten stationären MRVZ-Patienten waren von 26 Einrichtungen und damit für 68.42 % aller überhaupt in die Erhebung eingebrachten – 38 - forensischen Kliniken zu 1949 stationären Patienten 1996 Nennungen zu Eingangsdelikten erfolgt. Von diesen wiesen 2.4 % (n=47) Mehrfach- und hier ausschließlich Doppelnennungen aus. Nur für 4.0 % (n=81) der, in diesen 26 forensischen Einrichtungen untergebrachten 2030 stationären MRVZ-Patienten fehlten deliktbezogene Angaben.

7.13.1.1.2 Kategoriale Verteilung

Die meisten Nennungen fanden sich mit einem Anteil von 21.24 % zur Klasse der ´schweren Körperverletzungen`. Die nächstgrößere Einheit bildete die Deliktklasse ´Mord und Totschlag` mit 17.28 % aller deliktbezogenen Angaben. 19.99 % waren Zuweisungen von ´Sexualdelikten` und nach Subgruppen aufgeschlüsselt, 10.57 % ´Sexualdelikte mit vollendeter Vergewaltigung und erheblicher Gewaltanwendung` und 9.42 % ´Sonstige Sexualdelikte`. 10.17 % aller Nennungen lagen zu ´Brandstiftungen` vor. Ähnlich verteilt waren deliktbezogene Angaben zu den zusammengefaßten Rubriken ´Raub und Erpressung` (11.02 %) sowie ´Diebstahl und Betrug` (10.17 %). ´Verstoß gegen das Betäubungsmittelgesetz (BtmG)` betrugen 7.52 % zu denen der stationären Patientenstichprobe.

7.13.1.2 Deliktbezogene Befunde der ambulanten Patienten

7.13.2 Stichprobe

Zur Gruppe der ambulanten Patienten waren 245 Angaben zu 163 von, über 8 der o. g. forensischen Klinken erhobenen und damit 39.28 % der, in die Erhebung eingebrachten, ambulanten Patienten [29] zur Frage nach deren -letztem- Eingangsdelikt kategorial aufgeschlüsselt und zugeordnet worden. 18.7 % aller deliktbezogenen Angaben bildeten Zweitnennungen.

7.13.2.1 Kategoriale Verteilung

Die Verteilung der kategorial erfaßten Nennungen von Eingangsdelikten, welche zur letzten Einweisung geführt hatten, offenbarte folgende Strukturen: Die am stärksten vertretenen Deliktkategorien waren die der ´schweren Körperverletzung` (24.5 %) sowie die der Sexualstraftaten ohne körperliche Gewaltanwendung bzw. ohne vollendete Vergewaltigung [subsumiert unter ´sonstige Sexualdelikte` (18.78 %)]. Dagegen waren Vergehen, die mit Gewaltanwendungen einhergingen, wie die einer vollendeten Vergewaltigung und anderer gewaltsamer Sexualdelikte nur zu 7.35 % repräsentiert. Mit 8.16 % fiel der Bestand zur Deliktkategorie ´Mord und Totschlag` etwas höher aus. Zu 7.35 % waren solche Patienten vertreten, denen als jüngstes Einweisungsdelikt ´Brandstiftung` angelastet worden war. Zu 10.61 % waren solche Patienten erfaßt, die aufgrund eines ´Verstoßes gegen das Betäubungsmittelgesetz (BtmG)` untergebracht worden waren. Daneben waren 10.43 % der Kategorie ´Raub` zugeordnet worden. Mit zusammen 9.8 % folgten Nennungen zur Rubrik ´Diebstahl (kein Fall von Ladendiebstahl) und Betrug` und ein minimaler Anteil 1.41 % ´Erpressungen`. Der restliche Bestand an ´anderen` Einweisungsdelikten, wie u. a. ´Geisterfahren` und ´Beeinträchtigung des Straßenverkehrs` betrug 1.63 %. 18.7 % (n=42) aller deliktbezogenen Angaben bildeten Doppelnennungen [30], wobei etwas mehr als die Hälfte (54.8 %) nachweislich solchen Personen mit einem Verstoß gegen das BtmG zuzuordnen war: Indem sich die entsprechenden Zweitzuweisungen in den Klassen ´Raub`, ´Erpressung` und ´Betrug` [31] wiederfanden, lag es nahe, diese Deliktformen dem Gesamtkontext der Beschaffungskriminalität zuzuschreiben.

7.13.2.2 Vergleichende Gegenüberstellung und Interpretation der Verteilungsstrukturen ambulanter versus stationärer Patienten

In der Gegenüberstellung der Befunde zu den Eingangsdelikten der, dazu erfaßten Stichproben, ambulanter versus stationärer Patienten ergaben sich deutliche Divergenzen und auffällige Verteilungsformen: Statistisch hochsignifikant *($p<.001$/ Chi^2 (X^2)-Test)* gestalteten sich die Unterschiede der jeweiligen Verteilungen zu solchen Deliktkategorien, die Delikte schweren Ausmaßes und Straftaten mit schweren Gewaltanwendungen repräsentierten. Diese bildeten sich maximal ab zur Deliktklasse ´Mord und Totschlag` *($X^2=19.2$, $p<.001$)* sowie ´sonstige Sexualdelikte` *($X^2=17.35$, $p< .0001$)*, gefolgt von der Kategorie ´Sexualdelikte mit vollendeter Vergewaltigung` *($X^2=2.62$; $p<.11$)* sowie etwas reduziert zur Kategorie der ´Brandstiftungen` *($X^2=2.08$; $p=.15$)*. Dabei waren die deliktbezogenen Zuordnungen der ambulanten Patienten zu diesen Kategorien im Vergleich zu denen, der stationären Patienten deutlich unterrepräsentiert und unterschieden sich statistisch hochsignfikant.

[29] Bezugsgruppe: n_a = 415 ambulante forensische Patienten
[30] Dagegen fanden sich nur 4% an Mehrfachnennungen zur Gruppe der stationären Patienten.
[31] ´Raub` (n=16), ´Erpressung` (n=4), ´Betrug` (n=3).

Kein Unterschied von statistischer Signifikanz ergab sich in den jeweiligen Deliktzuweisungen zur Kategorie der ´schweren Körperverletzungen` *($X^2$=0.6, p=0.43)*, wobei der Anteil dieser Deliktklasse für die ambulanten Patienten abgeschwächt gegenüber dem der stationären Patientengruppe, vertreten war [32]. In ihren Anteilen annähernd entsprachen sich die Nennungen zu den Deliktgruppen ´Raub` bzw. ´Diebstahl` und solche der Restklasse ´andere Delikte` *(p=-0.44)*. Auch zu den jeweils zusammengefaßten Deliktkategorien ´Raub und Erpressung` *($X^2$=0.01, p=.93)* sowie ´Diebstahl und Betrug` *(X^2=0.06; p=0.80)* lagen keine relevanten Unterschiede in der Verteilung der Eingangsdelikte zwischen den beiden Gruppen ambulanter versus stationärer Patienten vor. Der Anteil an Zuordnungen ambulanter Patienten, die ein ´Vergehen gegen das BtmG` auswiesen, war gegenüber dem der stationären Patienten stärker ausgeprägt, wobei die Unterschiede zwischen den Gruppen allerdings noch nicht statistisch signifikant ausfielen *(X^2=1.95, p=0.16)*.

7.13.2.3 Zusammenfassende Bewertung und Diskussion der deliktbezogenen Ergebnisse und deren besondere Bedeutung für die – prospektive - ambulante Versorgung und Behandlungsgestaltung

- **Konstellation und Verteilung der Stichprobe**

Die Gegenüberstellung der beiden Bezugsgruppen, stationäre versus ambulante Patienten, offenbarte zur Verteilung der Eingangsdelikte und v. a. zur Schwere und Ausformung der zugewiesenen Delikte deutliche Unterschiede. Die Abweichungen lagen statistisch hochsignifikant *(p<.001/ Chi^2 (X^2)-Test)* primär bei schweren, gewaltsamen und andernteils leichteren Straftaten vor: Vor dem Hintergrund ihrer deliktspezifischen Zuordnung waren forensische Patienten vornehmlich dann für eine ambulante Behandlung ausgesucht worden, wenn es sich um Personen mit vordem mittelschweren Straftaten (Bezug: Eingangsdelikte) gehandelt hatte. Vor dem Hintergrund einer defizitären Infrastruktur adäquater ambulanter Behandlungsmöglichkeiten ergab die vorliegende Untersuchung: Die Ergebnisse lassen bestimmte selektive Prozesse im Kontext des Aufnahmeverfahrens um ambulante Behandlung annehmen: Unter den bestehenden Gegebenheiten defizitärer Versorgung wurden eher solche Patienten ambulanter Behandlung zugeführt, die im Falle eines potentiellen Rückfallgeschehens weniger Risiken [33] bargen. Daneben war Patienten mit Deliktformen leichten Ausmaßes [34] kaum eine solche Versorgung angeboten worden (abgesehen von dbzgl. induzierten Fällen). Eingangsdelikte waren für die Vorauswahl und Übernahme vormalig stationärer forensischer Patienten in ambulante Behandlung von Bedeutung. Die spezifischen Unterschiede in der deliktbezogenen Verteilung der beiden Gruppen begründeten daneben weiterführende Überlegungen. So stellte sich die Frage, inwieweit, ob und unter welchen Bedingungen, auch forensisch psychiatrische Patienten mit schweren Erkrankungsformen und/ oder vorausgegangenen Gewaltdelikten im ambulanten Setting nach- behandelt bzw. geführt werden sollen resp. können. Insbesondere erscheint es aus Expertensicht zum Schutz der Allgemeinheit als auch dem Patientenwohl für bedingte Risikopatienten, zu Patienten, die einesteils als therapeutisch erreichbar eingeschätzt werden, deren Deliktgeschichte bzw. - genese jedoch andernteils ein gewisses Restrisiko nicht gänzlich ausschließen läßt, nach deren Entlassung indiziert und geradezu unabdingbar, eine professionale ambulante Nachsorge und Betreuung einzusetzen. Grundsätzlich sollte aber auch forensischen Patienten mit Eingangsdelikten geringeren Ausmaßes die Möglichkeit ambulanter Behandlung nicht vorenthalten werden.

- **Eingangsdelikte als Einflußgrößen von funktionaler Relevanz zu Entscheidungen und Ausgestaltungen von Entlassung und Rehabilitation**

Qualitativ erhobene Angaben der eigenen Untersuchung hatten in 17 Stellungnahmen von 14 Einrichtungen die Bedeutung der Eingangsdelikte für die Ausgestaltung der Einstellungsmuster von, in die Behandlung involvierten, Experten und auch anderen als medizinischen und darunter auch gerichtlichen, Entscheidungsträgern und Vertretern bei Entscheidungen zur Entlassung und Rehabilitation, erkennbar werden lassen: Dazu verdeutlichten Aussagen einer österreichischen Untersuchung Funktion und Bedeutung von Eingangsdelikten als potentielle wesentliche Einflußgrößen für Entlaßentscheidungen und, daß diese u. a. durch entsprechende justiziell Vorgaben den weiteren rehabilitativen Entwicklungsgang des Patienten und dessen Nachsorgesituation bereits zum Zeitpunkt der Entlassung erheblich determinieren können. *(Vgl.: Knecht et al. 1993 in der Suche nach gerichtlichen Entscheidungskriterien anderer, als medizinisch-/ therapeutischer Entscheidungsträger bei anstehenden Entlassungen psychisch kranker Straftäter aus dem MRVZ).* Demzufolge orientierten sich die Gerichte in ihrer Entscheidungsfindung zur Entlassung forensischer Patienten entgegen dem, in Österreich wie i. Ü. auch in Deutschland, gesetzlich verankerten, krankheitsspezifischen und damit diagnosebezogenen, Gefährlichkeitsbegriff, maßgeblich an der Ausformung und Schwere des Eingangsdeliktes.

---

[32] Dieser Befund entsprach der, in dieser Untersuchung ausgewiesenen, Neigung der Einrichtungen, unter den häufig defizitären Bedingungen ambulanter Versorgung, vorzugsweise weniger „risikoreiche“ forensische Patienten in die ambulante Nachbehandlung aufzunehmen.

[33] D h.: Gefährdungen sowohl der Allgemeinheit wie andernteils auch der eigenen Person.

[34] Relation bildete die gesamte Breite aller angegebenen Deliktformen.

➢ **Veränderungen und Tendenzen deliktbezogener Verteilungsstrukturen stationärer MRVZ-Patienten - Diskussion unter Einbezug qualitativer Befunde eigener und themennaher Aussagen anderweitiger Untersuchungen**

Befunde zur deliktbezogenen Verteilung der stationären Patientengruppe der vorliegenden Untersuchung ließen über den qualitativen Erhebungsmodus zu 7 Einrichtungen mit zusammen auch anderweitig ermittelten Angaben aus institutsinternen Analysen verschiedener forensischer Kliniken *(Haina, Lippstadt Eickelborn, Moringen)*, davon ausgehen, daß Einweisungen schwerwiegendere Delikte zugrunde lagen als zum vorangegangenen Jahrzehnt. Zur Gruppe der stationären MRVZ-Patienten ließen die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung und v. a. gegenüber thematisch relevanten Aussagen zur Deliktverteilung anderweitiger Untersuchungen *(vgl.: Leygraf 1988* [35]*, 1994; Seifert & Leygraf 1997b)*, Änderungen in den deliktbezogenen Verteilungsstrukturen seit Mitte bis Ende der 80er Jahre annehmen. Sollte sich diese Konstellationen in ihrer Tendenz auch über die nächsten Jahre hinweg bestätigen, rechtfertigt allein dieser Umstand die gezielte Planung und Diskussion einer spezifischen ambulanten Versorgungsstruktur zur adäquaten Behandlungsführung potentieller Risikopatienten.

7.13.3 Eingangsdiagnosen - diagnosebezogene Verteilung zu den Gruppen der stationären und ambulanten Patienten

7.13.3.1 Operationalisierung der zugrunde gelegten Diagnosekategorien

Die Diagnosezuordnung erfolgte nach ICD-9 zu folgenden Kategorien:

• Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis	ICD-Nr.: 295
• Affektive Psychosen	ICD-Nr.: 296
• Neurosen und psychosomatische Erkrankungen	ICD-Nr.: 300, 306, 307, 316
• Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	ICD-Nr.: 301, 302, 309, 312 [Jugendliche: 313; 314]
• Sucht	ICD-Nr.: 291, 292, 303, 304
• Organische Psychosen und Persönlichkeitsveränderungen	ICD-Nr.: 294, 310
• Oligophrenien	ICD-Nr.: 317, 319
• Neurologische Erkrankungen [1; 2]	
• Altersbedingte Erkrankungen [3]	ICD-Nr.: 290
• Sonstige [4]	ICD-Nr.: 297-299, 305, 308, 311, 314, 315

[1] *Neurologische Erkrankungen kommen als Erstdiagnose bei Unterbringung nach §§ 63, 64 StGB kaum in Betracht*
[2; 3; 4] *Die Gruppen der altersbedingten, neurologischen und sonstigen Erkrankungsformen wurden in der Abbildung unter der übergeordneten Diagnosekategorie ´andere Erkrankungen` zusammengefaßt.*

7.13.3.2 Stichprobe, Fragestellung, Erhebungs- und Auswertungsmodus

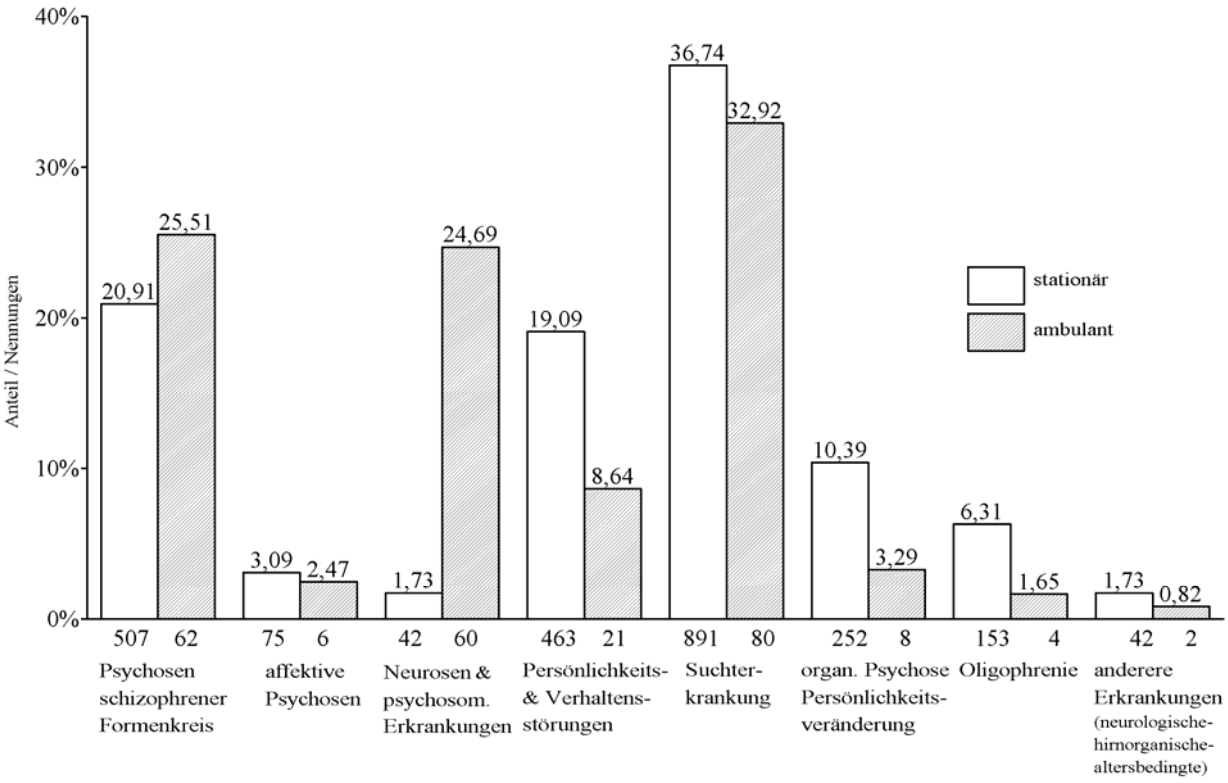
Besonderheiten im Hinblick auf die Erhebung und den Auswertungsmodus zu den Objekten der Erhebung waren äquivalent zu denen, die bereits zur Verteilung der Eingangsdelikte vorgestellt wurden.
Insgesamt hatten sich an der Erfassung der Eingangsdiagnosen 27 Einrichtungen mit 2183 stationären MRVZ-Patienten und davon 8 Kliniken mit 190 ambulanten Patienten beteiligt. Zu dieser Gruppe der zu ihrer Eingangsdiagnose erfaßten stationären MRVZ-Patienten waren n_s=2425 Angaben (27 Einrichtungen) und n_a=243 Nennungen zu ambulanten Patienten (8 der o. g. forensischen Kliniken) zu ihren letzten Eingangsdiagnosen abgegeben worden. Damit waren zur Frage nach der letzten Eingangsdiagnose zu den stationären MRVZ-Patienten 70.17 % aller, zur vorliegenden Befragung überhaupt erhobenen 38 Einrichtungen vertreten gewesen. Die jeweiligen Anteile der zu ihren Eingangsdiagnosen erfaßten Patienten lag im Falle der ambulanten Patienten bei 46 % [45.78 % der über die Untersuchung erfaßten ambulanten Patienten (N_a=415)] und für die stationären MRVZ-Patienten bei 68 % [68.07 % der erfaßten stationären MRVZ-Patienten (N_s=3411)] aller überhaupt in die Gesamterhebung zur Befunderstellung eingeschlossenen Patienten.

7.13.3.3 Befunde zur diagnosebezogenen Verteilung

Die folgende Abbildung bietet eine vergleichende Übersicht zu der Verteilung der eingehenden Diagnoseklassen bei stationären und ambulanten Patienten.

[35] In der Gegenüberstellung der Profile der jeweiligen Deliktverteilungen der, 1984/85 von *Leygraf (1988)* durchgeführten, Erhebung zu 1973 nach § 63 StGB eingewiesenen MRVZ-Patienten *(NRW)* zum einen und denen, der vorliegenden Erhebung zum anderen, war auch unter Berücksichtigung der methodischen Unterschiede und Zugangsweisen der jeweiligen Erhebungen, eine Tendenz zur Zunahme schwerer Delikte zu erkennen gewesen. [Unterbringungsdelikte nach *Leygraf (1988):* Straftaten gegen Leib und Leben (Tötungsdelikte, 27.7 %, Körperverletzungen 11.2 %), Sexualdelikte (ohne Gewalt 12.7 % mit 14.0 %), Eigentumsdelikte (ohne 13.7 % und mit Gewalt 07.2 %), Brandstiftung 10.8 %, sonstige Delikte 02.7 %, zur gesamten Breite aller rekrutierten Straftaten als Vergehen geringeren Ausmaßes eingestuft worden waren zu n=1973 nach § 63 StGB untergebrachte MRVZ-Patienten).

Eingangsdiagnosen



Bezug: n_s = 2425 Diagnosezuordnungen zu insg. 2183 stationären MRVZ-Patienten zu 27 Einrichtungen
n_a = 243 Diagnosezuordnungen zu insg. 190 ambulanten Patienten über 8 der o. g. Einrichtungen.

Abb. 24: Eingangsdiagnosen

7.13.3.3.1 Diagnosebezogene Befunde der stationären MRVZ-Patienten

7.13.3.3.1.1 Stichprobe

Zur Frage nach ihrer letzten Eingangsdiagnose waren 2183 stationäre MRVZ-Patienten aus 27 Einrichtungen erfaßt worden. Damit waren 70.17 % aller über die Befragung der deutschen Erhebung eingebrachten Einrichtungen (n_e=38) und 68.03 % von deren stationären MRVZ-Patienten (n_s=3411) vertreten. Die stationären MRVZ-Patienten der, in der Beantwortung zur Frage nach den Eingangsdiagnosen komplianten, forensischen Kliniken konnten beinahe vollständig eingestuft werden; Es fehlten nur zu 11 dieser Patienten [36] aus 3 Kliniken diagnosebezogene Daten. Zu den nach § 63 StGB eingewiesenen und gemäß ihren Eingangsdiagnosen erfaßten stationären Patienten, offenbarten sich 280 diagnosebezogene Angaben als Doppeldiagnosen[37]. Diese betrafen 12.76 % der gesamten Anzahl aller diagnosebezogenen Nennungen und 11.55 % aller nach § 63 StGB untergebrachten stationären Patienten. Zur Gruppe der nach § 64 StGB eingewiesenen und den Eingangsdiagnosen erfaßten stationären Patienten fanden sich Doppeldiagnosen zu 226 und damit zu 25.36 % aller gesamten diagnosebezogenen Nennungen bzw. zu 26.97 % der zugehörigen Stichprobe nach § 64 StGB untergebrachter stationärer Patienten. Insgesamt war deutlich geworden, daß Zweitdiagnosen primär dann erfolgt waren, wenn es sich um Patienten mit einer Suchterkrankung gehandelt hatte, wobei solche Patienten v. a. Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen aufwiesen.

[36] 1 von 61, 5 von 159, 5 von 81 stationären MRVZ-Patienten..
[37] Unter diesem Begriff werden hier zwei als Eingangsdiagnosen definierte, doch jeweils unterschiedlich kategorisierte, Diagnosezuordnungen verstanden.

7.13.3.3.1.2 Kategoriale Verteilung

Vom Bereich der Suchterkrankungen abgesehen, gestalteten sich als weitere dominante Gruppen in der Diagnoseverteilung stationärer MRVZ-Patienten, die der schizophrenen Psychosen (20.91 %) und die der ´Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen` (19.09 %). Zuweisungen zur Gruppe der ´organischen Psychosen und Persönlichkeitsveränderungen` erlangten 10.39 %. Oligophrenieen waren mit 6.31 % und daneben ´andere`, ´altersbedingte (0.14 %), ´neurologische` (1.05 %) und ´sonstige` (0.66 %) Erkrankungen zusammen mit 1.85 % angegeben worden. [38] Die am stärksten vertretene Diagnoseklasse ´Suchterkrankungen` wies mit insg. 891 Angaben anteilig 36.74 % aller zu den Eingangsdiagnosen erfaßten Nennungen stationärer MRVZ-Patienten aus. Hierbei betrug der Anteil der Eingangsdiagnosen bei den, nach § 64 StGB untergebrachten stationären Patienten 94.05 % (n=838), und bei den nach § 63 StGB untergebrachten stationären Patienten 5.95 % (n=53). Datenanalysen, die eigens zur Überprüfung des Aufkommen an Zweitdiagnosen durchgeführt worden waren, hatten ergeben, daß von diesen der überwiegende Teil den ´Suchterkrankungen` zuzuordnen war, in den meisten Fällen mit Eingangsdiagnosen der ´Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen` zusammentrafen und sich meist auf nach § 64 StGB eingewiesene Patienten bezogen. Zu den übrigen Diagnoseklassen konnten aus datentechnischen Gründen Zweitdiagnosen nur in solchen Fällen der ursprünglichen Einweisungsgrundlage zugeordnet werden, in denen die zugehörigen forensischen Einrichtungen ausschließlich nach § 63 oder § 64 StGB eingewiesene Patienten behandelten.

7.13.3.3.2 Diagnosebezogene Befunde der ambulanten Patienten

7.13.3.3.2.1 Stichprobe

Es lagen 243 Nennungen vor von 8 Einrichtungen mit insg. 190 ambulanten Patienten und damit zu 45.78 % aller, in die vorliegende Erhebung aufgenommenen, -415- ambulanten Patienten. Sie bildeten Angaben zu Hauptdiagnosen, die die letzte Einweisung und stationäre Behandlung der Patienten bedingt hatten. 21.81 % (n=53) der Nennungen waren Zweit- bzw. Doppeldiagnosen.

7.13.3.3.3 Kategoriale Verteilung

Zu den diagnosebezogenen Nennungen der ambulanten Patienten dominierten mit 32.92 % die Angaben zur Kategorie der ´Suchterkrankungen`, gefolgt von 25.51 % zur Klasse der ´Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis` und ähnlich 24.69 % zur Diagnoseklasse ´Neurosen und psychosomatischen Erkrankungen`. Zur Rubrik der ´Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen waren nur zu 8.64 % Nennungen erfolgt. Mit nur 2.47 % der Angaben war die Kategorie der ´affektiven Psychosen` deutlich untergeordnet, Zuweisungen hirnorganischer, alters- oder neurologisch bedingter und anderer Erkrankungen mit einem Anteil von 0.82 % ausgesprochen selten vertreten.

7.13.3.3.4 Vergleichende Gegenüberstellung und Interpretation der Verteilungsstrukturen ambulanter versus stationärer Patienten

Stellte man in der Frage nach den Eingangsdiagnosen die kategorialen Ergebnisse zu den stationären denen der ambulanten Patientengruppe gegenüber, ergaben sich auffällige Diskrepanzen: Erhebliche Unterschiede boten sich v. a. in der Verteilung der Diagnosekategorien zu den neurotischen und psychosomatischen Erkrankungsformen und - etwas weniger - der Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen: Zur Gruppe der ambulanten Patienten imponierte der erheblich höhere Anteil an Zuweisungen zur Kategorie ´Neurosen und psychosomatisch bedingten Erkrankungen` gegenüber dem, der stationären MRVZ-Patienten. Zu dieser Kategorie zeigten sich zu beiden Gruppen zur Anzahl der jeweiligen Nennungen im Hinblick auf die Merkmalsausprägung, hochsignifikante Unterschiede $(X^2=31.0;\ p<.001)$ $(X^2=31.0;\ p< .001)$ und damit die ausgeprägteste Abweichung überhaupt: Zur Gruppe der ambulanten Patienten und, dem, mit einem Viertel (24.69 %) relativ hohen Anteil an Nennungen, standen nur 1.73 % Angaben aus der Gruppe der stationären MRVZ-Patienten gegenüber. Ebenfalls eine hochsignifikante Abweichung fand sich gegenüber den beiden Patientengruppen im Hinblick auf die jeweilige Angaben an ´Persönlichkeitsstörungen` $(X^2=15.5;\ p<.001)$, wobei der Anteil der ambulanten Gruppe mit 8.64 % in der Relation fast um die Hälfte niedriger ausfiel als der, der stationären MRVZ-Patienten mit 19.09 %. Dieser Befund zur Diagnosekategorie der ´Persönlichkeitsstörungen` läßt ein grundlegend höheres Potential an Ambulanzpatienten annehmen, zumal im Rahmen der qualitativen Erhebung wiederholt die Gruppe der persönlichkeitsgestörten forensischen Patienten seitens der Einrichtungen als „die therapeutische Herausforderung der nächsten Jahre“ bezeichnet und weiter angegeben worden war, daß der Anteil neu eingewiesener persönlichkeitsgestörter Patienten gegenüber dem der achtziger Jahre gestiegen sei. Für beide Gruppen war die Kategorie der ´schizophrenen Erkrankungen` die zweitstärkste Diagnoseklasse:

[38] Die Diagnoseklassen der Oligophrenien sowie der altersbedingten und auch die der neurologischen Erkrankungen wurden überwiegend durch Angaben von nach § 63 StGB eingewiesenen Patienten vertreten.

In Gegenüberstellung war diese Kategorie anteilig in der Gruppe ambulanter Patienten mit 25.45 % *(X^2=2.6; p< .01)* höher vertreten als bei den stationären Patienten (20.91 %). Dagegen ergaben sich zur Kategorie ´affektive Psychosen` zu beiden Patientengruppierungen ähnlich niedrige Anteile *(X^2=0.1; p= .20)* mit 2.47 % zur Gruppe der ambulanten Patienten gegenüber 3.09 % bei den stationären Patienten. Neurologische, hirnorganische und altersbedingte Erkrankungsformen traten in beiden Gruppen nur sehr selten und mit einem äußerst geringen Anteil von nur 0.82 % bei den ambulanten und 1.84 % bei den stationären Patienten, auf und blieben ohne statistisch signifikanten Unterschied der beiden Gruppen zueinander *(X^2=1.6; p=0.20)*. Ein anderes Bild dagegen bot sich im Hinblick auf Zuweisungen zur Kategorie ´organisch bedingter Psychosen und Persönlichkeitsveränderungen`: Während die Gruppe ambulanter Patienten in dieser Kategorie mit nur 3.39 % vertreten war, war diese Erkrankungsform in den diagnosebezogenen Zuordnungen der stationären MRVZ-Patienten insg. immerhin zu 10.4 % vertreten. Das Ungleichgewicht dieser Kategorie für die beiden Gruppen bildete sich statistisch als hochsignifikanter Unterschied ab. Der für die Gruppe der ambulanten Patienten, in der Relation eher als nur gering auszuweisende Anteil an Zuordnungen hirnorganischer, alters- oder neurologisch bedingter und anderer ähnlicher Erkrankungen, erklärt sich auch dadurch, daß ein Großteil der forensischen Patienten mit organisch bedingten Psychosen und Persönlichkeitsveränderungen nach Abschluß des stationären Aufenthaltes im MRVZ in spezielle rehabilitative oder betreuende, stationäre bzw. teilstationäre Einrichtungen überführt wurde und keine ambulante Nachsorge erhielt. [39] Die Diagnosekategorie ´oligophrene Erkrankungen` war mit anteilig nur 1.65 % zur ambulanten Patientenstichprobe ausgesprochen unterrepräsentiert. Zu dieser Kategorie ergab sich mit 6.31 % zur Gruppe der stationären Patienten ein statistisch signifikanter Unterschied auf dem 5 % Niveau *(X^2=7.9; p=.005)*.
Als Ursachen, die diesen vergleichsweise nur geringen Anteil an Zuweisungen oligophrener Erkrankungen für die Gruppe der ambulanten Patienten begründeten, wurden die Überführung stationär untergebrachter - oligophrener - Patienten in entsprechende Nachsorgeeinrichtungen ermittelt. Daneben war anzunehmen, daß die Diagnose einer oligophrenen Erkrankung im Zusammenhang mit bestimmten Deliktformen, wie bspw. Sexualdelikten in eine, der Aufnahme in ambulante Behandlung vorgeschalteten Selektion als prognostisch ungünstig gewertet wurde und, daß vor dem Hintergrund der nur begrenzten ambulanten Behandlungsressourcen vieler Einrichtungen, eine adäquate, d. h. für solche Fälle auch höherfrequente Behandlungsführung und Kontrolle der als verstärkt rückfallgefährdet eingestuften Patientengruppe, nicht sichergestellt werden konnte.
Unter fachlich therapeutischen Gesichtspunkten und der Voraussetzung verfügbarer adäquater, speziell auf die Struktur der Personengruppe zugeschnittener, Behandlungsformen jedoch ist es durchaus denkbar, geprüfte Einzelfälle auf diese Art auch ambulant sinnvoll alternativ therapeutisch nach-versorgen zu können.
Zu beiden Stichprobengruppen, der, der ambulanten und der, der stationären Patienten, bildeten Suchterkrankungen mit jeweils einem Anteil von etwa einem Drittel, 33 % zur Gruppe der ambulanten und 37 % zur Gruppe der stationären Patienten, die jeweils am stärksten vertretene Diagnoseklasse.

7.13.3.3.5 Zunahme schwererer Störungsbilder

Der Umstand der Zunahme schwerer Erkrankungsbilder zur Gruppe stationärer MRVZ-Patienten bzw. steigender Anteile an schweren Erkrankungsformen aufzunehmender MRVZ-Patienten war wiederholt und dabei von insg, 10 und davon 7 Einrichtungen über die o. g. Fragestellung direkt und von weiteren 3 Kliniken in anderen Kontexten der Erhebungen über den qualitativen Erhebungsmodus als Beobachtung herausgestellt worden. Detaillierte Rücksprachen mit einzelnen der Einrichtungen zu deren jeweiligen spezifischen delikt- und diagnosebezogenen Verteilungsprofilen ließen erkennen, daß die Anzahl der schwer gestörten Patienten zunehme und die, der wegen schwerer Delikte im MRVZ Untergebrachten, steige und Einweisungen forensischer Patienten zum Erhebungszeitpunkt wegen schwerwiegenderer Delikte als in den früheren Jahren *(vgl.: Leygraf 1988)* erfolgten. Diesem Umstand der Zunahme schwerer Störungsbilder ist auch in der Planung prospektiver ambulanter Versorgung Rechnung zu tragen.

7.13.3.4 Regionale Unterschiede in der Verteilung der Störungsbilder

Die Verteilung der Störungsbilder gestaltete sich regional unterschiedlich und zwar sowohl zur Gruppe der stationären MRVZ-Patienten und als auch der, der ambulanten Patienten. - Ein Umstand, der darauf hinweist, daß neben anderen Faktoren auch strukturelle Gegebenheiten und regionalspezifische Zuordnungs- und Einweisungsprinzipien die Verteilung der Eingangsdiagnosen mitbestimmten.
Zu den Diagnosestrukturen eingewiesener MRVZ-Patienten zeichnete sich zu den Regionen der alten und der neuen deutschen Bundesländer ein Unterschied ab: Die spezifischen Struktur- und vormaligen Gesetzesvorgaben zum Einweisungsmodus der neuen deutschen Bundesländer hatten Auswirkungen auf das Profil an Einweisungsprognosen, das entgegen den Einrichtungen der alten Bundesländer, einen hohen bis überwiegenden Anteil an Persönlichkeitsstörungen erkennen ließ.

[39] Bezug: entsprechende Ergebnisse der vorliegenden Erhebung und s. hierzu auch die, zum Kapitel „Zufriedenheit und Bedarf an komplementäre Einrichtungen“, dokumentierten Befunde der vorliegenden Arbeit.

7.13.3.4.1 Bestätigende und weiterführende Informationen über nachträglich eingebrachte zeitgleich erhobene Daten eines gemeindenahen Modellprojektes

Obschon von den Modellprojekten des Bundes aufgrund deren Projektbindung zum Zeitpunkt der Erhebung noch keine diagnosebezogenen Daten eingebracht werden konnten, konnten rückwirkend diagnose- und deliktbezogene Informationen zu sowohl den stationären als auch den ambulanten Patienten erschlossen werden. Der Autorin waren retrospektiv Ergebnisse einer, von dieser Einrichtung *(Düren)* und ebenfalls zum Stichtag 01.01.1993 getätigten, Untersuchung an n_s=94 stationär nach § 63 StGB untergebrachten, psychisch kranken männlichen MRVZ-Patienten zugängig geworden: Aus dieser Untersuchung waren nach einem ersten Durchgang, über den zuerst nur die führenden Aufnahmediagnosen erfaßt worden waren, dann über mehrere Analyseschritte bis zu 4 Diagnosezuweisungen pro Patient berücksichtigt worden: Die Ergebnisse bestätigten die bereits o. g. Befunde um einen hohen Anteil von Suchterkrankungen bei den nach § 63 untergebrachten Patienten: Dabei ergab sich zu jedem vierten stationären Patienten dieser Stichprobe (25 %) eine Substanzabhängigkeit oder ein Substanzmißbrauch, wobei die Klinikleitung „von einem noch weitaus größeren Anteil" ausging und zu persönlichkeitsgestörten MRVZ-Patienten Suchtverhalten i. d. R. nicht eigens diagnostiziert worden war. Daneben wurde der Bestand an Patienten zu den, behandlungsbezogen problematischen, hirnorganischen Erkrankungen quantifiziert. Jeder siebente der stationären Patientenstichprobe litt unter solch einer Erkrankung und zwar von einem, im Hinblick auf eine Therapie als hinderlich, eingestuften Ausmaß.

7.13.3.5 Zusammenfassende Bewertung und Diskussion der diagnosebezogenen Ergebnisse und deren besondere Bedeutung für die – prospektive - ambulante Versorgung

7.13.3.5.1 Methodenkritische Anmerkungen

Im Hinblick auf die zugrundeliegenden Fragestellungen der Untersuchung hat sich der hier verwendete Modus zur Erfassung und konkret das Diagnoseschema als adäquat, differenzierend und insg. gut geeignet erwiesen. [40] Für Einrichtungen, die in ihrer Patientenstatistik Kategorisierungen der Patientendaten nach dem Diagnoseschema von *Leygraf (1988)* vorgenommen hatten, war die Einstufung nach den Vorgaben dieser Untersuchung mit zusätzlichen Aufwendungen verbunden gewesen. Der potentiellen Gefahr eventuell damit einhergehender Datenverluste und/ oder Belastungen der Motivation resp. Kompliance der befragten Einrichtungen, wurden über eine, zur Sache aufklärende, informierende, beratende, verständnis- und motivationsförderliche Begleitung durch die Untersuchungsleitung begegnet.

7.13.3.5.2 Diagnosebezogene Selektionskriterien zur Überleitung in ambulante Behandlung

Aus der Gesamtschau ergaben sich im Hinblick auf die Verteilung der Erkrankungsformen und weiterführend der prospektiven Konzipierungen adäquater Behandlungsprogramme folgende Erkenntnisse: Zu den diagnosebezogenen Strukturen offenbarten sich zur Stichprobe der ambulanten gegenüber der, der stationären Patienten zu bestimmten Diagnoseklassen deutliche Unterschiede von teilweise auch statistischer Signifikanz. Zusätzlich durchgeführte Detailanalysen stützen die Annahmen folgender Zusammenhänge: Die, zu ihren Eingangsdiagnosen erfaßten, ambulanten Patienten hatten über die Zuweisung eines ambulanten Behandlungsplatzes diagnosebezogen bereits eine Vorabselektion durchlaufen: So zeigte es sich, daß der Großteil dieser Stichprobe vornehmlich Erkankungsformen mittelschweren Grades auswies. Begründet war die Selektion primär v. a. auch in der defizitären Versorgungslage für ambulante Behandlungsmaßnahmen, unzureichende Angebotsstrukturen der einzelnen Einrichtungen sowie in den, damit einhergehenden, Unsicherheiten einer adäquaten ambulanten Versorgung forensisch psychiatrischer Patienten. Derartige strukturelle Vorgaben gestatteten eine ambulante Behandlung nur zu solchen Patienten, die keine schwereren Erkrankungsformen auswiesen. Wohl auch unter der Berücksichtigung des, oft nur sehr minimalen, Kontingentes an Ambulanzplätzen, wurde die notwendige Auswahl weiter unter dem Gesichtspunkt realisiert, daß solche Patienten mit dem, in der Relation als niedrig einzustufenden, Krankheitsgrad auch als am wenigsten behandlungs- und nachsorgebedürftig angesehen und entsprechend ausgewählt wurden. Daneben spielte es für die Aufnahme forensischer Patienten in ambulante Behandlungsstrukturen eine Rolle, daß es sich um Personen handelte, die als ´therapeutisch erreichbar` eingestuft worden waren.

[40] 1 von 61, 5 von 159, 5 von 81 stationären MRVZ-Patienten.

7.13.4 Übergreifende Bewertung und Diskussion der delikt- und diagnosebezogenen Befunde zu diversen Gesichtspunkten, Planung, Entwicklung und Ausgestaltung ambulanter Versorgung und Therapie

Der entwickelte Zugang über eine differenzierte Delikt- und Diagnosekategorisierung hatte wesentliche Aussagen zur Verteilung im Hinblick auf Ausformung, Schwere und Typisierung der Störungsbilder möglich werden lassen. Rückblickend bestätigten die Befunde die Sinnhaftigkeit des Einsatzes einer differenzierteren Kategorisierung gegenüber dem, in einigen Einrichtungen zum Erhebungszeitpunkt üblichen *Leygraf*-Schema *(1988)*. Nach §§ 64 / 63 StGB Eingewiesene waren bezogen auf ihre Einweisungsgrundlagen sowohl im Hinblick auf die Diagnosezuordnungen der stationären wie der, der ambulanten Patienten gemeinsam abgebildet worden.
In der Gesamtschau zeichnete sich ab, daß sich die Verteilung der Störungsbilder regional unterschiedlich gestaltete. Ein Umstand, der darauf hinweist, daß neben anderen Faktoren auch strukturelle Gegebenheiten und regional spezifische Zuordnungs- und Einweisungsprinzipien die Verteilung der Eingangsdiagnosen v. a. der Gruppe der stationären, aber auch wohl der ambulanten Patienten mitbestimmten. Vor allem zur ambulanten Versorgung und Nachsorge von Suchtpatienten offenbarten sich in den regionalen Ressourcen deutliche Unterschiede. Neben extremen Unterversorgungen zur ambulanten Nachsorge, die dem Ausmaß quasi einer „Null-Versorgung“ gleichkamen und einen relativ großen Bestand -noch- stationärer Suchtpatienten betrafen, bestanden - allerdings eher vereinzelt - und v. a. zu Ballungszentren, Nachsorgemöglichkeiten, deren Einbindung in die Behandlungsplanung sich zudem häufig problematisch gestaltete. Wiederholt thematisiert wurde die wachsende Zahl von Drogensüchtigen und damit die, von Suchtpatienten mit außerdem zunehmend schweren Störungsbildern und der Bestand nach § 64 StGB Eingewiesener und – auch - Alkoholkranker.

- **Behandlungsrelevante Informationen**

Es offenbarte sich auch über diesen Bereichszugang, daß zu sehr vielen Fällen die – dabei oft defizitären - Strukturvorgaben und nicht der indikationsgeleitete Bedarf die Zuweisung in ambulante Behandlung diktierte. In der Gesamtschau legten die Befunde für ambulante forensisch psychiatrische Patienten eine besondere Form der Selektion nahe, indem bevorzugt solchen Patienten mit – vormals - mittelschweren Straftaten und / oder Erkrankungsformen ambulante Behandlung zuteil wurde. Sie ließen erkennen, daß vor einem defizitären Versorgungshintergrund diese vorwiegend weniger schwer gestörten Patienten angeboten wurde (Selektionsprozeß), bei denen ein Behandlungskonzept leichter entwickelt werden kann bzw. begünstigt dann, wenn mit weniger dramatischen Konsequenzen bei einem potentiellen Rückfall in Delinquenz gerechnet wird. Bestanden jedoch ausreichende, adäquate, fundierte Versorgungs- und Infrastrukturen, wie bei den gemeindenahen Modellprojekten des Bundes bzw. der etablierten Forensischen Institutsambulanz *(Haina / Gießen und s.u. auch Wien)*, konnten auch Patienten mit schwereren Erkrankungsformen ambulant geführt werden. Dies berichteten fundierte Ambulanzmodelle mit offiziellem Charakter, wie die Institutsambulanz *Haina* und das gemeindenah ausgerichtete *Modellprojekt Lippstadt-Eickelborn* sowie die forensische Klinik *Düren* über eine retrospektiv zugängige Erhebung und, daß unter den Gegebenheiten eines, nach den spezifischen Bedürfnissen forensischer Patienten ausgerichteten, fundierten und organisierten ambulanten Nachsorge-, Behandlungs- und Versorgungssystems auch forensische Patienten mit vordem schweren Einweisungsdelikten [u. a. Sexualverbrechen (schwere Vergewaltigung), andere Delikte mit schwerer Gewaltanwendung] und v. a. auch mit schwereren und komplexen Störungsbildern (oft Persönlichkeitsstörungen) ambulant geführt werden, sich im ambulanten Setting als therapeutisch erreichbar erwiesen und unter solchen Bedingungen eine durchaus gute Sozial- und Legalprognose entwickeln konnten *(dahingehende Befunde der vorliegenden Erhebung; entspr: anteilig Bargfrede 1995, 1996 und persönliche Mitteilungen zu Erfahrungen aus dem Modellprojektstatus Jan. 2000)*.
Die Befunde verdeutlichten, daß der Anteil sekundärer bzw. komorbider Suchterkrankungen bei psychisch kranken Straftätern und hier insb. aus der Untergruppe der Persönlichkeitsgestörten eine wesentliche Rolle spielt. Zur Behandlungsplanung und Diagnostik zu berücksichtigen sind die besonderen Erfordernisse eines Patientenaufkommens mit nicht primär homogenen sondern v. a. auch komplexen und überhaupt komorbiden Störungsbildern resp. Mehrfachdiagnosen mit oft auch einer zzgl. Sucht-Problematik, spezieller, störungsspezifischer Anforderungsprofile mit einer, vorab differenzierten, aktuellen Diagnostik zum Störungsbild.
Im Hinblick auf die prospektive Konzipierung einer ambulanten Behandlungsführung bedeutet dies:
Ambulante Behandlungsangebote werden zusätzlich erforderlich sein zu v. a. auch den großen Gruppen der chronisch schizophrenen, persönlichkeitsgestörten und außerdem suchtkranken Patienten.
In Abhängigkeit zu den regional vorhandenen Ressourcen bestehen erhebliche lokale Unterschiede an infrastrukturellen Möglichkeiten ambulanter Ver- und Nachsorge.
Zur Population der, nach § 63 StGB eingewiesenen, stationären MRVZ-Patienten ist mit Sicherheit davon auszugehen, daß ein beträchtlicher Anteil neben der angegebenen Eingangsdiagnose zusätzlich an einer Suchterkrankung leidet. Für die aktuelle und prospektive Behandlung ambulanter Patienten ist das mögliche Vorliegen einer Suchterkrankung bzw. das, einer komorbiden Störung potentiell zu kalkulieren, initial und auch bei nach § 63 StGB eingewiesenen Patienten, sorgfältig diagnostisch zu überprüfen, dbzgl. Therapieerfordernisse

zu veranschlagen und dazu integrierende Angebote für die gesamte Behandlungskonzeption bereitzuhalten. Bei der Behandlung – ehemals - substanzabhängiger suchtkranker (Drogen-) Patienten sind mit erhöhter Wahrscheinlichkeit polytoxikomane Störungen zu kalkulieren und, daß sich die ausgewiesenen diagnose- und deliktbezogenen Strukturen abhängig von der stationären Verweildauer anteilig und zeitlich versetzt dann auch in der Population ambulanter forensisch psychiatrischer Patienten abbildete.
Der Anteil sekundärer bzw. als komorbide auszuweisender Suchterkrankungen spielt bei psychisch kranken Straftätern und hier insb. der Untergruppe der Persönlichkeitsgestörten und Schizophrenen eine wesentliche Rolle. Den Untersuchungsbefunden zufolge fand sich in Kombination mit einer Suchterkrankung meist die Zweitdiagnose einer Persönlichkeitsstörung, daneben auch hirnorganisch bedingte Erkrankungsformen.

> Regionale Unterschiede zu Strukturvorgaben und Bedarf an Versorgung

Es offenbarten sich regionalspezifische Unterschiede in Abhängigkeit von den Einweisungsmodi aber der Abhängigkeit der Zuweisungen von den Angebots- und Behandlungsschwerpunkten der Kliniken.
Zu den Delikt- und Diagnosestrukturen eingewiesener MRVZ-Patienten zeichnete sich zu den Regionen der alten und der neuen deutschen Bundesländer ein Unterschied ab: Die spezifischen Struktur- und vormalige Gesetzesvorgaben zum Einweisungsmodus der neuen deutschen Bundesländer hatten Auswirkungen auf das Profil an Einweisungsprognosen, das entgegen den Einrichtungen der alten Bundesländer, einen hohen bis überwiegenden Anteil an Persönlichkeitsstörungen erkennen ließ.
Auch die Verteilung der Störungsbilder gestaltete sich regional unterschiedlich: Dies verdeutlichte, daß neben anderen Faktoren auch strukturelle Gegebenheiten und regional spezifische Zuordnungs- und Einweisungsprinzipien die Verteilung der Eingangsdiagnosen v. a. der Gruppe der stationären MRVZ-Patienten und darüber auch die, der ambulanten Patienten beeinflußten. Regionale Unterschiede sind zu den Ressourcen der Versorgung zu kalkulieren und dazu ein Stadt-Land-Gefälle, das sich zudem besonders ausgeprägt zur Versorgung für Suchtkranke und für diese v. a. zu ländlichen Regionen, abbildete.

7.14 Suchterkrankungen

7.14.1 Stichprobe

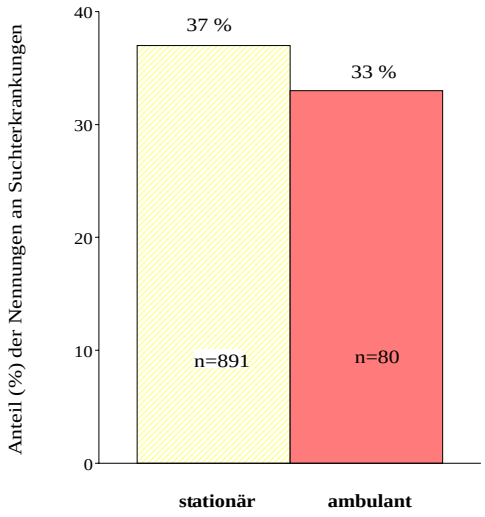
Wie bei den übrigen Diagnoseklassen waren bei den Gruppen sowohl der ambulanten als auch der stationären psychisch kranken Rechtsbrecher, sowohl nach § 63 StGB als auch nach § 64 StGB untergebrachte Patienten gemeinsam erfaßt worden. Dabei war es möglich zwischen nach §§ 63 und 64 StGB Untergebrachten zu unterscheiden. Zur Kategorie der Suchterkrankungen konnten die Nennungen in Abhängigkeit von der jeweiligen Einweisungsgrundlage der Patienten und damit konkret jeweils der Anteil an Nennungen der, entweder nach §63 bzw. § 64 StGB untergebrachten Patienten ausgewiesen werden.

7.14.2 Vergleichende Gegenüberstellung der Angaben zur Kategorie ´Suchterkrankung` als Eingangsdiagnose zu den Gruppen jeweils der stationären und ambulanten Patienten

Zu den jeweils hierzu erfaßten Stichproben ambulanter und stationärer Patienten ergaben sich über die Erhebung zu den Eintrittsdiagnosen folgende Befunde:

7.14.2.1 Anteilige Repräsentanz der Eingangsdiagnose ´Suchterkrankung`

Anteilige Repräsentanz der Eingangsdiagnose ´Suchterkrankung



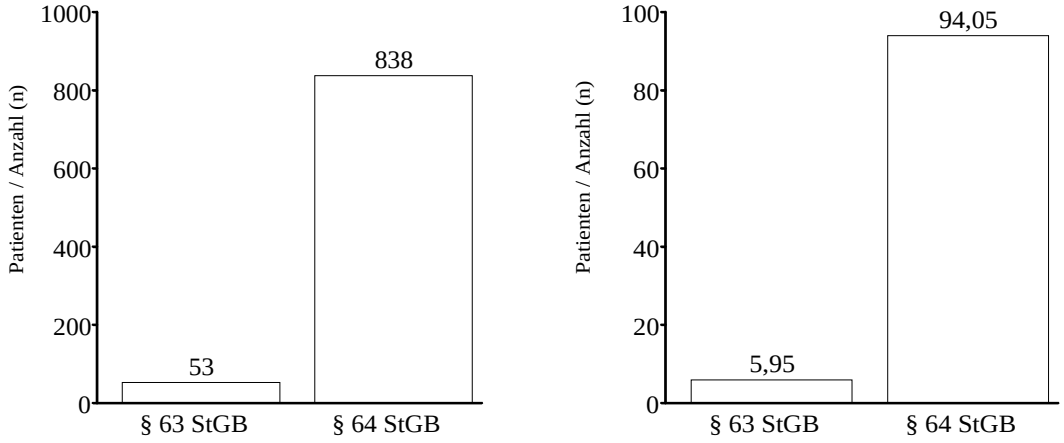
Bezug: n_s=891 Anzahl der unter Suchterkrankungen subsumierten stationären MRVZ-Patienten aus 27 Einrichtungen
n_a=80 Anzahl der unter Suchterkrankungen eingestuften ambulanten Patienten von 8 der o. g. Einrichtungen.

Abb. 25: Anteilige Repräsentanz der Eingangsdiagnose ´Suchterkrankung`

Die Abbildung repräsentiert den jeweilig prozentualen Anteil der zu den Gruppen der ambulanten und stationären Patienten erfaßten Angaben (n) an Suchterkrankungen. Insgesamt waren dieser Diagnosekategorie 36.74 % (n_s=891) der stationären MRVZ-Patienten und bei der Gruppe der ambulanten Patienten mit 32.92 % (n_a=80) Nennungen aller diagnosebezogenen Angaben zugeordnet worden. Eine eigens zur Frage der Zeitdiagnosen durchgeführte Datenanalyse hatte zusätzlich ergeben, daß zum Einen, der überwiegende Teil an Zweitdiagnosen die Kategorie der Suchterkrankungen und dabei meist diagnostische Zuteilungen nach § 64 StGB Eingewiesener betraf und, daß diese Zuweisungen in den meisten Fällen zusammen mit den dann ebenfalls als Eingangsdiagnosen eingebrachten ´Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen` auftraten. Die Zuordnung der Diagnosen erfolgte entsprechend der ICD-9 Merkmalen zu Suchterkrankungen nach den ICD-Nummern: 291, 292, 303, 304. Wurde eine Mehrfachdiagnose ausgewiesen, so fand sich dazu am häufigsten die einer Persönlichkeits- und Verhaltensstörung (ICD-9 301.x).

7.14.2.2 Verteilung nach Einweisungsgrundlagen zu §§ 64 und 63 StGB und der Eingangsdiagnose ´Suchterkrankung`

Verteilung nach Einweisungsgrundlagen §§ 64 und 63 StGB und der Eingangsdiagnose ´Suchterkrankung`



Bezug: n_s=838 nach § 64 StGB und n_s=53 nach § 63 StGB untergebrachte stationäre MRVZ-Patienten

Abb. 26: Verteilung nach § 64 und § 63 StGB eingewiesener und der Kategorie ´Suchterkrankung` zugeteilter stationärer Patienten

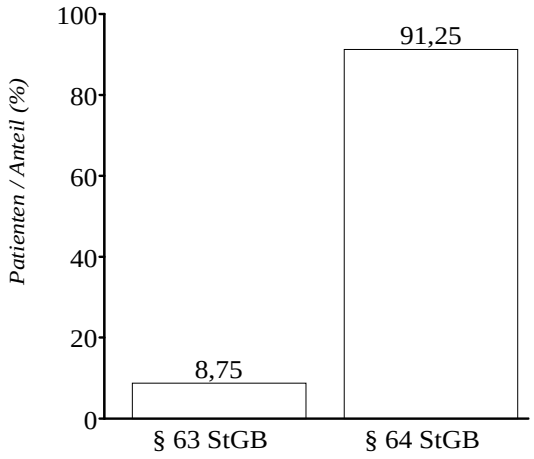
Von den, unter der Kategorie der ´Suchterkrankungen` als Eingangsdiagnosen erfaßten stationären Patienten waren 94.05 % (n=838) nach § 64 StGB und 5.95 % (n=53) nach § 63 StGB eingewiesen worden. Zu dieser Stichprobe lagen keine Mehrfachdiagnosen vor. Eine, eigens zur Frage der Zweitdiagnosen durchgeführte, Datenanalyse ergab, daß der überwiegende Teil an Zweitdiagnosen die Kategorie der ´Suchterkrankungen` und davon überwiegend nach § 64 StGB eingewiesene Patienten betroffen hatte und in den meisten Fällen mit der Eingangsdiagnose einer ´Persönlichkeits- und Verhaltensstörung` einherging. Aus der Kategorie der ´Suchterkrankungen` lagen zur Gruppe der nach § 63 StGB eingewiesenen und zu ihren Eingangsdiagnosen erfaßten stationären MRVZ-Patienten 280 diagnosebezogene Angaben als Doppeldiagnosen [41] vor, die 12.76 % der gesamten Anzahl aller diagnosebezogenen Nennungen und 11.55 % aller nach § 63 StGB untergebrachten stationären Patienten ausmachten. Zu den nach § 64 StGB eingewiesenen und zu ihren Eingangsdiagnosen erfaßten stationären Patienten ergaben sich Doppeldiagnosen zu 226 und damit zu 25.36 % der gesamten Anzahl aller diagnosebezogenen Nennungen, bzw. zu 26.97 % der zugehörigen Stichprobe nach § 64 StGB untergebrachten, stationären Patienten.

7.14.2.2.1 Verteilung nach § 64 und § 63 StGB eingewiesener und als ´suchtkrank` kategorisierter ambulante Patienten

Der Anteil der Zuordnungen als Suchterkrankung ergab zur Gruppe der nach § 64 StGB Eingewiesenen, für die ambulanten Patienten mit 91.25 % einen etwas geringeren Anteil gegenüber 94.05 % bei den stationären Patienten. Dieser Umstand erklärt wohl zumindest anteilig auch das zur ambulanten Gruppe etwas geringere Aufkommen an Suchtdiagnosen. Bei der Gruppe der ambulanten Suchtpatienten betrug der Anteil der nach § 63 StGB untergebrachten 8.75 % und lag damit etwas höher als in der korrespondierenden Stichprobe suchtkranker stationärer MRVZ-Patienten.

[41] Unter diesem Begriff sind hier zwei als Eingangsdiagnosen definierte doch jeweils unterschiedlich kategorisierte Diagnosezuordnungen zu verstehen.

Verteilung nach § 64 und § 63 StGB eingewiesener und suchtkranker ambulanter Patienten



Bezug: Verteilung der Suchterkrankungen bei vormals nach § 64 und § 63 StGB untergebrachten ambulanten Patienten mit 91.25 % (n=73) vormals nach § 64 StGB und 8.75 % (n=7) vormals nach § 63 StGB untergebrachten ambulanten Patienten (incl. Doppeldiagnosen).

Abb. 27: Anteilige Verteilung der mit einer ´Suchterkrankung` bezeichneten ambulanten Patienten und deren vormalige Unterbringungen nach § 64 und § 63 StGB

Im Kontext der hier eingebrachten bundesweiten Erhebung war seitens der befragten Einrichtungen zu den nach § 63 StGB eingewiesenen Patienten wiederholt und insg. von 60 % der zur Frage nach den Eingangsdiagnosen ihrer Patienten erfaßten Einrichtungen darauf verwiesen worden, daß diese häufig neben ihrer Einweisungsdiagnose auch eine ernsthafte Suchtproblematik mit Krankheitswert erkennen ließen.
Bestätigt wurden diese Beobachtungen durch Ergebnisse einer der Autorin retrospektiv zugängig gewordenen zeitnahen Untersuchung (Stichtag 01.01.1993) zu einem der Modellprojekte *(Düren)* mit n=94 nach § 63 StGB eingewiesenen stationären psychisch kranken männlichen MRVZ-Patienten: Über mehrere aufeinander folgende Durchgänge konnte unter Berücksichtigung von bis zu 4 Diagnosezuweisungen pro Patient, zu jedem vierten (25 %) dieser Stichprobe eine Substanzabhängigkeit bzw. einen Substanzmißbrauch erkannt werden, wobei die Klinikleitung annahm, daß „von einem noch weitaus größeren Anteil ausgegangen" werden müsse. Im Falle persönlichkeitsgestörter MRVZ-Patienten war Suchtverhalten i. d. R. nicht eigens diagnostiziert worden. Zur Gruppe der ambulanten Patienten imponierte mit 32.92 % aller erfaßten diagnosebezogenen Nennungen der hohe Anteil an Zuweisungen zur Kategorie ´Suchterkrankungen`. Der anteilig hohe Bestand an Suchtpatienten verweist auf die Bedeutung, die diesem Störungsbild im Kontext einer ambulanten Behandlung und deren Planung zukommt bzw. zukünftig zugemessen werden muß. Zusätzlich hatten sich viele Hinweise darauf ergeben, daß der Anteil komorbider bzw. sekundärer Suchterkrankungen bei der Klientele psychisch kranker Straftäter und hier insb. bei der Untergruppe der Persönlichkeitsgestörten wesentlich war und zum Profil der ambulanten Klientele kalkuliert werden mußte.
Für eine ambulante Behandlungsführung bedeutet dieser Umstand weiterführend, daß initial stets eine differenzierte und aktuelle Diagnostik durchzuführen ist, die gezielt auch diesen Gesichtspunkt zu beachten hat. Bei jedem Behandlungsfall gilt es im Einzelnen zu überprüfen, ob und inwieweit entsprechende suchtspezifische Programmelemente in den Gesamtbehandlungsplan einzubinden bzw. zu entwickeln sind.

7.14.2.2.2 Zunahme an schweren polytoxikomanen Störungen

Daß nach § 64 StGB aufgenommene Patienten zunehmend schwere polytoxikomane Störungen mit entsprechend problematischen körperlichen Schädigungen auswiesen, konstatierten 5 reine Suchtkliniken (darunter auch explizit eine Klinik ausschließlich für Jugendliche und Heranwachsende).

7.14.3 Ambulante Versorgung vordem nach § 64 StGB untergebrachter Suchtpatienten

Ein besonderes und dabei extremes Defizit an betreuenden und therapierenden Nachsorgeleistungen und ambulanten Behandlungsformen offenbarte sich speziell bei solchen Einrichtungen mit ausschließlich nach § 64 StGB eingewiesenen Patienten: 6 Kliniken (d. h. 22 % bzw. fast ein Viertel aller in die Erhebung eingeschlossenen 38 Einrichtungen) repräsentierten Suchtkliniken für ausschließlich nach § 64 StGB untergebrachte Patienten. Eine davon behandelte als Spezialklinik für neurologische Erkrankungsformen solche nach § 64 StGB untergebrachte Patienten (n_s=163), die infolge ihrer Substanzabhängigkeit häufig beträchtliche Erkrankungen mit hirnorganischen, primär neurologischen und ggfls. auch altersbedingten Störungen auswiesen. 2 weitere Kliniken betreuten zu einem Anteil von 97.7 % bzw. 90.1 % weitere 177 nach § 64 StGB stationär untergebrachte Suchtpatienten. Tatsächlich wurden zu diesen 8 Einrichtungen mit zusammen n_s=596 nach § 64 StGB untergebrachten stationären Patienten nur 2 ambulante Behandlungsfälle (und diese von 1 Einrichtung mit 80 stationären Suchtpatienten) angegeben.

7.14.3.1 Unterschiede zwischen psychiatrischen, medikamentösen und psychotherapeutischen Hilfen im Hinblick auf Verfügbarkeit, Kompliance und Akzeptanz

Krankheitseinsicht und Kompliance wurden einheitlich als Voraussetzung für eine effektive Behandlung gewertet. Der Großteil der ambulanten Behandlungen erfolgte als eine an die Klinik angebundene Therapie und dabei über die allgemeinpsychiatrische Ambulanz, falls eine eigene forensische Ambulanz fehlte. Als erheblich problematischer und störanfälliger gestalteten sich die psychotherapeutische ambulante Behandlung für forensische Suchtpatienten und dies v. a. häufig aufgrund eines erheblichen Mangels an Ressourcen einschlägig qualifizierter Therapeuten, aber auch motivationaler Probleme seitens der Patienten. Für einen passenden Psychotherapieplatz lagen Wartezeiten vor, die sich zwischen 12 und 16 Wochen bewegten. Gegenüber psychotherapeutischen Leistungen wurden andere, wie psychiatrische Hilfen und dbzgl. v. a. medikamentöse Behandlungen für ambulante suchtkranke vormalige MRVZ-Patienten als besser verfügbar und nutzbar und das Motivationsproblem als nicht in dem Maße als ausschlaggebend erlebt, wie es sich für psychotherapeutische Behandlungen abbildete.

7.14.3.2 Mangel an adäquatem Angebot und zureichender Strukturvorgabe

Nur sehr wenige (2) Einrichtungen verfügten über ein -methodisch- breiter angelegtes therapeutisches Angebot. 75 % der Suchteinrichtungen mußten trotz ihres ausgewiesenen Bedarfes und Interesses ohne eine Ambulanz zurecht kommen. Oftmals ergab sich auch hier der Eindruck, als müsse das ambulante Therapieprogramm den gegebenen Möglichkeiten und Rahmenbedingungen angepaßt werden: Drei Viertel der zu dieser Stichprobe rekrutierten Einrichtungen mit Suchtpatienten beklagten, daß die Gestaltung der ambulanten Behandlung über die vorliegenden Strukturen einschlägig determiniert wurden.

7.14.4 Behandlungsbezogene Besonderheiten, Parameter, bewährte und spezielle Zugangsformen und Probleme

7.14.4.1 Bedarf und Fähigkeit zur therapeutischen Anbindung seitens der Patienten

Nur wenige Suchteinrichtungen (2) hielten, und dies aus unterschiedlichen Gründen, eine institutionalisierte ambulante Betreuung nicht für erforderlich: So bestand beispielsweise in dem Ballungszentrum Berlin für Suchtkranke ein ausreichend gutes Nachsorgeangebot durch komplementäre ambulante Dienste. Die andere Einrichtung argumentierte mit der üblicherweise erfahrenen Haltung ihrer Suchtpatienten, einer, als nur sehr gering erfahrenen Anbindung und den über alle Behandlungsaspekte dominierenden Bestrebungen „sobald als möglich die Türen der Einrichtung hinter sich lassen zu wollen." Dagegen sprach vielmehr für eine an die Einrichtung angebundene Ambulanz bzw. etablierte ambulante Versorgungsstruktur neben dem explizit ausgewiesenem Bedarf der meisten Einrichtungen, die Erfahrung vieler Klinken (n=7), daß ein therapeutisches Bündnis, eine Anbindung und ein therapeutisch tragfähiger Kontakt durchaus herstellbar sei. Und es wurde berichtet, daß, wenn ein solcher zustande gekommen sei, auch diese Klientele und gerade auch jüngere Personen, im therapeutischen Kontakt Konstanz bezeugt hätten *(´.... geradezu als sehr „anhänglich" gezeigt`).* Für die Qualität der therapeutischen Anbindung spielte diesen Einrichtungen zufolge die Beziehungsebene und Ausgestaltung der Therapeuten-Patienten-Beziehung eine entscheidende Rolle. Entsprechend konnte es dann in dem ohnedies sensiblen Zeitraum der Entlassung, im Falle eines erforderlichen Therapeutenwechsels, evtl. zum Abbruch der Therapie bzw. zumindest zu einer Krise und damit zur Gefährdung des bisherigen therapeutischen Erfolges, kommen.

7.14.4.2 Erschwernisfaktor Komplexität der Störungsbilder

Als erschwerend thematisiert wurde häufig die Komplexität der Störungsbilder und, daß bei den mit einer Suchtproblematik eingewiesenen Patienten daneben oft zusätzlich andere psychische Erkrankungsformen bestünden: Im Hinblick auf speziell psychotherapeutische Probleme wurde die Schwierigkeit, die Komplexität der oft schweren und komorbiden Störungen in den Griff zu bekommen und dbzgl. Persönlichkeitsstörungen *„als das Hauptproblem"* (3 Kliniken) benannt.

7.14.4.3 Berücksichtigung von Suchtfolgeschäden

Auf die Erfordernis zur Berücksichtigung von Suchtfolgeschäden wurde generell verwiesen und wiederholt besorgt deren quantitativ wie qualitativ verstärkter Anstieg (4 Einrichtungen) und explizit die dramatische Zunahme an irreversiblen toxikologischen neuropsychologischen Störungen (2 Einrichtungen) hervorgehoben: Diese Störungen seien zwar oft nicht so stark ausgeprägt, daß eine Psychiatriesierung zwingend erfolgen müsse, doch auch nach der Entlassung der Patienten immer noch so schwer, daß eine selbständige Lebensführung mit sozioökonomischer Selbständigkeit nicht zu erreichen sei.

7.14.4.4 Koordination der nachsorgenden Einrichtungen

Als Probleme von behandlungsbezogener Relevanz wurde weiter die unzureichende Koordination benannt der ansonsten verantwortlichen nachsorgenden Einrichtungen, bzw. parallel zur Nachbehandlung zuständigen sozialen Dienste, der Justiz, anderer Versorgungseinrichtungen oder andernteils die geplante Übernahmeeinrichtung selbst.

7.14.4.5 Fachkompetente Versorgungsstrukturen und Gemeindenähe für Suchtpatienten

Daneben wurde von 2 dezentral strukturierten Einrichtungen einer infrastrukturell schlecht versorgten Region fehlende Gemeindenähe zur Nachsorgesituation der Patienten moniert. Übereinstimmend wurde von allen 5 zur o. g. Fragestellung rekrutierten Einrichtungen der fehlende Zugriff auf adäquate regionale Nachsorgestrukturen sowie zusätzlich von 2 Kliniken die unzureichende Versorgungsstruktur der Region mit nachsorgenden Einrichtungen für die Suchtpatienten und (7 Einrichtungen) speziell im Hinblick auf ambulante Behandlungsplätze übergreifend ein Defizit an qualifizierten psychiatrischen Therapeuten für eine weiterführende Behandlung beklagt:

7.14.4.6 Unzulänglichkeiten in dem fachspezifischen Leistungsprofil und der therapeutischen Kontinuität von Beratungsstellen

Falls Patienten alternativ Drogenberatungsstellen aufsuchten, dann sei darüber eine therapeutische Kontinuität nicht gewährleistet: Psychiatrische Nachuntersuchungen könnten dort nicht vorgenommen werden und bei einem Rückfall sei es fraglich, ob eine Entgiftung vorangetrieben werde (3 der Einrichtungen).

7.14.4.7 Bedarf an komplementären und spezialisierten Übergangseinrichtungen wie Tagkliniken und Wohngemeinschaften

Außerdem, dies problematisierten 4 der Einrichtungen, würden bei einem allerdings nicht bezifferten Anteil an Suchtkranken, ambulante Therapien per se nicht genügen, sondern es seien entweder Tagkliniken oder spezialisierte Übergangseinrichtungen, wie bspw. auch betreute Wohngemeinschaften, erforderlich. Diese stünden allerdings bei weitem nicht ausreichend zur Verfügung (4 Einrichtungen).

7.14.4.8 Wohngemeinschaftsformen – Erfahrungen und Entwicklungsprozesse

Von einer Suchtklinik *(Haldem)* war berichtet worden, daß Erfahrungen zu extramural geführten Wohngemeinschaften für alkoholkranke Patienten unter verschiedenen Gesichtspunkten ohne ausnehmend positive Erfolge geblieben waren, wobei folgende Aspekte entscheidend dazu geführt hatten, letztlich diese Wohngemeinschaftserprobung in einen intramuralen Kontext zu verlegen: Ein entscheidender Faktor war die problematische und für die Einrichtung nicht zu klärende Kostenfrage. Außerdem war deutlich geworden, daß eine solche Wohngemeinschaft nur unter qualifizierter Betreuung sinnvoll sei, was dann auch wiederum aus den o. g. kostentechnischen Gesichtspunkten in dem Ausmaß von der Einrichtung extramural nicht geleistet werden konnte. Wohingegen zu den dort praktizierten intramuralen Wohngemeinschaftsversuchen dann ausnehmend positive Erfahrungen vorlagen *(entspr. auch: Schmitz 1992).*

7.14.4.9 Erschwerte Anbindung komplexer Störungsbilder

Problematisch gestalteten sich Übernahmen speziell für mehrfach gestörte Patienten und v. a. beim Zusammentreffen einer Suchterkrankung und einer schweren psychischen Störung: So bestanden erhebliche Schwierigkeiten, einen Platz zur Nachsorge bzw. in einer nachsorgenden Einrichtung zu finden v. a. für Suchtpatienten mit einer schweren Persönlichkeitsstörung und/ oder deutlicher Minderbegabung und andernteils auch für solche, mit einer schweren psychotischen Erkrankung. Im Hinblick auf die Übernahme in eine nachsorgende Einrichtung wurde das Vorliegen einer schweren Persönlichkeitsstörung in Kombination mit einer Suchterkrankung als besonders problematisch gewertet. Einem Störungsbild, dem sich die Mitarbeiter nachsorgender Einrichtungen häufig kaum gewachsen fühlten. Unter therapeutischen Belangen war festzuhalten, daß Behandlungsprogramme von Suchtpatienten diese Aspekte der komorbiden Erkrankungsformen nicht berücksichtigten und dbzgl. auch die nachsorgenden Einrichtungen unzureichend ausgestaltet waren. Versuchte Belastungs- und Verhaltenserprobungen während der Beurlaubungen gestalteten sich insb. für solche Einrichtungen sehr schwierig, die infrastrukturell unzureichend angebunden waren.

7.14.4.10 Unterschiede in den versorgungsbezogenen Bedarfsstrukturen Alkohol- und Drogenkranker - spezielle Behandlungsprofile für nach § 64 StGB Untergebrachte

Im Hinblick auf die Nachsorge wurden gegenüber alkoholkranken Patienten speziell in der Gruppe von nach § 64 StGB Untergebrachten und insb. bei solchen Personen, bei denen vormalig ein Mißbrauch härterer Drogen bestanden hatte, Unterscheidungen hinsichtlich der Bedarfsstruktur konstatiert: Für die Gruppe alkoholkranker Patienten lagen Anhaltspunkte dafür vor, daß bei rechtzeitig eingeleiteter Langzeitbeurlaubung und in zusätzlicher Kombination mit Resozialisationsbetreuungen, kontrollierter Alltagserprobung nach Entlassung und guter Eingliederung in das psychosoziale Netz bzw. in entspr. Nachsorgeeinrichtungen, letztlich eine längerfristige forensische ambulante Nachbehandlung nicht zwingend erforderlich schien. Wohingegen allerdings für drogenabhängige Patienten und insb. solche, in deren Entlaßregion keine adäquate Versorgungsmöglichkeiten zur Nachsorge bestanden, die Organisation und Bereitstellung einer adäquaten ambulanten Nachsorge dringlichst für erforderlich gehalten wurde.

7.14.4.11 Kompetente nichtstationäre Versorgungsstrukturen für nach § 64 StGB untergebrachte Drogensüchtige

Den Befunden zufolge, war diese Patientengruppe v. a. in ländlichen Regionen unterversorgt. In Ballungszentren und Großstädten war eine entsprechende Versorgung bei zwar regional immer noch unterschiedlichem Ausmaß, doch insg. eher, gewährleistet. [42] Alle, zu diesem Fragekomplex antwortenden Einrichtungen, beklagten einheitlich den Mißstand unzureichender Qualifikationen niedergelassener, medizinischer und psychotherapeutischer Therapeuten und Psychiater, wenn es um die adäquate therapeutische und auch damit psychotherapeutische Versorgung und Behandlungsführung vormals drogenabhängiger § 64er-Patienten ging.

7.14.4.12 Therapeutische Probleme durch das Nebeneinander angeordneter Freiheitsstrafen und § 64 StGB

Die problematischen Folgen, die sich durch eine Zunahme der Dauer der Freiheitsstrafen bei gleichzeitig angeordnetem § 64 StGB ergaben und Behandlungen der betroffenen Patienten erschwert hatten, waren wiederholt aus diversen Kontexten und zur o. g. Stichprobe von explizit 4 Einrichtungen thematisiert worden.

7.14.4.13 Einschätzung zur therapeutischen Erreichbarkeit

Äußerst kritisch hinterfragt worden war die Vorgabe, Patienten in jedem Falle ein Jahr stationär behandeln resp. führen zu müssen, obschon sich bereits sehr viel früher eine Nichtbehandelbarkeit durch psychiatrisch-psychotherapeutische Maßnahmen abgezeichnet hatte, was aufgrund der zwischenzeitlich geänderten Gesetzeslage nun relativiert zu betrachten ist. Längere stationäre Aufenthalte therapeutisch nicht erreichbarer Patienten hätten durch deren Demotiviertheit und häufig auch Aggressivität negative Auswirkungen auf die Behandlungsführung aller stationären Patienten. Die Einrichtungen betonten, die therapeutische Nichterreichbarkeit von Patienten bereits i. d. R. nach gut 6 und davon zwei nach 4-6 Monaten erkennen zu können.

7.14.4.14 Einstellungen zur nichtstationären Versorgung

Nur zwei der Kliniken vertraten eine dezidiert ablehnende Haltung gegenüber der ambulanten Behandlung von Sucht- und Drogenpatienten: Das Installieren spezieller ambulanter Betreuungsmöglichkeiten für ausschließlich vormals nach § 64 StGB untergebrachte Patienten, lehnten diese Kliniken in "Befürchtung einer weiteren Ausgrenzung der 64er-Patienten" [43] auch noch für die Zeit nach der Entlassung aus dem MRVZ ab und hielten zumindest für nach § 64 StGB untergebrachte Patienten, den Aufbau spezieller ambulanter Betreuungsmöglichkeiten über den Bestand hinaus, für nicht erforderlich [44]. Doch forderten auch diese, indikationsgerichtete, krankheitsspezifisch differenzierte, stationäre Therapieangebote zu entwickeln. [45] Die beiden Kliniken, die sich gegen eine Ambulanz ausgesprochen bzw. eine solche nicht für erforderlich gehalten hatten, hinterfragten äußerst kritisch Sinn, Zweck und die tatsächlichen Möglichkeiten einer ambulanten Nachbehandlung und stellten aufgrund eigener Erfahrungen die Therapiemotivation der Suchtpatienten grundsätzlich in Frage. Weiter bestünde gerade bei den jüngeren Suchtpatienten eine *„Ablehnung therapeutischer Kontakte überhaupt"* und *„demzufolge auch der zur Nachsorge"*. Während die wenigen Einrichtungen (2), die sich generell kritisch gegenüber einer ambulanten Behandlungsplanung für nach § 64 StGB eingewiesene Patienten geäußert hatten, den Wunsch ihrer Patienten herausstellten *„sobald als möglich die Türen der Einrichtung hinter sich lassen zu wollen"*, betonten andere (3) Einrichtungen, daß, wenn ein tragfähiger therapeutischer Kontakt zustande gekommen sei, gerade diese Klientele ambulant geführt, davon profitieren, Kontakt halten und sich als *„sehr anhänglich"* erweisen würde.

---

[42] So bestand für Suchtkranke offenbar zum Großraum und Ballungszentrum Berlin ein ausreichend gutes Nachsorgeangebot, dagegen für solche Einrichtungen, die kaum an eine Infrastruktur angebunden waren resp. sich v.a. in ländlichen Gebieten befanden, oftmals keinerlei Nachsorgemöglichkeiten.

[43] vgl. entspr. dazu auch *Schmitz 1992: 90*.

[44] vgl.: entspr. bereits *Schmitz 1992: 90.*

[45] Diesem Tenor entspr. *vgl.: Schmitz 1992.*

Und währenddessen eine der o. g. 2 ablehnenden Einrichtungen thematisierte, daß deren *„jüngere nach § 64 StGB untergebrachte Patienten nach ihrer Entlassung oft keine Therapie wollen“* [46], betonte eine andere Klinik für ausschließlich jugendliche und heranwachsende Suchtkranke [47] den expliziten Wunsch ihrer Patienten nach therapeutischer Anbindung und dies v. a. auch im Hinblick auf die Nachsorge.
Neben den, zu dieser Klientele generell benannten behandlungsspezifischen Problemen diverser Verursachung problematisierten 5 Einrichtungen mit ausschließlich nach § 64 StGB untergebrachten Patienten speziell fehlende oder unzureichender Motivation, Mangel an Kompliance und Kooperation sowie die Schwierigkeit, einen tragfähigen Kontakt zum Therapeuten herstellen zu können. Doch war im gesamten Erhebungsvorgang nur von einer Einrichtung der Umstand einer zwangsweise zugeschriebenen, therapeutischen Behandlung und ein damit einhergehender Mangel an Offenheit problematisiert worden.

7.14.4.15 Bedarfs-, profil- und strukturbezogene Unterschiedlichkeiten nichtstationärer Behandlung nach § 63 versus § 64 StGB Untergebrachter

Einheitlich als erforderlich postuliert wurde ein differenzierter Behandlungszugang den jeweiligen Patientengruppen je nach Einweisungsgrundlage unterschiedliche Behandlungsbedürfnisse zugeordnet. Bei Integrationserfordernissen und gemeinsamer Führung dieser beiden Patientengruppen wurden erhebliche Probleme und dahingehend neben führungs- und behandlungs- auch sicherheitstechnische Aspekte und Risiken benannt. Außerdem wurden die jeweils speziell für eine der Einweisungsgruppen definierten und zugeschnittenen Strukturvorgaben als kaum übertragbar und nur bedingt nutzbar für die jeweils andere Gruppe eingestuft. Allein der Umstand, daß nach § 63 StGB untergebrachte Patienten mit den früheren und i. d. R. offeneren, Möglichkeiten der, nach § 64 StGB Untergebrachten zu Unterbringungslockerungen, Entlassungsvorbereitungen und Erprobungsbeurlaubungen und deren oftmals kürzeren stationären Verweildauern (Unterbringungszeiten) konfrontiert waren, brachte erhebliche, v. a. führungstechnische Erschwernisse und motivationale Probleme bei den Nichtbegünstigten mit sich und wurde als stetiger Anlaß interpersonaler Spannungen bezeichnet. Eine Einrichtung mit sowohl nach § 63 als auch § 64 StGB Untergebrachten, die v. a. unter therapeutischen Gesichtspunkten die gemischte Unterbringung dieser Patientengruppen kritisiert hatte, beklagte dann auch die räumlichen Vorgaben, die eine getrennte Belegung unmöglich machten. Vor dem Hintergrund unguter Vorerfahrungen verwahrten sich reine Entzugskliniken entschieden gegen Bestrebungen zur Integration und gegenüber dem auf sie ausgeübten starken Aufnahmedruck zur Führung von, nach § 63 StGB Eingewiesenen. Überhaupt fanden sich als Reaktion auf forcierte strukturelle Veränderungen durch externe Versorgungsvorgaben heftige und anteilig organisierte Widerstände der Öffentlichkeit und Anwohnerschaft. Dazu wurde von den betroffenen Kliniken beklagt, daß mühsam aufgebaute, eher vertrauensvolle und informierte Bezüge zur Gemeinde durch solche Irritationen letztlich zu einem wenig konstruktiven und behandlungsorientierten Klima und einer verstärkt therapiefeindlichen öffentlichen Haltung führten. Rehabilitative therapeutische Maßnahmen, Erprobungsurlaube und Freigänge seien erschwert realisierbar und fänden schwerer Rückhalt. Gerade im Hinblick auf die bestehenden Erfordernisse und Möglichkeiten zur Resozialisation der ´§ 64er`–Patienten sahen sich die betroffenen Klinken auf kooperative Angebote und Plätze der Region zur beruflichen Erprobung, Praktika und Ausbildung angewiesen.

7.14.4.16 Konstanz in der Patient-Therapeut-Beziehung

Den vorliegenden Befunden zufolge kam speziell auch zu den Suchtpatienten die persönliche Therapeut- Patient-Beziehung für die therapeutische Anbindung eine entscheidende Rolle zu. Bei einem Therapeutenwechsel in diesem ohnedies sensiblen Zeitraum resp. bei Verlassen der Einrichtung konnte es, Erfahrungsberichten der Kliniken zufolge, eher zu einer Krise bzw. dem Abbruch der Therapie und überhaupt der Gefährdung des bisherigen therapeutischen Erfolges kommen. 4 der Einrichtungen verdeutlichten diese Zusammenhänge beispielhaft an konkreten Vorkommnissen. Insbesondere zur Gruppe vormals nach § 64 StGB Eingewiesener war häufig berichtet worden, daß selbst noch nach einer Zeit deutlicher Ambivalenz eine Orientierung an der therapeutischen Beziehung und Anbindung an den Therapeuten beobachtet werden konnte.

7.14.4.17 Freiwillige

Einem - quantitativ nicht zu bemessenen - Teil der Patienten wurde zugeschrieben, daß diese den therapeutischen Rahmen auch nach der offiziell festgesetzten Zeit freiwillig weiterhin gezielt suchen und die Therapie bzw. ersatzweise zumindest eine Form des therapeutischen Kontaktes fortgeführt gaben.

7.14.4.18 Forderung nach besseren gesundheits- und sozialpolitischen Vorgaben

Gesundheits- und sozialpolitische Kritik übten 75 % der Einrichtungen mit Suchtpatienten. 2 Einrichtungen verwahrten sich außerdem konkret gegen eine „inkonsequente Drogenpolitik“.

[46] *Berlin-West, Bonhoefer Nervenklinik.*
[47] *Parsberg*.

7.14.4.19 Diskussion der Befunde unter ausgewählten Gesichtspunkten

Zur Therapie von Suchtpatienten bzw. Drogenkonsumenten imponierten geteilte Expertenmeinungen.

- **Komplexe Determinanten therapiebezogenen Verhaltens und therapiemotivationaler Einstellungen**

Die Determinierung therapiebezogenen Verhaltens wurde als komplex erkannt. Erkenntnisse aus den eigenen Untersuchungen offenbarten die komplexen Bezüge und gegenseitige Bedingtheit von Motivation, Akzeptanz und Passung bzw. adäquater Ausgestaltung des Angebotes. Dahingehende Erkenntnisse *(s. dazu auch den Abschnitt ´Akzeptanz` in dieser Arbeit)* unterstrich auch das kognitive Motivationsmodell zur Behandlung von Straftätern von *Dahle (1995).* Der Einschätzung aus den eigenen Untersuchungsbefunden entsprachen klinisch und wissenschaftlich Expertenmeinungen, die sich gegen einen generalisierenden Umgang mit der suchtkranken Klientele, Pauschalisierungen und Etikettierungen ´unmotiviert` aussprachen. Die berichteten Erfahrungswerte aus der Praxis unterstützten Befunde aus Untersuchungen von *Schalast 1999* zu nach § 64 StGB untergebrachten Patienten aus NRW zu einer, bei vielen *(n. Schalast 1999 zu seinem untersuchten Patientenkollektiv aus NRW: „ die meisten“)* nicht unabdingbar desolaten initialen Motivationslage und vielmehr für die therapeutische Arbeit durchaus rekrutierbaren Anknüpfungspunkten. Überhaupt liegt die Verantwortung für den Behandlungsverlauf auf beiden und sowohl der Seite des Patienten wie der, des Therapeuten. Daneben ergaben sich Anhaltspunkte dafür, daß zur Psychotherapie von Suchterkrankungen die Bereitschaft zu Aufnahme und Kooperation einer deutlich höheren Hemmschwelle und Erschwernissen unterliegt als andere und insb. somatische und psychiatrisch medikamentöse Behandlungsansätze. Als zusätzliche Informationsquelle fanden sich zwischenzeitlich wissenschaftlich fundierte Hinweise auf vulnerabilisierende Parameter, die eher einen problematischen Behandlungsverlauf erwarten lassen: wie ´frühe Auffälligkeit` und ´früher Beginn der Sucht und der dissozialen Entwicklung` und Hinweise darauf *(Schalast 1999; 2000a,b; Seifert & Leygraf 1998)* und, daß die Patienten des MRVZ sich wohl zunehmend aus einer solchen früh auffälligen Population rekrutieren. Prinzipiell sollten solche und aus der Behandlungsforschung von Straftätern als protektiv erkannten Faktoren als orientierende und stabilisierende Elemente zum Kontext ambulanter Versorgung Berücksichtigung finden.

- **Gegen pauschale Schematisierungen im Umgang mit Drogenabhängigen:**

Aus den eigenen Befunden heraus wurden eine individuell ausgerichtete Beurteilungspraxis und keine pauschalen sondern individuell abgestimmte Behandlungsangebote und –konzepte gefordert, um so dem Einzelfall gerecht werden zu können *(Banzer 1994, 1995; Nedopil 1994; Nedopil & Ottermann 1993; Rice et al. 1990).*
Experten kritisierten Schematisierungen im Umgang mit Drogenkonsumenten und darunter v. a. in der Bewertung und Einschätzung des juristischen Status der Delinquenten und in der Rechtsprechung zunehmend propagierter und praktizierter schematischer Lösungen *(Nedopil 1994; Schalast 1994:3; Schalast & Leygraf 1994).*

- **Kalkulation von Rückfällen**

Suchtmittelbezogene Rückfälle sind kennzeichnende und potentiell zu kalkulierende Vorkommnisse im Therapieverlauf Abhängiger. Einer katamnestischen Erhebung entlassener vordem nach § 64 StGB untergebrachter Suchtpatienten zufolge *(Schalast 1994)* boten vier Fünftel im Laufe ihrer Unterbringung erkennbare Rückfälle mit Alkohol, nach über zwei Drittel war wenigstens einmal im Verlauf der Unterbringung gefahndet worden. Ausbrüche und Entweichungen unter Anwendung von Gewalt bildeten eher seltene Ereignisse, doch bestand eine hohe Anzahl an gewaltlosen Entweichungen und es war immerhin gegen ein Viertel der Patientenstichprobe aufgrund von Delikten während der Unterbringung noch während der intramuralen Therapie wegen einer neuen Straftat ermittelt worden *(entspr.: Schalast 1994: 4).* Ergebnisse dieser Nach-Untersuchung ließen überhaupt annehmen, daß die Unterbringung bei mindestens einem Drittel der Patienten „hochgradig problematisch und ineffektiv verlief" und die Nachversorgung entlassener Patienten durch eine hohe Dunkelziffer gekennzeichnet war *(vgl.: Schalast 1994)* [48]. Allerdings war für ein Fünftel der vormals stationär untergebrachten Patienten ein „positiver Effekt der Behandlung deutlich erkennbar" gewesen.

- **Zwang**

Die eigenen Erhebungen verdeutlichten v. a. zu den nach § 64 Untergebrachten, daß auch eine unter Zwang angeordnete Therapie nach einer Überleitungsphase und v. a. nach Reduktion der dominierenden Suchtproblematik, für den Patienten erkenntnis- und entwicklungsförderliche therapeutische Inhalte bieten und in eine fundierte Behandlung mit Aufnahme einer therapeutischen Beziehung und Anbindung münden kann. Zur Therapie auf gerichtliche Anordnung wurde dennoch auch diskutiert, ob Drogenabhängige unter Zwangsbedingungen überhaupt sinnvoll therapiert werden können und darunter auch, die Maßregelbestimmung des § 64 StGB als eine ´Kann-Vorschrift` zu fassen *(entspr.: Schalast & Leygraf 1999).*

[48] Die Einschätzung des Behandlungserfolgs sei demzufolge v.a. eher als grobe Orientierung und Arbeitshypothese anzusehen *(Schalast 1994: 4).*

7.15 Aufgabenbereiche ambulanter Betreuung

7.15.1 Erhebungsmodus, Stichprobe und Besonderheiten

Der folgende Überblick vermittelt einen Eindruck zu Aufgaben- und Funktionsbereichen ambulanter Versorgung. Die Angaben der Einrichtungen dazu waren initial über vorstrukturierte dichotomisierte Itemvorgaben, d.h. über Bejahung oder Verneinung der kategorial angebotenen Aufgaben- und Funktionsbereichen und weiterer unter einer speziellen Rubrik ´Sonstiges` platziert worden. Mehrfachangaben waren möglich gewesen. Ausgestaltungen zu den Funktions- und Aufgabenbereichen hatten sich aus den Folgeuntersuchungen erschlossen. *(Nähere Ausführungen s. anteilig zum Abschnitt zu den einzelnen Ambulanzkonzepten.)*
Die Iteminhalte zum Fragenkomplex real praktizierter Aufgabenbereiche der Ambulanzen basierten auf einem differenzierten Meinungs- und Erkenntnisbildungsprozess[49], Schlußfolgerungen aus Werk- und Erfahrungsberichten und persönlichen Besuchen solcher Einrichtungen, die eine offizielle Form ambulanter Versorgung praktizierten sowie spezieller, auch zu dieser Fragestellung geführter, offener Interviews mit Experten (v. a.: Therapeuten, Sozialarbeiter, Pflegekräfte) direkt zuständiger und angrenzender Fachbereiche mit fundiertem Fach- und Erfahrungswissen professionaler ambulanter Behandlungsführung psychisch kranker Rechtsbrecher. Die, in der Übersicht benannten, Aufgabenbereiche sind nicht als, im statistischen Sinne, voneinander unabhängige Faktoren definiert. Sie können sich in ihren Wirkungsgraden anteilig überschneiden.

7.15.2 Stichprobe

Zur Frage nach den real von den Einrichtungen praktizierten Funktions- und Aufgabenbereichen ambulanter Betreuung äußerten sich zu den kategorialen Vorgaben der initialen Erhebungsphase direkt 12 der deutschen Einrichtungen mit n_s=1535 stationären MRVZ-Patienten und n_a=232 ambulanten Patienten. All diese verfügten über ein gut ausgestattetes ambulantes Versorgungssystem mit auch längerjähriger Erfahrung. Neben den forensischen Institutsambulanzen waren dies drei weitere Einrichtungen mit gut organisierter ambulanter Versorgung durch Einbindung der allgemeinpsychiatrischen Klinikambulanz, ohne, daß deren Form der Nachsorge jedoch einen offiziellen Status auswies. Den Angaben des, zum Stichtag der initialen Erhebung zu diesem Fragenkomplex einzig verfügbaren gemeindenahen Modellprojektes *Lippstadt-Eickelborn* entsprachen nach retrospektiver Abklärung auch die übrigen gemeindenah ausgerichteten Modellprojekte mit Liaison- und Konsiliardiensten. Daher wurde die Anzahl von deren Nennungen in der Folgetabelle in Klammern dazu gesetzt.

7.15.3 Befunddarstellung

Die über den Fragebogen kategorial angebotenen Funktionsbereiche wurden uneingeschränkt von all den, in die ambulante Betreuung involvierten, Einrichtungen als Erfordernisse bestätigt, real i. d. R. in dieser Totale jedoch nicht praktiziert. Grund dafür waren die begrenzten Ressourcen, was v. a. bei den Kliniken ohne forensische Ambulanz mit eigenständig offiziellem Charakter ins Gewicht fiel. Eine determinierende Rolle spielte dbzgl. außerdem das konzeptionelle Selbstverständnis zur jeweils praktizierten ambulanten Form sowie die jeweiligen Strukturvorgaben der einzelnen Einrichtungen.

7.15.3.1 Divergenzen zwischen geforderten und real praktizierten Funktionsbereichen

In der Gesamtschau offenbarten sich Divergenzen zwischen real praktizierten und den, als Optimum anzustrebenden und grundsätzlich unabdingbar gewerteten, Funktions- und Aufgabenzuschreibungen.

[49] vgl. hierzu die entsprechende Beschreibung im Methodenteil der vorliegenden Arbeit.

7.15.3.2 Zentrale Aufgabenbereiche der ambulanten Betreuung im Überblick

Tab. 28: Zentrale Aufgabenbereiche der ambulanten Betreuung

Zentrale Aufgabenbereiche der ambulanten Betreuung*				
	Institutionalisierte Ambulanz	**Klinik**	**Modell+**	**Gesamt**
Nennungen	**(n)**	**(n)**	**(n)**	**(n)**
Allgemeine Funktionen der Koordination und Organisation zur Nachsorge				
	6	3	1(4)	10(13)
Therapeutische Aufgaben / behandlungsbezogene Interventionen				
Psychotherapie i. e. S.	5	4	0(1)	09(10)
Psychiatrische Behandlung	5	3	0	08
Allgemeinmedizinische Behandlung	2	0	0	02
Integratives Konzept: therapeutische Interventionen zum Übergang, in Krisen in Therapie, Supervision der externen Behandler			1(4)	01(04)
Krisenintervention	5	4	1	08
Anlaßbezogene korrigierende intervenierende Einflußnahmen der Experten auf die Behandlungsführung	2	1	1	04
Fachkundig anleitende Betreuung, Planung, Lenkung der Behandlung	4	3	1auf Nachfrage	08
Alltagsregulative supportive Interventionen und Leistungen Sozialpädagogische Betreuung/ soziale Dienste (u. a. zu den Lebensbereichen Wohnen, Arbeit, Ausbildung, Finanzen)	4[a)]	2	1(3)	07(09)
Beratungsfunktionen gegenüber:				
Patienten und dessen Bezugspersonen incl. Aufklärung	4	3	1	08
Komplementären versorgenden Einrichtungen	3	3	1	07
Vertretern der Justiz	3[c)]	4	1	08
Ausbildern, Arbeitgebern		1		01
Vermittlungsfunktionen gegenüber:				
Komplementären versorgenden Einrichtungen	4	2[b)]	1	07
Eingebundenen niedergelassenen Therapeuten			1	01
Vertretern der Justiz (Gericht, Bewährungshilfe, Führungsaufsicht)	4	2[b)]	1	07
Qualifizierende Funktionen durch:				
Fachspezifische Qualifikation, Aus- und Fortbildung	2	1	1(3)	04(06)
Supervision	2	3	1(2)	06(07)
Verfügbares Expertenwissen	2 bedingt	1 selten <wegen Kapazitätsproblemen>	1(4) routiniert	04(07)
Bereitstellen qualifizierender & qualifizierter Dienste	1 kein eigtl. Dienst Leistung in begrenztem Umfang	0	1 regulär	02
Sonstige Maßnahmen zur Qualitätssicherung				
- aktuelle Diagnostik + andere Maßnahmen/ entwickelte Instrumentarien	2	1	1	04
- wissenschaftliche Begleitung / Evaluation	1[d)]	0	1(4)[e)]	05(07)
Rekrutiert über Kategorie ´sonstige Aufgabenbereiche`				
Öffentlichkeitsarbeit	1	0	1(2) regulär	02(03)
Integration sozialer Bezüge / Bezugspersonen in den therapeutischen Kontext und Angehörigenarbeit	2 regulär	2 nur bedingt /Kapazitätsprobleme	1(3) routiniert	05(07)
Organisation / Begleitung von Selbsthilfe- und Angehörigengruppen	1	1	1(3)	03(05)
Gezielte rehabilitative Hilfestellungen zur v. a. sozialen und beruflichen Integration	2	1	1(4)	04(07)
Allgemeine Funktionen zu Prävention, Prophylaxe, Risikoeinschätzung	2	1	1(4)	04(07)
Kontrollfunktionen	2	1	1(4)	04(07)
Kontakte zu, Funktionen und Aktivitäten in der Herkunftsklinik	2	1		03

Bezugsgruppe: n_e=10 forensische Einrichtungen mit n_s=1387 stationären MRVZ und n_a=152 ambulanten Patienten. - Alle Einrichtungen (incl. 5 institutionalisierte forensische Ambulanzen) praktizierten zum Erhebungszeitpunkt bereits seit 2.5 bis 3 Jahren eine Form der ambulanten Versorgung. - Die, zur Rubrik ´Modelle` in Klammern gestellten Zahlen repräsentieren die retrospektiv eingeholten Angaben der übrigen Modellprojekte.

[+] *Zum Zeitpunkt der initialen Befragung äußerte sich hierzu eine Modelleinrichtung (Liaison- und Konsiliardienst). Bei den übrigen Einrichtungen handelte es sich um solche mit gut organisierter ambulanter Versorgung und zwar primär durch die allgemeinpsychiatrische Ambulanz und/ oder Mitarbeiter der Klinik.*

7.15.4 Erläuterungen zur Abbildung

7.15.4.1 Sozialpädagogische Betreuung i. S. der allgemeinen Nachsorge / Case Management

- **Alltagssupportiven Funktionen**

Alltagssupportiven Funktionen zum Einzelfall wurden von Versorgern und Behandlern große Bedeutung zugeschrieben
a) Währenddessen alle institutionalisierten Ambulanzen mit Patienten, die nur nach § 63 StGB und solchen, die nach §§ 63 und 64 StGB gemischt untergebracht waren, ein solches Angebot bejahten, bot die institutionalisierte Ambulanz für, ausschließlich nach § 64 StGB Untergebrachten keine sozialpädagogische Betreuung i. S. der allgemeinen Nachsorge. Die gemeindenah ausgerichteten Projekte und Liaison-, Konsiliardienste *(initial dokumentiert durch das Modell Lippstadt Eickelborn)* leisteten selbsttätig meist zwar keine sozialpädagogische Betreuung, organisierten jedoch sozialpädagogische und soziale Dienste für ihre Ambulanzpatienten.

- **Vermittler- und Beratungsfunktionen**

b) Vermittlerfunktionen gegenüber komplementären versorgenden Einrichtungen und Vertretern der Justiz wurden mit Ausnahme 1 kleinen Ambulanz, ansonsten von allen anderen institutionalisierten Ambulanzen geleistet. [Die von 1 Klinikoberarzt versorgte forensische Institutsambulanz mit 10 Ambulanzpatienten nahm weder Vermittler- noch Beratungsfunktionen gegenüber komplementären versorgenden Einrichtungen und/ oder der Justiz *(Gericht, Bewährungshilfe, Führungsaufsicht)* wahr.[50]]
Beratende Funktionen gegenüber komplementären versorgenden Einrichtungen bzw. Vertretern der Justiz wurden von 3 der institutionalisierten Ambulanzen ausgewiesen und primär in begrenzten Ressourcen begründet. Neben der o. g. kleineren, verneinte außerdem auch 1 größere forensische Institutsambulanz für ausschließlich vormals nach § 64 StGB untergebrachte Patienten [51] diesen Punkt der Versorgung.
c) Die große *forensische Institutsambulanz Gießen* mied zum Zeitpunkt der vorliegenden Untersuchung beratende Funktionen gegenüber komplementären nachsorgenden Einrichtungen und Vertretern der Seite der Justiz, gab jedoch in der Nachbefragung an, diese Aufgaben für die Zukunft einzuplanen, sofern eine entsprechende Verbesserung in der personalen Ausstattung der Ambulanz realisiert worden sei. Dies wurde so dann auch realisiert

- **Wissenschaftliche Begleitung und Evaluation**

d) Nur eine der Forensischen Institutsambulanzen *(etablierte große Institutsambulanz zu KHS Haina / Gießen)* bot ein wissenschaftliches Begleitprogramm. Eine Einrichtung mit einer ´Psychosozialen Rehabilitationsabteilung` *(Haldem)* und überwiegend langzeitbeurlaubten, extramural und faktisch ambulant geführten alkoholkranken nach § 64 StGB eingewiesenen ´Noch-Patienten` des offenen MRVZ, war zum Zeitraum der Stichtagsuntersuchung im Begriff eine, i. Ü. bis dato noch laufende, ´hauseigene` Katamneseuntersuchung zu entwickeln.
e) Die wissenschaftliche Begleitung der Modellprojekte erfolgte über das, vom *Bundesministerium für Familie und Gesundheit* bestellte *Institut für Strukturforschung in Hannover.*

7.15.5 Strukturvorgaben und Versorgungskonzepte als Determinanten für Aufgaben- und Funktionszuweisungen

Die so eingebrachten Daten boten die Vorlage für dieses Kompendium an Funktions- und Aufgabenbereichen ambulanter Versorgungsstrukturen. die jeweiligen strukturellen Vorgaben wirkten im Hinblick auf die, abzudeckenden Aufgabenbereiche als Beschränkungen. Diskrepanzen zwischen dem Ist-Zustand an praktizierten Funktionen und den optimiert anzustrebenden (Soll) –Zustand an abzuleistenden Aufgaben waren mithin auch dadurch bedingt. Im Hinblick auf die Entwicklung, Implementierung und Realisierung ambulanter Versorgungsstrukturen gilt es zumindest die, als unabdingbar erkannten, zentralen Funktionsbereichen bestmöglichst abzudecken. Diese sind abzustimmen auf die jeweils praktizierten, formell oder informell, zentral, dezentral, gemeindenah oder institutionalisiert organisierten, hintergründigen formalen Strukturen der Ambulanzarbeit. Real ist es unumgänglich, die strukturellen Vorgaben zu berücksichtigen und auch pragmatische Gesichtspunkte und Kompromisse zu kalkulieren. Die Zuschreibung von Aufgaben und Funktionen zeigte sich überhaupt auch abhängig vom jeweiligen konzeptionellen Selbstverständnis der Ambulanzen und das Angebotsprofil von v. a. den Kapazitäten der entsprechenden Einrichtungen. Neben den, als unabdingbar erkannten, Leistungen konnte ein tatsächlich optimales Aufgaben- und Funktionsprofil von den meisten Institutsambulanzen nur bedingt und den übrigen Kliniken kaum regulär erbracht werden. Als Optimierung wurden bspw. seitens der Institutsambulanzen vermehrt gemeindenahe Operationen und damit vernetzten An- und Einbindungen stärkere Kontakte zu niedergelassenen Therapeuten, anderen Experten sowie supervisorische und überhaupt qualifizierende Leistungen angesehen. Das gleiche galt für Angehörigenarbeit

[50] Anzunehmen ist, daß dies mit einer hohen Wahrscheinlichkeit in der Beschränkung des zeitlichen Kontingentes des Leiters dieser Ambulanz lag, der gegenüber der forensischen Klinik selbst eine Oberarztfunktion erfüllte.
[51] *Einrichtung Lohr (a. M.).*

und Leistungen, die auf das soziale Bezugssystem des Patienten abhoben. All den aufgeführten Funktionsbereichen wurden wesentliche und insb. den beiden letztgenannten effektive und neben anderen auch durchaus präventive und integrationsförderliche Wirkungen zugeschrieben.

7.15.5.1 Als unabdingbar erkannte Funktionen - Zentrale und spezifizierte Funktionsbereiche

Basierend auf den Angaben dieser, im Hinblick auf fundierte Ambulanzerfahrungen überprüften und selektierten Stichprobe und aufgrund zusätzlicher, auch detaillierterer Nachfragen im Zuge der Folgeuntersuchungen, ergab sich folgendes Bild zu den zentralen Aufgaben einer regulären, zuverlässig organisierten Form ambulanter Versorgung.

Zentrale Funktionsbereiche

Als zentrale Funktionsbereiche galten und dies v. a. bei den gemeindenah ausgerichteten Projekten die Einbindung von Ambulanzmitarbeitern in die Planung zur Rehabilitation und Resozialisierung des Patienten mit Organisations-, Vermittlungs- Koordinierungs- und Beratungsfunktionen. Deren Einsatz sollte bereits möglichst frühzeitig im Rahmen erster dahingehender Überlegungen und intensiviert dann erfolgen, wenn eine Überleitung des Patienten therapeutisch für indiziert und sinnvoll gehalten wird.

Weiterführende spezifizierte Vorgehensweisen und Instrumentarien

- **Vermittlertätigkeiten und Beratung**

Ähnlich verhielt es sich zu den beiden weiteren Funktionsbereichen, der Vermittlertätigkeiten und außerdem den beratenden Funktionen gegenüber den potentiell komplementär versorgenden Einrichtungen und den justizialen Vertretern (Gericht, Bewährungshilfe, Führungsaufsicht): Diese wurden zwar übergreifend und auch in anderen Kontexten der Untersuchung als Funktionsbereiche forensischer Ambulanzen gewertet, doch nicht durchgängig als solche praktiziert. Es fehlten Einrichtungen, die diese Funktionen leisten konnten. Dies war v. a. begründet in einem eklatanten Mangel an personalen und zeitlichen Kontingenten. Betroffen davon waren primär solche Einrichtungen, die klinikeigene Ressourcen nutzen mußten, außerdem 1 kleinere (o. g. mit 1 Therapeut und 10 Ambulanzpatienten) und eine andere, forensische Institutsambulanz für ausschließlich nach § 64 StGB untergebrachte Patienten. Daß letztere zwar vermittelnde jedoch keine beratenden Funktionen gegenüber den komplementären Einrichtungen und Vertretern der Seite der Justiz leistete, war v. a. darin begründet, daß die dafür erforderlichen Ressourcen, personalen und zeitlichen Kontingente, fehlten und primär klinikeigene genutzt werden mußten.

- **Sozialpädagogische Leistungen und alltagsbezogene Hilfen / Case Management**

Alltagssupportive und sozialpädagogische Hilfen und Dienste von v. a. auch praktischer Art bilden einen zwar oft unterschätzten, doch speziell für diese Klientele ganz wesentlichen Sektor im Versorgungsprofil. Wobei dieser durchaus auch eigenständige Versorgungsbereich im Hinblick auf die therapeutischen Implikationen, im optimalen Falle abgestimmt ist mit anderen ambulanten Angeboten und speziell auch psycho-/ therapeutischer Vorgehensweisen. Leistungen dazu wurden über unterschiedliche Zugangsweisen erbracht – entweder direkt über personelle Ressourcen der Ambulanz selbst oder anderweitig rekrutiert bzw. gezielt ´eingekauft`.

- **Komplexes therapeutisches Leistungsprofil**

Einrichtungen, die über ein breiteres Angebotsspektrum ambulanter Leistungen verfügten, gestalteten sich als ein komplexes System therapeutischer und additiver Behandlungs- und/ oder Begleitleistungen psycho-therapeutisch, psychiatrisch, edukativer und alltagssupportiver Art.

- **Kriseninterventionen**

Der Aufgabenbereich ´Krisenintervention` gestaltet sich insb. bei den größeren forensischen Ambulanzen als eigenständig zu organisierender Sektor.

- **Öffentlichkeitsarbeit und Aufklärung**

Eine weitere wichtige Funktion der Ambulanz liegt in einer, an Aufklärung ausgerichteten, informationsbildenden Öffentlichkeitsarbeit, einer möglichst transparenten, verständlichen Vermittlung der Ambulanztätigkeit gegenüber der Allgemeinheit und dem konstruktiven Informationstransfer zum Therapiefortgang des Patienten gegenüber allen, in das Behandlungsprocedere professional Involvierten. Das Ausmaß der Bedeutung, die einer Öffentlichkeitsarbeit zugeschrieben wurde, stand i. Ü. auch in Abhängigkeit zur Größe einer Einrichtung.

- **Soziales Bezugssystem und Angehörigenarbeit**

Einen weiteren wesentlichen Aufgabenbereich, welcher allerdings auch nicht von allen Einrichtungen praktiziert werden konnte, bildete neben der Angehörigenarbeit, die gezielte Einbeziehung des sozialen Bezugssystems resp. die, der, dem Patienten nahestehenden Bezugspersonen in den therapeutischen Kontext. Dies verlangte

fachforensische Beratung, Information und Aufklärung, nötigenfalls auch Training und/ oder Therapie der Bezugspersonen, begleitende, aufklärende, beratende, supportiv und dadurch entlastend wirkende, Kontakte zu nahestehenden Personen, Freunden, Angehörigen, Ausbildern, Arbeitgebern.

- **Qualitätssichernde Maßnahmen, Diagnostik, Evaluation, wissenschaftliche Begleitung, Überprüfung, Kontrolle**

Eine wissenschaftliche Begleitung wurde nur von sehr wenigen der Einrichtungen und dann kaum umfassend erbracht. Aus der o. g. Stichprobe waren dies zwei und unter Einschluß aller Modellprojekte, die per se durch ihren Status dazu angehalten waren, insg. 5 aller dazu rekrutierten deutschen Einrichtungen. Doch wurde dieser Funktionsbereich von 8 Einrichtungen mit ambulanter Behandlungserfahrung wiederholt im Zuge der Beantwortung dieser Fragestellung und auch in anderen Kontexten der Untersuchungen gefordert.

- **Aktuelle Risikoeinschätzung**

Die zeitnahe und ständig wiederkehrende Risikoeinschätzung der ambulanten Patienten bildete einen Kernpunkt der Nachsorge.

- **Implementierung und Vernetzung geregelter Informationskontakte**

Den Ambulanzexperten kamen Koordinations- und Organisationsfunktionen (Entwicklung entsprechender Instrumentarien, wie die der Helferkonferenzen und deren Ausrichtung) sowie Beratungs- und Vermittlertätigkeiten zu und dies v. a. im Bestreben und der Bereitschaft speziell der Modelleinrichtungen, aber auch der größeren forensischen Institutsambulanzen, die, als unabdingbar zuerkannten, geregelten Informationskontakte und Kooperationen aller, an der Behandlung Beteiligten, zu pflegen und aufrechtzuerhalten.

- **Qualitätssicherung**

Ein zentrales und dabei komplexes Konglomerat an Aufgabenbereichen bildete das der Qualitätssicherung mit der, darüber stets aktuellen Risikoeinschätzung, Verarbeitung der Informationen aus der Verhaltensbeobachtung zum stabilisierten Befinden des Patienten, geregelter und vernetzter Informationsvermittlung, Beratung, Supervision, Behandlungsführung und –planung mit in quantitativer und qualitativer Ausformung diversen und sowohl kurz- als auch längerfristigen Experteninterventionen und einem gut aufeinander abgestimmten, vernetzten Versorgungssystem. Neben Diagnostik, Indikationsstellung und Umsetzung therapeutischer und betreuender Aufgaben, geht es um Wahrnehmung status- und verlaufsdiagnostischer Tätigkeiten zum speziell auch psychotherapeutischen Bereich. Es sind dies:

- mögliche Veränderungen des Patienten unter neuen Umweltbedingungen zu beobachten,
- Entwicklungen zu überprüfen,
- dabei nicht nur wahrzunehmen sondern auch vorab definierte Zielsetzungen zu kontrollieren sowie
- evtl. relevante neue unter anderen, ggfls. offeneren extramuralen Lebens- und Anforderungsbedingungen (Arbeit, soziales Umfeld usw.) zu entwickeln bzw.
- erforderlichenfalls zusätzliche Elemente einer stützenden Begleitung einzuführen.

7.15.6 Spezifizierte funktionsbezogene Divergenzen einzelner der Versorgungsformen - exemplarisch dargestellt zu dem gemeindenahen Ansatz

Zu den Ambulanzfunktionen offenbarten sich Schwerpunktsetzungen abhängig von den jeweiligen konzeptionellen Profilen der diversen Versorgungsformen.

- **Zu leistende und leistbare Funktionen gemeindenah operierender Projekte – Besonderheiten, Stärken und Schwächen**

Zentrale Anliegen der gemeindenahen Modelle lagen in der Koordination, Zusammenarbeit und Planung des Rehabilitationsgeschehens zur aktuellen und prospektiven Behandlungsführung des Patienten und dahingehender Vermittlungs- und Koordinierungsfunktionen, eigenständige Betreuungs-, Beratungs-, supervidierende und überhaupt fachspezifische Qualifizierungsfunktionen, der Rekrutierung und Vernetzung versorgungsbezogener regionaler Ressourcen unter Einbezug vorhandener nachsorgender Hilfen der Region, psychosozialer Hilfen und Behandlungsangebote mit einer möglichst gemeindenahen patientenorientierten Nachbetreuung in der Zusammenarbeit zwischen den, an der Behandlung des Patienten Beteiligten [Personen und - Vertretern von - Einrichtungen und Institutionen (stationäre Einrichtungen, Mitarbeiter der Ambulanz, Bewährungshilfe und andere psychosozialen Diensten)] und dabei der Berücksichtigung anderer psychosozialer, in die Betreuung eingebundener Dienste (Rekrutierung und weitere Kooperation). Zur klinisch-therapeutischen Arbeit am Klienten war i. d. R. geplant, diese mit zunehmender Eingliederung in die regionale Versorgungsstruktur der Entlaßregion und sofern möglich, an die dortigen versorgenden Systeme resp. niedergelassenen Therapeuten zu übergeben. Neben ihrem gemeindenah determiniertem Ansatz, setzten die Modelle in der Ausgestaltung und

konzeptionellen Zuschreibung ihrer Funktionsbereiche unterschiedliche Schwerpunkte: Eine wesentliche Unterscheidung in den ausgeübten Funktionen und Aufgaben der einzelnen Modelle ergab sich bspw. zur qualitativen und quantitativen Form des Angebotes qualifizierender und qualifizierter Leistungen. Weiter bestanden Unterschiede zu Struktur bzw. Modus der Versorgung: Dieser konnte zentral oder über mobile Dienste oder im Falle von großflächigen Versorgungsgebieten über satellitenähnliche Dependancen erfolgen. Besondere Betonung legten alle gemeindenah operierenden Modelle auf qualifizierende, beratende sowie vermittelnde und organisierende Funktionen: Neben den, einheitlich konzipierten und praktizierten Aufgabengebieten war das Angebot therapeutischer Leistungen obschon ursprünglich konzeptionell nicht so geplant, dann doch im Zuge der Praxiserfahrungen über die Projektlaufzeit als unumgänglich erkannt, in den Leistungskatalog mit aufgenommen worden, nachdem spezielle fachforensische psychotherapeutische Leistungen schwer und oft nicht extern rekrutierbar und dann aus dem eigenen Mitarbeiterpool zu stellen waren Weitere zentrale Schwerpunkte bildeten Aufbau, Organisation und Begleitung von Selbsthilfe- und Angehörigengruppen. Qualifizierung, Aus- und Fortbildung, Beratung und Supervision ambulanter Mitarbeiter und v. a. der, der komplementären und psychosozialen Dienste sowie Öffentlichkeitsarbeit als eigenständige Funktionsbereiche. Realisiert wurde die forensisch - psychiatrische Qualifizierung des, in die Behandlung eingebundenen, Personals entweder über den Einsatz qualifizierender Maßnahmen oder spezifischer Angebote qualifizierter Dienste (Satellitenfunktionen). Abhängig von der Konzeption des Versorgungsansatzes und den Erfordernissen des Einzelfalles erfolgte fachkundige Betreuung zur Behandlungsführung quantitativ und qualitativ in unterschiedlicher Ausgestaltung und Frequenz, über Beratung, ggfls. regulierende Interventionen und Kontrollfunktionen. *(S. entspr. Abschnitt der vorliegenden Arbeit zu den konzeptionellen Ausformungen der gemeindenahen Modellprojekte des Bundes).*

7.15.7 Diskutierte Übereinstimmungen von den, aus den eigenen Befunden erkannten und andernteils aus den rechtlichen Bezügen zwischenzeitlich zu-erkannten Funktionszuschreibungen

Aus der fachkundigen Bewertung zum bestehenden rechtlichen Kontext konnten folgende deskriptiv vermittelte Funktionen erfaßt und als zuerkannt eingebracht werden: Solcher Art abgebildete Erfahrungswerte dienten zur Orientierung und Meinungsbildung der, in der forensischen Psychiatrie und Psychologie tätigen Experten und, um Funktionszuschreibungen determinieren und erforderliche Aufgabenbereiche ambulanter Einrichtungen resp. des befaßten Fachpersonals näher definieren zu können. Überhaupt offenbarte sich ein erheblicher Bedarf um Orientierungsmöglichkeiten und Evaluationen. Dies verdeutlichte sich dann auch in entsprechenden Ausführungen zum Kommentar des MRVZ-Rechtes: In Ermangelung bisheriger Evaluationen bzw. Untersuchungen mit wissenschaftlichem Anspruch zum ambulanten Versorgungsbereich, bezogen sich die juristischen Experten in ihren Meinungsbildungen, kommentatorischen Stellungnahmen und Interpretationen auf Erfahrungen zu den, bis dato eher vereinzelten Erprobungen zu ambulanten Behandlungsformen *(Dimmek & Bargfrede 1992; Bargfrede 1994; Nowara 1992; Warmuth 1990; Boyan & Roth 1989; zit. n. Gabriel in Kammeier 1995: Rdnr 70 und 71)*. In Orientierung daran und der Interpretation der Absichten und Ziele des gängigen MRVZ-Rechtes, wurden dem kommentatorischen Verständnis zufolge, von der MRVZ-Klinik bestimmte Leistungsangebote *(u. a.: Gabriel in Kammeier 1995: Rdnr 70: ´Mindeststandards an strukturierter Entlassungsvorbereitung`)* erwartet:

- Gewährleisten der Überleitung der Patienten in die Entlaßregion durch das Personal der MRVZ-Einrichtung,
- Erschließen bedarfsgerechter Leistungen in dieser Entlaßregion dazu und deren Absicherung zum Einzelfall,
- Vermittlertätigkeiten und Leistungsabsprachen mit den psychosozialen Institutionen vor Ort,
- Sicherstellen geregelter Fallsupervisionen sowie der Fortbildung der beteiligten psychosozialen und psychiatrischen Fachkräfte einschließlich der Bewährungshilfe und der Führungsaufsicht *(vgl. Gabriel in Kammeier 1995, Kommentar zum MRVG: Rdnr. E70.)*
- Aufbauen des Entlassungsvorschlages des Maßregelkrankenhauses auf diesen Entlassungsvorbereitungen aufbauen und deren Absicherung über Bewährungsauflagen.
- Ohne solche Strukturen „verläßt das Maßregelkrankenhaus die ihm obliegende Pflicht zur Gewährleistung ausreichender Hilfen zur Wiedereingliederung" *(Gabriel in Kammeier 1995: Rdnr. E71).*

7.15.8 Zusammenfassende Bewertung

Die Arbeitsinhalte unterteilen sich in die unmittelbare/ direkte Arbeit mit und am Patienten sowie mittelbare/ eher indirekte, doch dem Patienten zu Gute kommende und v. a. viel administrative Aufgaben. Direkte Arbeiten umfaßten im wesentlichen die regulären betreuungstechnischen Tätigkeiten am Patienten und den Bezugspersonen und war v. a. charakterisiert durch direkte Betreuung bedingt entlassener MRVZ-Patienten; Einzelsprechstunden, Einzel- und Gruppenpsychotherapien, Hausbesuche, Arbeitsplatzbetreuungen, medikamentöse Behandlung, soziotherapeutische Aktivitäten, - telefonische - Beratung und Hilfe, Kontakte zwischen Patient und Ambulanz-Mitarbeitern. Frequenz und Inhalte für solche Leistungen sind bedarfsgerichtet. Bei gut installierter Versorgung und weitestgehend stabilem Zustand des Patienten ist in der Nachsorge nach abgeschlossener Überleitung von 2-4 wöchentlichen Abständen auszugehen. Zu kalkulieren sind zeitintensive Interventionen durch Krisen, die auch kürzere Intervalle einfordern können oder unabdingbare anderweitige spontane oder außerordentliche Interventionserfordernisse. Kontakte solcherart und insb. Kriseninterventionen sind ggfls. von mehr als einer Person und nicht alleine durchzuführen. Des Weiteren fallen unter direkte

Leistungen gruppentherapeutische Angebote, wie Rückfallvermeidungsprogramme, Psychoedukation oder andere Wissensvermittlung an und überhaupt die Koordination der Nachbetreuer, Mitarbeiter von Heimeinrichtungen, Werkstätten, Tagesstätten oder des Betreuten Wohnens, gesetzlichen Betreuern, Nervenärzte, Psychotherapeuten, Familienangehörigen und Bewährungshelfer.

Unter indirekter Arbeit zu subsumieren sind umfangreiche administrative Tätigkeiten wie: Telefonate, schriftliche Berichte, Aktenführung, -studium, Vorstellung zukünftiger Patienten, Prognoseeinschätzungen mit entspr. Risikoinstrumenten, Kontaktanbahnung und –pflege von Nachsorgeträgern, weiterführende Unterbringungen, Supervision von Bewährungshilfe und Nachsorgeträgern, die Teilnahme an Belegungskonferenzen und PSAGs; den kollegialen Austausch innerhalb des Ambulanzteams, Visiten, Supervisionen, Fort- und Weiterbildungen, des Weiteren auch klinikinternen Aktivitäten, Teilnahmen an Klinikkonferenzen, informellen Kontakte zu Klinikmitarbeitern/ -therapeuten, Rückmeldungen über Verläufe oder Beratungen zu Entlassungssettings v. a. bei Anbindung der Ambulanz an eine Klinik.
Mittelbare Patientenarbeiten, Arbeiten nicht direkt mit dem Patienten, wie administrative Aufgaben und das Erledigen von Formalien und Kontakten mit Behörden, Vernetzung mit Kollegen belegten einen höheren Zeitaufwand als die Arbeit direkt am Patienten. Sie stiegen ausgehend von der Hälfte der Arbeitszeit der Ambulanzmitarbeiter – mit Entwicklung und Etablierung der ambulanten Versorgungsleistungen und bis zu gut zwei Drittel der Zeit aller Aufwendungen für Ambulanzarbeit.

7.16 Gründe dafür, daß ambulante Therapie nicht durchgeführt wurde

7.16.1 Stichprobe, Erhebungsmodus, Besonderheiten

In der Suche nach Gründen dafür, warum ambulante Therapieen nicht durchgeführt wurden, waren die Einrichtungen über vorstrukturierte, kategorisierte Fragestellungen befragt und zu jeder Kategorie um die jeweilige Anzahl der potentiellen ambulanten Patienten gebeten worden. Außerdem konnten die Kliniken in einer extra Rubrik über ´sonstigen Angaben` weitere Ursachenzuschreibungen platzieren. Mehrfachnennungen waren möglich gewesen. Einzig bis auf die allgemein gehaltene Begründung, des Nichtbestehens eines ambulanten Therapieangebotes zu Fällen, die auch noch in weiteren anderen Kategorien aufgegriffen worden waren, lagen ansonsten keine Überschneidungen vor. Ganz offenbar bestanden zu den Inhalten dieser Fragestellung erhebliche Vorbehalte bzw. reaktive Assoziationen. Immerhin hatten n_e=26 und damit etwa zwei Drittel aller insg. rekrutierten Einrichtungen auf diese Frage initial nicht direkt geantwortet. Die, dann zur der eigentlichen o. g. Frage ausgewiesenen Stichprobe, gestaltete sich weitestgehend heterogen und über Einrichtungen, die sowohl bereits ambulante Versorgung betrieben, solchen, die eine eklatante Mangelsituation beklagten und eine Einrichtung, deren Repräsentant überzeugt war, daß forensische Patienten nicht therapiemotiviert seien, ein solches Angebot dann nicht in Erwägung zog.
Befunde über anderweitige Fragekonstellationen mit anteilig ähnlichen Inhalten hatten jedoch entschieden verdeutlicht, daß sehr viele Einrichtungen ihre Nachsorge als defizitär erlebten. 75 % aller, überhaupt in die initiale deutsche Untersuchung eingeschlossenen, forensischen Kliniken hatten ihrer erheblichen Unzufriedenheit im Hinblick auf die fehlende ambulante Versorgung Ausdruck verliehen. *(Näheres dazu s. u. a. auch v. a. im Abschnitt dieser Arbeit zu Bedarf an Nachsorgeeinrichtungen und Zufriedenheit mit der ambulanten Versorgungssituation.)* Um auf die, zu dieser Fragestellung rekrutierten, Angaben nicht verzichten zu müssen, wurden diese zu den einzelnen Antwortkategorien deskriptiv aufgenommen und unter Berücksichtigung themennaher Befunde zu anderen Kontexten der Erhebung mit i. Ü. homogeneren Stichproben kommentiert. Die Einrichtungen waren unter Vorgabe folgender Kategorien befragt worden

Tab. 29: Begründung für eine nicht realisierbare ambulante Behandlung

Angegebene Gründe für nicht realisierte doch an sich indizierte ambulante Behandlungen		
Ursachenzuschreibung der Einrichtungen	**potentielle ambulante Patienten**	**Angaben**
	Anzahl $_{(n)}$	**Anzahl$_n$**
generell nicht vorhandenes ambulantes Therapieangebot	241	08[1]
fehlendes spezifisches indikationsgerechtes Therapieangebot	064	06
Verweigerung der ambulanten Therapie durch Patienten	035	01
Warteliste/ Warten auf Therapieplatz > als 12 Wochen	007	02
nicht durchgehend von externen Therapeuten übernommene Behandlungen	005	01
Finanzielle Gründe	002	01
Organisatorische/ verwaltungstechnische Gründe	*keine konkrete Zahlenangabe doch Benennung*	04
Sonstige Gründe und welche	*keine konkreten Zahlenangaben*	08
Gesamtanzahl: Einrichtungen 11 mit 354 ambulante Patienten		

Die Auflistung an potentiell ambulant versorgungsbedürftigen Patienten der 11 Einrichtungen, die zur Frage nach den Gründen einer nicht durchgeführten ambulanten Behandlung geantwortet hatten, ergab daß viele Patienten (n_a=117 der o.g. Stichprobe) keine ambulante derartige Versorgung erfuhren und davon tatsächlich 64 aufgrund des Fehlens eines störungsspezifisch ausgerichteten ambulanten Angebotes oder (5 Fälle) trotz ausgeprägter Bemühungen nicht in extramurale Behandlungen vermittelt werden konnten. Zwei Drittel der Stichprobe (7 Patienten) erfuhren erhebliche Verzögerungen weil sie auf einen Therapieplatz warten mußten. Finanzielle Gründe wurden explizit zu 2 Fällen dafür anführt, daß ambulante Behandlung nicht möglich wurde. Nur wenige (10 % der Stichprobe) der zur ambulanten Behandlung vorgesehenen Patienten verweigerten die Behandlung vor Beginn. Die hier formal aufzuführenden 35 Verweigerer stammten von einzig 1 Einrichtung *(Viersen)* mit nach § 64 StGB Untergebrachten, die ihre ambulante Versorgung als unzureichend bezeichnete. Ansonsten wurde kein Fall einer Verweigerung benannt. Ein Hinweis darauf daß der Bestand an potentiellen Ambulanzpatienten deutlich höher liegt als der von den Einrichtungen quantitativ bemessene, lag allein in den Angaben von 6 Einrichtungen, die - pauschal- den Umstand beklagten, für ihre stationären Patienten keine ambulanten Behandlungsangebote vorzufinden. Eine dieser Einrichtungen berichtete explizit, daß von 51 stationären Patienten zwar 39 (76.47 %) potentiell ambulant geführt werden könnten, jedoch einer speziellen Behandlung bedürften, welche nicht vorliege.
Außerdem waren über Fragen zu Kontexten nach abgebrochenen Therapien und der Akzeptanz eines Angebotes unter Bezug auf eine außerdem homogene Stichprobe an Einrichtungen mit bestehenden ambulanten Therapieangeboten viele Hinweise dafür gefunden werden.

7.16.2 Befunde dieser Fragestellung im Einzelnen

➢ ***Fehlen eines ambulanten Therapieangebotes per se und eines spezifischen indikationsgerechten im Besonderen [zu 1)]***

Von der Stichprobe mit 11 Einrichtungen, die auf diese Fragestellung geantwortet hatten, gaben 8 an, daß ambulante Therapieen einzig aufgrund des Fehlens ambulanter Versorgungsstrukturen nicht realisiert werden konnten. Von diesen konnten 235 potentiellen forensisch-psychiatrischen Patienten von 6 Einrichtungen dezidiert keinerlei ambulante Versorgung zugeteilt, zu 4 Patienten von zusammen zwei Einrichtungen war eine ambulante Versorgung grundsätzlich nicht unmöglich, von den übrigen Kliniken waren keine Unterscheidungen resp. nähere Begründungen zur Nicht-/ resp. Unterversorgung benannt worden aber über andere Fragestellungen, die einen eklatanten Bedarf nach ambulanter therapeutischer Versorgung resp. einer forensischen Ambulanz auswiesen. Sofern ergänzende Ausführungen eingebracht worden waren, waren primär die widrigen struktur- und finanzpolitischen Umstände und unzureichenden rechtlicher Vorgaben beklagt und diesen Umständen das Fehlen solch dringend benötigter Versorgungsstrukturen zugeschrieben worden.

➢ ***Organisatorische Gründe [(zu 2)]***

Für die Nichtrealisation eines ambulanten Angebotes waren außerdem organisatorische Ursachen von Relevanz. Zur entsprechenden Kategorie organisatorischer und verwaltungstechnischer Gründe boten 4 Einrichtungen deskriptives Datenmaterial an und zwar zu folgenden Zusammenhängen:

- Eine, sonst zur Befragung unbeteiligte, Klinik hoffte ´mittelfristig` eine gute ambulante Versorgung entwickeln zu können, befand sich dbzgl. jedoch noch in einer Umstrukturierungs- und Planungsphase.
- Eine andere Einrichtung mit bereits 20 ambulanten Patienten, die sich dagegen durchgängig an den Untersuchungen beteiligt hatte *(Emmendingen, 104 stationäre MRVZ-Patienten)* hatte vor, eine eigene forensische Ambulanz anzustreben.
- Eine andere Einrichtung mit nach § 64 StGB eingewiesenen Patienten *(Hadamar, 80 stationäre und zum Stichtag 2 ambulanten Patienten)* beklagte, daß, obschon dringendst benötigt, die Einrichtung eines ambulanten Dienstes zur Zeit aus ´personellen` Gründen nicht möglich sei.
- Eine weitere Klinik mit ausschließlich nach § 64 StGB eingewiesenen Patienten argumentierte, daß eine ambulante Therapie i. d. R. bei ihren nach § 64 StGB eingewiesenen Patienten nicht ausreiche und ihre –35- potentiellen ambulanten Patienten einer speziellen, unter den derzeitigen Gegebenheiten nicht realisierbaren, Behandlung bedürften.

➢ ***Sonstige Gründe [zu 3)]***

- 2 Kliniken der Neuen Bundesländern *(Bernburg, Uchtspringe)* mit zusammen 36 stationären MRVZ-Patienten, die zwar aufgrund der noch laufenden Umstrukturierungen noch über keine abgeschlossene stationäre Behandlung resp. entlassene Patienten verfügten, beklagten heftig deren Fehlen und. wünschten dezidiert die Installation einer forensischen Ambulanz.

- Obschon sie mit –20- ambulanten Patienten versorgungstechnisch eine praktikable Nachsorgestruktur entwickeln konnte, bemängelte eine weitere Klinik *(Emmendingen)* mit 104 stationären MRVZ-Patienten das Fehlen einer speziellen, institutionalisierten, forensischen Ambulanz.

– Eine weitere Einrichtung *(Viersen)* mit nach § 64 StGB eingewiesenen Patienten (n=44) befand dagegen, daß ambulante Therapie zu ihren suchtkranken Patienten i. d. R. nicht ausreichen würde.

➢ ***Organisatorische und verwaltungstechnische Gründe [zu 4)]***

Zur Kategorie der organisatorischen und verwaltungstechnischen Gründe, lagen zwar keine konkreten Zahlen doch deskriptive Angaben vor. 1 Einrichtung, die ebenfalls ausschließlich nach § 64 StGB untergebrachte Patienten behandelte, verwies darauf, daß die, hier eingewiesenen, 55 Jugendlichen und Heranwachsenden, von der Klinikleitung freiwillig, unentgeltlich und quasi in deren ´Freizeit` ambulant nachbehandelt werden würden. Eine bereits zweite Eingabe um eine forensische Ambulanz, sei bedauerlicherweise nicht genehmigt worden, obschon eine geregelte Nachsorge dringendst für erforderlich gehalten wird (Unterversorgung da ländlicher Raum). Die, unter solchen Bedingungen organisierte, Nachsorgebehandlung trage einen ´äußerst reduzierten` Charakter. Nach dem expliziten Wunsch der Klinikleitung wurden die derart notdürftig betreuten Patienten in dieser Untersuchung zahlenmäßig nicht als ambulant geführte Patienten platziert.

➢ ***Gerichtliche Weisungen [zu 5)]***

Eine weitere Einrichtung mit einer institutionalisierten forensischen Ambulanz *(Gießen* mit 66 ambulanten ausschließlich nach § 63 StGB untergebrachten Patienten) verwies auf die Abhängigkeit der Zuteilung ambulanter Behandlung von gerichtlichen Weisungen.

➢ ***Unzureichende Versorgungskapazitäten***

Überhaupt wurden nur von einer der institutionalisierten Forensischen Ambulanzen (die letztgenannte Einrichtung *Gießen* mit 66 ambulanten und ausschließlich nach § 63 StGB untergebrachten Patienten) die eigenen Kapazitäten als derartig ausreichend eingestuft, so daß jeder therapiebedürftige Patient der Herkunftsklinik *(Haina)* die gewünschte ambulante Behandlung auch aufnehmen konnte.

➢ ***Finanzielle Gründe - Fehlen eines Kostenträgers***

Eine andere Klinik, die zu 27 Patienten bereits eine Suchtambulanz für ihre nach § 64 StGB untergebrachten Patienten führte, beklagte das Fehlen eines Kostenträgers für eine offizielle Ambulanz nach § 63 StGB untergebrachter Patienten.

7.16.3 Zusammenfassung und Bewertung

Die Befunde zu dieser Fragestellung bestätigten, daß für eine Fülle an Patienten eine indizierte ambulante Behandlung aus diversen und anteilig auch konkret zu bezeichnenden Gründen nicht möglich war. Angebot und Bedarf bedingen sich gegenseitig. Die Gründe für die Nichtrealisation ambulanter Behandlungsführung wurden überwiegend den strukturellen Defiziten zugeschrieben. Es ist sicher von einem zusätzlichen Potential an einem, bislang noch unberücksichtigten und unter adäquaten Gegebenheiten ambulant führbaren Patientengut auszugehen. Deutlich wurde, daß real zu vielen Einrichtungen ein hoher Bedarf an ambulanter behandlungsbezogener Nachsorge vorlag. Die Ergebnisse sicherten die Annahme über ein grundlegend hohes Potential ambulanter Klientele und einem quantitativen Bedarf, der sicher deutlich über den Angaben der Befragungen liegt. Vor dem Hintergrund und zur Situation in Deutschland scheint der reale Bedarf, global bemessen über gut 150 % - 200 % als der derzeitige Bestand an ambulant versorgten Patienten zu liegen und dabei besonders auch von den infrastrukturellen Versorgungsstrukturen der Region geleitet zu sein. Regionale Abweichungen sind zu kalkulieren. Gefordert hatten eine solche Versorgung außerdem noch weitere 16 Einrichtungen, zu denen allerdings keine quantifizierbaren Angaben zum Bestand potentieller Ambulanzpatienten vorlagen und erschlossen werden konnten.
Viele der potentiell dafür in Frage kommenden Patienten erhielten keine -nachsorgende- ambulante Therapie. Allein aus der, zu dieser Fragestellung rekrutierten Subgruppe, ergaben sich 350 Patienten, die trotz entsprechender Indikation, keine ambulante Versorgung erfahren konnten. Besonders klar zeichnete sich dieses Bild zu solchen Einrichtungen ab, die angegeben hatten, aufgrund des fehlenden Angebotes keine ambulante Therapie durchzuführen, ohne weitere detailliertere Gründe für eine nicht durchgeführte ambulante Behandlung zu benennen. Anderweitig geschaltete und offen gehaltene Fragen des Fragebogens zu Problemen im Kontext ambulanter Behandlung, wie außerdem dazu, inwiefern und an welchen Einrichtungen die entlassenen Patienten überwiesen oder resp. zugewiesen wurden, vermittelten neben dem eklatanten Bedarf an behandlungsbezogener Nachsorge, außerdem Informationen zu den Ursachen nicht realisierter, doch indizierter, ambulanter Behandlung. Allerdings bestand ein hoher Anteil an solchen Einrichtungen, die zwar diese Frage nicht beantwortet, doch ihren Bedarf nach einer ambulanten Behandlung in anderen Kontexten der Erhebung andernorts dann explizit deklariert hatten. So, daß 85 % der o. g. Stichprobe, d. h. ausgenommen der Einrichtungen, die über eine entweder institutionalisierte ambulante Versorgung oder Liaison Konsiliardienste im Kontext des Modellverbundes verfügten, die Erfordernis postulierten, ambulante Versorgungsstrukturen auszubauen und von diesen Einrichtungen wiederum 85 % eine offizielle Etablierung der ambulanten Versorgung unabhängig von der dann auszuweisenden Form.

- **Wartezeiten für Therapieplätze**

Im Hinblick auf die Wartezeiten für Therapieplätze ergab sich, daß bei Einrichtungen, die über eine gute ambulante Versorgungsstruktur, gleich welcher Art, verfügten, Behandlungsmöglichkeiten bei Psychiatern ohne Wartezeit realisiert werden konnten, währenddessen psychotherapeutisch ausgerichtete Behandlungen mit Wartezeiten von etwa 3 Monaten verbunden waren. Zur Frage nach Gründen für die Nichtrealisation einer ambulanten Behandlung wurde dies von 2 Einrichtungen zu insg. 7 Patienten genannt. Wartezeiten standen in Einzelfällen auch in Verbindung mit der Erfordernis eines spezifisch auf die Problematik und das besondere individuelle Anforderungsprofil ausgerichteten Behandlungsangebotes. Über die Einzelanalyse solcher Fälle, die das Fehlen spezifischer ambulanter Behandlungsangebote benannt hatten, zeigte sich, daß insbesondere solche Einrichtungen betroffen waren, die über keine institutionalisierte resp. offiziell anerkannte und ausgewiesene ambulante Behandlungsstruktur verfügten. Doch selbst auch Einrichtungen, die dahingehend gut ausgestattet waren (2 der sich dazu äußernden 6 Kliniken) waren mit dieser Problematik konfrontiert. Bei denjenigen Kliniken die auf die zugrunde liegende Fragestellung geantwortet hatten, handelte es sich um solche, die bereits ein ambulantes Behandlungsangebot praktizierten.

7.17 Gründe für den Abbruch ambulanter Therapie

7.17.1 Stichprobe

Auf die über eine offene unstrukturierte Frageform erhobenen Informationen zu Gründen für den Abbruch einer ambulanten Therapie antworteten insg. 12 Einrichtungen mit n_s=1624 stationären und n_a=245 ambulant geführten und dabei sowohl vordem nach § 63 als auch nach § 64 StGB untergebrachten Patienten. Alle Einrichtungen dieser Stichprobe verfügten über eine gut organisierte ambulante Behandlungsform und umfaßten u. a. alle Kliniken mit institutionalisierten Ambulanzen und Modelleinrichtungen.

7.17.2 Darstellung der Befunde

Tab. 30: Gründe für den Abbruch der ambulanten Therapie

Gründe für den Abbruch der ambulanten Therapie		
Angaben / Nennungen*	**Anzahl (n)**	**Anteil (%)**
Rückfall Durch Grunderkrankung, Abhängigkeit 05 Und / oder Delinquenz 04	09	30.0 %
Psychische Zustandsverschlechterung	04	13.3 %
Inadäquater Umgang mit Krisensituationen (Fehlen von Copingstrategien)	04	13.3 %
Fehlende Krankheitseinsicht	04	13.3 %
Mangelhafte – fehlende Kompliance	04	13.3 %
Strukturell bedingte Ursachen (z.B.: Ende der Bewährungsstrafe steht kurz bevor (bei vorab langer Wartezeit)	02	06.7 %
Ablehnung der Institution / der Klinik	01	03.3 %
Widerruf der Bewährung	01	03.3 %
Vorzeitige Beendigung der Therapie (positive Resozialisierung)	01	03.3 %
Gesamtzahl / Nennungen	*30*	*100.0 %*

* *mehr als eine Angabe war möglich*
Bezugsgruppe: n_e=12 Einrichtungen mit n_s=1624 stationären und n_a=245 ambulanten Patienten

In krankheits- und deliktbezogenen Rückfällen begründeten zwei Drittel (n=9) der antwortenden Einrichtungen dieser Stichprobe den Abbruch ambulanter Therapieverläufe. 4 Angaben bezogen sich auf solche Rückfälle, die in delinquentem Verhalten begründet waren. 5 Kliniken hatten krankheitsbezogene Rückfalle differenzierter ausgeführt, 3 Einrichtungen schrieben einen suchtbezogenen Rückfall die Ursache für den Therapieabbruch zu. Psychische Zustandsverschlechterungen wurden hier von 2 der Einrichtungen als Auslöser für krankheitsbedingte Therapieabbrüche angegeben. Für einen dazu adäquaten und selbstverantwortlichen Umgang wurden zu diesem Kontext wiederholt (4 Angaben) unzureichende Ressourcen für adäquate Bewältigungs- (resp. Coping-) Strategien bemängelt. Lag der Abbruch einer Therapie während bedingter Entlassung in psychotischen Krisen der Patienten gesehen, wurde die damit einhergegangenen unzureichende Krankheitseinsicht und fehlende funktionale Kompliance dazu in Bezug gesetzt (1 Angabe). Auch zu Suchtpatienten wurde der Umstand einer Zustandsverschlechterung und als solche wiederholt zum Zeitraum der auslaufenden Bewährung als ein Grund für einen Therapieabbruch bzw. Rückfall genannt. Von einer Einrichtung wurde ein Widerruf der Bewährung als ausdrücklicher Grund für den Abbruch einer ambulanten Therapie angegeben.

7.17.3 Konstellative Faktoren zum quantitativen und qualitativen Ausmaß des Rückfallgeschehens

Beurteilt man diese Daten unter Einbezug weiterführender, zusätzlich über qualitative Befragungstechniken erhobene, Informationen, zeichneten sich in der Gesamtschau einige charakterisierende konstellative Faktoren sowohl zu qualitativen sowie quantitativen Aspekten des Rückfallgeschehens und im Hinblick auf adäquate therapeutische Zugangsweisen in der Begegnung und dem Umgang mit Rückfallgeschehnissen ab. So werden die delikt- wie krankheitsbezogenen Rückfälle in ihrer Ausprägung, Schwere und Häufigkeit von Einrichtungen mit organisiertem ambulanten Therapieangebot, als, in ihrer qualitativen wie quantitativen Ausprägung weitaus geringfügiger bezeichnet; Die, zum Zeitraum einer ambulanter Behandlung begangenen Delikte werden im Hinblick auf ihre Gefährlichkeit für die Allgemeinheit im Vergleich zum Ausgangsdelikt als deutlich weniger schwerwiegend eingestuft (5 dbzgl. und keine konträren Angaben). Diese Stellungnahmen wurden von den Einrichtungen im Kontext der Erhebung als Tendenzen formuliert. Einzelgeschehen waren dem Design der Untersuchung entsprechend i. d. R. nicht und wenn überhaupt, dann nur vereinzelt resp. in Beispielfunktionen ausgeführt worden. Daneben betonten Einrichtungen mit einem ambulanten Therapiekonzept wiederholt die,

v. a. auch therapeutisch indizierte, Notwendigkeit, Rückfällen sowohl auf rechtlicher als auch therapeutischer Ebene differenziert und dabei individuell ausgerichtet begegnen zu können.[52]

Anmerkung: Ein markantes Beispiel bietet folgender und dazu benannter Sachverhalt, indem ein, als Ordnungswidrigkeit einzustufendes Delikt, zum Widerruf der Bewährung führen kann bzw. zu denselben Konsequenzen einer Wiedereinweisung, wie dies bei einem schwerwiegenderen Vergehen der Fall gewesen wäre.

Weiter wurde die Erfordernis und Möglichkeit zur differenzierten therapeutischen Zugangs- und Betrachtungsweisen sowie der therapeutischen Analyse und Bearbeitung der, den Rückfall, bzw. die Straftat auslösenden, deliktogenen Situationen des Rückfalls- bzw. Deliktgeschehens an sich betont und der therapeutische Nutzen eines solchen Prozesses hervorgehoben (8 Einrichtungen). In diesem Kontext wurden unter dem Gesichtspunkt regionspezifischer Disproportionalitäten, -zu- enge formaljuristische Vorgaben und Bestimmungen beklagt, die ein solches therapeutisch sinnvolles, veränderungswirksames und i. d. S. konstruktives Umgehen mit delikt- oder krankheitsbezogenen Rückfällen erheblich erschweren, wenn nicht unmöglich machen. Dem entgegen stand der Vorschlag (6 Einrichtungen) stationär Krisenbetten zu schaffen und bereitzuhalten, um im einzelnen Krisenfall rückfallgefährdeten resp. bereits rückfällig gewordenen ambulanten Patienten, über eine, i. d. R. meist nur vorübergehende stationäre Unterbringung, die akut erforderliche adäquate Betreuung und medizinisch-therapeutische Versorgung zu ermöglichen ohne, daß es zum Widerruf kommen und der vorherige ambulante Status des Patienten zwingend oder definitiv aufgehoben werden muß. Unabhängig vom Wesen der psychischen Grunderkrankung wurden wiederholt weitere Gründe für den Abbruch einer ambulanten Therapie angeführt: Ohne eine konkrete fallspezifische Zuordnung wurde des Weiteren von einer Einrichtung ´Noncompliance` und einer zweiten ´fehlende Motivation` als Grund für einen Abbruch angegeben und zu einem konkreten Einzelfall ´Ablehnung der Klinik bzw. der weiterführenden Institution` aufgeführt. Daneben fanden sich andere, strukturell bedingte Begründungen für den Abbruch einer ambulanten Therapie: So wurde in diesem Kontext von einer Klinik mit äußerst kritischer Haltung gegenüber dem ambulanten therapeutischen Ansatz hinsichtlich Durchführbarkeit patientenbezogener Akzeptanz und Wirksamkeit und daher kaum ambulanten Patienten, erfahrene Abbrüche unter Bezugnahme auf die ´problematische Zusammensetzung des Patientenpotentials`, den hohen Anteil an Schizophrenen und intellektuell Minderbegabten begründet und auch auf entsprechende Befunde zur Verteilung nach *Leygraf 1988* verwiesen. Als ein weiterer Gesichtspunkt wurde in anderen Fällen die spezifische Selektion ambulanter Patienten herausgestellt und dabei von 4 Einrichtung konkret darauf hingewiesen, daß ´nur die dringlichsten Fälle ambulant behandelt werden` könnten. Das Auslaufen der Bewährung wurde mehrfach (3 Nennungen) Als vulnerabler Zeitpunkt und in dessen Relevanz als Aspekt auch nochmals in anderen Kontexten der Gesamtbefunde und v. a. zur Gruppe der Suchtpatienten hervorgehoben.

7.17.4 Zusammenfassende Bewertung

Sind Patienten erst einmal stabil in ambulanter Behandlung etabliert, scheinen Ausfälle im Überblick eher gering. Von Patientenseite initiierte Abbrüche sind legalprognostisch eher ungünstig zu werten. Die aus der o. g. Stichprobe benannten Abbrüche erfolgten hauptsächlich nach Rückfällen und diese wiederum meist durch krankheitsbedingte Zustandsverschlechterungen.

- **Rückfallgeschehen**

Es fanden sich konstellative Faktoren zum quantitativen und qualitativen Ausmaß des Rückfallgeschehens. Ein rechtzeitiger Widerruf wird bei professional geführten ambulanten Patienten als ein probates und funktionales Instrument gesehen dem zudem Indikatorfunktionen zuzurechnen sind. Formal sollte ein Widerruf jedoch nicht zwingend einen Therapieabbruch bedingen.

[52] Weiterführend wird diese Thematik unter dem Abschnitt „Rückfall“ in der vorliegenden Arbeit behandelt.

8 Neue deutsche Bundesländer und ihre spezifische Versorgungssituation für MRVZ-Patienten 8-123
8.1 Besonderheiten, Erschwernisse und spezifische Probleme zu diesem Kontext 8-123
8.1.1 Übergreifende Aspekte 8-123
8.1.2 Strukturpolitische Vorgaben - zur spezifischen Lage forensischer Patienten in den Neuen Bundesländern unter Berücksichtigung ihres vormaligen Status in der ehemaligen DDR 8-123
8.1.3 Ausgangslage, Hintergründe und Besonderheiten zu den Rahmenbedingungen der initialen Erhebung - strukturpolitische Lage in den neuen deutschen Bundesländern zu diesem Zeitraum 8-124
8.2 Ergebnisse der initialen Stichtagserhebung 8-125
8.2.1 Verteilung der stationären und ambulanten Patienten unter zusätzlicher Berücksichtigung von deren jeweiligen Einweisungsgrundlagen 8-125
8.2.2 Gegenüberstellung der Datenprofile der rekrutierten Einrichtungen zur Nachsorgesituation und Merkmalsstruktur ihrer Klientele (Alter, Eingangsdiagnose, Eingangsdelikte) 8-125
8.2.2.1 Mecklenburg-Vorpommern / Stralsund 8-126
8.2.2.1.1 Stralsund 8-126
8.2.2.2 Sachsen Anhalt / Bernburg und Uchtspringe 8-126
8.2.2.2.1 Bernburg 8-126
8.2.2.2.2 Uchtspringe 8-127
8.2.2.3 Berlin und Klinikum Berlin Buch Berlin-Ost 8-128
8.2.2.3.1 Berlin Buch 8-128
8.2.2.3.2 Erste Entwicklungen zu Belegzahlen von MRVZ-Patienten seit der Rechtsumstellung 03.10.90 8-131
8.2.2.3.3 Erkenntnisse aus Angaben zu Situation und Bedarf an Nachsorge und ambulanter Versorgung und Entwicklungen zu Berlin Buch resp- der Bonhoeffer Klinik 8-131
8.3 Weiterführende Entwicklung der MRVZ-Einrichtungen der neuen Bundesländer 8-132
8.3.1 Erfassungsmodus 8-132
8.3.2 Entwicklungen zur Situation der ambulanten Nachsorge und Versorgung psychisch kranker Straftäter in den Neuen Bundesländern 8-132
8.3.3 Befunde und Erkenntnisse zu Gegebenheiten und Bedarf ambulanter Nachsorge / Versorgung 8-133
8.4 Übergreifende Zusammenfassung, Bewertung und Diskussion der Befunde der initialen und Ergebnisse der weiterführenden Erhebungen zur Situation der Nachsorge / ambulanten Versorgung und Therapie psychisch kranker Straftäter in den neuen Bundesländern 8-134

8 Neue deutsche Bundesländer und ihre spezifische Versorgungssituation für MRVZ-Patienten

8.1 Besonderheiten, Erschwernisse und spezifische Probleme zu diesem Kontext

8.1.1 Übergreifende Aspekte

Im Rahmen v. a. der initialen Erhebung und ihrer Folgeerhebungen bestanden im Hinblick auf den Erhalt von Informationen zu Einrichtungen der ehemaligen DDR und ihren Einzugsbereichen, erhebliche Erschwernisse. Es vermittelten sich Unsicherheiten und oft starke Ressentiments gegenüber Befragungen, Furcht vor Kontrolle und häufig eine implizite Annahme, sich für die defizitären Versorgungszustände rechtfertigen zu müssen bzw. Angst vor möglichen Sanktionen. Nachfragen wurde entgegengehalten, daß erhebliche Umstrukturierungen anstünden, Veränderungen geplant und daher noch keine Aussagen möglich seien. Weiter argumentierten Einrichtungen, es gäbe seit der Umstrukturierung noch kaum Entlassene und damit fast keine Erfahrungen im Hinblick auf die Ausgestaltung der Nachsorgesituation.

8.1.2 Strukturpolitische Vorgaben - zur spezifischen Lage forensischer Patienten in den Neuen Bundesländern unter Berücksichtigung ihres vormaligen Status in der ehemaligen DDR

Die ehemalige DDR wies eine andere Gesetzgebung auf, in der die eingewiesenen forensischen Patienten i. d. R im Rahmen der allgemeinen Psychiatrie behandelt wurden. Die sehr gefährlichen Patienten waren im Strafvollzug untergebracht. Mit der Einweisung in die allgemeine Psychiatrie endete die strafrechtliche Zuständigkeit; Behandlung und Entlassung wurde den jeweiligen psychiatrischen Einrichtungen überantwortet. Der Patient wurde allgemeinpsychiatrisch geführt. Der Einweisungsgrund geriet darüber oftmals in Vergessenheit. Demnach war nach der Wende und ist wohl auch jetzt noch davon auszugehen, daß sich in den allgemeinpsychiatrischen Kliniken forensische Patienten befinden, die nur sehr schwer zu identifizieren sind. Mit der Übernahme der Bundesgesetzgebung zum MRVZ entstand u. a. auch die Notwendigkeit, spezielle forensische Einrichtungen zu gründen. Insgesamt bestanden nur begrenzte Aufnahmekapazitäten. Allgemein handelte es sich noch um eine Phase der Neu- und Umstrukturierung. Gerichtlicherseits wurde zu dieser Zeit in der Zuweisung der Maßregel vorerst allgemein eher zurückhaltend und insg. regional sehr unterschiedlich, verfahren. Auch nachdem das bundesdeutsche MRVG in großen Teilen übernommen worden war, blieben viele forensische Patienten in den allgemein psychiatrischen Stationen. Der Anteil dieser Patienten ist kaum zu beziffern. In Abhängigkeit von vorhandenen regionalen Ressourcen und der Gefährlichkeit der Patienten, wurden MRVZ-Patienten häufig weiterhin der Allgemeinpsychiatrie zugewiesen, die, wenn, dann nur in Ansätzen und vornehmlich erst noch in

Planung, damit begann, Spezialabteilungen und vereinzelt auch geschlossene Abteilungen für forensische Patienten zu entwickeln *(vgl.: Lammel 1993a,b; Dahle et al. 1995).*
Die ehemalige DDR bot zum Umgang mit forensischen Patienten bzw. psychisch kranken Straftätern eine andere Gesetzgebung, wobei i. d. R. die eingewiesenen forensischen Patienten im Rahmen der allgemeinen Psychiatrie behandelt wurden. Der Patient wurde als allgemeinpsychiatrischer Patient geführt. Der Einweisungsgrund geriet darüber oftmals in Vergessenheit. Zum Erhebungszeitraum war noch davon auszugehen, daß sich in den allgemeinpsychiatrischen Kliniken - nur sehr schwer zu identifizierende - forensische Patienten befanden. Die sehr gefährlichen Patienten waren im Strafvollzug untergebracht. Mit der Einweisung in die allgemeine Psychiatrie endete die strafrechtliche Zuständigkeit. Behandlung und Entlassung wurden den jeweiligen psychiatrischen Einrichtungen überantwortet. Mit der Übernahme der Bundesgesetzgebung zum MRVZ war die Notwendigkeit entstanden, spezielle forensische Einrichtungen zu gründen. Damit veränderte sich auch das Patientenpotential: Hinzu kamen nun Patienten mit schweren Delikten, schweren bzw. komplexen psychischen Krankheitsbildern. Aufgrund der nur begrenzten Aufnahmekapazitäten und da es sich allgemein noch um eine Phase der Neu- und Umstrukturierung handelte, wurde zum Zeitraum der Erhebung gerichtlicherseits in der Zuweisung der Maßregel nicht nur regional sehr unterschiedlich sondern allgemein eher zurückhaltend verfahren. Auch nach der Wende, nachdem das bundesdeutsche MRVG in großen Teilen übernommen wurde, waren viele forensische Patienten in den allgemein psychiatrischen Stationen untergebracht. Deren Anteil war zum Zeitpunkt der Untersuchung und der nächsten Folgezeit kaum zu beziffern. In Abhängigkeit von den vorhandenen regionalen Ressourcen und der Gefährlichkeit der Patienten wurden MRVZ-Patienten auch häufig weiter der Allgemeinpsychiatrie zugewiesen, die allerdings anteilig damit begonnen hatte, Spezialabteilungen und vereinzelt auch geschlossene Abteilungen für forensische Patienten zu entwickeln. Damit lagen für die spezifische Situation der forensischen Patienten häufig wichtige - u. a. auch therapeutische - Anteile der Nachsorge noch nicht vor. Die potentiell gesetzliche Möglichkeit der Aussetzung der Maßregel und Bewährungsauflage einer Therapie wurde unter derartigen Strukturbedingungen nur äußerst selten und regional oft nicht realisiert.

8.1.3 Ausgangslage, Hintergründe und Besonderheiten zu den Rahmenbedingungen der initialen Erhebung - strukturpolitische Lage in den neuen deutschen Bundesländern zu diesem Zeitraum

In Relation zur bundesweiten Erhebung offenbarte sich in der Gesamtschau zu den neuen Bundesländern ein besonders markantes und insg. extremes Defizit zum Bedarf an Nachsorgestrukturen und ambulanten Behandlungsplätzen. Dort lagen häufig keine bis unzureichende therapeutisch orientierte Entlassungs- bzw. Nachsorgekonzeptionen vor. Dies kann anteilig auch dadurch erklärt werden, daß die ehemalige DDR keinen eigentlichen MRVZ kannte, so daß in den meisten Regionen keine speziell forensischen Kliniken zur Behandlung psychisch kranker Rechtsbrecher bestanden. Die ehemalige DDR wies eine andere Gesetzgebung auf, in welcher i. d. R. die eingewiesenen forensischen Patienten im Rahmen der allgemeinen Psychiatrie behandelt wurden. Die sehr gefährlichen Patienten waren im Strafvollzug untergebracht. Mit der Einweisung in die allgemeine Psychiatrie endete die strafrechtliche Zuständigkeit. Behandlung und Entlassung wurde den jeweiligen psychiatrischen Einrichtungen überantwortet. Der forensische Patient wurde als allgemeinpsychiatrischer Patient geführt. Der Ein-weisungsgrund geriet darüber oftmals in Vergessenheit. Demnach war zum Erhebungszeitraum und der direkten Nachfolgezeit noch davon auszugehen, daß sich in den allgemeinpsychiatrischen Kliniken forensische Patienten befanden, die dann als solche nur schwer zu identifizieren sind. Mit der Übernahme der Bundesgesetzgebung
zum MRVZ entstand u. a. auch die Notwendigkeit, spezielle forensische Einrichtungen zu gründen. Es veränderte sich damit auch das Patientenpotential. Hinzu kamen und kommen nun Patienten mit schweren Delikten bzw.
sehr schweren psychischen Krankheitsbildern. Insg. lagen nur begrenzte Aufnahmekapazitäten vor und es handelte sich allgemein noch um eine Phase der Neu- und Umstrukturierung. In der Zuweisung der Maßregel wurde zum Zeitpunkt der Untersuchung gerichtlicherseits regional sehr unterschiedlich und allgemein eher zurückhaltend verfahren. Auch nach “der Wende", nachdem das bundesdeutsche MRVG in großen Teilen übernommen wurde, blieben viele forensische Patienten in den allgemein psychiatrischen Stationen. Der Anteil dieser Patienten galt zum Zeitraum der Erhebung und der Nachfolgezeit als kaum bezifferbar. In Abhängigkeit der vorhandenen regionalen Ressourcen und der Gefährlichkeit der Patienten wurden damals MRVZ-Patienten häufig auch weiterhin der Allgemeinpsychiatrie zugewiesen, die allerdings anteilig damit begann, Spezialabteilungen, vereinzelt auch geschlossene Abteilungen, für forensische Patienten zu entwickeln. Im Hinblick auf die Versorgungssituation forensischer Patienten war und ist in solchen Fällen demnach wohl auch noch davon auszugehen, daß diese einer Nachsorge zugeführt wurden, die der, der allgemeinpsychiatrischen Patienten entsprach. Sicher ist damit der, für die spezifische Situation der forensischen Patienten wichtige, auch therapeutische, Versorgungsanteil der Nachsorge nicht gegeben. Ambulante therapeutische Angebote im Rahmen einer stufenweisen Entlassung und dahingehend spezifische Entlassungsvorbereitungen wurden kaum praktiziert bzw. sind nicht bekannt. Die potentiell gesetzliche Möglichkeit der Aussetzung der Maßregel und Bewährungsauflage einer Therapie wurde unter derartig strukturellen Bedingungen nur äußerst selten und regional häufig gar nicht realisiert. Grundsätzlich ist auch hier die Ausgestaltung der Durchführung der Maßregel abhängig von den spezifischen landesgesetzlichen Regelungen und regionalen Gegebenheiten vor Ort.

Generell ist festzustellen, daß die Nachsorgesituation zu den Regionen der neuen Bundesländer allenthalben noch kaum entwickelt war. Eine detaillierte Bestands- und Bedarfserhebung zur Situation in den neuen Bundesländern erfolgte zeitnah zur und auch unter anteiligem Einbezug erster Befunde der eigenen Erhebung im Auftrag des bundesdeutschen Gesundheitsministeriums, wurde über die *Kriminologische Zentralstelle e.V. Wiesbaden* in Kooperation mit dem Institut für *Forensische Psychiatrie der Freien Universität Berlin von Dahle* durchgeführt *(Näheres s.: Dahle 1996).*
Zu *Stralsund* in *Mecklenburg Vorpommern* allerdings lief zum Zeitpunkt der Erhebung ein, über das Gesundheitsministerium des Bundes, finanziertes Modellprojekt zur ambulanten Versorgung und Nachsorge forensischer Patienten mit einem, vor dem Hintergrund der Erfahrungen *der Modellprojekte des Bundes Lippstadt Eickelborn, Düren und Moringen* ähnlichen und darüber geprägten Konzept der Vernetzung regionaler Ressourcen der Nachsorge, Rekrutierung und Supervision ambulanter therapeutischer Hilfen seit Mitte des Jahres 1991.
Im Hinblick auf die stationäre Versorgung von MRVZ-Patienten haben sich seither die Versorgungsmöglichkeiten ausgeweitet; Von einer bedarfsgerechten Konsolidierung der Versorgung kann jedoch bislang nur zu wenigen Einrichtungen ausgegangen werden.

8.2 Ergebnisse der initialen Stichtagserhebung

Ambulante therapeutische Angebote im Rahmen einer stufenweisen Entlassung und dahingehend spezifische Entlaßvorbereitungen wurden nicht beschrieben von den neuen Einrichtungen, doch anteilig praktiziert in den beiden überkommenen und inzwischen neu strukturierten, größeren forensischen Kliniken *Berlin* und *Stralsund*. Die seinerzeitige Entwicklungsgeschichte der beiden letztgenannten Einrichtungen verdeutlichte beispielhaft, daß zu den, sehr wenigen auf die Behandlung forensischer Patienten spezialisierten Einrichtungen der früheren DDR, ein, an sich gut eingeführtes Nachsorgeprogramm bestanden hatte.

8.2.1 Verteilung der stationären und ambulanten Patienten unter zusätzlicher Berücksichtigung von deren jeweiligen Einweisungsgrundlagen

Alle 4 forensischen Kliniken, die initial aus den neuen Bundesländern im Rahmen der Befragung kontaktiert werden konnten, hatten –ausreichend- geantwortet. Diese Stichprobe der stationären MRVZ-Patienten der neuen Bundesländern umfaßte mit n_s=161 stationären, 159 männlichen und 2 weiblichen Patienten 4.7 % aller bundesweit insg. erhobenen stationären MRVZ-Patienten (n=3411) und n=83 nach § 63 StGB (51.55 %) und n=78 nach § 64 StGB (48.45 %) der eingewiesenen stationären Patienten. Diese Anteile repräsentierten in Relation zur bundesweit erhobenen Anzahl 3.9 % aller nach § 63 StGB (n=2132) und 8.3 % der, nach § 64 StGB eingewiesenen Patienten (n=937). Zur Stichprobe der rekrutierten Einrichtungen der neuen Bundesländer ergaben sich n_a=25 ambulante –männliche- und damit 6 % der bundesweit erhobenen Gesamtzahl ambulanter Patienten (n=415). Die relative Anteil der nach § 63 StGB untergebrachten Patienten lag mit 64 % (n_a=16) über dem, der nach § 64 StGB (n_a=09) eingewiesenen Patienten (36%): Zur Gruppe der ambulanten Patienten ergab sich in der Zusammenschau der Angaben zu diesen 4 Einrichtungen einen anteilig höherer Bestand an nach § 63 StGB untergebrachten Patienten gegenüber der Verteilung nach Einweisungsgrundlagen in der Gruppe der stationären Patienten. Im Hinblick auf den, von den Einrichtungen jüngstens geäußerten Bedarf an ambulanter Nachsorgestruktur wurde laut der jüngsten Informationen der Sozialministerien der neuen Bundesländer in der Gesamtschau, der, zu den, nach § 64 StGB untergebrachten Patienten als am dringlichsten herausgestellt. Dies mag begründet sein in der kürzeren Verweildauer dieser Klientele. Aber auch darin, daß offenbar die Gruppe der nach § 63 StGB untergebrachten Patienten in den neuen Bundesländern dominiert wird von Störungsbildern der Persönlichkeitsstörungen. Einweisungen nach § 63 StGB umfassen und je nach regionalen Zuweisungsmodi oftmals nur wenig psychosekranke Patienten. Besonders auffällig wurde dies zu Sachsen, wo lt. Mitteilungen des zuständigen Ressorts des Sozialministeriums seit der Rechtsumstellung bislang geradezu kaum Psychosekranke als MRVZ-Patienten geführt bzw. neu eingewiesen werden *(Quelle: persönliche Mitteilung Frey, Sozialministerium Sachsen, 18.09.98).*

8.2.2 Gegenüberstellung der Datenprofile der rekrutierten Einrichtungen zur Nachsorgesituation und Merkmalsstruktur ihrer Klientele (Alter, Eingangsdiagnose, Eingangsdelikte)

Aufgrund der reduzierten Anzahl an Einrichtungen zum Gebiet neuen Bundesländer werden die Befundprofile der rekrutierten Einrichtungen und zu deren Klientele jeweils zu den einzelnen Einrichtungen vorgestellt:

8.2.2.1 Mecklenburg-Vorpommern / Stralsund

8.2.2.1.1 Stralsund

Die *Einrichtung Stralsund (KKH West, ärztliche Leitung Gillner)* betreute mit dem Einzugsbereich *Mecklenburg - Vorpommern* stationär n_s=56 männliche und ambulant n_a=15 Patienten. Die Gruppe der stationären Patienten teilte sich in n=31 (55.4 % dieser Stichprobe) nach § 63 StGB und n=25 (44.6 % dieser Stichprobe) nach § 64 StGB eingewiesene Patienten. Die der ambulanten Patienten setzte sich proportional ähnlich zusammen aus n=08 vormals nach § 63 StGB (53.3 % dieser Stichprobe) und n=07 (46.7 % dieser Stichprobe) nach § 64 StGB eingewiesene Patienten.

➢ **Nachsorgesituation**

• **Form der ambulanten Versorgung**

Es handelte sich um eines der insg. 4 Modellprojekte und das einzige in den neuen Bundesländern. Nachdem das Modellprojekt zur ambulanten Nachsorge *Stralsund* erst Anfang des Jahres 1997 endete, waren zum Zeitraum der initialen Erhebung dazu kaum Angaben erhältlich gewesen und daher retrospektiv erhoben worden. Das Modellprojekt als solches wurde nicht weitergeführt. Die forensische Klientele wurde im Anschluß über eine kleine forensische Nachsorgeambulanz im Status einer Ermächtigungsambulanz des Chefarztes mit offizieller Kassenzusage und einem konstanten Bestand von etwa 10 ambulanten Patienten aus der *Region Rügen, Stralsund und Vorpommern* geführt. Die Kostenregelung für entlassene Patienten wurde i. d. R. jedoch jeweils immer noch zum Einzelfall geordnet. Und es wurde im Ergebnis des Modellprojektes eine Sozialarbeiterin und vormalige Mitarbeiterin des Modells im Übergangsbereich für die Nachsorge eingestellt. Die erneute Beantragung einer Forensischen Institutsambulanz lief jedoch noch Ende 1998 und nach der ersten Ablehnung seitens der Kassen dann im Widerspruchsverfahren. Obschon vom Sozialministerium unterstützt, wurde deren Realisierung eher geringe Chancen eingeräumt. Auch böte eine solche Form an sich nicht die, für ein derartiges Flächenland optimale Regelung und Formen wie eine mobile Ambulanz die adäquatere Lösung. (Informationen zu weiteren Aspekten des vormaligen Modellprojektes und seiner Entwicklung finden sich subsumiert im Textabschnitt zur konzeptionellen Darstellung der Modellprojekte in dieser Arbeit).

• **Nachsorgebedarf, Zufriedenheit und Defizit an nutzbaren komplementären Nachsorgeeinrichtungen**

Vor dem Hintergrund der, noch aus dem Modellstatus resultierenden Strukturen und der bestehenden Ermächtigungsambulanz sowie der außerdem nutzbaren allgemeinpsychiatrischen Ambulanz der Klinik, wurde zum Erhebungszeitraum die Nachsorge als “gut organisiert" beschrieben: Alle bedürftigen Patienten könnten mit einer ambulanten Nachsorge versorgt werden.

8.2.2.2 Sachsen Anhalt / Bernburg und Uchtspringe

In *Sachsen Anhalt* gibt es seit 1992 den MRVZ mit einer zentrale Versorgung der MRVZ-Patienten. Für nach § 64 StGB Untergebrachte ist die *Forensische Klinik des LKH Bernburg* und für nach § 63 StGB Untergebrachte das *LKH Uchtspringe* zuständig.
Bernburg verfügte 1998 über eine Kapazität von 79, *Uchtspringe* über 171 Behandlungsplätze. Beide Einrichtungen wiesen Überbelegungen aus. Zum Stand 01.09.1998 war *Bernburg* mit 85 und *Uchtspringe* mit 191 Patienten belegt. Immer noch setzte sich der Bestand an MRVZ-Patienten überwiegend aus persönlichkeitsgestörten Patienten zusammen. Drängend bestand v. a. für nach § 64 StGB Untergebrachte und den Angaben des Sozialministeriums zufolge ein Ruf um Nachsorge. Befragte man die Einrichtungen direkt, so wurde daneben auch der längerfristige Bedarf einer spezifizierten Form der Nachsorge für nach § 63 StGB Untergebrachte beschrieben auch wenn derzeit nur ein geringer Bestand an Entlassungen vorlag. Nach Angaben des Sozialministeriums wurden die Fahrtkosten für die Nachsorge von § 64 StGB Untergebrachten für das Haushaltsjahr 1998 über den Haushalt des Ministeriums erstattet. 1998 / 99 erfolgte die Nachsorge der nur wenigen entlassenen Patienten über Führungsaufsicht und Bewährungshilfe unter Nutzung des breiten Versorgungsnetzes für Psychiatriepatienten.

8.2.2.2.1 Bernburg

Zur Einrichtung *Bernburg (LKH für Psychiatrie & Neurologie, Bernariostraße 16/ 18, Bundesland Sachsenanhalt)* ergaben sich zum Einzugsbereich Sachsenanhalt n_s=15 männliche, stationäre, ausschließlich nach § 64 StGB eingewiesene, alkohol- und medikamentenabhängige und keine ambulanten Patienten. hauptsächlich Persönlichkeitsgestörte.

➢ **Nachsorgesituation**

• **Form der ambulanten Versorgung**

Die psychiatrische Ambulanz der Klinik konnte grundsätzlich für ambulante forensische Patienten genutzt werden. Zum Zeitpunkt der Untersuchung lagen jedoch noch keine Entlassungen vor. Eine forensische Institutsambulanz sei den Angaben dieser Einrichtung zufolge, längerfristig geplant.

- **Nachsorgebedarf, Zufriedenheit und Defizit an nutzbaren komplementären Nachsorgeeinrichtungen**

Die Versorgungssituation mit komplementären ambulanten Einrichtungen wurde als defizitär und nur "anteilig zufriedenstellend" beschrieben. Es fehlten v. a. Wohngruppen und betreuenden Werkstätten.

➢ **Merkmalstrukturen - Alters-, Diagnose-, Deliktverteilung**

- **Alter**

Es ergab sich folgende Altersverteilung:

Tab. 1: Altersstruktur der nach § 64 StGB eingewiesenen stationären Patienten zu Bernburg

Altersstruktur der stationären Patienten		
Altersklasse	**Anzahl n**	**Anteil %**
≤ 20 Jahre	00	00.00
21- 30 Jahre	05	33.33
31- 40 Jahre	06	40.00
41-60 Jahre	04	26.67
> 60 Jahre	00	00.00
	Gesamtzahl n= 15	*100 %*

- **Diagnoseverteilung**

Es ergab sich folgende Verteilung im Hinblick auf die Eingangsdiagnosen der stationären Patienten:

Tab. 2: Diagnoseverteilung nach § 64 StGB eingewiesener stationärer Patienten der Einrichtung Bernburg

Diagnose	**Anzahl (n)/ Nennungen**
Sucht	15

- **Deliktverteilung**

Zu den Eingangsdelikten der stationären Patienten lag folgende Verteilung vor:

Tab. 3: Deliktverteilung zu den stationären Patienten der Einrichtung Bernburg

Deliktverteilung zu den, nach § 64 StGB eingewiesen, stationären Patienten		
Deliktform	**Anzahl n / Nennungen**	**Anteil %**
Mord und Totschlag	05	33.33
Sexualdelikte ohne Vergewaltigung	04	26.67
Raub	01	06.67
Diebstahl	01	06.67
Brandstiftung	01	06.67
BtmG	03	20.00
	Gesamtzahl: n=15	*100 %*

8.2.2.2.2 Uchtspringe

Das *LKH Uchtspringe (Vinzelberg 221, Uchtspringe, Sachsenanhalt)* führte zum Erhebungszeitraum stationär ausschließlich nach § 63 StGB eingewiesene n_s=21 männliche und keine ambulanten forensischen Patienten.

➢ **Nachsorgesituation - praktizierte ambulante Versorgung, Nachsorgebedarf und Zufriedenheit mit komplementären Einrichtungen**

- **Form der ambulanten Versorgung**

Zum Erhebungszeitraum lag –noch- keine ambulanten Versorgung vor. Das Fehlen einer forensischen Ambulanz wurde mit der ungeklärten Finanzierung dieser Form der Nachsorge begründet. Es gab – noch - keine entlassenen MRVZ-Patienten und kaum Entlassungsvorbereitungen, doch war die Zusammenarbeit mit Nachsorgeeinrichtungen in Vorbereitung. Seitens der Einrichtung wurde im Zuge der Etablierung der Versorgung dringlich eine ambulante Struktur gefordert. Einschätzungen aus dem Kontext der Untersuchung von *Dahle* zur psychiatrischen Versorgungs- und Nachsorgestruktur der Neuen Deutschen Bundesländer *(Dahle 1996; Dahle & Egg 1996)* unterlegten einen solchen Bedarf.

- **Nachsorgebedarf, Zufriedenheit und Defizit an nutzbaren komplementären Nachsorgeeinrichtungen**

Der Bedarf zur Nachsorge der forensisch psychiatrischen Klientele wurde inzwischen auch von offizieller Seite der Vertreter der versorgungstragenden Einrichtungen zuerkannt und die Planung einer forensischen Ambulanz zu dieser Einrichtung prospektiv in Aussicht gestellt.

Die Versorgungssituation mit komplementären ambulanten Einrichtungen wurde als "völlig unzureichend" beschrieben. Es bestand ein hoher Bedarf an komplementären Einrichtungen zur ambulanten Nachsorge, primär v. a. an Wohngruppen und betreuenden Werkstätten, bedingt auch an Tageskliniken, Beratungsstellen, Unterstützung durch Vereine oder private Initiativen. Die Zusammenarbeit mit der Bewährungshilfe wurde in ihrer Bedeutung hervorgehoben und dabei als "nicht ausreichend" bewertet. Dringend geäußert wurde der Wunsch nach einer forensischen Ambulanz und deren geregelter Finanzierung und zur Kooperation mit ambulanten Versorgungseinrichtungen und komplementären ambulanten Einrichtungen.

➢ **Merkmalstrukturen - Alters-, Diagnose- und Deliktverteilung**

• **Altersstruktur der Gruppe der stationären Patienten**

Es ergab sich folgende Altersverteilung:

Tab. 4: Altersstruktur zur Gruppe der stationären Patienten zu Uchtspringe

Altersstruktur der Gruppe der stationären Patienten		
Altersklasse	**Anzahl n**	**Anteil %**
Unter 18 Jahre	00	
Bis 20 Jahre	00	
Bis 30 Jahre	07	33.33
Bis 40 Jahre	07	33.33
Bis 60 Jahre	04	19.05
Bis 61 Jahre	03	14.29
	Gesamt n=21	*100 %*

• **Eingangsdiagnose der stationären Patienten**

Es ergab sich folgende Verteilung im Hinblick auf die Eingangsdiagnosen der stationären Patienten:

Tab. 5: Eingangsdiagnose der stationären Patienten zu Uchtspringe

Diagnoseverteilung der stationären Patienten		
Diagnose	**Anzahl n**	**Anteil %**
Schizophrenie	02	13.33
Affekt	01	06.67
Neurosen	00	00.00
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	07	46.67
Sucht	03	20.00
Organische Psychosen	02	13.33
Sonstige	00	00.00
	Gesamt n=15	*100 %*

• **Eingangsdelikte der stationären Patienten**

Zu den Eingangsdelikten der stationären Patienten lag folgende Verteilung vor:

Tab. 6: Eingangsdelikte der stationären Patienten zu Uchtspringe

Eingangsdelikte der stationären Patienten		
Deliktform	**Anzahl n**	**Anteil %**
Mord u. Totschlag	02	09.53
Körperverletzung	02	09.53
Vergewaltigung	04	19.05
Sexualdelikte ohne Vergewaltigung	10	47.62
Raub	01	04.76
Brandstiftung	02	09.53
	Gesamt n=21	*100 %*

8.2.2.3 Berlin und Klinikum Berlin Buch Berlin-Ost

8.2.2.3.1 Berlin Buch

8.2.2.3.1.1 Patientenstichprobe gesamt

Die Einrichtung *Klinikum Berlin Buch (Berlin-Ost, Karowerstr. 11)* zeigte sich nach anfänglichem Zögern dann sehr kooperativ. Zur Struktur des Patientenpotentials konnte eine Vielzahl an Daten rekrutiert werden. Diese Einrichtung betreute stationär n_s=69 *(*2 weibliche) und ambulant n_a=10 Patienten. Die Gruppe der stationären Patienten unterteilte sich in n=52 nach § 63 StGB und n=17 nach § 64 StGB eingewiesene Patienten. Die Gruppe der ambulanten Patienten setzte sich zusammen aus n=08 vormals nach § 63 StGB und n=02 vormals nach § 64 StGB eingewiesene Patienten.

8.2.2.3.1.2 Merkmalstrukturen zu den Gruppen der stationären und ambulanten Patienten (Alters-, Diagnose-, Deliktverteilung)

➢ **Stationäre Patienten - Merkmale der Klientele**

• **Altersstruktur**

Folgende Altersverteilung lag zur Gruppe der stationären Patienten vor:

Tab. 7: Altersstruktur der stationären Patienten Berlin-Buch

Altersverteilung der stationären Patienten *Berlin Buch*		
Altersklasse	**Anzahl n**	**Anteil %**
< 18 Jahre	01	01.52
18- 20 Jahre	01	01.52
21- 30 Jahre	18	27.27
31- 40 Jahre	27	40.91
41-60 Jahre	19	28.79
> 60 Jahre	00	00.00
	n= 66 Nennungen	*100 %*

• **Diagnoseverteilung**

Im Hinblick auf die Eingangsdiagnosen der stationären Patienten ergab sich folgende Verteilung:

Tab. 8: Diagnoseverteilung der stationären Patienten Berlin-Buch

Diagnoseverteilung der stationären Patienten *Berlin Buch*		
Diagnose	**Anzahl n**	**Anteil %**
Schizophrenie	10	16.67
Affekt	01	01.67
Neurosen	08	13.33
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	13	21.67
Sucht	17	28.33
Organische Psychosen	05	08.33
Sonstige	06	10.00
Gesamtzahl	*n=60 Nennungen*	*100 %*

• **Verteilung zu den Eingangsdelikten der stationären Patienten**

Zu den Eingangsdelikten der stationären Patienten ergab sich zu dieser Einrichtung folgende Verteilung:

Tab. 9: Eingangsdelikte stationäre Patienten Berlin Buch

Deliktverteilung der stationären Patienten *Berlin Buch*		
Deliktform	**Anzahl n**	**Anteil %**
Mord und Totschlag	11	18.03
Körperverletzung	08	13.12
Vergewaltigung	07	11.48
Sexualdelikte ohne Vergewaltigung	08	13.12
Raub	07	11.48
Erpressung	01	01.64
Brandstiftung	10	18.03
Betrug	03	04.92
Diebstahl	03	04.92
Ladendiebstahl	03	04.92
Gesamtzahl	*n=61 Nennungen*	*100 %*

➢ **Ambulante Versorgungsstruktur der Einrichtung Berlin Buch und Merkmale der Klientele**

• **Ambulante Stichprobe**

Die Gruppe der – 10 - über die Einrichtung ambulant betreuten Patienten setzte sich zusammen aus n_a=08 vormals nach § 63 StGB und n_a=02 vormals nach § 64 StGB eingewiesenen Patienten.

• **Altersverteilung der ambulanten Patienten**

Zur Altersverteilung der ambulanten Patienten lagen keine Angaben vor.

- **Eingangsdiagnosen der ambulanten Patienten**

Die Eingangsdiagnosen der ambulanten Patienten präsentierten sich in folgender Verteilung:

Tab. 10: Diagnoseverteilung zur Gruppe der ambulanten Patienten Berlin Buch

Diagnoseverteilung der ambulante Patienten zu *Berlin Buch*		
Diagnose	**Anzahl n**	**Anteil %**
Schizophrenie	00	00.00
Affekt	00	00.00
Neurosen	00	00.00
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	08	80.00
Sucht	02	20.00
Organische Psychosen	00	00.00
Gesamtzahl	*N=10 Nennungen*	*100 %*

- **Verteilung nach Eingangsdelikten der ambulanten Patienten**

Die Eingangsdelikte der ambulanten Patienten ergaben folgende Verteilung:

Tab. 11: Verteilung nach Eingangsdelikten der ambulanten Patienten Berlin Buch

Verteilung zu den Eingangsdelikten ambulante Patienten *Berlin Buch*		
Deliktform	**Anzahl n**	**Anteil %**
Mord und Totschlag	00	00.00
Körperverletzung	02	20.00
Vergewaltigung	01	10.00
Sexualdelikte ohne Vergewaltigung	06	60.00
Raub	00	00.00
Erpressung	00	00.00
Brandstiftung	01	10.00
Betrug	00	00.00
Diebstahl	00	00.00
Ladendiebstahl	00	00.00
Gesamtzahl	*n=10 Nennungen*	*100 %*

8.2.2.3.1.3 Nachsorgesituation

➢ **Psychotherapeutische Versorgung der Klientele**

Zum Stichtag erhielten 42.03 % (29) der -69- stationären Patienten Psychotherapie. Die Hälfte (5) der ambulanten Patienten führten eine, vordem im stationären Setting begonnene, Psychotherapie weiter. Eine therapeutische Gruppe wurde i. d. R. erst für entlassene Patienten angeboten. Stationäre forensische Patienten wurden immer noch gemeinsam mit allgemeinpsychiatrischen Patienten und nicht nach Diagnosegruppen getrennt untergebracht. Mit einer Psychotikergruppe waren vor der Wende gute Erfahrungen gemacht, diese danach jedoch nicht weitergeführt worden. Die psychotherapeutische Straftäterbehandlung erfolgte stationär seit 1985 durch eine Psychotherapeutin *(Diplom Psychologin Manthe)*, welche sich schwerpunktmäßig mit der Therapie von Sexualstraftätern befaßte und sich methodisch v. a. an der Schule von *Wilhelm Reich* orientierte.

➢ **Nachsorgesituation und –bedarf**

- **Realer Nachsorgebedarf, Zufriedenheit und Defizite an nutzbaren komplementären Nachsorgeeinrichtungen**

- **Realer Bedarf versus Zufriedenheit mit nutzbaren komplementären Nachsorgeeinrichtungen**

Die Versorgungssituation mit komplementären ambulanten Einrichtungen wird in Relation zum realen Bedarf nur als “anteilig zufriedenstellend" beschrieben.

- **Defizite komplementärer ambulanter Einrichtungen**

Im Hinblick auf komplementäre ambulante Einrichtungen als defizitär erlebt wurden das Fehlen einer Tagklinik und privater Initiativen und Fördervereine.

- **Nachsorgesituation**

Die vormals offizielle forensische Nachsorgeambulanz war im Zuge der Neustrukturierung aufgelöst worden. Die ambulante Versorgung erfolgte zum Zeitraum der Erhebung zu Patientenzahl und Angebotsstruktur daher deutlich reduziert. Die Möglichkeiten ambulanter Betreuung bzw. therapeutischer Nachsorge wurden im Gegensatz zu denen, vor der Wende, als “unzulänglich" bewertet. ”Dringend" wurde eine forensische Institutsambulanz gefordert. Doch obschon das Angebot in seinem Umfang und seinen Möglichkeiten reduziert war, waren aufgrund der positiven Vorerfahrungen, überkommene und bewährte Vorgehensweisen und Formen der früheren ambulanten therapeutischen Versorgung anteilig noch aufrechterhalten worden.

- **Angaben zur anteiligen Versorgung durch die vormalige Forensische Nachsorgeambulanz**

1992 waren von insg. 6 Entlassenen, 5 der institutseigenen ambulanten forensischen Nachsorge übermittelt und 1 Patient ohne ambulante Nachsorge entlassen worden.

- **Kostenregelungen**

Die Kostenregelung für Entlassene wurde zum jeweiligen Fall einzeln geordnet. Die Patienten wurden i. d. R. entweder über die allgemeine Klinikambulanz oder ´grau` durch den bislang behandelnden Klinikarzt nachversorgt.

- **Zur ambulanten Nachsorge nach § 64 StGB eingewiesener Patienten**

Nach persönlicher Einschätzung der o. g. Psychotherapeutin habe sich zur Gruppe der nach § 64 StGB Eingewiesenen herausgestellt, daß “ambulante Therapie als Programm nicht so sinnvoll" sei, v. a. da “in der Großstadt Berlin für Suchtpatienten an sich ein gutes Angebot zur komplementären Nachsorge" existiere.

8.2.2.3.1.4 Rechtsgeschichtlicher Hintergrund zur Entwicklung der Klinik

Die Psychiatrische *Klinik Berlin-Buch* erhielt Ende der 70er Jahre als eine von wenigen Kliniken der ehemaligen DDR eine Spezialisierung als schwerpunktmäßig forensisch-psychiatrische Einrichtung. Dies war mithin auch Grund dafür gewesen, daß die Klinik nach dem 03.10.90 als MRVZ-Einrichtung in den Vollstreckungsplan des Landes Berlin aufgenommen wurde. Am Tag der deutschen Vereinigung wurde auf dem Gebiet der ehemaligen DDR der MRVZ wieder eingeführt (“Rechtsumstellung"). Als Besonderheit galt mit der Bundesgesetzgebung in *Berlin-Ost* zugleich auch neues Länderrecht. Die Rechtsverhältnisse der nach der vormaligen Regelung nach § 11 des ehemaligen ostdeutschen Einweisungsgesetzes (EinwG) eingewiesenen Patienten wurden umgestaltet bzw. angepaßt. Für diese Patienten galt, daß unabhängig vom Einweisungsmodus nach der Einweisungsentscheidung die Zuständigkeit strafrechtlicher bzw. strafprozessualer Bestimmungen endete. Sozialrechtlich war der Patient während der Einweisung jedem anderen Krankenhauspatienten gleichgestellt. Das Gesetz über die Einweisung psychisch Kranker in der DDR wurde für alle Unterbringungsangelegenheiten als gültig angesehen. Daher mußte nach 03.10.90 nach bundesdeutschem Recht differenziert werden, ob die bisherige Einweisungsform als zivilrechtliche, öffentlich-rechtliche oder strafrechtliche Einweisungs- und Betreuungsform fortzuschreiben war. Per Beschluß der Strafvollstreckungskammer wurden infolge eines [1] Entscheidungsprozesses, von den Einweisungen gemäß § 11 EinwG der DDR, dann die entsprechenden Patienten je nach Zuteilung nach § 63 StGB oder § 64 StGB untergebracht.

8.2.2.3.2 Erste Entwicklungen zu Belegzahlen von MRVZ-Patienten seit der Rechtsumstellung 03.10.90

Einer Erhebung des ehemaligen ärztlichen Direktors der Klinik *(Lammel 1993 b:102)* zufolge, war es in *Berlin-Buch* im Zeitraum nach der Rechtsumstellung vom 03.10.90 mit seinerzeit n=29 MRVZ-Patienten, zum 03.10.1992 (mit 60 Patienten) etwa zu einer Verdoppelung der Patientenzahlen gekommen. Stellt man die, der eigenen Untersuchung zugrunde gelegten Daten vom 01.01.93 neben die zum 03.10.92, ergab sich drei Monate später zum Patientenbestand mit 69 Patienten eine Zunahme um 15 % und gegenüber dem 03.10.90 (n=29) (Rechtsumstellung) eine Erhöhung des Bestandes an MRVZ-Patienten um insg. 237 %. Der Prognose des damaligen ärztlichen Direktors der Klinik, *Lammel*, die 70 Betten der neu gebauten forensisch-psychiatrischen Klinik am gleichen Standort seien vermutlich bereits im Frühjahr 1993 belegt *(Lammel 1993 b: 102)*, wurde bereits mit der, zum 01.01.93 festgestellten Anzahl an n=69 Patienten, entsprochen. Die sich in den Eigenbefunden abzeichnende Entwicklung in der Einweisungstendenz zur Unterbringung von §§ 63 / 64 StGB-Patienten bestätigte damit auch eine entsprechende Einschätzung des damaligen ärztlichen Direktors von *Berlin Buch* und, daß *“über Alternativen und Kapazitätserweiterungen in der klinischen forensisch-psychiatrischen Versorgung nachgedacht werden muß" (vgl.: Lammel a.a.O.).*

8.2.2.3.3 Erkenntnisse aus Angaben zur Situation und dem Bedarf an Nachsorge und ambulanter Versorgung und Entwicklungen zu *Berlin Buch* als auch der *Bonhoeffer Klinik Berlin*

Prospektiv wurde das Bestreben betont, Nachsorge ermöglichen zu wollen. Allerdings scheine es eher realistisch dies vorerst ohne offizielle Strukturen gestalten und dbzgl. erhebliche Unsicherheiten kalkulieren zu müssen. Entwicklungen der Folgezeit bestätigten die vorab pessimistischen Einschätzungen.
In der prospektiven Planung wurde die unabdingbare Notwendigkeit einer ambulanten Versorgung herausgestellt, deren dringende Erfordernis geltend gemacht und dabei eine ´offizielle` Lösung angestrebt. Dahingehend wurde auf die sehr guten Vorerfahrungen und ein fundiertes Erfahrungswissen verwiesen. Bezugnehmend darauf wurde explizit auf die Erfordernis einer ambulanten und nachsorgenden Behandlung und die therapeutische Relevanz als eigentlicher Bestandteil eines auf Rehabilitation ausgerichteten Behandlungsprogrammes abgehoben und daß im Falle einer Ausgestaltung der Nachsorge die dahingehend sehr guten vorausgegangenen Erfahrungen eingebracht bzw. auf diese gebaut werden könne. Vorrangig angestrebt wurde eine offizielle Lösung über eine Foren-

[1] Kritisch kommentiert als *“diskussionsarm und wenig theoretisch fundierten " (Lammel 1993 b: 101).*

sische Institutsambulanz, deren Implementierung jedoch in absehbarer Zeit eher geringe Chancen eingeräumt wurden.
Spätere Nachfragen zur Entwicklung über den Zeitraum bis zum Ende des Jahres 1999 ergaben und dies trifft zu sowohl für *Berlin Buch* als auch die *Bonhoeffer Klinik*, daß bislang tatsächlich kein Nachsorgekonzept unter offiziellen Strukturzuschreibungen, wie eine Forensische Institutsambulanz installiert werden konnte.
Vormalig gut etablierte und funktionale Bezüge verloren, v. a. auch aufgrund der umfassenden Reformen und neuen Struktursetzungen sehr viel schneller als erwartet, ihre funktionale Relevanz. Auch dünnte der Wechsel und starke - auch strukturbedingte - Personalfluktuationen die Weitergabe der, in der Ambulanzarbeit erworbenen Kompetenzen aus, bzw. erschwerte es, dieses wesentliche Potential für die aktuelle Nachsorgearbeit weiter nutzbringend einzusetzen. Die allenthalben präsente neue Strukturgebung wurde als eigenständiger, zusätzlicher, oftmals in dieser Sache hinderlicher Erschwernisfaktor gewertet. Gerade zum Falle von *Berlin Buch* ergaben sich in diesem Kontext dahingehend besonders problematische, durch die, nach der Wende bedingten, Strukturveränderungen.
In der *Bonhoeffer Klinik* hatte bis 1993 eine Ambulanz bestanden, die im Zuge der gesamten Stellenkürzungen gestrichen werden mußte. Rückblickend bestätigte sich als bereits befürchtete Entwicklung, daß tatsächlich nach Auflösung der Ambulanz und damit des Fehlens dieser spezifischen Form der Betreuung, im Vergleich dazu weitaus häufiger Rückfälle, nicht eingehaltene Auflagen und damit einhergehend gehäuft Widerrufe an Bewährungen konstatiert wurden. Nachbetreuungseigene Funktionen erfolgte vorrangig über Klinikmitarbeiter der Stationen oder der Ambulanz und im Rahmen der psychosozialen Betreuung und Kriseninterventionen außerdem über nachbetreuende Institutionen. Die Anbahnung sozialer Kontakte in der Entlaßregion, der im Hinblick auf die Perspektive der rehabilitativen Maßnahmen eine besondere Bedeutung beigemessen wurde, wurde über Mitarbeiter des Sozialdienstes eingeleitet. Überdauernd wurde dringend die rechtliche Fundierung des Anspruches auf ambulante Nach-Sorge gefordert und in der Ausformung auf eine bundeseinheitliche Regelung als Grundlage und der Möglichkeit für ausreichend Spielraum für landesspezifische Besonderheiten, Wert gelegt, daß sowohl im Falle einer offiziellen aber auch - was eher erwartet wurde - inoffiziellen Gestaltung von Nachsorge, eben dieses Erfahrungswissen auch eingebracht werden bzw. auf die dahingehenden sehr guten vorausgegangenen Erfahrungen gebaut werden könne.

8.3 Weiterführende Entwicklung der MRVZ-Einrichtungen der neuen Bundesländer

8.3.1 Erfassungsmodus

Nachdem zum initialen Erhebungszeitpunkt noch kaum Erfahrungen zu Entlassungen vorlagen und es sich allgemein um eine Phase des Neubeginns und der Umstrukturierung gehandelt hatte, hatten sich im Hinblick auf prospektive ambulante Nachsorge und potentielle Nachsorgestrukturen allenfalls potentielle Absichtserklärungen gefunden.
Nachdem es sich zum initialen Erhebungszeitraum um eine Phase des Umbruchs und der Neustrukturierung gehandelt hatte, interessierten Aspekte zu weiterführenden Entwicklungen bzgl. der Versorgungssituation zum Bereich der Nachsorge von MRVZ-Patienten der Region.
Dies geschah über eine im Hinblick auf die o. g. beiden globalen Fragestellungen thematisch ausgerichtete telefonische Querschnittbefragung der zuständigen Sozialministerien dieser Länder und anteilig auch der dortigen Einrichtungen Juli – November 1998, wobei zwei der neuen Bundesländer *Mecklenburg-Vorpommern* und *Sachsen* fundiert, *Sachsen Anhalt* über Angaben des Sozialministeriums und anteilig der Einrichtungen, erfaßt werden konnte.

8.3.2 Entwicklungen zur Situation der ambulanten Nachsorge und Versorgung psychisch kranker Straftäter in den neuen Bundesländern

Im Vordergrund stand in den letzten Jahren die Implementierung geeigneter d. h. zentraler und dezentraler MRVZ- Einrichtungen zur stationären Versorgung von MRVZ-Patienten.
Nachsorge erfolgte wenn, dann über Führungsaufsicht und Bewährungshilfe. Die Kliniken ohne ambulante Organisation, wie *Bernburg, Uchtspringe,* griffen auf ihr vorhandenes Netz der Versorgung der Psychiatriepatienten zurück. Immer noch setzte sich der Bestand an MRVZ-Patienten überwiegend aus persönlichkeitsgestörten Patienten zusammen. Drängend bestand v. a. zu den nach § 64 StGB Untergebrachten Bedarf zur ambulanten Ver- und Nachsorge. Aus der Sicht der Sozialministerien lag hier der eigentliche Bedarf. Befragte man die Einrichtungen direkt, so wurde daneben auch der längerfristige Bedarf einer spezifizierten Form der Nachsorge für nach § 63er StGB untergebrachte Patienten herausgestellt - auch wenn immer noch nur ein geringer Bestand an Entlassungen vorlag.
1996 war aus dem *Arbeitskreis zur Reform der Maßregel mit den BMG Psychiatriereferenten aller Bundesländer* heraus, eine kurze und eher global gehaltene Umfrage an alle Psychiatriereferenten hinsichtlich der Nachsorgesituation forensisch psychiatrischer Patienten in deren jeweiligem Bundesland durchgeführt worden.

Obschon viele der Angaben eher unspezifisch waren, fanden sich zentrale Inhalte, die in der eigenen Untersuchung über eine weitaus spezifiziertere Erfassung und Methodik vorab bereits definiert worden waren: In Übereinstimmung mit den eigenen Erhebungen wurde allgemein der Bedarf nach einer solchen Versorgung sehr deutlich und die Notwendigkeit um eine spezifizierte auf die Klientele abgestimmte Form. Dabei waren die Referenten und nicht die Einrichtungen selbst und außerdem allgemein befragt und die Situation global zum jeweiligen Bundesland eingeschätzt worden.
Jedenfalls verdeutlichte sich auch zu den neuen Bundesländern, daß das Gros der Einrichtungen sofern Nachsorge betrieben wurde, allgemeinpsychiatrische Versorgungsstrukturen nutzte. Der aktuell dringlichste Bedarf an ambulanter Ver- und Nachsorge wurde für nach § 64 StGB Eingewiesene vermittelt. Allerdings forderten alle versorgenden Kliniken zur prospektiven Versorgung der, nach § 63 StGB Untergebrachten ein spezifiziertes Angebot. Noch handelte es sich zu den nach § 63 StGB Untergebrachten um eher geringe Bestände an Entlassenen. Vor dem Hintergrund der Entwicklungen infolge der aktuellen Gesetzeslage besteht ein gewisser Rückstau an Entlassungen. Allerdings darf für bedürftige Patienten deren spezifische Nachsorge nicht aufgrund regional geringerer Aufkommen einer Untergruppe der Versorgung, negiert werden.

8.3.3 Befunde und Erkenntnisse zu Gegebenheiten und Bedarf ambulanter Nachsorge / Versorgung

Die neu installierten Einrichtungen *(u. a. Ueckermünde, Uchtspringe)* der Neuen Deutschen Bundesländer zeigten sich trotz deutlich deklariertem Bedarf bislang und aktuell weitestgehend ohne Strukturen zur Nachsorge entlassener MRVZ-Patienten bzw. ambulanter Behandlung.
Zu den Fällen, zu denen seitens der Einrichtungen bekannt wurde, daß eine Forensische Institutsambulanz neu installiert werden soll, handelte es sich vornehmlich um die Nachsorge von Suchtpatienten und außerdem eine bereits längerjährig als Ermächtigungsambulanz geführte, ambulante therapeutischen Begleitung entlassener forensisch psychiatrischer Patienten. Ansonsten wurden überwiegend die allgemeinpsychiatrischen Ambulanzen der jeweiligen Kliniken genutzt. Zu den, nach § 63 StGB Untergebrachten bestand ein geringeres Quantum an Entlassungen als zur Gruppe der, nach § 64 StGB Untergebrachten. Vordringlich wurde wiederholt ein drängender Bedarf an Nachsorge für vordem nach § 64 StGB Untergebrachte deklariert. Zu den meisten Einrichtungen mit MRVZ-Patienten war auch hier die Strukturierung der stationären Behandlungsmodelle nicht abgeschlossen und das Interesse primär darauf ausgerichtet, eine solche zu installieren und dazu Behandlungsmodelle zu entwickeln.
Seitens der *Ministerien* fand sich zu zwei Drittel durchaus ein *Bewußtsein* um die Relevanz von Nachsorge und ambulanter Versorgung - auch wenn zur Finanzierung und personellen Kontingentierung bislang kaum in die vorgegebenen Strukturen integrierbare offizielle Modelle vorliegen. Zur Entwicklung der Einweisungsgrundlagen offenbarte sich eine, in der Relation deutlich stärkere Zunahme nach § 64 StGB.
Die zuständigen Ministerien in *Mecklenburg Vorpommern* versuchten der Problematik über bewußte Flexibilität bei internen Umverteilungen und Definitionen zum Verwendungszweck von Mitteln zu begegnen. (So wurden bspw. Wohngruppenplätze über einen besonderen Pflegesatz finanziert.)

➢ **Bundesland Sachsen**

Das Bundesland *Sachsen* verfügt seit 1994 über einen ausbaufähigen gesetzlichen Passus zur Nachsorge.

- Einrichtungen mit Patienten des MRVZ mit Entlasszahlen - Beispiele:

Arnsdorf:	*1994-1998 insg. 20 Entlassungen mit 3-5 Entlassungen pro Jahr (nicht unbedingt in der näheren Umgebung)*
Altescherbitz:	*1994-1998 25 Entlassungen insg.*
Rodewisch:	*1994-1998 wurden insg 31 Patienten entlassen.*

- Suchteinrichtungen für nach § 64 StGB Untergebrachte zum Bundesland Sachsen

- *Leipzig*

Der Zuständigkeitsbereich der Versorgung dieser, seit 1995 installierten, Einrichtung betrifft neben der *Stadt* den gesamten übrigen *Regierungsbezirk Leipzig*. Gegenüber bestimmten Einrichtungen wurde von einer zufriedenstellenden Kooperation und Vernetzung berichtet und zwar nicht nur bei Langzeitbeurlaubten sondern auch bei Entlassung auf Bewährung. In der Bewertung zu berücksichtigen ist hier die versorgungsbezogen günstigere Infrastruktur der Großstadt.

- *Großschweidnitz*

Zu *Großschweidnitz* ergaben sich 1996: 28; 1997: 21 Entlassungen mit dazu etwa 20 Langzeitbeurlaubten. Berichtet wurde hier vom Versuch unter Nutzung des gesetzlichen Passus ´Hilfe der Helfer` systematisch eine Nachsorgeambulanz aufzubauen und einen mobilen ambulanten Dienst einzurichten mit den Aufgabenschwerpunkten: Nachbetreuung für Langzeitbeurlaubte, Betreuung der Betreuer sowie direkte ambulante Betreuung des ambulanten Patienten, wobei das massive Finanzierungsproblem dazu herausgestellt wurde.

8.4 Übergreifende Zusammenfassung, Bewertung und Diskussion der Befunde der initialen und Ergebnisse der weiterführenden Erhebungen zur Situation der Nachsorge / ambulanten Versorgung und Therapie psychisch kranker Straftäter in den neuen Bundesländern

Die ambulante Nachsorge und Behandlung psychisch kranker Rechtsbrecher bildeten in den alten wie in den neuen deutschen Bundesländern einen wesentlichen und dabei immer noch erheblich unterversorgten Bereich der Nachsorge. Ein entsprechender Bedarf wurde durchgängig formuliert. Ungeachtet der vorausgegangenen Erfahrungen und Erprobungen der letzten Jahre und der damit verbundenen potentiellen Möglichkeiten um eben diese Ressourcen und eines Wissens um die speziellen Erfordernisse einer solchen Versorgung und Behandlung forensisch psychiatrischer Patienten, ist dem Bereich der Nachsorge und ambulanten Versorgung in den neu entwickelten Strukturen an MRVZ- Einrichtungen der neuen Bundesländer praktisch noch nicht Rechnung getragen worden. Tatsächlich bestehen, wie sich dies unter den Gegebenheiten zum Zeitpunkt der initialen Erhebung und bisher darstellte, zum weitaus überwiegenden Teil der Einrichtungen der neuen Bundesländer i. d. R. keine adäquaten kontingentalen Ressourcen ambulanter Versorgung oder Nachsorge. Daneben verdeutlichte sich, daß in den Fällen, in denen, im rehabilitativen Sinne als günstige erfahrene und praktizierte ambulante Behandlungsstrukturen und Verbindungen vorgelegen hatten, diese infolge der neuen Rechtslagen nicht entsprechend gewürdigt worden waren und damit die für eine prospektive Nachsorge forensischer Patienten wertvollen überkommenen Erfahrungsinhalte von offizieller Seite quasi ignoriert und anteilig auch überschrieben wurden. Dabei fanden sich aus dem drängenden Bedarf heraus durchaus Bestrebungen, dieser Tendenz in der Praxis inoffiziell entgegenzuwirken und die – noch - gegebenen Nachsorgeerfahrungen fragmentarisch einzubringen. So war trotz der Streichung der offiziellen forensischen Ambulanz, erheblicher formaler äußerer Erschwernisse und finanzieller Kürzungen unter großen Anstrengungen in *Berlin Buch* versucht worden, die früheren Errungenschaften und Strukturen nicht fallenzulassen. Sofern Erfahrungen zur ambulanten Nachsorge psychisch kranker Straftäter bestanden, entsprachen diese im Hinblick auf die als adäquat erkannten Zugangsformen denen der alten Bundesländer zu einer solchen Form der Nachsorge. Der prospektive Umfang der erforderlichen Nachsorge war seitens der neu installierten Einrichtungen nicht dezidiert zu bestimmen. In den neuen Bundesländern fehlten zum Zeitraum der initialen Erhebungen überwiegend noch grundlegende strukturelle Voraussetzungen für eine geregelte Nachsorge und neben der Ausgestaltung der erforderlichen Einrichtungen allein häufig die Kontakte zu den in der Versorgung mit eingebundenen Institutionen und komplementären ambulanten Einrichtungen, primär schützenden Werkstätten, Wohngruppen und qualifizierten, überleitenden, begleitenden, institutionellen Hilfen. Die massive Defizite ausweisenden und dabei dennoch sehr zurückhaltend gestalteten Angaben solcher forensischer Einrichtungen, die sich zur initialen Untersuchung im Prozeß der Um- und Neugestaltung befanden, spiegelten die damalige Lage und Verunsicherung zur Versorgung von MRVZ-Patienten soweit überhaupt bereits eigene forensische Einheiten vorlagen bzw. geschaffen worden waren. Die Anwendung der MRVG gestaltete sich problematisch, da sie, auch wenn sie sich im Zuge einer Spezialisierung von der klinischen Psychiatrie abgehoben hatte, wegen ihrer Tradition auf diese Aufgabe nicht vorbereitet sein konnte. Ambulante Serviceleistungen, wie in den alten Bundesländern über den Niedergelassenensektor im Rahmen freier Praxen, waren noch bis vor der Wende im Osten überwiegend im Kontext von Kliniken erbracht worden. Kritisch anzumerken ist außerdem, daß zum Zeitpunkt der initialen Untersuchung eine Vielzahl forensischer Patienten entsprechend der ehemaligen DDR-Regelungen nicht als solche ausgewiesen und unter die Gruppe der psychiatrischen Patienten subsumiert waren. Im Falle ihrer Entlassung ist anzunehmen, daß solche Patienten wohl i. d. R. in Modalitäten und Versorgungsstrukturen für psychiatrische Patienten geführt werden.

Im Bewußtsein um die Spezifität der versorgungsbezogenen Besonderheiten und Ansprüche forensischer Patienten ist es gut vorstellbar, daß diese gegenüber nichtforensischen Patienten unter behandlungsbezogenen Gesichtspunkten möglicherweise unzureichend versorgt sind. Sofern der Patient als forensischer nicht identifizierbar ist, können im Rahmen der Nachsorge auch bestimmte konstellative und vulnerable Faktoren, wie die des sozialen Umfeldes nicht entsprechend kriminalpräventive Beachtung finden. Zu allen befragten Einrichtungen der Neuen Bundesländer offenbarte sich über die initiale und die Folge-Befragungen sowohl der Einrichtungen als auch der Sozialministerien wenig Zufriedenheit mit den nutzbaren Nachsorgeeinrichtungen. Die Versorgungssituation mit komplementären ambulanten Einrichtungen gestaltete sich insgesamt defizitär; Es fehlten v. a. Wohngruppen, Tagkliniken und betreuende Werkstätten. Zu den Sozialministerien der neuen Bundesländer zeigte es sich, daß trotz drängender Bedarfslage zum Bereich der stationären Versorgung ein Bewußtsein um die Relevanz des Nachsorgebereiches bestand. Eine gesetzliche Regelung wurde grundsätzlich gefordert und dabei einer länderspezifischen Ausgestaltung der Vorzug gegeben. Für tendenzielle Aussagen zwischenzeitlicher Entwicklungen zu den neuen Bundesländern zur Überführung und Nachsorge entlassener Patienten waren 1998 offen gehaltene Befragungen über die entspr. Abteilungen der Sozialministerien dieser Länder und der ärztlichen Vertretern jeder zweiten der etablierten MRVZ - Einrichtungen der neuen Bundesländer durchgeführt worden. Basierend auf den Angaben dieser konzentrierten Folgeerhebung die telefonisch über den Zeitraum Juli bis November 1998 durchgeführt wurde, wurde auch zu diesen Gebieten der Bedarf einer infrastrukturell abgesicherten Nachsorge deutlich und zwar besonders zu forensischen Einrichtungen in ländlichen Regionen bzw. solchen, die nicht im Einzugsbereich einer Großstadt lagen sowie zu den, inzwischen installierten, Einrichtungen *Bernburg* und *Uchtspringe (insbesondere für die Einrichtungen Uchtspringe, Bernburg, Ueckermünde).*

In der Gesamtschau ergaben sich einvernehmlich Hinweise auf folgende Tendenzen und Entwicklungen:
- einen kontinuierlichen Anstieg in der Einweisungsrate von Patienten,
- eine deutliche Zunahme der diagnostischen Kategorie ´Persönlichkeitsstörung` sowie
- bzgl. der Deliktverteilung eine Schwerpunktverschiebung in Richtung Gewaltkriminalität.

Als explizit zu kalkulierender Erschwernisfaktor wurde das Problem thematisiert, adäquates fachforensisch ausgebildetes Personal rekrutieren zu können.

Im Hinblick auf die Einweisungsgrundlage war v. a. der Nachsorgebedarf für nach § 64 StGB Untergebrachte als drängend einzustufen. Von ihnen wartete ein nicht unerheblicher Teil längerzeitig auf einen Behandlungsplatz. Entgegen der Situation zu den nach § 64 StGB Untergebrachten, spielten Entlassungen der nach § 63 StGB Untergebrachten quantitativ bemessen eine - noch - eher geringere Rolle. Damit einhergehende Nachsorgeanforderungen hielten sich im Verhältnis zur Zahl der untergebrachten Patienten meist im gerade noch tragbaren Rahmen. Die Dringlichkeit der Nachsorge wird zu den nach § 64 StGB Untergebrachten v. a. auch durch die i. d. R. zeitliche Begrenzung von deren Unterbringung relevant. Daher und aufgrund der geringen Entlaßzahlen nach § 63 StGB Untergebrachter wurde der dringlichste Bedarf in der Nachsorgesituation für nach § 64 StGB Untergebrachte gesehen. Prospektiv darf jedoch die adäquate Versorgung von nach § 63 StGB Untergebrachten keinesfalls unberücksichtig bleiben und deren Bedarf nach qualifizierter Nachsorge und ambulanter Versorgung nicht ignoriert oder unterschätzt werden. Die zukünftige Möglichkeit einer breiteren Zuweisungspraxis von nach § 63 StGB Untergebrachten muß kalkuliert werden. Gerade die Gruppe der persönlichkeitsgestörten Patienten bedarf einer spezifizierten Behandlung und damit auch Nachsorge.

Zu vielen der Versorgungsregionen der neuen Bundesländer war jedoch davon auszugehen, daß bedürftige Patienten i. d. R. noch keine adäquate Form der Nachsorge erhielten, eine ungute Vorabselektion stattfindet und daß potentiell bei einem adäquaten Ambulanzangebot zu entlassende Patienten unter den defizitären Bedingungen länger als nötig stationär geführt wurden. Bei einem derartigen Mangel an Nachsorge ist davon auszugehen, daß bei entlassenen Patienten auch Widerrufen der Bewährung, Rückfällen bzw. krisenhaften Entwicklungen nicht entsprechend begegnet werden kann bzw. diese vermehrt auftreten. Für Einrichtungen, zu denen sich der Bestand an zu entlassenden § 63er Patienten proportional sehr gering gestaltete, wurde die Nachsorge über das allgemeine Versorgungsnetz der Psychiatrie abgewickelt, was Probleme v. a. dann aufwarf, wenn es sich, wie in den meisten Fällen, um persönlichkeitsgestörte Forensikpatienten handelte und erheblich bei Suchtpatienten.

Überhaupt ist längerfristig potentiell eine stärkere Durchmischung des Patientengutes mit auch Psychosekranken, die Auflösung eines durch die neuen Gesetzgebungsanteile bedingten, aktuellen Entlaßstaus und eine Relativierung der offenbar durchgängig beobachtbaren, jedoch regional unterschiedlich ausgeprägten, rigiden Entlaßpraxis und damit ein längerfristig höheres Aufkommen an entlassenen Patienten zu erwarten. Entsprechende Strukturen für eine adäquate spezifizierte ambulante Ver- und Nachsorge sind demzufolge und frühzeitig zu entwickeln.

9 Chronologischer Abriß zu den ersten ambulanten Versorgungseinrichtungen und Entwicklungen nichtstationärer Versorgung im nationalen Kontext 9-136

9 Chronologischer Abriß zu den ersten ambulanten Versorgungseinrichtungen und Entwicklungen nichtstationärer Versorgung im nationalen Kontext

Offiziellen rechtlichen Festschreibungen und vieljährigen zähen Entwicklungen vorgeschaltet, hatten sich aus der Praxis erste Modelle entwickelt im drängenden Bedarf um dem offenkundigen Mißstand um ambulante Hilfen für psychisch kranke Rechtsbrecber nach absolvierter MRVZ-Behandlung entgegenzuwirken.

In Deutschland wurden Erfahrungen zu einer forensisch - psychiatrischen Fachambulanz erstmals zur forensischen Fachambulanz aus *Berlin (Warmuth 1990)* veröffentlicht: Die dortige Forensische Spezialambulanz war im Juli 1987 in diesem Ansinnen eröffnet worden mit dem Ziel, dem eklatanten defizitären ambulanten Versorgungsstand um ambulante Hilfen für psychisch kranke Rechtsbrecher nach absolvierter MRVZ-Behandlung zu begegnen.

Davor, das offenbarte die vorliegende Erhebung, waren aus demselben Beweggrund und Notstand heraus, bereits andernorts vereinzelt organisierte ambulante Versorgungsformen versucht worden zu entwickeln, die zunehmend auch Aufgaben und Funktionen forensischer Spezialambulanzen ausführten und von denen einige im weiteren Verlauf den offiziellen Status institutionalisierter eigenständiger forensischer Spezial- und Fachambulanzen zugewiesen bekamen (einige davon mit Berechtigung zur Kassenabrechnung) und bislang halten konnten:

> Seit 1979 existiert in *Bremen-Ost* ein offiziell genehmigtes, mit der Justiz abgestimmtes und kassenrechtlich geregeltes, ambulantes Therapieangebot für ehemalige MRVZ-Patienten. Die fungierende forensische Institutsambulanz bietet auch die Möglichkeit zur Kostenabrechnung über die Kassen. Die MRVZ-Einrichtung Bremen verfügte und verfügt daneben auch über mehrere betreute und nichtbetreute Wohngruppen, welche eine Art Zwischenglied zwischen dem stationären und ambulanten Setting darstellen sowie über ein organisiertes Beratungsangebot.

> Zur forensischen Abteilung der *Klinik Kaufbeuren* wurde eine, bereits seit 1981 gut koordinierte und seither im Behandlungsplan etablierte, ambulante Betreuung und Therapie psychisch kranker Straftäter über die psychiatrische Institutsambulanz des Hauses berichtet. [1]

> Seit dem 01.01.1987 besteht zum *KHS Lohr* eine gut organisierte, an die Klinik angebundene, ambulante Nachsorge für vormals nach § 64 StGB eingewiesene forensische Patienten. Zum Stichtag der Untersuchung wurde die offizielle Form zu dieser Versorgung mit dem Status einer forensischen Institutsambulanz für nach § 64 StGB eingewiesene, forensische Patienten beschrieben.

1988 wurde aufgrund offensichtlicher und drängender Defizite in der Nachbetreuung nach bedingter Entlassung aus dem MRVZ an der *Klinik Haina* eine ambulante Nachbetreuungseinheit in Form einer hessenweit operierenden Nachsorgeambulanz in der Außenstelle Gießen, eingerichtet. [2]

Zur forensischen *Klinik Andernach* bestand seit dem 01.01.1990 eine gut organisierte und offiziell ausgewiesene forensische Ambulanz, die 1991 modifiziert und ausgeweitet wurde.

Der hohe Anteil an Patienten, die sich nach ihrer Entlassung in der Region ansiedeln, führte am *LKH Göttingen* schließlich dazu, daß dort zum 01.10. 1993 eine Spezialambulanz für forensisch psychiatrische Patienten eingerichtet und seit 1994 und offiziell als Institutsambulanz eingegliedert in die allgemeinpsychiatrische Ambulanz geführt wurde.

---

[1] Allerdings besteht -noch- keine Möglichkeit als forensische Institutsambulanz direkt die Behandlung der Patienten über die Krankenkassen abzurechnen.

[2] Konkreter Anstoß dafür war ein Umstand, daß es 1987 bei 5 bedingt entlassenen schizophrenen Patienten der Klinik zu Widerrufen der bedingten Aussetzung des §63 StGB gekommen war, die sich „alle auf schwere Fehler, Mängel und Defizite in der ambulanten Nachbetreuung zurückführen ließen" und aus Sicht der Mitarbeiter der Klinik „bei einer entsprechend qualifizierten Nachbetreuung leicht hätten verhindert werden können" *(Jöckel 1992)*.

10 Die ´Forensische Institutsambulanz` (´Institutionalisierte Forensische Fachambulanz`) - konzeptionelle und behandlungsbezogene Schwerpunkte 10-137

10.1 Operationalisierung zum Begriffsverständnis ´Forensische Institutsambulanz` 10-137
10.2 Exemplarische Darstellung der Forensischen Institutsambulanz Gießen (Hessen) unter besonderer Berücksichtigung konzeptionell-therapeutischer Gesichtspunkte 10-137
10.2.1 Hinführung 10-137
10.2.2 Erhebungsmodus 10-138
10.2.3 Strukturelle Rahmenbedingungen 10-138
10.2.4 Vorabentwicklung zur Installation der Institutsambulanz 10-138
10.2.5 Status und Entwicklungen zu den Bereichen Versorgung, Bestand, Mitarbeiterschaft 10-138
10.2.6 Konzeptionelle Rahmenbedingungen der Herkunftsklinik 10-138
10.2.7 Konzeptionelle Schwerpunkte der Ambulanzarbeit (ambulanten Kriminaltherapie) 10-139
10.2.8 Wissenschaftliche Begleitung 10-140
10.3 Zusammenfassende Bewertung der Erfahrungen, Probleme und Erfordernisse einer institutionalisierten Forensischen Spezialambulanz 10-141
10.4 Weitere zusätzliche Informationen und Besonderheiten über erfahrungsgeleitete Befunde der übrigen initial rekrutierten Forensischen Institutsambulanzen 10-142
10.4.1 Kleinere etablierte Forensische Institutsambulanz eines Stadtstaates (Bremen) 10-142
10.4.2 Ermächtigungsambulanz und Forensische Institutsambulanz zum Zeitraum der initialen Erhebung (Wiesloch) 10-143
10.4.3 Forensische Institutsambulanz für vordem nach § 64 StGB Untergebrachte (Lohr a. M.) 10-143
10.5 Anteiliger Bestand an Ambulanzpatienten der institutionalisierten, forensischen Fachambulanzen in Relation zu dem der stationären MRVZ-Patienten der jeweiligen Kliniken 10-144
10.5.1 Interpretation der Befunde 10-144

10 Die ´Forensische Institutsambulanz` (´Institutionalisierte Forensische Fachambulanz`) – konzeptionelle und behandlungsbezogene Schwerpunkte

10.1 Operationalisierung zum Begriffsverständnis ´Forensische Institutsambulanz`

Diese Fachforensische Institutsambulanz repräsentiert eine der, über die initiale deutsche Erhebung rekrutierten, Formen ambulanter Versorgung psychisch kranker Straftäter mit außerdem offiziellem Charakter. Sie wird den Befunden der vorliegenden Erhebung zufolge, konzeptionell über folgende Eigenschaften definiert: Demnach weist sich eine solche Ambulanzform aus als eine institutionalisierte, an die forensische Klinik angebundene, auf den Bereich der ambulanten Versorgung und Nachsorge spezialisierte, an der Bedarfsstruktur der forensisch - psychiatrischen Klientele ausgerichtete und entsprechend organisierte Form eines formal und offiziell an- und zuerkannten ambulanten Versorgungsmodelles zur Behandlung psychisch kranker Rechtsbrecher.
Leistungen dieser Ambulanzform umfassen oftmals auch einen institutionalisierten fachforensischen Beratungsdienst. Im optimalen Falle ist der Institutsambulanz im Kostenplan ein eigener Personalschlüssel zugeteilt. Im Kontext der vorliegenden Untersuchung fanden sich zum bundesdeutschen Bereich insg. 6 Kliniken mit ähnlich konstruierten ambulanten Versorgungssystemen, wobei 4 davon auch einen institutionalisierten, fachforensischen Beratungsdienst unterhielten. Zwar verfügten alle Institutsambulanzen über einen eigenständigen Personalbestand, jedoch nicht unbedingt alle über einen, der Ambulanz offiziell zugeschriebenen –zusätzlichen - Personalschlüssel. Neben diesen, die Institutsambulanzen als solche ausweisenden, Gemeinsamkeiten bestanden regionale Divergenzen, was sich insb. in den Ausgestaltungen von Strukturmerkmalen abbildete. In der Absicht, diese spezielle Form und Konzeption ambulanter Versorgung exemplarisch und in einem möglichst realen Bild zu vermitteln, werden dazu im Folgenden Informationen und anschließend weitere konzeptionelle Besonderheiten zu anderen rekrutierten Institutsambulanzen zu Deutschland und außerdem zu Österreich die zwischenzeitlich etablierte und längerjährig bestehende große *Fachforensische Institutsambulanz Wien* als offiziell anerkannte Fachforensische Institutsambulanz vorgestellt.

10.2 Exemplarische Darstellung der Forensischen Institutsambulanz *Gießen (Hessen)* [1] unter besonderer Berücksichtigung konzeptionell-therapeutischer Gesichtspunkte

10.2.1 Hinführung

Exemplarisch für die Form einer eigenständigen autarken forensischen Institutsambulanz werden im Folgenden die zentralen Inhalte, Entwicklungen und Perspektiven des inzwischen etablierten langjährigen ambulanten Behandlungskonzeptes vermittelt.

[1] zugehörig zur Klinik für *Gerichtliche Psychiatrie Haina* als zentrale *forensische Einrichtung des Bundeslandes Hessen*.

10.2.2 Erhebungsmodus

In der Darstellung der Einrichtung wurden in erster Linie deren Angaben zur vorliegenden Erhebung verwendet. Hatte sich die Einrichtung auf ´haus-eigene` Untersuchungen bezogen, wurden diese als solche und falls zwischenzeitlich publiziert außerdem mit einem entsprechenden Literaturverweis gekennzeichnet.

10.2.3 Strukturelle Rahmenbedingungen

Als reguläre Herkunftsklinik der Ambulanzkandidaten, gilt die zentral für ganz *Hessen* zuständige ´Klinik für Gerichtliche Psychiatrie` in *Haina*, in der alle Patienten, die in diesem Bundesland nach § 63 StGB untergebracht sind, behandelt werden, bundesweit als herausragendes und differenziertes Zentralversorgungsmodell. [2]

10.2.4 Vorabentwicklung zur Installation der Institutsambulanz

Aufgrund offenkundiger, drängender Defizite der Nachbetreuung nach bedingter Entlassung aus dem MRVZ an der Klinik *Haina*, war 1988 in der Außenstelle *Gießen* eine ambulante, hessenweit operierende, Forensische Nachsorgeambulanz als Nachbetreuungseinheit eingerichtet worden. Ausschlaggebender Anstoß für deren Gründung war der Umstand, daß es im Jahr 1987 aufgrund schwerer Fehler und Defizite in der ambulanten Nachbetreuung, zu 5 Widerrufen der bedingten Entlassung schizophrenen Patienten der Klinik gekommen war, was, den klinkeigenen Angaben und der Einschätzung des Maßregelpersonals zufolge, bei entsprechend qualifizierter Nachbetreuung hätte „leicht verhindert werden können" (Ursachenzuschreibung lt. eigener Befunderhebung). Im Rahmen der Planung einer Ambulanz waren mittels einer, im März 1988 klinikeigen durchgeführten Erhebung 28 und damit 11.8 % der damaligen Population von 238 gem. § 63 StGB untergebrachten Patienten identifiziert worden, die aufgrund ungesicherter ambulanter Nachbetreuung nicht hatten entlassen werden können und seitens der Klinik als primäre Zielgruppe für die einzurichtende Forensische Klinikambulanz ausgewählt worden waren. Am 28.09.1988 wurde Forensische Ambulanz in Betrieb genommen und seit dem 01.01.1990 als ´Forensische Institutsambulanz` durch die *KV Hessen* gemäß § 118 StGB zur ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung ermächtigt. Demzufolge können über diese Institutsambulanz - i. d. R. als ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungen - erbrachte Leistungen, eigenständig über eine Quartalspauschale pro Krankenschein abgerechnet werden. 1995 wurde weiterführend eine kleine Forensische Institutsambulanz für vornehmlich nordhessische forensische Patienten direkt an die Klinik *Haina* angegliedert.

10.2.5 Status und Entwicklungen zu den Bereichen Versorgung, Bestand, Mitarbeiterschaft

Die zugehörige, doch andernorts in *Gießen*, angesiedelte Forensische Institutsambulanz, bot zum Zeitpunkt der initialen Erhebung mit n_a=66 Ambulanzpatienten aus der Gesamtstichprobe der initialen deutschen Erhebung den höchsten Bestand an, von vordem nach § 63 StGB untergebrachten Ambulanzpatienten und mit 26.9 % den außerdem höchsten Anteil bezogen auf die Stichprobe der n_s=245 nach § 63 StGB untergebrachten stationären Klinikpatienten.
Im ersten Jahr seit Bestand der Ambulanz wurden bereits doppelt so viele Patienten ambulant behandelt. Im zweiten Jahr steigerte sich diese Patientenzahl nochmals um 50 %. Nach einer Laufzeit von 5 Jahren war die Anzahl der Ambulanzpatienten mit n_a=55 gegenüber n_s=245 stationären Patienten in etwa gleich geblieben. Und nach 7 Jahren wurde bei einer Anzahl von etwa 70 Ambulanzpatienten von einer Konsolidierung der ambulanten Patientenzahlen ausgegangen. 1995 war direkt an der Klinik in *Haina* nur für nordhessische Patienten eine kleinere Ambulanz installiert worden, die 2 Jahre später immerhin 40 Patienten betreute. *Oktober 2000* unterhielt die *Klinik für Forensische Psychiatrie Haina* eine forensische Spezialambulanz mit den beiden Standorten *Haina (Hauptstandort der Klinik)* und *Gießen (Zweigstelle der Klinik)* und betreute - hessenweit - rund 140 Probanden. Die Ambulanz ist zuständig für die Versorgung von ganz *Hessen* und arbeitet von den beiden *Klinikstandorten Haina* und *Gießen* aus.
Der **Standort** *Haina* versorgt *Nord-* und der in *Gießen Südhessen*. Die personelle Besetzung der Ambulanz ist multiprofessionell und war zuletzt mit 6.5 Vollkraftstellen (VK) ausgestattet. (Näheres zur Personalstruktur s. u. ´ökonomische Aspekte` und ´Personal`).
Die **Akzeptanz** dieser Ambulanz seitens der Strafvollstreckungskammer ist hoch - Ende 2000 hatten 80 % aller Weisungen eine Auflage für ambulante Therapie.

10.2.6 Konzeptionelle Rahmenbedingungen der Herkunftsklinik

Vorab wird das stationäre therapeutische Konzept der zentralen *Forensischen Klinik Haina* als hintergründiger struktureller Kontext Information eingebracht. In dem Vorhaben, den heterogenen und oft komplexen Störungsbildern und den spezifischen Ansprüchen der Behandlung forensisch-psychiatrischer Patienten gerecht zu werden, verfolgte die Herkunftsklinik *Haina* [3] die Entwicklung einer möglichst breit angelegten, multimodalen Angebotspalette, mit strukturiert und abgestuften Therapie- und Trainingseinheiten mit kriminaltherapeutischer,

[2] Die Klinik ist geographisch auf drei Orte verteilt: So gibt es die zentrale Klinik in *Haina*, weiter Wohngruppen, die auf einen Bauernhof ausgesiedelt sind, in Gießen die hochgesicherte Unterbringungsmöglichkeiten und schließlich die, für ganz Hessen zuständige ambulante Nachsorgeeinrichtung sowie eine Spezialisierung um den therapeutischen Kernbereich.
[3] Hessen hat seit 1977 einen zentralen MRVZ für nach § 63 StGB eingewiesene Patienten.

schwerpunktmäßig kognitiv-behavioraler Orientierung. Sie verfügt inzwischen über eine gewachsene, differenzierte, multimethodale, therapeutische, vielschichtige Angebots- und Behandlungsstruktur. Strukturell kennzeichnend für den stationären therapeutischen Ansatz ist das zunehmend entwickelte und praktizierte, forensisch psychiatrische Therapieprogramm für verschiedene Patientenkategorien mit der differenzierenden und differenzierten Strategie einer, v. a. störungsspezifisch ausgerichteten, ´inneren Differenzierung` und ´Spezialisierung` wurden gute Erfahrungen verbunden. In den Behandlungsplan integrierbare sind aufeinander abgestimmte, schulische und berufliche Ausbildungsmöglichkeiten, die auf die Verselbständigung der Patienten abzielen. Die, zu vielen Teilen emanzipatorisch ausgerichtete, Planung und Aus-Gestaltung der Behandlung und Rehabilitation basieren, wie auch das dazu eingesetzte Instrument, der sog. *´Hainaer-Stufenplan`*, auf einem individuellen Behandlungsrahmen. Der praktizierte Ansatz impliziert hier dezidiert die frühzeitige Organisation und gute Abstimmung intra- und extramuraler therapeutischer und generell rehabilitativer Angebote.

10.2.7 Konzeptionelle Schwerpunkte der Ambulanzarbeit (ambulanten Kriminaltherapie)

Im Rahmen dieser Entwicklung und einer patientenorientiert und betont therapiefreundlich konzipierten Strukturvorgabe der Klinik wurde angebunden an diese seit 1988 eine für ganz *Hessen* zuständige ambulante Nachbetreuung und ein spezielles institutionalisiertes, ambulantes Betreuungs- und Angebotsmodell eingerichtet.
Das Bestreben lag darin, die, als besonders vulnerabel erkannte, krisen- und rückfallgefährdete ´kritische` Phase nach der –bedingten- Entlassung aus stationärer Unterbringung durch eine fachforensische Nachsorge abzudecken.

- **Ambulante Therapie als integrierter Bestandteil im Gesamtplan der Maßregelbehandlung:**

Grundsätzlich wird die ambulante Behandlung als ein, zu vielen Fällen notwendiges, Element der gesamten Behandlung und die Ambulanz als integrierter Bestandteil der offiziellen Versorgungsleistungen für v. a. die Rehabilitation und Nachsorge für MRVZ-Patienten definiert.

- **Status zur Klinik**

Obschon die Ambulanz eine enge Zusammenarbeit mit der Herkunftsklinik unterhält, ist sie weitgehend autonom und weist ein breites Spektrum an Behandlungsangeboten aus.

- **Kostenplan**

Außerdem - und dies ist zu Deutschland eine Besonderheit - wurde der Institutsambulanz im Kostenplan ein eigener Personalbedarf zugewiesen.

- **Angebotsprofil**

Die Kapazitäten dieser Ambulanz umfassen ein speziell patientenorientiertes forensisch psychiatrisches Therapieprogramm mit einer, in Anlehnung an das vorab stationär bereits praktizierte Therapieverständnis, differenzierten, multimethodalen und breitgefächerten Behandlungs- und Angebotsstruktur, einem interdisziplinären, konzeptionell therapeutischen Ansatz und einem außerdem entsprechend multiprofessionell strukturierten Behandlungsteam.

- **Wartezeiten**

Es gibt praktisch keine Wartezeiten und jeder ambulant zu versorgende Patient kann übernommen werden. Dieser Umstand war einzig unter allen deutschen Einrichtungen.

- **Vulnerable Phase nach der Entlassung mit dahingehenden Zeitvorgaben**:

Die Zuschreibung der, als besonders vulnerabel definierten, Zeit nach Entlassung wurde nach den ersten – 7 - Jahren Ambulanz bestehen auf die v. a. ersten 24 Monate beschränkt und infolge der Erfahrungen der Ambulanz später auf dann 36 Monate ausgeweitet.

- **Entlaßphasen**

Die Heraus- und Ablösung aus der stationären Behandlung und der Eintritt in die ambulante Therapie wird als vulnerable Phase mit für den Patienten labilisierenden Momenten gewertet. Dieser gilt es sensibel zu begegnen. Der Übergang wird bereits im stationären Vorfeld gut vorbereitet und so fließend wie möglich gestaltet. Dazu wird einer fundierten und intensiven Zusammenarbeit der stationären und ambulanten Bereiche große Bedeutung zugemessen. Das von der Herkunftsklinik entwickelte Nachsorgekonzept sieht eine fein abgestimmte, gut betreute Übergangszeit vom intra- in den extramuralen Rahmen bzw. vom stationären ins ambulante Behandlungssetting vor. Inzwischen wird ein – hohes - durchschnittliches Lockerungsniveau mit bis zu 60 % freiem Ausgang praktiziert. Die, in dieser Phase beginnende und in ihrem Anforderungsprofil gestaffelte, Belastungs- und Verhaltenserprobung kann, und das ist eine Besonderheit, in unterschiedlichen komplexen sozialen Räumen durchgeführt werden, da zwei Standorte vorliegen.

Tab. 1: Entlaßphasen

Entlaßphasen		
Phase 1 Überleitung der Patienten aus forensisch psychiatrischen Behandlungsmodi in die der bestehende allgemeinpsychiatrischen Versorgung ↳	***Phase 2*** Kritische Phase des Einlebens in Freiheit, Abklären, ob weiterhin langfristige Betreuung erforderlich, wenn ja ↳ Anbindung an bestehende Glieder der psychosozialen Nachsorgekette	***Phase 3*** Allmähliche, graduelle, sukzessive, sinnvolle Betreuungsbegrenzung: angestrebt: Verselbständigung der Patienten, schrittweises ´Loslassen` ↳

Im letzten Behandlungsabschnitt geht es um die schrittweise Verselbständigung *(„Loslassen")* des Patienten. Die eigentliche ambulante Behandlung ist wiederum in aufeinander aufbauende Abschnitte unterteilt. Diese zielen in Fortführung des stationären Therapieverständnisses der Herkunftsklinik letztlich auf eine Verselbständigung des Patienten und implizieren dementsprechend auch Überlegungen zu einer sinnvollen Begrenzung der Betreuung. Dem Verständnis dieser Einrichtung zufolge sollte die angestrebte Betreuung keine ´lebenslängliche´ sein sondern im Wesentlichen die kritische Phase des Einlebens in Freiheit überbrücken. In den Fällen, in denen dies nötig erscheint, wird im weiteren Verlauf eine Überleitung und die Herauslösung aus forensisch-psychiatrischen Behandlungsmodi in die, der bestehenden allgemeinpsychiatrischen Versorgung angestrebt. Ferner wird stets auf den jeweiligen Einzelfall abgestimmt geklärt, ob und inwieweit eine langfristige Betreuung erforderlich ist. Falls nötig wird die Anbindung an bestehende Glieder der psychosozialen Nachsorgekette in die Wege geleitet.
Aufgrund ihrer Erfahrungen als die deutsche institutionalisierte f*orensische Institutsambulanz* mit bislang längster Erfahrung. und einer (eigenen Untersuchung zu den, seit Bestehen dieser Ambulanz behandelten, Patienten einer Cross-Section-Analyse zum Vergleich von Patienten mit ambulanter Behandlung (zum Zeitpunkt alle noch in ambulanter Therapie) und mit einer entsprechenden Kontrollgruppe (KG) ohne ambulante Behandlung [4], kam die Fachforensische Institutsambulanz *Gießen* zum Schluß: Die Einrichtung einer ambulanten Betreuung wirkt im Hinblick auf potentielle Rückfallgeschehnisse kriminal - präventiv und entspricht dem eigentlichen Bedarf nach ambulanter Behandlung.

10.2.8 Wissenschaftliche Begleitung

Wie auch der stationäre Sektor, erfährt der Bereich der Ambulanzarbeit wissenschaftlich Begleitung, Evaluation und Austausch auf internationaler Ebene. Seit Herbst 1997 läuft die Beteiligung an einer, schwerpunktmäßig als Katamnesestudie ausgerichteten, Multicenterstudie auf internationaler Ebene über eine international und interdisziplinär zusammengesetzte Forschungsgruppe und entsprechenden kanadischen, schwedischen und finnischen Forschungseinrichtungen. Ziel dieser Studie ist, in ambulanten Nachsorgestrukturen soziale und medizinische Komponenten zu identifizieren, die Kriminalität und Gewalt von psychisch Kranken vorbeugen können. In vier Ländern *(Kanada, Schweden, Finnland, Deutschland)* mit differierenden rechtlichen und sozialen Bedingungen werden jeweils zwei verschiedene Stichproben psychisch kranker Patienten *(der Forensischen Psychiatrie und Allgemeinpsychiatrie)* für die Dauer von 24 Monaten nach Entlassung aus dem stationären Bereich untersucht. Hierzu werden die Patienten an vier Terminen alle 6 Monate an ihren Entlassungsorten von den Mitarbeitern des Projekts aufgesucht und es wird eine Follow-up Untersuchung durchgeführt. *(Projektdirektorin: Hodgins S. Prof.; Koordinatoren: Tiihonen J. Prof., Forsman Prof., Eaves Dr., kooperierende Experten für: Beurteilung und Vorhersage von Gefährlichkeit Hart S. Dr., objektive Bestimmung von Alkohol-, Drogen- Medikamenteneinnahme: Kronstrand R. Dr., deutsche Arbeitsgruppe v. a.: Müller-Isberner R. Dr., Kreuzer A., Prof., Speier R. Dr., Jöckel D. Dr., Freese R., Born P. Dr., Eucker S., Erb M., Maas S.).*

[4] Zur Rekrutierung dieser Daten ist anzumerken, daß die Einrichtung bereits im Kontext der vorliegenden Untersuchung und zur o.g. Fragestellung auf diese ihre Erhebung verwiesen hatte [4]. Die Untersuchung war zum 01.01.1993 an 67 Patienten durchgeführt worden die sich zu diesem Zeitpunkt alle noch in ambulanter Therapie befunden hatten. Die ambulante Gruppe bot mit 5 % gegenüber der KG mehr als um die Hälfte weniger deliktbezogene gefährliche Vorfälle nach Entlassung aus dem stationären MRVZ (ambulant geführte Gruppe: 5 % gegenüber der KG mit 12 % an entsprechenden Vorfällen) und die Ambulanzpatienten mußten weitaus seltener wieder stationär eingewiesen werden (ambulante Gruppe 2 % versus KG 11 % der Stichprobe). Daß die Anzahl der Widerrufe der ambulanten Gruppe sich nicht dramatisch von denen der KG unterschied, wurde kriminalpräventiven Maßnahmen zugeschrieben, um durch einen rechtzeitigen Einsatz des Widerrufs gefährlichere Entwicklungen delinquenter Verhaltensformen zu verhindern. In der KG jedoch waren die meisten Widerrufe in tatsächlich neuen kriminellen Aktivitäten der Patienten begründet gewesen (9 % Widerrufe in der Ambulanzgruppe versus 11 % in der KG). Diese Untersuchung findet sich näher ausgeführt außerdem a.a.O. in dieser Arbeit.

10.3 Zusammenfassende Bewertung der Erfahrungen, Probleme und Erfordernisse einer institutionalisierten Forensischen Spezialambulanz

Übergreifend ergaben sich folgende zentrale Erfahrungen seit Bestehen der Ambulanzen:
Die Dauer der stationären Unterbringung hat sich für Patienten mit ambulanter Therapie verkürzt, Widerrufsfälle hatten oftmals verhindert, Wiedereinweisungen und Abbrüche der Behandlung vermieden werden können. Dazu wurden folgende Einflußgrößen erkannt:

> Ökonomischer Nutzen

Der ökonomische Nutzen der Ambulanz wurde unter diversen Gesichtspunkten und in dem entsprechenden Abschnitt dieser Arbeit zur Thematik näher herausgestellt.

> Verfügbarkeit der Ambulanzarbeit an sich

Den Erfahrungen der Einrichtung zufolge, hat die Ambulanzarbeit als solche, aber auch bereits allein deren Verfügbarkeit, günstige, ganzheitlich umfassende Auswirkungen auf die Maßregelbehandlung insg. und damit auf die Gesamtheit der stationären wie ambulanten Behandlungsführung und -planung. Im Einzelnen wurden folgende Entwicklungen mit der bisherigen Ambulanzarbeit in Verbindung gebracht:

> Abnahme an Wiederunterbringungen als Indikator für verbesserte Behandlungsresultate

Die erwiesene Abnahme an Wiederuntergebrachten ließ eine Verbesserung der Behandlungsresultate erkennen.

> Positive Kompetenzbildung der Behandler mit verbesserter Effizienz und Professionalisierung der Therapie

Der eingeleitete Ansatz der - v. a. störungsspezifisch ausgerichteten - Differenzierung (´Spezialisierung`) therapeutischer Zugangsformen förderte den Methodenpluralismus innerhalb der Institution sowie die Professionalisierung und Spezialisierung der Therapeuten.

> Verbesserte Effizienz und Professionalisierung in der Behandlung, Orientierung und Ausgestaltung des Therapieplans: Der Therapieprozeß wurde transparenter und strukturierter.

> Reduktion der Entweichungszahlen: Die Entweichungszahlen reduzierten sich erheblich.

> Reduzierter Anteil an Widerrufen:

Widerrufe hatten oftmals verhindert werden können; Ihr Anteil war gesunken.

> Verkürzung der Dauer der stationären Unterbringung:

Eindeutig zeigte sich, daß das Angebot einer solchen ambulanten Versorgung die Dauer der stationären Unterbringung verkürzt.

> Differenzierte Interpretation einer Wiedereinweisung

Präventiv eingeleitete Wiedereinweisungen sind zu kalkulieren. Diese ist differenziert und an sich positiv zu werten, wenn der Zustand des Patienten rechtzeitig erkannt, dieser aufgrund funktionierender Vernetzung und ambulanter Strukturen rechtzeitig eingewiesen bzw. der therapeutischen Intervention zugeführt werden konnte.

> Unabdingbarkeit fachlich qualifizierter Nachbetreuung: Eine theoretisch und praktisch fachspezifisch qualifizierte Nachbetreuung wurde als dringend erforderlich statuiert.

> Wissenschaftliche Begleitung: Wissenschaftlicher Begleitung, Evaluation und dem Austausch zur ambulanten Arbeit wurde grundsätzlich zentrale Bedeutung beigemessen**.**

> Wirtschaflicher Nutzen:

Der Wirkung der Ambulanz wurden explizit wirtschaftlicher Nutzen, sinnvolle Kosten-Nutzen-Relation und Entlastung des stationären Bereichs zugeschrieben.

> Gute Erfahrungen v. a. bei der Behandlung bestimmter Störungsgruppen:

Gute Erfahrungen wurden zur ambulanten Behandlungsführung schizophrener Patienten berichtet.

> Erhöhte Kooperationsbereitschaft komplementärer Einrichtungen:

Daneben ergaben sich deutliche Verbesserungen der Bereitschaft von Einrichtungen der psychosozialen Nachsorgekette, sich der MRVZ-Klientele anzunehmen bzw. diese in die psychosoziale Nachsorge zu integrieren.

> Systemische Zugangsweise und Bewußtsein um interaktive Wirkung von Umweltfaktoren:

Als unabdingbar für eine adäquate Form der ambulanten Behandlungsführung dieser forensischen Klientele gilt ein – praktiziertes - Bewußtsein um die Bedeutung des Ineinanderwirkens von Umweltfaktoren, sozialen Bezügen und diversen, auch medizinischer, medikamentöser psychotherapeutischer Behandlungsformen und die funktionale Kompliance und der Berücksichtigung dieser Einflußgrößen und deren Wert als potentiell kooperative therapeutische Strukturen im Hinblick auf eine effektive Behandlungsführung.

> Verbessertes Erfahrungswissen zum Patienten und zur Einschätzung von Störfaktoren und Hindernissen aus der Alltagserprobung:

Als ein zusätzlicher und positiver Zusatzeffekt von vorab unerwarteter Bedeutung wurde der Erwerb eines ´enormen Erfahrungswissens` gewertet: Dieses, in dessen einzigartiger Qualität eines, zum einzelnen Patienten

gewonnenen und gewachsenen Potentials an Wissen über die Lebensumstände eines forensisch psychiatrischen Patienten nach Entlassung aus dem MRVZ und v. a. auch der Alltagserprobung, habe dazu verhelfen können, die prospektive Behandlungsplanung voraussehend zu gestalten und in Abstimmung auf den Einzelfall, zu verbessern. Zugute kam dies neben dem Patienten allen, in die Behandlung eingebundenen, Mitarbeitern und Therapeuten, indem es diesen u. a. ermöglichte, potentielle Probleme, mögliche Stör- und häufig auftretende Hindernisfaktoren besser erkennen, verstehen und krisenhaften Entwicklungen eher entgegenwirken zu können.
An dem hier aufgezeigten Beispiel bildeten sich exemplarisch Bedeutung und Einfluß des, einer solchen Behandlungsform oft vorgeschalteten, stationären Aufenthaltes für die Qualität der ambulanten Behandlungsführung ab. Das Ineinanderwirken stationärer und ambulanter Systeme und Strukturen wurde als wichtiger und v. a. zum Kontext der Behandlungsplanung relevanter Faktor erkannt. Die Ambulanz ist als integrierter Bestandteil der Versorgungsleistungen im gesamten Behandlungssystem konzipiert. Sie wird so zu ihren integrativen Mechanismen konstruktiv und i. S. einer langfristig angelegten Behandlungsprogrammatik genutzt und ihr Angebot kann besser zum quantitativen und qualitativen Bedarf der potentiellen Klientele abgestimmt werden. Mit diesem Behandlungskonzept ergaben sich folgende Erfahrungen:

Tab. 2: Praxiserfahrungen zur institutionalisierten Forensischen Spezialambulanz

Praxiserfahrungen mit einer Institutionalisierten Forensischen Spezialambulanz
- Qualitative Verbesserungen zum gesamten stationären und ambulanten Behandlungskonzept
- Ökonomischer Nutzen und gute Kosten-Nutzen-Relation
- Abnahme an Wiederunterbringungen ⇔ als Indikator für verbesserte Behandlungsresultate
- Verkürzung der Dauer der stationären Unterbringung für Patienten mit ambulanter Therapie
- Reduktion der Entweichungszahlen *(Haina: halbiert)*
- Anteilige Reduktion der Widerrufe – Oftmalige Verhinderungen von und insg. reduzierter Anteil an Widerrufen
- Differenzierte Interpretation einer Wiedereinweisung
- Verbesserte Effizienz und Professionalisierung der Behandlung, - Orientierung und Ausgestaltung des Therapieplanes
- Verbessertes Erfahrungswissen - zum Patienten, - zur Einschätzung von Störfaktoren / Hindernissen aus Alltagserprobung
- positive Kompetenzbildung der Behandler
- über definierten Ansatz von Spezialisierung: Förderung - des Methodenpluralismus innerhalb der Institution - der Professionalisierung und Spezialisierung der Therapeuten
- Therapieprozeß wurde transparenter und strukturierter
- Unabdingbarkeit und darüber Entwicklung fachlich qualifizierter Nachbetreuung
- Wissenschaftliche Begleitung
- Gute Erfahrungen v. a. zur Behandlung bestimmter Störungsgruppen, v. a. Psychosekranker, insb. Schizophrener [5]
- Durch Verfügbarkeit der Ambulanzarbeit an sich: - Erhöhte Kooperationsbereitschaft komplementärer Einrichtungen: deutliche Verbesserung der Bereitschaft von Einrichtungen der psychosozialen Nachsorgekette, sich der MRVZ-Klientele anzunehmen
- Systemische Zugangsweise und Bewußtsein um interaktive Wirkung von Umweltfaktoren

10.4 Weitere zusätzliche Informationen und Besonderheiten über erfahrungsgeleitete Befunde der übrigen initial rekrutierten Forensischen Institutsambulanzen

Die Erfahrungen der übrigen institutionalisierten Ambulanzen bestätigten durchgängig alle o. g. Komponenten. Im Folgenden sollen daneben in Kürze außerdem zusätzliche Besonderheiten zu diesen Einrichtungen mit einer offiziell ausgewiesenen Forensischen Institutsambulanz dargestellt werden.

10.4.1 Kleinere etablierte Forensische Institutsambulanz eines Stadtstaates *(Bremen)*

Der Medizinische Bereich Forensische Psychiatrie Bremen` des Stadtstaates Bremen, verfügt über eine eigene etablierte kleine Forensische Institutsambulanz mit angegliederten Wohngruppen und daneben einem institutionalisierten, fachforensischen Beratungsdienst für niedergelassene Therapeuten und Mitarbeiter aller, in der Therapie eingebundenen und versorgenden Einrichtungen. Die Einrichtung praktiziert in bereits langjähriger Tradition seit 1979 eine patientenorientierte -ambulante- Nachsorge und mit ihrem jüngstes Modell seit

[5] Von der *Forensischen Institutsambulanz Gießen* war mit Bezug auf den Stichtag hervorgehoben worden, daß *„im Zeitraum seit dem Bestehen der Ambulanz" „zur Gruppe der Eingangsdiagnose der mit einer Schizophrenie behafteten und nun ambulant geführten Patienten, keiner rückfällig geworden"* sei. Diese Beobachtung veranlaßte die Einrichtung zur Überlegung, daß offenbar speziell für diese Patientengruppe ambulante Behandlungsformen gut nutzbar seien.

01.01.92 eine intensive personengebundene Nachbetreuung mit besonderem Gewicht auf adäquater therapeutischer, medizinisch-, psychiatrisch- und/ oder psychotherapeutischer Behandlung. Diese Ambulanz profitiert v. a. auch von dem kommunikativen und eng gehaltenen Netzwerk sozialer Dienste und überhaupt all der, an der Behandlung Beteiligten und der Möglichkeit zum gegenseitigen Austausch. Außerdem wird der Pflege des Kontaktes zum sozialen System des Patienten eine hohe Bedeutung beigemessen. Die Funktionen und der Einsatz der, in dem Stadtstaat wohl übersichtlicheren und engeren strukturellen Gegebenheiten und der, darüber eher gegebenen, sozialen Kontrolle, wurde seiten dieser Einrichtung als wesentlicher, der ambulanten Behandlungsführung besonders zuträglicher, Faktor gekennzeichnet. Dieser ist als solcher dann v. a. auch im Falle der forensischen Wohngemeinschaften wirksam und wurde überhaupt - für allerdings nicht bezifferte Fälle- als entscheidender Faktor gewertet, um ernstere risikobeladene Entwicklungen, wenn auch in Extremfällen erst in letzter Minute aufhalten, bzw. diesen effektiv entgegenwirken zu können. Zugunsten kommen der dortigen, gegenüber vielen anderen Bundesländern, als ´liberal` einzustufenden Praxis forensischer ambulanter Nachsorge, die gesetzlichen und strukturellen Möglichkeiten, welche aufgrund der landesrechtlichen Hoheiten und des Sonderstatus als Stadtstaat für die Ausgestaltung der forensischen Nachsorge erschlossen werden konnten. Hervorgehoben wurde die, wie auch andernorts, so auch hier, bewährte Praxis einer fachlich fundierten, möglichst engen Kooperation aller, an der Behandlung Beteiligten. Im Hinblick auf eine adäquate Nachsorge wurden zum einen möglichst flexibel gehaltene Strukturen und außerdem der konsolidierte und enge Kontakt zur Staatsanwaltschaft als vorteilhaft befunden. So wurde seitens der *Forensischen Ambulanz Bremen* die Bedeutung flexibler, kurzfristiger, schneller Interventionen hervorgehoben und die Möglichkeit, im Bedarfsfall darüber gezielt und schnell (´schnelles Zugreifen`) reagieren zu können. Der, v. a. auch unter rehabilitativen Gesichtspunkten, als zuträglich bewertete Bestand an sozialen und strukturellen Vernetzungen und deren entsprechend gezielte Konsolidierung, wurde als ein wesentlicher Faktor dafür genannt, daß seit Bestehen der organisierten, ambulanten forensischen Nachsorge, kein eigentlicher Widerruf bzw. Delikt und Rückfallgeschehen schwereren Ausmaßes, vorgefallen sei. Die dortige, mit 3-4 Jahren in der Relation zum bundesweiten Vergleich [6] etwas kürzere, mittlere Unterbringungsdauer stationär untergebrachter MRVZ-Patienten, wurde seitens der Einrichtung mit dem, seit vielen Jahren gezielten Praktizieren der forensischen ambulanten Nachsorge, begründet. Diese Ambulanz nutzt zu ihrer ambulanten Behandlungsführung auch an die Klinik angebundene externe Therapieangebote. Dabei können extern und intern verfügbare therapeutische Leistungen ggfls. auch kombiniert eingesetzt werden, wie bspw. eine, in der Klinik lokalisierte Therapiegruppe in Koordination zur Einzeltherapie bei einem externen, niedergelassenen Therapeuten.

10.4.2 Ermächtigungsambulanz und Forensische Institutsambulanz zum Zeitraum der initialen Erhebung *(Wiesloch)*

Diese Einrichtung verfügte als einzige über nur einen -ärztlichen- Therapeuten, einem Oberarzt und damit Mitarbeiter der Klinik, der seit 1991 offiziell die Leitung der Forensischen Ambulanz betrieb und forensische Ambulanzpatienten in diesem Status regulär direkt über Kassenleistungen führte. Die zum Erhebungszeitpunkt ausgewiesene und auf den Zeitraum der bisherigen Existenz der Ambulanz bezogene ´Nullquote` an Rückfällen wurde seitens der Leitung dieser Einrichtung neben dem Bestand einer forensischen Ambulanz an sich, v. a. auch begründet in der besonderen Ausgestaltung des Elementes der therapeutischen Beziehung, welchem in dieser Konstellation ambulanter Behandlungsführung, zentrale Bedeutung zugemessen wurde.
Entwicklung: Stand Nov. 2000 und März 2001: Der Status der ambulanten Versorgung *Psychiatrisches Zentrum Nordbaden* in *Wiesloch* mit 239 stationären Patienten ist der, einer Ermächtigungsambulanz über die persönliche Ermächtigung des ärztlichen Direktors bei hoher Akzeptanz durch die StVK, was sich auch in deren Beschlüssen mit Auflagen zur ambulanten Therapie abbildet. Für eine Institutsambulanz sind zumindest die Weichen gestellt. Nach Angabe eines assoziierten Ambulanzmitarbeiters bestünden sogar wieder konkrete Planungsvorhaben.

10.4.3 Forensische Institutsambulanz für vordem nach § 64 StGB Untergebrachte *(Lohr a. M.)* [7]

Ausschließlich für nach § 64 StGB untergebrachte Patienten verfügte eine - dieser 6 - Einrichtungen - *Lohr a. M.* - über eine eigene - kassenärztlich anerkannte - *Forensische Institutsambulanz* [8]. Bei insg. n_s=93 mit anteilig 42 nach § 64 StGB untergebrachten, stationären Patienten, fanden sich n_a=27 ambulante, vordem nach § 64 StGB eingewiesene, Patienten mit einem Anteil von immerhin 29.03 % zur Gesamtzahl der stationären MRVZ-Patienten dieser Einrichtung. Die überwiegend positiven Erfahrungen begründeten eine generell befürwortende Haltung gegenüber der Einrichtung einer solchen Ambulanz: Im Hinblick auf eine adäquate Behandlungsführung für erforderlich gehalten wurden auch hier insbesondere eine fein gestaltete Rehabilitationsplanung mit einem engmaschigen, patientenorientierten, möglichst heimatnahen, professionellen Angebot und der Verpflich-

---

[6] Im Kontext der vorliegenden Untersuchung wurden als die niedrigsten bekannten Durchschnittswerte zur stationären Verweildauer *(MRVZ)* genannt: 4.5 Jahre zur *Forensischen Klinik Haina* und 4.3 Jahre der Klinik *Düren (Modellprojekt)*.

[7] Die Erfahrungen und Anmerkungen dieser Ambulanz zur ambulanten Therapie mit Suchtpatienten wurden zusammen mit denen anderer Einrichtungen zur Rubrik zu den spezifischen Problemen und Zugangsformen von vordem nach § 64 StGB untergebrachten ambulanten Patienten eingebracht.

[8] *Forensische Institutsambulanz, Am Sommerberg 11, 97816 Lohr am Main.*

tung zur geregelten engen ambulanten Zusammenarbeit v. a. auch mit den Bewährungshelfern [9]. Seitens der Herkunftsklinik war außerdem eine forensische Ambulanz dringendst für deren, nach § 63 StGB untergebrachten, MRVZ-Patienten gefordert worden, was im Gegensatz zur bereits bestehenden Fachambulanz für, vordem nach § 64 StGB untergebrachte Patienten, behördlicherseits jedoch bislang ablehnend behandelt und dabei primär v. a. mit den, damit einhergehenden Kosten und einem höheren Sicherheitsrisiko speziell für diese Klientele, begründet worden war.

10.5 Anteiliger Bestand an Ambulanzpatienten der institutionalisierten, forensischen Fachambulanzen in Relation zu dem der stationären MRVZ-Patienten der jeweiligen Kliniken

Der anteilige Bestand an Ambulanzpatienten gestaltete sich in Relation zur Anzahl der jeweiligen stationären MRVZ-Patienten von Fall zu Fall unterschiedlich und regional disproportional. Allerdings gaben alle Kliniken mit einer forensischen Institutsambulanz an, den dringlichsten Teilbestand ambulanter Patienten versorgen und i. d. R. denjenigen Patienten ambulante Behandlung zukommen lassen zu können, die diese auch benötigen. Doch fanden sich in der Ausgestaltung ihrer ambulanten Leistungen, Unterschiede in Bezug auf Details und die eingesetzten methodischen Zugangsformen.

Tab. 3: Überblick zum jeweils anteiligen Bestand an Ambulanzpatienten institutionalisierter Forensischer Fachambulanzen und dem der stationären MRVZ-Patienten

Überblick zu den anteiligen Beständen an Ambulanzpatienten institutionalisierter forensischer Fachambulanzen versus dem der stationären MRVZ-Patienten der deutschen Stichtagserhebung					
Institutsambulanz	**Ambulanzpatienten**		**Stationäre Pat.**	**Einweisungsgrundlage**	
Einrichtung	**Anzahl (n)**	**Anteil %**	**Anzahl (n)**	**§ 63 StGB**	**§ 64 StGB**
Gießen	66	26.94 %	245	X	
Bremen [1)]	06	14.29 %	042	X	
Lohr	27	29.03 % (49% n. §64 StGB)	093 (42 n. § 64 StGB)		x (42)
Andernach	15	10.35 %	145	X	X
Wiesloch	10	05.20 %	192	X	X

[1)] *Die Einrichtung Bremen verfügte außerdem über ein extramural statuiertes Wohngruppenmodell.*

In Relation zum Aufkommen an stationären MRVZ-Patienten wies die *Forensische Institutsambulanz Gießen* für die Gruppe der, vordem nach § 63 StGB untergebrachten Patienten mit 26.94 % zu n_a=66 Ambulanz- und n_s=245 nach § 63 StGB eingewiesenen MRVZ-Patienten, den, mit Abstand größten Bestand an Ambulanzpatienten, aus. Den nächsthöchsten Bestand an Ambulanzpatienten bot *Bremen* mit einem Anteil von 14.29 %: Zu der zur Gruppe forensischer Kliniken mit Forensischen Institutsambulanzen geringsten Anzahl an n_s=42 stationären MRVZ-Patienten standen n_a=6 ambulante Patienten gegenüber. Die Einrichtung Bremen verfügte außerdem über ein extramural statuiertes Wohngruppenmodell. Zu *Andernach* mit n_s=145 stationären sowohl nach § 63 wie § 64 StGB untergebrachten MRVZ-Patienten bot sich eine Relation von 10.35 % und n_a=15 forensische Ambulanzpatienten. Währenddessen zum *PLK Wiesloch* mit immerhin n_s=192 stationären sowohl nach § 63 wie § 64 StGB untergebrachten Patienten mit einer dazu anteiligen Relation von 5.2 % ´nur` n_a=10 ambulante Patienten angegeben wurden, wobei hier als Besonderheit die ambulante Versorgung über nur einen -ärztlichen- Therapeuten erfolgte. [10] Zu *Lohr* fanden sich bei insg. n_s=93 und anteilig davon n_s=42 nach § 64 StGB untergebrachten stationären MRVZ-Patienten n_a=27 ambulante vordem nach § 64 StGB eingewiesene Patienten und damit in Relation zum Bestand an stationären MRVZ-Patienten 29.03 % Ambulanzpatienten.

10.5.1 Interpretation der Befunde

Die Übersichten zum relativen Aufkommen der Ambulanzpatienten zum jeweiligen Bestand stationärer MRVZ-Patienten der zugehörigen Einrichtungen verdeutlicht für die Instituts- aber auch für die ´grauen` Ambulanzen, daß im Hinblick auf den Bestand an Ambulanzpatienten offenbar weniger die Prävalenzrate der stationär untergebrachten MRVZ-Patienten als vielmehr die tatsächlich verfügbaren personalen und strukturellen Ressourcen ausschlaggebend sind.

[9] Zum Personalbestand s. weiter den Überblick im entsprechenden Abschnitt dieser Arbeit.

[10] Im Falle der *Einrichtung Wiesloch* mußte dieser außer der Betreuung der Ambulanzpatienten auch Oberarztfunktionen in der Klinik ausführen. Die Patienten der *Suchtambulanz Lohr* dagegen wurden bspw. insgesamt von je 2 Psychologen und Psychiatern betreut und konnten außerdem den Sozialdienst der Klinik nutzen. *Andernach* gab ähnliche Bezüge an. Andere der forensischen Institutsambulanzen verpflichteten neben Therapeuten der Klinik zusätzlich externe Therapeuten.

11 Weitere Entwicklungen zu Modellen von Institutsambulanzen 11-145

11.1 Zusammenfassende Bewertung zur Form der Institutionalisierten Forensischen Spezialambulanz 11-146

11 Weitere Entwicklungen zu Modellen von Institutsambulanzen

Es hatte sich gezeigt, daß die Repräsentanz nichtstationärer Versorgungsalternativen von Bundesland zu Bundesland sehr unterschiedlich ausfiel und außerdem von Einrichtung zu Einrichtung verschieden gehandhabt werden konnte.

- **Bayern**

Bayern ist ein Bundesland mit dezentralem Versorgungsprofil: Im Falle von Behandlungen von Patienten von Bezirkskrankenhäusern (BKH) ist die Verrechnung der ambulanten Behandlung über allgemeinpsychiatrische Institutsambulanzen potentiell möglich. Dieser Modus wird kostentechnisch über die KV geführt und für die Forensische Institutsambulanz genutzt. Auch Dokumentationen erfolgen nach Kriterien der Institutsambulanz. Die Behandlung forensisch-psychiatrischer Klientele entspricht dem Auftrag der Institutsambulanz des BKH, sich definitionsgemäß mit einem Problemklientele zu befassen. Den BKH steht das Recht zu, eine zentrale Institutsambulanz zu betreiben. Dem Bayerischen Institutsambulanzvertrag zufolge, können auch Hausbesuche abgerechnet werden. Unter dem immensen Bedarfsdruck wurde in den letzten Jahren, zur Entlastung und an sich vorab als Zwischenlösung, bayernweit eine großzügigere Führung der Forensikpatienten über die allgemeinpsychiatrischen Institutsambulanzen praktiziert. Dieser Modus wurde über das Sozialministerium getragen und war entsprechend mit den verantwortlichen Kostenträgern vereinbart. Dieser Zustand war eigentlich als Interimslösung gedacht gewesen. Der, über 1999/ 2000 angeplante und zum März 2001 gestartete Projektversuch der Sicherheitsambulanzen der Bayerischen Staatsregierung und des Bayerischen Sozialministeriums umfaßt 3 Projektmodelle *Erlangen, Bayreuth, Haar* als sog. ´Sicherheitsambulanzen` der Bayerischen Staatsregierung und des Bayerischen Sozialministeriums. Das Konzept dazu ist durch v. a. folgende Besonderheiten charakterisiert: Es sind dies die, bislang dominierende Sicherheitsorientierung, und zur Kostenregelungen eine Zusicherung der zzgl. Übernahme solcher Kosten durch das Sozialministerium, die durch die herkömmlichen Kostenträger nicht gesichert sind, wie die Fülle an formalen Aufwendungen und Vernetzungen, aber nachweislich unabdingbar um eine Behandlung und Betreuung sicherzustellen sowie die potentielle Einbeziehung Bedürftiger aus dem Regelvollzug. Bis dato gibt es hier keine institutionalisierten forensischen Ambulanzen im eigentlichen Sinne.
Die Versorgung wird über den Status der Ambulanz des Allgemeinpsychiatrischen Krankenhauses geregelt. Tatsächlich wurden in Bayern die anvisierten Bemühungen um Verbesserung der ambulanten Versorgung zu *Erlangen, Gabersee und Kaufbeuren* zwischenzeitlich umgesetzt. Zu den übrigen forensischen Einrichtungen in Bayern ergab sich einer als Umfrage gestalteten Querschnittsbefragung der Autorin *Nov./ Dez. 2000 / Jan. 2001* zufolge wenig Entwicklung in der ambulanten Versorgung. Bei einem erstaunlich hohen Anteil der Einrichtungen wurden immer noch erhebliche Versorgungsausstände zum stationären Bereich beklagt und, daß allein deshalb die Nachsorge hintan stünde.

- **Jüngere Entwicklungen zum Stand März 2001**

- Die ambulante Arbeit in *Lohr* wirkt jetzt als ´graue Ambulanz` mit dadurch deutlich weniger ambulanten § 64 StGB-Patienten. Für deren § 63 StGB Patienten jedoch wurde eine Wohngemeinschaft mit externen Trägern auf dem Klinikbereich lokalisiert, installiert.
- In den letzten zwei Jahren hat *Erlangen* seine Betreuung von Ambulanzpatienten um ein Vielfaches ausgeweitet und zwar auf einen, um ein Fünffaches erhöhten Bestand an Ambulanzpatienten.
- Zum Nov. 2000 und Feb. 2001 bestand die Regelung einer stundenweisen Abrechnung der Behandlungseinheiten mit den Krankenkassen und zzgl. der Fahrzeiten bis 1.5 Stunden. Seit Mitte März 2001 läuft eine Beteiligung als eines der –3- Projektmodelle Sicherheitsambulanzen der Bayerischen Staatsregierung und des Bayerischen Sozialministeriums mit einer, von der Landesregierung monatlichen Subvention von 250.00 DM je Fall.
- Des Weiteren hat die Klinik *Bayreuth* zu welcher zur initialen Untersuchung keine Angaben vorlagen, eine organisch gewachsene inzwischen gut etablierte Forensische Institutsambulanz etabliert. Diese Einrichtung gehört ebenfalls als ein Modell zum Projektversuch der Sicherungsambulanzen in Bayern.

- **Forensische Institutsambulanz des BKH Haar für nach § 63 StGB Untergebrachte mit Sexualstraftäterambulanz**

Die kleine Institutsambulanz für nach § 63 StGB untergebrachte forensische Patienten und darunter die Sexualstraftäterambulanz unter *Steinböck,* existiert offiziell seit April 1997 mit einer ´grauen Vorlaufzeit`. Seit 1998 werden 30 nach § 63 StGB untergebrachte Patienten und davon 5 Sexualstraftäter von der Forensischen Ambulanz des *BKH Haar* betreut. Die Ambulanz versteht sich als Nachsorgeambulanz; Bei der ambulant geführten Klientele handelte es sich ausschließlich um entlassene, vorher stationäre, Patienten des Hauses und keine Sexualstraftäter des Regelvollzuges resp. der Justizvollzugsanstalt. Alle geführten Ambulanzpatienten haben eine gerichtliche Auflage zur ambulanten Therapie.

- **Praktizierte und gewünschte als Erfordernis erkannte konzeptionelle Besonderheiten**

Unter Gesichtspunkten der Qualitätssicherung wird konzeptionell die Kontinuität zur Entlassungsstation und die Bereitschaft zur geregelten Supervision herausgestellt. Als wichtige Strategie, um sich problematisch zuspitzende krisenhafte Entwicklungen noch rechtzeitig begegnen zu können, wird – auch hier - herausgestellt die Raschheit des Zugriffs auf den Patienten, eine ausgewogene und integrierte Behandlungsführung und u. a. ein konstruktiver und kooperativer Bezug zur Strafvollstreckungskammer *(StVK)*. In solchen Fällen, in denen Auflagen nicht erfüllt wurden, wurde die, bis zum tatsächlichen Widerruf verstrichene, Zeit als zu lang empfunden. Insg. wurde ein, als ´pragmatisch` bezeichneter, eher multimodaler (sowohl tiefenpsychologisch als auch verhaltenstherapeutisch ausgerichtete Angebote) Ansatz vertreten. Die nötige Versorgung erfolgt zum größten Teil durch die Ambulanz selbst und in – einer allerdings reduzierter - Zusammenarbeit mit Niedergelassenen. Die Mitarbeitergruppe der Forensischen Ambulanz ist multiprofessionell ausgerichtet (Arzt, Psychologe, Sozialpädagoge). 1998 noch war eine halbe Stelle zur Nachbetreuung für entlassene, vormals nach § 63 StGB untergebrachte Patienten bereitgestellt worden. Nach einem einschneidenden personalen Wechsel in der Leitung der bayerischen Bezirke waren zwei 1998 (noch unter Ratzka) zugeteilte, halbe Stellen für Mitarbeiter der Ambulanz, wieder gestrichen. Eine initiale Initiative ´Arbeitskreis des Justizministeriums für Versorgung durch Niedergelassene` offenbarte sich allerdings trotz eines zuerst großen Andranges, bald dann doch eher als Fehlschlag. - Real zeigte sich kaum Resonanz und es kamen kaum Teilnahmen zustande *(persönliche Mitteilung Steinböck Dez. 1997 und Nov. 1998).*

Die Finanzierung erfolgt regulär über die Krankenkassen. Die Forensische Institutsambulanz rechnet über die zentrale Institutsambulanz des BKH und übergeordnet über den Bayerischen Institutsambulanzvertrag ab und dokumentiert nach den entsprechenden Kriterien der Institutsambulanz. Abrechnungen erfolgten zu den, im Kontext der forensischen Ambulanz erbrachten Leistungen als Institutsabrechnung. Dem Bayerischen Institutsambulanzvertrag zufolge können über den praktizierten Modus auch Hausbesuche abgerechnet werden. Das Praktizieren des derzeitigen Finanzierungsmodus ist so letztlich jedoch abhängig von der Kooperativität der Kassen.

In der ambulanten Betreuung der forensischen Patienten wird gegenüber den herkömmlichen Psychiatriepatienten ein Mehraufwand proklamiert, konzediert, praktiziert und herausgestellt. Entsprechend wurden vom Verband Bayerischer Bezirke die Überlegungen hinsichtlich der Installation eines Sicherheitszuschlages, anvisiert. Diesbezüglich angedacht sind ein Zuschlag von 20 % entweder als Sockelbetrag mit 20 % Aufschlag pro Ambulanz oder jede Einzelleistung Zuschlag 20 %.

Als entscheidender problematischer und hemmender Faktor im Hinblick auf die Installation des Konstruktes der ambulanten Ver- und Nachsorge werden seitens des Leiters dieser Ambulanz die Justizministerien gewertet.

Bis *März 2001* existierte nun zu *Haar* eine ´graue Ambulanz` mit 50 Patienten und Abrechnung über die Institutsambulanz der Allgemeinpsychiatrie und einem Arbeitsaufkommen für etwa 0.5 Stellen. Die direkte Betreuung erfolgte über drei Vollkraft-Therapeuten einer 18-Betten-Station. Genutzt wurde die bayerneigene Regelung des generell 14-tägigen Entlassungsurlaubes. Seit *Mitte März 2001* gilt nun das, von der Landesregierung mit je 250.00 DM pro Fall monatlich subventionierte, Modellprojekt der Sicherungsambulanz.

11.1 Zusammenfassende Bewertung zur Form der Institutionalisierten Forensischen Spezialambulanz

Eine derart spezialisierte Einrichtung kann als zentralisierte Angebots- und Versorgungsstruktur, Fachwissen, Konstanz und Kontinuum fachgerechter und adäquater Versorgungsleistungen mit diversen und differenzierten, qualitativ, frequentiell und in ihrem Anforderungsprofil abgestuften, Formen der Behandlung zusichern mit dem Ziel, einer, auf die Bedarfs- und Indikationslage des individuellen Falles abstimmbaren Behandlungsplanung. Die, für diesen Ansatz übliche enge Verflechtung mit der Herkunftsklinik, optimiert potentielle Versorgungsleistungen. Engpässen der Versorgung, wie durch erforderliche Krisenineterventionen oder kontingentale z. B. personale oder auch fachspezifische Defizite bzgl. Kompetenzen und Qualifikationen, kann unter Nutzung und Einbeziehung von Klinikressourcen - i. d. R. zwar nicht unbedingt vollständig, doch zumindest anteilig - kompensiert und damit immerhin begegnet werden. Ist der Institutsambulanz im Kostenplan ein eigener Personalschlüssel zugeteilt, so entlastet dieser Umstand entscheidend die klinikeigenen Ressourcen[1.] Außerdem entsteht damit die Möglichkeit, einer fundierten Struktur- und Personalentwicklung und dazu, ambulant eigene und spezifische fachliche und personale Kompetenzen zu entwickeln und das dahingehend neu gewonnene Erfahrungswissen, zu konservieren. Unter anderen Bedingungen können solche Strukturen klinikeigene Ressourcen jedoch erheblich zusätzlich belasten. Diese Versorgungsleistung mit gut ausgestalteten Angeboten zeigt außerdem dann Schwächen, wenn deren Einsatz überregional und außerdem mobil gefordert wird. Auch ergaben sich Hinweise darauf, daß vor dem Hintergrund des Bestandes eines, an sich optimierten eigenen Nachsorgeangebotes und einer derartigen Zentralisierung von Angebots- und Versorgungsstrukturen im Hinblick auf außerdem zusätzliche, Aufwendungen und Investitionen, wie bspw. gemeindenahe, um die Anbindung des Patienten an Versorgungssysteme der Entlaßregion im Detail zu fundieren, geringere motivationale Erfordernis bestand. Personale und zeitliche kontingentale Einschränkungen setzen bereits im Vorfeld der, mit solchen zusätzlichen Bemühungen einhergehenden, erheblichen Leistungserfordernissen, strukturell bedingte Grenzen.

[1] Gemeint sind die eigenen Ressourcen der Herkunftsklinik.

12 Exemplarische Abbildung weiterer weitestgehend gut organisierter ambulanter Behandlungsmodelle ohne offiziell eigenständigem Charakter 12-147
12.1 Anteil der Ambulanzpatienten sog. ´grauer` Ambulanzen zum jeweiligen Bestand an stationären MRVZ-Patienten der zugehörigen MRVZ-Einrichtung 12-147
12.2 Forensische Ambulanz Göttingen 12-147
12.3 Kaufbeuren 12-148
12.4 Regensburg 12-148
12.5 Berlin-Ost, Klinikum Berlin Buch 12-149
12.6 Zusammenfassende Bewertung zur Form ´grauer` Ambulanzen 12-150

12 Exemplarische Abbildung weiterer weitestgehend gut organisierter ambulanter Behandlungsmodelle ohne offiziell eigenständigem Charakter

Außerdem fanden sich einige gut organisierte ambulante Behandlungsmodelle ohne speziell unabhängige forensische, institutionalisierte oder gemeindenah wirkende Ambulatorien. Alle diese Einrichtungen arbeiteten eng mit den entsprechenden Ambulanzen der jeweils zuständigen psychiatrischen Herkunftsklinik zusammen. Sie bildeten eine untergeordnete Gruppe zur großen Kategorie solcher Kliniken, die, ohne eine eigenständige Forensische Institutsambulanz, ambulante Leistungen über und mit klinikeigenen Ressourcen bewerkstelligten. Im Kontext der vorliegenden Erhebung wurden 4 Einrichtungen dieser Subkategorie zugeordnet und werden im Folgenden in ihren speziellen Eigenheiten und informativen Rahmendaten kurz vorgestellt.

12.1 Anteil der Ambulanzpatienten sog. ´grauer` Ambulanzen zum jeweiligen Bestand an stationären MRVZ-Patienten der zugehörigen MRVZ-Einrichtung

Tab. 1: Anteiliger Bestand an Ambulanzpatienten sog. ´grauer` Ambulanzen bezugnehmend zum jeweiligen Bestand an stationären MRVZ-Patienten der zugehörigen MRVZ-Einrichtung

Anteiliger Bestand an Ambulanzpatienten sog. ´grauer` Ambulanzen bezugnehmend zum jeweiligen Bestand an stationären MRVZ-Patienten der zugehörigen MRVZ-Einrichtung					
Gut organisierte ambulante Versorgung ohne offizielle Forens. Institutsambulanz über Ressourcen der Psychiatrischen Klinik (´graue` forensische Ambulanz)	**Ambulanzpatienten**		**stationäre Patienten**	**Einweisungsgrundlage Anzahl (n) ambulante Patienten**	
Einrichtung	**Anzahl (n)**	**Anteil % Relation zu station. Pat.**	**Anzahl (n)**	**§ 63 StGB**	**§ 64 StGB**
Göttingen	25	36.23 %	069	x (25)	- - - -
Regensburg	10	19.23 %	052	x (09)	X (01)
Kaufbeuren	20	26.67 %	075	x (19)	X (01)
Berlin–Ost	10	14.49 %	069	x (08)	X (02)

12.2 Forensische Ambulanz *Göttingen*

- **Merkmalsstruktur der Klientele**

Die hier ambulant nachbetreuten Patienten konnten - eine Besonderheit für deutsche Einrichtungen dieser Art - außer MRVZ-Patienten ggfls. auch Personen aus dem regulären Strafvollzug sein. Keiner der Ambulanzpatienten war älter als 40 Jahre. Der ausbildungsbezogene Status der Ambulanzpatienten wurde als „unterschiedlich“ eingestuft. Die Schwere der Delikte der inzwischen ambulant geführten Patienten wurde auch hier als „im Durchschnitt eher geringfügig“ und i. d. R. von „eher mittelschwerem Ausmaß“ angegeben, wobei mit 80 % ein hoher Anteil an Sexualdelikten vorlag. Ein Viertel der Ambulanzpatienten boten ihren Eintrittsdiagnosen zufolge schizophrene Psychosen, die übrigen und damit der weitaus größte Anteil, Persönlichkeitsstörungen.

- **Strukturvorgaben**

In dem Bestreben, eine nachsorgende Behandlung anbieten zu können und in Ermangelung der, an sich anvisierten, offiziellen Forensischen Institutsambulanz, praktizierte die darin inzwischen erfahrene Einrichtung *Göttingen* bewußt diese Form der ambulanten Versorgung und Nachsorge Die Finanzierung der ambulanten Versorgung forensischer Patienten erfolgte über das KHS als ´Sonderbereich der Institutsambulanz` (´Grauzone zur Finanzierung der Personal- und Sachkosten`). Betreut wurden diese ambulanten Patienten von Mitarbeitern, die sowohl für forensische als auch allgemeinpsychiatrische Ambulanzpatienten zuständig waren.

➢ **Entwicklung zur Ambulanzsituation**

Zum initialen Stichtag standen n_s=69 stationäre nach § 63 StGB untergebrachte n_a=25 ambulante Patienten gegenüber. Bei seitdem wachsender Anzahl an nach § 63 StGB Untergebrachten reduzierte sich die Anzahl der ambulanten Patienten anteilig. Zum Januar 2001 standen n_s=75 stationären n_a=19 ambulante Patienten gegenüber. Das Ambulanzkonzept ist zwischenzeitlich etabliert und bewährt. Doch fehlen bis dato eigenständige Kostenstellen *(s. hierzu auch Abschnitt zu Personal in dieser Arbeit.)*

➢ **Konzeptionelle und Angebots- Struktur - bewährte Strategien, Schwerpunkte, Besonderheiten**

Die ersten beiden Jahre nach der Entlassung aus dem stationären Bereich wurden als ´Krisenzeit` und die Gefahr eines Bewährungswiderrufs ´innerhalb der ersten beiden Jahre als relativ hoch` eingestuft. Auch darin wurde die Erfordernis einer Ambulanz begründet und der Ambulanz dahingehend und generell präventive Funktionen zugeschrieben. Die ambulante Betreuung wurde insbesondere in den ersten Monaten nach der Entlassung besonders eng gestaltet. Prognostisch wurde das Persistieren deliktspezifischer Persönlichkeitszüge als äußerst problematisch gewertet. Für einen prospektiv günstigen ambulanten Behandlungsverlauf wurde - auch hier - die zentrale Bedeutung des sozialen Empfangsraumes hervorgehoben. Auswirkungen und Folgeschäden durch Hospitalisierungsprozesse wurden generell und insbesondere im Hinblick auf die ambulante Behandlungsführung problematisiert. Explizit thematisiert wurde die grundlegende Erfordernis patientenorientierter Strukturen und ´spezifischer Therapiebezüge` zum adäquaten therapeutischen Zu- und Umgang mit dieser Klientele im ambulanten Setting: Das Angebot an Sprechzeiten war dezidiert am Bedarf der Patienten ausgerichtet. Im Hinblick auf die ambulante Behandlungsplanung wurden die individuelle Ausgestaltung der Therapiepläne und zentrale Bedeutung der Beziehungsarbeit herausgestellt. Die Inhalte der ambulanten Behandlung wurden in weiten Teilen der einer ´Beziehungs-Therapie` gleichgesetzt. Die methodische Angebotsstruktur wurde überzeugt ´in der Tendenz integrativ` gestaltet. Zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung dieser Klientele wurde, den eigenen Ambulanzerfahrungen zufolge, eine klassisch orthodoxe analytische Therapie für nicht sinnvoll gehalten und daher auch nicht angeboten. Die ambulante psychotherapeutische Versorgung wurde als eine Kombination aus Techniken zur Alltagserprobung und den Patienten aufsuchenden, bzw. nachgehenden Maßnahmen [1] beschrieben und explizit die Erfordernis nötigenfalls auch aktiv intervenierender Maßnahmen betont. Als unabdingbare und häufigste ambulante therapeutische Programminhalte wurden die Entwicklung von Copingmechanismen und zur Prävention von Gewalttaten, der Aufbau von Hemmungsfaktoren benannt.

Enge Zusammenarbeit mit der offenen Station der MRVZ-Anstalt *Göttingen*

Diese Form der ambulanten Nachbetreuung entlassener Patienten ist auch ein Bestandteil des Therapiekonzeptes der offenen Rehabilitationsstation der *MRVZ-Anstalt Göttingen* selbst. Diese betreute etwa die Hälfte (zum Stand April 1996 45 % seit Jan. 1993) aus aller der Forensischen Abteilung entlassenen Patienten ambulant, wobei der Anteil ambulant behandelten Patienten an den zum Raum *Göttingen* Entlassenen noch höher ist. (Allerdings waren hierfür noch nicht alle finanziellen und rechtlichen Rahmenbedingungen geschaffen.)

12.3 Kaufbeuren

Die Ambulanz der Klinik *Kaufbeuren* war ausgewiesenermaßen direkt auch für die forensischen Patienten zuständig - eine Regelung mit Tradition, wobei ein ambulantes Behandlungsangebot für die forensische Klientele bereits seit 1981 und die aktuellste Ausgestaltung eines organisierten ambulanten Behandlungsangebotes seit 1990 vorlag. In ihren praktizierten konzeptionellen ambulanten therapeutischen Zugangsformen entsprach diese Einrichtung den bereits o. g.. Die Einrichtung führte außer einem [2] ansonsten alle vordem nach § 63 StGB untergebrachte (n_a=20) ambulante Patienten mit Hilfe des multiprofessionellen Mitarbeiterstabes der allgemeinpsychiatrischen Ambulanz [3].

12.4 Regensburg

Es handelt sich hier um eine gut eingeführte und organisierte ambulante Versorgung, die v. a. über die Anbindung an die allgemeinpsychiatrische Ambulanz realisiert wird (10 ambulante Patienten). Zu dieser lag ein psychotherapeutisches Behandlungsangebot vor, welches laut Operationalisierung der Einrichtung, vornehmlich i. S. einer stützenden Psychotherapie und als Hilfe zur ambulanten Resozialisierung wirkt, doch keine systematische Psychotherapie im engeren Sinne darstelle, welche i. Ü. dann auch einen eigenen Kostenfaktor bilden würde und extra abgerechnet werden müßte. Mit einer Ausnahme (§ 64 StGB) waren ansonsten alle stationäre Patienten (n_s=52) nach § 63 StGB untergebracht gewesen.

[1] Die Patienten wollten den therapeutischen Kontakt - aber der Therapeut müsse ggfls. auch „hinterherlaufen können".
[2] Nur 1 Ambulanzpatient war vordem nach § 64 StGB eingewiesen worden.
[3] Zum Erhebungszeitraum: 4ärztliche Psychotherapeuten, 1Psychologe, 2Sozialarbeiter, 1Pfleger bzw. vordem: 2 Psychiater, 2 Psychologen.

12.5 Berlin-Ost, Klinikum Berlin Buch [4]

➢ Strukturvorgaben und zum besonderen strukturellen Hintergrund des Klinikums Berlin Buch

Die *Psychiatrische Klinik Berlin-Buch* erhielt Ende der 70er Jahre als eine von wenigen Kliniken der ehemaligen DDR, eine Spezialisierung als schwerpunktmäßig forensisch-psychiatrische Einrichtung. Diese Spezialisierung war mithin auch Grund dafür, daß die Klinik nach dem 03.10.90 als MRVZ-Einrichtung in den Vollstreckungsplan des Landes Berlin aufgenommen wurde. Die Forensische Klinik verfügte damals über eine sehr gut ausgerichtete institutionalisierte forensische Spezialambulanz. Obschon die vormalige offizielle forensische Nachsorgeambulanz im Zuge der, mit der politischen Wende einhergehenden, Umstrukturierungen aufgelöst worden war und daher die derzeitige ambulante Versorgung im Hinblick auf Patientenzahl und Angebotsstruktur dezimiert und auch das Angebot in seinem Umfang und seinen Möglichkeiten reduziert erfolgte, waren zum Untersuchungszeitpunkt aufgrund der positiven Vorerfahrungen, überkommene und bewährte Vorgehensweisen und Formen der früheren ambulanten therapeutischen Versorgung in ihren Grundlagen möglichst noch aufrechterhalten worden. Unsicher war allerdings, wie lange noch dieser -inoffizielle- Status gehalten werden könne und „dringend" eine offizielle Forensische Institutsambulanz gefordert worden. In Relation zum Stand der Versorgung noch vor dem historischen Umbruch wurden die derzeitigen Möglichkeiten ambulanter Betreuung und therapeutischer Nachsorge dezidiert als deutlich schlechter bewertet und im Hinblick auf den eigentlichen Bedarf als ´unzulänglich` eingestuft.

➢ Merkmalstruktur der Klientele - Patientenmerkmale

Die Anzahl der ambulanten Patienten betrug n_a=10, wobei 8 vormals nach § 63 und 2 nach § 64 StGB, eingewiesen worden waren. Von den, 1992 aus der Maßregel entlassenen, 6 Patienten waren davon 5 (83.3 %) der institutseigenen ambulanten forensischen Nachsorge übermittelt und 1 (16.7 %) ohne ambulante Nachsorge entlassen worden. Die Hälfte der 10 ambulanten Patienten (n_a=5 / 50 %) führten so eine Psychotherapie weiter. 42.03 % (29) der stationären MRVZ-Patienten (n_s=69) erhielten stationäre Psychotherapie. Im Hinblick auf die Diagnose- und Deliktverteilung fanden sich zur Gruppe der Ambulanzpatienten zu 80 % Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, zu 20 % - vormalig nach § 64 StGB untergebrachte - Suchtpatienten und zu den Delikten mit 60 % überwiegend Sexualdelikte ohne Vergewaltigung, ansonsten 20 % Körperverletzung und zu je 10 % Vergewaltigung bzw. Brandstiftungen. Zu Geschlecht und Alter lagen zu den ambulanten Patienten keine Angaben vor. Die Kostenregelung für Entlassene erfolgte mangels Vorgabe für jeden Patienten einzeln.

➢ Einschätzung ambulanter Nachsorge dieser urbanen Region für vordem nach § 64 StGB eingewiesene Patienten

Nach persönlicher Einschätzung der, auch für die ambulante Betreuung zuständigen Psychotherapeutin, habe sich hier zum Klientele der nach § 64 StGB eingewiesenen Patienten herausgestellt, daß *„ambulante Therapie als Programm nicht so sinnvoll"* sei, v. a., da *„in Berlin für Suchtpatienten ein, an sich gutes Angebot zur komplementären Nachsorge"* existiere.

➢ Erste Entwicklungen zu den Belegzahlen an MRVZ-Patienten nach der Wende

Zur Entwicklung der Belegzahlen an MRVZ-Patienten seit 03.10.90 verwiesen die Zahlen der eigenen Untersuchung auf eine, ähnlich dann auch von *Lammel (1993b: 102)* bezeichnete, Tendenz: In *Berlin-Buch* war es zum Zeitraum seit der Rechtsumstellung vom 03.10.1990 (n=29) bis zum 01.01.93 insg. bereits zu einer Erhöhung der Anzahl der MRVZ-Patienten um 237 % gekommen. [5] Diese Entwicklung bestätigte eine, sich abzeichnende Zunahme an Einweisungen und Unterbringungen nach §§ 63 und 64 StGB und damit auch die Einschätzung des damaligen ärztlichen Direktors der Klinik *(Lammel)*, daß *„über Alternativen und Kapazitätserweiterungen in der klinischen forensisch-psychiatrischen Versorgung nachgedacht werden muß" (vgl.: Lammel 1993b: 102).* [6]

---

[4] *Berlin Buch, Karowerstr. 11*

[5] Die Prognose des ehemaligen ärztlichen *Direktors der Klinik, Dr. Lammel*, die 70 Betten der, dann neugebauten forensisch-psychiatrischen Klinik am gleichen Standort, seien im Frühjahr 93 belegt *(Lammel 1993b: 102)*, wurde bereits mit der zum 01.01.93 festgestellten Anzahl von n=69 Patienten erreicht.

[6] **Exkurs zur Rechtslage:** Am Tag der deutschen Vereinigung wurde auf dem Gebiet der ehemaligen DDR der MRVZ wieder eingeführt (´Rechtsumstellung). In *Berlin-Ost* galt als Besonderheit mit der Bundesgesetzgebung zugleich auch neues Länderrecht. Aus diesem Grunde war es sofort erforderlich, die Rechtsverhältnisse der nach der vormaligen Regelung nach § 11 des ehemaligen ostdeutschen EinwG eingewiesenen Patienten umzugestalten bzw. anzupassen. Für diese Patienten galt, daß unabhängig vom Einweisungsmodus nach der Einweisungsentscheidung die Zuständigkeit strafrechtlicher bzw. strafprozessualer Bestimmungen endete. Sozialrechtlich war der Patient während der Einweisung jedem anderen Krankenhauspatienten gleichgestellt. Das Gesetz über die Einweisung psychisch Kranker in der DDR wurde für alle Unterbringungsangelegenheiten als gültig angesehen. Daher mußte nach 03.10.90 nach bundesdeutschem Recht differenziert werden, ob die bisherige Einweisungsform als zivilrechtliche, öffentlich-rechtliche oder strafrechtliche Einweisungs- und Betreuungsform fortzuschreiben war. Per Beschluß der Strafvollstreckungskammer ergab sich infolge eines *„diskussionsarm und wenig theoretisch fundierten" (Lammel 1993b: 101)* Entscheidungsprozesses, daß von den Einweisungen gemäß § 11 EinwG der DDR, die Patienten je nach Zuteilung nach § 63 oder § 64 StGB untergebracht wurden.

➢ **Resümee**

An diesem Beispiel zur Entwicklung einer Einrichtung der neuen Bundesländer bildeten sich die mit der Umstrukturierung allgemein einhergehenden Probleme ab. Zu dieser Einrichtung hatten vor der Wende eine gut organisierte Form der Nachsorge und therapeutischen Begleitung nach der Entlassung bestanden. Nachdem im Zuge der Umstrukturierung die, vordem offizielle Ambulanz abgeschafft werden mußte, zeigten sich die, in die Thematik involvierten bzw. mit dem bestehenden Bedarf konfrontierten, Therapeuten bemüht, die, auf bewährte Erfahrungen und Strukturen gründende Formen der Nachsorge, nicht völlig aufzulösen. Zum Erhebungszeitpunkt profitierte das Behandlungsangebot und der therapeutische Zugang -noch- von den langjährigen Vorerfahrungen. Dem entgegen standen behördlicherseits initiierte Auflösungsbestrebungen überkommener Strukturen vorherig praktizierter Formen organisierter Nachsorge und die, damit verbundenen, strukturellen Determinanten. Mit diesem Prozeß einher ging eine erhebliche kräftezehrende Unsicherheit seitens aller professionell in die stationäre und nachsorgende Behandlungsplanung forensischer Patienten involvierten Fachkräfte. Zum Zeitpunkt der Fertigstellung dieser Arbeit war allerdings zumindest bekannt, daß seitens der Klinikleitung überzeugte Bestrebungen vorlagen, eine Forensische Institutsambulanz mit offiziellem Charakter und Anerkennung der ambulanten Leistungen als Kassenleistungen, zu erwirken. Dem gegenüber standen allerdings -noch- gegenläufige Bestrebungen der Behörden.

12.6 Zusammenfassende Bewertung zur Form ´grauer` Ambulanzen

Aus der Kategorie ambulanter Behandlungsformen ohne unabhängige forensische institutionalisierte oder gemeindenahe Ambulatorien wünschten fast alle Einrichtungen der Stichprobe (außer zweien) dringlich den offiziellen Status einer Forensischen Ambulanz.

Eine Subkategorie bildeten einige gut organisierte ambulante Behandlungsmodelle ohne eigenständig ausgewiesene Forensische Institutsambulanz, die ihre ambulanten Leistungen durch klinikeigene Ressourcen bewerkstelligten und darüber den dringlichsten Bedarf abdecken konnten. Vor dem Hintergrund angestrebter struktureller und prozessualer Veränderungen und Implementierung einer regulären forensischen Ambulanz mit den erforderlichen kontingentalen und kostentechnischen Zuschreibungen, schien die Konsolidierung einer ´grauen Ambulanz unter struktur- und gesundheitspolitischen Gesichtspunkten als Zwischenlösung resp. Erprobung bedingt tragbar, sofern die Behandlung der forensischen Patienten nicht zu Lasten der Aufgaben der allgemeinpsychiatrischen Ambulanz ging und deren Kapazitäten eine adäquate Behandlung der forensischen Klientele sichern konnten. Vorausgesetzt die, mit der Allgemeinambulanz getroffenen, Vereinbarungen zur Mitbehandlung der forensischen Klientele können unter den verschiedensten Gesichtspunkten (personell, qualifikatorisch, zeitlich) geleistet werden, hat auch dieser Zugang seine Vorteile, indem einer potentiellen Ausgrenzung oder Stigmatisierung der forensischen Klientele kein Vorschub geleistet wird. Eine defizitäre Form der Versorgung impliziert Risiken. Das Fehlen einer eigenständigen offiziellen Forensischen Ambulanz kann Mißstände aufrechterhalten und bedingen. Dabei besteht die Gefahr der Aufrechterhaltung einer per se unguten Versorgungssituation ohne tatsächliche Veränderungsmöglichkeiten, veränderungswirksamen Leidensdruck sondern mit der riskanten Adaptation weitere Festschreibungen an sich nachteiliger Gegebenheiten. Über diese Negativspirale und dem risikohaften Tolerieren struktureller Unzulänglichkeiten werden daneben auch andere Systeme der Gesundheitsversorgung und des justizialen Systems belastet.

13 Gemeindenaher Ansatz – Modellprojekte des Bundes, besondere Zugangsformen als Konsiliar- und Liaisondienste, konzeptionelle und strukturelle Schwerpunkte, Erfahrungen und Entwicklungen 13-152
13.1 Stichprobe und Erfassungsmodus 13-152
13.1.1 Darstellung der Stichprobe 13-152
13.1.2 Struktureller Hintergrund und Besonderheiten zum Erfassungsmodus 13-153
13.2 Strukturelle Entwicklungen der Modellprojekte 13-154
13.3 Projektvorhaben 13-154
13.4 Zentrale Grundsätze in der Rehabilitations- und Nachsorgepraxis - konzeptionelle und strukturelle betreuungs- und behandlungsbezogene Schwerpunkte 13-155
13.4.1 Übersicht 13-155
13.4.2 Strukturbezogene Maßnahmen 13-156
13.4.2.1 Vermeiden von Stigmatisierung und Ausgrenzung 13-156
13.4.2.2 Erschließen bereits bestehender und Vernetzen vorhandener regionaler Ressourcen 13-156
13.4.2.3 Differenzierter Zugang in der Wahl der Herkunftsregion als Entlaßregion 13-156
13.4.2.4 Begleitung zur Integration bis zur ersten Anbindung in der Region 13-156
13.4.2.6 Case-Management zum Einzelfall 13-156
13.4.3 Spezifische Maßnahmen und konzeptionelle Besonderheiten zur strukturellen Vernetzung der Angebote der Region und Kooperation mit extramuralen Einrichtungen 13-157
13.4.3.1 Realitätsgerechte den aktuellen Stand und potentielle Erschwernisse berücksichtigende Übergabe 13-157
13.4.3.2 Aufarbeitung des Problembestandes an - oft negativen - Vorerfahrungen zur Klientele und deren Betreuung (´Altlasten`) 13-157
13.4.3.3 Fundierter fachforensischer Ausbildungs- und Wissensstand für professional in die Behandlung Eingebundene 13-157
13.4.3.4 Fachforensische Unterstützung eines organisierten Netzwerkes professioneller Helfer 13-157
13.4.3.5 Etablierung von Kooperationsstrukturen auf diversen Ebenen 13-158
13.4.3.6 Einrichtung von ´Gemeindepsychiatriegesprächen` 13-158
13.4.3.7 Kontinuität der professionalen Betreuung und Maßnahmen dazu 13-158
13.4.3.7.1 Etablierung von Arbeitsbündnissen mit außerdem möglichst langfristiger Kontinuität gegenüber u. a. den betreuenden Diensten / Bewährungshilfe/ Führungsaufsicht 13-158
13.4.4 Unabdingbare Vorgaben und spezifische - therapeutisch relevante - konzeptionelle Zu- und Umgangsformen für eine angemessene ambulante Versorgung 13-158
13.4.4.1 Transfer und Bereitstellung von forensischem Fachwissen 13-158
13.4.4.2 Verfügbarkeit forensisch qualifizierter bzw. qualifizierender Dienste zum Zwecke der Qualifikaton, Beratung, Supervision und Krisenintervention 13-159
13.4.4.2.1 Sicherstellen von Präsenz und einer gewissen Fürsorge 13-159
13.4.4.2.2 Zusicherung von Beratungs- sowie speziellen Kriseninterventionsangeboten 13-159
13.4.4.3 Gut vorbereiteter sozialer Empfangsraum 13-159
13.4.4.4 Berücksichtigung personaler Konstanz 13-159
13.4.4.5 Anschluß an aktuellen und realen diagnostisch gesicherten Behandlungsstand 13-159
13.4.4.6 Übergang vom intra- zum extramuralen Setting als per se vulnerable Phase, gezielt geplante, im Anforderungsprofil individuell und im Verlauf phasenhaft gestaltete Periode 13-159
13.4.4.7 Einsatz und Installation gezielt konstruierter Instrumentarien - Gremium der ´Helferkonferenz` als ein zentrales Instrument für Aufbau und Vernetzung der verschiedenen Hilfen und Trägereinrichtungen und zur Steuerung des Rehabilitationsverlaufes 13-160
13.4.5 Exemplarische Abhandlung konzeptioneller Schwerpunkte der jeweiligen Modelle 13-161
13.4.5.1 Verschiedene Lösungen zur Bewältigung des Problems regionaler Versorgungsdistanzen 13-161
13.4.5.1.1 Heimatnähe 13-161
13.4.5.1.2 Mobile forensische Ambulanz 13-162
13.4.5.2 Zum Umgang mit dem Dezentralisierungsproblem 13-162
13.4.5.2.1 Kleinere vernetzte Außenstationen mit der forensischen Ambulanz als Zentrale 13-162
13.4.5.2.2 Sektorisierung 13-162
13.4.5.3 Wohngruppen 13-162
13.4.6 Behandlungsbezogene Befunde einzelner der Modelleinrichtungen 13-162
13.4.7 Relevanz externaler problematischer Einflußgrößen und Strukturdeterminanten des hintergründigen Versorgungssystems - Beispiele 13-163
13.4.7.1 Moringen 13-163
13.4.7.2 Stralsund 13-163
13.5 Weiterhin bestehende Versorgungsprobleme, Hindernisse und Grenzen einer, zwischenzeitlich optimierten, Rehabilitations- und Nachsorgepraxis - zusammenfassender Überblick, kritische Bewertung und Diskussion zentraler Aspekte 13-164
13.6 Projektfolgezeit 13-167
13.6.1 Erkenntnisse und Entwicklungen zu konzeptionellen Inhalten und Zielvorgaben - Gemeinsamkeiten und Angleichungen 13-167
13.6.2 Umsetzung und Fortführung der Projekterkenntnisse 13-168
13.6.3 Erhalten grundlegender ambulanter Versorgungsstrukturen durch hausinterne Umwidmung von Mitteln 13-168
13.6.4 Problem der kostenmäßigen Zuständigkeit ambulanter Behandlung 13-168
13.6.5 Kreativität, Flexibilität, ggfls. Entwicklung auch unkonventioneller Problemlösungen 13-168
13.6.6 Relevante Vorgaben an hintergründigem Strukturgeschehen und strukturpolitischen Fortentwicklungen 13-169

14 Den Modellerprobungen folgende und übergreifende Weiterentwicklungen 14-169
14.1 Zeitlich versetzt erneute Bedarfsformulierung und Bestrebungen um Ressourcenaquirierungen bei hintergründigen Vorerfahrungen und Ressourcen 14-169
14.1.1 Mobile Ambulanz Düren 14-169
14.1.2 Ambulanzprojekte WZFP / Klinik Lippstadt Eickelborn – Fortgang im Verlauf und kontemporäre Entwicklungen 14-171
14.2 Zusammenfassende Bewertung der Erkenntnisse, Erfordernisse und Grenzen der erprobten Modelle gemeindenaher ambulanter Versorgung 14-172
14.2.1 Resümee an positiven Erfahrungen der Modellerprobungen 14-172
14.2.2 Ziele und Aufgaben der gemeindenahen deutschen Modellprojekte 14-172
14.2.3 Entwickelte Effizienzkriterien 14-173
14.2.3.1 Behandlungsbezogene Gesichtspunkte 14-173
14.2.3.2 Prospektiv zu gestaltende Versorgungsstrukturen – Erkenntnisse und Richtlinien zur Implementierung der Projektziele und Berücksichtigung einhergehender Hindernisse und Problemgrößen 14-175
14.2.3.3 Entwicklung und Einsatz fachspezifisch, forensisch-psychiatrisch, qualifizierender und qualifizierter Dienste 14-175
14.2.3.4 Berücksichtigen der Vielschichtigkeit und Komplexität forensisch psychiatrischer Störungsbilder im Profil einer adäquaten Versorgung 14-175
14.2.3.5 Grundlegende Kriterien zur adäquaten Behandlung psychisch kranker Straftäter und klassisch psychiatrischer Störungsbilder 14-175
14.2.3.6 Entwicklung kreativer alternativer Lösungsformen in Versorgungs- und Finanzierungsmodellen - u. a. Kooperationsmodelle, Mischfinanzierungen, Ausgleichsfinanzierung, Aufwandshonorierung 14-176
14.2.4 Anteilige Diskussion dieser Form der Versorgung zu anderen Ambulanzformen 14-176
14.2.5 Anteilige Entsprechungen in anderweitigen internationalen und speziell angloamerikanischen Befunden zum Ansatz der gemeindenahen und ambulanten therapeutischen Nach- und Versorgung psychisch kranker Straftäter 14-177
14.3 Andernteils vielerorts strukturpolitisch rückläufige und anteilig auch ressentime Tendenzen 14-177
14.4 Ambulante Versorgungsbestrebungen bei hintergründig drängender Bedarfsentwicklung, Anknüpfungen an, Wiederaufnahmen und Fortschreibungen von Anteilen aus dem Gedankengut erprobter Nachsorgemodelle und Bündeln von Erfahrungswissen über geregelten interdisziplinären überregionalen Erfahrungsaustausch und darauf basierende Weiterentwicklungen 14-177
15 Angetroffenes Bewußtsein um Erfordernis spezifischer Nachsorge forensischer Patienten über eine dahingehende Befragung der Sozialministerien sowohl der alten als auch der neuen Bundesländer 15-178

13 Gemeindenaher Ansatz – Modellprojekte des Bundes, besondere Zugangsformen als Konsiliar- und Liaisondienste, konzeptionelle und strukturelle Schwerpunkte, Erfahrungen und Entwicklungen

13.1 Stichprobe und Erfassungsmodus

13.1.1 Darstellung der Stichprobe

Die Kliniken *Düren, Moringen, Lippstadt Eickelborn, Stralsund* repräsentierten zum Zeitpunkt der Untersuchung zusammen n_s=808 stationäre MRVZ-Patienten und n_a=94 ambulante forensische Patienten. Über diese vier Einrichtungen waren, bezogen auf die, in die Untersuchung insg. eingebrachten -38- forensischen Kliniken, 10.53 % der Einrichtungen sowie 23.69 % aller, insg. über die vorliegende Erhebung erfaßten, stationären MRVZ-Patienten und 22.65 % aller, im Gesamten erhobenen, ambulanten forensisch psychiatrischen Patienten, vertreten gewesen. Bezugnehmend auf die, der, zu ihrer ambulanten Behandlungsführung kategorisierten – n=33 - forensischen Kliniken, betrug der Anteil der Modelleinrichtungen 12.10 % mit 26.11 % aller, zu ihrer ambulanten Behandlungsführung kategorisierten, stationären und 18.60 % an ambulanten, forensisch psychiatrischen Patienten. Dabei handelte es sich um folgende forensische Einrichtungen: *´Lippstadt-Eickelborn` (NRW)* mit sowohl nach § 63 StGB als auch § 64 StGB untergebrachten [1], $n_s$=320 stationären und zum damaligen Zeitpunkt $n_a$=14 ambulanten, forensisch psychiatrischen Patienten, weiter *´Düren` (Abteilung Forensik) (NRW)* mit ausschließlich nach § 63 StGB untergebrachten n_s=132 stationären und n_a=20 ambulanten forensisch psychiatrischen Patienten, *´Moringen` (Niedersachsen)* mit, nach § 63 StGB untergebrachten, $n_s$=300 stationären [2] und $n_a$=25 ambulanten forensischen Patienten und schließlich zu den neuen deutschen Bundesländern *´Stralsund` (Mecklenburg Vorpommern)* mit sowohl anteilig nach § 63 StGB als auch § 64 StGB untergebrachten, n_s=56 stationären [3] und n_a=15 ambulanten forensischen Patienten.

[1] mit n_s= 52 nach § 64 und n_s=268 nach § 63 StGB untergebrachten stationären MRVZ-Patienten
[2] mit n_s= 20 nach § 64 und n_s=270 nach § 63 StGB untergebrachten stationären MRVZ-Patienten
[3] mit n_s= 25 nach § 64 und n_s=031 nach § 63 StGB untergebrachten stationären MRVZ-Patienten

13.1.2 Struktureller Hintergrund und Besonderheiten zum Erfassungsmodus

Die, mit Konsiliar- und Liaisondiensten ausgestatteten, forensischen Kliniken, repräsentierten Modellprojekte im ´Modellverbund Psychiatrie des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG)` mit Projektschwerpunkt ´Rehabilitation und Nachsorge in der forensischen Psychiatrie` mit der Aufgabe, neue Versorgungskonzepte zur - auch ambulanten - Nachsorge forensisch psychiatrischer Patienten, zu erproben.
Allerdings unterlagen diese Einrichtungen im Hinblick auf die Weitergabe ihrer Daten zum Zeitraum der vorliegenden Stichtagsuntersuchung und bis zur offiziellen Beendigung der Modellvorhaben erheblichen Einschränkungen zu Bereichen, die diesen Forschungsauftrag zum Gegenstand hatten. Betroffen davon waren v. a. quantitativ registrier- bzw. meßbare Daten (wie bspw. zur Diagnose- und Deliktzuordnung) sowie spezifische Detailgebiete und dazu anteilig auch qualitativ erfaßbare Angaben, wie Erfahrungswerte im Rahmen des Modellauftrages und dabei v. a. auch solche, die, die Themenbereiche, wie Rückfallgeschehen, therapeutischen Zugangsformen, Prozeß und Verlauf der Wiedereingliederung, Planung und Durchführung ambulanter Behandlungsverläufe berührten. Über den initialen Einsatz des o. g. Fragebogens als Erhebungsinstrument und dabei insb. dessen qualitativem Erhebungsmodus, konnten erste Informationen zu zentralen konzeptionellen Strukturen der rehabilitativen und insbesondere ambulanten Nachsorgeprojekten für forensisch-psychiatrische Patienten, in Erfahrung gebracht werden.
Trotz der, zu den Einrichtungen zum Stichtag der Untersuchung und allgemein zum Erhebungszeitraum vorliegenden Erschwernisse bzgl. der Informationsvermittlung war so ein globaler Überblick und eine allgemeine Orientierung möglich.
Um ein zutreffendes, gesichertes und dabei möglichst konkretes Bild von der Arbeitsweise der Institutionen erhalten und fundiert weiter vermitteln zu können, besuchte die Autorin zwei dieser Modelleinrichtungen persönlich: Die forensischen Einrichtungen wurden zeitlich versetzt und *Lippstadt Eickelborn Anfang 1994, erneut 1997, Juni 2000 und zuletzt März 2001*und das *LKH Moringen* im *Januar 1995* besucht. In Absprache mit den Modelleinrichtungen waren diese nach Ablauf ihrer Projektzeiten erneut befragt worden. Dazu war ihnen, eine, die Gegebenheiten ambulanter Angebotsstrukturen berücksichtigende, Ausführung des initialen Fragebogens zugesandt worden: Das Procedere berücksichtigte den durch die Originalerhebung nun bekannten Modellstatus der Projekte und deren Verbindlichkeiten bzgl. der Weitergabe projektbezogener Daten. Die Institutionen waren durch die Konsolidierung der Nachprojektphase und damit einhergehenden Evaluationen und Überprüfungen in ihren Kapazitäten an sich maximal strapaziert. Diese Gegebenheiten galt es zu berücksichtigen. Entsprechend wurden bestimmte Maßnahmen eingesetzt, um die Akzeptanz der Nach- Befragung zu optimieren. Über persönliche Kontakte, Besuche und aufeinander aufbauende und nachfragende Telefonkontakte konnte ein Verständnis für die Untersuchungsziele und Motivation zur Mitarbeit erreicht und gehalten werden. Des Weiteren wurden zeitlich versetzt - erste - Ergebnisse der Untersuchungen Mitarbeitern von zwei der Einrichtung in einem Plenum vor- und deren Erfahrungen einander gegenübergestellt.
Nachdem sicher von bestehenden, organisierten ambulanten Behandlungs- und Angebotsstruktur auszugehen war, wurde der originale Itemkatalog um die, dies abfragenden, dadurch dann überflüssig gewordenen, Items reduziert. Und es wurde den von den Projekten praktizierten spezifischen Formen der Wiedereingliederung mittels offenem qualitativen Zugang und über die Vertiefung entsprechender Items zur Frage nach den Besonderheiten der Zugangsformen, Rechnung getragen.
Nachfragen erfolgten i. d. R. telefonisch. Noch offene Themen waren anteilig außerdem zu gezielt vereinbarten Arbeitstreffen (bspw. anläßlich zeitnaher und gemeinsamer Fachtagungen) mit Ambulanzexperten der Einrichtungen aufgegriffen und näher behandelt worden. Über diese Maßnahmen und die Art der Datenerfassung konnten der noch unvollständige Informations- und Wissensstand aus dem initialen Befragungsgang zu einer Vielzahl an noch offenen Fragen mit vordem oft erst bruchstückhafte Angaben zufriedenstellend ergänzt, v. a. bzgl. der qualitativ erfragten Inhalte fundiert und deren Informationsgehalt und Aussagekraft sinnvoll verbessert werden. [4]
Aufgrund des Modellstatus der Projekte war mit den besagten Kliniken vereinbart worden, daß dann, wenn dies für die Einrichtungen vertretbar sei (i. d. R. nach Beendigung der Projektlaufzeit), der Autorin ausstehende relevante Daten / Informationen zur praktizierten ambulanten Nachsorge verfügbar gemacht würden, was letztlich überwiegend zu Bereichen erfolgte, die dann auch in den Projektberichten behandelt wurden.
Derartige, anteilig auch retrospektiv, rekrutierte Informationen waren als solche entsprechend ausgewiesen, jeweils zu den dazugehörigen Fragestellungen in die vorliegende Untersuchung eingebracht worden.

[4] Im Zuge dieser Zusammenarbeit war seitens der Autorin speziell zu diesen Projektmodellen eine Folgeerhebung mit einem eigenständigen Befragungsinstrument entwickelt worden, das die Erfahrungen der bisher praktizierten, ambulanten Versorgung der Modellprojekte berücksichtigte und speziell abzielte auf Fragen nach Rückfälligkeit, krisenhaften und andernteils günstigen rehabilitativen Therapieverläufen und letztlich darauf entsprechende Effektivitätskriterien zu finden. Die geplante Studie war zudem gezielt auch darauf ausgerichtet gewesen, die so erhobenen Befunde vergleichend zum vorausgegangenen Status der Nichtversorgung, statistisch evaluieren zu können. Die Intention dieser prospektiv geplanten Befragung war im weiteren Verlauf in ihren Inhalten den betreffenden Einrichtungen vorgestellt und von diesen unter Zusicherung der potentiellen Bereitschaft zur Kooperation und Datenweitergabe, interessiert aufgenommen worden. Von einem der Projekte war infolge der, mit dem Projektstatus einhergehenden, Auflagen zur Verlaufsdokumentation eine solche zum Verlauf und Aufkommen krisenhafter Entwicklungen initiiert worden. Im Folgekontext dieser Erhebung und der, damit einhergehenden, Kontakte wurden dahingehend zeitgerechte Erkenntnisse zur Verfügung gestellt. Aufgrund der Nichtfortführung der Modelle, der damit verbundenen veränderten Strukturvorgaben und erheblichen kapazitativen Engpässe, konnte das o.g. Vorhaben zur geplanten Form –noch- nicht realisiert werden.

13.2 Strukturelle Entwicklungen der Modellprojekte

Die Modellvorhaben, welche sich mit einer alternativen und neuen Wiedereingliederungspraxis ehemaliger MRVZ-Patienten befassen sollten, liefen, mit Ausnahme des Anschlußprojektes *Stralsund* , bis Anfang 1994. Während dieser Zeit existierte ein Arbeitskreis ´Forensik`, dem bereits auch die Klinik *Stralsund* während der Konzeptbildungsphase ihres Nachsorgeprojektes angehörte, der dem fachlichen Austausch aller beteiligten Einrichtungen und auch über die dort präsentierten Erfahrungen und konzeptionellen Entwicklungen, Einfluß auf die Projektzielsetzungen des Modellvorhabens *Stralsund* nahm.

13.3 Projektvorhaben

Unter Bezugnahme auf die Ziele und Aufgaben des MRVZ, denen zufolge der Rehabilitationsaspekt im Kontext der Behandlungsplanung von MRVZ-Patienten nicht nur überhaupt sondern möglichst frühzeitig und optimal bereits seit Beginn des Behandlungsprozesses, zu berücksichtigen war, war übereinstimmend von allen Modelleinrichtungen beklagt worden, daß in der Praxis ein solches behandlungsbezogenes Verständnis bislang unzureichend anzutreffen und kaum bzw. oft zu wenig extramural orientiert sei. Im Hinblick auf eine adäquate Rehabilitation und Nachsorge psychisch kranker Straftäter forderten alle Modellprojekte einheitlich die Schaffung einer eigenständigen Konzeptbildung und Entwicklung extramural ausgerichteter, fachlich definierter, ambulanter Nachsorge- und Therapieeinheiten. Konzeptionell und strukturell verfolgten die Projektmodelle in ihrer Arbeit primär einen gemeindenahen Zugang. Vor dem Hintergrund übergreifend gemeinsam praktizierter Grundsätze, erprobten die Modellvorhaben außerdem jeweils schwerpunktmäßig unterschiedliche strukturelle konzeptionelle und behandlungsbezogene Zugangsformen. Neben sozialpolitischen und ökonomisch ausgerichteten Interessen, determinierten versorgungsorientierte sowie therapeutische und dabei auch medizinisch psychiatrische bzw. psychotherapeutische Gesichtspunkte die Vorgehensweisen und konzeptionellen Ansätze der ambulanten Versorgungsmodelle.

Tab. 1: Modellprojektvorhaben

Modellprojektvorhaben ´Modellverbund Psychiatrie zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte in der Nachsorge forensisch psychiatrischer Patienten` (BMG)*		
Zeitrahmen	**Status**	**Projekt**
1989/`90 [5] –1993	Erprobungsvorhaben	Ambulante Nachsorge für forensisch-psychiatrische Patienten im Rahmen der Beurlaubung oder Entlassung auf Bewährung in *Herne* und *Bochum Westfälisches Zentrum für Forensische Psychiatrie Lippstadt-Eickelborn*
1990 - 1993	Erprobungsvorhaben	Erprobung eines neuen Versorgungskonzeptes durch die mobile forensische Ambulanz der Rheinischen Landesklinik *Düren* Abteilung Forensik.
1990 – 1993	Erprobungsvorhaben	Reintegration forensisch psychiatrischer Patienten in eine, mit komplementären Versorgungseinrichtungen gut ausgestattete, städtische Region *(Hannover)* des Niedersächsischen LKH *Moringen* (Trägerverein).
Feb. 1995 bis Jan. 1997	Erprobungsvorhaben	gemeindenahe Wiedereingliederung und ambulante Nachsorge forensisch psychiatrischer Patienten im Flächenland *Mecklenburg-Vorpommern* Modellprojekt forensische Nachsorge am Klinikum Hansestadt *Stralsund*

[*] *Bundesministerium für Gesundheit Projektschwerpunkt Rehabilitations- und Nachsorgepraxis im MRVZ*

Insg. handelte es sich bei den Projekten des Modellverbundes Psychiatrie (BMG [6]) um die folgenden Vorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte in der Nachsorge forensisch psychiatrischer Patienten:
Von 1989 bis 1993 bestand in *Herne* und *Bochum* am Westfälischen Zentrum für forensische Psychiatrie in *Lippstadt-Eickelborn (NRW)* ein Erprobungsvorhaben zur ambulanten Nachsorge im Rahmen der Beurlaubung oder Entlassung auf Bewährung forensisch-psychiatrischer Patienten.
Daneben war das, an der Rheinischen Landesklinik *Düren*, Abteilung Forensik *(NRW)*, von 1990 bis 1993 durchgeführte, Erprobungsvorhaben mit dem Ziel einer adäquaten Nachsorge der forensisch psychiatrischen Patienten, speziell auf den Versuch eines neuen Versorgungskonzeptes durch eine mobile forensische Ambulanz i. S. eines qualifizierenden Dienstes, ausgerichtet. Dieser Ansatz wurde entwickelt in der Vorstellung, verantwortliche Dienste der Region zu rekrutieren, zu vernetzen und erforderlich- nachzuqualifizieren, um die versorgenden Einrichtungen zur optimalen Selbständigkeit in der Nachsorge forensischer Patienten zu befähigen.
Das Erprobungsvorhaben des *Niedersächsischen LKH Moringen* (Trägerverein) wiederum hatte zur Aufgabe, sich von 1990 bis 1993 v. a. mit der Reintegration forensisch psychiatrischer Patienten in eine, mit komplementären Versor-

[5] Der Beginn des Projektes wurde formal Ende 89 eingestuft, erfolgte real jedoch erst 1990.
[6] *Bundesministerium für Gesundheit (ehem. BMJFFG): Projektschwerpunkt Rehabilitations- und Nachsorgepraxis im MRVZ.*

gungseinrichtungen gut ausgestattete, städtische Region *(Hannover)*, zu befassen. Die Besonderheit dieser Einrichtung lag dazu in der Etablierung von Wohngruppen stationärer und teilstationärer Patienten, die auch im Kontext der Vorbereitung der Entlassung des Patienten genutzt wurden.
Das, seit Februar 1995, zu den neuen deutschen Bundesländern laufende, Modellprojekt *Forensische Nachsorge* am Klinikum der Hansestadt *Stralsund (Mecklenburg Vorpommern)* wurde planmäßig Jan. 1997 beendet. Die Einrichtung Gießen sollte in diesem Modellverbund ursprünglich als Pendant, nämlich als eine Einrichtung mit ausnehmend guter Versorgungsstruktur, fungieren und dbzgl. auch zu deren bestehenden Strukturen untersucht werden. Allerdings hatte die Leitung der Einrichtung entgegengehalten, daß Strukturen und Versorgungskonzepte, die unter Projektbedingungen zum Zwecke der Modellerprobung entwickelt werden würden, zur Nachmodellphase mit hoher Wahrscheinlichkeit wohl nicht annähernd finanziell und strukturell erhalten werden könnten und sich aus diesem Grunde gegen eine aktiv eingebundene Teilnahme an dieser Erprobung entschieden.

13.4 Zentrale Grundsätze in der Rehabilitations- und Nachsorgepraxis - konzeptionelle und strukturelle betreuungs- und behandlungsbezogene Schwerpunkte

13.4.1 Übersicht

Um eine ambulante und extramurale Führung des forensisch psychiatrischen Patienten zu ermöglichen und dessen Nachsorge erfolgreich gestalten zu können wurden seitens der Projekte übergreifend folgende zentrale Zugangsweisen genannt.

Tab. 2: Zentrale Grundsätze der Rehabilitations- und Nachsorgepraxis

Zentrale Grundsätze zur Rehabilitations- und Nachsorgepraxis
Rehabilitation als Case-Management
Erschließung und Vernetzung vorhandener Ressourcen der Entlaßregion
Koordinierende Funktion im Procedere von Planung und Evaluation der Behandlung
Einbindung in vorhandene Versorgungsstrukturen und strukturelle Vernetzung der Angebote der Region zur Wiedereingliederung des Patienten > Kooperation des Projektes mit extramuralen Einrichtungen > gemeindenahe Versorgung > Herkunftsregion des Patienten als primäre (´vornehmste`) Entlaßregion
Etablierung von Kooperationsstrukturen auf Leitungs- und Trägerebenen > Erschließen der Kooperationsbereitschaft > verbindliche Absprachen, Rahmenvereinbarungen, Verträge > Leistungszusagen der Ambulanz bzgl. deren Verfügbarkeit / Präsenz: u. a.: fachgerechte forensisch psychiatrische Supervision, Beratung, Krisenintervention Procedere: - Aufarbeitung von Altlasten, - Vermittlung relevanter forensischer Kenntnisse - realitätsgerechte, unbeschönigte Patientenübergaben - Festigung der Kooperation im Kontext des Vermittlungsprozesses - verbindliche, personenunabhängige Kooperationsabsprachen
Konstruktion von Arbeitsbündnissen mit komplementären Diensten resp. professionellen Helfern bei möglichst hoher Betreuungskontinuität
Entwicklung eines Netzwerkes professioneller Helfer unter Zusicherung fach-forensischer Unterstützung bzw. hintergründige Präsenz der forensischen Ambulanz und deren Expertenteam
Bereitstellung qualifizierter und qualifizierender forensischer Dienste und Krisenineterventionen
Entwicklung und Einsatz spezifischer, zielgerecht entwickelter Instrumentarien: u. a. > Übergangsmodelle mit - phasenhaftem Verlauf - am jeweiligen Einzelfall ausgerichteten, individuellen Behandlungskonstrukten - möglichst personaler Konstanz > Installation von Helferkonferenzen als Gremien und reguläre Treffen: gesicherter Informationsfluß aller an der Behandlung Beteiligten > Präsenz der Ambulanz mit zugesichertem Leistungsprofil incl. der folgenden Funktionen: - beobachtende Begleitung - Krisenintervention - Bereitstellung qualifizierender bzw. qualifizierter Dienste > Wohngruppenkonzepte

Bezugsgruppe: 4 Modelleinrichtungen mit n_s=808 stationären und n_a=94 ambulanten Patienten

13.4.2 Strukturbezogene Maßnahmen

13.4.2.1 Vermeiden von Stigmatisierung und Ausgrenzung

Alle Modelle sprachen sich vorab gezielt gegen forensische Spezialeinrichtungen zur Rehabilitation psychisch kranker Straftäter aus. Sie befürworteten dagegen nachdrücklich die Einbindung der forensisch psychiatrischen Patienten in vorhandene Versorgungsstrukturen: Der ausschließliche Einsatz von solchen, für die Nachsorge bzw. Rehabilitation psychisch kranker Straftäter zuständigen, forensischen Spezialeinrichtungen beinhalte die Gefahr der Fortschreibung von Ausgrenzung und Stigmatisierung einer ohnedies randständigen Klientele und sei abgesehen davon sehr kostenintensiv.

13.4.2.2 Erschließen bereits bestehender und Vernetzen vorhandener regionaler Ressourcen

Demgegenüber praktizierten die Modelle den Ansatz, bestehende Ressourcen der Region für die Nachsorge forensischer Patienten zu rekrutieren, nötigenfalls zu akquirieren, letztlich zu vernetzen und außerdem, sofern erforderlich bzw. überhaupt möglich, potentielle Mitarbeiter im Hinblick auf deren forensisches Fachwissen nachzuqualifizieren.
Der erste Schritt im Kontext der behandlungsbezogenen Bemühungen der Modellprojekte bestand daher stets darin, vorab zuerst die Möglichkeiten einer Koppelung bzw. Anbindung an rekrutierte und noch zu rekrutierende, gemeindenahe Versorgungsstrukturen zu überprüfen.

13.4.2.3 Differenzierter Zugang in der Wahl der Herkunftsregion als Entlaßregion

Der Vorbereitung der sozialen, behandlungstechnischen und günstigenfalls beruflichen Bezüge in der Entlaßregion des Patienten wurde im Hinblick auf die weitere Führung des Patienten hohe Priorität zugeschrieben. Als ´vornehmste` und i. d. R. primäre, Entlaßregion wurde dem konzeptionellen Verständnis der Projekte zufolge, die Herkunftsregion des Patienten gewertet. Zu Fällen, deren Wiedereingliederung mit der Überwindung einer besonderen Distanz verbunden war, konnte dies im Hinblick auf die erforderlichen Aufwendungen des Ambulanzteams zuerst durchaus zusätzliche und v. a. auch organisatorische Erschwernissen bedeuten, die es galt differenziert zu beurteilen und zu kalkulieren. [7] Über die Erprobung hinweg und in der direkten Anschlußzeit danach wurde außerdem erfahren und konstatiert, daß die Entlaßregion im Hinblick auf ihre Geeignetheit für den Patienten fundiert zu prüfen und bzgl. auch die Heimatregion kritisch zu untersuchen und relativ zu bewerten ist.

13.4.2.4 Begleitung zur Integration bis zur ersten Anbindung in der Region

Die Modelleinrichtungen initiierten, koordinierten und praktizierten die - ggfls. therapeutische - Begleitung des Patienten in der ersten Zeit nach der Entlassung noch kontinuierlich und i. d. R. bis die Einbindung an die Versorgungseinrichtungen bzw. Kontakte zu den externen Therapeuten der Entlaßregion als fundiert betrachtet werden konnten.

13.4.2.5 Patientenorientierter individualisierter Zugang

Der alternative Nachsorgeansatz der Projekte realisierte eine patientenorientierte, individuell ausgerichtete, ambulante Behandlungsführung, die so im Rahmen einer entsprechend ausgerichteten Wiedereingliederung, einzelfallbezogen und unter bestmöglicher Abklärung und Nutzung bereits bestehender Ressourcen und struktureller und personaler Vorgaben der Region, in der Praxis umgesetzt wurde.

13.4.2.6 Case-Management zum Einzelfall

In der Planung und Durchführung der Behandlung galt es, die individuellen Besonderheiten des jeweiligen Einzelfalles zu berücksichtigen und unter diesen Vorgaben zusätzlich Einzelfallhilfen zu entwickeln. Gezielt wurden Einzelkontakte gepflegt sowohl zum Patienten wie auch den Helfern bzw. dem Patienten und einem Beteiligten aus dem Kreis der Helfer.
Im *Lippstädter Modell* versorgte in der Größenordnung 1:4 ein *´Casemanager`* 4 Patienten im extramuralen Wiedereingliederungsprozeß. Zusätzlich zum Case-Management wurden alltagssupportiv, stützend und begleitend Betreuungen und therapeutische Sitzungen geschaltet, die insg. überdauernd angeboten und v. a. im ersten halben Jahr und dann höherfrequent praktiziert wurden.
Über eigene Erfahrungsprozesse erkannte *Düren* (mobile Ambulanz) *Case Management* und darunter v. a. alltagssupportive Einzelfallarbeit resp. eine auf den Bedarf zum Einzelfall abgestimmte, individualisierte, professionale Begleitung als einen Schwerpunkt effektiver Ambulanzarbeit und betonte dabei außerdem die erforderliche Assoziation mit anderen Funktionen und primär der Vernetzung aller in der Versorgung Involvierten.

---

[7] Diese Zugangsweise folgten nicht unbedingt auch die anderen, institutionalisierten ambulant behandelnden Einrichtungen. So betonte die zentrale *Klinik Haina (Institutsambulanz Gießen)* auch die Vorteile einer nicht heimatnahen Nachversorgung forensischer Patienten und verwies in diesem Kontext auf die, oft geradezu delinquente Verhaltensmuster stabilisierenden bzw. krankerhaltenden oder krankheitsförderlichen, interpersonalen Strukturen und sozialen Bezüge, welche bereits vor der Unterbringung den Lebensraum bestimmt hatten.

13.4.3 Spezifische Maßnahmen und konzeptionelle Besonderheiten zur strukturellen Vernetzung der Angebote der Region und Kooperation mit extramuralen Einrichtungen

Die Erschließung vorhandener Ressourcen für die forensische Klientele machte außer dem Einsatz konzeptioneller Besonderheiten und der Vernetzung der akquirierten Hilfen und Kontrollen, die gezielte Entwicklung adäquater Instrumente bzw. spezifischer, konzeptioneller Besonderheiten erforderlich:

13.4.3.1 Realitätsgerechte den aktuellen Stand und potentielle Erschwernisse berücksichtigende Übergabe

Es zeigte sich, daß einem adäquaten Übergabemodus hohe Bedeutung zukam. Die Beachtung dahingehender Vorgaben konnte erheblich zur Verbesserung der Akzeptanz des Behandlungsmodus, dem Verlauf und die Effektivität der Behandlung und der Bemühungen um die legale und soziale Rehabilitation beitragen.
Von allen Einrichtungen wurde zum Rahmen der Übergabe bzw. Vermittlung des forensisch psychiatrischen Patienten eine unbeschönigte, potentielle Erschwernisse berücksichtigende, Außendarstellung forensischer Übergabepatienten – incl. auch der entsprechenden, diagnosebezogenen, Informationen - als eine wesentliche und zentrale Voraussetzung für eine gute Kooperation und günstig verlaufende Patientenvermittlung gewertet. Über diesen Modus werden potentielle Belastungsmomente in der Führung des Patienten v. a. für nachfolgende Therapeuten, Einrichtungen und auch externe resp. niedergelassene Einzeltherapeuten besser einschätzbar. Entsprechend war es dann auch die, seither überzeugt und konsequent für alle weiteren Vermittlungen und Überweisungen forensisch psychiatrischer Patienten, leitende Handlungsmaxime der Ambulanzteams *´mit offenen Karten´* zu operieren. Das Procedere hat sich den dabei involvierten Einrichtungen zufolge außerordentlich bewährt. Erfahrungen bestätigten die dringende Notwendigkeit, noch im Vorfeld der Vermittlung eines forensischen Patienten, potentielle und bereits verfügbare Einrichtungen und sonstige therapeutische Ressourcen wie niedergelassene Therapeuten, die entweder zur Mitarbeit in eine Betreuung forensischer Patienten aktiviert werden konnten oder bereits in die Betreuung eingebunden waren, mit umfassenden und realitätsgerechten Informationen zum aktuell bestehenden Krankheitsbild und den, mit der Nachsorge und ambulanten Führung des Patienten real verbundenen, Anforderungen und Belastungsfaktoren, zu versorgen. Einheitlich wurde eine derart transparente und fachgerecht fundierte Vorgehensweise in der Vermittlung und insbesondere auch gegenüber den neu angeworbenen Einrichtungen bzw. therapeutischen Experten, als ein längerfristig vertrauensbildender Modus gewertet. Die Bereitschaft von, noch nicht in das Versorgungsnetz eingebundenen Einrichtungen oder Personen, sich an der Behandlung der forensischen Klientele zu beteiligen, konnte darüber entscheidend erhöht werden.

13.4.3.2 Aufarbeitung des Problembestandes an - oft negativen - Vorerfahrungen zur Klientele und deren Betreuung (´Altlasten`)

In Bezug auf geplante Kooperationen zum Kontext der Vermittlung forensisch psychiatrischer Klientele hatten sich vorausgegangene, ungute Vorerfahrungen oftmals als ein, bereits vorab erheblich belastender und - v. a. im Hinblick auf den Erstkontakt - häufig entscheidender Hemmfaktor [8] offenbart. Vorausgegangene, oftmals negative, Vorerfahrungen mit forensischen Patienten galt es zuerst zu analysieren und aufzuarbeiten, um die betroffenen Einrichtungen überhaupt zu einer Aufnahme forensischer Patienten und Kooperation motivieren zu können. Daher wurde die Be- und Aufarbeitung solcher negativer Vorerfahrungen (´Altlasten`) und alternativ die Neuimplementierung bestimmter Interaktionsmuster im Kontext der Vorstellung und Überführung vormalig stationärer, nun entlassener, MRVZ-Patienten an komplementäre Einrichtungen, mit v. a. klaren, fachlich fundierten, informativen Strukturen, prägnanten, aussagekräftigen und dabei v. a. unbeschönigten Informationen zu den, zu vermittelnden, Patienten für unabdingbar erklärt und seither in dieser Form erfolgreich praktiziert.

13.4.3.3 Fundierter fachforensischer Ausbildungs- und Wissensstand für professional in die Behandlung Eingebundene

Begründet in ihren Erfahrungen und Bemühungen um die Aktivierung von Kontakten übernahmewilliger bzw. an sich dahingehender verantwortlicher Einrichtungen beklagten alle Modelle einen, im Hinblick auf das spezifische Anforderungsprofil der forensisch psychiatrischen Klientele oft unzureichenden ausbildungsbezogenen Hintergrund bzw. defizitären Wissenstand der Mitarbeiter komplementärer Nachsorgeeinrichtungen. Darüber und durch Überforderungen im Umgang mit dieser Klientele wurde dann auch - zumindest anteilig - deren ablehnende oder abwehrende Haltungen in Übernahmeanfragen erklärt - ein, bei einem derartig defizitären Hintergrund geradezu vorprogrammierter Umstand.

13.4.3.4 Fachforensische Unterstützung eines organisierten Netzwerkes professioneller Helfer

Für das Gelingen ambulanter Behandlungsmodelle wurde die Bedeutung der fachlichen Unterstützung eines Netzwerkes professioneller Helfer und die Bereitstellung spezifizierter, qualifizierender und qualifizierter Dienste herausgestellt *(insb. von Lippstadt Eickelborn)*. Außerdem wurde deren Relevanz im Hinblick auf die sinn-

[8] Deren Ausmaß wurde zu dem Projektmodell *Lippstadt Eickelborn* derart beschrieben, indem die Erschließung der Region oftmals „*gleichbedeutend mit einer Aufarbeitung von Altlasten` gewesen*“ wäre.

volle Zusammenarbeit mit nachsorgenden Diensten / Einrichtungen und die Verbesserung von deren Motivation verdeutlicht. Dies betraf auch solche Einrichtungen, die entweder bereits in die ambulante Behandlung eingebunden waren oder vorerst nur potentiell eine Kooperation erwogen hatten.

13.4.3.5 Etablierung von Kooperationsstrukturen auf diversen Ebenen

Zum Zwecke der Rekrutierung und Vernetzung bestehender und akquirierter Einrichtungen und Einzelpersonen zur ambulanten Behandlung der forensischen Klientele wurde eine Kooperation auf Träger- und Verbandsebene angestrebt.
Kooperationsversuche im Rahmen der Rekrutierung und Vernetzung regionaler Ressourcen geschahen auf zwei Ebenen: So wurden zuerst verbindliche Absprachen zur Kooperation auf Leitungs- und Trägerebene gesucht, die eine grundsätzliche Rahmenvereinbarung zur Leistungserbringung der Beteiligten darstellten. Dies waren z. B. Rahmenvereinbarungen mit der Bewährungshilfe und verbindliche, ggfls. durchaus auch mündliche, Übereinkünfte bspw. mit Übergangswohnheimen oder bzw. mit den betreffenden Heimen zum jeweiligen Einzelfall. Daneben bestand die Möglichkeit, in gemeinsamen Konferenzen, Gremien und Arbeitskreisen, fallübergreifende Kooperationsstrukturen zu entwickeln bzw. gezielt Arbeitseinheiten zu definieren, in denen Probleme der Klientele oder Fragestellungen übergreifend oder beispielhaft am Einzelfall bzw. auch als einzelfallbezogene Schwierigkeiten, thematisiert wurden. Ein solcher Kontext erleichterte eine Beziehungspflege zu den, an den jeweiligen Gremien beteiligten, Diensten und Einrichtungen und die Verknüpfung für einen effizienten Informationstransfer aller, an der Behandlung Beteiligten.

13.4.3.6 Einrichtung von ´Gemeindepsychiatriegesprächen`

Zu den versorgenden Regionen wurden Gremien rekrutiert [9], die ´Gemeindepsychiatriegespräche` ins Leben riefen, um die Ressourcen der, in der psychosozialen Versorgung der jeweiligen Großregion tätigen, Einzelpersonen, Ausschüsse, Körperschaften, Einrichtungen und Mitarbeiter zuständiger Institutionen bzw. komplementärer Einrichtungen zusammenzuführen. Instrumentarien dieser Art waren gezielt entwickelt wurden, um eine solche Form der Versorgung realisieren zu können.

13.4.3.7 Kontinuität der professionalen Betreuung und Maßnahmen dazu

Die Modelle zielten im Prozeß der Wiedereingliederung und Legalbewährung auf die Planung einer langfristigen und möglichst kontinuierlichen Begleitung bzw. Betreuung der forensischen Klientele.

13.4.3.7.1 Etablierung von Arbeitsbündnissen mit außerdem möglichst langfristiger Kontinuität gegenüber u. a. den betreuenden Diensten / Bewährungshilfe/ Führungsaufsicht

Zur Sicherstellung von Arbeitsbündnissen und langfristigen Kontinuität in der Hilfe und Kontrolle im Wiedereingliederungsprozeß maßen diese Projekte insbesondere vor dem Hintergrund der, im Allgemeinen als begrenzt erfahrenen, Handlungsreichweiten der MRVZ-Kliniken und deren sehr reduzierten finanziellen Möglichkeiten an klinikeigener Nachsorge, einer möglichst frühzeitigen Einbindung von Bewährungshilfe / Führungsaufsicht und den betreuenden Diensten besondere Bedeutung zu.

13.4.4 Unabdingbare Vorgaben und spezifische - therapeutisch relevante - konzeptionelle Zu- und Umgangsformen für eine angemessene ambulante Versorgung

13.4.4.1 Transfer und Bereitstellung von forensischem Fachwissen

Betont wurde die Erfordernis zum Transfer und zur Bereitstellung forensischen Fachwissens. Dies geschah in unterschiedlicher Gewichtung über den Einsatz qualifizierter und qualifizierender Maßnahmen bzw. Dienste durch forensische Experten über geregelte Beratungsangebote, Supervision, gezielte Fallbesprechungen, dem Angebot von Kriseninterventionen für die Behandlung und den Umgang mit dieser Klientele. Ein derartige Angebotsstruktur erzielte bei den, in die Behandlung eingebundenen Adressaten, Personen bzw. Einrichtungen, eine hohe Akzeptanz.

[9] bspw. zum Raum *Hannover* das Gemeindepsychiatriegespräch als Gremium der in der psychosozialen Versorgung Hannovers Tätigen.

13.4.4.2 Verfügbarkeit forensisch qualifizierter bzw. qualifizierender Dienste zum Zwecke der Qualifi kation, Beratung, Supervision und Krisenintervention

13.4.4.2.1 Sicherstellen von Präsenz und einer gewissen Fürsorge

Das Angebot der forensischen Kliniken und Ambulanzen, qualifizierende sowie qualifizierte Dienste und Supervisionen zur Verfügung zu stellen, hat sich den Erfahrungen aller Modelle zufolge inzwischen außerordentlich bewährt und wird zur Realisierung einer adäquaten Nachsorge und Behandlung dieser Klientele für unabdingbar gehalten. Leistungen dieser Art implizieren fachforensische Kompetenzbildung, auch Nachqualifizierungen, gezielte und fallbezogene forensische Beratung, flexible Krisenineterventionen sowie reguläre und außerordentliche Supervisionen. Um eine solche Zusammenarbeit real leisten zu können, erwies es sich als bedeutsam, extramuralen Betreuern und Einrichtungen die Präsenz forensischer ambulanter Dienste sowie diesen und den therapeutischen Mitarbeitern allgemein, die Möglichkeit zur Qualifizierung zusagen und bieten zu können.

13.4.4.2.2 Zusicherung von Beratungs- sowie speziellen Krisenineterventionsangeboten

Die Zusicherung von Beratungs- sowie speziellen Krisenineterventionsangeboten durch forensische Experten gestaltete sich außerdem als wirksame Maßnahme, um eine potentielle Zusammenarbeit zu initiieren bzw. einen Kooperationsvertrag zu installieren. Dies bedeutete auch im Notfall auf ein stationäres ´Krisenbett` und im potentiellen Krisenfalle den Problempatienten – dann meist nur vorübergehend - stationär aufnehmen, adäquat gezielt bedarfsgerecht behandeln zu können.

13.4.4.3 Gut vorbereiteter sozialer Empfangsraum

Ein gut vorbereiteter sozialer Empfangsraum mit außerdem entsprechender therapeutischer Versorgungsstruktur wurde einheitlich als ein wesentliches stabilisierendes Moment im Hinblick auf die Effektivität der Behandlung und angestrebte soziale, legale und berufliche Rehabilitation und Bewährung des Patienten gewertet.

13.4.4.4 Berücksichtigung personaler Konstanz

Personale Konstanz betreuender Personen wurde einheitlich als Prämisse von besonderer therapeutischer Relevanz erkannt. Nachdem sich deren Einhaltung in der Praxis oftmals allein aufgrund unabdingbarer struktureller Erschwernisse problematisch gestaltete, verlangten die Projekte die Umsetzung dieser Vorgabe zumindest für die sensible marginale Phase des Überganges vom intra- zum extramuralen Setting, um den, diesem Abschnitt impliziten, psychisch vulnerabilisierenden und labilisierenden Momenten, nicht zusätzliche Belastungsfaktoren hinzuzufügen: Falls aufgrund struktureller Erschwernisse eine personale Konstanz nicht möglich war, wurden von den Einrichtungen Modelle konstruiert, die zumindest den Kontakt zu den neuen, für den Patienten im extramuralen Bereich prospektiv zuständigen, betreuenden bzw. therapierenden Bezugspersonen noch während seines stationären Aufenthaltes einführten, so daß diese dem Patienten zum Entlassungszeitpunkt schon vertraut waren bzw. günstigenfalls zur Person des Therapeuten bereits eine Anbindung entwickelt werden konnte.

13.4.4.5 Anschluß an aktuellen und realen diagnostisch gesicherten Behandlungsstand

Die Weiterbetreuung des Patienten muß an dessen realen Behandlungsstand anschließen. Dafür muß dieser Status überhaupt erst adäquat definier- und auch andernteils vermittelbar sein und auch über eine aktuelle fundierte und differenzierte Statusdiagnostik und andere qualitätssichernde Maßnahmen, wie Verhaltensdokumentationen, bestimmbar sein [10].

13.4.4.6 Übergang vom intra- zum extramuralen Setting als per se vulnerable Phase, gezielt geplante, im Anforderungsprofil individuell und im Verlauf phasenhaft gestaltete Periode

Bei allen Projekten erfolgte der Wechsel aus dem stationären Rahmen und die Überführung in extramurale ambulante Versorgungsstrukturen gezielt vorab organisiert und schrittweise geplant. Übereinstimmend berichteten die Einrichtungen, daß diese Zeit mithin entscheidend den weiteren Verlauf der Wiedereingliederung des Patienten bestimmen würde. Gegen Ende der stationären Behandlung wurde der Planung und Entwicklung einer Überleitungsphase, welche sich über einen längeren Zeitraum erstrecken sollte, große Bedeutung beigemessen. Eine solche Übergangsphase und damit auch die Ablösung aus dem stationären Bereich, sollte vor der geplanten Entlassung aus dem MRVZ (zur Bewährung) beginnen. Das Gewähren eines langfristigen Probeurlaubes in dieser Übergangsphase ermöglichte es außerdem, sich von dem, von der Strafvollstreckungskammer zu bestimmenden, Zeitpunkt der Entlassung aus dem MRVZ weniger abhängig zu machen, da sich unter diesen Bedingungen der Entlassungszeitpunkt aus der stationären Behandlung nach den Erfordernissen der Behandlung im Einzelfall und nicht mehr durch die, damit nur schlecht in Einklang zu bringenden, rechtlichen Rahmenbedingungen definierte. Den Erfahrungen des

[10] U.a. mittels vorausgegangener kontinuierlicher Status- und Verlaufsdokumentation, möglichst umfassender aktueller Diagnostik.

Modells *Düren* zufolge sollte diese wenigstens ein halbes Jahr davor einsetzen und keinesfalls früher als drei Monaten nach der Entlassung enden, währenddessen die übrigen Modelle forderten, die Überleitungsphase zur Wiedereingliederung wenigstens ein Jahr vor der geplanten Entlassung zu beginnen und nicht vor 6 Monaten nach der Entlassung zu beenden. Differenziert berichtete das *Modellprojekt Düren* über dessen Praxis einer, über Phasen definierten, graduellen Ausgestaltung des Übergangszeitraumes, die hier exemplarisch vorgestellt werden soll: Grundsätzlich wurde der überschaubar zu gestaltende Versorgungszeitraum des zu entlassenden und ambulant zu führenden Patienten unterteilt in eine ´Eingangs-`, ´Überleitungs-‘ und ´Nachsorgephase`:

a) Eingangsphase:

Spätestens ein dreiviertel Jahr vor der Entlassung, besser aber zum Zeitpunkt einer klaren Außenorientierung der Behandlung, wird der - meist noch stationäre - Patient durch Entscheidung des Teams und Abteilungsarztes der Ambulanz der Eingangsphase zugewiesen. Diese impliziert ein primäres Kennenlernen des Patienten durch das Ambulanzteam, aktuelle Diagnostizierung und daraus eine erste Profilerstellung potentiell benötigter Hilfen. Ein erstes Sondieren möglicher Versorgungsangebote der Entlaßregion schließt einen Vergleich mit den, in der Region vorhandenen, Angeboten und dem individuell determinierten, tatsächlichen Bedarf des Patienten, ein. Dafür werden i. d. R. bereits vorab und zu verschiedenen Lebenskontexten oder Funktionsbereichen mehrere Dienste bzw. Einrichtungen mit deren diversen Leistungen vorgeschlagen. Weiter wird aus einem ´Konglomerat` von Zusammenarbeit und Beratung mit Bezugstherapeuten, Kontakten mit dem prospektiven Behandlungsteam, Informationen aus Aktenauswertung und dem Aufnahmebogen, heraus, ein erster globaler Eingliederungsplan erstellt. Dieses Planvorhaben wird in der nächsten Phase weiter konkretisiert bzw. aufgrund neuer Erkenntnisse revidiert und korrigiert. Mit dem Patienten werden vor diesem Hintergrund dann gezielte Aufnahmegespräche geführt, in denen u. a. auch Empfehlungen für den Behandlungs- und Eingliederungsplan ausgesprochen werden. Die letzte Festlegung des Behandlungsplanes erfolgt stets zusammen mit dem Patienten.

b) Überleitungsphase:

Durch das Gewähren langfristiger Beurlaubungen wird die Entlassung aus der stationären Behandlung weniger abhängig von der aus dem MRVZ zur Bewährung. In dieser Zeit kann sich der Patient unter den, später zu erwartenden, Lebensbedingungen erproben. Der Übergang von stationären zu ambulanten oder komplementären Hilfsangeboten der Region kann sich für jeden Funktionsbereich nacheinander vollziehen. (So geht i. d. R. die Eingliederung im Bereich ´Arbeit`, der zum Bereich ´Wohnen` voran, ist ggfls. gefolgt vom Wechsel des Therapeuten im Bereich ´Behandlung`.)
Sichern personaler Konstanz: In der Zeit der Überleitungsphase treten viele verschiedene Helfer in die Behandlung. Um abrupte Beziehungsabbrüche zu vermeiden, ist in diesem Konzept nunmehr für jeden Patienten ein fester Ansprechpartner des Ambulanzteams vorhanden, der selbst nicht unbedingt psycho- therapeutische Einzelbehandlung übernehmen muß, aber verbindlich zur Koordinierung des Hilfsangebotes zur Verfügung steht.

c) Nachsorgephase:

Der Nachsorgephase entspricht in dem *Düren*er Versorgungskonzept die eigentliche Ablösephase aus den Kontakten mit der Ambulanz. Die sog. ´Nachsorgephase` besteht nur noch aus der weiteren beobachtenden Begleitung des Patienten, der zu dieser Zeit bereits selbst in der Lage sein sollte, bevorzugt in Zusammenarbeit mit dem einen oder anderen Therapeuten der Region, seinen Alltag zu meistern. Informationskontakte werden v. a. Dingen aufgrund des Interesses an der Weiterentwicklung des Patienten und dessen Eingliederung aufrechterhalten.
Erfahrungen hatten gezeigt, daß sich noch bis zu mehreren Jahren danach erstaunliche Entwicklungen ergaben, die seinerzeit und in der stationären Behandlung angestoßen wurden.
Außerdem dient die Ambulanz auch weiterhin als Anlaufstelle bei Kriseninterventionen.

13.4.4.7 Einsatz und Installation gezielt konstruierter Instrumentarien - Gremium der ´Helferkonferenz` als ein zentrales Instrument für Aufbau und Vernetzung der verschiedenen Hilfen und Trägereinrichtungen und zur Steuerung des Rehabilitationsverlaufes

Als ein zentrales Instrument in der ambulanten Behandlung der forensisch psychiatrischen Klientele waren seitens der Ambulanzen zur Sicherstellung des geregelten Informationstransfers und kommunikativen Austausches aller, an der Behandlung der forensischen Patienten Beteiligten, sog. ´Helferkonferenzen` entwickelt und installiert worden. Darunter zu verstehen sind multiprofessionale, reguläre und außerordentliche Treffen, die in verschiedenen Konstellationen und als Konferenzen oder Fachtagungen stattfinden, bedarfsorientiert sowohl allgemein, wie auch individualisiert und therapeuten- als auch patientenbezogen, eingesetzt werden. Eine Helferkonferenz kann als Gremium von den Projektmitarbeitern turnusmäßig geschaltet und/ oder erforderlichenfalls akut veranlaßt werden und beispielhafte Besprechungen, Diskussionen, Supervisionen [externe und kollegiale (Intervisionen)] zu relevanten - ausgesuchten - Fragestellungen und Problemen in der Behandlungsführung forensischer Patienten [11], wozu den Projektmitarbeitern initiierende und moderierende Aufgaben zukamen.
In diesem Rahmen wurde der, in regulären Treffen praktizierbaren und auf diese Weise darüber installierten, Beziehungspflege zwischen allen, an den Behandlungen Beteiligten, die involvierten Diensten und Einrichtungen einge-

[11] *(entspr. dazu auch Modellverbund 1993a, b, 1994, 1995).*

schlossen, große Bedeutung zugeschrieben. Solche Maßnahmen erfüllten auch eine Art Übersetzungsfunktion zur Behebung von Verständigungsproblemen und unterschiedlichen Sichtweisen (bspw. zwischen Bewährungshelfern und psychiatrisch Tätigen). Dabei geht es darum, dem jeweiligen Gegenüber auf diese Weise die eigene Position verständlich und komplexe Einbindung in institutionelle Erfordernisse, Verfahrensweisen, Sachzwänge usw. nachvollziehbar zu machen bzw. generell Schwierigkeiten im Rahmen der Verhandlungsführung mit allen Beteiligten an einem Tisch zu erörtern. Meinungsbildungen erfolgen in gegenseitiger Toleranz und Integration der Sichtweise der jeweiligen Parteien und grundsätzlich ohne Anspruch auf die einzig wahre Einschätzung.
Ein außerdem willkommener Begleiteffekt war die Vermeidung von Doppelbetreuungen.
Von allen Projekten wurde erkannt, daß über dieses Instrument ein effizienter Informationstransfer realisiert und bei allen beteiligten Parteien eine hohe Akzeptanz der damit einhergehenden Funktionen erzielt werden konnte.[12]

Bestätigung der Wirksamkeit dieses Instrumentes nach langjähriger Erprobung

In der inzwischen langjährigen Praxis der mobilen Ambulanz *Düren* wurde die *Helferkonferenz* auch weiterführend als das zentrale Instrument für den Aufbau und die Vernetzung der verschiedenen Hilfen und Trägereinrichtungen und zur Steuerung des Rehabilitationsverlaufes bestätigt und von der Ambulanz in regelmäßigen Abständen einberufen. Die Vorteile dieses Instrumentes werden in den Möglichkeiten gesehen,:

- darüber einen stabilen Helferkreis und festgelegte Zuständigkeiten zu gestalten,
- in der Bildung eines institutionsübergreifenden Teams aus Teilnehmern der Helferkonferenz und Ambulanzmitarbeitern
- unter konstruktiver Zusammenführung der unterschiedlichen Sichtweisen und Handlungsansätze *(´immer wieder Herstellen von Verbindung und Verbindlichkeit´ zit. n. Schmidt-Quernheim März 2001)*
- und u. a. dem Hinzuziehen anderer in die Betreuung Involvierten im Zuge von Meinungsbildungsprozessen.

Als der zentrale Wirkfaktor für das Gelingen der Rehabilitation wird die - immer wieder erneute - Erarbeitung eines *gemeinsamen Verständnisbasis* gesehen zu

- den Problembereichen des Patienten,
- dem Abstimmen der geeigneten Hilfen,
- Ausbalancieren und Integrieren der diversen Herangehensweisen verschiedener Bezugssysteme,
- dem Beachten von Spaltungsprozessen und Beziehungsfallen ausgehend vom Patienten, die sich auch in den Bezügen im Hilfesystem abbilden können sowie
- die enge institutionsübergreifende Zusammenarbeit, die wechselseitige Lernprozesse ermöglicht, bereichert und Herausforderungen in der anspruchsvollen Arbeit mit der schwierigen Klientele besser annehmen läßt.

13.4.5 Exemplarische Abhandlung konzeptioneller Schwerpunkte der jeweiligen Modelle

Vor dem Hintergrund gemeinsam verfolgter Grundsätze, wurden von den Modellen gewollt außerdem schwerpunktmäßig unterschiedliche Zugangsformen erprobt.

13.4.5.1 Verschiedene Lösungen zur Bewältigung des Problems regionaler Versorgungsdistanzen

13.4.5.1.1 Heimatnähe

Bei dem hintergründig gemeindenahen Ansatz der Modelle wurde die Herkunftsregion des Patienten als ´vornehmste` und i. d. R. primäre Entlaßregion gewertet. Seitens der Einrichtungen war das Problem der oft erheblichen Distanzen zwischen der behandelnden und nachsorgenden Einrichtung und dem Wohnort des entlassenen Patienten wiederholt und als Erschwernisfaktor zur Realisierung ambulanter Behandlungsmaßnahmen geschildert worden. Andernteils war dieser Umstand von keinem der Projekte als Grund für einen Therapieabbruch genannt worden. Dem zufolge mag davon auszugehen sein, daß aus den eigenen Untersuchungen keiner von den Patienten, für die dieser Sachverhalt einen wesentlichen Hinderungsgrund dargestellt hätte, eine ambulante Behandlung erfahren hatte. [13]

[12] *(n. Befunden der vorliegenden Untersuchung und außerdem entspr.: Modellverbund 1993 a,b, 1994, 1995)*

[13] Eines der *Modelle (Moringen)* ermittelte, daß 45 % der, für die eigenen Patienten relevanten, nachsorgenden Einrichtungen, mehr als 20 km von der nächsten Großstadt entfernt waren

13.4.5.1.2 Mobile forensische Ambulanz

I. S. eines qualifizierenden Dienstes und in der Vorstellung, verantwortliche Dienste und versorgende Einrichtungen der Region zu rekrutieren, zu vernetzen und nachzuqualifizieren, um für diese Einrichtung darüber in der Nachsorge forensischer Patienten einen optimalen Selbständigkeitsgrad erreichen können, [14] entwickelte das *Modellprojekt Düren* den Ansatz einer mobilen forensischen Ambulanz.

13.4.5.2 Zum Umgang mit dem Dezentralisierungsproblem

13.4.5.2.1 Kleinere vernetzte Außenstationen mit der forensischen Ambulanz als Zentrale

Ein Modell *(Lippstadt-Eickelborn)* entwickelte einen weiteren Ansatz, indem für entferntere Außenregionen des Einzugsgebietes der zentralen Landesklinik *(Lippstadt Eickelborn)* über die forensische Ambulanz als ´Zentrale`, kleinere vernetzte ´Außenstationen` (´Dependancen`) fungieren. Die Ambulanzexperten kommen dabei regelmäßig zu Sprechtagen vor Ort, um das Konzept einer ressourcenorientierte Vernetzung der Region weiterzuverfolgen, an die auswärtigen Mitarbeiter weiterzugeben und Supervisionen, fachspezifische Beratung und Kriseninterventionen anzubieten. Falls erforderlich werden i. S. des Prinzips der ´Hilfe zur Selbsthilfe`, qualifizierende Dienste als Leistungen angeboten. Prospektiv sind weitere Stationen dieser Art zur verbesserten und möglichst flächendeckenden, ambulanten forensischen Versorgung des Landschaftsverbandes geplant.

13.4.5.2.2 Sektorisierung

Zwar keine Lösung für das Dezentralisierungsproblem, doch eine Möglichkeit unter den gegebenen Bedingungen dem Bedarf nach gemeindepsychiatrisch orientierter Nachsorge entgegenzukommen, bot die, zum *Eickelborner* Versorgungsgebiet zwischenzeitlich geleistete, Umstrukturierung, wobei das gesamte Aufnahme- und Entlaßgebiet der Klinik idealtypisch in Sektoren aufgeteilt wurde. Parallel zu diesen -5- Entlaßregionen wurde der, für die Wiedereingliederung zuständige, Klinikbereich ebenfalls sektorisiert.

13.4.5.3 Wohngruppen

Wohngruppen erwiesen sich als wichtiges Instrument, um den Übergang vom stationären zum ambulanten Bereich zu fundieren. Die konzeptionelle Besonderheit eines der Projekte, *Moringen*, lag in dem gezielten Einsatz von Wohngruppen. Das Absolvieren der Wohngemeinschaftsphase galt als Vorabbedingung für eine, sich anschließende, extramurale alltagsbezogene Erprobung, die i. d. R. im Rahmen eines Erprobungsurlaubes erfolgte. I. S. eines prozessualen Strukturwandels während der Projektphase wurden die vorerst extramural statuierten und ausgegliederte Wohngemeinschaften (WG) in Hannover (mit zum Zeitpunkt der initialen Erhebung insg. 10 Wohnplätzen) im späteren Verlauf wieder als intramurale WG geführt. Aus sowohl strukturellen und damit einhergehenden kostentechnischen Gründen wurden den WG-Patienten der Status regulärer MRVZ-Patienten zugeschrieben. Außerdem bot diese Regelung zusätzlich den Vorteil, daß die Patienten nötigenfalls problemlos in die Klinik zurückkehren konnten. Zur Form einer betreuten WG fanden sich Aussagen zu den Aufnahme und Ausschlußkriterien. *(Näheres s. zum Abschnitt zu Einschluß- und Ausschlußkriterien für ambulante Behandlung in dieser Arbeit.)* An den Aufnahmebedingungen dieser Wohngruppen zeichnete sich das Anforderungsprofil dieser Behandlungsform ab: Diese übergangsorientierte Einrichtung übte eine noch teilbetreuende Funktion aus, impliziert jedoch Anforderungen der Selbstversorgung und ein gewisses Maß an Übernahme von Selbst- und Fremdverantwortung und zielte damit i. S. einer emanzipatorisch ausgerichteten Behandlungsführung, auf eine längerfristigen Verselbständigung des Patienten.

- ***Schlußfolgernde Bewertung der Erfahrungen mit dieser Form der Nachsorge***

Übergreifend wurde deutlich: Der Behandlungsbereich ´-betreute- Wohngruppe` implizierte die Möglichkeit, den Patienten in einem Rahmen mit bereits vielen alltagsbezogenen situativen, interpersonalen und sozialen Anforderungen und u. a. auch frustranen Konflikt- und Belastungsmomenten, in seinem Verhalten situationsbezogen zu beobachten und adäquat zu trainieren. Die Einrichtung *Moringen* betonte ihre bislang positiven Erfahrungen mit Wohngruppen „als vorgeschaltete Erprobungsmöglichkeit alltagsbezogener Probleme in einem allerdings noch geschützten Rahmen“ und, daß der Patient in einem solchen - noch - kontrollierten behandlungsbezogenen Setting ´verunfallen` könne, ohne dadurch einen Widerruf der Bewährung gefährden zu müssen, was bei einem Status als offiziell aus dem MRVZ entlassener und ambulanter Patient drohen würde.

13.4.6 Behandlungsbezogene Befunde einzelner der Modelleinrichtungen

Die Einrichtungen waren auch nach eigenen und primär katamnestischen Untersuchungen zum Bereich der ambulanten Behandlung und Versorgung gefragt worden. Konkret waren anteilige Angaben zum Leistungsaufwand der

[14] Nach Angaben zur vorliegenden Erhebung durch *Schellbach-Matties und entspr.: Modellverbund 1993 b.*

mobilen Ambulanz *(Düren) (anteilig in deren Modellbericht (Modellverbund 1993 b) als Untersuchung angeführt)* zum Verlauf von 94 Behandlungsfällen [15] über einen 5-Jahres-Zeitraum [01.03.1988 - 01.05.´93 (Projektende)] sowie solche aus einer Krisenverlaufsstudie des Projektes *Lippstadt Eickelborn* zur Chronologie krisenhafter Behandlungsverläufe und der Dokumentation und Analyse zu Aufkommen und Entwicklung von Krisen und deren Charakteristika im Procedere der ambulanten Behandlung. Diese wurden ihren thematischen Schwerpunkten zufolge unter den entsprechenden Kapiteln dieser Arbeit subsummiert.

13.4.7 Relevanz externaler problematischer Einflußgrößen und Strukturdeterminanten des hintergründigen Versorgungssystems - Beispiele

13.4.7.1 Moringen

Noch vor Abschluß und bereits im ersten Verlaufsteil der Projektphase hatten sich erhebliche Probleme abgezeichnet, die Kooperations- und Versorgungsstrukturen ausreichend zu gestalten. Der, für die Implementierung eines solchen Programmes potentiell erforderliche Aufwand konnte - personell und finanziell - nicht aus dem Kontingent der Klinik geleistet werden. Bei den komplementären nachsorgenden Einrichtungen fanden sich zudem erhebliche Widerstände und kaum Kapazitäten für eine nachsorgende Behandlung. Die Einrichtung hatte sich außerdem in den, ihr zur Verfügung stehenden, eigenen Ressourcen über die Entwicklung ihres Wohngemeinschaftenprojektes ´erschöpft`. Dieses Projekt war ursprünglich als Basis für die - damals noch - prospektiv angestrebte Implementierung alternativer Nachsorgestrukturen im Umfeld und Einzugsbereich der Großstadt Hannover vorgesehen. Weiterführende Pläne scheiterten jedoch an regionalpolitischen Widerständen, den damit einhergehenden finanziellen und personalen Engpässen und nicht zuletzt auch an klinikeigenen organisatorischen Problemen. Das ursprünglich geplante Ambulanzkonzept konnte unter solchen Umständen nicht fortgesetzt werden. - Nach Ablauf des Modells wurde keine Regelfinanzierung ermöglicht.

13.4.7.2 Stralsund

Auch das Projekt *Stralsund* wurde letztlich nicht weitergeführt. Über die Erfahrungen und die, zu diesem Projekt aufgetretenen Schwierigkeiten, war generell und v. a. in der ersten Hälfte der Erprobungsphase die hohe Bedeutung einer guten Vorabstimmung der Kompetenz- und Aufgabenbereiche zwischen Ambulanz und forensischer Klinik deutlich geworden: In diesem Falle war es zu erheblichen Unklarheiten und Kollusionen bzgl. der Aufgabenzuschreibungen seiten der Klinikmitarbeiter gekommen. Erst zum Ende der Projektlaufzeit und nach dem Fixieren einer verbindlichen und offiziellen Kooperationsvereinbarung zu Art und Umfang der, an das Nachsorgeprojekt weiterzuleitenden, Informationen, waren überhaupt zeitliche Festlegungen zur Einschaltung des Projektes im Rahmen der Entlaßvorbereitungen, Beschreibung der Funktionen und des Aufgabenspektrums der Mitarbeiter der Klinik sowie der, des Nachsorgeprojektes und dessen Ambulanzfunktionen, möglich geworden. In der Orientierungsphase hatte wider Erwarten der ´Planer` und ´Betreiber`, Konzeptionelles den größten Teil der Projektlaufzeit in Anspruch genommen. Entgegen der ursprünglichen Intention erschöpften sich die Tätigkeiten des Ambulanzprojektes während dessen Erprobung häufig, doch insbesondere v. a. zu dessen Beginn- und Auslaufphase, in Dienstleistungen gegenüber der Klinik. Erst über verbindliche Vereinbarungen definierte Kooperationsregelungen mit der Klinik, ermöglichten der Ambulanz schließlich die Ausübung eigenständiger Fachbetreuungs- und Nachsorge-Funktionen. Die darüber bestimmten Funktionsbereiche konnte die Ambulanz jedoch nur noch für das restliche Drittel (knappe 9 Monate) der Projektlaufzeit, ausführen. Zeitverluste und andere ineffiziente Aufwendungen, die nötig waren, um schließlich verbindliche Kooperationsvereinbarungen mit der Klinik und, um die Ambulanz als eigenständigen Subdienst zu installieren, bedeuten erhebliche Effizienzverluste - in der direkten Klientenarbeit und für das Procedere bei Übertrag auf größere Versorgungseinheiten. Der eigentliche, versorgungstechnische Vorteil der Mobilität der Ambulanz wurde im Erprobungszeitraum seiten der Klinik und der Nachsorgeeinrichtungen nicht registriert und nicht genutzt. Sie wurde in ihren und den, damit einhergehenden Möglichkeiten von gesundheits-, sicherheits- aber auch gesellschaftspolitischer Seite nicht entsprechend gewürdigt. Diese wurden erst nach Auflösung der eigentlichen Ambulanzfunktionen durch die Klinik und damit letztlich zu spät erkannt. Obschon die Strukturen bereits im Planungsstadium einen Erfahrungstransfer berücksichtigten, konnte diese Einrichtung nicht in dem Maße von der bereits erarbeiteten Erfahrungen profitieren, so daß darüber die erheblichen Schwierigkeiten des eigenen Projektes verringert werden konnten. Die, an den Erfahrungen der anderen Modelle und Bezugsregionen ausgerichteten, Erwartungen zur Höhe des Patientenaufkommens mit ca. 10-12 Personen für die Nachsorge, entsprach das tatsächliche Projektgeschehen nicht. Die, über die Ambulanz betreute Klientele bestand überwiegend aus noch untergebrachten Patienten. Zum Ende des Projektes belief sich die Anzahl der, über die Ambulanz betreuten Patienten auf n=15 entlassene und n=41 noch untergebrachte Personen. Nach der offiziellen Entscheidung gegen eine Fortführung des Projektes über 1997 hinaus, wurde in der Auslaufphase, der Funktionsbereich der Dienstleistungen gegenüber der Klinik reduziert zugunsten dem Funktionsbereich einem schwerpunktmäßigen Wissens- und Erfahrungstransfer in die Klinik. Eine weitere Eigenheit lag in dem Einbezug nach § 64 StGB untergebrachter Patienten mit Bewährungsauflagen zu den Bereichen Wohnen, tagesstrukturierende Beschäftigung und Arbeit sowie zum Besuch einer Alkohol- / Suchtsprechstunde.

[15] Die Population der Einrichtung *Düren* umfaßt ausschließlich Männer und keine nach § 64 StGB eingewiesenen Patienten.

Allein der Umstand der, auf 2 Jahre begrenzten Unterbringung dieser Klientele nahm entscheidend Einfluß auf die Therapiegestaltung. Als weitere Besonderheit war die Klinik zum Bereich der Entlaßvorbereitung vorab bereits personell und v. a. sozialarbeiterisch gut ausgestattet gewesen und die Kooperation mit der Bewährungshilfe und den psychosozialen Einrichtungen der Region galt als erfolgreich.
Zwischen Klinik- und Ambulanzleitung bestand Personalunion. Nach Beendigung des Modellprojektes *Stralsund* zum Januar 1997 ergab sich eine, in ihrer Dimension auf einen Therapeuten, dem vormaligen Leiter der Einrichtung [16] ausgerichtete, kleinere forensische Praxisambulanz.

13.5 Weiterhin bestehende Versorgungsprobleme, Hindernisse und Grenzen einer, zwischenzeitlich optimierten, Rehabilitations- und Nachsorgepraxis - zusammenfassender Überblick, kritische Bewertung und Diskussion zentraler Aspekte

Die Einrichtungen proklamierten übereinstimmend weiterhin bestehende Grenzen und Versorgungslücken trotz der, von den Modellen über den Erprobungszeitraum verbesserten, Angebotsstrukturen und einer, unter den gegebenen Umständen bereits optimierten, Rehabilitations- und Nachsorgepraxis. Bereits im Vorfeld und vor Abschluß der Projektphase zeichneten sich deutlich Probleme ab, die Kooperations- und Versorgungsstrukturen ausreichend zu gestalten. Ausmaß und Spezifität dieser Problematik waren dabei regional unterschiedlich.

- ***Unzureichende Verfügbarkeit vorhandener Versorgungssysteme, Kooperations- und Versorgungsstrukturen mit Versorgungslücken für bestimmte Patientengruppen***

In einigen Bereichen erwiesen sich die vorhandenen Versorgungssysteme im Hinblick auf die erkennbaren Erfordernisse als nicht ausreichend. Weiter konstatierten die Modellerfahrungen, daß sich die Defizite in der Versorgung der forensisch-psychiatrischen Patienten insb. dann zugespitzt darstellen und das vorhandene System sehr schnell an seine kapazitativen und konzeptionellen Grenzen stoße, wenn eine qualifizierte und aufsuchende Nachsorge für diese problematische Klientele erforderlich wurde.

- ***Versorgungslücken für bestimmte Patientengruppen und Versorgungserfordernisse***

Insgesamt fehlten Zuständigkeitsregelungen für Krisensituationen und adäquate Versorgungs- und Betreuungsmöglichkeiten und zwar v. a. für folgende Bezüge und Personengruppen:
Versorgungslücken ergaben sich überhaupt zu bestimmten Patientengruppen und wurden v. a. beschrieben für

- Psychosekranke mit einer begleitenden Suchterkrankung,
- Patienten mit ausgeprägten Verwahrlosungstendenzen sowie für
- Persönlichkeitsgestörte und hier insb. komorbide Erkrankungsformen und
- Sexualstraftäter.
- Die komplexen oft komorbiden Erkrankungsformen der forensischen Patienten wurden als Heraus- aber auch Überforderung der bisherigen Strukturen des allgemeinpsychiatrischen Nach- und Versorgungssystems deklariert.
- Adäquate Versorgungsstrukturen fehlten außerdem für intellektuell Beeinträchtigte bzw. geistig Behinderte.

- ***Störungsspezifisch ausgerichtete psycho- therapeutische Versorgung***

Offenkundig wurde ein erheblicher Mangel an eigenständigen und spezifischen Behandlungs- und Versorgungsstrukturen, die den besonderen und individuellen Bedürfnissen der Patienten gerecht werden können. Prospektiv zu entwickeln sind prototypische Anforderungsprofile für verschiedene Patientengruppen. Solche wurden erstmalig im Rahmen der Projekterprobungen und in Abhängigkeit von der Schwere und Klassifikation der Störung, dem Alter und den lebenspraktischen Fähigkeiten der Patienten zur Nachsorge aus dem MRVZ erarbeitet und in der Praxis der Nachsorgephase weiterführend doch nur sehr eingeschränkt erprobt: Das Angebot ambulanter therapeutischer Gruppen wurde für erforderlich gehalten. (Zwei der Modelle bedauerten, ein solches Angebot nicht leisten zu können, obschon sie es fachlicherseits für indiziert hielten.)

- ***Unterschiedliche Profile an Behandlungserfordernissen vordem nach § 64 oder § 63 StGB Untergebrachter***

Deutlich wurde, daß die adäquate Nachsorge von vordem nach § 64 und andernteils nach § 63 StGB Untergebrachten unterschiedliche Betreuungs- und Behandlungserfordernisse der beiden Gruppen berücksichtigen sollte.

- ***Zu kalkulierender hoher Ausländeranteil***

Zum Bestand stationärer MRVZ-Patienten wurde über die offene Fragenkonstrukte der hohe Anteil an ausländischen Personen und deren ethno- bzw. soziokulturelle Besonderheiten problematisiert. Ein Umstand, der zum Zeitpunkt der Erhebung zur Gruppe der ambulanten Patienten zu Deutschland nicht explizit thematisiert wurde. Prospektiv ist jedoch diesem Personenkreis und v. a. unter ethnokulturellen Gesichtspunkten, in der Behandlungsführung Bedeutung beizumessen. Die angetroffenen, grundsätzlich zur Versorgung allgemeinpsychiatrischer Patienten zuständigen und auf deren Belange ausgerichteten, Versorgungsstrukturen wurden im Umgang mit vielen der forensischen Klientele als überfordert erlebt. Dahingehend sind dringend spezifizierte Versorgungsstrukturen, nötige Nachqualifizierungen und spezielle forensisch qualifizierte Mitarbeiterbetreuung bereitzustellen.

[16] *Gillner*

- ***Wartezeiten für v. a. spezifizierte Therapieen***

In einer immerhin bereits versorgungstechnisch optimiert rekrutierten und vernetzten Region mußte für einen adäquaten Therapieplatz mit einer, zum Einzelfall indizierten, störungsspezifischen und methodischen Ausrichtung und unter Berücksichtigung auch anderer Vorgaben, wie z. B. Geschlecht, Alter, Kompliance des Patienten, forensische Erfahrung des Therapeuten und Erreichbarkeit / Lage der Praxis, mit Wartezeiten und zwar im Durchschnitt von etwa vier und im Einzelfall bis zu acht Monaten gerechnet werden. Die Vorgabe, Patienten erst dann definitiv ambulant zu führen, wenn der indizierte, tatsächlich (v. a. auch störungsspezifisch) passende Therapieplatz und außerdem eine dahingehende Anbindung realisiert werden kann, erwies sich, und dies insb. zu Persönlichkeitsgestörten, als ein Kriterium für den Erfolg und die Effektivität einer Behandlung.

- ***Unversorgter Bedarf an psycho-therapeutischer Versorgung***

Der Fehl- und Nichtbestand einer adäquaten Versorgungsstruktur läßt nur schwer eine Einschätzung des realen Versorgungsbedarfs zu. Angebot und Nachfrage bedingen sich auch hier gegenseitig. Nach Optimierung der Versorgungsstrukturen im Rahmen der Projektverläufe stuften die Projekte zwei Drittel ihrer ambulant geführten Patienten als psychotherapiebedürftig ein, anfänglich jedoch niedriger mit einem Anteil von etwas unter 50 %.

- ***Unzureichende Kooperation mit komplementären Diensten, deren Mitarbeitern und Niedergelassenen***

Die Modellerfahrungen hatten ergeben, daß grundsätzlich nicht von einer ausgesprochenen Angebotsstruktur im psychosozialen und psychiatrischen Bereich auszugehen sei. Keines der Projektversuche erreichte eine Festschreibung zur regulären Kooperation oder Bündelung der Angebote für forensisch-psychiatrische Patienten. Vereinzelt allerdings gelang eine Kooperation obschon vorab keine vorhandenen Strukturen resp. geeigneten Angebote für forensisch-psychiatrische Patienten bestanden hatten. Obschon sich zwar, bezogen auf forensisch-psychiatrische Patienten, isolierte Angebote der Region fanden, wurden diese unter den Aspekten der Koordination und Kooperation als ´nicht sehr ausgeprägt` bezeichnet.

- ***Mangel an Bereitschaft zur Kooperation bzw. Motivation***

Trotz guter Erfolge in Bemühungen zum Einzelfall wurde zu den komplementären Diensten und deren Mitarbeitern übergreifend ein erheblicher Mangel an Bereitschaft zur Kooperation festgestellt. Das, in dieser Hinsicht am härtesten betroffene Projektmodell, *Moringen*, hatte in Relation zu dessen eigentlichem Bedarf insg. nur unzureichend und überhaupt nur in Einzelfällen kooperative Behandlungsverträge mit neu erschlossenen Nachsorgeeinrichtungen der Region für seine forensischen Patienten erzielen können. Und zu den angebotenen und für unabdingbar gehaltenen Supervisionen und Ausbildungseinheiten der MRVZ-Einrichtungen hatten sich nur vereinzelt kooperationsmotivierte Mitarbeiter komplementärer Einrichtungen eingefunden.

- ***Hohe Vulnerabilität junger Kooperationsvereinbarungen***

Deutlich wurde die Vulnerabilität und Labilität neu installierter Versorgungsstrukturen im herkömmlichen Versorgungssystem und die, der dahingehend neu angeworbenen Kooperationen: Bereits nach einem unliebsamen Erlebnis mit forensischen Patienten neigten neu rekrutierte Einrichtungen sehr schnell zu Rückzügen ihrer Kooperationsangebote *(lt. konkreter Erfahrungsberichte der Modelleinrichtungen Düren, Moringen).*

- ***Defizit an kompetenten niedergelassenen Therapeuten***

Zur Versorgung durch niedergelassene Therapeuten und Ärzte bestand das extremste Defizit zu Behandlungsplätzen für Psychotherapie und eklatant für Sexualstraftäter und sehr spezifische Störungsbilder. Das Ausmaß dieser Unterversorgung und der grundlegende Bedarf an kompetenten therapeutischen Fachkräften gestaltete sich außerdem regional unterschiedlich und besonders stark für ländliche Strukturregionen.

- ***Gute Erfahrungen zum ambulanten Einsatz vormaliger Klinikmitarbeiter als externe psychotherapeutische und ärztliche Therapeuten mit forensischer Qualifikation***

Die Erfahrungen der Projekte der alten Bundesländer ergaben gute Erfahrungen zu solchen externen Mitarbeitern / Therapeuten mit forensischen Vorerfahrungen. Ein Großteil davon waren frühere Mitarbeiter der forensisch psychiatrischen Kliniken (sofern rekrutierbar) und verfügten damit über fundierte fachforensische Kompetenzen.

- ***Erkenntnisse und Richtlinien zur Bewältigung und Berücksichtigung spezifischer Erschwernisse und Probleme in der – v. a. strukturellen - Implementierung der Projektziele***

In der Gesamtschau konnten Kriterien und Richtlinien bezeichnet werden unter deren Beachtung den, unter alternativen Erprobungen aufgetretenen, strukturell bedingten Schwierigkeiten zu begegnen war:

- ***Definition der nachsorgenden ambulanten Behandlung als integrativen Bestandteil der Maßregel***

Jede Nachsorge beginnt in der stationären Einrichtung. - Die Erfahrungen verwiesen zwingend auf die Sinnhaftigkeit zur Integration der nachsorgenden –ambulanten- Behandlung in den Gesamtkontext der Planung der Maßregelbehandlung.

- ***Begrenztheit prospektiver Bedarfsplanung***

Für eine Behandlungsplanung zu berücksichtigen sind spezielle Strukturvorgaben zur jeweiligen Region und dem Modell im Einzelfall und vor diesem Hintergrund deutliche Begrenztheiten in der Übertragbarkeit anderweitiger Erfahrungen anderer Ambulanzmodelle.

- ***Strukturpolitische Vulnerabilität***

Trotz des nachgewiesenermaßen hohen Bedarfs an ambulanten Versorgungskonstrukten ließen die gemeindenahen Projekte als alternative Modelle nichtstationärer Versorgung zur Etablierung im überkommenen Versorgungskontext eine hohe strukturpolitische Vulnerabilität und Anfälligkeit erkennen. Auch aus solchen Gründen ist die Absicherung durch gesetzliche Regelungen um die formalen Hintergründe zur legitimierten Etablierung dieser Versorgungsstrukturen im gesamten Versorgungssystem zu schaffen für das Konzept der ambulanten Nachsorge wichtig.

- ***Kalkulieren externaler Störgrößen***

Im Hinblick auf eine angestrebte Etablierung alternativer Behandlungskonzepte wurde die Erfordernis deutlich potentiell relevante externale problematische Einflußgrößen und Strukturdeterminanten des hintergründigen Versorgungssystems differenziert zu berücksichtigen. Widerstände überkommener Systeme gegenüber innovativen Strukturen und damit einhergehende Irritationen und Destabilisierungen dürfen nicht unterschätzt und müssen kalkuliert werden.

- ***Kalkulation anderweitiger problematischer bzw. erschwerender externer Einflußgrößen***

Prinzipiell sind bekannte und unbekannte, berechenbare und unerwartete, greifbare und irritierend störende nicht voraussehbare oder einzuordnende externe Einfluß- und Störgrößen als Wirkfaktoren zu kalkulieren.

- ***Berücksichtigung potentiell relevanter Strukturdeterminanten***

Wird die Etablierung innovativer Ambulanzkonzepte angestrebt, sind unbedingt auch hintergründige Strukturdeterminanten als potentiell relevante Einflußgrößen und deren komplexe Bezüge im Versorgungssystem zu berücksichtigen.

- ***Nutzen von Synergieeffekten und Vermeiden unökonomischer Reibungs- und Energieverluste***

Unökonomische Reibungs- und Energieverluste sind zu vermeiden und Synergieeffekte zu berücksichtigen.

- ***Verbindliche Festschreibung von Versorgungs- und Kooperationsstandards***

Versorgungs- und Kooperationsstandards müssen für alle Beteiligten verbindlich festgeschrieben werden. Aufgrund der Nichteinhaltung solcher Vorgaben ergaben sich, die Realisation der Zielvorgaben der Ambulanzprojekte hemmende und dbzgl. kontraproduktive Wirkungsweisen: Außerordentlich problematisch und beeinträchtigend für die Umsetzung der ursprünglich geplanten Ziele zur Ambulanzarbeit, gestalteten sich exemplarisch Vorkommnisse, wie sie – 2- Modelle *(Moringen, Stralsund)* im Projektverlauf erfuhren, indem der versorgungstechnische Vorteil der Mobilität der Ambulanz zu spät und die, damit einhergehenden Möglichkeiten im Erprobungszeitraum nicht entsprechend erkannt wurden.

- ***Erfordernis um Vorabstimmung der Kompetenz- und Aufgabenbereiche zwischen Ambulanz und forensischer Klinik***

Eine Vorabstimmung der Kompetenz- und Aufgabenbereiche zwischen Ambulanz und forensischer Klinik ist unabdingbar.

- ***Zur Frage der Installation von Spezialeinrichtungen unter Berücksichtigung der Gefahr von Ausgrenzung und potentieller Stigmatisierung der Klientele im Nachsorgebereich bestehender Versorgungssysteme***

In der Frage nach den erforderlichen behandlungsbezogenen Strukturen zur Verbesserung der ambulanten Ver- und Nachsorgesituation dieser Klientele wurde auch die Installation von Spezialeinrichtungen zur Nachsorge exklusiv forensisch psychiatrischer Patienten diskutiert. Einrichtungen zur ausschließlichen Sonderbehandlung von MRVZ-Patienten wurden mit Verweis auf die Gefahr ohnedies bestehender Ausgrenzungstendenzen gegenüber dieser Klientele zu forcieren, von allen Modellen abgelehnt und vor zusätzlich erschwerten Integrationsbemühungen gewarnt: Befürchtet wurde, daß derartige Spezialinstanzen resp. -einrichtung für MRVZ-Patienten, Sonderbehandlungen und Ausgrenzungen zu provozieren und über die bestehenden Ressentiments hinaus, noch größere Widerstände in der Bevölkerung hervorrufen könnten. Von seiten der Modelle wurde die Gefahr gesehen, daß sich die komplementären regionalen Dienste und Vorsorgeeinrichtungen von ihrer Verantwortung noch mehr bzw. völlig zurückziehen; Bereits etablierte und bislang nicht intensiv mit MRVZ-Patienten befaßte, Dienste / Einrichtungen könnten solch ein Projekt mißverständlich als lang ersehnte Entlastung von einer immer schon unliebsamen Klientele begreifen und sich entsprechend nutzbar machen wollen. *(Diese Dienste haben „auch bisher ohne das Bestehen von Sondereinrichtungen überwiegend keine Versorgungsleistung für forensische Patienten im Rahmen ihrer Versorgungspflicht übernommen" s. o. a. a. O. Schellbach-Matties Projektleitung Düren persönl. Mitteilung 28.06.1997.)* Andernteils kann der intensive Wunsch nach Integration psychisch kranker Rechtsbrecher in das bestehende psychiatrische Versorgungssystem auch die Gefahr in sich bergen, die dem forensisch psychiatrischen Klientele eigenen und v. a. interaktionellen Schwierigkeiten zu leugnen und damit die Patienten und andernteils die behandelnden Therapeuten/ therapeutische Einrichtung zu überfordern.

Tab. 3: Richtlinien zur Implementierung der Projektziele

Übersicht zu Richtlinien zur Implementierung der Projektziele
Begrenztheit prospektiver Bedarfsplanung
Verbindliche Festschreibung von Versorgungs- und Kooperationsstandards
Strukturpolitische Vulnerabilität
Nachsorgende ambulante Behandlung als integrativer Bestandteil der Maßregel
Nutzen von Synergieeffekten und Vermeiden unökonomischer Reibungs- und Energieverluste
Vorabstimmung der Kompetenz- und Aufgabenbereiche zwischen Ambulanz und forensischer Klinik
Verbindliche Festschreibung von Versorgungs- und Kooperationsstandards
Kalkulation anderweitiger problematischer bzw. erschwerender externer Einflußgrößen
Berücksichtigung potentiell relevanter Strukturdeterminanten

13.6 Projektfolgezeit

13.6.1 Erkenntnisse und Entwicklungen zu konzeptionellen Inhalten und Zielvorgaben - Gemeinsamkeiten und Angleichungen

- ***Austausch, Integration, Implementierung des gewonnenen Erfahrungs- und Erkenntniswissen***

In der Nachmodellphase analysierten die Modelle im gegenseitigen Austausch Vor- und Nachteile der, von ihnen jeweils vorrangig praktizierten, Zugangsformen, um dann aus diesem ´Pool` an Erfahrungsinhalten adäquate Strategien in das eigene, ggfls. modifizierte, Konzept zu integrieren, Inhalte zu ersetzen oder überhaupt neu aufzunehmen. Ein derart erfahrungsbezogener Austausch fand bereits während der Projektphasen statt. Dies führte letztlich prozesshaft zu einer erheblichen Annäherung der jeweiligen Handlungsansätze der Projekte.

- ***Bereitschaft zum Strukturwandel***

Als übergeordnete Zielsetzung galt die Gewährleistung der Entwicklung des Patienten und dazu das ´Primat der ständig flexiblen Neuanpassung gewählter Mittel und Wege` [17] und im Hinblick auf die Neu-Adaptation der gewählten Maßnahmen und Vorgehensweisen, das Wahren einer sachdienlichen, flexiblen Haltung mit potentieller Bereitschaft zum Strukturwandel. Konzeptionelle Angleichungen

Die Projektfolgezeit brachte konzeptionelle Angleichungen in der Praxis mit sich:

- ***Einsatz und Entwicklung qualifizierender und qualifizierter Dienste***

Fachspezifische forensische qualifizierende und qualifizierte Dienste waren einheitlich von allen Modellen als Erfordernis zu- erkannt und weiterführend dazu (sicher zu *Düren* und *Lippstadt)* entsprechende Maßnahmen entwickelt und eingesetzt worden.

Lippstadt Eickelborn übernahm konzeptionell die Bedeutung des supervisorischen Aspektes und implementierte außerdem überzeugt das Instrument der Helferkonferenz in der Praxis. Die Einrichtung mit dem ursprünglichen Modell der mobilen Ambulanz *Düren* installierte explizit die ´Beratung der Berater` als zusätzlichen Modus der Qualifizierung (in Anlehnung an ´Train-the-trainer-Programme`).

- ***Zu ihrer Passung überprüfte Leistungsangebote***

Übereinstimmend zuerkannt wurde die Vorgabe, nur adäquate nachweislich kompetente Leistungen für den Katalog ambulanter Leistungsangebote zu akquirieren und dazu aufzunehmen.

- ***Unabdingbarkeit adäquater Behandlungsplätze und Therapieangebote, zumindest anteilige Erfordernis um dahingehende Eigenleistungen der Ambulanz bei defizitärer Ausstattung der Region an Ressourcen***

Zum Bereich ´Psychotherapie` wurde (ausgehend vom Projekt *Lippstadt)* erfahren, daß diese besonderen Leistungen in ihrer Spezifität „nicht so einfach akquirierbar“ und oft („überwiegend“ resp. „sehr häufig“) von den Ambulanzmitarbeitern selbst einzubringen waren. Des Weiteren mußte eines der Modellprojekte *(Düren)* konzedieren, daß dessen bisheriger Ansatz unter welchem die Tätigkeit der Ambulanz vornehmlich über organisatorische, koordinative, qualifizierende, supervidierende und edukative Aufgaben definiert worden war und klinisch therapeutische Leistungen direkt am Patienten regulär zuerst nicht vorgesehen waren, relativiert werden mußte und letztlich den Erfordernissen der Praxis nicht entsprach und, daß solche Leistungen auch als Ambulanzleistungen zu kalkulieren waren. Im weiteren praktizierte diese Einrichtung - zumindest gegenüber Patienten des eigenen Hauses - dann auch patientenbezogene ambulante therapeutische Leistungen, was einer Abänderung gegenüber dem ursprünglichen Ambulanzkonzept entsprach.

[17] *lt. persönlicher Mitteilung durch Schellbach-Matties Projektleitung Düren 28.06.1997*

➢ ***Erfordernis um dynamische Gestaltungsmöglichkeiten der Behandlung***

Während die Möglichkeit des ´Vor- und Zurück` zuerst nur zur Krisenintervention gedacht war, wird diese inzwischen als aussichtsreiche Behandlungsstrategie genutzt *(Düren, Moringen).*

13.6.2 Umsetzung und Fortführung der Projekterkenntnisse

Alle betroffenen Einrichtungen setzten ihre Projekterkenntnisse in der Folgezeit intern um. Zu denjenigen Einrichtungen der alten Bundesländer, zu denen formal keine offizielle Weiterführung eines Ambulanzprojektes möglich war, wurde versucht, die positiven Erfahrungen aus der Modellerprobungszeit zum rehabilitativen Bereich nicht verloren gehen zu lassen. Vor dem Erfahrungshintergrund wurden anteilig, bislang jedoch i. d. R. nur zu Einzelfällen und nicht regulär, über hausinterne Umwidmungen von Mitteln und Nutzung der Möglichkeit zur Langzeitbeurlaubung, zu entlassende Patienten in der Überleitungsphase in einem eher ambulanten Setting geführt.

13.6.3 Erhalten grundlegender ambulanter Versorgungsstrukturen durch hausinterne Umwidmung von Mitteln

Nachdem zu keinem Ambulanzprojekt finanzielle Mittel explizit definiert oder bereitgestellt worden waren, organisierten sich drei der vier Einrichtungen, indem sie durch hausinterne Umwidmungen von Mitteln, die über den Projektstatus vorab entwickelten nichtstationären und nachsorgenden Grundlagenstrukturen aufrechterhielten, in einem Falle ausbauten und weiterführend regional ausgelagerte Stationen schufen. Die Modelleinrichtung *Düren* bspw. praktizierte eine quasi ´interne Fortschreibung` der Strukturveränderung i. S. der Nachsorge und erzielte dann eine flächendeckende Versorgung, was zum Zeitpunkt der Projektphase erst nur vereinzelt möglich gewesen war. Die vormaligen Projekte zu NRW, anteilig bedingt *Düren* und expansiv *Lippstadt*, wirkten über ihre, in der Zeit der Modellerprobung begründeten Ambulanzstrukturen auch nach Beendigung der Projektlaufzeit i. S. ihrer ursprünglichen Zielvorstellungen. Für die Einzugsbereiche der forensischen Einrichtungen *Düren* und *Lippstadt Eickelborn* wurde intermittierend immerhin eine Flächendeckung zur extramuralen Versorgung erzielt, wobei der Personalbedarf dazu nicht gesichert war.

13.6.4 Problem der kostenmäßigen Zuständigkeit ambulanter Behandlung

Erhebliche Probleme bereitet die Finanzierung und insb. Kostenübernahme zum Einzelfall und von indizierten, ggfls. auch regelmäßig zu erbringenden, Leistungen bzw. therapeutischen Maßnahmen, schwer rekrutierbaren, wie bspw. störungsspezifischen, individuell auszurichtende Behandlungsmethoden. Auch nach Abschluß der Projektplanung war keinem ambulanten Versorgungsbereich der Projekte eine zusätzliche Kontingentierung zum Bereich der Finanzen resp. Personal zugeschrieben worden. Die nordrhein-westfälischen Einrichtungen hatten nach Befunden von 1996 / 97 durchgeführten Untersuchungen einer dazu beauftragten Wirtschaftsprüfgesellschaft [18] letztlich vergebens auf Bestätigung des, von den Modellen postulierten und ambulante Versorgungsmodelle implizierenden Sollkonzeptes gehofft. Dessen Zuerkennung hätte die Zuschreibung eines zusätzlichen Finanzierungsbedarfes ableiten lassen. Bislang konnte zwar zu jedem der ausgewiesenen ambulanten Behandlungsfälle in Abhebung auf den Einzelfall dann und i. d. R. nur sehr aufwendig, eine Form der Finanzierung konstruiert werden. V. a. Probleme bereitete nach der, für so1che Fälle deutlich erschwerten Rekrutierung dann auch die Finanzierung spezifizierter, individuell ausgerichteter und indizierter, ggfls. regelmäßig erforderlicher oder intensivierter Leistungen bzw. Konstellationen an Maßnahmen und / oder solcher mit sehr spezifischem Charakter, wie bspw. bei Kombinationstherapien, Therapien zu spezifischen Störungsbildern oder für außerordentliche Akut- oder Kriseninterventionen.

13.6.5 Kreativität, Flexibilität, ggfls. Entwicklung auch unkonventioneller Problemlösungen

Um der immer noch große Spanne zwischen Bedarf und Angebot an nichtstationären Behandlungsformen begegnen zu können, wurde die Erfordernis um ggfls. auch unkonventionelle Lösungsmodi erkannt. Deren Implementierung bildete eine kreative Reaktion auf die defizitären Gegebenheiten, wie bspw. die, der Unterkunftsproblematik nach der Entlassung. Ein Problem, das im Kontext der Entlaß- und Wiedereingliederungsplanung des MRVZ Patienten als häufiger Hindernisfaktor genannt wurde, ist das, der ungelösten extramuralen Wohnsituation. Eine sinnvolle Antwort auf die allgemein problematische, durch Ressentiments und zusätzlich anderen Faktoren, beeinträchtigte Wohnungs- und enge Arbeitsmarktlage, bot das Kooperationsprojekt ´Westfälische Lösung`. Dabei handelt es sich um eine gelungene Konstruktion einer gemeinsamen Finanzierung eines Wohnheimes für psychisch Kranke über einen kirchlichen Träger und den *Landschaftsverband Westfalen-Lippe* als Träger des MRVZ mit einem gesicherten Platzkontingent für MRVZ-Patienten. Als weitere Lösungsmöglichkeit sind zum Überlegungsstadium forensischen Patienten bestimmte Heimplatzkontingente über den offiziellen Verordnungsweg und die politische Festsetzung freizuhalten.

[18] *Wirtschaftsprüfgesellschaft ´Ernst & Young`*

13.6.6 Relevante Vorgaben an hintergründigem Strukturgeschehen und strukturpolitischen Fortentwicklungen

Übergreifend erkannt und insb. über die Entwicklungsgeschichten der gemeindenahen Projektmodelle des Bundes gut unterlegt wurde: Für den Entwicklungsgang, die Möglichkeiten und Etablierung alternativer Versorgungsmodelle ist den hintergründigen Strukturvorgaben eine wesentliche und dahingehend zu kalkulierende Rolle zuzurechnen. Die Bemühungen um die Dezentralisierung der forensischen psychiatrischen Versorgungsstrukturen berühren damit auch den Entlassungs- und Nachsorgesektor.
Die gemeindenahen Modellprojekte des Bundes mit ihren Liaison- und Konsiliardiensten waren entstanden vor dem Hintergrund der Bemühungen zur Dezentralisierung der Psychiatrie zum *Land NRW und insb. Westfalen Lippe* als Flächenregion und der Installation gemeindenaher Versorgungssysteme. - Retrospektiv betrachtet lag es wohl auch entscheidend an der strukturpolitischen Implementierung und Öffentlichkeitsarbeit des letztgenannten Modells, daß sich das Ambulanzprojekt bislang gegenüber oppositionellen Gegenbewegungen der Öffentlichkeit halten konnte.

14 Den Modellerprobungen folgende und übergreifende Weiterentwicklungen

Die Kliniken *Düren, Moringen, Lippstadt Eickelborn,* Letztlich konnte keines der gemeindenahen Modellprojekte des Bundes in der von ihm vertretenen Form übergeleitet und offiziell als eigenständiges Forensisches Ambulanzmodell installiert werden.
Auch zur Forensischen Institutsambulanz *Stralsund* wurde gegen die Implementierung des Modells entschieden.
Über die Zeit hinweg zeigte sich jedoch immerhin, daß jede dieser Einrichtungen von den Erfahrungen profitiert hatte und – allerdings zeitlich deutlich versetzt - damit einhergehend Entwicklungen angestoßen und auch dann längerfristig strukturinterne Umgestaltungen erfolgt waren in dabei mehrjährigen Prozessen mit durchaus konfliktreichen und immer auch ambivalenten Anteilen.
Einrichtungen, die eine über die Zeit hinweg entwickelte und gut installierte graue Forensische Ambulanz führten, hatten ihre so herangebildeten ambulanten Konzepte und Strukturen beibehalten. Keines der Ambulanzprojekte hatte eine eigene Kostenstelle zugewiesen bekommen; - Ambulante Maßnahmen wurden überwiegend über interne Umverteilung der Mittel und Mitnutzung der allgemeinpsychiatrischen Ambulanz finanziert.
Ein hoher Bedarf besteht für spezialisierte ambulante therapeutische Einrichtungen. Dies bildete sich auch ab für die, auf Sexualstraftäter spezialisierte und seit 1997 installierte, Fachambulanz *(Weiss, Dortmunder Raum),* deren Zunahme an Bekanntheitsgrad und Zuweisungen.

14.1 Zeitlich versetzt erneute Bedarfsformulierung und Bestrebungen um Ressourcenaquirierungen bei hintergründigen Vorerfahrungen und Ressourcen

Zeitlich versetzt und vor dem Hintergrund einer eklatanten Bedarfsgestaltung verdeutlichten sich drängend und bei hintergründigen Vorerfahrungen und potentiellen intelligenten, personalen und strukturellen Ressourcen – Wieder- Bestrebungen für die Etablierung solcher Versorgungsformen.

14.1.1 Mobile Ambulanz *Düren*

Das Modell der Forensischen Ambulanz *Düren* wurde nach 3 Jahren in den Schwerpunkten ´Überleitung, Suche nach Kooperationspartnern, Vernetzung der Versorger und Einrichtungen` inhaltlich übernommen, doch ohne eigenständige Kostenstelle. Zur Überbrückung der brisanten Versorgungslücke zwischen ´Drinnen` und ´Draussen` und dagegen, daß unter defizitärer Versorgung v. a. zeitnah nach der Entlassung Rückfälle am häufigsten auftraten, wurde dann der Versorgungsansatz einer mobilen forensischen Ambulanz (seit Modellerprobung) zum regelhaften Versorgungskonzept der forensischen Abteilung der Rheinischen Kliniken *Düren.*
Erfahrungen bestätigten die originären Ansätze des Modells: Das Konzept bewährte und etablierte sich über die Zeit, wurde erkenntnisbezogen und am Bedarf orientiert weiterentwickelt, anteilig spezifiziert und professionalisiert.
Zum Stand des überregionalen Arbeitstreffens ´Forensische Ambulanzen` in *Düren 2001* bestand die Ambulanz aus drei Mitarbeitern aus dem Bereich Pädagogik / Sozialarbeit, von denen zwei vollzeitig und einer teilzeitig zur Installation von Arbeits- und Beschäftigungsverhältnissen und Praktikumsplätzen eingesetzt sind. Der Zuständigkeitsbereich der Ambulanz schließt stationäre Aufgaben aus und definiert sich als Brückenteam (´Spagat über die Mauer`), Mittler und überhaupt Schnittstelle zwischen Klinik und Empfangsraum für alle Entlassungen zur dahingehenden Betreuung der Patienten sowie als Anlaufstelle für externe Anfragen anderer Mitarbeiter. Die dominierenden Aufgabengebiete bilden zum einen Case-Management und darüber Einzelfallarbeit sowie den Aufbau von Kooperationsbeziehungen und Vernetzungen der Hilfen im prospektiven Entlaßraum.

- ***Procedere zum Case-Management und dem Modus der Einzelfallarbeit***

Die Überleitung erfolgt individualisiert abgestimmt auf die Konstitution, das Bedarfs- und Leistungsprofil des Patienten und in kritischer Bewertung der Entwicklungen durch die, in die Überleitung des Patienten professional Involvierten und Vertreter der Forensischen Ambulanz als Experten.

- ***Frühzeitige Vorstellung des prospektiven Ambulanzpatienten bei der Ambulanz:***

Der prospektive Ambulanzpatient wird lange - regulär gut ein Jahr - vor der geplanten Entlassung vom behandelnden stationären Team bei der Ambulanz angemeldet.

Zum Procedere der weiterführenden Überleitung bewährt hat sich das Vorgehen über folgende Abschnitte:
- umfassende Sondierung der Gesamtsituation mit Abklärung zu Bedarf und Perspektiven des Patienten,
- Entwicklung eines *zielgeleiteten dynamischen Wiedereingliederungsplanes* unter Integration dieses Basiswissens zum Patienten,
- stufenweise Entwicklung der Überleitung über Ausgangspunkt, Prozesse der Festlegung, Überprüfung und flexible Fortschreibung zu den außerdem aufgeschlüsselten Zielkontexten,
- und zwar unter der Kalkulation von Interessenkonflikten der involvierten Parteien und deren Integration und als solche den Vorstellungen des Patienten, dessen Selbst- und Fremdwahrnehmung, den kritischen Ansprüchen der Behandler und den Möglichkeiten der Nachsorge.

Im Weiteren geht es um
- das Abgleichen der Leistungsprofile und Anforderungen,
- Entwickeln eines flexiblen sich zunehmend nach außen erweiternden Settings mit Möglichkeiten für den Patienten zu *´Erfahrungsbewegungen`* und der - und zwar jederzeitigen - Möglichkeit zur Korrektur und rechtzeitigen Rücknahme der einzelnen Schritte,
- Schrittweise angegangen werden Verpflichtungen im Arbeits- resp. Beschäftigungsbereich und oft über ein Praktikum in einem Betrieb gestartet.

In definierten Abschnitten erfolgt eine intermittierende Auswertung der Erfahrungen mit einer kritischen Überprüfung der bisherigen Planung und darauf aufbauend die Entwicklung weiterer Schritte.

➢ ***Aufbau von Kooperationsbeziehungen und Vernetzung der Hilfen***

- Erschließen der Region mit ihren verschiedenen ambulanten und komplementären Einrichtungen und
- Aufbau tragfähiger Kooperationsbeziehungen

➢ ***Bedeutsamkeit der Langzeitbeurlaubung***

Explizit herausgestellt werden von den Erfahrungen dieses Ambulanzmodelles die Vorteile der *Langzeitbeurlaubung*, in welcher der Patient zwar noch den Status eines forensischen Patienten innehat, doch mit der Möglichkeit zur Alltagserprobung bereits in der Region wohnt und auch durch die Dienste der Einrichtungen der Region betreut wird. So wie dies nach der tatsächlichen Entlassung dann auch erfolgen soll. In dieser Zeit werden aber noch alle anfallenden Kosten und auch Platzhaltegebühren für den Fall einer zwischenzeitlich erforderlichen Rücknahme in die Klinik von den Rheinischen Kliniken *Düren* übernommen.

Für die Forensik selbst ist dieser Modus der Langzeitbeurlaubung wesentlich, indem so diagnostische Einschätzungen über ausreichend lange Zeit unter praktischer Erprobung in realitätsnahen Bedingungen möglich werden und darüber prognostische Aussagen dazu, unter welchen spezifischen Bedingungen eine Aussetzung der Maßregel zur Bewährung empfohlen werden kann.

Die Erkenntnisse werden außerdem i. d. R. dann auch für Vorgaben zum Entlaßbeschluss genutzt und in die zugehörigen Weisungen aufgenommen.

➢ ***Wesentliche Kriterien die der Effektivität der Ambulanzarbeit als zuträglich erfahren wurden***

Folgende Kriterien wurden als der Effektivität der Ambulanzarbeit zuträglich erfahren:
- Eine dezidiert unbeschönigte Vermittlung des Patienten und Akzeptanz der Weiterbetreuer mit den relevanten Informationen zum Patienten, dessen Vor- und Deliktgeschichte, Behandlungsverlauf, dessen Umgang mit der Erkrankung, fachkundige Aufklärung zum Störungsbild und den *Frühwarnsymptomen*,
- Qualifizierung und Kompetenzbildung der Hilfesysteme (auch als Multiplikatoren),
- Selbstverständnis der Ambulanz als
- zentrale Anlaufstelle für weiterführende Betreuungseinrichtungen vor Ort mir einer
- hintergründig auffangenden Haltung und entsprechenden Maßnahmemöglichkeiten wie
- Rücknahmegarantie, Transparenz der Vorgehensweisen, Arbeits- und Behandlungsschritte für die involvierten Parteien,
- *Gegenbesuche* der Mitarbeiter aus den Einrichtungen in der forensischen Abteilung,
- Kanalisieren der Kontakte zu den Diensten und Helfern vor Ort.

Die Ambulanz übernimmt qualifizierte und qualifizierende Aufgaben fachspezifische Beratung und Supervision entlang des Einzelfalls und über Informationsvermittlung und Aufklärung der Mitarbeiter des stationären Sektors, der Forensik überhaupt, in Fortbildungstagungen und im Hinblick auf Meinungsbildungsprozesse.

Übergeordnete Ziele der Ambulanzarbeit sind demzufolge: *Qualifizierung und Beratung der Berater,* dem *Wissenstransfer* von der Forensik in die Gemeinde mit dem Ziel der *Verselbständigung* und forensische Professionalisierung der dortigen Ressourcen und einem Mehr an Sicherheit und Kompetenz in der Versorgung der forensischen Klientele. Hintergründig zielt dieser Ansatz im Bestreben *gegen Sonderbehandlung und Stigmatisierung* der Patienten auf die Schaffung von Hilfe zur Selbsthilfe mit dem *Überflüssig-Werden* der Ambulanzmitarbeiter als angestrebtem Optimum und prospektiv letztlich auf die Übergabe des Patienten an Einrichtung vor Ort – auch an die für allgemeinpsychiatrische Patienten Zuständigen.

Weiterhin wurde die *Helferkonferenz* als das zentrale Instrument für den Aufbau und die Vernetzung der verschiedenen Hilfen und Trägereinrichtungen und zur Steuerung des Rehabilitationsverlaufes angesehen und in ihren Funktionen von der Ambulanz in regelmäßigen Abständen einberufen. (Näheres zu diesem Instrument s.o.).

14.1.2 Ambulanzprojekte WZFP / *Klinik Lippstadt Eickelborn* – Fortgang im Verlauf und kontemporäre Entwicklungen

Infolge des drängenden Bedarfs entwickelte 1999 / 2000 die große *MRVZ-Klinik für NRW Lippstadt Eickelborn als ehemaliges gemeindenahes Modellprojekt des Bundes*, die Idee eine Projektes, in welchem die diversen Versorgungsansätze einer Institutsambulanz, einer gemeindenahen dezentralen Versorgung über Dependancen mit Aufteilung der Versorgungsfläche in 5 Sektoren, mobilen und qualifizierenden Diensten und die Qualifizierung rekrutierbarer Versorger integriert sein sollen.
Die Absicht dieses Projektes lag auch hier in der *Vorbereitung der bedingten Entlassung*, *Vernetzung* versorgender Einrichtungen, *integrativem Case-Management*, dem *Schaffen von ´runden Tischen`* und außerdem der Rekrutierung und gezielten Anfrage von Kassentherapeuten zu deren Bereitschaft und Vorerfahrung in der Versorgung einer forensischen Klientele im Hinblick auf deren Einbeziehung für eine potentielle Zusammenarbeit. Die Finanzierung erfolgte im Sonderstatus als Erprobungsmodell durch verschiedene Träger über eine bisher einmalige Sonderregelung. Die veranschlagte Laufzeit wurde allerdings zwischenzeitlich von ursprünglich 3 auf 2 Jahren gekürzt, wobei nach einer erfolgreichen Erprobungszeit aktuell Verhandlungen für eine erneute Verlängerung laufen.
Anfang Dez. 2000 wurden ministeriell zu NRW sechs neue Standorte zur forensischen Versorgung von MRVZ - Patienten beschlossen mit Behandlungseinrichtungen in *Köln*, *Dortmund*, *Duisburg*, *Herne* und *Münster* und einem Gutachteninstitut in *Essen* und dazu angedacht an die Kliniken anhängige Entwürfe zur nichtstationären Versorgung etabliert.
Auch das WZFP hatte deklariert, daß sich bei vielen Patienten die Entlassung aus der Unterbringung allein deshalb unnötig verzögert, weil die, für eine positive Legalprognose erforderlichen, nachsorgenden Maßnahmen nicht gewährleistet werden konnten.
Der *Landschaftsverband Westfalen Lippe* als Träger der Klinik und das WZFP bemühten sich seit langem, Einrichtungen und Diensten der Nachsorge ihre fachliche Unterstützung anzubieten. Ein konkreter Schritt dazu war als Initiative des Landschaftsverbandes, das Rekrutieren und Zusammenführen der Vertreter der professionalen Ressourcen der Region, der Fachleute aus den unterschiedlichen Bereichen der Bewährungshilfe der ambulanten und komplementären Einrichtungen, Verbänden der Wohlfahrtspflege und dem MRVZ, um über Fachleute weiterführend eine Konzeption zu entwickeln, wie die defizitäre Situation der Nachsorge verbessert werden könnte. Deren Erarbeitung wurde dann auch in zwei parallelen Arbeitsgruppen 1998 erreicht.
Das aktuelle Projekt zielt nun darauf ab, beobachtbare *Hindernisse und Störfaktoren* bei der Überleitung der Patienten in die Nachsorge zu *identifizieren* und abzubauen und Maßnahmen dazu zu entwickeln wie die *Fortbildung* der Mitarbeiter nachbetreuender Dienste, Verbesserung der *Kooperation* der Dienste untereinander und mit dem WZFP, begleitende Hilfe durch Supervision und das Angebot einer *Fehlbedarfsfinanzierung* in der ambulanten Psychotherapie.
Die Projektkonzeption war Grundlage eines Förderantrages, den der LWL 1999 an das Land NRW richtete. Vorgesehen war, die vorgeschlagenen Maßnahmen in einem mehrjährigen Modellversuch in die Praxis umzusetzen. Dabei spielte auch die, vom novellierten MRVG NW formulierte Verpflichtung der Klinik eine Rolle, die ambulante Nachsorge der Patienten sicherzustellen. Im Dez. 1999 stimmte das Land der beantragten Fördermaßnahme zu, beschränkte jedoch den Förderzeitraum auf 2 Jahre. Seither zielte das WZFP darauf ab, die in der Projektkonzeption formulierten Ziele umzusetzen. Fachlich begleitet wird das Projekt von einer Expertengruppe mit Vertretern der Führungsaufsicht und Bewährungshilfe aus den Verbänden und ambulanten und komplementären Einrichtungen. Der Projektplanung zufolge wurde die Kulmination fachkundiger Ressourcen und darüber ein Zusammentragen und Aufarbeiten klinikinternen Fach– und Erkenntniswissens sowie sonstiger rekrutierbarer instrumentaler, personaler, intelligenter Ressourcen aus dem Bezugsfeld der Klinik und über deren Bezüge, wie beispielhaft o. g. Initiativ-Tagung.
Um im Sinne der o. g. Projektplanung vorhandene Erfahrungen zur Nachbetreuung forensisch - psychiatrischer Patienten zu bündeln, aufzubereiten und weiterzuentwickeln wurde für Einrichtungen und Dienste ambulanter komplementärer Hilfen ärztliche und psychologische Praxen, Bewährungshelfer und Führungsaufsichtsstellen, zum 11.02.2000 eine Tagung zu Initiativen zur Nachsorge` ausgerichtet. [19] In einem bald darauf folgenden (08.03.2000) Projekttag zur ambulanten Nachsorge wurden angerissene Themen und deren Bearbeitung konkretisiert und verdichtet.

➢ ***Prospektive Ziele***

Exemplarische Vorstellung der Ergebnisse der Initiativ-Tagung und erste konkrete Vorschläge zur Umsetzung und den dahingehen prospektiv anvisierten Themen

- Ausreifung einheitlicher und verbindlicher Standards bei der Überleitung der Patienten in die Nachsorge
- Optimierung patientenbezogener Informationen für ambulante oder komplementäre Dienste der Nachsorge,
- Entwicklung und Einführung eines Gesamthilfeplanes unter Einbezug nachbetreuender Dienste schon in der Vorbereitungsphase einer Entlassung,
- Einrichtung eines ´runden Tisches` zur Abstimmung und Koordination erforderlicher Nachsorge-Maßnahmen,

[19] Als für den ambulanten Sektor relevante Themenbereiche fanden sich u.a.: ´Ambulante Therapie und Psychotherapie, Krisen- und Konfliktbewältigung, Helferkonferenzen, Aufarbeitung des gegenwärtigen Kenntnisstandes und Anregungen zur Weiterentwicklung.

- Erfordernis zur Installation von Supervisionsangeboten an alle professional in die ambulante Betreuung / Behandlung Involvierten resp. damit Befassten (Personen / Institutionen / Kliniken der Rehabilitation / Nachsorge / Allgemeinpsychiatrie),
- Installation - thematisch zentrierter - ´Projekttage`.

Im Weiteren werden als zukünftige Ziele angestrebt:

- die Verbesserung des fallbezogenen Austausches über Nachsorgebedarf und –möglichkeiten vor der Entlassung eines Patienten,
- enge Kontakte zwischen WZFP-Mitarbeitern und den externen Versorgern resp. komplementären Einrichtungen
- verbindliche Vereinbarungen mit Trägern, die auch langfristig eine qualifizierte Betreuung in solchen Einrichtungen sicherstellen sollen,
- das Gewährleisten des Informationsaustausches per se und alle relevanten Stelle darin einzubeziehen.

Als Maßnahmen dazu wurden bisher initiiert:

> die **Auflistung und ein aktuelles und vollständiges Verzeichnis**
> - aller komplementären Einrichtungen des Landes
> - von Personen und Institutionen der Nachsorge
>
> zur Verbesserung von Kooperation und Austausch

> **sowie Fort- und Weiterbildung.**

Qualifizierende kompetenzbildende Fortbildungsveranstaltungen sollen verstärkt entwickelt und installiert werden - in Kliniken der Allgemeinpsychiatrie und analog für ambulante Psychotherapeuten.

> **Öffentlichkeitsarbeit:** Die aus der speziellen Geschichte dieser Einrichtung begründeten Erfahrungen forcierten hier die Erkenntnis um die Notwendigkeit von Öffentlichkeitsarbeit und deren Entwicklung und Stellenwert. Diese repräsentiert inzwischen einen eigenständigen Funktionsbereich der Nachsorge und Ambulanzarbeit. In o. g. Projekt war ihr eine eigene Kostenstelle zugewiesen worden. Über die darüber ermöglichten Leistungen wurden zwischenzeitlich gewinnbringende Erfolge erzielt im Hinblick auf Aufklärung über und Akzeptanz von Ambulanzarbeit in der Öffentlichkeit, bei potentiellen Arbeitgebern, Bezugspersonen, entscheidungstragenden Gremien aber auch im Hinblick auf die Rekrutierungen und Anwerbungen qualifizierter externer Mitarbeiter.

> **Bezugspersonenarbeit:** Als bedeutsam doch noch zu entwickeln wurde die Angehörigenarbeit mit Aufklärung, Integration in den therapeutischen Prozess, fachkundiger Unterstützung und Intervention und nötigenfalls Korrektur und Regulation zum sozialen Bezugssystems des Patienten erkannt.

14.2 Zusammenfassende Bewertung der Erkenntnisse, Erfordernisse und Grenzen der erprobten Modelle gemeindenaher ambulanter Versorgung

14.2.1 Resümee an positiven Erfahrungen der Modellerprobungen

Einheitlich belegten die Erfahrungen der u. g. 4 gemeindenah operierenden deutschen Modellprojekte, daß unter deren Einsatz:

- die nachsorgende Betreuung entlassener MRVZ-Patienten durch gezielte Bemühungen über Erschließen und Einbezug regionaler Ressourcen erheblich verbessert,
- oftmals die Dauer der stationären Unterbringung verkürzt,
- Wiedereinweisungen und Widerrufsfälle verhindert,
- eine deutliche Verbesserung der Bereitschaft von Einrichtungen der psychosozialen Nachsorgekette sich der MRVZ-Klientele anzunehmen, erzielt werden konnte.
- Überhaupt wurde der wirtschaftliche Nutzen einer solchen Einrichtung herausgestellt.
- Außerdem zu betonen sind die diagnostischen Möglichkeiten und der Vorteil an Wissenserwerb über therapeutische Erfordernisse, Defizite und Ressourcen des Patienten aus der Erprobung im Alltag.
- Diese Erfahrungen wurden übereinstimmend konstatiert obschon sich die jeweiligen Vorgehensweisen der einzelnen Modelle gewollt konzeptuell in gewählten Schwerpunkten und dem Ausmaß unmittelbar am Patienten erbrachter Versorgungsleistungen unterschieden hatten.

14.2.2 Ziele und Aufgaben der gemeindenahen deutschen Modellprojekte

Vier deutsche gemeindenah ausgerichteten forensischen Projekte *[Lippstadt-Eickelborn, Düren (Abteilung Forensik), Moringen, Stralsund]* waren mit dem Ziel der Erprobung neuer Versorgungskonzepte im ´Modellverbund Psychiatrie` als Projektschwerpunkte zum Bereich ´Rehabilitation und Nachsorge in der forensischen Psychiatrie` des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) ´Ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung des Bundesministeriums für Gesundheit` eingebunden gewesen. Über die Erfahrungen zu den Modellerprobungen der Einrichtungen *Düren, Moringen, Lippstadt Eickelborn, Stralsund* ergaben sich folgende Erkenntnisse:

Die übergeordneten Anliegen dieser Modelle bestanden darin, in verschiedenen Regionen Möglichkeiten und Grenzen zur adäquaten forensischen Nachsorge zu erkunden, bestehende allgemeine Versorgungssysteme in die Nachsorge entlassener forensischer Patienten einzubinden, die für eine solche Erschließungsarbeit notwendigen Ressourcen zu bestimmen und geeignete Formen der Institutionalisierung von Überleitungsstrukturen zu ent-

wickeln und zu erproben. Die Projekte verfolgten als gut organisierte ambulante Konsiliar- und Liaisondienste primär das Prinzip einer gemeindenahen Versorgung [20] mit den Schwerpunkten der Einbindung ihrer forensischen Klientele in vorhandene Versorgungsstrukturen, der nachhaltigen Erschließung vorhandener Ressourcen und Vernetzung regionaler Versorgungseinheiten. Somit lagen die Funktionen der Modellambulanzen v. a. in der Koordination und Planung des Rehabilitationsgeschehens und den Obliegenheiten dahingehender Vermittlung und Organisation (externe Therapieplätze) sowie in eigenständigen Betreuungsaufgaben, Kriseninterventionen, kompetenzbildenden Interventionen, Supervisionen, supportiven Maßnahmen resp. Beratungen in konkret klinisch-therapeutischen Aufgaben zum Einzelfall wie auch in edukativen, praxis- wie theoriebezogenen, forensisch - psychiatrisch qualifizierenden und klinisch therapeutischen Aufgaben. Besondere Bedeutung wurde der sog. ´Qualifizierungsfunktion` zugemessen, über welche der Transfer von forensischem Fachwissen in kooperierende Dienste und Einrichtungen mittels Fortbildungen, Fallbesprechungen und kollegialen Supervisionen, sichergestellt werden sollte. Die jeweils dazu entwickelten Vorgehensweisen wurden darüber hinaus anfänglich und während des weiteren Projektverlaufes gewollt konzeptionell in Ausgestaltung, Ausmaß und Format und im Hinblick auf unmittelbar am Patienten erbrachte Versorgungsleistungen ausdifferenziert.

- ***Spezialisierte Nachsorgesysteme versus Integration in vorhandene Versorgungsnetze - zwei idealtypische Modellvarianten einer nachsorgenden Versorgungskette***

Die von den Projekten erprobten beiden idealtypischen Varianten an Modellen einer nachsorgenden Versorgungskette, nämlich entweder ein spezielles Versorgungsnetz für die nachsorgende Betreuung entlassener MRVZ-Patienten aufzubauen oder andernteils die Betroffenen in bestehende Versorgungssysteme zu integrieren, hatten in der Praxis jeweils nur bedingt und anteilig sogar unzureichend funktioniert. Wesentlich und unabdingbar zeigte sich die Erfordernis, dahingehend in Frage kommende Institutionen und Dienste auf diese Aufgabe vorzubereiten bzw. diese v. a. überhaupt erst über fachspezifische qualifizierende Maßnahmen dazu in die Lage zu versetzen. Solche Aufgaben wurden außerdem als zentrale Funktionen der Ambulanzarbeit postuliert.

14.2.3 Entwickelte Effizienzkriterien

14.2.3.1 Behandlungsbezogene Gesichtspunkte

> ***Strukturelle Vulnerabilität:*** Die Entwicklungen zeigten die Vulnerabilität selbst solcher innovativer Modelle mit offiziellem Charakter und an sich optimierten Versorgungssystemen, wie der gemeindenahen Modellvorhaben. Trotz des nachgewiesenermaßen hohen Bedarfs an ambulanten Versorgungskonstrukten ließen die Modelle eine hohe strukturpolitische Anfälligkeit erkennen. Über einheitliche Erkenntnisse der Modelle ließen sich bestimmte Prämissen konstituieren, deren Berücksichtigung als zentrale Bedingungsfaktoren sich behandlungsbezogen und i. S. einer positiven legalen und sozialen Rehabilitation günstig auswirkten.

> ***Gut vorbereiteter Empfangsraum:*** Für alle Modellprojekte galt ein, zu sozialen und möglichst auch beruflichen Bezügen, gut vorbereiteter Empfangsraum als behandlungsbezogenes und prognostisch günstiges Moment und zentrale Vorbedingung, um eine Entlassung aus der Maßregel überhaupt erst in Frage kommen lassen zu können.

> ***Stufenweise Erprobung:*** Der Übergang vom intra- zum extramuralen Bereich bzw. vom stationären zum ambulanten Setting ist: frühzeitig zu planen, mit phasenhaftem Verlauf und die Überleitung und u. a. personale Anbindung bzw. der Kontakt zu den später ambulant tätigen Therapeuten individuell, in ihrem Anforderungsprofil graduell, zielorientiert und dabei eher kleinschrittig auszugestalten mit außerdem der potentielle Möglichkeit, nach Fehlleistungen oder nicht bewältigten Anforderungen, den Übergang erneut bzw. von einer niedrigeren Stufe aus, weiterführend erproben zu können. - Für den Patienten muß die Möglichkeit bestehen, im Krisenfalle freiwillig, wieder und i. d. R. vorübergehend (intermittierend) stationär aufgenommen werden zu können.

> ***Frühzeitige Implementierung:*** Die Anbindung bzw. der Kontakt zu den später ambulant tätigen Therapeuten ist frühzeitig, d.h. auch bereits aus dem stationären Setting heraus, zu initiieren.

> ***Prinzip des ´haltenden Übergangs` und erster Erprobungen in einem geschützten Rahmen:*** Die Konsiliar- und Liaisondienste bezeichneten das Prinzip des ´haltenden Übergangs` um in der sensiblen und marginalen Phase der Überleitung vom stationären zum ambulanten Bereich, erste Gehversuche und Begegnungen mit alltagsbezogenen Belastungssituationen in einem geschützten Rahmen zu ermöglichen. Dies impliziert möglichst konstante personale Bezüge bzw. wenig Beziehungsabbrüche für den Patienten und solche Maßnahmen, die in dem ´Noch-Versuchsstadium` potentiell ein ´Verunfallen` dann unter ´kontrollierten Bedingungen` [21] abfangen können, ohne, daß die extramurale Behandlungsplanung definitiv widerrufen resp. aufgegeben werden muß. Unter diesen Aspekten war dann auch von allen Projekten die Notwendigkeit sog. ´Notfallbetten`, deren Sicherstellung und Erhalt hervorgehoben worden.

> ***Emanzipatorischer Ansatz:*** Vor dem hintergründigen Bestreben und Auftrag im Zuge der Modellerprobung, die Therapie unter größtmöglicher Annäherung an allgemeine Lebensbedingungen zu gestalten, determiniert ein emanzipatorischer Ansatz mit dem Ziel, Selbstverantwortlichkeit und letztlich Verselbständigung (Hilfe zur Selbsthilfe) bewirken zu können die Planung und Durchführung der Behandlung der Ambulanzpatienten.

[20] Diese Maßnahmen bezogen sich auch auf die inzwischen gängige Praxis in der Sozialpsychiatrie.
[21] Nach Angaben des Projektes *Düren* zur vorliegenden Untersuchung.

> *Komplexer und ganzheitlicher Zugang:* Ohne dies als Ansatz theoretisch zu benennen, praktizierten die Modellprojekte in ihren sonstigen Interventionen eine bewußt ganzheitlich integrative Sicht der Dinge und im therapeutischen Kontext einen systemischen Zugang.

> *Nutzen von Synergieeffekten und Vermeiden unökonomischer Reibungs- und Energieverluste*

Unökonomische Reibungs- und Energieverluste sind zu vermeiden und Synergieeffekte zu berücksichtigen.

> *Wissenszuwachs zu Konstitution und Verhaltensdisposition des Patienten:* Die nichtstationäre Erprobung von Alltagsgeschehen in einem professional begleitetem Rahmen erbrachte über das Instrument der kontrollierten Verhaltenserprobung einen enormen Wissenszuwachs zum Patienten, seinen Aktiva und Defiziten, deliktogenen Dispositionen, zu vielen alltagsbezogenen situativen, interpersonalen und sozialen Anforderungen sowie - u. a. auch frustranen- Konflikt- und Belastungsmomenten, die Möglichkeit den Patienten in solchem Verhalten situationsbezogen zu beobachten und adäquat zu trainieren.

> *Indikationsgeleitete, störungsspezifische, individuelle Ausgestaltung der Behandlung:* Grundsätzlich und insb. zur Behandlung der oft komplexen Störungsbilder und speziell der, persönlichkeitsgestörter und komorbider Patienten, wurde die Erfordernis um störungsspezifische, indikationsgeleitete, individualisierte Ausgestaltung der Behandlung der forensisch psychiatrischen Klientele herausgestellt. Weiter gilt es ***prototypische Anforderungsprofile*** für verschiedene Patientengruppen zur Nachsorge aus dem MRVZ zu erarbeiten.

➢ ***Unterschiedliche Betreuungserfordernisse für nach § 64 oder nach § 63 StGB Untergebrachter***

Die Gruppen der nach § 64 und der nach § 63 StGB Untergebrachten unterschieden sich in ihren Bedarfsprofilen an Betreuung / Behandlungserfordernissen.

> *Bereitschaft zum Strukturwandel:* Deutlich wurde, daß die adäquate Nachsorge von vordem nach § 64 und andernteils nach § 63 StGB Untergebrachten unterschiedliche Betreuungs- und Behandlungserfordernisse und –profile der beiden Gruppen berücksichtigen sollte.

Als übergeordnete Zielsetzung galt die Gewährleistung der Entwicklung des Patienten, dazu das *´Primat der ständig flexiblen Neuanpassung gewählter Mittel und Wege` (persönliche Mitteilung Schellbach-Matties Projektleitung Düren 28.06.1997)* und Wahren einer sachdienlichen, flexiblen Haltung mit potentieller Bereitschaft zum Strukturwandel im Hinblick auf die Neuadaptation der gewählten Maßnahmen und Vorgehensweisen.

> *Vernetzung:* Eine der unabdingbaren Vorgaben effizienter gemeindenah ausgerichteter Versorgung war das Prinzip der Vernetzung – und zwar der in die Versorgung resp. Behandlung Involvierten generell und zu den Ambulanzexperten im Besonderen.

> *Forensische Ambulanz als vermittelnde Instanz und Schnittstelle mit organisatorischen sowie koordinativen Funktionen* Der Einsatz einer forensischen Ambulanz als Schnittstelle und vermittelnde Instanz wurde für die adäquate Versorgung der verschiedenen regionalen Gegebenheiten (städtische, Flächenstaat, weitläufige, ländlicher Region) als unabdingbar und von allen Modellen als ein, Informationen zum Behandlungsverlauf und zur Person des Patienten kulminierendes und fokussierendes, Instrumentarium mit, für alle, an der Behandlung Beteiligten, regulativen und außerdem akzeptanzförderlichen Funktionen eingestuft.

> *Case Management:* Einen hohen Stellenwert kommt der individuellen Betreuung zum Einzelfall und deren Organisation zu. Versorgungstechnisch umfassen diese häufig alltagssupportive Hilfen und Dienste, Psychoedukation und Therapien resp. Bezüge dazu. Der überwiegende Teil professionaler Aufgaben betraf sozialpädagogische und in zweiter Linie psycho-therapeutische Arbeitsbereiche. (So erhielten alle über die Ambulanzen der Herkunftskliniken *Düren* und *Lippstadt-Eickelborn* geführten Patienten Unterstützungsleistungen aus dem Berufsfeld der Sozialarbeit.)

➢ ***Breiter Aufgabenbereich mit direkten und indirekten Funktionen für und am Patienten:*** Weitere übergreifend relevante und untereinander verknüpfte Ambulanzfunktionen bildeten formale und außerdem v. a. koordinierende, organisierende und integrierende Aufgaben einhergehend mit informationsvermittelnden, beratenden, edukativen, supervidierenden, intervenierenden und speziell qualifizierenden Tätigkeiten der fachforensischen Experten.

> *Personale Versorgung, Strukturen, professionale Funktionen, Stellen- und Anforderungsprofile*

- Sichern personaler Konstanz und Beziehungsarbeit:

Als eine wesentliche Vorgabe formuliert wurde die Erfordernis, der Beziehungsarbeit Raum zu geben und möglichst personale Konstanz zu den nahen therapeutischen Bezügen des Patienten zu wahren. - Und Patienten sollten erst dann definitiv ambulant geführt werden, wenn der indizierte, tatsächlich (v. a. auch störungsspezifisch) passende Therapieplatz und außerdem eine dahingehende Anbindung realisiert werden konnte. Diese Vorgabe gestaltete sich, und dies insb. zu Persönlichkeitsgestörten, als ein Kriterium für den Erfolg und die Effektivität einer Behandlung.

- Multiprofessionale Ausrichtung der Personalstruktur, des Teams mit fachspezifisch fundiert ausgebildeten Mitarbeitern:

Um der Komplexität der Störungsbilder, der damit einhergehenden Vielfalt an Aufgaben und den Anforderungen an das Personal angemessen begegnen zu können, lassen sich den Erfahrungen dieser ambulanten Dienste zufolge, forensische Patienten optimal über ein multiprofessional strukturiertes und fachforensisch klinisch psychiatrisch erfahrenes Team betreuen.

- Vorgaben für leitende Tätigkeiten:

Zum Anforderungsprofil für leitende und entscheidungstragende Funktionen in diesem Bereich fanden sich Vorgaben und als solche v. a.: Fachkunde, klinische Erfahrung und theoriegeleitetes Wissen zum fachforensischen Bereich, herausragende fundierte Praxisbezüge, ausgewiesene organisatorische, koordinative und integrative Fähigkeiten, soziale Kompetenz und Teamfähigkeit, Befähigung komplexe Strukturen zu erfassen und in ihrer

Differenziertheit zu managen, zur Kooperation und Delegation und eine entsprechende psychische Belastbarkeit und überhaupt ´Geeignetheit`. Das Persönlichkeitsprofil und der fachforensische Erfahrungshintergrund des Bewerbers wurden als zentrale Eignungskriterien deklariert und dahingehend gute Erfahrungen mit Vertretern des Berufsstandes der Psychologen und sozialwissenschaftlicher Berufe herausgestellt.
Die Erfahrungen der Modellprojekte zeigten, daß unter funktionalen Gesichtspunkten diesen Anforderungen Priorität zu- und berufsständische Aspekte nachzuordnen waren.

- Case Load:
Unter Berücksichtigung der individuellen Besonderheiten des jeweiligen Einzelfalles begleiten *Case-Manager* den Patienten im extramuralen Wiedereingliederungsprozeß, wobei sich ein maximales Betreuungsverhältnis von eins zu vier bewährt hat.

14.2.3.2 Prospektiv zu gestaltende Versorgungsstrukturen – Erkenntnisse und Richtlinien zur Implementierung der Projektziele und Berücksichtigung einhergehender Hindernisse und Problemgrößen

In der Gesamtschau ergaben sich Ansätze und Gesichtspunkte über deren Beachtung den, unter alternativen Erprobungen aufgetretenen, strukturellen Problemen begegnet werden kann:
Es war dies zum einen die Begrenztheit einer prospektiven Bedarfsplanung und Berücksichtigung der speziellen Strukturvorgaben und Gegebenheiten allgemein zum jeweiligen Modell und die damit einhergehenden Einschränkungen im Hinblick auf die Übertragbarkeit der Erfahrungen.
Die Einhaltung weiterer bestimmter Vorgaben konnte erheblich zur Verbesserung der Akzeptanz des Modus und zum Verlauf, der Effektivität der Behandlung und den Bemühungen um die legale und soziale Rehabilitation beitragen und darunter insb. absichernde und vertrauenschaffende Maßnahmen, wie die, der Verfügbarkeit adäquater und spezifischer Versorgungsstrukturen, fachkundiger Leistungen allgemein und im Besonderen durch qualifiziertes Personal, Wissens- und Sachleistungen, einem adäquaten Übergabemodus mit fachlich fundiertem und unbeschönigtem Informationstransfer und überhaupt möglichst klare und geklärte Bezüge, Kompetenzen und aufgearbeitete Altlasten.

14.2.3.3 Entwicklung und Einsatz fachspezifisch, forensisch-psychiatrisch, qualifizierender und qualifizierter Dienste

Die Erfordernis, fachspezifische forensische qualifizierende und qualifizierte Dienste heranzubilden, war von allen Modellen zu-erkannt worden. Demzufolge befinden sich zwischenzeitlich zu den Kliniken *Düren* und *Lippstadt* entsprechende Maßnahmen in der Entwicklung und wurden auch bereits zum Einsatz gebracht.
Überhaupt hielten auch vor dem Hintergrund weiterer fortzuführender *Netzwerkrekrutierungen* alle Modelle prospektiv den Einsatz sowohl qualifizierender als auch qualifizierter Dienste und die Ausbildung externer therapeutischer Mitarbeiter für unumgänglich.

14.2.3.4 Berücksichtigen der Vielschichtigkeit und Komplexität forensisch psychiatrischer Störungsbilder im Profil einer adäquaten Versorgung

Deutlich wurde die Erfordernis zur Beantwortung der Vielschichtigkeit und Komplexität forensisch psychiatrischer Störungsbilder im Profil einer adäquaten Versorgung und Implementierung spezieller therapeutischer und institutioneller Strukturen und Programme per se und als angemessene und störungsspezifische Behandlungsformen für folgende Subgruppen psychisch kranker Straftäter: schwer Persönlichkeitsgestörte, psychotische Patienten mit Suchterkrankung, Sexualstraftäter sowie schwere Gewalttäter.

14.2.3.5 Grundlegende Kriterien zur adäquaten Behandlung psychisch kranker Straftäter und klassisch psychiatrischer Störungsbilder

Generell ergaben sich im Hinblick auf die ambulante Behandlung und speziell die, solcher Patienten mit klassisch psychiatrischen Störungen, folgende Kriterien für eine erfolgreiche Rehabilitation forensisch - psychiatrischer Patienten und Kooperation mit den bereits oder prospektiv in die Behandlung dieser Klientele Einbezogenen.

- ***Grundlegende Kriterien***

Generell ergaben sich im Hinblick auf die ambulante Behandlung allgemein und speziell die, solcher Patienten mit klassisch psychiatrischen Störungen, folgende Kriterien für eine erfolgreiche Rehabilitation forensisch - psychiatrischer Patienten und Kooperation mit den bereits oder prospektiv in die Behandlung dieser Klientele Einbezogenen.

- ***Verfügbarkeit adäquater diversifizierender Behandlungsmöglichkeiten und Qualifikationen***

Um der Vielschichtigkeit und Komplexität forensisch psychiatrischer Störungsbilder behandlungsbezogen entsprechen zu können, ist eine, darauf abgehobene und insg. adäquate Form der Versorgung erforderlich, welche u. a. die Verfügbarkeit resp. Bereitstellung passender, darauf abgestellter, diversifizierter, Behandlungsmöglichkeiten sowie eine ´Qualifikationsdifferenzierung` des Personals zusichern kann.

- ***Kontinuum zum Leistungsangebot***

Als eine grundsätzliche Voraussetzung für erfolgreiche Rehabilitation wird die frühzeitige Planung zur Überleitung der Betreuungsverantwortung aus der -mobilen- forensischen Ambulanz in das nachsorgende System gesehen.

- ***Fundierte Eingangsdiagnostik zur Orientierung und als ´Baseline`***

Zu Beginn der beabsichtigten Betreuung steht zwingend eine ausführliche aktuelle Diagnostik und eine darüber – gut dokumentierte. Information zu der krankheitsbezogenen und juristischen Vor-Geschichte und den dahingehenden Erfahrung mit dem Patienten im stationären Setting. Grundsätzlich ist ein kontinuierlicher patientenbezogener Austausch zwischen den verschiedenen beteiligten Einrichtungen sicherzustellen. Seitens der forensischen Ambulanz und deren Mitarbeiter sollte generell eine Haltung der Fürsorge gewährleistet sein. Grundvoraussetzungen einer positiven und konstruktiven Zusammenarbeit mit nachsorgenden Einrichtungen bilden persönliche Kontinuität, Zuverlässigkeit und Glaubwürdigkeit der Mitarbeiter der forensischen Ambulanz sowie die Sicherstellung von Hilfen bei Kriseninterventionen und Problemsituationen für die betroffenen Einrichtungen. Bei Krisen der Patienten sind gegenüber den übernahmewilligen Einrichtungen Hilfen zugesichert, die bis zur Rücknahme des Patienten in die Herkunftsklinik reichen können.

- ***Identifikation, konstruktive Begegnung, Analyse, Beseitigung von Hindernissen und Störfaktoren***

Kalkuliert werden müssen Störfaktoren. Diese gilt es möglichst rechtzeitig als solche zu erkennen um wirksame Strategieen zu deren Bewältigung entwickeln zu können. Zur konstruktiven Lösung spielt auch die Analyse der Bedingungsfaktoren in ihren komplexen Bezügen eine Rolle. Optimal anzustreben ist die Beseitigung und ansonsten eine möglichst konstruktive Bewältigung von Hindernissen und Störfaktoren.

- ***Integrierter Bestandteil im Gesamtbehandlungsplan***

Ambulante Therapie/ Versorgung versteht sich als integrierter Bestandteil im Gesamtbehandlungsplan. Die Programmelemente müssen auf- und untereinander abgestimmt werden.

- ***Häufig integrierbare Versorgung psychotischer Patienten***

Gute Erfahrungen bestanden zu Behandlungen psychotischer Patienten resp. solcher, mit einer schizophrenen Grunderkrankung: Insbesondere diese konnten so unter Einbeziehung der gegebenen Versorgungsstrukturen bei störungsspezifisch ausgerichteter, therapeutischer, v. a. psychiatrischer, vornehmlich mittel- niederfrequenter Betreuung gut ambulant geführt werden und davon profitieren [22]. Erfahren wurde: Vorhandene Angebote der gemeindepsychiatrischen Versorgung und die ´Bausteine` der Grundversorgung dieses Bereiches können potentiell weitgehend für forensisch-psychiatrische Patienten mit klassischen Störungen genutzt werden. Allerdings fehlen niedrigschwellige Angebote für Psychosekranke und /resp. als fundamentale Hilfen zur Bewältigung des Alltags. Und es ergaben sich Hinweise, daß zum Bereich der nachsorgenden Einrichtungen eine gemeinsame Behandlung und Betreuung von forensisch-psychiatrischen Patienten mit klassisch psychischen Störungen und allgemeinpsychiatrischen nicht grundsätzlich kontraindiziert und unter einigen Aspekten zu befürworten ist.

- ***Spezifische Erfordernisse zur adäquaten Versorgung Persönlichkeitsgestörter***

Eine zentrale Erkenntnis der Modellprojekte war, daß sich das bisherige System psychosozialer Hilfen für psychisch kranke Delinquenten mit einer Persönlichkeitsstörung weitestgehend ungeeignet darstellt. Neben der Erfordernis zu Spezialprogramme für diese ergab sich zur Behandlung schwer Persönlichkeitsgestörter entgegen dem bisher favorisierten Prinzip der weitestgehenden Vermeidung von Spezialeinrichtungen, übergreifend und auch anderweitigen Einrichtungen zufolge, Erfahrungen und ernsthafte Überlegungen dazu, Spezialeinrichtungen zur Behandlung eben dieser Klientele einzubeziehen bzw. solche zu konzipieren. Zur adäquaten Versorgung der Gruppe der Persönlichkeitsgestörten haben sich besondere Zugangsformen bewährt: Basierend auf den Erfahrungen der Modelle wurden dazu allgemein quantitativ und qualitativ verstärkte, inhaltlich spezifizierte, behandlungsbezogene Angebote, eine, zeitlich und personell, höher kontingentierte Behandlungsfrequenz mit Möglichkeiten eines vielfältigen Methodenangebotes bei intensivierter Betreuungsdichte, kleingruppenorientierten Angeboten mit hoher Betreuungsintensität, die neben entsprechenden qualitativen therapeutischen Gesichtspunkten zudem auch verbesserte Kontrollmöglichkeiten bieten. Den spezifizierten, behandlungsbezogenen Angebotserfordernissen persönlichkeitsgestörter Patienten, muß über flexible Kapazitäten, ein breitgefächertes und in der Anwendung intensiviertes Methodenangebot und eine variierbare und damit auch nötigenfalls verstärkte Betreuungsdichte begegnet werden.

14.2.3.6 Entwicklung kreativer alternativer Lösungsformen in Versorgungs- und Finanzierungsmodellen - u. a. Kooperationsmodelle, Mischfinanzierungen, Ausgleichsfinanzierung, Aufwandshonorierung

Für Versorgungs- und Finanzierungsmodelle sind alternative Lösungsformen zu entwickeln: Kooperationsmodelle durch Misch-Finanzierung über verschiedene Träger unter gemeinsamer Nutzung von Sachwerten, kreative Konstruktionen gemeinsamer Finanzierung und Wohnraumnutzung durch den Träger des MRVZ und freie Träger bildeten bislang Einzelfälle bzw. sind auch aufgrund ihrer regionalspezifischen Konstruktion nicht regulär reproduzierbar, ermutigen jedoch generell zu Entwicklungen prospektiv konstruktiver, dabei durchaus auch unkonventioneller kreativer Lösungen.

14.2.4 Anteilige Diskussion dieser Form der Versorgung zu anderen Ambulanzformen

Die, von den gemeindenahen Einrichtungen konzeptionell und über die spezifischen strukturellen Gegebenheiten angestrebte stärkere Auslagerung und Verselbständigung der ambulanten Leistungsangebote resp. Ambulatorien

[22] wobei i.d.R. nach erfolgter Anbindung oftmals ein niederfrequentes Setting ausreichte.

(Dependancen) verlangt von den, in die Behandlung Involvierten, spezifische Funktionen, wie Kontakte zu vorausgegangenen Therapeuten nicht zu übersehen, Anbindung an den stationären, intramuralen Bereich zu halten und dem Patienten eine Brücke zu dessen extramuralen Bezügen zu entwickeln. Umgesetzt wurde dies in der Praxis über angestrebte zunehmende Verselbständigung, gradueller, phasengerecht abgestimmter (Belastungs-) Erprobungen und Entwicklungseinheiten des Patienten in kontrollierten Übergangsräumen.

14.2.5 Anteilige Entsprechungen in anderweitigen internationalen und speziell angloamerikanischen Befunden zum Ansatz der gemeindenahen und ambulanten therapeutischen Nach- und Versorgung psychisch kranker Straftäter

Entgegen den hohen rückfallbezogenen Quoten strafrechtlich Untergebrachter fanden sich - zumindest in der Gesamtschau der vorgestellten Untersuchungen - zu Rückfallgeschehnissen, die auch offizielle Eintragungen im Strafregister zufolge hatten, Quoten zwischen 20 % und max. 25 %. Erfolgsquoten einiger Behandlungsprogramme mit spezialisierten gemeindenahen Versorgungssystemen erbrachten vielversprechende Ergebnisse *(u. a.: Malesly 1990, Marshall & Barbaree 1988, Pithers & Cumming 1989)*. Die, zur gemeindenahen und ambulanten therapeutischen Nach- und Versorgung psychisch kranker Straftäter des internationalen und speziell angloamerikanischen Bereiches rekrutierten konzeptionellen Erfahrungshintergründe bestärkten und ergänzten sich zu den praktizierten Zugangsformen *(Bailey & Mac Culloch 1992b; Bluglass 1993; Cohen, Spodak, Silver & Williams 1988; Dincin & Witheridge 1982; Gendreau, Cullen & Bonta (1994): Gottschalk, Davidson, Gensheimer & Mayer 1987a; Heilbrun & Griffin 1993. 1998; Lamb, Weinberger & Gross 1988b; 1999; Lösel 1993; McGreevy, Steadman, Dvoskin & Dollard 1991; Norwood, Nicholson, Enyart & Hickey (1992); Silver, Cohen und Spodak 1989; Spodak, Silver, Wright 1984; Stein & Test 1985; Taube, Morlock, Burns & Santos 1990; Thompson, Griffith & Leaf 1990; Thornberry & Jacoby 1979: Wilson, Tien & Eaves 1995; Witheridge & Dincin 1985).*

14.3 Andernteils vielerorts strukturpolitisch rückläufige und anteilig auch ressentime Tendenzen

Andernteils wurden zwischenzeitlich die, zum initialen Erhebungszeitraum noch nicht beschlossenen, Ambulanzanträge der *Berliner Kliniken Berlin Buch* und der *Bonhoefer Klinik* abschlägig entschieden. Die langjährige Forensische Institutsambulanz der *Klinik Andernach* wurde *Mitte Oktober 1998* geschlossen. Deren bisherige Ambulanzpatienten wurden in beiden Fällen zur Versorgung von Klinikmitarbeitern übernommen. Infolge der, zu dieser *Klinik* regional besonders ausgeprägten und vom Wunsch um Sicherung der Allgemeinheit bestimmten rigiden Entlaßpraxis *(insb. zum Nettegut)* hat sich das Aufkommen an potentiell zu entlassenden und ambulant zu führenden, forensischen Patienten dramatisch reduziert.

14.4 Ambulante Versorgungsbestrebungen bei hintergründig drängender Bedarfsentwicklung, Anknüpfungen an, Wiederaufnahmen und Fortschreibungen von Anteilen aus dem Gedankengut erprobter Nachsorgemodelle und Bündeln von Erfahrungswissen über geregelten interdisziplinären überregionalen Erfahrungsaustausch und darauf basierende Weiterentwicklungen

- ***Anknüpfung an, Wiederaufnahmen, Fortschreibung von Anteilen aus dem Gedankengut erprobter Nachsorgemodelle über die Zeit***

In der ersten Zeit nach den Modellerprobungen gestalteten sich die Strukturentwicklungen eher so als würde allenfalls anteilig ein Teil des Bestandes an konzeptionellem Erfahrungswissen einrichtungsintern verwertet, doch ansonsten keine eigentlichen und keine konsequenten Umsetzungen in gemeindenaher nichtstationärer Versorgung nach außen unternommen. Über die Zeit hinweg manifestierte sich erneut ein Bedarfsdruck und es entstanden vor dem Hintergrund erinnerbarer Erfahrungen und anteilig noch greifbarer Ressourcen neue ambulante Bestrebungen.
Diese wurden gestützt von gemeinschaftlich konstituierten überregionalen und interdisziplinären Arbeitsgemeinschaften als ideensupportive, fachkritische Organe und Kulminationspunkte.
Die derartige gewachsenen Bedarfs- und Anforderungsprofile wirken fundiert und die Installationen solcher Maßnahmen wie überregionale Arbeitstreffen als stabilisierende und in gewisser Weise auch qualitätssichernde Instrumentarien und darüber zuträglich für die Etablierung solcher Konzepte.

- ***Bündeln von Erfahrungswissen und darauf basierende Weiterentwicklung von Planungen***

In Anknüpfung an vorab über die Modellerprobungen als bewährt erfahrene Modi von Vernetzung und regelmäßigem Austausch formierte sich 2000 ein seither regelmäßig stattfindendes, interdisziplinäres bundesweites Arbeitstreffen zum Fachbereich Forensische Ambulanz mit jeweils unterschiedlich theoretischen und praktischen Themenschwerpunkten. Insofern wurden, wenn auch mit Rückzügen, Latenz- und Auszeiten über die Zeit hinweg und ausgehend von dem Ansatz und den Erfahrungen der Modellerprobungen zwar in einem erheblichen zeitlichen Abstand doch mit tatsächlichem Bezug zu Vorerfahrungen und Noch-Ressourcen der Erprobungszeiten alternative versorgungstechnische Bewegungen im etablierten Versorgungssystem initiiert. Begonnener Erfahrungsaustausch der Ambulanzmitarbeiter bundesländerübergreifend seit dem Treffen am 31.01.2001 in *Giessen* mit einem weiterführenden Treffen am 06.03.2001 im Westfälischen Zentrum für Forensische Psychiatrie *Lippstadt* und einem weiteren in *Düren* am 04.12.2001. Die bisherigen Treffen waren ambitioniert und gestalteten sich sehr konstruktiv. Die Zweckmäßigkeit des Austausches ist allein bereits begründet in der zwischenzeitlich anerkannten drängenden Notwendigkeit um fachlich qualifizierte Nachsorge nach Entlassung und deren Nutzen im Hinblick auf eine Rückfallprophylaxe.

15 Angetroffenes Bewußtsein um Erfordernis spezifischer Nachsorge forensischer Patienten über eine dahingehende Befragung der Sozialministerien sowohl der alten als auch der neuen Bundesländer

Eine seitens der Autorin durchgeführte Querschnittsbefragung im Zeitraum Juli - November 1998 an 50 % der *Sozialministerien der alten Bundesländer* zu deren Haltung in der Frage der Nachsorge forensischer Patienten ergab und bezeugte ein geschärftes Bewußtsein der Ministerien um die Erfordernis derartiger Leitungen. Dies gilt auch für die *neuen Bundesländer*, deren Referenten alle befragt werden konnten. Bisherige Entwicklungen zeigten jedoch gerade in den Neuen Bundesländern nach wie vor kaum entsprechende Versorgungsstrukturen, deren Einrichtungen allerdings angedacht sind und waren. Übergreifend wurde deutlich, daß im Falle von Neu- oder Wiederbeantragungen von Institutsambulanzen diese Ministerien derartige Vorhaben unterstützen, obschon bislang – noch - keine Neuinstallation bekannt wurde.

16 Ambulante Nachsorge und Therapie psychisch kranker Straftäter in Österreich.....16-180
16.1 Einführung 16-180
16.2 Rechtliche Grundlagen und strukturpolitische Hintergründe zur Situation psychisch kranker Straftäter.....16-180
16.2.1 Einweisungsgrundlagen 16-180
16.2.2 Rechtlicher Hintergrund.....16-180
16.2.3 Ambulante Behandlungen psychisch kranker Rechtsbrecher auf Anordnung des erkennenden Gerichts.....16-181
16.2.3.1 Funktion gerichtlich angeordneter Weisungen.....16-181
16.2.4 Klientele der ambulant behandelten psychisch kranker Rechtsbrecher.....16-181
16.3 Strukturelle Vorgaben zur Nachsorge forensischer Patienten 16-181
16.4 Versorgungssituation und Formen ambulanter Nachsorge und Behandlung psychisch kranker Rechtsbrecher.....16-182
16.4.1 Erfassungsmodus 16-182
16.4.1.1 Methodisches Procedere und Besonderheiten der initialen österreichischen Erhebung.....16-182
16.4.1.2 Übersicht zu den Erkenntnissen der österreichischen Fragebogenerhebung.....16-183
16.4.1.2.1 Stichprobe und Rücklauf.....16-183
16.4.1.2.2 Defizite, Bedarf und Zufriedenheit zur Versorgungsstruktur.....16-183
16.4.1.2.3 Zusammenfassende Bewertung zu Stand und Bedarf an Versorgung.....16-184
16.4.1.3 Thematisierte Hindernis- und Störfaktoren ambulanter Behandlung- Indikatoren 16-184
16.4.1.4 Zunehmend niedrige Abbruchquote als Indikator für Akzeptanz 16-184
16.4.1.5 Ausschlußkriterien 16-184
16.5 Gerichtliche Weisung.....16-185
16.5.1 Weisungsinhalte und deren Verteilung zur Gruppe bedingt entlassener MRVZ-Patienten.....16-185
16.5.2 Weitere Formen ambulanter Behandlung psychisch kranker Rechtsbrecher 16-185
16.6 Patientengut.....16-185
16.6.1 Forensische Nachbetreuungsambulanz Wien.....16-185
16.6.1.1 Besonderheiten zum Erhebungsmodus 16-185
16.6.1.2 Entstehungsgeschichte der Ambulanz und Vorabentwicklungen.....16-185
16.6.1.3 Struktureller Kontext der Ambulanz 16-186
16.6.1.3.1 Status der Ambulanz 16-186
16.6.1.3.2 Kostenträger.....16-186
16.6.1.3.3 Einzugsgebiet.....16-186
16.6.1.3.4 Patientengut.....16-186
16.6.1.4 Untersuchungsansätze und Fragestellungen.....16-186
16.6.1.5 Subuntersuchung.....16-186
16.6.1.5.1 Stichprobe und Erhebungsmodus.....16-186
16.6.1.5.2 Patientengut.....16-187
16.6.1.5.3 Altersstruktur 16-187
16.6.1.5.4 Geschlechtsverteilung 16-187
16.6.1.5.5 Delikt- und Diagnosespektrum und dahingehende Merkmalsstrukturen.....16-187
16.6.1.5.5.1 Anmerkungen zu Stichprobe und Erfassungsmodus der delikt- und diagnosebezogenen Verteilungen.....16-187
16.6.1.5.5.2 Deliktverteilung 16-187
16.6.1.5.5.3 Diagnoseverteilung zur Gruppe der, an der Forensischen Nachsorgeambulanz in Wien behandelten, forensisch psychiatrischen Patienten (Erhebungszeitraum 01.04.92 - 01.04.94) 16-188
16.6.1.6 Therapieaufkommen im Rahmen des Behandlungsangebotes der Forensischen Nachsorge-ambulanz Wien 16-188
16.6.1.6.1 Stichprobe 16-188
16.6.1.6.2 Ausfälle.....16-188
16.6.1.6.3 Operationalisierung zum Begriff ´erhaltene ambulante Behandlung` 16-188
16.6.1.6.4 Aufkommen an Therapiekontakten im Rahmen des ambulanten Behandlungsangebotes 16-189
16.6.2 Strukturvorgaben, strukturelle und konzeptionelle behandlungsbezogene Besonderheiten.....16-189
16.6.2.1 Personale Struktur - multiprofessional, flexibel einsetzbar, qualifiziert.....16-189
16.6.2.1.1 Personalbestand und Betreuerschlüssel.....16-189
16.6.2.2 Qualifiziertheit der Betreuer 16-190
16.6.2.3 Flexibilität über Honorarkräftelösung mit Werkvertrag.....16-190
16.6.2.4 Patientenorientierte Ambulanzzeiten 16-190
16.6.2.5 Notfallregelungen.....16-190
16.6.2.6 Behandlungsbezogenes Konzept und therapeutischer Ansatz.....16-190
16.6.2.7 Spezifika zu Behandlungsstrukturen und therapeutischem Zu- und Umgang der Forensischen Institutsambulanz 16-190

16.6.2.7.1 Schwerpunkte des Behandlungskonzeptes beispielhaft der Sexualstraftäterambulanz 16-190
16.6.2.7.2 Flexibilität und Anpassungsfähigkeit im therapeutischen Handeln für komorbide Störungsbilder 16-191
16.6.2.7.3 Charakteristische Um- und Zugangsformen im therapeutischen Kontakt 16-191
16.6.2.8 Hohe Akzeptanz des Angebotes und dahingehende Indikatoren.....16-192
16.6.2.8.1 Niedrige Ausfallfrequenzen - Sinkende Ausfallfrequenz bei steigenden Patientenkontakten.....16-192
16.6.2.8.2 Hoher Freiwilligenanteil 16-193
16.6.2.8.3 Hohe Anzahl Behandlungswilliger bei außerdem steigender Nachfrage 16-193
16.7 Zusammenfassende Bewertung, Ausblick, weitere Entwicklungen zu den versorgungsbezogenen Strukturen.....16-193
16.7.1 Versorgungssituation 16-193
16.7.2 Bedarf und Neuschaffung forensischer Nachsorgeeinrichtungen 16-193
16.7.3 Zusammenfassende Bewertung zur Institutsambulanz Wien 16-194
16.7.3.1 Sinkende Ausfallfrequenz bei steigenden Patientenkontakten 16-194
16.7.3.2 Berücksichtigen personenbezogener Merkmale und Strukturen der Klientele, Anpassungsfähigkeit der Behandlung /im therapeutischen Handeln für komorbide Störungsbilder.....16-194
16.7.4 Ausblick - Prospektive Wünsche und Kritik 16-194

16 Ambulante Nachsorge und Therapie psychisch kranker Straftäter in Österreich

16.1 Einführung

Im Zusammenhang mit der Frage nach dem allgemeinen Bedarf, den Versorgungsmustern sowie den spezifischen und adäquaten Umgangs- und Zugangsformen in der ambulanten Behandlung und Nachsorge forensisch psychiatrischer Patienten, interessierte, wie sich dies zur Versorgung der forensischen Klientele im Nachbarland Österreich generell und im Besonderen strukturell und konzeptionell sowie zu den Bedarfsstrukturen und außerdem den hintergründigen rechtlichen Rahmenbedingungen, gestaltete.

16.2 Rechtliche Grundlagen und strukturpolitische Hintergründe zur Situation psychisch kranker Straftäter

16.2.1 Einweisungsgrundlagen

In Österreich werden seit 1975 mit Inkrafttreten des neuen Strafrechts Delinquenten, die zum Tatzeitpunkt als zurechnungsunfähig erkannt werden, per Gerichtsurteil nach *§ 21/ 1 öStGB* [1] für unbestimmte Zeit in die sogenannte ´vorbeugende Maßnahme` eingewiesen. Die Unterbringung nach dieser Maßnahme soll dem Abbau der Gefährlichkeit und der Verhinderung künftiger Delikte mit schweren Folgen dienen *(vgl.: Foregger & Serini 1988). § 21 öStGB Abs.1* regelt demnach die Unterbringung der Zurechnungsunfähigen in einer ´Anstalt für geistig abnorme Rechtsbrecher` und bestimmt in *Abs.2*, daß in einer solchen Anstalt auch untergebracht werden kann, wer zurechnungsfähig seine Tat „unter dem Einfluß seiner geistigen oder seelischen Abartigkeit von höherem Grad“ begangen hat [2]. Die Unterbringungszeit (sog. „Anhaltezeit“) in einer solchen Einrichtung ist, ebenso wie in Deutschland, unbegrenzt und die Entlassung des Patienten von seiner Kriminalprognose [3] abhängig. In *§ 22 öStGB* wird die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt geregelt. Die Unterbringung in einer ´Anstalt für entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher` ist auf zwei Jahre begrenzt. Voraussetzungen für eine Unterbringung in einer Anstalt für geistig abnorme Rechtsbrecher sind, ebenso wie in Deutschland, Folge aus Anlaßtat, der beschriebenen psychischen Störung und einer ungünstigen Kriminalprognose. Entgegen der Situation in Deutschland untersteht in Österreich der MRVZ dem Zuständigkeitsbereich der Justiz.

16.2.2 Rechtlicher Hintergrund

In Österreich geschieht die Entlassung aus den vorbeugenden Maßnahmen der Maßregel stets über eine bedingte Entlassung auf einen Zeitraum von 5 oder 10 Jahren. Ist eine weitere Behandlung nötig, erfolgt diese im Rahmen des medizinischen Versorgungssystems und i. d. R. ambulant. In Abhängigkeit vom rechtlichen Status des Patienten und dessen eingeschätzter Gefährlichkeit, kommen dafür verschiedene Behandlungsprogramme in psychi-

[1] Österreichisches Strafgesetzbuch (ö StGB)

[2] *§11 öStGB* regelt die Zurechnungsunfähigkeit und benennt folgende Eingangsmerkmale: Geisteskrankheit, Schwachsinn, tiefgreifende Bewußtseinsstörung und „schwere, einem dieser Zustände gleichwertige, seelische Störung". (Das Verständnis von „Schwachsinn" umfaßt hier im Gegensatz zur deutschen Auslegung auch perinatal erworbene Hirnschäden und „tiefgreifende Bewußtseinsstörung" auch organisch bedingte Dämmerzustände.) Eine verminderte Zurechnungsfähigkeit oder Schuldfähigkeit, vergleichbar zum deutschen §21StGB, gibt es im österreichischen Recht nicht. Allerdings können sich psychopathologische Auffälligkeiten, Unreife oder Erziehungsmängel nach *§34 öStGB* ebenfalls strafmildernd auswirken und auch wenn keine Zurechnungsunfähigkeit vorliegt das Strafmaß und ggfls. auch therapeutische Aspekte beeinflussen.

[3] Annahme einer günstigen Kriminalprognose.

atrischen Kliniken und speziellen forensischen Einrichtungen in Betracht. Falls die ´geistig abnormen Rechtsbrecher` im Rahmen ihrer Entlassung aus stationären Einrichtungen in ambulante Behandlungsformen überführt werden, kann dies bedeuten, daß infolgedessen die Patienten von der Zuständigkeit der Justiz in die des offiziellen Gesundheitssystems für psychisch Kranke, übergehen. Die Zuständigkeit für die Überwachung der Behandlung resp. der therapeutischen Nachbetreuung von Patienten mit Behandlungsweisungen liegt bei den zuständigen Vollzugsgerichten. Die Finanzierung wird entsprechend dem *§ 179a öStVG (österreichisches Strafvollzugsanpassungsgesetz)* über die Justiz geregelt. Nach dem österreichischen Strafvollzugsanpassungsgesetz sind die, aus einer Therapieweisung resultierenden Kosten im Zuge einer sog. ´Ausfallhaftung` vom erkennenden Gericht zu tragen, sofern dafür kein Anspruch aus einer Krankenversicherung besteht und eine Eigenbeteiligung des Patienten nicht in Frage kommt bzw. dies das Fortkommen des Betroffenen erschweren würde *(§ 179a öStVG, Bundesgesetzblatt 1989).*

16.2.3 Ambulante Behandlungen psychisch kranker Rechtsbrecher auf Anordnung des erkennenden Gerichts

Die ambulante Behandlung basiert auf Weisungen des Gerichts mit der Forderung nach einer weiterführenden psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlung. Für behandlungsbezogene Maßnahmen ist nach österreichischem Recht das Einverständnis des Patienten erforderlich *(vgl.: Foregger & Serini 1988).*

16.2.3.1 Funktion gerichtlich angeordneter Weisungen

Die österreichische Strafrechtsreform 1975 begründete die Einrichtung sogenannter ´vorbeugender Maßnahmen`, d.h. gerichtlich angeordnete Maßnahmen für ´geistig abnorme Rechtsbrecher`, die zurechnungs- oder unzurechnungsfähig Straftaten begangen haben und als gefährlich eingeschätzt werden. Solche Maßnahmen, die vom Gericht für bedingt entlassene, geistig abnorme Rechtsbrecher ausgesprochen werden, sollen nach dem Willen des Gesetzgebers der Entwicklung rechtstreuen Verhaltens dienen und sind gehalten, dahingehend entsprechend notwendig und zweckmäßig ausgerichtet zu sein. Das österreichische Weisungsrecht orientiert sich in seiner Handhabung und den Formulierungen, an den Empfehlungen der Psychiater und berücksichtigt im Hinblick auf die Einschätzung der Therapiebedürftigkeit des Straftäters auch dessen Fremdgefährlichkeit und somit Legalprognose. Falls der Patient die gerichtlicherseits angeordneten Maßnahmen zur Behandlung verweigert, kann nach vorangegangener formgerechter Verwarnung die bedingte Entlassung widerrufen werden.

16.2.4 Klientele der ambulant behandelten psychisch kranker Rechtsbrecher

Das österreichische Weisungsrecht bezieht sich auf Patienten sowohl aus dem regulären Straf- als auch dem MRVZ, die unter bestimmten Auflagen entlassen werden. Dieses Patientenpotential ist weit gefaßt. So werden z. B. auch Untersuchungshäftlinge mit Behandlungsauflage im Rahmen einer, mit dem Gericht getroffenen, mündlichen Vereinbarung „auf Gelöbnis“ aus der Untersuchungshaft entlassen. Diese Patientengruppe ist in Österreich in den Personenkreis ambulanter, psychisch kranker forensischer Patienten ebenso integriert wie Patienten, die aus dem MRVZ entlassen oder bedingt entlassen und mit einer Therapieweisung durch Gerichtsbeschluß bedacht wurden. Drogenabhängige werden in Österreich meist in Spezialeinrichtungen für Suchterkrankungen ausgegliedert.

16.3 Strukturelle Vorgaben zur Nachsorge forensischer Patienten

In Österreich sind [4] die -zentralisierten- forensischen stationären Einheiten für „geistig abnorme Rechtsbrecher“ der Justiz unterstellt und bilden komplementäre Einrichtungen zum regulären medizinisch psychiatrischen Versorgungssystem. Vorgesehen ist, daß der psychisch kranke Rechtsbrecher nach seiner Entlassung in die Strukturen des psychiatrischen Gesundheitsversorgungssystems überführt wird. Allerdings bestehen -auch- in Österreich für psychisch kranke Straftäter im etablierten psychiatrischen Versorgungssystem grundsätzlich nur sehr begrenzte und insg. nur sehr wenig real verfügbare Möglichkeiten *(vgl. Heilbrun & Griffin 1993).*
Seit einigen Jahren sind zum Bereich der Unterbringung und Behandlung psychisch kranker Straftäter in Österreich folgende Entwicklungen zu beobachten: Seit geraumer Zeit liegt eine kontinuierliche und insg. erhebliche Zunahme von strafrechtlichen Einweisungen psychisch kranker Straftäter in forensische Einrichtungen [5] vor[6,] was für die forensischen Einrichtungen erhebliche Kapazitätsprobleme mit sich brachte: Viele der Einrichtungen weisen seither konstant Überbelegungen aus. Bei Diensten des allgemeinpsychiatrischen Versorgungssystems zur Behandlung der forensisch psychiatrischen Klientele wurde eine zunehmend abwehrende Haltung beobachtet, die auch darin begründet war, sich für diese Klientele nicht zuständig zu fühlen. Vor einem solchen Hintergrund wurde von den, in dem Bereich der Behandlung psychisch kranker Straftäter in Österreich involvierten, leitenden und überwiegend therapeutisch tätigen, Experten der Psychiatrischen Universitätsklinik *Wien*, der

[4] entgegen der Situation in Deutschland
[5] Entspricht dem deutschen Verständnis einer Zunahme an Einweisungen nach *§ 126a dt. StPO.*
[6] Der Anstieg derartiger strafrechtlicher Einweisungen in forensische Einrichtungen betrug 1991/92 gegenüber 1989/90 75 % und setzte sich über die Folgejahre kontinuierlich fort (Stand 30.09.2001) .

Justizanstalten *Göllersdorf* und *Mittersteig* und dem Verein für Bewährungshilfe, dringendst die Schaffung spezifischer alternativer ambulanter Behandlungseinrichtungen für forensisch psychiatrische Patienten gefordert.

16.4 Versorgungssituation und Formen ambulanter Nachsorge und Behandlung psychisch kranker Rechtsbrecher

16.4.1 Erfassungsmodus

Die, über die o. g. österreichische Fragebogenerhebung rekrutierten, zentralen und weiterführenden, thematisch relevanten Befunden werden im Folgenden in einer Übersicht wiedergegeben. Weitere Entwicklungen wurden übergreifend außerdem seither verfolgt und aktuelle Daten bis zum Herbst 2000 eingebracht.

16.4.1.1 Methodisches Procedere und Besonderheiten der initialen österreichischen Erhebung

Zur Thematik und in der Frage nach der Versorgungssituation und den Formen ambulanter Nachsorge und Behandlung psychisch kranker Rechtsbrecher wurde, angeregt durch und in Anlehnung an die initiale deutsche Untersuchung, über alle österreichischen forensischen Einrichtungen eine entsprechende Fragebogenerhebung im Herbst 1994 initiiert und 1995 durchgeführt. Korrespondierend zur deutschen Erhebung hatte sich nach deren Bekannt werden die Option einer ähnlichen Befragung an den entsprechenden österreichischen Einrichtungen zur Behandlung forensisch psychiatrischer Patienten ergeben. Dies war auch deshalb von Interesse, da sich so im Hinblick auf Form und Vorgehensweisen der Nachsorge und ambulanten Behandlung psychisch kranker Straftäter, eine überregionale Vergleichsmöglichkeit bot mit unterschiedlich determinierten, gesundheits- und strukturpolitischen Systemen, versorgungsbezogenen Strukturen, Vorgaben und Regelungen. Seit dem Wissen um die Existenz dieser Forensischen Ambulanz bestand fachliches Interesse, deren Strukturen näher zu explorieren. Daher und nachdem zur *Forensischen Nachsorgeambulanz Wien* Hospitationen und konzeptionelle Evaluationen vorgesehen waren, trugen diese Informationen außerdem zu einem komplexeren Verständnis zu deren hintergründigem Versorgungssystemes bei. Additiv konnten zur dieser Ambulanz nötige fachliche Bezüge vertieft und ein Zugang zu weiterführenden, darunter auch institutseigenen, Daten, möglich werden. Erkenntnisförderliche Aussagen ergaben sich v. a. zur Versorgungsstruktur und der konzeptionellen und strukturellen Ausgestaltung der behandlungsbezogenen Besonderheiten und Zugangsformen ambulanter Therapieren psychisch kranker Straftäter dieses Landes und dbzgl. speziell zur großen *Forensischen Institutsambulanz Wien*. Ohnedies waren vorab bereits zur *Forensische Institutsambulanz Wien* rekrutierte Informationen initial über die Prozesse der Meinungsbildung und Variablensammlung, in den Ideenpool zur Konstruktion, Wahl und Ausgestaltung v. a. behandlungs- und konzeptionsbezogener Items / Fragebogeninhalte des originalen Erhebungsinstrumentes, eingeflossen. Infolgedessen und unabhängig von der gesamtösterreichischen Befragung, wurden bereits die, seit der Konzeptionalisierung der initialen deutschen Erhebung geplanten Forschungsbesuche dieser Ambulanz dann zeitlich versetzt realisiert. Die Kosten für Forschungsfahrten und Hospitationen mußten entgegen der ursprünglichen Planung von der Autorin selbst aufgebracht werden. Exemplarisch wird nun hier das Modell der Forensischen Institutsambulanz *Wien*, dessen strukturelle und konzeptionelle Besonderheiten und bisherigen Erfahrungen vorgestellt. Die Bezüge und Fachkontakte wurden über gezielte Besuche der Ambulanz und Gesprächstermine mit speziellen Themeninhalten von behandlungsbezogener Relevanz entwickelt. Es konnte viel an bislang unerschlossenem Datenmaterial zur Forensischen Nachsorgeambulanz *Wien* mit Informationen und Erfahrungsinhalten zur Ambulanzarbeit mit psychisch kranken Straftätern rekrutiert werden. Einschlägige Datenquellen bildeten v. a. Informationen durch sachbezogene Angaben der Ambulanz- und Klinikleitung entweder zu ambulanzeigenen Daten und Dokumentationen bzw. durch, über die Autorin initiierte, Expertengespräche mit diesen und anderen Ambulanzmitarbeitern. Der Informations- und Wissenszuwachs wurde zusätzlich darüber fundiert, indem diese Einrichtung von der Autorin gezielt und in aufeinander aufbauenden Hospitationen besucht wurde. Die, auf diesen Wegen gewonnenen Informationen konnten in Hinsicht auf die Forschungsschwerpunkte der eigenen Untersuchung und dabei v. a. die Entwicklung struktureller und konzeptioneller Grundsätze eines ambulanten Behandlungsansatzes und therapeutischen Zuganges für psychisch kranke Straftäter, in die bisherige Befundlage nutzbringend integriert werden. Es gelang auf diesem Wege nicht nur ein umfassendes Bild zu diesem längerzeitig etablierten Modell zu vermitteln sondern auch die in der deutschen Untersuchung erschlossenen Vorgaben und entwickelten Prämissen im Hinblick auf bewährte behandlungsbezogene Zugangsformen dieser Nachsorgeambulanz zu bestätigen. Das, der Befragung der österreichischen Einrichtungen zugrunde gelegte, Erhebungsinstrument war der originäre, von der Autorin zur initialen bundesdeutschen Untersuchung entwickelte, in einem ersten Durchgang bereits anteilig erprobte Fragebogen. Zur Frage der österreichischen Nachsorge- und Bedarfssituation im Kontext der Behandlung psychisch kranker Delinquenten und den bestehenden ambulanten Behandlungsformen, erfolgte 1995 im Kooperation mit der *Forensischen Abteilung der Psychiatrischen Universitätsnervenklinik Wien* und in direkter Anlehnung an das Procedere und den initialen Erhebungsgang in Deutschland, eine entsprechende Erhebung über die, für die Fragestellung relevanten, österreichischen psychiatrischen Krankenhäuser. Der Stichtag war retrospektiv auf den 01.01.94 festgelegt worden. Die rekrutierten Daten waren über institutseigene Datenverarbeitungsprogramme der Universität *Wien* aufgenommen worden *(Universi-*

tätsklinik für Psychiatrie, Klinische Abteilung für Allgemeine Psychiatrie, AKH Wien L Knecht, G., Waehringer Gürtel 18-20, A 1090 Wien).
Ergebnisse dazu werden im Folgenden in einem Überblick vermittelt.
Außerdem wurden die Untersuchungsbefunde der ambulanten Versorgungssituation forensischer Patienten Österreichs sofern methodisch sinnvoll zu denen der bundesdeutschen Erhebung in Bezug gesetzt und diskutiert.
Des weiteren konnten zu einer, im Rahmen dieser österreichischen Erhebung rekrutierten, Stichprobe von n_e=157 zwischen 1975 und 1992 bedingt entlassenen, zurechnungsunfähigen österreichischen MRVZ-Patienten zusätzliche Befunde von thematischer Relevanz erschlossen und eingebracht werden [7] *(vgl.: Knecht et al. 1996).*
Auch die Rücklaufquote der landesweiten österreichischen Erhebung war hoch und lag bei 88 %. Doch mußten Ausfälle zu einigen die Befragungspunkte hingenommen werden. Im Hinblick auf die originäre Fragestellung zum spezifischen Zu- und Umgang und den Erfahrungswerten im Rahmen alternativer ambulanter Behandlungsmodi konnte dies anteilig kompensiert und mit Zusatzinformationen über eine intensivierte theoriegeleitete Expertenbefragung der, in der Entwicklung der forensischen Ambulanzarbeit involvierten Leitungen der Forensischen Abteilungen der Universitätsnervenklinik *Wien* [8], der Justizanstalten *Mittersteig* und *Göllersdorf* unterlegt werden. Vor allem jedoch gelang es, zur Forensischen Nachsorgeambulanz *Wien (FRANZ)* und zu deren Konzept als etablierte große Forensische Spezialambulanz über, von der Autorin initiierte und realisierte Hospitationen eine Vielfalt an additiven Materialien, Informationen, Erfahrungswerten, Anregungen einzubringen sowie allgemein und zum spezifischen Zugang alternativer ambulanter Behandlungsmodi, Erfahrungswissen und damit einhergehend, weiterführende Erkenntnismöglichkeiten zu erschließen.

16.4.1.2 Übersicht zu den Erkenntnissen der österreichischen Fragebogenerhebung

16.4.1.2.1 Stichprobe und Rücklauf

Die Rücklaufquote zur Stichprobe dieser Erhebung betrug 88 %. Die landesweit geschaltete Fragebogenerhebung war zur gesamten Republik Österreich über insg. 10 psychiatrische Kliniken als Versorgungskrankenhäuser durchgeführt worden. Sie erfaßte 157 ambulante forensische psychiatrische, aus stationärer Behandlung entlassene, Patienten: Die rekrutierten Einrichtungen betreuten n_s=167 stationäre forensisch psychiatrische und insg. 600 Patienten.

16.4.1.2.2 Defizite, Bedarf und Zufriedenheit zur Versorgungsstruktur

Mit 90 % wurde von den meisten der erhobenen österreichischen psychiatrischen Kliniken das, für forensische Patienten bestehende, ambulante Versorgungssystem allenfalls nur partiell als ausreichend erlebt. [9] Unzufriedenheit bestand in 70 % der Fälle aller erfaßten Einrichtungen insb. im Hinblick auf ambulante Nachsorgemöglichkeiten für persönlichkeitsgestörte und sozial desintegrierte Patienten. Zwei der erfaßten österreichischen Einrichtungen thematisierten explizit die gravierende Problematik der Nachsorge schwerer antisozialer persönlichkeitsgestörter, substanzabhängiger und geistig behinderter Patienten als herausragendes Defizit im Rahmen adäquater, ambulanter Behandlungsstrukturen. Bezugnehmend auf komplementäre Einrichtungen der Nachsorge forderte der Großteil *(80 %)* aller erfaßten psychiatrischen Kliniken übereinstimmend für ihre forensischen Patienten sowohl mehr Tages- bzw. Nachtkliniken, als auch mehr Übergangseinrichtungen und Wohnheime[10]. Zusätzlich verlangten 30 % *(3)* dieser Einrichtungen nach mehr gemeindenahen psychiatrischen Versorgungszentren. Nur eine der o.g. 10 psychiatrischen österreichischen Kliniken hat seit dem Zeitpunkt der Erhebung den bestehenden Nachsorgebedarf mit einem Angebot ambulanter psychotherapeutischer Behandlung beantwortet. An der so ausgewiesenen defizitären Versorgungsstruktur zur Situation dieser Kliniken hat sich zum Stand Sommer 2001 wenig geändert. Daneben allerdings wurden zur ambulanten Versorgung eines Teiles der Klientele in jüngerer Zeit eigenständige Versorgungseinheiten (Ambulatorien) abgekoppelt von den Universitätskliniken entwickelt. Im Hinblick auf praktizierte ambulante Behandlungsformen [11] waren, neben singulären Betreuungen durch die Klinikambulanzen, vereinzelt Kooperationen mit niedergelassenen Allgemeinpsychiatern, einigen psychiatrischen gemeindenahen Diensten und psychosozialen Einrichtungen angegeben worden.

---

[7] Untersuchung aufgrund aller, über einen Patienten verfügbaren, Krankengeschichten, Vollzugsinformationen und Informationen des Strafaktes.
[8] Der Leiter der forensischen Abteilung fungiert auch als Fachleitung der *Forensischen Nachsorgeambulanz Wien.*
[9] Im Rahmen der deutschen Erhebung zeigten sich nur 6.9 % aller forensischen Einrichtungen zufrieden mit der, für sie nutzbaren Form an ambulanter Nachsorge und Behandlung für psychisch kranke Straftäter.
[10] Entsprechende Forderungen zur besseren adäquaten Versorgung durch komplementäre Einrichtungen lagen, mit Ausnahme der, nach einer Nachtklinik, auch im Falle der deutschen forensischen Einrichtungen vor.
[11] Zu dieser Frage waren für jede Einrichtung Mehrfachnennungen möglich gewesen.

16.4.1.2.3 Zusammenfassende Bewertung zu Stand und Bedarf an Versorgung

Der Bereich forensischer Nachsorge zeigte sich auch zu Österreich überwiegend unterversorgt. Entsprechend den deutschen Befunden, zeichnete sich auch zum österreichischen Gesundheitsversorgungssystem ab, daß die bestehenden Strukturen des psychiatrischen Versorgungssystems, die spezifischen Bedürfnisse der Gruppe forensischer Patienten i.d.R. nicht berücksichtigen. Das Problem einer erforderlichen, doch fehlenden ambulanten Nachsorge und Behandlung, wurde an sich zwar von allen österreichischen forensischen Einrichtungen erkannt und thematisiert. Allerdings offenbarte sich, daß seitens der Institutionen zum überwiegenden Teil keinerlei Bereitschaft bestand, entsprechend veränderungswirksam tätig zu werden. Insgesamt ergab sich, daß mit 90 % der weitaus größte Teil aller, über die Befragung erfaßten, forensischen Einrichtungen Österreichs, keinerlei spezielle forensische Nachsorgeprogramme anboten. Bei einer derartig eindeutigen, drängenden, bis z. T. dramatischen, Bedarfslage waren – auch - in Österreich bereits seit Jahren wiederholt und dringend ambulante, resp. nachsorgende, institutionelle Möglichkeiten zur adäquaten ambulanten Behandlung der, aus dem MRVZ - bedingt- entlassenen psychisch kranken Straftäter, gefordert worden *(vgl.: Silver & Tellefsen 1991; Berner & Knecht 1993)*. Doch auch in Österreich [12] waren es erst schließlich Rückfälle mit Gewalttaten durch nicht nachbetreute forensische Patienten, die den letzten Anstoß dazu gaben, speziell auf die Bedürfnisse und Probleme forensischer Patienten zugeschnittene, ambulante Behandlungsprogramme, zu realisieren.

16.4.1.3 Thematisierte Hindernis- und Störfaktoren ambulanter Behandlung- Indikatoren

Unter dem Gesichtspunkt, daß Mehrfachnennungen pro Einrichtung möglich waren, lagen von mehreren und insg. 6 Einrichtungen, Angaben zu Faktoren vor, die als der ambulanten Behandlungsführung hinderlich eingestuft worden waren.
Den Aspekt der Kompliance und Gründe für eine mangelnde Kompliance während ambulanter Behandlung hatten insg. 6 Einrichtungen problematisiert.
5 Anstalten (die Hälfte aller insg. rekrutierten Einrichtungen der initialen österreichischen Gesamtstichprobe) von denen 4 tatsächlich Ambulanzarbeit praktizierten, thematisierten kritisch die Problematik fehlender Motivation der Patienten als Grund für eine mangelnde Kompliance während der ambulanten Behandlung.
Eben diese 5 Einrichtungen (und damit die Hälfte) der Gesamtstichprobe, von denen 4 über ambulante Therapieerfahrung verfügten, bemängelten inadäquate, als unklar, inflexibel und nicht ausreichend an der individuellen Situation des Patienten ausgerichtete – gerichtliche - Anordnungen [13], [14]; Sie sahen darin eine zentrale Ursache für mangelnde Kompliance während der ambulanten Behandlung.

16.4.1.4 Zunehmend niedrige Abbruchquote als Indikator für Akzeptanz

Die niedrige Höhe der durchschnittlichen Ausfallrate wurde von allen vier Einrichtungen mit Erfahrung in ambulanter forensischer Nachsorge und einer entsprechend ausgerichteten Institutsambulanz als Indikator für die Akzeptanz des Behandlungsprogrammes durch die Klientele [15] gewertet. Nachvollziehbar dokumentiert fand sich eine Übersicht zum Verlauf der durchschnittlichen Ausfallfrequenz nur zur großen Forensischen *Nachsorgeambulanz Wien (s. ff. unter den Angaben zur Fachambulanz Wien)* mit 15 % pro Jahr seit deren Beginn bis 1996 und bei steigendem Behandlungsaufkommen eine, seit 1997 sinkende, Ausfallfrequenz mit, für 1997 16.6 %, zu 1998 13 % und zu 1999 schließlich nur noch 10.5 % und 2001: Drop-out-Rate 12.4%. Dies spricht für

- eine hohe Akzeptanz des Behandlungskonzeptes und dafür,
- daß hier eine tatsächlich adäquate Behandlungsstruktur und außerdem
- Äquivalenz und Passung der Klientele und Behandlungsangebot gefunden werden konnte.

16.4.1.5 Ausschlußkriterien

Ähnlich, wie im Falle, der originalen deutschen Erhebung, hatte der weitaus überwiegende Teil *(80 %)* der gesamt erfaßten österreichischen forensischen Kliniken für eine ambulante Behandlung keine definierten Ausschlußkriterien angegeben.
Allgemein waren akute Suchterkrankungen und Erkrankungsformen mit erheblichen Beeinträchtigungen der kognitiven Funktionen *(wie Debilität, Schwachsinn, akut psychotische Zustandsformen)*, worüber Selbstverantwortung und Einsichtsfähigkeit in einem, der Behandlung im ambulanten Setting unzulässigen Maße, beeinträchtigt waren, entsprechend problematisiert und als dysfunktional gewertet worden.

---

[12] Im Vergleich zu den -wenigen- deutschen forensischen Ambulanzen, wie der *Forensische Institutsambulanz Haina/ Gießen*, den ambulanten Liaison- und Konsiliardiensten *Lippstadt-Eickelborn*, der mobilen Ambulanz *Düren*, wo eine geregelte Form der ambulanten Versorgung auch erst durch solche Anlässe initiiert worden war.
[13] Zu dieser Frage waren für jede Einrichtung Mehrfachnennungen möglich gewesen.
[14] In der deutschen Erhebung waren zu dieser Frage ausschließlich Probleme während der ambulanten Behandlung thematisiert worden.
[15] Ähnlich der Abbruchquote der Tagklinik Utrecht (Nl) nach durchlaufener Anfangsphase und vollzogenen Optimierungs- und Anpassungsmaßnahmen an den realen Bedarf der Klientele.

16.5 Gerichtliche Weisung

Das Element der gerichtlichen Weisung stellt gemäß *§§ 50-54 öStGB* 1975 eine Maßnahme zur individuellen Verbrechensvorbeugung von bedingt verurteilten Tätern und bedingt aus einer Freiheitsstrafe oder dem MRVZ entlassenen Tätern dar. Eine Weisung gilt in Österreich maximal 10 Jahre. Das Gericht kann je nach Zweckmäßigkeit und Notwendigkeit Weisungen neu anordnen, aufheben oder abändern. In der vorliegenden Untersuchung wird das Ende der Weisung nicht nur i. S. der Verbrechensprävention sondern auch unter dem Aspekt der Behandlungskosten betrachtet.

16.5.1 Weisungsinhalte und deren Verteilung zur Gruppe bedingt entlassener MRVZ-Patienten

Im Kontext dieser Erhebung war ein Kontingent von n_e=157 zwischen 1975 und 1992 bedingt entlassenen, zurechnungsunfähigen, österreichischen MRVZ-Patienten rekrutiert worden. Zu dieser Gruppe konnten additiv neben der ursprünglichen Fragebogenerhebung, das anteilige Aufkommen gerichtlicher Weisungen und deren Inhalte erfaßt werden: Nur 4 % dieser Stichprobe hatten keine gerichtliche Weisung erhalten, 93 % dagegen waren Behandlungsweisungen ausgesprochen worden. Von diesen Personen mit gerichtlich angeordneter Therapieauflage war die Hälfte dazu verpflichtet worden, ihre Teilnahme an dieser Behandlung dem Gericht gegenüber regelmäßig nachzuweisen. Die Weisungen zielten inhaltlich alle auf die Fortsetzung einer begonnenen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlung, wobei sich mit 70 % am häufigsten solche für eine psychiatrische Behandlung fanden, 11 % erhielten konkret die Auflage zur psychiatrischen Behandlung und psychopharmakologischen Medikamentation, 9 % die einer psychiatrischen Betreuung und Depotneuroleptikatherapie und in 7 % der Fälle lag spezifiziert eine Weisung zur Aufnahme resp. Weiterführung einer Psychotherapie vor.

16.5.2 Weitere Formen ambulanter Behandlung psychisch kranker Rechtsbrecher

Außerhalb der Stichprobe der befragten Psychiatrischen Krankenhäuser, fanden sich als Einrichtungen zur forensischen ambulanten und nachsorgenden Behandlung, an Universitätskliniken assoziiert, drei kleinere Nachsorgeambulanzen und daneben eine autonome ausgebaute Forensische Spezialambulanz. Die 3 kleineren forensischen Institutsambulanzen sind als Klinikambulanzen an *die Universitätskliniken in Innsbruck, Graz und Wien* angebunden, können jedoch gegenüber dem eigentlichen Bedarf nur eine geringe und selektierte Anzahl psychisch kranker Straftäter aufnehmen; Dort wurden Patientengruppen zwischen 6 und 8 Patienten nachbetreut. Eine größere unabhängige Forensische Spezialambulanz existiert seit 1992 zur Nachsorge „geistig abnormer Rechtsbrecher“ in *Wien*[16].

16.6 Patientengut

Entgegen der ambulanten Klientele deutscher forensischer Fachambulanzen, gestalte sich die, der österreichischen forensischen Ambulanzen eher heterogen mit Patienten sowohl aus dem MRVZ als auch dem regulären Strafvollzug und einem außerdem hohen Bestand an Freiwilligen. Der größere Anteil der Patienten rekrutierte sich aus dem MRVZ und nicht aus dem Strafvollzug.

16.6.1 Forensische Nachbetreuungsambulanz Wien

16.6.1.1 Besonderheiten zum Erhebungsmodus

Das, zur *Forensischen Fachambulanz Wien* rekrutierte, Datenmaterial wurde in Bezug auf thematisch relevante Informationen zu den eigenen Forschungsschwerpunkten, darunter v. a. auch Ansätze und Erfahrungsinhalte aus der Ambulanzarbeit, struktureller und konzeptueller Grundsätze eines ambulanten Behandlungsansatzes bzw. -programmes für psychisch kranke Straftäter selegiert. Entwicklungen wurden zudem verfolgt und aktuelle Rahmendaten bis zum Herbst 2000 eingebracht.

16.6.1.2 Entstehungsgeschichte der Ambulanz und Vorabentwicklungen

Der Installation der *Forensischen Nachbetreuungsambulanz Wien* vorausgegangen waren Werkstatt-Tagungen mit Thematisierung von Bedarf um und Forderungen nach einer adäquaten ambulanten Behandlungsform. In einem nächsten Schritt war zur Koordination verfügbarer Strukturen und personaler Kräfte zu dieser Thematik ein Arbeitskreis gebildet worden. In Österreich verlangt das Vollzugsgericht als eine Voraussetzung zur Entlassung, eine Stellungnahme dazu, wer die Nachbetreuung übernimmt. Dieser Umstand übte entsprechend Druck auf die forensischen Anstalten aus, selbst Aufgaben der Nachsorge zu übernehmen.
Allerdings waren deren Möglichkeiten bereits seit Anfang der neunziger Jahre als ausgereizt eingestuft worden. Vor diesem Hintergrund forderten forensische therapeutischen Experten einen Modus, in dem forensische Patienten adäquat und gezielt nach ihrer Indikation behandelt werden können und wiesen des weiteren gegenüber den verantwortlichen Behörden darauf hin, daß für die Entlassenen medikamentöse Behandlungen erforderlich

[16] *Anschrift: Forensische Nachbetreuungsambulanz, Wien, 9. Bezirk, Hahngasse 6.*

seien, ca. ein Drittel der Entlassenen größere Alkoholprobleme ausweisen würden und bei 10 % der Sexualdelinquenten eine medikamentös-hormonelle Therapie angezeigt sei. - Die Erfahrung der früheren Jahre hatte gezeigt, daß die Nachbehandlung über niedergelassene Ärzte meist nicht funktionierte. So war dann auch von Expertenseite gefordert worden, daß die Nachbetreuung an der besonderen Bedarfslage der forensischen Klientele orientiert und entsprechend organisiert werden müsse. *(Lt. Auskünften zur vorgestellten österreichischen landesweiten Untersuchung; außerdem anteilig entspr. Knecht et al. 1996a unveröffentl. Arbeitspapier).*
Vor diesem Hintergrund und unter dem Druck der wachsenden Zahl der, mit gerichtlichen Anordnungen entlassenen, psychisch kranken Straftäter wurde schließlich in *Wien* Zentrum am 01.04.1992, und damals erst vorläufig, eine spezialisierte Forensische Nachsorgeambulanz in Betrieb genommen. Diese wurde zu diesem Zeitpunkt *von Berner, W. Prof.* als Betreuungseinrichtung mit Anbindung an die *Justizanstalt Mittersteig* errichtet, 1994-2000 von *Knecht G.* und seit *01.09.2000* kommissarisch von *Morawitz I.* geführt.

16.6.1.3 Struktureller Kontext der Ambulanz

16.6.1.3.1 Status der Ambulanz

Im besonderen Falle der Forensischen Nachsorgeambulanz *Wien* handelt es sich um eine alternative, zwischenzeitlich bereits weitestgehend konsolidierte und organisatorisch eigenständige, forensische Nachsorgeambulanz mit einer, auf die spezielle Bedarfsstruktur der forensisch psychiatrischen Patienten ausgerichteten Konzeptionierung.

16.6.1.3.2 Kostenträger

Als Kostenträger fungiert das Justizministerium, wobei die Ambulanzkosten bislang über ein Sonderbudget verrechnet wurden.

16.6.1.3.3 Einzugsgebiet

Das Einzugsgebiet der Forensischen Ambulanz umfaßt den Großraum *Wien* und zwei umliegende Bundesländer.

16.6.1.3.4 Patientengut

Im Hinblick auf die Bewertung der Befunde ist darauf hinzuweisen, daß sich die Patientenstruktur der *Wiener* Nachsorgeambulanz anteilig bildet aus entlassenen psychiatrisch kranken Patienten, aus dem Maßnahmevollzug und - abweichend zur Klientele der deutschen Untersuchung [17], auch aus dem regulären Strafvollzug (´Normalvollzug`). Etwa ein Zehntel des Patientenkollektivs ist weiblichen Geschlechts. Die Ambulanz betreute seit ihrem Start im Frühjahr 1992 im Durchschnitt bis 1996 60-70 Patienten jährlich mit einer seit 1996 wachsender Tendenz: 1996: n_{aw}=60, 1997 n_{aw}=78, 1998 bereits 89, 1999 waren es 95 und Nov. 2000 103 Patienten. Seit dem Beginn im Frühjahr 1992 ergaben sich bis Nov. 2000 420 ambulante Erstkontakte.

16.6.1.4 Untersuchungsansätze und Fragestellungen

Die spezifische Struktur und merkmalsbezogene Verteilung zum Kollektiv organisatorisch gut nachversorgter und betreuter, ambulanter forensischer Patienten der FRANZ war deshalb von Interesse, da es sich hier um eine, in Bezug auf die Bedarfslage der Klientele, möglichst optimal gestaltete, ambulante Versorgungsstruktur handelt. Damit war anzunehmen, daß diese österreichischen Daten auch Auskunft über Verteilungsstrukturen in einem optimierten ambulanten Versorgungssetting geben könnten. In Verfolgung der Erhebungsziele gelang es, bislang interne personen-, merkmals- und strukturbezogene Befunde und fundierte Übersichtsdaten zur Forensischen Ambulanz *Wien* zu rekrutieren.

16.6.1.5 Subuntersuchung

16.6.1.5.1 Stichprobe und Erhebungsmodus

Von der *Forensischen Nachsorgeambulanz Wien* waren relevante Befunde und Daten zu v. a. Patientenmerkmalen und darunter v. a. Persönlichkeitsmerkmalen, der Delikt- und Diagnoseverteilung und behandlungsbezogene Angaben aus einem internen Datenpool zu Verfügung gestellt worden, für deren Weitergabe dem damaliger Leiter der Forensischen Nachsorgeambulanz *Berner* und seinem Nachfolger *Knecht* gedankt wird. Es handelt sich um Daten einer zu internen Zwecken erstellten Übersicht zu einem Kollektiv von n_{aw}=123, 12 weiblichen und 111 männlichen, forensischen Patienten, die die *Forensische Nachbetreuungsambulanz Wien* über einen 2-Jahreszeitraum 01.04.92-01.04.94 aufgesucht hatten.

[17] Die letztgenannte Gruppierung fand sich nicht im Kontext der, in der deutschen Untersuchung über die forensischen Einrichtungen erfaßten, Stichprobe ambulant behandelter forensischer Patienten.

16.6.1.5.2 Patientengut

Die Klientele dieser Forensischen Fachambulanz setzt sich zu etwa je 50 % zusammen aus Patienten des Maßnahmenvollzugs bzw. alternativ des regulären Strafvollzuges.

16.6.1.5.3 Altersstruktur

Das Durchschnittsalter dieser Stichprobe betrug im Mittel 35 (min. 17 / max. 74) Jahre. Dies entspricht exakt dem Mittelwert des, aus der Stichprobe zur korrespondierenden deutschen Untersuchung ermittelten, durchschnittlichen Altersbereiches von 30-40 Jahren.

16.6.1.5.4 Geschlechtsverteilung

12 der Patienten dieser Stichprobe waren weiblichen, 111 und damit 90.25 % männlichen Geschlechts.

16.6.1.5.5 Delikt- und Diagnosespektrum und dahingehende Merkmalsstrukturen

16.6.1.5.5.1 Anmerkungen zu Stichprobe und Erfassungsmodus der delikt- und diagnosebezogenen Verteilungen

Die Angaben zur Delikt- und Diagnoseverteilung dieser Ambulanzpatienten bezogen sich auf das zuletzt erfaßte Eingangsdelikt und die jüngste Eingangsdiagnose. Die im deutschen Originalfragebogen vorgegebenen Delikt- und Diagnosekategorien hatten nicht in allen Klassifikationen mit denen, des österreichischen Erhebungsbogens, übereingestimmt. Das Diagnosespektrum der Klientele der Forensischen Institutsambulanz *Wien* war nach DSM-III-R kategorisiert worden. Zum Diagnoseschema war zu berücksichtigen, daß der diagnosebezogenen Verteilung der österreichischen Erhebung das Klassifikationssystem DSM-III R zugrunde lag, wohingegen in der deutschen Untersuchung die Diagnosen nach dem Klassifikationssystem ICD 09 / ICD 10 eingestuft worden waren. Sexuelle Perversionen waren im Rahmen der deutschen Befragung nicht als separate Diagnoseklassifikation erfaßt worden. Im Hinblick auf das spezifische Patientenprofil der Klientele der *Forensischen Nachsorgeambulanz Wien* ist zu bedenken, daß die Hälfte der Ambulanzpatienten psychisch Kranke des Regelvollzugs waren. Dieser Umstand hat vermutlich auch zu dem hohen der Anteil an Persönlichkeitsstörungen beigetragen. (Eine die se Annahme verifizierende nachträgliche Analyse der Diagnosezuordnungen war nicht zum Einzelfall möglich).

16.6.1.5.5.2 Deliktverteilung

Tab. 1: Deliktverteilung der, an der Forensischen Nachsorgeambulanz in Wien behandelten, forensisch psychiatrischen Patienten (Erhebungszeitraum 01.04.´92 - 01.04.´94)

Deliktverteilung		
Deliktform	**Anzahl (n)**	**Anteil (%)**
Tötungsdelikt	12	10
Körperverletzung	22	17
Sexualdelikt	35	29
Eigentumsdelikt	36	30
Brandstiftung	08	07
Andere	08	07

Bezugsgruppe: n=123 psychiatrisch forensische (12 weibliche, 111 männliche) Patienten der Forensischen Nachsorgeambulanz Wien); Erhebungszeitraum: 01.04.92 - 04.04.94

Es boten sich folgende deliktbezogene Verteilungen: Zu etwa gleichen Anteilen waren solche Patienten vertreten gewesen, welche jeweils vornehmlich entweder Gewalt- (27 %), Sexual- (29 %) oder Eigentumsdelikte (30 %) verübt hatten. Zwei Personen waren als Angehörige von Patienten in Therapie und hatten selbst kein Delikt begangen. Der Anteil der Patienten, die im Rahmen der Gewaltdelikte ein Tötungsdelikt begangen hatten, repräsentierte 10 % aller ambulanten Patienten dieser Stichprobe. Inwieweit die Kategorie der Sexualdelikte anteilig schwerere Vergewaltigungen auswies, konnte über die Befunden der o. g. Erhebung nicht erklärt werden. Demnach konnte aus dieser deliktbezogenen Verteilung zu der, im Kontext der initialen deutschen Untersuchung aufgeworfenen, Frage, ob unter optimierten Bedingungen einer adäquaten und gut organisierten ambulanten forensischen Behandlungs- und Nachsorgeinstitution, forensische Patienten mit vordem schweren Gewalt- oder Sexualdelikten auch, bzw. anteilig mehr, versorgt werden können, keine Aussage getroffen werden. [18]

[18] Zur dazu erfaßten Stichprobe ambulanter Patienten ergab sich aus der deutschen Erhebung eine diagnose- und deliktbezogene Verteilung mit hauptsächlich mittelschweren Merkmalsausprägungen.

16.6.1.5.5.3 Diagnoseverteilung zur Gruppe der, an der Forensischen Nachsorgeambulanz in Wien behandelten, forensisch psychiatrischen Patienten *(Erhebungszeitraum 01.04.92 - 01.04.94)*

Tab. 2: Diagnoseverteilung der, an der Forensischen Nachsorgeambulanz in Wien behandelten, forensisch psychiatrischen Patienten (Erhebungszeitraum 01.04.92 - 01.04.94)

Diagnoseverteilung		
Diagnose	**Anzahl (n)**	**Anteil (%)**
Persönlichkeitsstörungen	56	46
Psychosen organische Störungen	32	26
Neurosen	15	12
Perversionen (Paraphilieen)	20	16

Bezugsgruppe: n=123 (12 weibliche, 111 männliche) psychiatrisch forensische Patienten der forensischen Nachsorgeambulanz Wien; Erhebungszeitraum: 01.04.92 - 04.04.94

Das Diagnosespektrum der Klientele der Forensischen Institutsambulanz *Wien* war nach DSM-III-R (dagegen die Diagnoseverteilung zur deutschen Erhebung nach ICD 9) kategorisiert. Es ergab sich nach DSM-III-R Kategorien eine Diagnoseverteilung mit einem v. a. imponierend hohen Anteil von 46 % an Patienten mit Persönlichkeitsstörungen. Antisoziale und Borderline- Persönlichkeitsstörungen bildeten die häufigsten Subtypen. 26 % der Ambulanzpatienten litten an einer psychotischen Grunderkrankung bzw. organischen Schädigung mit einer dahingehenden Symptomatik, wobei paranoide Schizophrenie die häufigste Diagnose in dieser Kategorie darstellte. Bei den Psychosekranken fanden sich häufig auch zusätzlich Persönlichkeitsstörungen (Komorbidität). Der Anteil der Schizophrenieen bzw. der jeweilige Anteil der Persönlichkeitsstörung als komorbide Erkrankungsform, war in dieser österreichischen Untersuchung nicht angegeben. Entgegen den Befunden der deutschen Erhebung war in der österreichischen Untersuchung die Gruppe der Perversionen klassifiziert worden. Letztere umfaßte 16 % aller Patienten und davon am häufigsten Pädophilien, polymorphe Paraphilieen und Exhibitionismus. Zu zwei Drittel aller Patienten wurde ein zusätzliches Behandlungsproblem angeführt: So standen in etwa der Hälfte aller Fälle Impulsivität (51 %) und Alkoholabusus (49 %) im Vordergrund. 24 % der Patienten wiesen Drogenabusus aus. Des Weiteren bot sich ein hoher Anteil an komorbiden Erkrankungsformen.

Dieser Umstand und dessen Bedeutung für die -ambulante- Behandlung psychisch kranker Straftäter war auch in den deutschen Untersuchungen hervorgehoben worden.

Und auch die österreichischen Erfahrungen thematisierten die speziellen Behandlungsprobleme, die komplexe Störungsbilder und komorbide Erkrankungsformen mit sich bringen.

Insgesamt bezeugten diese spezifischen diagnosebezogenen Aspekte im Hinblick auf eine adäquate Gestaltung des ambulanten Behandlungsangebotes für forensisch psychiatrische Patienten die Notwendigkeit eines breit angelegten und flexiblen Therapieangebotes mit Behandlungsmöglichkeiten, die am Bedarf des Individualfalles orientierte, der jeweiligen Indikation entsprechende, variier- und nötigenfalls auch intensivierbare Behandlungsformen und -programme realisierbar werden lassen und im Behandlungsprofil auch den Bedarf des hohen Anteiles solcher forensischer Patienten mit einer Abhängigkeits- bzw. Suchtproblematik und/ oder Persönlichkeitsstörung als primäre oder sekundäre bzw. komorbide Erkrankungsformen, berücksichtigen. Der Anteil der Ambulanzpatienten mit Alkoholabusus betrug 49 %, der, zum Abusus psychoaktiver Substanzen 24 %.

16.6.1.6 Therapieaufkommen im Rahmen des Behandlungsangebotes der Forensischen Nachsorgeambulanz *Wien*

16.6.1.6.1 Stichprobe

Von, im Zeitraum vom 01.04.1992, d.h. seit Bestehen der Ambulanz, bis zum 31.12.1995, registrierten 200 offiziellen Kontakten an forensischen Patienten mit Wunsch zur Behandlung durch die Ambulanz, wurden nach Auskunft von deren Leiter *(Knecht, 30.01.1996)* letztlich 75 % ambulant behandelt. Von den ambulant behandelten Patienten befanden sich zum 31.12.1995 noch n_a=60 in laufender Behandlung.

16.6.1.6.2 Ausfälle

Die Gründe für die Ausfälle der restlichen 25 % dieser Stichprobe waren diverser Natur und lagen hauptsächlich darin, daß entweder keine aktuelle Therapieindikation festgestellt worden war oder seitens der Patienten Hindernisgründe bestanden, sich in Therapie zu begeben, wie bspw. fehlende Kompliance etc..

16.6.1.6.3 Operationalisierung zum Begriff ´erhaltene ambulante Behandlung`

Der Status, ambulante Behandlung erhalten zu haben, wurde zugeschrieben, wenn mehr als 3 Kontakte mit der Forensischen Institutsambulanz vorgelegen hatten.

16.6.1.6.4 Aufkommen an Therapiekontakten im Rahmen des ambulanten Behandlungsangebotes

Tab. 3: Therapeutische Kontakte im Rahmen des ambulanten Behandlungsangebotes

Therapeutische Kontakte im Rahmen des ambulanten Therapieangebotes		
Therapeutische Kontakte	**Anzahl (n)**	**Anteil (%)**
Einzelkontakte	27	22 %
Mehrere Sitzungen (n > 3)	25	20 %
Regelmäßige Psychotherapie	39	32 %
Psychiatrische Betreuung	14	11 %
Kombinationen (Psychotherapie & psychiatrische Betreuung)	18	15 %
Gesamt	*123*	*100 %*

Bezugsgruppe: Gesamtzahl erfaßter forensischer ambulanter Patienten: n_a=123 (11 weibliche, 112 männliche); Erhebungszeitraum:01.04.92 bis 01.04.94;
Datenmaterial der Forensischen Nachsorgeambulanz Wien mit freundlicher Genehmigung der Leitung dieser Ambulanz: bis 1995 Berner, nachfolgend Knecht.

22 % der *Wiener* Ambulanzpatienten hatten in dem erfaßten Zweijahreszeitraum nur ein- bis zweimal und dabei jeweils höchsten 50 Minuten mit einem der Therapeuten der Ambulanz Kontakt. Diese Kontakte waren im Rahmen von Kriseninterventionen erfolgt und /oder hatten der diagnostischen Abklärung der Überprüfung einer Behandlungsindikation und fallweise, wie bspw. im Falle von Drogenpatienten, einer Weitervermittlung an eine andere, geeignete, komplementäre Behandlungsinstitution, gedient.
20 % der Ambulanzpatienten hatten mehrere, definiert als n>3, psychotherapeutische Sitzungen absolviert, ohne, daß es zu einer kontinuierlichen Therapie gekommen war. Die Ursachen dafür wurden einesteils in Motivationsproblemen gesehen und andernteils für einen bestimmten Patientenanteil unregelmäßige Kontakte als durchaus ausreichend gehalten *(retrospektive Einschätzung in persönlicher Stellungnahmen Berner, vormaliger Leiter der forensischen Nachsorgeambulanz Wien).*
Immerhin hatte ein Drittel der Ambulanzpatienten regelmäßige psychotherapeutische Sitzungen von je 50 Minuten in Anspruch genommen mit einer Frequenz von häufig ein- oder zweimal pro Woche, seltener zweimal monatlich. Die, zweimal wöchentlich stattfindenden, offenen Sprechzeiten wurden im Schnitt jeweils von 5 bis 6 forensischen Patienten wahrgenommen (gewichtetes Mittel der, über die jeweiligen Quartalsverläufe der ersten beiden Jahre seit Bestehen der Ambulanz 01.04.92-01.04.94, ermittelten Patientenkontakte). *(Quelle: unveröffentl. Arbeitspapier der Forensischen Fachambulanz Wien 1996).*

16.6.2 Strukturvorgaben, strukturelle und konzeptionelle behandlungsbezogene Besonderheiten

Die Umsetzung dieser Form der ambulanten Behandlung psychisch kranker Delinquenten wurde vom österreichischen Bundesministerium für Justiz für diese Nachsorgeambulanz durch eine Werkvertragslösung über eine Beschäftigung von Therapeuten auf Honorarbasis mit einer vorab bestimmten jährlichen Maximalstundenzahl sichergestellt.
Diese Art der Strukturvorgabe war konzeptionell so intendiert: Über diesen Modus gelang es die Flexibilität der Ambulanz gegenüber anderen forensischen Nachbetreuungseinrichtungen traditioneller Art deutlich zu erhöhen.

16.6.2.1 Personale Struktur - multiprofessional, flexibel einsetzbar, qualifiziert

16.6.2.1.1 Personalbestand und Betreuerschlüssel

Der Personalschlüssel gestaltete sich mit einer Relation zum Betreuerbestand: Patient von 1: 3. 1997 blieben von 94 Kontakten mit der FRANZ 78 Personen als Ambulanzpatienten. Bei einem Bestand an n_{aw}=60 Ambulanzpatienten 1996 und n_{aw}=78 im Jahre 1997 arbeiteten in der Nachbetreuungsambulanz:

Psychiater:	1996 03, seit 1997 05 Psychiater
Psychologen:	1996 08, seit 1997 12 Psychologen bzw. psychologische Psychotherapeuten
Bewährungshelfer:	seit Beginn: 45-50 mit auch sozialarbeiterischen Aufgaben
Krankenpflegepersonal:	1 (1996) bzw. 2 (1997) Psychiatrieschwestern.

Trotz steigender Patientenzahlen mußten 1998 Streichungen zum Personal kompensiert und Begrenzungen finanzieller Mittel hingenommen werden.

Im Jahre 2000 bestand die Personalstruktur zu inzwischen bereits 104 Ambulanzpatienten jährlich aus:

Psychiater:	04 Fachärzte für Psychiatrie rekrutiert über angebundene Kliniken,
Psychologen:	12 Psychotherapeuten mit einschlägiger forensischer Erfahrung
Beschäftigungsmodus der Behandler:	Werkvertragslösungen auf Honorarkräftebasis 05 Stellen für Leitung
Bewährungshelfer:	aktuell 45, die sozialarbeiterische Aufgaben mit übernehmen
Krankenpflegepersonal:	1 diplomierte Krankenschwester zu inzw. 13 Wochenstunden.

16.6.2.2 Qualifiziertheit der Betreuer

Vorausgesetzt wird, daß alle, an die Ambulanz angebundenen Therapeuten einheitlich sowohl über eine fundierte therapeutische Ausbildungen und umfassende, allerdings meist im stationären Rahmen erworbene, klinische Erfahrung in der forensisch psychiatrischen Behandlung und im Umgang mit psychisch kranken Straftätern, verfügen. Das letztgenannte Kriterium erfüllen als Qualifikationsnachweis die meisten der Mitarbeiter über vorausgegangene Tätigkeiten in Justizanstalten oder der Bewährungshilfe.

16.6.2.3 Flexibilität über Honorarkräftelösung mit Werkvertrag

Die meisten der Therapeuten und Sozialarbeiter sind eher wenige Stunden pro Woche und nebenberuflich in der Nachbetreuungsambulanz tätig, wodurch sich die relativ große Zahl an Mitarbeitern im Kontext der psychosozialen Betreuung erklärt. Der Sinn und gewünschte Effekt dieser Regelung lag darin, externe Therapeuten nicht ausschließlich mit forensischen Patienten zu belasten und auf diesem Wege besser motivieren und halten zu können, forensische Patienten, ggfls. auch nur vereinzelt, zu übernehmen.

16.6.2.4 Patientenorientierte Ambulanzzeiten

Die Ambulanzzeiten sind so gelegt, daß sie von berufstätigen Patienten wahrgenommen werden können. Das Ambulanzangebot gilt durchgängig unabhängig von Feiertagen. Aktuell liegen die Kernzeiten zur Mitte der Werktagswoche / Mittwoch und am Wochenende/ Samstag mit je 4 Stunden von 16h bis 20h.

16.6.2.5 Notfallregelungen

Die Installation eines Notdienstes wird herausgestellt. Aus Kostengründen gibt es noch keinen eigenständigen Krisenservice mit Rund-um-die-Uhr-Betreuung. Sichergestellt ist die telefonische Platzierbarkeit und Vermittlung von Informationen für den Patienten und die telefonische Erreichbarkeit und Vernetzung der Therapeuten untereinander. Für akute psychiatrische Notfälle können auch die Ambulanzen der psychiatrischen Kliniken genutzt werden.

16.6.2.6 Behandlungsbezogenes Konzept und therapeutischer Ansatz

Die Nachsorgeambulanz wurde für eine Klientele geschaffen, für welche in der bestehenden gemeindenahen psychiatrischen Versorgung für *Wien* bis dahin kein Angebot bestand.
Schwerpunkte des Ambulanzkonzeptes liegen

- auf der Kontinuität der Betreuung
- der Vernetzung bestehender Einrichtungen für Straffällige
  (wie Caritas, Männerberatungsstellen, BWA, Obdachlosenheime, Therapeutische Wohngemeinschaften etc.).
- der Pflege und dem Erhalt personeller Ressourcen und
- dem Ausbau qualitätssichernder Maßnahmen mit umfangreicher Basisdokumentation.

16.6.2.7 Spezifika zu Behandlungsstrukturen und therapeutischem Zu- und Umgang der Forensischen Institutsambulanz

16.6.2.7.1 Schwerpunkte des Behandlungskonzeptes beispielhaft der Sexualstraftäterambulanz

Der, den Ansatz der Ambulanzarbeit prägende, Behandlungsgedanke verfolgt die Integration emanzipatorisch angelegter Therapieziele und andernteils die Erfordernis, gegenüber der, überwiegend als Risikopatienten eingestuften, Klientele auch kontrollierend tätig werden zu können. Grundsätzlich determinieren das behandlungsbezogene Konzept der Ambulanz folgende zentrale Zu- und Umgangsformen:
Bedeutung von personaler Konstanz und Beziehungsarbeit in der professionalen Betreuung*:*
Unter Berücksichtigung der Relevanz des Beziehungsaspektes in der Betreuung des Patienten wird auf möglichst personale Konstanz des betreuenden Personals Wert gelegt.
Frühzeitige Initiation der Kontakte:
Der Übergang in die ambulante Behandlung wird frühzeitig geplant, noch während des stationären Aufenthaltes der Kontakt zum später Weiterbehandelnden initiiert und unter optimalen Bedingungen bereits konsolidiert.

Sukzessive Überführung mit gestuftem Anforderungsprofil:
Das Absolvieren einer Übergangsphase, die in ihrem Anforderungsprofil abgestuft gestaltet ist und sich am individuellen, gesundheitlichen und emotionalen Befinden, kognitiven Status und psychischem Entwicklungs- und Fähigkeitsniveau des Patienten orientiert, ist im Falle der Überführung aus dem stationären Rahmen inzwischen zwingend einer ambulanten Behandlung vorgeschaltet. [19]

Psychosepatienten:
Die Erfahrungen dieser Einrichtung zeigten, daß aus der Gruppe ambulanter Patienten unter einer kombinierten Therapie mit psychiatrischer Behandlung und Psychotherapie i.d.R. psychosekranke Patienten die günstigsten Behandlungsverläufe und die geringste Rückfallrate auswiesen.

Persönlichkeitsstörungen:
Die, die Klientele der Ambulanz bestimmende, Diagnosegruppe gestalteten Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung (46%) entweder als Hauptdiagnose oder in Verbindung mit einer anderen psychischen Erkrankungsform sowie solche Personen deren Einweisungsdelikte primär unter einer Psychoseerkrankung und dabei überwiegend im Kontext einer schizophrenen Grunderkrankung, begangen worden waren.

Erfordernis um Flexibilität und Anpassungsfähigkeit zum therapeutischen Handeln im Setting für komorbide Störungsbilder
Auch hier wurde eine Notwendigkeit zur *Modifikation therapeutischen Handelns* aufgrund der Mehrfachstörungen der Patienten herausgestellt.

Komplexe resp. komorbide Störungsbilder und Integration von Suchterkrankungen:
Zu gut der Hälfte aller Ambulanzpatienten war eine zusätzliche Suchtproblematik bekannt. Die Befunde bestätigten die, bereits in der deutschen Erhebung thematisierte, Erfordernis, daß im Hinblick auf die Ausgestaltung eines adäquaten Behandlungsprogrammes forensischer Straftäter das gehäufte Vorkommen komplexer Störungsbilder bei dieser Klientele zu berücksichtigen und, sofern eine solche als zusätzliche Problematik vorliegt, die Integration einer Suchtproblematik in die Behandlung zu kalkulieren sind.

Aus Regel- und Maßnahmenvollzug gemischtes Patientengut:
Der aus ökonomischen Gründen begründete Umstand einer, aus dem Regel- und Maßnahmenvollzug gemischten Klientele wurde unter klinisch behandlungsbezogenen Gesichtspunkten in keinem Falle negativ assoziiert.

Akzeptanz bei bestimmten Strukturvorgaben:
Insgesamt gesehen und v. a. auch vor dem Hintergrund der geringen Abbruchraten scheint dieses Konzept eine patientengerechte und benutzerfreundliche Form des ambulanten Betriebes gefunden zu haben.

16.6.2.7.2 Flexibilität und Anpassungsfähigkeit im therapeutischen Handeln für komorbide Störungsbilder

Hervorzuheben ist die Notwendigkeit der Modifikation therapeutischen Handelns aufgrund der Mehrfachstörungen der Patienten.

16.6.2.7.3 Charakteristische Um- und Zugangsformen im therapeutischen Kontakt

Angeboten werden psychodynamische - tiefenpsychologische Einzelpsychotherapieen in einer Frequenz von 1-2 Wochenstunden, wobei je nach psychischem Niveau zusätzlich ichstützende oder übende Elemente in die Therapie einfließen und Kontrollfunktionen und Disziplinierungsmaßnahmen einer, i.d.R. nachgehenden, Betreuung von Mitarbeitern, der Krankenschwester oder Ärzten im Team, übernommen werden.
Auf der Beziehungsebene Patient-Therapeut wird besonderes Augenmerk auf Übertragungs- und Gegenübertragungsanalyse gelegt.

- **Flexible Settings mit qualitativ und quantitativ divers adaptierbaren Möglichkeiten zur Gestaltung von Therapiekontakten**

Regelmäßig finden, zweimal in der Woche zu je 4 Stunden, Patientensprechzeiten statt, wobei ein Psychiater mit psychotherapeutischer Ausbildung zum Erstkontakt und für Kriseninterventionen zur Verfügung steht. Um dieses Angebot nutzen zu können, ist für die Patienten keine Voranmeldung nötig. Daneben werden über die gesamte Woche reguläre Therapiestunden angeboten. Dementsprechend können seitens der forensischen Patienten auch regelmäßig separate Therapiestunden vereinbart werden.

- **Multimethodale Angebotsstruktur**

Das Ambulanzkonzept impliziert ein möglichst vielfältiges, breit und multimethodal ausgerichtetes Therapieangebot. Entsprechend weist die Angebotsstruktur verschiedene psychotherapeutische Methoden, wie Psychoanalyse, Gestalt- und Gesprächstherapie, Verhaltenstherapie und kognitive, Einzel- und Gruppentherapie sowie im Bedarfsfall außerdem paar- und familientherapeutische Angebote - aus – ggfls. auch nebeneinander. Konstante reguläre und offen adressierte Sprechzeiten bieten den psychisch kranken Delinquenten überdauernd und aktuell Möglichkeiten der Orientierung, fachkundigen Beratung und Behandlung durch Experten.

[19] Die bedeutsame Relevanz der Aspekte personaler Konstanz und einer fein abgestuften Übergangsphasen im Hinblick auf einen erfolgreichen ambulanten Behandlungsverlauf, wurden als spezielle und wesentliche Ansätze in der ambulanten Therapie psychisch kranker Straftäter bereits durchgängig seitens der deutschen Einrichtungen mit Erfahrung in ambulanter Behandlung psychisch kranker Straftäter, herausgestellt.

- **Weitere Spezifika im therapeutischen Zu- und Umgang**

Daneben fanden sich konzeptionell folgende weitere Spezifika im therapeutischen Zugang und Umgang mit der forensischen Klientele:

Betreuung als Fürsorge und Kontrolle: In der Konzeption und Durchführung der Ambulanzarbeit wird bewußt den Prinzipien der Behandlung, Sorge und Fürsorge um den Patienten einesteils und Aspekten zur Gewährung der Sicherheit der Allgemeinheit, Rechnung zu tragen.

Patientenorientierung: Insgesamt ist die Konzeption dieses Ambulanzmodelles in seinen Behandlungs- und Angebotsstrukturen patientenorientiert ausgelegt.

Zeitlich stimmige Terminvereinbarungen: Im Hinblick auf die Terminvereinbarungen wird versucht, zeitlich den Bedürfnissen der Klientel entgegenzukommen, u. a. auch, um Resozialisierungsbemühungen nicht zu gefährden und die Motivation der Patienten nicht über das Nötige hinaus zu belasten.

Motivationsarbeit: Einen zentralen und methodenübergreifend eingebrachten Schwerpunkt bilden Therapieinhalte, die abzielen auf die Motivation der Patienten im Hinblick auf die Bewältigung alltagsbezogener Probleme und Schwierigkeiten sowie andernteils die Aufrechterhaltung des therapeutischen Kontaktes.

Nachgehende Betreuung: Nachdem hinsichtlich der Arbeit mit dieser Klientele Risiken kalkuliert werden müssen, wurde die Erfordernis einer nötigenfalls auch nachgehenden Betreuung konzeptionell berücksichtigt. So sind die behandelnden Therapeuten verpflichtet, nach zwei ausgebliebenen Stunden mit dem Patienten aktiv Kontakt aufzunehmen und falls dies nicht möglich sein sollte, den Bewährungshelfer darüber zu informieren bzw. entsprechend einzusetzen.

Geregelter Informationsaustausch aller, an der ambulanten Behandlung Beteiligten: Die Bedeutung eines möglichst geregelten und in den wesentlichen Punkten lückenlosen Informationstransfers zwischen allen, an der Behandlung Beteiligten, wurde als wichtiges Element und eigenständiges Instrument zum Zwecke einer adäquaten Behandlungsführung, gewertet.

Regelmäßige multiprofessionale Teambesprechungen und gesicherte Mitarbeitersupervisionen: Einmal wöchentlich findet eine -multiprofessionelle- Teamsitzung statt, in deren Rahmen Informationen - v. a. zu den neu betreuten Patienten- ausgetauscht und zu jedem Patienten der individuelle Behandlungsplan entwickelt bzw. überprüft und falls nötig modifiziert wird. Die Psychotherapeuten unterstehen der Koordination und Supervision durch den Ambulanzleiter[20], ansonsten arbeiten die Therapeuten weitestgehend selbständig.

Personale Konstanz: In diesem Ambulanzkonzept auch besonders hervorgehoben wird die Bedeutung der personalen Kontinuität in der ambulanten Behandlung. So wird auch darauf geachtet, daß der personenbezogene Kontakt zum nachsorgenden Therapeuten / Betreuer möglichst bereits vor der Entlassung der Patienten initiiert und entwickelt wird.

Direkte Versorgung ohne Warteliste: Aufgrund einer flexiblen Angebotsstruktur ist es dem forensischen Patienten möglich therapeutische Hilfe ohne Wartezeiten und dann wahrnehmen zu können, wenn er diese aktuell benötigt. Maximale Wartezeiten seit Bestehen lagen bei optimalem Personalstand im Herbst 1998 bei 14 Tagen und bei reduziertem Personalstand Dez. 2000 und einer jedoch erhöhten Anzahl an zu vermittelnde Patienten, bei 2 Monaten.

Strukturelle Flexibilität: Als zentraler und unabdingbarer Wirkfaktor im Rahmen eines spezifischen Zuganges in der Behandlung forensischer Klientele hat sich der Aspekt der strukturellen Flexibilität bewährt, welcher in diesem Ambulanzkonzept gezielt implementiert und in der Praxis weitestgehend realisiert werden konnte.

Chance zur Wiederaufnahme der Behandlung für Therapieabbrecher: Für Therapieabbrecher und Wiedereinsteiger besteht potentiell jederzeit die Möglichkeit zur Wiederaufnahme der Behandlung.

Möglichkeit zu spontanen Kontaktaufnahme für Akut- und Kriseninterventionen: Zu Akut- und Kriseninterventionen bestehen strukturell dezidierte Möglichkeiten zur spontanen Kontaktaufnahme seitens des Patienten und außerdem nachgehende Modelle zur Akutintervention seitens des Therapeuten.

16.6.2.8 Hohe Akzeptanz des Angebotes und dahingehende Indikatoren

Die Akzeptanz des Angebotes der Ambulanz war und ist seitens der Patienten hoch.

16.6.2.8.1 Niedrige Ausfallfrequenzen - Sinkende Ausfallfrequenz bei steigenden Patientenkontakten

In den Leistungen und Ergebnissen der Forensischen Ambulanz können als markante Zahlen aus den Jahresberichten 1997-Herbst 2001 v. a. stetig steigende Patientenkontakte und die sinkende Ausfallfrequenz hervorgehoben werden. Es ergaben sich bislang bemerkenswert niedrige Ausfallfrequenzen an, seitens der Patienten nicht eingehalten, Kontakten: zum Zeitraum 01.04.1992-31.12.1995 eine durchschnittliche Ausfallrate von 14.5% (min. 11%, max. 17%), für die Folgejahre bis Sept. 1998 15% und für die nächsten zwei Jahren bis Sept. 2001 ein Durchschnittswert von 11%.

[20] Letzteres wird in der Ambulanzbesprechung durchgeführt.

16.6.2.8.2 Hoher Freiwilligenanteil

Auffallend ist außerdem der hohe Anteil an Patienten die eine Behandlung in diesem Setting freiwillig suchen und durchstehen. Zum o. g. Zeitraum der ersten 2 Jahre seit ihrem Bestehen nutzte diese ambulante Einrichtung fast die Hälfte ihrer Patienten auf einer freiwilligen Basis.

16.6.2.8.3 Hohe Anzahl Behandlungswilliger bei außerdem steigender Nachfrage

Die Zahl der Behandlungswilligen ist sehr hoch: Seit dem Bestand der Ambulanz bestätigte sich dies. Anfragen von Behandlungswilligen stiegen progredient. Um ihren Grundauftrag zur Versorgung von Patienten mit Therapieweisung (MRVZ-Patienten und solche des Regelvollzuges) abdecken zu können, mußte die Ambulanz in den letzten beiden Jahren die Aufnahme an ´freiwilligen` Bewerbern (ohne determinierende gerichtliche Weisung) drastisch reduzieren. Die Anzahl der Anfragen freiwilliger Patienten, bemaßen sich seither konstant auf ca. 50 % des jeweils aktuellen Bestandes der Dauerpatienten der Ambulanz. Mit der erfolgreichen Etablierung und gezielten, fachgerechten Aufklärung zum Ambulanzkonzept einher gingen ein wachsendes Vertrauen in deren Leistungen, womit damit auch die Anzahl der gerichtlichen Zuweisungen.

16.7 Zusammenfassende Bewertung, Ausblick, weitere Entwicklungen zu den versorgungsbezogenen Strukturen

Auch zur österreichischen Situation der Versorgung psychisch kranker Rechtsbrecher ergab sich ein eklatantes Defizit zur ambulanten Nachsorge und Behandlung psychisch kranker Straftäter: Bei einem überwiegenden Anteil der therapiebezogen involvierten Klinken fanden sich keine Behandlungsstrukturen, die speziell die Versorgung forensische psychiatrischer Patienten nach der Entlassung sicherstellten. Die Bereitschaft der, im Rahmen der stationären Therapie dieser Patienten involvierten Personen, strukturelle Veränderungen zu initiieren, war, wie auch in Deutschland, gering, obschon deutlich ein entsprechender Bedarf vorlag.

16.7.1 Versorgungssituation

Die defizitäre Versorgungssituation gestaltete sich umso problematischer, nachdem der Bestand an psychisch kranken Straftätern mit Behandlungsauflagen 1990–´94 progredient und zum Zeitraum bis 1997 kontinuierlich, gewachsen war. - Seither blieb das erreichte Niveau etwa konstant. Die ´Belegzahlen` an forensisch psychiatrischen Patienten in den MRVZ-Kliniken waren bis zum Jahre 1997 gestiegen. Seither besteht bzgl. der Standzahlen ein Gleichgewicht. Dieser Stand ergab sich trotz eines immer noch gleichen Zustromes in die Forensische Psychiatrie, dadurch, daß Entlassungen auch weiter etwas stiegen. Der bezeichnete Andrang in die Forensische Psychiatrie wird von Fachexperten kritisch primär in dem Versagen der Allgemeinpsychiatrie für die Versorgung forensischer Patienten begründet. Aktuell bremsen die einweisenden Gerichte hinsichtlich der Zuweisungen in die Forensische Psychiatrie bzw. steuern eher dagegen.

16.7.2 Bedarf und Neuschaffung forensischer Nachsorgeeinrichtungen

Der Bedarf an forensischer Nachsorge gestaltete sich unausweichlich und insg. zunehmend dringlicher. Die prospektive forensische Nachsorge war im Hinblick auf diese Dimensionen hin zu kalkulieren. Vor dem Hintergrund des drängenden Versorgungsbedarfes und der Überlastung der Fachforensischen Institutsambulanz *Wien* wurden, resultierend aus den positiven Erfahrungen zu eben dieser Fachambulanz und in dem Versuch die Ver- und Nachsorge psychiatrischer forensischer Patienten adäquater zu gestalten und auf dezentrale Beine zu stellen, in jüngerer Zeit drei entsprechend konzipierte, jedoch kleinere, ´Tochterambulatorien` in *Graz, Innsbruck und Linz* ausschließlich für psychiatrische forensische Patienten geplant und, getragen und finanziert über das Bundesjustizministerium, inzwischen auch installiert *(Graz 1998, Innsbruck 1999, Linz 1999).* Bei einem Versorgungsgebiet, das etwa einem Fünftel des, der *Wiener* Fachambulanz entspricht, sollen diese eigenständigen, klinikunabhängigen Ambulatorien entsprechend dem Konzept der großen *Wiener* Nachsorgeambulanz und mit der gesamten Behandlungspalette, prospektiv etwa 15-20 forensische Psychiatriepatienten ambulant betreuen. Als quasi kleine Tochter der *Wiener* Filiale entstand in Graz im Frühjahr 98 eine neue kleine Forensische Nachsorgeambulanz mit derzeit etwa 8 forensische Patienten und primär v. a. der Funktion, die neu entlassenen forensischen Patienten dieses Einzugsgebietes aufzufangen. Entsprechende, ebenfalls eigenständige, Ambulatorien wurden inzwischen außerdem zu *Innsbruck (1999 unter Leitung OA Prunlechner-Neumann)* und *Linz (1999)* aus deren jeweiligen Universitätskliniken heraus gebildet. Diese betreuten über die Zeit hinweg zum Stand Juli 2001 4-15 Patienten *(lt. Angaben des österreichischen Justizministeriums, Amtsdirektor Kahl).*
In Österreich ist der MRVZ, entgegen der Situation in Deutschland, im Zuständigkeitsbereich der Justiz angesiedelt. Im Hinblick auf die Zuständigkeit für forensisch psychiatrische Patienten scheint diese landesspezifische Strukturvorgabe zur Versorgungssituation dem Engagement der allgemeinpsychiatrischen Einrichtungen nicht zuträglich zu sein bzw. selbiges oftmals geradezu zu mindern und auch bei den Allgemeinpsychiatern ´eine emotionale Distanz` zu begünstigen. Eine vernetzte Versorgung im gemeindenahen Verbund würde sich auch aus diesem Grunde problematisch gestalten.

16.7.3 Zusammenfassende Bewertung zur Institutsambulanz Wien

Unter den angetroffenen defizitären Gegebenheiten in der forensischen Nachsorge und ambulanten Versorgung imponierte die Existenz eines regionalen, zentral organisierten, inzwischen konsolidierten, ambulanten forensisch therapeutischen Versorgungs- und Nachsorgeangebotes in Ausgestaltung einer, alternativen und speziell auf die Bedürfnisse des forensischen Klientele ausgerichteten Forensischen Nachsorgeambulanz. Die, seit Frühjahr ´92 betriebene, Einrichtung beeindruckte durch ihre Konzeption, die dem spezifischen Bedarf forensischer Patienten gezielt in entsprechenden strukturellen und behandlungsbezogenen Besonderheiten Rechnung trug und eine entsprechend ausgerichtete Grundlagenstruktur, Ablauf- und Mitarbeiterorganisation sowie Finanzierungsform mit einem speziellen behandlungsbezogenen konzeptionellen Ansatz realisierte. Allein die geringe Ausfall- und andernteils hohe Freiwilligenrate lassen eine hohe Akzeptanz der forensischen Klientele und die wachsende Nachfrage einen hohen Bedarf [21] annehmen.

16.7.3.1 Sinkende Ausfallfrequenz bei steigenden Patientenkontakten

Eine niedrige Ausfallrate läßt annehmen, daß eine patientengerechte Form eines ambulanten Behandlungskonzeptes gefunden wurde. Sinkende Ausfallfrequenz bei stetig steigenden Patientenkontakten imponierte hier als Leistungen und Ergebnisse der Forensischen Ambulanz. Sie sind in markanten Zahlen aus den Jahresberichten zu 1997 bis Herbst 2001 belegt.
Abweichend zu der, in der deutschen Untersuchung repräsentierten, ambulanten forensisch psychiatrischen Klientele, setzte sich die der *Nachsorgeambulanz Wien* - etwa hälftig - zusammen aus jeweils einem Anteil vormaliger MRVZ-Patienten einerseits und psychisch kranker Straftäter aus dem regulären Strafvollzug andererseits.

16.7.3.2 Berücksichtigen personenbezogener Merkmale und Strukturen der Klientele, Anpassungsfähigkeit der Behandlung /im therapeutischen Handeln für komorbide Störungsbilder

Hervorzuheben ist weiter die Notwendigkeit der Modifikation therapeutischen Handelns aufgrund der Mehrfachstörungen der Patienten. Das spezifische forensische Behandlungskonzept der Ambulanz umfaßte folgende Schwerpunkte: Neben einer sog. ´Komm-orientierten`-Angebotstruktur, die dem Patienten Eigeninitiative zur Aufnahme des therapeutischen Kontaktes abverlangt und regulären Therapieangeboten in der Ablauforganisation und Angebotsstruktur der Ambulanz, werden auch der Notwendigkeit offener und flexibler therapeutischer Kontakte ohne Wartelisten oder Anmeldungszwang, der Krisenintervention und Wiederaufnahme der Therapie für Wiedereinsteiger sowie dem Patienten nachgehende Betreuungsleistungen in entsprechenden Strukturen und adäquate Angebotsmöglichkeiten Rechnung getragen. Die, dazu erforderlichen, zeitlich und inhaltlich flexiblen, Behandlungsangebote sind trotz breit angelegter, therapeutischer Angebotsstruktur eingebunden in einer schlanken und aufgabenorientierten Ablauforganisation. Dieser progressive Ansatz zur Organisation einer solchen Ambulanz entspricht als flexible Matrixorganisation mit Werkvertrags- und Honorarkräftelösung zusammen mit einer, an den speziellen Bedarf der forensischen Klientele angepaßten, Organisationsform und der dazugehörigen, spezifischen, bedarfsbezogenen Angebotsstruktur, dem aktuellen Trend im allgemeinen Sozialmanagement nach ökonomischer Effizienz. Mit einer solchen Organisationsform gestalteten sich die Angebotsleistungen der Einrichtung qualitativ und quantitativ flexibel und als, der jeweils individuellen Anforderungssituation, Bedarfslage und therapeutischen Indikation entsprechend, angemessen realisierbar.

16.7.4 Ausblick - Prospektive Wünsche und Kritik

Die Ambulanzzeiten sollten ausgeweitet werden. Das Ambulanzangebot sollte durchgängig über die Woche hinweg bestehen und auch eines 24h Notdienstes abdecken. Zur Absicherung qualifizierter personaler Betreuung sollten bessere Finanzierungsmöglichkeiten bereitgestellt werden. Dringend erforderlich ist die Absicherung des Personals zu Sozialversicherung und den anderen sozial- und arbeitsrechtlich üblichen personalen Absicherungen. Extra- bzw. Zusatzaufwendungen der Betreuer und Behandler Therapeuten wie Qualitätssicherung, Vernetzung der in die Behandlung Involvierten, Angehörigenarbeit, formale Arbeiten, Supervisionen sollten extra honoriert werden. Die angemessene Honorierung der Leistung wird auch unter der Prämisse gefordert, so die strapazierte Kooperation und Motiviertheit der Mitarbeiter zu unterstützen sowie die Sicherheit dahingehend, daß solche erforderlichen Leistungen auch tatsächlich er- und eingebracht werden. Die Erfahrungen belegten:

- Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen kontinuierlicher und überdauernder ambulanter professionaler Begleitung und günstiger Sozial- und Legalprognose.
- Eine überdauernde und lange ambulante Betreuung geht mit den geringsten Rückfallzahlen einher.
- Umso kontinuierlicher die Behandlung über die forensische Spezialambulanz, desto weniger müssen andere Einrichtungen zu Leistungen bemüht werden.

Allein vor dem Hintergrund diese Ergebnisse würden sich die Investitionen auszahlen.
Unter Bezugnahme darauf folgerten die Vertreter der *Forensischen Institutsambulanz Wien*:

[21] Ähnlich der Abbruchquote der *Tagklinik Utrecht (NL)* nach durchlaufener Anfangsphase und vollzogenen Optimierungs- und Anpassungsmaßnahmen an den realen Bedarf der Klientele.

Wenn immer es fachlich zu vertreten sei, ist einer stationären Unterbringung oder Haft die ambulante Therapie mit Unterstützung durch gerichtliche Weisungen vorzuziehen.
Zur Steigerung der Effizienz seien prospektiv weiterführend Konzepte zu erstellen, welche Störungen ambulant behandelbar wären und womit welche Störungen ambulant behandelt werden können und mit welchen bereitstehenden Ressourcen derartige Ambulanzen ausgestattet werden sollen.
Doch wird kritisch angemerkt, daß *„im derartigen politisch-ideologischen Klima Österreichs derartige Überlegungen eher wenig furchtbaren Boden finden“. (Morawitz: Zit. Herbsttagung 12.10.2000 München).*
Die bestehende Wiener Nachbetreuungsambulanz stößt aktuell zeitlich und personell immer mehr an die Grenzen ihrer Betreuungskapazität.
Das, für forensische Patienten bestehende, ambulante Versorgungssystem wurde von den meisten der erhobenen österreichischen psychiatrischen Kliniken als nicht ausreichend erlebt. Es offenbarte sich, daß vom überwiegenden Teil der Institutionen keinerlei Bereitschaft bestand, entsprechend veränderungswirksam tätig zu werden.
Die aufgezeigten Entwicklungen wurden bis Stand Sommer 2001 verfolgt.
Zu 2001 zeigten sich im Vergleich zu den Jahren 1997 bis 1999 kontinuierliche Steigerungen zu Gesamt-, Therapie-, Ambulanz- und Teamstunden und der Zahl der Patientenkontakte, die Zahl der Erstkontakte ist nach einer Spitze und einem Abfall 1998 und 1999 wieder angestiegen. Die Ausfallfrequenz lag zwischen 10 % – 13 %.
Über den Jahresbericht 2001 ergaben sich eine Gesamtstundenanzahl von 3161, 2456 Therapiestunden, 705 Ambulanz- und Teamstunden, 3251 Patientenkontakte, 55 Erstkontakte und eine Drop-out-Rate 12.4 %.

17 Teilstationäre Behandlung als Alternative zum stationären Vollzug 17-196
17.1 Strukturpolitischer Hintergrund zum Umgang mit psychisch kranken Straftätern in den Niederlanden (NL) 17-196
17.2 Spezifische Aspekte des MRVZ in den NL 17-197
17.3 Diagnostik und Begutachtung forensisch psychiatrischer Patienten 17-197
17.4 Modus einer tagklinischen, teilstationären Unterbringung und therapeutischen Behandlung psychisch kranker Rechtsbrecher - dargestellt am Beispiel der niederländischen Tagklinik De Waag Utrecht 17-198
17.4.1 Hinführung 17-198
17.4.2 Rekrutierung der Daten 17-198
17.4.3 Operationalisierung zum Begriffsverständnis ´Forensische Tagklinik` 17-198
17.4.4 Potentieller Bedarf für eine derart konzipierte Einrichtung in Deutschland 17-198
17.4.5 Besonderheiten zur konstitutiven Entwicklung 17-199
17.4.6 Klinisches Behandlungskonzept 17-199
17.4.7 Bisherige Entwicklungen dieser Einrichtung 17-199
17.4.8 Behandlungskonzept und therapeutische Richtlinien – Programmelemente und bevorzugte Therapiemodi 17-199
17.4.8.1 Zeitrahmen und Abschnitte der tagklinischen Behandlung 17-199
17.4.8.2 Zentrale – therapeutische - Programmkomponenten 17-200
17.4.8.3 Strukturierte, in sich abgestufte, ziel- und hypothesengeleitete Therapieplanung 17-201
17.4.9 Procedere zur Nachsorge 17-201
17.4.10 Modi und Grundlagen der Einweisung 17-201
17.4.11 Katamneseergebnisse einer vergleichenden Follow-Up-Untersuchung 17-202
17.4.11.1 Erhebungsmodus und Stichprobe 17-202
17.4.11.2 Interdependenzen zu strukturpolitischen Prozessen 17-202
17.4.11.3 Personenmerkmale der tagklinischen Patienten - Alter, Herkunft, Geschlecht, Diagnosen, Einweisungsdelikte 17-202
17.4.11.4 Anteiliger Bestand an Ersttätern und Wiedereinweisungen 17-202
17.4.11.5 Vorausgegangene Behandlungen 17-202
17.4.11.6 Psychopathologisches Niveau 17-202
17.4.11.7 Kennzeichnende Personenmerkmale zur Gruppe der Therapieabbrecher versus der der –beender 17-202
17.4.11.8 Rückfälligkeit 17-203
17.4.11.8.1 Gegenüberstellung der Rückfallquoten aus der Gruppe der Therapiebeender versus der - abbrecher 17-203
17.4.11.8.2 Über offizielle Statistiken ausgewiesene Rückfallquoten ohne eine solche Form der Behandlung 17-204
17.4.11.9 Straftaten, deren Aufkommen und Ausformung, festgesetzte Strafen und Strafbemessung für Patienten nach abgeschlossener tagklinischer Behandlung 17-204
17.4.11.9.1 Straftaten und Strafbemessung 17-204
17.4.11.9.2 Ausformung der Straftaten 17-205
17.4.11.10 Posttreatmentresultate 17-205
17.4.12 Zusammenfassende Darstellung, Diskussion und Bewertung der Befunde 17-205

17 Teilstationäre Behandlung als Alternative zum stationären Vollzug

17.1 Strukturpolitischer Hintergrund zum Umgang mit psychisch kranken Straftätern in den Niederlanden (NL)

Die Niederlande sehen sich seit Anfang der neunziger Jahre mit einem dramatischen Anstieg von, als ´TBS-Patienten` eingestuften und zu behandelnden, psychisch kranker Straftätern, konfrontiert. ´TBS` entspricht dem deutschen MRVZ. 2000 lag der Bestand an, unter TBS geführten Patienten *(die neuere Klinik in Venray eingeschlossen)*, bei 1050–1100. Daneben ist die Gesamtzahl der strafrechtlich untergebrachten Straftäter nach einem weitestgehend konstanten Anteil über den Zeitraum der 70er und 80er Jahre, in den letzten 8 Jahren auf inzwischen etwas mehr als 12000 gestiegen. Eklatante Überbelegungen der TBS-Kliniken und zu lange Verweildauern der, dort untergebrachten, Patienten sowie ein hoher Bestand an psychisch kranken Gefängnisinsassen, führten in den NL und dies intensiviert seit 1992/ `93, dazu, alternative Behandlungsstrukturen für diese Klientele psychisch kranker Straftäter, zu erschließen. Die Umsetzung der geplanten Innovationen in die Praxis wurden dabei begünstigt von einem, im Verhältnis zu den deutschen Gegebenheiten generell behandlungsfreundlicheren, Verständnis zum Umgang mit dieser Klientele in sowohl der Öffentlichkeit, Fachwelt und Justiz sowie einer begünstigenden Durchlässigkeit der eingebundenen Systeme und auch anteilig abgestimmten Flexibilität justitialer Vorgaben. In den NL dominiert eher allgemein die Überzeugung, daß Therapie als angemessene Maßnahme und Methode der Wahl und Prophylaxe zum adäquaten Umgang mit dieser Klientele, einzusetzen sei. Kriminalisierung und verstärkte Verwahrungstendenzen, wie sich dies in Deutschland im Wunsch um Sicherung der All-

gemeinheit und auch in dahingehend restriktiven Tendenzen immer wieder im Bild der öffentlichen Meinung zum Umgang mit psychisch kranken Straftätern abzeichnet, ist in den NL nicht in dieser Form ausgeprägt. Zum Tragen gelangte diese eher behandlungsorientierte öffentliche Haltung auch in geringeren Ressentiments im Falle der Implementierung entsprechender, behandlungsorientierter, auch betreuter, Projekte mit teiloffenen oder offenen Strukturen, wie bspw. ausgelagerten betreuten Wohngemeinschaften. Projekte dieser Art konnten im Zuge der Bemühungen um eine sinnvolle Deinstitutionalisierung inzwischen verstärkt entwickelt werden. Im Allgemeinen zeigt sich in den NL in der öffentlichen Haltung eher die Tendenz, bevorzugt v. a. im Sinne der Früherkennung, Täter möglichst frühzeitig einer wirksamen Behandlung oder ähnlich ausgerichteten Maßnahmen zuzuführen und darüber Opferprävention betreiben zu können. I. d. S. wurden daher in den letzten Jahren in den NL dann auch im Kontext der regulären Strafbemessung ´alternative Strafformen` entwickelt und erprobt. Erste Versuche, forensische Patienten explizit ambulant zu führen, waren letztlich jedoch gescheitert am Mangel an fachspezifischen Qualifikationen, Kompetenzen und 'Know-How' des, ansonsten in den Bezügen der psychiatrischen Grundversorgung eingesetzten, Personals und v. a. klinisch tätiger Fachkräfte und Therapeuten. V. a. begründet in der Erfordernis um spezifische Ausbildungsstandarde und Fachkompetenz zum Umgang mit dieser Klientele, verdeutlichten entsprechende alternative ambulante Projektversuche die Grenzen psychiatrischer Gesundheitsversorgungssysteme und zwar sowohl im Hinblick auf stationäre, teilstationäre und ambulante Strukturen aber auch zu denen, des regulären Vollzuges, wenn es darum ging, forensisch psychiatrische Patienten aus dem Bereich der TBS-Kliniken hinaus zu verlagern. Vor diesem Hintergrund entwickelte sich dann eine Tendenz, aus den TBS-Kliniken forensisch therapeutisches Fachwissen über personale Ressourcen in andere Systeme zur Verständnisbildung über eine Art qualifizierten Dienst zu transferieren und supportive und supervidierende Leistung anzubieten, wobei die initialen Behandlungen forensisch psychiatrischer Patienten dabei eher nicht abgegeben werden. Allerdings ist im Zuge der weiterführenden Behandlungsgestaltung geplant, Patienten ohne Kontraindikation längerfristig in die Systeme der Gesundheitsversorgung zu überführen. Dies betrifft bevorzugt Patienten mit klassischen psychiatrischen Störungsbildern. Aufgrund den, bei diesen und v. a. den schizophrenen Patienten als erschwerend erfahrene Mängel in der Medikamentenkompliance, gelten dbzgl. bestimmte Eintrittskriterien, wie die Sicherstellung, daß die Medikation korrekt eingestellt wurde und, daß Krankheitseinsicht und Zuverläßigkeit in der Medikamenteneinnahme gegeben sind.

17.2 Spezifische Aspekte des MRVZ in den NL

In den NL finden sich keine zentralen forensischen Großkliniken wie in Deutschland. Regulär werden nicht mehr als 100 TBS-Patienten in einer MRVZ-Einrichtung behandelt. Der vorgeschriebene Betreuungsschlüssel beträgt mindestens 2.5 und mehr Betreuer für einen forensischen Patienten. TBS-Patienten erhalten stationär ein differenziertes Behandlungsangebot. In der Planung und Gestaltung von MRVZ-Einrichtungen hat sich das Modell des ´integrativen Managementes` durchgesetzt: Dadurch wurde das, vordem zwischen Behandlungs- und Verwaltungsebene systembedingte und hinsichtlich therapeutischer Zielsetzungen oft kontraproduktive, Konfliktpotential weitestgehend hinfällig. Im Kontext der niederländischen Bemühungen der Deinstitutionalisierung bezeichnet der inzwischen gängige Begriff der ´transmuralen` Behandlungsführung ein Therapieverständnis, das überleitet vom stationären zum ambulanten Setting und einen teilstationären oder aber bereits ambulanten Charakter ausweist.

17.3 Diagnostik und Begutachtung forensisch psychiatrischer Patienten

Im Falle der Begutachtung forensisch psychiatrischer Patienten wird der, i. Ü. gesetzlich dazu vorgeschriebenen, interdisziplinären Zusammenarbeit auf allen Entscheidungsebenen große Bedeutung zugemessen. Begünstigt wird dies über eine gewisse Durchlässigkeit der Strukturen der institutionalen Systeme. In den NL gibt es eine zentrale Gutachtenserstellungsinstitution, das *Pieter Baan Centrum Utrecht*. Allerdings werden nur etwa 10% aller Begutachtungen unter solch idealen institutionellen Bedingungen, wie in diesem Zentrum, entwickelt. Hier erstellen Juristen, Psychiater, Psychologen, Sozialarbeiter und Gruppenarbeiter nach Auftrag des Gerichts forensische Gutachten in Teamarbeit nach stationärer Beobachtungsphase des Klienten in 4 Abteilungen mit etwa je 8 Plätzen als Wohngruppen und über einen Zeitraum von 7 Wochen. In dieser Zeit werden Familienbesuche der Sozialarbeiter geschaltet. Der, mit dem jeweiligen Fall betraute, Beobachter der Wohngruppe verfaßt einen Bericht, in den auch die, zwischenzeitlich rekrutierten, Patientendaten eingebracht werden. Hinzu kommt jeweils ein psychologischer und ein psychiatrischer Befund. In der darauf folgenden, interdisziplinären Gesamtsitzung werden die gerichtliche Fragestellung, die vorzuschlagenden, weiterführenden Maßnahmen und therapeutischen Empfehlungen zum Klienten, detailliert diskutiert. Für das, darauf basierende, endgültige Gutachten zeichnen der Psychologe und der Psychiater gleichermaßen verantwortlich. Die übrigen der erforderlichen Gutachten werden über fachkundige Experten als unabhängige und selbständige Fachgutachter, wie niedergelassene Psychiater und Psychologen, erstellt. Zur Einweisung eines Patienten in den MRVZ muß stets ein psychiatrisches und psychologisches Gutachten ausgefertigt und sowohl vom Psychiater als auch vom Psychologen verantwortlich unterzeichnet werden.

17.4 Modus einer tagklinischen, teilstationären Unterbringung und therapeutischen Behandlung psychisch kranker Rechtsbrecher - dargestellt am Beispiel der niederländischen Tagklinik De Waag [1] Utrecht

17.4.1 Hinführung

Eine Art Zwischenform zwischen stationärer und ambulanter therapeutischer Behandlung bildet das tagklinische Behandlungssetting. Im Folgenden soll das Behandlungskonzept der *Tagklinik der Dr. Henri van der Hoeven Kliniek Utrecht* vorgestellt werden, welche am 17.02.1992 mit diesem speziellen, zu diesem Zeitpunkt auch für die Nl innovativen, Setting ins Leben gerufen wurde.

17.4.2 Rekrutierung der Daten

Um diesen innovativen tagklinischen Ansatz strukturell und konzeptionell erfahren und verstehen zu können, hat die Autorin diese Einrichtung und die Klinik mehrfach besucht, konnte über Hospitationen gezielt vor Ort das dortige therapeutische Geschehen und Programm über den Zeitraum einer Arbeitswoche im regulären Tagesablauf verfolgen und dabei auch selbst an Gruppen teilnehmen, Mitarbeiter aller Ebenen kontaktierten und interviewen und außerdem Patientengespräche führen. Vorgänge zur Planung und Ausgestaltung dieser Einrichtung und dahingehende Besonderheiten wurden über die Teilnahme an der, mit Planungs- und Organisationsaufgaben betreuten, zentralen Arbeitsgruppe (´Planungsgruppe`) und Expertengespräche mit den jeweiligen wissenschaftlichen und andernteils verwaltungstechnischen Vertretern des Planungsstabes, deutlich.

An dieser Stelle soll den klinischen, therapeutischen und wissenschaftlichen Mitarbeitern dieser Einrichtung für ihr Entgegenkommen und insb.:

- *Mulder Dr., Psychologe und Leiter der Tagklinik,*
- *Drost Dr., Psychiaterin und jetzige Direktorin des Pieter Baan Centrums,*
- *Niemantsvertriet Dr. Kriminologe,*
- *Derks Dr., Psychologe der Abteilung für Forschung und Statistik*
- *sowie dem therapeutischen Direktor der Dr. Henri van der Hoeven Kliniek, Henrickx Dr. [2],*

für ihre engagiert offene kollegiale Haltung und Bereitschaft zur Kooperation gedankt werden.

Die, auf diese Weise initiierten, fachspezifischen Kontakte wurden im gegenseitigen wissenschaftlichen Austausch aufrechterhalten, ausgestaltet und im Weiteren fachlich fundiert, so daß auf diesem Wege die Erkenntnisse zur Fortentwicklung des Programmes und die hier ausgewiesenen, Befunde kontinuierlich in Erfahrung gebracht und begleitet werden konnten.
Die abgebildeten strukturpolitischen Entwicklungen geben den Stand bis Ende 1999 wieder.
Besuche hatten initial 1993/ Anfang `94, 1996 und `98/ `99 stattgefunden.
Die dargestellten Befunde beziehen sich insg. auf die Klientele der Tagklinik seit Eröffnung dieser Einrichtung.
Die, hier vorzustellenden, Befunde beinhalten weiter Katamnesedaten zu Patienten, die die Tagklinik seit deren Installation besucht haben. Es handelt sich dabei um eine Follow-Up-Untersuchung, die jeweils nach 2 und 5 Jahren durchgeführt worden war und über welche die Patienten auch noch die nächsten 10 Jahre erfaßt werden sollen. Diese Evaluationen umfaßten auch testpsychologische Instrumentarien und zum Großteil Pre- und Post-Testverfahren. Die unten ausgewiesenen katamnestischen Ergebnisse basieren auf Katamnesedaten bis zum 01.01.1996 von Patienten, die die Tagklinik seit deren Installation besucht haben. Weiterführende Befunde zu v. a. den Abbruch- und Rückfallquoten wurden durch die Autorin recherchiert über persönliche Mitteilungen und quantitative und qualitative Angaben bis *Oktober 1998* von v. a. *Derks und Mulder* und zu v. a. den jüngsten Entwicklungen *bis Oktober 2000 von Derks* sowie außerdem statistische Vergleichsdaten zur Population der Straftäter über Statistiken des niederländischen Justizministeriums.

17.4.3 Operationalisierung zum Begriffsverständnis ´Forensische Tagklinik`

Das besondere Konzept einer solchen Einrichtung ist definiert durch intensive Behandlungen im geschützten Rahmen einer fachforensischen psychiatrischen Tagesklinik, wobei die Klienten den Abend und die Nacht außerhalb der Klinik bereits in der eigenen Wohnung verbringen. Die Teilnahme an den Therapieeinheiten und die Anwesenheit des Patienten tagsüber in der Klinik ist verpflichtend und wird kontrolliert.

17.4.4 Potentieller Bedarf für eine derart konzipierte Einrichtung in Deutschland

Zu Deutschland findet sich keine derartig spezifizierte Form zur Behandlung psychisch kranker Straftäter. [3] Hier bildete sich über die vorgestellte Untersuchung in entsprechenden Forderungen der faktische Bedarf nach therapeutischen Tagkliniken deutlich ab. So meldeten dezidiert 42.8 % der 29, deutschen Einrichtungen, die sich zu

[1] *Dr. Henri van der Hoeven Kliniek, Utrecht, Nl*
[2] Seit dem Tode von *Henrickx Dr. 1996*, wird der Aufgabenbereich nun von *Gennits Dr.* geführt.
[3] Im Zuge der Erhebung wurde einzig eine kleine, allgemein-tagklinische, Einrichtung als Bestandteil der, für Gesamthessen zuständigen, zentralen *Forensischen Klinik Haina*, ausgewiesen.

dieser Frage eingebracht hatten, dringenden Bedarf dafür. [4] Die Befunde bestätigten: Gerade auch die Erkenntnisse der deutschen Modellprojekte bezeugten das Fehlen und den Bedarf an solchermaßen konzipierten, aus dem stationären Setting adäquat überleitenden, therapeutischen, schützenden und kontrollierenden Behandlungsstrukturen für ein spezielles Kollektiv mit einem *bestimmten Patientenprofil*: Dahingehend wurde insb. zur Behandlung forensisch psychiatrischer Patienten resp. psychisch kranker Straftäter ein derart gestaltetes therapeutisches Setting für angezeigt gehalten und gefordert.

17.4.5 Besonderheiten zur konstitutiven Entwicklung

Das, die Tagklinik initial konstituierende, Gremium umfaßte, einander gleichgestellte Vertreter von allen, in die Betreuung der potentiellen Klientele eingebundenen, Professionen und Institutionen, so daß Bevollmächtigte der Legislative und Judikative, Ärzte-, Therapeuten- und Sozialarbeiterschaft, Bewährungshelfer, Stadtverwaltung, sozialer Dienste und anderer komplementärer Einrichtungen und Institutionen sowie außerdem politischer und regionaler Interessengruppen verschiedener Couleur, gemeinschaftlich auf die konzeptionelle und strukturelle Planung und Ausgestaltung der Klinik Einfluß nahmen.

17.4.6 Klinisches Behandlungskonzept

Das therapeutische Konzept der *Dr. Henri van der Hoeven Kliniek* ist speziell auf die Therapie von Sexualstraftätern und Gewalttätern ausgerichtet. Das besondere Konzept dieser Einrichtung ermöglicht dem Patienten vor dem Hintergrund des, zu kalkulierenden, Risikopotentials dieser besonderen Gruppen von Straftätern unter therapeutischen Vorgaben, fachkundiger Begleitung und Betreuung, in einem besonderen definierten, auch begrenzten, geschützten und weitestgehend kontrollierten Setting. Das therapeutische Konzept der Tagesklinik *De Waag* übersetzt diese Ideen in einem teiloffenen Setting in einem intensiven, patientenorientierten Behandlungskontext mit gezielten therapeutischen Programmen, Interventionen und Trainings mit Erlebnisforen, Selbst- und ersten alltagsbezogenen Erfahrungen und Entwicklungsprozessen mit Möglichkeiten zu deren Initiierung, Erprobung, Übung, das Durch- und Erleben unter therapeutisch kontrollierten Bedingungen.

17.4.7 Bisherige Entwicklungen dieser Einrichtung

Nach einem vorsichtig tastenden Beginn mit anfänglich nur 2 Patienten im Februar 1992 war die Klinik schon im September desselben Jahres mit 10 Patienten voll ausgelastet. Bereits ein halbes Jahr später, im April 1993, lag eine Warteliste von etwa 40 Klienten vor. Infolge einer, sich anschließenden Restrukturierung wurden seit 1994 regulär konstant 24 Sexual- und Gewalttäter tagklinisch geführt, der Bestand wurde auf 3 konstante Therapiegruppen erhöht und die Gruppengröße von ursprünglich 10 auf je 8 Patienten eingestellt. Eine Gruppe wurde speziell für Päderasten konzipiert.
Die Tagklinik definierte sich gegenüber der *Dr. Henri van der Hoeven Kliniek* als autonome Einheit. Dies bildete sich dann auch ab, im Umzug in ein separates Gebäude außerhalb des Klinikgeländes und in einer eigenen Namensgebung *´De Waag, Centrum voor ambulante forensiche psychiatrie, Dagkliniek/ Polikliniek`* 1994 wurde in der Ambulanz außerdem eine eigenständige, weniger intensive, Behandlungsgruppe ausschließlich für minderbegabte und geistig behinderte Delinquenten implementiert. Daneben entstand eine, vornehmlich rückfallprophylaktisch ausgerichtete, Gruppe für prospektive tagklinische Patienten, die auf einen frei werdenden Therapieplatz warten. Diese beiden Gruppen wurden in den Räumlichkeiten der Forensischen Ambulanz geführt, welche auch für die ambulante Nachsorge der Tagklinik zur Verfügung stand. Letztere war ebenfalls seit 1994 und im selben Gebäude zusammen mit der Tagklinik untergebracht. Die forensisch psychiatrische Ambulanz und die Tagklinik pflegen, konzeptionell gewollt, eine enge Kooperation, obschon sich beide Einrichtungen formal als jeweils eigenständige Einheiten definieren. Inzwischen bestehen zu 5 der niederländischen TBS-Kliniken solche eigenverantwortlichen tagklinischen Zentren, wobei die *De Waag Klinik in Utrecht* mit 24 Patienten die größte Einheit bildet, die übrigen Kliniken der Größenordnung versorgen zwischen 8-16 Patienten. Dies und eine Ausweitung der Kapazitäten reduzierte den, vorab sowohl ökonomisch (geforderte Auslastung der Tagklinik) als auch strukturell (dramatische Überbelegungen der TBS-Kliniken) begründeten starken Aufnahmedruck. Die Erfahrungen der Klinik offenbarten die Erfordernis von und führten zu differenzierteren Aufnahme- und Selektionskriterien. Nach diesen Maßnahmen ergab sich dann auch progredient eine deutliche Minderung der hohen Abbruchquoten der ersten –3- Jahre mit 1996 20 %, 1997 17 % und 1998 14 %.

17.4.8 Behandlungskonzept und therapeutische Richtlinien – Programmelemente und bevorzugte Therapiemodi

17.4.8.1 Zeitrahmen und Abschnitte der tagklinischen Behandlung

- **Vorlauf bzw. Vorbereitungsphase**

Im Falle von Wartezeiten werden die Patienten in eine Wartegruppe mit Warteliste aufgenommen, um den zeitlichen Leerraum zu überbrücken. Diese Gruppe trifft sich einmal wöchentlich mit dem Ziel, während des Zeitraums vor der eigentlichen Behandlung einen Rückfall zu verhindern und bei alltagsbezogenen Problemen zu helfen, damit die Betroffenen sich bereits daran gewöhnen, über Straftaten zu sprechen.

[4] Vgl.: den Abschnitt der vorliegenden Arbeit zum Bedarf nach und der Zufriedenheit mit dem Angebot komplementärer Einrichtungen.

> Aufenthalt

Die Klienten kommen für 6 Monate in die Tagklinik, wo sie sich 5 Tage in der Woche von jeweils 9-15 h über dicht geschaltete Therapieprogramme einer intensiven psychotherapeutischen Behandlung unterziehen.

> Nachsorge

Nach der tagklinischen Behandlung besteht die Möglichkeit, sich einmal in 14 Tagen in der Ambulanz einer rückfallprophylaktischen Gruppe anzuschließen.

17.4.8.2 Zentrale – therapeutische - Programmkomponenten

Über ein ´life-style-training` werden die diversen Anforderungen einer strukturierten, alltagsbezogenen Lebensführung, wie Tagesstrukturierung, Gestaltung und Organisation von Arbeit, Freizeit und Finanzen, erprobt und trainiert. Weiter geht es um die Erprobung und Entwicklung sozialer Kompetenzen, Fähigkeiten und das, eines konstruktiven deliktfreien Problemlösungsverhaltens v. a. im sozialen Kontext. Zu diesem Kontext werden u. a. auch Selbstsicherheits- und Selbstbehauptungstraining eingesetzt. Nachdem die Rückfallprävention eine übergreifende Behandlungsthematik darstellt, wird therapeutischen Programmeinheiten zum Krisenmanagement große Bedeutung zugewiesen. Ein wesentlicher Schwerpunkt des Behandlungsprogrammes liegt darin, die deliktogenen, verhaltensbezogenen und kognitiven Szenarien, Muster und Zyklen, die zur Straffälligkeit geführt hatten, erkennen und unterbinden zu lernen. Der Patient soll lernen, sein eigenes Deliktszenario zu verstehen, dbzgl. vulnerabilisierende situativ, emotional und kognitiv Risikofaktoren, Hinweisreize resp. erste deliktogene bzw. rezidivnahe Anzeichen zu erkennen und adäquat zu begegnen. Demnach gilt es, die, für den Patienten dahingehend jeweils besonders vulnerablen und risikoreichen Situationen mit hohem Gefahren- resp. Rückfallpotential zu identifizierten und Alternativen zum deliktogenen Verhalten zu erschließen.
Das Konzept umfaßt in seinen Elementen das Erlernen vom Umgang mit Belastungssituationen, Techniken zum Management bzw. zur Reduktion von Stress, Methoden zur Entspannung sowie Training sozialer Fähigkeiten (´social skill training`) mit integrierten Programmen zur Entwicklung von Empathie und Selbstsicherheit sowie Komponenten zur Ärger- und Impulskontrolle (´anger management`). Andere Programmelemente sind die, der Behandlung relevanter kognitiver Prinzipien wie das, der ´kognitiven Umstrukturierung`. Daneben werden angeboten Familientherapie zum Einzelfall und für Sexualstraftäter eine spezielle Form der Sexualerziehung und -therapie (´sex education`). Außerdem wurde für Patienten mit klassischen psychiatrischen Störungsbildern mit medikamentöser Versorgung ein Training zur Medikamentenkompliance eingerichtet und dem Medikamentenmonitoring eine eigens determinierte Behandlungsphase zugewiesen. Diese per se definierte Behandlungseinheit muß unter fachforensischer Behandlungsführung erfolgreich durchlaufen, die Medikamenteneinnahme verläßlich praktizieren werden und insg. der Patient dann nicht nur medikamentös eingestellt sondern auch seiner Krankheit gegenüber nachweislich einsichtsfähig sein.

Tab.: 1: Programmelemente

Programmelemente
Therapeutische Programmeinheiten zum Krisenmanagement
Verstehen, Erkennen, Management der individuellen deliktogenen, kognitiven und verhaltensbezogenen Determinanten, Muster, Deliktszenarien
Identifikation vulnerabilisierender Risikofaktoren zum Einzelfall: - charakteristische, - deliktogene - risikorelevante, - rückfallgefährdende Momente, Hinweisreize, Muster, rezidivnahe Anzeichen:
Erschließen verhaltensbezogener, nichtdeliktogener Alternativen
Erlernen vom Umgang mit Belastungssituationen, - Stressmanagement, - Techniken zur Stressreduktion, - Entspannungstechniken
Life-style-training` für eine strukturierte Lebensführung im Alltag
Training sozialer Kompetenzen (´Social-skill-training`) incl.: - Selbstsicherheits- und Selbstbehauptungstraining - Empathietraining
Training für Ärger- und Impulskontrolle (´anger management`)
Methode der kognitive Umstrukturierung
Training zum Medikamentenmonitoring
Individuell ausgerichtete (familien-) therapeutische Komponenten
Sexualerziehung (´sex education`) speziell für Sexualstraftäter

17.4.8.3 Strukturierte, in sich abgestufte, ziel- und hypothesengeleitete Therapieplanung

Im Hinblick auf die, zu entwickelnden, Zielvorgaben wird zwischen Lang- und Kurzzeitzielen unterschieden. Letztere werden in wöchentlichen Abständen einer Evaluation unterzogen und ggfls. reformuliert. Langzeitzielsetzungen werden in einem eigenen Prozeß initial zusammen mit dem Patienten definiert und in 5-wöchigen Abständen zu deren Relevanz, Erreichbarkeit und Realisation überprüft.

17.4.9 Procedere zur Nachsorge

➢ ***Integrierte Überleitung:*** Das hier vorgestellte tagesklinische Behandlungskonzept impliziert u. a. auch rehabilitative Schritte, wie eine abgestufte Alltags- und Arbeitserprobung. Letzteres kann im späteren Behandlungsverlauf anteilig resp. zunehmend extramural erprobt werden und im Anschluß an den tagesklinischen Aufenthalt in eine ambulante Behandlung übergehen.
➢ ***Nachsorge:*** Die Patienten werden nach abgeschlossener Behandlung umgeleitet in die Ambulanz und nehmen dann über 1 Jahr lang an einer betreuten, anfangs noch wöchentlich bis später einmal monatlich, stattfindenden, Therapiegruppe teil. Danach besteht dauerhaft und auch langfristig die Möglichkeit zur Teilnahme an einer niederfrequenten, i. d. R. einmal monatlich, geschalteten Langzeittherapiegruppe mit vornehmlich supportiven und krisenintervenierendem Charakter. Neben diesem Modell besteht eine, ausschließlich für geistig behinderte Delinquenten konzipierte, Nachsorgegruppe mit hochintensiven, dezidiert verhaltenstherapeutischen, Behandlungsprogrammen mit erhöhter Frequenz (i. d. R. dreimal wöchentlich).
Voraussetzungen, Ein- und Ausschlußkriterien zur Aufnahme in die Nachsorge: Unter den gegebenen Vorgaben repräsentieren die regulären Voraussetzungen für die Aufnahme in die tagklinische Betreuung: Die, als Voraussetzung für eine Teilnahme postulierte, Therapiemotivation, gestaltet sich allerdings fast immer ambivalent, was mithin auch dadurch bestimmt ist, daß sich die Betroffenen Vergünstigungen, wie bspw. eine dadurch kürzere Strafdauer, erhoffen. Regulär als Ausschlußkriterien gelten psychotische resp. post-psychotische Störungsbilder, primäre Drogen- oder Alkoholsucht, Suizidalität oder extreme Impulsivität (sexuelles oder aggressives Ausagieren): Den Erfahrungen dieser Einrichtung zufolge, profitieren solche Patienten nicht von dieser speziellen Form der Behandlung. Die bezeichneten Ausschlußkriterien für die Aufnahme in die tagklinische Betreuung wurden in der anschließenden Übersicht zusammengestellt.

Tab. 2: Ausschlußkriterien zur Aufnahme in die tagklinische Behandlung*

	Ausschlußkriterien zur tagesklinische Aufnahme
	Psychotische oder postpsychotische Zustandsformen
	primäre Drogen / Alkoholsucht
	Suizidalität
	extreme Impulsivität resp. sexuelles oder aggressives Ausagieren

Einrichtung: Dagkliniek / Polikliniek De Waag, Centrum voor ambulante forensiche psychiatrie, Utrecht (Nl)

17.4.10 Modi und Grundlagen der Einweisung

Die Patienten werden i. d. R. über Bewährungshelfer und forensische Psychiater vermittelt, wenn eine solche Form der Behandlung als sinnvoll erachtet wird, eine stationäre Behandlung nicht indiziert ist und andernteils eine ausschließlich ambulante Therapie nicht genügt.
Einweisungsgrundlagen:
- ***Gerichtliche Auflage:*** Der Großteil aller Tagklinikpatienten waren auf gerichtliche Anordnung in Behandlung: 72.59 % der Katamnesestichprobe (98) und Ende 1998 65 %. Es handelte sich dabei um Personen mit einem Urteil, meist Gefängnisstrafe plus eine Zeit der Erprobung (Urlaub auf Probe) sowie der Auflage, eine Therapie in der Tagklinik zu beginnen. Wird diese abgebrochen, ist eine mehrmonatige Rückverlegung in die Haftanstalt unausbleiblich.
- ***Resozialisierung:*** Zur Resozialisierung wurden einige Patienten in den letzten 6 Monaten ihrer Gefängnisstrafe über die Tagklinik geführt: Es waren dies 17.77 % der Katamnesestichprobe (24) und auch zu den Folgejahren bis Ende 1999 überdauernd ein Anteil von etwa 20 %.
- ***Freiwillige:*** Außerdem sind einige Patienten freiwillig [5] in dieser Behandlung: Bis 1999 war dies ein stabilen Anteil von etwa 10% und konkret 09.62 % (13) aus der Katamnesestichprobe.

[5] Dies geschieht bspw. dann, wenn sich Patienten selbst als deliktnah erleben, in einer Krise befinden respektive fürchten eine Wiederholungstat zu begehen.

17.4.11 Katamneseergebnisse einer vergleichenden Follow-Up-Untersuchung

17.4.11.1 Erhebungsmodus und Stichprobe

Aus der, seit dem Bestehen der Tagklinik bis zum Stichtag 01.01.1996 durchgeführten, Follow-Up- Untersuchung an 135 Patienten, von denen die Therapie 98 (72.59 %) beendet und 37 (27.41 %) abgebrochen hatten, ergaben sich folgende Befunde:

17.4.11.2 Interdependenzen zu strukturpolitischen Prozessen

Die Anteile und Relationen der benannten kategorialen Zuordnungen schwankten in ihrem Bestand über die Zeit und waren auch beeinflußt von strukturpolitischen Entwicklungen, diversen, vielfach ökonomisch determinierten, Auflagen und Vorgaben zu der Belegung sowie überhaupt dem Bekanntheitsgrad der Einrichtung und Platzierung der Informationen zu diesem Behandlungsmodell.

17.4.11.3 Personenmerkmale der tagklinischen Patienten - Alter, Herkunft, Geschlecht, Diagnosen, Einweisungsdelikte

> Alter

Das durchschnittliche Alter der Patienten lag bei 31 Jahren (Min.: 17, Max.: 65 Jahre). Sexualverbrecher waren im Durchschnitt 5 Jahre älter.

> Herkunft

Ausländischer Herkunft waren 20 der Patienten (14.8%).

> Geschlechtsverteilung

Der Bestand an weiblichen Patienten war mit 2.96 % der Stichprobe (4 Frauen) sehr gering.

> Störungsbilder und Einweisungsdelikte

Alle Klienten bieten Persönlichkeitsstörungen. Die dominante der beiden größten Subgruppen dieser Einrichtung umfaßt Sexualstraftäter, Pädophile und Patienten mit anderweitigen Sexualdelikten unterschiedlicher Qualität. Die nächststärkere Gruppe war die der Gewalttäter (Raub, Brandstiftung) mit auch schwerwiegenderen Delikten.
Die **Einweisungsdelikte** der, zur Behandlung Verurteilten, boten folgende Verteilung:
- 38.52 % (52) der Patientenstichprobe wegen Gewalt gegen Personen
- 39.26 % (53) wegen Sexualverbrechen,
- 08.89 % (12) wegen nicht gewalttätiger und
- 03.70 % (05) wegen anderer Delikte (u. a. Dealen / Verkauf von Drogen).

17.4.11.4 Anteiliger Bestand an Ersttätern und Wiedereinweisungen

Zur Gruppe der Tagklinikpatienten waren nach Angaben aus der Katamnesestichprobe:
- 42.20 % (57) ohne Gefängnisstrafe schon einmal verurteilt gewesen,
- 17.04 % Ersttäter (23 davon 18 Sexualverbrecher),
- 40.74 % (55) hatten schon einmal oder auch mehrfach vorher eine Gefängnisstrafe erhalten,
  davon 29.63 % (40) eine Strafe von 6 Monaten oder mehr.

17.4.11.5 Vorausgegangene Behandlungen

Von allen bisherigen Tagklinikpatienten waren bis Ende 1996 und ´98 mehr als 40 % vorher bereits einmal nicht forensisch ambulant behandelt und über 20 % bereits einmal in einer psychiatrischen Klinik aufgenommen und intramural geführt worden.

17.4.11.6 Psychopathologisches Niveau

Das psychopathologische Niveau (gemessen über SCL 90, PDQ-R und BDHI Skalen) war generell hoch und entsprach in etwa dem, der TBS-Patienten.

17.4.11.7 Kennzeichnende Personenmerkmale zur Gruppe der Therapieabbrecher versus der –beender

Mit 27.5 % (37 von 135 Startern) lagen generell relativ hohe Ausfallraten mit Patienten v. a. jüngeren Alters vor, wobei die Hälfte der Abbrecher die Behandlung in der ersten oder zweiten Woche verließen. Patienten, die die tagklinische Behandlung frühzeitig abgebrochen hatten (´Abbrecher`) waren im Durchschnitt fast 7 Jahre jünger als die Nichtabbrecher.
Dazu wies die Gruppe der Abbrecher einen höheren Bestand an Persönlichkeitsstörungen aus.

17.4.11.8 Rückfälligkeit

Die Rückfallquoten sollen zu der Gesamtgruppe der –135- vormals tagklinischen Patienten sowie differenziert zu der Subgruppe der Beender und der, der Abbrecher, vorgestellt werden. Der, zu den Rückfallraten untersuchte, Zeitraum umfaßte 06-54 Monate. Die Stichprobe dazu bestand aus N_T=135 Patienten. Von diesen hatten n_{Tb}=98 (72.59 %) die 6-monatige tagklinische Therapie beendet und n_{Tab}=37 (27.41 %) vorzeitig abgebrochen. Zur Gesamtgruppe vormals 135 tagklinischen Patienten (Beender und Abbrecher zusammengefaßt) waren:

Tab. 3: Rückfälligkeit vormals tagklinischer Patienten

Rückfälligkeit zu insg. N_T=135 entlassenen vordem tagklinischen Patienten mit n_{tB}=98 Beendern und n_{tAb}=37 Abbrechern zum Bezugszeitraum 06-54 Monate nach Entlassung *						
	Gesamtgruppe vormalige Tagklinikpat. N_T=135		**Subgruppe Beender n_{Tb}= 98**		**Subgruppe Abbrecher n_{Tab}=37**	
	Anteil (%)	**Anzahl (n)**	**Anteil (%)**	**Anzahl (n)**	**Anteil (%)**	**Anzahl (n)**
Unbekannt	02.96 %	04	04.08 %	04		
Rückfallfrei [1)]	61.48 %	83	74.49 %	73	27.03 %	10
Rückfällig	35.56 %	48	21.43 %	21	72.97 %	27

Bezug: N_T=135 Patienten mit nTb=98 Beendern und n_{Tab}=37 Abbrechern
[1)] rückfallfrei i. d. S., daß kein gerichtliches Urteil und keine strafrechtliche Verurteilung vorlag.

Tab. 4: Kategorisierung der Rückfälligkeit vormals tagklinischer Patienten

Delikte rückfälliger vormals tagklinischer Patienten *(Beender und Abbrecher)* Bezugszeitraum: 06-54 Monate nach Entlassung *						
Deliktgruppen rückfälliger entlassener tagklinischer Patienten	**Gesamtgruppe Vormalige Tagklinikpatienten N_T=135**		**Subgruppe Beender n_{Tb}= 98**		**Subgruppe Abbrecher n_{Tab}=37**	
	Rückfallquote (%)	**Anzahl (n) Rückfälliger**	**Rückfallquote (%)**	**Anzahl (n) Rückfälliger**	**Rückfall-Quote (%)**	**Anzahl (n) Rückfälliger**
	Anteil (%)	**Anzahl (n)**	**Anteil (%)**	**Anzahl (n)**	**Anteil (%)**	**Anzahl (n)**
Keine Straftat	61.48 %	83	74.49 %	73	27.03 %	10
Unbekannt	02.96 %	04	04.08 %	04	00.00 %	00
Schwere Gewalt Gegen Personen	03,70 %	05	02.04 %	02	08.11 %	03
Sexualverbrechen	05.93 %	08	05.10 %	05	08.11 %	03
Leichte Gewalt Gegen Personen	05.93 %	08	03.75 %	03	13.51 %	05
Keine Gewalt gegen Personen + ´Übrige` Delikte	20.00 %	27	11.22 %	11	43.24 %	16

Bezug: *Einrichtung: Dagkliniek/ Polikliniek De Waag, Centrum voor ambulante forensiche psychiatrie*
Stichproben: *n_t = 135 insg. vormalige tagklinische Patienten mit den Subgruppen*
n_{Tb} = 98 Beendern und n_{Tab} = 37 Abbrechern
Zeitraum: *06-54 Monate nach Entlassung*

17.4.11.8.1 Gegenüberstellung der Rückfallquoten aus der Gruppe der Therapiebeender versus der der - abbrecher

Es zeigte sich, daß die Patienten aus der Gruppe der Abbrecher eine vielfach höhere Rückfallquote auswiesen und, daß vor diesem Hintergrund, ein Abbrechen der Behandlung an sich, zu einer, in der Tendenz ungünstigen, prognostischen Aussage, berechtigt. Die Rückfallrate der Beender (derjenigen die, die tagklinische Behandlung beendet hatten) lag mit 21 % deutlich niedriger zu den 73 % aus der Gruppe der Abbrecher, von denen außerdem 27 % gegenüber nur 7 % aus der erstgenannten Gruppe wieder eingewiesen werden mußten.

Tab. 5: Gegenüberstellung der Rückfallquoten - Therapiebeender versus –abbrecher

Rückfallrate vormals tagklinischer Patienten bezogen auf die Patientengruppen ´Beender der Behandlung´ und solche, die diese ´abgebrochen` hatten*	
Beender n_{Tb}= 98 Tagklinikpatienten	**Abbrecher n_{Tab}=37 Patienten**
21.43 % Rückfälle (n_{Tb}=21) davon 7.1 % wieder eingewiesen	72.97 % Rückfälle (n_{Tab}=27) davon 27.0 % wieder eingewiesen

* *Bezug:* *Rückfälligkeit tagesklinisch behandelter forensischer Patienten (incl. Abbrecher)*
Zeitraum: *06-54 Monate (durchschnittlich 2 Jahre)*
Stichprobe: *N_T=135 mit n_{TB}=98 Patienten, die die 6-monatige tagklinische Therapie beendet und n_{Tab}=37 Patienten, die ihre tagklinische Behandlung vorzeitig abgebrochen hatten.*

17.4.11.8.2 Über offizielle Statistiken ausgewiesene Rückfallquoten ohne eine solche Form der Behandlung

Anderweitigen Untersuchungen zufolge, betrug die Rückfallrate nicht behandelter Vergewaltiger nach deren Entlassung im Durchschnitt 19% nach 2 und 35% nach 15 Jahren *(vgl. Grubin & Wingate 1996)*. Zu den, über TBS geführten, Patienten lagen die Rückfallraten zu schwerwiegenden Delikten nach stationärer klinischer Behandlung über viele Jahre hinweg stabil zwischen 20-25% *(vgl. van Emmerik 1982, 1985, 1989; Leuw 1995)*.

17.4.11.9 Straftaten, deren Aufkommen und Ausformung, festgesetzte Strafen und Strafbemessung für Patienten nach abgeschlossener tagklinischer Behandlung

17.4.11.9.1 Straftaten und Strafbemessung

Die *Tabelle der Strafen* nach der Behandlung verdeutlicht, daß bei solchen Patienten, die die 6-monatige tagesklinische Behandlung beendet hatten, wenige schwerwiegende Taten vorlagen. Aus der Katamnesestichprobe wurden 21 (15.56 %) Patienten der 135 der Gesamtstichprobe mit einem Sexual- oder Gewaltverbrechen rückfällig. Zur Einschätzung dieser Zahlen ist zu beachten, daß immerhin ursprünglich 105 der 135 Patienten wegen einer solchen Straftat in Behandlung gekommen waren. Eine Gefängnisstrafe erhielten 12.59 % (17) der Gesamtgruppe tagklinisch geführter Patienten, wobei davon 7 aus der Gruppe der Beender (98) und 10 aus der, der Abbrecher (37) stammten.

Tab. 6: Straftaten und Strafbemessung rückfällig gewordener Patienten

Strafen der, nach tagklinischer Behandlung rückfällig gewordenen, Patienten zur Gesamtgruppe der 135 vormals tagklinischen Patienten und der Subgruppe der Beender versus der, der Abbrecher						
Strafzumessung	**Gesamtgruppe 135 vormals tagklinische Pat.**		**Subgruppe 98 Beender zur Gesamtgruppe**		**Subgruppe 37 Abbrecher zur Gesamtgruppe**	
	Anzahl (n) Strafen	**Anteil (%) Strafen**	**Anteil (%) Strafen**	**Anzahl (n) Strafen**	**Anteil (%) Strafen**	**Anzahl (n) Strafen**
unbekannt	04	02.96 %	04.08 %	04	-	-
ohne neue Straftat	83	61.48 %	74.49 %	73	27.03 %	10
keine Strafe	07	05.19 %	03.06 %	03	10.81 %	04
Geldstrafe	13	09.63 %	07.14 %	07	16.22 %	06
alternative Strafe	06	04.44 %	02.04 %	02	10.81 %	04
Bewährung	05	03.70 %	02.04 %	02	08.11 %	03
Gefängnisstrafe < 6 Monate	04	02.96 %	01.02 %	01	08.11 %	03
Gefängnisstrafe > 6 Monate	13	09.63 %	06.12 %	06	18.92 %	07

Bezug: *Therapieeinrichtung: Dagkliniek / Polikliniek De Waag, Centrum voor ambulante forensiche psychiatrie*
Stichprobe: *N_T =135 tagesklinische Patienten; n_{Tb} = 98 Beender der tagklinische Therapie und n_{Tab}=37 Abbrecher*
Zeitraum: *06-54 Monate nach Entlassung.*

Unabhängig von denkbaren Verbesserungen zu Therapiekonzept und Aufnahmebedingungen sind die innovativen Verdienste einer solchen Maßnahme und der dadurch ermöglichte Erkenntnisgewinn beachtlich. Die Klientele dieser Tagklinik sind alle Straftäter.

17.4.11.9.2 Ausformung der Straftaten

Retrospektiv betrachtet, zeigte sich außerdem, daß die, im Zusammenhang mit Rückfällen begangenen Delikte in ihrer Dimension und Schwere bei Patienten mit einer abgeschlossenen tagklinischen Behandlung nicht den Eintrittsdelikten entsprachen, keine Gewaltdelikte schweren Ausmaßes darstellten, in ihrer Ausprägung weitaus geringer ausgefallen und in den meisten Fällen einer anderen Deliktkategorie (z. B. Verkehrsvergehen, Betrügereien) und Deliktschwere (z. B. Sachbeschädigung, versuchter Betrug) zuzuordnen waren.
Anmerkung: Diese Beobachtung entsprach den Befunden der deutschen Untersuchungen zu Erfahrungen mit ambulant behandelten psychisch kranken Straftätern und, daß sich Rückfälle derart behandelter Patienten in den allermeisten Fällen in ihrem Ausmaß weitaus weniger schwer und dramatisch gestalten und die ausgewiesenen Delikte in einer weniger schweren Deliktkategorie repräsentiert sind.

17.4.11.10 Posttreatmentresultate

Zu 30 Klienten, die zum Stichtag 01.01.96 das Programm beendet hatten, waren Posttreatmentresultate verfügbar. Zu dieser Personengruppe ergaben sich fundamentale Verringerungen in Bezug auf deren psychopathologische und insb. über die Instrumentarien *´SCL 90`*, *´BDHI` und ´State Trait Inventory`*, eingebrachten Testwerte. Über das Instrument des *State Trait Inventory* hatten sich, allerdings nur anteilig statistisch signifikante, Unterschiede in den Level zu den Werten der Vor - und Nachbehandlungsmessungen und dazu eine Verringerung zu den, zu den Skalen *´depression`*, *´anxiety` und ´hostility`*, gemessenen Werte ergeben. Patienten, die das tagklinische Programm beendet hatten, wiesen entsprechend dem Pre–post-treatment-Vergleich im Hinblick auf soziale und psychische Funktionen und Befindlichkeiten sowie Delikt- und Rückfallfreiheit, deutliche Verbesserungen aus.
Insgesamt sprachen die Ergebnisse dafür, daß über die Behandlung nicht nur die Rückfälligkeit der Patienten verringert sondern auch schwerwiegende Delikte verhindert werden konnten.

17.4.12 Zusammenfassende Darstellung, Diskussion und Bewertung der Befunde

Zusammengenommen sprechen die Resultate des, hier vorgestellten, tagklinischen Settings für eine adäquate Interventionsform mit guten Behandlungserfolgen für die anvisierte Patientengruppe. Die Ergebnisse verweisen darauf, daß über diese Form der Behandlung, sofern sie vollständig durchlaufen wurde, für einen Großteil der Patienten nicht nur Rückfälligkeit verringert sondern auch schwerwiegende Delikte verhindert werden konnten. Patienten, die das tagklinische Programm beendet hatten, wiesen dem Pre–post-treatment–Vergleich zufolge, im Hinblick auf soziale und psychische Funktionen und Befindlichkeiten sowie Delikt- und Rückfallfreiheit, deutliche Verbesserungen aus. (Über den Zeitraum des ersten bis incl. vierten Jahres nach Entlassung waren nur 23 % der Beender gegenüber 73 % aus der Gruppe der Abbrecher rückfällig geworden.) Die Rückfälligkeit tagklinischer Patienten mit abgeschlossener Behandlung lag unter der, der Kontrollgruppe. Die höhere Rückfallquote in der Gruppe der Abbrecher läßt annehmen, daß, bezogen auf diese Klientele, ein Abbrechen der Behandlung an sich, zu einer, in der Tendenz ungünstigen, prognostischen Aussage berechtigt. Im Hinblick auf bezeichnete präventive und bessernde Funktionen einer adäquaten nichtstationären Behandlungsform, fanden sich inhaltliche Entsprechungen und darüber Bestätigungen zu Befunden der deutschen Untersuchungen. Rückfälle von Beendern der tagklinischen Behandlung ließen sich i.a.R. in eine andere, deutlich niedrigere Deliktklasse einstufen. Sie gestalteten sich ihrer Ausbildung, Dimension und Schwere weitaus geringer als das Eingangsdelikt und ohne Gewalt gegen Personen.
Generell sind jedoch erst dann detailliertere statistische Analysen zur Relation zwischen Rückfälligkeit und Behandlungsergebnissen zu erwarten, wenn eine höhere Anzahl an Patienten das Programm durchlaufen und sich die Reduktion der, vordem noch hohen, Drop-out-Raten auf ein annehmbares Maß stabilisiert hat. So waren bislang keine statistisch dezidierten Aussagen dazu möglich, ob durch die Behandlung Veränderungen bewirkt wurden, die eine Verhinderung v. a. einschlägiger Delinquenz bedeuteten. Einschlägige Datenanalysen waren durch den, nur sehr geringen, Bestand an real rückfälligen Patienten beeinträchtigt. Im Hinblick auf differenziertere Aussagen zur Rückfälligkeit der Klientele sind prospektiv katamnestische und insg. weitere Follow-up-Untersuchungen erforderlich. U. a. gilt es, den Einfluß anderweitiger Bedingungsfaktoren auf die Akzeptanz und Effektivität der Behandlung zu untersuchen. Aktuell wurde jedoch eine Katamneseuntersuchung retrospektiv zum Stichtag 01.01.2000 zu einer Stichprobe von dann 300 Personen in Aussicht gestellt.
Auch über diesen nichtstationären Behandlungsmodus offenbarten sich der Behandlung psychisch kranker Straftäter als zuträglich erfahrene Parameter. Diese entsprachen in vielen Bezügen den, als adäquat bzw. effizient konstatierten Behandlungs-, Zu- und Umgangsformen aus den Befunden der hier vorgestellten übrigen eigenen Untersuchungen:
Neben der Erfordernis zur multiprofessionalen Betreuung wirkt der, u. a. aufgegriffene Ansatz zielorientierter, abgestufter Vorgehensweisen ähnlich dem, aus den Befunden zu den deutschen Einrichtungen, erschlossene, kybernetische Behandlungsansatz mit strukturierter, ziel- und hypothesengeleiteter Therapieführung und einem Kriterienkatalog zu der Überprüfung der gesetzten Vorgaben und den Zielen und Maßnahmen zum Zweck der

Erlangung. Weiter wurden die Erkenntnisse aus den eigenen deutschen Untersuchungen im Hinblick auf die Erfordernis eines, auf den Einzelfall bezogenen, differenzierten Behandlungsansatzes bestätigt:

- **Passung von Setting und Bedarfsprofil der Adressatengruppe**

Sehr deutlich offenbarte sich hier die Bedeutsamkeit der ´Passung` von Setting zum Bedarfsprofil der Adressatengruppe und dies v. a. im Hinblick auf Akzeptanz, Effektivität und Erfolg der Behandlung sowie die dahingehende Relevanz der Vorabselektion der Patienten.

- **Spezifiziertes Behandlungsprofil**

Das teilstationäre Setting mit besonders strukturierten und intensivierten Behandlungsprogrammen deckt in seinem Profil einen spezifischen Angebots- und Versorgungssektor für eine bestimmte Patientengruppe ab: Deutlich wurde, daß sich dieses Setting insb. für Sexualstraftäter und dabei offenbar insb. für die Subgruppe der, eher älteren Päderasten mit Persönlichkeitsstörungen eignet.

- **Erfordernis um differenzierte Aufnahme- und Selektionskriterien**

Als Behandlungsperspektive und definierter Bestandteil der Überleitung in das nachstationäre und prospektiv auch extramurale Setting und einer kontrollierten Reintegration fungieren zur Behandlungsführung die begleitende Betreuung an sich, der Einsatz und die Berücksichtigung verschiedener möglicher Formen der Nachsorge und ambulanter Behandlungsweisen und auch die, alternativer Übergangsformen, wie der niederfrequente Besuch einer Langzeittherapie.

Auch sprechen die hier vorgestellten Erfahrungen erneut dafür, die Überleitung in das nachstationäre und prospektiv auch extramurale Setting als integrativen Bestandteil der Behandlung und dabei eine begleitende Betreuung und insg. verschiedene Nachsorgeformen und ambulante Behandlungsweisen sowie nötigenfalls einen niederfrequenten Besuch einer Langzeittherapie zu kalkulieren.

Bei der Schwere und Komplexität der Störungsbilder scheint der Autorin aus fachlicher Sicht vor dem Hintergrund des, aus den bisherigen Untersuchungen erworbenen, Erkenntniswissens für indizierte Fälle eine Verlängerung der Intensität der Behandlung bzw. für eine bestimmte Klientele und deren Bedarfsprofil eine intensiviertere Behandlungsführung im ambulanten Setting potentiell zu berücksichtigen.

Die bedenklich hohen Ausfallraten bei andernteils begrenzten Behandlungskapazitäten der ersten Jahre hatten Veränderungen verlangt. Dies scheint zwischenzeitlich über eine deutliche Verbesserung des Behandlungskonzeptes, abgestimmte, gezieltere Vorabauswahl der Klientele, ein systematischeres und stärker selegierendes Aufnahmeprocedere und eine, auf die Möglichkeiten der gegebenen Angebotsstrukturen des Settings abgestimmte Klientele gelungen. V. a. die gezielte Vorab- Selektionen der Klientele in Abstimmung mit dem Behandlungsangebot dieses Settings und nach indikationsgeleiteten, bedarfs- und patientenorientierten Gesichtspunkten wirkte sich, zusammen mit dem Umstand, daß die Selektion mit zunehmendem Bekanntheitsgrad nicht mehr überwiegend vom Aufnahmedruck diktiert wurde, deutlich begünstigend aus auf die Akzeptanz und letztlich den Erfolg der Behandlung. Nach diesen Änderungen konnten deutlich stabilere und bessere Treatment-Erfolge und weniger Abbrüche erzielt werden.

Unabhängig von denkbaren Verbesserungen zu Therapiekonzept und Aufnahmebedingungen sind die innovativen Verdienste einer solchen Maßnahme und der dadurch ermöglichte Erkenntnisgewinn beachtlich.

Die Erkenntnisse aus den Evaluationen zu dem Modell der Tagklinik korrespondierten mit Befunden aus den deutschen Untersuchungen, wo deutlich wurde, daß sich Rückfälle adäquat ambulant behandelter forensischer Patienten in Ausmaß und Ausgestaltung quantitativ und qualitativ weitaus weniger schwer und dramatisch gestalteten und ausgewiesene Delikte einer weitaus weniger schweren Deliktkategorie entsprachen. Vor dem Hintergrund der eigenen Untersuchungsbefunde zu Erfahrungen aus dem deutschsprachigen Raum und der, daraus abgeleiteten, Richtlinien adäquater ambulanter Behandlung forensisch psychiatrischer Patienten, war bei den immer noch hohen Abbruchquoten und v. a. auch der Komplexität und Schwere der Störungsbilder, ergänzend zu empfehlen, das Programm mehr auf störungsspezifische Gesichtspunkte auszurichten und neben erprobten Programmen auch individuellen Behandlungserfordernissen Raum zu bieten. Wichtig ist das Erarbeiten, Verstehen, Erkennen und Management der jeweiligen individualspezifischen Deliktszenarien: Dahingehend ist verstärkt auf die, insb. für Gewalt- und Sexualstraftäter relevanten, konstellativen deliktogenen Momente, Determinanten und Muster und dbzgl. vulnerabilisierende, v. a. situative und emotive Komponenten zu achten. Weiter scheint es und insb. zur Gruppe der Gewalttäter, sinnvoll, einen breiteren methodischen Ansatz und mögliche individualtherapeutische Elemente zu berücksichtigen. Empfehlenswert ist es, neben dem Gruppensetting, sofern nicht kontraindiziert, auch Einzeltherapien anzubieten bzw. Bezugspersonen- resp. Partner- oder Familientherapieen und dies nötigenfalls mit erhöhter Frequenz und Intensität sowie ergänzend zu den bislang dominierenden und stringent geschalteten, verhaltenstherapeutisch - kognitiven Programmeinheiten auch andere, wie Ansätze mit tiefenpsychologischer, psychodynamischer und systemischer Orientierung - insb. dann, wenn die Deliktgeschichte in ihren Bezügen dbzgl. Anhaltspunkte bietet.

Diese Annahme bestätigten sich in jüngsten Entwicklungen mit zwischenzeitlichen ersten Implementierungen anteilig individualtherapeutischer Einzelkontakte und Angebotseinheiten zur Paar-, Familien- und allgemeinen Bezugspersonentherapie. (Diese wurden bevorzugt so gelegt, daß sie eher am späteren Nachmittag, nach den üblichen tagklinischen Behandlungsprogrammen wahrgenommen werden können.)

Im Hinblick auf die effektive Umsetzung eines solchen Programmes verdeutlichte sich erneut die Bedeutung der Passung bzw. Entsprechung der hintergründigen Strukturen, eine gewisse Durchlässigkeit der involvierten Systeme und Flexibilität justitialer Vorgaben zum Zwecke der individualspezifischen Anpassung und damit Begünstigung der Umsetzung des Therapievorhabens.
Die höhere Rückfallquote in der Gruppe der Abbrecher läßt annehmen, daß, bezogen auf diese Klientele, ein Abbrechen der Behandlung an sich, zu einer, in der Tendenz ungünstigen, prognostischen Aussage berechtigt Im Hinblick auf bezeichnete präventive und bessernde Funktionen einer adäquaten nichtstationären Behandlungsform, fanden sich inhaltliche Entsprechungen und darüber Bestätigungen zu Befunden der deutschen Untersuchungen. Rückfälle von Beendern der tagklinischen Behandlung ließen sich i. a. R, in eine andere deutlich niedrigere Deliktklasse einstufen. Sie gestalteten sich ihrer Ausbildung, Dimension und Schwere weitaus geringer als das Eingangsdelikt und ohne Gewalt gegen Personen.
Offen blieb allerdings die Frage zu Bestand, Stabilität und Dauer der Veränderungen gegenüber situativen, kulminierten und speziellen Belastungen.
Die Ergebnisse sprechen dafür, daß über eine derartige und adäquate abgeschlossene Behandlung nicht nur die Rückfälligkeit der Patienten verringert sondern auch schwerwiegende Delikte verhindert werden konnten. Patienten, die das tagklinische Programm beendet hatten, zeigten Verbesserungen im Hinblick auf soziale und psychische Funktionen, Delikt- und Rückfallfreiheit.
Die Erfahrungen der Klinik bezeugten die Erfordernis differenzierterer Aufnahme- und Selektionskriterien und deren Relevanz im Hinblick auf die prospektive Effektivität der Behandlung. Dies und die Ausweitung der Kapazitäten reduzierte den vorab starken Aufnahmedruck aus sowohl ökonomischen (geforderte Auslastung der Tagklinik) als auch externen und v. a. strukturpolitisch determinierten Gründen (Aufnahmedruck, dramatische Überbelegungen der TBS - Kliniken), was dann auch progredient eine deutliche Minderung der hohen Abbruchquoten aus den ersten 3 Jahren mit sich brachte: 1996 betrug die Abbruchquote 20 %, für 1997 17 % und 1998 schließlich 14 %.

18 Ambulante Versorgung psychisch kranker Straftäter in der Schweiz ... 18-210
18.1 Rechtliche Grundlagen ambulanter Therapie psychisch kranker Straftäter in der Schweiz ... 18-210
19 Professionale ambulante Versorgung und Personalausstattung - Richtlinien ... 19-213
19.1 Erfaßte Inhalte und Stichproben ... 19-213
19.1.1 Rechtliche Bezüge zur personalen Ausgestaltung des MRVZ als hintergründig strukturbestimmende Determinanten und Anhaltewerte zum Kontext einer adäquaten Personalausstattung ... 19-213
19.1.2 Einschub: Personalanhaltszahlen ... 19-213
19.1.2.1 Standardrichtlinien für eine aufgabengerechte Personalausstattung ... 19-213
19.2 Bedeutsamkeit personaler Bedingungskonstellationen für die Behandlungsqualität – Definition und Forderungen optimierter Konditionen personaler Versorgung ... 19-214
19.2.1 Personale Konditionen als Kriterien für die Behandlungsqualität ... 19-214
19.2.2 Forderungen um optimiertere Vorgaben ... 19-214
19.2.3 Ergänzende Beanstandungen zu quantitativen und qualitativen Engpässen und Mängeln der personalen Versorgung aus auch anderen Kontexten der deutschen Untersuchungen ... 19-214
19.2.4 Relevanz der Qualität der vorausgegangenen stationären personalen Versorgung für die ambulante Behandlung ... 19-214
19.3 Personalstrukturen verschieden konzipierter Ambulanzmodelle - Ausstattung und Entwicklung des Personalstandes ... 19-215
19.3.1 Personalstruktur institutionalisierter forensischer Fachambulanzen - Gegenüberstellung ... 19-215
19.3.2 Personale Konstellation zum besonderen Fall der psychosozialen Rehaabteilung einer Entzugsklinik ... 19-216
19.3.3 Entwicklungen und Veränderungen zum Personalstand von Personalstrukturen über die Zeit ... 19-217
19.3.4 Personelle Ausstattung der Modellprojekte ... 19-218
19.3.5 Stellenprofile mit Funktionsbereichen von Ambulanzmitarbeitern – dargestellt zu einem der gemeindenahen Projektmodelle mit dem Schwerpunkt Wohngemeinschaftbetreuung ... 19-219
19.3.6 Aufgrund der defizitären Ausgangslage vorab noch nicht deklarierte, in den Funktionen jedoch abzudeckende weitere Stellenprofile ... 19-219
19.4 Erläuternde und übergreifende Ausführungen der Erkenntnisse zu professionalen Ausgestaltungen, Entwicklung des Personalstandes, Stellenprofilen und personalen Strukturen des Ambulanzteams ... 19-220
19.4.1 Erfahrungen deutscher gemeindenaher Modellprojekte ... 19-220
19.4.1.1 Erfordernis um An-Passung, dynamische inhaltliche und strukturelle Adaptation von Stellenprofilen, personalem Bedarf, Definition des Arbeitsbereiches und -platzes ... 19-220
19.4.1.2 Spezifika zum personalen Eignungsprofil - Fundierte fachforensische Erfahrung vor Zuschreibungen bestimmter Professionen ... 19-220
19.4.1.3 Spezifika zum personalen Eignungsprofil - Stellenprofil leitender Tätigkeiten ... 19-220
19.4.2 Ambulanzformen übergreifender Erkenntnisstand ... 19-221
19.4.2.1 Multiprofessionales Team nachweislich fachforensisch qualifizierter Mitarbeiter ... 19-221
19.4.2.2 Einzelfallbezogene sozialarbeiterische Hilfen - Case Work ... 19-221
19.4.2.3 Angehörigen- und Öffentlichkeitsarbeit ... 19-221
19.4.2.4 Strategien zur Begegnung des Problems der personalen Kontinuität ... 19-221
19.5 Case Load ... 19-221
19.6 Sicherstellen der personaler fachforensischer Kompetenz über definierte qualifikatorische und ausbildungsbezogene Standards und Anforderungsprofile zur Mitarbeiterqualifikation ... 19-221
19.6.1 Stichprobe ... 19-221
19.6.2 Anforderungsprofil an Mitarbeiter der Ambulanz ... 19-221
19.6.3 Bedingungsfaktoren einer adäquaten Qualifikation ... 19-223
19.6.4 Spezifika an qualifikatorischen Anforderungen - außerordentliche (zusätzliche) Aufwendungserfordernisse für das Personal zur ambulanten Behandlungsführung psychisch kranker Straftäter ... 19-223
19.6.5 Resümee ... 19-224
19.7 Geregelte Supervision und fachgerechte Beratung der Therapeuten ... 19-224
19.8 Unzureichende Bestände an qualifiziertem Fachpersonal und Erfordernis um forensische Ausbildungsmöglichkeiten ... 19-224
19.9 Forensische Ausbildungsmöglichkeiten ... 19-224
19.10 Rekrutierung ambulanter und insb. therapeutischer Mitarbeiter - Vorgaben und Anforderungen ... 19-225
19.10.1 Rekrutierungsversuche ambulanter Mitarbeiter zur ambulanten Sexualstraftäterbehandlung ... 19-225
19.11 Diskussion und Zusammenschau von Aspekten und Vorgaben zu den personalen Bedarfs- und Anforderungsprofilen ... 19-226
19.11.1 Personale Qualifikation und fachspezifische Kompetenz ... 19-226
19.11.2 Personale Konstanz ... 19-226
19.11.3 Professionale Vernetzung ... 19-226
19.11.4 Relevanz der Qualität der stationären Vorerfahrungen für die nichtstationäre Betreuung ... 19-226
19.11.5 Therapeutische Bedeutung des Personalschlüssels ... 19-226
19.11.6 Anforderungsprofile zu den personalen Strukturen der Versorgung und deren ambulante und anteilig auch stationäre Vorgaben sowie Arbeitsinhalte und Leistungsaufwendungen konzeptionell fundierter ambulanter Behandlungsformen ... 19-227
19.11.7 Reziprozität von Bedarf und Strukturvorgaben ... 19-228
19.11.7.1 Bezüge zum Behandlungsaufwand mit der Erfordernis um dahingehende dynamische bedarfsorientierte, indikationsgeleitete Gestaltungsmöglichkeiten ... 19-228
19.11.8 Case-Load ... 19-228
19.11.9 Personal- und Stellenprofile ... 19-229
19.11.10 Schwierigkeit der Rekrutierung externer qualifizierter therapeutischer Mitarbeiter ... 19-229

19.11.11 Rechtliche Absicherungen ... 19-229
19.11.12 Angemessene Gratifikation / Honorierung zum hohen Anspruchsprofil ... 19-229
19.11.13 Gesicherte Verfügbarkeiten einer passenden Versorgung ... 19-229
19.11.14 Geregelte Supervision und fachgerechte Beratung ... 19-229
19.11.15 Erfordernis um Standards im personalen Anforderungsprofil, Sicherstellung adäquater fachspezifischer Qualifikation und Kompetenzbildung ... 19-230
19.11.15.1 Effizienzkriterium fachspezifischer Qualifikation und drängendem Bedarf um Aus- und Fortbildung ... 19-230
19.11.16 Hohes und besonderes personales Eignungs- und Anforderungsprofil In vielen Bezügen hoher oft spezieller Anspruch an das personale Eignungs- und Anforderungsprofil ... 19-230
20 Kostenregelungen, Finanzierungsmaßnahmen, ökonomische Aspekte zum Kontext ambulanter Behandlung psychisch kranker Straftäter ... 20-231
20.1 Erfassungsmodus und Befunde zu den Finanzierungsformen ... 20-231
20.2 Diverse Aspekte zur Kostenbeteiligung und Kostenträgerschaft ... 20-232
20.3 Erfahrungen zum Kontakt mit den potentiell kostentragenden bzw. in den zugehörigen Entscheidungsprozeß eingebundenen Behörden ... 20-233
20.4 Forderung um formal abgesicherte, rechtliche, Grundlagen zu Fragen der Trägerschaft/ Haftung und Formen der Finanzierung ... 20-234
20.5 Weitere Aspekte kostentechnischer Regelungen resp. zu den Problemen der kostenmäßigen Zuständigkeit und dahingehende Bewältigungsversuche ... 20-234
20.5.1 Vorteile des Modus der Langzeitbeurlaubung mit allerdings der Übernahme anfallender Kosten und Platzhaltegebühren ... 20-235
20.5.2 Alternative Finanzierungs- und Kostenträgermodelle ... 20-235
20.5.3 Resümee und weiterführende abrechnungstechnisch relevante Aspekte ... 20-235
20.6 Quantitative und qualitative Aspekte zu Betreuungsleistungen ambulanter Behandlung ... 20-236
20.6.1 Konzeptionelle Ausrichtung als einflußreicher Faktor für die Personalstruktur ... 20-236
20.7 Zeit- und leistungsbezogene versorgungstechnische Aufwendungen ... 20-236
20.7.1 Betreuungsaufwand einer etablierten forensischen Institutsambulanz ... 20-236
20.8 Ökonomische Aspekte ambulanter Kriminaltherapie ... 20-238
20.8.1 Kosten ambulanter Kriminaltherapie Hessen / Haina ... 20-238
20.9 Ökonomische Aspekte aus der Behandlung von Sexualstraftätern der Forensischen Nachbetreuungsambulanz Wien ... 20-240
20.9.1 Stichprobe ... 20-240
20.9.2 Fragestellung ... 20-240
20.9.3 Status, Herkunft und Verbleib der Sexualstraftäter der Stichprobe März 1992 – April 1998 ... 20-240
20.9.4 Aspekte der Wirtschaftlichkeit ... 20-240
20.9.4.1 Tagessätze ... 20-241
20.9.4.2 Ambulante Behandlungsweisung als Möglichkeit zur kostensparenden ambulanten Therapien - Zum Einfluß der Weisung auf Rückfallraten und volkswirtschaftliche Folgekosten ... 20-241
20.9.4.3 Rückfälligkeit ... 20-241
20.9.4.4 Budget, Aufwendungs- und Personalkosten ... 20-242
20.9.4.5 Aufwendungen der forensischen Nachbetreuungsambulanz Wien 1997, ´98, ´99 ... 20-242
20.9.4.5.1 Sinkende Ausfallfrequenz bei steigenden Patientenkontakten ... 20-242
20.10 Zusammenfassende Bewertung der Ergebnisse zur Kosteneffektivität ... 20-243
20.10.1 Diskussion der Ergebnisse unter Einbezug anderweitiger Stellungnahmen zur Kosteneffizienz ambulanter Programme aus dem nationalen und internationalen Kontext ... 20-243
20.10.2 Resümee zur Kosten-Nutzen-Kalkulation - Zusammenfassende Bewertung ökonomischer Vorteile einer Forensischen Ambulanz ... 20-244

18 Ambulante Versorgung psychisch kranker Straftäter in der Schweiz

18.1 Rechtliche Grundlagen ambulanter Therapie psychisch kranker Straftäter in der Schweiz

In der Schweiz besteht ein gesetzlich geregelter Anspruch des psychisch kranken Delinquenten auf ambulante Nachsorge und therapeutische Versorgung. *Artikel 43 des Schweizerischen Strafgesetzbuches (StGB)* ermöglicht die richterliche Anordnung einer ambulanten psychiatrischen Behandlung, wenn es der Geisteszustand des Täters erfordert und weitere andere Voraussetzungen erfüllt sind. Der Vollzug der Strafe kann nach richterlichem Urteil auch aufgeschoben werden. Nach erfolgreicher Therapie erklärt der Richter i. d. R., daß auf den Vollzug der Strafen verzichtet wird. [1] *Artikel 44* des schweizerischen *StGB* erlaubt die Anordnung einer ambulanten Behandlung von Straffälligen, deren Delikte in einem Zusammenhang mit ihrer Suchtmittelabhängigkeit (insb. Alkohol und Drogen) stehen. Die Durchführung der therapeutischen Behandlung wird durch Sozialdienste, die für solche Aufgaben eingerichtet sind kontrolliert. Die Form der Kontrolle kann über den Patienten direkt oder und über den Kontakt zum behandelnden Therapeuten erfolgen. Zusätzlich erforderlich ist ein ärztlicher Bericht über den bisherigen Verlauf der Behandlung und zwar nach 1 Jahr im Falle einer ambulanten Maßnahme nach *Artikel 43* und nach 2 Jahren bei ambulanten Maßnahmen nach *Artikel 44.* Seitens des kontrollierenden Organs erfolgt eine Berichterstattung an die ´Justizdirektion`, wenn die Behandlung nicht realisiert wird, d.h. entweder nicht zustande kommt, sich als unzweckmäßig erweist oder abgeschlossen werden kann. Das Gericht geht vorab davon aus, daß eine solche Behandlung auf eigene Kosten erfolgt. Seit Anfang der 90er Jahre besteht in der Schweiz eine obligatorische Krankenversicherung nach Indikation. In der Regel wird die Finanzierung der ambulanten Behandlung von den Krankenkassen getragen. Sofern dies dem Patienten selbst nicht möglich ist und die ambulante Behandlung durch den Patienten realisiert wird, kommt der Staat und hier die Justizbehörde für die Kosten dafür auf, wobei eine Kostenübernahme der ambulanten Therapie auch dann möglich ist, wenn der Patient freiwillig in Behandlung bleibt und in Abweichung von der deutschen Rechtslage, auch dann, wenn der Patient diese ohne ausdrückliche gerichtliche Weisung eingeht bzw. nicht mehr der Maßregel untersteht. Der Vollzug dieser Maßnahmen obliegt nach Schweizerischem Bundesgesetz der jeweiligen kantonalen Vollzugsbehörde[2]; die weiteren Einzelheiten des Vollzuges sind kantonal geregelt. Die zuständige kantonale Vollzugsbehörde entscheidet über die Anerkennung einer Behandlung als Maßnahme überhaupt und regelt den Vollzug der Maßnahme aufgrund des rechtskräftigen Urteils mittels einer Verfügung. Sie entscheidet weiter über Beginn und Einstellung der ambulanten Maßnahmen. Meist wird dem Sozialdienst als ausführendem Organ der Justizdirektion dazu ein Auftrag erteilt mit Aufgabeninhalten, die den Zweck haben, die Durchführung der ambulanten Behandlungsformen zu ermöglichen und zu organisieren, die Frage der Kostenübernahme zu regeln und die tatsächliche Durchführung der ambulanten Behandlung zu kontrollieren. Im *Kanton Zürich* bspw. hat der Sozialdienst als ausführendes Organ der Justizdirektion im Rahmen des Vollzuges und der Kontrolle ambulanter Maßnahmen konkret folgende Aufgaben zu erfüllen:

- Vermittlung eines geeigneten ambulanten Therapieplatzes
- Regelung der Kostenübernahme:
- Abklärung, ob der Klient dazu in der Lage ist, die Therapiekosten selbst zu tragen,
- andernfalls Beantragung der Kostenübernahme durch die Vollzugsbehörde.
- Kontrolle von Beginn und Durchführung der ambulanten Behandlung
- Berichterstattung an die Justizbehörde, wenn:
- die Behandlung nicht zustande kommt,
- sich als unzweckmäßig erweist oder
- abgeschlossen werden kann.
- Einholen eines ärztlichen Berichtes und zwar:
- nach 1 Jahr bei ambulanten Maßnahmen *n. Artikel 43* und
- nach 2 Jahren bei ambulanten Maßnahmen *n. Artikel 44*.

Weitere Aufgaben sind das Führen einer sog. ´Schutzaufsicht` (entspricht etwa dem deutschen Verständnis einer Führungsaufsicht) sofern diese vom Gericht verordnet ist und die Kontrolle zusätzlicher Weisungen, sofern diese gerichtlich angeordnet sind.

Die ambulanten Behandlungen nach dem schweizerischen StGB müssen gemäß Bundesgerichtsentscheid von einem Arzt durchgeführt oder kontrolliert werden. Allerdings gibt es Fälle, in denen Klienten bereits vor der Verurteilung eine Behandlung bei einem nichtärztlichen Therapeuten beginnen. Dann werden Lösungen erschlossen, bspw., indem - zumindest formal - die Behandlung einer ärztlichen Kontrolle unterstellt ist. Unproblematisch ist die Situation, wenn die Behandlung durch Nichtmediziner im Rahmen einer Institution mit fachärztlicher Leitung oder ärztlicher Supervision stattfindet, wie bspw. eines ambulanten psychiatrischen Dienstes oder einer Suchtberatungsstelle.

In der Schweiz finden sich bisher keine speziellen MRVZ-Anstalten. Psychisch kranke Straftäter werden i. d. R. in Gefängnissen untergebracht mit jeweils speziell zur Behandlung dieser Klientele ausgebauten Abschnitten, die

[1] *vgl. dazu auch: Mörgeli 1987 in: J. Schuh (Hrsg.): S. 307 ff..*

[2] Beispielsweise ist für den Kanton Zürich die Justizdirektion für den Maßnahmenvollzug zuständig.

in der Konzeptionierung des therapeutischen Gedankens und den entsprechenden Maßnahmen, die dem deutschen MRVZ ähneln *(Bsp.: Gefängnis St. Johannsen).* Außerdem gibt es Arbeitserziehungsanstalten und gezielte pädagogische Maßnahmen für Jugendliche. Daneben besteht die Möglichkeit, daß Patienten in die Psychiatrie und falls dort vorhanden, in forensischen Abteilungen, eingewiesen werden. Es darf sich dabei jedoch nicht um zu schwer persönlichkeitsgestörte und nicht zu gefährliche handeln, weshalb die meisten der so untergebrachten Patienten zur Gruppe der Psychosekranken zu rechnen sind.
Viele der psychiatrischen und insb. der Universitätskliniken, in denen stationäre Maßnahmen vollzogen werden, verfügen über keine spezielle Abteilung für psychisch kranke Rechtsbrecher.
Eine Spezialabteilung Forensische Psychiatrie R 2 wurde an der *Psychiatrischen Universitätsklinik Basel* im Mai 1997 eröffnet mit einem multiprofessionalen Stationsteam und einem integrativen Behandlungskonzept. Zur Verfügung stehen hier 14 bis max. 18 Plätze für Frauen und Männer gemischt für folgende Personengruppen:
> psychisch kranke Rechtsbrecher mit gerichtlicherseits angeordneter stationärer Maßnahme wegen aufgehobener oder verminderter Zurechnungsfähigkeit und anhaltender Rückfallgefahr.
> Untersuchungshäftlinge,
> während der Haft psychisch erkrankte Strafgefangene (stationäre Krisenintervention),
> stationär zu begutachtende Tatverdächtige,
> allgemeinpsychiatrische Patienten/ -innen mit spezieller Problematik.

Ein wesentliches Aufgabengebiet bildete die ambulante Nachsorge einzelner Patienten und dabei speziell solcher mit einer, zur Bewährung ausgesetzten, Maßnahme. Der Bestand an ambulant zu behandelnden Patienten entsprach etwa der Anzahl der stationär geführten Patienten.
Bei Unterbringung im Gefängnis besteht die Möglichkeit, den Patienten aus Maßnahmen zu beurlauben, wobei solchermaßen beurlaubte Patienten dann ambulant behandelt werden dürfen. Andernteils können bereits mit Verhängung der Strafe von vornherein ambulante Maßnahmen angeordnet werden. Diese Aufgabe wird bspw. in *Basel* von einem Forensischen Dienst übernommen und i. Ü. auch von niedergelassen Psychiatern ausgeführt. In einigen Schweizer Kantonen ist es inzwischen möglich geworden durch eine entsprechende Aufbesserung der versorgenden Infrastruktur, wie bspw. zu *Basel*, bis etwa 50 % aller mit einer Maßregel bedachten Patienten ambulant zu führen; Zwischenzeitlich geben über 50 % der Weisungen eine ambulante Therapie vor *(lt. persönlicher Mitteilung Dittmann, Okt. 99).* Prospektiv längerfristig angeplant ist die Einrichtung satellitenähnlicher Konstrukte, über welche noch eine Form der Anbindung an die regional zuständige Klinik gegeben ist und worüber Leistungen der Supervision und Krisenintervention im Kontext der Ver- und Nachsorge geschaltet werden sollen.
Eine Strafe kann zugunsten einer ambulanten Therapie aufgeschoben werden. Meist wird im Bereich Suchtmittelabhängigkeit / Drogen zugunsten einer ambulanten Maßnahme entschieden. Seiten des Gerichtes kann eine Strafe ausgesetzt werden, wenn auf Nachfrage erkannt wurde, daß eine Maßnahme günstig ist. Eine Strafe kann zugunsten einer ambulanten Maßnahme aufgeschoben werden, wenn dies therapeutisch sinnvoll erscheint. Wenn die ausgesprochene Strafe 4 Jahre nicht überschreitet, kann diese Möglichkeit, die im Ermessen der Strafverfolgungsbehörde liegt, nicht mehr realisiert werden. Im Falle der ´unbedingten Strafe` kann der Richter eine ambulante Maßnahme aussprechen. Eine solche kann bspw. auch den Besuch einer Ausbildungsstätte in Verbund mit Psychotherapie darstellen. Im Falle einer ´bedingten Strafe` gibt es Weisungen zur ambulanten Maßnahme. Bei negativem Verlauf wird die Strafverfolgung eingeschaltet. Die Strafenmaßnahmenbehörde fragt nach und kontrolliert.
Bei jedem schweren Delikt wird seitens des Gerichtes automatisch ein psychiatrisches Gutachten angeordnet.
In der Gesamtschau stellt sich die Maßnahmesituation in der Schweiz - noch - eher unstrukturiert dar. Ambulante Maßnahmen wurden häufig kleineren Delikten oder Doppeldiagnosen (z. B: schizoaffektives und polytoxes Störungsbild mit ambulanter Maßnahme) und darüber den entsprechenden ambulanten Diensten, zugewiesen. Die meisten Maßnahmen fanden sich zum Bereich ´Suchtmittelabhängigkeit / Drogenmißbrauch`. 50 % der Weisungen einer ambulanter Maßnahmen erfolgen für ambulanten Psycho- Therapien. Ein Abbruch einer solchen Behandlung bedeutet in der Konsequenz den Vollzug. Weisungen zur ambulanten Maßnahme: Ein Patient, dem eine unbedingte Strafe ausgesprochen wurde, kann Weisung zur ambulanten Therapie erhalten und es können, abweichend zur Situation in Deutschland, sofortige Vollstreckungen aufgeschoben werden, was auch nicht von Experten entschieden werden muß. Zu einer bestimmten Klientele hat sich bei Oberaufsicht die Verlegung in ein Wohnheim bewährt. Insgesamt ermöglicht die aktuelle Gesetzeslage eine flexible Handhabung, was unter therapeutischen Gesichtspunkten an sich eher günstig zu nutzen ist. Als eine von insg. drei geschlossenen psychiatrischen Abteilungen innerhalb eines Gebäudes besteht seit Mai 97 in *Basel* eine dezidiert forensische stationäre Einrichtung mit einem Bettenbestand von 14 bis 18 Patienten, die unter ärztlicher Aufsicht geführt wird. Bei einem Personalschlüssel von 3:1 sind 1.5 Assistent, ein Oberarzt, eine Leitung und außerdem Pflegepersonal eingesetzt. Beklagt wird auch hier, daß insb. für das nichtärztliches Personal vorab keine fachforensische Ausbildungen besteht. Über auswärtige Dienste werden, wie bspw. im Nachbarkanton, Supervisionen durch den Leiter der forensischen Abteilung geleistet und angeboten.
Im Ganzen bestehen 5 Kantone mit eigenen forensischen Diensten. Bisher wird den meisten der bestehenden psychiatrischen Einrichtungen eine ärztliche Aufsicht nicht zugeschrieben (ähnlich der deutschen MRVZ-Anstalt aber nicht unter ärztlicher Aufsicht). Als eine Form von Hochsicherheitsverwahrung gibt es eine Einrichtung der Hochsicherheitspsychiatrie in der Ostschweiz. Seit 1993 befinden regionale Kommissionen über die Lockerung

bei gefährlichen Straftätern. Jetzt gibt es ein Curriculum - einen *Arbeitskreis (AK) ´Forensische Psychiatrie`* der deutschen Schweiz mit einem jährlichen Lehrgang für Assistenten. Die seit 1998/ `99 zu einigen Regionen eingerichteten sog. *´Forensische Arbeitskreise`* zielten auch darauf ab, zur Verbesserung der Qualifizierung forensisch therapeutischer Mitarbeiter beizutragen. Psychotherapeutisch tätige Mitarbeiter sind fast immer ärztliche Therapeuten.

Die Qualifikation der Psychotherapeuten wird seitens forensischen Leitung der Abteilung als bisher in den meisten Fällen als für die therapeutische Arbeit mit speziell dieser Klientele unzureichend eingeschätzt. Zukünftig angestrebt wird eine verbesserte forensisch psychiatrische und psychotherapeutische Qualifikation der, in die Behandlung eingebundenen Ärzte und prospektiv auch Psychologen. Außerdem benötigt werden fachforensische männliche Pflegekräfte. Im Gegensatz zu den psychiatrischen forensischen Patienten sind Suchpatienten besser ambulant versorgt und an entsprechende Nachsorgeprogramme der jeweiligen Region und anteilig dabei auch an die durchaus progressiven Suchtprogramme einiger der Großstädte, angebunden. Als therapeutisch kaum erreichbares forensisch psychiatrisches Klientele geschildert werden Persönlichkeitsgestörte, Borderlinepatienten, komorbide Suchterkrankungen, wobei die aufnehmenden, zuständigen Einrichtungen in ihrem kontingentalen und konzeptionellen Leistungsprofil den Anforderungen solch spezifischer und außerdem besonders komplexer Störungsbilder, regulär kaum entsprechend können

.

19 Professionale ambulante Versorgung und Personalausstattung - Richtlinien

19.1 Erfaßte Inhalte und Stichproben

Zur Frage nach der professionellen Versorgung gut ausgeformter ambulanter Behandlungskonzepte wurden aussagekräftige Daten rekrutiert zu der Personalstruktur, dem praktizierten und für erforderlich gehaltenen Anforderungsprofil an das Personal sowie anteilig dem Personalschlüssel und außerdem offiziell geprüften Personalanhaltszahlen als Orientierung. - Letztlich gelang es über die, zur Thematik der personellen Versorgung rekrutierten Befunde Richtlinien für eine aufgabengerechte Personalausstattung zu erstellen.

Personalstruktur: Zur Frage nach der Personalstruktur, d.h. wieviele Mitarbeiter in welcher Funktion in der Ambulanz tätig waren, wurden von 8 forensischen Kliniken mit zusammen n_s=1258 stationären und n_a=188 ambulanten Patienten Angaben eingebracht. Zu den zwei eingebrachten Modellprojekten *(Düren, Moringen)* wurden deren Befunde rückwirkend eingebracht.

Anforderungsprofil: Aussagekräftige Stellungnahmen zum spezifischen Anforderungsprofil an das Personal und die Personalstruktur ambulanter Versorgungskonzepte fanden sich neben diesen 6 Kliniken für zusätzlich 6 weitere Einrichtungen und damit insg. 12 Kliniken mit fundierter Erfahrung zur ambulanten Behandlung mit zusammen n_s=1624 stationären und n_a=245 ambulanten Patienten.

Personalschlüssel: Konkrete Angaben zum Personalschlüssel waren über 6 der Einrichtungen recherchierbar.

Des Weiteren konnten zu den hintergründig rechtlichen und stukturbestimmenden Determinanten rückwirkend zusätzlich Angaben zu offiziell geprüften Anhaltszahlen zur größten Institutsambulanz, *Haina*, eingebracht werden.

Aus anderen Kontexten der deutschen Untersuchungen zusammengetragene Aussagen

Daneben gingen aus anderen Kontexten der Erhebung von insg. 24, sich ansonsten nicht näher zu personellen Angelegenheiten äußernden, deutschen MRVZ-Einrichtungen kritische Stellungnahmen ein.

19.1.1 Rechtliche Bezüge zur personalen Ausgestaltung des MRVZ als hintergründig strukturbestimmende Determinanten und Anhaltewerte zum Kontext einer adäquaten Personalausstattung

Die gesetzliche Verantwortung für die Ausgestaltung des MRVZ und damit zum Versorgungsniveau an sich und auch der personellen Ausstattung und Bereitstellung von - Fachpersonal (Personalschlüssel) liegt bei den Bundesländern.

19.1.2 Einschub: Personalanhaltszahlen

In der Suche nach Anhaltspunkten zu formal und offiziell geprüften Anhaltszahlen zum Personalschlüssel einer Forensische Ambulanz, fanden sich zum Zeitpunkt der vorliegenden Erhebung allein zur Einrichtung *Haina* und deren Forensischer Institutsambulanz entsprechende Angaben. Um einen Orientierungsrahmen und Bezug zu Maßstäben der personalen Versorgung von MRVZ-Patienten herstellen zu können, wurden Daten zu dieser, mit einem progressiven und differenzierten therapeutischen Konzept und intensiven Behandlungsanspruch assoziierten und zentralen MRVZ-Klinik des *Landes Hessen, Haina*, zur personalen Versorgung zum stationären Bereich und Aussagen zum Personalschlüssel [3] zusammengefaßt. In der Bewertung dieser Zahlen zu beachten ist allerdings die Relation zu anderen Einrichtungen und, daß unter einer anderen Bundeslandregelung und für Kliniken, die einem psychotherapeutischen Behandlungsansatz nicht solch zentrale Bedeutung beimessen, von einem, real eher schlechteren Personalschlüssel und weniger forensisch psychiatrisch/ therapeutisch qualifizierten Fachpersonal auszugehen ist. Demnach ist das im Folgenden dargestellte Modell eher als eine Art ´Prototyp` eines, unter den gegebenen Bedingungen erzielbaren, Optimums an stationärer personaler Versorgung zu werten.

19.1.2.1 Standardrichtlinien für eine aufgabengerechte Personalausstattung

Standardrichtlinien für eine aufgabengerechte Personalausstattung wurden bundesweit erstmals mit dem Entwurf der Personalanhaltszahlen für den MRVZ in NW Ende der achtziger Jahre entwickelt. Diese Anhaltszahlen hatten sich nicht durchsetzen können. Dabei war das Land Hessen bis auf weiteres nicht einmal bereit gewesen, der Klinik die, von der Prüfgesellschaft teils drastisch nach unter korrigierten, Personalzahlen zuzugestehen *(entspr.: Müller-Isberner & Gretenkord 1994)*. Zum Bereich der Allgemeinpsychiatrie wurde seit Januar 1991 die Psychiatrie Personalverordnung *(Psych-PV)* über eine Verordnung der Bundesregierung installiert *(vgl.: Kunze & Kaltenbach 1992)*. Derselben Systematik entsprechend wurde vom Arbeitskreis Forensische Psychiatrie in der Bundesdirektorenkonferenz der Entwurf „Maßstäbe und Grundsätze für die Personalausstattung von Forensisch Psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene“ *(Psych-PV/ Forensik) (zur Systematik s. Schumann 1993)* erarbeitet. Die, im Kontext der Bundesdirektorenkonferenz entwickelten und von der Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger psychiatrischer Krankenhäuser (BAG) zwischenzeitlich akzeptierten, Personalanhaltszahlen des Entwurfes Psych-PV / Forensik wurden im Zusammenhang mit der Überprüfung des Personalbedarfs des psychiatrischen MRVZ erstmals für die *Klinik für Gerichtliche Psychiatrie Haina*, anläßlich einer, im ersten Halbjahr 1993 durchgeführten, Wirtschaftlichkeitsprüfung zugrunde gelegt. Diese erkannte zu einem, dem Untersuchungszeitraum der –initialen- eigenen Untersuchung nahen, Zeitpunkt der Ambulanz für deren personale Versorgung zu: 2.8 Stellen mit 0.8 Facharztstellen, 1 Psychologen und 1 Sozialarbeiter für ca. 70 Ambulanzpatienten[4]. Der, für die Forensische Institutsambulanz von der Wirtschaftsprüfungs-

[3] Diese Daten finden sich anteilig auch publiziert.(*Müller Isberner & Gretenkord 1994).*

[4] *Vgl. auch Näheres zur Thematik in: Müller-Isberner et al. 1993, Müller-Isberner & Gretenkord 1994.*

gesellschaft *(Ernst & Young)*, zugestandene Schlüssel von 1:25 wurde von der bewerteten Klinik selbst als ausreichend akzeptiert und sie empfahl, diesen Wert in eine Neufassung der Psych-PV / Forensik aufzunehmen. [5]
Diese Richtwerte können allerdings nur auf ähnlich konzipierte Formen institutionalisierter ambulanter Versorgung forensisch psychiatrischer Patienten übertragen werden.
Im Falle der *Ambulanz Gießen* und der Zentralklinik *Haina* handelte es sich um an sich bereits außergewöhnlich gut ausgestattete Einrichtungen, was für das Gros der anderen MRVZ-Kliniken keinesfalls die Regel war. Auch sind bei dieser Versorgungskonzeption die enge Anbindung an die Psychiatrische Klinik und damit die Möglichkeit zur potentiellen Mitnutzung und Koordination klinikeigener Ressourcen und Strukturen zu berücksichtigen, worüber nötigenfalls auch - zumindest anteilig - Versorgungsengpässe kompensiert werden können.

19.2 Bedeutsamkeit personaler Bedingungskonstellationen für die Behandlungsqualität – Definition und Forderungen optimierter Konditionen personaler Versorgung

19.2.1 Personale Konditionen als Kriterien für die Behandlungsqualität

Personale Bedingungskonstellationen sind Bestandteil der Behandlungsqualität. - Die personalen Gegebenheiten bilden für die Ausgestaltung und Güte im stationären und ambulanten Setting bedeutungsvolle Einflußgrößen und Determinanten. Die *grundsätzliche Bedeutung einer guten personalen Versorgung* betonten unabhängig voneinander alle zur Frage der personalen Versorgung rekrutierten Kliniken und zwar über sowohl vor- wie teilstrukturierte Fragen zum Personalprofil sowie aus anderweitigen Kontexten der Erhebung.

19.2.2 Forderungen um optimiertere Vorgaben

Einheitlich forderten all diese Einrichtungen:
einen höheren *Personalschlüssel* an sowohl stationär wie ambulant tätigen Therapeuten. Gewünscht wurde, den Personalschlüssel *differenzierter* zu bewerten und diesen für die ambulante Behandlung speziell dieser Klientele *großzügiger* anzusetzen.
Optimierte Bedingungen sollten dahingehend auch die Möglichkeit beinhalten, den *Personalbedarf dynamisch* den Konstellationen zum Einzelfall anzupassen.
Außerdem dringlichst verlangt wurde die Erfüllung *qualifikatorischer Grundvoraussetzungen* und dahingehend eine fachspezifische, forensisch psychiatrische Qualifikation des Personals einschließlich vorgeschalteter klinisch therapeutischer Praxiserfahrung im Arbeitsfeld forensische Psychiatrie und für das therapeutisch Personal eine adäquate therapeutische Ausbildung

19.2.3 Ergänzende Beanstandungen zu quantitativen und qualitativen Engpässen und Mängeln der personalen Versorgung aus auch anderen Kontexten der deutschen Untersuchungen

Auch aus anderen Kontexten der Erhebung und von sich ansonsten nicht näher zu personellen Angelegenheiten äußernden deutschen MRVZ-Einrichtungen gingen neben der o. g. Kernstichprobe (12) von insg. 24 Einrichtungen kritische Stellungnahmen ein zu personalen Engpässen und einem eklatanten Mangel an fachkundigen, ärztlichen und psychologischen Therapeuten mit adäquaten, d.h. fundierten, forensisch psychiatrischen, theoretischen und klinischen Qualifikationen, Kompetenzen und Praxiserfahrungen. Weiter wurde moniert, daß zur Nachsorge bzw. Mitversorgung oder Übernahme ambulanter Behandlungskontingente durch Klinikertherapeuten aus klinikeigenen Beständen kaum bzw. keine personalen zeitlichen und finanziellen Ressourcen verfügbar waren *(vgl. hierzu: Befunde zum Kapitel „Bedarf“)*. Als Begründung wurde die defizitäre Nachsorgestruktur überhaupt sowie die unter quantitativen wie auch qualitativen Gesichtspunkten und damit auch ausbildungsbezogen unzureichende personale Versorgung zum MRVZ und der Mangel an qualifiziertem forensischen Fachpersonal herausgestellt.

19.2.4 Relevanz der Qualität der vorausgegangenen stationären personalen Versorgung für die ambulante Behandlung

Auch die Erkenntnisse zu den personalen stationären Zustandsformen des MRVZ offenbarten das Ineinanderwirken intra- und extramuraler Strukturen und dessen therapeutische Relevanz. Die vorausgegangene – hier i. d. R. stationäre - Therapie und deren Qualität ist als Vorgabe, Basis und potentieller Fundus für die spätere nichtstationäre resp. ambulante Behandlung von Bedeutung. - Die personale Versorgung des stationären Versorgungsbereiches wurde von 75 % der zu dieser Frage eingebrachten, Einrichtungen als – noch intolerable - Mangelsituation herausgestellt.
Thematisiert wurden von all den Einrichtungen der o. g. Stichprobe, daß v. a. auch begründet in der finanziellen Mangelsituation (s. entspr. Kritik an der MRVZ-Verordnung) das, bereits im stationären Bereich unzureichende therapeutische und speziell psychotherapeutische Personal nicht ausreichend vorhanden sei und, daß infolge der

[5] Zum stationären Personalbereich dagegen waren von der Klinik *Haina* personalbezogene Bewertungsansätze und -inhalte heftig kritisiert worden: Detaillierte Tätigkeitskataloge seien seitens der Wirtschaftsprüfgesellschaft unberücksichtigt geblieben, Wochenenddienste nur als Sicherungsaufgaben bewertet und die, in der Folge konstatierte Verordnung zum Abzug von 14.8 Ärzten und Psychologen aus dem übrigen -stationären- Personalkontingent damit begründet worden . - Umstände, die durch die, davon betroffene, Leitung dieser Klinik als „Rückfall in die Zeit vor der Psychiatrie Enquête" kommentiert wurden. *(Vgl.: Müller Isberner & Gretenkord 1994).*

mangelhaften stationären Personallage und deren Be- und Überlastungen, therapeutisches Fachpersonal für die Nachsorge kaum freigestellt werden könne.

19.3 Personalstrukturen verschieden konzipierter Ambulanzmodelle - Ausstattung und Entwicklung des Personalstandes

Zur Frage, wieviele Mitarbeiter in welcher Funktion (genaue Berufsbezeichnung) in der Ambulanz tätig seien, waren insg. zu 9 forensischen Kliniken Angaben erhältlich gewesen, wobei zu zwei der Modellprojekte *(Düren, Moringen)* Angaben dazu rückwirkend eingebracht wurden. Die dazu erhobenen Angaben werden aufgrund der unterschiedlichen konzeptionellen Zugangsformen und zur besseren Übersicht im Folgenden Tabellen getrennt abgebildet:

19.3.1 Personalstruktur institutionalisierter forensischer Fachambulanzen - Gegenüberstellung

Die folgende Untergruppe umfaßt Einrichtungen mit gut organisierten und institutionalisierten Forensischen Ambulatorien sowie als Sonderregelung eine interne psychosoziale Rehabteilung:

Tab. 1: Personalstruktur institutionalisierter forensischer Fachambulanzen

Personalstruktur institutionalisierter forensischer Fachambulanzen *- - Gegenüberstellung										
Einrichtung	Ambulantes Behandlungskonzept – diverse Formen	stationär Pat. (n_s)	ambulante Pat. (n_a)	Psychiater (n)	Psychologe (n)	Sozarb. (n)	Sozpäd (n)	Soziologe (n)	Pflegekraft (n)	Andere (n)
Kaufbeuren	Gut organisierte forensische ambulante Behandlung im formalen Rahmen der Psychiatrieambulanz	075	020 (§ 63 StGB)	1	1	2+	1+		1	
Regensburg	Gut organisierte forensische ambulante Behandlung im formalen Rahmen der Psychiatrieambulanz	052	010 (§ 63 StGB)	1+	1+					
Göttingen	seit Anfang 1994: Gut organisierte überdauernde forensische ambulante Behandlung im formalen Rahmen der Psychiatrieambulanz	069 075	25 19.Nov. 2001 (§ 63 StGB)	1+ anteilig Oberarzt der forensisch-psychiatr. Abtl.		1+ anteilig aus Personalkontingent der allgemeinpsychiatrischen Ambulanz			Mitnutzung der Kontingente der allgemein-psychiatrischen Ambulanz	
Lohr	Institutionalisierte Forensische Ambulanz	092	027 (§ 64 StGB)	2+	2+					
Bremen	Institutionalisierte Forensische Ambulanz	042	006 (§ 63 StGB)	2+	2+					
Wiesloch	Institutionalisierte Forensische Ambulanz	025	010 (§ 63 StGB)	1~						
Haldem [0]	Interne Psychosoziale Rehaabteilung	163	034 (§ 64 StGB)					1 Leiter psychosoz. Rehaabtl.+	6 + Heilerzieher/ innen bzw. Pflegekräfte mit soziotherap. Zusatzausbildung	
Haina [1]	Institutionalisierte Forensische Ambulanz *Gießen* [1]	245	066 (§ 63 StGB)	1[1] Vollzeit (VZ)	1 (VZ)	1 (VZ)	1 (VZ)		1 geplant (VZ)	

**Bezugsgruppe: mit Wiesloch und der internen Psychosozialen Rehaabteilung Haldem n_e = 8 Einrichtungen mit n_s=759 stationären MRVZ- und n_a=193 ambulanten Patienten*

1 Zur *Forensischen Institutsambulanz Gießen* standen zum Untersuchungszeitpunkt die zzgl. Anstellung je 1 Arztes, Sozialarbeiters, psychiatrisch-forensisch qualifizierten Fachpflegekraft bevor. + Personalbestand aus klinikeigenen Ressourcen **0** Nähere Ausführungen zu den Spezifika der personalen Konstellation der ambulanten Betreuungsmaßnahmen einer - allerdings internen - psychosozialen Rehaabteilung der Entzugsklinik für nach § 64 StGB eingewiesene alkoholkranke Patienten *(Haldem)* als Sonderfall ~ übt außerdem die Funktion eines Oberarztes der Klinik aus.

19.3.2 Personale Konstellation zum besonderen Fall der psychosozialen Rehaabteilung einer Entzugsklinik

Das Konstrukt der internen *´Psychosozialen Rehabilitationsabteilung`* einer Entzugsklinik für nach § 64 StGB eingewiesene alkoholkranke Patienten *(Haldem)* mit zum Erhebungszeitpunkt 34 in einem quasi-ambulanten Setting langzeitbeurlaubten Patienten wurde, obschon keine eigentliche forensische Ambulanz, als Sonderfall eingebracht. Deren ambulantes personales Potential wurde aus der Gruppe fachkundiger Mitarbeiter der stationären Betreuung abgezweigt: Ein die ambulante Einrichtung leitender Soziologe sowie 6 weitere Pflegekräfte bzw. Erzieher (pflegerisch erzieherischer Dienst mit auch Heilerziehungspflegern). Die Pflegekräfte wurden hier nach ihrer Funktion bezahlt. Eine Höhergruppierung war von der Teilnahme an der fachspezifischen Ausbildung abhängig, wobei alle Stationsleiter diesen Lehrgang absolviert hatten. Als bindendes Element wurde eine Übernahme der Ausbildungskosten durch die Klinik an die Verpflichtung geknüpft, dort mindestens weitere 2 Jahre beschäftigt zu bleiben. Im Sinne personaler Konstanz waren die Mitarbeiter für den ambulanten Bereich festgelegt. Ihr Aufkommen wurde dynamisch von der Anzahl der - langzeitbeurlaubten - Patienten bestimmt.

19.3.3 Entwicklungen und Veränderungen zum Personalstand von Personalstrukturen über die Zeit

Tab. 2: Veränderungen von Personalstrukturen zweier etablierter Institutsambulanzen über die Zeit

Entwicklungen zum Personalstand über die Zeit										
Einrichtung	Ambulantes Behandlungskonzept – diverse Formen	Stationäre Pat. (n_s)	Ambulante Patienten (n_a)	Psychiater (n)	Psychologe (n)	Sozarb. (n)	Sozpäd. (n)	Sozio-loge (n)	Pflegekraft (n)	Andere (n)
Institutionalisierte Forensische Ambulanz *Gießen* 1993–2000										
Haina	*Institutionalisierte Forensische Ambulanz Gießen 1993*	245	066 (§ 63 StGB)	1 Vollzeit (VZ)	1 (VZ)	1 (VZ)	1 (VZ)t		1 geplant (VZ)	
Haina	*Forensische Institutsambulanzen Haina & Gießen Nov. 2000*	360	123 (§ 63 StGB)	3 (VZ)	3 (VZ)	3 vollzeitige Case-Manager		1 (VZ)		
Forensische Nachsorgeambulanz *Wien* – 1996,´97, Nov.2000										
Wien	*Forensische Nachsorgeambulanz Wien 1996*	Autonome Ambulanz	60 MRVZ & Regelvollzug Pat gemischt ca.2:1	3 - Werkvertrag Stundenbasis 1 Leiter 0.5	8 -Werkvertrag Stundenbasis	45 Bewährungshelfer übernehmen dieses Aufgabenfeld mit			1	Bewährungshelfer tragen Sozialarbeiter-funktionen mit
Wien	*1997*		78	4 – Werkvertrag 1 Leiter 0.5	12- Werkvertrag Stundenbasis	s.o.			2	s.o.
Wien	*nach Reduktion von Geldern 2000*	s.o.	104	4 Werkvertrag + 1 Leiter 0.5	12 -Werkvertrag Stundenbasis	s.o.			1Krankenschwester 13WoStd.	s.o.

19.3.4 Personelle Ausstattung der Modellprojekte

Zu den Modellprojekten konnten Entwicklungen zu deren Personalstruktur im Projektverlauf erfaßt werden. Als dazugehörige Details wurden aus den jeweiligen Modellberichten *(vgl.: Modellverbund 1993a,b, 1994)* die dort ausgewiesenen Angaben über die Veränderungen der Besetzungen der Planstellen ergänzt und einander gegenübergestellt:

Tab.: 3: Personelle Ausstattung der Modellprojekte

Personelle Ausstattung der Modellprojekte										
Einrichtung	**Form ambulanter Behandlung**	**station. Pat. (n_s)**	**Ambul. Pat. (n_a)**	**Psychiater (n)**	**Psychologe (n)**	**Sozialarbeiter (n)**	**Sozialpäd. (n)**	**Pflegekraft (n)**	**Ambulanzleiter // Sozialwissenschaftler/ Pädagoge (n)**	**Sonstige / welche (n)**
Westfälisches Zentrum	Gemeindenah Modellprojekt - Liaison- & Konsiliardienst	320	14	1	1	1			1 Dipl. Soziologe (Univ.) & Sozialpädagoge (FH)	Projektkoordinator: 1 Dipl. Soziologe
Düren	Gemeindenah Modellprojekt Mobile Ambulanz	092	20			1		1 fachpsychiatr. Pflegekraft	1 Dipl. Pädagoge	1 Dipl. Pädagoge
Moringen *	Modellprojekt Schwerpunkt Wohngemeinschaften Liaison- & Konsiliardienst	300	25 (ohne WG)			1	1 Sozpäd. + 1 Pflege für Betreutes Wohnen mit sozialpsychiatr. Zusatzausbildung später: Umwandlung in 1 zzgl. Sozialarbeiterstelle		0.5 Dipl. Sozialwissenschaftlerin: Dipl.Sozialpsychologin & Betriebswirtschaftlerin -4J MRVZ- Berufserfahrung + gruppendynamische Zusatzausbildung + cand. / VT nach anfängl. Stellvertretung später: zudem Projektleitung >Umwandlung von 3x 0.5 in 2x 0.75 Stellen	Koordinator: 0.75 Stelle: Dipl. Sozialwissenschaftler später nach Wechsel: Dipl. Sozialwirt
Erkannte Erfordernisse				Dynamische bedarfsgerichtete Anpassung der Stellenprofile					Dynamische Stellenanpassung Mitarbeiter- und Stellenprofil mit unabdingbaren Voraussetzungen an Qualifikationsmerkmalen s. u. ff. jedoch nicht zwingend in ärztlicher Profession	

* *zu Moringen*: Die ursprünglich geplanten 0.5-Stellen für jeweils die Projektleitung bzw. Koordination, blieben das erste halbe Projektjahr vakant, da sich keine geeignete qualifizierte psychiatrisch und möglichst zudem forensisch erfahrene Kraft fand. Ein später eingestellter Arzt, der dann beide Stellen besetzte, schied nach 6 Monaten wieder aus. Danach übernahm die o. g. Sozialwissenschaftlerin die Projektleitung und in der sog. Orientierungsphase außerdem zusätzlich koordinierende Aufgaben (Koordinatorin).

19.3.5 Stellenprofile mit Funktionsbereichen von Ambulanzmitarbeitern – dargestellt zu einem der gemeindenahen Projektmodelle mit dem Schwerpunkt Wohngemeinschaftbetreuung

Zu einem gemeindenahen Projektmodell *(Moringen)* lagen differenzierte und strukturierte Beschreibungen zu den Funktionsbereichen der Ambulanzmitarbeiter (Stellenbeschreibungen) vor, woraus sich folgende Übersicht ableiten ließ.

Tab. 4: Funktionsbereiche der Ambulanzmitarbeiter eines der Modellprojekte

Funktionsbereiche der Ambulanzmitarbeiter zu einem der Modellprojekte		
Funktion	**Profession / Funktionsträger**	**Funktionsbereiche / Aufgabenfelder**
Projektleitung	*Sozialwissenschaftler* oder *Arzt*	*Außenrepräsentanz* Organisation: betreute Wohngemeinschaft und Geschäftsstelle Beratungsgespräche Krisenintervention für Patienten
Projekt-Koordinator	*Sozialwissenschaftler* oder *Arzt*	*Bindeglied zwischen LKH und Ambulanz* – Entlassungsvorbereitungen und - Mitwirkung an Vorauswahl der Ambulanzpatienten
		Kooperationsbeziehungen zum therapeutischen Klinikpersonal
		Organisation und Moderation: Therapeutischer Fallkonferenzen Arbeitskreis Verwaltung im LKH Klinikverwaltung/ Abrechnung Projektmittel Koordination zwischen Psychiatrischem LKH und Projekt Kooperation der Mitarbeiter Betreuungsaktivitäten
		Wissenschaftliche Begleitforschung: - Koordination, - Basisdokumentation
Sozialarbeit	*Sozialarbeiter*	*Sozialhilfebereich* *Psychosoziale Beratung* Regulierung der Bereiche: Arbeit, Ausbildung, Wohnen, Finanzen bzw. Schulden Tagesstrukturierende Maßnahmen, Freizeitaktivität *Kooperation* mit psychosozialen Versorgungseinrichtungen der Region
Betreuung einer Wohngemeinschaft (WG)	*ursprünglich:* Planstelle für 1 fachpsychiatrische Krankenschwester *später:* Umwandlung in 1 Sozialarbeiterstelle	*Sozialrehabilitative Aufgaben: Supportive lebenspraktische Unterstützung zur Alltagsbewältigung* - Anleitung lebenspraktischer Fähigkeiten + Routinen - Einzelgespräche im Rahmen der Betreuungskonzeption - Durchführung regelmäßiger WG-Bewohner- Besprechungen

19.3.6 Aufgrund der defizitären Ausgangslage vorab noch nicht deklarierte, in den Funktionen jedoch abzudeckende weitere Stellenprofile

Es gibt außerdem noch Bereiche die personell abzudecken wären. Bislang wurden nur die allernötigsten benannt. So war bspw. zu keinem Fall eine Schreibkraft oder Sekretärin aufgeführt oder allein ein dahingehender Bedarf thematisiert worden. Begründet war dies in den beschnittenen finanziellen Mitteln der Ambulanzen hinsichtlich ihrer Stellenkontingente. Gerade zum Bereich der ambulanten Behandlungsführung fällt eine Fülle an formalen Arbeiten an und dabei speziell solche, die die Unterstützung einer Sekretärin verlangen würden bzw. auf diese Weise dadurch für das Betreuungspersonal wichtige aufgabenbezogene Freiräume schaffen könnten. Gemeint sind u. a. Niederschriften, Ablage und Organisation qualitätssichernde Dokumentationen und Korrespondenzen bzw. Telefonate mit anderen, in die Behandlung des Patienten eingebundenen Institutionen und Therapeuten und weitere Arbeiten im Zuge der Aufrechterhaltung und Durchführung des, speziell zum Umgang mit dieser Klientele erforderlichen, Informationstransfers.

19.4 Erläuternde und übergreifende Ausführungen der Erkenntnisse zu professionalen Ausgestaltungen, Entwicklung des Personalstandes, Stellenprofilen und personalen Strukturen des Ambulanzteams

19.4.1 Erfahrungen deutscher gemeindenaher Modellprojekte

19.4.1.1 Erfordernis um An-Passung, dynamische inhaltliche und strukturelle Adaptation von Stellenprofilen, personalem Bedarf, Definition des Arbeitsbereiches und -platzes

Über den Projektverlauf war für alle Modelle ein erfahrungsgeleiteter, mit der Phase der Erprobung und dem Installieren einhergehender, Prozeß der Erkenntnisgewinnung und darüber initiierter Strukturwandel zu beobachten gewesen. Als adäquate Vorgehensweisen in der zukünftigen Planung und Ausgestaltung ambulanter Versorgungs- und Behandlungsformen verdeutlichten sich die Erfordernis um eine flexible bedarfsgeleitete Ausrichtung personaler Konstrukte an aktuellen Vorgaben bzw. Strukturen, bei hintergründiger Bereitschaft zur Anpassung und Umstrukturierung von Anforderungsprofilen personalstruktureller Möglichkeiten, der Definition entsprechender Funktionsbereiche, aufgabenbezogener Schwerpunkte und der jeweiligen Zuschreibungen an Stellenprofilen mit Flexibilität und Durchlässigkeit in der personalen Ausgestaltung, zur Erfordernis einer spezifischen Ausgestaltung personaler Strukturen überhaupt – und dies, um den Bedarf, die Erfordernis und Bereitschaft zur Erprobung zu kalkulieren und Möglichkeiten dazu bereitzustellen.
Aus der Dokumentation zur personellen Entwicklung und Besetzung des Ambulanzteams eines der deutschen Modellprojekte fielen die häufigen personalen Erprobungen und Veränderungen auf. So wechselte bspw. in der Koordinationsfunktion während der gesamten Projektlaufzeit viermal die damit befaßte Person. Außerdem bestanden Unsicherheiten im Hinblick auf die Zuschreibung der Aufgaben und Profile zum eigentlichen qualitativen und quantitativen Bedarf tatsächlich benötigter Stellen. Aus dem Projektverlauf wurde erkannt, daß Zuweisungen von, in der Planung vorab festgelegten, professionalen Zuordnungen bestimmter Funktionen und demzufolge Beschreibungen von Stellenprofilen sinnvollerweise umdefiniert werden mußten. So wurde bspw. die Planstelle einer Pflegekraft einer betreuten Wohngemeinschaft umgewandelt in eine - zusätzliche Sozialarbeiterstelle. Überhaupt sahen alle Projekte die Ausübung von Projekt-Leitung und -Koordination nicht ausschließlich an eine ärztliche Profession gebunden, sondern daß dahingehenden Funktionsbereiche bevorzugt auch von Sozialwissenschaftlern ausgeführt werden können, und legten dies später dann auch als Sollvorgabe konzeptionell fest. Daneben waren im Falle der Modellprojekte halbtägige Beschäftigungsverhältnisse als schlecht vereinbar *(„unpraktikabel“ im Falle der mobilen Ambulanz Düren)* mit der, für diese Einrichtungen spezifischen Ambulanzarbeit gewertet worden. Demzufolge waren zur Ambulanz einer der Modelleinrichtungen (Moringen) aus drei halben, zwei Dreiviertelstellen geschaffen und für eine andere Projektambulanz überhaupt nur ganze Stellen zugelassen worden: Außerdem hatte sich gezeigt, daß die Leitung einer Wohngruppe personell und zeitlich nicht koordiniert werden konnte mit den Anforderungen und dem Zeitablauf der eigentlichen Ambulanztätigkeit. [6]

19.4.1.2 Spezifika zum personalen Eignungsprofil - Fundierte fachforensische Erfahrung vor Zuschreibungen bestimmter Professionen

Zugehörigkeiten zu bestimmten Professionen traten zugunsten fundierter fachforensischer Erfahrung und erkannter Eignungsvorgaben in den Hintergrund. Die Modelleinrichtungen erkannten im Laufe der Erprobung und konkreten Anwendung ihrer Ambulanz- und Nachsorgekonzepte außerdem für die meisten der dort anfallenden Aufgabenbereiche, daß Personalentscheidungen zu Ambulanzmitarbeitern weniger von der Profession sondern eher abhängig zu machen sind vom persönlichen Eignungsprofil des Bewerbers, dem Stand der psycho- therapeutischen Qualifikation, der Selbst- und Praxiserfahrungen in klinisch therapeutischer Arbeit mit der forensisch psychiatrischen Klientele. Sowohl die Modellprojekte *Moringen* wie *Düren* konstatierten infolge ihrer Projekterfahrung keine zwingende Notwendigkeit, die Therapeutenstellen ärztlich zu besetzen. Für viele Aufgabenbereiche können Psychologen wie Mediziner, resp. Sozialwissenschaftler eingesetzt werden. Erfahrungen im sozialpsychiatrischen Arbeitsfeld, fundierte Kenntnisse im Gesundheitswesen hatten sich als unumgänglich erwiesen. Diese wurden als entscheidende Voraussetzungen dafür eingestuft, um als Ambulanzmitarbeiter in Frage zu kommen.

19.4.1.3 Spezifika zum personalen Eignungsprofil - Stellenprofil leitender Tätigkeiten

Zuschreibungen solcher Art ergaben sich auch zum Anforderungsprofil für leitende und entscheidungstragende Funktionen als Anforderungen, v. a. klinische Erfahrung, theoriegeleitetes Wissen, fundierte Praxisbezüge zum fachforensischen Bereich, organisatorische, koordinative und integrative Fähigkeiten, soziale Kompetenz und Teamfähigkeit, Befähigung, komplexe Strukturen erfassen und in ihrer Differenziertheit managen zu können, Kooperations- und Delegationsfähigkeit und entsprechende psychische Belastbarkeit als Prioritäten und zentrale Eignung, Kriterien zum Persönlichkeitsprofil und fachforensischer Erfahrungshintergrund des Bewerbers, denen

[6] Zur *Dürener* Ambulanz war nach Ausscheiden der zweiten Diplom-Sozialarbeiterin, die erste ganztags eingestellt worden, die dann zusammen mit einem ganztägig eingesetzten Diplom Pädagogen das Ambulanzteam bildete.

berufsständische Zuordnungen nachzuordnen sind. Gute Erfahrungen bestanden mit dahingehend entsprechend profilierten Vertretern sozialwissenschaftlicher Berufe / Psychologen.

19.4.2 Ambulanzformen übergreifender Erkenntnisstand

19.4.2.1 Multiprofessionales Team nachweislich fachforensisch qualifizierter Mitarbeiter

Der Mitarbeiterstab von Ambulatorien mit offiziellem Charakter zeichnete sich im Hinblick auf Qualifikation und Ausbildung aus durch einen gemeinsamen professionalen Hintergrund mit einem fundierten forensisch psychiatrischen Fachwissen und sichergestellte reguläre Teilnahme an Supervisionen.
Um der Aufgabenvielfalt und Komplexität der Störungsbilder und dem entsprechenden professionalen Anforderungsprofil adäquat begegnen zu können, wurde eine multiprofessionale und multimodale Ausrichtung der Personalstruktur mit einem fachforensisch und klinische psychiatrisch erfahrenen Team für optimal gehalten. In Abhängigkeit der jeweiligen Ambulanzstruktur fanden sich Unterschiede in der schwerpunktmäßigen professionalen Ausgestaltung des Teams. Der überwiegende Teil der professionalen Aufgaben der – gemeindenahen - Ambulanzmodelle betraf alltagssupportive, sozialpädagogische und in zweiter Linie psycho- therapeutische Arbeitsbereiche.
Hoher Bedarf (mit, bei selbst installierten Ambulanzprojekten erheblichen Wartezeiten) bestand zu Therapieplätzen mit spezifischen Behandlungsangeboten und erhebliche Versorgungslücken für komplexe und komorbide Störungsbilder bzw. Patienten mit spezifizierten Behandlungserfordernissen und Sexualstraftätern.

19.4.2.2 Einzelfallbezogene sozialarbeiterische Hilfen - Case Work

Ein großer Anteil ambulanter Hilfen gestaltet sich als einzelfallbezogene sozialarbeiterische Hilfen über ´Case Work`. Zu der *Institutsambulanz Gießen/ Haina* und allen Modellprojekten (Konsiliar- und Liaisondienste) repräsentierten Leistungen aus den Gebieten Sozialarbeit und Sozialpädagogik zwei Drittel der (75 %) und damit den überwiegenden Anteil der professionalen Funktionsbereiche. [7]

19.4.2.3 Angehörigen- und Öffentlichkeitsarbeit

Angehörigen- und Öffentlichkeitsarbeit bilden unabdingbare Erfordernisse aus dem Qualitäts- und Leistungsprofil zur Behandlung psychisch kranker Rechtsbrecher. – Sie sollten Kostenpunkte für Leistungsbezüge und dahingehend auch als solche eigenständig über Kassenleistungen abrechenbar sein.

19.4.2.4 Strategien zur Begegnung des Problems der personalen Kontinuität

Zum Problem der personalen Kontinuität fanden sich einige Lösungsansätze, um personelle Umbrüche besser kompensieren zu können: Versucht wurde die Installation mehrere Bezugspersonen. Weiter wurde dem, aus der internationalen Literatur eingebrachten Modus einer Rotation ambulanzspezifischer Aufgaben unter den Ambulanzmitarbeitern *(Erfahrungen eines gemeindenah ausgerichteten kanadischen Projektes Maryland)* entlastende Funktionen zugeschrieben, war doch in der Praxis deutscher Modelle bislang nicht üblich. Ein tournusmäßiger Wechsel in der Zuschreibung von Aufgaben hat den Vorteil, daß es im Ambulanzteam weniger zu Sektorisierungen an Wissen kommt und im Krisenfalle potentiell auch andere, als ausschließlich die behandelnden Therapeuten zum Einsatz gelangen können.

19.5 Case Load

Die Belastungsgrenze lag den Recherchen der eigenen Untersuchung zufolge, bei einer Ein-Mann-Praxis bei 1-2 forensischen Patienten. Für eine einschlägig ausgerichtete Praxisgemeinschaft resp. Schwerpunktpraxis lag das Verhältnis geringfügig höher. Case-Load im Rahmen von Case-Management sozialarbeiterischer Einzelbetreuung zum extramuralen Wiedereingliederungsprozeß mit qualifizierten Einrichtungen ist mit 3, max. 4, forensischen Patienten pro Sozialarbeiter zu beziffern.

19.6 Sicherstellen der personaler fachforensischer Kompetenz über definierte qualifikatorische und ausbildungsbezogene Standards und Anforderungsprofile zur Mitarbeiterqualifikation

19.6.1 Stichprobe

Zum spezifischen Anforderungsprofil an das Personal und die Personalstruktur ambulanter Versorgungskonzepte lagen zu insg. 12 der deutschen Kliniken mit fundierter Erfahrung zur ambulanten Behandlungsführung und n_s=1624 stationären und n_a=245 ambulanten Patienten direkte Angaben vor.

19.6.2 Anforderungsprofil an Mitarbeiter der Ambulanz

Folgende Voraussetzungen wurden von den Forensischen Institutsambulanzen sowie den Ambulanzen aller Modelleinrichtungen an professionelle Ambulanzmitarbeiter gestellt:

[7] vgl. dazu bspw.: Aufgaben- und Stellenbeschreibungen der Ambulanz Moringen.

Tab. 5: Anforderungsprofil an Ambulanzmitarbeiter

Anforderungsprofil an Mitarbeiter der Ambulanz	
Anforderungen*	**Anzahl * Nennungen**
Gute grundlegende theoretische + praktische professionale Kompetenzen	12
mit Erfahrungs- +Theoriewissen zum forensisch psychiatrischen Bereich	
- nachweisliches forensisch psychiatrisches theoretisches Fachwissen	12
- nachweisliche praxisbezogene Erfahrung in klinisch therap. Tätigkeit	12
zum forensisch psychiatrischen – günstigenfalls stationären – Bereich	
Psychotherapeutisch tätiges Personal: nachweislich praktisch + theoretisch fachspezifisch fundierte fachforensische Qualifikation	12
Fachpflegepersonal: mit zusätzlich forensisch psychiatrischer Qualifikation	12
Generell: Bereitschaft zur weiteren forensischen Nach-Qualifikation sofern erforderlich	12
Persönliche und psychische Eignung gekennzeichnet durch:	09
Adäquate Persönlichkeitsentwicklung,	05
psychische Stabilität, ausreichende psychische Belastbarkeit, Ausgeglichenheit	08
Gruppen- und Teamfähigkeit,	06
Koordinations- und Organisationstalent	06
Introspektionsfähigkeit, Fähigkeit zur Selbstkritik, Selbstevaluation	06
Wissen um eigene Stärken, Ressourcen, Grenzen, Vulnerabilitäten	04
mit günstigenfalls vorausgegangene psychotherapeutische Selbsterfahrung	03
Soziale Kompetenzen und v. a. Beziehungsfähigkeit	
Selbständigkeit	
Lebenspraktische Einstellung	06
persönliches Engagement	01
	03
	06
Für leitende resp. koordinierende Tätigkeit: zzgl. zu den o. g. Anforderungen:	04
Zu Leitungsfunktionen: alle o. g. Attribute / fachlichen Kompetenzen als zwingende Voraussetzung	
fundierter Kenntnisstand in Theorie und Praxiserfahrung	
Erfahrungs- +Sachwissen zu mindesten einem der angrenzenden Fachbereiche	
Belastbarkeit, soziale Kompetenz Fähigkeit zum Konfliktmanagement,	
Fähigkeit zum Denken und Handeln in komplexen Bezügen	
Personalmotivation	
Teilnahme an engmaschigen Supervisionen	10
> regulär > höherfrequent > nötigenfalls auch intermittierend	
Teilnahme an regelmäßigen Teamsitzungen bzw. Helferkonferenzen	07
Flexibilität	08
Zeitliche und personale Organisations- und Einsatzbereitschaft	
Verfügbarkeit von und Möglichkeit zur Integration diverser Methoden	
Bereitschaft und Verfügbarkeit zum Einsatz zur Krisenintervention	
Bereitschaft zur multiprofessionellen, interdisziplinären und multimodalen Zusammenarbeit	12
Bereitschaft zu Kooperation und Vernetzung mit den anderen Involvierten (Einrichtungen /Therapeuten/ Institutionen) und den damit einhergehenden Aufwendungen	12
Akzeptanz und potentielle Bereitschaft zu nötigenfalls aktiven, direktiven, nachgehenden Interventionen	10

* *Mehrantworten waren möglich // Bezug: 12 Kliniken der o. g. Stichprobe mit fundierter Erfahrung zur ambulanten Behandlungsführung und n_s=1624 stationären und n_a=245 ambulanten Patienten.*

19.6.3 Bedingungsfaktoren einer adäquaten Qualifikation

Folgende Erfordernisse galten generell als gemeinhin unabdingbar für eine adäquate Qualifikation:

Tab. 6: Unabdingbare Erfordernisse zur adäquaten Qualifikation des Personals

Qualifikatorische Erfordernisse und Kompetenzen	Nennungen Anzahl (n)	Forens. Instituts-ambulanz Wien	Tagklinik Utrecht
Forensisch psychiatrische Fachkompetenz aller Ambulanzmitarbeiter resp. professional in die Behandlung Eingebundenen - theoretische, klinische, praxisbezogene forensisch psychiatrische Kompetenzen und Erfahrungen mit nötigenfalls dahingehender Nachqualifikation	12	Ja	ja, fundierte Ausbil-dung als Bedingung
Geregelter Informationsfluss aller an der Behandlung Beteiligten	12	Ja besonders	-
Geregelte und ggfls. höherfrequente Teilnahme an Beratungen und/ oder Supervisionen	12	ja aber nicht praktizierbar	-
deren Verfügbarkeit – regulär und für Kriseneinsätze	12	Ja	-
Gesicherte theoretische und praxisbezogene Fachkompetenz über praktizierende Experten/ Supervisoren / Berater / Mitarbeiter des forensischen Ambulanzteams	12	Ja	
Team- und Kommunikationsfähigkeit - mit Bereitschaft zum geregelten Informationsaustausch	12	Ja	
Bereitschaft dazu, zusätzliche zeitliche und aufwendungsbezogene Belastungen mitzutragen	12	Ja besonders	
Zeitliche Flexibilität zum aktiven, nötigenfalls direktiven - ggfls. mobilen – Einsatz bei Kriseninterventionen	12		

[*] *Mehrantworten waren möglich // Bezugsgruppe: 12 Kliniken mit fundierter Erfahrung zur ambulanten Behandlungsführung und n_s=1624 stationären und n_a=245 ambulanten Patienten.*

19.6.4 Spezifika an qualifikatorischen Anforderungen - außerordentliche (zusätzliche) Aufwendungserfordernisse für das Personal zur ambulanten Behandlungsführung psychisch kranker Straftäter

Tab. 7: Spezifika an qualifikatorischen Anforderungen - außerordentliche (zusätzliche) Aufwendungserfordernisse für das Personal zur ambulanten Behandlungsführung psychisch kranker Straftäter

Außerordentliche Aufwendungen für das Personal	Anzahl(n) Nennungen
Adäquate professionale Qualifikation / Kompetenzbildung in Theorie und Praxis resp. Bereitschaft / Einsicht diese zu erwerben Bereitstellung einer> fundierten und differenzierten, > möglichst breit angelegten, > fachforensisch psychiatrischen, > auf die spezifischen Anforderungen dieser Klientele ausgerichteten, professionalen fachforensischen Qualifikation	12
Bereithaltung flexibler personaler und zeitbezogener Kontingente > zur Krisenintervention > für sonstige dringliche Behandlungserfordernisse > um unvorhersehbaren Ausfallzeiten begegnen zu können	12
Regelmäßige Kontakte zu / informativer Austausch mit anderen an der Behandlung Beteiligten (Personen/ Institutionen/ ggfls. Behörden)	12
Regelmäßige Teamsitzungen	12
Erfordernis höherfrequenter Supervisionen	12

Bezug: 12 Kliniken mit fundierter Erfahrung zur ambulanten Behandlungsführung, n_s=1624 stationären, n_a=245 ambulanten Patienten.

19.6.5 Resümee

Die Erkenntnisse zu und An-Forderungen an personale Bezüge und die Personalstruktur im Besonderen ließen sich einheitlich wie folgt zusammenfassen: Alle diese Einrichtungen erwarteten vom Ambulanzpersonal klinische praxisbezogene Erfahrung zum Bereich forensische Psychiatrie und forensisch psychiatrisches Fachwissen und setzten zumindest zum klinisch-therapeutischen Tätigkeitsfeld therapeutische Qualifikation und dazu eine fundierte psycho–therapeutische Ausbildung voraus mit hintergründig anerkanntem Verfahren und Ausbildungsgang und unbedingt auch einem Wissen um die potentielle Vielfalt an anerkannten Methoden. Das Ambulanzteam sollte günstigenfalls multiprofessionell ausgerichtet und unbedingt forensisch psychiatrisch und die Therapeuten speziell forensisch und außerdem klinisch psychiatrisch therapeutisch qualifiziert sein. Sie sollten ein vielfältiges und breites Angebot an Behandlungsmethoden bieten und integrativ einsetzen können (gegen „methodenbezogenen Dogmatismus“). Als weitere Besonderheit im Anforderungsprofil an das Personal bzw. konkret die Behandler wurde ein erhebliches Maß an Flexibilität und Belastbarkeit erwartet. Generell wurde die Notwendigkeit von und Bereitschaft zu außerordentlichen und insb. zu Kriseninterventionen postuliert und eine, dem besonderen Bedarfsprofil angepaßte, Konzipierung und flexible Kontingentierung des Personalbudgets, das neben regulären auch potentiell, spontan erforderliche, nicht vorhersehbare ungeplante aber zu leistende Interventionen und Einsätze kalkuliert. Alle an der Behandlung Beteiligten haben an einem geregelten Informationstransfer mitzuwirken und sich zu regulären Arbeitstreffen und außerdem Supervisionen bereit zu erklären. Speziell im Hinblick auf die Behandlung einer derart schwer gestörten Klientele sind fachkundige Supervisionen regulär erforderlich doch oft höherfrequent und ggfls. auch spontan und engmaschig nötig.

19.7 Geregelte Supervision und fachgerechte Beratung der Therapeuten

Die Möglichkeit ausreichender und außerdem bedarfsgerecht zu schaltender fachkundiger Supervision und Beratung, und zwar sowohl der Behandler als auch der Berater, wurde einheitlich als unabdingbar erkannt und zwingend gefordert. Übergreifend thematisierten alle Einrichtungen die Schwierigkeit, einen forensisch psychiatrisch, intra- wie extramural und außerdem ambulant erfahrenen und klinisch therapeutisch qualifizierten Supervisor zu finden. Eine organisierte supervidierende Begleitung war als fest installierte Maßnahme so nur von den 4 deutschen gemeindenahen Modellprojekten und zwei Institutsambulanzen und supervisorische Leistungen als zentrale Ambulanzfunktionen eingeplant. Zwei weitere Einrichtungen nutzten universitäre Beratungsmöglichkeiten und Anbindungen supervisorisch. Die Supervision kann durch fachlich qualifizierte forensische Mitarbeiter des Ambulanzteams oder externe Spezialisten mit forensischer Qualifikation erfolgen. Daneben gibt es auch die Möglichkeit zur kollegialen Supervision, die häufig gerade auch im Rahmen geregelter Mitarbeiterkonferenzen praktiziert wurde. Alternativen zu Einzelsupervision sind kollegiale und Gruppen- Supervisionen und gegenüber dem Einsatz externer Supervisoren, geregelte ´Intervisionen` (interne Supervisionen). Aus Gründen der Objektivität und Qualitätssicherung sind externe Supervisoren zu bevorzugen, vorausgesetzt deren Qualifikation entspricht dem Anspruchsprofil und sie sind gut verfügbar.

19.8 Unzureichende Bestände an qualifiziertem Fachpersonal und Erfordernis um forensische Ausbildungsmöglichkeiten

Dem über alle involvierten Berufssparten und Fachbereichsebenen hinweg zuerkannten besonderen fachspezifischen und oftmals zusätzlichen Qualifizierungsbedarf stand ein enormer Fehlbestand an dahingehenden Ausbildungsmöglichkeiten gegenüber. Es fehlen fachforensisch ausgebildete Supervisoren, Behandler, Ärzte, Psychotherapeuten, Pädagogen sowie Pflege- und auch Hauspersonal.
Von all den Modellprojekten des Bundes und den übrigen betroffenen auch ambulant behandelnden Kliniken thematisiert worden waren die Schwierigkeiten der Rekrutierung forensisch psychiatrisch qualifizierter Fachkräfte mit fundiertem praktischen und theoretischen Fachkenntnissen und Vorerfahrungen in der - auch stationären - Arbeit mit forensischen psychiatrisch auffälligen Patienten.

19.9 Forensische Ausbildungsmöglichkeiten

Als unabdingbare Voraussetzung wurde einheitlich von allen Einrichtungen mit ambulantem Behandlungsansatz forensisch psychiatrische Fachkompetenz mit einer nachgewiesenermaßen erfahrungsbezogenen, theoretisch und praktisch fundierten, forensisch psychiatrischen Kompetenzbildung und somit sichergestellten Qualifizierung aller in die Behandlung professional Eingebundenen statuiert. Unter Bezugnahme auf das dahingehend erkannte eklatante Defizit wurden explizit Möglichkeiten zur entsprechenden Qualifizierung und nötigenfalls Nachqualifikation der Mitarbeiterschaft (auch der komplementären Einrichtungen) gefordert. - Im *"Fortbildungszentrum für Forensische Psychiatrie und Psychologie"* sollen nun zukünftig Assistenzärzte im Rahmen der Facharztausbildung qualifiziert werden, für Psychologen wird die Qualifikation zum Rechtspsychologen angestrebt. Das Curriculum deckt inhaltlich die jeweiligen Anforderungen ab. Derzeit werden einmal wöchentlich Fortbildungsveranstaltungen (Referate des Curriculums in Rotation mit Fallvorstellungen) angeboten. Alle respondenten Einrichtungen erwarteten auch für das Fachpflegepersonal forensisch psychiatrische Qualifikation. Eine Zertifizierung mit annähernd vergleichbaren Inhalten bot, soweit dies infolge der vorliegenden Erhebung in Erfahrung gebracht werden konnte, bundesweit bislang überhaupt nur eine dahingehende und offiziell anerkannte – extramurale - Ausbildungsstätte. Dabei handelt es sich um das *IVOPS Institut,* dem *Institut für Fortbildung,*

Organisationsberatung und Supervision: - Eine Einrichtung der Bielefelder Fortbildungsakademie in Kooperation mit der Fachhochschule Bielefeld. Dieses war zusammen mit dem Landschaftsverband mit Zugangsberechtigung für dort ausgebildete Pflegekräfte, Erzieherinnen und Suchtkrankenpfleger gegründet worden (obschon diese Ausbildung von der Deutschen Krankenhausgesellschaft zu de Zeitpunkt bundesweit noch nicht anerkannt war).
Der *Landschaftsverband Westfalen Lippe* verfügt über eine explizit für Mitarbeiter des MRVZ entwickelte, Ausbildungsmöglichkeit einer sozialtherapeutischen Zusatzausbildung. Dabei handelt sich um das IVOPS Institut an der Universität Bielefeld, das zusammen mit dem Landschaftsverband gegründet worden war, wobei ausgebildete Pflegekräfte und Erzieherinnen oder Suchtkrankenpfleger zugangsberechtigt sind. 40 % der Pflegekräfte der *Klinik Haldem* haben diese -sozialtherapeutische- Zusatzausbildung des *IVOPS Institutes* durchlaufen.

19.10 Rekrutierung ambulanter und insb. therapeutischer Mitarbeiter - Vorgaben und Anforderungen

Das Rekrutieren von externen Therapeuten gestaltete sich unterschiedlich aber immer schwierig und defizitär. Als zentrale Bausteine der Versorgung fungierten in dem gemeindenahen Ambulanzkonzept niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten. Bewährt haben sich wieder aufgegriffene Kontakte zu fachkundigen, vormalig als Klinikmitarbeiter tätigen, zwischenzeitlich niedergelassenen Therapeuten. Der überwiegende Teil der, in die psychotherapeutische ambulante Behandlung erfolgreich eingebundenen, Niedergelassenen repräsentierte vormalige Mitarbeiter einer Forensischen Klinik und verfügte damit über fundierte forensisch-psychiatrische klinische Erfahrungen zur stationären Therapie mit einem entsprechenden fachkundig und motivational unterlegten Zugang.
Den optimalen Fall, feste Bezüge mit stabilen Absprachen der Koordination, gab es jedoch nur selten. Die Nutzung eines solchen Konstruktes war auch nur dann möglich, wenn Patienten in die Versorgungsregion der speziellen Therapeuten entlassen wurden – was i. Ü. in der Realität meist das kliniknahe Einzugsgebiet war.
Insgesamt offenbarte sich ein hoher Bedarf an fachforensisch kompetenten niedergelassenen Therapeuten und ein extremes Defizit an, mit diesem speziellen Bereich vertrauten und erfahrenen Supervisoren.

19.10.1 Rekrutierungsversuche ambulanter Mitarbeiter zur ambulanten Sexualstraftäterbehandlung

Wiederholt und von verschiedener Bedarfsseite waren Bestrebungen zur Rekrutierung und Vernetzungen externer niedergelassener Expertentherapeuten für die ambulante Therapie forensischer Patienten initiiert worden. Diese scheiterten bisher letztlich alle oder verliefen als Versuche im Sande. Nach retrospektiver Analyse offenbarte bereits das Procedere der Rekrutierung eklatante Mängel. Eine fachkundige Selektion der interessierten, sich anbietenden, Therapeuten nach bestimmten Qualitätsmerkmalen hatte in allen bekannten Fällen nicht stattgefunden. Die Reduktion der Teilnehmer war im Procedere nach vorab schriftlicher Bereitschaftserklärung bereits zum ersten Treffen in all den bekannten Fällen quantitativ radikal und zur nächsten Arbeitsrunde fast völlig dezimiert. Es blieben nur 10 % für das erste Arbeitstreffen und letztlich 1-2 konstante Therapeuten. So erfahren zu den, der Autorin bekannten, breit angelegten Versuchen zur Rekrutierung ambulanter Sexualstraftätertherapeuten von den ursprünglich schriftlich gemeldeten Interessenten zum Einzugsbereich.
Beispiele dieser Art waren: Versuche anregt von
der Leitung der Bewährungshilfe der *Stadt München*. Hier blieben nur ein bis zwei konstante Therapeuten,
der Sexualstraftäterambulanz *BKH Haar*,
einem, von diesen und anderen, in die Behandlung von Sexualstraftätern praktisch und theoretisch involvierten Stellen initiierten Arbeitskreis zur Therapie von Sexualstraftätern.
Zwei andere Rekrutierungsversuche mit gegebenem Erfahrungshintergrund zur ambulanten Versorgung und aus vorausgegangenen Erprobungsprojekten verselbständigten, doch rekrutierbaren vormaligen Mitarbeitern, zeigten eine deutlich höhere Erfolgs– und Erhaltungsquote.
Mit einem solchen Hintergrund mit vorausgegangener Projekterfahrung wurde von der *Klinik Lippstadt Eickelborn* eine eigene Arbeitsgruppe zur Entwicklung von Kriterien, Profilen und Methoden der Rekrutierung potentieller ambulanter forensischer Mitarbeiter entwickelt. Dahingehend ergaben sich folgende Erkenntnisse als Richtlinie für eine adäquate Rekrutierung potentieller ambulanter forensischer Mitarbeiter:

Beispiel aus einer aktuellen Kurzbefragung an alle niedergelassenen Psychotherapeuten des *WZFP Lippstadt* zur Region Paderborn mit hoher Rücklaufquote (88.00 %)

„Wie schätzen Sie selbst Ihre Bereitschaft ein zur Versorgung der o. g. Patientengruppe.
Wie gehört diese Versorgung ehemals delinquenter Patienten bereits zu Ihrem Arbeitsalltag?
Welchen zusätzlichen Informations-, Fortbildungs-, Supervisionsbedarf
halten Sie bei Behandlungsübernahmen für erforderlich?
Mit welchen Behandlungsmethoden arbeiten Sie (PT,PTA,VT, straftäterspezifische Therapieansätze etc.)?
Unter welchen Bedingungen könnte Ihre Mitarbeit gewonnen werden?“

(In Anlehnung an das August 2001 entwickelte Erstbefragungsinstrument zur Rekrutierung potentieller ambulanter Mitarbeiter am WZFP Lippstadt 2001 Arbeitsgruppe zum Projekt Ambulante Versorgung.)

Vor dem Hintergrund dieser Erfahrungen und dem erschlossenen Wissen um das personale Anforderungsprofil sind folgende Aspekte vorab als unabdingbare Voraussetzungen abzuklären: Ein wesentlicher Faktor zur Effizienz in der Rekrutierung von ambulantem therapeutischen Personal ist die konkretisierende Vorabdarstellung des professionalen Bedarfsprofiles mit prägnanten unbeschönigten Abbildungen der Konditionen und Problemfaktoren. Des weiteren abzuklären sind die Faktoren: Berufserfahrung, Ausbildung, praktische Vorerfahrung zur Arbeit mit der forensische Klientele, psychische Reife, Belastbarkeit, Bereitschaft zur kritischen Selbstreflexion. Fragen zur Passung der praktizierten Behandlungsangebots, dem gegebenen Setting, der Ausgestaltung der Ambulanz und des Arbeitsstiles, Gemeinschaftsambulanz, der Bereitschaft und den Möglichkeiten zur Anbindung an eine Forensikklinik, die tatsächliche Verfügbarkeit, Präsenz, Flexibilität und Umsetzung von Kriseninterventionen, spontanen Interventionen und Notfallversorgungen. Adäquate Fragenkonstrukte sollen prägnant formuliert konkret o. g. Punkte ansprechen, mit praxisnahen Beispielen, um die Intentionen der Fragen zu verdeutlichen, in persönlicher Ansprache gehalten sein mit Bitte um Angaben zu den leistbaren Angeboten. Unstrukturierte Anmerkungen der Befragten müssen möglich sein. Zu Rückmeldungen und Rücksprachen mit dem Interviewer sollten für den Befragten Kontaktmöglichkeiten im Anschreiben klar aufgeführt sein. Unabdingbar ist die externe Überprüfung und darüber kritische Vorabselektion der Bewerber zu deren qualifikatorischem Eignungsprofil und Selbstdarstellung. So besteht die Gefahr einer Negativselektion durch profane wenig selektive Anfragen über offen zugängliche Therapeutenlisten. Untersucht werden sollten die Motive und Einstellungen zu einer solchen Tätigkeit, die Frage nach der Berufserfahrung, Etablierung, Akzeptanz und Auslastung der Bewerber in ihrer regulären Versorgertätigkeit und den Gründen dazu, wenn solche fehlen, wie Nichtakzeptanz bei Patienten, Unerfahrenheit, Anfängerstatus, materielle Not und darüber existentielle Probleme. Die Rekrutierung sollte im Bewußtsein um die Sensibilität und die hohen qualitativen Anforderungen einer solchen Tätigkeit erfolgen und nicht im Druck des Versorgungsdefizites sondern qualitätsgeleitet. Es muß ein Bewußtsein bestehen, um die Gefahr problematischer motivationaler Anteile zum Interesse an einer solchen Tätigkeit, unkritischen, mglw. unerfahrenen oder naiven Einstellungen und Zugangsformen wie ´sensation seeking`, Faszination am ´Exotischen`, problematischen bis hin zu mglw. auch Co-Haltungen resp. (pathogenen) Eigenbezügen.

19.11 Diskussion und Zusammenschau von Aspekten und Vorgaben zu den personalen Bedarfs- und Anforderungsprofilen

Den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchungen zufolge ergaben sich besondere Anforderungen, zentrale qualifikatorische und andere Richtlinien zum Anforderungsprofil für das therapeutische Personal/ die Mitarbeiter der Ambulanz und überhaupt alle professional in die Behandlung der forensisch psychiatrischen Klientele Eingebundenen.

19.11.1 Personale Qualifikation und fachspezifische Kompetenz

Das Personal sollte für seine Aufgaben fachlich qualifiziert, in der Anwendung indizierter spezifischer Therapieansätze erfahren und dazu bereit sein, sich entsprechend nach-zu-qualifizieren. Die Bedeutung eines, mit fachspezifischen Kompetenzen ausgestatteten und qualifizierten, Personals wurde als unabdingbare Erfordernis für einen günstigen Verlauf behandlungsbezogener Maßnahmen zur Effektivität der Betreuung und Behandlung auch über andere Untersuchungen *(dergestalt explizit Ross 1992)* sowie allgemein die Bedeutung therapeutischer Basiskompetenzen und Qualifikationen in allgemeinen Therapierichtungen, forensisch therapeutischer Kenntnisse, Fertigkeiten, Sensitivität für Manipulationen und andere destruktive Prozesse im Umgang mit antisozialen Persönlichkeiten *(Woodward 1997)*, herausgestellt.

19.11.2 Personale Konstanz

In dieser Phase des Wechsels zwischen stationärem und ambulantem Behandlungssetting sind vermeidbare die psychische Konstitution des Patienten zusätzlich labilisierende Beziehungsabbrüche [8] möglichst zu umgehen.

19.11.3 Professionale Vernetzung

Die Erfordernis um informative Vernetzung und geregelten Informationsaustausch der Betreuer untereinander offenbarte sich. und dies aus verschiedener Sicht, als eine entschiedene Vorgabe adäquater Führung und Ausgestaltung der Behandlung. In der Tendenz entsprechende Ergebnisse aus der Behandlungsforschung zu Straftätern unterlegten die, der Effektivität der Behandlung zuträgliche, Wirkung eines sachgerechten und geregelten Austausches zwischen den in die Betreuung eingebundenen verschiedenen Berufsgruppen und Institutionen *(vgl.: Averbeck & Lösel 1994).*

19.11.4 Relevanz der Qualität der stationären Vorerfahrungen für die nichtstationäre Betreuung

Die vorausgegangene -stationäre- Behandlungsqualität bildet einen relevanten Faktor als Vorgabe und potentiellen Fundus für die prospektive Planung und Ausgestaltung ambulanter Behandlung.

19.11.5 Therapeutische Bedeutung des Personalschlüssels

Bei, der vielen dieser Patienten eigenen, gestörten Beziehungsfähigkeit und den oft komplexen und schweren Störungsbildern und häufigem Auftreten von Persönlichkeitsstörungen ist die Ausgestaltung des therapeutischen

[8] Diesem Prinzip sollte möglichst auch zum gesamten Therapieverlauf gefolgt werden.

Kontaktes resp. der therapeutischen Begegnung und Beziehung (Beziehungsarbeit) für die Qualität der Behandlung und insb. der Psychotherapie von zentraler Relevanz. Voraussetzung dafür ist eine ausreichende Personalausstattung. Eine solche Behandlung *„kann nur durch Menschen erfolgen, (.....) die nicht überlastet und überfordert sind (.....) sich sicher fühlen (.....), mit ihrer Aufgabe identifizieren und deren Bemühungen von der Gesellschaft honoriert werden“ (Müller Isberner & Gretenkord 1994: 170).*

19.11.6 Anforderungsprofile zu den personalen Strukturen der Versorgung und deren ambulante und anteilig auch stationäre Vorgaben sowie Arbeitsinhalte und Leistungsaufwendungen konzeptionell fundierter ambulanter Behandlungsformen

Erfordernis um bedarfsgeleitete Adaptationsfähigkeit – personell, zeitlich und konzeptuell flexibel gehaltene Behandlungs- und Versorgungskonstrukte und v. a. Personalkontingente

Die Versorgung sollte von der Indikation und den Bedarf zum Einzelfall geleitet und dazu möglichst quantitativ und qualitativ, in Betreuungsdichte und – inhalt adaptierbar sein. Ein, in der Behandlung dieser Klientele charakteristisches, versorgungstechnisch jedoch schwer organisierbares, Kriterium ist die Anpassungserfordernis leistungsbezogener und personaler Ressourcen an den quantitativ und qualitativ wechselhaften und diversen Bedarf der Klientele. Der personale Einsatz verlangt strukturelle, zeitliche und personelle, kontingentale und formale Flexibilitäten, Durchlässigkeiten und dynamische Anpassungsmöglichkeiten, die Präsenz und tatsächliche Verfügbarkeit regulärer aber auch außerordentlicher Leistungen. So gibt es bestimmte Leistungen die flexibel abzurufen und dynamisch einsetzbar sein müssen und die als unabdingbare Erfordernis Kriseninterventionen kalkulieren zu müssen. Als Besonderheit und zur speziellen Behandlung einer Persönlichkeitsstörung sind höherfrequente Interventionen, intensiviertere Dichten an Therapieeinheiten resp. erhöhte therapeutische Aufwendungen / Behandlungseinheiten zu kalkulieren.

Beispielhaft in ihrer *bedarfsgeleiteten Adaptationsfähigkeit* präsentieren sich die zeitlich, personal und inhaltlich *flexibel* gehaltenen *Behandlungs- und Versorgungskonstrukte* der *Ambulanz Wien* mit einer schlanken und aufgabenorientierten Ablauforganisation über eine anpassungsfähige dynamische Matrixorganisation mit Werkvertrags- und Honorarkräftelösung. Mit einer solchen Organisationsform waren Angebotsleistungen qualitativ und quantitativ dynamisch an der jeweils individuellen Anforderungssituation, Bedarfslage und therapeutischen Indikation ausrichtbar. Problematisch erscheint, daß in dem, von der Struktur her zwar flexiblen und dynamischen Modell einer Matrixorganisation (s. Wiener Ambulanzmodell), die versicherungstechnischen und sozialversorgungsrechtlichen Pflichten und darüber Belastungen teilzeitig bzw. stundenweise Beschäftigter von anderen Arbeitgebern / Versorgern mitgetragen werden, wie bspw. zu den, ansonsten bei anderen Institutionen Beschäftigte und, wenn neben den erheblichen Belastungen die sozialrechtlichen Verpflichtungen zu Lasten der Behandler gehen. Derartige Probleme stehen zum Modell der Institutsambulanzen weniger im Vordergrund. Vorteil ist hier eine stabile, verfügbare, aufeinander und auf den Bedarf abgestimmte Personalstruktur, die darüber und mit untereinander gut bekannten und vertrauten Personen auch Vorgabe bietet für potente Teamarbeit mit Entfaltungsmöglichkeiten tragender Potentiale und kreativer Elemente. Synergetisch günstig ist auch die Nähe zur Herkunftsklinik und der damit mögliche organische Übergang durch frühzeitiges Einbringen erster ambulanter Betreuer in die Ausgestaltung der Überleitung und den Behandlungskomplex.

Komplexität der Störungsbilder

Die Personalgestaltung sollte die Komplexität der Störungsbilder und das Bedarf- und Anforderungsprofil der Klientele zu beantworten.

Fachforensische Kompetenz, Multiprofessionalität und Teamwork

Qualität und Ausgestaltung der Teamarbeit bilden eigenständige und darunter die multiprofessionale Gestaltung des Betreuerteams weitere Prämissen für die Qualität der Behandlung speziell dieser Klientele. Das Mitarbeiterteam sollte multiprofessional und unbedingt forensisch qualifiziert, gut, belastbar und mit möglichst konstanten Bezügen, multimodalem, breitem und integrativen Methodenangebot und überhaupt geregeltem Informationsaustausch und Supervision organisiert sein.

Personale Passung und adäquate Zuordnung

Als der Effektivität der Behandlung zuträglich erkannt wurde die ´Passung` des Personals, die adäquate Zuordnung in der Auswahl zu bestimmten Straftätertypen und neben störungsorientierten die Berücksichtigung der Faktoren Alter, Geschlecht, psychische Stabilität und anderer persönlicher Merkmale.

Case Management und Case Work

Im konzeptionellen Rahmen gemeindenaher Projekte mit Konsiliar- und Liaisondiensten wurden einzelfallbezogene *Case Management* Leistungen v. a. aus den Bereichen der Sozialarbeit und Sozialpädagogik als die schwerpunktmäßig abzudeckenden Funktionsbereiche gewertet *(s. Aufgaben- und Stellenbeschreibungen der Ambulanz Moringen).* Leistungen des *Case Work*, der supportiven Sozialarbeit zum Einzelfall, sind häufig gepaart mit psychiatrischen, medikamentös und/oder psycho-therapeutischen Maßnahmen, intermittierenden und Krisen- Interventionen höherfrequenter Art bei Zustandsverschlechterung resp. Labilisierungen des Patienten.

Kalkulation auch außerordentlicher Einsätze und dahingehender Engpässe
Zur Überleitung des Patienten in die Entlassregion und dessen dortige Anbindung und darüber Etablierung in soziale, berufliche und therapeutische Bezugssysteme ist ein höheres Betreuungsniveau anzusetzen. Es müssen spezialisierte Behandlungserfordernisse und außerordentliche Einsätze qualifizierter Behandler und dahingehende Engpässe kalkuliert werden.
Raum für Beziehungsarbeit als ein zentrales Element in der Behandlung/ Betreuung dieser Klientele
Überhaupt ist der Beziehungsarbeit, welcher in der Behandlung dieser Klientele auch unter präventiven Gesichtspunkten eine elementare Rolle zukommt, der erforderliche kontingentale Rahmen zuzugestehen.
Vernetzung und Klarheit in den Bezügen der professional in die Betreuung Involvierten
Die Bezüge zu den kontrollierenden und justizialen Organen sollten klar definiert und Informationen zum Patienten in ihren inhaltlichen Erfordernissen abgeklärt und geregelt erfolgen. Bei krisenhaften Entwicklungen und Zustandsverschlechterungen oder sonstigen Gegebenheiten, die ein unmittelbares und kompetentes Reagieren erfordern, sind sowohl die Vertreter der klinisch therapeutisch versorgenden wie auch die, des justizialen und die, des administrativen Bereiches gehalten, konstruktiv zu kooperieren und einem nötigenfalls möglichst direkten schnellen Zugriff auf den Patienten, ohne daß diesem therapeutische Interventionen verwahrt bleiben mit zum Krisenfalls umgehender, ggfls. intermittierender auch stationärer Behandlung und ohne, daß zwingend ein Widerruf der Bewährung erfolgt. Krisenbetten (1-2) sollten dafür definiert und abrufbar sein.

19.11.7 Reziprozität von Bedarf und Strukturvorgaben

Personalstruktur und personeller Bedarf fundierter ambulanter Behandlungsformen sind auch bestimmt über die Strukturvorgaben und den spezifischen konzeptionellen Ausrichtungen der jeweiligen Ambulanz und kann sich formal unterschiedlich darstellen. Sie kann institutionalisiert über Festanstellungen oder in einer flexiblen Matrixorganisation über Werkvertragslösungen und/oder Kontrakte mit Niedergelassenen und komplementären Versorgern erfolgen.

19.11.7.1 Bezüge zum Behandlungsaufwand mit der Erfordernis um dahingehende dynamische bedarfsorientierte, indikationsgeleitete Gestaltungsmöglichkeiten

Zur *Bemessung des Behandlungsaufwandes* spielt die zugrundeliegende Störung eine wesentliche Rolle. Aufwand und Frequenz betreuungstechnischer resp. psychotherapeutischer Leistungen werden v. a. durch das individuelle Störungsbild aber auch die aktuelle Bedarfslage des Patienten determiniert. Zu Patienten mit einer klassisch psychiatrischen Störung wurde in Erfahrung gebracht, daß diese bei fachforensisch kundigen Therapeuten nach anfänglicher Konsolidierung der Patient-Therapeut-Beziehung längerfristig niederfrequent geführt werden konnten, wobei sich der Großteil in psychiatrischer Behandlung befand. So sind psychosekranke und insb. schizophrene Patienten i. d. R. deutlich weniger problematisch und im Verhältnis besser in das bestehende allgemeinpsychiatrische und psychotherapeutische Versorgungssystem einzubinden als komplexere Störungsbilder, komorbide und v. a. persönlichkeitsgestörte Patienten, Sexualdelinquenten und Patienten mit einer komorbide assoziierten Suchterkrankung.
Eine Herausforderung auf mehreren Ebenen der Behandlung bildete die Gruppe der persönlichkeitsgestörten forensischen Patienten mit oftmals spezifizierten auch aufwendigeren psychotherapeutischen Behandlungsmodi. Zu persönlichkeitsgestörten Patienten und solchen, mit komplexen Störungsbildern bzw. komorbiden Störungen (wie Sucht und Schizophrenie) ist grundsätzlich ein eher höherfrequentes, flexibilisiertes und breitgefächertes und damit spezifizierbares Behandlungsangebot zu kalkulieren.
Für den gut angebundenen und weitestgehend stabilisierten Patienten können dagegen durchaus niedrigschwellige Betreuungseinheiten mit zwei- bis vier-wöchentlichem und längeren Abstand ausreichen. Im Schnitt zeigte sich im Prozess der Vorbereitung zur Überleitung als ausreichendes Stellenkontingent pro Patienten pro Woche etwa 2.5 h Stunden bei einer gemeindenahen Ausrichtung mit, zum Regelfall um 3.0 - 3.5 h pro Woche.

19.11.8 Case-Load

Einer psychotherapeutischen Praxis mit einem forensisch qualifiziertem Therapeuten scheint den Regelfall vorausgesetzt 1-2 forensische Patienten als betriebsverträgliche Belastung zugerechnet werden zu können. Die Case Load liegt zum Case Management unter fachforensischer Sozialarbeit zwischen 1:3 und 1:4. Die Betreuung von mehr als einem forensischen Klienten ist für eine reguläre Ein-Therapeuten-Praxis faktisch kaum tragbar. Sie war, wenn dies auftrat, dem Versorgungsnotstand zuzuschreiben.

19.11.9 Personal- und Stellenprofile

Einrichtungen mit optimierter Versorgung und Möglichkeit zur Austestung ihres Personalbedarfes erkannten: Zur Ausführung der leitenden Funktionen war v. a. die fachliche und personale Kompetenz entscheidend. Die, die Ambulanzleitung und Koordination betreffenden, Funktionsbereiche können auch von nichtärztlichen Professionen, vorzugsweise forensisch psychiatrisch ausgebildeten und erfahrenen Psychologen resp. Sozialwissenschaftlern ausgeführt werden; Auch Leitungs- und Koordinationsfunktionen seien nicht zwingend an eine ärztliche Profession gebunden. Ambulanzstellenprofile sollten überhaupt und v. a. für Mediziner und Diplom Psychologen ohne bürokratischen Aufwand austauschbar sein und über Erprobung und Testung der aktuellen Bedarfslage ermittelt werden können. Halbtägige Beschäftigungsverhältnisse wurden als schlecht vereinbar mit zumindest der Versorgungsstruktur der gemeindenah ausgerichteten Liaison- und Konsiliardienste und deren spezifischer Form der Ambulanzarbeit erfahren.

19.11.10 Schwierigkeit der Rekrutierung externer qualifizierter therapeutischer Mitarbeiter

Infolge des ausgewiesenermaßen hohen Anspruchsprofiles und der überproportionalen professionalen Belastungen, die mit dieser Tätigkeit einhergehen, ist es zwingend notwendig, diesen Bereich offiziell, formalrechtlich und kostentechnisch zu regeln und eine, dies berücksichtigende und dbzgl. verbesserte Anpassung der Honorierung als Aufwendungsersatz und entsprechend adäquate Einstufung resp. Höherdotierung der erbrachten Expertenleistungen einzuführen.
Allein der Umstand und die Aufrechterhaltung derartiger formaler und erheblicher Unsicherheiten bzw. ´Un-abge-sicher-t-heiten` hält viele der Niedergelassenen davon ab, sich in die außerdem mit Mehrbelastungen und Risiken verbundene und oftmals nicht nur deshalb als unattraktiv erlebte, Behandlung dieser Klientele einzulassen. - Gerade die Berufsgruppe der Selbständigen, resp. die, der niedergelassenen Therapeuten / Ärzte ist gezwungen, ökonomischen Aspekten unter zeit- und kostentechnischen Gesichtspunkten, besonders Gewicht beizumessen.
Eine explizit defizitäre Versorgung bestand zu Therapieplätzen mit spezifischen Behandlungsprofilen.

19.11.11 Rechtliche Absicherungen

Per se unabdingbar ist eine *ausreichende rechtliche und finanzielle Absicherung* der Behandler. Gerade zu diesem Sektor bestehen aber noch erhebliche rechtliche Ungeklärtheiten.

19.11.12 Angemessene Gratifikation / Honorierung zum hohen Anspruchsprofil

Leistungen sollten und dies betrifft v. a. PsychoTherapien nicht über hinderliche beeinträchtigende Formalismen, wie beschneidende Kassensätze und methodengeleitete Kontingentierungen und Bindung an schulenmethodische Kategorisierungen determiniert werden. Methodenintegrative Maßnahmen, multimodale Ansätze, aktive und nachgehende Unternehmungen/ Interventionen, damit einhergehende extra Aufwendungen, An- und Abfahrten, Besuche zu Hause und am Arbeitsplatz, Arbeit mit den Bezugspersonen und dem sozialen Kontext, therapeutische Maßnahmen zu und im Kontext von Alltagserprobungen, Expositionstraining, Supervisionen, Teamsitzungen und Teilnahmen an anderen Zusammenkünften/ Gremien sowie Öffentlichkeitsarbeit sollten als Arbeitseinheiten definiert und abrechenbar sein.
Infolge des, durch die vorliegenden Untersuchung ausgewiesenen, hohen Anspruchsprofiles und den überproportionalen professionalen Belastungen, die mit dieser Tätigkeit einhergehen, ist es zwingend notwendig, diesen Bereich offiziell, formalrechtlich und kostentechnisch zu regeln sowie eine, dies berücksichtigende und dbzgl. verbesserte Anpassung der Honorierung, Festschreibung zu bemessender Leistungserfordernisse als Qualitätskriterien in einem Leistungskatalog mit entsprechend hochwertigen Einstufungen der zu erbringenden Expertenleistungen resp. deren verhältnismäßige Höherdotierung.

19.11.13 Gesicherte Verfügbarkeiten einer passenden Versorgung

Unbedingt erforderlich ist es, eine Versorgung zum Notfall und für Kriseninterventionen und dahingehende Instrumentarien sicherzustellen - je nach Patientendichte eigenständig oder in Anbindung an andere Versorger mit einem 24–Stunden-Dienst mit Notruf, Abend-, Wochenend- sowie Feiertagsdienst.

19.11.14 Geregelte Supervision und fachgerechte Beratung

Die Verfügbarkeit ausreichender und speziell fachkundiger Supervision resp. Beratung der Therapeuten bildet ein eigenständiges Kriterium zur Qualitätssicherung und Effizient der Betreuung.

19.11.15 Erfordernis um Standards im personalen Anforderungsprofil, Sicherstellung adäquater fachspezifischer Qualifikation und Kompetenzbildung

19.11.15.1 Effizienzkriterium fachspezifischer Qualifikation und drängendem Bedarf um Aus- und Fortbildung

Generell besteht ein hoher Bedarf an Aus- und Fortbildung und fachspezifischer Qualifikation. - Die Erfordernis um eine besonders fundierte fachliche Qualifikation des betreuenden Personals ist als ein zentrales Effizienzkriterium festzuschreiben. Dabei ist bei den in die Behandlung Involvierten zu achten auf fachforenisches Wissen und Erfahrung in Theorie und Praxis, Berufserfahrung und bei den Behandlern auf eine fundierte und anerkannte therapeutische Ausbildung, außerdem auf regelmäßigen Austausch– v. a. im Team, Teilnahme an Supervision, Fort- und Nachqualifikation. Außerdem zu berücksichtigen sind v. a. auch im Vergleich gegenüber der Allgemeinpsychiatrie, die zusätzlichen Aufwendungen für den erhöhten, Fortbildungsbedarf bzw. die fortlaufende und aktualisierende Qualifizierungserfordernis zu relevanten Gebieten der Psychiatrie, Psychologie, Psychotherapie, Neurologie, Sozialpädagogik mit aktuellen kriminologischen und juristischen Gesichtspunkten.

19.11.16 Hohes und besonderes personales Eignungs- und Anforderungsprofil In vielen Bezügen hoher oft spezieller Anspruch an das personale Eignungs- und Anforderungsprofil

Die eigentliche berufliche Profession tritt bei der Auswahl der Mitarbeiter in den Hintergrund.
Grundsätzlich verlangt die professionale Gestaltung einer adäquaten und effizienten ambulanten Behandlung psychisch kranker Straftäter folgende Vorgaben:
> Unumgänglich sind ein profundes und umfassendes professionales fachforensisches Wissen aus Praxis und Theorie mit sowohl fachspezifisch, theoretischen wie praktischen und erfahrungsbezogenen Kompetenzen,
Die persönliche Eignung setzt spezielle Eigenschaften und Fähigkeiten voraus und darunter v. a.:
eine entspr. persönliche psychische Konstitution Entwicklung und ´Reife`,
Differenziertheit, Introspektionsfähigkeit,
Befähigung und Bewußtsein um die Erfordernis zum selbständigen Handeln und lebenspraktischen Denken in komplexen Bezügen und Systemen,
emotionale und soziale Kompetenz,
Fähigkeit dazu, Kontakte und Beziehungen zu initiieren, aufzugreifen, –nötigenfalls auch aktiv- zu er-halten,
zur konstruktiven Teamarbeit, zu Koordinationsvermögen,
zu der Übersicht und Organisation komplexer Zusammenhänge und Strukturen,
überhaupt Koordinations- und Organisationsvermögen und
einer einheitenübergreifenden Kooperation mit auch Institutionen und Behörden sowie überhaupt der Führung, Motivation und Delegation von Personal,
grundsätzlich Engagement und persönliche Einsatzbereitschaft,
hohe Belastungsfähigkeit, Flexibilität, besondere resp. zusätzliche zeitliche und leistungsbezogene Aufwendungen zu tolerieren und zu kalkulieren,
ein Denken und Handeln in komplexen Bezügen und Bereitschaft dazu, indikationsgeleitet auch andere als die selbst praktizierten therapeutischen Methoden in die Behandlungsplanung zu integrieren sowie zur Anleitung und ggfls. Führung von Mitarbeiter und auch Delegation von Funktionen und des weiteren Teamfähigkeit, Koordinationsvermögen.

In der Konsequenz dieser Forderungen bedeutet die Behandlung psychisch kranker Straftäter ein erhöhtes Maß an Aufwand und Einsatz personaler, zeitlicher, emotiver und psychischer Kapazitäten, – therapeutischer - Ressourcen und Energien, breit angelegter klinisch therapeutischer, theoretisch und praktisch fundiertem auch fachübergreifendem und -spezifischem klinisch psychiatrischem therapeutischem, theoretischen, praktischen und administrativen Kompetenzen, mit der grundsätzlichen Bereitschaft zu außerordentlichen zusätzlichen Aufwendungen, der Erledigung umfassender organisatorischer und administrativer Funktionen, oft interdisziplinärer Aufgaben und Behördenangelegenheiten, des weiteren kriseninduzierter, nicht regulärer Interventionen (therapeutisch oder beratender Art), dem Einbezug des sozialen Umfeldes und der Angehörigen- und Bezugspersonenarbeit, Vernetzungen zu Informationsaustausch und Kollaboration sowie der Teilnahme an regulären Teamsitzungen, höherfrequente Supervisionen und überhaupt persönliche Engagiertheit und Einsatzbereitschaft.

20 Kostenregelungen, Finanzierungsmaßnahmen, ökonomische Aspekte zum Kontext ambulanter Behandlung psychisch kranker Straftäter

20.1 Erfassungsmodus und Befunde zu den Finanzierungsformen

Die, von den forensischen Einrichtungen benannten und praktizierten Finanzierungsformen ambulanter Behandlungsmaßnahmen, wurden in mehreren Schritten erhoben, zum einen strukturiert über vorgegebene Kategorien und weiter über zusätzliche Angaben mittels teilstrukturierter und offener Fragestellungen.
In einem ersten Schritt waren Einrichtungen mit ambulanten forensischen Patienten global zu den, von ihnen praktizierten, Finanzierungsformen ambulanter Behandlungsmaßnahmen eingestuft und dazu 22 (55.89 % aller insg. in die Untersuchung eingebrachten 38) forensischen Kliniken erfaßt worden. Von diesen nutzten 21 und damit 95.45 % klinikeigene Mittel, um Aufwendungen zu decken, die für ambulante Behandlungen angefallenen waren, wobei 8 und damit 36.36 % der, zu dieser Frage erfaßten Stichprobe an Einrichtungen, eine Mischfinanzierung praktizierten. Die letztgenannten Einrichtungen nahmen anteilig Kassenleistungen und davon 3 außerdem dritte Finanzierungsquellen zur Deckung der ambulanten Behandlungskosten in Anspruch. Ausschließlich über Kassenleistungen finanzierte sich im Gesamten überhaupt nur eine Forensische Institutsambulanz (4.5 % aller zu dieser Frage erhobenen 22 Kliniken), wobei in diesem Fall die ambulanten therapeutischen Leistungen von einer konstanten Person allein erbracht wurden.

Tab. 8: Finanzierungsformen ambulanter Behandlung

Finanzierungsformen ambulanter Behandlung			
Finanzierungsformen	**Anzahl der Nennungen (n)**		
	Einrichtungen		**ambulante Patienten**
ausschließlich Eigenmittel der Klinik*		4	20/ 34/ 27/ 15^{+}
ausschließlich Kassenleistungen		1	10^{+}
Mischfinanzierung ~		5	
> Klinikmittel & Kassenleistungen	3		10/ 6^{+} / 66^{+}/ 10
> Klinikmittel & Drittmittel: Verein, Bußgeldfond (Gericht) Resozialisierungshilfe	1		
> Kassenleistungen & Bußgeldfond (Zuweisung erfolgt durch Gericht)	1		

Bezug: Gesamtzahl n_e=10 forensische Einrichtungen mit davon n_s=1329 [9] stationären MRVZ-Patienten und n_a=198 [10] ambulanten Patienten

~ Der Begriff der Mischfinanzierung gilt für die gesamten ambulanten Behandlungskosten.
Zum einzelnen ambulanten Patienten wurde jeweils nur eine der aufgeführten Finanzierungsformen angegeben.

** Ambulante Behandlung war nicht im Stellenkontingent der entsprechenden Klinik eingeplant.*

+ Es handelte sich um Einrichtungen mit einer offiziellen institutionalisierten forensischen Nachsorgeambulanz.

Insgesamt deckten von den, zu ihren Finanzierungsformen erfaßten, forensischen Kliniken ihre finanziellen Aufwendungen für ambulante Behandlungsmaßnahmen 59.09 % (n=13) ausschließlich und 23.8 % (n=5) überwiegend über klinikeigene Mittel. Detaillierter zu den Finanzierungsformen der, von ihnen praktizierten ambulanten Behandlungsmaßnahmen äußerten sich von den o. g. 22, 10 Kliniken mit n_s=1329 [11] stationären und n_a=198 [12] ambulanten Patienten. Deren über teilstrukturierte und offene Fragestellungen erhobenen Aussagen wurden in einem eigenen Analyseschritt erfaßt. Die Stichprobe setzte sich zusammen aus 4 institutionalisierten forensischen Ambulanzen, eines der gemeindenah ausgerichteten Projektmodelle [13] der Liaison- und Konsiliardienste und 5 Kliniken mit einer gut organisierten Form ambulanter Versorgung und Behandlung i. d. R. über Klinikmitarbeiter und dabei vornehmlich über die psychiatrische Ambulanz der Klinik.

[9] 38.96 % aller zur vorliegenden Untersuchung rekrutierten (N_s=3411) bzw. 41.42 aus der Gruppe der nach ihren ambulanten Behandlungsformen kategorisierten n=3209 stationären Patienten
[10] 47.71 % aller zur vorliegenden Untersuchung rekrutierten stationären (N_s=3411) bzw. 50.13 % aus der Gruppe der nach ihren ambulanten Behandlungsformen kategorisierten N_a= 395 ambulanten Patienten
[11] 38.96 % aller, zur vorliegenden Untersuchung rekrutierten (N_s =3411) bzw. 41.42 % aus der Gruppe der, nach ihren ambulanten Behandlungsformen kategorisierten, n_s=3209 stationären Patienten
[12] 47.71 % aller zur vorliegenden Untersuchung rekrutierten (N_s=3411) bzw. 50.13 % aus der Gruppe der, nach ihren ambulanten Behandlungsformen kategorisierten, N_a= 395 ambulanten Patienten
[13] *Lippstadt Eickelborn*

Die Vertreter dieser Stichprobe der o. g. 10 Einrichtungen benannten folgende Finanzierungsformen:
- Eigenmittel der Klinik,
- Krankenkassenleistungen,
- Drittmittel bzw.
- sonstige Finanzierungsquellen, wie gerichtliche Straf- und Bußgeldfonds,
- unentgeltliche Expertentätigkeit und
- anteilige Zuwendungen von Vereinen mit privater Trägerschaft.

Die Möglichkeit zur Kassenabrechnung nutzten davon:
> anteilig: 2 Einrichtungen mit einer institutionalisierten forensischen Nachsorgeambulanz und zusammen 81 ambulanten Patienten (n=66 einer gut etablierten großen Nachsorgeambulanz [14] und n=15 einer forensischen Klinik [15] bei welcher die Nachsorgeambulanz noch nicht im Stellenschlüssel berücksichtigt war) und damit ein Fünftel des insg. bundesweit rekrutierten Bestandes an ambulant geführten Patienten,
> ausschließlich: 1 Einrichtung [16] (10 % dieser Stichprobe).
Demnach praktizierte der Großteil der o. g. Stichprobe für ihre ambulanten Behandlungsmaßnahmen eine Mischfinanzierung und diese v. a. in Form einer Kombination mit Klinikmitteln. Und nur zu dem einen Fall einer speziell organisierten kleinen (10 Ambulanzpatienten) forensischen Nachsorgeambulanz wurden ambulante Behandlungen vollständig über Kassenleistungen abgerechnet, wobei hier die ambulanten Behandlungen einzig über den, die Ambulanz auch leitenden, ärztlichen Therapeuten erfolgt war.
Der überwiegende Teil der ambulanten Therapien der, in der vorliegenden Untersuchung erfaßten, forensischen Patienten wurde demnach über klinikeigene Ressourcen finanziert. Die Finanzierung dieser ambulanten Therapien wurde i. d. R. auf den Einzelfall abgestimmt und in Abhängigkeit vom aktuellen Status und der jeweiligen Situation des forensischen Patienten individuell geklärt.

20.2 Diverse Aspekte zur Kostenbeteiligung und Kostenträgerschaft

Solange der ambulante Patient noch den Status eines MRVZ-Patienten inne hatte, ist für Deutschland als Kostenträger das Sozialministerium und in Österreich das Justizministerium zuständig. Für die deutschen Patienten wurden i. d. R. die Kosten für eine ambulante Behandlung, z. B. in der Zeit eines Erprobungsurlaubes, staatlicherseits im Rahmen des Maßregeletats des jeweiligen Bundeslandes und in Abhängigkeit von der jeweiligen Länderregelung entweder vom Justiz- oder Gesundheitsministerium des zuständigen Bundeslandes, übernommen. Gemäß *§ 10 JV Kost O* entfällt die Eigenkostenbeteiligung während der Patient der Maßregel unterliegt: Die Eigenbeteiligungen des Patienten an den Behandlungskosten sind als Aufwendungen für Gesundheitshilfen, Kosten des Vollzuges *(vgl.: Gabriel in Kammeier 1995: 202)*. Nach seiner Entlassung aus dem MRVZ ist der MRVZ-Patient dem Status eines Psychiatriepatienten gleichgestellt. Bestand nun bei dem Patienten eine fachliche Indikation generell für eine therapeutische, bspw. psychiatrische oder /und psychotherapeutische Behandlung, so war die Finanzierung der ambulanten Therapie gesichert soweit die Erkrankungsform und indizierte Behandlungsmethode mit dem Leistungsangebot der jeweiligen Krankenkasse übereinstimmte. Es wurde jedoch deutlich, daß zur adäquaten ambulanten Therapie dieser forensische Patienten als indizierte Leistungen, spezifizierte und sehr oft anderweitige, besondere und dabei auch kombinierte Leistungen erforderlich waren, die oftmals keine Kassenleistungen darstellten und daher nicht als solche finanziert werden konnten. Davon betroffen ist eine Fülle an unabdingbaren administratorischer und anderer mittelbarer Leistungen, wie die, der Kontakte (Vernetzung) aller in die Behandlung Involvierten. Des weiteren waren und sind im Falle einer psychotherapeutischen Behandlung nur bestimmte Behandlungsmethoden als Kassenleistungen abrechnungstechnisch gedeckt. In der Regel keine Kassenleistungen waren u. a.: familientherapeutische oder integrative Behandlungsansätze, Angehörigenarbeit, Bezugspersonentherapie, Ausweitung des Behandlungskontingentes, Aufstockung an Therapiestunden über das reguläre Kontingent hinaus. [17] In Einzelfällen wurden Sonderregelungen mit den Kassen erzielt, wobei diese jedoch als Ausnahmeregelung nicht über einen Rechtsanspruch getragen sind. Auch nahmen die Kassen zu solchen Sondervereinbarungen eine regional unterschiedliche Haltung ein. Zu Patienten, die ihre Maßregel beendet hatten, gab es Fälle, in denen eine ambulante Behandlung auch nach § 39 BSHG als Wiedereingliederungshilfe und erforderliche Maßnahme zum Ziel der angestrebten Resozialisierung des Patienten (Resozialisierungshilfe) eingestuft und als solche über die Sozialhilfe des regional zuständigen Sozialamtes finanziert wurden.
Derart gestaltete Finanzierungsformen wurden zu einigen Behandlungsfällen der Projektmodelle [18] und auch andernorts vereinzelt aus der Praxis berichtet.

---

[14] *Forensische Einrichtung Gießen / Haina*
[15] *Forensische Klinik Andernach*
[16] *Forensische Einrichtung Wiesloch*
[17] Dabei ergab auch die vorliegende Untersuchung, daß bei dem oft komplexen Störungsbild vieler forensischer Patienten häufig nicht allein nur eine Therapiemethode zu nutzen ist, weiter die Beziehungsarbeit einen Schwerpunkt in der therapeutischen Arbeit darstellt und allgemein die Behandlungsplanung, -dauer und -frequenz individuell auf das jeweilige Störungsbild und die persönliche Situation des Patienten abgestimmt werden muß.
[18] Entspr.: vgl. *Modellberichte zu Düren, Lippstadt Eickelborn, Moringen: Modellverbund, Hrsg., 1993a,b; 1994.*

Kostentechnische Probleme speziell zur Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen
Von allen, zur ambulanten Behandlung rekrutierten Kliniken, wurden die nur im ambulanten und nichtstationären Setting realistisch durchzuführenden Alltagserprobungen als weiterführender Bestandteil des Behandlungsauftrages des MRVZ und die in diesem Kontext platzierten psychotherapeutische Behandlungen als eigentlicher Bestandteil der MRVZ-Behandlung gewertet. Von daher scheint es dann auch sinnvoll, die Frage zur Kostenübernahme solcher Leistungen an die Kostenträger der Maßregelmaßnahmen zu richten. Die erforderlichen Therapieleistungen jedoch sind nur dann legitimiert tatsächlich einzufordern, wenn sie eigenständige Kostenfaktoren darstellen.
Nur wenn die zugrundeliegenden Störungen, auf die sich therapeutische Interventionen beziehen, vom Leistungskatalog der Kassen gedeckt sind, können formal überhaupt Leistungsansprüche kostentechnisch realisiert werden.
Speziell zu den psycho- therapeutischen Leistungen bestanden gegenüber den Kassen für niedergelassene, externe ärztliche und psychologische Psychotherapeuten, kosten- und abrechnungstechnische Probleme mit demzufolge hinderlichen und erschwerenden Auswirkungen und Beeinträchtigungen für die Versorgung. Es gibt eine Fülle an Leistungen, die nicht über den Leistungskatalog der Kassen abzugelten sind aber wesentliche Kriterien zur Effektivität i. S. von Qualitätsstandards bilden. Dies sind bspw. Kriseninterventionen höherfrequente und langfristige oder Langzeitbehandlungen, intermittierende, bedarfsgebundene und indikationsgeleitete ggfls. auch mehrstündige Behandlungsformen, des weiteren Angehörigen- und Bezugspersonenkontakte- und -therapien, Hausbesuche, konstante Bezüge und Kontakte zum sozialen – und beruflichen Umfeld des Patienten, Öffentlichkeitsarbeit, eine Fülle an formalen und darunter oft routinemäßig zu erledigenden Aufgaben, wie Dokumentationen, regelmäßige Vernetzung mit anderen in die Behandlung Involvierten u. a.. Weitere Probleme der Kostenübernahme konnten entstehen, wenn psychotherapeutische Leistungen während eines bestimmten Zeitraumes von verschiedenen niedergelassenen Therapeuten zum selben Patienten erbracht und abgerechnet wurden. Eine derartige behandlungsbezogene Konstellationen kann zur Klientele erforderlich bis unabdingbar indiziert sein. Kostentechnische Probleme ergaben sich, wenn es darum ging, diverse Methoden in den psychotherapeutischen Leistungen nicht in längeren Zeitabständen hintereinander sondern integrativ, aufeinander abgestimmt in einem übergreifenden inhaltlichen Kontext zu schalten. Allein fundamentale Leistungen, wie die Einrichtung einer fundierten belastbaren therapeutischen Beziehung und Anbindung an einen externen Therapeuten, Erwirken und Halten von Therapiemotivation und Krankheitseinsicht und die Risikoabklärung überhaupt, gingen bei einer solchen Klientele mit komplexen Störungsbildern und oftmals komorbiden Erkrankungsformen weit über die Kontingente an Kassenleistungen zur Psychotherapie hinaus. Kostentechnisch fallen Leistungen dieser Art den KV-Regelungen zufolge, wenn, dann nur unter ´Kann-Leistungen` der Kassen.

20.3 Erfahrungen zum Kontakt mit den potentiell kostentragenden bzw. in den zugehörigen Entscheidungsprozeß eingebundenen Behörden

Zum Kontakt mit den potentiellen kostentragenden bzw. in den dazugehörigen Entscheidungsprozeß eingebundenen, Behörden, ergaben sich übergreifend folgende Erfahrungen: Im Vorfeld der Planung einer ambulanten Behandlungsmaßnahme ist insb. bei Erstkontakten mit den zuständigen Behörden für den Antrag zur Kostenübernahme mit längeren Bearbeitungszeiten zu rechnen. Es sollte auch einkalkuliert werden, daß einem solchen Antrag i. d. R. stets eine behördliche Prüfung der regionalen Zuständigkeit, die sich aus dem letzten gemeldeten Wohnsitz des Patienten herleitet, vorauszugehen hat. Eine mehrfach praktizierte Möglichkeit war es, ambulante Behandlungsmaßnahmen -ggfls. auch nur anteilig- über Drittmittel zu finanzieren: Über das Gericht vermittelte Einnahmen aus Straf- oder Bußgeldfonds erhielten 2 Einrichtungen. Die Zuweisungen kamen v. a. aus Organisationen zur Förderung der Rehabilitation psychisch kranker Straffälliger. Dies gestaltete sich so im Falle von *Emmendingen, Bremen* und in Planung über einen speziellen Fond für die Nachsorge und ambulante Versorgung von Patienten aus *Lippstadt-Eickelborn* [19]. Eine solche finanzielle Zuwendung setzt allerdings die offizielle Anerkennung der Förderungswürdigkeit der zu finanzierenden, behandlungsbezogenen Maßnahmen durch die Gerichte voraus. Zu wenigen Fällen (drei Einrichtungen) wurden zudem andere Finanzierungen über private Fördervereine bekannt. Auch doch selten, erfolgte, wie zu einer Behandlung durch externe, niedergelassene Therapeuten, die Finanzierung der Behandlung entweder über die Krankenkassen oder das zuständige Sozialamt. In den -wenigen- Fällen, in denen eine forensische Institutsambulanz mit Kassenermächtigung vorlag, bestand die potentielle Möglichkeit, auf diesem Weg Therapiekosten - ggfls. auch nur anteilig - zu finanzieren. Allerdings wurde auch (von 2 deutschen Einrichtungen mit dieser Möglichkeit) berichtet, daß Patienten häufig darauf drängten, aus ihren Behandlungsscheinen nicht den Status eines forensischen Patienten ersichtlich werden zu lassen und vorzogen, offiziell als allgemeinpsychiatrischer Patient und demnach eher bspw. über die allgemeinpsychiatrische Ambulanz der Klinik, geführt zu werden. Adäquate Gratifikation bei anspruchsvollem Leistungsprofil. Allenthalben und von allen Einrichtungen der Stichprobe war sowohl unter diversen und neben leistungsbemessen qualitativen und auch unter berufsständischen Gesichtspunkten heftig kritisiert worden, daß die zusätzlichen Anforderungs- und Belastungsmomente nicht annähernd angemessen entgolten wurden.
Dem zu begegnen, hatten die gemeindenahen Modelle, insb. die forensische Klinik *Lippstadt Eickelborn*, den Gedanken eines Fonds entwickelt, um die, aus der Modellerprobung als notwendig und erforderlich erkannten,

[19] Nähere Angaben zu dem, von der *Klinik Lippstadt Eickelborn* geplanten, Fond im Folgetext.

häufig spezifischen und hinsichtlich der Qualifikation besonders anspruchsvollen, therapeutischen und anderen Versorgungsleistungen, zum einen überhaupt finanzieren und als fachlich für unabdingbar deklarierte, erhöhte Anforderungsprofile auch adäquat entgelten zu können. Eine, im Vergleich zum Kassensatz merkliche Höherdotierung insb. niedergelassener Therapeuten, die zusätzlichen zeitlich, qualifikatorischen bzw. allg. höheren Anforderungen und Aufwendungen im Rahmen der therapeutischen Behandlung speziell für diese Klientele angemessen zu entlohnen, wobei auch unumgängliche resp. zwingende anderweitige additive Belastungen, wie u. a. ein erhöhtes professionelles Risiko, Berücksichtigung finden sollen. Motivierten Versorgern gelang es offenbar stets zum angestrebten Einzelfall letztlich doch noch Kostenregelungen zu entwickeln. Die meisten der Versorgungsfälle wurden jedoch quasi im grauen Bereich aus personalen Ressourcen der allgemeinpsychiatrischen Ambulanz resp. der stationären forensischen Abteilung der jeweiligen Kliniken mit versorgt.
Die Erklärung, es fände sich kein Kostenträger für die gewünschte Ambulanz, war in den hier vorgelegten Erhebungen stets an erster Stelle genannt worden, wenn das Fehlen einer solchen Einrichtung begründet wurde.
Über die ungeregelte Kostenträgerfrage werden wie über eine Negativspirale neben direkt damit einhergehenden Problemen und Irritationen zusätzliche verselbständigte Kostenfaktoren, Erschwernisse und Aufwendungen provoziert. Keine Entlastungsmöglichkeiten durch ambulante Versorgungsstrukturen ergaben zusätzliche Kostenpositionen und oft unnötige Unterbringungszeiten. Vor dem Hintergrund der ungünstigen und unklaren Gesetzeslage und Kostenregelung entschieden selbst ambulant gut organisierte Einrichtungen *(Moringen)*, ihre an sich quasi ambulant geführten Patienten während des Erprobungsurlaubes möglichst im offiziellen Status als MRVZ-Patienten zu belassen und bei Beginn einer ambulanten Behandlung nicht die Entlassung aus dem MRVZ zu forcieren. Die Vorteile bildeten neben kostentechnischen Vorzügen, daß vor dem Hintergrund der gegebenen Rechtslage krisenhafte Erprobungsverläufe über dafür freigehaltene Krisenplätze der Herkunftsklinik besser aufgefangen werden konnten, ohne, daß die Rehabilitationsphase aus formalen Gründen riskiert oder abgebrochen worden wäre.

20.4 Forderung um formal abgesicherte, rechtliche, Grundlagen zu Fragen der Trägerschaft/ Haftung und Formen der Finanzierung

Gerichtliche Weisungen müssen vom gerichtlichen System, der Justiz, getragen werden. Entsprechende qualifizierte therapeutische Mitarbeiter zu rekrutieren ist und bleibt sicherlich ein Problem, zumal die Frage der Kostenübernahme für die Therapien unklar ist. Das Umsetzen der potentiellen und per se problematischen Möglichkeit, niedergelassene Psychotherapeuten an die Ambulanz anzubinden bzw. hinzuzuziehen, stellt an die Behandler erhebliche Anforderungen und verlangt von diesen bei dem aktuellen Stand, dem oft noch unzureichend definierten rechtlichen Hintergrund und der oftmals ungeklärten Frage der Kostenübernahme, Flexibilität und Bereitschaft, dbzgl. Unsicherheiten mitzutragen und zu ggfls. informellen oder unkonventionellen Lösungen. Vor dem Hintergrund des erhöhten Anforderungsprofiles einer solchen Tätigkeit, den grundsätzlich erschwerten Arbeitsbedingungen sowie unzulänglichen Bezahlung der Arbeitsleistung und Erschwernissen in der Kostenübernahme für die Arbeitsleistung therapeutischer Mitarbeiter sollte eine ´angemessene Entlohnung` gelten. Die Höherdotierung der Aufwendungen soll im Vergleich zum Kassensatz auch nicht planbare Leistungen, die spontan anfallen und direkte Reaktionen erfordern, berücksichtigen und zusätzliche Erfordernisse aus der therapeutischen Behandlung dieser Klientele, wie bspw. regelmäßige Kontakte zu anderen, an der Behandlung des Patienten Beteiligten, Kollegen, Institutionen ggfls. auch Behörden, regelmäßige Teamsitzungen, höherfrequente Supervisionen, die Offenhaltung flexibler personeller und zeitlicher Kontingente als für u. a. Krisenineterventionen weiter das Bewerkstelligen unvorhergesehener Ausfallzeiten und generell die Bereitstellung und –haltung einer differenzierten, möglichst auch breit angelegten, professionellen Qualifikation bzw. nachträglichen Bereitschaft zur zusätzlichen Qualifizierung mit Ausrichtung auf die spezifischen Anforderungen des forensischen Patientenpotentials.

20.5 Weitere Aspekte kostentechnischer Regelungen resp. zu den Problemen der kostenmäßigen Zuständigkeit und dahingehende Bewältigungsversuche

Kostentechnisch enden Leistungen des MRVZ formal am Tag der bedingten Entlassung auf Bewährung. Benötigt ein Patient zusätzliche und/ oder spezielle Versorgungsleistungen und einen höher strukturierten Rahmen, ist das aus diesem Fundus nicht bezahlbar.
Zu jedem Bundesland existieren spezielle Beurlaubungsregelungen: In NRW und damit für die Patienten des Einzugsbereiches der Kliniken *Lippstadt-Eickelborn* besteht bis zum 21. Tag der Beurlaubung Anspruch auf den vollen und danach noch auf ein Drittel des Aufwendungssatzes bei Langzeitbeurlaubten. Einige der Einrichtungen berichteten von der Praxis in einer internen Kostenumverteilung dann damit eingekaufte und erbrachte Leistungen abzugleichen.

20.5.1 Vorteile des Modus der Langzeitbeurlaubung mit allerdings der Übernahme anfallender Kosten und Platzhaltegebühren

Insbesondere ausgehend von den Erfahrungen zum Modell der mobilen Ambulanz wurden die Vorteile der *Langzeitbeurlaubung* herausgestellt. In dieser Zeit hat der Patient noch den Status eines forensischen inne, lebt und ggfls. arbeitet tatsächlich jedoch bereits extern in der Entlassregion mit der Möglichkeit zur Alltagserprobung in einem beschützten Rahmen. Er wird bereits durch die Dienste der Einrichtungen der Region betreut, wie dies dann auch nach der tatsächlichen Entlassung geplant ist. In dieser Zeit jedoch werden noch alle anfallenden Kosten und sogar auch die *Platzhaltegebühren* für den Fall einer zwischenzeitlich erforderlichen Rücknahme in die Klinik von der (konkret die Rheinischen Kliniken *Düren)* übernommen. Für die Forensik selbst ist dieser Modus der Langzeitbeurlaubung wesentlich als geschützter Rahmen zur diagnostische Einschätzungen erst nach einer ausreichend langen Zeit praktischer Erprobung unter realitätsnahen Bedingungen mit der Möglichkeit zu den geforderten prognostischen Aussagen unter welchen spezifischen Bedingungen eine Aussetzung der Maßregel zur Bewährung empfohlen werden kann. (Die i. d. R. auch über Weisungen in Entlaßbeschluss aufgenommen werden.)

20.5.2 Alternative Finanzierungs- und Kostenträgermodelle

Längerzeitig erprobte Modelle
Die grundsätzlich mögliche Einbindung externer - niedergelassener - Psycho-Therapeuten in die ambulante Betreuung verlangt von diesen jedoch zum aktuellen Stand und bei noch unzureichend definierten rechtlichen Hintergrund und der ungeklärten Frage der Kostenübernahme, immer auch Bereitschaft zur Flexibilität und dazu, Unsicherheiten mitzutragen, Gefordert ist Offenheit für ggfls. auch informellen oder ´unkonventionellen` Lösungen und auch Bereitschaft dazu, Formen der Mischfinanzierung und Kooperationsmodelle zu kalkulieren. Ein solcher Modus ist der, eines *(über das aktuelle Projektmodell i.Ü. installierten Forensische Klinik Lippstadt Eickelborn)* Fonds, aus dem heraus für niedergelassene Therapeuten vor dem Hintergrund des erhöhten Anforderungsprofiles einer solchen Tätigkeit, eine ´angemessene Entlohnung` erfolgen soll. Die Höherdotierung soll im Vergleich zum Kassensatz angemessen zusätzliche Aufwendungen berücksichtigen, die im Rahmen der therapeutischen Behandlung dieses Klientele erforderlich werden. Es handelt sich dabei mm bspw. regelmäßige Kontakte zu anderen, an der Behandlung des Patienten Beteiligten, Personen/ Institutionen ggfls. auch Behörden, Bezugspersonenarbeit, Teamsitzungen, höherfrequente Supervisionen, Bereithaltung flexibler Zeitkontingente im Falle einer nötigen Krisenintervention, unvorhergesehene Ausfallzeiten und generell die Bereitstellung differenzierter, möglichst breit angelegter professionaler Qualifikation bzw. Bereitschaft zur dahingehend nachträglichen Qualifizierung mit Ausrichtung auf die spezifischen Anforderungen des forensischen Patientenpotentials. Ein prospektiv denkbares Modell ist das der *Mischfinanzierung* mit *verschiedenen Kostenträgern unter* einem Dachverband mit vielleicht gemeinsamer Nutzung investierter Sachwerte und Personalkosten.
Weitere Ansätze in der Frage der Finanzierung
Die erforderliche Intensität zur Betreuung und Behandlung Persönlichkeitsgestörter wirkt i. d. R. abschreckend für Nachsorgeeinrichtungen im Hinblick auf deren Übernahme. Für die Finanzierung der Behandlung Persönlichkeitsgestörter werden von Nachsorgeeinrichtungen die dahingehenden Möglichkeiten des BSHG §§§ 72, 47, 39 bislang zu wenig genutzt. Mehraufwandsentschädigungen als Anreize für nachsorgewillige Einrichtungen waren zu den Modellerprobungen geplant gewesen, konnten jedoch nicht realisiert werden. Allerdings könnte für nachsorgewillige Einrichtungen ein solcher Modus angemessene Anreize bieten, sich auf eine Behandlung forensischer Patienten einzulassen und, wie zum Versuch von *Lippstadt Eickelborn*, Aufwandserstattung des Arbeits- und Gesundheitsministeriums als Finanzier. Der so erschlossene ´Aufwendungsersatz` ist allerdings kein Honorar im rechtlichen Sinnverständnis.
Gemischte Finanzierung Pool Spenden zugewiesene Strafgelder Im Falle ambulanter Therapien forensischer Patienten könnten über einen Finanzpool für die Entgeltung zusätzlicher Aufwendungen psychotherapeutische Leistungen mit 25% über dem aktuell gültigen maximalen Stundensatz erfolgen.-

20.5.3 Resümee und weiterführende abrechnungstechnisch relevante Aspekte

Die bislang ungelöste Frage der Kostenträgerschaft stellte sich immer wieder und unter diversen Gesichtspunkten. Die Qualität der Betreuung und Behandlung darf nicht durch Finanzierungsprobleme bestimmt bzw. beeinträchtigt werden. Die Verantwortung des Justizministeriums dazu wird allenthalben diskutiert und sollte der aktuellen Auslegung der Rechtslage zufolge *(Kammeier, 1995; 2. Aufl in Vorb.)* bis zum Ende der Führungsaufsicht bestehen. Sinnvoll wäre eine – zumindest - Mitbeteiligung des Justizministeriums und am besten eine Art Pool über vorab statuierte Finanzierungsquellen. Gedacht ist an eine Art Bußgeld- Fond in Verbindung mit einer Mischfinanzierung der Kostenträger. Die immer wieder zu jedem Einzelfall und in Abschnitten zu erschließende Finanzierung ist unökonomisch, impliziert erhebliche Unsicherheitsmomente und kostet wertvolle zeitliche und personale Ressourcen.
Aufgrund der diversen und außerordentlichen, zusätzlichen Anforderungen an Qualifikationen und durch spezifische Belastungsmomente im Behandlungskontext, erscheint eine Höhervergütung der –externen- Therapeutenleistungen um 30 % bis 50 % des herkömmlichen Satzes angemessen. Daneben sind Sondereinsätze außerhalb der regulären Arbeitszeit zu vergüten.

Unguterweise sind viele der erforderlichen Maßnahmen nicht regulär als Kassenleistungen abrechenbar. Erfahrungen aus angrenzenden Versorgungsbereichen komorbider Störungsbilder (wie bspw. dem der Substitution Drogenabhängiger) unterlegten die Annahme, daß erst eine Zuweisung zur offiziellen Leistungsbemessung die Abrechenbarkeit und das Einfordern und darüber Kontrollen deklarierter und zu erbringender Leistungen möglich macht.
Zwischen dem derzeitig Leistungskatalog der verfügbaren Kostenträger und dem nach fachlichen Qualitätsmerkmalen tatsächlich zu leistenden Profil besteht eine enorme Finanzierungslücke.
Angehörigen- und Öffentlichkeitsarbeit bilden unabdingbare Erfordernisse aus dem Qualitäts- und Leistungsprofil zur Behandlung psychisch kranker Rechtsbrecher und müssen auch über Kassenleistungen abrechenbar sein.
Supervisionserfordernisse sind über das spezielle Anforderungsprofil in der Betreuung einer solchen Klientele per se und begründet in der erhöhten Notwendigkeit in nötigenfalls höheren Frequenzen, definiert. Leistungen dafür sollten übernommen werden. Das bei dieser Klientele gehäufte Vorkommen nicht eingehaltener vereinbarter Termine müßte als Arbeitsausfall geltend zu machen sein.
Das Angebot einer *Fehlbedarfsfinanzierung* in der ambulanten Psychotherapie begünstigte Kooperationsangebote.
Erforderliche doch sich über ihren Nutzen relativierende und amortisierende eigenständige Kostenfaktoren bilden zugehörige Maßnahmen wie zur Aufklärung, Öffentlichkeitsarbeit, Kompetenzbildung und Qualifizierung der in die Behandlung Involvierten, Fortbildung der Mitarbeiter der Ambulanz, resp. nachbetreuender Dienste, Informationstransfer, Supervisionen.

20.6 Quantitative und qualitative Aspekte zu Betreuungsleistungen ambulanter Behandlung

20.6.1 Konzeptionelle Ausrichtung als einflußreicher Faktor für die Personalstruktur

Die Ausgestaltung der Personalstruktur und der dahingehende Bedarf stehen, den Befunden der vorliegenden Erhebung zufolge, auch in Abhängigkeit zur jeweiligen konzeptionellen Ausrichtung der Ambulatorien. Berichte der Modelleinrichtungen, *Lippstadt Eickelborn, Moringen, Düren* hatten im Kontext der, von diesen Einrichtungen praktizierten, spezifischen Form der Organisation, Koordination und Betreuung ambulanter Behandlungsmaßnahmen [20] die damit verbundenen zeit- und leistungsbezogenen Aufwendungen der Therapeuten dokumentiert. In ihrem gemeinsamen Bestreben, ambulante Versorgung forensischer Patienten sicherzustellen, handhabten diese Einrichtungen unterschiedliche Zugangsweisen. Im Bestreben um Vernetzung regionaler Ressourcen, der Rekrutierung, Organisation, Beratung, Qualifikation und Supervision externer Therapeuten und therapeutischer Mitarbeiter komplementärer Einrichtungen, interessierten Informationen dieser Einrichtungen zu deren Arbeitsaufwendungen in Abhängigkeit zu den jeweiligen Störungsbildern der Patienten. Übergreifend zeichnete sich ab, daß Patienten mit einer Psychose als Grunderkrankung und hier speziell Schizophreniekranke mit dem, am besten zu regelnden, Aufwand ambulant zu führen waren. Dagegen stellten - insb. schwer - persönlichkeitsgestörte Patienten höherfrequente Behandlungseinheiten und deutlich höhere Anforderungen an Flexibilität im Betreuungseinsatz und zum Bedarf von Kriseninterventionen an die Therapeuten bzw. das Expertenteam. In der Behandlung dieser Patienten, die oft komplexe Störungsbilder auswiesen, benötigten die Therapeuten höherfrequente Supervisionen und öfter Teamsitzungen bzw. Absprachen der, in die Behandlung des Patienten eingebundenen Experten. Zu Sonderfällen und v. a. im Kontext einer Krise und/ oder unzureichender komplementärer Versorgungsbedingungen, wurde von erforderlichen Interventionsketten und einer dadurch nicht unerheblichen Kulmination behandlungsbezogener Aufwendungen berichtet[21]. In der Diskussion der Kostenaufwendungen für ambulante Behandlungsmaßnahmen wurde deren Nutzen dem Kostenfaktor gegenüber herausgestellt: Zur anfänglichen Organisationsphase ist typisierend ein allgemein höher zu kalkulierenden Kostenaufwand anzusetzen (neben dem Modell *Düren* mit seinem Konzept einer mobilen Ambulanz außerdem zwei weitere Modellprojekte); Seien jedoch regionale Ressourcen vernetzt und Kontakte etabliert, hätten sich auch zeitintensive Einsätze des (mobilen) Expertenteams der Ambulanz reduziert. Ausnahmen bildeten Sondereinsätze und Kriseninterventionen. Diese sind per se und auch zu ihren kostentechnischen, zeitlichen und personalen Kontingenzen zu kalkulieren.

20.7 Zeit- und leistungsbezogene versorgungstechnische Aufwendungen

20.7.1 Betreuungsaufwand einer etablierten forensischen Institutsambulanz

Zum Aufwand, Aufkommen und Umfang ambulanter therapeutischer Versorgung und Betreuung lagen Angaben vor aus einer Erhebung der *Institutsambulanz Gießen mit Stichtag 01.01.93,* zu deren – 58 - seit Bestehen der Ambulanz behandelten - Patienten, von denen noch keiner seine Therapie beendet hatte. Zur Forensischen Institutsambulanz bildete die häufigste Form therapeutischer Interventionen eine Kombination von Einzelgesprächen mit Hausbesuchen.

[20] *Modellverbund (Hrsg.) 1993a,b; 1994.*
[21] Neben den retrospektiv erhobenen Angaben der vorliegenden Untersuchung *vgl.: entspr.: Modellverbund 1993 b.*

Tab. 9: Behandlungsmodi: Forensische Institutsambulanz Gießen

Behandlungsmodi / -interventionen		
Behandlungsmodi / -interventionen	**Ambulanzpatienten**	
	Anzahl (n)	**Anteil (%)**
Einzelsprechstunden	05	08.62 %
Einzelsprechstunden + Hausbesuche	43	74.14 %
Einzelsprechstunden + Hausbesuche + Gruppengespräche	08	13.79 %
Hausbesuche + Gruppentherapie	01	01.72 %
Missing	01	01.72 %

Bezugsgruppe: n_a=58 psychisch kranke forensische Patienten die durch die Forensische Institutsambulanz Gießen (seit deren Bestehen 01.01.90 bis Stichtag 01.01.93) behandelt worden waren.

Tab. 10: Zeitlichen Dichte (Frequenz) der Behandlung der Patienten der Forensische Institutsambulanz Gießen

Zeitlicher Umfang/ Frequenz der ambulanten Behandlung		
Frequenz/ Behandlungsabfolgen	**Ambulanzpatienten**	
	Anzahl (n)	**Anteil (%)**
Mehrmals pro Woche	03	05.17 %
Wöchentlich	12	20.69 %
Vierzehntägig	18	31.04 %
alle drei Wochen	11	18.97 %
Monatlich	13	22.41 %
Seltener	01	01.72 %

Bezugsgruppe: n_a=58 psychisch kranke forensische Patienten die durch die Forensische Institutsambulanz Gießen (seit deren Bestehen 01.01.90 bis Stichtag 01.01.93) behandelt worden waren.

Tab. 11: Zusätzlich zur ambulanten Therapie eingebrachte professionelle Betreuung für die Patienten der Forensischen Institutsambulanz Gießen

Zusätzlich erforderliche professionelle Betreuung			
Form zusätzlicher professionaler Betreuung	**Ambulanzpatienten**		
	Anzahl (n)	**Anteil (%)**	
	Gesamt n=46	**Bezug n=46***	**Bezug: n=58**
zusätzliche Betreuung durch niedergelassene Psychiater / Psychotherapeuten	07	15.22 %	12.07 %
zusätzliche Betreuung durch Reha Einrichtung	14	30.44 %	24.14 %
Bewährungshilfe als bedeutsame Zusatzbetreuung	13	28.26 %	22.41 %
sozialarbeiterisch betreutes Wohnen	05	10.87 %	08.62 %
sonstige	07	15.22 %	12.07 %

Stichprobe: n=46 ausgewiesene Fälle zu Patienten mit zusätzlicher professioneller Betreuung aus der Bezugsgruppe der n=58 psychisch kranken forensischen Patienten, die durch die Forensische Institutsambulanz Gießen seit deren Bestehen 01.01.90 - 01.01.93 ambulant behandelt worden waren.

Zu 46 und damit 79.31 % der Bezugsgruppe von 58 seit Beginn (01.01.90-01.01.93) der Forensischen Institutsambulanz *Gießen* geführten Patienten waren zusätzlich zur ambulanten Therapie andere Formen professioneller Betreuung für erforderlich gehalten worden. Eine Verlagerung der Behandlung an externe Therapeuten wurde damals nicht primär angestrebt, doch prospektiv geplant, vermehrt gemeindenahe Vorgehensweisen in das Behandlungskonzept zu integrieren. Zu beiden Ambulanzformen wurde als Besonderheit die Fülle an Arbeiten nicht direkt mit dem Patienten, an administrativen Aufgaben herausgestellt, Formalien und Kontakte mit Behörden, Informationsaustausch und Vernetzungen mit Kollegen. Diese nahmen je nach Organisationsform und Ausgestaltung des Ambulanzkonzeptes erkanntermaßen erhebliche und im Falle der *Gießener Institutsambulanz* zwei Drittel der Zeit aller Aufwendungen in Anspruch.

Betreuungsaufwand eines gemeindenahen Projektes mit mobiler Ambulanz *(Düren)*
Zum Betreuungsaufwand informieren Ergebnisse einer in mehreren Schritten zu einem 5-Jahres-Zeitraum (01.01.1988 bis 31.05.1993) entwickelten Katamneseerhebung der *Projektklinik Düren* [22] zu insg. 40 Behandlungsfällen (42.55 %) von 38 verschiedenen Personen, wobei zwei während des Untersuchungszeitraumes zweimal entlassen worden waren. Hintergründig war über diese Katamneseerhebung insg. der Verlauf von 94 Behandlungsfällen eingebracht worden, von denen 6 Patienten zweimal eingewiesen worden waren. Zum Erhebungszeitpunkt des Projekts waren noch 41.49 % der Patienten dieser Behandlungsfälle in Therapie gewesen. Die hier dokumentierten 40 Entlassungen waren regulär, d.h. mit Aussetzung der Maßregel zur Bewährung nach Behandlung erfolgt. Mittels Verlaufsbericht war eine Dokumentation des nötigen Arbeitsaufwandes für die geleistete Ambulanzarbeit über zwei Erhebungswochen erstellt worden. Das praktizierte ambulante Leistungsangebot wurde v. a. über die Form einer qualifizierenden Ambulanzarbeit einer ´mobilen` Ambulanz vermittelt. Während der Projektphase waren dem Ambulanzkonzept zufolge primär zuerst keine eigentlichen Therapien unmittelbar am Patienten vorgenommen worden. Zum Arbeitsaufwand erkannt wurde: Etwa 42 % des Arbeitsaufwandes bezogen sich auf mittelbar patientenbezogene und dabei v. a. auf die technisch mit der Vermittlung des Patienten zusammenhängenden Arbeiten. Des Weiteren wurde ein erheblicher Zeitaufwand dafür angesetzt, um innerhalb des ambulanten Teams die notwendigen Informationsvermittlungen, internen Beratungen, Fallevaluationen, Interventionen bei Entscheidungsfindungen und -arbeiten sowie Supervisionen (externe, interne, Einzel-, Gruppen- bzw. auch kollegiale) sicherzustellen. Vermehrter resp. verdichteter Arbeitsaufwand wurde dann nötig, wenn Helfer i. S. einer Krisenintervention bzw. intensiv beratend tätig werden mußten, was in den hier dokumentierten beiden Erhebungswochen je einmal auftrat. 15 % der Fälle wurden sowohl psychiatrisch als auch psychotherapeutisch durch ´andere Einrichtungen` betreut. Die mobile forensische Ambulanz selbst hatte die direkte Nachsorge zu 12.5 % der Fälle übernommen. Für die, noch dem MRVZ unterliegenden, Patienten betrug der organisatorische Aufwand zur Überführung im Mittel 2.29 Stunden pro Woche. Gelangte der Patient jedoch in den Bereich der Nachsorge, so stieg der Aufwand.

20.8 Ökonomische Aspekte ambulanter Kriminaltherapie

Einer adäquaten ambulanten Versorgung und Nachsorge psychisch kranker Straftäter wurden in ihrer Wirkung explizit ein wirtschaftlicher Nutzen und eine sinnvolle Kosten-Nutzen-Relation zugeschrieben. Im Folgenden wurden ökonomische Aspekte ambulanter Kriminaltherapie zu den *Forensischen Institutsambulanzen* der Kliniken *Haina* und *Wien* zusammengetragen.

20.8.1 Kosten ambulanter Kriminaltherapie Hessen / *Haina*

Zur Forensischen Institutsambulanz der Klinik *Haina* konnten Kostenanalysen eingebracht werden und darunter wesentliche Daten zu den Kosten ambulanter Kriminaltherapie in Hessen um Jahr 1999 bei 123 Ambulanzpatienten in Anlehnung an Informationen von *Müller-Isberner, leitender ärztlicher Direktor, Klinik für gerichtliche Psychiatrie Haina, Vortrag 15. Forensische Herbsttagung München, 12-14.10. 2000*. Zur Aufschlüsselung der Behandlungskosten ambulanter Kriminaltherapie in Hessen zum Jahr 1999 bei 123 Ambulanzpatienten wurden unterteilt nach Berufsgruppe, Kosten pro Vollzeitkraft (VK) pro Jahr und Anzahl der gegebenen VK-Stellen (insg. 6.5). Beschäftigt wurden 3 Ärzte mit einem Jahresgehalt von je 140.972,28 DM und insg. 422.916,84 DM, 1 vollzeitig angestellter Psychologe mit 118.660,52 DM Jahresgehalt, 3 Sozialarbeiter mit je 95.704,59 DM und zusammen 287.113,77 DM Jahreseinkommen sowie 1 Krankenpfleger mit einem Gehalt von 85.624,65 DM jährlich. Damit beliefen sich die jährlichen Gesamtkosten für das Ambulanzpersonal auf 914.315,78 DM im Jahr. Hinzuzurechnen sind des Weiteren ermittelbare Sachkosten von 38.000,00 DM. Abgezogen werden können davon: Erlöse aus Krankenscheinen mit 111.684,00 DM. Die verbleibenden Gesamtkosten belaufen sich demzufolge auf 840.631,78 DM.

[22] In der Einrichtung *Düren* sind ausschließlich Männer und keine nach *§ 64 StGB* eingewiesenen Patienten untergebracht.

Tab. 12: Kosten ambulanter Kriminaltherapie in Hessen / Haina/ Gießen 1999
A) Personalkosten zu 123 Ambulanzpatienten

Kosten ambulanter Kriminaltherapie in Hessen/ *Haina/ Gießen* 1999 bei 123 Ambulanzpatienten A) Personalkosten			
Berufsgruppe	**Kosten VK / Jahr**	**VK-Stellen (n) /Anzahl**	**Gesamtkosten**
Arzt	140.972.28 DM	3	422.916.84 DM
Psychologe	118.660.52 DM	1	118.660.52 DM
Sozialarbeiter	095.704.59 DM	3	287.113.77 DM
Krankenpfleger	085.624.65 DM	1	085.624.65 DM
Gesamtpersonalkosten			*914.315.78 DM*
Sachkosten			038.000.00 DM
Erlöse aus Krankenscheinen			111.684.00 DM
Gesamtkosten			**840.631.78 DM**

Quelle: Müller-Isberner (leitender medizinischer Direktor der Klinik für gerichtliche Psychiatrie Haina): ´Ökonomische Aspekte ambulanter Kriminaltherapie`, Vortrag 15. Forensische Herbsttagung München 12.-14.10.2000.

Tab. 13: Kosten ambulanter Kriminaltherapie in Hessen Haina/Gießen 1999
B Behandlungskosten pro Patient

Kosten ambulanter Kriminaltherapie/ *Haina/ Gießen* 1999 B) Aufschlüsselung der Behandlungskosten pro Patient		
Bezug		**Betrag**
Gesamtbehandlungskosten für 123 Patienten		840.631,78 DM
Jahresbehandlungskosten pro Patient		6834.40 DM
Tageskosten pro Patient		18.72 DM
Stationärer Pflegesatz		482.60 DM
	Anteil %	
Ambulante Kosten in Prozent der stationären Kosten	3.88 %	

Quelle: Müller-Isberner (leitender medizinischer Direktor der Klinik für gerichtliche Psychiatrie Haina): ´Ökonomische Aspekte ambulanter Kriminaltherapie`, Vortrag 15. Forensische Herbsttagung München 12.-14.10.2000.

Kostenersparniskriterien

Die Gesamtbehandlungskosten betrugen für 123 Patienten 840.631.78 DM. Die Jahresbehandlungskosten beliefen sich pro Ambulanzpatient auf 6834.40 DM mit Tageskosten von 18.72 DM. Wäre der Patient dagegen stationär geführt worden, so wäre ein täglicher stationärer Pflegesatz von allein 482.60 DM angefallen. Bezogen darauf belaufen sich die ambulanten Kosten auf 3.88 % der stationären Kosten. Dabei sind noch nicht die Folgekosten und randständige Kosten berücksichtigt, gesparte personalen Ressourcen, strapazierte Leistungen komplementärer, in die Behandlung involvierter, Einrichtungen, bei Berufstätigen deren volkswirtschaftlicher Beitrag bzw. das Wegfallen der Belastung durch die Unterbringung. Belastungen der sozialen Systeme und der Kostenumverteilung der Systeme überhaupt. Dazu zu berücksichtigende Kriterien waren ersparte Behandlungskosten, Einsparungen durch bessere und zielgerichtetere Behandlungsmöglichkeiten mit der Möglichkeit zum Feedback wesentlicher Informationen und Wissensanteile aus der Ambulanzerfahrung und zu dem, was nach der Entlassung geschieht. Bei adäquater Infrastruktur ergab sich eine größere Aufnahmebereitschaft der Nachsorgeeinrichtungen, verbesserte Planungsmöglichkeiten zum Entlaßsetting und insg. schnellere Entlassung. Eingespart werden außerdem Investitionen, die der MRVZ zusätzlich benötigen würde, wie Unterhaltungs- und Stationskosten, ggfls. Baukosten, Unterbringungskosten durch weniger erneute Einweisungen sowie sonstige Folgekosten, Behandlungskosten bei potentiellen Opfern und Arbeitsunfähigkeit etc., weiterführende erneute Verfahrenskosten (z. B.: Löhne und Gehälter für Richter, Staatsanwälte, Rechtsanwälte, Entschädigung der Sachverständigen).

1988 waren vor der Einrichtung einer Klinikambulanz mit 28-30 Patienten die Anzahl der Patienten überrissen worden, die wegen einer ungesicherten Nachbehandlung nicht entlassen werden konnten. Kalkuliert man nun für die 28 von damals 238 gem. § 63 StGB Untergebrachten, 11.8 % der damaligen Population von nach § 63 StGB Untergebrachten die Folgekosten, hätte umgerechnet auf den heutigen Stand *Haina* ohne Ambulanz 33 stationäre Patienten mehr mit Kostenverursachungen von täglich 16.000 DM, monatlich 480.000 DM und jährlich

5.800.000 DM. Außerdem würde der Hessische MRVZ zwei zusätzliche Stationen benötigen mit damit einhergehende Bau- und Unterhaltungskosten.
Die stationären Kosten pro Behandlungsfall wurden hier auf ca. 180.000 DM pro Jahr geschätzt mit Gesamtkosten bei mittlere Gesamtbehandlungsdauer von ca. 60 Monaten Behandlungszeit für eine erneute Unterbringung von ca. 880.000 DM pro Behandlungsfall. Die Kalkulation entspräche in ihrer Höhe den Jahreskosten der gesamten Klinikambulanzkosten für einen neu zu schaffenden Behandlungsplatz im § 63 StGB Vollzug *(Hessen.* Die konkreten Kosten pro Behandlungsplatz umfaßten die für einen besonders gesicherten Neubau mit hier 570.000 DM und das Herrichten eines, schon zuvor von der Psychiatrie genutzten, erst 1990 sanierten, Altbaues mit 015.000 DM und weiteren diversen Kostenfaktoren u. a.: Bauunterhaltungskosten, Gebäudeabschreibung, schnellere Entlassung. *Quelle: Müller-Isberner (leitender medizinischer Direktor der Klinik für gerichtliche Psychiatrie Haina): ´Ökonomische Aspekte ambulanter Kriminaltherapie`, Vortrag 15. Forensische Herbsttagung München 12. - 14. 10. 2000.*

20.9 Ökonomische Aspekte aus der Behandlung von Sexualstraftätern der Forensischen Nachbetreuungsambulanz *Wien*

20.9.1 Stichprobe

Zu ihren Rückfällen wurde eine Stichprobe mit 88 Sexualstraftäter aus dem Straf- und dem Maßnahmenvollzug untersucht, die zum Großteil per gerichtlicher Weisung der Forensischen Nachsorgeambulanz *Wien* im Zeitraum von *April 1992 bis März 1998* zugewiesen wurden. Die hier eingebrachten Daten zur Forensischen Institutsambulanz Wien erfolgten mit Genehmigung der *Leiter Morawitz I. (kommissarische Leitung) und Knecht G. (bisherige Leitung).*

20.9.2 Fragestellung

Überprüft werden sollten folgende Annahmen, ob über ambulante Behandlungsauflagen als gerichtliche Weisungen Kostenersparnisse möglich werden und zwar indem Täter:
dadurch erst gar nicht in den Strafvollzug oder Maßnahmenvollzug gelangen bzw. aufgenommen werden müssen,
darüber, per Weisung, früher entlassen und behandelt werden können und
solche Auflagen (Weisungen) neben Verringerung der Rückfallraten v. a. Einfluß auf die volkswirtschaftlichen Folgekosten der Rückfälle haben.

20.9.3 Status, Herkunft und Verbleib der Sexualstraftäter der Stichprobe März 1992 – April 1998

Tab. 14: Status von 88 Sexualstraftätern im Zeitraum März 1992 bis April 1998

Status von 88 Sexualstraftätern im Zeitraum *März 1992 – April 1998*	
Anzahl (n) Straftäter	**Herkunft**
55	Strafvollzug
33	Maßnahmevollzug
68	Ambulante Therapie ´FRANZ`
20	keine Therapie ´FRANZ`
Gesamt: n=88 Sexualstraftäter	*mit zusammen 759 Monaten Strafrest*

Anmerkung: Daten zur Forensischen Institutsambulanz Wien mit Genehmigung der Leiter Morawitz (kommissarisch) /Knecht (bisherige Leitung).

55 der Täter wurden per Weisung vorzeitig aus dem österreichische Strafvollzug und 33 aus dem Maßnahmevollzug entlassen. 20 der 88 Täter wurden der forensischen Nachbetreuungsambulanz zwar zugewiesen, nahmen aber keine Behandlung in Anspruch, d.h. blieben ohne Behandlung oder wurden an anderen Stellen behandelt. 68 der 88 Sexualstraftäter erhielten in der FRANZ eine ambulante psychiatrischen und /oder psychotherapeutische Behandlung. Diese führten die Behandlung zu Ende oder brachen nach längerer Laufzeit die Therapie ab.

20.9.4 Aspekte der Wirtschaftlichkeit

Zunächst wurden von diesen 88 Tätern die verbliebenen, d.h. nicht abgeleisteten (konsumierten) Haftzeiten i. S. eines Strafrestes in Monaten errechnet. Für 66 der 88 Täter der Stichprobe an Sexualstraftätern war der Strafrest quantifizierbar und betrug 769 Monate an nicht konsumierbaren Strafzeiten. Für 22 Täter war der Strafrest nicht quantifizierbar, weil 2 Täter nach *§ 21/ 1 öStVG* ohne Haftzeit und 18 Täter nach *§ 21/ 2 öStVG* bereits über der Haftzeit untergebracht waren und 2 Täter ursprünglich eine lebenslängliche Haft hatten. Dabei ist in der Gesamtschau auch anzunehmen, daß diese 22 Täter u. a. auch deshalb vorzeitig entlassen wurden, weil die FRANZ einen Faktor im Entlassungsvollzug in *Wien* darstellt. *(Diese Einschätzung wurde explizit so auch seitens des bisherigen Leiters Knecht G. und der kommissarischen Leiterin der Ambulanz Morawitz I. herausgestellt.)* Von diesem Strafrest von 759 Monaten verfielen 475 auf den Normalvollzug und 284 auf eine Unterbringung und Haft gemäß *§ 21 / 2 öStVG*.

20.9.4.1 Tagessätze

Tab. 15: Tagessätze Psychiatrischer Kliniken Maßnahmen- und Haftanstalten Österreichs (Stand 1999)

Tagessätze Psychiatrischer Kliniken Maßnahmen- und Haftanstalten Österreichs (Stand 1999)		
Einrichtungen	**DM**	**Schilling**
Psychiatrische Universitätsklinik Wien	1063	8140
Psychiatrische Abteilung KFJ Wien	0883	6800
Psychiatrisches KHS Wien, Pav. 23	0430	3295
Landesnervenklinik Maria-Gugging	0415	3200
Maßnahmenvollzugsanstalten (JAGÖ; JAM)	0221	1700
Normalvollzug (Haftanstalten)	0130	1000

Anmerkung: Daten zur Forensischen Institutsambulanz Wien mit Genehmigung der Leiter Morawitz (kommissarisch), Knecht (bisherige Leitung).

Als Gesamtsumme die so durch die vorzeitige Entlassung per Weisung von 66 Tätern eingespart wird ergibt sich bei Tagessatzkosten von 130 DM (1000 Schilling) im Normalvollzug und 221 DM (1700 Schilling) im Maßnahmenvollzug bei 475 und 284 Monaten hochgerechnet ein Betrag von 3.7 Millionen DM (28.7 Millionen Schilling).

20.9.4.2 Ambulante Behandlungsweisung als Möglichkeit zur kostensparenden ambulanten Therapien - Zum Einfluß der Weisung auf Rückfallraten und volkswirtschaftliche Folgekosten

20.9.4.3 Rückfälligkeit

Nachdem die Täter aus verschiedenen Bezügen kamen, wurden die, außerhalb der Klinik verbrachten, ´Risikotage` als Vergleichsmaß für die Rückfallrate bestimmt.

Tab. 16: Rückfallraten zu Risikotagen der Patienten der Forensischen Nachsorgeambulanz Wien

	Rückfallraten	
Täter (n)	**Rückfälle (nach Strafregistereintragungen) / Risikotage**	**1 Rückfall: N Risikotage**
68	12 Rückfälle – 108120 Risikotage	1 Rückfall: 9000 Risikotage
20	07 Rückfälle – 27940 Risikotage → 15 erwartbare Rückfälle	1 Rückfall: 4000 Risikotage

Anmerkung: Daten zur Forensischen Institutsambulanz Wien mit Genehmigung der Leiter Morawitz (kommissarisch), Knecht (bisherige Leitung).

Zum Abklären des Einflusses der Weisung ambulanter Behandlung auf Rückfallraten und volkswirtschaftliche Folgekosten wurde eine Strafregistererhebung der 88 Täter bzgl. einschlägiger Rückfalldelikte durchgeführt. Zu den, in der FRANZ behandelten, 68 Sexualstraftäter ergab die Strafregistererhebung März 1999 123 einschlägige Rückfälle und zu den 20 Nichtbehandelten 7 einschlägige Rückfälle. Da die Follow-up-Zeiten der 20 und 68 Täter mit 3.8 Jahren bzw. 4.3 Jahren nicht kongruent waren, wurde als gemeinsame Ausgangsbasis die Anzahl der Risikotage für 20 und 68 Täter pro Rückfall gewählt. Für die 20 Täter mit 7 Rückfällen errechneten sich 2790 Risikotage und damit 1 Rückfall auf 4000 Risikotage, dagegen für die 68 behandelten Täter mit 108120 Risikotagen bei 12 stattgefundenen Rückfällen ein deutlich abgeschwächtes Verhältnis von 1:9000 Risikotagen. D.h. aber auch, daß, wenn sich in 27940 Risikotagen 7 Rückfälle ereigneten, in 108120 Risikotagen eigentlich 27 Rückfälle passieren müßten. So daß bei 12 tatsächlichen Rückfällen weitere 15 Rückfälle und deren Folgekosten erwartbar gewesen wären.
Mit volkswirtschaftlichen Folgekosten sind alle durch eine Straftat verursachten Ausgaben (Personenschäden inkl. Gesundheitsausgaben, Unfallrenten, Invalidität usw., Sachschäden, Produktivitätsverluste, Verwaltungskosten, Gerichtskosten, Haftkosten etc.). gemeint. Amerikanischen Berechnungen von volkswirtschaftlichen Gesamtkosten zufolge wurden anlässlich einer UNO-Tagung über Verbrechensbekämpfung in Wien in den Medien eine Zahl von durchschnittlichen Gesamtkosten für eine haftfähige Straftat von 2 Millionen Schilling oder 260.000 DM angegeben. Beziffert man die volkswirktschaftlichen Folgekosten gemäß dem o.g. angloamerikanischen Bewertungsmodus mit 260 000 DM, so ergeben sich für 15 nicht stattgefundene Rückfälle 3.9 Millionen DM (30 Millionen Schilling) an Einsparungen. Darüber ergab sich aus Einsparungen durch die nicht stattgefundenen Rückfälle (30 Millionen Schilling) und die, nicht stattgefundenen Haftzeiten (28.7 Millionen Schilling) eine Summe von 8.4 Millionen DM (58.7 Millionen) Schilling.

20.9.4.4 Budget, Aufwendungs- und Personalkosten

Das Jahresbudget der Forensischen Nachbetreuungsambulanz beträgt im Mittel über 1992-2000 ca. 325 000 DM (genau 2.5 Millionen Schilling). Darüber werden Kosten bestritten für: eine diplomierte Krankenschwester zu 13 Wochenstunden, ein Fixgehalt für einen Leiter mit 0.5 Stelle, Honorarkosten für 4 Fachärzte für Psychiatrie und 12 Psychotherapeuten mit einschlägiger forensischer Erfahrung (s. o. u. ´Personal`). Die Forensische Nachsorgeambulanz ist als Matrixorganisation aus bedarfsorientierten Stellen konzipiert. Außer dem Leiter werden die Mitarbeiter auf Werkvertragsbasis für quantifizierte Leistungen sprich Behandlungsstunden bezahlt. Daher kann das Therapieangebot flexibel gehalten und dem Bedarf angepaßt werden. Bis dato bestehen so keine Wartelisten für Therapien. Für Weisungspatienten steht ein, vom Bundesministerium für Justiz bezahlter, Pool von 2500 h pro Jahr, für Nichtweisungspatienten derzeit 350 h pro Jahr, zur Verfügung. [Eine Psychotherapiestunde a 50 Min wird derzeit mit 72 DM (551 Schilling) verrechnet, eine ärztliche Dienststunde mit 90 DM (686 Schilling).] Für den Zeitraum 04.1992 – 03.1999 ergab sich daraus eine Gesamtsumme von etwa 2.28 Millionen DM (17.5 Millionen Schilling). Indem der Anteil der Sexualstraftäter am Bestand der FRANZ etwa 31.2 % beträgt, errechnet sich eine Summe von etwa 710 000 DM (5.46 Millionen Schilling) in 7 Jahren Ambulanzzeit. – Hochgerechnet ergaben sich Kostenersparnisse für nicht erfolgte Haftzeiten und Rückfälle von ca. 8.4 Millionen DM (58.7 Millionen Schilling). Zu den Aufwendungen an Ambulanzleistungen konnten erst zu den Jahren 1997, 1998 und 1999 dokumentierte Angaben rekrutiert werden.
Seit 1996 werden die Geschäfte der Forensischen Nachbetreuungsambulanz durch eine Non-Profit-Organisation, dem Verein ´WOBES` (Verein für Wohnraumbeschaffung) geführt.
Das Genehmigungsverfahren zum Erhalt des Ambulanzstatus durch die Behörde hatte von Anfang 1997 bis Ende 1999 gedauerte. Diese lange Verfahrensdauer lag darin begründet, daß diese Forensische Nachsorgeambulanz ein Sonderprojekt gemäß des österreichischen Krankenanstaltengesetzes darstellt.

20.9.4.5 Aufwendungen der forensischen Nachbetreuungsambulanz Wien 1997, ´98, ´99

Tab. 17: Aufstellung an Aufwendungen der forensischen Nachbetreuungsambulanz Wien 1997, ´98, ´99

Aufwendungen der *Forensischen Nachbetreuungsambulanz Wien* 1997, ´98, ´99			
Aufwendungen	**1997**	**1998**	**1999**
Gesamtstunden	2272	2675	2976
Behandlungsstunden	1859	2235	2265
Ambulanz- und Teamstunden	0412	0440	0711
Anzahl der Patientenkontakte	1844	2311	2793
Anzahl der Erstkontakte	34	61	49
Ausfallfrequenz in %	16.6 %	13 %	10.5 %

Anmerkung: Daten zur Forensischen Institutsambulanz Wien mit Genehmigung der Leiter Morawitz (kommissarische Leitung) und G. Knecht (bisherige Leitung).

20.9.4.5.1 Sinkende Ausfallfrequenz bei steigenden Patientenkontakten

Auffallend ist die Konstellation einer, im Verlauf deutlich niedrigeren Ausfallfrequenz bei dagegen stärkeren und dichteren Aufwendungen an Leistungen und einer, im Gesamten wachsenden Anzahl an Patientenkontakten. In den Leistungen und Ergebnissen der Forensischen Ambulanz können als markante Zahlen aus den Jahresberichten 1997-99 v. a. stetig steigende Patientenkontakte und die sinkende Ausfallfrequenz hervorgehoben werden.

20.10 Zusammenfassende Bewertung der Ergebnisse zur Kosteneffektivität

20.10.1 Diskussion der Ergebnisse unter Einbezug anderweitiger Stellungnahmen zur Kosteneffizienz ambulanter Programme aus dem nationalen und internationalen Kontext

Die, für den Bereich der ambulanten Therapie anfallenden, Kosten relativieren sich mit Blick auf die, mit diesem Angebot einhergehenden Vorteile. Der ökonomische Nutzen ambulanter Versorgung ist differenziert zu werten. Er wurde unter verschiedenen Gesichtspunkten und nicht nur im Hinblick auf die Unterbringungsdauer sondern auch hinsichtlich potentieller Wiedereinweisungen, Entlastung des stationären Sektors und überhaupt gesamtvolkswirtschaftlichen Gesichtspunkten und zum kriminalpräventiver Effekt als eigenem Wirkfaktor herausgestellt. Für die Einrichtung mit der längsten Erfahrung als eigenständige forensische Institutsambulanz galten Ambulanzkosten / Kosten zur ambulanten Behandlungsführung bereits amortisiert, wenn mittels der Verwendung ambulanter Behandlungsangebote nur eine einzige Wiedereinweisung eingespart werden könnte und/ oder es „mit Hilfe der Ambulanz gelingt, die durchschnittliche Verweildauer in der stationären Behandlung oder aber die Gesamtbelegung um nur 1 % zu senken" *(Lt. Angabe zur vorliegenden Untersuchung; entspr. Müller-Isberner et al. 1993: 177).*

Forensische Einrichtungen, die über eine eigenständige forensische Institutsambulanz bzw. offizielle Vermittlungsstelle für ambulante Therapiemaßnahmen verfügten, argumentierten mit ihrerseits beobachteten Verkürzungen der Unterbringungsdauer für bestimmte ambulant behandelte Patienten. Dieser Umstand allein würde die Aufwendungen für eine forensische Ambulanz finanziell aufwiegen. Außerdem seien die, für die Installation einer forensischen Fachambulanz erforderlichen, Investitionen bereits einzig aus therapeutischen Gesichtspunkten heraus fachlich zu rechtfertigen [23]. *[Lt. Angaben zur eigenen Untersuchung zu allen Einrichtungen; vgl. hierzu außerdem: entspr. Modellverbund (Hrsg.) 1993a,b, 1994]*.

Die, im zeitlichen Rahmen der ambulanten Behandlung erfolgten Rückfälle wurden (delikt- wie symptombezogen) in Ausmaß und Schwere gegenüber dem Anlaß der Einweisung als erheblich gemindert bezeichnet. Die, im Rahmen der vorliegenden Erhebung dazu erfaßten, Einrichtungen berichteten übereinstimmend eine deutliche Verringerung zu Aufkommen und Ausmaß von Rückfällen (i. S. eines Deliktes von strafrechtlicher Relevanz) bei ambulant behandelten Patienten gegenüber nicht behandelten MRVZ-Patienten derselben Einrichtungen. Seitens solcher Einrichtungen, die institutionalisiert, an die Klinik angebunden oder als Liaison- und Konsiliardienste, über ein ausreichendes und gut organisiertes ambulantes Therapieangebot verfügten, konnten bis vor Kurzem noch keine statistisch eindeutigen Beweise erbracht werden, daß es mit der Ambulanz gelinge, die Zahl der Rückfälle zu mildern, was u. a. in den noch zu geringen Fallzahlen und dem noch nicht allzu langen Bestehen solcher Angebote bedingt ist. [Um Nachweis von statistischer Aussagekraft bemühte sich die *Forensische Institutsambulanz Gießen* mit der inzwischen längsten Erfahrung als institutionalisierte forensische Nachsorge- und Spezialambulanz über eine Cross-Section-Analyse *(vgl.: Müller-Isberner 1996)*]. Inhaltlich entsprachen folgende Erkenntnisse zu Kostenfaktoren auf der Ebene internationaler Erfahrungen den eigenen Befunden: Mittels ambulanter kriminaltherapeutischer Angebote lassen sich die Kosten der Behandlung psychisch kranker Straftäter senken, indem dadurch die Qualität der ambulanten Nachbetreuung nach der Entlassung beeinflußt die Dauer der Behandlung unter einer dahingehenden gerichtlichen Maßnahme. *[Zu Österreich vgl.: Heilbrun & Griffin 1993; Knecht et al. 1993)* beeinflußt und auch die zukünftige Kriminalprognose *(vgl.: Russo 1994, Böker & Häfner 1973;* eine Kosten-Nutzen-Analyse zu einer Gruppe von Päderasten erwies allein eine, unter Behandlung erfolgte, Reduktion der Rückfallrate um 15 % als kosteneffektiv *(Prentky & Burgess 1992).]* Stationäre Behandlung kann inadäquat sein - inadäquate Behandlung ist teuer - kosteneffiziente Gesichtspunkte der eingeschränkten Indikation stationärer Behandlungen. Die Indikation für institutionalisierte stationäre Behandlungen forensischer Patienten ist eingeschränkt. Dies statuierten auch nordamerikanische und andere der Experten *(Derks 1996; Taube et al. 1990, Wiederanders et al. 1997; Wilson et al. 1995).* Eine therapeutisch an sich nicht indizierte, weiterführende institutionalisierte stationäre Behandlung wurde gegenüber den Möglichkeiten und dem Nachsorgeverständnis ambulanter Behandlungsangebote als grundsätzlich nicht kosteneffektiv gewertet *(Taube et al. 1990; Wilson, Tien & Eaves 1995: 62; Wiederanders et al. 1997).* Problematisch und insb. gegenüber potentiellen Kostenträgern, gestaltet es sich, vorab bereits ein Verständnis im Hinblick auf die Finanzierung adäquater spezifischer Behandlungsmodi für eine erforderliche individuell ausgerichtete, Behandlungsplanung forensischer Patienten zu erwirken. Es ist sicher so, daß auch heute noch im Hinblick auf die Finanzierung ambulanter Behandlungsprogramme forensischer Patienten ´Pionierarbeit bei Behandlern und Kostenträgern` *(Boyan & Roth 1989: 21)* zu leisten ist.

[23] S. Angaben der eigenen Untersuchung zu allen Einrichtungen.

20.10.2 Resümee zur Kosten-Nutzen-Kalkulation - Zusammenfassende Bewertung ökonomischer Vorteile einer Forensischen Ambulanz

Die Kosten für eine Ambulanz, auch die Installations- und Etablierungskosten sowie die, für intermittierende intensivierte Interventionen, relativieren sich im Hinblick auf die mit einer derartigen Angebotsstruktur einhergehenden Vorteile. - Dies stellten alle eingebrachten Einrichtungen mit Erfahrung zu einer fundierten nichtstationären Behandlung heraus. Übergreifend wurde erkannt: Den etablierten Forensischen Institutsambulanzen wurde als Wirkung explizit ein wirtschaftlicher Nutzen und eine sinnvolle Kosten-Nutzen-Relation zugeschrieben.
Eine Ambulanz bedeutet langfristig zwingend Kostensenkung generell und im Besonderen durch
Reduktion der quantitativen und qualitativen Ausprägung der Rückfälle, d.h. weniger Rückfälle mit außerdem reduziertem Schweregrad (Ausmaß), Senkung der Rückfalldelinquenz, v. a. die schweren Grades,
Entlastung des stationären Setting und dessen Optimierung,
Verkürzung der Unterbringungsdauer und schnellere Entlassungen,
Über mehrere Zugangsweisen bestätigten die Befunde, daß ein fundiertes ambulantes Angebot resp. Nachsorge effektiv dazu beitragen kann die MRVZ-Aufenthaltsdauer zu verkürzen und den stationären Bereich zu entlasten. Über die Zeit hinweg offenbarte sich, daß das nicht vorhandene, Angebot von ambulanter Ver- und Nachsorge die stationäre Unterbringungszeit unnötig verlängert.
Sie bedeutet weiter Reduktion der Folgekosten (wie Bau- und Behandlungskosten, Verfahrens- und Unterbringungskosten),
außerdem eine größere Aufnahmebereitschaft der Nachsorgeeinrichtungen und
überhaupt Prävention durch verbesserte Diagnostik und Einschätzbarkeit des Patienten in seinem Verhalten und eine qualitativ und in der Effektivität verbesserte Behandlung durch bessere Planung des Entlassungssetting, angemessenere Maßnahmen und verbesserte Rückmeldungsmöglichkeiten

.

21 Entwicklungen zur Situation der stationären Unterbringung im deutschen MRVZ 21-245
21.1 Entwicklung der Prävalenzzahlen im MRVZ Untergebrachter 21-245
21.2 - Kostenrelevante - Entwicklungen zum MRVZ in Bayern und primär zur Situation der stationären Unterbringung der MRVZ-Patienten 21-250
21.3 Jüngere strukturpolitische Entwicklungen - strukturelle Einflußgrößen mit Relevanz für die stationäre Aufenthaltsdauer potentiell ambulant zu führender Patienten 21-253
21.4 Zusammenfassende Bewertung - Entwicklungen zur Konstellation der Gruppe stationär untergebrachter MRVZ-Patienten und deren Relevanz im Hinblick auf eine prospektive ambulante Versorgung 21-254
21.4.1 Defizite, Mißstände, Unterversorgung, unzureichende bis fehlende Möglichkeiten zur Nachsorge 21-255
21.4.1.1 Weiterhin unzureichende Nachsorge zur überwiegenden Anzahl der MRVZ - Kliniken 21-255

21 Entwicklungen zur Situation der stationären Unterbringung im deutschen MRVZ

21.1 Entwicklung der Prävalenzzahlen im MRVZ Untergebrachter

Um einen Eindruck zu den grundlegenden Größenverhältnissen der Patientenzahlen im MRVZ und den dahingehenden Entwicklungen der letzten Jahre zu vermitteln, werden im Folgenden Unterbringungszahlen der vergangenen Jahre zum Gebiet der alten Bundesländer und daneben Vergleichsdaten zur Entwicklung der Prävalenzzahlen der Allgemeinpsychiatrie und dem Strafvollzug (Strafgefangenenzahlen) angeführt. Die Quoten zum Aufkommen und anteiligen Bestand an Wiedereinweisungen/ Widerrufsfällen 1970-2000 entlassener MRVZ-Patienten des früheren Bundesgebietes wurden als zusätzliche Rahmendaten eingebracht und legen Überlegungen nahe, inwieweit die Anteile an Wiedereinweisungen resp. Widerrufen über eine adäquate extramurale Behandlung und Nachsorge hätten vermieden werden können. In der Gegenüberstellung zu den Daten der eigenen Erhebung können die Zahlen des *Statistischen Bundesamtes* nicht zum direkten Vergleich sondern zur Orientierung dienen. Dazu wurden zu den quantitativen Entwicklungen im MRVZ folgende Statistiken zum Zeitraum von 1970 - 1999 / 2000 aus Daten des *Statistischen Bundesamtes Wiesbaden* zum früheren Bundesgebiet entwickelt.

Dem Erfassungsmodus der eigenen Erhebung kommt wenn, dann der, des Statistischen Bundesamtes zum Stichtag 31.03 näher. Die Erhebungen vom Statistischen Bundesamt wurden ab 1991 als Stichtagserhebungen zum 31.12. und 01.01. des anschließenden Jahres so durchgeführt, daß dabei nur die, genau an diesem Tage in der Institution anwesenden, Patienten gezählt wurden und nicht beurlaubte, vorübergehend verlegte oder nur intermittierend und als Gutachtenspatienten aufgenommene. Die zum Stichtag 31.03. des jeweiligen Jahres erfaßten Daten bildeten die demographisch härteren: Die Zahlen der Stichtagserhebung zum 31.03. des jeweiligen Jahres ergaben sich aus den Meldungen der jeweiligen Einrichtungen als MRVZ-Patienten. Die Wahl des Stichtages zum Jahreswechsel schlägt sich zum Strafvollzug in der Bemessung der Einsässigen mit einer Diskrepanz um 20 % nieder. Von einer derartigen Diskrepanz ist im Falle der Maßregelpatienten nicht auszugehen. Diese Annahme wurde durch die quantitativen Ergebnisse aus Erhebungen des *Statistischen Bundesamtes* unterlegt.

Tab. 1: Entwicklungen im MRVZ 1970-2000 früheres Bundesgebiet (Stichtag: 31.03., ab 1991 zzgl. 01.01. des jeweiligen Jahres)

Entwicklungen im MRVZ - 1970-2000 früheres Bundesgebiet															
Unterbringung/* Einweisung MRVZ §§ 63/ 64 StGB	**Jahr 1970**	**Jahr 1975**	**Jahr 1980**	**Jahr 1985**	**Jahr 1990**	**Jahr 1991**	**Jahr 1992**	**Jahr 1993**	**Jahr 1994**	**Jahr 1995**	**Jahr 1996**	**Jahr 1997**	**Jahr 1998**	**Jahr 1999**	**Jahr 2000**
Psychiatrisches KHS	4.222	3.494	2.593	2.472	2.489	2.473 *2.420*[1]	2.657 *2.437*[1]	2.733 *2.719*[1]	2.724 *2.739*[1]	2.902 *2.792*[1]	2.956 *2.931*[1]	3.216 *3.097*[1]	3.556 *3.378*[1]	3.644 *3. 675*[1]	4.051
Entziehungsanstalt	0.179	0.183	0.644	0.990	1.160	1.127 *1160*[1]	1.269 *1.223*[1]	1.363 *1.343*[1]	1.418 *1.377*[1]	1.373 *1.461*[1]	1.277 *1.299*[1]	1.363 *1.387*[1]	1.540 *1.499*[1]	1.617 *1.686*[1]	1.780
Gesamt	4.401	3.677	3.237	3.462	3.649	3.600 *4.028*[1]	3.926 *4.151*[1]	4.096 *4.522*[1]	4.142 *4.592*[1]	4.275 *4.789*[1]	4.233 *4.709*[1]	4.579 *4.983*[1]	5.096 *5.478*[1]	5.261 *5 890*[1]	5.831

Quelle: Statistisches Bundesamt Wiesbaden
[1] Stichtag: 01.1. des jeweiligen Jahres einschließlich einstweilige Unterbringung § 126a StPO
(Von 1979 bis inkl.1989 bezogen sich die statistischen Daten auf die Zahl der Patienten in Krankenhäusern für Psychiatrie und seit der Reform der Krankenhausstatistik 1990 auf Patienten in Fachabteilungen für Psychiatrie)

Tab. 2: Anderweitige Vergleichsdaten- Übersicht zu Entwicklungen zu der Gesamtpsychiatrie und den Strafvollzugsanstalten 1970-2000

Übersicht zu Entwicklungen zu der Gesamtpsychiatrie und den Strafvollzugsanstalten 1970-2000														
Vergleichsdaten/ Einweisung	**Jahr 1970**	**Jahr 1975**	**Jahr 1980**	**Jahr 1985**	**Jahr 1990**	**Jahr 1991**	**Jahr 1992**	**Jahr 1993**	**Jahr 1994**	**Jahr 1995**	**Jahr 1996**	**Jahr 1997**	**Jahr 1998**	**Jahr 1999**
Psychiatrie gesamt														
Deutschland [0)]	119.051	158.229	167.981	174.990	302.054	396.131	416.593	437.629	463.411	491.502	520.266	550.069	581.019	615.874
Früheres Bundesgebiet [2)]						336.803	350.094	363.602	380.970	411.577	434.676	457.082	474.411	509.321
Neue Länder [3)]						59.328	66.499	74.090	82.441	79.925	85.590	92.988	106.609	106.554
Strafvollzugsanstalt	035.209	034.271	042.027	048.212	039.178	037.468	037.943	038.986	040.409	041.431	042.717	044.508	048.358	050 547

Quelle: Statistisches Bundesamt Wiesbaden (Stichtag: 01.01. des jeweiligen Jahres). Von 1979 bis einschließlich 1989 bezogen sich die statistischen Daten auf die Zahl der Patienten in Krankenhäusern für Psychiatrie und seit der Reform der Krankenhausstatistik 1990 auf Patienten in Fachabteilungen für Psychiatrie. Ab einschließlich 1991 sind die Zahlen zur Allgemeinpsychiatrie aufgeteilt für das gesamte, frühere und das neue Bundesgebiet verfügbar.

* *Von 1979 bis incl. 1989 bezogen sich die statistischen Daten auf die Zahl der Patienten in KHS für Psychiatrie und seit der Reform der Krankenhausstatistik 1990 auf Patienten in Fachabteilungen für Psychiatrie. Ab einschließlich 1991 sind die Zahlen zur Allgemeinpsychiatrie aufgeteilt für das gesamte, frühere und neue Bundesgebiet verfügbar.*

1) Quelle: Fachserie 12 Reihe 6.1. Statistisches Bundesamt Wiesbaden

2) einschl. Berlin-Ost

3) hier ohne Berlin

4) *Alter der strafmündigen Bevölkerung $\geq$ 14 Jahre.*

Tab. 3: Übersicht zum Aufkommen und anteiligen Bestand an Wiederholungsfällen/ Wiedereinweisungen und Widerrufsfällen 1970-2000 entlassener MRVZ-Patienten zum früheren Bundesgebiet (Stichtag: 31.3. des jeweiligen Jahres)

Übersicht zum Aufkommen und anteiligen Bestand an Wiederholungsfällen/ Wiedereinweisungen und Widerrufsfällen 1970-2000 entlassener MRVZ-Patienten zum früheren Bundesgebiet																
Wiedereinweisungen / Widerrufsfälle MRVZ §§ 63/ 64 StGB		**Jahr 1970**	**Jahr 1975**	**Jahr 1980**	**Jahr 1985**	**Jahr 1990**	**Jahr 1991**	**Jahr 1992**	**Jahr 1993**	**Jahr 1994**	**Jahr 1995**	**Jahr 1996**	**Jahr 1997**	**Jahr + 1998**	**Jahr 1999**	**Jahr 2000**
Wiedereinweisungen	Gesamt															
Anzahl (n) *		543	371	219	272	382	401	390	387	318	355	323 [1)]	346	369	401	472
Anteil % *		12.34%	10.09%	06.77%	07.86%	10.47%	11.14%	09.93%	09.45%	07.68%	08.31%	07.78%	07.56%	07.24%	07.62%	08.10%
Widerrufsfälle	Gesamt															
Anzahl (n) *		053	044	170	296	148	156	174	149	169	164	150 [1)]	147	165	181	214
Anteil % *		01.21%	01.20%	05.25%	08.55%	04.06%	04.33%	04.43%	03.64%	04.08%	03.84%	03.67%	03.21%	03.24%	03.44%	04.07%
Wiedereinweisungen	Psychiatrisches KHS															
Anzahl (n) *		520	352	166	198	265	276	266	276	221	256	241	281	303	314	366
Anteil % *		12.32%	10.08%	06.40%	08.01%	10.65%	11.16%	10.01%	10.10%	08.11%	08.82%	11.06%	08.74%	08.66%	08.62%	09.04%
Widerrufsfälle	Psychiatrisches KHS															
Anzahl (n) *		012	015	135	155	100	109	119	098	125	129	133	120	125	145	159
Anteil % *		00.28%	00.43%	05.21%	06.27%	04.02%	04.41%	04.48%	03.59%	04.59%	04.45%	05.21%	03.73%	03.51%	03.98%	03.93%
Wiedereinweisungen	Entziehungs anstalt															
Anzahl (n) *		023	019	053	074	117	125	124	111	097	099	082	065	066	087	106
Anteil % *		12.85%	10.38%	08.39%	07.48%	10.09%	11.10%	09.77%	08.14%	06.84%	07.21%	06.82%	04.77%	04.29%	05.38%	05.96%
Widerrufsfälle	Entziehungs anstalt															
Anzahl (n)		041	029	035	144	049	047	055	051	044	035	017	027	040	036	055
Anteil % *		22.91%	15.85%	05.54%	14.55%	04.22%	04.17%	04.33%	03.74%	03.10%	02.55%	01.76%	01.98%	02.6%	02.23%	03.09%

- *Bezugsgruppe: Gruppe der untergebrachten MRVZ-Patienten (´Untergebrachte`): Anteilige Wiedereinweisungen resp. Widerrufsfälle (Anzahl n) und prozentuale Anteile (%) zur Gruppe der untergebrachten MRVZ-Patienten).*
- [+] *Für Baden- Württemberg Ergebnisse aus 1997.*

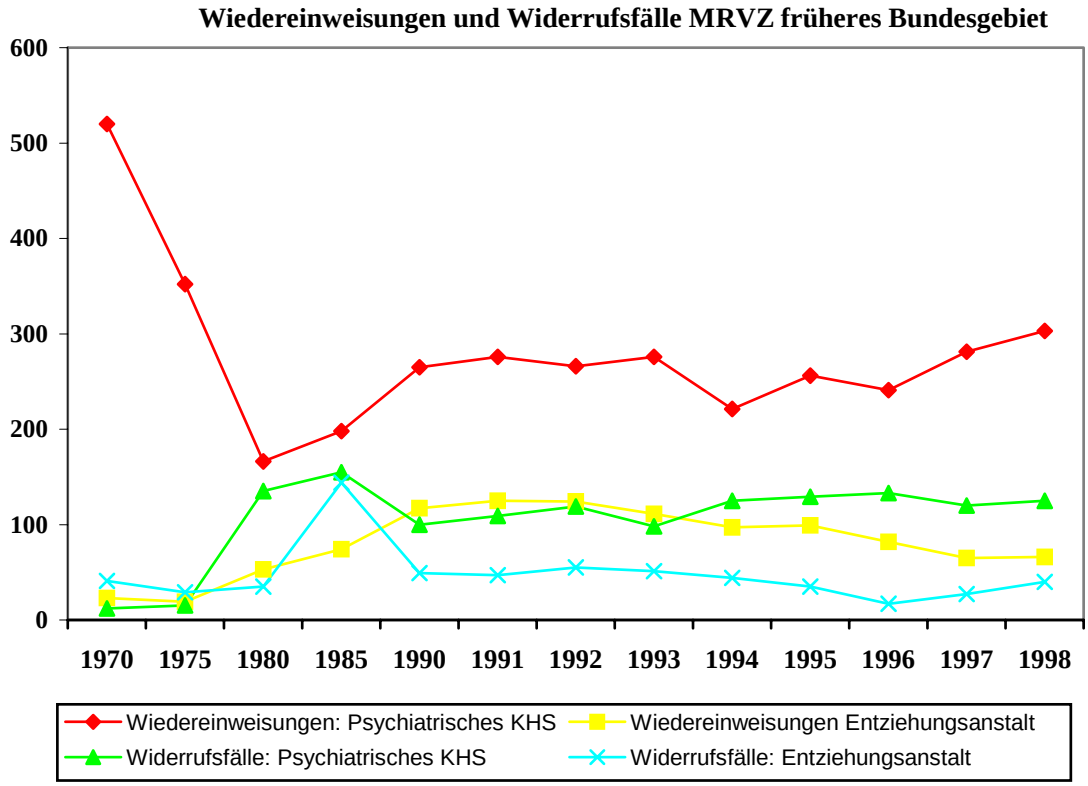


Abb. 4: Wiedereinweisungen und Widerrufsfälle MRVZ früheres Bundesgebiet

Entwicklungen Bestand §§ 63/ 64 StGB, Entziehungsanstalt, Allgemeinpsychiatrie früheres Bundesgebiet

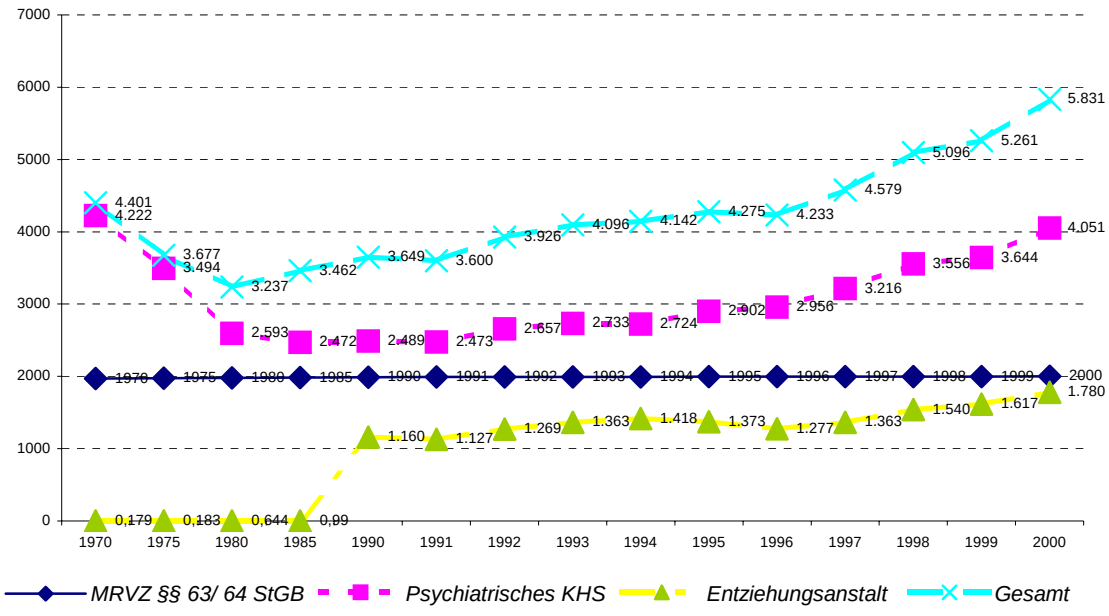


Abb. 5: Entwicklungen Bestand §§ 63 / 64 StGB - Entziehungsanstalt, Allgemeinpsychiatrie früheres Bundesgebiet

Entwicklungen stationäre Unterbringung §§ 63 / 64 StGB MRVZ früheres Bundesgebiet

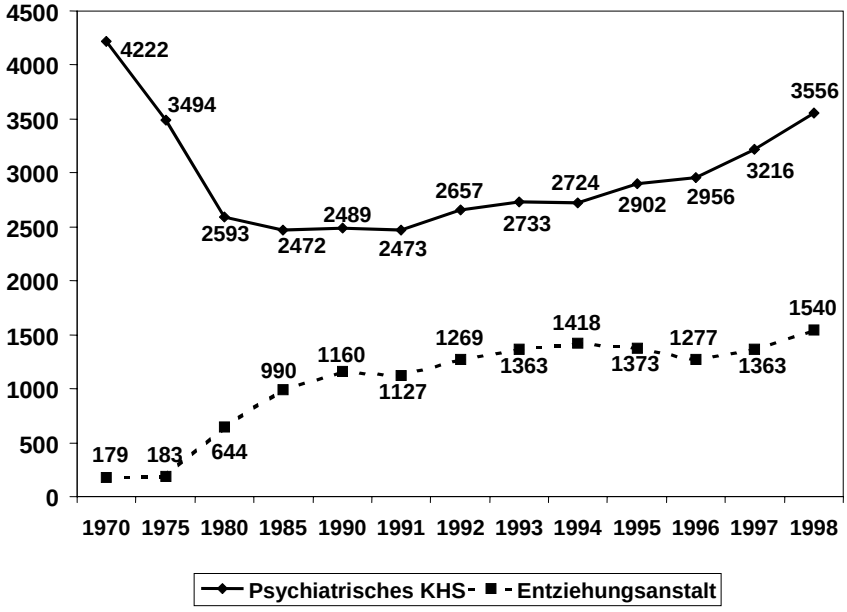


Abb. 6: Entwicklungen stationäre Unterbringung §§ 63 / 64 StGB MRVZ früheres Bundesgebiet

Entwicklungen Gesamtpsychiatrie versus Strafvollzugsanstalten früheres Bundesgebiet

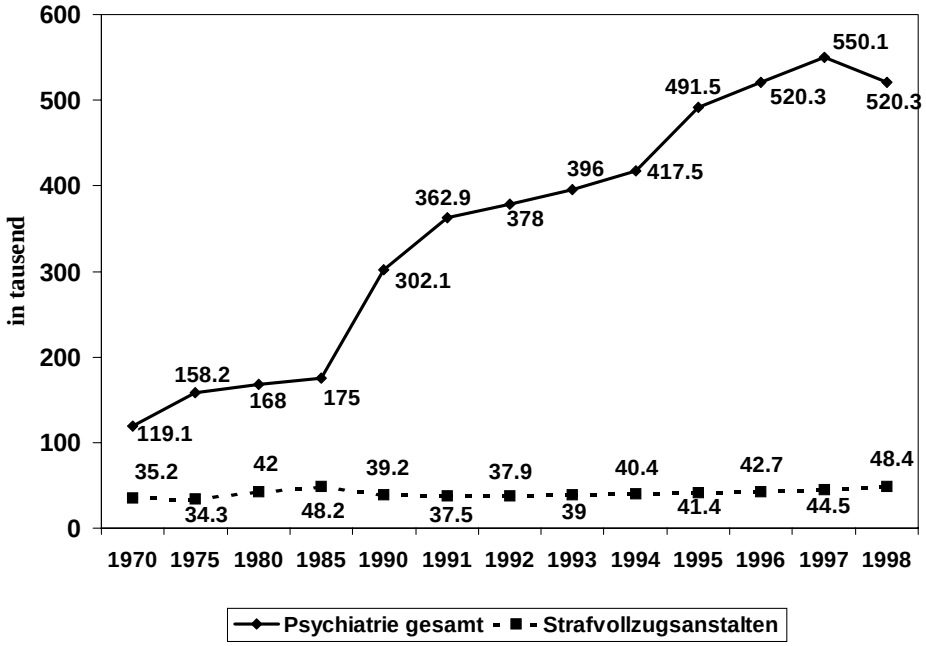


Abb. 7: Entwicklungen Gesamtpsychiatrie versus Strafvollzugsanstalten früheres Bundesgebiet

21.2 Kostenrelevante - Entwicklungen zum MRVZ in Bayern und primär zur Situation der stationären Unterbringung der MRVZ-Patienten

Die folgenden Übersichten und Statistiken basieren auf Zahlen des *Bayerischen Sozialministeriums München (Dick Dr.)*.

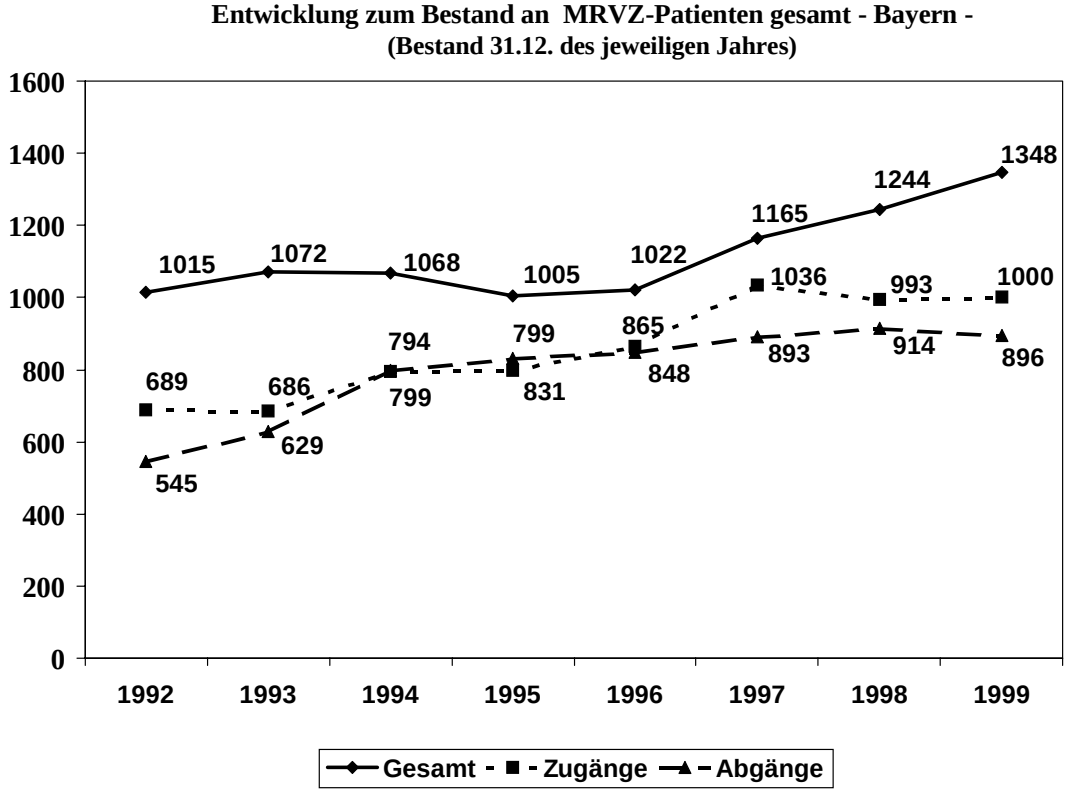


Abb. 8: Entwicklungen MRVZ - Bayern gesamt

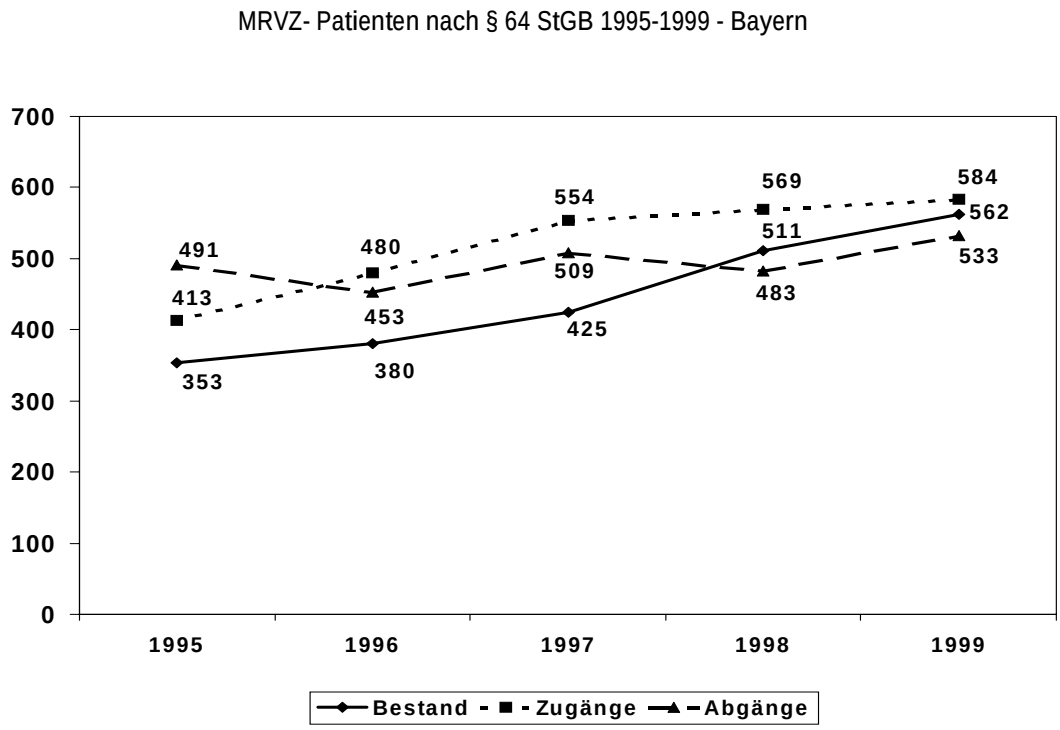


Abb. 9: Entwicklungen MRVZ-Patienten nach § 64 StGB MRVZ – Bayern

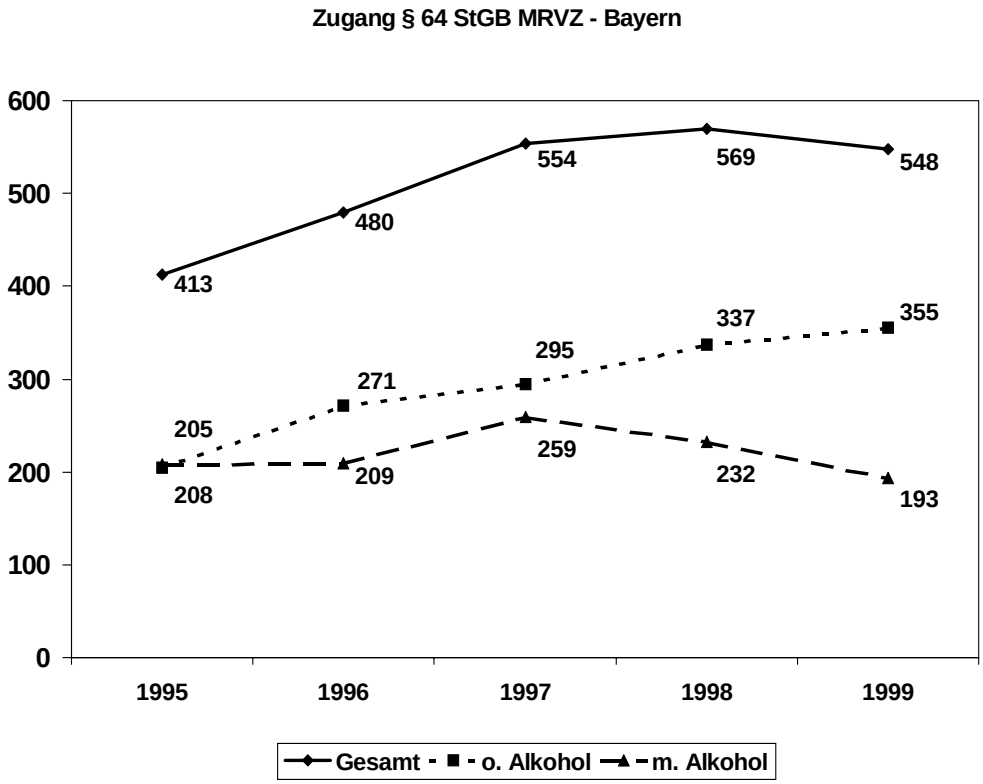


Abb. 10: Entwicklungen stationäre Unterbringung §64 StGB MRVZ Bayern gesamt, mit und ohne Alkoholabhängigkeit

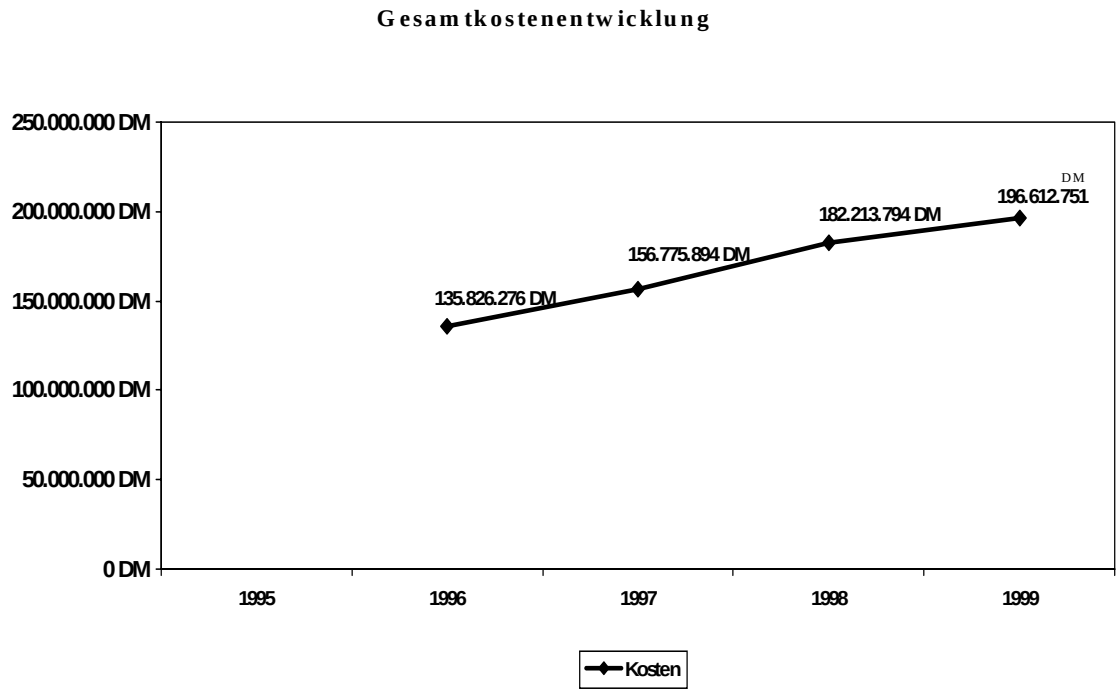


Abb. 11: Gesamtkostenentwicklungen MRVZ-Bayern 1995 - 1999

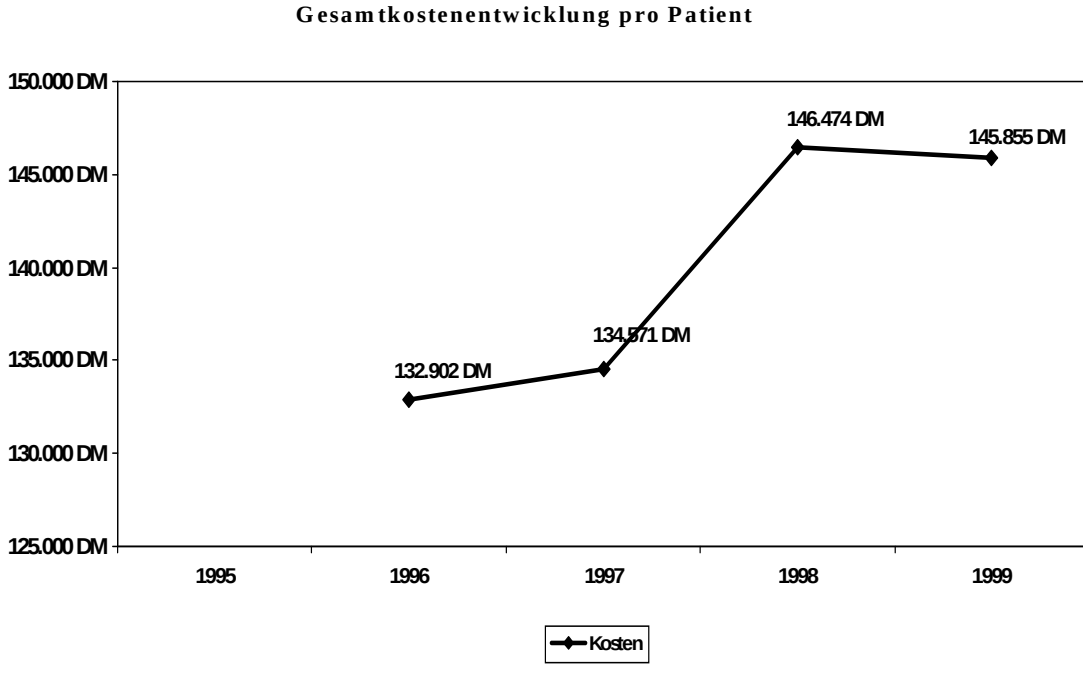


Abb. 12: Gesamtkostenentwicklung pro MRVZ-Patienten Bayern 1995 - 1999

21.3 Jüngere strukturpolitische Entwicklungen - strukturelle Einflußgrößen mit Relevanz für die stationäre Aufenthaltsdauer potentiell ambulant zu führender Patienten

Die Rolle strukturpolitischer Entwicklungen als eigenständige Determinante und Einflußgröße auf die Unterbringungszeit spiegelt sich beispielhaft in den entsprechenden Veränderungen vorausgegangener versus jüngerer Entwicklungen zur stationären Unterbringungsdauer. In Folge der neuen Gesetzgebung zeichnet sich eine wieder rigidere Entlaßpraxis und damit einhergehend auch deutlich zögerliche bzw. verzögerte ´Aus-` bzw. Eingliederungen in nichtstationäre Versorgungsbezüge ab.
Infolge einer selektiven Querschnittsbefragung zur Abklärung dieser Tendenz im Herbst 1998, Beiträgen der Forensischen Herbsttagung 22.-23.10.1998 und 1999 sowie zeitnaher und aktueller Informationen aus einschlägigen Expertengesprächen, war von Vertretern der Forensischen Einrichtungen bundesweit eine Zunahme der durchschnittlichen Unterbringungsdauer und zwar seit 1997 in Vorausnahme und ´98/ ´99 in Folge der neuen gesetzlichen Regelungen und einer damit einhergehenden, weitaus rigideren Entlaßpraxis erklärt worden (mit, selbst zu großen Einrichtungen, seit Anfang 1998 bis Ende 1999 unter 5 entlassenen forensischen Patienten).
Andernteils stieg der Anteil an Einweisungen in den MRVZ zum selben Zeitraum deutlich. Der prognostizierte Entlaßrückstau trat ein.
Dieser Umstand und auch die Überfüllungen der MRVZ-Einrichtungen und Haftanstalten war auch von autorisierten Vertretern der davon betroffenen Einrichtungen zu den Münchner Forensischen Herbsttagungen 1999 und 2000 thematisiert worden.
Zu *Baden Württemberg* wurde ein Ansteigen der Berechnungstage im MRVZ von 1990-97 um 21 % und von 96-97 um allein 8 % berichtet *(Jockusch).*
Nettegut Rheinland Pfalz war zu diesem Zeitpunkt um 37 % überbelegt mit kontinuierlichem Anstieg *(Gliemann).*
Zum *BKH Haar* überstiegen seit 1996 die Neueinweisungen die Entlassungen erheblich.
Zur *MRVZ-Klinik Haina* wurde die Zunahme sog. Fehleinweisungen von jährlich 3-6 auf 8-12 1999 als Folge der geänderten Voraussetzungen und Dauern der Sicherungsverwahrung gewertet *(Müller-Isberner).*
(Berichte Münchner Herbsttagung 23.10.1998 und n. Nedopil 1998: 121).
Dahingegen boten sich zur Einrichtung *Lippstadt Eickelborn* nach Installation ambulanter Versorgungsstrukturen wieder mehr tatsächliche und - anvisierte- Entlassungen. Seit 1998 nun zeigte sich eine Tendenz zur Verlängerung der durchschnittlichen stationären Unterbringungszeit mit zum Jahre 2000 häufig auf 6 und eher 7 Jahren. *(Lt. eigenen Abfragen und entspr. Nedopil 14.10.2000 Forensische Herbsttagung München).*
Zu Bayern bestehen seit Jahren den MRVZ belastend steigende Patientenzahlen: 1995 waren in den Kliniken Bayerns 1000 forensische Patienten untergebracht, im Sept. 2000 etwa 1400 mit einem hohen Anteil suchtkranker Straftäter. Vor dem Hintergrund eines, als erheblich statuierten, Aufnahmedruckes bei suchtkranken forensischen Patienten waren solche zum o. g. Zeitpunkt kaum mehr unterzubringen. [1] Der seit einigen Jahren und nach der *Gesetzesverschärfung 1998* zu beobachtenden deutlichen Zunahme an Einweisungen in den MRVZ bzw. der Zuschreibung als MRVZ-Patient stehen erheblich weniger Entlassungen gegenüber.
Der *´Untersuchungsausschuß zur Klärung der Mißstände im MRVZ an Rhein und Ruhr`* zur Überprüfung der forensischen Psychiatrie statuierte in seinem Abschlußbericht vor dem Landtag zum 14.03.2000 eine eklatante Schere zwischen Bedarf und vorhandenen Plätzen und eine Überbelegung, bei einer bei weitem unzureichenden Zahl von Behandlungsplätzen und vermehrten Einweisungen in die Allgemeinpsychiatrie *(Abschlußbericht März 2000)* mit zum 01.06.2000 650 verfügbaren MRVZ-Plätzen bei 796 tatsächlich untergebrachten Patienten *(davon 206 in der Allgemeinpsychiatrie)* als neuer Belegungshöchststand. *(Lt. Angabe des, für den MRVZ zuständige Direktors des Landschaftsverbandes Rheinland Esser Rheinische Kliniken Langenfeld, zit. n. Focus Sept. 2000: 39).*
Einen Notstand bezeichneten die Verantwortlichen des *Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe*. Dessen Gremium des Gesundheitausschusses beklagte eine, sich seit 4 Jahren als Notstand zuspitzende, Situation der Überbelegung und im selben Protokoll vom 22.05.2000 Überbelegungen von 162 forensischen Patienten.
Das Land *Rheinland Pfalz* benötige *(lt. Dönisch–Seidel, Landesbeauftragter für den MRVZ)* 300 zusätzliche MRVZ-Plätze *(Rheinische Kliniken Bedburg-Hau).*
Der *Brandenburgische MRVZ* bot mit 3 MRVZ-Kliniken *Sept. 2000* 150 Plätze bei 195 Überbelegungen.
Anteilige Lösungen bilden die, zu einigen der betroffenen Ländern geplanten, Neubauten wie zu Brandenburg bis Ende 2001 für 76.6 Millionen DM mit 106 zusätzlichen MRVZ-Plätzen *[lt. Wendt Th., Sprecher des Brandenburgischen Sozialministeriums, zit. n. Focus. Ausg. Sept. 2000: 40]* und dem, von der Regierung von NRW noch Ende 2000 veröffentlichten, Gesamtkonzept.
Anfang Dez. 2000 wurden darüber ministeriell zu NRW 6 neue Standorte zur forensischen Versorgung von MRVZ-Patienten mit anteilig integrativen Konzepten in allgemeinpsychiatrische Bezügen beschlossen mit Behandlungseinrichtungen in *Köln, Dortmund, Duisburg, Herne, Münster* und einem Gutachteninstitut in *Essen*.

[1] Gegenüber suchtkranken psychisch kranken Straftätern scheint der Einschätzung des *Referatsleiters im Sozialministerium Dick H.* zufolge, Therapie statt Strafe` als ein genereller Trend bei den Richtern in der aktuellen Rechtsprechung.

21.4 Zusammenfassende Bewertung - Entwicklungen zur Konstellation der Gruppe stationär untergebrachter MRVZ-Patienten und deren Relevanz im Hinblick auf eine prospektive ambulante Versorgung

Allein unter Berücksichtigung des hintergründigen Wissenstandes zu den beobachteten Entwicklungen der letzten Jahre zu der Zusammensetzung und dem Aufkommen der Gruppe der stationär untergebrachten MRVZ–Patienten, deren nachgewiesenermaßen schlechten sozialen Ausgangsbedingungen nach Entlassung, der kontinuierlichen Erhöhung der Prävalenz- resp. Gesamtbelegungsrate, der Widerrufsrate sowie Zunahme an problematischen, schwer und zunehmend häufig persönlichkeitsgestörten Patienten bei andernteils konstanter Überbelegung und -lastung des stationären Sektors, wurde eine Ausgangssituation bezeichnet, die allein so den Einsatz und die Implementierung ambulanter therapeutischer Maßnahmen und Strukturen verlangt.
Derzeit sind viele Bezirks- und Landeskrankenhäuser nicht in der Lage, die gerichtlich verordneten Therapieweisungen von MRVZ-Patienten adäquat durchzuführen.
Nachdem dem Sicherungsgedanken in den jüngsten bzw. zu erwartenden, gesetzlichen
Veränderungen eine starke bis bestimmende Rolle zukommt, ist von folgenden Entwicklungen auszugehen, daß
- Erprobungen weitaus rigider gehandhabt werden,
- die Patienten eine längere Verweildauer bis zu ihrer definitiven Entlassung aus dem MRVZ erwartet,
- so daß der Schritt bis zur letztlich ambulanten Nachsorge ein längerer sein wird.

Auch unter Berücksichtigung des Umstandes, regional unterschiedlicher Determinanten, Einflußgrößen und entspr. Schwankungen zu Zahlen der, im MRVZ Untergebrachten, von Land zu Land, resp. Bezirk zu Bezirk, verdeutlichten sich Entwicklungen und Tendenzen hinsichtlich der Veränderungen zu Anzahl und Struktur der Zusammensetzung der Gruppe der MRVZ-Patienten. Im Zuge der Implementierung der jüngeren Gesetzgebung ist für Sexualstraftäter die Verpflichtung zur stationären Zwangstherapie und für geeignete Fälle, die Zuführung von Sexualdelinquenten zu sozialtherapeutischen Behandlungsprogrammen vorgesehen.
Zu entwickeln und in vielen Bezügen unklar jedoch ist noch, inwiefern unter den neuen Vorgaben eine therapeutisch gesicherte Übergangsregelungen von der stationären zur ambulanten Behandlung resp. eine - therapeutische - Nachsorge mit dem Ziel der kontrollierten Erprobung im Alltag möglich sein wird. [2]
Die, im Hinblick auf eine Überprüfung zur Besserung des Patienten und dessen Entlassungsreife, unumgänglichen Alltagserprobungen, können nur im extramuralen Kontext erfolgen.
Das derzeitige gesellschafts- und sozialpolitische Klima allerdings legt das Schwergewicht eher auf den Aspekt der Sicherung der Allgemeinheit.

Tab. 13: Entwicklungen zur Struktur der Gruppe stationärer MRVZ-Patienten

Entwicklungen zur Gruppe der stationären MRVZ-Patienten
erneut steigende durchschnittliche stationäre Unterbringungsdauern
Zunahme der Einweisungen > häufige Überbelegungen
Erhöhung der Anzahl (Prävalenzrate) untergebrachter MRVZ-Patienten
Zunahme schwerer Gewaltdelikte bei gleichzeitig erhöhter Kriminalitätsvorbelastung
Zunahme an schweren Störungsbildern
Sexualstraftäter als anteilig stärkste Gruppe der, im MRVZ Untergebrachten
Zunahme des Anteiles persönlichkeitsgestörter Patienten (ohne Minderbegabung)
konstante Überbelegung zu vielen der MRVZ-Kliniken
weiterhin unzureichende Nachsorge zur überwiegenden Anzahl der MRVZ-Kliniken und darüber verhinderte Entlassungen
hoher Anteil an Wiedereinweisungen durch entweder erneute Einweisungen bzw. Widerruf nach einer bedingten Entlassung
Ausgewiesene Charakteristika zur Gruppe der MRVZ-Patienten

2 Außerdem erscheint es zumindest vor dem Hintergrund des aktuellen oftmals defizitären Bestandes an finanziellen und personellen Ressourcen und therapeutisch qualifiziertem Fachpersonal noch fraglich, ob die, zum stationären Bereich angestrebte, Intensivierung therapeutischer Maßnahmen real auch umgesetzt werden kann.

21.4.1 Defizite, Mißstände, Unterversorgung, unzureichende bis fehlende Möglichkeiten zur Nachsorge

21.4.1.1 Weiterhin unzureichende Nachsorge zur überwiegenden Anzahl der MRVZ - Kliniken

- Zu beklagen war ein eklatanter Mißstand und ein, immer noch erhebliches Defizit zur Nachsorge der MRVZ-Patienten.
- Bereits ein Jahrzehnt zuvor waren kritisch dahingehende dramatische Versorgungsmängel benannt worden *[Gretenkord & Lietz 1983; Lietz & Gretenkord 1985; Schumann 1987; Staudacher 1986; Leygraf 1987 dies auch von Seifert & Leygraf (1997 a, b) zu MRVZ-Patienten von NRW]*.
- Der Umstand fehlender Nachsorgemöglichkeiten und deren dringliche Erfordernis entweder als Form ambulanter Behandlung oder/und über komplementäre Dienste war entsprechend den Befunden der vorliegenden eigenen Erhebungen zur Situation des MRVZ-Patienten in Deutschland und Österreich auch in anderweitigen, regionalen Untersuchungen und Zustandsbeschreibungen zur Situation von MRVZ-Patienten, wie bspw. im Kontext der, 1994 geschalteten Erhebung zu NRW *(Seifert & Leygraf 1997a, b)* und auch im Zuge der Bestandserhebung zur Versorgung und Nachsorge psychiatrischer Patienten der neuen deutschen Bundesländer *(Dahle 1996; Dahle & Egg 1996)* ausgewiesen worden.
- Über eine, 1994 durchgeführte, Querschnittserhebung zu den, nach § 63 StGB in NRW untergebrachten, psychisch kranken Straftätern, konnte die aktuelle Situation des MRVZ dokumentiert und mittels Gegenüberstellung zu der, 1984 durchgeführten Erhebung auch Unterschiede und Entwicklungen deklariert werden. Im Vergleich zu der, um ein Jahrzehnt jüngeren Erstuntersuchung, fand sich eine Erhöhung der Prävalenzrate um 7 %. 17.2 % der Patienten waren erneut und aufgrund eines Widerrufes nach bedingter Entlassung eingewiesen worden. Im Vergleich zur Ersterhebung war die Anzahl derjenigen Patienten, die wegen eines Widerrufes einer primär zur Bewährung ausgesetzten Maßregel, eine solche erhalten hatten, deutlich gestiegen. Die mittlere Unterbringungsdauer in der MRVZ-Klinik war von 6.1 auf 4.8 Jahre reduziert.
- **Wegen defizitärer Strukturen an ambulanter Versorgung und Nachsorge nicht ermöglichte / verhinderte / verzögerte Entlassungen resp. verlängerte Unterbringungen**

Aufgrund fehlender Nach- und Versorgungsmöglichkeiten durch ambulante Behandlung und/ oder komplementäre Dienste wurden Entlassungen verzögert bzw. nicht möglich.

Diverse auf die Zusammensetzung der stationären und ambulanten Patientengruppen konstellativ Einfluß nehmende Faktoren

- **Regionale Divergenzen in der Einweisungs- und Begutachtungspraxis und darüber Beeinflussung von Einweisungszahlen.**

Zur kontextualen Interpretation dieser Befunde ist zu beachten, daß regionale Unterschiede in der Einweisungs- und Begutachtungspraxis zusätzlich Einfluß auf die Einweisungszahlen nahmen. So bildeten Einweisungsmodi konstellative Faktoren für die Zusammensetzung der Gruppe stationärer MRVZ-Patienten und darüber die Struktur des, der Nachsorge vorgeschalteten stationären Settings.

Als bestätigt angesehen werden kann die multifaktorielle Bedingtheit der Einweisungsraten. Dies zeigten die eigenen Befunde und anderweitig Untersuchungen zu Entwicklungen im MRVZ. Der zu den letzten Jahren objektivierbare, hier bis 2000 verfolgte, erhebliche Zuwachs an Einweisungsraten für, nach § 63 StGB Untergebrachte, ist auch bedingt durch die jüngere zentrale Gesetzesreform zum MRVZ mit einer deutlich rigideren, von Sicherheitsdenken geprägter Einweisungspraxis.

- ***Überbelegung der Bezirks- und Landeskrankenhäuser***

Zwar nicht über ein Fragebogenitem abgefragt aber im Kontext der Untersuchung in vielen Zusammenhängen und über die Zeitabschnitte der diversen Untersuchungseinheiten hinweg beklagt worden war der Umstand der Überbelegung und des eklatanten Aufnahmedruckes und v. a. der, der damit einhergehenden Erschwernis für eine adäquate und gezielte Behandlungsgestaltung zum Einzelfall.

- ***Zunahme der Einweisungen und Anzahl (Prävalenzrate)* untergebrachter MRVZ-Patienten**

Die Zunahme der Einweisungen bewirkte einen Zuwachs der MRVZ-Patienten. Dies betraf zwar überwiegend nach § 64 StGB, doch in geringerem Ausmaß auch nach § 63 StGB Untergebrachte.

Im Vergleich zu der, um ein Jahrzehnt jüngeren Erstuntersuchung, fand sich für NRW zur Gruppe der nach § 63 StGB Eingewiesenen eine Erhöhung der Prävalenzrate um 7 % *(Seifert & Leygraf 1997a,b)* womit zu dieser Region trotz Reduzierung der Aufenthaltsdauer die Zahl der MRVZ-Patienten insg. zugenommen hatte.

22	**Als adäquat erkannte konzeptionelle und strukturelle Um- und Zugangsformen ambulanter Betreuung und Behandlungsführung - Befundlage, Erkenntnisse, Prämissen**	***22-258***
22.1	Begriffsdefinitionen, Erhebungsmodi, Stichproben, Besonderheiten	22-258
22.1.1	Operationalisierung des Kriteriums ´adäquate therapeutische Zugangsform`	22-258
22.1.2	Operationalisierung des Begriffes ´behandlungsbezogen günstige Faktoren`	22-258
22.1.3	Fragestellungen, Erfassungsmodi, Stichproben	22-258
23	**Einsatz psychotherapeutischer Methoden und Schulen**	***23-259***
23.1	Erhebungsmodus und Stichprobe	23-259
23.1.1	Tatsächlich angetroffene psychotherapeutische Schulen	23-261
23.1.2	Angetroffene psychotherapeutische Methoden (i. S. von ´Schulen`)	23-262
23.2	Verhältnis der in der Versorgung angetroffenen psychotherapeutischen ‘Schulen’ zueinander und ihr anteiliges Aufkommen	23-263
23.3	Schulenübergreifende Gemeinsamkeiten - als adäquat erfahrenen Zu- und Umgangsformen, Entsprechungen im professionalen Selbstverständnis, Erschwernisse in der Umsetzung, ausbildungsbezogene Probleme, hohe und spezifische Anforderungs- und Belastungsprofile	23-264
23.3.1	Abkehr vom strengen Methodenpurismus bei geringem therapeutischen Nutzen statisch unflexibler resp. starrer dogmatisch - orthodoxer Therapiesettings	23-264
23.3.2	Störungsspezifische, indikationsgeleitete, individuelle Ausgestaltungserfordernis der Behandlung bei eklatanter Ist-Soll-Differenz zum Versorgungsstand adäquater therapeutischer Angebote	23-265
23.3.3	Professionale Aspekte	23-265
23.3.3.1	Erfordernis störungsspezifisch ausgerichteter professionaler Qualifikationen	23-265
23.3.4	Weitere behandlungs- und betreuungsbezogene Maßnahmen - ggfls. zusätzlich zur psychotherapeutischen Versorgung	23-266
23.3.4.1	Zusätzlich integrierte medizinisch psychiatrische Behandlungsansätze	23-266
23.3.4.2	Aufschlüsselung der Betreuungsformen und des Anteiles indizierter ambulanter Psychotherapien bei entlassenen MRVZ-Patienten zur mobilen Ambulanz (Düren)	23-266
23.3.4.3	Formen alltagssupportiver Begleitung und Hilfen - Case Management / Case Work	23-266
23.4	Anteil weiterführender ambulanter psychotherapeutischer Behandlung nach stationärer Psychotherapie aus der deutschen Stichprobe	23-266
23.5	Anteiliges Aufkommen psychotherapeutischer Behandlungen im Kontext der ambulanten Behandlungsführung	23-266
23.5.1	Offiziell konstituierte Ambulanzen (Stichprobe initiale deutsche Erhebung)	23-266
23.5.2	Einrichtungen ohne offiziellen Ambulanzstatus	23-267
23.6	Ausgewiesener Bestand versus tatsächlicher Bedarf - Ausgestaltung des ambulanten therapeutischen Settings und Selektion ambulanter Patienten als reziproke Bedingungsfaktoren	23-267
23.6.1	Einschub: Diskussion anderweitiger Befunde zur Bedürftigkeit und Nutzung ambulanter psycho-therapeutischer Behandlung - für Straftäter rekrutierte Erkenntnisse in Gegenüberstellung eigener Befundinhalte zu psychisch kranken delinquenten forensischen Patienten	23-267
23.6.2	Berücksichtigung von Kontraindikationen und Ausschlußkriterien	23-268
23.6.3	Relevanz gezielter Vorabselektion für angemessene Akzeptanz und Effektivität	23-268
23.6.4	Berücksichtigung der unterschiedlichen Formen von Ambulanzarbeit und ihrer Passung	23-269
23.6.5	Probleme in der Versorgung von Persönlichkeitsstörungen und komplexen Störungsbildern	23-269
23.6.5.1	Prototypische Anforderungsprofile und Behandlungsprogramme	23-269
23.6.5.2	Versorgung der Patientengruppe mit klassisch psychiatrischen Störungsbildern	23-269
23.6.5.3	Spezifische Behandlungserfordernisse nach § 64 StGB untergebrachter Suchtkranker bei Unterschiedlichkeiten in Therapieanforderungen nach § 63 und § 64 StGB Untergebrachter	23-269
23.6.6	Alltagserprobung und -bewährung unter Realitätsbezug als definierter Therapiebestandteil	23-270
23.6.6.1	Einbezug der Alltagsrealität, von alltagspraktischen und materiellen Anforderungs- und Problemsituationen	23-270
23.6.7	Einsatz aktiver, nachgehender bzw. direktiver therapeutischer Maßnahmen mit erhöhter Bereitschaft zur Aufnahme und Aufrechterhaltung der Beziehung zum Patienten	23-270
23.6.8	Soziale Bezüge und Bindungen als wesentliche Einflußgrößen von hoher versorgungs-, betreuungs- und behandlungsbezogener Relevanz	23-270
23.6.9	Angehörigenarbeit mit angestrebter Kooperation der Bezugspersonen	23-271
23.6.10	Herausragende Bedeutung des Elementes der Beziehung und der Beziehungsarbeit	23-271
23.6.11	Personale Konstanz und Kontinuität im therapeutischen Kontakt	23-271
23.6.12	Struktur, Klarheit und Transparenz im Kontext der ambulanten Behandlung gegenüber allen beteiligten Personen, Institutionen und Bezügen	23-271
23.7	Qualitätssichernde und evaluative Methoden	23-272
23.7.1	Verfügbarkeit und Sichern personaler Fachkompetenz über fachforensischen Qualifikationsnachweis und Qualifizierungsfunktionen qualifizierter und qualifizierender Dienste	23-272
23.7.2	Hypothesengeleitetes Procedere mit hintergründig kybernetischem Theoriemodell zur theoriegeleiteten Konzipierung, Entwicklung, Durchführung und Evaluation individueller Therapiepläne	23-272
23.7.3	Kritischer Übergang nach der - bedingten - Entlassung als besonders vulnerabler, labilisierender und krisengefährdeter Zeitraum - sensible Handhabung und Gestaltung	23-273

23.7.4	Gut vorbereiteter Empfangsraum, Vorliegen stabiler Umweltfaktoren und abgeklärter sozialer Bezüge als protektive Größen	23-273
23.7.5	Vernetzung von Angebot und Versorgern, abgestimmte Kooperationen, geregelter Informationsaustausch aller wesentlich an der Behandlung Beteiligten und Installation dahingehender Regularien	23-274
23.7.6	Integratives Über- und Ineinandergreifen des stationären und ambulanten Behandlungsansatzes	23-274
23.7.7	Differenzierter Zugang und diverse Ansätze zum Problem der oft erheblichen Distanzen resp. der Heimatnähe und –ferne zur ambulant nach- behandelnden Institution	23-274
23.8	Therapeutische Vorgehensweisen und Anforderungen zu Beginn ambulanter Behandlungsführung und Schritte im Zuge der -bedingten- Entlassung	23-275
23.8.1	Übergangsraum intramuraler zu extramuraler Behandlung	23-275
23.8.2	Initiale therapeutische Prämissen / Erfordernisse zum Anfangsstadium ambulanter Behandlungsführung	23-276
24	**Krisensituationen und Rückfallgeschehnisse - Aufkommen, adäquater Umgang, Charakteristika, Bedingungsfaktoren, Verläufe - Ergebnisse und Aspekte zu Rückfallaufkommen und –geschehen**	**24-278**
24.1	Stichprobe und Besonderheiten zum Erhebungsmodus	24-278
24.2	Zentrale Faktoren und charakteristische Momente, Management, Aufkommen, Bewältigung krisenhafter Entwicklungen im Kontext der ambulanten Behandlung psychisch kranker Straftäter	24-278
24.2.1	Stichprobe	24-278
24.2.2	Befunde - Aufkommen, Charakteristika, adäquater Umgang, Bewältigen von Krisensituationen	24-278
24.2.2.1	Kriseninduzierende Faktoren der vulnerablen Übergangszeit – Aufkommen, Charakteristika	24-278
24.2.2.2	Übereinstimmungen an Charakteristika zu Krisenverläufen basierend auf den katamnestischen Befunden eines der gemeindenahen Modellprojekte	24-279
24.2.2.3	Krisenhafte Entwicklungen begünstigende Faktoren	24-280
24.2.2.4	Übereinstimmungen zu als präventiv wirksam eingestufte Faktoren	24-280
24.3	Weitere behandlungsbezogene Vorgaben und Vorgehensweisen rückfallprophylaktischer Strategien, Kriterien (Effektivitätsmerkmale) und als bewährt erfahrener Maßnahmen zur Prävention und Reduktion krisenhafter Entwicklungen	24-281
24.3.1	Stichprobe	24-281
24.3.2	Befunde	24-281
24.3.3	Qualitätssicherung und Qualifizierung - Berücksichtigung qualitätssichernder Erfordernisse und Maßnahmen als Kriterien von präventiver Relevanz	24-283
24.3.4	Zusammenfassung	24-287
25	**Rückfallbezogene Ergebnisse und Aspekte**	***25-289***
25.1	Rückfallkriterium als Erfolgskriterium der Legalbewährung - differenzierter Zugang	25-289
25.1.1	Begriffsdefinitionen	25-289
25.1.1.1	Operationalisierung des Terminus ´Rückfallkriteriums als Erfolgskriterium der Legalbewährung`	25-289
25.1.1.2	Operationalisierung des Terminus ´Rückfall`	25-290
25.1.2	Differenzierterer Zugang zum Rückfallkriterium als Erfolgskriterium der Legalbewährung	25-290
25.1.2.1	Erfordernis um differenzierte therapeutisch und juristisch integrierbare, flexible individuell ausrichtbare Reaktionsformen	25-290
25.1.3	Zusammenfassende Bewertung und Diskussion zum Erfolgskriterium ´Rückfälligkeit`	25-290
25.2	Rückfallaufkommen und –geschehen	25-291
25.2.1	Stichprobe, Erhebungsmodus, Besonderheiten	25-291
25.2.2	Rückfallgefährdung	25-291
25.2.3	Prophylaktisch als wirkungsvoll erfahrene Faktoren	25-291
25.2.3.1	Berücksichtigen von Vorabselektion und Kontraindikationen	25-292
25.2.3.2	Laufende und beendete Behandlung: Reduktionen von Rückfällen in Ausprägung und Verlauf während und nach ambulanter Behandlung und rückfallbezogen und legalprognostisch deutlich schlechtere Entwicklungen resp. Perspektiven für Therabieabbrecher gegenüber -beendern	25-292
25.2.4	Informationen zu Rückfallaufkommen und -geschehen ambulanter Patienten aus ergänzenden Angaben und katamnestischen Untersuchungen	25-292
25.2.4.1	Ergänzende Angaben zum Rückfallaufkommen der Forensischen Institutsambulanz Gießen	25-292
25.2.5	Orientierende Anmerkungen zu Rückfallraten	25-293
25.2.6	Zusammenfassung - Rückfallbezogen und legalprognostisch deutlich schlechtere Entwicklungen und Perspektiven für Abbrecher gegenüber Beendern - Vollständig durchlaufene Behandlungsprogramme als ein unter präventiven legalprognostischen Gesichtspunkten günstiger Indikator, - Reduktion von Rückfällen in Schwere und Ausmaß nach durchlaufenen Therapieprogrammen	25-294
26	**Zur Akzeptanz der Einrichtung einer Ambulanz**	**26-295**
26.1	Relevanz der Thematik und Erfassungsmodus	26-295
26.1.1	Direkte Aussagen zur Akzeptanz	26-295
26.1.2	Akzeptanz ambulanter Maßnahmen durch vordem nach § 63 StGB untergebrachte Patienten Forensische Institutsambulanz Gießen, Forensische Ambulanz Göttingen)	26-296
26.1.3	Akzeptanz ambulanter Behandlungsmaßnahmen vormals nach § 64 StGB Untergebrachter	26-296
26.1.4	Patientenakzeptanz von Anordnungen, Weisungen und Auflagen	26-296
26.1.5	Akzeptanz seitens der Vertreter der Justiz	26-296

26.1.6	Kontakte mit gut installierten Bezügen, deren Erhalt, Transparenz und Klarheit als akzeptanzförderliche Maßnahmen	26-297
26.1.7	Verbesserung der Akzeptanz in der Öffentlichkeit und gegenüber Bezugspersonen	26-297
26.1.7.1	Hohe Akzeptanz seitens der Patienten bei adäquater Versorgung	26-297
26.1.7.2	Gründe für mangelnde Patientenkompliance und -akzeptanz	26-297
26.1.7.3	Indikatoren für eine hohe Akzeptanz der ambulanten Versorgung	26-298
26.2	Zusammenfassende Bewertung als akzeptanzförderlich und -hemmend erkannter Faktoren	26-299
26.2.1	Bestand akzeptanzförderlicher und –hinderlicher Faktoren	26-299
26.2.2	Patientenseite	26-299
26.2.2.1	Anmerkung und Diskussion	26-300
26.2.3	Personalseite	26-300
26.2.4	Richtlinien zum Kontakt der Ambulanz gegenüber den Beteiligten	26-302
26.3	Diskussion und Bewertung zu den Prämissen für adäquate ambulante Behandlung	26-303
26.3.1	Entsprechungen deskriptiv vermittelter als wirksam erlebter Erfahrungswerte und Zugangsformen extramuraler Psychotherapie mit psychisch kranken Straftätern	26-303
26.4	Gemeinsamkeiten und Überschneidungen an Merkmalen psychisch kranker Delinquenten des Regelvollzugs mit denen der MRVZ-Patienten	26-304
26.5	Problem- und Erschwernisfaktoren der Klientele	26-304
26.6	Differenzierter Zugang zu den Konzepten ´Therapiebedürftigkeit, -motivation und –geeignetheit` sowie ´Leidensdruck`	26-305
26.7	Zentrale Bedingungsfaktoren und daraus abgeleitete Richtlinien adäquater ambulanter Behandlungsplanung, -führung und -gestaltung bei Entsprechungen von Prämissen aus den eigenen Untersuchungen und Effektivitätsfaktoren der Behandlungsforschung	26-306
26.7.1	Überblick zu den Ergebnissen der Behandlungs- und Evaluationsforschung	26-306
26.7.2	Erkenntnisse aus Metaanalysen zur Effektivität therapeutischer Programme in der Behandlung von Straftätern mit Richtlinien für effektivere Behandlungsprogramme - eine Übersicht	26-306
26.7.3	Kontextuale Bewertung der Effektivität von Interventionen und deren Aus-Wirkungen	26-306
26.7.4	Relative Bedeutung von Entwicklungseinheiten	26-307
26.7.5	Entsprechungen zu als präventiv, d. h. rückfall- und krisenprophylaktisch wirksam erfahrenen Strategien, Maßnahmen und bewährten Instrumentarien anderweitiger Behandlungsprogramme	26-307
26.7.6	Anteilig erprobte Behandlungsprogramme von Straftätern	26-313

22 Als adäquat erkannte konzeptionelle und strukturelle Um- und Zugangsformen ambulanter Betreuung und Behandlungsführung - Befundlage, Erkenntnisse, Prämissen

22.1 Begriffsdefinitionen, Erhebungsmodi, Stichproben, Besonderheiten

22.1.1 Operationalisierung des Kriteriums ´adäquate therapeutische Zugangsform`

Mit dem Begriff ´adäquat` bezeichnet wurden rückfallprophylaktisch wirksame und i. S. einer Sozial- und Legalbewährung, integrationsfördernd und rehabilitativ sowie zur Gesundung / Verbesserung des psychischen Befindens beitragende, therapierelevante Zugangsformen.

22.1.2 Operationalisierung des Begriffes ´behandlungsbezogen günstige Faktoren`

Als ´behandlungsbezogene günstige` Faktoren gelten hier solche, die zur therapeutischen Erreichbarkeit, Durchführung und Umsetzung der Behandlungsziele beitragen, im Hinblick auf einen entsprechenden Umgang mit dieser Klientele als adäquat zu bezeichnen und einer effektiven Behandlungsführung v. a. auch i. S. der Sozial- und Legalbewährung dienlich sind und nicht kontraproduktiv wirken. Folgende Faktoren hatten sich dahingehend als günstig erwiesen.

22.1.3 Fragestellungen, Erfassungsmodi, Stichproben

Im Streben um Erkenntniswissen und Orientierungswerte zu generellen und spezifischen therapeutischen und konzeptionellen Um- und Zugangsformen ambulanter Betreuung und Behandlung psychisch kranker Straftäter waren aus Sicht der Einrichtungen und Behandler und über diverse Zugangsformen praxisbezogene Erfahrungen, Empfehlungen, Probleme und Forderungen, weiterführende Ansätze und Änderungsbestrebungen und überhaupt Kriterien und darüber bewährte als adäquat erfahrene und zuerkannte Schwerpunkte einer erfolgreichen ambulanten Versorgung und Behandlung rekrutiert worden. Zur Datengewinnung wurde ein erkundender explorativer Erhebungsmodus und qualitativ und deskriptiv ausgerichteter Ansatz gewählt, nachdem es sich bei dem zu erhebenden Bereich um ein weitgehend noch unbekanntes Gebiet gehandelt hatte. Fragen zu diesen Kontexten waren anteilig strukturiert, halbstrukturiert oder ließen offene Antworten und deskriptive Angaben zu. In der Gesamtschau offenbarten sich übergreifend gemeinsam praktizierte Zugangsformen.

Einrichtungen, die nach der initialen Erhebung Erfahrungspotential zum Umgang mit ambulanten Behandlungsformen erkennen ließen, wurden zu diesem Themenkomplex sukzessiv, in aufeinander aufbauenden und zu den relevanten Fragestellungen differenzierenden, Durchgängen befragt. Insgesamt umfaßte diese Form der Rekrutierung neben telefonischen auch schriftliche Nachfragen, Besuche und gezielte Gesprächstermine - nötigenfalls auch vor Ort. Besonderes Augenmerk lag hier, wie auch in den Folgebefragungen, auf Informationen über praktizierte Zugangsformen und darüber gewonnene Erfahrungen.

Zusammensetzung der Stichproben

Es hatten sich insg. 29 deutsche Kliniken zum Themenkomplex behandlungsbezogener Zugangsformen, Erfordernisse und Forderungen psychisch kranker Straftäter geäußert.

Aussagen zur ambulanten Behandlungsführung, besonderen und angemessenen Zugangsformen und Problemen fanden sich von einem Kern von 12 deutschen Einrichtungen die sich dezidiert und differenziert zu ihren psychotherapeutischen Zugangs- und Behandlungsformen geäußert und daneben von weiteren 17 Einrichtungen. Ber Die Angaben erfolgten über offen gehaltene Fragen zur den Fragestellungen selbst und über entsprechende Äußerungen im Hinblick auf eine adäquate ambulante Behandlungsführung aus dem Kontext anderer themennaher Fragestellungen.

Eingebunden waren 14 in ambulanter Therapie erfahrene forensische Einrichtungen mit n_a=257 ambulanten forensischen Patienten incl. den 12 deutschen forensischen Einrichtungen mit n_s=1535 stationären MRVZ-Patienten und n_a=232 ambulanten Patienten zu den speziellen Fragenkomplexen zu dem Einsatz psychotherapeutischer Methoden und der schulen- methodischen Ausrichtung, wobei zur Psychotherapie im engeren Sinne unterschieden wurde. Nähere detaillierte behandlungsrelevante Informationen wurden außerdem rekrutiert über die Sektoren ´Aufnahmebedingungen und Voraussetzungen für eine Aufnahme in ambulante Behandlung`, ´Aufgabenbereiche praktizierter ambulanter Versorgung` und ´Gründe für Abbruch` zu n_s=1624 stationären und n_a=245 ambulanten Patienten.

Über die Items ´Erschwernisfaktoren` bzw. ´Probleme` und hier unter primärer Bezugnahme auf behandlungsbezogene Probleme im Kontext der ambulanten Therapie psychisch kranker Rechtsbrecher wurden Angaben von 17 deutschen Einrichtungen mit n_s=1789 und n_a=220 ambulanten forensischen Patienten eingebracht.

Den zentralen Erkenntnisschwerpunkten der deutschen Ambulanzen entsprachen außerdem die, dreier österreichischer forensischer Ambulanzen und v. a. die, zur *Institutsambulanz Wien.* (Deren Angaben zum Betreuungskontext wurden extra ausgewiesen.) Über den Zugang der Hospitationen ergab sich weiteres Wissen und darüber eine fundierte Einschätzung der hintergründigen konzeptionellen Leistungsprofile, Bezüge und insg. speziellen behandlungsbezogenen professionalen Erfahrungen dieser Projekte.

Daneben waren Befunde der vorliegenden Erhebung in den verschiedenen Stadien der Untersuchung und Auswertung zum Zwecke der wissenschaftlichen Diskussion und Überprüfung der bisherigen behandlungsbezogenen Erkenntnisse auf Fachkongressen, Diskussionsforen, Symposien, Kolloquien vor und mit forensischen Experten resp. intern und extern eingebundenen Klinikmitarbeitern vorgestellt worden mit dem Ziel, Fragen und Aspekte zur ambulanten Behandlung mit Experten auf breiter Ebene unter praxisbezogenen und wissenschaftstheoretischen Gesichtspunkten zu diskutieren. Erste zentrale Aussagen der eigenen Untersuchungsbefunde konnten vor dem Erfahrungshintergrund dieser Mitarbeiter bestehen und als bestätigt angesehen werden. Dabei waren neben drei der gemeindenahen deutschen Ambulanzmodelle die *Forensische Institutsambulanz Wien*, des weiteren die *Tagklinik Utrecht, Niederlande* und das *Pinel Institut Montreal, Kanada* zum stationären Sektor doch v. a. der forensischen Institutsambulanz über Hospitationen näher erfaßt worden. Weiter waren Informationen zu Krisen- und Rückfallgeschehen, dahingehend vulnerabilisierenden und präventiven Faktoren über die Kernstichprobe der o. g. 12-14 deutschen Einrichtungen mit Erfahrung in ambulanter Behandlung und den österreichischen und niederländischen Einrichtungen sowie weiterführenden Angaben zu dieser Thematik aus angrenzenden Bezügen von thematischer Relevanz eingebracht worden.

23 Einsatz psychotherapeutischer Methoden und Schulen

23.1 Erhebungsmodus und Stichprobe

Bei Fragen nach den verwendeten Therapiemethoden handelte es sich um kombinierte Fragenkonstrukte, strukturierte Fragestellungen mit dichotomen [1] Antwortmuster sowie semistrukturierte und außerdem offen gehaltene unstrukturierte Fragestellungen mit der Möglichkeit, sich weiterführend zu dieser Thematik zu äußern. Die Fragestellung unterschied nach der schulenbezogenen psychotherapeutischen Ausrichtung der Anbieter und daneben kategorial entweder nach ´Psychotherapie im engeren Sinne` (i. e. S.) und dem Angebot einer Einzel- und/ oder Gruppen- resp. Familientherapie und andernteils Gesprächen mit psychotherapeutischem Charakter mit Psycho- Therapeuten, Sozialarbeitern, ggfls. auch Geistlichen oder anderen Personen, wie bspw. einer Pflegekraft.

Im Interesse um Abklärung bestehender ambulanter Psychotherapieangebote für forensisch psychiatrische Patienten, konnten zur Frage nach dem Einsatz psychotherapeutischer Methoden (i. S. v. Schulen) zu 12

[1] ´Ja`-´Nein`-Antworten

forensischen Einrichtungen mit zusammen n_s=1535 stationären MRVZ-Patienten und n_a=232 ambulanten Patienten detaillierte Informationen rekrutiert werden. Die folgende Übersicht bezieht sich auf diese Kliniken, die, mit einer Ausnahme aus den neuen Bundesländern, ansonsten alle über eine organisierte Form ambulanter Versorgung verfügten. Aus dieser Stichprobe ergaben sich 7 Einrichtungen mit einer offiziellen Form einer forensischen Ambulanz, von denen 5 eine institutionalisierte und 2 Modellprojekte den Ansatz einer gemeindenah ausgerichteten Ambulanzarbeit, repräsentierten. Weitere 4 forensische Einrichtungen organisierten die ambulante Versorgung i. d. R. gut über Mitarbeiter der Klinik und meist unter Einbeziehung der Ambulanz der Allgemeinpsychiatrie.

Einen Sonderfall bildete eine Suchtklinik (Alkohol) mit einer internen Rehabilitationsabteilung, die ihre, auf diesem Wege durchgeführte, ambulante therapeutische Versorgung selbst als “ausreichend” einstufte. Eine Klinik aus den neuen Bundesländern mit nach § 64 StGB untergebrachten Patienten hatte sich zur o. g. Fragestellung geäußert, war jedoch entgegen eigener Bestrebungen noch ohne organisierte Nachsorge.

23.1.1 Tatsächlich angetroffene psychotherapeutische Schulen

Tab. 1: Tatsächlich angetroffene psychotherapeutische Schulen in der ambulanten Behandlung

Tatsächlich angetroffene psychotherapeutische Schulen																
Einrichtung	Strukturvorgabe Ambulante Versorgung	regelmäßige Gespräche - keine PTh i.e.S. PTh[I]	SA[II]	Geistl[III]	andere[IV]	PTh i.e.S[1]	Einzel Th	Methode VT[2]	TPT[3] / PA[4]	GT[5]	Gestaltth[6] + a. V. [7]	Gr-Th [8)]	Fam.-Th [9)]	Stat. Pat. Anzahl n_s	Amb. Pat. Anzahl n_a
Lippstadt [a)]	Gemeindenahes Modellprojekt: Liaison- & Konsiliardienst	x				X	X	VT	TPT / PA		+ v. a. Vermittlung: psychotherap. Einrichtungen / Niedergelassene	x	X	320	014
Düren [b)]	Gemeindenahes Modellprojekt: mobile Ambulanz	X	x--	--		X	X		PA		+ v.a.Vermittlung:psychotherap. Einrichtungen/NiedergelasseneThen	-	-	132	020
Gießen [c)]	Institutional. Forensische Ambulanz	x	--	--	--	X	X	Alle gängigen Psychotherapieverfahren VT (Schwerpunkt)	TPT	GT	Gestalttherapie	-	X	245	066
Bremen [d)]	Institutional. Forensische Ambulanz	x	x		sozialpsychiatr. Pflegekräfte	X	X		TPT	GT		x		042	006
Andernach	Institutional. Forensische Ambulanz	x	--	x	--	x	X		PA			-	-	145	015
Wiesloch	Institutional. Forensische Ambulanz	x	x	--	--	x	X		TPT		katathymes Bilderleben vereinzelt Hypnose	-	X syst emisch	192	010
Kaufbeuren	Gute Versorgung über Klinikambulanz und -mitarbeiter	x	x	x	x [f)]	x	X	VT	TPT / PA			x	-	075	020
Lohr	Institutional. Ambulanz für § 64 StGB	x	--	--	x [f)]	x	X		TPT / Psychodrama			-	X	093	027
Regensburg [e]	Gute Versorgung über Klinikambulanz und -mitarbeiter	x	x	--	--	keine			PA			-	-	052	010
Langenfeld	Klinikambulanz und -therapeuten	x	x	--	--	x	X	VT	TPT			x	-	061	010
Bernburg	Pro Ath – noch- keine PTh i.e.S. 0 Entlassene	x	x	x	--	-	-					-	-	015	000
Haldem	Interne Reha-Abteilung	x	x	--	Ärzte	x	X	VT	TPT		Gestaltth.	X	-	163	034
Gesamt															
N_e=12 forensisch. Kliniken	2 Modelle, 1 interne RehaAbteilung, 5 Institution. forens. Ambulanz, 3 Klinikmitarbeiter /allgemeinpsychiatrische Ambulanz	*12 PTh*	*9 SA*	*4 Geist*	*4´andere` regelmäßige Gespräche mit therapeutischem Charakter – keine PTh i.e.S.*	*10 PTh i. e. S*	*10 Einzel Th.*	*5 VT*	*10 TPT*	*2 GT*	*2 Gestaltth. + ´andere` Verfahren: je1x: Hypnose; katathymes Bilderleben, Psychodrama Methodenkombinationen: insg. 6 bzw.7 (incl. Vermittlung s .o. g. Verfahren)*	*5 Gr.Th*	*4 FamTh*	*1535 (n_s) station. Pat.*	*232 (n_a) ambul. Pat.*

Bezugsgruppe:12 Einrichtungen mit zusammen n_s=1535 stationären MRVZ-Patienten und n_a=232 ambulanten Patienten

Legende: Pth [I]: Psychotherapeut; ´SA [II]`: Sozialarbeiter/-pädag.; ´Geistl [III]:` Geistlicher; ´andere [IV]:` Andere;
[1)] ´PTh i.e.S.`: Psychotherapie im engeren Sinne; [2)] ´VT`: Verhaltenstherapie; [3)] ´TPT` tiefenpsychologisch ausgerichtete psychotherapeutische Verfahren;
[4)] ´PA`: Psychoanalyse i.e.S.; [5)] ´GT`: Gesprächstherapie; [6)] ´GestaltTh`: Gestaltpsychotherapie; [7)] ´a.V.`: weitere andere psychotherapeutische Verfahren;
[8)] ´GrTh`: Gruppentherapie; [9)] ´FamTh` Familientherapie .

Nähere Angaben einzelner Einrichtungen der o. g. Stichprobe zu deren psychotherapeutischen Behandlungsformen:

a) Für das Ambulanzmodell der forensischen *Klinik Lippstadt Eickelborn* erfolgte Psychotherapie direkt durch Ambulanzmitarbeiter vorzugsweise im Kontext der Übergangsphase und überdauernd ansonsten nur zu speziellen Einzelfällen, da konzeptionell langfristig eine Anbindung an versorgende Einrichtungen und Therapeuten der Region vorgesehen war.

b) Durch die mobile Ambulanz *Düren* war psychotherapeutische Behandlung durch die, hauptsächlich mit Aufgaben der Koordination, Organisation, Ausbildung, Qualifizierung und Supervision befaßten, Ambulanzmitarbeiter zum Regelfall nicht geplant, da prinzipiell dazu eine Anbindung an versorgende Einrichtungen und Therapeuten der Entlaßregion angestrebt wurde. Wenn überhaupt so wurde Psychotherapie über Ambulanzmitarbeiter nur während der Überleitungsphase im Rahmen der Anbindung an Therapeuten der Region praktiziert. Doch ergaben sich zum zweiten Teil der Modellphase unumgängliche Interventionen therapeutischer Art (über die für den Fachbereich zuständige Sozialpädagogin).

c) Die längerjährig erprobte *Forensische Institutsambulanz Gießen* (zentrale *Forensische Klinik Haina)* legte als einzige aller Einrichtungen explizit dar, je nach Indikation in Abhängigkeit vom individuellen Störungsbild und der allgemeinen Bedarfslage über das entsprechende methodenspezifische Behandlungsangebot zu verfügen. Hier konnten alle Patienten für die eine ambulante Behandlungsführung fachlich indiziert war ausreichend ohne Wartezeiten versorgt werden.

d) Die Einrichtung *Bremen* gab explizit an, daß die Hälfte (3) ihrer ambulanten Patienten, die sich außerdem noch im Status von MRVZ-Patienten befanden, je einmal wöchentlich Einzelsitzungen einer tiefenpsychologischen Psychotherapie i. e. S. absolvierten, wohingegen sich die übrigen -3- ambulanten Patienten, die bereits in eine forensische Wohngemeinschaft (mit freiem Träger) beurlaubt waren, einmal wöchentlich zur Gruppentherapie in der Klinik einfanden.

e) Ausführungen der Klinik *Regensburg* zur Definition von ihrem Begriffsverständnis von “psychotherapeutische Betreuung im Kontext ambulanter Leistungen” ließen erkennen, daß hier allen ambulant nachbetreuten forensischen Patienten in Form stützender Psychotherapie Hilfen zur ambulanten Resozialisierung zukamen, jedoch keine Psychotherapie im engeren Sinne (´i. e. S.`) und damit auch keine systematische Psychotherapie und keine entspr. Abrechnung stattfand.

f) ´Welche` andere Person wurde nicht angegeben.

23.1.2 Angetroffene psychotherapeutische Methoden (i. S. von ´Schulen`)

75 % (9) der Stichprobe an forensischen Einrichtungen die zur Frage nach den in der ambulanten Behandlung eingesetzten psychotherapeutischen Methoden rekrutiert worden war, nutzten gleichermaßen eine Kombination von, zum einen psychotherapeutischen Angeboten mit Psychotherapie im engeren Sinne (i. e. S.) und andernteils begleitenden Gesprächen mit therapeutischem Charakter durch Psychotherapeuten und Sozialarbeiter. Psychotherapeutische Maßnahmen i. e. S. erfolgten i. d. R. im Einzelkontakt. Wenn ein Therapieansatz monomethodisch praktiziert wurde, so traf dies ausschließlich für tiefenpsychologische Behandlungsmethoden zu. In Gesamtschau zu den psychotherapeutischen Methoden dominierten tiefenpsychologisch fundierte Behandlungsmethoden: So fand sich ein solcher Therapieansatz singulär zu 6 und damit zu 50 % der Kliniken und neben anderen schulenspezifischen Behandlungsmethoden bei außerdem zu 5 (41.67 % von 12) Einrichtungen dieser Stichprobe.
Dabei war das tiefenpsychologisch ausgerichtete Angebot anzutreffen:

- in 2 dieser Fälle gleichwertig neben einem verhaltenstherapeutischen Angebot,
- in einem anderen Fall zusammen mit einem gesprächstherapeutischen Angebot,
- zu einem anderen Fall neben Angeboten zur Gestalt- und Verhaltenstherapie und
- im Falle einer großen Forensischen Institutsambulanz [2] mit schwerpunktmäßig verhaltenstherapeutisch ausgerichteter Angebotsstruktur, neben anderen gängigen Methoden (VT, GT, Gestalttherapie).

Verhaltenstherapeutische Angebote lagen zu insg. vier der Einrichtungen (33.33 %) dieser Stichprobe vor, waren jedoch nie als alleinige Behandlungsmethode ausgewiesen worden: Ein verhaltenstherapeutisches Angebot existierte demnach zu zwei dieser Fälle neben einem tiefenpsychologisch ausgerichteten und zum Sonderfall einer -internen- Rehabilitationsabteilung für Alkoholkranke neben einem tiefenpsychologischen und gestalttherapeutischen Angebot. Der verhaltenstherapeutische Zugang dominierte als Schwerpunkt des Therapieangebotes einzig zu einer großen etablierten Forensischen Institutsambulanz [3], wobei dort durch deren breite Angebotspaillette außerdem die Möglichkeit bestand, indikationsgeleitet entsprechend andere, ´gängige` methodische Verfahrenstechniken (d. h. Gesprächs- und Gestalttherapie, tiefenpsychologisch ausgerichtete Techniken, Familientherapie) integrativ oder separat in die Behandlung einzubringen. In jeweils zwei Fällen und damit zu 16.67 % der 12 Einrichtungen dieser Stichprobe waren zusätzlich gesprächs- oder gestalttherapeutische Methoden genutzt worden.

[2] *Gießen*
[3] *Gießen*

Vier Einrichtungen (33.33 %) der Stichprobe setzten zzgl. neben der Einzeltherapie auch familientherapeutische Interventionen ein. Gruppentherapien fanden sich wenn, dann nur zusätzlich zu Einzeltherapien und nie als alleinig praktizierte Methode und insg. zu 5 und damit 41.67 % der o. g. Einrichtungen dieser Stichprobe.

23.2 Verhältnis der in der Versorgung angetroffenen psychotherapeutischen 'Schulen' zueinander und ihr anteiliges Aufkommen

Zu schulenspezifisch klassifizierten ambulanten Psychotherapiemethoden wurden die folgenden Relationen zueinander gefunden:

Tab. 2: Anteiliges Aufkommen der psychotherapeutischen ´Schulen`

Anteiliges Aufkommen der diversen psychotherapeutischen ´Schulen`				
Methode (Nennungen)	**Subgruppe**		**Gesamtanteil**	
	Anzahl(n) Nennung	**Anteil(%)**	**Anzahl(n) Nennung**	**Anteil (%)**
Tiefenpsychologisch/ psychoanalytisch				
- Einzeltherapie *Aufkommen:* Gesamtanteil dieses Ansatzes vertreten bei allen Einrichtungen dieser Stichprobe - davon:			12	100.00
- allein/ eigenständig	6	50.00		
- dominant aber in Kombination mit anderen Methoden	5	41.67		
- nicht-dominante Methode bei diversen Methodenangeboten	1	08.33		
Verhaltenstherapeutisch				
- Einzeltherapie *Aufkommen:* nur neben anderen gängigen Therapieverfahren – davon:			04	33.33
- zusammen mit tiefenpsychologischen Methoden	2	16.67		
- zusammen mit Gesprächs- oder Gestalttherapie	2	16.67		
Außerdem eingesetzte zusätzliche Therapieverfahren				
Gesprächs- oder Gestalttherapie - Einzeltherapie *Aufkommen:* nur in Kombination mit den gängigen Schulen	2	16.67		
Gruppentherapien *Aufkommen:* nur zzgl. zu Einzeltherapien	5	41.67		
Familientherapien: *Aufkommen:* nur zzgl. zu Einzeltherapien	4	33.33		

Bezug: n_e=12 Einrichtungen mit n_s=1535 stationären MRVZs- und n_a=232 ambulanten Patienten
Mehrfachnennungen waren möglich gewesen.

Der relativ hohe Anteil an Vertretern der psychoanalytischen Ausrichtung war v. a. auch mithin bedingt dadurch, daß an diesen Ambulanzen als therapeutisch tätiges Personal vorwiegend ärztliche Therapeuten eingesetzt waren. Dabei handelte es sich überwiegend um Therapeuten, die psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung in einer Person durchführten. Bei den wenigen größeren Ambulatorien sind Psychologen entweder explizit zur therapeutischen Betreuung angestellt oder als selbständige externe Mitarbeiter (meist approbiert und niedergelassen) in das Betreuungsnetz eingebunden und koordiniert. Von den offiziell institutionalisierten forensischen Ambulanzen konnte nur eine bestätigen, daß allen bedürftigen Patienten eine bedarfsbezogene, indikationsgerechte und außerdem individuell ausgerichtete Form der ambulanten Behandlung zugewiesen wurde. Die drei gemeindenah orientierten Liaison Service, Modellprojekte der alten Bundesländer, konnten den Bedarf an psychotherapeutischer Behandlung über die von ihnen praktizierte, Form einer in einer Art Verbundnetz organisierten, gemeindenahen Betreuung und darin eingebundener freier psychotherapeutischer Mitarbeiter nur für eine der Einrichtungen zu 100 %, d. h. dem Bedarf nach vollständig und mit indikationsgerechter Behandlung unter außerdem dem Zugeständnis einer 12-18 wöchigen Wartezeit erzielen. Von den anderen beiden Modellprojekten wurde von einem der Bedarf zu 75 % abgedeckt; das andere Modell gab einen anteilig höheren Ausstand und explizit längere Wartezeiten an. Die an sich extramural zu führenden Patienten mußten dann auch deshalb mit der Zuweisung des Status eines Erprobungsurlaubes warten. Unabhängig von deren schulmethodischen Ausrichtung gaben mit einer Ausnahme alle Einrichtungen dieser Stichprobe an, in ihren praktizierten ambulanten therapeutischen Zugangsformen vom orthodoxen Setting abzuweichen. Übergreifend, und damit auch von den Vertretern des tiefenpsychologischen Ansatzes, wurde mit Nachdruck hervorgehoben, daß sich in der Praxis eine Behandlungsführung nach orthodoxen Vorgaben als kaum praktikabel und wenig sinnvoll erwiesen habe, sollte der Patient therapeutisch erreicht werden.
Von Vertretern der psychoanalytischen Ausrichtung, häufig ärztlichen Psychotherapeuten, wurde berichtet, daß bei der psychisch schwer gestörten Klientele dem Postulat der therapeutischen Abstinenz im psychoanalytischen Setting oftmals nicht zu folgen war und nötigenfalls aktive resp. direktive therapeutische Interventionen geleistet

werden mußten. (So ´reduzierte` sich der psychoanalytische Zugang im therapeutischen Kontakt und Umgang mit den für diese Klientele auch extrem wichtigen alltagspraktischen Problemthemen häufig auf eher hintergründige Erklärungsmodelle zu Verhalten, emotionaler Struktur und/ oder kognitive Prozesse des Patienten.) Eine tatsächlich auch integrative Verwendung der verschiedenen Behandlungsmethoden ergab sich explizit und konsequent allerdings nur zu einer Einrichtung mit insg. dann auch methodisch am breitesten strukturierten Therapieangebot.
Die antwortenden Einrichtungen hoben die *Bedeutung einer stabilen Therapeut-Patienten-Beziehung* während der besonders risikoreichen Phase des Übergangs von der stationären zur ambulanten Behandlung hervor: Gerade das Eingehen und Aufrechterhalten von Beziehungen ist überhaupt und insb. für persönlichkeitsgestörte Patienten und dabei v. a. bei Suchtpatienten mit einer Persönlichkeitsstörung problematisch. Auf das Beziehungselement, das Halten von Kontakt und Beziehung zum Patienten ist stets zu achten - auch wenn dieser Kontaktabbrüche initiiert bzw. anderweitig auf dieser Ebene destruktiv agieren sollte. Ein Bruch der Therapiebeziehung ist zu vermeiden. Selbst wenn der Therapeut aus strukturellen Gründen bei der Entlassung aus der stationären Behandlung gewechselt werden sollte, sollten die Kontakte zum künftigen ambulanten Behandler vorbereitet, hergestellt und möglichst - zumindest anteilig - bereits implementiert werden. Dazu war eine Zwischenlösung entwickelt und seitens der Modellprojekte und Liaisondienste für die Übergangsphase eine Mittelsperson eingeführt worden, die nicht zwingend Therapeut sein muß, doch zumindest für die vulnerable und labilisierende Zeit des Überganges einen persönlichen Ansprechpartner für den Patienten darstellt.

23.3 Schulenübergreifende Gemeinsamkeiten - als adäquat erfahrenen Zu- und Umgangsformen, Entsprechungen im professionalen Selbstverständnis, Erschwernisse in der Umsetzung, ausbildungsbezogene Probleme, hohe und spezifische Anforderungs- und Belastungsprofile

Es offenbarten sich übergreifend genutzte Zugangsweisen, die im Hinblick auf eine erfolgreiche soziale und legale Rehabilitation / Resozialisierung des MRVZ-Patienten und dabei schulenunabhängig in ihren Wirkungen als adäquat erfahren worden waren. Von allen den erfahrenen Einrichtungen und Behandlern wurde der Erfordernis Ausdruck verliehen, methodische Ansätze resp. Zugangsformen integrativ einzubringen, indikationsgeleitet und erforderlichenfalls gezielte störungsspezifische und themenbezogene Programmeinheiten zu entwickeln, wobei insb. Letztere in der Praxis real oft fehlten und sofern derartige Vorgehensweisen angewandt wurden, dann meist inoffiziell gehandhabt wurden. Therapeutischerseits wurde und dies in und zu diversen Kontexten von einer Aufhebung starrer Behandlungsbezüge in der Praxis berichtet. Formal jedoch bestanden nach außen selbst zu Einrichtungen mit ambulanter Behandlungserfahrung und Versorgungsstruktur noch methodische Ausrichtungen, die zu einem Großteil in ihren Schwerpunkten nicht den Erkenntnissen der aktuellen Psychotherapie- und Evaluationsforschung zur Straftäterbehandlung entsprachen: So überwogen tiefenpsychologische Ansätze: Diese bildeten bei gut drei Viertel der zu dieser Frage initial eingebrachten Fälle die dominante und zur Hälfte die alleinig verwendete Methode. Die seitens der Therapieforschung zur Straftäterbehandlung jedoch als weitaus effizienter und adäquater eingestuften verhaltenstherapeutisch kognitiven Ansätze standen zurück und fanden sich wenn, dann meist nur in eher nachgeordneter und dabei zweitrangiger Konstellation. Der, in der eigenen Erhebung objektivierte, dominierende Bestand an tiefenpsychologisch ausgerichteten Behandlungsansätzen korrespondierte damit, daß der überwiegende Teil der ärztlichen Therapeuten traditionell ausbildungsbezogen tiefenpsychologisch ausgerichtet waren.

23.3.1 Abkehr vom strengen Methodenpurismus bei geringem therapeutischen Nutzen statisch unflexibler resp. starrer dogmatisch - orthodoxer Therapiesettings

Übergreifend wurde und damit auch von den Vertretern des tiefenpsychologischen Ansatzes mit Nachdruck hervorgehoben, daß sich in der Praxis eine Behandlungsführung nach orthodoxen Vorgaben als kaum praktikabel und wenig sinnvoll erwiesen habe, um den Patienten therapeutisch zu erreichen. Unabhängig von ihrer schulmethodischen Ausrichtung gaben mit Ausnahme einer, ansonsten alle Einrichtungen der zugehörigen deutschen Stichprobe an, in ihren praktizierten ambulanten therapeutischen Zugangsformen vom orthodoxen Setting abzuweichen und alternativ auch unorthodoxe therapeutische Methoden, nötigenfalls aktiv intervenierende, dem Patienten nachgehende [4] Elemente einzusetzen. 75 % der ambulante Behandlungen praktizierenden Einrichtungen der o. g. deutschen Stichprobe und überhaupt alle Kliniken mit ausgewiesener Ambulanz vermittelten die geringe therapeutische Verwendbarkeit starrer puristisch orthodoxer Therapiesettings, orthodoxe Formen klassischer Psychotherapieverfahren wenig nutzbringend in der Behandlung forensischer Patienten einsetzen resp. faktisch so nicht verwenden zu können. Unabhängig von deren schulenmethodischen Ausrichtung gaben mit einer Ausnahme ansonsten alle diese Einrichtungen an, in ihren praktizierten ambulanten therapeutischen Zugangsformen vom orthodoxen Setting abzuweichen. Übergreifend, und damit auch von den Vertretern des tiefenpsychologischen Ansatzes, wurde mit Nachdruck hervorgehoben, daß sich in der Praxis eine Behandlungsführung nach orthodoxen Vorgaben als wenig praktikabel resp. sinnvoll erwiesen habe, um den Patienten therapeutisch zu erreichen. Vertreter der psychoanalytischen Ausrichtung, häufig ärztliche Psychotherapeuten, berichteten, daß bei der psychisch schwer gestörten Klientele im Setting dem psychoanalytischen Postulat der therapeutischen Abstinenz oft nicht zu folgen war und nötigenfalls aktiv

[4] *"geradezu nachlaufen"*

direktive therapeutische Interventionen geleistet werden mußten. Im therapeutischen Kontakt bezog sich der psychoanalytische Zugang mit den, gerade auch für diese Klientele wichtigen alltagspraktischen Problemen auch auf hintergründige Erklärungsmodelle zum Verhalten, der emotionalen Struktur und / oder kognitiven Prozessen des Patienten.

23.3.2 Störungsspezifische, indikationsgeleitete, individuelle Ausgestaltungserfordernis der Behandlung bei eklatanter Ist-Soll-Differenz zum Versorgungsstand adäquater therapeutischer Angebote

Die Therapie muß in ihrer Planung, Ausgestaltung und Bewertung individuell und entsprechend störungsspezifisch ausgerichtet sein. Allenthalben wurde die Erfordernis um indikationsgerecht ausgestaltete Behandlungsprogramme und dahingehend eine eklatante Mangelsituation thematisiert. Zwischen Indikation und der tatsächlichen Realisierung einer psychotherapeutischen Maßnahme bestand durchgängig ein großer Unterschied: Generell wurde ein eklatantes Defizit auch zu psychiatrischen doch v. a. an psychotherapeutischen ambulanten Behandlungsmöglichkeiten hervorgehoben. Dabei spielten Bedeutung, Größe, finanzielle, personale und ausbildungsbezogene Ausstattung der Ambulanzen eine wichtige Rolle. Wenn es um die Zuteilung spezifischer psychotherapeutischer Behandlungsformen ging, wurden selbst zu gut organisierten ambulanten Versorgungsstrukturen mit Ausnahme zweier etablierter Versorger immerhin noch zu 75 % der Stichprobenfälle Wartezeiten von 12-16 Wochen angegeben. Einzig die an die zentrale *Forensischen Klinik Haina* angebundene große und etablierte *Forensische Institutsambulanz Gießen* konnte angeben, psychotherapeutische Behandlung in jedem erforderlichen Falle sicherstellen und dabei die psychotherapeutische Ausrichtung “je nach Indikation" wählen zu können.

23.3.3 Professionale Aspekte

Zu konstatieren sind *Erschwernisse und ausbildungsbezogene Probleme* durch die herkömmlichen, schulenbestimmten Therapieausbildungssysteme und eine problematische Prägung der Versorgungsstruktur durch solche mit polarisierenden Ausbildungsordnungen. Therapieausbildungen sind i. d. R. schulenspezifisch determiniert. Eine methodisch integrativ ausgerichtete Behandlungsplanung ist für viele freiberuflich und extramural tätige niedergelassene Therapeuten vor dem Hintergrund der bislang primär monomethodal und schulenorientierten Ausbildungsstandarde als Einzelperson kaum zu leisten bzw. abzudecken. Zu fordern ist vielmehr eine entsprechende Grundhaltung, das Verständnis und Bewußtsein um die Notwendigkeit derartiger Vorgehensweisen. Dies konnte bislang für viele der niedergelassenen und schulenspezifisch geprägten Therapeuten keinesfalls selbstverständlich kalkuliert resp. erwartet werden. Behandlungen von Randgruppen, Therapien komorbider und/ oder schwer persönlichkeitsgestörter Patienten sind in den Curricula der Ausbildungen kaum vertreten. Die Behandler – und damit auch die psychoanalytisch resp. tiefenpsychologisch ausgerichtete Therapeuten - sahen sich in ihrem Setting gefordert zur potentiellen Bereitschaft resp. dem Einsatz:

- auch direktiver therapeutischer Vorgehensweisen/ Maßnahmen/ Interventionen,
- gezielter aktiver und ggfls. nachgehender Kontaktaufnahmen zum Patienten,
- einem eher zurückhaltenden Umgang mit regressionsförderlichen therapeutischen Maßnahmen und Konstellationen im Setting (u. a.: bevorzugtes Setting im Sitzen),
- dem Einbezug von Angehörigen und Partnern,
- alltagssupportiver Maßnahmen und Hilfen,
- alltagsbezogener, existentieller und materieller Problematiken,
- dem Relativieren der Erwartungshaltungen (z.B. der Abstinenzregel),
- bei eher kleinschrittigem Vorgehen mit überblickbaren Zielvorgaben,
- einzelfallbezogenen, situations- und verhaltensanalysierenden Vorgehensweisen, Detailanalysen,
- und überhaupt zur Berücksichtigung überkommener Verhaltensmuster und Prägungen,
- entwicklungsgeschichtlich relevanter Gesichtspunkte sowie
- psychodynamischer Zusammenhänge und Traumatisierungen,
- Aspekten der Gegenübertragung im therapeutischen Prozeß,
- dem Einsatz qualitätssichernder evaluativer Maßnahmen zur Überprüfung der Effektivität,
- sowie der professionalen Selbstevaluation und –kontrolle von Behandlungszielen und
- anderweitiger Erfordernisse, wie Maßnahmen zur Vernetzung, Kooperation, Koordination und Organisation,
- und neben korrektiven Maßnahmen auch solche von Kontrolle und Überwachung.

23.3.3.1 Erfordernis störungsspezifisch ausgerichteter professionaler Qualifikationen

Bezogen auf die besonderen Erfordernisse, Maßnahmen und Modi einer adäquaten Therapie fehlten adäquate zeitliche und personale Behandlungskontingente, engmaschige Supervisionen, Aufwendungen für Informationsaustausch und interkollegiale Absprachen der Beteiligten und oft ein dahingehendes professionales Bewußtsein. Die Unerläßlichkeit störungsspezifischer therapeutischer Qualifikationen wurde übereinstimmend herausgestellt. Das Fehlen dahingehender Fachkompetenzen im Umgang mit dieser Klientele wurde in 75 % der Stichprobenfälle und zudem in anderen Kontexten wiederholt und insb. zu Bewährungshelfern und Mitarbeitern komplementärer nachsorgender Einrichtungen beklagt. Dieser Umstand wurde als eigenständiger Risikofaktor

im ambulanten Behandlungskontext und als eine, die Übergabe und Übernahme in komplementäre Einrichtungen hemmende, Einflußgröße benannt.

23.3.4 Weitere behandlungs- und betreuungsbezogene Maßnahmen - ggfls. zusätzlich zur psychotherapeutischen Versorgung

23.3.4.1 Zusätzlich integrierte medizinisch psychiatrische Behandlungsansätze

Ein hoher Anteil der psychotherapeutisch behandelten Patienten erhielt in Kombination zusätzlich eine psychiatrisch resp. medikamentöse Behandlung, was von allen ambulante Behandlung praktizierenden Einrichtungen angegeben wurde. Quantitative Angaben fanden sich nur zu zwei der deutschen Institutsambulanzen mit genau 50 % und einem der gemeindenah ausgerichteten deutschen Modellprojekte zu einem Anteil von 75 %, zwei Drittel, an psychotherapeutisch behandelten Patienten mit einer solchen Behandlungskonstellation. Deren höherer Anteil könnte sich erklären über die konzeptionell determinierte Erfordernis der gemeindenahen Modelle zur Anbindung an die medizinische Versorgung und dabei an niedergelassene Psychiater der Entlaßregion und auch bedingt sein durch die störungsspezifische Ausrichtung der Gruppe der Ambulanzpatienten sowie die zwingende Erfordernis nach therapeutischer Absicherung infolge räumlich größerer Distanz zu den Patienten. Gemessen an der Rückfallrate berichtete die *Forensische Institutsambulanz Wien*, daß die besten Ergebnisse zu ambulanten Behandlungsprogrammen von Ambulanzpatienten über einen mit einem kombinierten Ansatz psychotherapeutischer und psychiatrisch medikamentöser Behandlung gegenüber solchen mit entweder rein psychotherapeutischer oder andernteils klassisch psychiatrisch - medikamentöser Therapie erzielt wurden.

23.3.4.2 Aufschlüsselung der Betreuungsformen und des Anteiles indizierter ambulanter Psychotherapien bei entlassenen MRVZ-Patienten zur mobilen Ambulanz (Düren)

Zur Indikation ambulanter psychotherapeutischer Behandlung nach stationärer Psychotherapie entlassener MRVZ-Patienten ergaben sich zusätzlich außerdem detailliertere Daten aus einer zeitgleich zur eigenen Stichtagserhebung vom gemeindenah ausgerichteten Modellprojektes des Bundes mit mobiler Ambulanz, *Düren,* vorgenommenen Aufschlüsselung zu deren entlassenem Patientengut:

- Für 62.5 % der von dieser Einrichtung entlassenen MRVZ-Patienten war keine psychotherapeutische ambulante Behandlung i. e. S. für erforderlich gehalten worden.
- In 2.5 % der Fälle war eine an sich nötige ambulante psychotherapeutische Behandlung nicht möglich und in der nicht zu erwartenden Kooperation seiten des Patienten begründet.
- 15 % waren psychiatrisch und psychotherapeutisch doch durch andere Einrichtungen und nicht über Ambulanzmitarbeiter des Projektes versorgt worden.
- Der übrige Anteil erhielt psychotherapeutische Behandlung durch Klinik- und/oder Projektambulanzmitarbeiter.

23.3.4.3 Formen alltagssupportiver Begleitung und Hilfen - Case Management / Case Work

Insgesamt boten 75 % der (9 von 12) Einrichtungen der o. g. deutschen Stichprobe eine Kombination von psychotherapeutischen Angeboten mit Psychotherapie im engeren Sinne und begleitenden therapeutischen Gesprächen mit Psychotherapeuten und Sozialarbeitern. Ein wesentlicher Anteil der erforderlichen Leistungen nichtstationärer Versorgung wird über *Case Work*, einzelfallbezogene alltags-supportiv ausgerichtete, meist sozialarbeiterische, Hilfen und Leistungen, abgedeckt. Diese sind außerdem häufig gepaart mit psychiatrischen, medikamentös und / oder psycho-therapeutischen Maßnahmen regulärer Art und intermittierend und / oder als Kriseninterventionen bei Verschlechterung des Zustandsbildes des Patienten sowie Angehörigen- und Öffentlichkeitsarbeit. - Die gemeindenahen Modellprojekte des Bundes hatten in ihrem Versorgungsverständnis *Case Management* Leistungen v. a. aus den Bereichen der Sozialarbeit und Sozialpädagogik als die schwerpunktmäßig abzudeckenden Funktionsbereiche gewertet.

23.4 Anteil weiterführender ambulanter psychotherapeutischer Behandlung nach stationärer Psychotherapie aus der deutschen Stichprobe

Zu 40.72 % (n_a=169) aller über die initiale Erhebung erfaßten deutschen ambulanten Patienten war berichtet worden, daß sich diese nach vorab stationär durchlaufener Psychotherapie einer weiterführenden psychotherapeutischen Behandlung im ambulanten Setting unterzogen hatten.

23.5 Anteiliges Aufkommen psychotherapeutischer Behandlungen im Kontext der ambulanten Behandlungsführung

23.5.1 Offiziell konstituierte Ambulanzen (Stichprobe initiale deutsche Erhebung)

Zum -anteiligen- Aufkommen psychotherapeutischer Behandlungen im Kontext der ambulanten Behandlungsführung lagen zu offiziell konstituierten Ambulanzen quantitative Angaben vor zur *Institutsambulanz Gießen* sowie den *Modellprojekten Lippstadt* und zu *Düren* (hier aus einer - institutseigen durchgeführten - Verlaufsuntersuchung). Trotz jeweils unterschiedlichen ambulanten Versorgungsansatzes

gaben sowohl die Institutsambulanz als auch die beiden Modellprojekte übereinstimmend an, etwas weniger als die Hälfte ihrer Ambulanzpatienten psychotherapeutischer Versorgung zuzuführen:

Tab. 3: Aufkommen psychotherapeutischer Behandlung im Kontext ambulanter Therapie

Zum Aufkommen psychotherapeutischer Behandlung		
Einrichtung	**Konzeptionelle Behandlungsform**	**Anteil (%) zum jeweiligen Bestand an Ambulanzpatienten der Einrichtung**
Gießen	Forensische Institutsambulanz mit methodisch breitem Angebot	47 %
Lippstadt	Modellprojekt gemeindenaher Ansatz mit Konsiliar- und Liaisondiensten	45 %
Düren	Modellprojekt gemeindenaher Ansatz mit mobiler Ambulanz	44 %
Lohr	Institutsambulanz für ausschließlich nach § 64 StGB Untergebrachte	75 % Ambulanz: 55 % extern vermittelt: 20 %
Wiesloch	kleinere Institutsambulanz (1 ärztlicher Psychotherapeut, 10 Ambulanzpatienten)	85 %
Bremen	kleinere Institutsambulanz (6 Ambulanzpatienten § 63 und § 64 StGB)	100 %

23.5.2 Einrichtungen ohne offiziellen Ambulanzstatus

Zu den drei weiteren Einrichtungen mit einer gut organisierten ambulanten Behandlungsstruktur doch ohne offiziell konstituierten Ambulanzstatus ergab sich ein durchschnittlicher Anteil von 33 % ambulanter Psychotherapie mit einer Schwankungsbreite von Minimum 28 % und Maximum 36 % und nach Einzelwerten 28 %, 36 % und 35 %. Zu weiteren 5 Einrichtungen mit allerdings unzureichender ambulanter Versorgungsstruktur lag der durchschnittliche Anteil der Patienten, die im Rahmen einer ambulanten Versorgung Psychotherapie praktizierten bei 23 % bei einer Schwankungsbreite mit einem Minimum von 10 % bis zu einem Maximum von 30 %.

23.6 Ausgewiesener Bestand versus tatsächlicher Bedarf - Ausgestaltung des ambulanten therapeutischen Settings und Selektion ambulanter Patienten als reziproke Bedingungsfaktoren

Wie die Untersuchungsbefunde übergreifend ergaben, stehen die Ausgestaltung des therapeutischen Setting einesteils und die Auswahl ambulanter Patienten andernteils im reziproken Bezug zueinander und gestalteten sich als gegenseitige Bedingungsfaktoren. Auch zu diesem Kontext verdeutlichte sich, daß sich die Zuweisungen auch an den bestehenden Versorgungsmöglichkeiten ambulanter psychotherapeutischer Versorgung ausrichteten. Diesem Umstand ist vor dem Hintergrund der überwiegend immer noch defizitären Situation dieses Versorgungsbereiches Rechnung zu tragen, wenn es darum geht, den realen Bedarf zu bemessen. Den vorliegenden Befunden zufolge, erfuhren etwas weniger als die Hälfte der als ambulant ausgewiesenen Patienten eine ambulante psychotherapeutische Versorgung. Eine optimale Versorgungsstruktur vorausgesetzt, wurde der reale Bedarf an weiterführender psychotherapeutischer ambulanter Behandlung seitens der Modelle allerdings zwischen 65 % - 70 % eingestuft. Womit sich zu den beiden gemeindenah ausgerichteten Projektmodellen trotz optimierter ambulanter Nach- und Versorgungsstruktur eine Ist-Soll-Differenz und ein noch ausstehender Versorgungsbedarf von 15 % - 25 % an ambulanten psychotherapeutischen Behandlungsplätzen offenbarte. Diese Einstufungen entsprechen in etwa dem Niveau, das, eine optimale Versorgung vorausgesetzt, seiten der gemeindenah ausgerichteten Projektmodelle des Bundes als tatsächlicher Bedarf veranschlagt wurde. Die Institutsambulanzen lagen mit ihrer Einschätzung eines Optimums von 55 % - 60 % prozentual tiefer, wobei seitens der etablierten Institutsambulanzen die reale ambulante psychotherapeutische Versorgung mit 45 % angegeben wurde.

23.6.1 Einschub: Diskussion anderweitiger Befunde zur Bedürftigkeit und Nutzung ambulanter psychotherapeutischer Behandlung - für Straftäter rekrutierte Erkenntnisse in Gegenüberstellung eigener Befundinhalte zu psychisch kranken delinquenten forensischen Patienten

Anderweitige Ergebnisse zu Psychotherapiebedarf und -bedürftigkeit von Straftätern und quantifizierte Daten zu vorangegangener Psychotherapie ambulant behandelter Straftäter fanden sich über Methoden der Fremd- und Selbsteinschätzung [5] aus einer Untersuchung *(Krupinski et al. 1998)* zu 192 Straftätern (Zufallstichprobe) und damit 26 % der Gesamtprobandengruppe der Bewährungshilfe / Führungsaufsicht des LG München.

[5] *Selbstbeurteilung Instrumentarien: Hopkins-Symptomcheckliste ´SCL-90-R`, Freiburger Persönlichkeitsinventar ´FPI`, Narzismus-Inventar ´NI`, Fremdbeurteilung incl. Interview. Im SCL-90-R,* einem Selbstbeurteilungsfragebogen zur Erfassung psychiatrischer Symptome, boten die Probanden in den Skalen ´Unsicherheit im Sozialkontakt`, ´Paranoides Denken`, ´Psychotizismus` sowie dem ´General

Eigene Untersuchungsbefunde zum Bedarf ambulanter psychotherapeutischer Behandlung psychisch kranker Delinquenten sahen sich über Angaben der Einschätzungen der Bewährungshelfer zu Bedarf und tatsächlichem Aufkommen bestätigt. - Auch hier lag der eigentliche Behandlungsbedarf an Psychotherapie weit über dem Bestand.
Übereinstimmend zu den Befunden der vorliegenden eigenen Untersuchung bildeten sich über die Aussagen der o. g. Untersuchung Komplexität und ein reziprokes Bedingungsgefüge gegenseitiger Bedingtheit und Regulierung von Angebot und Nachfrage ab. Vor dem Hintergrund der eigenen Untersuchungsbefunde sind die, von den o. g. Bewährungshelfern quantifizierten Frequenzen an psychotherapeutischen Leistungen überhaupt und auch wegen Beschönigungstendenzen seitens der Probanden eher nach unten zu korrigieren. Die tatsächliche Umsetzung psychotherapeutischer Leistungen bzw. inhaltliche Qualität der realen therapeutischen Arbeit wären zu überprüfen.
Allerdings bestätigten die Befunde der o. g. Studie *(Krupinsky et al. 1998),* daß es zur komplexen Beurteilung und adäquaten Einschätzung prospektiver Untersuchungen von Interesse wäre, die Befunde zu Therapiebedürftigkeit und Wirkung von Behandlung per Selbsteinschätzung aus Sicht der Betroffenen zu erfassen, um diese denen der Fremdeinschätzung gegenüberzustellen. Die über die eigenen Untersuchungen entwickelte Einstufung des Psychotherapiebedarfs der forensischen Klientele mit 50 % - 75 % unterlegten in der Tendenz die folgenden Zahlen der o. g. Studie: Die Bewährungshelfer hatten 63 % (n=117) ihrer Klienten behandlungsbedürftige psychische Probleme zugeschrieben, für 42 % eine psychotherapeutische Behandlung empfohlen und zu 43 % einen Psychotherapiebedarf angenommen. - Real befanden sich jedoch nur 20 % (n=38) in einer, außerdem nur im weiten Sinne als solche bezeichenbaren, psychotherapeutischen Behandlung. 45 der Probanden, 47 % dieser Fälle mit einer Bewährungsauflage, hatten eine solche durchlaufen. (55 % der vorausgegangenen Psychotherapien waren regulär beendet worden. Weisungspatienten wurden dbzgl. über einen längeren Zeitraum geführt und die PsychoTherapien häufiger regulär beendet.) 40 % der Fälle unterlagen hier einer Behandlungsweisung, davon allerdings nur 4 % für Psychotherapie und 7 % einer psychiatrischen, 22 % einer Entzugsbehandlung, 7 % ´Sonstiges`. Zum Einsatz therapeutischer Methoden fand sich entgegen den eigenen Untersuchungen in der o. g. Untersuchung keine Aussagen.
Immerhin hatten 43 % (83) der Probandenstichprobe gegenüber ihrem Bewährungshelfer geäußert, kein Bedürfnis zu haben, mit jemandem über ihre Probleme zu sprechen. 25 % konnten sich gut vorstellen, 1-2 mal alle 5 Monate, 20 % 1-2 mal monatlich und 12 % 1-2 mal pro Woche zu einem Gespräch zu gehen. Die Dauer vorangegangener Psychotherapie von Straftäterprobanden, die sich aktuell in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung befanden, lag hier für 42 % bei bis zu 15, für 29 % bei 16-40 und für 19 % bei mehr als 40 Sitzungen. Die tatsächliche im Rahmen ambulanter Psychotherapie rekrutierbare Behandlungsfrequenz gestaltete sich für 58 % mindestens 1x wöchentlich und zu 21 % entweder 1-2 mal monatlich oder 1-4 mal pro Halbjahr. Deutlich wurde auch hier der höhere Anteil ärztlicher als psychologischer Psychotherapeuten. Entsprechend den Ergebnissen der eigenen Erhebungen wurden Psychotherapien auch hier noch deutlich mehr von Ärzten als von Psychologen (und hier im Verhältnis 2:1) praktiziert. Zu den Faktoren Alter und Bildungsstand bestanden zum Merkmalsprofil der o. g. Stichprobe ähnliche Ausrichtungen mit einer Personengruppe, im Mittel 32 Jahre alt, zu 85 % männlich mit 70 % Hauptschulabsolventen, von denen jeder im Durchschnitt in den letzten 10 Jahren 3-4 Delikte und 28 % ein Verstoß gegen das BtmG begangen hatte. 47 % trugen laut Bewährungshilfeakten eine psychiatrische Diagnose. Etwa die Hälfte waren Suchtpatienten, wobei eine primäre Suchterkrankung 26 % der Probanden der Bewährungshelfer und 23 % der Führungsaufsicht zugeschrieben worden war. 82 % der Stichprobe standen unter Bewährung, 12 % unter Führungsaufsicht und 6 % sowohl unter Bewährung als auch Führungsaufsicht.

23.6.2 Berücksichtigung von Kontraindikationen und Ausschlußkriterien

Unabhängig vom ausgewiesenen Bedarf an ambulanter psychotherapeutischer Behandlung wurde deutlich, daß für einen bestimmten Bestand psychiatrisch forensisch und ambulant geführter Patienten ein solches behandlungsbezogenes Setting nicht in Frage kam, bzw. sich für bestimmte Patientengruppen nicht eignete. Befunden der vorgestellten Untersuchung zufolge, scheint dies bei optimalen Versorgungsstrukturen für etwa 30 % der Gruppe ambulant geführter Patienten zuzutreffen. Bei den derzeitigen Versorgungsstrukturen allerdings bildete sich exemplarisch zum Beispiel der gemeindenahen Modellversuche ein Bestand von etwa 50 % heraus. Eine ähnliche Verteilung ergab sich unter den Strukturvorgaben der etablierten Forensischen Institutsambulanzen, wobei immerhin für einen Teil dieser Patienten gute sozialpädagogische Versorgungsmuster, ärztlich psychiatrische Behandlungen und damit unterstützende professionale Begleitungen mit auch psycho- therapeutischen Wirkinhalten bereit standen.

23.6.3 Relevanz gezielter Vorabselektion für angemessene Akzeptanz und Effektivität

Bei einem adäquaten Setting wurde der Bestand an Ambulanzpatienten vorab professional nach Einschluß- und Ausschlußkriterien und damit auch zum Aspekt der Kontraindikationen selegiert. Der Anteil an Ambulanzpatienten, der trotz eindeutiger Indikation von Beginn an ein ambulantes psychotherapeutisches Angebot dezidiert ablehnt, schien sehr gering und zwischen 2 % - 5 % des Bestandes ambulant geführter Patienten. Neben den deutschen fanden sich unter Einschluß der auch österreichischen und niederländischen Erfahrungen deutliche Hinweise dafür, daß einer differenzierten Vorabselektion potentiell ambulant zu führender Patienten als eigenständiger Faktor im Hinblick auf die tatsächliche Effektivität einer Behandlung in einem solchen Setting eine wesentliche Rolle zukommt. Im Überblick waren zwar Ausschlußkriterien (v. a.: Suizidalität, unbehandelte primäre Suchterkrankung, floride psychotische Erkrankung) genannt worden, die jedoch weit gefaßt sind. Ähnliches gilt auch für die bislang benannten *Einschlußkriterien (s. den entspr. Abschnitt der vorgestellten Untersuchung),* wie die Vorabbedingung der abgeschlossenen stationären Heilbehandlung etc..

Symptomatik Index`, der die Gesamtmenge an angegebenen Symptomen abbildet, Werte von T>60 im Vergleich zur Stichprobe von 974 gesunden Probanden. Sie liegen mit diesem Wert zwischen dem der dahingehend untersuchten Gruppe an gesunden und der, der ambulanten psychiatrischen Patienten.

23.6.4 Berücksichtigung der unterschiedlichen Formen von Ambulanzarbeit und ihrer Passung

Es hat sich gezeigt, daß ambulante Behandlungsmaßnahmen in unterschiedlichen strukturellen Kontexten durchgeführt wurden. So bestanden zentral organisierte ambulante Versorgungsmuster, welche entweder als forensische Institutsambulanzen direkt an die Herkunftsklinik angebunden waren, solche, die in der Klinikregion Stützpunkte installierten, niedergelassene Therapeuten zur externen Mitarbeit rekrutierten und supervidierten bzw. die ambulante Behandlung über die allgemeinpsychiatrische Klinikambulanz und deren Therapeuten abwickelten und solche, die als eigenständige institutionalisierte Organisationsformen von der forensischen Klinik aus, entweder über mobile Ambulanzen fungierten oder ambulante Behandlungsteams aussandten, die als sektorisiert eingeteilte Dependancen in der Herkunftsregion des Patienten und qualifizierende resp. qualifizierte ambulante Dienste wirkten, ressourcenorientierte therapeutische Netzwerke aufbauten und deren Mitarbeiter forensisch psychiatrisch supervidierten.

23.6.5 Probleme in der Versorgung von Persönlichkeitsstörungen und komplexen Störungsbildern

Als besonders defizitär und schwer zu bedienen gestaltete sich die Versorgung für spezifizierte Behandlungserfordernisse und / oder die, komplexer, oft komorbider Störungsbilder mit Persönlichkeitsstörungen und / oder Suchterkrankungen sowie die von Sexualdevianzen. Schwierig für alle Einrichtungen ohne forensische Ambulanz und ganz besonders problematisch zu ländlichen Regionen war die Vermittlung von nach § 64 StGB Eingewiesenen an Therapeuten, die mit der speziellen Problematik von Suchtkranken fachkundig umgehen konnten. Insbesondere zur Behandlung der oft komplexen Störungsbilder der forensisch psychiatrischen Klientele und speziell der der persönlichkeitsgestörten und komorbiden Patienten wurde die Erfordernis zur störungsspezifischen, indikationsgeleiteten individualisierten Ausgestaltung herausgestellt. Diese erfordert oft eine Koordination diverser und häufig eine Kombination psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlungsformen.
Anmerkung: Zur speziellen Untergruppe der psychopathischen Persönlichkeitsgestörten ist bekannt, daß diese oftmals besonders kurze stationäre Behandlungseinheiten absolvieren. Gerade für diese müßte eine besondere Form der Nachsorge und ambulanten Behandlung zur Verfügung stehen. *(Vgl.: Cook et al. 1997, 2001; Hare, 1995, 1999).*

23.6.5.1 Prototypische Anforderungsprofile und Behandlungsprogramme

Gefordert wurden und zu entwickeln sind auch prototypische Behandlungsprogramme. Zwei Projekte hatten erstmalig prototypische Anforderungsprofile für verschiedene Patientengruppen zur Nachsorge aus dem MRVZ erarbeitet und weiterführend dann auch in der Nachsorgephase in der Praxis erprobt. Aus sowohl therapeutischen als auch sicherheitstechnischen Gesichtspunkten (bessere Kontrollmöglichkeiten) sind für Vertreter dieser Gruppen kleingruppenorientierte Angebote mit hoher Betreuungsintensität zu kalkulieren.

23.6.5.2 Versorgung der Patientengruppe mit klassisch psychiatrischen Störungsbildern

Weitestgehend gute Erfahrungen bestanden zu ambulanten Behandlungen psychotischer Patienten resp. solcher, mit einer schizophrenen Grunderkrankung: Insbesondere diese Gruppen konnten in einem solchen Setting und im Kontext der gegebenen Versorgungsstrukturen oft gut ambulant geführt werden und bei störungsspezifisch ausgerichteter therapeutischer und v. a. auch psychiatrischer und vornehmlich mittel- niederfrequenter Betreuung profitieren [6]. Insgesamt ergaben sich Hinweise darauf, daß zum Bereich der nachsorgenden Einrichtungen eine gemeinsame Behandlung und Betreuung von forensisch-psychiatrischen Patienten mit klassisch psychischen Störungen mit allgemeinpsychiatrischen Klienten potentiell nicht grundsätzlich kontraindiziert ist und die Einhaltung fundamentalen o. g. Qualitätsvorgaben vorausgesetzt praktizierbar ist. Die vorhandenen Angebote der gemeindepsychiatrischen Versorgung (´Bausteine` der Grundversorgung dieses Bereiches) können weitgehend für forensisch-psychiatrische Patienten mit klassischen Störungen genutzt werden können. Doch fehlen neben einer quantitativ ausreichenden Angebotsstruktur niedrigschwellige Angebote für Psychosekranke als fundamentale Hilfen zur Bewältigung des Alltags.

23.6.5.3 Spezifische Behandlungserfordernisse nach § 64 StGB untergebrachter Suchtkranker bei Unterschiedlichkeiten in Therapieanforderungen nach § 63 und § 64 StGB Untergebrachter

Zur Gruppe der vordem nach § 64 StGB untergebrachten, zudem häufig komorbiden, Suchtkranken und deren ambulanter psychotherapeutischer Nachsorge offenbarte sich ein Versorgungsnotstand zu v. a. den ländlichen Regionen und ärztlichen Psycho-Therapeuten mit fachforensisch fundierten Erfahrungen. Der Versorgungsbedarf unterliegt außerdem regionalen Schwankungen mit am stärksten ausgeprägten Defiziten zu ländlichen und weiter kleinstädtischen Regionen. Die ambulante psychotherapeutische Versorgungsstruktur war in Großstädten für Suchtpatienten an sich zwar oft mit Beratungsstellen unterlegt. Grundsätzlich jedoch handelt es sich um eine Klientele mit einem eigenen Problem- und Anforderungsprofil und oft zusätzlichen anderen i. d. R. auch schwereren, häufig zudem komorbiden, psychischen Erkrankungsformen; Die vielfach als polytox einzustufenden Patienten bieten oft eine stark und zu mehreren Bereichen ausgeprägte Suchtstruktur mit diversem Suchtmittelgebrauch. Auch wenn die Vorbehandlung der vordem nach § 64 StGB stationär

[6] wobei i.d.R. nach erfolgter Anbindung oftmals ein niederfrequentes Setting ausreichte.

Untergebrachten eine gewisse Basis bieten sollte, ist diese Klientele in persönlichen Krisen- und Belastungssituationen doch besonders gefährdet, Suchtverhalten als inadäquate Reaktionen und Bewältigungsversuche auszuprägen. Den hier vorgestellten Untersuchungen zufolge ist für den größeren Anteil dieser Klientele nicht von einer ausreichenden Alltagserprobung auszugehen. Insgesamt besteht für diese Patientengruppe ein ausgewiesener Bedarf um nichtstationäre fachkundige Begleitung mit häufig alltagssupportiven sowie psychotherapeutischen und anteilig psychiatrischen Elementen der Betreuung.

23.6.6 Alltagserprobung und -bewährung unter Realitätsbezug als definierter Therapiebestandteil

Die Erfordernisse der Konfrontation, Anforderungen und Bewältigung von Alltagssituationen und die damit einhergehende Verhaltenserprobung, bildeten einen wesentlichen Unterschied zum stationären therapeutischen Setting und ein Qualitätsmerkmal ambulanter Therapie.

23.6.6.1 Einbezug der Alltagsrealität, von alltagspraktischen und materiellen Anforderungs- und Problemsituationen

Von Expertenseite, seitens der professionalen Versorger- und Behandler wurde es allenthalben als unabdingbar gewertet (alle Einrichtungen der o. g. deutschen Stichprobe), über Alltagsbewährung und Realitätsbezug in der Therapie, die Alltagsrealität des Patienten mit deren spezifischen Anforderungen, Belastungsmomenten und v. a. auch realen, existentiellen und materiellen Probleme in der Planung und Praxis der Behandlung zu berücksichtigen und alltagssupportive Programmeinheiten zu integrieren.

23.6.7 Einsatz aktiver, nachgehender bzw. direktiver therapeutischer Maßnahmen mit erhöhter Bereitschaft zur Aufnahme und Aufrechterhaltung der Beziehung zum Patienten

Mit einer Ausnahme wurde ansonsten von allen (91.67 % der o. g. Stichprobe) der deutschen Einrichtungen explizit die im Verhältnis zu nichtforensischen Patienten besondere Erfordernis um aktive, ggfls. direktive und initiative therapeutische Vorgehensweisen und Interventionen und die generelle Bereitschaft zu deren Einsatz, der Aufnahme und Aufrechterhaltung der Beziehung zum Patienten hervorgehoben. Praktiziert wurden u. a. Maßnahmen, wie den Patienten anzurufen und / oder ggfls. unangekündigte Haus- und Arbeitsplatzbesuche, wenn bspw. ein Behandlungstermin nicht eingehalten wurde oder Zustandsverschlechterung beim Patienten anzunehmen war; versäumte Termine galt es umgehend abzuklären.

23.6.8 Soziale Bezüge und Bindungen als wesentliche Einflußgrößen von hoher versorgungs-, betreuungs- und behandlungsbezogener Relevanz

Im Sinne einer positiven sozialen und legalen Rehabilitation kamen den Dimensionen sozialer Bezüge und den Kontakten zum Patienten als einer, in ihren vielfältigen und oft maßgeblichen Funktionen, oft ausschlaggebende Einflußgröße, hohe Bedeutung zu.
Unabhängig vom konzeptionellen Zugang und der Form ihrer ambulanten Behandlungsführung proklamierten 14 Einrichtungen mit Erfahrung in ambulanter Therapie psychisch kranker Straftäter mit n_a=257 und damit zu 61.93 % aller rekrutierten deutschen ambulanten forensischen Patienten die Bedeutung sozialer Bezüge und des sozialen Entlaßumfeldes für einen positiven Verlauf der Behandlung und die angestrebte legale und soziale Integration. Soziale Bezüge und deren Ressourcen können in ihren diversen Dimensionen als wesentliche, oft ausschlaggebende und i. d. R. multifaktoriell und komplex verknüpfte Einflußgrößen supportive aber ggfls. auch labilisierende, bzw. die Legalbewährung gefährdende Wirkungseigenschaften entfalten. Sie können sich auf die Behandlung und den rehabilitativen Prozeß entweder vorteilhaft, stützend, entwicklungsförderlich oder eher ungünstig, -hemmend, pathologisierend (krankmachend resp. -erhaltend), ggfls. auch kriminogen bzw. dahingehend vulnerabilisierend auswirken. Andernteils gibt es soziale Bezüge, die durchaus auch einen stützenden, protektiven und damit auch präventiven und / oder ressourcenaktivierenden Charakter tragen.
So können Bezugspersonen bspw. krisenhafte Entwicklungen, Symptome, erste Anzeichen eines drohenden Rückfalles noch vor dem Therapeuten erkennen und im Falle einer psychischen Erkrankung den Patienten dazu bewegen, sich auch behandeln zu lassen.
Bereits im Vorfeld der geplanten Überleitung ist das soziale Netz des Patienten entsprechend zu analysieren, vorab ausreichend zu kontaktieren und Verständnis und Unterstützung für die Besonderheiten der Erkrankung bei nahestehenden Personen zu erzeugen. Eine gute Zusammenarbeit mit den Therapeuten bzw. professionellen Betreuern des Patienten vorausgesetzt, besteht die potentielle Möglichkeit auch noch indifferente und labile soziale Bezüge durch entsprechende Interventionen im o. g. Sinne und v. a. als supportives Element für den Patienten nutzbar zu machen. In anderen Fällen ist über entspr. und u. a. veränderungswirksame, bewußtseinsbildende oder einstellungsändernde Interventionen und Maßnahmen zumindest ´harm reduction` möglich, um dieses zentrale Element nicht zu einem allzu riskanten Belastungs- bzw. Stör- oder gar Hemmfaktor anschwellen zu lassen. Eine den therapeutischen Zielvorgaben abträgliche oder entgegenwirkende Einflußnahme kann v. a. dann fortbestehen, wenn korrigierende bzw. aktiv intervenierende, therapeutische Einwirkungen auf soziale Einflußgrößen / Wirkfaktoren nicht oder nur unzureichend möglich sind.

Die Lebensbereiche Arbeit und Unterkunft sind eingebunden in soziale Netzwerke und Kontrolle und implizieren damit auch gewisse strukturgebende Momente.
Gelingt die Anbindung oder zumindest ein näherer Bezug zum sozialen System des Patienten, sollte das Bestreben darin liegen, längerfristig ein stützendes soziales Netzwerk zu installieren.

23.6.9 Angehörigenarbeit mit angestrebter Kooperation der Bezugspersonen

Absicht ist erforderlichenfalls therapeutisch auf das soziale System zu wirken, Verständnis für die Besonderheiten der Erkrankung des Patienten und Unterstützung für dessen spezifische Situation bei nahestehenden Personen zu erzeugen, dabei den Kontakt präventiv einzusetzen und darüber Krisenentwicklungen rechtzeitig zu erkennen, nötigenfalls zu intervenieren und auf Unterstützung aus dem sozialen Kontext des Patienten rechnen zu können.
Die Ambulanz sollte für diese Interventionen stets erreichbar sein.
Die Etablierung der Kooperation der Bezugspersonen ist auf längere Sicht anzustreben. Dies begünstigt die Möglichkeit, den allgemeinen Informationsstand zum Befinden des Patienten aktuell zu halten. Im Falle einer psychischen Erkrankung des Patienten kann außerdem nötigenfalls auch mit Hilfe der Angehörigen therapeutischer Einfluß auf den Patienten ausgeübt oder auf diesem Wege im Krisenfalle versucht werden, diesen - noch rechtzeitig - dazu zu bewegen, sich in fachlich kompetente Behandlung zu begeben.
Dazu gilt es, diese fachlich zu der bestehenden psychisch / psychiatrischen Erkrankung, deren Hergang, der Symptomatologie, den ersten Krankheitsanzeichen und dem Verlauf zu informieren und dem formalrechtlichen Status des Patienten aufzuklären. Je nach Indikation ist es sinnvoll, nahestehende Bezugspersonen zum therapeutischen Procedere einzubeziehen, in den Behandlungsprozeß einzubinden resp. nötigenfalls zu versuchen, diese selbst einer Behandlung oder supportiven Betreuung zuzuführen.

23.6.10 Herausragende Bedeutung des Elementes der Beziehung und der Beziehungsarbeit

Die Beziehung zwischen Patient und Behandler gestaltete sich als ein elementares Kriterium für die Aufrechterhaltung der Behandlungsbereitschaft, des Kontaktes, die Effektivität der Behandlung, der Prävention und Rückfallverhütung nach Entlassung. Beziehungsarbeit wurde von allen behandlungsorientierten Einrichtungen der deutschen Stichprobe, den österreichischen Institutsambulanzen und Vertretern der tagklinischen Einrichtung explizit als ein, für den forensischen Patienten unabdingbarer, charakteristischerweise dabei oft sehr problematischer, Bestandteil der Therapie gewertet. Alle dahingehend antwortenden Einrichtungen hoben die Wichtigkeit des Aspektes der Beziehung und Beziehungsarbeit in der Behandlung hervor. Alle Schulen betonten deren herausragenden Stellenwert im therapeutischen Kontext. Ihre zentrale behandlungsbezogene Relevanz wurde besonders auch zur Therapie nach § 64 StGB Untergebrachter sowie zur Gruppe der Patienten mit Persönlichkeitsstörungen und Psychosen herausgestellt.

23.6.11 Personale Konstanz und Kontinuität im therapeutischen Kontakt

Gerade das Eingehen und Aufrechterhalten von Beziehungen ist und dies insb. für persönlichkeitsgestörte und v. a. komorbide suchtkranke Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung problematisch. Ein Bruch der Therapiebeziehung sollte vermieden werden. Der übliche Therapeutenwechsel nach einer Entlassung beinhaltet Risiken und wird von den erfahrenen Einrichtungen durchgängig als zusätzlich erschwerender Faktor in der ohnedies sehr vulnerablen Zeit der Überleitungsphase gewertet. Wird ein solcher bei der Entlassung unumgänglich, sollten die Kontakte zum künftigen ambulanten Behandler vorbereitet, hergestellt und möglichst - zumindest anteilig - bereits implementiert werden. Die Modellprojekte und Liaisondienste fanden eine Art Zwischenlösung, indem sie vornehmlich für die labilisierende Zeit der Übergangsphase eine Mittelsperson einführten, einen persönlichen Ansprechpartner für den Patienten (nicht zwingend Therapeut).

23.6.12 Struktur, Klarheit und Transparenz im Kontext der ambulanten Behandlung gegenüber allen beteiligten Personen, Institutionen und Bezügen

Das therapeutische Setting, der Kontakt zum Patienten zu, den in die Behandlung involvierten Personen und Institutionen sollte von Struktur, Klarheit, offenen und transparenten Kommunikationsmustern mit außerdem unbeschönigter Informationsweitergabe beim Patiententransfer determiniert sein. Dies gilt für alle im therapeutischen Umgang mit dem Patienten und damit auch die Bewährungshilfe und Vertreter der Justiz sowie die erforderlichen Kontakte zwischen Therapeuten und Kontrollinstitutionen und ist auch dem Patienten gegenüber zu verdeutlichen.

23.7 Qualitätssichernde und evaluative Methoden

23.7.1 Verfügbarkeit und Sichern personaler Fachkompetenz über fachforensischen Qualifikationsnachweis und Qualifizierungsfunktionen qualifizierter und qualifizierender Dienste

Oft fühlten sich Mitarbeiter dieser problematischen Klientele nicht gewachsen, zeigten nicht nur eine Abwehrhaltung sondern konnten aufgrund fehlender Fachkompetenz solche und insb. komorbide Patienten nicht führen.
Generell ist zu den assoziierten Versorgern / Behandlern, Institutionen zu achten auf fachkundige qualifizierter und qualifizierender Betreuung und Beratung, supportiver Begleitung und Supervision und auf Möglichkeiten zur Qualifizierung, Kompetenzbildung und nötigenfalls Nachqualifizierung des Personals.

23.7.2 Hypothesengeleitetes Procedere mit hintergründig kybernetischem Theoriemodell zur theoriegeleiteten Konzipierung, Entwicklung, Durchführung und Evaluation individueller Therapiepläne

Aus den Bezeichnungen von Therapiekonzepten offenbarten sich von Einrichtungen mit fundierter Ambulanzerfahrung besondere Zugangsweisen, indem mit dem Patienten zusammen vereinbarte, individuell ausgerichtete, strukturierte und nach Schwierigkeitsgrad abgestufte Therapieziele, Zielvorgaben und deren Erfordernis in der Alltagserprobung getestet, an dieser überprüft und ggfls. entsprechend re-definiert wurden: Der Entwicklungsstand und das Gelernte sollen an den realen Erfahrungen des Alltags getestet und, daran gemessen, die Ziele nötigenfalls revidiert und erneut erprobt werden. Ein solches kybernetisches Behandlungsmodell ist unter klinisch therapeutischen wie auch evaluativen Gesichtspunkten sinnvoll und bietet die erforderliche Flexibilität aber auch Strukturvorgabe zur Überprüfbarkeit der Behandlungsinhalte. Vor den hintergründigen Erfordernissen eines emanzipatorischen Behandlungsansatzes wurden wiederholt die Vorteile eines solchen Vorgehens herausgestellt. Die Ziele werden mit dem Patienten gemeinsam vereinbart, überprüft, diskutiert, – neu - definiert und die Erfahrungen zur Alltagsüberprüfung, Selbsteinschätzung und -regulation in die Behandlung eingebracht. Demzufolge empfohlen und von allen Einrichtungen mit fundierterer Ambulanzerfahrung praktiziert wurde ein hintergründig kybernetisches Modell mit hypothesengeleitetem Vorgehen. Das entspr. Procedere der Behandlungsplanung und -evaluation gliedert sich dabei in aufeinander aufbauende Abfolgen: Nach genauer Eingangsdiagnostik und v. a. auch der Analyse der Defizite und Aktiva des Patienten wird zum weiteren Vorgehen daraufhin eine, auf den einzelnen Patienten bezogene, Arbeitshypothese entwickelt zur Genese der Defizite bzw. der relevanten Störung. Deren Berechtigung, die der initialen Hypothesen, ist im weiteren Verlauf der Therapie zu verifizieren oder zu falsifizieren. Erreichbare und meßbare Behandlungsziele werden für den einzelnen Patienten definiert. Aufgrund von Hypothesenbildung und Zielsetzung wird eine therapeutische Interventionsstrategie entwickelt, mit deren Hilfe die Ziele erreicht werden können. Bereits vor Beginn der Therapie wird versucht, den Einfluß von Störvariablen und Hindernissen bei der Erreichung des Zieles zu erfassen, um möglichst früh Lösungsstrategien zu ihrer Bewältigung zu entwickeln. Aus den Analysen zum individuellen Aufbau, den Szenarien und dem Verlauf der Delikte sind die daraus resultierenden Hinweise und Informationen zu dahingehenden Schlüsselreizen, vulnerabilisierenden bzw. problematischen situativen und psychischen Konstellationen, erfaßt und vorab dokumentiert worden. Das Wissen aus diesen Basisdokumentationen ist um die Beobachtungen und Erfahrungen aus der Alltagserprobung zu ergänzen. Im Verlauf der Therapie sind von vornherein bestimmte Entscheidungspunkte festgelegt, an denen der bisherige Therapieverlauf im Sinne einer Qualitätskontrolle evaluiert wird. Aufgrund dieser muß entschieden werden, ob die initiale bzw. letzte Hypothese richtig oder falsch war, sich bei richtiger Hypothese das therapeutische Programm bewährt hat und somit fortgeschrieben werden kann oder ob Programmänderungen erforderlich sind.

Tab. 4: Procedere zur Entscheidungsfindung in Therapieplanung und -gestaltung - hypothesengeleitete Planung und Entwicklung individueller Therapiepläne

Procedere zur Konzeptionalisierung, Planung & Entwicklung individueller Therapiepläne: Hypothesengeleitetes Vorgehen bei hintergründig kybernetischem Theorie-& Behandlungsmodell	
Eingangsdiagnostik	
	aktuelle Statusdiagnostik Erhebung / Dokumentation
Aktueller Befund zum somatoformen/ psychiatrischen/ psychischen Zustand des Patienten ⇓ - mit psychologischer Persönlichkeits- und Leistungsdiagnostik - anamnestischen Daten (neben selbst- auch fremdanamnestische) - Deliktanalyse mit Suche und Dokumentation individueller Auslösereize und Spezifika zu Deliktszenarien - Daten und Informationen aus Verhaltensbeobachtung zum stationären Aufenthalt - Integration der gewonnenen Daten/ Informationen (Datenset) in ein Gesamtbild ⇓	'Kennenlernen des Patienten` Basisdokumentation Datensammlung breit angelegt auf verschiedenen Ebenen und deren Dokumentation
Hypothesengeleitete Planung & Durchführung ambulanter Therapie	Verlaufsdiagnostik Dokumentation / Analyse
Entwicklung therapeutischer Interventionsstrategien	
> Analyse der Aktiva und Defizite des Patienten ⇓	
> Theorie zur Genese der relevanten Störung ⇓	
> Abklärung bisher verfolgter Therapieinhalte ⇓	
> erste Benennung erreichbarer und meßbarer Behandlungsziele (Hypothese) ⇓	
> Charakterisierung von Störvariablen (Rekrutierung, Analyse, Definition) ⇓	
Evaluation der Behandlungseinheiten und Fortführung des Therapieverlaufs	
> Festlegung und Benennung konkreter Therapieziele und -methoden (mit Patienten) ⇓	
> Bestimmung von Entscheidungspunkten (zusammen mit Patienten) ⇓	
> Durchführung der Therapie ⇓	⇒⇒⇒ ⇓
> Bewährung der therapeutischen Strategie im Alltag ⇓	⇒⇒⇒ ⇓
> Verifizierung / Falsifizierung als Moment zur Qualitätssicherung: - alltagsbezogene Überprüfung der erreichten versus den vorgegebenen Therapiezielen - evtl. Korrektur der vorgegebenen Ziele (i. S. einer Rückkopplungsschleife) ⇐⇐⇐⇐⇐⇐ + Programmänderung ⇐⇐⇐⇐⇐⇐⇐⇐⇐⇐⇐⇐⇐⇐⇐⇐⇐⇐⇐⇐⇐⇐⇐⇐ nötigenfalls: - Re- Definition bzw. Benennung von Therapiezielen und – methoden (mit Patienten) ⇓ - Korrektur der therapeutischen Interventionsstrategie ⇒⇒⇒⇒⇒⇒⇒⇒⇒⇒⇒⇓	Modus Akzeptanz ⇒ Fortschreibung ⇐⇐bedingte Bestätigung ⇐⇐⇐ völlige Ablehnung ⇐⇐⇐⇐Programmänderung ⇒⇒⇒ ⇓ ⇓

Bezugsgruppe: n_e=14 forensische Einrichtungen mit Erfahrungen und guter Organisation zur ambulanten Therapie und Versorgung forensisch-psychiatrischer Patienten. n_a=218 ambulanten Patienten und n_s = 1744 stationären MRVZ- Patienten.

23.7.3 Kritischer Übergang nach der - bedingten - Entlassung als besonders vulnerabler, labilisierender und krisengefährdeter Zeitraum - sensible Handhabung und Gestaltung

Dem Übergangsraum von der stationären zur ambulanten Behandlung mit abgestuften Entlassungsschritten wurde zentrale Bedeutung beigemessen. Er wurde als kritischste Phase des Rehabilitationsvorganges gewertet (alle Einrichtungen mit ambulantem Therapieangebot). Als vulnerabler und sensibler Zeitabschnitt ist diese Phase frühzeitig einzuleiten, rechtzeitig und sorgfältig vorzubereiten, gut zu planen, individuell auszurichten und sollte in entsprechenden Rehabilitationsphasen eingeteilt im Anforderungsniveau abgestuft, auf das individuelle Leistungsprofil ausgerichtet und kleinschrittig verlaufen. Er sollte bereits im Kontext der ersten Außenorientierung des Patienten und erfahrungsgemäß etwa ein Jahr vor der abzusehenden -bedingten- Entlassung aus dem MRVZ geplant und keinesfalls vor sechs Monaten nach der Entlassung beendet werden.

23.7.4 Gut vorbereiteter Empfangsraum, Vorliegen stabiler Umweltfaktoren und abgeklärter sozialer Bezüge als protektive Größen

Die externen Bezüge sollten gut vorbereitet sein. Ein stabiles Entlaßumfeld galt als wesentlicher Indikator für einen günstigen Verlauf ambulanter Behandlungsmaßnahmen und ein gut vorbereiteter sozialer, günstigenfalls beruflich und besonders versorgungstechnisch abgesicherter, Empfangsraum bei allen Einrichtungen sozial- und legalprognostisch als günstiger Indikator.

Die ambulanzerfahrenen Einrichtungen (12 der o. g. deutschen Stichprobe und darunter v. a. die Ambulanzen der gemeindenahen Modellprojekte und außerdem weitere 6 der gesamten deutschen Erhebung und 4 österreichische Institutsambulanzen) hatten einen direkten Bezug hergestellt zum Erfolg der Therapie und einer günstigen strafrechtlichen Prognose, wenn soziale, private und berufsbezogene Strukturen gegeben waren.
Sie betonten die Bedeutung des sozialen Empfangsraumes, ihre Erfahrungen zur generell krisenprotektiven und rückfallpräventiven Funktion stabiler Umweltfaktoren des – geplanten – Entlaßumfeldes und die Gegebenheiten zum Entlaßumfeld entsprechend zu entwickeln resp. diese im Hinblick auf Stabilität, Belastbarkeit, Defizite und Ressourcen in ihrer Konstellation hin zu überprüfen.

23.7.5 Vernetzung von Angebot und Versorgern, abgestimmte Kooperationen, geregelter Informationsaustausch aller wesentlich an der Behandlung Beteiligten und Installation dahingehender Regularien

Einheitlich (alle Kliniken mit ambulanten Behandlungsfällen) wurde im Hinblick auf eine effektive und adäquate Behandlungsführung die Bedeutung einer fundierten, möglichst geregelten Kooperation und eines gesicherten Informationsaustausches aller, an der Behandlung wesentlich Beteiligten, u. a. der Bewährungshilfe, der Führungsaufsicht, des Sozialdienstes, den komplementären Diensten, niedergelassenen Therapeuten und der Justiz hervorgehoben. Neben anderen Formierungen kann dies z.B. in Form regelmäßig stattfindender Teamsitzungen oder durch sog. Helferkonferenzen erfolgen. In Verbindung mit guten sozialen Einbindungen und Kontakten wurden solchen Maßnahmen wesentliche präventive Funktionen im Allgemeinen und insb. in der angemessenen Begegnung mit krisenhaften Entwicklungen zugeschrieben.

23.7.6 Integratives Über- und Ineinandergreifen des stationären und ambulanten Behandlungsansatzes

Die Erfahrungswerte der ambulant behandelnden Einrichtungen hatten ergeben, daß die Mitwirkung der Forensischen Ambulanz bereits bei der Vorbereitung des Übergangs vom stationären zum ambulanten Bereich im Hinblick auf den weiteren Verlauf der ambulanten Behandlung von Wichtigkeit ist.

23.7.7 Differenzierter Zugang und diverse Ansätze zum Problem der oft erheblichen Distanzen resp. der Heimatnähe und –ferne zur ambulant nach- behandelnden Institution

- Problem der Erreichbarkeit der Therapieeinrichtung und Distanzen zwischen Entlaß- bzw. Wohn-Ort des Patienten und der Betreuung

Alle zentralisierten und dazu die Hälfte aller erfragten deutschen Einrichtungen problematisierten eine gute Erreichbarkeit der Therapieeinrichtung, defizitäre Infrastrukturen und zu große Distanzen. *(Moringen:* 45 % der zu betreuenden entlassenen Patienten wohnen in mehr als 20 km Distanz zur Einrichtung, *Düren:* Versorgungsdistanzen von nötigenfalls auch 150 km). Davon betroffen war auch im Besonderen die Versorgung suchtmittelabhängiger Patienten. Das Problem der oft erheblichen Distanzen von Therapie- und Wohnort des entlassenen Patienten war unter therapierelevanten Gesichtspunkten aber außerdem auch in anderen Zusammenhängen der Untersuchung (u. a. zu Fragen der Akzeptanz, Indikation, Ist versus Soll-Bedarf) wiederholt seitens der befragten und v. a. von den zentralen Einrichtungen herausgestellt worden. Eine zu große Distanz wurde häufig (in der initialen Erhebung von 9 der sich dazu äußernden 12 deutschen Kliniken) als hinderlicher Faktor hervorgehoben, wenn es darum ging, den Patienten während der Erprobungs- bzw. Überleitungs- und Eingliederungsphase angemessen zu betreuen, für rechtzeitige Kriseninterventionen und Anbindung an die dortigen Versorgungsstrukturen. Neben den förderlichen Gesichtspunkten der Entlassung in eine heimatnahe Region waren auch deren Risiken im Hinblick auf die Gefährdung einer positiven legalen und sozialen Rehabilitation hervorgehoben worden. Die oft beträchtlichen Distanzen zum Wohnort des Patienten bedeuten einen erheblichen Belastungsfaktor, wenn der Patient regelmäßig zur Behandlung erscheinen soll. Neben Zeit- und Kostenaspekten ergeben sich Erschwernisse durch lange regelmäßige Anfahrtswege zum Ort der Behandlung und damit zum Anpassen von Arbeitszeiten und anderen Verpflichtungen und dies oft auch zu Lasten der Termine des Rehabilitationsplanes. Die große Distanz zum Entlassungsraum kann die Ambulanzarbeit per se erheblich belasten. Erschwernisse ergaben sich immer dann, wenn Präsenz des Ambulanzteams gefragt ist, wie u. a. bei Vorbereitungen des Entlassraumes und der ersten Zeit der Eingewöhnung, bei akuten Krisen, chronischen Belastungen (Erkrankung des Patienten), wenn die Ambulanzmitarbeiter den Patienten zur dringenden Intervention aufsuchen. Dieser Faktor bildet demnach eine ernst zu nehmende Problematik in Bezug auf die Realisierung eines ambulanten Behandlungskonzeptes. Aus den Befunden der Untersuchungen (mit Daten aus der vorliegenden Stichtagserhebung von 14 Einrichtungen) war allerdings der Umstand der Heimatnähe resp. -ferne in keinem Fall als Grund für einen Therapieabbruch genannt worden. Denkbar scheint, daß solche Patienten, für die dies einen wesentlichen Hindernisgrund dargestellt hätte, dann nicht als Kandidaten für ambulante Behandlung ausgewählt wurden.

- **Diverse Lösungsansätze zur Überwindung des Problems der oft erheblichen räumlichen Distanzen**

Zum Problem entlassene Patienten in – entfernteren Regionen und oft erheblichen räumlichen Distanzen - ambulant nachbetreuen zu müssen, hatten zwei der Modelleinrichtungen Lösungsansätze entwickelt, nachdem sie in ihrem Ansatz einer gemeindenahen Versorgung explizit auch das Prinzip der heimatnahen Region als vornehmste Entlaßregion zu berücksichtigen hatten. Unter dem Primat zum Einsatz qualifizierender und qualifizierter Dienste wurden dazu Konzepte entwickelt und zwar zum einen das, der mobilen Ambulanz mit qualifizierenden Diensten *(Düren)* und zum anderen das, qualifizierter Teams *(Lippstadt-Eickelborn)* mit, für entferntere Außenregionen der Einzugsgebiete, über Satellitenfunktionen und / oder Dependancen mit, zu etablierenden und untereinander vernetzten, kleineren Außenstationen mit der Ambulanz bzw. forensischen Klinik als ´Zentrale`. Wobei die Ambulanzexperten zu vereinbarten Terminen, zu regelmäßigen Sprechstunden und Supervisionen, fachspezifische Beratung sowie nötigenfalls zu Kriseninterventionen vor Ort anreisten, allgemein unterstützend wirkten, das Konzept einer ressourcenorientierten Vernetzung der Region verfolgten und an Mitarbeiter diese konzeptionellen Ansätze weitergaben. Längerfristiges Ziel dabei war die maximal mögliche Verselbständigung der forensischen Außenstellen zu Aufgabenbereichen der ambulanten Behandlung.

- **Geringe Wartezeiten**

In diesem Kontext gefordert wurden auch minimale Wartezeiten für einen adäquaten störungsspezifisch ausgerichteten Therapieplatz.

- **Patientengerechte Terminierung**

Lösungsmodelle patientenorientierter Terminierung implizieren für den Patienten günstige, gut wahrnehmbare, Therapiezeiten mit mglst. wenig Konkurrenz zu dessen Berufstätigkeit, mit terminlichen Flexibilitäten auch seitens der Behandler. Entsprechende Maßnahmen dazu sind: aktives Nachfragen, mehrfaches Anbieten neuer Termine, patienten- resp. arbeitnehmergünstige Therapiezeiten, die den Anfahrtsweg berücksichtigen und keine allzu problematischen Erschwernisse zur Arbeitszeit konstruieren, wie Abend- und z. B. auch Wochenendtermine, größere Einheiten und Abstände und zur Absicherung der Zwischenzeit evtl. Auflage mit festem Telefontermin (wobei der Therapeut ggfls. selbst zurückruft), Zusammenarbeit mit dem ortsansässigen behandelnden Arzt bei Installation regelmäßige Zwischentermine zur Kontrolle des Befindens, sowie nötigenfalls aktive Interventionen seiten des Therapeuten mit angemeldeten und ggfls. auch unangemeldeten Haus- und Arbeitsplatzbesuchen; nicht eingehaltene Termine sollten umgehend - auch telefonisch - nachgefragt werden.

23.8 Therapeutische Vorgehensweisen und Anforderungen zu Beginn ambulanter Behandlungsführung und Schritte im Zuge der -bedingten- Entlassung

23.8.1 Übergangsraum intramuraler zu extramuraler Behandlung

Tab.5: **Entlaßschritte und konkrete therapeutische Erfordernisse zu Beginn ambulanter Behandlungsführung**
Identifikation eines geeigneten Entlassungsraumes - arm an exogenen Delinquenzfaktoren - gut vorbereitet als sozialer Empfangsraum - mit möglichst bereits abgesichertem Arbeitsplatz und Wohnraum
Konsensbildung mit Patienten zu dessen Entlassungsumfeld
Erzeugung von Akzeptanz im Entlassungsraum
Aufklärungsarbeit *gegenüber:* - Mitarbeitern sozialer und/oder komplementärer Dienste, - relevante niedergelassene Ärzten / Therapeuten als Ansprechpartner - Gespräche mit Angehörigen, Bezugspersonen, Arbeitgebern, Vertretern sozialer Einrichtungen - Öffentlichkeitsarbeit
Erprobung des Entlassungsraumes unter kontrollierten Bedingungen mit Möglichkeit zur Rückstufung resp. Klinikaufenthalt (Regeneration; Krisenintervention) und erneutem Erprobungsversuch auf einem niedrigeren Niveau
Langzeitbeurlaubung
Stufenweise Erprobung des Entlaßraumes unter znehmend anspruchsvolleren Alltagsbezügen und verschieden situativen und sozialen Kontexten
Bedingte Entlassung mit Auflage zur ambulanten Behandlung resp. qualifizierter Nachbetreuung
Verhaltensbeobachtung und -erprobung - unter kontrollierten Bedingungen und zunehmenden Lockerungen bei günstiger Entwicklung - Intensivierung des therapeutischen Kontaktes und der therapeutischen Beziehung
Sicherstellen einer zureichenden Lebensqualität für Patienten sujektive Zufriedenheit des Patienten mit seiner extramuralen Lebenssituation: Wohnverhältnissen, Lebensunterhalt, soziale Bezüge, berufliche Situation

Tab.5: **Entlaßschritte und konkrete therapeutische Erfordernisse zu Beginn ambulanter Behandlungsführung**
Sicherstellen der medizinischen/ psychiatrischen und/oder psycho- therapeutischen Betreuung
Sicherstellung eines geregelten Informationstransfers aller an der Behandlung Beteiligten
Vermittlung der Haltung einer gewissen Fürsorge gegenüber Patienten durch Ambulanz
Sicherstellen und Präsenz der Ambulanz zu Kriseninterventionen
Contract-Management - Vereinbarungen von Kontrakten u. a.: - Therapieregelungen, Terminvereinbarung, - Krisenmanagement; - Relapse prevention, - Abstinenzregelung, - Funktionale Kompliance (auch medikamentöse sofern indiziert), - Aufklärung / Information des Patienten generell und - zu krankheitsbedingten Entwicklungen, prädeliktischen, suchtnahen Verhaltensformen - Verbindliche Kontrakte/ Vereinbarungen und Zusicherung zur Mitteilung entspr. Entwicklungen

Bezugsgruppe: 17 Einrichtungen mit n_s=1789 und n_a=220 ambulanten forensischen Patienten

23.8.2 Initiale therapeutische Prämissen / Erfordernisse zum Anfangsstadium ambulanter Behandlungsführung

Tab. 6: Initiale therapeutische Prämissen zum Beginn einer ambulanten Therapie
Aufklärung des Patienten (vgl. Qualitätssicherung a. a. O.)
Akzeptanz der Ambulanzarbeit
Basisdokumentation - **Informationsübergabe und Abklärung der Versorgungs- und Nachsorgesituation in letzter Anhörung** **Umfassende medizinisch / psychologische Statusdiagnostik** **Zum aktuellen Zustand des Patienten zum Überleitungszeitpunkt** Übergabe- und Informationsgespräche mit dem letztbehandelnden Therapeuten und vor – bedingter - Entlassung Übergabe und informative Abklärungen in "Round-Table"-Gespräch (ggfls. bei Gericht) Anwesende: Patient und in die Behandlung Involvierte / Versorger (Vertreter der Ambulanz, Justiz, letzt-, neu-, weiterbehandelnde Therapeuten, Bewährungshilfe/ Führungsaufsicht, Sozialpädagogen und/oder nachsorgende soziale Dienste) Ziele: Informationsaustausch und Planung nächster Therapieeinheiten und des weiterführenden Procedere
Kennenlernen des Patienten durch Ambulanzmitarbeiter - Frühzeitige Kontakte mit Bezugstherapeuten - Verfestigung der Kooperation während Vermittlung des Patienten
Primäre Therapieziele und –inhalte zu diesem Zeitraum: - Therapeutisches Arbeitsbündnis: Fundieren; Therapieinhalt: Beziehungsarbeit - Sicherstellen der funktionalen Kompliance - reale Selbsteinschätzung - Alltagsstrukturierung und Alltagsbewältigung - Entwicklung sozialer Kompetenzen und adäquater Konflikt- und Problemlösungen - Verselbständigung i. S. e. emanzipatorischen Ansatzes

Berücksichtigung der potentiellen Gefahr von Labilisierung oder Überforderung durch:
- zu viele oder zu hohe Anforderungen zur gleichen Zeit
- zu massive Konfrontationen durch
  - alltagsbezogene interpersonale Belastungs- bzw. Anforderungssituationen
  - und / oder drastische Änderungen von Lebensbedingungen
  - in mglw. mehreren Bereichen zugleich
  - Desillusionierung, Frustrationen (massive)
  - Konfrontation mit erheblichen materiellen und / oder sozialen Problemen

Bereithaltung von Ressourcen für Kriseninterventionen
Bereitschaft falls erforderlich zu: - aktiven Interventionen - nötigenfalls direkt intervenierende, - nachgehenden resp. aufsuchende Maßnahmen, Hausbesuchen (auch unangeforderte), Telefonate etc.
Generell Berücksichtigung und therapeutische Einbindung: - Berücksichtigung sozialer Bezüge und komplexer Gefüge unter auch systemischen Zusammenhängen - Supportive Interventionen - Angehörigenarbeit: Entwickeln / Halten von Kontakt, fachgerechter Information, edukativer / therap. Einbindung
Entlassungserprobung: mit den Möglichkeiten - der Rückkehr entweder auf eine niedrige Stufe, - einer erneuten Erprobung - zur zugesicherten Krisenintervention

Tab. 6: Initiale therapeutische Prämissen zum Beginn einer ambulanten Therapie
- im ernsten Krisenfalle zur Rückkehr in die psychiatrische Klinik / mit nötigenfalls stationärem Aufenthalt
Reality-Testing:
- Therapieplanung zusammen mit Patienten - Definition und Festlegung primärer Ziele und deren Überprüfung in der Alltagserprobung
Wahrung personaler Konstanz der Betreuungsperson
Patientenvereinbarungen zu Regelungen des therapeutischen Kontaktes und weiteren Procedere
- Terminvereinbarungen (möglichst patientenorientiert) - Transparenz und Struktur im Behandlungskonzept und therapeutischen Kontakt - Kontrakte u. a.: - Abstinenzgebot - Verpflichtung zur Mitteilung: - prädeliktischer resp. prädormaler Symptome, - selbst und fremdgefährdender Impulse / suizidaler Gedanken - Gegenseitige Vereinbarungen bzgl. der bedingten Schweigepflichtsentbindung - Regelung zur erforderlichen Weitergabe der Teilnahmebestätigung an das Gericht - Transparenz und Absprachen mit Patienten bzgl. der Rahmeninformationen und der, zu seiner Entwicklung und dem Therapieverlauf an die Strafvollstreckungskammer

Bezugsgruppe: 14 forensische Einrichtungen mit n_a=257 ambulanten forensischen Patienten rekrutiert über Kliniken mit Erfahrung und guter Organisation zu einem ambulanten Versorgungsansatz forensisch-psychiatrischer Patienten.

24 Krisensituationen und Rückfallgeschehnisse - Aufkommen, adäquater Umgang, Charakteristika, Bedingungsfaktoren, Verläufe - Ergebnisse und Aspekte zu Rückfallaufkommen und –geschehen

24.1 Stichprobe und Besonderheiten zum Erhebungsmodus

Zum Aufkommen von und adäquaten Umgang mit Krisensituationen und Rückfallgeschehnissen konnten Erfahrungswerte zu insg. 18 Einrichtungen über den qualitativen Erfassungsmodus rekrutiert werden. Dabei wurden über 10 Einrichtungen mit n_s=1329 stationären und n_a=198 ambulanten Patienten direkt themenbezogene Antworten und außerdem durch relevante Angaben über anderweitige Fragestellungen zu weiteren 8 Einrichtungen zusätzliche Informationen eingebracht. Eigens initiierte Detailanalysen vermittelten und dies primär über einen v. a. qualitativen Erhebungsmodus, zentrale Informationen zu krisenhaften Entwicklungen, rückfallbezogenen Geschehnissen und v. a. auch zu, als präventiv, krisen- und rückfallprophylaktisch erfahrenen Modi und Bewältigungsstrategien zum akuten Krisengeschehen und -management, Rückfallaufkommen und –geschehen

24.2 Zentrale Faktoren und charakteristische Momente, Management, Aufkommen, Bewältigung krisenhafter Entwicklungen im Kontext der ambulanten Behandlung psychisch kranker Straftäter

24.2.1 Stichprobe

12 der Einrichtungen mit Erfahrung in ambulanter Therapie psychisch kranker Straftäter mit n_s=1535 stationären und n_a=232 ambulanten Patienten konstatierten im Zusammenhang mit krisenhaften Entwicklungen das Versagen ambulanter kriminalpräventiver Hilfen. Übergreifend ließen sich folgende charakteristische Momente feststellen:

24.2.2 Befunde - Aufkommen, Charakteristika, adäquater Umgang, Bewältigen von Krisensituationen

Zum Aufkommen, adäquaten Umgang und Bewältigen von Krisensituationen ergaben sich über den qualitativen Erhebungsmodus und primär die Erfahrungen der vier gemeindenah ausgerichteten deutschen Ambulanzprojekte folgende zentrale und deskriptiv vermittelte und vermittelbare Charakteristika [7]: Zur vulnerablen Phase der Übergangszeit offenbarten sich krisenhafte Momente mit folgenden Gemeinsamkeiten zu Aufkommen und Entwicklung von Krisen, Krisenverläufen und Krisenmanagement im Verlauf der ambulanten Behandlung.
Krisenmanagement ist ein wesentlicher Bestandteil der Ambulanzarbeit. Ihm maßen alle Einrichtungen mit Ambulanzerfahrung zentrale Bedeutung zu.
Zum Aufkommen, adäquaten Umgang und Bewältigen von Krisensituationen konnten bestimmte Charakteristika erschlossen werden, die v. a. über qualitative und deskriptiv vermittelte Angaben ermittelt wurden.

24.2.2.1 Kriseninduzierende Faktoren der vulnerablen Übergangszeit – Aufkommen, Charakteristika

Tab. 7: Charakteristische Momente krisenhafter Entwicklungen

Charakteristische Momente krisenhafter Entwicklungen *	Nennung (n)*	Einrichtung (n)*
Interpersonale Konflikte		12
Individualspezifische Konflikte in nahen interpersonalen, v. a. partnerschaftlichen Beziehungs-Konstellationen als häufig zentrale Krisenauslöser - selbst für ansonsten stabile Patienten	12	
Überforderung		12
> zu viele Anforderungen zur gleichen Zeit	08	
> Konfrontation mit konfliktogenen Forderungen aus ´Altlasten`:	06+	
- aus vormalig unaufgearbeiteten Beziehungsstrukturen		
- sonstigen ausstehenden Verpflichtungen		
- Verschuldung/ erhebliche materielle Probleme		
- Kulmination sonstiger alltagsbezogener Anforderungen (Wohnen, Arbeit etc.)	04+	
Wahrnehmungsfehler zur Zustandsverschlechterung *aufgrund:*		12
> nicht identifizierbare Zustandsverschlechterungen mangels äußerlich erkennbarer Indikatoren	12	
> nicht erkennbare krankheitsimmanente Dissimulation der Symptomatik (s.u.) bzw. den Anzeichen einer Exazerbation		
Störungsspezifische Symptomatik		08
> Suizidalität	04	
> krankheitsbedingte Dissimulation (s.o.)	04	
Unzureichend fachlicher Kenntnisstand / defizitäres Fachwissen		
> daher nicht rechtzeitig erkannte resp.		11
> in Ausmaß/ Schwere verkannte krisenhafte Entwicklungen/ Zustandsverschlechterungen s*eitens:*		11
- der Bewährungshilfe/ der Führungsaufsicht/ des zuständigen Sozialarbeiters	06	

[7] Neben entspr. Stellungnahmen der eigenen Untersuchung.

Charakteristische Momente krisenhafter Entwicklungen *	Nennung (n)*	Einrichtung (n)*
- des Arbeitgebers und anderer professionaler Bezugspersonen	01	
- des zuständigen Therapeuten	04	
Noncompliance der Angehörigen / Bezugspersonen *durch:*		12
> Mängel im Kontakt resp. auf der Beziehungsebene / in der Beziehung zu Angehörigen	06	
> Beschönigung des Zustandsbildes durch Angehörige	12	
> Informationsdefizite der Bezugspersonen zu	04	
- krankheitsbedingten psychischen Prozessen und - indizierten Behandlungsformen		
> destruktive- Eigendynamik sozialer Beziehungsmuster	04	
> Unterminieren der Behandlungsführung durch bspw. unkooperative nicht kompliante resp. co-erkrankte Angehörige	09	
Medizinisch/ therapeutische und funktionale Noncompliance	12	12
- Verweigerung der Medikamenteneinnahme	12	
- verdeckter Drogen-/ Alkoholmißbrauch	12	
- Mangel im adäquaten Ausdruck des eigenen Befindens (diverse Ursachen)	12	
- Verheimlichung von Substanzmißbrauch oder Nichteinnahme von Medikamenten	12	
- Nichteinhaltung ärztlicher / psychotherapeutischer Behandlungstermine	12	
Koordinationsmängel und Fehlleistungen der Kontrollinstanzen		07
- fehlende Kontrolle auf sozialer oder ärztlicher Ebene bei psychotischen Patienten [8]	07	
Beziehungsunfähigkeit und/ oder emotionale Defizite des Patienten		04
Krisen in der psycho- therapeutischen Beziehung		04
Labilisierende Momente/ Krisen in der psychotherapeutischen Beziehung *begründet in:*	04	
- sozio- / psycho- dynamischen Aspekte bspw. reaktivierte Beziehungsproblematiken	04	
- gravierenden Problemen der Patienten, die Beziehung zum Therapeuten zu halten	04	
Soziale Bezüge und Strukturen		07
- dissoziale Umwelteinflüsse	04	
- fehlende Kontrolle auf sozialer oder medizinischer Ebene bei psychotischen Patienten	07	
- pathologisierende Bezüge	04 *	
Externe strukturelle Determinanten		04
- reguläres Ende der Bewährungs-/ Führungsaufsichtszeit/ bedingten Entlassung	02	
- vorzeitige Beendigung der Unterbringung durch Interventionen des juristischen Vertreters	02	
Weitere als potentiell probleminduzierend diskutierte, seitens der Einrichtungen jedoch nicht deklarierte Faktoren		
- kognitive Defizite des Patienten	00	
- Heimatferne	00	
Gesamtzahl / Nennungen	*218* *	

* *Mehrfachnennungen waren möglich gewesen*
Bezug: 12 Einrichtungen mit Erfahrung in ambulanter Therapie psychisch kranker Straftäter mit n_s=1535 stationären und n_a=232 ambulanten Patienten

24.2.2.2 Übereinstimmungen an Charakteristika zu Krisenverläufen basierend auf den katamnestischen Befunden eines der gemeindenahen Modellprojekte

Basierend auf und herausgeleitet aus einer, zur Projektphase initiierten, Verlaufsdokumentation zum Aufkommen und der Entwicklung von Krisen im Prozeß der ambulanten Behandlung dokumentierte und analysierte eine Modelleinrichtung *(Lippstadt Eickelborn)* ambulante Behandlungsverläufe mit, von krisenhaften Entwicklungen geprägten, Abschnitten und zwar seit Bestand der Ambulanz 10 bis zum Stichtag der initialen Erhebung und der Beendigung der Projektphase und 30 über einen Zeitraum von 4 Jahren bis Ende 1998: Nach zzgl. geschalteter genauer Analyse dieser Verläufe ergab sich:

- Von den untersuchten ambulanten Patienten hatten zum ersten Zeitpunkt 60 % und zum zweiten 75 % krisenhafte Entwicklungen zu bewältigen, die Mehrzahl davon sehr dicht nach dem ersten Schritt in reale Lebensumstände nach einer Langzeitunterbringung und innerhalb eines relativ kurzen Zeitraumes von 2 bis 6 Monaten nach Verlassen der Klinik.
- Für das Überwinden der Krisen ohne neuerliche erhebliche Gefährdungen kamen den *Informations- und Kooperationsstrukturen des Netzwerkes* eine entscheidende Rolle zu.
- Nahezu allen erfaßten *Krisen vorausgegangen* waren Belastungen und Konflikte *auf der Ebene persönlicher Beziehungen* zu Angehörigen oder anderen nahen Bezugspersonen

(N. Befunden zur vorliegenden Erhebung und auf Nachfrage detaillierte Erklärung zur methodischen Datenerfassung lt. Bargfrede, vorm. Projektkoordinator Lippstadt Eickelborn, 05.05.1995, 07.10.95, 03.05. und 11.10.1997).

[8] Enge Kontrolle sowohl der sozialen als auch medizinischen Bezüge ist bei medikamentös eingestellten psychotischen Pat. unabdingbar.

24.2.2.3 Krisenhafte Entwicklungen begünstigende Faktoren

Die im Folgenden aufgeführten Kriterien waren in der Gesamtheit ihrer Merkmale, in diesem Profil zum einen zwar explizit von den Institutsambulanzen *Gießen* und *Wien* und in den schwerpunktmäßigen Aussageninhalten auch zu den deutschen gemeindenahen Modellambulanzen ausgewiesen und Erfahrungen zum Umgang mit Krisensituationen so anteilig auch von anderen ambulanten Institutionen thematisiert worden. In der Gesamtschau wurden über die deskriptive Ebene und ohne quantitativ zu bemessende Angaben anteilig folgende Momente als konstellative Bedingungsfaktoren dafür angegeben, wenn ambulante kriminalpräventive Hilfen versagt hatten: Krisenhafte Entwicklungen wurden häufig in der Nichtbeachtung einzelner oder mehrerer dieser Faktoren begründet, wenn:

- eine Zustandsverschlechterung mangels äußerlich erkennbarer Indikatoren nicht wahrgenommen oder rechtzeitig identifiziert werden konnte,
- persönlichkeitsgestörte Patienten wegen fehlender Offenheit Einblicke in das aktuelle Gefühlsleben nicht gestattet hatten,
- negative Befindlichkeitsveränderungen und dabei auch Substanzmißbrauch des Patienten nicht nur von diesem selbst sondern auch den Bezugspersonen verheimlicht worden waren,
- der therapeutisch als wichtig erkannte Zugang zu dem Patienten nahestehenden Personen gestört war.

Vor dem Hintergrund bisheriger Erfahrungen wurde die Beachtung folgender Faktoren für unabdingbar gehalten, um krisenhaften Entwicklungen adäquat begegnen zu können:

- Die vorherige, sehr gewissenhafte Prüfung des sozialen, materiellen und beruflichen Entlassungsumfeldes als zentrales Bedingungsmoment und zwingende Vorabbedingung für eine definitive Entlassung,
- eine enge Kontrolle auf der sozialen Ebene und zur Einhaltung ärztlicher Termine bei medikamentös eingestellten psychotischen Patienten,
- eine gute Zusammenarbeit mit Institutionen und der Strafvollstreckungskammer generell und insb. zum Krisenfalle.

Als weitere Kriterien in der Begegnung krisenhafter Entwicklungen und zur De-Eskalation von Gefahrenmomenten wurden genannt:

- Die Qualität des Kontaktes zu den involvierten Behörden. Diese bildete sich v. a. ab zu schwierigen situativen Momenten, bspw., wenn ein Widerruf einzuleiten war und es sich ungut auswirkte, daß behördliche Reaktionen in diesen Situationen vorschnell, unsensibel oder ohne Absprache erfolgt waren.
- Nachbehandlung sollte in Krisenzeiten und in der kritischen Phase des Einlebens in einer Hand bleiben.
- Es hat sich unter rehabilitativen und therapeutischen Aspekten als hinderlich erwiesen, daß rechtliche Gründe es oft nicht möglich machten, Ambulanzpatienten nach bedingter Entlassung zur Krisenintervention ´auf freiwilliger Basis` kurzzeitig wieder in die Herkunftsklinik aufzunehmen. In diesem Kontext ist die Zusicherung von Krisenbetten sicherzustellen (z.B.: Institutsambulanz *Haina*: Ausgliederung von 1-2 Betten der offenen Station *Gießen* und deren Ausweisung als ´Krisenbetten`).
- Vor dem Hintergrund der bestehenden Erfahrungswerte fanden sich weiterführende Überlegungen im Hinblick auf erforderliche Erweiterungen des bisherigen Therapieangebotes wie seitens der Institutsambulanz *Gießen* zur Form einer Tagklinik.

24.2.2.4 Übereinstimmungen zu als präventiv wirksam eingestufte Faktoren

Im Hinblick auf potentielle Rückfallgeschehnisse wurden dem Erfahrungswissen von 12 der Ambulanzarbeit erfahrenen Einrichtungen zufolge bestimmte Faktoren als präventiv wirksam eingestuft und der kriminalpräventive Erfolg der Ambulanzarbeit über den Bestand und das Zusammenwirken folgender Komponenten erklärt:

- Eine adäquate durchlaufene stationäre Heilbehandlung mit einem multi-methodal angelegten Setting,
- frühzeitige und kontinuierliche Integration in den ambulanten Behandlungsplan und darüber Etablierung und programmatische Bestärkung der Überleitung,
- gesicherter Bestand an forensisch-psychiatrisch qualifiziertem Personal mit darüber angemessener Begegnung der ´multi-problem`-Klientele,
- Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der Beziehung zum Patienten allgemein,
- Einsatz patientennachgehender, im Einzelfall aufsuchender, therapeutischer Maßnahmen als spezielle Zugangsformen bei Gefährdung des Kontaktes /der Beziehung zum Patienten und konträrer Bestrebungen seinerseits,
- eine enge Kooperation mit Bewährungshilfe, mit Vertretern der Justiz und den Therapeuten der Klinik,
- Bewußtsein des Patienten um potentiellen Informationsaustausch dieser Institutionen und darüber auch kontrollierende Funktionen.

Weitere protektiv wirksame Faktoren im Hinblick auf einen positiven rehabilitativen Verlauf nach Entlassung bilden

- Kompliance zur medikamentösen Behandlungsführung sowie
- behandlungsförderliche Qualität sozialer Beziehungsmomente und Umweltbezüge des Patienten,
- die Betrachtung Krisen induzierender/ damit einhergehender Wirkfaktoren in deren komplexen Bezügen
- Erfahrungen zum Kontext der ambulanten Behandlungsführung, Verhaltenserprobung und -beobachtung zu alltagsbezogenen situativen Momenten mit einem damit einhergehenden erheblichen Zuwachs an Wissen zu Persönlichkeit, Verhalten, Kognitionen, Emotionen, Defiziten und andernteils auch Ressourcen des Patienten sowie
- überhaupt die Bereitschaft der Ambulanz zu Supervisionen, Beratungen und sonstigen professionalen Hilfestellungen hinsichtlich der Betreuung des Übernahmepatienten mit v. a. auch positiven Auswirkungen auf den Kontakt mit komplementären Einrichtungen.

24.3 Weitere behandlungsbezogene Vorgaben und Vorgehensweisen rückfallprophylaktischer Strategien, Kriterien (Effektivitätsmerkmale) und als bewährt erfahrener Maßnahmen zur Prävention und Reduktion krisenhafter Entwicklungen

Es konnten sich diverse rückfallprophylaktische Strategien erschließen lassen und als solche bewähren:

24.3.1 Stichprobe

Zu rückfallbezogenen und legalprognostischen Entwicklungen und Perspektiven für Therapieabbrechern gegenüber Beendern konnten aus diversen Kontexten der Erhebungen von insg. 12 Einrichtungen mit zusammen n_s=1535 stationären und n_a=232 ambulanten Patienten entscheidende Kriterien dahingehende Angaben über offene und daher nicht an Vorgaben gebundene Fragen zusammengetragen werden: Alle rekrutierten Einrichtungen (davon 4 gemeindenahe Modelle) verfügten über ein gut organisiertes ambulantes Versorgungsangebot:

24.3.2 Befunde

> **Übergangszeit intra- zu extramuraler Behandlung als per se krisen- und rückfallgefährdeter, vulnerabler und labilisierender Zeitraum**

Die Übergangszeit von der intramuralen resp. dem stationären Bereich zur extramuralen Behandlung wurde durchgängig als ein extrem vulnerabler Zeitraum eingeordnet: Als per se ´vulnerabel` bezeichneten o. g. 18 der Einrichtungen den Zeitraum zwischen 6 Monaten und 2 Jahre nach der Entlassung aus dem MRVZ, in welchem Patienten als besonders rückfallgefährdet eingestuft wurden. Dem Umstand, für diesen Zeitraum eine adäquate Versorgungsstruktur zur Nachsorge dieser Klientele anbieten und schalten zu können, wurde daher besondere Bedeutung zugemessen und primär die Erfordernis einer vorausgehenden, längerfristigen Planung der Wiedereingliederung und Entlassung des Patienten herausgestellt.

¬ Die **ersten beiden Jahre** ´danach`, nach der – bedingten – Entlassung, werden allgemein (übereinstimmend von allen – 12 – deutschen Einrichtungen, die sich über die initiale Erhebung zu dieser Frage geäußert hatten) als eigentlich kritische Phase nach Entlassung aus dem stationären MRVZ angesehen. Nachgewiesenermaßen besteht eine besonders hohe Gefahr der Rückfälligkeit in den ersten 12 bzw. anderen Angaben zufolge 24 Monaten nach der stationären Entlassung. [9]Dieser Zeitraum gilt als besonders vulnerabel, erfordert grundsätzlich eine dichtere therapeutische Begleitung, verlangt die Erprobung der Therapieziele im Alltag, deren Überprüfung und nötigenfalls Reformulierung. Der Therapeut ist zu diesem Abschnitt im Behandlungsverlauf besonders gefordert. Kannte er den Patienten vorher nicht, gilt es in diesem kritischen Zeitraum außerdem die Beziehung zum Patienten und ggfls. auch zu dessen sozialem Umfeld, aufzubauen, zu stabilisieren und zu konsolidieren.

Zur Phase der Überleitung und der Zeit nach der Entlassung aus dem stationären Bereich wurden die

¬ **ersten drei Monate** charakterisiert als hochsensibler, problematischer und außerordentlich spannungsreicher Zeitabschnitt, gekennzeichnet von Frustrationen und desillusionierender Erstkontakten mit den realen Alltagsgeschehnissen. Der Patient wird oft gezwungenermaßen mit seinen ´Altlasten` konfrontiert resp. von diesen ´eingeholt`. Er ist im weiteren Verlauf durch die Zunahme der Breite an situativen Krisenpotentialen und konstellativen, konfrontierenden und potentiellen labilisierenden Alltagsgeschehnissen, in seinen psychischen Bewältigungsstrategien und seiner psychischen Stabilität - maximal gefordert.

[9] Diese Einstufung fand sich in ähnlicher Form bereits andernorts zu diesem thematischen Kontext *(Leygraf 1987 17: "Die Hälfte der Patienten, die in Freiheit scheitern, tun dies binnen der ersten 15 Monate, Müller-Isberner et. al. 1993: 177).*

Als nächstfolgende **krisen- und rückfallgefährdete vulnerable Zeitpunkte** wurden seitens der Einrichtungen die Zeitabschnitte nach der Entlassung des Patienten bezeichnet von:

¬ **6 Monaten**,

¬ **einem Jahr** und

¬ **eineinhalb Jahren** außerdem

¬ **drei Jahren** und

¬ **fünf Jahren**

nach Entlassung.

Allerdings wurden die beiden späteren Zeitabschnitte nur zu Einzelfällen genannt und die dazu bekannten krisenhaften Entwicklungen waren nicht mehr umfassend dokumentiert oder im Detail nachzuvollziehen.
Damit entsprachen die ausgewiesenen Befunde den bislang bekannten statistischen Daten zur Rückfalldelinquenz Straffälliger und denen der, zu entlassenden, vormaligen MRVZ-Patienten. Sie bilden im Hinblick auf die rückfallbezogene Häufigkeit markante Zeitabschnitte nach Entlassung der Straftäter. Für Gewalt- und – schwerere- Sexualstraftäter gilt es situative Auslösereize und überhaupt ein zeitlich überdauerndes Risiko zu kalkulieren.
Solche Krisenverläufe, die erst längerjährig nach der Entlassung beobachtet wurden, wurden seitens der Einrichtungen erklärt über das Auftreten und Zusammentreffen spezifischer konstellativer Faktoren und situativer Bedingungsmomente, einer Kumulation an jeweils individualspezifischen deliktogenen Belastungsfaktoren.

> **Frühzeitig geplante und phasenhaft ausgerichtete abgestufte Überleitung**

Im Hinblick auf die Entlassungen gilt es, auf diesem Wege die, zum jeweils individuellen Falle relevanten Bereiche des Entlaßumfeldes zu erproben. Dabei sollte der Patient nicht überfordert werden. Die Überleitung ist abgestuft und die Zielvorgaben anforderungsbezogen am Fähigkeitsprofil des Patienten auszurichten.

> **Erkennen und Reduktion strukturell bedingter Problemfaktoren und Installation behandlungsbezogen günstiger organisatorischer und struktureller Vorgaben**

Die Identifikation und Reduktion ungünstiger und Implementierung förderlicher struktureller, therapierelevanter Bedingungsfaktoren ist von wesentlicher behandlungsbezogener Relevanz. Organisatorische und strukturelle Bedingungsfaktoren bilden (thematisiert von allen betroffenen Einrichtungen) therapeutisch relevante Einflußgrößen und sollten im Hinblick auf die Behandlung soweit als möglich keine beeinträchtigenden resp. hemmenden oder ungünstigen bis negativen Faktoren darstellen. Vielmehr sollten im therapeutischen und rehabilitativen Sinne günstige strukturelle und organisatorische Bedingungen vorliegen bzw. entwickelt werden.

> **Stabiles Entlaßumfeld als protektive Größe und wesentlicher Indikator für einen günstigen Verlauf ambulanter Behandlungsmaßnahmen**

Die externen Bezüge sollten so gut als möglich vorbereitet sein. Die Beurteiler stellten einen direkten Bezug her zum Erfolg der Therapie und einer günstigen strafrechtlichen Prognose, wenn soziale, private und berufsbezogene Strukturen gegeben waren. Alle (12) Einrichtungen der initialen deutschen Stichprobe und außerdem weitere 8 der gesamten Erhebung betonten die generell krisenprotektive und rückfallpräventive Funktion stabiler Umweltfaktoren und die Erfordernis, das Entlaßumfeld in seinen Gegebenheiten hinsichtlich Stabilität, Belastbarkeit, Defiziten und Ressourcen zu überprüfen. V. a. die Vertreter der gemeindenahen Modellprojekte definierten dies infolge ihres konzeptionellen Selbstverständnisses als einen ihrer schwerpunktmäßigen Aufgabenbereiche.

> **Gut vorbereiteter sozialer Empfangsraum**

Alle ambulanzerfahrenen Einrichtungen betonten die Bedeutung des sozialen Empfangsraumes. Ein gut vorbereiteter sozialer Empfangsraum ist ein sozial- und legalprognostisch günstiger Indikator. Die Bezüge sollten dahingehend so gut als möglich vorbereitet sein.

> **Arbeits- und beschäftigungsbezogene Maßnahmen**

Als grundsätzlich strukturgebend und insb. tagesstrukturierend bewährt haben sich beschäftigungsbezogene Maßnahmen. Außerdem kommen Arbeits- und Beschäftigungsverhältnissen eine hohe Bedeutung als Quelle sozialer Anerkennung zu.

> **Aufnahme- und Ausschlußkriterien mit – v. a. auch indikationsabhängiger - Vorabselektion und Kontraindikation**

In der Überschau zu den Erfahrungen aus der deutschen Erhebung fanden sich deutliche Hinweise darauf, daß eine gezielte Vorabselektion und Zuordnung der Klientele zum ambulanten Setting unter Gesichtspunkten der Passung von Setting und Bedarfsprofil des Patienten, Abbruchquoten entgegenwirken und die Akzeptanz und Effektivität der Behandlung erhöhen kann.

> **Entlastung der Therapeuten in ihren Funktionen**

Es gab diverse Überlegungen zur Entlastung der Therapeuten.

> **Einsatz eines entscheidungstragenden Gremiums *(´board´)***

Andernorts bewährt hat sich dahingehend bereits die Konstituierung eines entscheidungstragenden Gremiums *(´board` Bloom & Williams 1994)* mit Funktionen der Selektion und dabei speziell der, der Auswahl entsprechender Patienten für eine gemeindenahe Betreuung und Planung der extramuralen Führung und Überführung mit Wirkung gegen vordem zu lange, meist auch durch gerichtliche Vorentscheidungen bedingte und allein darüber unnötig verzögerte Unterbringungsdauern.

> **Zusicherung und Verfügbarkeit adäquater fachkundiger Sach-, Personal-, Therapieleistungen, Informationen, Beratungen, Supervisionen, Krisen-Interventionen**

Eine zentrale Prämisse der institutionalisierten bzw. gemeindenah organisierten Ambulanzen und ihrer Mitarbeiter lag darin, zum Problemfall fachkundige Beratung, Supervision und Krisen-Intervention bzw. -fachspezifische und therapeutische - Sach- bzw. Personal-Leistungen als Angebot bereitzustellen, wenn der Patient in der ambulanten Versorgung eingebunden resp. an den nachsorgenden Einrichtungen angebunden war.

> **Geregelte Verfügbarkeit von Beratung, Supervision und Teamsitzungen**

Grundsätzlich aber auch gerade im Hinblick auf Krisenprävention und -management kommen regelmäßigen Super- und Intervisionen sowie Teamsitzungen eine wesentliche Rolle zu.

24.3.3 Qualitätssicherung und Qualifizierung - Berücksichtigung qualitätssichernder Erfordernisse und Maßnahmen als Kriterien von präventiver Relevanz

Die Berücksichtigung qualitätssichernder Erfordernisse gestaltete sich als Kriterium von präventiver Relevanz.

- **Überzeugung und Bereitschaft zum Wahren und Einsatz qualitätssichernder evaluativer Methoden und Maßnahmen professionaler Selbstevaluation und –kontrolle**

Unter klinisch therapeutischen wie auch evaluativen Gesichtspunkten und fundierten Ambulanzerfahrungen, erschien ein kybernetisches Behandlungsmodell mit hypothesengeleitetem Vorgehen sinnvoll. Dabei werden Ziele mit dem Patienten gemeinsam vereinbart, überprüft, diskutiert, – neu - definiert und die Erfahrungen zu Alltagsüberprüfung, Selbsteinschätzung und -regulation in die Behandlung eingebracht. Auf Hypothesenbildung basierend werden erreichbare und meßbare Behandlungsziele für den einzelnen Patienten definiert und eine therapeutische Interventionsstrategie entwickelt mit deren Hilfe die Ziele erreicht werden können. Das entspr. Procedere der Behandlungsplanung und -evaluation gliedert sich dabei in aufeinander aufbauende Abfolgen: Nach genauer Eingangsdiagnostik, Analyse der Defizite und Aktiva des Patienten wird basierend darauf zum Einzelnen eine Arbeitshypothese entwickelt zur Patho-Genese der Defizite bzw. der relevanten Störung. Die initialen Hypothesen sind im weiteren Behandlungsverlauf zu verifizieren oder zu falsifizieren. Auch wird versucht, den Einfluß von Störvariablen und Hindernissen bei Erreichung der Zielvorgaben möglichst noch vor Therapiebeginn zu erfassen und möglichst früh Lösungsstrategien zu deren Bewältigung zu entwickeln.

- **Aktuelle und umfassende Diagnostik und Basisdokumentation – insb. auch und gerade zum Eintritt in ambulante Behandlung**

Erkenntnisse aus Basisdokumentationen, Analysen zu dem individuellen Aufbau, den Szenarien und dem Verlauf sind über Beobachtungen und Erfahrungen aus der Alltagserprobung zu ergänzen und beinhalten wichtige therapierelevante Informationen. Unabdingbar ist das Procedere einer umfassenden Diagnostik zum aktuellen -psychischen und physischen- Zustand (Statusdiagnostik) des prospektiv ambulanten Patienten zum Übernahmezeitpunkt für mglst. detaillierte und systematische Dokumentation diagnostischer Befunde und das darüber definierbare Persönlichkeits- und Leistungsprofil für eine fundierte Planung, Entwicklung und Ausgestaltung einer, auf Besonderheiten des Einzelfalles zugeschnittenen Folgebehandlung. - Explizit formulierten diese Vorgaben 8 deutsche MRVZ- Einrichtungen mit Ambulanzerfahrung (incl. 4 gemeindenahe Projektmodelle) und es wurden anderweitig dahingehende Aspekte wiederholt und über diverse Kontexte der Erhebungen eingebracht.

- **Deliktanalyse und Entwicklung von Wissen um kritische Reizkonfigurationen / individuelle Auslösereize zur - rechtzeitigen - Einschätzung individuell problematischer und labilisierender Momente**

Eine *Deliktanalyse*, differenzierte *Exploration* und *Dokumentation* deliktogener, dbzgl. risikobehafteter, vulnerabilisierender, situativer Momente, verdeutlicht die entsprechenden Strukturen der jeweiligen Deliktszenarien zum Einzelfall, erleichtert resp. ermöglicht überhaupt erst besser und adäquater damit umzugehen. Sie zielt auf Identifikation von mit Rückfällen verbundenen problematischen vulnerabilisierenden Faktoren und Kontextvariablen. Die Rekonstruktion von Rückfallgeschehen resp. rückfallnahen Situationen ergab, daß es sich v. a. in dieser Konstellation als krisenförderlich resp. besonders risikoreich (´gefährlich`) gestaltete, wenn dem Patienten nahestehende Personen, Bezugspersonen, Bewährungshelfer über dessen eigentliche Erkrankung nicht fachgerecht oder ausreichend informiert waren, wenn auch allein deswegen keine Bestandsaufnahme der veränderten Lage oder aber auch aufgrund fehlender bzw. unzureichender

Abstimmungsmöglichkeiten keine Statusdefinition und in deren Konsequenz dann auch keine korrigierenden Interventionen möglich waren.

- **Fachspezifische forensische Kompetenz eingebundener Fachkräfte des therapeutischen Personals**

Neben den österreichischen bestätigten auch die niederländischen Erfahrungen die unumgängliche Erfordernis explizit fachforensisch kompetenter, resp. nach- geschulter, therapeutischer Experten, um überhaupt adäquate ambulante Behandlung realisieren zu können. Die Realisierung adäquater ambulanter Behandlung setzt fachforensische Kompetenz resp. Nach - Qualifikation der Behandler voraus. *(Einheitlich lt. Befunden der deutschen, österreichischen und niederländischen Untersuchungen.)*

- **Verfügbarkeit von und geregelte Teilnahmen an Supervisionen und Teamsitzungen**

Grundsätzlich aber auch gerade im Hinblick auf Krisenprävention und -management kommen regelmäßigen Supervisionen und Teilnahmen an Teamsitzungen resp. Konferenzen für alle an der Behandlung Beteiligten eine wesentliche Rolle zu. (Konkret wurde dies so von 12 der deutschen Einrichtungen sowie der österreichischen Institutsambulanzen und den Vertretern der Tagklinik hervorgehoben.)

- **Vernetzung, Kooperation, Koordination aller in die Versorgung professional Eingebundenen, fundierte Kontakte und informative Durchlässigkeit der in die Behandlung Involvierten**

Die Kooperation, Koordination, informative Durchlässigkeit und Vernetzung aller in der Behandlung Beteiligten und damit die, der involvierten Personen und Institutionen, deren Mitarbeiter und externen Betreuer aus Therapie, Bewährungshilfe, Justiz und den komplementären Nachsorgeeinrichtungen ist überhaupt und gerade auch unter präventiven und krisenregulativen Gesichtspunkten unabdingbar. Ihr wurden der Effektivität und Prävention zuträgliche Wirkmechanismen beigemessen und so explizit von 12 Einrichtungen mit Ambulanzerfahrung hervorgehoben. Den Maßnahmen kommen allein dadurch kontrollierende Funktionen zu, indem der Patient um den potentiell möglichen Informationsaustausch dieser Institutionen weiß.
Die Bedeutung um die Effektivität einer engen Zusammenarbeit mit den Justizorganen und damit einhergehende Vorteile bestätigen auch anderweitige Erfahrungen und die Reduktion aufreibender interinstitutioneller Konflikte in der Bewältigung aufkommender Probleme *(Goldmeier et al. 1980; Lamb 1988).*

- **Geregelte Kontakte zu den in die Behandlung involvierten Behörden, Vertretern der Justiz (u. a. Strafvollstreckungskammer) und behördliche Flexibilität**

Ein vorab möglichst fundierter Kontakt mit den Vertretern der Justiz und insb. der Strafvollstreckungskammer kann (den Berichten von 7 Einrichtungen zufolge) im ernsten Krisenfall als konstruktives Element fungieren und entsprechend eingesetzt, einer negativen Eskalation resp. zu starren Handhabung von Restriktionen vorbeugen und Raum bieten zur Entwicklung und dem Einsatz konstruktiver Lösungsmöglichkeiten. Unflexible, allzu starre Haltungen der Behörden dagegen, ließen das, zum Krisenfalle korrektiv einsetzbare bzw. - noch - realisierbare therapeutische Potential und evtl. dbzgl. Interventionen unmöglich werden, bzw. würden eine weiterführende Behandlung grundsätzlich gefährden. Für einen adäquaten Umgang mit extremen Gefahren- oder Krisenmomenten wurde explizit von drei Einrichtungen auf die hohe Bedeutung verwiesen, den Kontakt zu den entspr. Behörden vorbereitet zu haben.

- **Präventive Relevanz des Kriterienverbundes ´Qualität der Beziehungen zur Bewährungshilfe/ Führungsaufsicht` und ´personale Fachkompetenz`**

Krisenhafte Entwicklungen waren oftmals deswegen nicht rechtzeitig registriert oder weitergegeben worden, weil seitens der therapeutischen Mitarbeiter und Bewährungshelfer resp. Führungsaufsicht, krankheitsbedingte Symptome in ihren Anzeichen nicht erkannt und dadurch der Ernst der Lage nicht richtig eingeschätzt werden konnte. Eine differenzierte Sekundär- und Detailanalyse der Antworten dieses Angabenkompendiums ergab, daß die Qualität der Beziehungen zur Bewährungshilfe abhängig war von der Definition und den untereinander aufgeteilten Kompetenzbereichen, dem aktuellen Informationsstand der Bewährungshelfer und deren forensischem Fachwissen.

- **Kontrollierte Einbindung in das - ggfls. kontrollierende - Netz sozialer Bezüge**

Als weiteres wichtiges Element zu diesem Kontext ist die Berücksichtigung der sozialen Bezüge des Patienten zu werten (dies betonten alle – 12 - der deutschen Einrichtungen mit Erfahrung in der ambulanten Versorgung): Für den Patienten kann das soziale System unter entsprechenden Bedingungen wesentliche, supportive resp. stabilisierende, integrierende und damit auch präventive Funktionen und Hilfen bieten, doch andernteils auch schwerwiegende kriseninduzierende Momente implizieren: Mangelhafte Beziehungsqualitäten zu nahestehenden Personen ließen krisenhafte Entwicklungen für Therapeuten nicht rechtzeitig kenntlich werden. Kriseninduzierend war auch, wenn aufgrund problematischer, interpersoneller, kommunikativer, dynamischer Prozesse zu den sozialen Bezügen des Patienten, dessen krisenhafte und ggfls. bereits damit einhergehenden bzw. darüber bedingten, deliktogenen Entwicklungen und Zustandsverschlechterungen nicht nach außen traten und somit auch für den Therapeuten nicht vermittel- oder erkennbar waren. Auch um solchen Bedingungskonstellationen zu begegnen, hat es sich bewährt, zu den sozialen Bezügen des Patienten - therapeutische - Zugangsformen zu implementieren und diesen im Versorgungs- resp. Betreuungs- und Behandlungskontext Raum zu bieten resp. sie einzubeziehen, Angehörigen-, Aufklärungs- und

Informationsarbeit nahestehender Personen und nötigenfalls Bezugspersonentherapie zu leisten resp. generell mit den, den Patienten nahestehenden, Personen im Kontakt zu bleiben.

> **Struktur, Klarheit und Transparenz im gegenseitigen Umgang aller Beteiligten (Personen, Institutionen) und deren Bezüge und Einsatz bevorzugt strukturgebender und übender Verfahren**

Als weitere wesentliche Vorgabe, stabilisierendes und auch kontrollierendes Element im ambulanten Behandlungskontext sollte das therapeutische Setting bestimmt sein durch Struktur, Klarheit, Transparenz im gegenseitigen Umgang und Kontakt zum Patienten, den in der Behandlung involvierten Parteien, Personen, Institutionen und den, damit einhergehenden Bezügen wie unbeschönigte Informationen bei Übergabe des Patienten.

- **Offene und transparente Kommunikationsmuster für alle im therapeutischen Umgang mit dem Patienten und auch der Bewährungshilfe und Vertreter der Justiz**

Die erforderlichen Bezüge zwischen Therapeuten und Kontrollinstitutionen sind dem Patienten zu verdeutlichten, was per se bereits ein Element der Kontrolle impliziert. Sie sind eine wesentliches Element zum effektiven behandlungsbezogenen Umgang mit der ambulanten Klientele und wirken auch als stabilisierendes und kontrollierendes Element im Behandlungskontext. Im Hinblick auf Therapieziele und Techniken wurde auf die Bedeutung offener und transparenter Kommunikationsmuster hingewiesen und dies für alle im therapeutischen Umgang mit dem Patienten und damit auch für Bewährungshilfe und Vertreter der Justiz empfohlen. Diese Vorgaben wurden so explizit von 14 der deutschen Einrichtungen sowie der *Institutsambulanz Wien* und der *Tagklinik Utrecht* deklariert.

- **Klare Regelungen zu Kontrollfunktionen und sorgfältige Kontrollen**

Klare Regelungen zu den Kontrollfunktionen forderten 8 der Einrichtungen mit und ohne Ambulanzerfahrung. Zur Entlastung der Therapeuten, wurde nach Entflechtungen gesucht im Hinblick auf kontrollierende Funktionen, Organe und Mittlertätigkeiten bspw. zwischen Therapeut und dem Kontrollorgan, der Justiz und dahingehend der Einsatz unabhängiger Supervisoren resp. externer Experten dazu vorgeschlagen und dazu bevorzugt Mitarbeiter der Ambulanzen einzusetzen (drei der Projektmodelle).

- **Abkommen und Kontrakte mit dem Patienten und Maßnahmen der Gegenkontrolle**

Eine der therapeutischen Maßnahmen zum Krisenmanagement bildete der strukturgebende Einsatz von Kontrakten, Verträgen, resp. klaren Abkommen mit dem Patienten und zur Gegenkontrolle auch die Abstimmung mit anderweitigen Maßnahmen / Therapien (wie bspw. die, einer psychotherapeutischen und psychiatrischen, medikamentösen Behandlung und zur Vermeiden von Doppelbetreuungen und ´Therapeuten-hopping`).

- **Aktiv nachgehende, den Patienten aufsuchende Maßnahmen**

Als geradezu typisierend in der Behandlung dieser Klientele in diesem Setting und unabdingbar zur Abwendung dramatischer Entwicklungen in der Praxis, wurde und dies schulenübergreifend, der Einsatz nachgehender und patientenaufsuchender Maßnahmen gewertet. Diese kamen bspw. zum Einsatz, wenn Zustandsverschlechterungen zu befürchten, vereinbarte Termine seiten des Patienten nicht eingehalten worden oder In- Augenschein - Nahmen vor Ort angesagt waren und über nachgehende, aufsuchende Maßnahmen, ggfls. unangekündigte, persönliche oder telefonische, auch außerplanmäßige Kontaktaufnahmen, Hausbesuche resp. Aufsuchen des Patienten in bekannten Aufenthaltsorten außerhalb der Wohnung.
Dies entspricht i. Ü. einer, von der kanadischen Forschergruppe aus *Vancouver, Wilson, Tien & Eaves (1995)* als charakteristisch im Umgang mit der speziellen Klientele herausgestellten Vorgehensweise *(´hands on approach`).*

- **Element der Beziehung zum Patienten**

Gerade auch unter krisenprophylaktisch und rückfallpräventiven Gesichtspunkten gestaltete sich der Beziehungsaspekt als zentrales und tragendes Element im Behandlungssystem mit nötigenfalls auch aktiver aufrechterhaltenden Bemühungen - auch und gerade bei destruktiven Bestrebungen seitens des Patienten, diese zu unterlaufen, unter- oder aufzubrechen.

- **Personale Konstanz, Vermeiden von Beziehungsabbrüchen**

In dieser Phase des Wechsels zwischen stationärem und ambulantem Behandlungssettings sind zusätzlich labilisierende vermeidbare Beziehungsabbrüche zu umgehen.
Unter bestimmten Gegebenheiten, bei Risikopatienten sowie zum Umgang mit speziellen Krisensituationen hat sich der gleichzeitige oder alterierende Einsatz zweier gleich- oder gegengeschlechtlicher Therapeuten während dieses vulnerablen Zeitraumes bewährt. In ähnlicher Richtung wirkt das von einem Ambulanzteam praktizierte und andernorts eingebrachte Rotationsprinzip von Behandlern. Eine bereits länger bestehende institutionalisierte forensische Ambulanz nutzte die Technik, die Behandlung während dieses vulnerablen Zeitraumes durch mehr als einen Therapeuten durchzuführen.

- **Subjektiv und objektiv verbesserte Lebensqualität und Zufriedenheit des Patienten mit seinen neuen Lebensbedingungen**

Von vier der Einrichtungen wurde explizit hingewiesen auf die Relevanz einer deutlich verbesserten Lebensqualität des einzelnen, Bedeutung der subjektive Zufriedenheit des Patienten mit den neuen Lebensbedingungen sowie die Erfordernis diese zu überprüfen. Dies sollte sich auch entsprechend im subjektiven Erleben und Wahrnehmen des Patienten abbilden.

- **Berücksichtigung materieller Belastungsfaktoren**

Zum behandlungsbezogenen Kontext sind die sehr häufig dominierenden materiellen Probleme, finanziellen und darüber existentiellen Sorgen und Bedürfnisse des Patienten zu integrieren.

- **Zuverlässige Abrufbarkeit fachspezifischer Sach- und kompetenter qualifizierter Personalleistungen**

Die zuverlässige Abrufbarkeit zugesicherter fachspezifischer Sach- und Personalleistungen im Krisenfall hatte letztlich entscheidend die Kooperations- und Aufnahmebereitschaft zur Nachbetreuung forensischer Patienten noch unsicherer Einrichtungen und niedergelassener Therapeuten erhöht.
Eine zentrale Prämisse der institutionalisierten bzw. gemeindenah organisierten Ambulanzen und ihrer Mitarbeiter war es, zum Problemfall Supervision und Krisenintervention, fachspezifische und therapeutische Leistungen, Sach- und Personalleistungen zur nichtstationären Versorgung bereitzustellen.

- **Verfügbarkeit, gezielter Einsatz adäquater betreuender und therapeutischer Maßnahmen, Elemente krisengerechter Versorgung sowie der Präsenz und Haltung einer ´gewissen Fürsorge` der Ambulanz**

Das Behandlungsangebot und die Person des Therapeuten muß in dem zugesagten und erforderlichen Rahmen auch verfügbar sein. Umgesetzt werden kann dieses Erfordernis bspw. auch in einer Art organisiertem Netzwerk. Zur adäquaten Versorgung ist es wichtig, daß ambulante Kriseninterventionen und Beratung personell und strukturell realisierbar sind. Als eine Form krisenhaften Entwicklungen adäquat und patientengerecht zu begegnen bewährte sich, in Krisensituationen schnell und informell therapeutische Hilfen abrufen zu können. Andernteils bewirkte die potentielle Zusicherung zur Leistung von Kriseninterventionen über Vertreter der Fachambulanzen für die in die Behandlung eingebundenen Dienste eine erhebliche Entlastung und in weiterer Folge eine höhere Bereitschaft, forensische Patienten aufzunehmen.

- **Einsatz korrektiver resp. kontrollierender Funktionen und Organe, kontrolltechnischer Elemente und Maßnahmen zur Überprüfung und Gegenkontrolle sowie klare Regelungen zu Kontrollfunktionen**

Außerdem betont wurden Kontrollaspekte und die, einem solchen Setting eigenen Möglichkeiten, denen bereits für sich gesehen präventive Funktionen zugeschrieben wurden.
Überhaupt wurden klare Regelungen zu den Kontrollfunktionen gefordert (8 der deutschen Einrichtungen).

- **Einsatz und Entwicklung adäquater spezifischer und spezifizierter Instrumentarien**

In diesen und den Kontext der Forderungen eines ´Therapie-` resp. ´Krisenmanagements` fällt auch der gezielte Einsatz bestimmter Instrumentarien, wie bspw. therapeutischer Kontrakte, welche in Abstimmung mit dem Patienten dazu verhelfen sollen, dessen Einhaltung bestimmter Vorgaben für den Behandlungszeitraum, wie z. B. Abstinenz sicherzustellen, als Hilfe zum geregelten Umgang mit dessen Abhängigkeitsproblematik oder andernteils gezielte Trainings mit dem Ziel, erste Anzeichen einer mglw. Rückfälligkeit bzw. Wiedererkrankung zu erkennen und dem Therapeuten zu vermitteln und bevor sich gefährliche Entwicklungen abzeichnen.

> **Supportive, informative, beratende und edukative Maßnahmen**

Ein Effektivitätskriterium bildete das gezielte Einbringen stützender behandlungsbezogener Elemente, z. B. über eine Planung der Tagesstruktur und / oder des Ablaufes alltäglicher Prozeduren sowie alltagssupportive Leistungen sozialer und sozialpädagogischer Dienste oder ein eher problemzentrierter Zugang über Beratungsstellen. Die Notwendigkeit spezieller, alltagssupportiver Hilfen, sozialpädagogischer und sozialer Dienste und bedarfsgerechter Beratungsangebote überhaupt wurde durchgängig von den Einrichtungen als Erfordernis und deren supportiven Funktionen und aktivierenden therapeutischen Effekte herausgestellt.

> **Rekrutierung, Analyse, gezielter Einsatz supportiver und -v. a. i. S. der Legalbewährung- protektiver Elemente auf unterschiedlichen Ebenen**

Supportiv wirksame Elemente resp. Strukturen, wurden im Hinblick auf eine günstig verlaufende soziale und legale Rehabilitation und Behandlungsführung als förderlich und präventiv wirksame Faktoren gewertet. Sie sind vorab oft überhaupt erst zu rekrutieren, um dann nutzbringend eingesetzt werden zu können.

> **Gezielte Trainings und Programme, indikationsgeleitete (schulenübergreifende) Programmeinheiten**

Präventiv und zum Konfliktmanagement wirken Programmelemente mit psychoedukativen Anteilen, *relapse prevention*, zum Erlernen von Techniken zur Bewältigung, Eigenkontrolle, kognitive Techniken, Wissen um vulnerabilisierende Umstände und Frühwarnzeichen von Exazerbationen / deliktogenen Entwicklungen, zur eigenen Erkrankung und Krankheitseinsicht überhaupt, dem Einsatz und Berücksichtigen bewährter

Effektivitätskriterien v. a. dem, von Kombinationen - psychoedukativer, - kognitiv- verhaltensorientierter Interventionsstrategien, ganzheitlicher Gesichtspunkte komplexer Wirkzusammenhänge sowie sozialer Einflußgrößen.
Anteile zu Therapie zum Sozialverhalten resp. soziotherapeutische Elemente waren zu – fast - jedem psychotherapeutischen Prozeß subsumiert: Training von Sozialverhalten, adäquatem Verhalten unter fiktiven und realen alltäglichen Belastungssituationen oder erschwerten ggfls. konflikthaften sozialen Momenten bei graduiertem Anforderungsprofil, resp. einer gezielten Erprobung bestimmter Verhaltensformen (fokussierte Verhaltenserprobung) war von 80 % der initialen deutschen Klinikstichprobe als ein angestrebtes Element ambulanter Behandlung angeführt worden.

> **Medication Monitoring**

Unter rückfall- und krisenprophylaktischen Gesichtspunkten bewährt hat sich das Angebot einer regelmäßigen individuellen Fachbetreuung, nötigenfalls engmaschigen Beratung zur Medikamentation und Überwachung der Medikamenteneinnahme *(´medication monitoring`).* Die Einstellung der Patienten zu ihrer und v. a. der psychotropen Medikamentation ist v. a. zentral im Hinblick auf die zugrunde liegende Verbindung und dem unmittelbaren Zusammenhang von der, die Straftaten bedingenden, psychischen Störung und Möglichkeit zur medikamentösen Einflußnahme auf die, außerdem oft das kriminogene Verhalten bedingenden, psychopathologischen Symptome. Die Erfahrungsberichte der eigenen Untersuchungen lassen von einem – beträchtlichen - Bestand von mehr als einem Drittel der Ambulanzpatienten ausgehen, die sich und in der Ausprägung abhängig von der zugrunde liegenden Störung als schwer durchgängig motivierbar bis tatsächlich nonkompliant gegenüber funktionellen und medikamentösen Behandlungsformen zeigen und bei denen die Medikamenteneinnahme regelmäßig professionell sichergestellt werden muß: Unter rückfall- und krisenprophylaktischen Gesichtspunkten bewährt haben sich daher auch Krisenmanagement-Programme mit einer regelmäßigen, an das individuelle Bedarfsprofil ausgerichteten, nötigenfalls engmaschigen Betreuung, Beratung und der Vorabbedingung einer durchlaufenen, abgeschlossenen, stationären Heilbehandlung.

> **Integrativer Ansatz von Psycho- und Pharmakotherapie**

Zu den Aspiranten für eine ambulante Therapie wurde von allen Modelleinrichtungen eine, im weitesten Sinne erfolgreich abgeschlossene, stationäre Heilbehandlung vorausgesetzt.

- **Dauer ambulanter Behandlungsführung als rückfallpräventiver Faktor**

Eine länger andauernde ambulante Behandlungsführung wurde neben den bereits o. g. Wirkfaktoren wie einem adäquaten Krisenmanagement ergänzend mit der Reduktion der Rückfallraten in Verbindung gesetzt und als präventives Element betrachtet (8 der deutschen und in ambulanter Therapie erfahrenen Einrichtungen sowie der *Forensischen Institutsambulanz Wien).*

> **Zwang**

Zur Psychotherapie galt viele Jahre die Prämisse, daß diese nur unter dem Primat der Freiwilligkeit Effektivität zeigen könne. Insbesondere für Suchtkranke und Patienten mit mangelnder Krankheitseinsicht resp. zur Gruppe der Sexualstraftäter bestanden positive Erfahrungen nach einer vorab zwangsweisen Anordnung, sofern eine Patienten–Therapeuten–Beziehung etabliert werden konnte.

24.3.4 Zusammenfassung

Grundsätzlich muß eine tatsächliche Erprobung des Patienten in den Lebensbedingungen erfolgen, die ihn nach der Entlassung erwarten mit auch der Möglichkeit, daß Ergebnisse dazu behandlungsbezogen aufgegriffen werden können. I. d. R. ist mit einem nicht geradlinigen Entlassungsverlauf sondern gerade auch mit Krisen zu rechnen. Den vorliegenden Erfahrungswerten zufolge wird dieser kritische Entwicklungsabschnitt charakterisiert durch erhebliche Belastungs- und Problemfaktoren und spannungsreiche Marginal-Situationen.
Es zeigte sich, daß diese durch ein problematisches Anforderungsprofil gekennzeichnet sind: Der Patient sieht sich konfrontiert mit drastischen Momenten der Beanspruchung und oft, mit z.T. völlig neuen, gleichzeitig auch verschiedenen, fremden oder unerwarteten Anforderungen, Geschehnissen und erheblichen Veränderungen in zudem mehreren Lebensbereichen zugleich zurecht zukommen. Die unausweichlichen Konfrontationen mit der extramuralen Realität, Frustrationen und Desillusionierungen, existentielle Sorgen und Belastungen, Befürchtungen, Anforderungen des sozialen, beruflichen und materiellen Alltags nicht bewältigen zu können, provozieren krisenhafte Entwicklungen und die Gefahr inadäquater Bewältigungsversuche.
Der Zeitraum 2 Jahre nach Entlassung gilt als besonders vulnerable Lebensspanne mit hoher Krisenanfälligkeit für den Patienten. Die Planung der Überleitungsphase sollte frühzeitig (regulär bereits ein Jahr) vor der geplanten Entlassung eingeleitet und die enge Phase der Überleitung ausreichend lang gestaltet werden (Ende individuell doch keinesfalls vor 6 Monaten nach der Entlassung).
Die eigenen Untersuchungsbefunde ergaben sehr deutliche Hinweise darauf, daß folgende Maßnahmen präventiv und krisenmanagend wirken und wesentlich mit dazu beitragen können Rückfälle zu vermeiden und die Rückfallrate (Delikte und Wiedererkrankungen, Rezidive) niedrig zu halten:

> **Krisenmanagement**

Dazu fanden sich Prinzipien zum Krisenmanagement und der Rückfallprävention als elementare Aufgabenbestandteile und grundlegende Programmelemente der Ambulanzarbeit. So ließ sich folgendes Richtlinienprofil an Strategien und präventivem Umgang mit krisenhaften und rückfallgefährdeten Entwicklungen herleiten.
Versorgungsbezogene Ansätze müssen Möglichkeiten zur bedarfsgeleiteten dynamischen, quantitativ und qualitativ, inhaltlich, in Intensität und Frequenz modifizierbare Ausgestaltungen der Betreuung beinhalten.
Um krisenhafte Verläufe konstruktiv aufgreifen zu können, ist es wichtig, daß der Patient im Kontext der Entlassung nötigenfalls auf eine niedrigere Stufe der Entlassungsvorbereitung, zur Krisenintervention resp. Regeneration (´Wiederauftanken`) in die psychiatrische Klinik zurückkehren kann, um dann reorganisiert mit angepaßten Zielvorgaben einen anderen Versuch auf einer neuen Ebene starten und Schwierigkeiten und Erfahrungen aus dem ersten Erprobungsgang konstruktiv aufgreifen und therapiewirksam umsetzen zu können.

> **Möglichkeiten zu höherfrequentem intensivierten Einsatz, schnellen, rechtzeitigen Zugriffen auf den Patienten, stringenten Interventionen und Anregung eines Widerrufes resp. Sicherungshaftbefehles**

Direkte zielgerichtete Intensivierungen der Patientenkontakte respektive therapeutischer Interventionen, eine höhere Behandlungsdichte und höherfrequente Kontakte zum Krisenzeitraum können krisenhaften und rückfallgefährdenden Entwicklungen stabilisierend und präventiv begegnen und dazu wirksame Instrumentarien bilden.
Dahingehende Interventionen sollten mehrdimensional, über mehrere Ebenen erfolgen und so den Krisenherd ´um-fassen`.
Weitere Kriseninterventionstechniken bildeten möglichst stringent, schlüssig und spontan einsetzbare Kontaktierungen. Dabei kann es sich handeln um aktive, angekündigte und nicht angekündigte, nachgehende, patientenaufsuchende Maßnahmen, Kontaktaufnahmen, spontane Besuche zu Hause, am Arbeitsplatz für Kontaktaufnahmen und zur In-Augenscheinnahme, außerplanmäßige Einbestellungen in die Ambulanzsprechstunde.
Im extremen Problemfall darf als Intervention in letzter Konsequenz, um dramatische Entwicklungen mit einer ernsthaften Gefährdung der Allgemeinheit und / oder des Patienten selbst zu vermeiden und falls keine anderen Zugriffsmöglichkeiten zum gefährdeten bzw. gefährdenden Patienten bestehen, die Anregung eines Sicherungshaftbefehles und vorab die entsprechende Information der Justiz, nicht gescheut werden.
Dabei ist die Erfordernis eines Widerrufs per se als ein deutliches Hinweiszeichen auf Instabilität zu werten und auch in der Interpretation der Rückfallstatistik entsprechend zu kalkulieren.
Der Angebotsstruktur, Intensität, Breite und auch Dauer der begleiteten Erprobung kommt für die Effektivität der Behandlung eine wichtige Rolle zu. Behandlungsformen, die instabile nichtstationäre Behandlungsverläufe durch höhere und intensiviertere Kontaktfrequenzen, differenziertere Ausgestaltungen der patientenbezogenen Individual- Kontakte, Gruppentherapien, Überprüfung und Beratung zur Medikamentation sowie Haar- und Urinkontrollen beantworteten zeigten niedrige Rückfallquoten gegenüber anderen ohne solche Konzepte.
Solche Befunde korrespondieren zudem mit solchen dreier gemeindenah ausgerichteter US-Programme für bedingt Entlassene: Alle diese Aspekte bestätigten auch die Erfahrungen *zu den NGRI–Patienten aus Californien, Oregon und New York* - vorausgesetzt, deren *´Conditional Release US Program`* wurde durchlaufen: Im Falle krisenhafter Entwicklungen war das Programm mit der geringsten Rückfallrate das gewesen, das nachweislich Intensivierungen der Patientenkontakte geleistet hatte *(vgl. Wiederanders et al. 1997).*

> **Flexible, nötigenfalls unbürokratische Möglichkeit zur intermittierenden Wiederaufnahme einer abgebrochenen / beendeten Behandlung, Bereithaltung eines ´Krisenbettes`, offenes Setting, offene Sprechstunde, guter Kontakt zu entscheidungstragenden Institutionen**

Erforderlich ist die flexible, nötigenfalls unbürokratische Möglichkeit zur Wiederaufnahme einer vorab abgebrochenen oder beendeten Behandlung und damit einhergehend eine Modifizierbarkeit zu Frequenz bzw. Intensität behandlungsbezogener Interventionen, für nötige Krisen- und erforderlichenfalls hochfrequente bzw. spezifizierte Interventionen, aktive und nachgehende, direkte, ggfls. auch außerplanmäßige und dabei stringente Reaktions- und Zugriffsmöglichkeiten in der Ausgestaltung betreuungstechnischer/ behandlungsbezogener Maßnahmen. Es hat sich sowohl für den ambulanten Patienten wie auch für die betreuenden Personen resp. versorgenden Einrichtungen als wichtig erwiesen, daß zum Krisenfall potentiell die Möglichkeit einer – vorübergehenden - Wiederaufnahme in die Psychiatrische Klinik vereinbart bzw. dazu ein ´Krisenbett` günstigstenfalls in der Herkunfts- ansonsten in einer anderen psychiatrischen Klinik sichergestellt werden kann.

> **Verfügbarkeit eines Notdienstes wie Krisentelefon, 24-h-Dienst resp. Rund-um-die-Uhr-Betreuung**

Erforderlich ist die Verfügbarkeit eines Notdienstes und bestenfalls ein 24-Stunden-Dienst mit Interventionsmöglichkeiten rund um die Uhr. Eine Maßnahme, die jedoch in diesem Ausmaß aus allerdings konzeptionellen und finanziellen Gründen bislang noch von keiner der Einrichtungen der Erhebung realisiert werden konnte. Etablierte Ambulanzen (5) hatten die Möglichkeit installiert sich für Erst- und Krisenkontakte mit dem Therapeuten telefonisch in Verbindung zu setzen (Krisentelefon).

> **Personale Konstanz**

Personale Konstanz ist v. a. in der Überleitungsphase wichtig. Der Wechsel zwischen stationärem und ambulantem Behandlungssetting kann die psychische Konstitution des Patienten zusätzlich labilisieren. Vermeidbare Beziehungsabbrüche sind zu umgehen.

> **Am Einzelfall ausgerichtete individualisierte Behandlungsführung**

Eine, als effektiv und adäquat und damit auch als krisenprophylaktisch und rückfallpräventiv wirksam erfahrene Therapiegestaltung war gekennzeichnet durch eine individualisierte, indikations- und bedarfsgeleitete, am Potential des Patienten orientierte, graduierte Abstimmung.

> **Emanzipatorischer Behandlungsansatz**

Determinanten einer hintergründig emanzipatorisch ausgerichteten ambulanten Behandlungsführung begünstigen die Realisierung der, unter rehabilitativen und damit auch krisenprophylaktischen und rückfallpräventiven Gesichtspunkten anzustrebenden, Zielvorgaben der Selbst- und Fremdverantwortlichkeit, Krankheitswissen, -einsicht, die funktionale, medizinische und medikamentöse Kompliance, Selbstkontrolle, Verselbständigung (Hilfe zur Selbsthilfe) und einer eigenständigen Lebensführung.

> **Gesamtheitlich integrativer Zugang und Bewertung von Zusammenhängen unter systemischen Gesichtspunkten**

Insbesondere auch unter den Aspekten der Prävention, dem frühzeitigen Erkennen, der Verfügbarkeit und dem Einsatz adäquater Copingstrategien in Begegnung und adäquatem Umgang mit krisenhaften Entwicklungen ist die übergreifende Bedeutung einer systemischen Zugangs- und integrativen Betrachtungsweise des Therapiegeschehens an sich und des gesamten behandlungsbezogenen Kontextes herauszustellen. Der Zugang impliziert Sensibilität zum Bewußtsein um die multiplen Vernetzungen und Interaktionen sowie die potentiell erhebliche Eigendynamik der diversen, multivariablen, systemimmanenten und -übergreifenden, strukturellen, situativen und personalen Faktoren und Einflußgrößen. Dahingehend relevant und im Gesamtkontext zu berücksichtigen sind bspw. v. a. auch materielle Einflußfaktoren und soziale Bezüge des Patienten.
Eine derartige Verständnis-, Sicht- und Zugangsweise wurde explizit von allen 4 Modelleinrichtungen formuliert und waren außerdem zu weiteren 8 Einrichtungen aufgrund deren praktizierter und vermittelter Behandlungsmaßnahmen und therapeutischem Procedere induktiv zu erschließen.

Tab. 8: Prinzipien zum Krisenmanagement und der Rückfallprävention als Bestandteile eines übergreifenden Erkenntniswissens zur adäquaten ambulanten Behandlung psychisch kranker Straftäter

Prinzipien zu Krisenmanagement und Rückfallprävention –Bestandteile übergreifenden Erkenntniswissens zur adäquaten ambulanten Behandlung psychisch kranker Straftäter
Adäquates Setting
Implementierung adäquater Kontrollorgane
Dauer ambulanter Behandlungsführung
Einsatz fachforensisch geschulter therapeutischer Experten
Durchlaufenes ambulantes oder teilstationäres Therapieprogramm
Vorab gezielte Selektion und Zuordnung der Klientele im Hinblick auf das geplante Setting
Enges konstruktives Zusammenwirken der entscheidungstragenden Gremien
Möglichkeit zur Intensivierung der Behandlungsführung
Möglichkeit zur adäquaten Begegnung im Krisenfall und dbzgl. nötige Flexibilitäten im Umgang mit den in die Behandlung Involvierten (Therapeuten, Institutionen, Behörden)

25 Rückfallbezogene Ergebnisse und Aspekte

25.1 Rückfallkriterium als Erfolgskriterium der Legalbewährung - differenzierter Zugang

25.1.1 Begriffsdefinitionen

25.1.1.1 Operationalisierung des Terminus ´Rückfallkriteriums als Erfolgskriterium der Legalbewährung`

Der im Kontext der vorliegenden Untersuchung eingebrachte Terminus des ´Rückfallkriteriums als Erfolgskriterium der Legalbewährung` impliziert eine strafbare Handlung und / oder erneute psychische Erkrankung im Rahmen der Rehabilitations- und Resozialisierungsgeschehens des ambulant geführten forensisch- psychiatrischen Patienten. In der einschlägigen Literatur wird der Begriff, sofern ein deliktbezogenes Rückfallgeschehen gemeint ist, größtenteils gleichbedeutend verwendet mit einem, über eine erneute Eintragung in das Bundeszentralregister, dokumentierten Verstoß gegen das Strafgesetzbuch.

25.1.1.2 Operationalisierung des Terminus ´Rückfall`

Die Rückfallquote wird häufig als Maß zur Messung der Effektivität einer Behandlung verwendet. Das Begriffsverständnis kann diverse Möglichkeiten implizieren. Unter dem Begriff ´Rückfall` wird eine strafbare Handlung oder / und eine erneute psychische Erkrankung verstanden. Dabei kann im Begriffsverständnis die Einbeziehung einschlägiger Rückfälle oder deren ausschließliche Selektion gemeint sein und entweder nur solche Delikte, denen dezidiert Strafregistereintragungen zugrunde lagen oder aber weit gefaßter auch Entwicklungen mit Widerruf als Folge. Der Regelfall, eines, über Strafregistereintragung definierten, Rückfallgeschehens ist zu differenzieren u. a. nach: einschlägigen Rückfällen, Delikten unterschiedlichen Ausmaßes, Aggressions- und Sexualdelikten gemäß Register bzw. Akte, einer Einbeziehung solcher Delikte die bereits überhaupt, unabhängig von der Ausformung, aktenkundig wurden bzw. solchen, die einen Widerruf zur Folge hatten. Der Terminus ´Rückfall als Kriterium` kann Determinanten von unterschiedlicher Ausprägung und Form umfassen. Ein weiterer Faktor von erheblicher Relevanz ist außerdem die Einschlägigkeit der Rückfälle. Eine statistisch verwertbare Aussage zu Rückfallquoten kann überhaupt in letzter Konsequenz erst mittels einer Überprüfung durch Langzeitkatamnesen über ´Survival-Raten` erfolgen, wobei dies bei dem, statistisch bemessen, geringem Zahlenaufkommen kaum zu realisieren ist.

25.1.2 Differenzierterer Zugang zum Rückfallkriterium als Erfolgskriterium der Legalbewährung

Im Gesamtüberblick sprechen die eigenen Ergebnisse deutlich für einen differenzierten Umgang zur Nutzung und zum Verständnis der Größe ´Rückfallkriterium als Erfolgskriterium der Legalbewährung` und gegen den alleinigen Einsatz, der einseitigen Bewertung und Nutzung als Terminus als Kriterium der Legalbewährung. In verschiedenen Kontexten wiederholt - und explizit von 6 Einrichtungen – war ein differenzierterer Zugang gefordert worden. Daß allerdings, - wie dies auch wissenschaftlicherseits und unter den o. g. Einschränkungen betont wird - , auf die Legalbewährung als übergeordnetem Erfolgskriterium, trotz all der in ihr liegenden Problematik, nicht verzichtet werden kann, verwehrte keine der o. g. deutschen Einrichtungen. Den Ergebnissen der vorliegenden Erhebungen zufolge, wurde der Begriff ´Rückfall` im Verständnis eine strafbaren Handlung oder / und eine erneute psychische Erkrankung verwendet. Die Einrichtungen bezogen sich dbzgl. auf aktenkundig gewordene Rückfallgeschehnisse. Doch zeigten alle sich zu dieser Thematik äußernden Einrichtungen in der Bewertung rückfallbezogener Geschehnisse den Wunsch, diesem Begriff differenziert und dabei im therapeutischen Sinne konstruktiv und sinnvoll begegnen zu können. Beklagt wurden formalrechtliche Unabwägbarkeiten und strukturelle Determinanten, die in ihrer Rigidität als kontraproduktiv und unter therapeutischen Gesichtspunkten als kontraindiziert erlebt wurden. Die vielfache Verwendung offizieller Rückfallraten als Effektivitätskriterium ist den eigenen Befunden zufolge differenziert zu handhaben und mehrfaktorielle Bedingtheiten in und von Rückfallgeschehnissen anzunehmen.

25.1.2.1 Erfordernis um differenzierte therapeutisch und juristisch integrierbare, flexible individuell ausrichtbare Reaktionsformen

In Folge der, mit einem Rückfallgeschehen verbundenen, formalen und rechtlichen Konsequenzen, kann es bei der aktuellen Rechtslage in Deutschland, trotz einer im Hinblick auf die Gefährdung der Allgemeinheit relativ geringen Schwere des begangenen Deliktes (z.B. kleinere Verkehrsdelikte), zum Widerruf der Bewährung und / oder zur (Wieder-) Einweisung in den Maßregel- oder Strafvollzug kommen.
Von Einrichtungen mit Erfahrungen in ambulanter Therapie, die sich im Rahmen der Untersuchung zum Themenkomplex geäußert hatten, wurde wiederholt und v. a. aus therapeutischer Sicht gefordert:
- einen differenzierteren und individualisierteren Zugang gegenüber einem solchen Rückfallgeschehen sowohl unter therapeutischen als auch juristischen Gesichtspunkten und
- eine, der Schwere des Vorfalles angemessene, Handhabung mit entsprechend individuell abstimmbaren Reaktionsformen und –möglichkeiten, praktizieren zu können.

Allgemein war darauf abgehoben worden, in der Begegnung von Rückfallgeschehen und Krisen strukturell und justiziell entsprechende, die Bedingtheiten des Einzelfalles stärker berücksichtigende und damit überhaupt individualisiertere Zu- und Umgangsmöglichkeiten zu eröffnen. Zu einem Rückfallgeschehen ist generell und insb. unter therapeutischen Gesichtspunkten ein individualspezifisches, möglichst konstruktives und entwicklungsförderliches Analysieren und Bearbeiten dieses Geschehens nötig, vorausgesetzt dies läßt dessen Ausformung und der Rahmen der ambulanten Behandlung zu. Des Weiteren sollte im Hinblick auf die Gesamtbewertung die individuelle Relation zum vorausgegangenen Einweisungsdelikt berücksichtigt werden.

25.1.3 Zusammenfassende Bewertung und Diskussion zum Erfolgskriterium ´Rückfälligkeit`

Rückfälligkeit und delinquentes Verhalten bildeten in all den Metaanalysen das wesentlichste Kriterium, an dem der Erfolg gemessen wurde. In Entsprechung zu den eigenen Befunden fanden sich zwischenzeitlich Stimmen gegen einen undifferenzierten Einsatz des Rückfallkriteriums als Erfolgskriterium der Legalbewährung und dessen Verwendung als alleinigen Indikator in Forschung und Wissenschaft, den Sozialwissenschaften, der

Kriminologie und Kriminalpolitik.[10]. Es wird im Einvernehmen mit Experten der Evaluations- und Behandlungsforschung *(Kury 1986 c; Lösel et al. 1987; Lösel & Köferl 1989, Waldo & Griswold 1979, zur Differenzierung des Rückfallkriteriums in den Evaluationsstudien vgl. zudem: Lösel et al. 1987; 1993; Höbbel 1967)* unter dem Eindruck mehrfaktorieller Bedingtheiten in und von Rückfallgeschehnissen der eigenen Befunde eine Differenzierung des Rückfallkriteriums verlangt, um es in seiner Pauschalisierung als Erfolgskriterium der Legalbewährung einzudämmen und um Kriterien aus dem Persönlichkeits- und Verhaltensbereich zu ergänzen. [So hat sich auch gezeigt, daß Studien, die in Persönlichkeitsmaßen besonders erfolgreich abschneiden, nicht unbedingt auch nach dem Rückfallkriterium Behandlungswirkung haben *(vgl. Lipsey 1992a; Lösel 1994; zur Problematik der Ergebniskriterien des offiziellen Rückfalls oder der Wiederverurteilung s. auch: Lloyd, Mair & Hough 1994; Lösel et al. 1995; Sechrest et al. 1979).]*

Grundsätzlich zu warnen ist vor dem alleinigen Einsatz, der einseitigen Bewertung und Nutzung des Terminus als Kriterium der Legalbewährung. Ein vielfach verwendetes Effektivitätskriterium sind offizielle Rückfallraten. Deren Verwendung als Effektivitätskriterium wird indessen durchaus kontrovers diskutiert. Generell ist davon auszugehen, dies in der Verwendung als alleinigen Indikator unbedingt kritisch zu werten und, daß auch multiple Effektkriterien des delinquenten Verhaltens mit anderen theoretisch fundierten Verhaltenskriterien interagieren.

Behandlungseffekte schlagen sich keineswegs immer konsistent in bestimmten resp. verschiedenen Kriterien nieder.

Nachdem für die stationäre wie ambulante Behandlung spezialpräventive und auch kriminalpolitische Aspekte als Ziele zu berücksichtigen sind, kann andernteils auf das Rückfallkriterium an sich nicht verzichtet werden. Doch sollten in einer differenzierteren Beurteilung der Wirkungsweisen von Behandlungen, die qualitative und quantitative Ausprägung der Rückfallgeschehen und deren situative Einbettung bzw. der Einfluß von Kontextvariablen mit berücksichtigt werden.

25.2 Rückfallaufkommen und –geschehen

25.2.1 Stichprobe, Erhebungsmodus, Besonderheiten

Zu *Rückfallgeschehnissen* waren außer zur eigentlichen auch aus dem Kontext anderer Fragestellungen von zusätzlich 10 Einrichtungen mit n_s=1329 stationären und n_a=198 ambulanten Patienten speziell Angaben zu Reduktionen in Ausprägung und Verlauf während und nach ambulanter Behandlung zusammengetragen worden. Rückfalluntersuchungen zufolge besteht eine hohe Rückfallrate bei unbehandelt entlassenen Straftätern. Das Abfragen zu Rückfallquoten bildete an sich keinen eigentlichen Bestandteil der Fragebogenerhebung.

Zum *Rückfallaufkommen und -geschehen* ambulanter forensisch psychiatrischer Patienten äußerten sich inhaltlich über offene unstrukturierte Fragen 12 Einrichtungen mit zusammen n_s=1535 stationären und n_a=232 ambulanten Patienten. Darüber ergaben sich folgende, vornehmlich qualitative, Befunde hinsichtlich Aufkommen, Qualität, Ausprägung und Verlauf von und zum adäquaten Umgang mit Rückfallgeschehnissen ambulanter Patienten, worüber ein deutlicher Erkenntnisgewinn zu dieser Thematik möglich wurde.

Aus den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchungen waren, v. a. auch im Design der vorliegenden Untersuchung begründet, zum Aufkommen von Rückfällen unter quantitativen Gesichtspunkten keine Aussagen von statistischer Relevanz möglich. Von allen rekrutierten Einrichtungen der o. g. Stichprobe wurde über einen qualitativen Erhebungszugang vermittelt, daß, wenn bei ambulant (nach-) behandelten forensischen Patienten deliktbezogene Rückfälle vorkamen, diese in ihrer Qualität und ihrer strafrechtlichen Dimension respektive Ausformung und Schwergewichtigkeit gegenüber den vorangegangenen Eingangsdelikten bzw. kriminogenen Taten weitaus geringer ausfielen und bei Wiedererkrankungen die psychischen Erkrankungsformen von geringerer Ausprägung und insg. weitaus weniger gravierend verliefen, als die, die ursprünglich zur Verhängung der Maßregel geführt hatten. Entsprechende Angaben waren dahingehend seitens der behandelnden Therapeuten und Einrichtungen außer zu den eigentlichen auch aus dem Kontext anderer Fragestellungen und dabei neben den o. g. 12 von zusätzlich 10 Einrichtungen mit n_s=1329 stationären und n_a=198 ambulanten Patienten erfolgt.

25.2.2 Rückfallgefährdung

Aus den eigenen Untersuchungsbefunden ergaben sich zu Rückfallquoten folgende Übereinstimmungen. Zum Aufkommen an Rückfällen besteht ein Gipfel zum Zeitraum von 2 Jahren und ein erneuter Anstieg 4-5 Jahre nach der Entlassung des Patienten. Nach diesem Zeitraum sinkt die Rückfallrate erheblich. Entgegen den hohen rückfallbezogenen Quoten strafrechtlich Untergebrachter fanden sich - zumindest in der Gesamtschau der vorgestellten Untersuchungen - zu Rückfallgeschehnissen, die auch offizielle Eintragungen im Strafregister zufolge hatten, Quoten zwischen 20 % und max. 25 %.

25.2.3 Prophylaktisch als wirkungsvoll erfahrene Faktoren

In der Überschau der Erfahrungen der deutschen Erhebungen fanden sich deutliche Hinweise auf Faktoren, die Abbruchquoten entgegenwirken und die Akzeptanz und Effektivität der Behandlung erhöhen können.

---

[10] Eine solche pauschalisierende Haltung bildet sich dann auch ab, wenn Rückfall definiert wird als jede neue Eintragung im *Bundeszentralregister*. (Darüber kann es zu einer Einschätzung von einer bis zu über 80 %-igen Rückfälligkeit nach dem Strafvollzug kommen.)

25.2.3.1 Berücksichtigen von Vorabselektion und Kontraindikationen

Solche waren auch eine vorab gezielte Selektion und Zuordnung der Klientele zum ambulanten Setting unter Gesichtspunkten der Passung von Setting und Bedarfsprofil des Patienten.

25.2.3.2 Laufende und beendete Behandlung: Reduktionen von Rückfällen in Ausprägung und Verlauf während und nach ambulanter Behandlung und rückfallbezogen und legalprognostisch deutlich schlechtere Entwicklungen resp. Perspektiven für Therabieabbrecher gegenüber -beendern

- Stichprobe

Zu rückfallbezogenen und legalprognostischen Entwicklungen und Perspektiven für Therapieabbrechern gegenüber Beendern konnten zu Voraussetzungen für eine Aufnahme in ambulante Behandlung von 12 Einrichtungen mit n_s=1535 stationären und n_a=232 ambulanten Patienten aus anderen Kontexten der Erhebung entscheidende Kriterien als Vorabbedingung für die Übernahme in eine ambulante Behandlung erschlossen werden. Angaben dazu waren auf offen gehaltene Fragestellungen erfolgt und daher nicht an Vorgaben gebunden gewesen. Alle zu dieser Frage rekrutierten, Kliniken verfügten über eine Form eines gut organisierten ambulanten Versorgungsangebotes. In Übereinstimmung mit den Erfahrungen aus den eigenen Untersuchungen bestätigten dies außerdem anteilig andere und konkret Follow-up-Untersuchungen zu den jeweils größten Vertretern der offiziellen Formen nichtstationärer Versorgung und hier zu den Institutsambulanzen, Gießen, zu den gemeindenahen Ambulanzprojekten, *Lippstadt Eickelborn* und den tagklinischer Einrichtungen, *Utrecht, NL*.

- Befunde

Therapieabbrecher zeigten rückfallbezogen, zum Aufkommen und der Ausformung von Rückfällen eine weitaus schlechtere Prognose als Therapiebeender: Zur Gruppe von Patienten, die ein ambulantes oder teilstationäres Therapieprogramm durchlaufen haben, offenbarten sich gegenüber Therapieabbrechern (und einer Kontrollgruppe ohne Ambulanzbehandlung) quantitativ und qualitativ, in Ausmaß und Schwere deutlich weniger gravierende Rückfälle. Zu Patienten mit ambulanter Behandlung ergaben sich währenddessen und danach geringere Gewalt- oder Straftaten und einschlägige Rückfälle fielen in ihrem Ausmaß weniger stark aus als Eingangsdelikte, in allen Fällen geringere Wiederunterbringung und zwischen der Erteilung rechtzeitiger Widerrufe und einer insg. niedrigen Rückfallrate eine - allerdings nicht lineare- Beziehung.

25.2.4 Informationen zu Rückfallaufkommen und -geschehen ambulanter Patienten aus ergänzenden Angaben und katamnestischen Untersuchungen

Katamnestische Untersuchungen zu Rückfallgeschehnissen fanden sich von all den Einrichtungen mit Erfahrung in ambulanter Therapie, die sich zur Thematik von Rückfallgeschehen geäußert hatten, zu einer institutionalisierten forensischen Ambulanz *(Gießen)* sowie dem Kontext der Ambulanzversorgung einer der gemeindenahen Modelleinrichtungen des Bundes und der *Forensischen Nachsorgeambulanz Wien*. Zu der gemeindenahen Modelleinrichtung *Lippstadt Eickelborn* waren über detaillierte Verlaufsanalysen außerdem Informationen zu krisenhaften Entwicklungen im Kontext ambulanter Behandlungsführung evaluiert worden, wobei deren zentrale Inhalte auch den Erfahrungen der anderen Modellprojekte entsprachen. Quantitative Angaben zu Rückfallquoten ambulant geführter Patienten ergaben sich zu den *Institutsambulanzen Gießen/ Haina* und der *Forensischen Ambulanz Wien* und schließlich der *Tagklinik Utrecht.* Zur *Wiener Institutsambulanz* und der *Tagklinik Utrecht* konnten aufgrund von deren zur Verfügung gestellten Daten Rückfallquoten ermittelt werden. Rückfallquoten über kontrollierte Untersuchungen mit unbehandelter Kontrollgruppe fanden sich nur zu einer *Ambulanz Gießen*. Zu letzterer ergaben sich dahingehend Daten und Informationen zum krisenhaften Verlauf resp. der Frage nach Rückfallgeschehnissen während ambulanter Therapieführung über insg. drei Jahre zu den, seit Bestehen der Ambulanz behandelten, Ambulanzpatienten *(vgl.: Müller-Isberner 1996).* Diese hatte über Follow-up-Untersuchung zeitgleich mit dem, der initialen Erhebungen der Autorin zugrundeliegenden Stichtag Quoten zu Rückfällen zu all ihren bislang behandelten Patienten erhoben.

25.2.4.1 Ergänzende Angaben zum Rückfallaufkommen der Forensischen Institutsambulanz *Gießen*

Diese institutionalisierte deutsche *Forensische Institutsambulanz Gießen* mit bislang längster Erfahrung berichtete von einer eigenen Untersuchung zu den seit Bestehen dieser Ambulanz behandelten Patienten. Seitens der Einrichtung *Gießen/ Haina* war zum 01.01.1993 eine Cross-Section-Analyse durchgeführt worden zum Vergleich von Patienten mit und einer entspr. Kontrollgruppe (KG) ohne ambulante Behandlung (n=67). Zur Rekrutierung dieser Daten ist anzumerken, daß die Einrichtung bereits im Kontext der vorliegenden Untersuchung und zur o. g. Fragestellung auf diese ihre Erhebung verwiesen hatte[11]. Die ambulante Gruppe bot mit 5 % gegenüber der KG mehr als um die Hälfte weniger deliktbezogene gefährliche Vorfälle nach Entlassung aus dem stationären MRVZ (ambulant geführte Gruppe: 5 % gegenüber der KG mit 12 % an entsprechenden Vorfällen) und die Ambulanzpatienten mußten weitaus seltener wieder stationär eingewiesen werden (ambulante Gruppe 2 % versus KG 11 % der Stichprobe). Daß die Anzahl der Widerrufe der ambulanten Gruppe sich nicht dramatisch von denen der KG unterschied, wurde kriminalpräventiven Maßnahmen zugeschrieben, um durch einen rechtzeitigen Einsatz des Widerrufs gefährlichere Entwicklungen delinquenter Verhaltensformen zu

[11] Anteilig *s.: Müller-Isberner 1996: 81-86.*

verhindern. In der KG jedoch waren die meisten Widerrufe in tatsächlich neuen kriminellen Aktivitäten der Patienten begründet gewesen (9 % Widerrufe in der Ambulanzgruppe versus 11 % in der KG).

Tab. 9: Gruppenvergleich: Ambulanz- versus unbehandelte Kontrollgruppe (KG)

Gruppenvergleich: Ambulanz- versus unbehandelte Kontrollgruppe (KG)		
	mit ambulanter Therapie	
	´Ja` Anteil % (n=56)	**´Nein` Anteil % (n=67)**
Gewaltverbrechen und Brandstiftungen	05 %	12 %
Stationäre Unterbringung (MRVZ bzw. Strafvollzug)	02 %	11 %
Widerruf	09 %	11 %

Bezugsgruppe: n_a*=56 ambulant geführte psychiatrisch-forensische Patienten der institutionalisierten forensischen Ambulanz Gießen, Stichtag: 01.01.1993 versus KG mit n=67 nicht behandelten forensisch-psychiatrischen Patienten. Zeitraum: 01.01.1990 bis 01.01.1993 seit Bestehen der Ambulanz.*

Zur Bezugsgruppe der Ambulanzpatienten wurden solche erfaßt, die seit Bestehen der Ambulanz bis zum Stichtag behandelt wurden. (Zum 01.01.93 hatte von diesen noch keiner die ambulante Behandlung beendet.) Es fanden sich:

- 3.4 % (2 Patienten) einschlägige Rückfälligkeit,
- zu 5.17 % (3 incl. der 2 einschlägig rückfällig Gewordenen) ein Bewährungswiderruf;
- in 18.97 % (11 Fällen) Krisen die in ihrem Ausmaß zu einer vorübergehenden Unterbringung des Entlassungsurlaubes und für davon 4 (6.9 %) letztlich zum Abbruch des Entlassungsurlaubes führten,

Zu 5 Fällen (8.62 %) mußte ein Sicherungshaftbefehl erlassen werden, der für 2 Fälle (3.44 %) nach kurzer Krisenintervention wieder aufgehoben werden konnte; Die übrigen 3 Fälle (5.17 %) erfuhren den besagten Bewährungswiderruf.

Tab. 10: Rückfälligkeit der Patienten einer fachforensischen Institutsambulanz

Rückfälligkeit der Patienten einer Institutsambulanz	
03 Fälle (5.17%) davon 2 (3.4%)	Bewährungswiderruf incl. der 2 Patienten mit einer einschlägigen Rückfälligkeit
11 Fälle (18.97 %) (insg.) wovon 4 (6.9 %)	Krisen, die zu vorübergehender Unterbrechung des Entlaßurlaubes bzw. dessen Abbruch führten
5 Fälle (8.62 %) davon 2 (3.44 %): übrige 3 (5.17 %)	Sicherungshaftbefehl Nach kurzer Krisenintervention wieder aufgehoben → Bewährungswiderruf

Resümee: Die *Fachforensische Institutsambulanz Gießen* kam zum Schluß: Die Einrichtung einer ambulanten Betreuung wirkt im Hinblick auf potentielle Rückfallgeschehnisse kriminal - präventiv und entspricht dem eigentlichen Bedarf nach ambulanter Behandlung.

25.2.5 Orientierende Anmerkungen zu Rückfallraten

Auch aus den eigenen Untersuchungen war ein hoher Anteil der Patienten wegen sexuell motivierter Delikte untergebracht gewesen. Der folgende Überriss vermittelt einige orientierende Bezüge zu Rückfallraten:

- **Straftäter mit und ohne Behandlung**

Rückfalluntersuchungen zufolge besteht eine hohe Rückfallrate bei unbehandelt entlassenen Straftätern. Nach Schätzungen des *United States Department of Justice (1988 a)* lag die Rückfallrate unbehandelter Sexualstraftäter bei 60 % in einem Zeitraum von 3 Jahren nach der Entlassung aus dem Gefängnis (incarcerated settings) und zu Sexualstraftätern mit umfassender sozialisierter Behandlung innerhalb einer solchen Einrichtung zwischen 15 % und 20 %. Quoten zur einschlägigen Rückfälligkeit für Sexualstraftäter lagen innerhalb von 6–10 Jahren zwischen 12 - 20 % *(vgl.: Egg 1998, 1999 a,b; Elz 1999; Greenberg 1998; Hanson et al.1995; Hanson und Bussiere 1998; Prentky et al. 1997).* Bei Studien mit längeren Follow-Up-Zeiten von 15-20 Jahren stiegen Rückfallquoten fast nie über 40 % *(vgl. Egg 1999b; Hanson und Bussiere 1998: 357)* - vereinzelt konnten sich für spezifische Tätergruppen Rückfallquoten bis zu 64.3 % *(Marshall und Barbaree 1990 a: 372)* ausbilden.

- **Rückfallquote bei Sexualstraftätern nach differenzierten Täterprofilen**

Die Rückfallquoten betrugen nichtdeutschen internationalen Untersuchungen zufolge für Inzesttäter 4 % - 10 %, für ausserfamiliäre Missbrauchstäter mit weiblichen Opfern 10 % - 29 % und für solche mit männlichen Opfern 23 % - 40 % *(Marshall und Barbaree 1990a: 371).* Zur Gruppe der außerfamiliären Missbrauchstäter ergab eine deutsche Studie Rückfallquoten zwischen 20 % und 6.5 % *(Egg 1999b).* Laut der Strafverfolgungsstatistik von 1995 wiesen 49.2 % aller verurteilten Sexualstraftäter frühere Verurteilungen auf, im Vergleich zu 50.1 % bei

allgemeinen Straftätern (außer Verkehrsdelikten) *(zit. n. Egg 1998: 58)*. Die Kategorie der einschlägigen Rückfälligkeit von Missbrauchstätern ist besonders zu betrachten: Diese sind überwiegend Ersttäter (nicht einschlägig vorbestraft) und nur 18 % wiesen eine frühere Verurteilung wegen eines Sexualdelikts auf. Missbrauchstäter mit Voreintragungen wegen ´ausschließlich sonstiger Delikte`, wurden innerhalb der Beobachtungszeit überwiegend nur wegen ´sonstiger Delikte` erneut straffällig *(Egg 1998: 65-67)*.

- **Thematisch relevante anderweitige Befunde zu Rückfallraten**

Aus einer Übersicht der - eher klein dimensionierten - Studie von *Leygraf 1998* zur Legalbewährung nach einer Unterbringung nach § 63 StGB offenbarten sich in breiter Streuung Raten erneuter Straffälligkeit zwischen 7 und 47 %. (Cave: Bei den unterschiedlichen Katamnesezeiträumen dieser Studien waren die Unterschiede wohl auch darüber mit beeinflußt). Innerhalb der ersten 5 Jahre nach Haftentlassung d. h. nach Inhaftierung aufgrund von Gewalttaten können allgemein Rückfallraten bis über 60 % auftreten *(Scheuerer und Kröber 1998)*.
Die höchsten Rückfallquoten zeigten Sexualstraftäter und von diesen als besondere Risikogruppe die der geistig Beeinträchtigten und hirnorganischer Geschädigten ohne Behandlung sowie Gewalttäter.
Weitere Risikogruppen bilden der Prognoseforschung zufolge Gewalttäter und Schizophreniepatienten mit einer Wahnerkrankung bei unzureichender medikamentös-psychiatrischer Behandlung.
Nachuntersuchungen zu Wiederaufnahmen, -einweisungen, -verurteilungen und Rückfällen nach Entlassung, Überweisung oder Verlegung offenbarten ein breites Spektrum zu Rückfallquoten *(u. a.: Bailey & MacCulloch 1992 (a,b); Black 1982; Gathercole, Craf, Mc Douall,Barnes,Peck 1968; Dell 1980; Tennent & Way 1984; Tong & Mackay 1958:*
bei einer Bandbreite zwischen 2.8 % *(Dell 1990 an Inhaftierungen)* bis 55.0 % *(Tennent and Way 1984 mit allen Straftaten)*.

25.2.6 Zusammenfassung - Rückfallbezogen und legalprognostisch deutlich schlechtere Entwicklungen und Perspektiven für Abbrecher gegenüber Beendern - Vollständig durchlaufene Behandlungsprogramme als ein unter präventiven legalprognostischen Gesichtspunkten günstiger Indikator, - Reduktion von Rückfällen in Schwere und Ausmaß nach durchlaufenen Therapieprogrammen

In der Gesamtschau belegten die Befunde rückfallbezogen und legalprognostisch deutlich schlechtere Entwicklungen und Perspektiven für Abbrecher gegenüber Beendern von Therapien sowie überhaupt Reduktionen von Rückfällen in Schwere und Ausmaß nach durchlaufenen Therapieprogrammen.
Das Durchlaufen eines Behandlungsprogrammes bildete an sich bereits unabhängig von der gewählten hintergründig formalen Struktur des Behandlungsansatzes (Institutsambulanz, gemeindenahe Modelle) einen, unter präventiven legalprognostischen Gesichtspunkten günstigen Indikator. Des Weiteren kommt einer passenden Ausgestaltung, Angebotsstruktur, Intensität und auch angemessenen Dauer der begleiteten Alltagserprobung resp. nachsorgenden Behandlung eine wichtige Rolle zu.
Übergreifend war eine quantitative und qualitative Reduktion in Schwere und Ausmaß von Rückfällen und geringere Gewalt- oder Straftaten nach durchlaufenen Therapieprogrammen generell und im Hinblick auf einschlägige Rückfälle im Besonderen festgestellt worden: Diese fielen in ihrem Ausmaß gegenüber dem jeweiligen Eingangsdelikt weniger stark.
Höhere Widerrufsraten bedeuteten bei solchen Vorgaben weniger Rückfälle. Zwischen der Erteilung rechtzeitiger Widerrufe und einer insg. niedrigen Rückfallrate fand sich eine (allerdings nicht lineare) Beziehung.
Die Erkenntnisse basieren auf Übereinstimmungen in den Angaben der deutschen Einrichtungen und denen sowohl der institutsambulanten als auch gemeindenahen ambulanten Behandlungsführungen (zusammen 12 Einrichtungen mit n_s=1535 stationären und n_a=232 ambulanten Patienten).
Sie wurden bestätigt über Befunde aus Follow-up-Untersuchungen zu den jeweils größten Vertretern der rekrutierten ambulanten Versorgungsformen: Der jeweilig größten deutschen und österreichischen *Forensischen Institutsambulanzen Gießen und Wien*, solchen nach abgeschlossener tagklinischer Behandlung *(De Waag, Utrecht NL)* sowie der der gemeindernahen Versorgungsprojekte *(Lippstadt Eickelborn)* (qualitativ).
Neben einschlägigen Hinweisen aus den Befunden der eigenen Untersuchungen unterlegten dies Studien aus Kanada *(Wilson, Tien & Eaves 1995)*, Deutschland *(Müller-Isberner 1996)* und den Vereinigten Staaten *(Heilbrun & Griffin 1993; Wiederanders 1992; et al. 1997)*. Entsprechende Erfahrungen wurden zu kontrollierten Konzepten für bedingt entlassene nordamerikanische NGRI-Patienten nach durchlaufenem Behandlungsprogrammen berichtet: Vorausgesetzt die Programme zur bedingten Entlassung (´conditional release program`) wurden durchlaufen, ergaben US-Programme aus *Kalifornien, Oregon, New York* zur Deliktverteilung gegenüber einer Kontrollgruppe geringere Gewalt- oder weniger schwere Straftaten mit einschlägigen Rückfällen in geringerem Ausmaß als die Eingrngsdelikte; In allen Fällen lag der Widerruf der Bewährung und die Wiederunterbringung unter 10 % *(Wiederanders et al. 1997)*.

26 Zur Akzeptanz der Einrichtung einer Ambulanz

26.1 Relevanz der Thematik und Erfassungsmodus

In Gesprächen mit in die Behandlung von MRVZ-Patienten involvierten Professionen, Experten und Vertretern von Behörden und Institutionen war hinsichtlich der Implementierung ambulanter Nachsorgestrukturen als ein wesentliches Argument neben dem Kostenfaktor, die Akzeptanz eines solchen Angebotes thematisiert und kritisch in Frage gestellt worden. Daneben war deutlich geworden, daß Akzeptanz der Behandlungsführung ein wesentliches Kriterium für deren Effektivität bildete. Mit dem hintergründigen Ziel der Optimierung der Behandlungsvorgaben war nach akzeptanzförderlichen und –hinderlichen Faktoren gesucht worden. Zur initialen Befragung lag per se kein Item vor, über das dieser Aspekt allein erfragt worden war. Nachdem sich die eigenständige Bedeutung der Thematik aus den Angaben des initialen Befragungsganges und weiterführender Untersuchungen zu Einrichtungen mit Erfahrung in ambulanter Behandlung abgezeichnet hatte, waren aus dem Datenpool der Erhebung relevante Information und Angaben der Einrichtungen rekrutiert und dazu die Gesamtheit aller Befunde analysiert worden. Dabei wurden die unterschiedlichen Interessen der in den Behandlungsprozess eingebundenen diversen Parteien, v. a. der Patienten, Justiz, Therapeuten und ansonsten beteiligten Institutionen, berücksichtigt. Übergreifend konnten dahingehend folgende Befunde zusammengetragen, anteilig kategorial subsumiert und darüber nachstehende akzeptanzhemmende und -förderliche Faktoren rekrutiert werden.

26.1.1 Direkte Aussagen zur Akzeptanz

Aussagen, die sich inhaltlich konkret auf die Akzeptanz der Institution einer forensischen Ambulanz bezogen, ergaben sich im Zusammenhang mit der Frage nach Gründen für den Abbruch einer ambulanten Behandlung durch den Patienten und zwar zu einer Stichprobe mit 8 deutschen Kliniken mit vier institutionalisierten Ambulanzen, zwei Modelleinrichtungen und zwei weiteren Einrichtungen mit einem gut ausgeformten ambulanten Angebot und damit insg. zu n_s=1258 stationären und n_a=188 ambulanten Patienten. Wiederholt wurde von diesen Einrichtungen, die alle über fundierte Erfahrungen zur ambulanten Therapie verfügten, zum Zeitraum seit Bestehen einer organisierten ambulanten Versorgung (durchschnittlicher Zeitraum dafür bei dieser Stichprobe: 3 Jahre) angegeben, daß es seitens der Patienten nur äußerst selten zur Verweigerung einer Teilnahme an der ambulanten Therapie gekommen sei. Um einen solchen Umstand zu statuieren wurden von diesen Einrichtungen die bereits erwähnte Zuschreibung oder ähnliche Formulierungen verwendet: “äußerst selten” (3), “kaum” (2) “fast nie”(1).
Ein Viertel der Stichprobe (2 weitere Einrichtungen) betonten, bislang habe kein potentieller ´Ambulanzkandidat` die ambulante Betreuung abgelehnt. Aus dieser Stichprobe heraus (8 Einrichtungen) wurde explizit nur zu 1 Fall eine Verweigerung der Teilnahme an der ambulanten Therapie ausgewiesen. All die dahingehend rekrutierten Erfahrungen von Einrichtungen mit organisierten ambulanten Behandlungsangeboten waren mit Formulierungen dieser Art bezeichnet worden bzw. zur Beschreibung eines solchen Umstandes solche Formulierungen genutzt worden, was die Akzeptanz einer solchen Einrichtung für diese Fälle annehmen läßt.
Anderweitig quantitativ faßbare Angaben lagen speziell zu dieser Fragestellung nicht vor.

Tab. 11: Angaben zu Vorkommnissen der Verweigerung ambulanter Behandlung

Klinikstellungnahmen zum Aufkommen von Fällen der Verweigerung von Teilnahme an ambulanter Therapie	
Klassifikationen / Beurteilungen	**Anzahl (n) / Einrichtungen**
“äußerst selten”	3
“kaum”	2
“fast nie”	1
Bislang keine Ablehnung	1
Verweigerung	1 (ein Vorfall)
	Gesamtzahl / Nennungen: 8

Stichprobe: n_s=1258 stationäre und n_a=188 ambulante Patienten zu n_e=8 Einrichtungen mit Erfahrung in ambulanter Therapie (4 institutionalisierte Ambulanzen, 2 Modellprojekte, 2 Einrichtungen mit gut ausgeformtem ambulantem Angebot).

26.1.2 Akzeptanz ambulanter Maßnahmen durch vordem nach § 63 StGB untergebrachte Patienten *Forensische Institutsambulanz Gießen, Forensische Ambulanz Göttingen)*

Aus einer internen Untersuchung der größten deutschen forensischen Institutsambulanz Gießen ergaben sich ergänzende und quantifizierte Angaben zur Akzeptanz institutsambulanter Hilfen: Zur Thematik hatte diese Forensische Institutsambulanz auf die Ergebnisse einer eigenen, zeitnah zum Erhebungszeitraum durchgeführten Stichtagsuntersuchung (Stichtag: 28.09.1992) [12] über 58 ambulante forensisch psychiatrische Patienten verwiesen, welche seit Bestehen (Zeitraum: ersten 3 Jahre) dieser Forensischen Ambulanz behandelt worden waren. [13] Von dieser Patientenstichprobe hatten in ihrer Einstellung gegenüber der Institution ´Ambulanz`

- 34.48 % als eine notwendige und sinnvolle Hilfe eingeschätzt,
- 10.35 % (6) klar abgelehnt und
- über die Hälfte (55.17 %) dahingehend eine indifferente doch hinnehmende Haltung eingenommen.

Zu den n_a=58 Institutsambulanzpatienten dieser Stichprobe lag zu etwas mehr als der Hälfte (51.72 %, 30) eine Indikation für eine psychopharmakologische Behandlung vor. Von diesen zeigten zwar 18 (60 %) eine positive Kompliance, doch nahmen immerhin noch 12 (40 %) ihre Medikamente nur unter dem Druck von Bewährungsauflagen ein *(anteilig: Müller-Isberner et al. 1993: 180-184).* Diese Befunde bestätigten, daß zur Umsetzung der ambulanten Behandlung forensisch psychiatrischer Patienten die Kompliance per se bzw. konkret die therapeutische und Medikamentenkompliance, relevante Einfluß- und Störgrößen bilden, die in ihren Schwierigkeiten zu kalkulieren sind.

Tab. 12: Patienteneinstellung gegenüber eigener Medikamentation nach Betreuereinschätzung (Göttingen)

Einstellung gegenüber Medikamentation (Betreuereinschätzungen) / *Göttingen*		
Einstellung	**Bestand ambulante Patienten (n)**	
	Gründung 1993/ ´94	**Nov. 2000**
Positive Einstellung	07^{+}	09^{+}
Neutrales Tolerieren	09^{+}	12^{+}
alternierende instabile Einstellung	06^{+}	06^{+}
Konstant negative Einstellung	03	02
Gesamtzahl	*n=25*	*n=29*

Betreff: Einstellung gegenüber eigener Medikamentation (Einschätzung durch Betreuer) / Göttingen: Bestand ambulante Patienten n_a=25 und erneut abgefragt Nov. 2000 mit n_a=29.

26.1.3 Akzeptanz ambulanter Behandlungsmaßnahmen vormals nach § 64 StGB Untergebrachter

Insbesondere zur Gruppe vormals nach § 64 StGB eingewiesener Patienten ergab sich über den qualitativen Zugang der initialen und anschließenden Nach- Erhebungen, daß, basierend auf entsprechenden beobachteten Entwicklungen, zu einem – nicht quantitativ bemessenen - Anteil an Patienten, auch noch nach einer Zeit deutlicher Ambivalenz eine Orientierung an der Therapie und Anbindung an den Therapeuten stattfinden konnten. Und es zeigte sich: Ein bis dato nicht quantifizierter Anteil an Patienten suchte auch nach der offiziell festgeschriebenen Zeit den therapeutischen Rahmen aus eigenem Willen ohne Zwang und setzte die Therapie bzw. zumindest eine Form des therapeutischen Kontaktes aus freien Stücken fort.

26.1.4 Patientenakzeptanz von Anordnungen, Weisungen und Auflagen

Inadäquate gerichtliche Anordnungen scheinen eine mangelnde Kompliance während der ambulanten Behandlung zu begünstigen; unklare, inflexibel und nicht ausreichend an der individuellen Situation des Patienten ausgerichtete, gerichtliche Anordnungen wirken für die Akzeptanz der ambulanten Behandlung von Patientenseite nicht förderlich sondern eher hemmend.

26.1.5 Akzeptanz seitens der Vertreter der Justiz

Die Befunde zu den o. g. Kliniken und außerdem 4 weiteren Einrichtungen mit einem gut organisierten ambulanten Therapieangebot hatten ergeben, daß von den örtlichen Vertretern der Justiz im Falle eines vorliegenden offiziellen ambulanten Behandlungsangebotes unabhängig von dessen konzeptioneller Ausgestaltung, allein aufgrund des Umstandes, daß ein gesicherter Bestand an einer derartigen Versorgung vorlag, eine deutlich höhere Bereitschaft genannt wurde, Auflagen mit der Weisung zur ambulanten Therapie bzw. gemäß *§ 67d Abs. 2 StGB* die Maßregel unter Auflage einer ambulanten Therapie zur Bewährung auszusprechen.

[12] *Entspr.: vgl.: Müller-Isberner et al. 1993: 180-184.*

[13] In der hier vorgestellten bundesweiten Erhebung war dann zur Frage nach der Anzahl an Patienten, die seit Bestehen der Ambulanz betreut worden waren, seitens dieser Einrichtung ebenfalls auf diese Population Bezug genommen worden.

26.1.6 Kontakte mit gut installierten Bezügen, deren Erhalt, Transparenz und Klarheit als akzeptanzförderliche Maßnahmen

Die Berücksichtigung bestimmter und konkret folgender Vorgehensweisen wurden im gegenseitigen Kontakt der Vertreter von Justiz und Ambulanz als Vertrauen schaffend und damit akzeptanzförderlich erfahren: Primär handelte es sich dabei um regelmäßige Kontakte der Ambulanzmitarbeiter mit den, in der Behandlung Verantwortung tragenden Personen bzw. Vertretern der Justiz, die Wahrung von Transparenz und Klarheit, im Hinblick auf Kontrollfunktionen und damit einhergehende Vereinbarungen für beide Parteien.

26.1.7 Verbesserung der Akzeptanz in der Öffentlichkeit und gegenüber Bezugspersonen

Gezielte Öffentlichkeitsarbeit und längerfristig informative, sachgerechte Aufklärungsarbeit dienen dazu, den Behandlungsgedanken und die -ziele mit Interessen der Öffentlichkeit abzustimmen und, um i. S. einer angestrebten Resozialisierung, Behandlungsmaßnahmen überhaupt längerfristig sozial und gesellschaftlich implementieren zu können. Im Zuge dessen und auch gemeindenaher Behandlungsführungen können und sollen dahingehend Mitarbeiter erforderlichenfalls u. a. durch gezielte Einzelgespräche mit potentiellen Arbeitgebern / Ausbildern Fundamente einer vertrauensvollen Kooperation schaffen, Informationen gegen Nichtwissen und Ressentiments liefern und überhaupt integrationsförderlich, motivational und supportiv wirken.

26.1.7.1 Hohe Akzeptanz seitens der Patienten bei adäquater Versorgung

Eine adäquate Versorgungsstruktur wirkt sich im Hinblick auf die Akzeptanz der Klientele begünstigend aus. Von Einrichtungen mit Erfahrungen und entsprechenden Angebotsstrukturen zur ambulanten Therapie wurde berichtet, daß es bei den für eine ambulante Behandlung vorgesehenen Patienten faktisch nur selten zur Verweigerung der Teilnahme an der ambulanten Therapie gekommen sei. Dabei benannten nur 2 Einrichtungen aus dieser Stichprobe von 12 deutschen Kliniken (17 %), die sich zu dieser Frage geäußert hatten, überhaupt solche Vorkommnisse. Andernteils muß grundsätzlich kalkuliert werden, daß die, für eine solche Form der Behandlungsführung ausgewählte, Klientele auch einer, an den bestehenden Versorgungsmöglichkeiten ausgerichteten, Vorabselektion unterliegt, was per se und insb. im Falle einer defizitären Versorgungssituation als problematischer Faktor zum Tragen gelangt.

26.1.7.2 Gründe für mangelnde Patientenkompliance und -akzeptanz

- **Fehlende Motivation**

Die Hälfte aller antwortenden österreichischen Einrichtungen thematisierten kritisch fehlende Motivation der Patienten als Gründe für mangelnde Kompliance während ambulanter Behandlung (5 und damit die Hälfte aller rekrutierten Einrichtungen der initialen österreichischen Gesamtstichprobe von denen 4 tatsächlich Ambulanzarbeit praktizierten). Zum Aspekt der Kompliance per se und den Gründen für eine mangelnde Kompliance während ambulanter Behandlung hatten sich insg. 6 Einrichtungen geäußert. Mehrfachnennungen waren möglich gewesen.

- **Ausgestaltung von Weisungen**

Unzureichend ausgestaltete gerichtliche Anordnungen bzw. Weisungen waren der Akzeptanz der Behandlung eher abträglich und hemmend. 5 Einrichtungen davon 4 mit ambulanter Therapieerfahrung, bemängelten inadäquate gerichtliche Anordnungen und kritisierten diese als unklar, inflexibel und unzureichend an der individuellen Situation des Patienten ausgerichtet[14]. Sie sahen darin eine zentrale Ursache für mangelnde Kompliance während der ambulanten Behandlung. - In der deutschen Erhebung waren zu dieser Frage ausschließlich Probleme während der ambulanten Behandlung thematisiert worden.

- **Passendes Setting**

Akzeptanz wird in gegenseitiger Bedingtheit begünstigt durch adäquate Behandlungsvorgaben, die sich auszeichnen durch ein passendes Setting mit patientenorientierten Vorgehensweisen, Angebotsstrukturen, als wirksam und effektivitätsförderlich zuerkannten konzeptionellen Attributen. Diese decken sich mit den als Behandlungsprämissen bezeichneten und ausgewiesenen Kriterien, die es gilt, in der Therapie psychisch kranker Straftäter zu berücksichtigen, die der Effektivität einer solchen zuträglich sind bzw. andernteils als abträglich, ungut, nachteilig oder kontraproduktiv und daher zu meiden, erkannt wurden. Insbesondere das in dieser Arbeit vorgestellte Erfahrungsbeispiel aus der Entwicklung der Behandlungskonzepte der *Tagklinik Utrecht* offenbarte gegenseitige Bezüge und Abhängigkeiten zwischen Passung von Bedarfs- und Behandlungsprofil und der Zusammensetzung der Patientengruppe nach Störungsbildern.

[14] Zu dieser Frage waren für jede Einrichtung Mehrfachnennungen möglich gewesen.

Tab. 13: Als akzeptanzförderlich erkannte Faktoren für professional und komplementär in die nachsorgende bzw. ambulante Versorgung Eingebundene (Personen / Institutionen)

Akzeptanzförderliche Faktoren für professional und komplementär in die nachsorgende bzw. ambulante Versorgung Eingebundene (Personen / Institutionen)	
Angaben	**Anzahl / Nennungen**
Informativ unterlegte unbeschönigte Übergabe	08
Sicherstellen einer aktuellen umfassenden Diagnostik	08
Transparenz, Klarheit und Struktur	02
Geregelter Informationstransfer v. a. zu Entwicklungen des Patienten	12
Haltung einer bedingten Fürsorge der Ambulanz (-mitarbeiter)	12
Persönliche Anbindung	12
Belastbare therapeutische Beziehung / tragfähiger therap. Kontakt	12
Kriseninterventionsmöglichkeiten durch Ambulanzexperten	12
Rücknahmegarantie der Herkunftsklinik	12
Zusicherung, Verfügbarkeit, Bereitstellung an forensischem Fachwissen Informationstransfer, Beratung, Supervision	12
Möglichkeit und Angebote zur forensischen Nach-Qualifikation	08
Verfügbarkeit und Abrufbarkeit zugesicherter Ambulanzleistungen - qualifizierter und qualifizierender Funktionen - von Expertenfunktionen der Ambulanzmitarbeiter - als forensisch therapeutische Experten, Mittler, Organisatoren - zur qualifizierten forensischen Beratung - Präsenz für Kriseninterventionen - Zusicherung eines Krisenbettes - entspr. Maßnahmen im Krisen-Fall einer erforderlichen stationären Aufnahme	12
Passung von Treatment – Setting und – Ansatz	05
Adäquat ausgestaltete Weisung	04
Passende Vorabselektion	03
Übergreifend als akzeptanzföderlich erkannte Faktoren	
Wenig Reibungsverluste durch Interessen und Rollenkonflikte	
geregelter und unbeschönigter Informationstransfer	
Geregelte Risikoeinschätzung	
Passende Strukturvorgaben	
Sicherstellen qualitätssichernder Maßnahmen, Supervisionen, Teamsitzungen	

[*] *Mehrfachnennungen waren möglich gewesen*
Bezug: n_e=12 Einrichtungen mit n_s=1624 stationären und n_a=245 ambulanten vordem sowohl nach § 63 als auch § 64 StGB untergebrachten Patienten. Alle dazu erfaßten Einrichtungen (u. a. alle Kliniken mit institutionalisierten Ambulanzen sowie alle gemeindenah orientierten Modelleinrichtungen) verfügten über eine gut organisierte ambulante Behandlungsform.

26.1.7.3 Indikatoren für eine hohe Akzeptanz der ambulanten Versorgung

Es fanden sich Indikatoren für eine hohe Akzeptanz der ambulanten Versorgung und ihres Angebotes: Seitens der Patienten waren dies folgende: Niedrige Ausfallfrequenz und Abbruchquote, freiwillige Nutzung und abgeschlossene Behandlung.

- **Freiwillige und dabei längerzeitige Nutzung**

Als entsprechender Indikatorwert gestaltete sich die freiwillige und dabei längerzeitige Nutzung der ambulanten Therapiestrukturen: Fast die Hälfte der Stichprobe der Klientele der Forensischen Institutsambulanz Wien nutzte diese Einrichtung seit deren Bestand auf einer freiwilligen Basis *(Näheres hierzu s. entspr. Abschnitt dieser Arbeit zur FRANZ Wien).*

- **Niedrige Ausfallfrequenzen (Ausfallrate) und abgeschlossene Behandlung**

Die – durchschnittliche - Ausfallrate kann als ein – weiterer - Indikator für die Akzeptanz des Behandlungsprogramms durch die Klientele [15] gewertet werden. Eine niedrige Ausfallrate läßt annehmen, daß eine passende, patientengerechte, benutzerfreundliche Form eines ambulanten Behandlungskonzeptes gefunden wurde. Entsprechend fand sich zur *Forensischen Fachambulanz Wien* eine niedrige Ausfallrate von durchschnittlich 14.5 % über einen 3,7 Jahres-Zeitraum (01.04.1992 - 31.12.1995, Min.: 11 %, Max.: 17 %).

[15] Ähnlich der Abbruchquote der *Tagklinik Utrecht (NL)* nach durchlaufener Anfangsphase und vollzogenen Optimierungs- und Anpassungsmaßnahmen an den realen Bedarf der Klientele.

Und sie wurde von 4 Einrichtungen mit Erfahrung in der ambulanten Nachsorge forensischer Patienten und einer entsprechend ausgerichteten Institutsambulanz als Indikator für die Akzeptanz des Behandlungsprogramms durch die Klientele gewertet. Ähnliches galt zu Abbruchquoten nichtstationärer Therapien psychisch kranker Delinquenten, wie bspw. zu Erfahrungen der *Tagklinik Utrecht (NL*) nach durchlaufener Anfangsphase und vollzogenen Optimierungs- und Anpassungsmaßnahmen an den realen Bedarf ihrer Klientele.

26.2 Zusammenfassende Bewertung als akzeptanzförderlich und -hemmend erkannter Faktoren

26.2.1 Bestand akzeptanzförderlicher und –hinderlicher Faktoren

Es gibt Faktoren, die der Akzeptanz einer forensischen Ambulanz als Institution per se sowie deren Inhalten und Funktionen im Besonderen zuträglich sind und andernteils solche, die dem dezidiert entgegenstehen.

26.2.2 Patientenseite

Es fanden sich Indikatoren für eine hohe Akzeptanz der ambulanten Versorgung und ihres Angebotes: Niedrige Ausfallfrequenz und Abbruchquote, freiwillige Nutzung und abgeschlossene Behandlung.
Es ergaben sich aus dem Kontext der vorliegenden deutschen und österreichischen Untersuchungen Hinweise auf akzeptanzhemmende bzw. andernteils -förderliche Faktoren. Die dahingehenden Erkenntnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen: Akzeptanzförderlich ist eine patienten- und angebotsorientierte Versorgungsstruktur mit vielfältigen und flexiblen, bedarfs- und indikationsgerecht zum jeweiligen Einzelfall abrufbaren und aufeinander abstimmbaren Inhalten und Möglichkeiten. Damit verbunden ist die Erfordernis um spezifische Strukturvorgaben: Diese sollten ein breit angelegtes und vielfältiges Kompendium an behandlungsbezogenen, medizinischen, psycho- therapeutischen, psychosozialen und außerdem beratungs-, beschäftigungs- und ausbildungsbezogenen Angeboten umfassen. Generell sollten neben den üblichen ´komm-` v. a. auch angebotsorientierte, den Patienten aufsuchende, nötigenfalls auch nachgehende Strukturen zum Einsatz gelangen. Diese sollten sich bei einem patientengerechten Angebot auch dynamisch gestalten lassen, ein breit gefächertes und integratives Methodenangebot und neben einem regulären auch ein offen gehaltenes Setting, wie offene Sprechzeiten für behandlungs- und beratungsbezogene Interventionen und Maßnahmen, Erstkontakte und Kontaktmöglichkeiten für Wiedereinsteiger, auch offene Gruppen, Treffs u. a. m. anbieten. Solche patientenorientierten und vielfältigen Angebote wurden von allen Einrichtungen mit Ambulanzerfahrung proklamiert. Offene Sprechzeiten wurden von diversen Ambulanzformen eingesetzt. Diese Maßnahmen ermöglichen Therapieabbrechern und anderen Patienten die Wiederaufnahme der Behandlung und können außerdem für Kriseninterventionen genutzt werden. Die, seitens des Patienten zur Realisation der Behandlung erforderlichen Aufwendungen, sollten möglichst [16] wenig hemmende, demotivierende und damit der Behandlung abträgliche Anteile ausweisen.
Zeitlich und inhaltlich ist dabei Passung und Abstimmung geplanter, behandlungsbezogener Maßnahmen mit dem individuellen Entwicklungsstand des Patienten zu berücksichtigen. Eine patientengerechte Terminierung von Behandlungsmaßnahmen, wie z.B. Abend- und auch Wochenendtermine für bereits berufstätige Patienten ist wichtig. Entsprechend thematisiert wurde der Aspekt der Nähe der behandelnden Einrichtung zum Wohnort des Patienten (s. auch als eine Prämisse adäquater Behandlungsführung dieser Klientele zu ´Heimatnähe` und als behandlungsbezogenes Effektivitätskriterium der Modelle und unter der Vorgabe ´günstige Strukturvorgaben`) und das damit einhergehende Maß an erforderlichen Aufwendungen seitens des Adressaten, aber auch andernteils der Ambulanzmitarbeiter bei mobilen Einsätzen.

- **Patientenorientierte Angebotsstruktur und strukturelle Flexibilität**

Neben den o. g. Gesichtspunkten einer patientengerechten Ausgestaltung der Versorgung und des Behandlungsangebotes, solchen zu Terminvorgaben, Wohnortnähe etc., wirken weitere und folgende andere Kriterien:

- **Verfügbarkeit und Sicherstellen einer gewissen Haltung der Fürsorge und Präsenz durch die Ambulanzleistungen**

Eine gewisse Haltung behandlungsbezogener Fürsorge und Präsenz und diese v. a. zum Krisenfalle sicherstellen zu können, trägt zur Akzeptanz eines solchen Versorgungsangebotes bei.

- **Subjektive Zufriedenheit**

Als ein weiteres Attribut für Akzeptanz benannt wurde die subjektive Zufriedenheit des Patienten mit dessen Entlaßumfeld und seiner allgemeinen Lebenssituation nach der Entlassung aus dem stationären Kontext.

- **Qualität der Anbindung und des Kontaktes**

Eine wesentliche Rolle für die Akzeptanz der ambulanten behandlungsbezogenen Strukturen spielte außerdem die Qualität der Beziehung und Anbindung an die betreuende bzw. behandelnde professionale Bezugsperson (meist Sozialarbeiter oder Therapeuten).

[16] D. h. als unbedingt erforderlich.

- **Abstimmung und Passung von Setting / Betreuungsansatz auf das Bedarfsprofil zum Einzelfall**

Der Abgestimmtheit und Passung von Setting und Ansatz der Betreuung / Behandlung auf das Bedarfsprofil zum Einzelfall mit indikations- und störungsspezifisch ausgerichteter und ggfls. multimethodaler Kombinationstherapie kommt hohe Bedeutung zu.

Kombinationstherapie pharmako-, psycho- therapeutisch: Gemessen am Rückfallkriterium und den Ausfallraten ergaben sich zur Anwendung einer kombinierten, psychotherapeutisch, psychiatrisch medikamentöse Behandlungsführung (Therapienkombination) gute Erfahrungen. Erfahrungen der Institutsambulanz *Wien* berichten über besonders gute Ergebnisse dazu.

- **Forensische Aufklärung der Bezugspersonen und anderer professional in die Betreuung Involvierter zum Krankheitsbild des Patienten**

Nahestehende Bezugspersonen und Bewährungshelfer sind ausreichend über die Erkrankung des Patienten aufzuklären. Die Rekonstruktion von Rückfallgeschehen resp. rückfallnahen Situationen offenbarte risikoreiche Gestaltungen, wenn dies nicht geschehen war oder/ und wenn allein deswegen bzw. aufgrund unzureichender Abstimmungsmöglichkeiten keine Bestandsaufnahme oder eine Statusdefinition der veränderten Lage und infolgedessen keine korrigierenden Interventionen möglich waren.

- **Kompliance**

Behandlungsbezogene Erschwernisse aufgrund unzureichender Kompliance wurden unter verschiedenen Aspekten wiederholt und dabei übergreifend als wesentlicher Problemaspekt ambulanter Behandlungsführung psychisch kranker Straftäter thematisiert, so v. a. auch zu den Gründen für den Abbruch einer ambulanten Behandlung, zur Entwicklung von Krisenmomenten und Rückfallgeschehnissen. Eine entsprechende delikt- und störungsbezogene Motivations- und Einsichtsarbeit bildete ein unumgängliches Element und die funktionale, medikamentöse und medizinische Kompliance eine bedeutsame Rolle in der ambulanten Behandlung dieser Klientele und hinsichtlich der Umsetzung der ambulanten Behandlung forensisch psychiatrischer Patienten relevante Einflußgrößen mit zu kalkulierenden u.U. auch erheblichen Stör- und Erschwernisfaktoren.

26.2.2.1 Anmerkung und Diskussion

Die benannten Akzeptanzkriterien ergaben sich übergreifend zu allen Formen ambulanter Behandlung, aus den Befunden der vorliegenden deutschen Erhebung und zur *Forensischen Ambulanz in Wien*. Die o. g. Faktoren entsprachen anteilig auch denen, die als adäquate Zugangsformen ausgewiesen worden waren und daraus abgeleitet als Kriterien einer effektiven Behandlung bezeichnet werden können. Außerdem deckten sich die, -über die vorliegende Erhebung vermittelten -, Erkenntnisse zur Frage nach der Akzeptanz einer solchen Versorgung weitestgehend mit den auf internationaler Ebene rekrutierten, Erfahrungen zu Alternativen nichtstationärer Versorgung. *(Entspr. u. a.: Wilson, Tien & Eaves 1995; Silver & Tellefsen 1991; Knecht et al. 1993, 1994b, 1995).*

26.2.3 Personalseite

Die Befunde ergaben zur Akzeptanz ambulanter Behandlungen v.a. folgende begünstigende konstellative Faktoren:

- **Begünstigende motivationale Faktoren**

Es hat sich gezeigt, daß die Motivation behandelnder Experten, der Kooperation, Therapie und Beratung komplementärer Einrichtungen durch folgende Faktoren begünstigt werden kann:

> **Berücksichtigung akzeptanzförderlicher Faktoren als Beitrag zur Qualitätssicherung**

Die Berücksichtigung als akzeptanzförderlich erkannter Faktoren kommt letztlich der Qualität der Behandlung zugute.

> **Qualitätssicherung über wissenschaftliche Unterlegung und Evaluationen**

Bestand und Abrufbarkeit qualitätssichernder Grundsatzerfordernisse, wissenschaftstheoretisch fundierter Prämissen und empirischer Erkenntnisse wirken strukturgebend, absichernd und darüber akzeptanzförderlich für zu implementierende Versorgungsmaßnahmen und bedarfs- und patientengerechte Ausgestaltung der Angebots- und Behandlungsstrukturen. Dahingehend sicherzustellen sind

- die Integration fachwissenschaftlicher Erkenntnisse,
- Berücksichtigung der Anforderungsprofile zum aktuellen Wissensstand von Qualitätskriterien,
- begünstigende Vorgaben und Strukturen für einen empirischen Zugang und zur wissenschaftlichen Evaluation der Behandlung,
- qualifizierte fachforensisch ausgebildete Fachkräfte und deren fachforensische, klinisch-therapeutische, praxis- und theoriebezogene Aus- und Fortbildung sowie
- am Bedarf ausrichtbare Supervisionen.

> **Strukturierte Vorgaben**

Auf verschiedenen Ebenen hatten sich klare, strukturierte, geregelte und unbeschönigte Vorgaben und ein entsprechend gestalteter Informationstransfer als vorteilhaft erwiesen.

> **Arbeitsbedingungen**

Die Arbeitskonditionen sollten am spezifizierten Anforderungsprofil ausgerichtet sein. Sie wirken sich aus auf die Haltung aller professionell in die Behandlung Eingebundenen, die Akzeptanz des Patienten, das Ambulanzkonzept und die Gestaltung der ambulanten Behandlungsführung, deren Qualität und Effektivität.

> **Vermeiden resp. Verhindern unnötiger Reibungs- und Energieverluste**

Prinzipiell gilt es möglichst Reibungsverluste, Irritationen in Aufgaben- und Funktionszuschreibungen, Interessen- und Rollenkonflikte zu verhindern bzw. solchen entgegen zu wirken.

> **Orientierung mittels Aufklärung und fachkundiger Information**

Aufklärung, fachkundige Information und überhaupt Transparenz in der Behandlungsführung orientieren die in die Versorgung Eingebunden, vermitteln Sicherheiten und wirken darüber positiv auf die Führung und längerfristig die Integration des Patienten.

> **Angemessene Gratifikation**

Unabhängig von anderen Funktionen bildet eine adäquate Gratifikation / angemessenen Entlohnung ein v. a. auch wesentliches motivationales Element, um den mit solch qualifizierten und anspruchsvollen Tätigkeiten verbundenen, oft besonderen Anforderungen und aufwendigen Belastungen, Rechnung zu tragen.

> **Verfügbarkeit fachforensischer, qualifizierender bzw. kompetenzbildender Leistungen, Informationen, Interventionen, Beratungen, Supervisionen**

Höherfrequente Fachsupervisionen wirken inter- und intrapersonel regulierend. Die Verfügbarkeit und Abrufbarkeit fachforensischer, qualifizierender, kompetenzbildender Informationen sowie supportiver, supervisorischer resp. beratender Interventionen gestaltete sich grundsätzlich und v. a. zum Krisenfalle als ein ausschlaggebendes Argument für komplementäre Einrichtungen, ambulante Dienste aber auch niedergelassene Therapeuten, um die Übernahme in die ambulante Versorgung forensisch psychiatrischer Patienten positiv entscheiden zu können.

> **Fachforensisch qualifiziertes und multiprofessionales Team**

Der Mitarbeiterstab offiziell ausgestalteter ambulante Nach- und Versorgungsstrukturen für forensisch psychiatrische Patienten zeichnete sich aus durch aufeinander abgestimmte, fachkundige, forensisch psychiatrische Behandlung und Beratung und einen gemeinsamen professionalen Hintergrund sowie ein fundiertes forensisch psychiatrisches Fachwissen im Hinblick auf Qualifikation und Ausbildung sowie eine reguläre Teilnahme an Supervisionen.

> **Vorabstimmung von Kompetenz- und Aufgabenbereichen sowie verbindliche Festschreibung von Versorgungs- und Kooperationsstandards**

Geregelte Vorabstimmung der Kompetenz- und Aufgabenbereiche zwischen Ambulanz und forensischer Klinik begünstigen - ebenso wie Bestand und Verbindlichkeit von Festschreibungen von Versorgungs- und Kooperationsstandards - entscheidend die Bereitschaft und Qualität von Kooperationen involvierter Versorger.

> **Implementierung und Verfügbarkeit supportiver Elemente**

Akzeptanzförderlich zeigten sich v. a. auch supportive Elemente. Dahingehend wurden die Installation von zweiten Bezugs- oder Mittelspersonen, oft Ambulanzmitarbeitern, zur Sicherstellung und Übernahme kontrollierender resp. supervisorischer Funktionen als wirksam erkannt. Begünstigend wirkten Maßnahmen, wie Aufklärung und Training zum adäquaten Umgang zu den mit dieser Arbeit verbundenen, spezifischen Belastungsmomenten sowie die geregelte, ggfls. verpflichtende Teilnahme an regulierenden Maßnahmen, höherfrequenten fachspezifisch ausgerichteten Supervisionen, Intervisionen, Teamsitzungen.

> **Teamentlastende Maßnahmen**

Neben den eigenen Erhebungen fanden sich weiter andernorts Hinweise auf das Team entlastende Maßnahmen. Erfahrungen eines gemeindenah ausgerichteten kanadischen Projektes *(Maryland)* schrieben personalen Rotationen der Ambulanzmitarbeiter entlastende Funktionen zu.

- **Berücksichtigung potentiell relevanter Strukturdeterminanten und Sensibilität gegenüber strukturpolitischen Einflußgrößen und Charakteristika des Versorgungsnetzwerkes**

Im Hinblick auf die Etablierung, Akzeptanz und Effektivität der Versorgungs- und Behandlungsmodelle sind strukturpolitische Einflußgrößen und Charakteristika des Versorgungsnetzwerkes zu kalkulieren und sensibel zu handhaben. Trotz des nachgewiesenermaßen hohen Bedarfs an ambulanten Versorgungskonstrukten hatten die gemeindenahen Projekte als alternative Modelle nichtstationärer Versorgung zur Etablierung im überkommenen Versorgungskontext eine hohe strukturpolitische Vulnerabilität und Anfälligkeit erkennen lassen.

- **Absicherung durch gesetzliche Regelungen**

Die Absicherung durch gesetzliche Regelungen ist für das Konzept der ambulanten Nachsorge auch wichtig zur formalen und strukturell gesicherten Basis, Orientierung und legitimierten Etablierung dieser Versorgungsstrukturen im gesamten Versorgungssystem.

- **Definition der nachsorgenden ambulanten Behandlung als integrativen Bestandteil der Maßregel**

Jede Nachsorge beginnt in der stationären Einrichtung. Ambulante und stationäre Behandlungsformen sind zur optimalen Therapiegestaltung in sich abzustimmen und in ihrer Behandlungsführung als Gesamtheit zu definieren.

26.2.4 Richtlinien zum Kontakt der Ambulanz gegenüber den Beteiligten

Für den Kontakt der Ambulanz gegenüber allen an der Behandlung Beteiligten, sind bestimmte, die Akzeptanz einer solchen Behandlungsführung fundierende, resp. überhaupt erst ermöglichende, Richtlinien zu berücksichtigen. Solche zentralen Vorgaben umfassen als Richtwerte zum einen generell die aus der vorliegenden Arbeit entwickelten sowie bereits mehrfach andernorts zum adäquaten therapiebezogenen Zu- und Umgang mit psychisch kranken Rechtsbrechern postulierte Grundsätze (Vorgaben, Richtwerte und Prinzipien) einer adäquaten Behandlungsführung. *(Näheres zur Thematik s. vorausgeschalteter Abschnitt ´Behandlungsbezogene Prämissen` dieser Arbeit).* Daraus resultierten folgende zentrale Vorgaben:

- die Wahrung der Interessen des jeweiligen Gegenübers, darunter v. a. die des Patienten, komplementärer Institutionen, der Justiz, Bezugspersonen, der Öffentlichkeit,
- Struktur, Klarheit und Zuverlässigkeit in Kontakt (Vorgaben und Absprachen) und fachgerechte realitätskonforme, unbeschönigte aktuelle Information mit
- Sicherstellen des Informationsflusses und geregeltem Austausch aller, an der Behandlung Beteiligten,
- Haltung der Fürsorge, Verfügbarkeit, Präsenz zugesicherter Leistungen mit v. a. auch Kriseninterventionen,
- einem adäquaten Setting,
- Flexibilität contra Starrheit sowie - strukturgetragene und -gebende therapeutische Vorgehensweisen

.

26.3 Diskussion und Bewertung zu den Prämissen für adäquate ambulante Behandlung

Zur Therapie der Klientele psychisch kranker Straftäter ist den Untersuchungsbefunden zufolge davon auszugehen, daß besondere Behandlungs- und Zugangsformen die therapeutische Erreichbarkeit dieser Klientele und die Umsetzung vorab vereinbarter Behandlungsziele eher realisierbar werden lassen. Die hier vorgestellten Ergebnisse fundieren auf breit angelegte und über einen längeren Zeitraum geführte Untersuchungen zu einem vordem kaum erschlossenen Bereich.
Aus der Fülle an Daten wurden hier relevante v. a. versorgungs-, struktur-, betreuungs- und behandlungsbezogene Ergebnisse zur Frage nach adäquaten Versorgungs- und Zugangsformen der Versorgung eingebracht. Unter Berücksichtigung der Schlußfolgerungen der einzelnen Kapitel sollen wesentliche Schwerpunkte zu den Befundaussagen in einer Übersicht und im Kontext zueinander eingebracht werden.

26.3.1 Entsprechungen deskriptiv vermittelter als wirksam erlebter Erfahrungswerte und Zugangsformen extramuraler Psychotherapie mit psychisch kranken Straftätern

In der Suche nach spezifischen psychotherapeutischen Zugangsformen zur ambulanten resp. extramuralen Behandlungsführung dieser Klientele, ergaben sich vornehmlich eher deskriptiv gehaltene, auf Erfahrungswerte bezogene Stellungnahmen *(Rauchfleisch 1991, 1994; Rasch 1989a,b, 1994; 1999; bei letzterem v. a. zu dessen Behandlung von Gewaltstraftätern).* Entsprechende Publikationen waren hauptsächlich von einem mehr tiefenpsychologisch orientierten, therapeutischen Hintergrund getragen *(vgl. Warmuth 1990; Rauchfleisch 1991, 1994; Rasch 1989a,b, 1994; 1999).*
Mit Ausnahme zu Programmen für Sexualstraftäter, deskriptiv tiefenpsychologischen Erfahrungswerten und Spezialprogrammen mit störungsspezifischen und – unspezifischen, statischem und dynamischen Anteilen *(STEP für Sexualstraftäter)* oder ein für psychisch kranke Straftäter modifiziertes Behandlungsprogramm *Reasoning und Rehabilitation Programm,* lagen wenig evaluierte Programme vor, die sich auf ambulante Behandlungsmaßnahmen psychisch kranker Straftäter bezogen.
Als Spezifika in der Behandlung psychisch kranker Straftäter wurden aus praxisbezogenen Erfahrungsberichten seitens der Therapeuten folgende therapeutische Vor- und Zugangsweisen benannt:

- **Eher traditionelle Therapiekonzepte sind bei Dissozialen ohne wesentliche Wirkung**

Traditionelle Therapiekonzepte waren ohne wesentliche Wirkung bei Dissozialen, d. h. greifen bei Dissozialen nicht. *(N. ZfStrVO 5/94: 286: zu Rauchfleisch 1994).*

- **Potentiell drohende Gefahr sozialer Verelendung**

Die Ausgangssituation der Patienten im Übergang von der intra- zur extramuralen Behandlung wird wiederholt charakterisiert durch eine ´Situation der sozialen Verelendung`: Für viele der MRVZ-Patienten sind in Konfrontation mit der Realität damit einhergehende fundamentale existentielle Probleme materieller, finanzieller, sozialer und beruflicher Art zu kalkulieren und weiter oftmals massive soziale Defizite in Kombination mit einer mangelnden Schul- und Ausbildung und einer extrem finanziell unsicheren Situation, zu bewältigen.

- **Kalkulation der die Klientele typisierenden erheblichen Defizite zu dessen Sozialisation, Beziehungs- und Kontaktfähigkeit**

Therapeutischerseits wurde auf die Erfordernis verwiesen, die, das Klientele typisierenden, erheblichen Defizite zu dessen Sozialisation, Beziehungs- und Kontaktfähigkeit in der Behandlung zu kalkulieren.

- **Erfordernis relativierter Veränderungserwartungen**

Als Erkenntniswissen wurde seitens der Therapeuten thematisiert, daß den im Verhältnis zur Norm schwerer gestörten Patienten mit relativierten und damit auch geringeren Veränderungserwartungen zu begegnen sei.

- **Aktive Lebenshilfe als therapeutische Erfordernis**

Oftmals ist schlichtweg "aktive Lebenshilfe" *(vgl.: Rauchfleisch 1990; Rasch 1989 a, b, 1994)* zu leisten: Im Hinblick auf den therapeutischen Kontakt wurde es als günstig erfahren, die häufig problematische aktuelle Lebenswelt des Patienten vom Therapeuten als Brücke zum Patienten zu sehen und zu nutzen.

- **Soziotherapeutische Einheiten –übergreifend regulär genutztes therapeutisches Programmelement**

Dem psychotherapeutischen Umgang mit dieser Klientele wurden außerdem immer auch soziotherapeutische Einheiten zugeschrieben.

- **Supportive Maßnahmen**

Abgehoben von der üblicherweise oft einseitig defizitorientierten Diagnostik und Therapieplanung, liegt in der Diagnostik und Behandlungsplanung forensisch psychiatrischer Patienten auch ein wesentlicher Schwerpunkt auf der Identifikation, Entwicklung und Einführung von Aktiva und identitätssupportiver Maßnahmen.

- **Beziehungsarbeit als zentrales Element im therapeutischen Kontext**

Zentrale Bedeutung gilt der Patienten-Therapeut-Beziehung und der Beziehungsarbeit als einem Spezifikum.
Starre Behandlungskonzepte sind radikale therapeutische Abstinenz kontraindiziert.
Um diese Klientele therapeutisch überhaupt erreichen zu können, sind Behandler gefordert, sich antizipatorisch auf die aktuelle Lebenswelt des Patienten einzulassen.

- **Notwendigkeit um reifungsförderliche Strukturen, Entwicklung von Selbstverantwortung und Eigeninitiative**

Ein Kern therapeutischer Bemühungen in der Arbeit mit psychisch kranken Straftätern bildet der konsequente Einsatz therapeutischer Maßnahmen, die der psychischen Reifung und Weiterentwicklung des Patienten und dazu dem Ziel der Verselbständigung, Entwicklung von Autonomie, Selbstverantwortung, Eigenverantwortung und Eigeninitiative des Patienten dienlich sind.

- **Gegen entwicklungshinderliche Maßnahmen, unnötige Reglementierung, Entmündigung, Bevormundung, Passivierung**

Als erschwerende Anforderung wurde das Zusammentreffen der, bei der Klientele psychisch kranker Straftäter, häufig anzutreffenden, mangelnden Frustrationstoleranz, Kontaktstörung, hohen Ambivalenz gegenüber intensiven Beziehungen, Angst vor Abhängigkeit gegenüber bestehenden und drängenden Symbiosewünschen, in der therapeutischen Beziehung, und der Erfordernis diesen adäquat im therapeutischen Kontext zu begegnen. Und es wurde herausgestellt, daß für den Therapeuten in einer Behandlung mit Gewalttätern, ein hohes Kränkungspotential innewohne, die behandelnde Person lange ohne spektakulären Erfolg leben und viel Arbeit in der Negativübertragung aushalten können müsse *[“gehaßt, gerungen, manipuliert und viel Geduld gefordert" (vgl.: Rauchfleisch zit. n. ZfStrVO 5/94: 286)]*.

26.4 Gemeinsamkeiten und Überschneidungen an Merkmalen psychisch kranker Delinquenten des Regelvollzugs mit denen der MRVZ-Patienten

Zur Gruppe der Straftäter, sowohl der der allgemeinpsychiatrischen Patienten bzw. der, psychisch kranker Straftäter als auch der kranker Krimineller und psychisch kranker Delinquenten, ergeben sich merkmalsbezogene Ähnlichkeiten und Entsprechungen. Wurden Behandlungsprogramme im Strafvollzug durchgeführt, berührten diese auch Personen mit psychischen Auffälligkeiten. Zur Gruppe der psychisch kranken Straftäter liegen Gemeinsamkeiten und Überschneidungen in Merkmalsprofilen vor, die sowohl für die Gruppe der Straftäter als auch für die, der psychiatrischen Patienten zutreffen *(vgl. Leygraf 1988; Nedopil & Ottermann 1993; Leygraf 1996).* Demzufolge ist durchaus von merkmalsbezogenen Gemeinsamkeiten und Überschneidungen der jeweils gruppenspezifischen soziodemographischen Besonderheiten der Klientele *(vgl. Leygraf 1988; Seifert & Leygraf 1997a, b; Leygraf 1996; Nedopil & Ottermann 1993)* auszugehen.

26.5 Problem- und Erschwernisfaktoren der Klientele

Zur nichtstationären Versorgung, Behandlung und Nachsorge dieser ´Multi-Problem`-Klientele sind potentielle und entsprechend zu den stationären MRVZ-Patienten vorgestellte, problematische und erschwerende Faktoren zu kalkulieren: Solche sind: Komplexität der Störungsbilder, problematische strukturelle Einflußgrößen, Defizite und Unsicherheiten, eine unzureichende Infrastruktur, rechtlich ungesicherte Rahmenbedingungen, ein niedriger sozioökonomischer Status, schwerwiegende materielle, existentielle, berufliche, soziale und finanzielle Probleme und Ungesichertheiten (zu v. a. auch den Bereichen: Einkommen, Arbeit und Wohnen). Das Vorliegen solcher Faktoren und anderer Merkmale, wie ein, zu dieser Personengruppe häufig anzutreffender, niedriger Bildungsstand oder geringes intellektuelles Niveau, wurden zur Gruppe der stationären MRVZ-Patienten und im Hinblick auf dessen rehabilitative und behandlungsbezogene Relevanz problematisiert *(vgl. entspr.: Leygraf 1988, 1993; Seifert & Leygraf 1994; Nedopil & Müller-Isberner 1995; Nedopil & Banzer 1996).* Neben derlei und den zudem meist ungeklärten rechtlichen und finanziellen Vorgaben, können überdies ungünstige, strukturelle, ggfls. auch lokale Besonderheiten und regionale Disproportionalitäten für die Nachbetreuung und Überleitung der Patienten problematisch wirken. Allein diese Gegebenheiten und damit einhergehende zusätzlichen - v. a. konzeptionelle, strukturelle, personelle und kostentechnische - Aufwendungserfordernisse können für die Planung und Ausgestaltung von Versorgungs-, Finanzierungs- und Personalstrukturen, Problemgrößen darstellen. Wie aus Berichten von, in der Behandlung dieser Klientele in verschiedenen Settings erfahrenen, Therapeuten hervorgeht, sind im Hinblick auf eine therapeutische Begleitung v. a. Erschwernisse zum therapeutischen Kontakt, der Kompliance, Beziehungs- und Belastungsfähigkeit zu kalkulieren *(van den Bergh et al. 1983; Boyan & Roth 1989; Gretenkord 1994; Rasch 1986a,b, 1989, 1994, 1999; Rauchfleisch 1990, 1999; Rasch & Leygraf 1990; Jockusch 1990; Leygraf 1988; Seifert & Leygraf 1997 a,b; Leygraf 1996; Müller-Isberner 1991; Warmuth 1990).* Vertreter dieser Klientele scheinen die bislang üblichen Therapieangebote kaum umsetzen zu können, diese häufig abzubrechen oder abzulehnen. Überkommene Programme können bei diesen Personen oft keine und sogar eher negative Wirkung zeigen.
Ein hoher Anteil dieser Personen lebt unter erschwerten sozialen und materiellen Bedingungskonstellationen.

In der vorliegenden Literatur mit Erfahrungen und Berichten zu problematischen Merkmalen fanden sich kritische Vorbehalte und als erheblich deklarierte Problemfaktoren im Hinblick auf den behandlungsbezogenen Zu- und therapeutischen Umgang mit der Klientele.
Die vorliegenden Befunde bestärkten die Aussagen anderweitiger – anteilig auch zeitnaher - Untersuchungen und behandelten kritisch die Erkenntnis, daß forensische Patienten häufig komplexe Störungsbilder ausweisen bzw., daß bei psychisch kranken Delinquenten mit dem Aufkommen komorbider Erkrankungsformen zu rechnen ist *(vgl.: dahingehende Untersuchungen und Expertenäußerungen zum Auftreten von Komorbidität: u. a.: Jokusch 1991; Leygraf 1988, 1994; Nedopil 1992; Nedopil & Ottermann 1993; Schumann 1993).*

- **Erschwerte Behandlungsbedingungen**

Inzwischen kann es als zuerkannt gelten, daß sich therapeutische Interventionen zu den bei psychisch kranken Straftätern häufig anzutreffenden Störungsbildern, wie schweren, komplexen und komorbiden Erkrankungsformen überhaupt und explizit zu den dissozialen und sozialdevianten Störungen oftmals besonders schwierig gestalten und mit spezifizierten und erschwerten Behandlungsbedingungen einhergehen können.
Neben den eigenen Befunden vermittelten sich dahingehende Erkenntnisse und, daß solche Konstellationen bei der Klientele psychisch kranker Straftäter häufig anzutreffen sind, auch andernorts *(über Kazdin 1987, Lösel 1996, Lösel et al. 1987 Ottermann 1993, Nedopil & Müller-Isberner 1995a b)* sowie deskriptiv von, in der Arbeit und in Praxis und Theorie mit dieser Klientele erfahrenen, Experten *(u. a.: Rauchfleisch 1985; 1991, 1994, 1999; Rasch 1986 b; 1989b; 1994; Pfäfflin 1990; 1999).*
Aus einschlägigen, jedoch auf ein intramurales Setting bezogenen Untersuchungen ergaben sich deutliche Anzeichen dafür, daß bei Straftätern mit antisozialer (dissozialer) Persönlichkeitsstörung mit großer Änderungsresistenz gerechnet werden muß *(vgl. Blackburn 1993; Hare 1995, 1999; Lösel 1997b in: Cook 1997).*
Außerdem weisen Vertreter dieser Störungsbilder auffallend kurzzeitige Unterbringungszeiten aus und es gibt zwischenzeitlich vermehrt Hinweise darauf, daß gerade diese Störungsgruppe besonders spezifizierte und intensivierte Angebots- und Strukturvorgaben im versorgungs- und behandlungsbezogenen Setting benötigt *(Lösel 1997b in: Cook 1997; Cook 2001; Hare 1995; 1999).*

26.6 Differenzierter Zugang zu den Konzepten ´Therapiebedürftigkeit, -motivation und –geeignetheit` sowie ´Leidensdruck`

Die eigenen Befunde, bestätigten einen differenzierten Umgang zu Konzepten zu Therapiebedürftigkeit, -motivation, -geeignetheit und Leidensdruck.
Therapiemotivation und -akzeptanz sind komplex beeinflußbare, relative und dabei durchaus vulnerable Größen und als Problemfaktoren differenziert zum Einzelfall zu betrachten. Die Bedingungen zur Akzeptanz von Psychotherapie und des Therapieprogrammes sind komplex und die Behandlungsbereitschaft von diversen Faktoren abhängig. Sie hängt u. a. sehr stark zusammen mit ausreichender vertrauensbildender Aufklärung und Information, der Qualität der Beziehung zum Behandler und dieses wiederum mit der indikations- und persönlichkeitsgeleiteten Passung des Angebotes im Hinblick auf Störungsbild, Bedarfsprofil und persönliche Konstitution des Patienten sowie dazu einer überhaupt differenzierte, sensible und individuelle Abstimmung der Behandlungsstruktur.
Diese Erkenntnis wurde auch anderweitig *(Dahle 1994, 1995)* bestätigt. Die komplexe Determinierung therapiebezogenen Verhaltens erklärt gut das kognitive Motivationsmodell zur Behandlung von Straftätern von *Dahle (1995)*. Über dieses Modell kann gut vorhergesagt werden, ob Patienten sich in der Haftsituation um Therapie bemühen oder nicht. Es verdeutlicht diverse Erwartungs- und Bewertungsaspekte mit darunter der persönlichen Situation des Gefangenen, dessen Perspektiven, Copingstrategieen, Bewertung von Psychotherapie als Handlungsmöglichkeit etc.. Kritisch zu bewerten sind die immer wieder aufscheinenden, tautologischen Verwendungen des Motivationsbegriffes und darauf abhebende Erklärungsversuche mit oft zirkulärem Charakter *(s. hierzu: Schalast 1999, Dahle 1994, 1995).* Einschlägige Untersuchungen *[Dahle 1994 (´Ziel- und Mittelkomponente` der Therapiemotivation bei Straftätern)]* bestätigen die aus den eigenen Befunden statuierte Annahme, daß Strukturvorgaben, Homogenität des Setting, Ausgestaltung und Führung der Behandlung für deren Akzeptanz und damit auch die Motivation des Betroffenen eine Rolle spielen. Entsprechung hierzu findet der anderweitig konstatierte Verweis, prä-therapeutischen Maßnahmen zur Ausbildung der Therapiemotivation Bedeutung zuzumessen *(Beier & Hinrichs 1996; Briggs 1996).*
Daneben ergaben sich aus den eigenen Untersuchungen Anhaltspunkte dafür, daß die Bereitschaft zur Aufnahme und Kooperation von Psychotherapie als Einflußgrößen auch einer deutlich höheren Hemmschwelle und Erschwernissen unterliegt als andere und insb. somatische und psychiatrisch medikamentöse Behandlungsansätze.

➢ Entsprechend den Erfahrungen der eigenen Untersuchungen wurde die Betrachtung von *´Behandlungsbereitschaft`* als eindimensionale Personeneigenschaft aufgrund diverser Untersuchungen als unzulässige Verkürzung erkannt *(Dahle & Steller 1990; Steller 1994: 77).*

➢ **Behandlungsbedürftigkeit - Zum anteiligen Bestand an Insassen in Justizvollzugsanstalten, die sich selbst als behandlungsbedürftig darstellen**

Die Klassifikation ´behandlungsbedürftig` muß differenziert erfolgen und den Besonderheiten des Einzelfalles gerecht werden. Weiter gilt es zu berücksichtigen, daß aus dem subjektiven Erleben einer tatsächlichen

Bedürftigkeit nicht zwingend auf das Vorhandensein einer Bereitschaft zur Behandlung geschlossen werden kann.
Und ohne Zweifel sind nicht alle Straftäter einheitlich als behandlungsbedürftig zu klassifizieren[17]. Der Zugang in der Klassifikation um Behandlungsbedürftigkeit ist kritisch zu beleuchten. Ein beträchtlicher Prozentsatz der Straftäter aus dem regulären Vollzug empfindet sich selbst als behandlungsbedürftig *(vgl.: Schumann 1993; Leygraf 1994)*. Zahlreiche Strafgefangene erleben *"sich selbst als gestört und leidend" (Rasch & Kühl 1993: 242).*
Zu vielen dieser Personen lag allerdings keine Indikation für psychotherapeutische Interventionen i. e. S. vor und nicht alle waren als behandlungsbedürftig zu klassifizieren.

26.7 Zentrale Bedingungsfaktoren und daraus abgeleitete Richtlinien adäquater ambulanter Behandlungsplanung, -führung und -gestaltung bei Entsprechungen von Prämissen aus den eigenen Untersuchungen und Effektivitätsfaktoren der Behandlungsforschung

Es gibt bestimmte Kriterien, strukturelle und inhaltliche Determinanten zur Behandlung und adäquaten Führung dieser besonderen Klientele im ambulanten Setting bzw. deren Überleitung.
Die o. g. Gemeinsamkeiten therapeutischer Zugangsformen entsprachen in vielerlei Hinsicht den Erkenntnissen zu Kriterien für eine effektive Behandlung der - auch häufig psychisch kranken - Straftäter aus dem Kontext internationaler Projekterfahrungen und der Behandlungsforschung.
Erkenntnisse der eigenen Erhebungen, Befunde der deutschen Untersuchungen, der zu den rekrutierten österreichischen Institutsambulanzen und der zur niederländischen Tagklinik ergaben zentrale Richtwerte: Es fanden sich diverse Formen, konzeptionelle und infrastrukturelle Ausgestaltungen, spezielle Prämissen, Maßnahmen und strukturelle Kontexte nichtstationärer ambulanter Betreuung, Behandlung, Nachsorge, die es gilt im Hinblick auf die Effektivität der Behandlung in ihrer Differenziertheit zu berücksichtigen.
In folgenden Aussagen entsprachen sich die Erkenntnisse der deutschen Untersuchungen und Erfahrungswerte im internationalen Bereich zum Kontext nachsorgender Behandlung und Therapie psychisch kranker Straftäter:

26.7.1 Überblick zu den Ergebnissen der Behandlungs- und Evaluationsforschung

In der Suche nach empirisch fundierten Grundlagen effektiver bzw. erfolgreicher Behandlung psychisch kranker Straftäter wurden im Folgenden mit den Befunden der eigenen Untersuchungen zur adäquaten Behandlung psychisch kranker Straftäter im nichtstationären Setting, korrespondierende Erkenntnisse, thematisch relevante Gesichtspunkte und Aspekte aus der Forschung zur Straftäterbehandlung eingebracht und in ihren zentralen Aussagen zusammengestellt. Indem jedoch diese v. a. zu Straftätern im Strafvollzug vorliegen, bleibt die Frage um die Übertragbarkeit dieses Wissens auf diese forensisch-psychiatrische Klientele im zudem nichtstationären Setting. Immerhin bestätigten bspw. jüngere Untersuchungen die Ähnlichkeit von Prädiktorvariablen für Rückfall zur Gruppe der psychisch kranken Straftäter mit denen, der Population nicht psychisch kranker Straftäter *(vgl.: Bonta et al.1998: Klinische Variablen sind die schwächsten der Prädiktoren für Rückfall und ´criminogenic needs` als extrem wichtige Einflußgrößen auf das Ergebnis).* Unabhängig davon können Erkenntnisse der Behandlungsforschung im Hinblick auf eine prospektive ambulante Therapieplanung als Orientierungshilfe dienen.

26.7.2 Erkenntnisse aus Metaanalysen zur Effektivität therapeutischer Programme in der Behandlung von Straftätern mit Richtlinien für effektivere Behandlungsprogramme - eine Übersicht

In der Suche nach Richtlinien effektiver Behandlungsführung psychisch kranker Rechtsbrecher im extramuralen und speziell ambulanten Setting, bot sich die Bezugnahme an auf Ergebnisse der ersten und inzwischen auch nächsten ´Generation` der Evaluationsforschung zur Straftäterbehandlung.
Retrospektiv betrachtet wurden eigene Befunde im Tenor ihrer Aussagen zu Kriterien einer adäquaten Ausgestaltung und Führung von Behandlungen psychisch kranker Straftäter im nichtstationären Setting von folgenden Angaben unterstützt:

26.7.3 Kontextuale Bewertung der Effektivität von Interventionen und deren Aus-Wirkungen

In der Diskussion um Behandlungseffekte kommt der Frage nach differentiellen Effekten die gleiche Bedeutung zu, wie der nach Haupt-Effekten *(Lösel 1994, 1995, 1996).* Entsprechend ist auch bereits geringer scheinenden Effekten in der Behandlung dieser Klientele Bedeutung zuzumessen, obschon im Hinblick auf die - klinische - Behandlung nicht straffälliger Personen höhere und zwar zwei bis dreimal höhere Effektstärken *(Lipsey & Wilson 1993; Lösel 1993)* gegenüber vergleichbaren Metaanalysen zur Psychotherapie im Allgemeinen *(z. B.: Shapiro & Shapiro 1983; Smith, Glass & Miller 1980; Weisz, Weiss, Alicke & Glotz 1987; Lambert & Bergin 1994; Grawe, Donati & Bernauer 1994)* bekannt sind. Insbesondere bei Vertretern der forensischen Klientele sind bereits kleinere Schritte in Entwicklung und spezifischer Ausformung von Persönlichkeit, Kognition, Emotion und Verhalten von nicht zu unterschätzender Relevanz.

[17] Als empirisch festgestellter Anteil von Insassen in Justizvollzugsanstalten, die sich selbst als behandlungsbedürftig darstellen, ergaben sich einer Untersuchung von *Stemmer-Lück (1980)* zufolge über 50 % von knapp 400 männlichen Strafgefangenen im Alter von 21 bis 40 Jahren *(zit. n. Rasch & Kühl 1993: 242)*. Dagegen hält sich zu Straffälligen vielerorts ein generalisiert gesetztes Therapie-Ungeeignetheit-Stereotyp aufgrund des diesen zugeschriebenen fehlenden ´Leidensdruckes` bzw. Fehlens an Behandlungsbereitschaft *(Steller 1994).*

26.7.4 Relative Bedeutung von Entwicklungseinheiten

Der weiterreichende gesamtgesellschaftliche Nutzen aufgrund psycho-therapeutischer Behandlung und die damit einhergehenden Entlastungen sind weitere Aspekte.
Bestätigt wird diese Wirkung auch aus der allgemeinen Psychotherapieforschung:

> *"Die positiven Wirkungen einer psychotherapeutischen Behandlung gehen nachweislich in den meisten Fällen über die bloße Beseitigung oder Besserung der eigentlichen Störung hinaus. Sehr oft wurden neben Besserungen in der eigentlichen Symptomatik, positive Auswirkungen auf die Qualität der zwischenmenschlichen Beziehungen, auf das Selbstwertgefühl und auf das allgemeine Wohlbefinden festgestellt" (Grawe, Donati & Bernauer 1994).*

Auch diese Wirkungen erwiesen sich empirisch als dauerhaft.

> *"Diese gesicherten Wirkungen von Psychotherapie haben eine ganz unmittelbare positive Bedeutung für die direkt davon Betroffenen. Sie verringern nicht nur deren Leiden unter den jeweiligen Symptomen / Problemen sondern verbessern auch ihre sonstige Lebensqualität. In vielen Fällen gilt dies nicht nur für die unmittelbar behandelten Patienten, sondern auch für indirekt betroffene Menschen aus deren Umgebung" (Grawe, Donati & Bernauer 1994).*

26.7.5 Entsprechungen zu als präventiv, d. h. rückfall- und krisenprophylaktisch wirksam erfahrenen Strategien, Maßnahmen und bewährten Instrumentarien anderweitiger Behandlungsprogramme

> **Ambulante Behandlung nur unter Einhaltung bestimmter Vorgaben**

Eine erfolgreiche Therapie und Nachsorge psychisch kranker Rechtsbrecher und deren legale und soziale Reintegration nach der Entlassung aus forensischen Kliniken verlangt die Einhaltung spezifischer Voraussetzungen und sollte nur unter Wahrung entspr. Vorgaben erfolgen.
Neben strukturellen, bezogen sich diese auch auf Faktoren, wie Krankheitseinsicht, Erkenntnis und Wissen um den kognitiven und psychischen bzw. emotionalen Bezug zu eigenen kriminogenen Verhaltensformen, der –psychischen - Konstitution und den Entwicklungsstand des Patienten. Andernfalls ist sie fachlicherseits sowohl unter therapeutischen Gesichtspunkten wie auch solchen, zur Sicherheit der Allgemeinheit nicht zu befürworten resp. als vorzeitig zu betrachten.

> **Beachten zuerkannter Effektivitätskriterien - Übereinstimmungen eigener Befundaussagen mit, aus der Behandlungsforschung erkannten, Kriterien effektiver Behandlungsprogramme**

Überhaupt sind die, über die eigenen Recherchen als wirksam erfahrenen und aus der Straftäterbehandlung bekannten, Effektivitätskriterien zu beachten und in die Behandlungsplanung einzubeziehen. Es fanden sich Entsprechungen aus den, über die eigenen Untersuchungen rekrutierten als wirksam erfahrenen und aus der Straftäterbehandlung erkannten, Kriterien und Strategien, die sich unter rückfallprophylaktischen Gesichtspunkten bewährt hatten und ähnlich über anderweitige wissenschaftliche Befunde abgebildet worden waren:

> **Berücksichtigung potentieller Kontexteinflüsse - strukturelle und organisatorische Rahmenbedingungen als Kontextmerkmale von behandlungsbezogener Relevanz**

Die eigenen Erkenntnisse offenbarten zum Kontext nichtstationärer Versorgung, dem Übergang vom stationären zum nichtstationären Setting und insb. der gemeindenahen Eingliederung des psychisch kranken Straftäters, die erhebliche Bedeutung kontextualer Einflußgrößen für situative und personale Entwicklungen und die, dahingehender Interventionen. Die gegenseitige Bedingtheit von Einflußgrößen ist generell und auch in der Eigenschaft als potentieller Risikofaktor zu kalkulieren und insb. auch für den Prozeß der Behandlung von Gewicht. Die Relevanz kontextualer Prozesse für die Behandlung an sich ist über die Therapieforschung zuerkannt *(Genders & Player 1995; Lösel et al. 1987).* Allerdings fehlen systemische Wirkstudien, Studien zu Wirkungsweisen kontextualer Prozesse und Moderatorvariablen. Grundsätzlich ergaben sich Anhaltspunkte dafür, daß organisatorisch strukturelle Rahmenbedingungen im Hinblick auf eine effektive Behandlung von Relevanz sind. Die Faktoren nehmen Einfluß auf institutionelle (Heim, Klinik, Strafanstalt), aber auch schulische und familiäre Wirkbereiche *(dazu bspw.: Guerra 1991).* Die Behandlungsforschung bestätigte Faktoren, die den organisatorischen Kontext bezeichnen und auf alltägliche Aktivitäten und damit auch die Programmwirkung Einfluß nehmen: Unter anderem waren dies Merkmale des Personals, der sozialen und ökologischen Umgebung und der Unterstützung durch die Behörden *(Lösel & Bliesener 1989; McGuire 1992 a,b,c; Moos 1975; Roberts 1992).*
Organisationsklima und Behandlungsphilosophie: Ein Setting kann über Kontextmerkmale einer Organisation determiniert werden. Dahingehend kommt u. a. auch dem Organisationsklima eine Rolle zu *(Lösel et al. 1995).* Ein positiv sozial-emotionales und normorientiertes Klima der Institutionen und eine gut organisierte und normorientierte pädagogische Begleitung wirkte sich für den Therapieverlauf günstig und entwicklungsförderlich aus *(Lösel et al. 1995 - für Jugendlichen in Erziehungsheimen).*
Destruktiven Entwicklungen kann durch Wissen und Bewußtsein um, resp. dem bewußten Einbeziehen derartiger Einflußgrößen wie bspw. des sozialen Kontextes des Patienten in die Betreuung entgegengewirkt werden.

> **Stabiles Entlaßumfeld als wesentlicher Indikator für einen günstigen Verlauf ambulanter Behandlungsmaßnahmen**

Ein gut vorbereiteter sozialer Empfangsraum ist als ein sozial- und legalprognostisch günstiger Indikator zu werten. Die externen Bezüge sollten dahingehend so gut als möglich vorbereitet sein. Diese Erkenntnis zum Entlaßumfeld als Indikator für einen günstigen Verlauf ambulanter Behandlungsmaßnahmen korrespondiert mit Befunden der Behandlungs- sowie der Präventionsforschung der Straftäter, welche die Aufrechterhaltung negativer sozialer Bezüge als einen kriminogenen Faktor auswiesen, währenddessen andernteils ein stützendes und mit den Betreuern kooperierendes, soziales Netzwerk präventive Funktionen erfüllen kann: Untersuchungen zu kriminogenem Verhalten hatten ergeben, daß eine wirksame soziale Unterstützung und dbzgl. allein das Vorliegen einer festen Bezugsperson, rückfallbezogen als protektiv und präventiv wirksame Faktoren zu werten waren *(vgl. hierzu auch: Lösel & Bliesener 1989; McGuire 1992a; Roberts 1992).*

> **Ausreichende Implementierung, Integrität, Intensität therapeutischer Maßnahmen**

Für die Effektivität und Akzeptanz von Behandlungsmaßnahmen ist deren adäquate Implementierung von Bedeutung und Stringenz in der Behandlungsführung.
Bei wirkungslosen Maßnahmen hatte es sich gezeigt, daß diese nicht adäquat implementiert worden waren *(vgl.: Quay 1977).* Überhaupt unterlegten mehrere Studien die Bedeutung einer ausreichenden ´Integrität und Intensität` der Interventionen: Therapeutische Programme hoher Integrität zeigten bessere Effekte *(Lipsey 1992a; Hollin 1995).* Effektive Programme zeichnen sich durch die Integrität der vorab definierten Therapieziele und der, dann tatsächlich angewandten, Methoden aus *(Hollin 1995).*

> **Relevanz von Integrität und Konsistenz im Verhalten und der subjektiven Einstellung professionaler Betreuer für die Effektivität behandlungsbezogener Interventionen**

Weiterhin ergab sich zu dem in die Behandlung einbezogenen Personal, daß sich Einstellungen, resp. subjektive Theorien zur Kriminalität und den betreuenden Institution selbst (Strafvollzug) auswirkten auf die Güte der dortigen Behandlung und, daß in diesem Kontext, inkonsistentes Verhalten und eine drohende, damit verbundene mindere Integrität von Interventionen diese Behandlung erheblich in ihrer Effektivität beeinträchtigen können. Ähnliche Probleme offenbarten sich zum Personal, welches zu den extramuralen Kontexten der Behandlung psychisch kranker Straftäter eingesetzt war: Bspw., wenn Bewährungshelfer negative Einstellungen zum Strafvollzug aufwiesen *(Averbeck & Lösel 1994).*

> **Identifikation und Minimieren von Störgrößen mit positiver Relevanz zur Effektivität behandlungsbezogener Interventionen**

Die eigenen Befunde offenbarten die Bedeutung der Kalkulation von Störfaktoren, deren Identifikation und Minimierung für eine effektive Betreuung und Behandlungsführung.
Programmintegrität kann durch zahlreiche Kontexteinflüsse beeinträchtigt werden. Dazu wurden aus der Behandlungsforschung als relevant erkannt: Das Fehlen einer gemeinsamen Behandlungsphilosophie, vielerlei organisatorische Unzulänglichkeiten, unzureichendes Personaltraining, defizitäre Supervision, kritische externale Ereignisse, Widerstände überhaupt und außerdem andere Phänomene, wie ´Burnout` des Personals oder Veränderungen im innerbetrieblichen, dabei auch atmosphärischen, institutionellen und politischen Kontext *(vgl.: Hollin 1995; Lösel 1996a; Palmer 1992).*

> **Strukturgebende, fähigkeits- und verhaltensorientierte Methoden**

Entsprechend sowohl den Erkenntnissen aus den eigenen Untersuchungen sowie der der Evaluationen zur Straftäterbehandlung, sollten dabei vornehmlich mehr strukturierte Behandlungsansätze gegeben sein. Es sind dies solche mit konkreten Vorgaben, solche, die fähigkeitsbezogen sind, problemlösendes Verhalten trainieren, soziale Interaktionen, adäquate Bewältigungsstrategien üben und vornehmlich Methoden ausweisen, die einen verhaltensbezogenen, kognitiven oder kognitiv-verhaltens-orientierten Ansatz einbringen *[u. a.: Antonowicz & Ross 1993, 1994; Garrett 1985; Gottschalk et al. 1987b; Izzo & Ross 1990; Palmer 1992; Lipsey 1992 a,b].*

> **Behandlungsbezogene Relevanz strukturgebender Maßnahmen und Interventionen**

Insgesamt wurde die Bedeutung von klar strukturierten und analysierenden Interventionsprozessen hervorgehoben. Abgesehen von den therapeutisch günstigen Auswirkungen ist ein Procedere dieser Art auch von Vorteil im Hinblick auf evaluative Ansprüche zur Qualitätskontrolle und -sicherung und indem zentrale Elemente multimodaler Ansätze herausgearbeitet werden können.

> **Struktur und Klarheit in den diversen Bezügen der Behandlungsführung**

Hohe Bedeutung zuzumessen ist Struktur und Klarheit, strukturgebenden Maßnahmen zur Planung der Behandlung und damit verbundenen, diversen strukturellen, konzeptionellen, therapeutischen und institutionellen Belangen der Behandlungsführung. Korrespondierend mit den dahingehenden eigenen Befunden wurde eine klar strukturierte Behandlungsplanung wiederholt als Wirksamkeitsfaktor im Hinblick auf evaluierte, stationär durchgeführte, Behandlungen mit Straftätern sowohl aus dem Regelvollzug, als auch psychisch kranken Delinquenten ausgeführt *(Monahan & Steadman 1994; Chadwick & Lowe 1990; Fowler & Morley 1989; Hartman & Cashman 1983; Lelliott & Marks 1987; Loewe 1995; Milton et al. 1978; Tarrier et al. 1993, Watts et al.1973).*

> **Unterstützende professionale Begleitung**

Eine unterstützende professionale Begleitung durch supportive Maßnahmen war dem überdauernden Erhalt über Therapie erworbener Entwicklungen zuträglich. *(Marques, Day, Nelson & Minerr 1989; Pithers & Cumming 1989; Romero & Williams 1985)*

> **Personale Qualifikation und fachspezifische Kompetenz**

Das Personal sollte für seine Aufgaben fachlich qualifiziert, in der Anwendung indizierter, spezifischer Therapieansätze erfahren und dazu bereit sein, sich entsprechend nach-zu-qualifizieren. Die Bedeutung eines mit fachspezifischen Kompetenzen ausgestatteten und qualifizierten Personals wurde hier und anteilig aus anderweitigen Untersuchungen als unabdingbare Erfordernis für einen günstigen Verlauf behandlungsbezogener Maßnahmen im Hinblick auf die Effektivität der Betreuung und Behandlung auch über andere Untersuchungen *(dergestalt explizit Ross 1992)* sowie allgemein die Bedeutung therapeutischer Basiskompetenzen und Qualifikationen in allgemeinen Therapierichtungen, forensisch therapeutischen Kenntnisse, Fertigkeiten, Sensitivität für Manipulationen und andere destruktive Prozesse im Umgang mit antisozialen Persönlichkeiten *(Woodward 1997)* herausgestellt.

> **Passung und adäquate Zuordnung des Behandlungsansatzes**

Daneben wurde die ´Passung` des Personals, d. h. die adäquate Zuordnung bei der Auswahl und Plazierung zu bestimmten Straftätertypen unter Berücksichtigung der Faktoren Alter, Geschlecht, psychische Stabilität und anderer Personenmerkmale als der Effektivität der Behandlung zuträglich erkannt.

> **Professionale Vernetzung**

Die Erfordernis zur informativen Vernetzung und geregeltem Informationsaustausch der Betreuer wurde aus verschiedener Sicht als effektivitäts- und akzeptanzförderliche Vorgabe der Behandlung erkannt.
Auch zeitnahe Untersuchungen zur Behandlungsforschung ließen einen fachgerechten geregelten Austausch zwischen den verschiedenen Berufsgruppen und Institutionen der Effektivität der Behandlung als zuträglich erscheinen *(vgl.: Averbeck & Lösel 1994).*

> **Erfordernis um intensive supervisorische Begleitung und fachkundige Beratung (monitoring) zum Rehabilitationsprozess**

Korrespondierend zu den Befunden der eigenen Untersuchungen wurde als Faktor, der zur Effektivität der Behandlung von - auch psychisch kranken Straftätern - beitrug, eine am Bedarf orientierte, nötigenfalls höherfrequente, supervisorische Begleitung zum Rehabilitationsprozess erkannt *(Gendreau et al. 1994; Underdown 1998).* Exemplarisches Beispiel für ein zwischenzeitlich i. d. S. praktiziertes Programmelement ist die ´Intensive Rehabilitation Supervision *(IRS)*` *(vgl.: Mc Guire 1996).*

> **Differenzierte Abstimmung der Behandlungsmaßnahmen über genaue Indikationsstellung und individuelle Ausrichtung**

Entsprechend den eigenen Befunden, kommt der differenzierten Indikationsstellung im Hinblick auf die Ausgestaltung der Behandlung und dem Therapieplan eine wichtige Rolle zu. Es gab deutliche Hinweise darauf, daß sich differenziertere Indikationen, die gezielte Definition von Ein- und Ausschlußkriterien überhaupt sowie die Berücksichtigung der Ausrichtung der Behandlung dahingehend, individuell und störungsbezogen, günstig auf die Effektivität der entsprechenden Maßnahmen auswirken. Interventionen sollten zur optimalen Behandlungsplanung auf die jeweilige Persönlichkeit des Patienten und symptomatische Erkrankung individualisiert ausgerichtet sein und Ergebnisse einer detaillierten (dynamischen) Diagnostik und Analyse der deliktbezogenen symptomatischen Erkrankungsform integrieren. Behandlungsbezogene Maßnahmen sind grundsätzlich auf die individuelle Eigenart und das Bedarfsprofil der Zielperson abzustimmen. - Darauf beziehen sich bereits Ergebnisse früherer Arbeiten zur Straftäterbehandlung *(Hood 1967; Palmer 1968).*

- **Indikationsabhängige behandlungsbezogene Differenzierung**

Die eigenen Untersuchungsbefunde determinieren einen störungsspezifischen Zugang in der Behandlungsführung. Auch auf Befunde aus Evaluationen zur Straftäterbehandlung basierende Vorgaben differenzieren nach Störungsbildern zur Überprüfung der Behandlungsplanung komplex gestörter Personen. So findet sich zur Ausgestaltung einer effizienten Behandlung auch die Empfehlung, zwischen Patienten mit ausschließlich externalisierenden (Aggression, Delinquenz etc.) und solchen mit internalisierenden (Angst, Depression) Störungen *(Lösel 1994)* zu unterscheiden.

- **Breit angelegter multimodaler Ansatz mit vornehmlich strukturgebenden, kognitiv-behavioralen, erprobenden, ressourcen- und fähigkeitsorientierten Methoden**

Den in der Behandlung einbezogenen Methoden sollte ein breit angelegter, multimodaler Ansatz zugrunde gelegt werden *(Palmer 1992 ´breadth principle`).* Die eigenen Befunde allerdings proklamierten und begründeten diesen Ansatz außerdem explizit über die unabdingbare Erfordernis einer indikationsgeleiteten Vorgehensweise mit Flexibilität und integrativer Vorgehensweise zum Einsatz diverser indizierter Methoden und einer individualisierten Ausgestaltung der Behandlungsplanung:

Den eigenen Befunden zufolge war eine als effektiv und adäquat erfahrene Therapiegestaltung gekennzeichnet durch eine individualisierte, indikations- und bedarfsgeleitete, graduierte, am Potential des Patienten orientierte Abstimmung.

- **Gemeindenaher Ansatz**

Effektive – gemeindenahe - Programme zeichnen sich aus durch bestimmte und konkret folgende Prinzipien: Ein präzises an der Realität orientiertes Behandlungsprogramm, enge Kooperation mit der Justiz, umfassende Kenntnis der forensischen und der Krankheitsvorgeschichte, Zentrierung der Nachsorge auf Strukturierung und Coaching, keine Scheu vor eingreifenden und grenzensetzenden Maßnahmen, Betonung der Wichtigkeit von Medikamenten, Fokussierung auf die alltäglichen Probleme und Anwendung von Krisenmanagementprinzipien *(Heilbrun & Griffin 1993; 1998)* die verschiedene gemeindenahe forensische Ambulanzprogramme im nordamerikanischen Raum untersuchten zufolge.

- **Bewältigungsstrategien**

Als rückfallprophylaktische Strategie und zum Erhalt von Behandlungserfolgen hatten sich bewährt *(vgl.: Knopp & Stevenson 1988, Marques, Day, Nelson & Minerr 1989; Pithers & Cumming 1989, Romero & Williams 1985):*

- überdauernde supportive professionale Begleitung mit
- Erhalt und Überprüfung der Zielvorgaben *(Marques, Day, Nelson & Minerr 1989; Pithers & Cumming 1989),*
- o. g. psychologische Interventionen und verbunden damit
- Intensivierung und Verdichtung der Betreuung in krisenhaften Entwicklungen,
- stringenter Zugriff und darüber verbesserte rechtzeitige Interventionen und sorgfältige Kontrollen,
- intensive Kontakte und Supervision durch Bewährungshelfer *(Romero & Williams 1985).*

Bei Personen mit einem eingeschätzten höheren Risiko wurden eigenen Befunden und korrespondierend dazu Erkenntnissen der Behandlungsforschung für Straftäter zufolge, intensivere Behandlungsmaßnahmen für nötig gehalten und zu solchen, bei denen das potentielle Risiko niedriger einzuschätzen war, beratende und/ oder therapeutische Interventionen mit geringerem Aufwand als ausreichend eingestuft. [18]

- **Einsatz o. g. psychologischer Interventionen / Elemente resp. Spezialbehandlungsprogramme**

Die meisten der Spezialbehandlungsprogramme aus der Straftäterbehandlung bieten eine Kombination psychoedukativer, kognitiv-verhaltensorientierter, systemischer resp. familientherapeutischer Interventionsstrategien *(Knopp & Stevenson 1988)* in Verbindung mit intensiven Kontakten über und Supervision der Bewährungshelfer.

- **Erkennen und Bewältigen kriminogener Faktoren und darüber verbesserte Risikoeinschätzung**

Zur Therapie von Delinquenten sollte ein wesentlicher Bestandteil darin liegen, Persönlichkeitsstruktur, Problemverhalten und Problemfeld des Patienten im Hinblick auf dessen potentielle Deliktnähe einzuschätzen und sein Verhalten dahingehend zu beobachten. Korrespondierend zu den Befunden der eigenen Untersuchungen muß, um Rückfälligkeit zu vermeiden, im Behandlungsprogramm auf kriminogene Faktoren oder Bezüge eingegangen werden *(Gendreau & Andrews 1991; Andrews 1995). (Vgl.: Bonta et al.1998: klinische Variablen sind die schwächsten der Prädiktoren für Rückfall und ´criminogenic needs` extrem wichtige Ergebniseinflußgrößen.)*

- **Rückfallvermeidungsprogramme**

Dahingehend wirkt auch die Verwendung gezielter Programme zur Rückfallvermeidung. Diese gibt es bspw. zu Alkohol *(vgl. entspr.: Annis 1986)* oder aus der Behandlung von Sexualstraftätern *(Laws 1989)* mit inzwischen einigen dahingehend ausgestalteten Programmen *(Warmuth 1990; Thornton & Hogue 1993; Hedderman & Sugg 1996; Mann & Thornton 1997).*

- **Berücksichtigen, Erkennen und Nutzen protektiver Faktoren**

Selbst bei hohem Risiko können natürliche personale und soziale Ressourcen gegeben sein, die dann eine weiterführende positive Entwicklung begünstigen, wenn sie aktiviert und stabilisiert werden können.

- **Stärkung ´natürlicher` protektiver Faktoren im therapeutischen Kontext**

Das Stärken von ´Schutzfaktoren` (s. u. entspr. Forschungsbefunde der Entwicklungspsychopathologie) kann gegenüber einer weiteren Kriminalitätsentwicklung wirksam sein. Die einschlägige Forschung fand ´protektive Faktoren` und darunter auch solche, die der Entwicklung kriminogener Verhaltensformen entgegenwirken *(Lösel & Bliesener 1990, 1994).* Als natürliche protektive Faktoren erkannt wurden *(Lösel 1994; Lösel & Bliesener 1994; Stouthamer-Loeber et al. 1993)*: Personale und soziale Schutzfaktoren über soziale Unterstützung und günstigenfalls feste Bezugs- Personen außerhalb der Familie, eine stabile emotionale Beziehung zu wenigstens einem Elternteil oder einer anderen Bezugsperson, prosoziale Bezugspersonen und Vorbilder, Erfahrungen der Selbstwirksamkeit, aktives Bewältigungsverhalten, konstruktive Auseinandersetzung mit Schwierigkeiten im Leben, warmherzige und zugleich feste, offene bekräftigende, ausreichende kontrollierende Erziehung, Wesensmerkmale wie kognitive Flexibilität, eher ausgeglichenes, nichtimpulsives Wesen, aktives

[18] Als ´Risiko` zu verstehen ist in diesem Kontext die Einschätzung einer potentiellen Delinquenz vor der jeweils hintergründigen individuellen Deliktgeschichte des Patienten unter Hinzuziehung einschlägiger, dbzgl. relevanter Forschungsbefunde, welche statistische Modelle berücksichtigen die sich auf größere Stichproben beziehen.

annäherungsorientiertes Bewältigungsverhalten, kognitive Kompetenzen (z. B. mittleres Intelligenzniveau), Selbstwirksamkeitsüberzeugungen mit Erfahrungen der Selbstwirksamkeit in nichtkriminellen Bereichen, das Entwickeln dosierter Verantwortlichkeiten und eines positiven Selbstkonzeptes sowie Interessen- und Leistungsmotiviertheit organisationsbezogene strukturelle Einflußgrößen bei jugendlichen Heiminsassen *(n. Lösel 1994; Lösel & Bliesener 1990, 1994).* [19]

- **Relevanz organisationsbezogener struktureller Einflußgrößen**

Und es ergaben sich zu organisationsbezogenen strukturellen Bezügen personale und soziale alltagswirksame Schutz- und auch Risikofaktoren: Ein positives sozial emotionales Klima und eine gut organisierte und normorientierte pädagogische Begleitung der Institution und zum Behandlungsrahmen wurden als entwicklungsförderliche strukturelle Risiko- und Schutzfaktoren erkannt. Dies unterlegten Studien zu jugendlichen Heiminsassen, die sich trotz ihrer Herkunft aus einem, für Delinquenz und Aggressivität hochsignifikanten, Multiproblem-Milieu psychisch relativ gesund entwickelt hatten *(n. Lösel 1994; Lösel & Bliesener 1990, 1994)*. Ergebnissen aus diversen Kontexten der Evaluation zur Straftäterbehandlung zufolge finden sich weiter auch Befunde zu Risiko- und Schutzfaktoren und deren Ineinanderwirken unter entwicklungspsychopathologischen Gesichtspunkten *(vgl.: Rutter 1985; Masten 1989)*.

- **Passung von Behandlungsmodus, -struktur und individuellem störungsspezifischem Bedarfsprofil**

Der Behandlungsmodus spielt den Studien zur Straftäterbehandlung zufolge für die ausgewiesene Effektivität einer Behandlung eine Rolle. So erklärte in der großen Studie von *Lipsey (1992a; Lipsey's large scale study)* ´treatment modality` 11 % der Varianz der Effektgröße. Und es sprachen diese und andere untersuchte Studien *(Garrett 1985; Gottschalk et al. 1987b; Izzo & Ross 1990; Palmer 1992; Lipsey 1992 a,b)* dafür, daß sich im Hinblick auf die Effektivität einer Behandlung, stärker strukturierte, kognitive und verhaltensorientierte eher multimodal ausgerichtete Behandlungsansätze günstig auswirken.

- **Struktur**

Der Einsatz eher konkret strukturiert gestalteter, kognitiv behavioraler, multimodal ausgerichteter Behandlungsmodelle begünstigte die Effektivität einer Behandlung. - Die eigenen Befunde, welche strukturorientiert, zielgerichtete, fokussiert, multimodal und -methodal angelegt, fähigkeitsgerecht und abgestuft, kleinschrittige Vorgehensweisen als effektiv auswiesen, korrespondierten mit Vorgaben aus erkannten Effektivitätsfaktoren Behandlungsforschung und insb. der, zur Therapie von Straftätern. Das Behandlungsmodell sollte fundiert, konzeptionell klar strukturiert sein, den ´Bedürfnis-` und ´Ansprechbarkeits-` Prinzipien mit Kriterienmerkmalen erfolgreicher und antikriminogener Interventionen bei Delinquenz *(Antonowicz & Ross 1993, 1994)* folgen. Es sollte demnach darauf abheben, nicht kriminogene Problemlösungen und Copingstrategien *(Palmer 1992)*, soziale Kompetenzen, wie Fähigkeiten zum Kontakt und Interaktionsprozesse zu erproben und zu trainieren *(Palmer 1992, Antonowicz & Ross 1993, 1994)*, beschäftigungsorientiert sein *(Lipsey 1992a,b)* und konkrete, auf die Behandlung einzelner Fähigkeitsbereiche ausgerichtete Programme *(Lipsey 1992a,b)* umfassen. So zeichneten sich in Entsprechungen zu den eigenen Befunden erfolgreiche Therapieprogramme *[lt. Metaanalysen von Antonowicz & Ross (1993, 1994)* [20]*]* gegenüber nicht erfolgreichen aus durch: Den Einsatz eines fundierten konzeptionellen Behandlungsmodells, dem ´Bedürfnisprinzip` folgend, antikriminogene Interventionen, Methoden, die kriminogenen Faktoren / Verhaltensformen entgegenwirken können, Ansprechbarkeit kriminogener Faktoren / Verhaltensformen *(´responsitivity principle`)*, Einsatz breit gefächerter Behandlungsformen, Training sozialer und sozial - kognitiver Fähigkeiten, Rollenspiel und Modelling. Der Behandlungsansatz sollte grundsätzlich breit und vielfältig, multimodal, außerdem fähigkeitsorientiert *(Palmer 1992; Antonowicz & Ross 1993,1994)* und strukturgebend ausgerichtet und mit einem primär verhaltensbezogenem, kognitivem oder kognitiv-verhaltensorientiertem Ansatz *(Antonowicz & Ross 1993,1994; Garrett 1985; Gottschalk et al.1987b; Izzo & Ross 1990; Palmer 1992; Lipsey 1992a,b)* versehen sein. Verhaltensorientierte Therapieprogramme wurden als effektiver gegenüber Behandlungsansätzen mit psychodynamischer Ausrichtung und ein kognitiv-verhaltensorientierter Ansatz gegenüber allen anderen Therapieansätzen am erfolgreichsten befunden. Sie zeigten als Maßnahmen eher Wirkung als unstrukturierte Einzelfallarbeit oder Interventionen seitens der Bewährungshelfer *(Gottschalk et al. 1987b)*.

- **Weitere übergreifende Kriterien effektiver Behandlungsprogramme**

Zur Suche nach theoretisch fundierten Kriterien in der Behandlung psychisch kranker Straftäter liegen Erkenntnisse vor, die bestimmte Prinzipien im Hinblick auf eine angemessene Behandlung von Straftätern geltend machen. Untersuchungen von *Andrews 1990a,b, Lipsey 1992a,b, Gendreau & Andrews 1991, Gendreau & Ross 1987, Lösel 1993b, MacDonald et al. 1992, McIvor 1990, Mulvey et al. 1993* ergaben im Hinblick auf eine erfolgreiche Konstellation von Behandlungsprogrammen außerdem folgende Prinzipien effektiver Behandlung:

---

[19] Jugendliche, die sich durch bestimmte Merkmale von anderen unterschieden, die risikogemäße Verhaltensstörungen entwickelt hatten und darüber sog. ´protektive` und solche Faktoren, die der Entwicklung kriminogener Verhaltensformen entgegenwirken, waren im Hinblick auf diese Belastungsmomente vergleichsweise wenig vulnerabel und wiesen eine respektable seelische Widerstandsfähigkeit aus *(Lösel & Bliesener 1990, 1994).*

[20] Indes konnte die Studie von *Antonowicz & Ross (1992)* das sog. ´risk principle` als Moderatorvariable nicht bestätigen.

- **Angemessene Formen zur Behandlung wahrscheinlicher kriminogener Faktoren und Methoden, die diesen Faktoren/ Verhaltensformen entgegenwirken**

- **Risikoabhängige Einstufung und Ausrichtung der Intervention in Ausmaß und Intensität**

In Entsprechung zu den Befunden der eigenen Untersuchungen werden Erkenntnissen der Behandlungsforschung von Straftätern zufolge im Hinblick auf eine effektive Behandlungsführung bei Personen mit eingeschätztem höheren Risiko intensivere Behandlungsmaßnahmen für nötig gehalten und zu solchen, bei denen das potentielle Risiko niedriger bewertet wurde, beratende und/ oder therapeutische Interventionen mit geringerem Aufwand als ausreichend eingestuft [21]. Das Ausmaß der Intervention ist auf das Rückfallrisiko der zu Therapierenden abzustimmen. Behandlungsprogramme, die sich durch eine höhere Effektivität auszeichneten, wiesen eine Zuordnung aus zwischen dem geschätzten Risikoniveau des Straftäters, neue Straftaten zu begehen und andernteils der Intensität von Behandlungsmaßnahmen: Patienten mit hohem Risiko erhielten intensivere Behandlungsmaßnahmen, solche, bei denen das Risiko niedriger eingeschätzt wurde, Interventionen mit geringerem bzw. minimalen Aufwand.

- **´Risiko-`, ´Bedürfnis-` und ´Ansprechbarkeitsprinzip` als übergreifende Grundsätze**

Behandlungsmaßnahmen nach den Prinzipien: ´Risiko-`, ´Bedürfnis-` und ´Ansprechbarkeitsprinzip` zeigten sich als ´angemessen` *(n. Andrews 1990 a,b)* und erfolgreicher als solche, die als ´unangemessen` oder ´unspezifisch` einzustufen sind, wobei die ´unangemessenen` Behandlungsmaßnahmen negative Effekte ausweisen. Korrekturen nach den o. g. drei als behandlungsförderlich geltenden Prinzipien wirkten sich auf die Effektivität der Behandlung förderlich aus: Bei dahingehend evaluierten Therapieprogrammen ergab sich nach entspr. korrigierenden Interventionen eine präzisere Konzeption, bessere Implementierung, größere Intensität und Integrität in der Durchführung der Behandlungsprogramme und eine um so höhere Effektivität, je mehr solche, mit den o. g. drei Prinzipien einhergehenden, als behandlungsförderlich geltenden, Kriterien berücksichtigt wurden.

- **Therapeutische Ansprechbarkeit kriminogener Faktoren und Verhaltensformen - Effektivitätskriterien nach dem Prinzip der ´Ansprechbarkeit und angemessenen Entsprechung` und dahingehende Behandlungsziele**

Als effektive Maßnahmen waren dem Verständnis einer angemessenen Behandlung von Straftätern und dem Prinzip der Ansprechbarkeit und angemessenen Entsprechung zufolge *(n. Andrews et al.1990 a,b)*, folgende Kriterienmerkmale einer erfolgreichen Intervention bei Delinquenz erkannt worden: Antikriminelles Modelling, Vermittlung konkreter Fertigkeiten, Einsatz von Autorität, Maßnahmen wie Rollenspiele, abgestufte Erprobung, Stärkung, Prompting, Ressourcenbereitstellung, kognitive Therapiemethoden (kognitive Umstrukturierung). Als weniger erfolgversprechend offenbarten sich unstrukturierte, psychodynamische oder non-direktive Ansätze, Gruppenaktivitäten von Delinquenten sowie der Einsatz abschreckender Methoden (´sharp shock`) und auch permissive Milieutherapie.

- **Behandlungsziele**

Im Rahmen der Behandlung sollte v. a. das Problemverhalten, Problemfeld und die Person des Patienten im Hinblick auf dessen potentielle Deliktnähe eingeschätzt und hinsichtlich deliktogener Verhaltensformen beobachtet und darüber kriminogene Faktoren berücksichtigt werden *(Beachtung des ´Bedürfnisprinzips` nach Andrews & Bonta 1994; Gendreau 1995 [22]).* Zu der angemessenen Behandlung wahrscheinlicher und Begegnung der jeweils individuellen kriminogenen Faktoren lassen sich dem Bedürfnisprinzip zufolge, der Effektivität der Behandlung zuträgliche Zwischenziele konstatieren: Veränderungen antisozialer Einstellungen/ Attributionen / Denkmuster, Änderung der Peer- Kontakte, Neutralisation antisozialer Bezugsgruppen, verbesserte Kontrolle antisozialer Gefühle und Reaktionsbereitschaften, vermehrte Fertigkeiten zur sozialen Problemlösung und prosozialen Alternativen als Ersatz für kriminogene Verhaltens- und Reaktionsformen, Vermittlung sozialer Fertigkeiten, Stärkung der Selbstkontrolle, Neutralisation antisozialer Bezugsgruppen, gestärkte Bindung an die Familie oder andere, nichtkriminelle Personen (Förderung der Familienbindung Beratung der Eltern), Identifikation mit prosozialen Modellen, Beseitigung von Substanzabhängigkeiten – Reduktion von Drogenabhängigkeit, intensivere Einfühlung (Empathie) in Opfer, höhere Sensibilität für Risikosituationen, Verbesserung der *Kosten-Nutzen-Bilanzen* für prosoziales Verhalten in Familie, Ausbildung, Beruf *(n. Andrews & Bonta 1994; Gendreau 1995).*

Gegenüber eher allgemein gehaltenen Behandlungszielen, wie Änderung der Persönlichkeit oder des Selbstkonzeptes, liegt der Vorteil solcher Behandlungskonzepte v. a. auch darin, empirisch und kriminologisch besser fundiert und für Klienten einsichtiger zu sein.

---

[21] Als ´Risiko` zu verstehen ist in diesem Kontext die Einschätzung einer potentiellen Delinquenz vor der jeweils hintergründigen individuellen Deliktgeschichte des Patienten unter Hinzuziehung relevanter Forschungsbefunde, die auch statistische Modelle berücksichtigen, die sich auf größere Stichproben beziehen.

[22] In ihrem ´Bedürfnisprinzip` (´need principle`) bezogen sich *Andrews et al. (1990a,b)* auf Konstrukte, die empirischen Erkenntnissen zufolge wahrscheinliche kriminogene Faktoren darstellen. Darüber als ´angemessen` definierte Behandlung *(Andrews et al. 1990a,b)* wird in bestimmten, ebenso bezeichneten Zugangsformen und dazu effektive theoretisch fundierte Kriterien in der Behandlung von Straftätern gewertet.

Dagegen werden als weniger Erfolg versprechend eher allgemein gehaltene Konzepte, wie ´Selbstbildveränderung`, ´Minderung von Ängsten und unspezifischen Persönlichkeitsproblemen`, ´undifferenzierte Förderung sozialer Beziehungen` eingestuft *(Andrews et al. 1990 a, b).* (Bspw. kann eine undifferenzierte Förderung sozialer Beziehungen bei bestehenden antisozialen Kontakten kontraindiziert sein.)

26.7.6 Anteilig erprobte Behandlungsprogramme von Straftätern

> **Behandlungsprogramme mit zielgenauen Konzepten und multimodalen kognitiv-behavioralen Einheiten**

- **Zielgenaue Behandlungskonzepte**

In Entsprechung zu Ergebnissen der eigenen Untersuchungen sind Programme mit zielgenauen (psycho-) therapeutischen Konzepten zu entwickeln und solche speziell für die Behandlung psychisch kranker Straftäter im ambulanten Setting. Beispiele dazu finden sich bereits zur Gruppe der Sexualdelinquenten *(Cooke et al. 1991; Thornton & Hogue 1993; Hedderman & Sugg 1996; Mann & Thornton 1997; Pfäfflin 1990, 1999; Schönhage & Schatzman 1983; Schorsch et al. 1985; Perkins 1991, Müller-Isberner & Thomas 1992)* sowie der Gewalttäter im regulären Strafvollzug *(bspw.: Aggression Replacement Training)* und auch zur Arbeit mit Gruppen und Gangs *(Goldstein & Keller 1987; Goldstein et al. 1986, 1989, 1994).*

> **Multimodale kognitiv-behaviorale Behandlungsprogramme**

Zu entwickeln sind kombinierte kognitiv behaviorale Therapieprogramme mit impliziten Zielvorgaben und Programmeinheiten. Zur Behandlung von Sexualstraftätern wurden solche Behandlungsprogramme erfolgreich i.S. von Reduktionen einschlägiger Rückfälle eingesetzt *(Dwyer & Myers 1990; Marshall et al. 1992; Miner et al. 1990; Perkins 1987; Prentky & Burgess 1990).* Multimodale Behandlungsprogramme wurden und werden erprobt wie bspw. für stationäre Behandlung der MRVZ-Klientele das *´reasoning and rehabilitation program`* als *´cognitive skills training package` [Ontario Canada Ross und Mitarbeiter (Ross et al. 1988)]* mit Weiterentwicklung über dazu trainierte Mitarbeiter der Strafvollzugsanstalten und in Einheiten des regulären Strafvollzuges und Bereichen der bedingten Entlassung, dazu u. a. der USA und Spanien sowie Großbrittanien *(Fabiano & Porporino 1992; Robertson et al. 1991; Knott, Chapt. 5 in McGuire 1995; Raynor & Vanstone 1994).*

- **Sexualstraftäterprogramme**

Erfahrungsberichte fanden sich zum deutschsprachigen und auch bundesdeutschen und außerdem allgemein anglo-amerikanischen Raum wenn, dann insb. zur Behandlung von Sexualstraftätern *(Laws 1989)* mit inzwischen einigen dahingehend ausgestalteten Programmen *(Warmuth 1990; Thornton & Hogue 1993; Hedderman. & Sugg 1996; Mann & Thornton 1997).* Diese spezielle Klientele erfährt als einzige störungsspezifische Delikt- und Diagnosegruppe ein, entsprechend ihrer Störung spezifiziertes, ambulantes Behandlungssetting. Dahingehende Erfahrungen liegen nun seit einem inzwischen bereits längeren Zeitraum und zu verschiedenen Programmen vor *(Warmuth 1990; Thornton & Hogue 1993; Hedderman & Sugg 1996; Mann & Thornton 1997).*

- **Einsatz von Beschäftigungsprogrammen**

Eigene Forschungsergebnisse erkannten beschäftigungsorientierten Programmelementen im Hinblick auf Reintegration durch Strukturgebung und mögliche Verselbständigung einen hohen Stellenwert zu. Es verdeutlichten sich sehr gute Erfahrungen zu Programmen mit assertiver Begleitung der Lebensführung, in denen die Patienten Beschäftigungen zugeführt resp. bei Beschäftigungsverhältnissen betreut wurden, dabei solche gezielt eingingen und aufrechterhielten sowie andere Therapieziele, die auf Verselbständigung, Erlernen sozialer Kompetenzen und anderer Fähigkeiten zur Alltagsbewältigung abzielten und darüber stabilisierend wirkten. Diese Beobachtungen und Erkenntnisse der eigenen Untersuchungen unterlegten entsprechende Befunde der Evaluationsforschungen: Programme, die auf derartige Inhalte abhoben, führten metaanalytischen Befunden zufolge, zu insg. höheren Effektstärken der Behandlung [23] *(n. Lipsey 1992a b)* und zur Anwendung solcher Programme, in deren Kontext die Patienten Beschäftigungsverhältnisse eingehen und aufrechterhalten konnten *(´employment focused programs`)* hohe Effektstärken. Allerdings bezieht sich diese Aussage auf eine relativ kleine Zahl an Untersuchungen und nur auf staatliche Einrichtungen der Justizorgane.

> **Empirische Fundierung**

Die effiziente Gestaltung nichtstationärer nachsorgender und insb. ambulanter Versorgung, Betreuung und Behandlung von MRVZ-Patienten verlangt die Entwicklung eines fundierten Wissenstandes um Faktoren zu Wirksamkeit, Konzeption, den Zugangsformen, potentiellen Erschwernissen und Hindernissen solcher Behandlungen, zum besseren Umgang mit und darüber der Prävention von problematischen Entwicklungen. Die Nutzbarkeit und Verfügbarkeit wissenschaftlich fundierter Prämissen und empirischer Erkenntnisse wirkt strukturgebend, absichernd und darüber akzeptanzförderlich für zu implementierende Versorgungsmaßnahmen und Ausgestaltung der Angebots- und Behandlungsstrukturen.

[23] Allerdings wurden diese Befunde aus einer relativ kleinen Zahl von Untersuchungen und nur aus staatlichen Einrichtungen von Justizorganen rekrutiert.

Zum Bereich der Behandlung und des Therapieverlaufes psychisch kranker Straftäter im ambulanten Setting existiert ein hoher Bedarf an Effektivitätskriterien, dbzgl. wissenschaftlich fundierten Richtlinien und ein großes Defizit in der Frage zu den Rahmenbedingungen, die den Erfolg oder Mißerfolg von Behandlungsprogrammen beeinflussen und insb. zu Evaluationen von Straftäterbehandlungen *[vgl. Lösel 1994 in Steller et al. (Hrsg.): 33]*. Die Entwicklung und systematische Erprobung v. a. ambulanter Behandlungsprogramme psychisch kranker Delinquenten, die in ihrer Qualität den a. a. O. eingebrachten und thematisierten Anforderungsprinzipien Folge leisten, steht eher erst am Anfang.

- **Verstärkte Berücksichtigung von Qualitätssicherung für Therapieevaluation und –forschung**

Die Behandlungsführung sollte über qualitätssichernde Maßnahmen begleitet und kontrolliert werden. Behandlungsziele sollten Evaluationen zugänglich sein: Überhaupt und speziell zum Kontext der ambulanten Behandlungsführung psychisch kranker Straftäter kommt einer qualitätssichernden Diagnostik und damit sorgfältigen Basis- und Verlaufsdokumentation, einer fundierten Status-, Prozeß und Verlaufsdiagnostik, der Erfolgsmessung und damit klaren diagnostischen Leitlinien und therapeutischen Prinzipien eine wesentliche Rolle zu. Entsprechend den Erkenntnissen der eigenen Befunde fand sich in Bewertungen aus Evaluationen zur Straftäterbehandlung der Verweis auf die unbedingte Erfordernis und Beachtung qualitätssichernder Maßnahmen *(u. a.: Lösel 1994; McGuire 1995)*: Zur Verbesserung der empirischen, evaluativen und behandlungsbezogenen Effekte gilt es unbedingt methodische Standarde, qualitätssichernde Prämissen und evaluative Erfordernisse zu berücksichtigen *(Lösel 1995, 1996; McGuire 1992b).* Verbesserte Dokumentationen von Behandlungsprogrammen mit sowohl vorausgeschalteten wie aktualisierten und insg. präziseren Beschreibungen von Therapiezielen und –inhalten sind anzustreben und lassen eine Verbesserung der deskriptiven Validität erwarten *(Lösel et al. 1987).*

- **Zielorientierte Planung, begleitende Evaluation, Überprüfung und Dokumentation der Behandlung**

Grundlegend muß ein Behandlungsplan vorliegen, dem sich der Patient verpflichtet fühlt und der möglichst in Übereinstimmung mit diesem erstellt worden ist. Ziele sollten zusammen mit dem Patienten erarbeitet, deren Umsetzung und die anderer Maßnahmen, Interventionen, Behandlungsschritte und therapierelevanter Geschehnisse in der Realität und Praxis in einer systematischen Dokumentation übersichtlich und nachvollziehbar festgehalten werden. Zu achten ist auf eine präzisere Beschreibung der – geplanten - Behandlungsziele und -inhalte der Therapieformen, eine grundsätzlich gute Dokumentation von Einzelfallstudien, Transparenz und Nachvollziehbarkeit zu Methoden und Ausgestaltung der Dokumentation.

- **Qualitätssichernde Maßnahmen und Instrumentarien als Voraussetzung zum Realisieren, Sichern und Steigern von Behandlungseffektivität und -integrität**

Qualitätssichernde Maßnahmen und Instrumentarien dienen der Sicherung und Steigerung der Behandlungsintegrität. Letztere setzt kontinuierliche Analysen der Programmüberwachung voraus *(Knott 1995).*

- **Überprüfen der Stabilität von Behandlungseffekten und Modifikationen in Verhalten, Emotionen, Kognitionen, Einstellungen, Phantasien unter alltagsbezogenen Belastungssituationen**

Unumgänglich ist die Überprüfung der Stabilität erzielter Modifikationen in Verhalten, Einstellungen und Phantasien und v. a. auch unter alltagsbezogenen Belastungssituationen *(vgl. auch: Serin 1995 zur Stabilität von Behandlungseffekten bei Psychopathen).*

- **Systematische Straftäterdiagnostik und Dokumentation**

In Entsprechung zu den eigenen Befunden fand sich die Forderung nach dynamischen Straftäter- und Straftatdiagnosen mit detaillierter Analyse und Diagnostik des individuellen deliktogenen Verhaltens und bisheriger deliktogener Vorfälle *(vgl. u. a.: Walters 1990; Lösel & Bender 1997; McGuire 1998).* Diese sollen sich beziehen auf den bisherigen Entwicklungsgang resp. - kriminelle - Karrieren sowie Einstellungen und Beweggründe vorausgegangener und zukünftiger Delikte resp. deliktogener Entwicklungen und Tendenzen, die Beurteilung aktueller deliktogener Entwicklungen, Bewertung der kriminogenen Entwicklungen, Einstellungen und motivationalen Haltungen sowie der, anderer, wie sozialer und interpersonaler, Fähigkeiten *(u. a. Hudson 1982; Garret 1985).* Hinsichtlich qualitätssichernder und evaluativer Erfordernisse ist eine präzisere Beschreibung der geplanten Behandlungsziele im Bezug auf deren Inhalte, Ausgestaltung und Frequenz (Intensität) anzustreben und bei der Evaluation auf Transparenz der Methoden und eine nachvollziehbare Form der Dokumentation zu achten. Kontinuierliche Analysen der Programmüberwachung sind Voraussetzung zum Sichern der Behandlungsintegrität *(Knott 1995).* Einzelfallstudien sollten gut und überhaupt besser dokumentiert und systematisch zusammengefaßt werden *(vgl.: McGuire 1992b).*

- **Qualitätssichernde evaluative nötigenfalls dynamische Diagnostika / Instrumentarien als häufig unerfüllte Voraussetzung für Effektivität**

Für die Evaluation zur Effektivität und Qualitätssicherung von Programmen und Kontrolle der Ziele der Behandlung hatten sich der gezielte Einsatz entsprechender Instrumentarien als günstig und erforderlich erwiesen; wurde bislang allerdings nur sehr reduziert entwickelt.
Qualitätssichernde Maßnahmen und Instrumentarien, d. h. ausgearbeitete Therapiemanuale, Trainings, Programmelemente und Supervisionen sollten daher gezielt eingesetzt werden. Sie können erwiesenermaßen zur Erhöhung der Integrität spezifischer Behandlungselemente beitragen *(Thornton & Hogue 1993).*
Ein in diesen Intentionen entwickeltes Instrument, das als ökonomisch eingestuft wird und auch zur Verbesserung der Dokumentation in Behandlungsprogrammen und darüber zur Steigerung der Integrität der Behandlung beitragen könnte, ist das *´Correctional Program Inventory` von Gendreau & Andrews (1991).* Prozeßhafte Daten zu Organisationsstruktur, Kommunikations- und Entscheidungsregeln, Auswahl und Training des Personals *(Hollin 1995; Jones 1997)* lassen sich dann für die weitere Steuerung des Programms nutzen. Daneben ergaben sich zu diesem Kontext anderweitige und bislang weitestgehend eher nichtforensisch eingesetzte instrumentale Möglichkeiten und dahingehend bspw. folgende gut validierte Testvorlagen: Für psychische kranke Patienten wären entsprechend von Relevanz – umfassende - Fragebögen zur Erfassung des psychischen Krankheitsbildes *(´General Health Questionnaire`)* wie zum *MMPI, FPI o. ä.,* als Diagnoseinstrument zu Suchterkrankungen *Short Alcohol Dependence Data (´SADD´)* und testdiagnostische Verfahren zur Überprüfung intellektuell kognitiver/ ausbildungsrelevanter/ pädagogischer/ edukativer Fertigkeiten und Fähigkeiten, Testverfahren zur Bewertung und Überprüfung von Selbstwirksamkeit, Selbstkontrolle und der Diagnostik sozialer / interpersonaler Fähigkeiten *(u. a.: Hudson 1982)* generell sowie zur Impuls- und Ärgerkontrolle und dem Umgang mit frustranen und ärgerverursachenden Situationen im Besonderen *[vgl.: zu ´anger provocation`: Novaco Provocation Inventory ´NPI` und Novaco Anger Scale ´NAS` (Novaco 1994)]sowie übergreifend Müller-Isberner et al. 2000).*

27 Zusammenfassung der Ergebnisse zur ambulanten Betreuung/ Versorgung/ Therapie und Nachsorge psychisch kranker Straftäter ***27-317***
27.1 Unzureichende Repräsentanz dieses Sektors ... 27-317
27.2 Bezüge und Objekte, Procedere und Methoden ... 27-317
27.2.1 Übersicht und kritische Bewertung der Vorgehensweisen zur Erhebung ... 27-317
27.2.2 Erschwernisse, Hindernisse und Grenzen der Untersuchungen ... 27-319
27.2.3 Ausblick und Empfehlungen für weiterführende Untersuchungen ... 27-320
27.2.4 Operationalisierungserfordernisse respektive abzuklärende Einheitlichkeit zu den Definitionen und dem Verständnis zentraler Begrifflichkeiten ... 27-320
27.3 Unterschiedliche Formen ambulanter Versorgung ... 27-320
27.4 Zentrale Funktionen, Leistungen und Aufgaben organisierter ambulanter Versorgung und deren Abhängigkeit von der hintergründigen Versorgungsstruktur ... 27-322
27.5 Bedarf an nichtstationärer angemessener ambulanter therapeutischer Versorgung und eklatante Ist-Soll-Differenz dazu ... 27-324
27.6 Unterversorgung als eigenständiger Risikofaktor ... 27-324
27.6.1 Verzögerte Entlassungen, Verlängerung der Unterbringungsdauer durch defizitäre, resp. Verkürzungen der stationären Unterbringung durch alternative nichtstationäre Versorgung ... 27-324
27.6.2 Problematische Vorabselektion aufgrund defizitärer Gegebenheiten ... 27-324
27.7 Erfordernis um bedarfsgerechte und dynamische, durchlässige, flexible Versorgungsstrukturen mit Entsprechungsmöglichkeiten von Bedarfsprofilen ... 27-324
27.7.1 Komplementäre Einrichtungen und spezifische Versorgungsformen - Defizite und Bedarf ... 27-325
27.7.2 Vielschichtigkeit, Komplexität und oft Komorbidität forensisch psychiatrischer Störungsbilder ... 27-325
27.7.3 Bedarf ambulanter Psychotherapie psychisch kranker Straftäter ... 27-326
27.8 Übersicht zu den zentralen Bedingungsfaktoren, Prämissen und Richtlinien als adäquat erfahrener Zu- und Umgangs- bzw. Behandlungsformen ... 27-326
27.8.1 Strukturrelevante Prämissen - Vorgaben für prospektiv zu gestaltende optimierte Versorgungsstrukturen – Forderungen, Grenzen, Erschwernisfaktoren ... 27-327
27.8.2 Unabdingbarkeit eines Angebotes der Nachsorge ... 27-327
27.8.3 Entlassung nur unter bestimmten Voraussetzungen ... 27-327
27.8.4 Gesamtbehandlungsplan - Ineinanderwirken intra- und extramuraler Strukturen und therapeutischer Implikationen ... 27-327
27.8.5 Bewußtsein um komplexe Wirkzusammenhänge, Wirk-systeme und gegenseitige Bedingtheiten ... 27-327
27.8.6 Etablierung alternativer Versorgungs-Muster in bestehende Versorgungs-Systeme als vulnerabler Prozess ... 27-327
27.8.7 Bedeutsamkeit von Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit ... 27-328
27.8.8 Gesetzliche Fundierung ... 27-328
27.8.9 Prinzip des ´haltenden Übergangs` und erster Erprobungen in einem geschützten Rahmen ... 27-328
27.8.10 Alltagserprobung als definierter Therapiebestandteil ... 27-329
27.8.11 Case-Management mit alltags- supportiven und sozialpädagogischen Einzelfallhilfen ... 27-329
27.8.12 Emanzipatorischer Ansatz ... 27-329
27.8.13 Einbezug der Alltagsrealität mit deren Anforderungen, alltagspraktischen und materiellen Problemen und Erschwernissen ... 27-329
27.8.14 Strukturrelevante Prämissen zur Behandlungsgestaltung und dahingehende Vorgaben zur Entlassung und v. a. den Nachsorgestrukturen ... 27-329
27.8.15 Übergang nach der - bedingten - Entlassung als besonders vulnerabler und krisengefährdeter Zeitraum - frühzeitig und gut geplante Übergangszeit mit stufenweiser Erprobung ... 27-329
27.8.16 Entsprechung des Bedarfsprofils in den Angebotsstrukturen, Passung, flexible diverse, strukturierte, teilstrukturierte und offene Angebote ... 27-330
27.8.17 Angebots- und patientenorientierte, individualisierte, anpassungsfähige Behandlungsstrukturen unter Abstimmung über differenzierte Indikationsstellung und individuelle Ausrichtung der Maßnahmen ... 27-330
27.8.18 Verfügbarkeit von Kriseninterventionen, grundsätzlich möglicher Rückstufung und Zusicherung auf ein Klinikbett ... 27-330
27.8.19 Stabiles Entlaßumfeld und gut vorbereiteter sozialer Empfangsraum als günstige Indikatoren sozial- und legalprognostisch und zum Verlauf ambulanter Behandlungsmaßnahmen ... 27-331
27.8.20 Einbezug des sozialen Kontextes - Angehörigen- und Bezugspersonenarbeit - soziale Bezüge und Bindungen als Einflußgrößen von hoher Relevanz ... 27-331
27.8.21 Herausragende Bedeutung des Elementes der Beziehung und der Beziehungsarbeit ... 27-331
27.8.22 Konsolidierung und Konstanz der Betreuungspersonen ... 27-331
27.8.23 Struktur, Klarheit und Transparenz ... 27-331
27.8.24 Stringenz und Homogenität in der Behandlung ... 27-332
27.8.25 Gesamtheitliche Bewertung und systemische Gesichtspunkte ... 27-332
27.8.26 Primat eines individuenzentrierten indikationsgeleiteten therapeutischen Ansatzes ... 27-332
27.8.27 Vernetzung von Funktionen, Informationen und Kooperation professionellen Helfern / Betreuern, Institutionen und sozialen Bezüge ... 27-332
27.9 Qualitätssicherung, - kontrolle und -management ... 27-333
27.9.1 Relevanz von Passung und gezielter Vorabselektion der ambulanten Therapie ... 27-333
27.10 Als akzeptanzförderlich und -hemmend erkannte Faktoren ... 27-334
27.11 Personale Vorgaben ... 27-335
27.11.1 Mangel an qualifiziertem Personal ... 27-335
27.11.2 Gute Erfahrungen mit vormaligen forensischen Mitarbeitern ... 27-336

27.11.3 Standards zum personalen Anforderungs- und Kompetenzprofil und erhöhtes Anspruchsniveau für professional Eingebundene ... 27-336
27.11.4 Multiprofessionelle Ausrichtung ... 27-336
27.11.5 Professionale Begleitung im Kontext der Einzelfallhilfe respektive als Case-Management ... 27-336
27.11.6 Case Load ... 27-336
27.11.7 Erfordernis formalrechtlicher Unterlegung und adäquate Honorierung ... 27-336
27.11.8 Interdisziplinäre Bezüge und multiprofessionale Relevanzen ... 27-336
27.11.9 Sichern personaler Fachkompetenz, adäquater professionaler Qualifikation mit Möglichkeiten zur Kompetenzbildung, Nachqualifikation, Super- und Inter-Vision, Beratung, Krisenintervention ... 27-336
27.11.10 Besonderes Anforderungsprofil, erschwerende Faktoren und Zusatzaufwendungen ... 27-337
27.12 Struktureller Kontext der ambulanten Nachsorge psychisch kranker Straftäter- ein versorgungs- und kostentechnisch sowie rechtlich ungesicherter und defizitärer Bereich ... 27-338
27.12.1 Rechtliche Implikationen der Ergebnisse ... 27-338
27.12.2 Kostentechnische und ökonomische Gesichtspunkte - Entwicklung neuer Lösungswege ... 27-341
27.13 Bedarfsentwicklung als dynamischer Prozeß - Reziprozität der Bedingungsgefüge von Bedarf und Angebot ... 27-341
27.14 Initiierte Bewußtseinsprozesse zum Behandlungsgedanken versus rigide Verwahrungstendenzen ... 27-342

27 Zusammenfassung der Ergebnisse zur ambulanten Betreuung/ Versorgung/ Therapie und Nachsorge psychisch kranker Straftäter

27.1 Unzureichende Repräsentanz dieses Sektors

Der Sektor der nichtstationären und insbesondere der, der ambulanten Versorgung, Nachsorge und Therapie erhält bislang nicht die Bedeutung, die diesem im Gesamtkontext der Betreuung und Versorgung psychisch kranker Rechtsbrecher zukommen sollte.
Obschon sich zur stationären Behandlung von MRVZ-Patienten im letzten Jahrzehnt strukturell und therapiebezogen vieles bewegt hat und Verbesserungen vorgenommen wurden, ist diesem wichtigen Versorgungssektor offiziell wenig und immer noch nicht die ihm angemessene Aufmerksamkeit zuteil geworden.
Es ist dahingehend immer noch von einem extrem randständigen Status des psychisch kranken Rechtsbrechers zu diesem Sektor der psychiatrischen Versorgung auszugehen.
Dieser Mangel an zugewiesener Bedeutung spiegelt sich auch in der Repräsentanz dieses Bereiches im wissenschaftlichen Kontext.
In der Gesamtschau konnten den zentralen Ansinnen dieser Arbeit Folge geleistet werden, einen empirischen Beitrag zu liefern zur wissenschaftstheoretischen Unterlegung des hier untersuchten Fach- und Tätigkeitsbereiches. - Deutlich wurde, daß es sich um ein unter diversen und v. a. versorgungs-, betreuungs-, behandlungs- und sicherungsbezogenen Gesichtspunkten drängendes und dahingehend zunehmend relevantes und aktuelles Aufgabengebiet handelte.

27.2 Bezüge und Objekte, Procedere und Methoden

27.2.1 Übersicht und kritische Bewertung der Vorgehensweisen zur Erhebung

Die hier ausgewiesenen Befunde basieren auf mehrjährige differenzierte Recherchen, mehrphasige, explorativ erkundende Untersuchungen und einem, kombiniert über einen qualitativen und quantitativen Erhebungsmodus eingebrachten, Datenmaterial. Sie integrieren Erkenntnisse aus Erhebungen des deutschsprachigen Raumes, im Detail primär zu Deutschland und Österreich sowie anteilig den Niederlanden und einer dortigen tagklinischen Einrichtung.
Die Erkenntnisse sprachen in der Gesamtschau für die Sinnhaftigkeit und Erfordernis des Einsatzes und der Implementierung ambulanter, nachsorgender, nichtstationärer professionaler Betreuung und Behandlung.
Die Ergebnisse ermöglichten eine Einschätzung zum Bestand und v. a. besonderen Bedarf dieser Form der Versorgung und Aussagen zur quantitativen und qualitativen, strukturellen und inhaltlichen Ausgestaltung und den zentralen Bedingungsfaktoren. Ein zentraler Schwerpunkt dieser Arbeit lag im Erschließen betreuungs- und behandlungsbezogener Um- und Zugangsformen.
In der Gesamtschau konnten dahingehend bestehende Gegebenheiten, praktizierte, bewährte und für erforderlich gehaltene, konzeptionelle, strukturelle und therapeutische Ansätze sowie versorgungs- und behandlungsbezogene Erfordernisse und Lösungen nichtstationärer Versorgungserfordernisse psychisch kranker Rechtsbrecher erschlossen und basierend darauf, richtungweisende inhaltliche Aussagen und Erkenntnisse zu alternativen ambulanten Möglichkeiten, Bedürfnisprofilen, primären Kriterien und zentralen Zugangsformen für eine adäquate effektive Form der Nachsorge dieser Klientele entwickelt werden.
Die Untersuchungen ergaben einen erheblichen Erkenntnisgewinn dazu, zu den Strukturen und therapeutischen Zugangsformen für eine adäquate und damit auch als effektiv erfahrene, nichtstationäre und v. a. ambulante Versorgung / Betreuung / Behandlung forensischer Patienten:
Übergreifend konnten dahingehend zentrale Richtwerte und Maximen (Prämissen) definiert und bestimmte Kriterien, strukturelle, konzeptuelle und inhaltliche Determinanten bewährter Zu- und Umgangsformen entwickelt werden.

Die hier vorgestellten Erhebungen umfassen Daten über 52 deutsche und österreichische forensische Einrichtungen und neben den stationären Daten zu 698 ambulanten forensischen Patienten sowie zur ambulanten Versorgung der Niederlande und einer dortigen Tagklinik mit 135 forensischen Patienten.
Für sich betrachtet, gründeten die Untersuchungen zu Deutschland auf einer initial über eine Stichtagserhebung rekrutierten Grundgesamtheit an 38 Einrichtungen mit N_s=3411 stationären und N_a=415 ambulanten Patienten (26 Einrichtungen) mit einer, für diesen Untersuchungssektor hohen, Responserate von 82.61 % bei ursprünglich 46 angeschriebenen Einrichtungen.

Procedere und Methoden

Dem, wie sich zeigte, komplexen Konstrukt an sensiblen, anteilig auch brisanten, Ermittlungsbereichen und –inhalten galt es in einem, in vielen Zuständigkeiten noch ungeklärten, durchaus nicht unproblematischen und auch nicht konfliktfreien Raum angemessen methodentechnisch zu begegnen. Ihm wurde in Planung, Konzipierung, Ausgestaltung und Durchführung der Untersuchungen generell und des Erhebungsinstrumentes im Besonderen Rechnung getragen.
Die gewählten Erhebungsmodi haben sich im Hinblick auf die Informationserhebung eines in vielen Bezügen noch unerschlossenen Bereiches bewährt und zu einer gewinnbringenden, ergiebigen und erkenntnisförderlichen Aggregation an Daten geführt.
Da es sich bei dem zu erfassenden Untersuchungsbereich um ein Gebiet handelte, zu dem zum Erhebungszeitraum kaum Informationen vorlagen, wurde ein dynamischer, explorativ - erkundender Untersuchungsansatz gewählt und neben dem quantitativen auch ein qualitativer Zugang verwendet. Die Rekrutierung der Daten und die Wissensermittlung geschah in komplexen, disziplinären wie interdisziplinären, praxis- aber auch theoriebezogenen Recherchen über umfassende Erhebungen zu versorgungsbezogenen Gegebenheiten und Entwicklungen, über breit und mehrdimensional angelegte Untersuchungen im Querschnitt und für entwicklungsbezogene Aussagen anteilig zum Verlauf. In schrittweisen Erkundungen und über entsprechende abgestimmte respektive entwickelte Instrumentarien gelang es, dieses Gebiet überhaupt und zu den anvisierten Fragen nach und nach zu erschließen, strukturell und konzeptionell Kriterien, Vorgaben, Richtwerte, Zugangsweisen und Erkenntnisse zu erwerben. Dabei ergaben sich v. a. auch über qualitative Erhebungsansätze und anteilig über Detailanalysen und unter Berücksichtigung der jeweiligen Bedingungskonstellationen im Einzelnen, aussagekräftige Ergebnisse, wesentliche Informationen und Erkenntnisse.
Der Kern der Befunderhebung erfolgte über eine Fragebogenerhebung mit einem sowohl quantitativen wie qualitativen Ansatz und einer, dazu differenziert abgestimmten, Kombination vorstrukturierter, halb offener und offener Fragestellungen.
Der Einsatz von sowohl vor- und semistrukturierten als auch offenen Frageformen mit freiem Antwortmodus ermöglichte die Rekrutierung zusätzlicher allgemeiner wie spezifischer, die jeweiligen Gegebenheiten berücksichtigenden, Informationen, Erfahrungsinhalte, Auskünfte und Meinungsäußerungen sowie gezielt auch einzelfallbezogener Stellungnahmen der Einrichtungen.
Ein wesentliches Anliegen der Untersuchungen war es, zu klären, ob und welche Formen ambulanter Versorgung bestehen. Zur initialen Erhebung hatte sich abgezeichnet, daß solche überhaupt und außerdem in diversen Ausgestaltungen existieren. Insofern war in den Folgeerhebungen ein zentraler Schwerpunkt auf die Exploration von Zugangsformen, Kriterien einer adäquaten Behandlungsführung und deren Ausgestaltung gelegt, dahingehende und konzeptionelle Ansätze auch über Detailanalysen unter Berücksichtigung der jeweiligen Bedingungskonstellationen im Einzelnen, untersucht und über die explorativ - erkundenden Vorgehensweisen wesentliche Erkenntnisgewinne erzielt und aussagekräftige Ergebnisse vermittelt worden.

- Überhaupt erstmals und dabei retrospektiv zu 1993/ ´94 wurde, ausgehend von der Forensischen Abteilung der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität München, eine Befragung aller deutscher MRVZ-Einrichtungen initiiert.
- Zusätzlich wurde um ein Jahr versetzt eine korrespondierende Untersuchung zur Situation in Österreich gestartet.
- Des Weiteren konnte über gezielte Besuche diverser Ambulanzmodelle und Einrichtungen seitens der Untersuchungsleitung vorab und parallel zu den Erhebungen das Erkenntniswissen um konzeptionelle und behandlungsbezogene Vorgehensweisen, Zu- und Umgangsformen ambulanter Lösungsansätze und praxisbezogene Zugangsweisen erschlossen, entwickelt und fundiert, Theoriemodelle durch In-Augenscheinnahme vor Ort evaluiert und eigene Vorstellungen dazu abgeklärt werden.
- Fortführend wurden an Einrichtungen mit zuerkannter Erfahrung in ambulanter Behandlung in mehreren Schritten sukzessive detaillierte Folgeerhebungen geleistet mit wesentlichen Schwerpunkten zur Erfassung und Abklärung bedarfsorientierter und v. a. behandlungsbezogener Zugangsformen.
- In Folge der Recherchen des initialen Erhebungsganges war deutlich geworden, daß nichtstationäre Versorgungsalternativen überhaupt und außerdem in diversen, konzeptionellen und strukturellen Ausprägungen existieren. Es wurden entsprechende Typen ermittelt und daraufhin zentrale Konzepte exemplarisch in ihrem Gesamtbild erschlossen.
- Besondere Berücksichtigung fanden Erfahrungen von Ambulatorien, die, gemeindenah ausgerichteter, Erprobungsprojekte und darunter insb. die, zum Modellverbund ´Ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung des Bundesministeriums für Gesundheit`.

- Überdies wurden Informationen zu Versorgungsalternativen im außerdeutschen Bereich zusammengetragen und dazu die teilstationäre Einrichtung *Tagklinik De Waag, Utrecht* untersucht sowie die inzwischen etablierte große *Forensische Institutsambulanz in Wien* und neben diesen auch die langjährige *Forensische Institutsambulanz am Philippe Pinel Instituts Montreal / Canada* und weiter die deutschen gemeindenah ausgerichteten Modelle über einen längeren Zeitraum hinweg über Hospitationen besucht und exploriert.
- Aus anderer Perspektive wurde der Kenntnisstand ergänzt über weiterführende Informationsgespräche mit Praktikern, therapeutischen Mitarbeitern und Experten. Die weiterführenden Informationen implizierten solche, direkt aus der Praxis und dem Geschehen vor Ort als Basisdaten sowie andernteils übergeordnete, zu geplanten oder ähnlichen Projekten zu Strukturvorgaben und dahingehenden Entwicklungen, konzentrierte Informationen aus übergeordneten Gremien- und Arbeitsgruppen, strukturpolitischen Foren und Ausschüssen sowie Fachtagungen über Expertenäußerungen und außerdem den Eigenerfahrungen der Autorin aus ihren Mitwirkungen in diesen.

Über die diversen Zugangsformen wurde das gewonnenen Erfahrungs- und Erkenntniswissen und darunter insb. die Befunde zu den Zugangsformen und Prämissen in Abständen gegengeprüft, ergänzt und fortgeführt und Entwicklungen aufgegriffen.

- *Befragung der Sozialministerien:* Über eine offen gehaltene Befragung wurde seitens der Autorin in der Frage der Nachsorge forensischer Patienten im Zeitraum *Juli bis Nov. 1998* an allen Sozialministerien der neuen und 50 % der alten Bundesländer eine Querschnittserhebung zu deren Haltung zur Erfordernis spezifischer Nachsorge für diese Klientele durchgeführt.
- *Zeitliche Spannbreite der Untersuchungen:* Die Beobachtung und informationstechnische Verwertung über eine längere Zeitspanne erschloß wertvolles Spezial- und Erkenntniswissen und wichtige Informationen zu diversen und darunter insb. strukturellen Bezügen, dahingehenden und anderweitigen Entwicklungen, den Zugangsformen, - bestätigenden - Erfahrungen zur Sinnhaftigkeit und Effektivität ambulanter Strukturen sowie entsprechenden Erschwernis-, Problem- und Störfaktoren. Überhaupt wurden diese diversen konzeptionellen Ansätze so im Überblick in ihrem Verlauf über die Zeit hinweg und außerdem zu ihren Vor- und Nachteilen besser beurteilbar.

Vor dem Hintergrund der Komplexität der Thematik und Aufgabenstellung und dem weitestgehend noch wissenschaftlichen Neuland mit außerdem sensiblen Ermittlungsbereichen gestalteten sich die praktizierten Vorgehensweisen und explorativ erkundenden Verfahren als bewährte Strategien und Methoden zur Rekrutierung und Auswertung der Daten.

27.2.2 Erschwernisse, Hindernisse und Grenzen der Untersuchungen

Es ergaben sich eine Vielfalt an außerdem speziellen und insgesamt erhebliche Erschwernisfaktoren mit deutlichen Aufwendungserfordernissen zu der Erfassung, dem Procedere und der Verarbeitung der Daten.
Sachzwänge und insb. finanzielle Probleme bildeten überdauernde Belastungsfaktoren. Die erste Entwicklungsphase war über sieben Monate durch ein kontingentiertes Teilstipendium *(HSP III Hochschulsonderprogramm Bayern)* anteilig finanziell unterlegt gewesen. Zugesagte sachgebundene Gelder über ein Stipendium des Europarates konnten nicht ausgezahlt werden. Letztlich wurden die geplanten Untersuchungen und vorgesehenen Unternehmungen nur über Eigenfinanzierungen der Autorin möglich.
Die Rekrutierungsmöglichkeiten der Daten war abhängig von den verfügbaren, strukturellen, personalen, zeitlichen, arbeits-, dokumentationstechnischen und logistischen Kapazitäten und Ressourcen respektive Engpässen und Überlastungen der Einrichtungen.
Die hohe Responserate und Bereitschaft zur Kooperation war bei den, bereits allein mit Routineleistungen regulär überlasteten, durch defizitäre Organisations- und Versorgungsstrukturen strapazierten, daher für zusätzliche und auch wissenschaftlich begründete Aufwendungen an sich schwer zu gewinnenden, Vertretern dieses Sektors Ausdruck für den enormen Bedarf und defizitären Ressourcen an nichtstationären Formen der Versorgung und Nachsorge und einem dahingehend hohem Eigeninteresse an der erkundeten Thematik. Sie war sicher auch motiviert im erheblichen Bedarfsdruck und sprach außerdem für die Effizienz der untersuchungstechnischen und dabei auch der, zur Akzeptanzförderung geschalteten, Maßnahmen.
Die Daten waren über die erfaßten Einrichtungen und die Fragen zu den forensisch psychiatrischen, stationär und v. a. den ambulant geführten Patientengruppen als Gesamtheit erhoben worden. Informationen zu Bezügen zum jeweiligen Einzelfall eines Patienten waren somit regulär nicht zu erwarten, ergaben sich jedoch immer wieder vereinzelt, u. a. auch aus Detailanalysen und konkreten Beispielen. Das Design der Studie erlaubte keine Aussagen zu Korrelationen von Parametern und daher keine von Diagnose, psychiatrischer Störung und Delikt.

27.2.3 Ausblick und Empfehlungen für weiterführende Untersuchungen

Aus den bisherigen Untersuchungsverläufen haben sich weitere Fragestellungen ergeben:
Einem zukünftigen Erkenntnisgewinn zuträglich wären fortführende und dabei auch qualitative und einzelfallbezogene sowie prospektive Untersuchungen.
Es sollten Studien entwickelt werden zur kontinuierlichen Begleitung von Einzelverläufen, qualitative und detaillierte Verlaufs- und Einzelfallanalysen. Die hier vorgestellten Ergebnisse ließen für solche Ansätze wichtiges Potential erkennen. Es empfehlen sich qualitative Untersuchungen zu Verläufen und Prozessen der Entlassung und Erprobung - v. a. im Hinblick auf krisenhafte Entwicklungen und andernteils protektive präventive Faktoren.
Bislang bestehen kaum qualitative Untersuchungen zu Rückfallgeschehen.
In der Abfrage versorgungsbezogener, therapie- und betreuungsrelevanter Aspekte, wie u. a. solcher zu Bedarf, Indikation, den Zielen und Inhalten, sollten neben Fremd- auch Selbstbewertungen und neben Angaben aus Sicht und den Erfahrungen der Behandler prospektiv explizit auch die, seitens der betroffenen Patienten untersucht werden. Weiter lassen Informationen von und über Bezugspersonen und deren Einstellungen verständnis– und erkenntnisförderliche Anteile erwarten.
Deutlich wurde, daß bei dem zu untersuchenden Gebiet komplexe Wirkzusammenhänge existieren.
Prospektive Untersuchungen müssen vor einem gesamtheitlichen Zugang im Bewußtsein um komplexe Zusammenhänge mit einer Vielfalt an Interdependenzen und überhaupt reziproken Bedingungsgefügen erfolgen.
Unter Berücksichtigung dessen können dann auch themenzentrierte Untersuchungen zu definierten Fragestellungen und Merkmalen erkenntnisförderliche Informationen vermitteln. Nachgegangen werden sollte

- den sich aus den eigenen Befunde abzeichnenden Kriterien zur Indikation,
- differenzierten Überlegungen zur Konzeption und Ausgestaltung,
- dem Erstellen indikationsgeleiteter Behandlungsansätze und
- therapieverträglicher Qualitätssicherungsmaßnahmen,
- der Frage nach begünstigenden, strukturellen Vorgaben und der dahingehenden Abstimmung strukturpolitischer und infrastruktureller Maßnahmen

für eine solchen Form der Betreuung und Behandlung im ambulanten Setting.
Zuträglich wäre eine fortführenden Erforschung – bestenfalls mit Kontrollgruppen - zur Effizienz diverser behandlungsbezogener Zugangsformen bei außerdem unterschiedlichen Störungsbildern - respektive von Effektivitätsmerkmalen bei definierten Störungsgruppen.
Von Interesse wären katamnestische Evaluationen zur Entwicklung entlassener Patienten.
Überhaupt fehlen vergleichende Untersuchungen mit Kontrollgruppen. Allerdings ist die Formierung unbehandelter Kontrollgruppen aufgrund der nur bedingten Anzahl an Entlassungen und überhaupt aus ethischen Gründen problematisch.
Eine relegierte Querschnittsuntersuchung zum Stand der Versorgung im Bundesgebiet ist aufgrund der erkannten Reziprozität der Bedingungsgefüge zu quantitativen Bezügen wohl eher weniger, doch wenn, dann zu qualitativen Fragestellungen sinnvoll.
Nach Etablierung der Versorgungsstrukturen in den neuen Bundesländern könnte dabei ein, auf die spezielle Konstellation dieser Versorgungssektoren abgestelltes, ambulantes Bedarfsprofil entwickelt werden.

27.2.4 Operationalisierungserfordernisse respektive abzuklärende Einheitlichkeit zu den Definitionen und dem Verständnis zentraler Begrifflichkeiten

Ein eigenständiges Ergebnis bildete die Erkenntnis um ein nicht immer einheitliches Verständnis der Befragten zu den zentralen Begriffen der Untersuchung und der daraus abgeleiteten Erkenntnis um die kontinuierliche Notwendigkeit, dies über operationalisierende Maßnahmen zu verbessern und zu kontrollieren. Diesem Aspekt muß in prospektiven Untersuchungen Rechnung getragen und Schwierigkeiten dieser Art kalkuliert werden. Zum Kontext der hier vorgestellten Untersuchungen war dieser Umstand erkannt und der Problematik über gezielte korrigierende v. a. operationalisierende Maßnahmen begegnet worden.

27.3 Unterschiedliche Formen ambulanter Versorgung

- **Diverse Organisationsformen und Strukturtypen organisierter ambulanter Versorgung psychisch kranker Straftäter**

Insgesamt hat sich gezeigt, daß ambulante Behandlungsmaßnahmen in unterschiedlichen Kontexten und Versorgungsstrukturen mit verschiedenen qualitativen und quantitativen Ausgestaltungen und Intensitäten erfolgen. Diesen gilt es in den ihnen eigenen Besonderheiten und Qualitäten zu begegnen. Deutlich wurde die Bedeutung der Abstimmung auf die Strukturen des hintergründigen Versorgungskontextes, der Indikation und Passung zum Merkmals-, Bedarfs- und Eignungsprofil des jeweiligen Einzelfalles generell und v. a. für Akzeptanz, Wirksamkeit und Effektivität der Behandlung.
In der Gesamtschau ergaben sich strukturell und konzeptionell unterschiedlich ausgestaltete Formen an Ambulanzarbeit bzw. ambulanter Nachsorge und Behandlung psychisch kranker Straftäter.

Insgesamt und zwar zur bundesdeutschen Situation, zu Österreich sowie anteilig auch zu internationalen Bezügen fanden sich organisierte und nicht organisierte, formelle und informelle Formen, diverse und überhaupt folgende Organisationsformen nichtstationärer Versorgung: Übergreifend ergaben sich dezentral und zentral organisierte ambulante Versorgungsmuster. Als offiziell organisierte Angebote fanden sich Ausgestaltungen von und Kombinationen zwischen zentraler und dezentraler Versorgung, institutionalisierten und gemeindenahen Ausgestaltungen. Externe Therapeuten wurden in beiden Fällen, doch in unterschiedlicher Ausprägung für die Sicherstellung der Versorgung hinzugezogen. Gute versorgungstechnische Erfahrungen bestanden im Hinblick auf vormalige Mitarbeiter forensischer Einrichtungen. Eigenständige Organisationsstrukturen im Kontext der Ver- und Nachsorge forensisch psychiatrischer Patienten mit offiziellem Charakter bildeten institutionalisierte forensische Ambulatorien, solche mit einem primär gemeindenahen versorgungsbezogenen Ansatz, Liaison- und Konsiliardiensten und außerdem solche, die ambulante Versorgungsleistungen mittels klinikeigener Ressourcen über Klinikmitarbeiter und der Klinikambulanz bewerkstelligten.
Der Großteil der deutschen Versorgungsformen trug jedoch einen eher informellen Charakter. Zu Deutschland und Österreich ergab sich, daß dort v. a. aufgrund fehlender strukturpolitischer Vorgaben der größte Teil der ambulanten forensisch psychiatrischen Patienten über Klinikambulanzen bzw. -mitarbeiter geführt wurde.
Neben, an die Institution Maßregelklinik angebundene, forensische Spezialambulanzen mit dort bzw. von dort aus organisierten und entwickelten ambulanten Behandlungs- und Versorgungseinheiten, bestanden andere Versorgungsmodelle, wie das, einer mobilen Ambulanz und dezentrale satellitenähnlich konstruierte Modelle.
Überhaupt zeigte sich die Ausgestaltung der ambulanten forensischen Versorgung und ihrer Strukturen abhängig von der - zentralen, dezentralen oder integrativen - Organisation der entsprechenden MRVZ-Einrichtungen und den strukturpolitischen und versorgungstechnischen Gegebenheiten der Region.
Es fanden sich Versorgungskonstrukte, welche entweder als forensische Institutsambulanzen direkt an die Herkunftsklinik angebunden waren, andere, die zur Klinikregion mit der Klinik als Stützpunkt, Niedergelassene zur externen Mitarbeit rekrutierten und diese und assoziierte Betreuer (komplementäre Dienste) supervidierten bzw. solche, die die ambulante Behandlung über die allgemeinpsychiatrische Klinikambulanz abwickelten und weiter solche, die ambulante Behandlungsteams aussandten, die in der Herkunftsregion des Patienten, selbsttätig als qualifizierende oder qualifizierte ambulante Dienste und oft beratend fungierten, ressourcenorientierte therapeutische Netzwerke aufbauten, installierten und in deren Funktionen supervidierten - und dies als eigenständige institutionalisierte Organisationsformen von der forensischen Klinik über mobile Ambulanzen und / oder sektorisierte Dependancen.

- **Supportive Wohnformen - Wohngruppen**

Ein zentrales Problem und häufiger Hindernisfaktor im Kontext der Entlaß- und Wiedereingliederungsplanung war das, der ungelösten extramuralen Wohnsituation nach Entlassung aus dem MRVZ. Wohngruppen haben sich außerordentlich bewährt und traten unabhängig von den Formen ambulanter Versorgungsstrukturen auf. Sie boten in ihrem Aufkommen unterschiedliche Ausgestaltungen im Hinblick auf Betreuungsdichte und ihrer intra- oder extramuralen Lokalisierung. Für diese Versorgungsform wurde ein hoher Bedarf ausgewiesen und insb. die des betreuten Wohnens von allen Einrichtungen und zu unterschiedlichen Kontexten als unterversorgt herausgestellt. Gerade auch, um Patienten mit eher langjähriger Unterbringung (Gefahr der Hospitalisierung) Wiedereingliederung überhaupt wahrscheinlich werden zu lassen, wurden betreute Übergangseinrichtungen und dbzgl. insb. Wohngruppen verlangt. Forensische Kliniken, die über solche Strukturen verfügten, problematisierten eine „Fast-Null-Fluktuation" und einen an sich weitaus größeren Bedarf an derartigen teilbetreuten Übergangsstrukturen mit dem Ziel einer eigenständigen Lebensführung.

- **Tagklinik**

Die Tagklinik für psychisch kranke Straftäter repräsentiert als eigenständige Behandlungsalternative mit spezifizierten therapeutischen Konzepten eine Zwischenform. Gerade auch die Erkenntnisse der deutschen Modellprojekte bezeugten das Fehlen und den Bedarf an tagklinisch konzipierten, aus dem stationären Setting überleitenden, strukturgebenden, begleitenden, therapeutischen außerdem schützenden und kontrollierenden Behandlungsstrukturen für ein spezielles Kollektiv forensisch psychiatrischer Patienten und dazu insb. solchen mit schwereren Persönlichkeitsstörungen. Dieses Bedarfsprofil wurde über Erfahrungen alternativ tagklinisch gestalteter Projekte der Niederlande bestätigt: Von dem verdichteten stärker strukturierten und kontrollierten, therapeutischen Setting profitieren besonders Patienten, die gerade solche Strukturen und auch damit einhergehende Kontrollelemente benötigen. Das Modell zeigte kriminalpräventive Wirkung und ist dazu geeignet, einer Verfestigung der deliktogenen Strukturen v. a. von Gewalt- und Sexualstraftätern entgegenzuwirken und bevorzugt für solche Täter, die dbzgl. hintergründig noch keine ´Karriere` entwickelt haben. Befunde zu diesem Ansatz verdeutlichten besonders die Relevanz der ´Passung` von Setting und dem Bedarfsprofil der Klientele als zentralen Wirkungsfaktor.

- **Forensische Spezialambulanzen**

Eine weitere Version, ist die der vereinzelt bereits entwickelten Spezialambulanzen, wie für Sexualstraftätertherapie. Der Nachteil, der mit der Kulmination fachlicher Kompetenz an einem Ort verbunden ist, liegt in der Verdichtung des Aufkommens dieses Tätertypus in dieser Region und der dann schwer realisierbaren, Integration des Patienten in dieser Gegend.

27.4 Zentrale Funktionen, Leistungen und Aufgaben organisierter ambulanter Versorgung und deren Abhängigkeit von der hintergründigen Versorgungsstruktur

> Direkte und indirekte Funktionen am und zum Patienten

Ambulanzarbeiten unterteilen sich zur Patientenversorgung in direkte und indirekte Aufgaben. Einen hohen Anteils bilden indirekte formal administrative Aufgaben, die in Abhängigkeit vom Versorgungsmodell bis zu zwei Drittel des gesamten Aufgabenprofils ausmachen können.

- **Vernetzungs- und Schnittstellenfunktionen im Behandlungs- und Wiedereingliederungsprozeß zwischen stationärer Unterbringung und erster extramuraler Lockerung**

Übergreifend bildeten sich trotz und bei diverser Ausgestaltung primäre Aufgabeninhalte ab. Es waren dies solche über das Ausüben einer Schnittstellenfunktion im Behandlungs- und Wiedereingliederungsprozeß zwischen stationärer Behandlung, erster extramuraler Lockerungen, als zentrale Vermittlungsstelle im Kontext ambulanter behandlungsbezogener und/ oder nachsorgender Maßnahmen, der Strukturierung, Koordination und Überwachung der Entlassungsvorbereitung und rehabilitativer Hilfen, Entwicklung und Fokussierung zentraler Behandlungs- und Betreuungsaufgaben, Sicherstellung und Organisation jedweder Bedarfsdeckung für forensisch psychiatrische Patienten, dem verfügbaren Expertenwissen, von Kriseninterventionen, Supervisionen in die Behandlung eingebundener Mitarbeiter externer Einrichtungen, Therapeuten, Qualifikation über möglichst auch qualifizierende Dienste mit dem entsprechend qualifizierten Personal als Voraussetzung.
Eine der zentralen Aufgaben v. a. im Kontext einer gemeindenahen Versorgungsausrichtung war es, regional ein Versorgungsnetz ambulanter Dienst- und Behandlungsträger zu organisieren, zu diesem Kontext vorhandene Ressourcen zu rekrutieren und neues angemessenes Behandlungs- und Versorgungspotential zu entwickeln, Mitarbeiter der Region und externes, in die ambulante Versorgung eingebundenes, Fachpersonal nötigenfalls sowie unter dem Aspekt der besonderen Belange forensisch psychiatrischer Patienten (nach-) zu qualifizieren, Kriseninterventionen und Supervisionen anzubieten. Dazugehörige Ambulanzleistungen wurden im Selbstverständnis eines qualifizierten Dienstes i. S. einer eigenständigen Beratungseinrichtung forensischer Experten und/ oder über qualifizierende, speziell mit forensischem und therapeutischem Fachwissen ausgestattete Dienste über andere/ komplementäre Einrichtungen/ Mitarbeiter eingebracht.

- **Supportive Einzelfallhilfe**

Der überwiegende Teil professionaler Aufgaben betrifft sozialpädagogische und in zweiter Linie psychotherapeutische Arbeitsbereiche. (Alle über die Ambulanzen der Herkunftskliniken *Düren* und *Lippstadt-Eickelborn* geführten Patienten erhielten Leistungen aus dem Berufsfeld der Sozialarbeit.) Dabei gehen koordinierende, organisierende und integrierende Funktionen einher mit informationsvermittelnden, beratenden, psychoedukativen, supervidierenden, intervenierenden und speziell qualifizierenden Tätigkeiten der fachforensischen Experten.

- **Geregelte Supervision und fachgerechte Beratung der Therapeuten**

Einheitlich als unabdingbar erkannt und zwingend gefordert worden war die Möglichkeit ausreichender und außerdem fachspezifischer Supervision und Beratung der Therapeuten.

- **Aufklärung und Öffentlichkeitsarbeit**

Gezielte Öffentlichkeitsarbeit und längerfristig informative, sachgerechte Aufklärungsarbeit dienen dazu, den Behandlungsgedanken und die -ziele mit Interessen der Öffentlichkeit abzustimmen und i. S. einer angestrebten Resozialisierung, Behandlungsmaßnahmen überhaupt auf lange Sicht sozial und gesellschaftlich implementieren zu können. Im Zuge dessen und gerade auch einer gemeindenahen Behandlungsführung sollten Mitarbeiter dahingehend und erforderlichenfalls u. a. durch gezielte Einzelgespräche mit potentiellen Arbeitgebern / Ausbildern Fundamente einer vertrauensvollen Kooperation schaffen, Aufklärung und Informationen gegen Nichtwissen und Ressentiments liefern und überhaupt motivational und supportiv verständnis- und integrationsförderlich wirken.

- Funktionen und Erkenntnisse gemeindenaher alternativer Versorgungsprojekte (des Bundes) – erfahrungsbezogene Ergebnisse Projektinhalte, Ziele, Aufgaben, Funktionen

Vier der eingebrachten forensischen Einrichtungen *[Lippstadt-Eickelborn, Düren (Abteilung Forensik), Moringen, Stralsund]* waren als Modelleinrichtungen zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte im *´Modellverbund Psychiatrie`* als Projektschwerpunkte zum Bereich *´Rehabilitation und Nachsorge in der forensischen Psychiatrie` des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) ´Ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung des Bundesministeriums für Gesundheit`* eingebunden gewesen. Mit dem primären Prinzip einer gemeindenahen Versorgung lagen deren Schwerpunkte in der Einbindung ihrer forensischen Klientele in vorhandene Versorgungsstrukturen, der nachhaltigen Erschließung vorhandener Ressourcen und Vernetzung von Versorgungseinheiten. Damit einhergehende Funktionen bestanden v. a. in: Der Koordination und Planung des Rehabilitationsgeschehens und den regionalen Obliegenheiten, Vermittlungen und Organisationen (externe Therapieplätze), eigenständigen Betreuungsaufgaben, Kriseninterventionen, kompetenzbildenden Interventionen, Supervisionen, supportiven Maßnahmen, Beratungen zu praxis- und theoriebezogenen, forensisch psychiatrisch qualifizierenden, edukativen und konkret klinisch- therapeutischen Aufgaben zum Einzelfall. Besondere Bedeutung wurde der *´Qualifizierungsfunktion`* zugemessen, dem *Transfer*

von forensischem *Fachwissen* in kooperierende Dienste / Einrichtungen mittels Fortbildungen, Fallbesprechungen und kollegialen Supervisionen.
Primäre Anliegen der gemeindenahen Nachsorgemodelle bestanden darin, in verschiedenen Regionen die Möglichkeiten und Grenzen zu erkunden, bestehende allgemeine Versorgungssysteme in die Nachsorge entlassener forensischer Patienten einzubinden, die für eine solche Erschließungsarbeit notwendigen Ressourcen zu erschließen und geeignete Formen der Institutionalisierung von Überleitungsstrukturen zu entwickeln.
Ein solches Modell verlangt v. a. in der Implementierungsphase einen erhöhten Zeit- und Personalaufwand. Seine Vorteile liegen in den, mit einer guten Vernetzung der versorgenden Systeme einhergehenden Möglichkeiten integrierter Betreuung und Kontrolle, heimatnaher Versorgung generell und der, solcher Personen, die aufgrund der Distanz zur zentralen Einrichtung ansonsten von sich aus nicht dazu in der Lage wären. Die spezifischen Gegebenheiten der Versorgungsstrukturen der Region können vor Ort rekrutiert und organisiert werden. Die langfristige Planung, den Patienten in regionale, gegebenenfalls vorab zu rekrutierende, bestehende Versorgungsstrukturen der Region einzubinden, ist auch unter ökonomischen Beweggründen sinnvoll. Wiedereingliederungsmaßnahmen können in ihrem Verlauf verfolgt und bei Fehlentwicklungen regulierend Schritte vor Ort fachkundig eingeleitet, begleitet, überprüft und gegebenenfalls korrigiert werden. Ein außerdem positiver Nebeneffekt ist die Vermeidung von Doppelbetreuungen. Die Indikation dazu vorausgesetzt, hatte sich gezeigt, daß eine heimatnahe Versorgung mit günstigen Kostenfaktoren verbunden war. Der Patient kann in seiner sozialen Umgebung aufgesucht, beobachtet, erlebt und das so diagnostisch erschlossene Wissen dazu und insb. zum sozialen Kontext in die Behandlung eingebracht werden. Die Möglichkeit, Bezugspersonen in die Behandlung einzubeziehen, eröffnet zusätzliche und dazu therapeutische (systemische) Aspekte sowie supportive Möglichkeiten im Hinblick auf die Resozialisierung des Patienten.
Für Regionen mit starker Besiedlung werden Stützpunkte respektive Dependancen mit Ambulanzfunktionen für günstig befunden. Ambulante Einrichtungen und Dienste sollten die gesamte Einzugsregion abdecken.
Zur Organisation ambulanter Behandlungsmaßnahmen für forensisch-psychiatrische Patienten sind in den ersten Schritten vorhandene versorgungsbezogene Ressourcen der Region zu rekrutieren und zu aktivieren. Dazu sind entsprechende Verbindungen zu den dortigen nachsorgenden Einrichtungen / Versorgern / Diensten bzw. niedergelassenen Therapeuten zu festigen, zu vernetzen und in diesem Kontext nötigenfalls Mitarbeiter der Region - nach- zu qualifizieren.
Optimal, und v. a. bei Flächenstaaten mit unterversorgten Regionen, ist langfristig eine Verselbständigung und Verdichtung der externen Versorgungsstrukturen der jeweiligen Region anzustreben, wobei jedoch der Kontakt zu der für die ambulante Versorgung relevante MRVZ-Einrichtung und/ oder angebundene Institution bleibt. Bei großen Distanzen zur Einrichtung, schlechter Infrastruktur oder wenn es sich bei den nachsorgenden Einrichtungen um an sich eigenständige Institutionen handelt, können gezielt durch Experten der forensischen Zentralambulanz Ausbildungseinheiten entwickelt werden, die externe Mitarbeiter dazu qualifizieren, wiederum andere zum Umgang mit forensisch psychiatrischen Patienten auszubilden bzw. möglichst eigenständig adäquate Versorgungsstrukturen zu gestalten.

- **Exemplarische Empfehlungen zur infrastrukturellen Ausgestaltung eines Flächenlandes (NRW)**

Exemplarisch empfahl sich für ein Flächenland wie NRW und unter Gesichtspunkten einer strukturpolitisch angestrebten Deinstitutionalisierung als Versorgungsmodell ein System, das den spezifischen Strukturbedingungen und dahingehend insb. den Erfordernissen einer flächendeckenden Versorgung Rechnung trägt. In diesem Sinne vorstellbar ist ein integratives und dynamisches Strukturmodell mit forensisch qualifizierten und qualifizierenden Versorgungsdiensten, fachforensischen Ambulatorien und untereinander vernetzten Stützpunkten mit breit gefächerten beratenden, therapeutischen, supportiven und qualifizierenden Angeboten und sowohl regulären als auch offenen Strukturen und flexiblen, aktiven und nachgehenden Leistungen zur adäquaten Versorgung, Beratung, Krisenintervention, Supervision und anteiligen Behandlung. Dahingehend ist die Verfügbarkeit solcher Maßnahmen und der von qualifizierenden und qualifizierten Diensten sicherzustellen und inwieweit diese zur entsprechenden Kompetenzbildung der professional in die Behandlung Eingebundenen beitragen.

- **Versorgungsrelevante Ressourcen der Entlaßregion**

Prinzipiell muß für den jeweiligen Patienten eine qualifizierte, indikationsgeleitete Versorgung in der betreffenden Entlaßregion gewährleistet sein und dies vorab überprüft werden.
Die potentielle Nutzung vorhandener Ressourcen der Entlaßregionen sind unter Aspekten der Ökonomisierung und im Hinblick auf deren bedarfs- und indikationsgeleiteter Tauglichkeit hin zu überprüfen und gegebenenfalls zu selektieren. Zur Installation und Anbindung der ambulanten Bezüge bzw. Stützpunkte oder Einrichtungen ist die Nutzung von Synergieeffekten zu bedenken. Erfahrungen zu gemeindenah orientierten Modellen alternativer Versorgungsmodi mit Rekrutierung und Vernetzung ambulanter Versorgungssysteme der vorausgegangenen Jahre und die darüber entwickelten, personalen und strukturellen Ressourcen sollten eingebracht, Anknüpfungspunkte und bewährte vormalige Strukturen aufgegriffen, erneuert und gegebenenfalls weiterentwickelt werden.

27.5 Bedarf an nichtstationärer angemessener ambulanter therapeutischer Versorgung und eklatante Ist-Soll-Differenz dazu

Ambulante Nachsorge und Behandlung psychisch kranker Rechtsbrecher bildeten einen wesentlichen und dabei immer noch erheblich unterversorgten Bereich der Nachsorge. In der Gesamtschau vermittelte sich ein großer Bedarf an ambulanten Therapie- und Betreuungsangeboten und ein erhebliches Defizit an etablierten Angebots- und Versorgungsstrukturen zum nichtstationären und v. a. ambulanten Setting, an gesetzlichen, kostentechnischen und therapeutischen Rahmenbedingungen und entsprechend geregelten Behandlungsmöglichkeiten, therapeutisch fundierten und evaluierten Konzeptionen, Richtlinien und Kriterien für die –ambulante- Versorgung und Behandlung psychisch kranker Straftäter. Dies traf zu für die alten Bundesländer und – derzeit in den Einweisungsdiagnosen noch etwas anders verteilt - zu den neuen deutschen Bundesländern. Zum Stand der ambulanten Versorgung ergab sich eine eklatante Ist-Soll-Differenz. Allgemein zeigte sich ein weitaus größerer Bedarf an ambulanten Behandlungsplätzen als verfügbar und in der Gesamtschau ein weitaus höherer Bedarf an ambulanter therapeutischer Nachsorge als statuierbar war. Insgesamt ist von einem an sich größeren Defizit ambulanter Versorgung auszugehen als sich dies über die Angaben der initialen Befragung abgebildet hat. Die sich dazu äußernden Einrichtungen bezeichneten einen von um 100 % bis etwa 200 % höheren Bedarf an ambulanter therapeutischer Versorgung als zum Erhebungszeitpunkt abgedeckt werden konnte.

27.6 Unterversorgung als eigenständiger Risikofaktor

Grundsätzlich wurde deutlich, daß zu sehr vielen Fällen offenbar Strukturvorgaben und nicht der indikationsgeleitete Bedarf die Zuweisung in ambulante Behandlung diktierte. Das ambulante Therapieprogramm mußte oft den gegebenen Möglichkeiten und Rahmenbedingungen angepaßt werden.

27.6.1 Verzögerte Entlassungen, Verlängerung der Unterbringungsdauer durch defizitäre, resp. Verkürzungen der stationären Unterbringung durch alternative nichtstationäre Versorgung

Über mehrere Zugangsweisen bestätigten sich die Befunde, daß ein fundiertes ambulantes Therapieangebot effektiv dazu beitragen kann, die MRVZ-Aufenthaltsdauer zu verkürzen und den stationären Bereich zu entlasten. Über die Zeit hinweg offenbarte sich, daß ein nicht vorhandenes Angebot ambulanter Ver- und Nachsorge die stationäre Unterbringungszeit ´künstlich` und ohne eigentlich therapeutisch induziert zu sein verlängert. Entlassungen wurden häufig erschwert, bzw. verzögert, angestrebte Belastungs- und Verhaltenserprobungen gestalteten sich während der Beurlaubungen schwierig, weil geeignete Nachsorgeeinrichtungen für forensische Patienten nicht in ausreichendem Umfange vorhanden sind.

27.6.2 Problematische Vorabselektion aufgrund defizitärer Gegebenheiten

Im Falle einer defizitären Versorgungssituation unterliegt die für eine solche Form der Behandlungsführung vorgesehene Klientele einer, an bestehenden Versorgungsmöglichkeiten ausgerichteten, Vorabselektion. Eine Vielzahl an potentiell bedürftigen Patienten erfuhr aufgrund der defizitären nichtstationären Versorgungsstruktur keine oder keine adäquate, ambulante Behandlung / Nachsorge bzw. wurde in andere Versorgungseinrichtungen überführt. Bedürftig für eine ambulante Versorgung und geeignet sind allerdings weitaus mehr Patienten. Entsprechend birgt allein eine, in einer defizitären Versorgung begründete, ansonsten jedoch nicht indizierte, Vorabselektion an sich Behandlungsbedürftiger erhebliche Risiken.
Offenbar wurde, daß bei hintergründig defizitärer und unzureichender Versorgungslage die ambulante Behandlung vorwiegend weniger schwer gestörten Patienten angeboten wird (Selektionsprozeß), bei denen ein Behandlungskonzept leichter entwickelt werden kann. Zur Population der rekrutierten deutschen ambulanten Patienten zeigte sich, daß bei eher defizitären Versorgungsvorgaben, Erkrankungs- und Deliktformen vornehmlich mittelschweren Ausprägungsgrades dominierten. Erfahrungen gut etablierter, ausreichend und adäquat versorgter und ausgestalteter Modelle ergaben jedoch, daß bei optimierten, auf die Störungsprofile ausgerichteten, Versorgungsstrukturen tatsächlich auch schwerere Störungsbilder ambulant geführt werden konnten.

27.7 Erfordernis um bedarfsgerechte und dynamische, durchlässige, flexible Versorgungsstrukturen mit Entsprechungsmöglichkeiten von Bedarfsprofilen

Ein großer Bestandteil forensisch psychiatrischer Patienten unterscheidet sich in vielen Merkmalen und versorgungsbezogenen Bedürfnissen von Patienten der Allgemeinpsychiatrie. Die bestehenden Strukturen des psychiatrischen Versorgungssystems berücksichtigen i. d. R. nicht deren spezifische Bedürfnisse. Diese Gegebenheiten bildeten sich zu sowohl der Versorgungssituation in Deutschland als auch dem österreichischen Gesundheitsversorgungssystem ab.
Obschon dem entlassenen MRVZ-Patienten in Deutschland der Status eines Psychiatriepatienten zukommt, kann grundsätzlich nicht davon ausgegangen werden, daß herkömmliche Nachsorge- und ambulante Versorgungsangebote für ehemalige Psychiatriepatienten den speziellen Bedarf des forensischen Patienten abdecken.

In der forensischen Psychiatrie und auf die Versorgungsstruktur der deutschen MRVZ-Einrichtungen bezogen, ist der in der Allgemeinpsychiatrie praktizierten und inzwischen anerkannten Maxime, nach welcher die Behandlung und Versorgung psychisch Kranker günstigenfalls im Rahmen eines solchen Gesamtsystems und komplementärer Einrichtungen und Dienste erfolgen soll bzw. eine optimale Behandlung psychisch Kranker nur so gewährleistet werden kann, im Wesentlichen noch nicht Rechnung getragen worden.

27.7.1 Komplementäre Einrichtungen und spezifische Versorgungsformen - Defizite und Bedarf

Zum Bedarf um komplementäre ambulante Einrichtungen hatten sich initial 29 deutsche Kliniken geäußert. Über drei Viertel (89 %) der rekrutierten Einrichtungen der initialen deutschen Stichprobe erlebten ihre Versorgungssituation zu komplementären Einrichtungen als wenig zufrieden stellend, davon etwas weniger als die Hälfte (41 %) als unzulänglich. Nur sehr wenige (knapp 7 %) sahen sich dbzgl. ausreichend versorgt.
Infra- strukturelle Versorgungsdefizite und ein bislang ungedeckter Bedarf bildeten sich ab zu engmaschigen, nötigenfalls aufsuchenden/ bzw. nachgehenden Betreuungsmöglichkeiten und Nachsorgeeinrichtungen v. a. für bestimmte Patientengruppen. Lokale Unterschiede zu den regional vorhandenen Ressourcen sind dabei zu berücksichtigen.

- **Defizite zu Formen des betreuten Wohnens, betreuter und nicht betreuter Wohngemeinschaften / Wohngruppen, Übergangseinrichtungen, Tagkliniken**

Bundesweit offenbarte sich ein einheitlich formulierter Bedarf nach bestimmten Einrichtungen der komplementären ambulanten Nachsorge. Primär defizitär betroffen waren Möglichkeiten aus der Versorgung zum betreuten Wohnen: Von allen Einrichtungen, die sich und dies in außerdem unterschiedlichen Kontexten, zu Defiziten an komplementären Versorgungseinrichtungen geäußert hatten, waren betreute Übergangseinrichtungen, primär Wohngruppen (zwei Drittel der initial dazu befragten deutschen MRVZ-Einrichtungen) und insb. der Bereich des betreuten Wohnens, therapeutische Tagkliniken (43 % der deutschen Einrichtungen der initialen Befragung) und beschützende Einrichtungen mit strukturgebenden Beschäftigungsmöglichkeiten (ein Drittel für beschützende Werkstätten) als unterversorgt und einzig der Bestand an Beratungsstellen als ausreichend eingestuft worden.

- **Beschäftigungsorientierte und berufsförderliche Elemente**

Des weiteren fehlen Programmeinheiten i. S. einer einleitenden, beruflichen Resozialisierung und konkret beschäftigungsorientierte, berufsförderliche bzw. dahingehend integrative und rehabilitative, betreuende und berufsbegleitende Programme. Dabei bilden diese per se wichtige Elemente im komplexen nachsorgenden Behandlungsplan mit u. a. integrierenden stabilisierenden und strukturgebenden Funktionen. Über diese bestanden sehr gute Erfahrungen im Hinblick auf eine einleitende berufliche Resozialisierung.

27.7.2 Vielschichtigkeit, Komplexität und oft Komorbidität forensisch psychiatrischer Störungsbilder

Es handelt sich um ein Patientenaufkommen mit nicht primär homogenen sondern v. a. auch komplexen psychischen Störungsbildern, komorbiden Erkrankungsformen und dazu auch speziellen störungsspezifischen Anforderungsprofilen und einer außerdem gehäuften Möglichkeit einer Suchterkrankung (auch bei nach § 63 StGB eingewiesenen Patienten). (Der reale Bestand an komorbiden Störungsbildern lag anteilig deutlich höher als über Zuschreibungen durch Hauptdiagnosen erfaßbar). Die Befunde verwiesen sehr deutlich auf die Bedeutung komorbider Störungsbilder und Mischdiagnosen in der nicht- respektive nachstationären Versorgung psychisch kranker Straftäter und, daß diesen in ihrer Bedeutung therapeutisch Raum eingeräumt werden muß. V. a. relevant ist dies zu Persönlichkeitsstörungen und Suchterkankungen, kombinierten Diagnosen der Persönlichkeitsstörung, Minderbegabung, Verhaltensstörung und sexuellen Deviationen.
Die komplexen und oft komorbiden Störungsbilder wurden als Heraus- aber auch Überforderung der bisherigen Strukturen des allgemeinpsychiatrischen Nach- und Versorgungssystems deklariert und, daß diesen Sektoren in ihrer Bedeutung in der nicht- bzw. nachstationären Versorgung diagnostisch (aktuell) und therapeutisch Raum eingeräumt werden soll und dementsprechend Angebote, Programme und Methoden sowie überhaupt Kontingente im Hinblick auf eine konzeptionell zu integrierende Suchtbehandlung bereitzuhalten sind.
Bundesweit zeigte sich ein eklatanter Mißstand an Behandlungsmöglichkeiten für psychisch kranke Straftäter mit einer Persönlichkeitsstörung und / oder solchen mit komorbiden komplexen Erkrankungsbildern.
Besondere Versorgungslücken und damit die Erfordernis um Implementierung entsprechender, nötigenfalls spezieller therapeutischer institutioneller Strukturen im stationären, teilstationären und ambulanten Setting. ergaben sich zu bestimmten Patientengruppen und v. a. für die große Gruppe der psychisch kranken Straftäter mit Persönlichkeitsstörungen, denen mit schweren respektive komorbiden Störungsbildern, Sexualstraftätern bzw. Persönlichkeitsgestörten mit Sexualstraftaten, Patienten mit klassischen psychiatrischen Störungen, Psychosekranken mit einer begleitenden oft ausgeprägten Suchterkrankung und solchen mit starken Verwahrlosungstendenzen Übernahmen gestalteten sich problematisch für mehrfach gestörte Patienten und insbesondere beim Zusammentreffen einer Suchterkrankung und einer schweren psychischen Störung; einem Störungsbild, dem sich die Mitarbeiter nachsorgender Einrichtungen häufig kaum gewachsen fühlten. Im Hinblick auf die prospektive Konzipierung einer ambulanten Behandlungsführung bedeutet dies, daß initial stets eine aktuelle differenzierte Diagnostik und auch suchtbezogene Gesichtspunkte zu erfassen hat, und zu jedem Einzelfall, daß auch solche Programmelemente für den Gesamtbehandlungsplan und eine Behandlung

sekundärer respektive komorbider Suchterkrankungen bei anderen Störungsbildern einzubinden bzw. zu entwickeln sind, und dies insbesondere bei Persönlichkeitsgestörten und solchen des schizophrenen Formenkreises.
Ihnen gilt es in passenden multi- modalen, methodalen und kontingentalen Behandlungsprofilen und Qualifizierungen der Behandler / Betreuer zu begegnen.
Zur Führung von forensisch psychiatrischen Patienten mit einer klassisch psychiatrischen Störung und insb. solchen mit einer schizophrenen Grunderkrankung zeigten sich die bestehenden Strukturen der Gesundheitsversorgung respektive vorhandene Angebote der gemeindepsychiatrischen Versorgung (´Bausteine` der Grundversorgung dieses Bereiches) eher nutzbar. Unter kompetenten Vorgaben bei entsprechend störungsspezifisch ausgerichteter, therapeutischer - v. a. psychiatrischer und anteilig psychotherapeutischer - vornehmlich mittel- niederfrequenter Betreuung, bestanden Erfahrungen, daß für diese Klientele in einem solchen Setting und i. d. R. nach erfolgter Anbindung an fachforensisch kundige Therapeuten und bei Konsolidierung der Patient–Therapeut-Beziehung oft ein niederfrequentes Setting ausreichte und diese Patienten in einer solchen Versorgung profitierten. Allerdings fehlen hierbei neben einer quantitativ ausreichenden Angebotsstruktur niedrigschwellige Angebote als fundamentale Hilfen zur Bewältigung des Alltags.
Eine Herausforderung auf mehreren Ebenen der Behandlung generell und der der ambulanten im Besonderen, bildete die Gruppe der Persönlichkeitsgestörten. Deren angemessene Versorgung, Nachsorge und Behandlung gestaltet sich anspruchsvoll, spezifiziert. Die zutreffende Betreuung dieser Klientele verlangt oft besonders ausgerichtete und auch aufwendigere psycho-therapeutische Modi und überhaupt ein besonders qualifiziertes Personal. - Allerdings verfügten nur sehr wenige Einrichtungen über ein – methodisch - breiter angelegtes therapeutisches Angebot. Behandlungsprogramme von Suchtpatienten lassen Aspekte der komorbiden Erkrankungsformen oft unberücksichtigt, nachsorgende Einrichtungen waren dbzgl. unzureichend ausgestaltet. 75 % der Suchteinrichtungen der initialen deutschen Erhebung mußten trotz ihres Bedarfes ohne eine Ambulanz zurechtkommen.

- **Regional determinierte Einweisungsprinzipien und Diagnosestrukturen**

Die Verteilung der Störungsbilder gestaltete sich regional unterschiedlich und zwar sowohl zur Gruppe der stationären MRVZ-Patienten als auch der der ambulanten Patienten. Neben anderen Faktoren bestimmten auch strukturelle Gegebenheiten und regionalspezifische Zuordnungs- und Einweisungsprinzipien die Konstellationen der Gruppen nach Diagnosen und Einweisungsmodi. Zu den Diagnosestrukturen eingewiesener MRVZ-Patienten zeichnete sich zu den Regionen der alten und der neuen deutschen Bundesländer ein Unterschied ab: Die spezifischen Struktur- und vormaligen Gesetzesvorgaben zum Einweisungsmodus der neuen deutschen Bundesländer hatten Auswirkungen auf das Profil an Einweisungsprognosen, das entgegen den Einrichtungen der alten Bundesländer, einen hohen bis überwiegenden Anteil an Persönlichkeitsstörungen erkennen ließ.

- **Zunahme schwererer Erkrankungsbilder**

Der wiederholt thematisierten Beobachtung zur Gruppe stationärer MRVZ-Patienten um Zunahme schwerer Erkrankungsbilder sollte auch in der Planung prospektiver ambulanter Versorgung Rechnung getragen werden.

27.7.3 Bedarf ambulanter Psychotherapie psychisch kranker Straftäter

Der Bedarf ambulanter Psychotherapie von psychisch kranken Straftätern läßt sich minimal auf circa 50 % bestimmen und maximal für 75 % auslegen - abhängig von diversen Faktoren und u. a. auch der Qualität der Vorbehandlung und den realen Einbindungsmöglichkeiten.

27.8 Übersicht zu den zentralen Bedingungsfaktoren, Prämissen und Richtlinien als adäquat erfahrener Zu- und Umgangs- bzw. Behandlungsformen

In der Gesamtschau konnten zentrale Aussagen und Erkenntnisse über behandlungs- und strukturrelevante Vorgaben, Richtwerte und Orientierungshilfen zum Kontext der ambulanten Behandlung psychisch kranker Rechtsbrecher entwickelt werden. Diese beziehen sich auf eine angemessene Versorgungsstruktur, Behandlungsführung, einen adäquaten Zu- und Umgang mit der forensisch psychiatrischen Klientele, mit den entsprechenden entwicklungs- und präventionsförderlichen Inhalten, therapeutischen und qualitätssichernden Maßstäben und außerdem Qualifikationserfordernissen sowie grundlegenden Anforderungen an ausbildungsbezogene Standards und Richtlinien. Sie gilt es, in ihrer Umsetzung und Anwendung in der Praxis zu berücksichtigen und in die Behandlungsplanung aufzunehmen.
Trotz verschiedenartiger Ausformungen und Konzepte zu dem Nachsorgewesen und der ambulanten Betreuung und Behandlung forensisch psychiatrischer Patienten verdeutlichten sich übereinstimmend gemeinsame Ansätze adäquater Behandlung und Betreuung, Zu- und Umgangsformen, der Kontrolle und Überwachung.
Die Prämissen waren unabhängig voneinander und übereinstimmend sowohl von den Modellprojekten und Institutsambulanzen wie auch von anderen Einrichtungen mit einer anderweitig fundierten ambulanten Versorgung zum Ausdruck gebracht worden. Sie ließen sich in ihren Bezügen über folgende zentrale Schwerpunkte abbilden und entsprachen anteilig außerdem in ihren Inhalten in vielerlei Hinsicht denen der Evaluationsforschung zur Behandlung von Straftätern.

27.8.1 Strukturrelevante Prämissen - Vorgaben für prospektiv zu gestaltende optimierte Versorgungsstrukturen – Forderungen, Grenzen, Erschwernisfaktoren

Eine optimierte Versorgungsstruktur muß bestimmten Vorgaben folgen.
Übergreifend zeichnete sich ab, daß es bestimmte Kriterien, strukturelle und inhaltliche Determinanten gab zur Behandlung und adäquaten Führung dieser besonderen Klientele im ambulanten Setting bzw. deren Überleitung.
Der Hintergrund für eine effiziente Behandlungsführung ist auch bestimmt von organisatorischen und strukturellen Vorgaben. Sie offenbarten sich im Hinblick auf die therapeutische Situation als ernst zu nehmende Einflußfaktoren.

27.8.2 Unabdingbarkeit eines Angebotes der Nachsorge

Versorgungstechnisch und unter kriminalpräventiven Gesichtspunkten sind eine speziell auf den Bedarf forensisch-psychiatrischer Patienten ausgerichtete ambulante Behandlungsgestaltung und Nachsorge unabdingbar. Die erfaßten anteilig auch durchaus längerjährigen Erfahrungen zum Bereich der Nachsorge und der ambulanten Behandlung psychisch kranker Rechtsbrecher verdeutlichten generell und länderübergreifend die unabdingbare Notwendigkeit zur Nachsorge und den entsprechend versorgungstechnischen Strukturen.

27.8.3 Entlassung nur unter bestimmten Voraussetzungen

Im Überblick ergaben sich in der Folge der Erfahrungen aus effektiven Formen der Behandlungsführung schulenübergreifende Gemeinsamkeiten und Schwerpunkte zu Effektivitätskriterien für eine effektive professionale Führung des Patienten.
Den herausragendsten Grundsätzen gemeinsam war die zentrale Erfordernis einer ambulanten Behandlungsstruktur für psychisch kranke Rechtsbrecher.
Die Entlassung darf nur unter Wahrung bestimmter Bedingungen erfolgen. Sie ist andernfalls unter diversen und dabei sowohl therapeutischen Gesichtspunkten wie auch solchen zur Sicherheit der Allgemeinheit nicht befürwortbar respektive als vorzeitig zu betrachten. Neben den noch zu bezeichnenden strukturellen und anderweitigen betreuungs- und behandlungsbezogenen Vorgaben umfassen diese auch Faktoren, wie Krankheitseinsicht, Erkenntnis und Wissen um den kognitiven und psychischen bzw. emotionalen Bezug zu eigenen kriminogenen Verhaltensformen, der – v. a. psychischen - Konstitution und dem Entwicklungsstand des Patienten.
Den Untersuchungsbefunden zufolge ist grundsätzlich davon auszugehen, daß besondere Kriterien, Behandlungs- und Zugangsformen die therapeutische Erreichbarkeit dieser Klientele und Umsetzung vorab vereinbarter Behandlungsziele eher realisierbar werden lassen.

27.8.4 Gesamtbehandlungsplan - Ineinanderwirken intra- und extramuraler Strukturen und therapeutischer Implikationen

Nachsorgende respektive ambulante Betreuung und Behandlung sind gesamtheitlich betrachtet als integrative konzeptionelle Bestandteile der Behandlungsplanung der Maßregel zu werten und dahingehend optimal bereits frühzeitig, planungsbezogen und im Rahmen der Überleitung, im engen inhaltlichen Austausch stationärer und ambulanter Bezüge einzuführen. - Nachsorge beginnt in der stationären Einrichtung. Ambulante und stationäre Behandlungsformen sind zur optimalen Therapiegestaltung in sich und ihren Programmeinheiten abzustimmen.

27.8.5 Bewußtsein um komplexe Wirkzusammenhänge, Wirksysteme und gegenseitige Bedingtheiten

Behandlungsplanungen sowie prospektive Untersuchungen und Evaluationen sollten vor einem gesamtheitlichen Zugang im Bewußtsein um komplexe Wirkzusammenhänge in einem System mit einer Vielfalt an Interdependenzen und überhaupt reziproken Bedingungsgefügen erfolgen.
Die Auswahl respektive Zuweisung ambulant geführter Patienten zeigte sich - in gegenseitiger Bedingtheit - bestimmt von diversen Einflußgrößen, strukturellen Gegebenheiten und Bedingungsfaktoren, wie bestehenden Angebotsstrukturen, kostenrelevanten Gesichtspunkten, Aspekten der Kostenverursachung und –deckung, zum Störungsbild, der Gefährlichkeit des vorausgegangenen Deliktes sowie der gutachterlichen Sozial- und Legalprognose des Patienten.

27.8.6 Etablierung alternativer Versorgungs-Muster in bestehende Versorgungs-Systeme als vulnerabler Prozess

Die Etablierung alternativer Versorgungsmuster in bestehende Versorgungssysteme offenbarte sich als vulnerabler Prozess, konnte sich schwierig gestalten und zeigte sich besonders auch abhängig von strukturpolitischen Vorgaben. Es wurden bestimmte Strategien und Zugangsweisen erkannt, um diesen zu begegnen.

- **Erfordernis zur Durchlässigkeiten bestehender Systeme**

Der Etablierungsprozess zeigte sich umso komplizierter und problematischer je weniger offen, verfestigter und rigider sich die überkommenen Systeme vermittelten.

- **Relevanz von Strukturdeterminanten und Kalkulation etablierter Systeme**

Prinzipiell empfiehlt sich ein integratives Vorgehen. Um innovative Versorgungssysteme fundiert zu installieren, zur Etablierung, Akzeptanz und Effektivität damit einhergehender Projekte, bedarf es einer Sensibilität gegenüber strukturpolitischen Einflußgrößen, gewachsenen Strukturvorgaben, Systemen und Charakteristika, Ressourcen des betreffenden Versorgungsnetzwerkes, der Berücksichtigung, Kalkulation und differenzierten Abstimmung, strukturpolitischer Einflußgrößen, versorgungstechnischer Vorgaben und infrastruktureller Aspekte und dabei auch der, potentieller Gegenbewegungen etablierter Systeme.
Grundsätzlich verlangt die Installation der Versorgung ein System, das den für das Versorgungsgebiet und damit auch bundesland-spezifischen Strukturbedingungen Rechnung trägt. Dahingehend abzustimmen sind auch die Formen ambulanter Versorgung. Eine adäquate Versorgung kann sich über diverse Ausgestaltungen vermitteln (s.o.). Struktur und Profil und damit An- und Erfordernisse einer forensischen Ambulanz sind auch abhängig von der zentralen, dezentralen oder integrativen Organisation der jeweiligen MRVZ-Einrichtung und der jeweiligen Anbindung an diese. Damit ergaben sich spezifische Probleme und Aufgabenstellungen, wie die Entwicklung, Organisation und flächendeckende Versorgung mit patientengerechten ambulanten Behandlungsstrukturen für eine Region von der Größe eines Bundeslandes und dies v. a. bei zentralem MRVZ.

- **Überprüfen und Vorbereiten der Versorgung zum Empfangsraum und der Verfügbarkeit qualifizierter Leistungen**
  - Der Empfangsraum ist gut vorzubereiten, unter diversen Gesichtspunkten zu überprüfen und zu entwickeln.
  - Die versorgungsbezogenen Ressourcen der Entlassregionen und Möglichkeiten zur gemeindenahen Versorgung sind im Hinblick auf deren Nutzbarkeit, Verfügbarkeit und Passung für das Bedarfsprofil hin zu überprüfen, zu rekrutieren und nötigenfalls zu entwickeln.
  - Eine entsprechend qualifizierte Versorgung ist sicherzustellen und dabei überhaupt die *Verfügbarkeit fachforensischer Leistungen*, qualifizierender und qualifizierter Dienste.
  - In Frage kommende Institutionen und Dienste sind auf ihre Aufgaben vorzubereiten, fachspezifische qualifizierende Maßnahmen durch *Qualifizierungsfunktionen* und fachforensische Kompetenzbildung dazu in die Lage zu versetzen.
- **Bei der Installation und Anbindung ambulanter Versorgungsstrukturen und Einrichtungen ist die Nutzung von Synergieeffekten zu kalkulieren.**
- **Vorabstimmung von Kompetenz- und Aufgabenbereichen zwischen Ambulanz und forensischer Klinik sowie verbindliche Festschreibung von Versorgungs- und Kooperationsstandards**

Versorgungs- und Kooperationsstandards sind verbindlich festzuschreiben und *Kompetenz- und Aufgabenbereiche* zwischen Ambulanz und forensischer Klinik vorab abzustimmen. Bestand und Verbindlichkeit von Versorgungs- und Kooperationsstandards begünstigten entscheidend die Bereitschaft und Qualität der Kooperationen involvierter Versorger.

27.8.7 Bedeutsamkeit von Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit

- **Orientierung und Durchlässigkeit mittels Aufklärung und fachkundiger Information**

Konsequenter Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit kommt für die Etablierung und Akzeptanz einer neu zu installierenden Versorgungsgestaltung und dann auch im Hinblick auf andere weitere Bezüge eine wesentliche Rolle zu. Aufklärung, fachkundige Information und überhaupt Transparenz in der Behandlungsführung orientieren (v. a. in die Versorgung Eingebunde), vermitteln Sicherheiten und wirken darüber positiv auf die Führung und längerfristig die Integration des Patienten.

- **Kontrollierte Bezüge zum sozialen Umfeld**

Gerade auch im präventiven und krisenprotektiven Sinne gilt es zum sozialen Umfeld Kontakt aufzubauen, zu halten respektive diesem in kritischer Distanz und nötigenfalls korrektiv zu begegnen.

27.8.8 Gesetzliche Fundierung

Die Absicherung durch gesetzliche Regelungen ist für das Konzept der ambulanten Nachsorge auch aus solchen Gründen wichtig, um eine formal und strukturell gesicherte Basis zur legitimierten Etablierung dieser Versorgungsstrukturen im gesamten Versorgungssystem zu schaffen. Rechtliche und strukturpolitische Unsicherheiten und Unabwägbarkeiten begünstigen oder forcieren die Labilisierungen der Ambulanzarbeit bei dem ohnedies konfliktreichen Tätigkeitsfeld.

27.8.9 Prinzip des ´haltenden Übergangs` und erster Erprobungen in einem geschützten Rahmen

In der sensiblen und marginalen Phase der Überleitung vom stationären zum ambulanten Bereich ermöglicht das Prinzip des ´haltenden Übergangs` erste Gehversuche und Begegnungen mit alltagsbezogenen Belastungssituationen im geschützten Rahmen. Dies implizierte Maßnahmen, die in dem ´Noch-

Versuchsstadium` potentiell ein ´Verunfallen` unter ´kontrollierten Bedingungen` abfangen können ohne, daß die extramurale Behandlungsplanung definitiv widerrufen respektive aufgegeben werden muß.

27.8.10 Alltagserprobung als definierter Therapiebestandteil

Die nur im nichtstationären und besser im ambulanten Setting realistisch durchzuführenden Alltagserprobungen sind als Bestandteil des Behandlungsauftrages des MRVZ zu werten. Die Erfordernisse der Konfrontation mit den Anforderungen und der Bewältigung von Alltagssituationen und die damit einhergehenden Verhaltenserprobungen bildeten einen wesentlichen Unterschied zum stationären therapeutischen Setting und Qualitätsmerkmal ambulanter Therapie. Hintergründig geht es primär um das Erproben und Beobachten von Verhalten unter alltagspraktischen Bedingungen mit der Möglichkeit zur fachkundigen Begleitung, dem Wahrnehmen von kritischen Entwicklungen und problematischen Verhaltensformen sowie der Analyse und nötigenfalls dem Erschließen von Alternativen oder regulierenden Interventionen. Nur am Alltagsgeschehen kann Verhalten auch tatsächlich überprüft und neu erlernte Strategien im Hinblick auf Stabilität erprobt werden.

27.8.11 Case-Management mit alltags- supportiven und sozialpädagogischen Einzelfallhilfen

Übergreifend und insb. zum alternativen gemeindenah ausgerichteten Nachsorgeansatz bestätigte sich die zentrale Erfordernis einer, die Besonderheiten des jeweiligen Falles berücksichtigenden, auf die Konstellation des Einzelnen ausgerichtete, früh und rechtzeitig eingeleitete und geplante, ambulante Behandlungsführung und Wiedereingliederung. Diese sollte eine einzelfallbezogene, begleitende Betreuung, Case-Management mit v. a. Case-Work von stützenden Einzelfallhilfen mit alltagssupportiven Hilfen, sozialen Diensten und sozialpädagogischen Einzelfallhilfen und zwar unter Berücksichtigung der Besonderheiten des jeweiligen Einzelfalles, der Abklärung und dem Einbezug der gegebenen regionalen Ressourcen umfassen.

27.8.12 Emanzipatorischer Ansatz

Im Bestreben, die Behandlung unter größtmöglicher Annäherung an allgemeine Lebensbedingungen zu gestalten, determiniert ein emanzipatorischer Ansatz mit den Zielen von Selbst- (und auch Fremd-) Verantwortlichkeit und letztlich der Verselbständigung (auch i. S. des Prinzips der Hilfe zur Selbsthilfe).

27.8.13 Einbezug der Alltagsrealität mit deren Anforderungen, alltagspraktischen und materiellen Problemen und Erschwernissen

Die Alltagsrealität ist mit deren spezifischen Anforderungen und Belastungsmomenten in der Behandlungsplanung zu berücksichtigen: Im therapeutischen Kontext dürfen die realen, materiellen und existentiellen Sorgen, Bedürfnisse und Probleme des Patienten nicht übersehen werden.

- **Alltagsbezug und geregelte Kontakte zu den sozialen und beruflichen Bezügen**

Dem Patienten ist in zentralen Bezügen seines Lebenskontextes zu begegnen bzw. ist dieser in seiner gewohnten Umgebung aufzusuchen: Hausbesuche, Kontakte zum Arbeitsplatz und gegebenenfalls zu den Freizeitbezügen sind als feste Bestandteile optimierter ambulanter Programme notwendig.
Eine wesentliche Rolle spielen die sozialen Bezüge respektive nahestehende Bezugspersonen des Patienten.
Regulierte und tragende soziale Bezüge zu nichtkriminalisierten in sich gefestigten Personen können protektiv wirken. Sie wurden in behandlungsbezogenen Kontexten dahingehend als wirksam und supportiv erfahren.
Eine Komponente effektiver Nachbetreuung ist damit die Vernetzung supportiver sozialer Strukturen, Ressourcen und Netzwerke und deren Einbindung in behandlungsbezogene Kontexte.

27.8.14 Strukturrelevante Prämissen zur Behandlungsgestaltung und dahingehende Vorgaben zur Entlassung und v. a. den Nachsorgestrukturen

Der Hintergrund für eine effiziente Behandlungsführung ist auch bestimmt von organisatorischen und strukturellen Vorgaben. Sie offenbarten sich im Hinblick auf die therapeutische Situation als ernst zu nehmende Einflußfaktoren.

27.8.15 Übergang nach der - bedingten - Entlassung als besonders vulnerabler und krisengefährdeter Zeitraum - frühzeitig und gut geplante Übergangszeit mit stufenweiser Erprobung

Der Übergangsraum wurde seitens der Einrichtungen als kritischste Phase des Rehabilitationsvorganges gewertet und ist als besonders vulnerable Phase mit sensiblen Abschnitten und Prozessen zu werten. Diese sind abgestuft in aufeinander aufbauenden Anforderungsprofilen und in Abfolge zu durchlaufen. Die Überleitung ist möglichst frühzeitig und sorgfältig vorzubereiten: Sie sollte in einem phasenhaften Verlauf geplant werden, in entsprechende Rehabilitationsphasen ausgerichtet, möglichst individuell, graduell im Anforderungsprofil auf das individuelle Fähigkeitsniveau abgestimmt und dabei zielorientiert doch eher kleinschrittig, ausgestaltet sein. Die Anbindung bzw. der Kontakt zu den später ambulant tätigen Therapeuten ist frühzeitig, d. h. auch bereits aus dem stationären Setting heraus zu initiieren.
Dieser kritische und vulnerable Zeitabschnitt sollte bereits im Kontext der ersten Außenorientierung des Patienten und erfahrungsgemäß etwa 1 Jahr vor der abzusehenden Entlassung aus dem MRVZ geplant und ausreichend lang ermöglicht werden. Allgemein werden jedoch die ersten beiden Jahre nach der – bedingten -

Entlassung, als eigentlich kritische Phase charakterisiert. Davon gelten die ersten drei bis sechs Monate als hochsensible spannungsreiche Problemzeit. Diese erster Zeitabschnitt ist gekennzeichnet von Frustrationen und desillusionierenden Erstkontakten mit realen Alltagsgeschehnissen, unweigerlichen Konfrontationen mit ´Altlasten` respektive unaufgearbeiteten und sehr häufig konflikthaften interpersonalen Bezügen und erheblichen Herausforderungen durch die Zunahme an konstellativen situativen Problem- und Krisenpotentialen, konfrontierenden und potentiellen labilisierenden Alltagsgeschehnissen. Als nächstfolgende krisen- und rückfallgefährdete vulnerable Zeitabschnitte galten die zu ein und 1 1/2 Jahren, außerdem dann drei und fünf Jahre nach Entlassung. Von den erst längerjährig nach der Entlassung entwickelten Krisenverläufen ergaben sich viele über das Zusammentreffen spezifischer konstellativer Faktoren und situativer Bedingungsmomente, einer Kumulation an individualspezifischen deliktogenen Belastungsfaktoren.

27.8.16 Entsprechung des Bedarfsprofils in den Angebotsstrukturen, Passung, flexible diverse, strukturierte, teilstrukturierte und offene Angebote

Der Entlaßraum, soziale und gegebenenfalls berufliche Bezüge müssen gut vorbereitet sein. Den komplexen, mit Überschneidungen ambulanter und stationärer Referenzbereiche zur Behandlungsführung einhergehenden Gestaltungserfordernissen ist in den strukturellen und rechtlichen Vorgaben korrespondierend dynamisch und anpassungsfähig und in flexibilisierten Durchlässigkeiten der Systeme und Angebots–Strukturen zu entsprechen. Angebote und Strukturvorgaben sollten solche beinhalten, die den Besonderheiten dieser Klientele gerecht werden. Sie sollten neben regulären und den herkömmlichen ´Komm-Angeboten` auch offene und adaptierbare Behandlungs- und Versorgungsformen anbieten mit flexiblen Möglichkeiten zur individuellen spontanen Therapieaufnahme, supportiven Hilfen und Interventionen in Krisen mit nötigenfalls intermittierenden, stationären, nichtrepressiven Maßnahmen, des weiteren vielfältige breit angelegte übergeordnet und interdisziplinär ausgerichtete, vernetzte Angebote, wie u. a. offene Sprechzeiten und Möglichkeiten für aktive und nachgehende Interventionen, gemeindenahe und ´Reach-Out`- Programme.
Die Behandlungsform sollte störungsgeleitet der therapeutischen Indikation und Persönlichkeit des Patienten entsprechen und auch dazu eingesetzt werden, um möglichst optimal patienteneigene Ressourcen aktivieren und den Patienten in der ihm eigenen Denk- und Erlebensweise erreichen zu können.
Sie muß sich neben der speziellen Bedarfslage auch ausrichten an der Erfordernis zur beständigen Einschätzung des Risikos des Patienten.
Generell gilt es ein zeitlich überdauerndes Risiko zu kalkulieren. Grundsätzlich und insb. im Hinblick auf – schwere – Gewalt- und Sexualstraftäter sind über eine differenzierte Diagnostik und Situations- Verlaufs- und Verhaltensanalyse dahingehende individuelle deliktogene und exarzerbierende Auslösereize zu recherchieren.
Für die Wahl der Methoden sollte der, zum jeweiligen Einzelfall indizierte, Modus und das abgestimmte Therapiemodell ausschlaggebend sein. Es zeigte sich jedoch in der Praxis überwiegend, daß die nachsorgende Behandlung in ihrer Strategie real von den gegebenen Angeboten und Behandlungsmöglichkeiten bestimmt wurde.

27.8.17 Angebots- und patientenorientierte, individualisierte, anpassungsfähige Behandlungsstrukturen unter Abstimmung über differenzierte Indikationsstellung und individuelle Ausrichtung der Maßnahmen

Ein optimierter Versorgungskontext bedarf der Vorgabe einer entsprechenden Infrastruktur mit einer, auf die spezielle Bedarfsstruktur der forensisch psychiatrischen Klientele abgestellten, angebotsorientierten Ausrichtung.
Überhaupt erforderlich ist die Einrichtung einer patientenorientierten speziellen Infrastruktur mit anpassungsfähigen, flexiblen, dynamischen Strukturvorgaben, einer bedarfsgeleiteten Verfügbarkeit spezialforensischer Leistungen und den Möglichkeiten zur indikationsgeleiteten, individualisierten Ausrichtung der Betreuung und adaptierbarer Leistungen, um breit gefächerte, multiprofessional, multimodal ausgestaltete Angebote sowie aktiv, nachgehenden, aufsuchenden, intervenierenden, kontrollierenden Maßnahmen oder Interventionen, Hausbesuchen und Inaugenscheinnahmen vor Ort und Notaufnahmen in der Klinik ohne, daß das extramurale Behandlungsprogramm aufgrund einer Verlegung bzw. eines Widerrufs der Bewährung zwingend aufgegeben werden muß.
Neben regulären Behandlungsangeboten sind auch solche in einem strukturierten aber daneben auch offenen bzw. teilstrukturierten Setting erforderlich. Dies gilt auch für außerordentliche und v. a. Kriseninterventionen aber auch als offene Beratungseinheiten für potentielle Interessenten mit Weisung, Anfänger, solche, die sich freiwillig in Behandlung begeben, diese aber vorübergehend abgebrochen hatten.
Neben dem Einsatz regulärer Behandlungseinheiten und sog. ´Komm`-Strukturen, herkömmlicher Strukturen ver- und nachsorgender Dienste und auch wegen deren oft geringer Effizienz besteht die Notwendigkeit aufsuchender, flexibilisierter Leistungen und die zur Installation von ´Reach-out`-Programmen.

27.8.18 Verfügbarkeit von Kriseninterventionen, grundsätzlich möglicher Rückstufung und Zusicherung auf ein Klinikbett

Zum Krisenfalle sind gegenüber den übernahmewilligen Einrichtungen Hilfen zuzusichern, die bis zur Rücknahme des Patienten in die Herkunftsklinik reichen können. Für den Patienten muß die Möglichkeit

bestehen, nach Fehlleistungen oder nicht bewältigten Anforderungen, den Übergang erneut bzw. von einer niedrigeren Stufe aus – weiterführend - erproben im Krisenfalle - i. d. R. vorübergehend - freiwillig in die Klinik kommen zu können und damit die Verfügbarkeit eines gesicherten Notfallbettes.

27.8.19 Stabiles Entlaßumfeld und gut vorbereiteter sozialer Empfangsraum als günstige Indikatoren sozial- und legalprognostisch und zum Verlauf ambulanter Behandlungsmaßnahmen

Der Entlaßraum und dahingehend v. a. versorgungstechnische, behandlungsbezogene, soziale und gegebenenfalls berufliche Bezüge müssen gut vorbereitet sein. Ein stabiles Entlaßumfeld und ein gut vorbereiteter sozialer Empfangsraum bilden Indikatoren für einen sozial- und legalprognostisch günstigen Verlauf ambulanter Behandlungsmaßnahmen. Ein gut vorbereiteter Empfangsraum gilt als eine zentrale Vorbedingung, um eine Entlassung aus der Maßregel in Frage kommen lassen zu können.

27.8.20 Einbezug des sozialen Kontextes - Angehörigen- und Bezugspersonenarbeit - soziale Bezüge und Bindungen als Einflußgrößen von hoher Relevanz

Für eine positive soziale und legale Rehabilitation kamen den Dimensionen sozialer Bezüge und Kontakte forensisch psychiatrischer Patienten als eine in ihren vielfältigen maßgeblichen Funktionen oft ausschlaggebende Einflußgröße hohe Bedeutungen zu. Der soziale Kontext überhaupt und konkret die Arbeit mit Angehörigen und Bezugspersonen müssen im Rahmen der Behandlung des Betroffenen Berücksichtigung finden. Bereits im Vorfeld der geplanten Überleitung / Entlassung gilt es, das soziale Netz des Patienten dahingehend zu analysieren und ausreichend zu kontaktieren und im Hinblick auf solche, den Genesungs- und Resozialisierungsprozess begünstigende, störende respektive hemmende Faktoren abzuklären, falls erforderlich und soweit realisierbar ´nachzurüsten` und im tatsächlich ungünstigen Falle erneut zu diskutieren.
Eine zentrale Komponente effektiver Nachbetreuung ist die optimale Vernetzung unterstützender Netzwerke und deren Einbindung in behandlungsbezogene Kontexte. Das Wissen zu dem sozialen Umfeld respektive den Bezügen, erschlossene und gehaltene Kontakte zu den Bezugspersonen, eröffnet zusätzliche Aspekte im Hinblick auf die Behandlung und Resozialisierung des Patienten. Anzustreben ist eine Etablierung der Kooperation der Bezugspersonen auf längere Sicht und erforderlichenfalls aufklärend, therapeutisch und/ oder korrektiv auf das soziale System zu wirken, Verständnis für die Besonderheiten, die bestehende psychisch / psychiatrische Erkrankung des Patienten, deren Verlauf, Symptomatologie und zu ersten Krankheitsanzeichen bei nahestehenden Personen und Unterstützung für dessen spezifische Situation zu erzeugen, diese nötigenfalls zum therapeutischen Procedere einzubeziehen sowie zum formalrechtlichen Status des Patienten aufzuklären. Eine mangelhafte Versorgungsstruktur bietet allerdings dafür jedoch keinen Raum.
So könnte u. a. dbzgl. eine therapeutische Einbindung von Bezugspersonen präventiv wirken. Andernteils wurde wiederholt von Fällen berichtet, in denen forensische Patienten gewünscht hätten, in eine nicht heimatnahe Region entlassen zu werden, um einen Neuanfang ohne soziale Altlasten erproben zu können.

27.8.21 Herausragende Bedeutung des Elementes der Beziehung und der Beziehungsarbeit

Im Hinblick auf die angestrebte Effektivität und damit Planung und angemessene Gestaltung der Behandlung kommt dem Beziehungselement und dem Patienten-Therapeuten-Kontakt und stabilen Therapeut-Patienten-Beziehung während der besonders risikoreichen Phase des Übergangs eine zentrale Bedeutung zu. Sie gestalteten sich als ein wichtiges Kriterium für die Aufrechterhaltung der Behandlungsbereitschaft, des Kontaktes und der Rückfallverhütung nach Entlassungen. Die Beziehungsarbeit ist als ein für den forensischen Patienten charakteristischer und oft problematischer Bestandteil der Behandlung und wichtiges Kriterium für die Aufrechterhaltung der Bereitschaft dazu und zur Rückfallverhütung nach der Entlassung zu werten.
Wesentlich ist der außerdem nötigenfalls aktive direktive Er-Halt, das Halten von Kontakt und Beziehung zum Patienten - auch wenn dieser Kontaktabbrüche initiiert bzw. auf dieser Ebene anderweitig destruktiv agiert.

27.8.22 Konsolidierung und Konstanz der Betreuungspersonen

Prinzipiell ist auf möglichst konstante personale Bezüge bzw. wenig Beziehungsabbrüche und v. a. auf Konstanz im Hinblick auf therapeutische betreuende Bezugspersonen zu achten. Extramurale therapeutische Anbindungen sind – sowohl programmatisch wie personell - möglichst frühzeitig zu entwickeln und ausreichend zu konsolidieren, so daß dann im vulnerablen Zeitraum des Wechsels aus dem stationären in das ambulante Setting möglichst auch personale Konstanz gegeben ist und so wenig wie möglich ein einschneidender Beziehungsabbruch behandelnder Personen den Patienten zusätzlich labilisiert und irritiert.
Der Therapeutenwechsel nach einer Entlassung beinhaltet Risiken. Ein Bruch der Therapiebeziehung ist, wenn möglich, zu vermeiden. Ist ein Wechsel unabdingbar, sind die Kontakte zum künftigen Behandler möglichst integrativ und frühzeitig zu entwickeln. Zwischenlösungen wie Mittelspersonen und persönliche Ansprechpartner (nicht zwingend Therapeuten) können bei der Überbrückung helfen.

27.8.23 Struktur, Klarheit und Transparenz

Das Überleitungsprocedere, therapeutische Setting, der Kontakt zum Patienten sowie zu den, in die Behandlung involvierten Personen und Institutionen sollte von Struktur, Klarheit, offenen und transparenten Kommunikationsmustern und einer unbeschönigten Informationsweitergabe bei der Übergabe des Patienten

(Transfer) determiniert sein. Dies gilt für alle im Umgang mit dem Patienten und damit auch die Bewährungshilfe und Vertreter der Justiz und die erforderlichen Kontakte zwischen Therapeuten und Kontrollinstitutionen. Diese Vorgaben sind auch dem Patienten gegenüber zu verdeutlichen und implizieren allein so präventiven Charakter.

27.8.24 Stringenz und Homogenität in der Behandlung

Erkannt wurde die Erfordernis einer in sich schlüssigen, stringenten, möglichst homogenen, integrativ, strukturiert und möglichst konstant gehaltenen Behandlungsführung, einer guten Implementierung und theoretischen Fundierung von Behandlungsprogrammen sowie der individualisierten Ausrichtung und Passung zwischen den Arbeitsstilen des Patienten und denen des Therapeuten.

27.8.25 Gesamtheitliche Bewertung und systemische Gesichtspunkte

Auch unter den Aspekten von Prävention, dem frühzeitigen Erkennen, der Verfügbarkeit und dem Einsatz adäquater Copingstrategieen in der Begegnung und zum adäquaten Umgang mit krisenhaften Entwicklungen, ist die übergreifende Bedeutung einer systemischen Zugangs- und integrativen Betrachtungsweise des Therapiegeschehens an sich und des behandlungsbezogenen Kontextes im Gesamten, herauszustellen.
Der Zugang impliziert ein Bewußtsein um die multiplen Vernetzungen und Interaktionen sowie die potentiell erhebliche Eigendynamik der diversen, multivariablen, systemimmanenten und - übergreifenden, strukturellen, situativen und personalen Faktoren und Einflußgrößen.

27.8.26 Primat eines individuenzentrierten indikationsgeleiteten therapeutischen Ansatzes

Interventionen sollten optimal individualisiert und indikationsgeleitet, unter Abstimmung auf den jeweiligen Bedarf, die Konstitution und Persönlichkeit des Patienten sowie einer detaillierten und dynamischen Diagnostik und Analyse der symptomatischen Erkrankungsform, eingebracht werden.
Die bei dieser besonderen Klientele häufigen und diese charakterisierenden komplexen Störungsbilder fordern ein störungsspezifisch ausgerichtetes, flexibilisiertes Angebot mit diversen Formen an ambulanten Behandlungs-Strukturen und einem breiten Angebot untereinander vernetzter, psychosozialer und anderer Dienstleistungen.
Demzufolge angesagt sind mglst. früh- und rechtzeitig eingeleitete, gut geplante, die Konstellation und Besonderheiten des jeweiligen Falles berücksichtigende, zum Anforderungsprofil abgestufte, ambulante Maßnahmen durch angebots- und patientenorientierte, flexible und dynamische Behandlungsstrukturen und auch alltagssupportive Hilfen, soziale Dienste und sozialpädagogische Einzelfallhilfen.
Entsprechend erforderlich ist die Verfügbarkeit und Möglichkeiten an diversen ggfls. multimodalen Gestaltungsformen, zu Kombinationen der Versorgungsansätze sowie überhaupt individualisierbare, indikationsgeleitete, breit angelegte, integrative multimodale und -methodale, methodenintegrative dabei auch schulenübergreifende, formal und strukturell flexible Behandlungsangebote.
Die individuelle Entsprechung der therapeutischen Interventionen bedingt bessere therapeutische Erreichbarkeit und Akzeptanz. Zwischen der Indikation und der tatsächlichen Realisierung psychotherapeutischer Maßnahmen fanden sich große Unterschiede, Probleme und insgesamt eine eklatante Mangelsituation zu Therapieplätzen mit spezifiziertem Anforderungsprofil. Eine indikationsgerechte, störungsspezifisch, auf den Individualfall ausgerichtete, psychotherapeutische Behandlung war infolge der Ergebnisse der initialen Untersuchung geradezu als ´Luxus` zu betrachten. Der Patient wurde gemeinhin dem bestehenden Therapieangebot zugewiesen und damit in der Praxis die Behandlung an den bestehenden Strukturvorgaben ausgerichtet.
Die Defizite in der Versorgung der forensisch-psychiatrischen Patienten stellten sich insb. dann zugespitzt dar und das vorhandene System stieß dann sehr schnell an seine kapazitativen und konzeptionellen Grenzen, wenn eine qualifizierte und aufsuchende Nachsorge für dieses problematische Klientel erforderlich wurde.
Übergreifend fehlten passende störungsspezifisch ausgerichtete Therapieplätze und Behandlungsprogramme. Zu deren Vermittlung und insb. für psycho- therapeutische Leistungen und die Behandlung komplexer Störungsbildern bzw. Persönlichkeitsstörungen konnten sich erhebliche Wartezeiten ergeben (selbst bei hintergründiger Infrastruktur ambulanter Versorgung gut ein halbes Jahr).

Prototypische Anforderungsprofile

Erforderlich wäre es prototypische Anforderungsprofile für verschiedene Patientengruppen zur Nachsorge aus dem MRVZ zu entwickeln.

Integration von Kombinationsbehandlungen

Kombinationsbehandlungen und darunter v. a. solchen mit psychiatrischen medizinisch medikamentösen Therapieformen kommt besondere Relevanz zu. Zum Beispiel hatten Psychosekranke unter solchen von psychiatrischer Behandlung und Psychotherapie die geringsten Rückfallraten ausgewiesen.

27.8.27 Vernetzung von Funktionen, Informationen und Kooperationen professioneller Helfer / Betreuer, Institutionen und sozialer Bezüge

Den Prinzipien einer intensiven und konstruktiven Kooperation, der Vernetzung und eines geregelten Informationsaustausches überhaupt aller, in den Prozeß der Betreuung und Behandlung Involvierten sowie der geregelte Kontakt und Austausch mit Bezugspersonen und den sozialen Bezügen des Patienten bildeten wichtige

Effizienzkriterien zur adäquaten Begegnung und Bewältigung krisenhafter Entwicklungen. Es ist so außerdem möglich, Irritationen, destruktiven und spaltenden Bestrebungen im Agieren des Patienten entgegenzuwirken und Doppelbetreuungen zu kontrollieren.
Zu etablieren und zu regeln ist eine qualifizierte und kompetenzenbildende Zusammenarbeit mit zuständigen Behörden, Bewährungshelfern / der Führungsaufsicht und den Vertretern der Justiz.
Eine gute Kooperation mit den Justizorganen läßt oft einschneidende Maßnahmen zur Problembewältigung unnötig bzw. überflüssig werden.

27.9 Qualitätssicherung, -kontrolle und -management

Die zuverlässige Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen ist unabdingbar und sicherzustellen. Dies geschieht auch über die Einhaltung und Installation von als adäquat und effizient geltenden störungsspezifischen Prämissen, indizierten Behandlungsmethoden und kontrollierenden Maßnahmen. Basisdokumentationen, Analysen zum individuellen Aufbau, zu Szenarien und dem deliktogenen Verlauf erschließen wichtige therapierelevante Informationen. Daher rührende Erkenntnisse sind über Beobachtungen und Erfahrungen aus der Alltagserprobung zu ergänzen. Qualitätssichernde und insb. folgende Maßnahmen erhöhen bei den assoziierten Versorgern / Behandlern außerdem die Bereitschaft, forensisch psychiatrische Patienten ambulant zu führen und versprechen eine fundierte Zusammenarbeit.

- **Geregelte Beratung, Information und Kommunikation**:
  - Dahingehend als begünstigend gestalteten sich eine für die weiterführenden Versorger/ Behandler umfassende, unbeschönigte, transparente Information zum Status des Patienten,
  - das Angebot qualifizierter Beratung, Krisenintervention und Supervision,
  - die potentielle Zusage eines Klinikbettes bzw. Möglichkeit einer Wiederaufnahme des Patienten in die zentrale forensische Klinik zum Krisenfalle sowie
  - die Vorgabe, den Informationsfluß aller professional Beteiligten zu sichern und i. d. S. ein - oft erst überhaupt zu realisierender - Informationstransfer über oft erst zu vernetzende Systeme und Funktionsträger. Kommunikative Strategien sind gezielt zu entwickeln und zu installieren.
  - Zum Informationsaustausch empfehlen sich weiter neben den üblichen Formen informativer Vernetzung, das Instrumentarium der ´Helfer-Konferenzen`[24], dezidierte Vereinbarungen (Telefonabsprachen u. a.), eine Art Krisentelefon und eine gut organisierte Rundum-die-Uhr-Erreichbarkeit resp. ein 24-h-Dienst.
- **Supervision:**

  Besondere Aufmerksamkeit zu schenken ist einer fach- und bedarfsgerechten Supervision und Qualifizierung mit deren außerdem diversen Ausgestaltungsmöglichkeiten wie externe und interkollegiale Supervisionen oder Qualitätszirkel.
- **Hypothesengeleitetes Procedere mit hintergründig kybernetischem Theoriemodell zur theoriegeleiteten Konzipierung, Durchführung, Entwicklung und Evaluation individueller Therapiepläne**

Vor dem Hintergrund fundierter Ambulanzerfahrungen und unter klinisch therapeutischen und evaluativen Gesichtspunkten empfiehlt sich ein kybernetisches Behandlungsmodell mit hypothesengeleitetem Vorgehen. Dabei werden erreichbare und meßbare Behandlungsziele und therapeutische Interventionsstrategien für den einzelnen Patienten entwickelt, die gemeinsam vereinbarten Ziele im Alltag erprobt, überprüft und gegebenenfalls neu definiert. Erfahrungen dazu (Alltagsüberprüfung, Selbsteinschätzung und -regulation) werden in die Behandlung eingebracht. Weiter wird versucht, den Einfluß von Störvariablen und Hindernissen bei Erreichung der Zielvorgaben möglichst noch vor Therapiebeginn zu erfassen und möglichst früh Lösungsstrategien zu deren Bewältigung zu entwickeln.

27.9.1 Relevanz von Passung und gezielter Vorabselektion der ambulanten Therapie

Es ergaben sich - und dies neben den deutschen auch über die österreichischen und niederländischen Untersuchungsbefunde - deutliche Hinweise darauf, daß im Hinblick auf die tatsächliche Effektivität einer Behandlung einer differenzierten Vorabselektion potentiell ambulant zu führender Patienten als eigenständiger Faktor eine wesentliche Rolle zukommt. Verdeutlicht wurde die behandlungsbezogene Relevanz von Fragen zur Indikation und Kontraindikation im Hinblick auf Angemessenheit und Akzeptanz, Führung und Ablauf und damit Effektivität einer Behandlung und der Zuordnung der Patienten in Abstimmung auf das geplante Setting. Die Passung zu dem Bedarfsprofil des Patienten wirkte Abbruchquoten entgegen und war der Akzeptanz und Effektivität der Behandlung zuträglich.

[24] Diese fungieren über reguläre Treffen der Herbei- und Zusammenführung sowie Aufrechterhaltung des Kontaktes der professional in die Versorgung involvierten Parteien, dienen der Beziehungspflege, dem gegenseitigen Austausch an Informationen, fachkundiger Beratung und kollegialer Supervision, wirken daneben als kontrollierendes und andernteils stützendes Moment und vermeiden u.a. auch Doppelbetreuungen. Der Einsatz erfolgt sowohl zum Einzelfall wie auch übergreifend, themenbezogen und zu Besonderheiten, Schwierigkeiten und Problemen im v. a. behandlungsbezogenen Kontext.

Ein adäquates Setting und eine professionale Vorabauswahl nach Kontraindikation, Ein- und Ausschlußkriterien scheint den Anteil an Ambulanzpatienten, der trotz eindeutiger Indikation ein ambulantes psychotherapeutisches Angebot von Beginn an dezidiert ablehnt, tatsächlich sehr gering (2 - 5 % der Gruppe ambulant geführter Patienten) zu halten.
Unabhängig vom ausgewiesenen Bedarf an ambulanter psychotherapeutischer Behandlung wurde deutlich, daß für bestimmte psychiatrisch forensische Patienten ein solches Setting nicht in Frage kam, bzw. sich für bestimmte Patientengruppen nicht eignete. Einheitlich als Ausschlußkriterien benannt worden waren primäre Suchterkrankungen, bestimmte neurologische Erkrankungsformen sowie sozial untragbares Verhalten.

27.10 Als akzeptanzförderlich und -hemmend erkannte Faktoren

- **Indikatoren für eine hohe Akzeptanz der ambulanten Versorgung**

Es fanden sich Indikatoren für eine hohe Akzeptanz der ambulanten Versorgung und ihres Angebotes und als solche seitens der Patienten freiwillige und dabei längerzeitige Nutzung ambulanter Versorgungsangebote, niedrige Ausfall- respektive Abbruchquoten und eine abgeschlossene Behandlung.

- **Akzeptanz und Motivation und dahingehend förderliche und hinderliche Faktoren - hohe Akzeptanz seitens der Patienten bei adäquater Versorgung mit passendem Setting**

In der Gesamtschau offenbarten sich bestimmte akzeptanz- und motivations- förderliche und hinderliche Faktoren und solche, die der Akzeptanz einer forensischen Ambulanz als Institution per se sowie deren Inhalten und Funktionen im Besonderen zuträglich sind und andernteils solche, die dem dezidiert entgegenstehen. Solche zentralen Vorgaben umfassen als Richtwerte zum einen generell die, in der vorliegenden Arbeit sowie andernorts zum adäquaten therapiebezogenen Zu- und Umgang mit psychisch kranken Rechtsbechern bereits mehrfach postulierten Grundsätze (Vorgaben, Richtwerte und Prinzipien) einer adäquaten Behandlungsführung. Die benannten Akzeptanzkriterien ergaben sich übergreifend zu allen Formen ambulanter Behandlung und aus den Befunden der vorliegenden deutschen Erhebung wie auch dem der untersuchten *Forensischen Ambulanz in Wien*. Sie decken sich mit den als Behandlungsprämissen bezeichneten und ausgewiesenen Kriterien, die es gilt, in der Therapie psychisch kranker Straftäter zu berücksichtigen. Sie entsprachen anteilig auch denen, die als adäquate Zugangsformen ausgewiesen worden waren und daraus abgeleitet als Kriterien einer effektiven Behandlung bezeichnet werden können. Die, über die vorliegende Erhebung vermittelten Erkenntnisse zur Frage nach der Akzeptanz einer solchen Versorgung, deckten sich außerdem weitestgehend mit den auf internationaler Ebene rekrutierten, Erfahrungen zu Alternativen nichtstationärer Versorgung. *(Entspr. u. a.: Wilson, Tien & Eaves 1995; Silver & Tellefsen 1991; Knecht et al. 1993, 1994b, 1995).*

- **Berücksichtigen von akzeptanzförderlichen Faktoren als Beitrag zur Qualitätssicherung**

Die Berücksichtigung als akzeptanzförderlich erkannter Faktoren kommt der Qualität der Behandlung zugute. Dahingehende Maßnahmen erhöhen erheblich die Bereitschaft forensisch psychiatrische Patienten extern ambulant zu behandeln und versprechen eine fundierte Zusammenarbeit mit anderweitigen Versorgern.
Die Akzeptanz, Motivation und Kooperation aller Beteiligten kann durch folgende sicherzustellenden, doch oft defizitären Faktoren begünstigt werden:

- Präsenz von Abrufbarkeit zugesicherter Ambulanzleistungen ein verläßliches ´Verfügbarkeitsangebot qualifizierter und qualifizierender Leistungen, fachforensischem personalen Know How, Beratungen, bedarfsgerechten Supervisionen, Instrumentarien und Interventionen, diese v. a. auch zum Krisenfalle und potentieller Zusage eines Klinikbettes bzw. Möglichkeit zur stationären Wieder-Aufnahme des Patienten in die forensische Klinik und überhaupt eine gewisse Haltung der Fürsorge,
- Möglichkeiten zur fachforensischen, klinisch-therapeutischen, praxis- und theoriebezogenen Aus- und Fortbildung der Behandelnden,
- die Wahrung der Interessen des jeweiligen Gegenübers, darunter v. a. die, des Patienten, komplementärer Institutionen, der Justiz, Bezugspersonen, der Öffentlichkeit,
- Auf verschiedenen Ebenen als vorteilhaft erwiesen hatten sich strukturgetragene und -gebende therapeutische Vorgehensweisen, Flexibilität contra Starrheit, Struktur, Klarheit, Geregeltheit und Zuverlässigkeit in Vorgaben, Kontakt, realitätskonformer und unbeschönigter Informationstransfer zum Status des Patienten mit Sicherstellen des Informationsflusses aller, an der Behandlung Beteiligten.
- Ein adäquater Übergabemodus des Patienten gestaltet sich als ein wesentliches Kriterium für die Effektivität für dessen weiterführende Behandlung und Resozialisierung.
- Im Zuge der Erschließung der Region galt es vorausgegangene, oftmals negative (´Altlasten`), Vorerfahrungen mit forensischen Patienten aufzuarbeiten, um die betreffenden Einrichtungen zur Kooperation motivieren zu können.

Dahingehend vorteilhaft wirken weiter auch

- strukturgebende beschäftigungsorientierte rehabilitativ ausgerichtete berufsförderliche bzw. -begleitende Programme,
- funktionale, medikamentöse und medizinische Kompliance und störungsbezogene Einsichtsarbeit,
- Integrationen fachwissenschaftlicher Erkenntnisse,
- begleitende Qualitätssicherung, empirische Unterlegung, wissenschaftliche Evaluation der Behandlung und

- Berücksichtigung von Qualitätskriterien nach dem aktuellen Wissensstand,
- Abgestimmtheit und Passung von Setting und Ansatz der Betreuung/ Behandlung vom Bedarfsprofil zum Einzelfall mit indikations- und störungsspezifisch ausgerichteter, ggfls. multimethodaler Kombinations-Therapie,
- Anwendung einer kombinierten, psychotherapeutisch psychiatrisch medikamentösen Behandlungsführung / Therapieenkombination (mit guten Erfahrungen gemessen am Rückfallkriterium und den Ausfallraten),
- freiwillige Fortführung der Behandlung bzw. zumindest einer Form des therapeutischen Kontaktes bei vorab guter Anbindung,
- ausreichende Zeitkontingente. (Auch noch nach einer Zeit deutlicher Ambivalenz konnte eine Orientierung an der Therapie und Anbindung an den Therapeuten stattfinden. Letzteres war insb. auch relevant für die Gruppe der nach § 64 StGB Eingewiesenen.)
- Eine wesentliche Rolle für die Akzeptanz der ambulanten behandlungsbezogenen Strukturen spielte außerdem die Qualität der Beziehung und Anbindung an die betreuende professionale Bezugsperson (meist Sozialarbeiter oder Therapeut),
- Ein weiteres Attribut für Akzeptanz bildet die subjektive Zufriedenheit des Patienten mit dessen Entlaßumfeld und seiner allgemeinen Lebenssituation nach der Entlassung aus dem stationären Kontext.
- Überhaupt begünstigend wirkten Maßnahmen, wie Aufklärung und Training zum adäquaten Umgang zu den, mit dieser Arbeit verbundenen, spezifischen Belastungsmomenten sowie die geregelte, ggfls. verpflichtende, Teilnahme an regulierenden Maßnahmen, höherfrequenten, fachspezifischen Supervisionen, Intervisionen, Teamsitzungen.

- **Patientenorientierte Angebotsstruktur und strukturelle Flexibilität**

Effektivität und Akzeptanz werden begünstigt durch adäquate Behandlungsvorgaben. Effektivitäts- und akzeptanzförderlich ist eine adäquate, bedarfs- und patientenorientiert ausgestaltete Angebotsstruktur mit flexiblen Möglichkeiten. Die Inhalte sollen indikationsgerecht zum jeweiligen Einzelfall abgerufen und aufeinander abgestimmt werden können. Damit einher ging die Erfordernis um spezifische Strukturvorgaben: Diese sollen sich abbilden über ein breit angelegtes und vielfältiges Kompendium an behandlungsbezogenen, medizinischen, psycho- therapeutischen, psychosozialen und außerdem beratungs-, beschäftigungs- und ausbildungsbezogenen Angeboten. Generell sollten neben den üblichen ´komm-` v. a. auch angebotsorientierte, den Patienten aufsuchende, nötigenfalls auch nachgehende Strukturen zum Einsatz und der patientenorientierte Ansatz auch in weiterreichenden organisatorischen Bezügen, wie Terminvorgaben, Wohnortnähe etc. zum Ausdruck gelangen.
Das Angebot sollte sich dynamisch gestalten lassen.
Es sollte ein breit gefächertes und integratives Methodenangebot bestehen und neben einem regulären auch ein offen gehaltenes Setting mit offenen Sprechzeiten für behandlungs- und beratungsbezogene Interventionen / Maßnahmen, Erstkontakten und Kontaktmöglichkeiten für Wiedereinsteiger, auch offene Gruppen, Treffs u. a. m., um Abbrechern und Anderen Wiederaufnahme der Behandlung und Kriseninterventionen zu ermöglichen.
Die, seitens des Patienten zur Realisation der Behandlung erforderlichen, Aufwendungen sollten möglichst wenig hemmende, demotivierende und damit der Behandlung abträgliche Anteile ausweisen. Zeitlich und inhaltlich ist dabei Passung und Abstimmung geplanter, behandlungsbezogener Maßnahmen mit dem individuellen Entwicklungsstand des Patienten zu berücksichtigen.

27.11 Personale Vorgaben

27.11.1 Mangel an qualifiziertem Personal

Insgesamt gesehen besteht ein hoher Bedarf an fachforensisch kompetenten Mitarbeitern. Überhaupt ein extremes Defizit offenbarte sich zu, mit diesem speziellen Bereich vertrauten und erfahrenen, Supervisoren und ein eklatanter Mangel an fachforensisch qualifizierten Therapeuten. Häufig zeigten sich die, auf Belange der allgemeinpsychiatrischen Patienten ausgerichteten, Versorger im Umgang mit forensischen Patienten überfordert. Hinsichtlich der Spezifika zu dem Umgang, der Betreuung und Behandlung der forensischen Klientele wurden nachsorgende Einrichtungen sowie überhaupt viele der potentiellen Versorger im ambulanten Sektor in ihren Kompetenzen unzureichend vorbereitet und qualifiziert beschrieben. Dies betraf insb. die Behandlung von Persönlichkeitsgestörten, Patienten mit komorbiden und / oder Sucht-Erkrankungen aber oft auch nur den Kenntnisstand zu störungsrelevanten Besonderheiten und spezielleren Merkmalen der forensischen abweichend zur klassisch psychiatrischen Klientele. Oft fehlten adäquate Versorgungsmöglichkeiten und Zuständigkeitsregelungen für Krisensituationen. In der Versorgung durch niedergelassene Behandler bestand das extremste Defizit zu Psychotherapeuten und besonders eklatant zu Behandlungsplätzen für Patienten mit komplexen Störungsbildern, schwer Persönlichkeitsgestörten, Sexualstraftätern und spezifischen Störungsbildern mit entsprechend spezifizierten Behandlungserfordernissen. Das Ausmaß dieser Unterversorgung und der Bedarf an kompetenten fachforensisch therapeutischen Fachkräften gestaltete sich außerdem regional unterschiedlich und besonders ausgeprägt zu ländlichen Strukturregionen sowie speziell zu vielen Sektoren der neuen deutschen Bundesländer und hier oft bereits dramatisch zum Pflegepersonal.

27.11.2 Gute Erfahrungen mit vormaligen forensischen Mitarbeitern

Gute Erfahrungen bestanden, wenn frühere Mitarbeiter einer forensisch psychiatrischen Klinik als externen Mitarbeitern / Therapeuten fungierten.

27.11.3 Standards zum personalen Anforderungs- und Kompetenzprofil und erhöhtes Anspruchsniveau für professional Eingebundene

Es konnten Standards zum personalen Anforderungs- und Kompetenzprofil entwickelt werden. Für das therapeutische Personal / die Mitarbeiter der Ambulanz und überhaupt alle professional in die Behandlung der forensisch psychiatrischen Klientele Eingebundenen, offenbarten sich besondere Anforderungen. Es konnten zentrale qualifikatorische und andere Richtlinien zum Anforderungsprofil erschlossen werden. Offenkundig und von allen Einrichtungen mit Erfahrung zur ambulanten Versorgung belegt wurde das hohe Anspruchsprofil und die, mit diesen Tätigkeiten einhergehenden, überproportionalen professionalen Belastungen.

27.11.4 Multiprofessionelle Ausrichtung

Die schwerpunktmäßige professionale Ausgestaltung des Ambulanzteams war unterschiedlich und stand in Abhängigkeit zur jeweiligen Ambulanzstruktur und ihrem Konzept.
Der Mitarbeiterstab offiziell ausgestalteter ambulanter Nach- und Versorgungsstrukturen für forensisch psychiatrische Patienten zeichnet sich aus durch aufeinander abgestimmte, fachkundige, forensisch psychiatrische Behandlung und Beratung und einen multiprofessionalen Hintergrund mit fundiertem forensisch psychiatrischen Fachwissen, hoher Qualifikation und Ausbildung sowie einer regulären Teilnahme an Supervisionen. Um der Komplexität der Störungsbilder und der, damit einhergehenden, Vielfältigkeit an das professionale Anforderungsprofil adäquat begegnen zu können, wird eine multiprofessionelle Ausrichtung der Personalstruktur für optimal gehalten. – Als hilfreich und oft indiziert gestaltete sich die Installation von zweiten Bezugs- oder Mittelspersonen, oft Ambulanzmitarbeitern, zur Sicherstellung und Übernahme kontrollierender respektive supervisorischer Funktionen. Entlastung kann auch eine Rotation der Ambulanzmitarbeiter bieten.

27.11.5 Professionale Begleitung im Kontext der Einzelfallhilfe respektive als Case-Management

Einer günstigen Rehabilitation und Resozialisierung zuträglich ist der gezielte, auf den Einzelfall abgestellte, Einsatz einer professionalen Begleitung des Patienten in der Begegnung mit den Anforderungen des Alltags nach Entlassung aus der stationären Unterbringung.

27.11.6 Case Load

Für eine 1-2-Psycho-Therapeuten-Praxis mit Vollzeittätigkeit wurde eine reale Belastbarkeit mit einem bis zwei forensischen Patienten und für den sozialarbeiterischen Aspekt ein Verhältnis von eins zu vier erkannt. Die zu kalkulierenden erforderlichen Aufwendungen sind abhängig vom Störungsbild und überhaupt dem individuellen Bedarfsprofil des Patienten.

27.11.7 Erfordernis formalrechtlicher Unterlegung und adäquate Honorierung

Überhaupt, wiederholt und außerdem in diversen Bezügen herausgestellt wurde die drängende Erfordernis, diesen Bereich offiziell, formalrechtlich und kostentechnisch zu regeln. Zu fordern ist eine entsprechende Anpassung und Einstufung der Honorierung respektive Höherdotierung der erbrachten Expertenleistungen und Aufwendungsersatz. - Allein der Umstand und die Aufrechterhaltung derartiger formaler und erheblicher Unsicherheiten bzw. ´Un-ab-ge-sicher-t-heiten` hält viele potentielle Versorger respektive Behandler davon ab, sich in die, per se mit Mehrbelastungen und Risiken verbundene und oftmals nicht nur deshalb als unattraktiv erlebte, Behandlung dieser Klientele einzulassen.

27.11.8 Interdisziplinäre Bezüge und multiprofessionale Relevanzen

Bewährte Modi zur personalen Umsetzung der komplexen Anforderungsprofile waren multiprofessional strukturierte Personalkontingente, Teamgestaltungen sowie interdisziplinäre Kooperationsmodelle, Werkvertragslösungen und flexible Matrixorganisationen.
Eine, diesen Tätigkeitsbereich weiter charakterisierende, Besonderheit bildeten die Erfordernisse zu disziplinenübergreifenden Arbeiten im Tätigkeitsprofil ambulanter Behandlung psychisch kranker Rechtsbrecher.

27.11.9 Sichern personaler Fachkompetenz, adäquater professionaler Qualifikation mit Möglichkeiten zur Kompetenzbildung, Nachqualifikation, Super- und Inter-Vision, Beratung, Krisenintervention

Das Personal muß für seine Aufgaben fachlich qualifiziert, in der Anwendung indizierter, spezifischer Therapieansätze erfahren und dazu bereit sein, sich entsprechend nach-zu-qualifizieren. Als unabdingbare Voraussetzung und auch aufgrund des dazu festgestellten versorgungsbezogenen eklatanten Defizites ist zum Personal, den assoziierten Behandlern, Niedergelassenen, anderen Versorgern und komplementären Einrichtungen generell zu achten auf: prinzipiell angemessene Qualifikation, Möglichkeit zur Realisierung

adäquater Kompetenzbildung, fachkundiger Betreuung, Supervision und konkret die forensisch psychiatrische Fachkompetenz aller in die Behandlung Eingebundenen mit sichergestellter fundierter, theoretisch wie praktischer, erfahrungsbezogener forensisch psychiatrischer Kompetenzbildung, Qualifizierung und nötigenfalls Nachqualifikation. Zu diesem Kontext und unter gegebenen versorgungstechnischen und rechtlichen Strukturen handelt es sich um einen Bereich, der für die, in die Behandlung und Betreuung psychisch kranker Delinquenten professional Eingebundenen und insb. externen Betreuern und oft niedergelassen Behandler mit besonderen Risiken, speziellen, oft erheblichen zusätzlichen Ansprüchen und Mehr- Aufwandserfordernissen gegenüber nicht-forensischen psychiatrischen Patienten behaftet ist. Bisher kam es häufig vor, daß sich Mitarbeiter dieser problematischen Klientele nicht gewachsen fühlen und nicht nur eine Abwehrhaltung entwickeln sondern solche Patienten tatsächlich nicht führen können. Diese Kriterien wurden von allen Einrichtungen mit ambulantem Behandlungsansatz statuiert und durchgängig Möglichkeiten zur entsprechenden Qualifizierung der Mitarbeiter v. a. auch der komplementärer Einrichtungen sowie der Behandler und niedergelassenen Therapeuten im regulären ambulanten Versorgungsnetz gefordert.

27.11.10 Besonderes Anforderungsprofil, erschwerende Faktoren und Zusatzaufwendungen

In Konsequenz dieser Forderungen verlangt und bedeutet die Behandlung psychisch kranker Straftäter: ein erhöhtes Maß an Aufwendungen, persönlicher Einsatzbereitschaft, Belastbarkeit, kapazitativer und kontingentaler personaler, struktureller, leistungsbezogener, zeitlicher und therapeutischer Ressourcen und Flexibilitäten und einem breit angelegten, klinisch therapeutischen, theoretisch und praktisch fundierten sowie disziplinenübergreifenden und –integrierenden Fach- und Praxiswissen, einem gesamtheitlichen Zugang mit Bewußtsein um Interaktion in einem System an komplexen Wirkgefügen, der Bereitschaft zum geregelten Austausch, der Vernetzung und interdisziplinären Kooperation, zu auch aktiven, nachgehenden und nötigenfalls kontrollierenden Maßnahmen und Interventionen und spontanen respektive außerordentlichen und intermittierenden Krisen- Interventionen und dazu auch andere, als die selbst praktizierten, therapeutischen Methoden in die Behandlungsplanung aufzunehmen.
Übergreifend verdeutlichte sich die Zuerkennung des erhöhten Anspruchsniveaus für professional Eingebundene.
Neben den o. g. Faktoren bestätigten sich übergreifend Erfordernisse um

- höhere zeitintensive und sonstige Aufwandsleistungen,
- abzuleistende Fülle an erforderlichen formalen Aufgaben,
- übergreifende Vernetzung, regelmäßiger Informationsaustausch und Kontakte zu anderen professional in die Betreuung Involvierten Parteien/ Institutionen/ Personen,
- Teilnahme an regulären und außerordentlichen Teamsitzungen,
- Bereithaltung kontingentaler Möglichkeiten und Flexibilitäten für außerordentliche und Krisen-Interventionen,
- Erfordernis für solche Leistungen, die nur randständig den therapeutischen Bereich berühren.
- Aufwendungen für Kompetenzbildung und Qualifikationen, engmaschige Supervisionen,
- Kalkulieren der tatsächlichen Bedeutung, Relevanz und dem Einfluß finanzieller und existentieller Unsicherheiten und eine erklärte Bereitschaft dazu und Möglichkeiten, diese zu realisieren,
- allgemein bedingte zum Leistungsprofil relativierte Erwartungshaltung an Zielvorgaben.

Für eine effektive und präventiv wirksame Betreuung muß das therapeutische Personal bestimmte Haltungen einnehmen. Dabei sind o. g. als adäquat zu-erkannte Kriterien und Prämissen zur Behandlungsführung in der Therapie und dem Kontakt zum forensisch psychiatrischen Patienten zu berücksichtigen und darunter auch solche zur Risiko-Einschätzung und Kontrolle des Patienten und dabei der Integration auch fremdanamnestischer Informationen und einer darüber verbesserten Diagnostik, eine kontinuierliche Zusammenarbeit mit anderen professional in der Behandlung Involvierten, dem zuständigen Sozialdienst / Sozialarbeiter, Öffentlichkeits- und Aufklärungsarbeit v. a. auch der Bezugspersonen und die Einbeziehung des sozialen Umfeldes überhaupt.

- **Persönliche Eignung**

Personalentscheidungen zu Ambulanzmitarbeitern sollten primär vom persönlichen Eignungsprofil des Bewerbers und der erkannten Eignungsvorgaben geleitet werden und erst sekundär von der professionalen Zuordnung. Die persönliche Eignung setzt voraus: psychische und konstitutionelle Reife, hohe soziale Kompetenz, Differenziertheit, Fähigkeit zur Introspektion und Selbstkritik, konstruktive Teamarbeit, einheitenübergreifende, institutionale Kooperationsfähigkeit, Nachweis einer praxis- und theoriebezogenen fachforensischen Grundausbildung und klinischen Erfahrung und im Falle der Therapeuten einer fundierten Therapieausbildung und Selbsterfahrung. Erforderlich ist Beziehungsfähigkeit, Belastbarkeit und eine gewisse Toleranz gegenüber und Bereitschaft zu auch nachgehenden aktiven Interventionen und - bei dem oft symptomatischen Charakter solcher Vorkommnisse -, auch den destruktiven Tendenzen des Patienten zu begegnen.

- **Stellenprofil mit leitenden Funktionen**

Leitungs- und entscheidungstragende Organisationsfunktionen sollten v. a. von einer Person übernommen werden, welche zu den o. g. Eigenschaften und v. a. explizit über fundierte Praxisbezüge (klinische Erfahrung) und theoretischem Wissen zum fachforensischen Bereich und außerdem auch organisatorischen Fähigkeiten verfügt mit wesentlichen Aufgaben in der Einbindung, Begleitung, Organisation und Koordination.
Überhaupt herauszustellen ist die zur Arbeit mit dieser Klientele geforderte hohe Belastungsfähigkeit, die Fülle an organisatorisch administrativen, umfassenden formalen, oft interdisziplinär ausgerichteten Funktionen und neben regulären außerdem oft auch unvorhergesehene doch unabdingbare Einsätze und andernteils Ausfälle und mit Momenten solcher Art als besondere Versorgungserfordernisse zurechtkommen zu müssen.
Für die Nachbehandlung und Wiedereingliederung psychisch kranker Straftäter wurden erschwerende Faktoren konzediert und als solche neben strukturellen Komplikationen die oftmals anspruchsvollen und komplexen Behandlungserfordernisse der Störungsbilder dieser Klientele, der Umstand, ´Risikopatienten` versorgen zu müssen, erkannt. Überhaupt sind mit einer solchen Tätigkeit zum Angebots- und Leistungsprofil erhebliche, weitestgehend unabdingbare, besondere bzw. außerordentliche Zusatzaufwendungen verbunden:
Erwartet werden muß die Bereitschaft,

- zusätzliche zeitliche und arbeitsbezogene Aufwendungen zu tolerieren,
- übergeordnet in komplexen Bezügen handeln und denken zu können,
- fachspezifisches, fachforensisch klinisch psychiatrisches, therapeutisches und dabei auch fachübergreifendes, theoretisches und praktisches Wissen zu erweitern,
- zu außerordentlichen und/ oder zusätzlichen Aufwendungen, krisenintervenierenden und weiteren nichtregulären klinischen Interventionen,
- direkte und indirekte Aufgaben am und zum Patienten klinisch, therapeutisch, beratender, organisatorischer, formal administrativer (Formalien, Behördenangelegenheiten, Dokumentationen etc.) Art zu leisten,
- qualitätssichernde Maßnahmen zu implementieren,
- kritische Selbstreflexion und –evaluation zu betreiben,
- zu Selbstkontrolle, höherfrequenten Supervisionen, geregeltem Austausch / Teamsitzungen.

27.12 Struktureller Kontext der ambulanten Nachsorge psychisch kranker Straftäter- ein versorgungs- und kostentechnisch sowie rechtlich ungesicherter und defizitärer Bereich

27.12.1 Rechtliche Implikationen der Ergebnisse

Überhaupt und seitens der zuständigen Experten besteht ein drängender Bedarf und Wunsch nach Orientierung an wissenschaftlich gesicherten Aussagen und Untersuchungen zum nichtstationären Versorgungsbereich und konkret zu adäquaten gesetzlichen Vorgaben und fundierten Zuschreibungen von Aufgaben und Funktionen ambulanter Nachsorge und Behandlung psychisch kranker Straftäter. Allerdings steht dieser zunehmend öffentliche Bedarf einer eklatanten Unterversorgung entgegen. Unzureichende rechtliche Regelungen dieses Versorgungsbereiches implizieren eigene Risiken und tragen nicht den Gefahrenmomenten Rechnung, die eine Mangelversorgung forensisch-psychiatrischer Patienten mit oft komplexen Störungsbildern nach deren stationärem Aufenthalt in sich birgt.
Gesetzlich steht dem forensischen Patienten als psychisch krankem Straftäter die Rechtsstellung eines psychisch Kranken zu: Der aus dem MRVZ Entlassene ist, abgesehen von der Führungsaufsicht, jedem anderen, aus einem Psychiatrischen Krankenhaus Entlassenen gleichgestellt. Er kann demzufolge prinzipiell auch nachsorgende Hilfen, wie z. B. Sozialpsychiatrische Dienste oder andere Hilfsangebote für entlassene Psychiatriepatienten und generell für Personen in psychosozialen Notlagen in Anspruch nehmen. Ambulante Alternativen zu stationären Maßnahmen insb. aus dem sozialpsychiatrischen Bereich, soziale Netzwerke für die Nachsorge und Prophylaxe der Patienten sind von der forensischen Psychiatrie als Aspekt der Gesundheitsversorgung und andernteils auch der Sicherung bislang nicht adäquat ausgestaltet und v. a. auch nicht auf die spezifischen Belange der forensisch-psychiatrischen Klientele umgesetzt worden. Die Realisierung solcher Grundzüge und Strukturen sowie die Einbeziehung teilstationärer, stationärer und komplementärer Einrichtungen und Dienste in ein Versorgungssystem zur Behandlung forensisch - psychiatrischer Patienten sollte darüber ermöglicht werden. Im Hinblick auf das angestrebte Ziel der Doppelaufgabe des MRVZ sind, eingedenk der Fürsorgepflicht sowie der anzustrebenden Rehabilitation und Herstellung der Entlassungsreife, als grundlegende Ziele der Maßregelbehandlung Resozialisierungshilfen bereitzustellen und nötigenfalls zu entwickeln. Ambulante Maßnahmen können in quantitativer und qualitativer Hinsicht zur Begrenzung des Freiheitsentzuges beitragen: Das Vorliegen einer adäquaten ambulanten Infrastruktur mit entsprechend extramuralem Betreuungsangebot trägt zur Entlastung der von Unsicherheiten geprägten und derzeitig eher restriktiven, Handhabung von Lockerungen und Beurlaubungen bei und wirkt andernfalls gegen ungerechtfertigte, damit uneffektive und außerdem kostenträchtige Unterbringungsdauern. Insbesondere der Übergang von geschlossener, stationärer Führung über Lockerungen, Ausgänge, Beurlaubungen bis hin zur rein ambulanten, extramuralen Behandlung bedarf einer rechtlichen Regelung und Unterlegung, da sonst die therapeutischen Entscheidungen von erheblichen Rechtsunsicherheiten begleitet werden.

Die MRVZ-Ziele beinhalten auch, den Aspekt der Rehabilitation und Resozialisierung des Patienten in der Behandlungsführung zu verfolgen, sofern es dessen Zustand unter Wahrung der Sicherheit der Allgemeinheit zuläßt. Diese Vorgaben verlangen per se eine entsprechende Versorgung und damit folgerichtig die Sicherstellung bzw. Installation eines dazu geeigneten Systems. Toleranz und Aufrechterhaltung einer Unterversorgung ist unter vielerlei und u. a. rechtlichen, ethisch-humanitären, medizinischen, versorgungs- und sicherungstechnischen Gesichtspunkten nicht vertretbar. Im Hinblick auf Umsetzung, Interpretation und Verständnis der Zielvorgaben des MRVZ ist grundsätzlich ein Konsensus zu finden zwischen dem Anspruch des Patienten auf Behandlung und dem Sicherungsauftrag des MRVZ, der gesetzlichen Gewährleistungspflicht von Besserung aber auch Sicherheit. Den verschiedenen Interessen der involvierten Parteien den diffizilen Ansprüchen zur Balance von Behandlung und Kontrolle, der Allgemeinheit auf Sicherheit, des Patienten auf angemessene Heil- Behandlung und Lebensqualität kann nur vor einem entsprechend formal abgesicherten Hintergrund und einem adäquaten Behandlungsangebot begegnet werden. Prospektiv ist der grundlegende Anspruch auf therapeutische Nachsorge und ambulante Behandlung rechtlich und finanziell abzusichern, bestenfalls bundesweit und unter möglichst einheitlichen Gesichtspunkten.
Es hatten sich folgende Anteile zum Anspruchsprofil Recht ergeben: Die Anerkennung und Umsetzung qualitätssichernder Vorgaben und behandlungsbezogener Kriterienkataloge und Anforderungsprofile wie bspw. individualisierter, indikationsgeleiteter gegebenenfalls spezialisierter Versorgungs- und Behandlungsansätze, Entsprechung der rechtlichen Vorgaben, wie verbindliche Regelungen aber andernteils auch Flexibilität und Durchlässigkeit von Strukturen zur funktionalen und behandlungsorientierten tragfähigen Zusammenarbeit der diversen involvierten Organe und Institutionen. Strukturpolitische und rechtliche Möglichkeiten sollten Durchlässigkeiten und Flexibilität in der Behandlung bieten und andernteils Grundlage für eine gewisse Kontrolle und nachprüfende Interventionen im erforderlichen Rahmen, so daß nötigenfalls eine stationäre Behandlung realisierbar ist ohne, daß zwingend ein langwieriges Verfahren eines Bewährungswiderrufes erfolgen muß. Kontrollfunktionen müssen Berücksichtigung finden. Der Mitarbeiterstab muß die Möglichkeiten haben, dem Patienten nachzugehen. Bewährungsauflagen sind besser abzustimmen, konkretere Aussagen und Auflagen zu treffen. Die Aussetzung der Maßregel, wie nach § 67 d Abs. 2 StGB vom Gesetzgeber vorgesehen, kann erst vor dem Hintergrund eines gut ausgeformten Versorgungskontextes realisiert werden. Wünschenswert sind differenziertere, das spezifische Anforderungs- und Behandlungsprofil der forensischen Klientele berücksichtigende, gesetzlich fundierte Regelungen und dahingehend anzustreben: klare Zuweisungen der Kostenübernahme an zuständige Kostenträger und die rechtlich gesicherte Zuschreibung von Aufgabengebieten ambulanter Behandlung und reguläre Möglichkeit diese umsetzen zu können. Weisungen zur ambulanten Nach-Betreuung/ -Behandlung sollten differenziert und konkretisiert erfolgen und die Möglichkeit zu deren Umsetzung vorab geprüft worden sein. Tatsächlich werden seitens der Gerichte zunehmend Weisungen zur ambulanten Nach-Betreuung/ -Behandlung ausgesprochen auch in Regionen mit nur basalen ambulanten forensischen Versorgungsstrukturen. Die rechtlichen Vorgaben sollten eine zur Behandlung erforderliche, Flexibilität und den Rahmen für kontrollierende Interventionen ermöglichen, die potentielle Möglichkeit für eine – oft nur intermittierend – erforderliche, stationäre Aufnahme ohne, daß ein Bewährungswiderruf zwingend ist. Es müßte abgesichert sein, daß dem Mitarbeiterstab gewisse Grundlagen für eine Kontrolle im Kontext der ambulanten Ausgestaltung der Behandlung zugestanden werden.
dem Patienten nachzugehen, diesen regelmäßig zu sehen bzw. vorübergehend stationäre, intensivierte therapeutische Aufenthalte initiieren zu können, ohne, daß das langwierige Verfahren eines Bewährungswiderrufs erfolgen muß. Anzustreben ist, daß in dem gegebenen rechtlichen Kontext der therapeutische Umgang mit einem Rückfallgeschehen differenziert erfolgen kann und ein, in strafrechtlicher Relation eher geringfügiges Rückfall- bzw. Deliktgeschehen durch richterliche Bestimmungen, wie den Widerruf der Bewährung, eine therapeutische Intervention nicht unweigerlich beendet und damit die therapeutischen Bemühungen und ein potentiell entwicklungsförderliches Umgehen mit dem Problemgeschehen koartiert wird und, daß Ambulanzpatienten nach bedingter Entlassung zur Krisenintervention auf freiwilliger Basis kurzzeitig wieder in die Herkunftsklinik aufgenommen werden können, bei Nichterfüllen von Auflagen oder Behandlungsweisungen und anderweitig indiziertem Widerruf rechtlich abgesicherte Möglichkeiten vorliegen zu geregelten und flexiblen, am Einzelfall ausrichtbaren Maßnahmen sowie Koordinationen und Kooperationen für nötigenfalls umgehende, schnelle, direkte bzw. aktiv, nachgehende Reaktionen und Zugriffsmöglichkeiten auf den Patienten. Die eigenen Befunde verdeutlichten die Erfordernis um ein integratives Behandlungsverständnis. Der Aspekt der Nachsorge, nichtstationären Versorgung und kontrollierten Alltagserprobung ist zwingend in die Definition und das Verständnis von Gesamtbehandlung zu integrieren in dem Sinne der Zielerreichung der Maßregel bzw. deren Ausübung zum Zwecke der Sicherung, Besserung und Wiedereingliederung. In einer Situation ohne offiziell ausgewiesenes, forensisch psychiatrisches ambulantes Betreuungsangebot würden außer differenzierteren Bewährungsauflagen auch flexiblere Beurlaubungsmöglichkeiten bereits eine deutliche Erleichterung hinsichtlich einer sinnvollen Weiterentwicklung einer adäquaten Behandlungsplanung darstellen.

> **Unterversorgung impliziert und vermittelt erhebliche Risiken**

Die unbefriedigende, versorgungstechnisch defizitäre und rechtlich meist ungesicherte Situation und die in den defizitären Gegebenheiten begründeten Erfordernisse zu Selektionen an sich Behandlungsbedürftiger, implizieren per se Risiken und brachte betroffene Therapeuten und Institutionen nicht nur in Handlungsnot und Bedrängnis sondern auch v. a. im Hinblick auf deren Fürsorgepflicht in ernsthafte Konflikte.

> **Forderung nach rechtlichen Regelungen einer solchen Form der Versorgung**

Prospektiv gilt es, den gesamten Kontext rechtlicherseits in seinem Anspruch und v. a. patientenbezogen zu definieren und in zweiter Linie die kosten-, verwaltungs- und versicherungstechnischen Fragen zu klären. Bislang ist die Nachsorgesituation in der Praxis abhängig von der im jeweiligen Bundesland spezifischen, Ausgestaltung des Behandlungsverständnisses und der Bereitschaft der jeweiligen Einrichtungen, damit einhergehende Unsicherheiten zu tragen. Für die meisten Bundesländer fehlen dezidiert gesetzlich fundierte Aussagen zur Verankerung des Nachsorgeanspruchs und darüber inwiefern das geltende MRVZ-Recht Perspektiven der nichtstationären und insb. ambulanten Versorgung mitträgt und damit einhergehende Maßnahmen und nachsorgende, begleitende, betreuende und behandelnde Leistungen respektive die Bereitstellung, Anwendung und Nutzung dahingehender Maßnahmen. Eine gesetzliche Verankerung des Anspruchs auf Nachsorge, wie in § 1 Abs.3 des vorherigen und aktuellen MRVG NW ist für viele der Bundesländer, die nicht über solche Regelungen verfügen, überhaupt erst anzustreben.

- **Risiken durch fehlende rechtliche Absicherung**

Aus der Praxis offenbarte sich die dringende Notwendigkeit um Nachbesserungen bzw. überhaupt oft erst die Installation rechtlicher Bezüge zu den hauptsächlichen Aufgaben- und Tätigkeitsfeldern der in die Betreuung dieser Klientele eingebundenen, Professionen und den, außerdem divers ausgestalteten, alternativen, nichtstationären Maßnahmen.
Die noch vielfachen gesetzlichen Unklarheiten schaffen zusätzliche Belastungs- und darüber auch Unsicherheitsmomente zu einem an sich ohnedies spannungsreichen Tätigkeitsfeld. Zu fordern ist eine adäquate, dabei nicht zu rigide gesetzliche Regelung zur Absicherung der erforderlichen, in Praxis und Konsequenz des drängenden Bedarfs bereits vorweggenommenen Leistungen nichtstationärer Versorgung.

- **Abgleichen der diversen Ziele und Aufgaben des MRVZ mit den Interessen der involvierten Parteien**

Unter Berücksichtigung der Doppelaufgabe der Maßregel ist neben dem Ziel der Besserung des psychisch Kranken gleichzeitig dem berechtigten Interesse der Bevölkerung zum Schutz vor weiteren Straftaten Rechnung zu tragen.

- **Sicherung eines professionalen Rahmens**

Die gesetzlichen Rahmenbedingungen sollen als Erfordernisse berücksichtigen: Durchlässigkeit der Strukturen und Informationstransfer der in die Führung des Patienten involvierten Institutionen und Parteien, gewisse Flexibilität um Anpassung behandlungsbezogener Weisungen und formaler Vorgaben und der Berücksichtigung behandlungs- und betreuungsdeterminierter Erfordernisse zum jeweiligen Einzelfall, Möglichkeiten zur direkten Umsetzung von Kriseninterventionen und intermittierenden Wiederaufnahmen in die Klinik ohne zwingenden gesetzlichen Bewährungswiderruf sowie auch die Möglichkeit von Kontrollfunktionen. Die Umsetzung der zur adäquaten Versorgung zuerkannten, zentralen Prämissen zum nachsorgenden respektive ambulanten Behandlungs- und Betreuungskontext ist zu ermöglichen.

- **Alltagserprobungen**

Von allen zur ambulanten Behandlung rekrutierten Kliniken wurden die nur im ambulanten und nichtstationären Setting realistisch durchzuführenden Alltagserprobungen als weiterführender Bestandteil des Behandlungsauftrages des MRVZ und psychotherapeutische Behandlungen als eigentlicher Bestandteil der MRVZ-Behandlung gewertet. Von daher scheint es dann auch sinnvoll, die Frage zur Kostenübernahme solcher Leistungen an die Kostenträger der Maßregelmaßnahmen zu richten.

- **In der Praxis muß sich die Behandlungsplanung überhaupt ausrichten an der Einschätzung des Risikos und auch der speziellen Bedarfslage des Patienten zum Einzelfall.**

- **Regelung zu Kontrollfunktionen**

Funktionen einer gewissen Kontrolle sind einzuplanen in ihrer Bedeutung zu berücksichtigen. Dem Mitarbeiterstab müssen dahingehend gewisse Grundlagen im Kontext der ambulanten Betreuung zugestanden werden mit Maßnahmen der Art, dem Patienten nachzugehen, diesen regelmäßig zu sehen bzw. vorübergehend stationäre, intensivierte therapeutische Aufenthalte initiieren zu können, ohne, daß das langwierige Verfahren eines Bewährungswiderrufs erfolgen muß. Der rechtliche Rahmen sollte dazu durchlässige und auch potentiell flexible Möglichkeiten kalkulieren für kontrollierende Interventionen und, eine – oft nur intermittierend – erforderliche, stationäre Aufnahme ohne zwingenden Bewährungswiderruf. Anzustreben ist, daß unter den rechtlichen Vorgaben der therapeutische Umgang mit einem Rückfallgeschehen differenziert erfolgen kann und ein, in strafrechtlicher Relation eher geringfügiges Rückfall- bzw. Deliktgeschehen durch richterliche

Bestimmungen, wie den Widerruf der Bewährung, eine therapeutische Intervention nicht unweigerlich beendet und damit die therapeutischen Bemühungen und ein potentiell entwicklungsförderliches Umgehen mit dem Problemgeschehen koartiert wird, Ambulanzpatienten nach bedingter Entlassung zur Krisenintervention auf freiwilliger Basis kurzzeitig wieder in die Herkunftsklinik aufgenommen werden können. Bei Nichterfüllen von Auflagen oder Behandlungsweisungen und anderweitig indiziertem Widerruf sind rechtlich abgesicherte Möglichkeiten zu geregelten und flexiblen, am Einzelfall ausrichtbaren, Maßnahmen, Koordinationen und Kooperationen für nötigenfalls umgehende, schnelle, direkte bzw. aktiv nachgehende Reaktionen und Zugriffsmöglichkeiten auf den Patienten mit einer dadurch erhöhten Wirksamkeit zu etablieren.

27.12.2 Kostentechnische und ökonomische Gesichtspunkte - Entwicklung neuer Lösungswege

Probleme der kostentechnischen Zuständigkeit behinderten oft die Berdarfsumsetzung. Außerdem wurden so Entscheidungen zur Nichtbehandlung problematisch argumentativ unterlegt. Primär müssen in der Entscheidung zur ambulanten Behandlung therapeutische und sicherheitsbezogene Gesichtspunkte maßgeblich sein. Auch wenn seitens der Versorger die Reduzierung von Unterbringungszeiten wiederholt als ein zentrales, wenn nicht gar unter kostentechnischen Gesichtspunkten entscheidendes Argument für den Einsatz ambulanter Behandlungsformen der Alternative einer weiteren stationären Unterbringung gegenübergestellt wurde, so ist einer derartigen Argumentation aus therapeutischer Sicht mit Blick auf das eigentliche Ziel dieser Maßnahmen differenziert zu begegnen und ökonomische respektive einsparungstechnische Gesichtspunkte differenziert zu werten. Sie dürfen keine vordergründige Argumentation bilden: Neben den objektivierbaren ökonomischen Aspekten der Ersparnis einer stationären Versorgung / Unterbringung sollten vorrangig die der Umsetzung und Realisierung nur so praktikabler und trainierbarer Behandlungseinheiten eine Rolle spielen. Die Rehabilitation forensischer Patienten muß ein wesentlich breiteres Angebot an pädagogischen und sozialedukativen Maßnahmen in das therapeutische Konzept integrieren. Im Bestreben um vernünftige kostentechnische Regelungen geht es zu Fragen der Kosten-Trägerschaft prospektiv darum, alternative, nötigenfalls auch unorthodoxe Konstruktionen wie Mischfinanzierungen, zu berücksichtigen. Obschon der gesetzliche Auftrag der Nachbetreuung eindeutig formuliert und inhaltlich nachvollziehbar ist, wurde bislang keine zusätzliche Kostenstelle dafür eingerichtet. Selbst das innovative MRVG NW sieht dbzgl. keine gesetzliche Lösung vor. Kostentechnisch enden Leistungen des MRVZ formal am Tag der bedingten Entlassung auf Bewährung. Benötigt ein Patient zusätzliche und / oder spezielle Versorgungsleistungen und einen höher strukturierten Rahmen, ist das aus diesem Fundus nicht bezahlbar. Die jeweilige MRVZ-Einrichtung sieht sich in einem Dilemma: Sie kann nur entweder versuchen, diesem Auftrag ohne kostenmäßigen Ausgleich zu entsprechen oder dessen Ausführung zu unterlassen und damit die gesetzliche Vorgabe zu mißachten. Zu entwickeln sind alternative Finanzierungsformen, konstruktive, funktionsfähige, alternative kreative und erforderlichenfalls auch unkonventionelle Lösungsmöglichkeiten, wie übergreifende Kooperationsmodelle mit gegebenenfalls verschiedenen Trägern unter einem Dachverband bei gemeinschaftlicher Nutzung von Infrastrukturen, versorgungsrelevanten Objekten, Sachwerten wie Wohnraum etc.. Kreative Konstruktionen kombinierter Formen gemeinsamer Finanzierung und Nutzung von Wohnraum durch den Träger des MRVZ und freie Träger sind denkbar, Solche Nutzmodelle fanden sich bislang nur zu *Einzelfällen* bzw. sind auch aufgrund ihrer regionalspezifischen Konstruktion nicht regulär reproduzierbar. Die noch wenigen Erfahrungen ermutigen, zukünftig konstruktive und dabei durchaus auch unkonventionelle kreativen Lösungen zu entwickeln. Höheres Entgeld respektive *Mehraufwandsentschädigungen* (zu den Modellerprobungen geplant doch nicht realisiert) könnten zur Übernahme der versorgungsbezogen aufwendigeren Klientele, wie Persönlichkeitsgestörter mit hohe Betreuungsintensität und für nachsorgewillige Einrichtungen / Personen angemessene Anreize bieten, sich auf eine Behandlung forensischer Patienten einzulassen. Für die Finanzierung der Behandlung Persönlichkeitsgestörter werden von Nachsorgeeinrichtungen die Möglichkeiten des BSHG §§§ 72, 47, 39 bislang zu wenig genutzt.

27.13 Bedarfsentwicklung als dynamischer Prozeß - Reziprozität der Bedingungsgefüge von Bedarf und Angebot

Die Beziehung zwischen Bedarf und Angebot wurde als reziprok erkannt: Bedarf und Angebot bedingen sich gegenseitig. Diese Zusammenhänge sind zum Kontext einer bedarfsgerechten Planung von Versorgungsstrukturen und Überlegungen zum realen Bedarf sowie zur Bewertung der Ist-Soll-Differenz der ambulanten Versorgung zu kalkulieren. Die Bezüge zum realen Bedarf bilden sich erst bei vorhandenem und zunehmend etabliertem Versorgungsangebot ab. Das Vorhandensein eines adäquaten Angebotes eröffnet einen an sich gegebenen, doch bislang kupierten Bedarfstand und erschließt auch solchen potentiellen ambulanten Patienten diese Behandlung, die ansonsten aufgrund der defizitären Versorgungslage davon ausgeschlossen gewesen wären. Der auszuweisende Bedarf ist auch bestimmt durch Nachfrage und Bekanntheitsgrad einer solchen Form der Versorgung. Die Bezifferung des realen ambulanten und offiziellen Versorgungsbedarfs aufgrund einer vorgeschalteten Bedarfsanalyse ist bei bestehender Unter- bis Nichtversorgung problematisch. Das Risiko einer dahingehenden Fehleinschätzung muß sowohl im Hinblick auf die Klientele als auch die zuweisenden Behörden und Institutionen kalkuliert werden.
Ohne adäquate ambulante Infrastruktur lag der eigentliche Bedarf tatsächlich oft höher als von den betroffenen Einrichtungen vorab eingeschätzt. Es meldeten selbst Einrichtungen mit einer relativ gut organisierten

ambulanten Versorgung über die psychiatrische Institutsambulanz Ausstände. Und zumindest zu den deutschen Einrichtungen hatte sich verdeutlicht, daß die deklarierten Ambulanzpatienten in den meisten Fällen aus einer deutlich größeren Gruppe potentiell Bedürftiger selegiert worden waren.
Bislang verdeutlichte sich, daß nach Installation und Etablierung einer optimierten Versorgungsstruktur Anfragen und der Bestand an Interessenten sehr bald über dem anfänglichen Bedarf der Ambulanzen lag. Andernteils fand sich unter ausreichender Versorgung Hinweis auf eine reale Sättigungsgrenze. Ein Sättigungspunkt bei abgedeckter Versorgungslage konnte über jahrelange Entwicklungen hinweg nur im Falle einer etablierten institutionalisierten forensischen Ambulanz *(Haina)* beobachtet werden. Vielmehr zeigte es sich, daß externe Einflußgrößen wie Gesetzesänderungen, rigidere formale Vorgaben, ungeklärte Kostenübernahmen und dadurch bedingte oder veränderte Strukturvorgaben den eigentlichen Bedarf solcher Behandlungs- und Versorgungsstrukturen verschleiern können, respektive einer Realisierung dazu im Wege stehen. So folgten bspw. der Gesetzesänderung *Januar 1998* rigidere Entlaßvorgaben mit zudem oft vermehrten Einweisungen und dem vielerorts damit einhergehenden beobachteten Entlaßstau. Solche problematischen Konstellationen bestanden so längerzeitig und vielerorts auch noch in den neuen Bundesländern mit, unter den Bedingungen zum Befragungszeitraum, nur wenig entlassenen und in nächster Zeit zu entlassenden Patienten.
Im Verlauf der Erhebungen war es möglich gewesen, offizielle Ambulanzprojekte in deren Entwicklungen zu verfolgen. Diese gut versorgten Einrichtungen hatten bei der Ersterhebung noch einen bis zum 200 % höheren, Bedarf an potentiellen Ambulanzpatienten benannt als sie versorgten. In Einrichtungen, die ihr Konzept halten und entwickeln konnten, war nach dem ersten Jahr des Bestehens die Anzahl der Patienten gut um das Doppelte gewachsen und bei regionaler und überregionaler Etablierung einer solchen Einrichtung mit nach weiteren zwei Jahren eine erneuten Verdoppelung. Mit einer solchen Entwicklung einhergehend und um eine bessere flächendeckende Versorgung der Einzugsregion zu gewährleisten, ergab sich in zwei Fällen eine regionalspezifische Aufteilung der ambulanten Versorgung. Dies, ambulanten Versorgung mit forensischen Expertenleistungen erfolgte entweder, wie bei einer Forensischen Institutsambulanz, über deren regionale Zweiteilung oder über die, von den gemeindenahen Modellprojekten implementierten Strukturen und Leistungen durch Ausbau der Funktionen einer mobilen Ambulanz bzw. anderer Leistungen sowie bei über Sektorisierungen erschlossenen Regionen mittels kleiner Dependancen.
Vor dem hintergründigen Fundus an Erfahrungswissen sprachen neben begründeten, allgemeinen wie spezifischen und dabei v. a. versorgungsorientierten, klinisch behandlungsbezogenen Argumenten auch sozial- und strukturpolitische, strukturelle und ökonomische Überlegungen (wie eine zu lange stationäre Verweildauer infolge defizitärer ambulanter Versorgungsstrukturen) für die Etablierung fundierter indikationsgeleiteter, differenzierter ambulanter Therapie- und Nachsorgeprogramme und deren Einbindung in eine geplante und geregelte Rehabilitations- und Entlassungsplanung. Der Wirkung der Ambulanzarbeit wurden explizit ein wirtschaftlicher Nutzen und eine sinnvolle Kosten-Nutzen-Relation zugeschrieben. Investitionen relativieren sich gegenüber den Vorteilen. Dabei geht es auch um die Verhinderung gesamtwirtschaftlicher und v. a. materiell nicht zu beziffernder Schäden. Allein ein abgewendetes schweres Gewalt-Delikt wiegt Investitionen jeglicher Art auf. Positive Erfahrungen der ambulanten Versorger zum Nutzen einer Nachsorge belegten weiterhin folgende Punkte:
Eine adäquate ambulante Betreuung bietet den entsprechenden Kontext für indizierte Behandlungserfordernisse und rechtlich vorgeschriebene Erprobungen im alltagsbezogenen Rahmen. Sie vermitteln über Alltagserprobungen wertvolles diagnostisches Wissen zu Strategien und Zustandsbemessungen vom Patienten, verbessern die Qualität seiner Versorgung und wirken, die Einhaltung von Qualitätsvorgaben vorausgesetzt, über eine professional begleitete Entlassung in einem kontrollierten Rahmen risikomindernd und anteilig auch kontrollierend. Der ambulante versorgungstechnische Zugang eröffnet ein deutlich verbessertes Wissen um den einzelnen Patienten im Hinblick auf seine Fähigkeiten, sich im Alltag zu bewegen, unter alltagsspezifischen Belastungen, zu individuellen Vulnerabilitäten, Defiziten, seinen Fähigkeiten und seiner therapeutischen Erreichbarkeit. Die nachsorgende Betreuung entlassener MRVZ-Patienten kann durch gezielte Bemühungen über Erschließen und Einbezug regionaler Ressourcen erheblich verbessert werden. Unter dem Einsatz der Ambulanzen ergaben sich deutliche Verbesserungen in der Bereitschaft von Einrichtungen der psychosozialen Nachsorgekette, sich der MRVZ-Klientele anzunehmen. Der stationäre Sektor wird dadurch entlastet, oftmals die Dauer der stationären Unterbringung verkürzt und Wiedereinweisungen und Widerrufsfälle verhindert: Solche Strukturen wirken präventiv, sozial und legalprognostisch günstig. Über ambulante Versorgung und Behandlung ist eine höhere Lebensqualität und damit –zufriedenheit für den Patienten erreichbar. Mit derartig veränderten Lebensbezügen einhergehen verbesserte legalprognostische Perspektiven mit stabileren präventiven Bezügen. Übergreifend beschrieben wurde die quantitative und qualitative Reduktion von Rückfällen in Schwere und Ausmaß nach durchlaufenen Therapieprogrammen.

27.14 Initiierte Bewußtseinsprozesse zum Behandlungsgedanken versus rigide Verwahrungstendenzen

Disziplinen- und professionenübergreifend war in den letzten Jahren zur Fachöffentlichkeit ein sensibilisiertes Bewußtsein zu beobachten um die Erfordernis zur Installation nachsorgender, nichtstationärer Versorgung und Therapie und unterstützt von den, auch aussichtsreichen, Ergebnissen der Evaluationsforschung zur Straftäterbehandlung, eine wachsende Einsicht um die Erfordernis solch einer Form der Behandlung.

Drei Viertel (83 %) der in die initiale deutsche Erhebung eingebundenen Einrichtungen hatten bereits eine ambulante Nachsorge als dringendes Erfordernis betrachtet.
Allerdings war parallel dazu verstärkt und auch zunehmend mediengestützt, die Entwicklung eines schwerpunktmäßig auf Aspekte der öffentlichen Sicherheit und Verwahrung ausgerichteten und darüber zunehmend problematischen, rigiditierten öffentlichen Meinungsbildes zu beobachten, das in seinen radikalen Ausformungen respektive in seiner Totalität aus fachlicher Sicht nicht zu rechtfertigen ist. Vielmehr zu fordern ist eine ausgewogene und differenzierte Zugangsweise und Integration klinisch therapeutischer und sicherheitsgeleiteter Gesichtspunkte in Abwägung zum jeweiligen Einzelfall. Wie gerade auch die Ergebnisse der hier vorgestellten Untersuchungen bezeugen, impliziert gerade erst eine adäquate Nachsorge und ambulante professionale Begleitung für wieder einzugliedernde Patienten wesentliche präventive und damit auch sicherheitsdeterminierende Aspekte und Möglichkeiten. Unabdingbare Erprobungen zur Ableistung der Behandlungsziele im nichtstationären Kontext sind sicherer, wenn sie alltagsbezogen, realitätsgerecht und unter professionalen kontrollierten Bedingungen erfolgen. Ein solch abgeklärter Zugang zur Thematik ist im öffentlichen Verständnis derzeit noch wenig etabliert und müßte verstärkt über gezielte Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit angegangen werden.

28 Literatur

Abel, G. G., Mittelmann, M.S. & Becker, J.v. (1985):
Sexual Offenders: Results of Assessment and Recommendations for the Treatment. In: *M.H. Ben-Aron, Hucker S.J., C.D. Webster (eds.)*: Clinical Criminology: The Assessment and Treatment of Criminal Behavior. Clarke Institute of Psychiatry: Toronto.
Albrecht, P.-A. (1978):
Aspekte des Maßregelvollzugs im psychiatrischen Krankenhaus, Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform: 104.
Allness, D.J., Knoedler, W.H. & Test, M.A. (1985):
The dissemination and impact of a model program in process. In: *L. Stein & M.A. Test (eds.):* The training in community living model: A decade of experience. Jossey-Bass, San Francisco: 41-48.
Andrews, D. (1995):
The psychology of criminal conduct and effective treatment, In: *McGuire, J. (Hrsg.):* What works: Reducing Reoffending. Guidelines from Research and Practice. Wiley, Chichester, chapt.2: 35-62.
Andrews D.A. & Bonta J. (1994):
The Psychology of Criminal Conduct. Anderson, Cincinnati.
Andrews, D. A. & Bonta, J. (1998):
The Psychology of Criminal Conduct. Anderson, Cincinnati.
Andrews, D.A., Bonta, J., Hodge, R.D. (1990a):
Classification for effective rehabilitation: Rediscovering psychology. Criminal Justice and Behavior, 17: 19-52.
Andrews, D.A., Zinger, I., Hodge, R.D., Bonta, J., Gendreau, P., Cullen, F.T. (1990b):
Does correctional treatment work? A clinically-relevant and psychologically-informed meta-analysis. Criminology, 28: 369-404.
Annis H. (1986):
A relapse prevention model for treatment of alcoholics. In: *W. Miller & N. Heather (Eds.):* Treating addictive behaviors, Plenum, New York: 407-435.
Antonowicz, D. & Ross, R.R. (1994):
Essential components of successful rehabilitation programs for offenders. International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 38: 97-104.
Athen, D. (1985):
Zur gegenwärtigen Situation der Behandlung psychisch kranker Rechtsbrecher. Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform, 68: 34-42.
Athen, D. (1989):
Möglichkeiten und Grenzen der Behandlung von Alkoholkranken im Maßregelvollzug. Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform: 115.
Augstein, J. (1996):
Nicht Rache, sondern Pflege, Süddeutsche Zeitung Nr.242, 19.10.1996.
Averbeck, M. & Lösel, F. (1994):
Subjektive Theorien über Jugendkriminalität. In: *M. Steller, K.-P. Dahle & M. Basqué (Hrsg.):* Straftäterbehandlung. Centaurus: Pfaffenweiler: 213-226.
Babatz, H., Bischof, H.-L., Böcker, F., Fried, S., Gabriel, Th., Heinz, G., Horstkotte, H., Kammeier, H., Klütsch, A., Kukla, R., Pittrich, W., Rasch, W., Schott, M., Schumann, V., Schreiber, H.-L., Stumme, W., Tondorf, G., Trampe, W., Volckart, B., Wille, R. (1985): Thesen zur Behandlung und Rehabilitation psychisch Kranker im Maßregelvollzug (Ergebnisse eines forensisch-psychatrischen Expertengespräches am 10.12.1984 auf Einladung des Landschaftsverbandes Westfalen Lippe in Bad Waldliesborn / Lippstadt). Strafverteidiger: 478-479.
Bailey (1966):
Correctional outcome: An evaluation of 100 reports. Journal of Criminal Law, Criminology and Police Science, 57: 153-160.
Bailey, J. & Mac Culloch, M.J. (1992a):
Characteristics of 112 cases discharged directly to the community from a new Special Hospital and some comparisons of performance. Journal of Forensic Psychiatry, 3: 91-112.
Bailey, J. & Mac Culloch, M.J. (1992b):
Patterns of reoffending in patients discharged directly to the community from a Special Hospital: Implications for aftercare. Journal of Forensic Psychiatry, 3: 445-461.
Ballard, K.B. & Gottfredson, D. (1963):
Predictive attribute analysis and prediction of parole performance. Institute for study of Crime and Delinquency.
Banzer, K. (1995a):
Ambulante Therapie forensischer Patienten: Bedarfslage, aktuelle Strukturen und bisherige Erfahrungen. Kolloquiumsvortrag am 04.01.1995 im niedersächsischen LKH Moringen.
Banzer, K. (1995b):
Universität München, Fakultätskolloquium der psychologischen und pädagogischen Fakultäten: „Ambulante Therapie mit psychisch kranken Straftätern" - Vorstellung der Klientele, Besonderheiten, methodische Zugangsweisen, therapeutische Konzepte.
Banzer, K. (1996a):
Structures and Requirements, Psychotherapeutic Concepts, Experiences and Potentials of Outpatient Therapy of Mentally Ill Law Offenders in Germany. Symposiumsvortrag 04.07.1996, First Congress of the World Council for Psychotherapy (WCP), Wien.

Banzer, K. (1996b):
Standard Principles of Outpatient Treatment of Mentally Ill Law Offenders with Special Emphasis on Outpatient Psychotherapy. Congress, European Association of Psychology and Law. 27.-31.08.1996, Siena.
Banzer, K. (1997):
Alternative, nichtstationäre Behandlungsmodi psychisch kranker Straftäter in Deutschland. BDP Kongress Würzburg 1997.
Banzer, K. (1998):
Basic Principles of Outpatient Psychotherapy of Mentally Ill Law Offenders - Standards Based on a Comprehensive Survey. International Association of Psychology and Law. San Franscico, August 1998.
Banzer, K. (1999):
A differentiated approach to adequate ways of successful management in treatment of mentally ill offenders (MIOs) - How to realize the possibilities and to cope with the inherent problems and difficulties`. Symposiumsvortrag, Kongress European Association of Psychology and Law. 04.-08.07.1999, Dublin.
Banzer, K. (1999):
21. April 1999: Bestellung als Expertin zur Thematik der ambulanten Therapie psychisch kranker Straftäter zum Expertenhearing zur Novellierung eines MRVG des Bundeslandes NRW.
Banzer, K. (1999):
Expertenhearing anläßlich der Novellierung eines MRVG eines Bundeslandes und der Ladung als beratende Expertin bei den angebundenen involvierten Ministerien. Juli 1999.
Banzer, K. (2001):
Modelle ambulanter oder teilstationäre Behandlung für psychisch kranke Rechtsbrecher .
Expertentreffen ´Interessierte ambulanter forensicher Nachsorge`, Lippstadt Eickelborn 06.03.2001.
Banzer, K. & Nedopil, N. (1993):
Institutionalized Outpatient Treatment of Mentally Ill Offenders in Germany. First Results from a Survey (13.10.1993). Regional Conference of the International Academy of Law and Mental Health on ´Treatment of Forensic Patients`, 13.-15.10.1993, Klinikum Großhadern München.
Banzer K. & Nedopil N. (1994):
Institutionalized Outpatient Treatment of Mentally ill Offenders in Germany: Current Status. Congress, European Association of Psychology and Law, Symposiumsvortrag, Barcelona.
Banzer, K. & Nedopil, N. (1994):
Ambulante Therapie forensischer Patienten in Deutschland. Bedarfslage, aktuelle Strukturen, bisherige Erfahrungen. AGFP-Tagung, München, 21.10.1994.
Borduin, C.M., Mann, B.J., Cone, L.T., Hengeller, S.W. (1995):
Multisystematic treatment of serious juvenile offenders: long-term prevention of criminality and violence. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63: 569-578.
Bargfrede, H. (1994):
Rehabilitation und Nachsorge im Maßregelvollzug - Deckung von Nachsorgebedarf durch Orientierung auf vorhandene Ressourcen. Kolloquiumsvortrag vom 06.12.1994 am IfFP Berlin.
Bargfrede, H. & Horstbrink, H. (1995):
Enthospitalisierung gemäß § 63 StGB langzeituntergebrachter Patienten im Westfälischen Zentrum für Forensische Psychiatrie, Recht & Psychiatrie, 2: 55-62.
Bargfrede, H. (1999):
Enthospitalisierung forensisch-psychiatrischer Langzeitpatienten. Dehospitalization of long-term forensic-psychiatric patients. Psychiatrie-Verlag, Bonn.
Basqué M., Sprenger, B. & Konrad, D. (1993):
Ambulante Therapie mit Delinquenten - Die Ausnahme ist die Regel. In: *N. Leygraf, R. Volbert, H. Horstkotte & S. Fried (Hrsg.)*: Die Sprache des Verbrechens - Wege zu einer klinischen Kriminologie. Festschrift für Wilfried Rasch zur Emeritierung. Kohlhammer, Stuttgart: 185-193.
Baumann, U. (1988):
Klinisch-psychologische Diagnostik. Zeitschrift für differentielle und diagnostische Psychologie, 9: 215-222.
Baumann, U. (1996):
Wissenschaftliche Psychotherapie auf der Basis der wissenschaftlichen Psychologie. Report Psychologie, 21 (9): 686-699.
Baumann, U. & M. Perrez (Hrsg.) (1990):
Lehrbuch der Klinischen Psychologie, Bd 1: Grundlagen, Diagnostik, Ätiologie, Bern.
Baumann, U. & Reinecker-Hecht, Ch. (1990):
Klinische Diagnostik: Allgemeine Grundlagen. In: *U. Baumann & M. Perrez (Hrsg.),* Lehrbuch der Klinischen Psychologie (Bd.1: Grundlagen, Diagnostik, Ätiologie). Bern.
Baumann, U. & Reinecker-Hecht, Ch. (1991):
Methodik der klinisch-psychologischen Interventionsforschung. In: *M. Perrez & U. Baumann (Hrsg.),* Lehrbuch klinischer Psychologie, Bern: Huber, Bd.2: 64-78.
Baumann, U., Seidenstücker, G. & Köhnken, G. (1978):
Entwicklung und empirische Analyse eines Beurteilungsrasters für indikationsorientierte Psychotherapiestudien DFG-Bericht, Kiel.
Baumann, U., Fähndrich, E., Stieglitz, R.D. & Woggon, B. (Hrsg.) (1990):
Veränderungsmessung in Psychiatrie und Klinischer Psychologie. Theoretische, methodische und empirische Beiträge München.
Baur, F.R. (1990a):
Probleme der unbefristeten Unterbringung und der Entlassungsprognose bei psychisch kranken Straftätern (§ 63 StGB), MDR, 44: 473-485.

Baur, F.R. (1990b):
Anmerkung zu OLG Nürnberg, Beschluß vom 23.06.1989 -WS 675/89- Neue Zeitschrift für Strafrecht 1990: 254.
Beier, K.M. & G. Hinrichs (1995):
Psychotherapie mit Straffälligen. Standorte und Thesen zum Verhältnis Patient-Therapeut-Justiz, Stuttgart.
Beier K. M. & G. Hinrichs G. (1996):
Die Sankelmarker Thesen zur Psychotherapie mit Straffälligen. Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform, 79: 25-37.
van den Bergh, W.M., Courth-van der Plaats, L., Niemantsverdriet Jan, R. (1983):
Die Behandlung psychisch gestörter Straftäter in der van-der-Hoeven-Klinik in Utrecht. In: *R. Driebold (Hrsg.)*: Strafvollzug. Erfahrungen, Modelle, Alternativen. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen: 153-165.
van den Bergh, W. & Baars, H. (1989):
Forensische Psychiatrie in West-Berlin, Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe (ZfStrVo). 5: 298-301.
Berner, W. & Karlick-Bolten, E. (1986):
Verlaufsformen der Sexualkriminalität. Kriminologie, 23: 67-183.
Berner, W. & Knecht, G. (1993):
Erfahrungsbericht aus einer forensischen Nachbetreuungsambulanz (FRANZ), SUB 2/ 93, 15.Jg, 2; Verein für Bewährungshilfe und soziale Arbeit, 47-51.
Biermann-Ratjen, E., Eckert, J., Schwartz, H.J. (1979):
Gesprächspsychotherapie- Verändern durch Verstehen. Kohlhammer, Stuttgart.
Bischof, H. L. (1985):
Behandlungsdauer strafrechtlich Untergebrachter im psychiatrischen Krankenhaus. Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform, 68: 29-34.
Bischof, H. L. (1987):
Zum weiteren Verbleib strafrechtlich Untergebrachter im psychiatrischen Krankenhaus nach Aussetzung des Maßregelvollzuges. Forensia, 8: 103-113.
Bischof, H.L. (1988):
Zur Typologie des psychisch kranken / gestörten Rückfalltäters, Forensia, 9: 89-103.
Black, D.A. (1982):
A 5-year follow-up study of male patients discharged from Broadmoor Hospital. In: *J. Gunn & D.P. Farrington (eds.):* Abnormal Offenders, Delinquency, and the Criminal Justice System. Wiley, Chichester.
Blackburn, R. (1980):
Still not working? A look at some recent outcomes in offender rehabilitation. Paper presented to the Scottish Branch of the British Psychiological Society, Conference on Deviance, University of Stirling, UK, February 1980.
Blackburn, R. (1993)
The Psychology of Criminal Conduct. John Wiley & Sons: Chichester.
Blanck R. & Blanck G. (1977):
The transference object and the real object. International Journal of Psychoanalysis. Vol.58(1): 33-44.
Blanck G. & Blanck R. (1988):
The contribution of ego psychology to understanding the process of termination in psychoanalysis and psychotherapy. Journal of American Psychoanalytic Association, 36 (4): 961-984.
Blau, G. & H. Kammeier (Hrsg.) (1984):
Straftäter in der Psychiatrie. Situation und Tendenzen des Maßregelvollzugs. Enke: Stuttgart.
Bloom, J.D. & Williams, M.H. (1994):
Management and Treatment of Insanity Acquittees: A model for the 1990's. Washington DC: American Psychiatric Press.
Bloom, J.D., Williams, M.H. & Bigelow, D.A. (1991):
Monitored conditional release of persons found not guilty by reasons of insanity. American Journal of Psychiatry, Apr. Vol.148 (4): 444-448.
Bluglass, R. (1993):
Maintaining the treatment of mentally-ill people in the community, British Medical Journal. Vol. 306: 159-160.
Bluglass, R. & Bowden, P. (1994):
Principles and Practice of Forensic Psychiatry. Churchill Livingstone: Mellbourn, New York.
Bock, M. (1990):
Lebensführung und Straffälligkeit. In: *H.-J. Kerner & G. Kaiser (Hrsg.):* Kriminalität-Persönlichkeit Lebensgeschichte und Verhalten. Festschrift für H. Göppinger. Springer, Berlin: 15-26.
Bock, Th. & Weigand, H. (Hrsg.) (1991):
Hand-werks-buch Psychiatrie.
Böker, W. & Häfner, H. (1973):
Gewalttaten Geistesgestörter. Springer, Berlin
Böllinger L. (1996):
Externe Psychotherapie mit Sexualstraftätern im Maßregelvollzug - ein persönliches institutionelles und methodologisches Konfliktfeld. Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform, 79: 75-96.
Boetticher, A. (1991):
Zu den Schwierigkeiten der Handhabung der Vorschriften über die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt nach §64 StGB StV 1991: 75.
Borduin, C.M., Mann, B.J., Cone, L.T., Hengeller, S.W. (1995):
Multisystematic treatment of serious juvenile offenders: long-term prevention of criminality and violence. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63: 569-578.
Bommert H. & Schmidtchen S. (Hrsg.) (1982):
Verhaltensmodifikation. Stuttgart.

Bonta, J., Law, M., Hanson, K. (1998):
The prediction of criminal and violent recidivism amongst mentally disordered offenders: A meta-analysis. Psychological Bulletin, 123, 123-142.
Bortz, J. (1979):
Lehrbuch der Statistik für Sozialwissenschaftler, Berlin.
Boyan, N. & Roth, P.M. (1989):
Ambulante Nachbetreuung forensisch-psychiatrischer Patienten. Sozialpsychiatrische Informationen, 4: 19-22.
Braa, L. & Cremer, U. (1986):
„Die Wohngemeinschaft für forensische Patienten in Bremen". In: *K.-E. Brill (Hrsg.):* Psychiatrie-Jahrbuch II. Neue Wege in der psychiatrischen Versorgung. Therapeutische Wohngemeinschaften, München: 160 ff. .
Brill, K.-E. (Hrsg.) (1986):
Psychiatrie-Jahrbuch II. Neue Wege in der psychiatrischen Versorgung - Therapeutische Wohngemeinschaften, München.
Briggs, D.J. (1996):
Assessment of sexual offenders. *In M. McMurran & Hodge (Eds.)*: The Assessment of Criminal Behaviours of Clients in Secure Settings, Jessica Kingsley: London: 53-64.
Broda, M., Dahlbender, R.W., Schmidt, J., von Rad, M., Schors, R. (1993):
DKPM- Basisdokumentation: Eine einheitliche Basisdokumentation für die stationäre Psychosomatik und Psychotherapie. Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie, 43: 214-223.
Brosch, W. & Guggin, M. (1993):
Verurteilt zur Psychotherapie. Psychiatrische Praxis, 20: 176-180.
Bundeskriminalamt der Bundesrepublik Deutschland (1990):
Polizeiliche Kriminalstatistik 1989, Kriminalistisches Institut, Wiesbaden.
Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (Hrsg.) (1988):
Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform, der Versorgung im psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogrammes Psychiatrie der Bundesregierung, Bonn.
Bundestag, Deutscher (1975):
Bericht über die Lage der Psychiatrie in der BRD: Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch / psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung (Psychiatrie-Enquête vom 25.11.75), BT-Drs. 7/ 4200.
Burgees, E.W. (1928):
Factor determing successor failure on parole. Journal Crim. Law and Criminol., 19: 241.
Burghardt A. & Rasch W. (1985):
Ausgrenzung des psychisch kranken Straftäters in Sonderkliniken - Ende des Abschiebespiels? Psychiatrische Praxis 12: 73-77, Georg Thieme-Verlag, Stuttgart.
Bursten, B. (1986):
Posthospital mandatory outpatient treatment. American Journal of Psychiatry, 143 (10): 1255-1258.
Cavanaugh, J. & Wasyliv, O. (1985):
Adjustment of the not guilty by reason of insanity *(NGRI)* outpatient: An initial report. Journal of Forensic Sciences, 30: 24-30
Chadwick, P.D.J. & Lowe, F. (1990):
The measurement and modification of delusional beliefs. Research report. Department of Psychology, University of North Wales.
Copas, J. (1998):
The Offender Group Reconviction Scale: A statistical reconviction score for use by probation officers. Applied Statistics, 47.
Cook, T.D. & Campbell, D.T. (1979):
Quasi-experimentation. Design and analysis issues for field settings. Rand-McNally: Chicago.
Cook, D.A.G., Fox, C.A., Weaver, C.M. & Rooth, F.G. (1991):
The Berkeley group: Ten years' experience of a group of non-violent sex offenders. British Journal of Psychiatry, 158: 238-243.
Cooke, D.J. (1991):
Treatment as an alternative to prosecution: Offenders diverted for treatment. British Journal of Psychiatry, 158: 758-791
Cooke, D.J. (1995):
Diversion from Prosecution: A Scottish Experience. In: *J. McGuire (ed.):* What Works: Reducing Reoffending. Guidelines from Research and Practice. Wiley, Chichester, chapt. 9: 171-192.
Cook, D.J. & Michie, C. (1997):
An item response theory analysis of the hare psychopathy checklist – Revised. Psychological-Assessment. 9 (1): 3-14
Cook, D.J. & Michie, C. (2001):
Refining the construct of psychopathy: Towards a hierarchical model. Psychological-Assessment.; 13 (2): 171-188
Cooper, H. & Hedges, L. V. (Eds) (1994):
Handbook of Research Synthesis. Russell Sage Foundation: New York.
Coté, G. & Hodgins, S. (1990):
Co-occuring mental disorder among criminal offenders. Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law, 18 (3): 271-281.
Cullen E., Jones, L. & Wooodward, R. (Eds.) (1997):
Therapeutic communities for offenders. Wiley, Chichester.
Dahle, K.P. (1994):
Probleme bei der Behandlung von Delinquenten. Einführung. In: *M. Steller, K.-P. Dahle & M. Basqué (Hrsg.)*: Straftäterbehandlung. Centaurus, Pfaffenweiler: 175-185.

Dahle, K.P. (1995):
Therapiemotivation hinter Gittern. S. Roderer Verlag. Regensburg:
Dahle, K.P. (1996):
Zur Versorgung forensisch psychiatrischer Patienten in den neuen Bundesländern - Bestandsaufnahme und Empfehlungen. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Nomos, Baden Baden.
Dahle, K.P. & Egg, R. (1996):
Der (Wieder-) Aufbau des Maßregelvollzuges in den neuen Bundesländern. Planung, Entwicklung und aktueller Sachstand; Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform, 79: 253-266.
Davanloo, H. (1990):
Unlocking the Unconscious. Wiley, New York.
Dell, S. (1980):
Transfer of Special Hospital patients to the NHS. British Journal of Psychiatry, 136: 222-234.
Dell, S. & Robertson, G. (1988):
Sentenced to hospital. Offenders in Broadmoor. Oxford University Press.
Derks, F.C.H. (1993):
Outpatient treatment of (sexual) offenders. Regional Conference of the International Academy of Law and Mental Health on „Treatment of Forensic Patients“, Klinikum Großhadern München 13.-16.10.1993.
Derks, F.C.H. (1996):
A forensic day treatment program for personality-disordered criminal offenders: reoffense rates. Vortrag: Second European Congress on Personality Disorders, Mailand, 26.-29. 06.1996. (u. a. incl. up-date erster Ergebnisse veröffentlicht unter: A Forensic Day Treatment Program for Personality-Disordered Criminal Offenders. International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 40 (2): 123-134).
Derks, F.C.H. (1997):
Vijf Jaar Forensische Dagbehandeling: Behandelresultaten van de Waag. Vorlesung Jubileumcongress De Waag, Utrecht *(Nl)*.
Dessecker, A. (1996):
Suchtbehandlung als strafrechtliche Sanktion. Eine empirische Untersuchung zur Anordnung und Vollstreckung der Maßregel nach §64 StGB. Eigenverlag Kriminologische Zentralstelle e. V.: Wiesbaden.
Dietz, P.E. (1985):
Hypotheoretical criteria for the prediction of individual criminality. In: *Webster, C.D., M.H. Ben-Aron & S.J. Hucker (Hrsg.),* Dangerousness, Cambridge University Press, Cambridge, London: 87-102.
Dimmek, B. & Bargfrede, H. (1992):
Rehabilitation und Sorge danach. In: *W.M. van den Bergh (Hrsg.)*: Im Zentrum: Maßregelvollzug - Entwicklungen in der Forensischen Psychiatrie. Festschrift für Vera Schumann. Lippstadt, 91-109.
Dimmek, B. & Bargfrede, H. (1996/ 97):
Ambulante Nachsorge für forensisch-psychiatrische Patienten im Rahmen der Beurlaubung oder Entlassung auf Bewährung - Bericht 1989-1993, Schriftenreihe des BMG.
Dimmek, B. & Duncker, H. (1996):
Zur Rückfallgefährdung durch Patienten des Maßregelvollzugs. Recht & Psychiatrie, 14: 50-56.
Dincin, J. & Witheridge, T.F. (1982):
Psychiatric rehabilitation as a deterrent to recidivism. Hospital and Community Psychiatry, 33: 645-650.
Dittmann, V. & Stieglitz, R.D. (1993):
Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen. In: *R.D. Stieglitz & U. Baumann (Hrsg.):* Psychodiagnostik psychischer Störungen. Enke, Stuttgart: 230-244.
Draine, J. & Solomon, Ph. (1992):
Comparison of seriously mentally ill case management clients with and without arrest histories. The Journal of Psychiatry und Law, 335-349.
Dünkel, F. (1980):
Legalbewährung nach sozialtherapeutischer Behandlung. Eine empirische vergleichende Untersuchung anhand der Strafregisterauszüge von 1503 in den Jahren 1971-1974 entlassenen Strafgefangenen in Berlin-Tegel. Duncker & Humblot, Berlin.
Dünkel, F. & Geng, B. (1991):
Zur Rückfälligkeit von Karrieretätern nach unterschiedlichen Strafvollzugs- und Entlassungsformen. Forschungsbericht. Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Strafrecht, Freiburg i. Br. .
Durlak J. A. & Lipsey, M. W. (1991):
A practitioner’s guide to meta-analysis. American Journal of Community Psychology. 19, 291-333.
Dwyer, S.M. & Myers, S. (1990):
Sex offender treatment: A six-month to ten-year follow-up study. Annals of Sex Research, 3: 305-318.
Eberhard G.A., Erdmann, W., Link, E. (1988):
Hilfen und Schutzmaßnahmen im Maßregelvollzug bei psychischen Krankheiten in Nordrhein-Westfalen, 3. Aufl..
Eckert J., Biermann-Ratjen, E.-M., Blonski, D., Peters, W. (1979):
Predicting the effects of psychotherapy from an intake interview. Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie, Vol.27 (1): 22-29.
Egg, R. (1979):
Sozialtherapie und Strafvollzug. Eine empirische Vergleichsstudie zur Evaluation sozialtherapeutischer Maßnahmen. Frankfurt / M. .
Egg, R. (1982):
Sozialtherapeutische Anstalten im Justizvollzug. Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform, 65 (1): 38-41.
Egg, R. (1984):
Straffälligkeit und Sozialtherapie. Köln.

Egg, R. (1988):
Therapie und Strafe. Suchtgefahren, 34: 510-514.
Egg, R. (1990):
Sozialtherapeutische Behandlung und Rückfälligkeit im längerfristigen Vergleich. Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform, 73: 358-368.
Egg, R. (1992):
Die Entwicklung des Behandlungsgedankens im Strafvollzug der BRD von 1949 bis heute. In: *H. Kury (Hrsg.)*: Gesellschaftliche Umwälzungen, Kriminalitätserfahrungen, Straffälligkeit und soziale Kontrolle: 485-495, Freiburg, Max Planck Institut für ausländisches und internationales Strafrecht.
Egg, R. (1993):
Kriminalpsychologie - Entwicklung, Problembereiche, Perspektiven. Psychologische Rundschau (Sonderdruck), 44: 162-175.
Egg, R. (Hrsg.) (1996):
Aufbau des Maßregelvollzuges in den neuen Bundesländern. Schriftenreihe der kriminologischen Zentralstelle, Bd.18, Kriminologische Zentralstelle Wiesbaden Eigenverlag.
Eickmann, F. (1984):
Psychologisch-pädagogische Behandlungskonzepte bei psychisch kranken Straftätern. In: *G. Blau, H. Kammeier (Hrsg.):* Straftäter in der Psychiatrie. Situation und Tendenzen des Maßregelvollzuges. Stuttgart: 56-76.
Eisenmann, R. (1991):
Assessment and Treatment of the Psychotic Prisoner. Corrective and Social psychiatry and Journal of Behavior Technology, Methods and Therapy, Vol.37, No.2: 18-20.
Emmerik van, J. L. (1989):
TBS en recidive: Een beschrijving van ter beschikking gestelden van wie de maatregel is beeindigd in de periode 1979-1983. Arnhem: Gouda Quint.
Engelhardt, D., von (1977):
Kriminaltherapie in der Freiheit - Erfahrungen und Überlegungen. Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform, 60 (6): 366-375.
Esser, G., Fritz, A. & Schmidt, M.H. (1991):
Diskussion: Die Beurteilung der sittlichen Reife Heranwachsender im Sinne des § 105 JGG - Versuch einer Operationalisierung. Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform, 74, Heft 6.
European Committee on Crime Problems (1995):
Psychosocial interventions in the criminal justice system. Straßbourgh: Council of Europe.
Fabiano, E.A. & Porporino, F. (1992):
Rational rehabilitation. Paper presented at the conference ´What Works`. Salford University, Manchester, UK.
Fabricius, D. (1991):
Mindestanforderungen an eine „´resozialisierende Sozialtherapie`. Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform, 74: (4): 197-209.
Fankhauser, H. (1986):
Wohin mit psychisch kranken Rechtsbrechern? Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform, 69: 130-138.
Farrington, D. P. (1991):
Psychological contributions to the explanation, prevention, and treatment of criminal behavior (Cambridge University, Cambridge, Great Britain, Institute of Criminology), Gruppendynamik, 22 *(2)*: 141-160.
Farrington, D. P. (1992):
Psychological contributions to the explanation, prevention, and treatment of offending. In: *F. Lösel, D. Bender & T. Bliesener (Eds.)*, Psychology and Law: International Perspectives. De Gruyter, Berlin: 35-51.
Feichtinger, L., Laireiter, A., Untner, A., Baumann, U. (1992):
Zum Zusammenhang zwischen Persönlichkeit und sozialem Netzwerk bzw. Netzwerkressourcen. Literaturüberblick und Politstudie. Zeitschrift für Differentielle und diagnostische Psychologie, Dez. Vol.13 (4): 233-257.
Fenell, P. (1992):
Balancing care and control. International Journal of Law and Psychiatry. Vol.15, No.2: 205-235.
Foregger, E. & Serini, E. (1988):
Strafgesetzbuch. Manzsche Verlags- und Universitätsbuchhandlung, Wien.
Foulk, M. (1994)
Basic Forensic Psychiatrie, 2nd Ed., Blackwell, London.
Fowler, D. & Morley, S. (1989):
The cognitive-behavioural treatment of hallucinations and delusions: A preliminary study. Behavioural Psychotherapy. 17: 267-282.
Frey, E. (1951):
Der frühkriminelle Rückfallverbrecher, Basel: Verlag für Recht & Gesellschaft.
Gabbert, T. (1987):
Rehabilitationsergebnisse mit offenem und teilstationärem Maßregelvollzug. Forensia: 81-89.
Gabbert, T. (1994):
Patientenzunahme im Maßregelvollzug: Stellungnahme zur Resolution F der Bundesdirektorenkonferenz vom 10.11.1993, Spektrum 2: 51-54.
Gabriel, U. (1995):
Rehabilitation, In: *H. Kammeier (Hrsg.)*, Maßregelvollzugsrecht. De Gruyter, Berlin, New York: Kap.E, 175-202.
Gaebel, W. (1995):
Qualitätssicherung in der Psychiatrie. Konzept-Methodik-Durchführung. Nervenarzt, 66: 481-493.

Ganter, H.D. (1976):
Die Menschenrechtsbeschwerde in Strafvollzugssachen. In: *H.-D. Schwind & G. Blau (Hrsg.)*: Strafvollzug in der Praxis, 1.Aufl. : 279.
Garfield, S. L. (1996)
Psychotherapy: An Integrative Approach. John Wiley & Sons. NY. New York
Garrett, P. (1985):
Effects of residential treatment of adjudicated delinquents: A meta-analysis. Journal of Research in Crime and Delinquency, 22: 287-308.
Gathercole, C., Craft, M., McDougall, J., Barnes, H. & Peck, D. (1968):
A review of 100 discharges from a Special Hospital. British Journal of Criminology, 8: 419-424.
Gebauer, M. (1993):
Entwicklung und Struktur der strafrechtlichen Unterbringungspraxis - Rahmendaten und erste Ergebnisse aus dem Forschungsprojekt der Kriminologischen Zentralstelle. In: *M. Gebauer & J.M.Jehle (Hrsg.).* Die strafrechtliche Unterbringung in einem psychatrischen Krankenhaus. Kriminologie und Praxis. Schriftenreihe der Kriminologischen Zentralstelle e.V., Bd.13, Kriminologische Zentralstelle, Eigenverlag: Wiesbaden: 27-55.
Gebauer, M. & Jehle, J.M. (Hrsg.) (1993):
Die strafrechtliche Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus. Probleme und Perspektiven. Kriminologie und Praxis. Schriftenreihe der Kriminologischen Zentralstelle e.V., Eigenverlag: Wiesbaden, Bd.13.
Gendreau, P. (1989):
Programs that do not work: a brief comment on Brodeur and Doob. Canadian Journal of Criminology, 31: 193-195.
Gendreau, P. & Ross, R.R. (1979):
Effectiveness of correctional treatment: Bibliotherapy for cynics. Crime and Delinquency, 25: 463-489.
Gendreau, P. & Ross, R.R. (1987):
Revivification of rehabilitation: Evidence from the 1980s. Justice Quaterly, 4: 34-407.
Gendreau, P. & Andrews, D.A. (1990):
Tertiary prevention: What the metaanalyses of the offender treatment literature tell us about ´What works`. Canadian Journal of Criminology, 32: 173-184.
Gendreau, P. & Andrews, D.A. (1991):
Correctional Program Intervention Inventory (CPEI) (2nd ed.). Ottawa: New Brunswick, CAN.
Gendreau P. & Andrews D.A. (1994)
The Correctional Program Assessment Inventory (4nd ed.). Saint John, University of New Brunswick, CAN.
Gendreau, P., Madden, P.G. & Leipciger, M. (1980):
Predicting Recidivism with Social History Information and a Comparison of their Predictive Power with Psychometric Variables.Canadian Journal of Criminology, 22: 328-336.
Gendreau, P., Paparozzi, M., Little, T. & Goddard, M. (1993):
Does ´punishing smarter` work? An assessment of the new generation of alternative sanctions in probation. Forum on Corrections research, 5: 31-34.
Gendreau, P., Cullen, F.T. & Bonta, J. (1994):
Intensive Rehabilitation Supervision: The next generation in community correction? Federal Probation, 58: 72-77.
Gensheimer, C.U., Mayer, J.P., Gottschalk, P. & Davidson II, W.S. (1986):
Diverting youth from the juvenile justice system: A meta-analysis of intervention efficacy. In: *Apter, S.J. & Goldstein, A.(Eds),* Youth Violence: Programs and Prospects, 39-57. Pergamon Press, New York.
Gesetz zur Strukturreform, im Gesundheitswesen - Gesundheitsreformgesetz - GRG (1988):
In: Bundesgesetzblatt Teil1 Nr.62, Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft Bonn.
Giese, U. (1989):
Möglichkeiten und Grenzen der Behandlung im Maßregelvollzug. In: *Beck-Magnagetta, H. Reinhaardt, K. Neuwied (Hrsg.),* Psychiatrische Begutachtung im Strafverfahren. Frankfurt: 315-335.
Giese, U. & Kober, E.-M. (1983):
Ambulante Gruppentherapie mit Sexualdelinquenten. Psychiatrische Praxis, 10: 88-92.
Glatzel, J. (1985):
Forensische Psychiatrie. Enke, Stuttgart.
Glueck, S. & Glueck, E.T. (1950):
Unraveling juvenile delinquency. Harvard University Press, Cambridge.
Goldstein, A.P. & Keller, H. (1987):
Aggressive Behavior: Assessment and Intervention. Pergamon Press, Oxford.
Goldstein, A.P., Glick, B., Reiner, S., Zimmermann, D., Coultry, T.M. & God, D. (1986):
Aggression Replacement Training: A comprehensive intervention for the acting-out delinquent. Journal of Correctional Education, 37: 120-126.
Goldstein, A.P., Glick, B., Irwin, M.J., Pask-McCartney, C. & Rubama, I. (1989):
Reducing Delinquency: Intervention in the Community. Pergamon Press, Oxford.
Goldstein, A.P., Glick, B., Carthan, W. & Blancero, D.A. (1994):
The Prosocial Gang: Implementing Aggression Replacement Training. Sage Publications, Thousand Oaks.
Gottfredson, G.D. (1987):
A theory-ridden approach to program evaluation. A method for stimulating researcher-implementer collaboration. American Psychologist, Vol.39, 10: 1101-1112.
Gottschalk, R., Davidson II, W.S., Gensheimer, L. K. & Mayer, J.P. (1987a):
Community-based interventions. In: H.C. Quay *(Ed.),* Handbook of Juvenile Delinquency, Wiley, New York: 266-289.

Gottschalk, R., Davidson II, W.S., Mayer, J.P. & Gensheimer, L. K. (1987b):
Behavioral approaches with juvenile offenders. A meta-analysis of long-term treatment efficacy. In*: E.K. Morris & C.J. Braukmann (Eds.):* Behavioral approaches to Crime and Delinquency. Plenum Press, New York: 399-423.
Goudsmit, W. (1986):
Delinquenz und Gesellschaft. Göttingen
Goudsmit, W. & Reicher, J.W. (1980):
Sozialtherapie schwerstgestörter Delinquenten auf psychosomatischer Grundlage. In: *Sigusch, V. (Hrsg.)*: Therapie sexueller Störungen (2. neubearbeitete und erweiterte Aufl.). Thieme, Stuttgart: 247-265.
Grawe K. & Braun U. (1994):
Qualitätskontrolle in der Psychotherapiepraxis. Zeitschrift für Klinische Psychologie, Bd.23: 242-267.
Grawe, K., Caspar, F. & Ambühl, H. (1990):
Die Berner Therapievergleichstudie. Zeitschrift für Klinische Psychologie, Bd. XIX, Heft4: 292-350.
Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994):
Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Hogrefe, Verlag für Psychologie, Göttingen.
Gretenkord, L. (1983):
Zur Entwicklung des Maßregelvollzuges (§ 63 StGB) in Hessen. Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform, 66, (6).
Gretenkord, L. (1990):
Zur Prognose von Patienten des Maßregelvollzugs (§ 63 StGB). Unveröffentlichtes Referat 5. Münchner Herbsttagung, 27.10.90.
Gretenkord, L. (1991a):
Der Maßregelvollzug mag zwar keine ´Rechtswohltat` sein, aber ... . Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform, 74, 2: 124-125.
Gretenkord, L. (1992):
Prediction of illegal behaviour of mentally ill offenders. A catamnestic study. In: *J. Casselman, D. Bobon, P. Cosyns et al. (Eds.)*: Law and Mental Health. Historical, Legal, Diagnostic and Therapeutic Aspects. Leuven: International Academy of Law and Mental Health: 209-215.
Gretenkord, L. (1994):
Gewalttaten nach dem Maßregelvollzug (§ 63 StGB): Zur Rückfälligkeit der aus der Klinik für gerichtliche Psychiatrie Haina von 1977-1985 entlassenen Patienten In: *M. Steller, K.-D. Dahle & M. Basqué (Hrsg.):* Straftäterbehandlung, Centaurus, Pfaffenweiler: 75-89.
Gretenkord, L. & Lietz, J. (1983):
Zur Entwicklung des Maßregelvollzugs (§ 63 StGB) in Hessen. Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform. 66: 376-388.
Gretenkord, L. & Müller-Isberner, R. (1991):
Entweichungen aus dem Maßregelvollzug, Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform, 74: 305-315.
Griffin, P.A., Steadman, H.J., Heilbrun, K. (1991):
Designing conditional release systems for insanity acquittees. Special Section: Forensic mental health services. Journal - of - Mental - Health - Administration, Fal. Vol.18 (3): 231-241.
Ground, A., Snowdon,P., & Taylor, P.J. (1993):
Forensic psychiatry in the National Health Service of England and Wales. In*: J. Gunn & P.J. Taylor (Eds.):* Forensic Psychiatry. Butterworth-Heinemann, Oxford: 691-731.
Grubin, D. & Wingate, S. (1996):
Sexual offence recidivism: Prediction versus understanding. Criminal Behavior and Mental Health, 6: 349-359.
Guerra N.G. (1991):
Social Cognitive Factors in the Prevention of Antisocial Behavior. Paper presented at the 11th Biennial Meeting of the International Society for the Study of Behavioral Development, July 1991, Minneapolis M.N..
Gunn J. & P.J. Taylor (Eds.) (1993):
Forensic Psychiatry. Butterworth-Heinemann, Oxford.
Hanack, E. W. (1995)
Zur rechtspolitischen Problematik des § 64 StGB aus strafrechtlicher Sicht. In: Dessecker, A. & Egg, R. *(Hrsg.)*: Die straftrechtliche Unterbringung in einer Entziehungsanstalt. Wiesbaden: Eigenverlag Kriminologische Zentralstelle e.V.: 189-194.
Hanack, G. (1980):
Vermittlung als Alternative zur strafrechtlichen Konfliktregelung. In: Kriminalsoziologische Bibliografie, 7: 5-47.
Hare, R. D. (1991)
The Hare Psychopathy Checklist – Revised. Multi-Health Systems, Niagara Falls, Toronto, Ontario.
Hare, R.D. (1995):
Psychopathy: A clinical construct whose time has come. Criminal Justice and Behavior: 23: 25-54.
Hare, R.D. (1999):
Psychopathy as a risk factor for violence: Psychiatric Quaterly. 70: 181-197.
Hartman L.M. & Cashman, F.E. (1983):
Cognitive-behavioural and psychophamacological treatment of delusional symptoms: A preliminary report. Behavioural Psychotherapy, 11: 50-61.
Hartmann, D.-J., Sullivan, W.-P., Wolk, J.-L. (1993):
Inpatient outcomes in Missouri´s alcohol and drug treatment programs. Journal of Health and Social Policy, Vol.5 *(2)*: 67-76.
Haselbeck, H. (1987):
Ambulante Dienste als Alternative zum psychiatrischen Krankenhaus? Stuttgart.

Hauch, M. et al. *(1984)*:
Ambulante psychotherapeutische Behandlung von Sexualdelinquenten. Recht & Psychiatrie, 4: 178-180.
Hauptmann, W. (1975):
Möglichkeiten und Grenzen individualtherapeutischer Verfahren in der Kriminaltherapie. Forensia, Bd.76, (3).
Hedderman, C. & Sugg, D. (1996):
Does treating sex offenders reducing reoffending? Research findings No.45. London: Home Office Research and Statistics Directorate.
Heilbrun, K. & Griffin, P.A. (1993):
Community based forensic treatment of insanity acquittees. International Journal of Law and Psychiatry. Vol.16: 133-150.
Heilbrun, K. & Griffin, P.A. (1998)
Community-based forensic treatment. In: *R.Wettstein (E.):* Treatment of offenders with mental disorders. Guilford: New York: 168-210.
Heinz, W. (1987):
Neue ambulante Maßnahmen nach dem Jugendgerichtsgesetz. Empirische Bestandsaufnahme und kriminalpolitische Perspektiven. Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform, 70, (3): 130-154.
Heinz, G. & Jöckel, D. (1989):
Möglichkeiten und Grenzen der offenen / halboffenen Behandlung in der forensischen Psychiatrie. Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform, 72, 2: 89-95.
Heinz, G., Keweloh, H. & Schlichting, M. (1996):
25 Jahre offene Maßregelbehandlung in Göttingen - Klinische Erfahrungen und Ergebnisse. Recht & Psychiatrie, 14: 38-44.
Heitmann, J. (1993):
Helfen Wohngruppen psychisch kranken Straftätern, den Einstieg ins gewohnte Lebensumfeld zu finden? Ärztezeitung, 27.1.1993.
Hilbers, M. & Lange, W. (1973):
Abkehr von der Behandlungsideologie? Kriminologisches Journal, 5: 52-59.
Hinrichs, G. (1991):
Psychotherapie mit Gewalttätern im Jugendstrafvollzug. Beschreibung eines Projektes und erste Erfahrungen. Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform, 74, (1): 17-26.
Hinz, S., Kaiser, E. & Mende, M. (1979):
Berliner Kooperationsmodell ambulanter Betreuung Straffälliger. Bewährungshilfe, 4: 313-327.
Hippius, H. & Lauter, H. (Hrsg.) (1976):
Standorte für Psychiatrie. Zum Selbstverständnis einer angefochtenen Wissenschaft. Urban & Schwarzenberg, München.
Höhner, G. (1993):
Verweildauer, Diagnosen und Delikte der § 63-Forensik-Patienten der Rheinischen Landeskliniken. Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform, 76, 2: 83-90.
Hollin, C. R. (1990):
Cognitive-behavioral interventions with young offenders. Pergamon Press, Elmsford, New York.
Hollin, C. R. (1993):
Advances in the psychological treatment of delinquent behaviour. Criminal Behaviour and Mental Health, 3: 142-157.
Hollin, C. R. (1995):
The Meaning and Implications of ´Programme Integrity`. In: *J. McGuire [ed.]:* What Works: Reducing Reoffending. Guidelines from Research and Practice. Wiley, Chichester: chapt.10, part III: 195-208.
Holtus, A. (1991):
Aspekte der Verhältnismäßigkeit der Behandlung in der forensischen Psychiatrie. Frankfurt a. M..
Hood, R. (1967):
Research on the effectiveness of punishments and treatments. In: *European Committee on Crime Problems (Ed.):* Collected Studies in Criminological Research, Strasbourg: Council of Europe, Vol. 1.: 73-113.
Horn, H.- J. (1983):
Der Maßregelvollzug im Spannungsfeld zwischen Besserung und Sicherung. In: Festschrift für Leferenz. Heidelberg, 485 ff. .
Horstkotte, H. (1986):
Strafrechtliche Fragen zur Entlassungspraxis nach §67d Abs.2 StGB, Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform: 332.
Horstkotte, H.(1993):
In: *M. Gebauer & J.M. Jehle (Hrsg.):* Die strafrechtliche Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus. Reihe Kriminologie und Praxis. Schriftenreihe der Kriminologischen Zentralstelle e.V., Bd.13, Wiesbaden: 187-193.
Hudson, W. (1982):
The Clinical Measurement Package: A Fieldwork Manual. Dorsey Press, Illinois.
Illhardt F.J. *(1985)*:
Medizinische Ethik. Ein Arbeitsbuch.
Izzo, R. & Ross, R.R. (1990):
Meta-Analysis of rehabilitation programmes for juvenile delinquents. Criminal Justice and Behavior, 17: 134-142.
Jacobs, S. & Hoyer, J. (1990):
Psychotherapie mit psychisch kranken Delinquenten. GwG-Zeitschrift, 80.
Jehle, J.M. (1993):
Anordnung und Vollstreckung der Maßregel gem. §§ 63, 64 StGB. Fragestellungen und Anlagen eines Forschungsprojektes. In: *M. Gebauer & J.M. Jehle (Hrsg.):* Die strafrechtliche Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus, Kriminologie und Praxis. Schriftenreihe der Kriminologischen Zentralstelle e.V., Wiesbaden, Bd.13: 14-17.

Jockusch, U. (1990):
Therapeutischer Maßregelvollzug - Leistungsfähigkeit und Grenzen. Recht & Psychiatrie, 8 (1): 14-20.
Jockusch, U. *(1991)*:
Diagnostisch-therapeutischer Prozeß und Behandlungsangebot im Maßregelvollzug. Kerbe, 2: 15-18.
Jockusch, U. & Baljer, E.: (1989):
Empfehlungen des Arbeitskreises Maßregelvollzug bei der Bundesdirektorenkonferenz zur Abfassung einer Stellungnahme nach § 67e StGB (unveröff.).
Jockusch, U. & Keller, F. (1993):
Differenzierung und Spezialisierung einer Abteilung des Maßregelvollzugs in der psychiatrischen Klinik-mögliche Auswirkungen auf Behandlungsdauer und strafrechtliche Rückfälligkeit. 15 (Sonderheft). Psychiatrische Praxis. 20: 12-15 .
Jöckel, D. (1992):
Ambulante Behandlung psychisch kranker Rechtsbrecher. - Erste Erfahrungen aus Hessen. Forschritte für Neurologie – Psychiatrie; 60: 123-124.
Jöckel, D. & Müller-Isberner R. (1994):
Entwicklungen im psychiatrischen Maßregelvollzug, Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform, 77 Jg.: 353-359.
Kaiser, G., Dünkel, F. & Ortmann, R. (1982):
Die sozialtherapeutische Anstalt - Das Ende einer Reform? Zeitschrift für Rechtspolitik, 15: 198-207.
Kammeier, H. (1990):
Schöner sichern = sicherer Bessern? Recht & Psychiatrie, 8 (1): 2-13.
Kammeier, H. (1993):
Hessen will seinen Maßregelvollzug wieder voranbringen. Recht & Psychiatrie, 11: 196-199.
Kammeier, H. (Hrsg.) (1995; 2. Aufl in Vorbereitung für März 2002):
Maßregelvollzugsrecht. Kommentar. De Gruyter, Berlin, New York.
Kanfer F., Reinecker H. & Schmelzer D. (1991):
Selbstmanagement-Therapie, Springer, Berlin.
Kaufmann, H. (1971):
Kriminologie I. Entstehungszusammenhänge des Verbrechens, Stuttgart.
Kazdin, A. (1987):
Treatment of antisocial behavior in children: Current status and future directions. Psychological Bulletin, 102: 187-203.
Keller, U. (1969):
Praxis und Erfolg der Unterbringung seelisch gestörter Patienten nach § 42b § 42c StGB. Dissertation, Freiburg.
Kerner, H.-J. (1993):
Ambulante Maßnahmen, In: *G. Kaiser et al. (Hrsg.),* Kleines kriminologisches Wörterbuch, 3. Aufl., 18.
Kerner H.-J. & G. Kaiser (Hrsg.) (1990):
Kriminalität Persönlichkeit Lebensgeschichte und Verhalten. Festschrift für H. Göppinger. Springer: Berlin, Heidelberg, New York.
Kießling U. (1992):
Die verlorene Einheit. Sozialpsychiatrische Informationen, 22: 32-35.
Killias, M. (Ed.) (1992):
Rückfall und Bewährung / Récidive et Réhabilitation. Chur, Ch: Rüegger.
Klassen, D. & O`Connor, W.A. (1988):
Crime, inpatient admissions, and violence among male mental patients. International Journal of Law and Psychiatry. Vol.11 (3): 305-312.
Knahl, A. (1996):
Nachsorge für forensisch-psychiatrische Patienten. *Hrsg.: Bundesministerium für Gesundheit*, Nomos, Baden-Baden.
Knecht, G. (1994):
Der Heroinabhängige in forensisch-psychiatrischer Sicht. Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform, 77: 149-155.
Knecht, G. & Banzer, K. (1998):
Ambulante oder teilstationäre – Therapieangebote für forensische Patienten – Eine sinnvolle Alternative zum Straf- und Maßnahmenvollzug. In: *E. Wagner & W. Werdenich (Hrsg.)* Forensische Psychotherapie. Psychotherapie im Zwangskontext von Justiz, Medizin und sozialer Kontrolle. Facultas Universitätsverlag, Wien: 281-294
Knecht, G., Morawitz, I. & Schanda, H. (1993):
Die Entlassung von zurechnungsunfähigen geistig abnormen Rechtsbrechern: Erfahrungen aus Österreichs zentraler Behandlungsinstitution. Psychiatrische Praxis, 20: 181-187.
Knecht, G., Schanda, H., Morawitz, I., Berner, W. (1994a):
Kriminalisierung psychisch Kranker? Strafrechtliche Folgewirkungen des Unterbringungsgesetzes. In: *H. Katschnig & P. König (Eds.)*: Schizophrenie und Lebensqualität. Springer, Wien, New York: 355-367.
Knecht, G. et al. (1995):
Über den Zwang in der Psychiatrie - zur Substitution zivilrechtlicher durch strafrechtliche Zwangsmaßnahmen, unveröffentlichter Vortrag. 10. Forensische Herbsttagung 1995, München.
Knecht, G., Berner, W. & Morawitz, I. (1996a):
Psychotherapie mit Straftätern - Das Modell einer forensischen Nachbetreuungsambulanz - Unveröffentlichtes Arbeitspapier, Forensische Nachbetreuungsambulanz Wien und Psychiatrische Universitätsklinik Wien.
Knecht, G., Schanda, H., Berner, W. & Morawitz, I., Haubenstock, E. (1996b):
Outpatient Treatment of Mentally Disordered Offenders in Austria. International Journal of Law and Psychiatry, Vol.19, No:1: 87-93.

Knott, C. (1995):
The STOP Programme: Reasoning and Rehabilitation in a British Setting. In: *J. McGuire (ed.):* What Works: Reducing Reoffending, Guidelines from Research and Practice. Wiley, Chichester: chapt.5: 115-126.
Koch, G. (1988):
Katamnesen bei suchtkranken Straftätern nach bedingter Entlassung aus dem Maßregelvollzug gem. §64 StGB. Dissertation. Med. Hochschule Hannover.
Kockott, G. (1983):
Verhaltenstherapie bei sexuellen Deviationen. Ein orientierender Überblick. Psychiatrie und Praxis, 10.
Kockott, G. (1984):
Sexualdelinquenz - wie behandeln? Psycho, 10: 864-872.
Köhnken, G., Seidenstücker, G. & U. Baumann (1979):
Zur Systematisierung von Methodenkriterien für Psychotherapiestudien. In: *U. Baumann, H. Berbalk, G. Seidenstücker (Hrsg.):* Klinische Psychologie: Trends in Forschung und Praxis. Bern: 72-127.
Koester, H. (1987):
Strategien in der Behandlung psychisch kranker Rechtsbrecher - Maßregelvollzug in einer neuen Klinik für forensische Psychiatrie *(Düren)*. Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform, 70, (2): 111-117.
Konrad, N. (1991a):
Gleichzeitige Anordnung und Aussetzung einer Maßregel. Recht & Psychiatrie, 8: 2-7.
Konrad, N. (1991b):
Fehleinweisung in den psychiatrischen Maßregelvollzug. Neue Zeitschrift für Strafrecht 11: 315-321.
Konrad, N. (1993):
Der in der Therapie rückfällig gewordene Drogenabhängige, der enttäuschte begutachtende Therapeut und die Unterbringung nach § 63 StGB. Recht & Psychiatrie, 11: 170-174.
Konrad, N. (1995):
Vom Nichts ins Chaos - Probleme beim (Wieder-) Aufbau des Maßregelvollzuges in den neuen Bundesländern. Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform, 78.
Krakowski, M., Volavka, J. & Brizer, D. (1986):
Psychopathology and violence: a review of the literature. Comprehensive Psychiatry, 27: 131-148.
Kraus, L. & Rolinski, K. (1992):
Rückfall nach sozialem Training auf der Grundlage offiziell registrierter Delinquenz. Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform, 75, (1).
Kropp, Hart, Webster & Eaves (1994):
SAEA.
Krupinski, M., Schöchlin, C., Fischer, A. & Nedopil, N. (1998):
Annäherung an ambulante Therapie bei Straffälligen. In: *H. L Kröber & K. P Dahle (Hrsg.):* Sexualstraftaten und Gewaltdelinquenz. Kriminalistik Verlag, Heidelberg: 169-174.
Kühne, A. (1988):
Psychologie im Rechtswesen. Weinheim.
Kunze, W. & Kaltenbach (1992):
Psychatrie-Personalverordnung. Kohlhammer, Stuttgart.
Kury, H. (Hrsg.) (1986a):
Die Behandlung Straffälliger. Bd.1: Inhaltliche und methodische Probleme der Behandlungsforschung. Duncker & Humblot, Berlin.
Kury, H. (Hrsg.) (1986b):
Prognose und Behandlung bei jungen Rechtsbrechern. Ergebnisse eines Forschungsprojektes. Freiburg.
Kury, H. (1986c):
Fragen der Behandlung Straffälliger und der Behandlungsforschung. In*: H. Kury (Hrsg.): Prognose und Behandlung bei jungen Rechtsbrechern.* Ergebnisse eines Forschungprojektes. Freiburg.
Kurze, M. (1993):
Strafrechtspraxis und Drogentherapie - eine Implementationsstudie zu den Therapieregelungen des Betäubungsmittelrechtes; Wiesbaden: 22 f..
Lamb, H., Weinberger, L. & Gross, B. (1988a):
Court-Mandated Outpatient Treatment for Insanity Acquittees: Clinical philosophy and implementation. Hospital and Community Psychiatry, 39: 1080-1084.
Lamb, H., Weinberger, L. & Gross, B. (1988b):
Court-Mandated Community Outpatient Treatment for Persons Found Not Guilty by Reason of Insanity: A Five-Year Follow-Up. American Journal of Psychiatry, 145, 4: 450-456.
Lamb, H., Weinberger, L. & Gross, B. (1999):
Community treatment of severely mentally ill offenders under the jurisdiction of the criminal justice system – a review. Psychiatric Service, July 50, Bd 7: 907-913.
Lambert, M. J. & Bergin, A. E. (1994):
The effectiveness of psychotherapy. In: *A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.):* Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. John Wiley & Sons: New York.
Lammel, M. (1993a):
Ausgangspunkt und Praxis der Rückkehr zum Maßregelvollzug. In: *N. Leygraf, R. Volbert, H. Horstkotte, S. Fried (Hrsg.)*: Die Sprache des Verbrechens - Wege zu einer klinischen Kriminologie. Festschrift für W. *Rasch.* Kohlhammer, Stuttgart: 245-252.
Lammel, M. (1993b):
Über Ausgangsbedingungen für den Aufbau des Maßregelvollzuges in Berlin (Ost). In: *M. Gebauer & J.-M. Jehle (Hrsg.):*

Die strafrechtliche Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus. Kriminologische Zentralstelle (KrimZ) Wiesbaden e.V.: 99-108.
Lamnek, S. (1995a):
Qualitative Sozialforschung. Bd.1, Methodologie. Psychologie Verlagsunion, Beltz.
Lamnek, S. (1995b):
Qualitative Sozialforschung. Bd.2, Methoden und Techniken. Psychologie Verlagsunion, Beltz.
Landschaftsverband Westfalen Lippe (1996):
Rahmenbedingungen und Struktur einer neuen Maßregelvollzugseinrichtung, Vorschläge einer europäischen Expertenkomission, Münster.
Laubenthal, K. (1990):
Wege aus dem Maßregelvollzug im psychiatrischen Krankenhaus. In: *E. Schlüchter & K. Laubenthal (Hrsg.):* Festschrift für Friedrich-Wilhelm Krause. Heymanns, Köln: 357 ff.
Laws, D.R. (1989):
Relapse Prevention With Sex Offenders. Guilford Press, New York.
Lelliott, P. & Marks, I. (1987):
Management of obsessive-compulsive rituals associated with delusions, hallucinations and depression: a case report. Behavioural Psychotherapy, 15: 77-87.
Lempp, R. (1986):
Jugendliche Straftäter zwischen Prävention und Sanktion. Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform, 69, (4): 237-243.
Lesting, W. (1992):
Wohin mit psychisch kranken Strafgefangenen? Recht & Psychiatrie, 10.Jg.: 81-90.
Lesting, W. (1995):
Grundrechte und Einschränkungen. In: *H. Kammeier (Hrsg.)*: Maßregelvollzugsrecht. Kap. G: 289-327.
Leuw, E. (1995):
Recidive na ontslag uit TBS. Gouda Quint: Arnhem.
Leygraf, N. (1984):
Zur aktuellen Praxis des psychiatrischen Maßregelvollzuges am Beispiel des Bundeslandes Hessen. Forensia 5, 89-102.
Leygraf, N. (1987):
Alkoholabhängige Straftäter: Zur Problematik der Unterbringung nach §64 StGB. Forschritte für Neurologie – Psychiatrie, 55: 231-237.
Leygraf, N. (1988):
Psychisch kranke Straftäter. Epidemiologie und aktuelle Praxis des psychiatrischen Maßregelvollzuges. Springer, Berlin.
Leygraf, N. (1990):
Standortbestimmung. In: *Freunde der Fachabteilung (Hrsg.)*: 1. Bad Rehburger Fachtagung. Fachabteilung für Suchtkranke Bad Rehburg: 9-43.
Leygraf, N. (1993):
In: *M. Gebauer & J.M. Jehle (Hrsg.):* Die strafrechtliche Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus. Kriminologie und Praxis. Schriftenreihe der Kriminologischen Zentralstelle e.V., Bd.13, Wiesbaden: 199-206.
Leygraf, N. (1994):
Expertenrunde 2 „Prognose“: Psychoanalyse zwischen Gutachten, Prognose und Jurisprudenz. Recht & Psychiatrie, Vol.12 (2): 76-78.
Leygraf, N. (1995):
Eingangsstatement im Rahmen des Podiumsgesprächs auf der Tagung: „Der Aufbau des Maßregelvollzuges in den neuen Bundesländern - Chancen und Probleme“. Berlin, 19.-20.6.1995.
Leygraf, N. (1996):
Praxis des Maßregelvollzugs in den alten Bundesländern, In: R. Egg (Hrsg.): Der Aufbau des Maßregelvollzugs in den neuen Bundesländern, Kriminologie und Praxis, Bd.18: 59-71.
Leygraf, N. & Heinz, G. (1984):
Stationäre psychiatrische Behandlung psychisch kranker Straftäter. In: *G. Blau & H. Kammeier (Hrsg.):* Straftäter in der Psychiatrie. Situation und Tendenzen des Maßregelvollzugs: 44.
Leygraf, N. & Windgassen, K. (1988):
Betreuung oder Überwachung: Was benötigen entlassene Patienten des psychiatrischen Maßregelvollzuges?! Bewährungshilfe, 3: 341-351.
Lietz, J. & Gretenkord, L. (1985):
Lockerungen und Urlaube nach dem Hessischen Maßregelvollzugsgesetz. Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform, 68: 229-237.
Lipsey, M. W. (1988):
Juvenile delinquency intervention. In: *H.S. Bloom, D.S. Cordray & R. Light (Eds.),* Lessons from selected Program and Policy Areas. New Directions for Program Evaluation, No.37. Jossey Bass, San Francisco: 63-84.
Lipsey, M.W. (1992a):
Juvenile delinquency treatment: A metaanalytic inquiry into variability of effects. In: *T.D. Cook, H. Cooper, D. S. Corray, H. Hartmann, L.V.Hedges, R.L. Light, T.A.Louis & F. Mosteller (Eds.).* Meta-analysis for Explanation. Russell Sage Foundation, New York: 83-127.
Lipsey, M.W. (1992b)
The effect of treatment on juvenile delinquents: Results from metaanalysis. In: *F. Lösel, D. Bender & T. Bliesener (Eds.),* Psychology and Law. International perspectives. De Gruyter, Berlin, New York: 131-143.

Lipsey, M.W. (1995):
What do we learn from 400 studies on the effectiveness of treatment with juvenile delinquents? In: *J. McGuire (ed.):* What Works: Reducing reoffending: Guidelines from Research and Practices. Wiley, Chichester: 63-78.
Lipsey, M. W. & Wilson, D. B. (1993):
The efficacy of psychological, educational and behavioral treatment: Confirmation from meta-analysis. American Psychologist, 48: 1181-1209.
Lipsey, M. W. & Wilson, D. B. (1998):
Effective intervention for serious juvenile offenders: A synthesis of research. In: *R. Loeber and D. P. Farrington (Eds):* Serious & Violent Juvenile Offenders: Risk Factors and Successful Interventions. Sage Publications: Thousand Oaks.
Lipton, D., Martinson, R. & Wilks, J. (1975):
The Effectiveness of Correctional Treatment: A Survey of Treatment Evaluation Studies. Praeger, New York.
Lipton, D.S., Pearson, F.S., Cleland, C. & Yee, D. 1997:
Synthesizing Correctional Tratment Outcomes: Preliminary CDATE Findings. Paper presented an the 3th Annual National Institute of Justice Conference on Research an Evaluation in Criminal Justice, Washington, July.
Litwack, T.R. & Schlesinger, L.B. (1987):
Assessing and predicting violence: Research, law, and applications. In*: I.B. Weiner & A.K. Hess (Eds.),* Handbook of Forensic Psychology. Wiley, New York.
Lloyd, C., Mair, G. & Hough, M. (1994):
Explaining reconviction rates: A critical analysis. Home Office London: Home Office.
Lobos-Wild, R. (1983):
Psychotherapie delinquenter Jugendlicher - Ein Schweizer Modell: Struktureller Hintergrund (Vortrag am 22.4.1982 anläßlich der 32. Psychotherapiewochen in Lindau); Praxis der Psychotherapie Psychosomatik, Springer, 28: 23-28.
Lösel, F. (Hrsg.) (1983):
Kriminalpsychologie, Beltz.
Lösel, F. (1992):
„Sprechen Evaluationsergebnisse von Meta-Analysen für einen frischen Wind in der Straftäterbehandlung?" Überarbeitete Version eines Referates der Tagung der Schweizerischen Arbeitsgruppe für Kriminologie zum Thema „Rückfall und Bewährung" in Interlaken (Ch) 1992; in: *M. Killias (Hrsg.)* Tagungsband. Erlangen.
Lösel, F. (1993):
´The effectiveness of treatment in institutional and community settings`. Criminal Behaviour and Mental Health, 3: 416-437.
Lösel, F. (1994):
Metaanalytische Beiträge zur wiederbelebten Diskussion des Behandlungsgedankens. In*: M. Steller, K.-P Dahle, M. Basqué (Hrsg.),* Straftäterbehandlung.Centaurus, Pfaffenweiler.
Lösel, F. (1995):
The Efficacy of Correctional Treatment: A Review and Synthesis of Meta-evaluations. In: *J. McGuire (Hrsg.) (1995)*: What Works: Reducing Reoffending. Wiley, Chichester, chapt. 4: 79-111.
Lösel, F. (1996):
What recent meta-evaluations tell us about the effectiveness of correctional treatment. In: *G. Davis, S. Lloyd-Bostock, M. Mc Murran & C. Wilson,* Psychology, Law and Criminal Justice. De Gruyter, Berlin: 537-554.
Lösel F. & Linz P. (1975):
Familiale Sozialisation von Delinquenten. In: *A. Abele u. a.:* Abweichendes Verhalten, Stuttgart-Bad Cannstadt: 185-203.
Lösel, F. & Bliesener T. (1989):
Psychology in prison: role assessment and testing of an organizational model. In: *H. Wegener, F. Lösel & J. Haisch, (Eds.):* Criminal Behavior and the Justice System: Psychological perspectives. Springer, New York: 419-439.
Lösel, F. & Bliesener, T. (1990):
Resilience in adolescence: A study of the generalizability of protective factors*.* In: *K. Hurrelmann & F. Lösel (Eds.), Health hazards in adolescence.* De Gruyter, Berlin, New York: 299-320.
Lösel, F. & Bliesener, T. (1994):
Some high-risk adolescents do not develop conduct problems: A study on protective factors. International Journal of Behavioral Development, 17: 753-777.
Lösel, F. & Köferl, P. (1989):
Evaluation research on correctional treatment in West Germany: A meta-analysis. In*: H. Wegener, F. Lösel & J. Haisch (Eds.): Criminal Behavior and the Justice System.* Psychological perspectives. Springer, New York: 334-335
Lösel, F., Köferl, P. & Weber, F. (1987):
Meta-Evaluation der Sozialtherapie. Qualitative und quantitative Analysen zur Behandlungsforschung in Sozialtherapeutischen Anstalten des Justizvollzugs. Bd.45 Klinische Psychologie und Psychopathologie, Hrsg.: H. Remschmidt, Enke, Stuttgart.
F. Lösel, D. Bender & T. Bliesener (Eds.) (1992):
Psychology and Law Facing the Nineties. De Gruyter, Berlin, New York.
Lösel, F., Bliesener, T. & Köferl, P. (1993):
Erlebens- und Verhaltensprobleme bei Jugendlichen: Deutsche Adaption und kulturvergleichende Überprüfung der Youth-Self-Report Form der Child Behavior Checklist. Zeitschrift für Klinische Psychologie, 20: 22-51.
Loewe (1995):
Increasing consensus in the evaluation of offender rehabilitation. Psy., 2: 19-40.
MacDonald, G., Sheldon, B. & Gillespie, J. (1992):
Contemporary studies of the effectiveness of social work. British Journal of Social Work. 22: 615-643.
Mac Culloch, M., Bailey, J., Jones, C. & Hunter, C. (1993):
Nineteen male serious offenders who were discharged from a special hospital: II. Illustrated clinical issues. Journal of Forensic Psychiatry, 4 (3): 452-469.

Malamuth, N.M. (1989):
The Attraction to Sexual Aggression Scale: Part 2. Journal of Sex Research, 26: 324-354.
Mannheim, H. & Wilkins, L.T. (1955):
Prediction Methods in Relation to Borstal Training. Vol.I of ´Studies in the Causes of Delinquency and the Treatment of Offenders`. Her Majesty`s Stationary Office: London.
Margraf J. (1999a):
Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Bd.1. Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen. Die Deutsche Bibliothek, Berlin u. a..
Margraf J. (1999b):
Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Bd.2: vollst. überarb. und erweiterte Auflage 2000. Die Deutsche Bibliothek. Berlin u. a. .
Marschner R. & Volckart B. (1992):
Musterentwurf eines Gesetzes für psychisch Kranke. Recht & Psychiatrie, 10.Jg.: 54-60.
Marshall, W.L., Jones, R., Ward, T., Johnston, P. & Barbaree, H.E. (1992):
Treatment outcome with sex offenders. Clinical Psychology Review, 11: 465-485.
Martinson, R. (1974):
What works? Questions and answers about prison reform. Public Interest, 10: 22-54.
Martinson, R. (1979):
New findings, new views: A note of caution regarding sentencing reform. Hofstra Law Review, 7: 242-258.
Masten, W.-G. (1989):
Learning style, repeated stimuli, and originality in intelectually gifted adolescents. In: Douglas Unified School District, AZ, US, Psychological Reports. Dec. Vol.65 (3, Pt1): 751-754.
Mathias, R & Sindberg, R. (1985):
Psychotherapy in Correctional Settings. International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology: 265-275.
McGreevy, M., Steadman, H., Dvoskin J.A. & Dollard N. (1991):
NewYork's System of Managing Insanity Acquittees in the Community. Hospital and Community Psychiatry. Vol.42, No.5: 512-17.
McGuire, J. (1992a):
Psychological strategies for reduction of offending behavior: Recent investigation and practical implications. Papers d´Estudis i Formació. 10: 67-77.
McGuire, J. (1992b):
Things to do to make your programme work, In: *B. Blowson & J. McGuire (eds.):*What works. Effective methods to reduce re-offending: 48-51, Manchester, Conference Proceedings.
McGuire, J. (1992c):
Interpreting treatment-outcome studies of anti-social behavior: Combining meta-analyses and single case designs. International Journal of Psychology: 446.
McGuire, J. (1995):
What Works: Reducing Reoffending. Guidelines from Research and Practice. Wiley, Chichester.
McGuire, J. (1996):
Doing ´what works` or the effectiveness of applied psychology. Paper presented at the conference of the Special Hospitals Psychologists´Advisory Group, Regent Hotel, Leamington Spa, February 1996.
McGuire, J. & Priestley, P. (1992):
Some things to work: Psychological interventions with offenders and the effectiveness debate. In: *F. Lösel, D. Bender & T. Bliesener (Eds.):* Psychology and Law. International Perspectives. De Gruyter, Berlin, New York: 163-174.
McIvor, G. (1990):
Sanctions for Persistent or Serious Offenders: A Review of the Literature. Glasgow: Social Work Research Centre. University of Stirling.
McIvor, G. (1992):
Reconviction Among Offenders Sentenced to Community Service. Research Report. Stirling, Scotland: University of Stirling. Social Work Research Centre.
Meise, U., Rössler, W. & Hinterhuber, H. (1994):
Psychiatriereform, in Österreich: Quo vadis? Österreichische Ärztezeitung. Vol.49, No.23: 35-44.
Mende, W. (1983):
Zur Frage der Quantifizierung in der forensischen Psychiatrie. Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform., 66 (6): 328 - 333.
Mende, W. & Schüler-Springorum, H. (1989):
Aktuelle Fragen der forensischen Psychiatrie. In: *Kisker K.P., Lauter H., Meyer J.-E., Müller C., Strömgren, E. (Hrsg.),* Psychiatrie der Gegenwart, Springer, Berlin, Heidelberg: Vol.9: 303-338.
Mey, H.-G. (1967):
Prognostische Beurteilung des Rechtsbrechers: Die deutsche Forschung. In: *U. Undeutsch (Hrsg.):* Handbuch der Psychologie, Bd.11, Hogrefe, Göttingen: 511-564.
Milton, F., Patwa, V.K. & Hafner, R.J. (1978):
Confrontation vs. belief modification in persistently deluded patients. British Journal of Medical Psychology, 51: 127-130.
Miner, M., Marques, J., Day, D. & Nelson, C. (1990):
Impact of relapse prevention in treating sex offenders: Preliminary findings. Annals of Sex Research, 3: 165-185.
Modellverbund (Hrsg.) (1992):
Ambulante psychiatrische und psychotherapeutische/ psychosomatische Versorgung. Untersuchung der Wiedereingliederung der, aus der Klinik für Gerichtliche Psychiatrie in Haina entlassenen, psychisch kranken Rechtsbrecher. Bericht Gießen/ Hannover.

Modellverbund (Hrsg.) (1993a):
Ambulante psychiatrische und psychotherapeutische / psychosomatische Versorgung: Ambulante Nachsorge für forensisch-psychiatrische Patienten im Rahmen der Beurlaubung oder Entlassung auf Bewährung. Bericht Lippstadt/ Hannover.
Modellverbund (Hrsg.) (1993b):
Ambulante psychiatrische und psychotherapeutische / psychosomatische Versorgung: Erprobung eines neuen Versorgungskonzeptes durch eine mobile forensische Ambulanz. Bericht Düren/ Hannover.
Modellverbund (Hrsg.) (1994):
Ambulante psychiatrische und psychotherapeutische psychosomatische Versorgung: Reintegration forensisch-psychiatrischer Patienten in eine mit komplementären Versorgungseinrichtungen gut ausgestattete städtische Region. Bericht Hannover/ Moringen.
Modellverbund (Hrsg.) (1995):
Ambulante psychiatrische und psychotherapeutische/ psychosomatische Versorgung: Entwurf des Zwischenberichtes des Modellprojektes Forensische Nachsorge, Stralsund.
Mörgeli, A. (1987):
Die Kontrolle der angeordneten ambulanten Maßnahmen bei Aufschub der Strafe. In: Jörg Schuh *(Hrsg.),* Schweizerische Arbeitsgruppe für Kriminologie, Reihe Kriminologie Bd.1 „Aktuelle Probleme des Straf- und Maßnahmenvollzugs“, 307 ff..
Monahan, J. (1981):
Predicting violent behavior. An assessment of clinical techniques. Sage Publications, Beverly Hills.
Monahan, J. (1984):
The prediction of violent behavior: Toward a second generation of theory and practice. American Journal of Psychiatry. 141: 10 - 15.
Monahan, J. (1989):
Prediction of criminal behavior. Recent developments in research and policy in the United States. In*: H. Wegener, F. Lösel & J. Haisch (Eds.):* Criminal Behavior and the Justice System. Psychological Perspectives. Springer, New York: 40-52.
Monahan, J. & Steadman, H. (1994):
Violence and Mental Disorder: Development in Risk Assessment. University of Chicago Press, London, Chicago..
Mooji, A. & Konraadt, F. & Lommen-van-Alphan, J. (1991):
Considering the accused. Swets & Zeitlinger: Amsterdam.
Moos, R. (1975):
Evaluating Correctional and Community Settings. Wiley, New York.
Mrozynski, P. (1983):
Zur Problematik strafrechtlicher Weisungen, Juristische Rundschau: 397.
Mrozynski, P. (1984):
Resozialisierung und soziales Betreuungsverhältnis: 268 ff.
Mrozynski, P. (1994):
Sozialrechtliche Hindernisse bei der Enthospitalisierung, Recht & Psychiatrie: 14-16.
Mrozynski, P. (1999):
Die Komplexleistung als Instrument für den Ausbau der ambulanten psychiatrischen Versorgung. Recht & Psychiatrie: 4: 169 ff.
Müller-Dietz, H. (1976):
Möglichkeiten und Grenzen eines behandlungsorientierten Maßnahmenvollzuges. Forensia, (4).
Müller-Isberner, R. (1990a):
Problems in the treatment of insane aggressive offenders. Paper presented to the XVIth International Congress of the International Academy of Law and Mental Health, Toronto, 1990.
Müller-Isberner, R. (1990b):
Neue Wege in der Behandlung von Sexualstraftätern im Maßregelvollzug in Hessen. In: *Wille, R., Schumacher, W., Andrzejak, N. (Hrsg.):* Zur Therapie von sexuell Devianten. Berlin, Diesbach.
Müller-Isberner, R. (1991):
Maßregelvollzug zwischen Psychiatrie und Strafvollzug. In: *F. Reimer (Hrsg.)*: Maßregelvollzug im psychiatrischen Krankenhaus, Neuss: Janssen: 37-66.
Müller-Isberner, R. (1992a):
Managing insane offenders. Paper presented to the XVIIIth International Congress of the International Academy of Law and Mental Health, Vancouver, 1992.
Müller-Isberner, R. (1992b):
Die Behandlung psychisch kranker Rechtsbrecher in Hessen. Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe, 41, (6): 363-368.
Müller-Isberner, R. (1992c):
Psychotherapie bei Sexualstraftätern. Recht & Psychiatrie, 2 / 92.
Müller Isberner, R. (1996):
Forensic Psychiatric Aftercare Following Hospital Order Treatment. International Journal of Law and Psychiatry. Vol.19, No.1: 81-86.
Müller-Isberner, R. & Thomas, V. (1992):
Psychotherapie von Sexualstraftätern im Maßregelvollzug. Recht & Psychiatrie, 10: 42-47.
Müller-Isberner, R. & Gretenkord, L. (1994):
Personalbedarf im psychiatrischen Maßregelvollzug: Die Psych-PV / Forensik auf dem Prüfstand. Recht & Psychiatrie. 12: 166-171.
Müller-Isberner, R., Lomb, J., März, S., Tansinna, A. (1993):
Ambulante Kriminaltherapie. Bewährungshilfe, Jg.40, Nr.2: 176-185.

Müller-Isberner R., Nedopil N., Hostkotte H., Schöch H., Schüler-Springorum H. (1998):
Schreiben an den Vorsitzenden des Rechtsausschusses des Deutschen Bundestages vom 22.10.1997. Monatschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform. 81 (1): 47-48.
Müller-Isberner R., Freese R., Jockel D., Gonzales Cabeza S. (2000):
Forensic psychiatric assessment and treatment in Germany. Legal framework, recent developments and current practice. International Journal of Law and Psychiatry 2000: 23 /5-6: 467-80.
Mulvey, E., Arthur, M. & Reppucci, N. (1993):
The prevention and treatment of juvenile delinquency: A review of the research. Clinical Psychology Review, 13: 133-167.
Nedopil, N. (1988):
Die Begutachtung zum Maßregelvollzug - welche Rolle spielen Prognosekriterien. In: *F. Böker & W. Weig (Hrsg.):* Aktuelle Kernfragen in der Psychiatrie, Springer, Berlin, Heidelberg, New York: 464-472.
Nedopil, N. (1989):
Begutachtung als Chance. Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform, 72: 109-114.
Nedopil, N. *(1991)*:
Klinisch-psychiatrische Prognose im Maßregelvollzug. Kerbe, 2: 13-14.
Nedopil, N. *(1992)*:
Die Bewährung von Prognosekriterien im Maßregelvollzug, Forensia Jahrbuch, Bd.3: 55-63.
Nedopil, N. (1994):
Die forensisch psychiatrische Beurteilung der Beschaffungskriminalität Drogenabhängiger. Nervenheilkunde, 13: 318-322.
Nedopil N. *(1996, 2000 2.Aufl.)*:
Forensische Psychiatrie. Klinik, Begutachtung und Behandlung zwischen Psychiatrie und Recht. Thieme: Stuttgart, New York.
Nedopil, N. (1997):
Folgen der Änderung des §67 II StGB für den MRVZ und die Begutachtung. Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform, 81: 44-49
Nedopil N. (1997):
Violence of psychotic patients: How much responsibility can be attributed? International Journal of Law and Psychiatry; Vol.20, Nr. 2: 243-247.
Nedopil, N. (1998):
Kriminalprognosen. In: *Müller-Isberner, R. und Gonzales Cabeza S. (Hrsg.)*: Forensische Psychiatrie. Gießener Kriminalwissenschaftliche Schriften Bd 9. Forum Verlag, Mönchengladbach: 195-208.
Nedopil, N. & Ottermann, B. (1993):
Treatment of mentally ill offenders in Germany. International Journal of Law and Psychiatry, 16: 257-255.
Nedopil, N. & Banzer, K. (1993):
Institutionalized Outpatient Treatment of Mentally Ill Offenders in Germany. Vortrag 16.06.1993 XIXth International Congress on Law and Mental Health IALMH, Lissabon, Portugal, 13.-17.06.1993.
Nedopil, N. & Banzer, K. (1994):
Outpatient treatment of Forensic Patients in Germany, Symposiumsvortrag, 15.06.1994, zum XX. International Congress on Law and Mental Health IALMH, Canada: Montreal.
Nedopil, N. & Banzer, K. (1996):
Outpatient Treatment of Forensic Patients in Germany. International Journal of Law and Psychiatry. Vol.19, No.1: 75-79.
Nedopil, N. & Müller-Isberner, R. *(1995a)*:
Struktur- und Organisationsfragen im psychiatrischen Maßregelvollzug (§63 StGB). Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform. 78: 236-244.
Nedopil, N. & Müller-Isberner, R. (1995b):
Psychiatrischer Maßregelvollzug gemäß §63 StGB. Rechtsgrundlagen-Derzeitige Situation-Behandlungskonzepte-Perspektiven. Nervenarzt, 66: 793-801.
Nedopil, N., Hönes, S., Münzel, H. & Espach, J. (1992):
Zur Rezeption des Einweisungsgutachtens bei Patienten und Personal des Maßregelvollzuges. In: DGPN-Kongreß,1992, Köln.
Norusis, M.J. (1990):
SPSS / PC + Advanced Statistics, Chicago: SPSS Inc. .
Norwood, S., Nicholson, R., Enyart, C. & Hickey, M. (1992):
Insanity acquittal in Oklahoma: Recommendations for program planning and social policy. Forensic Reports, 5: 5-28.
Novaco, R. (1994):
Anger as a risk factor for violence. In: *J. Monahan & H. Steadman (Eds.):* Violence and Medical Disorder Developments in Risc Assessment. University of Chicago Press: Chicago.
Nowara, S. (1992):
Bemerkungen zum ambulanten Behandlungskonzept im Maßregelvollzug. Recht & Psychiatrie, 10.Jg., 1: 26-31.
Nowara, S. (1995):
Externe Prognosegutachten im Maßregelvollzug. Recht & Psychiatrie: 67.
OLG Celle *(1989)*:
Externes Wohnen. Neue Zeitschrift für Strafrecht. 1989: 590.
Ortmann, R. (1987):
Resozialisierung im Strafvollzug. Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Strafrecht. Freiburg,
Ortmann, R. (1994):
Zur Evaluation der Sozialtherapie. Ergebnisse einer experimentellen Längsschnittstudie zu Justizvollzugsanstalten des Landes Nordrhein-Westfalen. Zeitschrift für die gesamte Strafrechtswissenschaft, 106: 782-821.

Ostendorf, H. (1991):
Jugendgerichtsgesetz. Kommentar. 2. Aufl. Heymann: Köln.
Palmer (1968):
Types of treaters and types of juvenile offenders. Youth Authority Quarterly 18: 14-23.
Palmer, T. (1975):
Martinson revisited. Journal of Research in Crime and Delinquency, 12: 133-152.
Palmer, T. (1992):
The Re-emergence of Correctional Intervention.Sage: Newbury Park.
Pawlik, K. (1976):
Modell- und Praxisdimensionen psychologischer Diagnostik. In: *K. Pawlik (Hrsg.)*: Diagnose der Diagnostik. Stuttgart.
Perkins, D. (1987):
A psychological treatment programme for sex offenders. In: *B.J. McGurk, D.M. Thornton & M. Williams (Eds.):* Applying Psychology to Imprisonment: Theory and Practice. HMSO: London.
Perkins, D. (1991):
Clinical work with sex offenders in secure settings. In: D.R. Hollin & K. Howells *(Eds.)*: Clinical approaches to sex offenders and their victims. Wiley, New York: 151-177.
Pfäfflin, F. (1990):
Psychotherapie bei Sexualstraftätern. Recht & Psychiatrie, 8: 20-27.
Planasky, K. & Johnson, R. (1977):
Homicidal aggression in schizophrenic men. Acta Psychiatrica Scandinavica, 55: 65-73.
Platz, W.E (1991):
Die forensisch-psychiatrische Begutachtung von Drogendelikten in der Bundesrepublik Deutschland, Springer, Vol.2: 114.
Platz, W.E. (1994):
Probetherapie aus klinisch-psychiatrischer Sicht. Recht & Psychiatrie, 12: 89-93.
Pollähne, H. (1994):
Probetherapie im Maßregelvollzug - Maßregel auf die Probe gestellt. Recht & Psychiatrie, 12: 94-98.
Pollähne, H. (1995):
Das Maß des Freiheitsentzugs (Vollzugslockerungen). In: *H. Kammeier (Hrsg.)*: Maßregelvollzugsrecht. De Gruyter, Berlin: Kap.F: 203-288.
Porz-Krämer, B. (1994):
Zur Reformbedürftigkeit der strafrechtlichen Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus aus legislatorischer Sicht. In: *M. Gebauer & J.M. Jehle (Hrsg.).* Die strafrechtliche Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus. Kriminologische Zentralstelle, Eigenverlag: Wiesbaden: 167-173.
Prentky, R. & Burgess, A. W. (1992):
Rehabilitation of child molesters: A cost-benefit analysis. In: *A. W. Burgess (Ed)*. Child Trauma I: Issues and Research. Garland, New York: 417-442.
Priestley, P., McGuire, J., Flegg, D., Hemsley, V., Welham, D. & Barnitt, R. (1984):
Social Skills in Prisons and the Community: Problem-Solving for Offenders. Routledge & Kegan Paul, London.
Prins, H. (1991):
Dangerous people or dangerous situations? Some further thoughts. Medicine, Science and Law, 31 (1): 25-37.
Prins, H. (1996):
Risk assessment and management in criminal justice and psychiatry. Journal of Forensic Psychiatry, 7: 42:62.
Quay, H. C. (1977):
The three faces of evaluation: What can be expected to work? Criminal Justice and Behavior, 4: 341-354.
Rabkin, J.G. (1979):
Criminal behavior of discharged mental patients: a critical appraisal of the literature. Psycholocical Bulletin, 86: 1-29.
Rasch W. (1978):
Schuldfähigkeit und Krankheitsdefinition. In: *H. Lauter & H.-L. Schreiber (Hrsg.)*: Rechtsprobleme in der Psychatrie, 38.
Rasch, W. (1984):
Krank und /oder kriminell - Maßregelvollzug in Westfalen-Lippe. Gutachten zur Situation und zu Entwicklungsmöglichkeiten in der Durchführung des Maßregelvollzugs nach den §§ 63, 64 StGB im forensischen Bereich des Westfälischen Landeskrankenhauses Eickelborn, *Hrsg.: Direktor des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe*, Pressestelle d. Dir. des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe, Münster.
Rasch, W. (1985):
Die Prognose im Maßregelvollzug als kalkuliertes Risiko. In: Festschrift für G. Blau. Berlin, New York: 309 ff.
Rasch, W. (1986a):
Die Funktionen von Lockerungen im Maßregelvollzug. In: *H. Pohlmeier, E. Deutsch, H. L. Schreiber (Hrsg.):* Forensische Psychiatrie heute. Festschrift für U. Venzlaff. Berlin, Springer: 99-107.
Rasch, W. (1986b; 2.Aufl. 1998):
Forensische Psychiatrie, Stuttgart.
Rasch, W. (1989a):
Situation und Perspektiven des Maßregelvollzugs in der BRD, Sozialpsychiatrische Information, 4: 8.
Rasch, W. (1989b):
Sozialtherapie im Maßregelvollzug. Die psychiatrische Lösung, Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform, 115.
Rasch, W. (1991):
Voraussetzung der Unterbringung nach § 64 StGB aus psychiatrischer Sicht. Gründe für die Bestimmung der Vollstreckungsreihenfolge gemäß § 67 StGB, § 67d (5) StGB, Recht & Psychiatrie: 109-114.
Rasch, W. (1991):
Die psychiatrisch-psychologische Beurteilung der sogenannten schweren anderen Abartigkeit. Strafverteidiger: 126-131.

Rasch, W. (1994):
Mit differenzierender Optik sich dem Gegenstand Kriminaltherapie nähern. In: *M. Steller, K.-P. Dahle & M. Basqué (Hrsg.).* Straftäterbehandlung - Argumente für eine Revitalisierung in Forschung und Praxis. Pfaffenweiler, Centaurus: 251-254.
Rasch, W. (1995):
Vortrag zum Thema „Rahmenkonzepte im Maßregelvollzug“ zur Tagung „Der Aufbau des Maßregelvollzuges in den neuen Bundesländern - Chancen und Probleme“. Berlin, 19.-20.06.1995.
Rasch, W. & Leygraf, N. (1990):
Abschlußberichte üben den Sozialtherapeuten. Fortbildungslehrgang des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe für Stationsmitarbeiter von Maßregelvollzugskliniken 1988/ 90. Unveröffentlichter Abschlußbericht: Lippstadt.
Rauchfleisch, U. (1981):
Dissozial. Vandenhoeck & Rupprecht, Göttingen.
Rauchfleisch, U. (1985):
Besonderheiten in der ambulanten Psychotherapie von Delinquenten. Praxis der Psychotherapie Psychosomatik, 30: 254-260.
Rauchfleisch, U. (1990):
Probleme der Indikationsstellung für eine psychoanalytische Psychotherapie von Delinquenten. In: *W. Schneider (Hrsg.),* Indikationen zur Psychotherapie. Anwendungsbereiche und Forschungsprobleme. Beltz, Weinheim: 81-99.
Rauchfleisch, U. (1991):
Begleitung und Therapie straffälliger Menschen. Matthias-Grünewald-Verlag, Mainz.
Rauchfleisch, U. (1994):
Behandlungsstrategien. In*: M. Steller, K.-P. Dahle & M. Basqué (Hrsg.).* Straftäterbehandlung. Centaurus, Pfaffenweiler: 259-263.
Rauchfleisch, U. (1996):
Menschen in psychosozialer Not. Beratung, Betreuung, Psychotherapie. Vandenhoeck und Ruprecht: Göttingen, Zürich.
Rauchfleisch, U. (1999):
Außenseiter der Gesellschaft. Psychodynamik und Möglichkeiten zur Psychotherapie Straffälliger.Vandenhoeck & Rupprecht. Göttingen.
Raynor, P. & Vanstone, M. (1994):
STOP (Straight Thinking on Probation): Third Interim Evaluation Report. Mid Glamorgan Probation Service: Bridgend.
Redondo, S., Garrido, V. & Sánchez-Meca, J. (1997):
What works in correctional rehabilitation in Europe: A meta-analytical review. In: *S. Redondo, V. Garrido, J. Pérez and R. Barberet (eds):* Advances in Psychology and Law. De Gruyter, Berlin: 498:523.
Redondo, S., Garrido, V., Anguera, M.T. & Luque, E. (1996):
Correctional programmes in Europe: A pilot study for a meta-evalution. In: *G. Davies, S. Lloyd-Bostock, M. McMurran, C. Wilson (Hrsg.)*: Psychology, Law and Criminal Justice. De Gruyter, Berlin: 510-519.
Rice, M.E. (1997)
Violent offender research and implications for the criminal justice system. Research Department, Mental Health Centre, Penetanguishene, Ontario, Canada Am Psychol, Apr. 52 (4): 414-23.
Rice, M.E., Harris, G.T., Quinsey, V.L. & Cyr, M. (1990):
Planning treatment programs in secure psychiatric facilities. In: *D.N. Weisstub (ed.)*: Law and Mental Health, International Perspecitives (Vol.5). Pergamon Press, New York, Oxford, Frankfurt: 162-225.
Rice, M.E., Harris, G.T. & Cormier, C.A. (1992):
An evaluation of a maximum security therapeutic community for psychopaths and other mentally disordered offenders. Law and Human Behaviour, 16: 39-41.
Rice & Harris 1997
wg.: VRAG applied to sex offender
Rintelen, W. & Gabbert, T. (1986):
Rehabilitation psychisch kranker und geistig behinderter Rechtsbrecher-eine Langzeitstudie (1969-84). Rehabilitation. 25: 24-28
Ritzel, G. (1978):
Unterbringung und Wiedereingliederung psychisch kranker Rechtsbrecher, Habilitationsschrift Medizinische Fakultät. Göttingen.
Ritzel, G. (1989):
Stand und Entwicklung des Maßregelvollzuges in Niedersachsen. Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform, 72: 123 - 132.
Roberts, C. (1992):
Effective Practice and Service Delivery. Paper presented at the ´What Works?`- Conference on Progress in Effective Work with Offenders. September 1992, Salford, UK.
Roberts, C. (1995):
Effective Practice and Service Delivery. In: *J. McGuire [ed.] (1995):* What Works: Reducing Reoffending. Guidelines from Research and Practice. Wiley, Chichester: chapt.12, part III: 221-236.
Robertson, G., Dell, S., James, K., Grounds, A. (1994):
Psychotic Men Remanded in Custody to Brixton Prison. British Journal of Psychiatry, 164: 55-61.
Robinson, D. (1995):
The Impact of Cognitive Skills Training on Post-Release Recidivism among Canadian Federal Offenders. Correctional Services of Canada: Ottawa, Ontario.
Roesch, R. & Golding S.L. (1985):
The impact of deinstitutionalization. In: *D.P.Farrington & J.Gunn (Eds.)*: Aggression and Dangerousness. Wiley, New York: 209-239.

Rössler, W., Salize, H., Biechele, U., Riecher-Rössler, A. (1994):
Stand und Entwicklung der psychiatrischen Versorgung: Ein europäischer Vergleich. Nervenarzt, Vol.65, (7): 427-437.
Ross, R. (1992):
Reasoning and rehabilitation of offenders. In: *B. Rowson & J. McGuire (Eds.):* What works. Effective methods to reduce re-offending: 21-26. Conference Proceedings, Manchester.
Ross, R., Fabiano, E. & Ewles, C. (1988):
Reasoning and rehabilitation. International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 32: 29-35/36
Rowson, B. & McGuire, J. (Eds.) (1992):
What works. Effective Methods to reduce re-offending, Conference Proceedings, Manchester: 21-26.
Rüther, N. (1990):
Lockerungen im Maßregelvollzug - ein therapeutisches Instrument. Die Gratwanderung zwischen Behandlung und Sicherung. In: *De Boor, Frisch & Rode (Hrsg.):* Zur Problematik von Vollzugslockerungen und bedingten Entlassungen bei Aggressionstätern: 68.
Russo, G. (1994):
Follow-up of 91 mentally ill criminals discharged from the Maximum Security Hospital in Barcelona P.G. International Journal of Law and Psychiatry. Vol.17, No.3: 279-301.
Rutter, M. (1985):
Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. British Journal of Psychiatry. 147: 598-611.
Rutter, M. (1990):
Psychosocial resilience and protective mechanisms. In: *J. Rolf, A. Masten, D. Cicchetti, K. Nuechterlein & S. Weintraub (Eds.),* Risk and Protective Factors in the Development of Psychopathology. Cambridge University Press, New York: 181-214.
Saage, E. & Göppinger, H. (1975 21. Aufl./ 1994 3.Aufl.):
Freiheitsentziehung und Unterbringung. 2.Aufl. 1975, 3. Aufl. 1994.
Sánchez-Meca, J. (1994):
Methodological Issues in the Meta-evaluation of Correctional Treatment. Paper presented at the 23rd Congress of Applied Psychology, Madrid.
Sánchez-Meca, J. (1997):
Methodological Issues in the Meta-evaluation of Correctional Treatment. In: *S. Redondo, V. Garrido, J. Pérez & R. Barberet (Eds):* Advances in Psychology and Law: International contributions. De Gruyter, Berlin.
Saß, H. (1987):
Psychopathie, Soziopathie, Dissozialität. Berlin.
Schalast N. (1994):
Unterbringung in der Entziehungsanstalt. Probleme der Behandlung alkoholabhängiger Straftäter - Argumente für eine Entzugslösung. Recht & Psychiatrie, 12. Jg.: 2-10.
Schalast, N. (2000a):
Therapiemotivation im MRVZ gemäß § 64 StGB: Patientenmerkmale, Rahmenbedingungen, Behandlungsverläufe. Reihe: Neue Kriminologische Studien.W. Fink Verlag: München.
Schalast, N. (2000b):
Zur Frage der Behandlungsmotivation bei Patienten des MRVZ gemäß § 64 StGB. Psychiatrische Praxis. Bd. 27.
Schalast, N. & Leygraf, N. (1994):
Maßregelvollzug gem. nach §64 StGB: Unterbringungsgutachten über alkoholabhängige Patienten. Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform, 77 (1), 1-12.
Schalast, N. & Leygraf, N. (1999):
Die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt: Auswirkungen des Beschlusses des BverfG, NStZ 1994, 578 – Überlegungen zur gesetzlichen Regelung. NStZ, 19 (10): 485-490.
Schmidt, J. & Nübling R. (1994):
Qualitätssicherung in der Psychotherapie - Teil 1: Grundlagen, Hintergründe und Probleme. Z Wiss-Gesprächspsychother. (GWG) 96: 15-25.
Schmidt J. & Nübling R. (1995):
Qualitätssicherung in der Psychotherapie - Teil 2: Realisierungsvorschläge, Modellprojekte und bereits laufende Maßnahmen. Z Wiss-Gesprächspsychother. (GWG) 99: 42-53.
Schmidtbauer, W. (1999):
Die Implementierung kognitiv-behavioraler Straftäterbehandlung im psychiatrischen MRVZ: Das erste Jahr der Anwendung des R & R – Programmes in der Klinik für forensische Psychiatrie Haina, Vortrag Forensische Herbsttagung München, 14.10.1999.
Schmitz, K. (1992):
Weitere Bemerkungen zu einem ambulanten Behandlungskonzept im Maßregelvollzug nach § 64 StGB. Recht & Psychiatrie, 10: 89-91.
Schneider, H. J. (1998):
Kriminalpolitik an der Schwelle des 21. Jahrhunderts. Walter de Gruyter: Berlin.
Schöch, H. (1992):
Empfehlen sich Änderungen und Ergänzungen bei den strafrechtlichen Sanktionen ohne Freiheitsentzug? Gutachten (C) zum 59. Deutschen Juristentag München. Ständige Deputation des Dt. Juristentages München. Bd 1 S. C 1ff. .
Schöch, H. (1993):
Zur Situation des Patienten nach der Entlassung aus dem Maßregelvollzug. In: *M. Gebauer & J.M. Jehle (Hrsg.):* Die strafrechtliche Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus. Kriminologie und Praxis. Schriftenreihe der Kriminologischen Zentralstelle e.V., Bd.13, Wiesbaden: 141 ff.

Schöch, H. (1994):
Maßregelvollzug. In: *U. Venzlaff & K. Forster (Hrsg.)*: Psychatrische Begutachtung. Fischer: Stuttgart.
Schöch, H.: (1995):
Diskussion (Vorsitz) In: *K.M. Beier & G. Hinrichs (Hrsg.):* Psychotherapie mit Straffälligen. Fischer: Stuttgart. Kap.4.2: 172-183.
Schöch, H. (1998):
Das Gesetz zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten vom 21.01.1998. Neue Juristische Wochenschau. 18: 1257-1262
Schöch, H. (1999):
Zur Offenbarungspflicht der Therapeuten im Justizvollzug gemäß § 182 II StVollzG. Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe (ZfStrVo). 48: 259-266.
Schönhage, E. & Schazman, W. (1983):
Therapie von Sexualstraftätern in einem psychiatrischen Landeskrankenhaus. Psychiatrische Praxis, 10: 93-96.
Schorsch, E. (1986):
Die juristische Bewertung sexueller Tötungen. Beiträge zur Sexualforschung. 62: 117-126.
Schorsch, E. (1990):
Mandatory institutionalization and treatment in the mental health and institutionalization laws. In: *D.N. Weisstub (ed.):* Law and Mental Health, International Perspectives. Pergamon Press, New York: Vol.5.
Schorsch, E., Galedary, G., Haag, A., Hauch, M. & Lohse, H. (1985):
Perversion als Straftat. Dynamik und Psychotherapie. Springer, Berlin.
Schott, M. et al. (1991):
Grundsätzliche Überlegungen für eine Neufassung des Maßregelvollzugsgesetzes in Niedersachsen (unveröffentlicht).
Schüler-Springorum, H. (1986):
Anmerkung zum BGH-Urteil vom 25.07.1985 - 1 StR 241/85. Strafverteidiger: 479.
Schüler-Springorum, H. et al. (1996):
Sexualstraftäter im Maßregelvollzug - Gutachten der unabhängigen Expertenkommission vom 31.01.1996. Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform, 79. Jg., 3: 148-201.
Schüler Springorum, H. (1998):
Rechtliche Konsequenzen bei gefährlichen Tätern? – Überlegungen zu einer Maßregelreform. Recht & Psychiatrie. 1: 25-32.
Schütze, G. & Hotamanidis, S. (1989):
Psychotherapie mit jugendlichen Straftätern - eine Fallstudie. In: *Du Bois (Hrsg.):* Praxis und Umfeld der Kinder- und Jugendpsychiatrie: 137-144.
Schuler, S. (1988):
Maßnahmen der Besserung und Sicherung gemäß der Paragraphen 62, 64 StGB. Forensia, 9: 1-10.
Schulte, D. (1993):
Wie soll Therapieerfolg gemessen werden? Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie: 22: 374-393.
Schultze, N. (1986):
Rehabilitation im Maßregelvollzug. Recht & Psychiatrie, 4: 102-105.
Schumann, V. (1987):
Psychisch kranke Rechtsbrecher. Enke: Stuttgart.
Schumann, V. (1989):
5 Jahre Maßregelvollzug im Westfälischen Zentrum für Forensische Psychiatrie. In: Sozialpsychiatrische Informationen Nr.4, Maßregelvollzug, Forensik: Bonn.
Schumann, V. (1993):
Maßstäbe und Grundsätze für die Personalausstattung von forensisch-psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene - ein Entwurf. Recht & Psychiatrie, 11: 11-16.
Sechrest, L.B., White, S.O. & Brown, E.D. (Eds.) (1979):
The rehabilitation of criminal offenders: Problems and prospects. Washington D.C.: National Academy of Sciences.
Seidenstücker, G. & Baumann, U. (1987):
Multimodale Diagnostik als Standard in der Klinischen Psychologie. Diagnostica, 33: 243-258.
Seidler, E. (1979):
Ethik. In: *E. Seidler (Hrsg.)*, Wörterbuch medizinischer Grundbegriffe.
Seifert, D. (1996):
Drogenabhängige Straftäter im Maßregelvollzug - Neue epidemiologische Daten zur Unterbringung gemäß §64 StGB in NW-. Vortrag bei der 11. Münchener Herbsttagung der Arbeitsgemeinschaft für Forensische Psychiatrie (AGFP) 25./26.10.1996
Seifert, D. & Leygraf, N. (1997a):
Straftaten während und nach einer Behandlung im Maßregelvollzug gemäß § 63 StGB. Sonderdruck, Deutsche Richter Zeitung: 338-345.
Seifert, D. & Leygraf, N. (1997 b):
Die Entwicklung des psychiatrischen Maßregelvollzugs (§ 63 StGB) in NW. Psychiatrische Praxis 24: 237-244.
Seifert, D. & Leygraf, N (1999):
Drogenabhängige Straftäter im Maßregelvollzug. Ergebnisse einer Querschnittserhebung. Nervenarzt. 70: 450-456.
Seiler, D. & Schuler, S. (1993):
Erfolgskontrolle und Langzeitentwöhnungstherapie bei Heroin und Mehrfachabhängigen. Deutsche medizinische Wochenzeitschrift, 3: 858-862.
Selbmann, H. (1990):
Konzeption, Voraussetzung und Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen im Krankenhaus. Das Krankenhaus 11: 470-474.

Selg, H., Mees, U. & Berg, D. (1988):
Psychologie der Aggressivität. Göttingen.
Serin R.C. (1995):
Treatment Responsivity Criminal Psychopaths: Forum on Corrections Research, 7: 23-26.
Shapiro, D. A. & Shapiro, D. (1983):
Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: A replication and refinement. Psychological Bulletin, 92: 581-604.
Silver, S. B. & Tellefsen, C. (1991):
Administrative issues in the follow-up treatment of insanity acquittees. Journal of Mental Health Administration, 18: 242-252.
Smith, M.L., Glass, G.V. & Miller (1980):
The Benefits of Psychotherapy. Baltimore. Md: John Hopkins University Press.
Sosowsky, L. (1986):
Crime and the Mentally Ill. American Journal of Psychiatry, 143: 276-277.
Soyka, M., Banzer, K., Buchberger, R., Völkl, M., Naber D. (1997):
Methadon-Substitution Opioidabhängiger – Katamnestische Ergebnisse und klinische Erfahrungen eines 7-jährigen wissenschaftlichen Forschungsprojektes. D, 16: 347-52.
Speer, F. (1983):
Praktische Erfahrungen in der stationären Behandlung von Gewalttätern. Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform, 66 (6): 368-376.
Speier, R. & Nedopil, N. (1992):
Abweichungen zwischen Fremd- und Selbstbild bei persönlichkeitsgestörten Sexualdelinquenten und ihre Relevanz bei Prognoseentscheidungen. Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform, 75.Jg., 1: 1-9.
Spengler u. a. (1989):
Psychiatrische Institutionsambulanz - praktische Erfahrungen und empirische Ergebnisse. In: *H.,Hippius et al. (Hrsg.),* Rehabilitation in der Psychiatrie, Berlin: 200-208.
Spengler (Memorandum) (1998):
„Memorandum zu den Auswirkungen des Gesetzes zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten Dez. 1997. Recht & Psychiatrie, 1: 62-63.
Staudacher, K. (1986):
Zur psychosozialen Situation psychiatrisch untergebrachter Straftäter. Unveröfftlichte Dissertation, Ulm.
Steadman, H. (1973):
Follow-up on Baxstrom, patients returned to hospitals for the criminal. American Journal of Psychiatry, 130: 317-319.
Steadman, H. & Cocozza (1974):
Careers of the Criminally Insane. Lexington Books, Lexington, Massachuset.
Steadman, H., Mulvey, E., Monahan, J., Robbins, P., Appelbaum, P., Grisso, T., Roth, L., Silver, E. (1998):
Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. Archives of General Psychiatry, 55: (5): 393-401. Mac Arthur Research Network on Mental Health and Law.
Stein, L. I. & Test, M. A. (1985):
The evalution of the training in community living model. In: *L. Stein & M.A. Test (Eds.):* The training in community living model: A decade of experience. Jossey-Bass, San Francisco: 7-15.
Steller, M. (1977):
Sozialtherapie statt Strafvollzug.
Steller, M. (1993):
Über Unbelehr- und Unbehandelbare - Chancen und Defizite der Psychologie im behandlungsorientierten Strafvollzug. In: *N. Leygraf, R. Volbert, H. Horstkotte & S. Fried (Hrsg.):* Die Sprache des Verbrechens - Wege zu einer klinischen Kriminologie. Festschrift für Wilfried Rasch zur Emeritierung. Kohlhammer, Stuttgart.
Steller, M. (1994):
Behandlung und Behandlungsforschung - Einführung in Forschung und Praxis. Centaurus, Pfaffenweiler: 3-12.
Steller, M., W. Hommer, Zienert (Hrsg.) (1978):
Modellunterstützendes Rollentraining, Berlin.
Steller, M., Dahle, K.-P., Basqué M. (1994):
Straftäterbehandlung. Argumente für eine Revitalisierung in Forschung und Praxis. Studien und Materialien zum Straf- und Maßregelvollzug. Centaurus, Pfaffenweiler.
Stemmer-Lück, M. (1980):
Die Behandlungsindikation bei Straffälligen. Kriminologische Studien, Bd. 34, Göttingen.
Stemmer-Lück, M. & Rasch, W. (1982):
Diagnostik in der Sozialtherapie, In: *H. Bommert & S. Schmidtchen (Hrsg.):* Verhaltensmodifikation, Stuttgart u. a.: 179-202.
Stieglitz, R.-D. (1986):
Erfassung von Veränderungen. Theoretische und empirische Beiträge. Berlin.
Stolpmann, G. (1996):
Maßregelbehandlung und Qualitätssicherung, Recht & Psychiatrie, 14: 44-55.
Stumme, W. (1993)
In: M. Gebauer & J.M. Jehle *(Hrsg.)*: Die strafrechtliche Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus. Reihe Kriminologie und Praxis. Schriftenreihe der Kriminologischen Zentralstelle e.V., Bd.13, Wiesbaden: 175-180.
Sulz, S.K. (1990):
Das Verhaltensdiagnostiksystem VDS: Von der Anamnese zum Therapieplan. 2. Aufl., CIP.
Swanson J., Estroff S., Swartz, M. et al (1997):
Violence and severe mental disdorder in clinical and community populations: The effects of psychotic symptoms. Comorbidity and lack of treatment. Psychiatry. 60: 12-22.

StVollzG (1999):
Strafvollzugsgesetz, Beck Texte, München, 14. Aufl.
Tansinna, A. & Müller-Isberner, J.R. (1993):
Forensic psychiatric aftercare following hospital order treatment. Regional Conference of the International Academy of Law and Mental Health on „Treatment of Forensic Patients“, 13.-15.10.1993, Klinikum Großhadern München.
Tarrier, N., Beckett, R., Harwood, S., Baker, A., Yusupoff, L. & Ugarteburu, I. (1993):
A trial of two cognitive-behavioural methods of treating drug-resistant residual psychotic symptoms in schizophrenic patients: I. Outcome. British Journal of Psychiatry. 162: 524-532.
Taube, C, Morlock, L., Burns, B & Santos, A. (1990):
New directions in research on assertive community treatment. Hospital and Community Psychiatry, 41: 642-747.
Taylor, P. & Gunn, J. (1984):
Violence and Psychosis - Risk of Violene among Psychotic Men. British Medical Journal. 288: 1945-1949.
Tennent, G. & Way, C. (1984):
The English Special Hospital - A 12-17 year follow-up study: A comparison of violent and non-violent re-offenders and non-offenders. Medicine, Science and Law. 24: 81-91.
Teplin, L. (1985):
The criminality of the mentally ill: A dangerous misconception. American Journal of Psychiatry, 142: 593-599.
Thompson, K., Griffith, E. & Leaf, P. (1990):
A historical review of the Madison model of community care. Hospital and Community Psychiatry, 41:625-634.
Thornberry & Jacoby (1979):
The criminally insane: a community follow-up of mentally ill offenders. Chicago: University of Chicago Press.
Thornton D. M. (1987):
Treatment and effects on recidivism: A reappraisal of the ´nothing works` doctrine. In: *B.J. McGurk, D.M.Thornton & M. Williams (Eds)*. Applying Psychology to Imprisonment. London: HMSO: 181-189.
Thornton D. & Hogue T. (1993):
The large scale provision of programmes for imprisonment sex offenders: Issures, dilemmas and progress. Criminal Behaviour and Mental Health. 3: 371-380.
Toelle, R. (1986):
Persönlichkeitsstörungen. In: *Kisker, KP, Lauter H., Meyer J-E., Müller C., Strömgren E., Kammeier H. (Hrsg.)*: Straftäter in der Psychiatrie. Situationen und Tendenzen des Maßregelvollzuges. Enke, Stuttgart: 121-141.
Toelle R. (1991):
Entlassungs- und Risikoprognose bei psychisch kranken Tätern. Spektrum. 20: 204-211.
Tong, J.E. & Mackay, G.W. (1958):
A statistical follow-up of mental defectives of dangerous or violent propensities. British Journal of Delinquency, IX: 276-284.
Trochim, William M.K. (1989):
An introduction to concept mapping for planning and evaluation. Evaluation and Program Planning. Vol.12: 1-16.
Underdown, A. (1998):
Strategies for Effective Offender Supervision: Report of the HMIP: What Works Project. London: Home Office.
Vaillant, P., Antonowicz, D.-H. (1991):
Cognitive behavior therapy and social skills training improves personality and cognition in incarcerated offenders. In: Laurentation U of Sudbury, Ontario, Canada. Psychological Reports Feb. Vol.68 (1): 27-33.
Venzlaff, U. (1977):
Der psychisch kranke Rechtsbrecher im psychiatrischen Krankenhaus. Spektrum, 6: 3-14.
Venzlaff, U. (1989):
Was ist Delinquenz und was kann man daran behandeln? Gedanken über Aufgaben und Möglichkeiten des Maßregelvollzuges. Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform, 72 (2): 161-168.
van Vliet, J-A. (1989):
TBS proefverlof en recidive. Proces: 304-308.
Volckart, B. (1990):
The rights of mental patients under commitent order. In: *D.N. Weisstub (Ed.):* Law and Mental Health: International Perspectives, Vol.5, Pergamon Press, New York: 120-125.
Volckart, B. (1991):
Maßregelvollzug. Das Recht des Vollzuges der Unterbringung nach §§ 63, 64 StGB in einem psychiatrischen Krankenhaus und in einer Entziehungsanstalt, Neuwied 3.Aufl..
Volckart, B. (1999):
Maßregelvollzug. Das Recht des Vollzuges der Unterbringung nach §§ 63, 64 StGB in einem psychiatrischen Krankenhaus und in einer Entziehungsanstalt, Neuwied 6.Aufl..
Volckart, B. (1992):
Anmerkungen zu KG, Beschl. v. 09.01.1991- 5 WS 413/ 90, Recht & Psychiatrie: 32.
Volckart, B. (1996):
Vorschläge der Leiter der öffentlichen psychiatrischen Krankenhäuser zur Reform des Maßregelrechts. Recht & Psychiatrie: 14, 79-80.
Volckart, B. (1998):
Die Aussetzungsprognosen nach neuem Recht. Recht & Psychiatrie. 16: 3-11.
Wagner, B. (1989):
Sind psychiatrische Therapiemethoden „gerecht"? Recht & Psychiatrie: 49 ff.

Wagner, B. (1995):
In: *H. Kammeier (Hrsg.):* Maßregelvollzugsrecht. De Gruyter, Berlin, NY: 361-408: Verwaltungsverfahren (Kap.J: 361-375), Effektiver Rechtsschutz als Programm (Kap. K: 376-408).
Waldliesborner Thesen (1985):
s.: Babatz, H. et al.. Strafverteidiger: 478-479.
Waldo, G. & Griswold, D. (1979):
Issues in the measurement of recidivism. In: *L. Sechrest, S.O. White & E. D. Brown (Eds.)*: The Rehabilitation of Criminal Offenders: Problems and Prospects. National Academy of Sciences, Washington DC: 225-250.
Walters, G. (1990):
The Criminal Lifestyle. London: Sage Publications.
Walters, G.-D., Revella, L., Baltrusaitis, W.-J. (1990):
Predicting parole/probation outcome with the aid of the Lifestyle Criminality Screening Form. Psychological Assessment, Sep. Vol.2 (3): 313-316.
Warmuth, M. (1990):
Drei Jahre forensisch-psychiatrische Ambulanz in Berlin-West. Aufbau-Erfahrungen-Konsequenzen. Recht & Psychiatrie, 8. Jg., 109-120.
Warmuth, N. (1995):
Die Prognose von Urlaub und Ausgang. Ein Vergleich zwischen Maßregelvollzugspatienten und Strafgefangenen. Recht & Psychiatrie, 13 *(1)*: 15-19.
Watts, F., Powell, G.V. & Austin, C.V. (1973):
The modification of abnormal beliefs. British Journal of Medical Psychology, 46: 359-363.
Waxweiler, R. (1980):
Psychotherapie im Strafvollzug.
Webster, C.D., Eaves, D., Douglas, K. & Wintrup, A. (1995):
The HCR-20 Scheme: The Asessment of Dangerousness and Risk. Barney, BC: Simon Fraser University.
Webster, CD, Douglas, K.S., Eaves, D. & Hart, SD. (1997):
HCR-20: Asessment Risk for Violence. Version 2. Kanada, Mental Health, Law and Policy Institute, Simon Fraser University Burnaby, B.C., Canada.
Wegener, H., Köhnken, G. & Steller, M. (1988):
Recht. In: D. *Frey, G.G. Hoyas & D. Stahlberg (Hrsg.),* Angewandte Psychologie. Ein Lehrbuch. Psychologie Verlags Union, München: 342-362.
Wegener, H., Lösel, F. & Haisch, J. (Eds.) (1989):
Criminal Behavior and the Justice System. Psychological Perspectives. Springer, New York.
Weidner, J. & Wolters, J., M. (1991):
Aggression und Delinquenz: Ein spezialpräventives Training für gewalttätige Wiederholungstäter. Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform, 74, (4), 210-223.
Weig, W. (1989):
Nachteile und Risiken ambulanter und stationärer psychiatrischer Behandlung. In: *H.Hippius, et al. (Hrsg.):* Rehabilitation in der Psychiatrie, Berlin: 196-200.
Welter-Enderlin, R. (1983):
Der systemorientierte Ansatz in ambulanten undstationären Diensten. Praxis der Psychotherapie undPsychosomatik, 28: 283-292.
Westfälischer Arbeitskreis „Maßregelvollzug" (1991):
Lockerung im Maßregelvollzug (§63 StGB) - ein „kalkuliertes Risiko". Neue Zeitschrift für Strafrecht. 2: 64-70.
Wexler, D. B. (1990):
Therapeutic Jurisprudence: The Law as a Therapeutic Agent, Durham, NC, Carolina Academic Press.
Whitehead, J. & Lab, S. (1989):
A meta-analysis of juvenile correctional treatment. Journal of Research in Crime and Delinquency, 26: 276-295.
Wiederanders, M.R. (1990):
The effectiveness of the conditional release program. Sacramento: California Department of Mental Health.
Wiederanders, M.R. (1992):
Recidivism of disordered offenders who were conditionally vs. unconditionally released. Behavioral Sciences and the Law, 10: 141-148.
Wiederanders, M., Bromley, D. Choate, P. (1997):
Forensic Conditional Release Programs and Outcomes in Three States. International Journal of Law and Psychiatry. 20 (2) 2: 249-257.
Wille, R., Schumacher, W., Andrzejak, N. (Hrsg.) (1990):
Zur Therapie von sexuell Devianten. Diesbach, Berlin.
Wilson, D.,Tien, G. & Eaves, D. (1995):
Increasing the community tenure of mentally disordered offenders: An assertive case management program. International Journal of Law and Psychiatry, 18 (1): 61-69.
Winick, B. (1994):
The right to refuse mental health treatment. International Journal of Law and Psychiatry. Vol.17, No.1: 99-117.
Witheridge, T. & Dincin, J. (1985):
The Bridge: An assertive outreach program in an urban setting. In: *L. Stein & M.A. Test (Eds.):* The training in community living model: A decade of experience. Jossey-Bass, San Francisco: 65-76.
Wittmann, W.W. (1985):
Evaluationsforschung. Berlin.

Wittmann, W.W. & Matt, G. (1986):
Metaanalyse als Integration von Forschungsergebnissen am Beispiel deutschsprachiger Arbeiten zur Effektivität von Psychotherapie. Psychologische Rundschau, 37: 20-40.
Wong, M., Lumsden, J., Fenton, G.; Fenwick, P. (1993):
Violence ratings of special hospital patients. Journal of Forensic Psychiatry, 4 (3): 471-480.
Wycisk P. & Noeres P. (1991):
Strafvollzug als Therapieziel? Zu den Problemen der Vollstreckungsreihenfolge nach § 67Abs.2 StGB, Recht & Psychiatrie: 114.
Zielke, M. (1982):
Diagnostik in der Psychotherapie. In: *H. Bommert & S. Schmidtchen (Hrsg.)*: Verhaltensmodifikation, Stuttgart u. a..
Zielke, M. (1993):
Wirksamkeit stationärer Verhaltenstherapie. Beltz Psychologie Verlags Union, Weinheim.

29 Abkürzungen

a. a. O.	am angeführten Ort
Abs.	Absatz
Anm.	Anmerkung
Art.	Artikel
AusfBest	Ausführungsbestimmung
bayer. UBG	bayerisches Unterbringungsgesetz
bw. UBG	baden-württembergisches Unterbringungsgesetz
Beschl.	Beschluß
BGH	Bundesgerichtshof
BGBl	Bundesgesetzblatt
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
EinwG	Einweisungsgesetz (ehemaliges ostdeutsches)
GesE	Gesetzesergänzung
JGG	Jugendgerichtsgesetz
JVKostO	Justizverwaltungskostenordnung
KG	Kammergericht
LG	Landesgericht
LK	Leipziger Kommentar zum Strafgesetzbuch
MRK	Europäische Menschenrechtskonvention
MRVG	Maßregelvollzuggesetz (entspr.: MvollzG)
NStZ	Neue Zeitschrift für Strafrecht
NJW	Neue Juristische Wochenzeitschrift
öStVG	österreichisches Strafvollzugsgesetz
öStGB	österreichisches Strafvollgesetzbuch
OLG	Oberlandesgericht
PsychKG	(Landes-) Gesetz über Hilfen für psychisch Kranke und Schutzmaßnahmen
Rdn.	Randnummer
S.	´Satz` bei Gesetzesinhalten, ansonsten´Seite`
SGB	Sozialgesetzbuch
StGB	Strafgesetzbuch
StG	Strafgesetz
StV	Strafverteidiger (Zeitschrift)
StVG	Strafvollzugsgesetz
StVollzG	Strafvollzugsgesetz
StVollzÄndG	Strafvollzugsänderungsgesetz
StVK	Strafvollstreckungskammer
UnterbG	Unterbringungsgesetz
ZfStrVo	Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe
Ziff.	Ziffer
BKH	Bezirkskrankenhaus
BtmG	Betäubungsmittelgesetz
EinwG	Einweisungsgesetz
FK	Fachklinik
KHS	Krankenhaus
LKH	Landeskrankenhaus
PLK	Psychiatrische Landesklinik
ZKH	Zentralkrankenhaus
Apr.	April /April
Dec.	Decembre
Feb.	February /Februar
Aut.	Autumn
Abb.	Abbildung
Aufl.	Auflage
Abt. / Abtl.	Abteilung
allg.	allgemein
amb.	ambulant
Bd.	Band
bspw.	beispielsweise
bzw.	beziehungsweise
d. h.	das heißt
Diss.	Dissertation
chapt.	Chapter
entspr.	entsprechend

et al.	et alias
forens.	Forensisch / -e
gem.	gemäß
ggfls.	gegebenenfalls
i. Dr.	in Druck
i. d. R.	in der Regel
i. d. S.	in diesem Sinn
i. e. S.	im engeren / im eigentlichen Sinne
i. S. v.	im Sinne von
i. V. m.	in Verbindung mit
incl.	inklusive
insb.	insbesondere
insg.	insgesamt
i. Ü.	im Übrigen
i.V. m.	im Verein mit
Jg.	Jahrgang
Kap.	Kapitel
KV	Kassenärztliche Vereinigung
LG	Landgericht
lt.	Laut
Min. / min.	Minimum
Max. / max.	Maximum
MRVZ	Maßregelvollzug
MRVZG	Maßregelvollzugsgesetz
n.	nach
Pat.	Patient
psychiatr.	psychiatrisch
resp.	respektive
s.	siehe
S.	Seite resp. ´Satz` (Gesetzestext)
stat.	stationär
Tab.	Tabelle
therap.	therapeutisch
überarb.	überarbeitet/ überabeitete
unveröfftl.	unveröffentlicht
p.	page
u. a.	und andere / anderes bzw.: unter anderem
u. v. m.	und vieles mehr
v.	von
v. a.	vor allem
vgl.	vergleiche
Vol.	Volume
Vorb.	Vorbereitung
i. Vorb.	in Vorbereitung
WG	Wohngemeinschaft
z. B.	zum Beispiel
StVt	Strafverteidiger

Bayr	Bayern	bayr.	bayerisch
Bln	Berlin		
bln.	Berliner		
Bbg	Brandenburg	bbg.	Brandenburger
B-W	Baden-Württemberg	bw.	baden-württembergisch
Bre	Bremen	bre.	bremer
Hbg	Hamburg		
hamb.	hamburger		
Hess	Hessen	hess.	hessisch
MeVo	Mecklenburg-Vorpommern		
Nds	Niedersachsen	nds.	niedersächisch
NW	Nordrhein-Westfalen	nw.	nordrhein-westfälisch
RhPf	Rheinland-Pfalz	rhpf.	rheinland-pfälzisch
SaAn	Sachsenanhalt		
Saar	Saarland	saar.	Saarländisch
Sachs	Sachsen	sachs.	sächsisch
Schl-Holst	Schleswig Holstein	schl.-holst.	schleswig-holsteinisch

30 Anhang 30-371
30.1 Fragenkatalog 30-371
30.2 Fragenkatalog - Folgeerhebungen 30-378
30.2.1 Fragenkatalog II zur Nacherhebung 01.01.1995 30-378
30.2.2 Leitfaden zu den Folgeerhebungen 30-379

30 Anhang

30.1 Fragenkatalog

Fragenkatalog I - Stichtag 01.01.1993

1. Einrichtung
   a) Name und Anschrift der Einrichtung:
      .....
   b) Bundesland:
      .....

2. Einzugsbereich der Einrichtung:
      .....

3. Kontaktperson(Rückfragen): Name, Tel.:
      .....

4. Anzahl der Maßregelvollzugspatienten zum Stichtag 01.01.1993
      |_|_|_|

5. Verteilung nach Geschlecht: weiblich: |_|_| männlich: |_|_|_|

6. Verteilung nach Einweisungsgrundlage: §64 StGB |_|_|_| §63 StGB |_|_|_|

7. Altersstruktur der Patienten: Anzahl

unter 18	18-21	22-30	31-40	41-60	über 60 Jahre
|_|_|_|	|_|_|_|	|_|_|_|	|_|_|_|	|_|_|_|	|_|_|_|

8. Unter welchen psychiatrischen Störungen leiden die Patienten?
   Bitte geben Sie zu den u. g. Diagnoseklassen (Hauptdiagnose/Einweisung) jeweils die Anzahl der betroffenen Patienten an.

	Anzahl
01 Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis	|_|_|
02 affektive Psychosen	|_|_|
03 Neurosen und psychosomatische Erkrankungen	|_|_|
04 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	|_|_|
05 Sucht	|_|_|
06 Organische Psychosen und Persönlichkeitsveränderungen	|_|_|
07 altersbedingte Erkrankungen	|_|_|
08 neurologische Erkrankungen	|_|_|
09 Oligophrenien	|_|_|
98 Sonstige und welche	|_|_|

9. Wie setzt sich die Patientengruppe hinsichtlich der Einweisungsdelikte zusammen? Bitte geben Sie zu den unten aufgeführten Deliktklassen die jeweilige Anzahl der Patienten an.

	Anzahl
01 Mord und Totschlag	|_|_|

02 Körperverletzung
|_|_|
03 Vergewaltigung mit Körperverletzung
|_|_|
04 sonstige Sexualdelikte
|_|_|
05 Raub
|_|_|
06 Diebstahl
|_|_|
07 Betrug
|_|_|
08 Erpressung / Entführung
|_|_|
09 BtmG
|_|_|
10 Brandstiftung
|_|_|
11 Ladendiebstahl
|_|_|
12 andere und welche .....
|_|_|

10. Besteht die Möglichkeit ambulanter Nachsorge *(an Maßregelvollzug angegliedert)*?
0|_| Nein
1|_| Eigene forensische Institutsambulanz
2|_| Institutionalisierter Vermittlungs- und Beratungsdienst für niedergelassene Therapeuten oder in die Therapie eingebundene, nachsorgende Einrichtungen und deren Mitarbeiter.

11. Bestand ambulanter Patienten zum Stichtag
a) Wieviele Patienten wurden zum Stichtag ambulant behandelt?
|_|_|
b) Verteilung nach Geschlecht: weiblich |_|_| männlich |_|_|
c) Verteilung nach Einweisungsgrundlage § 64 StGB|_|_| § 63 StGB|_|_|

12. Anzahl derjenigen Patienten die nur deswegen nicht entlassen werden konnten, da kein ambulantes Therapieangebot besteht |_|_|

13. Gründe warum keine ambulante Therapie durchgeführt werden kann:
Pat.anzahl
0 es gibt kein ambulantes Therapieangebot
|_|_|
a das erforderliche spezifische ambulante Therapieangebot ist nicht vorhanden
|_|_|
b Patient verweigert die Therapie
|_|_|
c Warteliste: Patient wartet seit > 12 Wochen auf Therapieplatz
|_|_|
d Therapeut hat die Therapie nicht übernommen
|_|_|
e finanzielle Gründe
|_|_|
f organisatorische Gründe und welche .....
|_|_|
g verwaltungstechnische Gründe und welche .....
|_|_|
h sonstige Gründe und welche .....
|_|_|

14. Wieviele der Patienten waren am Stichtag im Rahmen des stationären Maßregelvollzuges in Psychotherapie?
|_|_|

15. Wieviele der Maßregelvollzugspatienten erhielten zum Stichtag weiterführende ambulante psychotherapeutische Behandlung?
|_|_|

16. Wieviele der Patienten wurden 1992 entlassen?
|_|_|

17. Wieviele Patienten wurden 1992 entlassen an:
1 niedergelassenen Therapeuten
|_|_|
2 Institutsambulanz der Forensischen Abteilung
|_|_|
3 Institutsambulanz der Klinik
|_|_|
4 keine Nachbetreuung
|_|_|
9 unbekannt
|_|_|

18. Mit welchen komplementären Nachsorgeeinrichtungen arbeiten Sie wie häufig zusammen ? 1|_|häufig 2|_|selten 3|_|nie

a Beratungsstellen	|_|	|_|	|_|
b Wohngruppen	|_|	|_|	|_|
c beschützende Werkstätten	|_|	|_|	|_|
d therapeutische Tagkliniken	|_|	|_|	|_|
e andere betreuende Einrichtungen	|_|	|_|	|_|
f Selbsthilfegruppen	|_|	|_|	|_|
g sonstige private Initiativen, welche?	|_|	|_|	|_|
h Vereine / welche?	|_|	|_|	|_|
i sonstige und welche?.....	|_|	|_|	|_|

19. Inwieweit decken die für Sie nutzbaren Nachsorgeeinrichtungen den realen Bedarf?
1|_| zufriedenstellend
2|_| nur anteilig zufriedenstellend
3|_| unzureichend

20. Welche Nachsorgeeinrichtungen fehlen für Ihre Patienten?

a Beratungsstellen	1|_|häufig	2|_|selten	3|_|nie
b Wohngruppen	1|_|	2|_|	3|_|
c beschützende Werkstätten	1|_|	2|_|	3|_|
d therapeutische Tagkliniken	1|_|	2|_|	3|_|
e andere betreuende Einrichtungen	1|_|	2|_|	3|_|
f Selbsthilfegruppen	1|_|	2|_|	3|_|
g sonstige private Initiativen, welche?	1|_|	2|_|	3|_|
h Vereine / welche?	1|_|	2|_|	3|_|
i sonstige und welche?.....	1|_|	2|_|	3|_|

21. Wie beurteilen Sie in Ihrer Einrichtung die Zusammenarbeit zwischen intra- und extramuralen therapeutischen Betreuungsangeboten
0|_|keine 1|_|ausreichend gut 2|_|unbefriedigend 9|_|sonstiges

22. Seit welchem Zeitpunkt besteht eine forensische Ambulanz?
Datum:.....

23. Hat sich die Form der ambulanten Therapie seither geändert?
1|_| Ja 2|_| Nein

Wenn Ja, inwiefern?

.....

24. Seit wann besteht das aktuelle ambulante Therapieangebot? *Datum:.....*

25. Aktuelle Anschrift der Ambulanz:
.....

26. Unter welchen psychiatrischen Störungen (Hauptdiagnose) leiden die ambulant behandelten Patienten? Bitte geben Sie zu u.g. Diagnoseklassen jeweils die Anzahl der betroffenen Patienten an.

	Anzahl
01 Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis	|_|_|
02 affektive Psychosen	|_|_|
03 Neurosen und psychosomatische Erkrankungen	|_|_|
04 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	|_|_|
05 Sucht	|_|_|
06 Organische Psychosen und Persönlichkeitsveränderungen	|_|_|
07 altersbedingte Erkrankungen	|_|_|
08 neurologische Erkrankungen	|_|_|
09 Oligophrenien	|_|_|
98 Sonstige und welche?	|_|_|

27. Wie setzt sich die Gruppe der ambulant behandelten Patienten hinsichtlich der Einweisungsdelikte zusammen? Bitte geben Sie zu den aufgeführten Deliktklassen die jeweilige Anzahl der Patienten an.

	Anzahl
01 Mord und Totschlag	|_|_|
02 Körperverletzung	|_|_|
03 Vergewaltigung / Körperverletzung	|_|_|
04 sonstige Sexualdelikte	|_|_|
05 Raub	|_|_|
06 Diebstahl	|_|_|
07 Betrug	|_|_|
08 Erpressung / Entführung	|_|_|
09 BtmG	|_|_|
10 Brandstiftung	|_|_|
11 Ladendiebstahl	|_|_|
12 andere und welche?	|_|_|

28. Welche ambulanten Angebote zur Psychotherapie bestehen konkret?
    00 keine 1|_| Ja 2|_| Nein
    01 regelmäßige Gespräche (keine Psychotherapie i.e.S.)
       1 bei einem Psychotherapeuten 1|_| Ja 2|_| Nein
       2 bei einem Sozialarbeiter 1|_| Ja 2|_| Nein
       3 bei einem Geistlichen 1|_| Ja 2|_| Nein
       4 bei anderer Person und wem 1|_| Ja 2|_| Nein
    02 Psychotherapie: Gruppentherapie 1|_| Ja 2|_| Nein
       Therapieausrichtung .....
    03 Psychotherapie: Einzeltherapie 1|_| Ja 2|_| Nein
       Therapieausrichtung .....
    09 sonstiges und welche? 1|_| Ja 2|_| Nein

29. Welche Aufgabenbereiche deckt die ambulante Versorgung ab?
    01 allgemeine Nachsorge: 1|_| Ja 2|_| Nein
       1 Beratung des Patienten 1|_| Ja 2|_| Nein
       2 sozialpädagogische Betreuung 1|_| Ja 2|_| Nein
    02 Psychotherapie 1|_| Ja 2|_| Nein
    03 psychiatrische Behandlung 1|_| Ja 2|_| Nein
    04 allgemeinmedizinische Behandlung 1|_| Ja 2|_| Nein
    05 Krisenintervention 1|_| Ja 2|_| Nein
    06 Vermittlerfunktion gegenüber
       1 komplementären versorgenden Einrichtungen 1|_| Ja 2|_| Nein
       2 Vertretern der Seite der Justiz 1|_| Ja 2|_| Nein
         (Gericht, Bewährungshilfe, Führungsaufsicht)
    07 beratende Funktion gegenüber
       1 komplementären versorgenden Einrichtungen 1|_| Ja 2|_| Nein
       2 Vertretern der Seite der Justiz 1|_| Ja 2|_| Nein
         (Gericht, Bewährungshilfe, Führungsaufsicht)
    08 Fortbildung externer Mitarbeiter 1|_| Ja 2|_| Nein
    09 Supervision
       in die Behandlung eingebundener Mitarbeiter 1|_| Ja 2|_| Nein
    10 Wissenschaftliche Begleitung des Projektes 1|_| Ja 2|_| Nein

30. Gab es seit dem Bestehen des Konzeptes der ambulanten Therapie
    entscheidende konzeptionelle Änderungen? 1|_| Ja 2|_| Nein
    Wenn Ja, welche:

.....
.....

31. Wird geplant, an dem therapeutischen Angebot in der Folgezeit etwas
    Entscheidendes zu verändern? 1|_| Ja 2|_| Nein
    Wenn Ja schildern Sie kurz was, wann und warum?

    ....
    .....
    .....

32. Wie wurde die ambulante Versorgung bisher finanziert?
    Bitte stufen Sie jeweils ein nach: |0| nicht |1| ganz |2| anteilig
    |_|1 eigene Mittel des MRVZ
    |_|2 Krankenkasse
    |_|3 Drittmittel, als eigenständiges Forschungsprojekt
    |_|4 Spenden
    |_|5 gerichtliche Abgaben
    |_|6 unentgeltliche Mitarbeit von Experten
    |_|7 Abgaben der Therapeuten aus eigenen Einkünften
    |_|8 sonstiges
.....

33. Erfolgt beim Übertritt in die ambulante Nachsorge ein Therapeutenwechsel?
    1 Weiterbehandlung durch stationären Therapeuten 1|_| Ja 2|_| Nein
    2 Weiterbehandlung ambulant durch neuen Therapeuten 1|_| Ja 2|_| Nein

34. Ausschlußkriterien für die Aufnahme einer ambulanten Behandlung?
    1 Abhängigkeit Alkohol oder Drogen 1|_| Ja 2|_| Nein
    2 schwere Persönlichkeitsstörung 1|_| Ja 2|_| Nein
    3 Minderbegabung 1|_| Ja 2|_| Nein
    4 schwere hirnorganische Beeinträchtigung 1|_| Ja 2|_| Nein
    5 andere und welche ..... 1|_| Ja 2|_| Nein

35. Welche Aufnahmebedingungen stellen Sie ansonsten für die Teilnahme an einer ambulanten Behandlung (Vermittlung)?

.....
.....

36. Wieviele Patienten hatten welche Verweildauer im Maßregelvollzug vor dem Eintritt in die ambulante Therapie?

1 Jahr	1-2 Jahre	3-4 Jahre	4-6 Jahre	6-8Jahre	über 8Jahre
|_|_|	|_|_|	|_|_|	|_|_|	|_|_|	|_|_|

37. Wieviele Mitarbeiter sind in welcher Funktion in der Ambulanz tätig?
    Funktion nach genauer Berufsbezeichnung
    .....
    .....

38. Wieviele Patienten wurden bis zum Stichtag insgesamt in das ambulante Therapieangebot aufgenommen?
    |_|_|

39. Wieviele Patienten hatten davon die ambulante Therapie bis zum Stichtag
    - erfolgreich beendet |_|_| - abgebrochen |_|_|

40. Vor welchem Hintergrund nahmen Patienten die Ambulanz in Anspruch?
    Anzahl
    1 bereits entlassen doch mit gerichtlicher Therapieauflage
    |_|_|
    2 aus dem Maßregelvollzug, zur Therapie beurlaubt
    |_|_|
    3 Bewährung mit Auflage zur Therapie
    |_|_|
    4 freiwillig
    |_|_|
    1 auf Empfehlung
    |_|_|
    2 aufgrund persönlicher Anbindung an den Therapeuten
    |_|_|
    3 durch Überweisung einer anderen Einrichtung (welcher)
    |_|_|
    5 keine Angabe möglich
    |_|_|

Nähere Angaben bezogen auf die am Stichtag ambulant behandelte Patientengruppe

41. Altersstruktur der ambulanten Patienten zum Stichtag:

unter 18	18-21	22-30	31-40	41-60	über 60 Jahre
|_|_|_|	|_|_|_|	|_|_|_|	|_|_|_|	|_|_|_|	|_|_|_|

42. Falls es sich um ein Projekt mit begrenzter Laufzeit handelt:
- Wie lange wird es in dieser Form noch bestehen?
  .....
  .....
- Was geschieht danach?
  .....
  .....
- Wie werden die therapiebedürftigen Patienten nach Beendigung des Projektes - *weiter* ambulant nach- versorgt?
  .....
  .....

43. Wie hoch war zum Zeitraum des Stichtages die Wartezeit auf einen ambulanten Therapieplatz? - im Durchschnitt: Wochen: |_|_|

44. Wie hoch war die Wartezeit für spezifisch ausgerichtete Psychotherapie? - im Durchschnitt: Wochen: |_|_|

45. Welches sind Ihrer Erfahrung nach die häufigsten Gründe für einen Abbruch der ambulanten Therapie seitens der Patienten?
.....
.....
.....
.....

46. Was sind Ihrer Erfahrung nach die häufigsten Probleme in der Behandlung psychisch kranker Rechtsbrecher aus der Sicht der Therapeuten ?
.....
.....
.....
.....

47. Was sind Ihre Erfolgskriterien hinsichtlich der Beurteilung einer erfolgreichen Therapie?
.....
.....
.....
.....

30.2 Fragenkatalog - Folgeerhebungen

30.2.1 Fragenkatalog II zur Nacherhebung 01.01.1995

"Fragenkatalog II zur Nacherhebung 01.01.1995"

1) Derzeitige Angebots- und Bedarfslage

a) Wie ist der aktuelle Bedarf nach ambulanter Nachsorge?

b) Hat sich an der Anzahl der ambulant behandelten Patienten zwischenzeitlich bzw. in der Tendenz etwas geändert?

c) Inwieweit können durch die inzwischen gegebenen organisatorischen Möglichkeiten derzeit die Patienten ausreichend ambulant versorgt werden?

d) Wie hoch ist derzeit der Anteil derjenigen Patienten, die nur deswegen nicht entlassen werden konnten, weil kein ambulantes Therapieangebot bestand?

2) Konzeptionelle Änderungen

a) Wurde die Form der ambulanten Nachsorge modifiziert?

b) Wie wird sich das Versorgungskonzept weiterhin gestalten?

c) Was wäre dbzgl. wünschenswert und konnte bislang noch nicht realisiert werden?

3) Erfahrungen:
Wie sind Ihre Erfahrungen in Hinblick auf die spezifische an Ihrer Einrichtung praktizierte Form der organisierten Nachsorge bislang differenziert zu werten

a) rückblickend auf die im Modell formulierten Zielsetzungen und

b) im Vergleich zu Leistungen anderer Formen der Nachsorge, wie bspw. konkret einer forensischen Institutsambulanz ?

Wo sehen Sie Vor- und Nachteile?
Wie stehen Sie zu einer Integration der Formen?)

4) Positiver Verlauf:

Bei welchem Anteil (Anzahl und Anteil %) der ambulanten Patienten verlief die ambulante Versorgung seit Beginn positiv (v. a. im rehabilitativen Sinne)?

Was sind Ihrer Einschätzung nach die dafür wesentlichen Kriterien?

5) Rückfälle und Krisen

a) Bei welchem Anteil, wievielen, der, in die ambulante Versorgung entlassenen Patienten, kam es nach welchem Zeitraum zu einem Rückfall?

b) Wie gestalteten sich die Rückfälle der ambulanten Patienten situativ und in Schwere und Ausmaß und mit welchen Konsequenzen?

c) Bei wie vielen der Patienten kam es zu einer Wiedereinweisung?

d) Was sind Ihrer Einschätzung nach wesentliche Aspekte / Kriterien in der Vermeidung / Prävention von Rückfällen?

e) Was sind Ihrer Einschätzung nach die wesentliche Faktoren die für die Auslösung von Rückfällen eine Rolle spielen?

6. Sonstige Angaben

30.2.2 Leitfaden zu den Folgeerhebungen

Leitfaden zur Ausgestaltung zum Fragenkatalog II respektive den Folgeerhebungen

I Zum Zeitraum seit Beginn des Modellprojektes

01. Wurden bisher katamnestische Untersuchungen durchgeführt 1|_|Ja 2|_| Nein
Wenn Ja, skizzieren Sie diese bitte kurz

.....

02. Derzeitige Anzahl stationärer Maßregelvollzugspatienten |_|_|_|

03. Anzahl der derzeit ambulant behandelten Patienten |_|_|

04. Wie viele wurden seit Bestehen des Versorgungsmodells ambulant behandelt? |_|_|

05. Anzahl der seit dem 01.01.93 ambulant behandelten Patienten |_|_|

06. Wie viele der seit Bestehen des Versorgungsmodells ambulant behandelten Patienten
haben ihre Therapie abgebrochen |_|_| beendet |_|_|
sind noch in ambulanter Behandlung |_|_|

07. Wieviele der zum 1.1.93 ambulant behandelten Patienten
haben ihre Therapie abgebrochen |_|_| beendet |_|_|
sind noch in ambulanter Behandlung |_|_|

08. Hat sich seit dem 1.1.93 / Termin der initialen Stichtagserhebung an der Struktur (Einweisungsdelikt/ Diagnose) der Gruppe ambulanter Patienten in der Tendenz etwas geändert? 1|_| Ja 2|_| Nein
Wenn Ja,
was?.....

09. Delikt *(entspr. s. initialen Erhebungsbogen)*
10. Diagnose *(entspr. s. initialen Erhebungsbogen)*

II Zur derzeitigen Angebots- und Bedarfslage

11. Wie hoch ist derzeit die Anzahl derjenigen stationären Patienten, die nur deswegen nicht entlassen werden konnten, weil kein ambulantes Therapieangebot bestand |_|_|

12. Inwieweit können derzeit die Patienten durch die inzwischen gegebenen organisatorischen Möglichkeiten ambulant versorgt werden?
1|_| zufriedenstellend 2|_| nur anteilig ausreichend 3|_| ungenügend

13. Wie ist der aktuelle Bedarf nach ambulanter Nachsorge?
1|_| alle bedürftigen Patienten können gut versorgt werden
2|_| ein Teil der bedürftigen Patienten sind
derzeit noch ohne ambulantes therapeutisches Angebot
Anzahl
|_|1 mit dabei noch zufriedenstellender Versorgung |_|_|
Gründe .....
|_|2 mit nur noch grenzwertig ausreichender Versorgung |_|_|
Gründe .....
|_|3 unzureichende Nachsorgesituation |_|_|
Gründe .....

14. Zur Verbesserung der Zusammenarbeit mit
|_|1 nachsorgenden komplementären Organisationen
|_|2 niedergelassenen Psychiatern und Ärzten
|_|3 niedergelassenen Psychotherapeuten
|_|4 Justiz
|_|5 anderen Einrichtungen (welche)
könnten welche konkreten Maßnahmen beitragen?
Zu: |1|:.....
|2|:.....
|3|:.....
|4|:.....
|5|:.....

15. Welche Bereiche der ambulanten Versorgung bzw. (komplementären) Nachsorge gestalten sich noch defizitär, sind ausreichend abgedeckt?

III Konzeptionelle Änderungen

17. Wurde die Form ambulanter Nachsorge modifiziert? 1|_| Ja 2|_| Nein
.....
.....
18. Wie wird sich das Versorgungskonzept weiterhin gestalten?
.....
.....
19. Was wäre dbzgl. wünschenswert und konnte bislang noch nicht realisiert werden?.
.....
.....

20. Wie beurteilen Sie Ihre Erfahrungen hinsichtlich der spezifischen bislang an Ihrer Einrichtung praktizierten Form organisierter Nachsorge
a) in der Gesamtschau?
.....
.....
b) mit Rückblick auf die, im Modell formulierten Zielsetzungen:
.....
.....
c) Im Vergleich zu Leistungen anderer Formen der Nachsorge
- wie bspw. konkret der einer forensischen Institutsambulanz ?
- Wo sehen Sie Vor- und Nachteile?
- Wie stehen Sie zu einem integrativen Modell beider Formen?
.....

IV Krisenhafte Entwicklungen, Rückfälle präventive Faktoren und Indikatoren

21. Bei wievielen, welchem Anteil, der bislang ambulant behandelten Patienten verlief die Entwicklung bisher positiv? Anteil % |_|_| Anzahl: |_|_|

22. Was sind Ihrer Ansicht nach die wesentlichen Faktoren dafür?
.....
.....

23. Rückfälle / krisenhafte Entwicklungen
a) Krisen in der Behandlung - wann und in welcher Form ?
.....
b) Wieviele der ambulanten Therapieverläufe verliefen ohne wesentliche Krisen, eher unauffällig? |_|_|
c) Bei wievielen, welchem Anteil, der, in die ambulante Versorgung entlassenen Patienten kam es nach welchem Zeitraum zu einem Rückfall?
Gründe / Anlaß: .....
.....
Wieviele ambulant behandelte Patienten wurden in dieser Zeit rückfällig? |_|_|
Wieviele der inzwischen entlassenen vordem ambulanten Pat. wurden rückfällig? |_|_|
Zeitpunkt nach der Entlassung: .....
Gründe / Anlaß: .....
.....

d) Bei wievielen der Patienten kam es zu einer Wiedereinweisung?
Gründe / Anlaß: .....
.....

e) Wie gestalteten sich die Rückfälle der ambulanten Patienten
- situativ,
- in Schwere und Ausmaß des Deliktes / der Erkrankung
- im Vergleich zum Einweisungsdelikt
- mit welchen Konsequenzen?
- traten mehrere Rückfälle auf und in welchem Zeitabstand?

f) Was sind Ihrer Einschätzung nach wesentliche Aspekte / Kriterien in der Vermeidung / Prävention von Rückfällen?

g) Was sind Ihrer Einschätzung nach die wesentliche Faktoren, die für das Auslösen von Rückfällen eine Rolle spielen ?

h) Wieviele dieser Patienten wurden wieder eingewiesen? |_|_|

i) Wie ist die Entwicklung der wiedereingewiesenen Patienten weiter verlaufen? (erneuter ambulanter Behandlungsversuch?)
.....
.....

V. Übergreifende und sonstige Angaben

Wieviele Pat. wurden seit Beginn des Projektes *(Datum:.....)*ambulant behandelt?|_|_|
Wieviele waren davon weiblich |_|_| männlich |_|_|
Wieviele beendeten davon die ambulante Behandlung |_|_|
Wieviele haben bisher die Behandlung definitiv abgebrochen? |_|_|
Wenn Ja, warum: .....
Wieviele davon haben die Behandlung verweigert? |_|_|
warum und mit welchen Konsequenzen ? .....
.....

Wie war die Akzeptanz des ambulanten Angebotes und worin war diese begründet?

Wie hoch ist derzeit die Wartezeit auf einen ambulanten Therapieplatz?
Anzahl / Wochen |_|_|

0 allgemein
1 Psychiater mit
2 ärztlichem Psychotherapeuten
3 psychologischem Psychotherapeuten
4 für spezifische Psychotherapie?
  4.1 Tiefenpsychologie, Psychoanalyse
  4.2 Verhaltenstherapie, kognitive Therapie
  4.3 sonstige Methoden, welche

Bei welcher Gruppe der o. g. niedergelassenen Therapeuten (Ärzte / Psychologen) ergeben sich in Hinblick auf die Zuteilung eines ambulanten Therapieplatzes für psychisch kranke Rechtsbrecher die größten
- Defizite |_| .....
- Erschwernisse |_| .....
- Wartezeiten |_| .....
Bitte begründen Sie kurz Ihre Angaben .....
.....

Therapieform, Dauer und falls möglich Frequenz der ambulant durchgeführten Behandlungen bisher ambulant vermittelter Patienten:
Bestenfalls aufgelistet zum Einzelfall unter Angabe von Diagnose (Einweisung) / Delikt
.....
.....

Falls Einzelfalldarstellung nicht möglich sind bitte untergliedern Sie die Behandlungsformen nach:

1. Therapie durch Psychiater |_|_|

1.1. vorrangig medikamentös ausgerichtete Behandlung |_|_|

.....

1.2. psychiatrische Behandlung primär mittels Psychotherapie |_|_|

Methode.....

Dauer .....

Frequenz .....

2. Psychotherapie durch niedergelassenen Psychologen |_|_|

Form / Methode .....

Dauer .....

Frequenz .....

31 LEBENSLAUF

PERSÖNLICHE DATEN

Karin Banzer

16.07.1959 in München
Fam.stand: verw. ein Kind

Eltern: Banzer, R., Erzieherin
Banzer, H. G., Volljurist (Univ.)

AUSBILDUNG

SCHULE

1978 Abitur, München

STUDIUM

1978 -`82 Politologie und Philosophie
Hochschule für Philosophie München (Gaststudium)

1978 –`82 Studien der Sozialpädagogik und der Sozialarbeit
Katholische Stiftungshochschule für Sozialwesen München (KSFH)

Abschlüsse:
- *Diplom Sozialpädagogin* (FH)
- *Diplom Sozialarbeiterin* (FH)

Schwerpunkte
Resozialisierung und Rehabilitation

Diplomarbeit
´Geschichte, Evaluation, Entwicklung des Modells therapeutischer Wohngruppen`
(1,0)

1983 –`89 **Studium der Psychologie**
Universitäten Freiburg, Würzburg (Vordipl.), München mit:

Abschluss:
- *Diplom Psychologin Univ.*

Zusatzabschlüsse zu folgenden Schwerpunkten
- *Klinische Psychologie*
- *Entwicklungspsychologie und Familienpsychologie*
- *Organisationspsychologie*

Diplomarbeit
Max Planck Institut München:
´Erkennen und Bewältigen innerfamiliärer Belastungsfaktoren` - Entwicklung, Erprobung, Evaluation eines Instrumentariums / Meß- und Erhebungsinstrumentes zu Früherkennung und Identifikation von Ressourcen und protektiven Faktoren von Familien im Coping mit besonderen Belastungen.
(1,0)

1989 -`92 **Postgraduierte Fortbildung zu den Themenbereichen:**
´Betriebswirtschaftslehre` und ´Personalführung` mit integrierten Praxismodulen und Hospitationen in ausgesuchten Unternehmen dazu Universität München

AUSLANDSAUFENTHALTE STUDIENAUFENTHALTE UND FORSCHUNGSREISEN

- diverse Auslandsaufenthalte zu Sprach- und Studienzwecken (z.B.: Großbritannien / London; Italien / Rom)
- diverse Forschungs- & Studienaufenthalte (v.a.: UK/Canada/NL/AU/ Schweiz)
- Untersuchungen zu und an diversen Einrichtungen zu den Themen Behandlung und Nachsorge psychisch kranker Straftäter auf internationaler Ebene
- Niederlande – hier länger v. a. Einrichtungen (bes. TBS) in Amsterdam, Utrecht (Pieter Baan Centrum, F.S. Meijers Institut, Dr.Henri Van der Hoeven Kliniek)
- Österreich: Wien u. a. forensische Einrichtungen des Landes
- Schweiz und hier v. a. Zürich und Basel
- Canada - länger v. a. Montreal, Penetanguishine
- Grossbrittannien und hier: Raeside Clinic, Birmingham, Broadmoor Hospital
- US: anteilig Los Angeles / San Francisco.

BERUFLICHER WERDEGANG

SCHWERPUNKTE VON THEMATISCHER RELEVANZ

Projektstudien, postgraduierte Tätigkeiten:
Entwicklung, Installation, Durchführung von Projektstudien, studienbegleitender bzw. postgraduierter Projekte.

Supportiv emanzipatorische Modelle professionaler Beratung und Betreuung
- Erziehungshilfen und -beratung
- Psychosomatik
- Hilfen für psychisch Kranke
- Wohngruppe und Einzelbetreuung im offenen Strafvollzug
  - auch: Modell Wohngruppenvollzug JVA Bernau
- betreute therapeutische Wohngemeinschaften für gefährdete Jugendliche.

Wissenschaftliche Mitarbeiterin in diversen Projekten unterschiedlicher Fachbereiche u. a.:
- *Entwicklungspsychologie:*
  Max Planck Institut für Entwicklungspsychologie München
  - Personalentwicklung
  - kindliche Entwicklung / Störungen zu Kognition, Konzentration, Aufmerksamkeit und Evaluationen zur Untersuchung von Neugierverhalten
- Klinische Psychologie / Psychiatrie:
  Max Planck Institut für Psychiatrie
  Technische Universität München TU (KHS Rechts der Isar)
  - Abtl. für Psychotherapie und Psychiatrie - Abtl. Für Psychosomatik
  Klinik für Psychotherapie Psychiatrie Universität München LMU
  - Epidemiologie - Psychosomatik - Depressionsforschung
  - Suchterkrankungen - Essstörungen
- *Forensische Psychiatrie und Psychologie*
- *Organisationspsychologie:*
  Führungskräfte
  - Personalentwicklung
  - Therapie / Coaching / Training
- **Forschung zu Fragestellungen mit klinischen Belangen** s. o. und a. a. O.
- **Forschung auch zu organisations- und sozialpsychologischen Bezügen:** wie: Evaluationen zu Bestand, Qualität, Verbesserung von Informations- und Kommunikationsstrukturen bedeutender Unternehmen und hier insb. auch der Führungsebenen / Leitungsfunktionen mit Zielen der Verbesserung von Kommunikations- und Informationsprozessen und Vernetzung sowie der Integration wettbewerbs-orientierter und überkommener Organisationsstrukturen.

1986–1994/ 95

Forensische Abteilung
Klinik für Psychiatrie Psychotherapie Universität München

Abtl.Leitung: Prof. Dr. Mende, Prof. Dr. Henning. Saß; Prof. Dr. Paul Hoff (kommis.); seit 1992: Prof. Dr. Norbert Nedopil

- wissenschaftliche Mitarbeiterin
- Abhandlung von Forschungsaufgaben
- Diagnostik
- forensische Gutachterin, gerichtliche Sachverständige

1994

Stipendiatin HSP III Hochschulsonderprogramm Bayern

seit ´93 /´94

Forschung und Untersuchungen zum Thema
´Ambulante Therapie / Nachsorge psychisch kranker Straftäter`

Stichtagserhebungen und weiterführende mehrdimensional angelegte sukzessiv aufeinander aufbauende mehrschrittige Folgeuntersuchungen, Recherchen, Besuche und Hospitationen forensischer Einrichtungen bundesweit und überhaupt zum nationalen, deutschsprachigen sowie ausserdem auch internationalen Kontext.

Die Forschungen/ Untersuchungen sind zu grossen Teilen aus eigenen Mitteln finanziert. (Von daher erschwerten Finanzierungsprobleme bzw. Sachzwänge.)
Zwar war über die *Stiftung des Europarates* eine Teilfinanzierung veranschlagt und auch über die offizielle Zusage und *Erstplatzierung* des Antrages definitiv zu erwarten. Doch wurden ad hoc aufgrund schwerwiegender finanzieller Engpässe der Stiftung alle Zuweisungen außer Kraft gesetzt.

1995

´Advanced Study Institute on Psychopaths` - Theory Research and Implications for the Praxis. *Nato Study Institute.* Avor Portugal. Expertentreffen / selektierter Teilnehmerkreis / aktive Teilnahme.

ausserdem bis dato

Ausübung von Funktionen/ Aufgaben im forensischen Bereich als

- **Sachverständige, Gutachterin,**
- **beratende Expertin,**
- **Supervisorin**

seit `95

zertifizierte Supervisorin (BDP) ´grosser Titel`

auch

Psychotherapeutische Tätigkeit ´Psychologische Psychotherapeutin`

´Staatliche Zulassung zur Ausübung der Heilkunde Psychotherapie`

ab 1993

Psychologische Psychotherapeutin - Zusatzbezeichnung ´Verhaltenstherapie`
(sog. ´grosse` Institutsausbildung)

Psychologische Psychotherapeutin Kassenvertragsärztliche Versorgung KV
01.07.93 Zulassung Kassenpsychotherapie (´sozialrechtliche Zulassung`)
Erste KV-Zulassung/ Delegationsverfahren dann Approbation gem. PTG `95/`98
- **1995** Vollapprobation und bedarfsunabhängige KV-Zulassung
- **1998** n. PTG Psych. Psychotherapeutin Kassenärztliche Versorgung

Psychologische Psychotherapeutin für
> **Erwachsene-, Kinder- und Jugendliche**
> **Einzel- und Gruppentherapie**
> **weitere Methoden** (s. a. a. O.)

seit 1994/ 95 **Suchttherapiezentrum der Universität München für Mehrfachdiagnosen –**

Substitutions- und Spezialambulanz für komorbide Störungsbilder (Prof. Dr. Soyka) Klinik und Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Universität München LMU.

Tätigkeitsprofil
Entwicklung als Modellprojekt bis Etablierung zum regulären Versorgungsmodell

Funktionen
Leitung der psychologischen/ psychosozialen/ psychotherapeutischen Versorgung

- Durchführung und Ausgestaltung
- Organisation und Management
- Kommunikation und Vernetzung mit assoziierten Behörden incl. Jurisdiktion (Staatsanwaltschaft, Richter, Bewährungshilfe).
- wissenschaftliche Begleitung und Forschung
- Öffentlichkeitsarbeit, Vernetzung assoziierter Versorger
- Klinik, Therapie, Betreuung, Beratung incl. Case Management
- Didaktik
- Ausbildung
- Supervision

Ziele v. a.: Zustandsbesserung, Entkriminalisierung, soziale Re-Integration, weiterführende Entwicklung

Zielgruppe: alle Altersklassen, soziale und kulturellen Hintergründe
Integration mehrerer Störungsbilder mit Krankheitswert, hier v. a. solcher mit psychischen resp. psychiatrischen Auffälligkeiten neben einer Suchterkrankung.

Ansatz: bedarfsbezogen und individualisiert
dynamisch zu Zielvorgaben und Frequenzen
system- und strukturorientiert
komplex, multimodal und integrativ
> innovativ: inhaltlich, strukturell und gesundheitspolitisch
> Novum: Kooperationsmodell von universitärer Einrichtung und Stadt

Daneben als eigene Schwerpunkte:
- Gruppen (themenzentriert, edukativ, ressourcenorientiert)

- Integration von Angehörigen/ Bezugspersonen/ sozialen Netzwerken.

- Arbeit mit Frauen/ Elternteilen/ Familien mit Suchtthemen unter vorrangiger Beachtung des Kindeswohls - anteilig auch in Zusammenwirken mit Ämtern.

- Arbeit mit *Führungskräften* in der Krise mit Erfordernis um Psychotherapie/ Intervention

ÜBERGREIFENDE KLINISCHE SCHWERPUNKTE

- Forschung, Evaluation, Entwicklung, Qualitätssicherung sowie
- Therapie, Beratung, Interventionsmanagement, Supervision
  - Erwachsene, Kinder, Jugendliche, Paare, Familien, Systeme
  - einzelne Personen und Gruppen

- forensische Bezüge
- Kriminaltherapie,
- forensische Sachverständigentätigkeit, Beratungen
- Begutachtungen und Diagnostik

- Traumatherapie und Opfertherapie (aktives & planendes Engagement zur Behand lung schwerer Traumatisierungen v. a. über Gewalt-/ Sexualverbrechen/ Mißbrauch)

- Präventionsarbeit
- Aggressionsmanagement
- Deeskalation

- komorbide Störungsbilder
- Suchterkrankungen

- Modelle zur Angehörigen- und Bezugspersonenarbeit

- Arbeit in komplexen Systemen - Vernetzung und Kommunikation

- Betreuung/ Begleitung von Führungskräften:
  - Beratung, Coaching, Therapie in psychischen Krisen / Erkrankungen
  - Supervision (s. a. a. O.)

SACHVERSTÄNDIGENTÄTIGKEIT
BEGUTACHTUNG
DIAGNOSTIK

Gutachterliche Tätigkeit - Diagnostik, gerichtliche Sachverständige

Neben forensisch relevanten Begutachtungen und Gutachtensfragen zu *strafrechtlichen* Bezügen (hoher Schwierigkeitsgrad) wurden anteilig auch Gutachten durchgeführt zu zivil-, sozial-, entschädigungs- und verwaltungsrechtlichen Fragen und darunter auch zu den Sektoren Familien- und Sorgerecht, Geschäftsfähigkeit sowie zu berufsrechtlichen Belangen.

GESUNDHEITS- UND STRUKTURPOLITISCHE TÄTIGKEITEN UND ÖFFENTLICHKEITSARBEIT

Struktur- und gesundheitspolitische Aktivitäten, Öffentlichkeitsarbeit, organisierende, beratende Funktionen zu entscheidungstragenden und strukturgebenden gesundheits- und strukturpolitischen und interdisziplinären Gremien, Fach- und Arbeitskreisen

seit 1994

Mitgliedschaften, aktive Initiativen und Beratung in / zu
dem Gesundheitsbeirat der Stadt München sowie
diversen Gremien, Koordinationsstellen, Fachkreisen, Arbeitsgemeinschaften

seit 1995

Ladung als Expertin bei Fachtagungen
z. B.: 06.1995 ´Aufbau des Maßregelvollzugs in den neuen Bundesländern` Berlin.

EXPERTENHEARINGS

Expertenhearing und Bestellung als Expertin zum Fachbereich ´ambulanten Therapie / Nachsorge psychisch kranker Straftäter`

Bsp.: 21.04.`99: Expertenhearing zur Novellierung MRVG Bundesland NRW.

seit 1999/ 2000 ff

Diverse Anhörungen als beratende Expertin zur Thematik ´ambulante Therapie/ Nachsorge psychisch kranker Straftäter` bei anstehenden Gesetzesnovellen / -änderungen und Anhörungen bei den, zur Thematik assoziierten, Ministerien in verschiedenen Bundesländern. (Bsp.: Anhörungen bei den in die Entscheidung zum Gesetzesentwurf des Landtags eingebundenen Ministerien NRW.)

2000 / 2002 und Folge

- **beratende Funktionen / Kooperationen / Anhörungen**

übergreifende beratende Funktionen/ Kooperationen/ Anhörungen zur Thematik ´ambulante Therapie psychisch kranker Straftäter` zu / an
- Ministerien: u. a.: NRW: Sozial- und Justizministerium,
  Ministerium Familie und Gesundheit, Bayern
  Sozialministerium Bayern
- forensischen Einrichtungen und
- weiteren anderen Organen / Gremien.

Weitere struktur- und gesundheitspolitische Aktivitäten und Öffentlichkeitsarbeit

- **Konstituierung, Entwicklung und Etablierung von Vernetzungen/ Kontakt/ Austausch zu Versorgungssystemen assoziierter Versorger/ komplementärer Einrichtungen**
- **überregionaler Treffen / Fachkreise**
  Konstituierung/ Etablierung/ aktive Teilnahme/ Beratung
- **überregionale Expertentreffen**
  Bundes-Ambulanz Expertentreffen (länderübergreifend)
  (Bsp.: Ambulanz-Expertentreffen 2000 Lippstadt; 2001 Düren)
- **Gremien und Fachkreise**

- aktives und reguläres Mitglied im Gesundheitsbeirat der Stadt München
- Koordinierungsstelle der bayerischen Suchthilfe (KBS) München

- „Justiz und Therapeuten“ - beratendes und entscheidungstragendes Gremium Jurisdiktion, Staatsanwaltschaft, Versorgungsnetzwerke

- Gesundheitsbeirat Landeshauptstadt München AK ´Sucht` und zzgl. Projekte

- ´Suchthilfe rund um die Geburt` / Kooperationsvereinbarung mit Stadt München
- AK ´Netzwerk rund um die Geburt`
- multiprofessionelles Hilfekonzept zur langfristigen Rehabilitation von Müttern

- AK ´Qualitätssicherung` und - AK ´Substitution`
  Referat ´Koordination` Gesundheitswesen München

AUSBILDUNGS- UND LEHRVERANSTALTUNGEN BETREUUNG/ BERATUNG UND SUPERVISIONEN

seit 1994 kontinuierlich **Ausbildungs- und Lehrveranstaltungen und Supervision**

- assoziierter Professionen
  (v. a.: Mediziner, Juristen, Psychologen, Sozialpädag., Pflege, Verwaltung)
- zu Therapieinhalten
- Leitung von Ausbildungs- und Selbsterfahrungsgruppen und Fallkonferenzen
- Ausbildung / Betreuung / Supervision von Ausbildungskandidaten, Studierenden, Postgraduierten
- Anleitung von Diplom- und Forschungsarbeiten

BERUFLICHE WEITERBILDUNGEN

seit 1989 **Fortführende Ausbildungen zu Methoden und Techniken**

1990, ´91, 92 jeweils 1wöchige Fortbildungsseminare / Gruppe der ´Erfahrenen` / zu allen Fragen der strafrechtlichen Begutachtung für Ärzte und Psychologen / Niederpöcking / Starnberger See/ Veranstalter: Prof. Dr. Nedopil Universität München, Klinik für Psychiatrie & Psychotherapie in Zusammenarbeit mit dem Interdisziplinären Arbeitskreis für Forensische Psychiatrie und Psychologie e.V..

1995 **Nato Advanced Study Institute** on **Psychopaths**. Avor, Portugal.
Theory, Research and Implications for the Praxis.
Expertentreffen /aktive Teilnahme / selektierter Teilnehmerkreis.

1995	**Zertifizierung Supervisorin (BDP) (sog. ´grosser Titel`)**
	Psychologische Psychotherapeutin
Therapieausbildung	
1990-`93	**Zusatzbezeichnung ´Verhaltenstherapie` als sog. ´anerkanntes Verfahren`** **´Große` Institutsausbildung in Verhaltenstherapie -** Abschluss Juni 1993 - BAP (Akademie für Psychotherapie) - VFKV (Verein zur Förderung der Klinischen Verhaltenstherapie e.V.) München
	Psychologische Psychotherapeutin Kassenärztliche Versorgung (KV)
01.07.93	**Zulassung Kassenpsychotherapie** (´sozialrechtliche Zulassung`) Erste KV-Zulassung/ Delegationsverfahren dann Approbation gem. PTG `95/`98
1995	Vollapprobation und bedarfsunabhängige KV-Zulassung
1998	n. PTG Psychol. Psychotherapeutin Kassenärztliche Versorgung KV
bis dato	**Psychologische Psychotherapeutin für** **- Erwachsene, Kinder- und Jugendliche** **- Einzel- und Gruppentherapie** **Verhaltenstherapie und weitere andere Verfahren** (s. a. a. O.)
seit `89 ff ausserdem	**Multimethodale Weiterbildungen und Praxis u. a.:**
	- Trauma-Therapie
	- Opfer- und Tätertherapie
	- Forensik - Kriminaltherapie - Profiling
	- Präventionsarbeit - Deeskalation
	- Suchttherapie - Psychiatrie und komorbide Störungsbilder
	- *bedarfsorientierter individualisierter Ansatz* - *methodenintegratives* Vorgehen
	- Tiefenpsychologie
	- systemische Modelle - Familien- und Paartherapie - Gruppentherapie
	- Entspannungsverfahren (diverse) - Hypnotherapie - Biofeedback - Psychophysiologie
	- Mediation und Mediatortraining
	- Führungskräfte: - Personalentwicklung - Therapie - Beratung / *Coaching* / Training

MITGLIEDSCHAFTEN

APA	American Psychological Association
AGNP	Arbeitsgemeinschaft für Neuropsychopharmakologie und Pharmakopsychiatrie
Psychotherapeutenkammer	
BDP	Bund deutscher Psychologen
BVVP	Bundesverband Vertragspsychotherapeuten
DPTV	Deutsche Psychotherapeutische Vereinigung
DGS	Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin (vordem: DGDS)
EAPL	European Association of Psychology and Law

WISSENSCHAFTLICHE AKTIVITÄTEN

- **Forschung, wissenschaftliche Begleitung und Repräsentation im wissenschaftstheoretischen Kontext**
- **regelmäßig nationale und internationale Kongresse und Fachtagungen,**
- **aktive Teilnahme, Vertretung der Forschungs- bzw. Fachbereiche**

Posterpreis: Juli 1999: Internationaler Suchtkongress München (gest.: Hoechst Marion Roussel Deutschland), Interdisziplinärer Kongress für Suchtmedizin München: *´Evaluation des Methadonprojektes und Katamnese` Doppelposter* (Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie LMU, Universität München).

VORTRÄGE ZUR THEMATIK

Banzer, K. & Nedopil, N. (1993):
"Institutionalized Outpatient Treatment of Mentally Ill Offenders in Germany. First Results from a Survey" (13.10.93). Regional Conference of the International Academy of Law and Mental Health on ´Treatment of Forensic Patients`, 13.-15.10.1993, Klinikum Großhadern München.

Banzer K. & Nedopil N. (1994):
"Institutionalized Outpatient Treatment of Mentally ill Offenders in Germany: Current Status" Congress, European Association of Psychology & Law, Symposiumsvortrag Barcelona.

Banzer, K. & Nedopil, N. (1994):
„Ambulante Therapie forensischer Patienten in Deutschland. Bedarfslage, aktuelle Strukturen, bisherige Erfahrungen". AGFP-Tagung München 21.10.1994.

Banzer Karin (1995 a):
´Ambulante Therapie forensischer Patienten: Bedarfslage, aktuelle Strukturen und bisherige Erfahrungen`. Kolloquiumsvortrag 04.01.1995 Nieders. LKH Moringen.

Banzer Karin (1995 b):
„Ambulante Therapie mit psychisch kranken Straftätern Vorstellung der Klientele, Besonderheiten, methodische Zugangsweisen, therapeutisches Konzept." Fakultätskolloquium. Psychologische & Pädagog. Fakultäten Universität München

Banzer Karin (1996 a):
Structures and Requirements, Psychotherapeutic Concepts, Experiences and Potentials of Outpatient Therapy of Mentally Ill Law Offenders in Germany. 1.Congress of the World Council for Psychotherapy WCP, Symposiumsvortrag 4.7.1996 Wien

Banzer Karin (1996 b):
´Standard Principles of Outpatient Treatment of Mentally Ill Law Offenders with Special Emphasis on Outpatient Psychotherapy`. Kongress, European Association of Psychology and Law: 27.08.-31.08.1996, Sienna.

Banzer Karin (1997):
´Behandlungsbezogene Implikationen alternativer, nichtstationärer Behandlungsmodi psychisch kranker Straftäter in Deutschland`
Alternative, nichtstationäre Behandlungsformen vormalig stationär untergebrachter Maßregelvollzugspatienten unter besonderer Berücksichtigung nachsorgender, ambulanter Behandlungskonzepte in Deutschland. BDP-Kongress Würzburg 1997.

Banzer Karin (1998):
Basic Principles of Outpatient Psychotherapy of Mentally Ill Law Offenders – Principles Based on a Comprehensive Survey. Congress of Applied Psychology, San Francisco USA, August 1997.

Banzer Karin (1999):
´A differentiated approach to adequate ways of successful management in treatment of mentally ill offenders - How to realize the possibilities and to cope with the inherent problems and difficulties`. Symposiumsvortrag Kongress European Association of Psychology and Law: 04.-08.07.1999 Dublin.

PUBLIKATIONEN ZUR BEZ. THEMATIK

Nedopil, N. & Banzer, K. (1996):
Outpatient Treatment of Forensic Patients in Germany. International Journal of Law and Psychiatry, Vol.19, No.1: 75-79.

Soyka, M., Banzer, K., Buchberger, R., Völkl, M., Naber D. (1997):
Methadon-Substitution Opioidabhängiger – Katamnestische Ergebnisse und klinische Erfahrungen eines 7-jährigen wissenschaftlichen Forschungsprojektes. Nervenheilkunde; 16: 347-52.

Banzer, K. & Knecht, G. (1998):
Ambulante oder teilstationäre –Therapieangebote für forensische Patienten – Eine sinnvolle Alternative zum Straf- und Maßnahmenvollzug: *In: E. Wagner & W. Werdenich (Hrsg.)* Forensische Psychotherapie. Psychotherapie im Zwangskontext von Justiz, Medizin, sozialer Kontrolle. Facultas Universitätsverlag Wien: 281-294

EXPERTENHEARINGS

Expertenhearing anlässlich der Novellierung eines MRVG eines Bundeslandes (NRW) und *Anhörungen:*
Ladung als beratende Expertin bei den angebundenen involvierten Ministerien

Banzer Karin (1999):
21.04.1999: Bestellung als Expertin zur Thematik der ambulanten Therapie psychisch kranker Straftäter zum Expertenhearing zur Novellierung eines MRVG des Bundeslandes NRW.

Banzer Karin 1999 / 2000
Anhörungen als beratende Expertin zur Thematik ambulante Therapie psychisch kranker Straftäter bei den in die Entscheidung des Landtags eingebundenen Ministerien NRW.

AMBULANZ-EXPERTENTREFFEN

z. B.: Banzer Karin (2000): *A*mbulanz-Expertentreffen, Lippstadt Eickelborn
Banzer Karin (2001): *A*mbulanz-Expertentreffen, Düren